

Vård- och omsorgsnämndens kvalitetsrapport 2022

1. Bakgrund

1.1 Verksamhetsområden inom VON

2. Sammanfattning

2.1 Synpunkter - verksamhetsövergripande

2.3 Ej verkställda beslut

3. Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

4. Metoder för kvalitetsuppföljning/kvalitetsgranskning

4.1 Myndighetsenhetens systematiska uppföljningar av individbeslut

4.2 Utförarnas egenkontroller av den egna verksamheten

4.3 Uppdragsenhetens kvalitetsuppföljningar/kvalitetsgranskningar

5. Uppföljning utifrån Coronapandemin

6. Kvalitet specifika verksamheter

6.1 Myndighetsenheten

6.2 Särskilt boende för äldre – SÄBO

6.3 Hemtjänst enligt SoL

6.4 Korttidsboende enligt SoL /Växelvård

6.5 LSS-bostad - Bostad med särskild service enligt LSS

6.6 Boendestöd enligt SoL

6.7 Bostad med särskild service för vuxna med funktionsnedsättning SoL - SoL-bostad

6.8 Korttidsvistelse för barn och unga LSS

6.9 Bostad med särskild service för barn och unga LSS - Elevbostad LSS

6.10 Daglig verksamhet LSS/Dagverksamhet SoL

6.11 Personlig assistans LSS – egen regi

6.12 Dagverksamhet SoL Södra Strand

6.13 Rådgivning och annat personligt stöd LSS

6.14 Ledsagarservice LSS och Ledsagning SoL

6.15 Avlösning i hemmet SoL och Avlösarservice LSS

7. Identifierade utvecklingsområden

1. BAKGRUND

Kommunen är huvudman för ett flertal välfärdstjänster och har enligt kommunallagen ett ansvar för att tillhandahålla tjänster med god kvalitet till kommunens invånare. Kommunen är huvudman för alla sina angelägenheter oavsett vem som är utförare.

Kommunfullmäktige i Östersunds kommun fastställde 1 oktober 2018 Riktlinjer för uppföljning av kommunalt och privat driven verksamhet (länk)PDF.

Riktlinjerna ska säkra en likvärdig kvalitet i de tjänster som kommunen tillhandahåller oavsett om de utförs i egen regi eller om de utförs av en privat utförare. De ska också tillgodose allmänhetens insyn i hur uppdraget utförs.

Enligt riktlinjerna ansvarar Vård- och omsorgsnämnden i Östersunds kommun för att säkerställa att utförare, oavsett driftsform, bedriver verksamheten enligt:

- de lagar, förordningar och föreskrifter som gäller eller kan komma att gälla för verksamheten
- de mål och riktlinjer som Kommunfullmäktige och Vård- och omsorgsnämnden fastställer för respektive verksamhet

Uppdragsenheten hos Vård- och omsorgsförvaltningen sammanställer varje år en Kvalitetsrapport och en Patientsäkerhetsberättelse för Vård- och omsorgsnämndens verksamheter.

Syftet är att ge Vård- och omsorgsnämnden och Vård- och omsorgsförvaltningens ledning en överblick över kvaliteten i de olika verksamheterna. Rapporterna kan, tillsammans med resultat från egenkontroll och offentlig statistik (t.ex. Socialstyrelsens öppna jämförelser), även användas av nämndens olika utförare som en del i utvecklingsarbetet.

Resultatet och slutsatserna i rapporterna är ett av flera delunderlag i samband med:

- Vård- och omsorgsnämndens mål-/uppdragsdiskussioner inför kommande verksamhetsår
- Förvaltningsledningens granskning av hur Vård- och omsorgsnämndens kvalitetsledningssystem fungerar och vad som behöver förbättras

Rapporterna publiceras på kommunens hemsida så att allmänheten och alla utförare kan ta del av dem.

1.1 VERKSAMHETSOMRÅDEN INOM VON

Vård- och omsorgsnämnden ansvarar för ett flertal olika verksamheter utifrån socialtjänstlagen (SoL) och lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) och Hälso-och sjukvårdslagen (HSL).

Under detta avsnitt beskrivs Vård- och omsorgsnämndens olika verksamhetsområden.

Myndighetsenheten

Myndighetsenhetens verksamhet innefattar huvudsakligen myndighetsutövning enligt socialtjänstlagen (SoL) och lagen om särskilt stöd och service för vissa funktionshindrade (LSS) för Vård- och omsorgsnämndens målgrupper.

Enhetens handläggare fattar beslut om olika former av stöd för medborgare som vistas i, eller avser att flytta permanent till kommunen.

Kommunal hälso- och sjukvård

Ansvar för hälso- och sjukvården är delat mellan region och kommun. Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) fastställer vad som är regionernas respektive kommunernas ansvar inom hälso- och sjukvården. Enligt denna lag ska kommunen erbjuda en god hälso- och sjukvård i:

- särskilda boendeformer för äldre personer, inklusive korttidsplats, SoL
- bostad med särskild service för personer med funktionsnedsättning enligt SoL
- dagverksamhet, SoL
- bostad med särskild service LSS som barn, ungdomar samt vuxna personer bor respektive vistas i
- daglig verksamhet LSS

Utöver detta ansvarar kommunen för hemsjukvård för medborgare i ordinärt boende enligt överenskommelse med Region Jämtland Härjedalen. I Östersunds kommun får i dagsläget ungefär 1 500 medborgare hemsjukvård från den kommunala hälso- och sjukvården.

Särskilt boende för äldre - SÄBO (SoL)

Särskilt boende enligt socialtjänstlagen (SoL) är till för medborgare med så stort behov av vård, omsorg och trygghet att det inte går att ordna i deras eget hem.

Verksamhetens uppdrag är att, utifrån behov, ge omvårdnad, service och hälso- och sjukvård till medborgare som har beslutat om särskilt boende enligt socialtjänstlagen. Verksamheten bedrivs dygnet runt under årets alla dagar och är inriktad mot att medborgare som bor i det särskilda boendet ska få leva ett värdigt liv och känna välbefinnande.

I nedanstående två tabeller redovisas de särskilda boenden som finns i Östersunds kommun och hur många lägenheter de har. Den första tabellen visar kommunens egna särskilda boenden och den andra tabellen särskilda boenden som drivs av privata utförare.

Se Bilaga 1.

Se Bilaga 2.

Hemtjänst SoL

Hemtjänst är en praktisk, social och pedagogisk insats som beslutas av biståndshandläggare enligt socialtjänstlagen (SoL). Insatsen syftar till att underlätta för medborgaren att hantera sin vardag i sitt ordinarie boende.

Hemtjänsten består av två delar - personlig omvårdnad respektive servicetjänster. Personlig omvårdnad innebär att t.ex. få hjälp med personlig hygien, påklädning eller måltider. Det kan också handla om tillsyn, att få sitta och prata en stund eller få hjälp med att komma ut i friska luften. Med servicetjänster menas hjälp med hushållsgöromål, t.ex. att städa, tvätta kläder, byta sängkläder, göra inköp eller putsa fönster.

I Östersunds kommun finns det två hemtjänstutförare som erbjuder personlig omvårdnad och hemsjukvård:

- Östersunds kommun
- Omsorgskooperativet Brännagården

Tre utförare av hemtjänst har personlig omvårdnad och delegerad hemsjukvård:

- Förenade Care AB
- Lanterna vård och omsorg AB
- Allegio omsorg

Det finns 9 utförare som erbjuder servicetjänster, antingen i privat eller egen regi.

I nedanstående tabell redovisas antalet medborgare i olika åldersgrupper med beslut om hemtjänstinsatser.

Se Bilaga 3.

Korttidsboende SoL/Växelvård

Korttidsboende/växelvård är en tillfällig insats för medborgare med så stort behov av vård, omsorg och trygghet att det inte går att ordna i deras eget hem.

Verksamhetens uppdrag innebär att ge omvårdnad, service och hälso- och sjukvård till personer som har beslut om korttidsboende/växelvård enligt socialtjänstlagen. Verksamheten bedrivs dygnet runt under årets alla dagar.

Verksamheten är inriktad på:

- anhöriga som behöver tillfällig planerad avlösning i omvårdnadsarbetet
- personer som har hemtjänst men som vistas regelbundet på ett korttidsboende
- tillfälligt korttidsboende exempelvis efter en tid på sjukhus eller om situationen i hemmet sviktar
- ej planerat korttidsboende (enligt socialtjänstlagen) för personer under 65 år med komplexa behov

I december 2022 fanns det i Östersunds kommun fyra korttidsboenden med totalt 41 platser:

- Södra Strand - 12 platser för planerad korttidsvistelse och växelvård,
- Brännagården - 8 platser för akut och planerad korttidsvistelse
- Häradsgården (särskilt boende) - 16 platser för akut korttidsvistelse
- Liljevägen - 5 platser för personer under 65 år med särskilda behov

Se Bilaga 4.

LSS-bostad - Bostad med särskild service för vuxna LSS

Bostad med särskild service för vuxna enligt lag om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) kallas i Östersunds kommun för LSS-bostad.

LSS-bostad är en omfattande insats för människor med funktionsnedsättning enligt lagens personkretsar. Insatsen ges enligt beslut om gruppboende eller serviceboende. I LSS-bostaden ingår allt det stöd som behövs för att personen ska kunna leva ett så normalt och självständigt liv som möjligt.

Insatsen kan även ges i form av annan särskild anpassad bostad. I denna boendeform ingår inte stödinsatser.

I nedanstående tabell redovisas antal medborgare med insatsen LSS-bostad.

Se Bilaga 5.

Boendestöd SoL

Boendestöd enligt socialtjänstlagen (SoL) är ett bistånd som avser stödinsatser i hemmet riktat till medborgare som bor i ordinärt boende och har olika grad av psykiska och/eller intellektuella funktionsnedsättningar.

Stödet, som ges i personens egna hem, är personligt anpassat utifrån behov och kan variera i tid och omfattning.

Boendestöd beviljas vuxna personer i alla åldrar och kan även vara ett alternativ till personer som tillhör personkrets enligt lag om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) och som bor i eget boende.

Syftet med insatsen är att på ett pedagogiskt sätt ge stöd för att stärka och utveckla medborgarens förmåga att klara sin dagliga livsföring. Stödet ska också tillgodose behovet av personlig omvårdnad och praktisk hjälp i och utanför hemmet, utifrån livssituation och behov. Målsättningen är att ge förutsättningar för medborgaren att bo kvar hemma.

I nedanstående tabell redovisas antal medborgare med insatsen boendestöd.

Se Bilaga 6.

Bostad med särskild service för vuxna med funktionsnedsättning enligt SoL - SoL-bostad

I Socialtjänstlagen finns bestämmelser om kommunens ansvar för boendesituationen när det gäller personer med funktionsnedsättning och

omfattande omvårdnadsbehov. Kommunen ska inrätta bostäder med särskild service för personer med funktionsnedsättning som behöver stöd för att kunna leva ett normalt liv. Bostad med särskild service enligt SoL är en boendeform med personalbemanning dygnet runt och ges som bistånd efter individuell prövning.

Bostad med särskild service för vuxna personer med funktionsnedsättning enligt socialtjänstlagen kallas i Östersunds kommun för SoL-bostad.

SoL-bostad är en omfattande insats för vuxna personer med:

- psykisk funktionsnedsättning i kombination med omfattande omvårdnadsbehov
- förvärvade hjärnskador, efter olycka, stroke eller tidig demensutveckling
- missbruk med följsjukdomar i kombination med omfattande omvårdnadsbehov
- en kombination av omfattande psykisk ohälsa, andra diagnoser, sviktande hälsa samt någon form av livsstilsproblematik enligt ovan

Verksamheten omfattar 6 SoL-bostäder och verkställs av Sektor funktionshinder.

I nedanstående tabell redovisas antalet lägenheter i SoL-bostad.

Se Bilaga 7.

Korttidsvistelse för barn och unga - Bostad med särskild service LSS

Korttidsvistelse utanför det egna hemmet enligt lag om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) är en insats för barn och unga med funktionsnedsättningar som tillhör lagens personkretsar. Syftet med insatsen är att anhöriga ska få avlastning och att personen med funktionsnedsättning ska få rekreation och miljöombyte. Det kan också vara ett sätt att bidra till en frigörelseprocess mellan barn och vårdnadshavare eller som en förberedelse för den som ska flytta hemifrån. Insatsen ska kunna erbjudas regelbundet eller vid akuta behov i familjen.

Verksamheten tar emot barn och ungdomar i åldern 0-20 år och består av två korttidshem med 14 platser.

I nedanstående tabell redovisas antalet barn och ungdomar med insatsen korttidsvistelse.

Se Bilaga 8.

Bostad med särskild service för barn och ungdomar LSS - Elevbostad LSS

Bostad med särskild service för barn och unga enligt lag om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) är en insats för barn och ungdomar med funktionsnedsättningar som tillhör lagens personkretsar.

Insatsen riktar sig till barn och unga med stora omvårdnadsbehov som behöver speciellt stöd och då fortsatt boende hos föräldrarna inte är möjligt trots stödinsatser. För yngre barn är det särskilt angeläget att försöka tillgodose deras behov av

kvalificerade insatser i föräldrahemmet, och om det inte är tillräckligt, i första hand välja insatsen familjehem.

Ett annat skäl till insatsen bostad med särskild service för barn och ungdomar enligt LSS är att barnet eller den unge på grund av studier behöver bo på annan ort och är i behov av boende med särskilda insatser. I Östersunds kommun kallas denna insats för elevbostad LSS och erbjuds på vardagar, förutom skollov. Insatsen Elevbostad LSS erbjuds även till barn och ungdomar från länets övriga kommuner enligt avtal.

I nedanstående tabell redovisas antalet barn/ungdomar med insatsen elevbostad LSS.

Se Bilaga 9.

Daglig verksamhet LSS/Dagverksamhet SoL (DV)

Daglig verksamhet enligt lag om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) och dagverksamhet enligt socialtjänstlagen (SoL) är insatser för medborgare i yrkesverksam ålder som saknar förvärvsarbete och utbildning. Daglig verksamhet har ingen separat verksamhet för medborgare med SoL-beslut. Medborgare har, oavsett lagrum, placering utifrån sina förutsättningar.

Insatsen ges utifrån personkrets 1 och 2 (LSS) samt socialtjänstlagen (SoL) för personkrets 3. Daglig verksamhet är fördelad på fem enheter och bedrivs i egen regi av Sektor funktionshinder inom Vård- och omsorgsförvaltningen.

Daglig verksamhet omfattar tre former av verksamheter:

- Egen verksamhet i grupp: Gruppverksamhet i egna lokaler med 2 personal.
- Arbetsplatsförlagd verksamhet i grupp: Gruppverksamhet ute på företag eller i externa lokaler med 1 personal.
- Arbetsplatsförlagd verksamhet, individuellt: Medborgaren har självständig placering i företag/extern verksamhet och får handledning av arbetskonsult. Utsedd kontaktperson finns på företaget/verksamheten.

I nedanstående tabell redovisas antalet medborgare med insatsen Daglig verksamhet.

Se Bilaga 10.

Personlig assistans enligt LSS

Personlig assistans enligt lag om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) är en insats för personer med funktionsnedsättningar som tillhör lagens personkretsar. Funktionsnedsättningen måste vara stor och orsaka betydande svårigheter i det dagliga livet. Det finns ingen nedre åldersgräns för att få assistansersättning men den måste vara beviljad innan personen fyller 65 år.

Personlig assistans bedrivs både i egen regi och av privata utförare. Det är försäkringskassan som betalar ersättning till utföraren och när medborgare med

assistansbeslut väljer privat utförare har kommunen enbart ansvar för kostnader för tillfälliga utökningar och för sjukfrånvaroersättning.

I nedanstående tabell redovisas antal medborgare som har personlig assistans (egen regi).

Se Bilaga 11.

Dagverksamhet enligt SoL, Södra Strand

Södra Strand är en dagverksamhet för medborgare med demens-sjukdomar. För att få komma till dagverksamheten krävs ett biståndsbeslut av biståndshandläggaren.

I nedanstående tabell redovisas antal medborgare som har insatsen dagverksamhet.

Se Bilaga 12.

Rådgivning och annat personligt stöd enligt LSS

Rådgivning och annat personligt stöd enligt lag om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) innebär att den som tillhör lagens personkrets har rätt till ett kvalificerat expertstöd.

Insatsen ska vara av rådgivande och allmänt stödjande karaktär. Rådgivningen och stödet är en begränsad insats som ges av socionom/kurator. Råd och stöd ska vara ett komplement till, och inte en ersättning för, till exempel habilitering, rehabilitering och socialtjänst.

I nedanstående tabell redovisas antalet medborgare som har insatsen Råd och stöd.

Se Bilaga 13.

Ledsagning enligt SoL, egen regi

Kommunen ska, genom olika insatser, verka för att människor som av fysiska, psykiska eller andra skäl möter betydande svårigheter i sin livsföring får möjlighet att delta i samhällets gemenskap och leva som andra. Ledsagning enligt socialtjänstlagen (SoL) är en insats som gör det möjligt för den enskilda medborgaren att till exempel besöka vänner, delta i kulturlivet eller att promenera. Syftet med insatsen är att bryta isolering.

I nedanstående tabell redovisas antalet medborgare som har beslut om ledsagning enligt SoL.

Se Bilaga 14.

Ledsagarservice enligt LSS, egen regi

Ledsagarservice enligt lag om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) är en insats som kan underlätta för medborgare med omfattande funktionsnedsättningar att ha kontakter med andra och att delta i samhällslivet. Insatsen sker i form av en följeslagare och är knuten till aktiviteter utanför hemmet. Insatsen ska göra det möjligt att till exempel besöka vänner, delta i fritidsaktiviteter, kulturlivet eller bara komma ut på promenad.

Ledsagarservice har karaktären av personligt stöd men omvårdnad ingår inte.

I nedanstående tabell redovisas antalet medborgare som hade beslut om ledsagarservice enligt LSS.

Se Bilaga 15.

Avlösarservice enligt SoL

Avlösarservice enligt socialtjänstlagen (SoL) är en form av anhörigstöd som ska underlätta för medborgare som vårdar en närstående som är långvarigt sjuk, äldre eller stödjer en närstående som har en funktionsnedsättning. Avlösarservice i hemmet som beviljas med stöd av socialtjänstlagen är en form av hemtjänstinsats.

I nedanstående tabell redovisas antalet medborgare som har beslut om avlösarservice enligt SoL.

Se Bilaga 16.

Avlösarservice enligt LSS

Avlösarservice enligt lag om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) syftar till att ge föräldrar eller makar som lever tillsammans med någon som har stora funktionsnedsättningar möjlighet att koppla av och kunna genomföra aktiviteter utanför hemmet. Insatsen innebär att en avlösare ger den funktionsnedsatta omvårdnad och stöd. Insatsen utförs vanligtvis i det egna hemmet men kan också ges i samband med att medborgaren och avlösaren är på en utflykt

I nedanstående tabell redovisas antalet medborgare som har beslut om avlösarservice enligt LSS.

Se Bilaga 17.

2. SAMMANFATTNING

Bemanningsituationen har varit den stora utmaningen för verksamheterna under 2022. Pandemin har medfört ökade sjuktal. En ökad konkurrens om arbetskraft och brist på utbildad personal har också medfört stora svårigheter att rekrytera samtliga yrkeskategorier. En stor personalomsättning ger sämre personkontinuitet, vilket kan ha påverkat vården och omsorgen av medborgarna.

Verksamheterna har gjort ett stort arbete för att kunna utföra sitt uppdrag trots den ansträngda bemanningsituationen. Medborgarundersökningarna visar övergripande på hög nöjdhet.

Medborgarnas nöjdhet

Medborgarundersökningar i särskilt boende för äldre (säbo) 2022

Totalt svarade 29 626 personer på Socialstyrelsens nationella brukarundersökning gällande medborgarnöjdhet inom särskilt boende för äldre, vilket är 43,4% av de tillfrågade.

I Östersunds kommun svarade 214 personer, vilket motsvarar 45,6% av de tillfrågade. Av dem som svarat är det mindre än hälften som svarat själv, i övriga fall har anhöriga hjälpt till eller svarat.

Av dem som svarat är 75% mycket nöjda eller ganska nöjda sammantaget med sitt äldreboende. I riket totalt är 77% nöjda.

När det gäller boendemiljön anser 75% av dem som svarat att de trivs med sin lägenhet medan endast drygt hälften tycker det är trivsamt i de gemensamma utrymmena och i utomhusmiljön. Förvaltningen har inventerat boendemiljön på samtliga äldreboenden och arbeten med att förbättra miljön pågår enligt den plan som då upprättades.

Drygt 90% tycker att personalen har ett bra bemötande och cirka 80% är trygga på sitt äldreboende och känner förtroende för personalen.

Medborgarundersökningar i hemtjänst 2022

Totalt svarade 81 902 personer på Socialstyrelsens årliga enkät för äldre med hemtjänst, vilket är 58,6% av de tillfrågade.

I Östersunds kommun svarade 871 personer, vilket motsvarar 53,4% av de tillfrågade.

Av dem som svarat är 87% mycket nöjda eller sammantaget ganska nöjda med den hemtjänst de får. I riket totalt är 86% nöjda.

Bland delfrågorna kan noteras att en av fyra svarat nej på frågan om handläggarens beslut är anpassat efter personens behov.

97% tycker att de får ett bra bemötande, men bara 62% upplever att dom kan påverka vid vilka tider personalen kommer.

87% tycker att det är tryggt att bo hemma med stöd från hemtjänsten.

Medborgarundersökningar i Sektor funktionshinder 2022

Hösten 2022 genomförde Sektor funktionshinder SKR:s nationella medborgarundersökningar inom följande verksamheter:

- Boendestöd
- Daglig verksamhet
- Personlig assistans
- LSS-bostad
- SoL-bostad

Resultatet för Sektor funktionshinder från dessa medborgarundersökningar är generellt sett bra. Inom de allra flesta verksamhetsområden finns en medborgarnöjdhet mellan 70 och 80%. Några verksamheter har även en nöjdhet på mellan 85 och 92% vilket är mycket positivt.

Det finns några verksamheter som minskat sin nöjdhetsfaktor jämfört med föregående undersökning. Det finns också skillnader på upplevelsen av kvaliteten mellan könen i vissa frågor.

För mer detaljerad information se kapitel 6.

Lagefterlevnad

Verksamheternas egenkontroll visar generellt en god lagefterlevnad men följande brister framkommer inom många enheter.

- Många verksamheter uppger att de inte uppfyller krav på bemanning och kompetens
- Introduktion kring habilitering/rehabilitering genomförs inte enligt krav
- Loggkontroller i verksamhetssystemet Viva genomförs inte enligt krav

Flera enheter inom Sektor funktionshinder uppger att de inte har kännedom om kvalitetsledningssystemet.

Inom Sektor särskilt boende och hemtjänst finns det brister i social dokumentation.

Det finns behov att utveckla egenkontrollen för lagefterlevnad.

För mer detaljerad information utifrån de olika verksamheterna, se kapitel 6.

Vidare har det under 2022 rapporterats ett antal beslut om insatser där förvaltningen inte kunnat tillgodose behovet inom rimlig tid. Se kapitel 2.3 - Ej verkställda beslut.

Risker och avvikelser

På särskilt boende har avvikelserna minskat från 319 till 226 på ett år. Inom hemtjänsten har avvikelserna ökat från 523 till 890 på ett år. Pandemin kan vara orsaken till att avvikelserna inom hemtjänsten har ökat.

Inom Sektor hemtjänst och särskilt boende - egen regi - har fallhändelser, läkemedelsavvikelser, utebliven personlig omvårdnad samt brist i kommunikation/information/samverkan varit orsak till flest avvikelser under 2022.

Inom Sektor funktionshinder är det ingen märkbar skillnad i antalet avvikelser när det gäller olika LSS-verksamheter jämfört med föregående år. Avvikelsihanteringen är fortsatt ett utvecklingsområde för verksamheten inom LSS. Antalet avvikelser inom personlig assistans har minskat från 20 avvikelser 2021 till 6 avvikelser 2022. 6 LSS-bostäder har inte skrivit någon avvikelse och 24 LSS-bostäder har skrivit 1-3 avvikelser under 1 år.

Införandet av digital signering för HSL-insatser har medfört en minskning av antalet uteblivna läkemedelsdoser och rehabiliteringsinsatser enligt avvikelserapporteringen. Att använda digital signering medför att uteblivna insatser uppmärksammas snabbare av legitimerad personal genom larm

Antalet rapporterade fallhändelser har ökat igen under 2022 inom hemtjänst (personer med hemsjukvård), särskilt boende och SoL/LSS-bostad jämfört med 2021. Antalet fysiska skador har också ökat i dessa verksamheter, förutom höftfrakturer som ligger kvar på samma samma nivå som 2021.

För mer detaljerad information se kapitel 6.

Länk till tabell för avvikelser- övergripande alla verksamheterExcel

Synpunkter - verksamhetsövergripande

Totalt sett är de registrerade synpunkterna för få för att göra en tillförlitlig analys även om antalet ökat med 166 synpunkter under 2022. Det är svårt för förvaltningsledningen och Vård- och omsorgsnämnden att vidta förbättrande åtgärder då det saknas en fullständig bild av vad medborgarna är nöjda respektive missnöjda med.

Det är sannolikt att det förekommer en fortsatt underrapportering av synpunkter inom förvaltningen, d.v.s. att verksamheterna inte följer gällande rutin för synpunktshantering.

Respektive chef behöver tillsammans med sin personal analysera och vidta åtgärder för sina inkomna synpunkter enligt gällande kvalitetsledningssystem.

Vård- och omsorgsförvaltningens synpunktshantering bedöms fortfarande inte fungera tillfredsställande.

För mer detaljerad information se kapitel 2.1 - Synpunkter - verksamhetsövergripande.

2.1 SYNPUNKTER - VERKSAMHETSÖVERGRIPANDE

Inrapporterade synpunkter

Med synpunkter avses klagomål, beröm och förslag till förbättringar av Vård- och omsorgsnämndens verksamheter.

Synpunkterna kan lämnas av medborgare som har insatser, anhöriga, personal, utförare av verksamhet och olika föreningar/organisationer.

I nedanstående tabeller redovisas först antalet inrapporterade synpunkter under 2022 och det görs därefter en jämförelse med inrapporterade synpunkter under de senaste åren.

Se Bilaga 18.

Kommentar till arbetet med synpunkter

Under 2022 registrerades totalt 507 synpunkter (klagomål och beröm) avseende Vård- och omsorgsnämndens ansvarsområde. Detta kan jämföras med 341 registrerade synpunkter år 2021, en ökning med 166 synpunkter 2022.

Se Bilaga 19.

Fakturor

De 174 klagomål som inkommit angående fakturor avser dels klagomål på en blankett om inkomstförfrågan och dels avgiftsbeslutet för faktura. De berörda medborgarna har upplevt att blanketterna har varit svåra att förstå.

Hälso- och sjukvård (HSL)

Klagomål kring hälso- och sjukvård (HSL) ska hanteras i verksamheten. Om medborgaren inte är nöjd med svaret från verksamheten går klagomålet vidare till Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) eller Medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR). De flesta klagomålen som inkommit avser svårigheter för medborgarna att komma i kontakt med legitimerad personal.

Hemtjänst

Inom hemtjänsten handlar de flesta klagomålen om ej utförda insatser, exempelvis brister i personlig omvårdnad, att personalen inte kommit enligt överenskommelse eller brister kring serviceinsatser.

Myndighetsenheten

De klagomål som inkommit om Myndighetsenheten avser framför allt tillgänglighet, att medborgare upplevt att det är svårt att få tag på rätt person.

Sektor funktionshinder

Inom Sektor funktionshinderns verksamheter återkommer samma klagomål flera gånger vilket kan bero på att medborgaren inte förstår eller inte är nöjd med de vidtagna åtgärderna. Inom Sektor funktionshinder finns Boendestöd som fått mest beröm av alla verksamheter.

Övriga synpunkter

De verksamheter som har färre än 12 synpunkter per år kommenteras inte här.

Analys

Totalt sett är de registrerade synpunkterna för få för att göra en tillförlitlig analys även om antalet synpunkter ökat med 166 under 2022. Det är svårt för förvaltningsledningen och Vård- och omsorgsnämnden att vidta förbättrande åtgärder då det saknas en fullständig bild av vad medborgarna är nöjda respektive missnöjda med.

Det är sannolikt att det förekommer en fortsatt underrapportering av synpunkter inom förvaltningen, d.v.s. att verksamheterna inte följer gällande rutin för synpunktshantering.

Respektive chef behöver tillsammans med sin personal analysera och vidta åtgärder för sina inkomna synpunkter enligt gällande kvalitetsledningssystem.

Vård- och omsorgsförvaltningens synpunktshantering bedöms fortfarande inte fungera tillfredsställande.

2.3 EJ VERKSTÄLLDA BESLUT

Alla individbeslut som fattas enligt socialtjänstlagen (SoL) respektive lag om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) ska verkställas omedelbart eller så snart som möjligt.

Om kommunen inte har kunnat verkställa ett beslut inom tre månader är man skyldig att rapportera detta till Inspektionen för vård och omsorg (IVO).

Kommunen rapporterar varje kvartal de beslut som inte är verkställda inom tre månader till IVO. Rapporteringen görs på individnivå. Samma rapporteringsskyldighet gäller vid avbrott i verkställigheten då beslutet inte har verkställts på nytt inom tre månader.

Vård och omsorgsnämnden, Kommunfullmäktige och de förtroendevalda revisorerna informeras i samband med rapporteringen till IVO.

IVO följer upp rapporteringen och om ett beslut inte har blivit verkställt inom skälig tid får kommunen möjlighet att yttra sig. IVO granskar vad kommunen har gjort för att verkställa beslutet, om den enskilde tackat nej till ett godtagbart erbjudande samt övriga omständigheter i ärendet och om det finns andra omständigheter som gjort att beslutet inte kunnat verkställas.

Om IVO bedömer att den enskilde fått vänta oskäligt länge på att ett beslut ska verkställas kan kommunen få betala en avgift för detta. IVO ansöker i dessa fall hos Förvaltningsrätten om att det ska utdömas en sådan särskild avgift.

Nedanstående tabell visar antalet ej verkställda beslut som rapporterats till Kommunfullmäktige och Inspektionen för vård och omsorg under 2022. Samma beslut kan ha rapporterats i flera kvartal. Avbrott i verksamhet finns inte med i sammanställningen.

Insatsen "kontaktperson" och "stödfamij" verkställs av Social- och arbetsmarknadsförvaltningen.

Se Bilaga 20.

Analys

För insatserna SoL-bostad, växelvård och daglig verksamhet har väntetiderna till verkställighet varit för långa för några medborgare. I flera av dessa fall har Inspektionen för vård och omsorg (IVO) yrkat på viten.

När det gäller SoL-bostad har förvaltningen påbörjat processer för att starta minst två gruppboenden under 2023, vilket i huvudsak ska täcka behovet.

För daglig verksamhet har behovet av verksamhetslokaler varit svårt att tillgodose, men även där finns planering för att starta nya verksamheter i närtid.

Slutligen har Vård- och omsorgsnämnden fattat beslut om att omdisponera en grupp lägenheter inom äldreboendet på Änggården till växelvård. Den processen pågår och verksamheten beräknas starta under senvåren 2023. De nya platserna innebär att samtliga beslut om växelvård ska kunna verkställas.

3. LEDNINGSSYSTEM FÖR SYSTEMATISKT KVALITETSARBETE

Vård- och omsorgsnämnden har ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete utifrån särskilda krav från Socialstyrelsen (SOSFS 2011:9).

Ledningssystemet innebär att det har skapats en struktur för hur ledning och verksamhet fortlöpande ska arbeta med att planera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamhetens kvalitet.

Målsättningen är att nämndens samtliga verksamheter ska hålla god kvalitet, vilket innebär att:

1. Vi har nöjda medborgare

Medborgarnas nöjdhet är ett viktigt perspektiv på verksamheternas kvalitet. Medborgarnöjdheten följs upp på olika sätt inom olika verksamheter och är en del av den egenkontroll som alla verksamheter ska göra.

2. Vi följer gällande lagstiftning

Socialstyrelsens definition av god kvalitet innebär att alla verksamheter ska ha ingående kunskap om, och följa alla gällande lagar, förordningar, föreskrifter och andra styrdokument som gäller inom det område och den tjänst som levereras.

3. Vi arbetar enligt kommunens kvalitetspolicy och dess fyra dimensioner (tillgänglighet, inflytande, bemötande och kompetens)

Systematiskt förbättringsarbete

En central del i kvalitetsledningssystemet är att verksamheterna ska bedriva ett fortlöpande systematiskt förbättringsarbete. I detta ingår bland annat att varje verksamhet ska arbeta med:

- Riskanalyser
- Egenkontroller (av bl.a. medborgarnöjdhet och lagefterlevnad)
- Risk- och avvikelshantering
- Synpunktshantering

Resultaten av ovanstående kontroller ska både användas för att åtgärda identifierade avvikelser/synpunkter och vidta förbättrande åtgärder så att samma avvikelser eller synpunkter inte ska inträffa igen.

Under detta avsnitt ges en beskrivning av hur dessa delar är utformade i Vård- och omsorgsnämndens kvalitetsledningssystem.

Under kapitel 6 presenteras därefter olika verksamheters resultat år 2022.

3.1 Riskanalyser

Riskanalyser innebär att man försöker identifiera inom vilka delar i verksamheten det skulle kunna inträffa händelser som leder till bristande kvalitet eller patientsäkerhet. Riskanalyser görs i förebyggande syfte för att man ska kunna vidta åtgärder innan något negativt händer. Vid riskanalysen görs även en bedömning av hur sannolikt det är att en viss händelse ska inträffa och hur negativa konsekvenser en sådan händelse i så fall skulle kunna få.

Hur är kommunens riskanalyser utformade?

Alla enheter i kommunen ska genomföra riskanalyser i samband med den årliga verksamhetsplaneringen. Om det identifieras allvarliga risker ska åtgärder för att motverka dem tas med i kommande års verksamhetsplan. Riskanalyserna ligger även till grund för arbetet med Vård- och omsorgsnämndens internkontrollplan.

Utöver den årliga riskanalysen ska varje verksamhet vid behov även fortlöpande göra riskanalyser och vidta åtgärder inom ramen för det egna kvalitetsarbetet.

3.2 Egenkontroller

Egenkontroll innebär att man gör en systematisk uppföljning och utvärdering av den egna verksamhetens kvalitetsarbete och resultat i olika avseenden.

Inom Vård- och omsorgsförvaltningen genomförs olika egenkontroller på alla nivåer i organisationen.

Två viktiga former av egenkontroll är att fortlöpande följa upp medborgarnas nöjdhet och verksamhetens lagefterlevnad, eftersom dessa är målbilder för Vård- och omsorgsnämndens kvalitetsledningssystem.

Medborgarnas nöjdhet

Medborgarnas nöjdhet ger ett mycket viktigt perspektiv på verksamheternas kvalitet. Medborgarnöjdheten följs upp på olika sätt inom olika verksamheter och är en del av den egenkontroll som alla verksamheter ska göra.

Hur följs medborgarnöjdheten upp inom olika verksamheter?

Sektor hemtjänst och särskilt boende - egen regi

Socialstyrelsen har i uppdrag att undersöka hur de äldre uppfattar äldreomsorgen.

"Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?" är Socialstyrelsens rikstäckande undersökning av äldres uppfattning om kvaliteten i hemtjänsten och i särskilt boende. Resultatet publiceras på Socialstyrelsens hemsida.

Sektor hemtjänst och särskilt boende går varje år igenom och följer upp de egna resultaten i Socialstyrelsens medborgarundersökning samt gör en jämförelse mot andra kommuner och verksamheter.

Utöver Socialstyrelsens medborgarundersökning genomför Sektor hemtjänst och särskilt boende ibland även egna medborgarundersökningar för att få information om hur medborgarna upplever verksamheten.

Sektor funktionshinder - egen regi

SKR (Sveriges Kommuner och Regioner) ger stöd till kommunerna i att genomföra olika årliga medborgarundersökningar. Medborgarundersökningen inom funktionshinderområdet riktar sig till vuxna personer med funktionsnedsättning inom boende, boendestöd och daglig verksamhet/sysselsättning enligt lag om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) och socialtjänstlagen (SoL) samt personlig assistans.

Förvaltningsledningen har beslutat att Sektor funktionshinder ska delta i den nationella medborgarundersökningen vartannat år.

Privata utförare

Privata utförare har också ansvar för att följa upp medborgarnöjdheten i sina verksamheter och redovisa resultaten till Vård- och omsorgsnämnden när det efterfrågas.

Lagefterlevnad

Socialstyrelsens definition av god kvalitet innebär att alla verksamheter ska ha ingående kunskap om, och följa alla gällande lagar, förordningar, föreskrifter och andra styrdokument som gäller inom det område och den tjänst som levereras. Inom ramen för kvalitetsledningssystemet görs det därför årliga uppföljningar av olika verksamheters lagefterlevnad.

Inom Vård- och omsorgsförvaltningen har Myndighetsenheten ansvar för att bevaka ny eller förändrad lagstiftning och rättspraxis kopplad till myndighetsutövning. Uppdragsenheten har motsvarande uppdrag för lagstiftning som gäller utförares verksamhet.

Uppdragsenheten utformar upphandlingsdokument, uppdragsbeskrivningar, kvalitetskrav och riktlinjer för olika verksamheter utifrån gällande lagstiftning, förordningar och föreskrifter.

Uppdragsenheten följer även upp lagefterlevnaden på olika sätt:

- genom att begära in egenkontroller från verksamheterna
- genom löpande uppföljning av till exempel avvikelser, allvarliga händelser och synpunktshantering i arbetet med "tidigt varningssystem"
- i samband med planerade och riktade kvalitetsgranskningar

Hur är kommunens lagefterlevnadskontroll utformad?

Från år 2020 ska alla verksamheter inom kommunen genomföra och följa upp sin lagefterlevnad i kommunens planerings- och uppföljningsverktyg Stratsys.

Lagefterlevnadskontrollen omfattar:

- Kommunövergripande lagstiftning
- Verksamhetsspecifik lagstiftning
- Miljölagstiftning

Eftersom lagar och föreskrifter fortlöpande förändras görs det en årlig översyn av kontrollfrågorna kopplat till lagstiftningen för att säkerställa att de är aktuella och relevanta.

Varje enhetschef ska årligen besvara aktuella lagefterlevnadsfrågor och vidta åtgärder i de fall man inte uppfyller lagstiftningen.

Lagefterlevnadskontroll hos privata utförare

Privata utförare ska genomföra motsvarande lagefterlevnadskontroller i sina egna ledningssystem för kvalitet och redovisa resultatet till Vård- och omsorgsnämnden när det efterfrågas.

3.3 Risk- och avvikelshantering enligt SoL, LSS och HSL

En avvikelse är en händelse som medfört eller hade kunnat medföra något oönskat. En avvikelse kan även vara en risk, dvs. en möjlighet att det skulle kunna inträffa en negativ händelse.

Alla verksamheter ska rapportera och åtgärda de avvikelser som uppstår i den egna verksamheten. Det är berörd chef som ansvarar för avvikelshantering, vilket innebär att:

- identifiera och rapportera avvikelser
- kartlägga och åtgärda orsakerna
- dokumentera resultatet samt bedöma åtgärdernas effekt
- sammanställa och återföra åtgärdernas effekt till personalen

Ibland kan en avvikelse leda till en fördjupad utredning i form av en lex Sarah-utredning eller lex Maria-utredning. Närmare information om lex Sarah och lex Maria finns beskrivet längre ned.

Genom att systematiskt arbeta med avvikelser, lex Sarah, lex Maria, kan förebyggande åtgärder sättas in för att förhindra missförhållanden, vårdskador och andra negativa händelser.

Hur är Vård- och omsorgsnämndens avvikelshantering utformad?

Alla medarbetare som upptäcker en avvikelse har en skyldighet att inom ramen för sitt yrkesansvar rapportera händelsen till ansvarig chef och/eller legitimerad personal beroende på vad som inträffat. Avvikelse rapporteringen görs i särskilt IT-system, DF Respons, utifrån det lagrum som händelsen avser: socialtjänstlagen

(SoL), lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) eller hälso- och sjukvårdslagen (HSL).

Berörd chef och eventuellt legitimerad personal gör en utredning för att kartlägga och åtgärda orsakerna till avvikelserna. Resultatet dokumenteras i DF Respons.

Avvikelse kategoriseras utifrån fyra olika allvarlighetsgrader:

- Allvarlighetsgrad 1 = mindre
- Allvarlighetsgrad 2 = måttlig
- Allvarlighetsgrad 3 = betydande
- Allvarlighetsgrad 4 = katastrofal

Från och med den 1 oktober 2021 godkänner och avslutar enhetschefer och legitimerad personal själva de avvikelser som har allvarlighetsgrad 1 och 2. De skickas för kännedom till den som är kvalitetsansvarig i deras sektor. Avvikelse med allvarlighetsgrad 3 och 4 skickas vidare till medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS), medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) eller socialt ansvarig samordnare (SAS).

Rapportering ska ske senast inom en månad efter inträffad avvikelse. Ansvarig handläggare på Uppdragsenheten bedömer när vidtagna åtgärder är tillräckliga och avslutar avvikelser med allvarlighetsgrad 3 och 4.

Lex Sarah

Lex Sarah är en bestämmelse som innebär att den som arbetar med att ge service och omvårdnad enligt socialtjänstlagen (SoL) eller lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) är skyldig att rapportera missförhållanden och risk för missförhållanden i den egna verksamheten. Rapporteringsskyldigheten gäller även för den som är uppdragstagare, praktikant eller motsvarande under utbildning och deltagare i arbetsmarknadspolitiskt program.

Lex Sarah gäller oavsett om personen arbetar i offentlig verksamhet, privat företag eller i ett företag som arbetar på uppdrag av en kommun.

I Lex Sarah ingår även en skyldighet för den som bedriver verksamheten att utreda, dokumentera och avhjälpa missförhållandet/risk för missförhållande och att vid allvarliga missförhållanden eller påtagliga risker för missförhållanden anmäla detta till Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Externa utförare ansvarar själva för att utreda och skicka vidare till IVO.

Socialt ansvarig samordnare (SAS) vid Uppdragsenheten inom Vård- och omsorgsförvaltningen ska omedelbart informeras om händelsen. En kopia av utredningen ska lämnas till Vård- och omsorgsnämnden för kännedom.

Exempel på händelser som ska rapporteras:

- Fysiska övergrepp (slag, nypningar och hårdhänt handlag)
- Sexuella övergrepp (fysiska övergrepp och sexuella anspelningar)

- Psykiska övergrepp (hot, hot om bestraffningar, trakasserier och kränkande bemötande)
- Brister i bemötande av anställda med flera
- Brister i rättssäkerhet vid handläggning och genomförande
- Brister i utförande av insatser (insatser som utförts felaktigt eller inte alls)
- Brister i fysisk miljö, utrustning och teknik
- Ekonomiska övergrepp

Lex Maria

Hälso- och sjukvårdspersonal ska rapportera alla risker för vårdskador och händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada (patientsäkerhetslagen 3 kap. 5§). Rapporterade händelser utreds av enhetschef och berörd legitimerad personal. Syftet med utredningen ska vara att så långt som möjligt klarlägga händelseförloppet och vilka faktorer som påverkat detta. Utredningen ska även vara ett underlag för beslut om åtgärder för att förhindra att liknande händelser inträffar på nytt eller att begränsa effekterna av sådana händelser om de inte helt går att förhindra.

När medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) eller medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) tar emot en rapport om en händelse som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada görs en bedömning om det finns behov av utökad utredning av händelsen.

Om MAS/MAR gör bedömningen att vårdskadan är allvarlig eller att det funnits risk för allvarlig vårdskada, anmäls detta snarast enligt lex Maria till Inspektionen för vård och omsorg (IVO).

Vårdskada definieras som lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom och dödsfall som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade genomförts i samband med hälso- och sjukvården.

En allvarlig vårdskada är bestående och inte ringa, eller har lett till att personen fått ett väsentligt ökat vårdbehov eller avlidit.

Alla anmälningar enligt lex Maria ska innehålla en beskrivning av hur hälso- och sjukvårdspersonalen har informerats eller ska informeras om vårdgivarens analys och bedömning av händelsen i syfte att bidra till lärande och ökad patientsäkerhet.

3.4 Synpunktshantering

Enligt föreskrifter från Socialstyrelsen (SOSFS 2011:9) ska den som bedriver verksamhet enligt socialtjänstlagen (SoL) eller lagen om särskilt stöd till vissa funktionshindrade (LSS) samt hälso- och sjukvårdslagen (HSL) ta emot och utreda synpunkter på verksamhetens kvalitet.

Olika typer av synpunkter är klagomål, beröm och förslag till förbättringar. Synpunkter kan framföras av vård- och omsorgstagare och deras anhöriga, personal, vårdgivare, de som bedriver verksamhet enligt SoL eller LSS, tillsynsmyndigheter eller föreningar och organisationer.

Synpunktshandlingen är en viktig del av det systematiska förbättringsarbetet då det ger den berörda verksamheten, förvaltningsledningen och Vård- och omsorgsnämnden möjlighet att förändra och förbättra våra verksamheter.

Hur är kommunens synpunktshandling utformad?

Synpunkter på Vård- och omsorgsnämndens verksamhet kan lämnas på olika sätt, till exempel genom personliga möten, via telefon, brev eller e-post riktad direkt till verksamheten.

Den som är chef för en verksamhet är ansvarig för att utreda inkomna synpunkter och identifiera vad som kan göras för att rätta till ett missnöje.

Det är även viktigt att uppmärksamma beröm som inkommer via synpunktshandlingen. Beröm kan också fungera som goda exempel för den egna eller andra verksamheter.

Alla synpunkter som kommer in till Vård- och omsorgsförvaltningen ska registreras i ett särskilt verksamhetssystem som kommunens Kundcenter administrerar.

Kundcenter sammanställer var fjärde månad alla inkomna synpunkter och skickar resultatet till respektive förvaltning. Hos Vård- och omsorgsförvaltningen är det Uppdragsenheten som tar emot och analyserar de inkomna synpunkterna. Resultatet redovisas varje år i Kvalitetsrapporten.

I de fall synpunkterna avser privata utförare lämnar Uppdragsenheten synpunkterna för åtgärd till dem.

4. METODER FÖR KVALITETSUPPFÖLJNING/KVALITETSGRANSKNING

Enligt Kommunfullmäktiges ”Riktlinje för uppföljning av kommunalt och privat driven verksamhet” ansvarar Vård- och omsorgsnämnden för att säkerställa att alla utförare, oavsett driftsform, bedriver verksamheten enligt:

- de lagar, förordningar och föreskrifter som gäller eller kan komma att gälla för verksamheten
- de mål och riktlinjer som Kommunfullmäktige och Vård- och omsorgsnämnden fastställer för respektive verksamhet

Uppföljningar av kommunala och privata utförare görs i huvudsak av två skäl:

- för att kontrollera att uppdraget utförs i enlighet med uppdragsbeskrivningar, förfrågningsunderlag, kvalitetskrav och avtal
- som ett led i verksamhetens kvalitetsutveckling i syfte att skapa nya och förbättrade tjänster

I uppdragsbeskrivningar och avtal ska det säkerställas att utföraren:

- biträder kommunen vid uppföljning och utvärdering av verksamheten

- lämnar nödvändiga statistikuppgifter till kommunen
- rapporterar nödvändiga uppgifter till kommunen, i nationella register eller till andra myndighet

Vilka metoder används för att följa upp verksamhetens kvalitet?

Verksamheternas kvalitet följs bland annat upp på följande sätt:

1. Myndighetsenhetens systematiska uppföljningar av individbeslut
2. Utförarnas egenkontroller av den egna verksamheten
3. Uppdragsenhetens kvalitetsuppföljningar/kvalitetsgranskningar

Dessa uppföljningar finns beskrivna i underliggande avsnitt.

Utöver dessa kvalitetsuppföljningar genomför även Vård- och omsorgsförvaltningens ledning årliga uppföljningar av hur kvalitetsledningssystemet fungerar. Det görs genom särskilda internrevisioner av ledningssystemet och i samband med "Ledningens genomgång". Resultatet av dessa uppföljningar återkopplas till Vård- och omsorgsnämnden.

Här är en länk till "Utvärdering av hur ledningssystemet fungerar"

Här finns en länk till "Riktlinje för uppföljning av kommunalt och privat driven verksamhet"

4.1 MYNDIGHETSENHETENS SYSTEMATISKA UPPFÖLJNINGAR AV INDIVIDBESLUT

Myndighetsenhetens systematiska uppföljningar handlar om att följa upp individbeslut enligt socialtjänstlagen (SoL) och lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS). Dessa uppföljningar ska göras en gång per år eller vid behov.

Uppföljningen sker genom samtal där medborgaren får beskriva hur stödet uppfattas i förhållande till sina behov och önskemål.

Handläggaren gör en bedömning av om stödet blivit utfört enligt personens beslut och gällande lagstiftning samt om det finns behov av förändrade eller ytterligare insatser.

4.2 UTFÖRARNAS EGENKONTROLLER AV DEN EGNA VERKSAMHETEN

Verksamheternas arbete med egenkontroll syftar till att uppmärksamma kvalitetsbrister eller risker för kvalitetsbrister på ett tidigt stadium så att lämpliga åtgärder ska kunna genomföras (se. kap.3)

Enligt ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete ska varje verksamhet regelbundet göra följande egenkontroller:

- genomföra medborgarundersökningar
- göra lagefterlevnadskontroller
- göra förebyggande riskanalyser
- utreda rapporterade risker och avvikelser
- utreda inkomna synpunkter
- granska medarbetarnas följsamhet till processer och rutiner
- granska medarbetarnas dokumentation

Utöver detta har varje verksamhet ansvar att göra de egenkontroller som behövs för att säkerställa att de krav som finns uppdragsbeskrivning/förfrågningsunderlag följs.

Varje verksamhet ska utifrån de genomförda egenkontrollerna analysera resultatet och vidta förbättrande åtgärder samt förbättra ledningssystemets processer och rutiner.

4.3 UPPDRAGSENHETENS KVALITETSUPPFÖLJNINGAR/KVALITETSGRANSKNINGAR

Uppdragsenheten ansvarar för kvalitetsuppföljning och kvalitetsgranskning av verksamhet inom Vård- och omsorgsnämndens ansvarsområde.

Uppdragsenheten använder olika metoder för att följa upp interna och externa utförarens verksamheter. Det pågår även ett utvecklingsarbete i syfte att förbättra arbetssättet kring uppföljningar.

Utgångspunkten för Uppdragsenhetens kvalitetsgranskningar är:

- ”Vård- och omsorgsnämndens rutin för uppföljning” som upprättas årligen
- ”Tidigt varningssystem”: en särskild metod för att löpande under året identifiera brister eller risk för brister i verksamheten

Tidigt varningssystem

Vård- och omsorgsförvaltningen införde under hösten 2018 en särskild metod för att identifiera brister eller risk för brister i verksamheten, ett s.k. ”tidigt varningssystem”.

Avsikten är att fånga upp tidiga signaler om att en enhet eller en utförare är på väg att få svårigheter med att upprätthålla kvaliteten. Verksamheten har då möjlighet att vidta åtgärder innan allvarliga brister på individ- och/eller verksamhetsnivå uppstår.

Insamlade/inkomna uppgifter och signaler dokumenteras och analyseras löpande av Uppdragsenheten.

I arbetet med ”tidigt varningssystem” hämtar Uppdragsenheten information från flera olika håll:

- signaler från baspersonal, legitimerad personal, chefer, LSS- och biståndshandläggare, medborgare, anhöriga

- avvikelser enligt SoL/LSS/HSL eller bristen på avvikelser
- lex Sarah, lex Maria
- rapporter från Inspektionen för vård och omsorg (IVO)

Inkomna signaler analyseras två gånger i månaden då det fattas beslut om eventuella åtgärder. Den vanligaste åtgärden när signalerna pekar mot risk för att brister ska uppstå är att föra en dialog med verksamheten. Vid behov får verksamheten i uppdrag att upprätta och arbeta med en åtgärdsplan.

Uppdragsenheten kan även ta beslut om att påbörja en kvalitetsgranskning på hela eller delar av verksamheten. Om granskningen visar att det finns brister får verksamheten upprätta och arbeta med en åtgärdsplan. Uppdragsenheten följer upp att bristerna åtgärdats. När Uppdragsenheten godkänt genomförda åtgärder och följt upp effekterna klarmarkeras och avslutas granskningen.

Kvalitetsgranskning

För att med tillgängliga resurser ha en rimlig möjlighet att kontinuerligt följa upp interna och externa utförare verksamhet har Uppdragsenheten utvecklat och under 2022 börjat använda en uppföljningsmodell i tre steg enligt nedan. Planering för uppföljning enligt den nya modellen beslutas i Vård- och omsorgsnämnden i februari 2023.

Nivå 1 – Analys av enheternas egenkontrollarbete

Nivå 1 - Analys av enheternas egenkontrollarbete: En sådan analys ska varje år göras för samliga enheter som har insatser som är av stor betydelse för den som får insatsen, t.ex. särskilt boende, hemtjänst och LSS-bostad. Övriga enheter analyseras med olika periodicitet beroende på verksamhetens omfattning.

Analysen innebär att Uppdragsenheten följer upp inrapportering från Vård- och omsorgsförvaltningens egna verksamheter via egenkontrollen i Stratsys och ställer motsvarande frågor till externa utförare. En analys av materialet görs första gången under vintern 2022/2023. Om denna analys påvisar några brister för en enskild verksamhet kommer den berörda enheten att gå vidare till granskning i Nivå 2 alternativt direkt till Nivå 3.

Nivå 2 – Dokumentationsgranskning

Nivå 2 - Dokumentgranskning - omfattar de enheter som finns i uppföljningsplan i "Vård- och omsorgsnämndens rutin för uppföljning" och de enheter som under Nivå 1 påvisat någon form av brister.

Målet är att enheter med insatser som är av stor betydelse för den som får insatsen ska följas upp i Nivå 2 minst vart tredje år. Uppföljningen görs genom granskning av:

- Social dokumentation inklusive genomförandeplaner samt hälso- och sjukvårdsjournaler (stickprov)
- Avvikelser
- Rapportering i kvalitetsregister (Senior Alert, Palliativa registret)

- Synpunktshantering
- Eventuella observationer i tidigt varningssystem
- Ev information från Myndighetsenhetens individuppföljningar
- Medborgarenkäter (t ex socialstyrelsens äldreundersökning och verksamheternas egna undersökningar).

Eventuella identifierade brister i Nivå 2 medför i första hand dialog med enheten om behov av förbättringar. Större brister kommer att medföra att det ska upprättas en åtgärdsplan och (beroende på det aktuella avtalet) eventuellt utfärdas sanktioner. Mer omfattande brister som noteras i Nivå 2 medför att en helhetsgranskning enligt Nivå 3 planeras in i närtid.

Nivå 3 - Djupgranskning

Nivå 3 - Djupgranskning - innebär att det görs en fördjupad uppföljning av de enheter där brister identifierats i Nivå 1-2 och/eller utifrån signaler i "Tidigt varningssystem".

I Nivå 3 sker en genomgång av samtliga krav som enheten har att uppfylla. Uppföljningen görs på plats där materialet från Nivå 2 kompletteras med bland annat intervjuer med personal och chefer. I de fall det är relevant genomförs enkätundersökningar med berörda medborgare.

Varje uppföljning på Nivå 3 återkopplas till den berörda verksamheten med en rapport och eventuellt plan med tidssatta åtgärder.

5. UPPFÖLJNING UTIFRÅN CORONAPANDEMIN

Påverkan på våra verksamheter

Under året har personer boende på särskilt boende för äldre, personer inom funktionshinderområdet och personer med hemtjänst/hemsjukvård erbjudits vaccinering mot covid. Vaccinationstäckningen har varit hög och de allra flesta har tackat ja till dos 4 och 5.

Folkhälsomyndigheten avslutade rekommendationen för allmänheten att provta sig vid symtom, men den kvarstod inom vård och omsorg. För att förebygga smitta har personalen inom verksamheterna arbetat med munskydd när de gett nära vård och omsorg till någon person.

Utbrott av Corona skedde vid årskiftet 2021/2022 och under senhösten med påföljd att både personer inom säbo och funktionshinderområdet samt personal var sjuka i covidinfektion. Det innebar en stor påverkan vad gäller bemanningen inom verksamheterna.

I december 2022 beslutades att återinföra kontinuerligt användande av munskydd för att begränsa smittan och det gick ut en vädjan till anhöriga/närstående att inte besöka sin anhörig om man uppvisade några symtom.

Covidsmitta och andra infektioner såsom årsinfluensa och RS-virus påverkade tillgången av personal negativt och personalläget var mycket ansträngt både under sommarmånaderna och vid årets slut.

6. KVALITET SPECIFIKA VERKSAMHETER

Under kapitel 6 redovisas resultatet av de kvalitetsgranskningar som genomförts under 2022.

I kapitlet redovisas och analyseras även övriga underlag t.ex. avvikelser, lex Sarah, lex Maria och resultat av medborgarundersökningar.

6.1 MYNDIGHETSENHETEN

Myndighetsenhetens verksamhet innefattar huvudsakligen myndighetsutövning enligt socialtjänstlagen (SoL) och lagen om särskilt stöd och service för vissa funktionshindrade (LSS) för Vård- och omsorgsnämndens målgrupper. Enhetens handläggare utreder och fattar beslut om olika former av stöd för medborgare som vistas i kommunen eller avser att flytta permanent till kommunen.

De lagar som framförallt styr verksamheten är socialtjänstlagen (SoL), lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS), kommunallagen och förvaltningslagen. Myndighetsenheten har även en uppdragsbeskrivning med tillhörande kvalitetskrav.

Sammanfattande analys av verksamhetens kvalitet

Underlag för analys av kvaliteten av Myndighetsenheten under 2022 baseras på medborgarundersökningar, egenkontroll SoL och LSS, avvikelser och Lex Sarah-utredningar.

Medborgarnöjdhet

Utifrån den nationella brukarundersökningen bedöms nöjdheten hos medborgarna vara delvis god. Det är dock endast 53% som har svarat men av dem som har svarat så har 73/100 svarat att deras beslut är anpassade efter deras behov.

Lagefterlevnad

Det går inte att bedöma om lagefterlevanden är god eller inte då enheten ej har ägnat sig åt kvalitetsarbete under 2022. En kvalitets- och verksamhetsutvecklare tillsattes i november 2022 och kommer under 2023 arbeta för att säkerställa och utveckla enhetens kvalitet.

Risk- och avvikelserapportering

Myndighetsenheten har under år 2022 endast registrerat 34 avvikelser enligt SoL och LSS. Uppdragsenhetens bedömning är att det finns en stor underrapportering av SoL/LSS-avvikelser och att risk- och avvikelshantering är ett fortsatt utvecklingsområde för Myndighetsenheten.

Detaljerad information om olika kvalitetsområden

Projekt "Tidiga rehabiliteringsinsatser"

Under 2022 har projektet "Tidiga rehabiliteringsinsatser" startats upp på Myndighetsenheten då forskning visat att förebyggande, hälsofrämjande och rehabiliterande insatser ger bättre förutsättningar för äldre att kunna leva ett självständigt aktivt och meningsfullt liv längre upp i åldrarna. Det har anställts en arbetsterapeut och en fysioterapeut som sitter placerad tillsammans med biståndshandläggarna. Dessa funktioner finns som stöd för biståndshandläggarna och för att tidigt fånga upp behov av rehabiliterande åtgärder.

Projektet berör halva kommunen där den andra halvan fungerar som kontrollgrupp. En första uppföljning av projektet, baserat på enkätsvar från medborgare, visar hittills enbart positiv respons. En majoritet upplever att rehabiliteringsinsatserna bidragit till ökad delaktighet, trygghet och ökad ork i vardagen.

Förändring av arbetssätt

Handläggare på Myndighetsenheten har under de senaste åren arbetat i team där tre handläggare tillsammans varit ansvarig för medborgare i ett specifikt område. Under 2022 har Myndighetsenheten gjort en förändring av arbetssättet för att öka kontinuitet för medborgaren och övergått från teamarbete till att medborgaren endast har en ansvarig handläggare.

Medborgarnas nöjdhet

Egenkontroll

Som en del av Myndighetsenhetens egenkontroll ska en medborgarenkät skickas ut varje år. Det har dock inte gjorts under 2022.

Socialstyrelsens medborgarundersökning

Socialstyrelsen genomför varje år en rikstäckande enkätundersökning med frågor där de frågar hur de äldre uppfattar kvaliteten i hemtjänsten. I 2022 års enkät deltog 871 personer i Östersunds kommun, vilket är 53% av de tillfrågade.

I nedanstående tabell redovisas andelen som svarat ja på tre olika frågor som är av intresse för Myndighetsenhetens arbete. Siffrorna inom parentes avser svaren för hela riket.

*) ej genomförd 2021

Se Bilaga 21.

I tabellen nedan visas en mer detaljerad uppdelning av hur medborgarna i Östersunds kommun svarat på frågan om handläggarnas beslut är anpassat efter deras behov. Tabellen redovisas i procent.

*) ej genomförd 2021

Se Bilaga 22.

Risker och avvikelser

Se Bilaga 23.

Lex Sarah

Se Bilaga 24.

Genomförda åtgärder utifrån Lex Sarah SoL 2022

Biståndshandläggare 2 vidtog direkta åtgärder genom att ställa medborgaren i kön till särskilt boende

Teamchef har haft enskilda samtal med biståndshandläggarna

Nya rutiner har att skapats för Myndighetsenheten

Myndighetsenheten genomgår en organisationsförändring

Lagefterlevnad - verksamhetens egenkontroll med analys och åtgärder

Under 2022 har Myndighetsenheten inte haft möjlighet att ägna sig åt kvalitetsarbete i önskad utsträckning. En kvalitets- och verksamhetsutvecklare tillsattes i november 2022 och kommer under 2023 arbeta för att säkerställa och utveckla enhetens kvalitet.

Systematiska uppföljningar

Sedan det nya verksamhetssystemet Viva infördes har Myndighetsenheten inte haft en rutin för att registrera de systematiska uppföljningarna som gjorts. Det gör att statistik för 2022 inte kan redovisas. Under 2023 planeras en rutin för detta utvecklas med stöd av den nytillsatta kvalitets- och verksamhetsutvecklaren.

Under hösten 2022 avsattes 75% tjänst till att göra uppföljningar på särskilt boende.

6.2 SÄRSKILT BOENDE FÖR ÄLDRE – SÄBO

Särskilt boende enligt socialtjänstlagen (SoL) är till för medborgare med så stort behov av vård, omsorg och trygghet att det inte går att ordna i deras eget hem. I särskilt boende kan personen få hjälp dygnet runt.

Sammanfattande analys av verksamhetens kvalitet

Underlag för analys av kvaliteten av särskilt boende för äldre (SÄBO) under 2022 baseras på medborgarundersökningar, egenkontroll HSL och SOL, avvikelser, Lex Sarah-utredningar, Lex Maria-utredningar, Uppdragsenhetens kvalitetsuppföljningar och externa revisioner.

Medborgarnöjdhet

Utifrån resultatet av Socialstyrelsens nationella brukarundersökning bedöms nöjdheten hos medborgare som bor i särskilt boende vara god.

Totalt svarade 29 626 personer i landet på Socialstyrelsens nationella brukarundersökning gällande medborgarnöjdhet inom särskilt boende. Detta är

43,4% av de tillfrågade. I Östersund svarade 214 personer, vilket är 45,6% av de tillfrågade. Av dem som svarat är det mindre än hälften som besvarat enkäten själv. I övriga fall har anhöriga hjälpt till eller svarat åt medborgaren.

Av dem som besvarat enkäten är 75% mycket nöjda eller ganska nöjda sammantaget med sitt äldreboende. I riket totalt är 77% av de svarande nöjda.

Via nedanstående länk återfinns undersökningen i sin helhet.

Länk till "Vad tycker de äldre om SÄBO?" och Socialstyrelsens bildrapport för 2022 Powerpoint

Länk till "Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?", Socialstyrelsens medborgarundersökning länk till annan webbplats, öppnas i nytt fönster

Lagefterlevnad

Övergripande bedöms lagefterlevnaden vara god. Verksamheterna har planerat in aktiviteter för att förbättra vissa områden inom SoL och HSL.

Risk- och avvikelserapportering

Under 2022 har antalet SoL-avvikelser inom särskilt boende minskat jämfört med år 2021 och 2020. Bedömningen är att det finns en stor underrapportering av dessa avvikelser.

Risk- och avvikelserapportering samt lex Sarah-utredningar visar att det finns brister vad gäller kunskap om social dokumentation, den nationella värdegrunden och risk- och avvikelserapportering. Verksamheten behöver stöd att ta fram strategier och arbetssätt för att förebygga händelser med hot och våld. Avvikelser kring utebliven dos av läkemedel har minskat under 2022 jämfört med år 2021. Anledningen till minskningen bedöms vara införandet av digital signering under 2021.

Verksamheterna har själva identifierat några förbättringsområden kopplat till risk- och avvikelshantering när det gäller både SoL och HSL samt planerat förbättringsåtgärder.

De flesta SÄBO har under 2022 haft utbildning i hjälpmedelskunskap för vård- och omsorgspersonal.

BPSD-registret är ett verktyg som kan hjälpa personal att ge adekvat vård och omsorg för medborgare med beteendemässiga och psykiska symtom. Egenkontrollen visar att andelen medborgare som har en skattning i BPSD-registret legat på ungefär samma nivå de senaste 4 åren.

Riskbedömningar för undernäring har minskat till 72% från 87% år 2020. Uppgifter i egenkontrollen visar att 20 procent med näringsproblem saknar utredningar och åtgärder i hälsojournal, 6% har en behovsbedömning.

Riskbedömningar för fall och försämrad munhälsa har ökat under 2022 jämfört med 2021.

Antalet rapporterade fallhändelser har ökat något jämfört med 2021 efter att ha minskat två år i rad. Antalet rapporterade fallskador har också ökat till det högsta antalet under de senaste 5 åren, förutom antalet höftfrakturer som ligger kvar på samma antal som 2021.

På grund av att det saknas sjuksköterskor med förskrivningsrätt för inkontinenshjälpmedel på flera särskilda boenden finns risk för försämrad kvalitet av inkontinensvård. Verksamheterna har sökt utbildning i förskrivningsrätt för inkontinenshjälpmedel, men utbildningen finns ej att tillgå.

Personer som vårdas i livets slut får smärtbehandling, men smärtskattningsinstrument används inte i så stor utsträckning. Risk finns att smärtbehandlingen inte blir optimal. Andel personer som har någon hos sig vid livets slut har minskat något jämfört med år 2021, från 90% år 2021 till 81% år 2022.

För en fullständig redovisning av resultat kring den kommunala hälso- och sjukvården inom särskilt boende för äldre (SÄBO) 2022 - se Patientsäkerhetsberättelse 2022 (länk)öppnas i nytt fönster

Detaljerad information om olika kvalitetsområden

Medborgarnas nöjdhet

Lokal medborgarundersökning - egen regi

Särskilt boende, egen regi, har genomfört en egen medborgarundersökning under 2022, i form av en enkät riktad till anhöriga. 176 svar inkom.

Resultatet av medborgarundersökningen visar att sammantaget är de flesta nöjda med sitt boende. Sektorn har inte hunnit sammanställt alla svar eller identifierat förbättringsområden utan det kommer att göras under januari 2023. Förbättringsåtgärder planeras i verksamhetsplanen för år 2023 av respektive enhet.

En extern utförare har redovisat egna medborgarundersökningar som genomförts via enkäter. Svaren från dessa undersökningar visar bland annat att:

- Sammantaget är de flesta nöjda med sitt boende
- De upplever att de får ett bra bemötande och relevant information
- De flesta är nöjda med maten och måltiderna
- Utbudet på aktiviteter kan bli bättre

Socialstyrelsens nationella brukarundersökning

Socialstyrelsen brukar årligen genomföra en nationell brukarundersökning med frågor om hur de äldre uppfattar kvalitet inom särskilt boende, kallad "Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?". Denna undersökning har genomförts år 2022.

Resultat från den nationella undersökningen från 2022 år finns på Socialstyrelsens hemsida:

Länk till "Vad tycker de äldre om SÄBO?" och Socialstyrelsens bildrapport för 2022 Powerpoint

Länk till "Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?", Socialstyrelsens medborgarundersökning länk till annan webbplats, öppnas i nytt fönster

Nedan redovisas resultatet för några av frågorna.

Den sammantagna nöjdheten har försämrats något från 2020 års undersökning men är något bättre än 2019. Negativa svar från ett av äldreboendena med extern drift påverkar resultatet i stort för kommunen. Denna utförare har efter undersökningen vidtagit en rad åtgärder för att förbättra nöjdheten.

Se Bilaga 25.

Drygt 90% tycker att personalen har ett bra bemötande och cirka 80% är trygga på sitt äldreboende och känner förtroende för personalen.

Se Bilaga 26.

När det gäller boendemiljön anser 2/3 av dem som svarat att de trivs med sin lägenhet men endast drygt hälften tycker det är trivsamt i de gemensamma utrymmena och i utomhusmiljön. Vård- och omsorgsförvaltningen har inventerat boendemiljön på samtliga äldreboenden och det pågår ett arbete med att förbättra miljön enligt den plan som då upprättades.

Jämställdhetsanalys av nöjdhet med insatser

När det gäller helhetsperspektivet är nöjdheten något lägre bland kvinnor än män. 73% av kvinnorna respektive 77% av männen är mycket eller ganska nöjda med insatsen särskilt boende.

Det saknas uppgifter för flertalet detaljfrågor i databasen Kolada men för de frågor som besvarats går det dock inte att utröna väsentliga skillnader mellan kvinnor och män avseende nöjdhet med insatsen särskilt boende.

Goda exempel från verksamheten

Häradsgården valde att använda anslag för ökad bemanning till att schemalägga sociala aktiviteter som "gubbfika", "stickningscafé" och planteringsträffar. Enheten har även startat upp ett samarbete med vuxenskolan och frivilligorganisationerna i Lit som tillsammans ansvarar för olika sociala aktiviteter på Häradsgården.

Skogsbruksvägen 131 har genomfört flera större aktiviteter under året för medborgare, anhöriga och personal, exempelvis hattparad med sång, musik, korvgrillning samt årlig grilllunch på sommaren.

Lagefterlevnad - verksamhetens egenkontroll med analys och åtgärder
Verksamhetsspecifik lagstiftning

Planerade förbättringsområden under 2022 (SoL och HSL) har inte kunnat genomföras på grund av att Covid-19 påverkat verksamheten negativt under hela året. Det har även varit många nya chefer under året.

SoL-analys och planerade åtgärder

Alla chefer har inte fyllt i sin egenkontroll. Inom sektorn finns ett behov av förbättringar kring social dokumentation (pga. nytt verksamhetssystem) och koppling till den nationella värdegrunden. Detta kommer att vara en obligatorisk utbildning/information till alla enheter under 2023.

HSL-analys och planerade åtgärder

Hos några enheter är det för lång tid mellan lunch och middag. Dessa enheter behöver planera in detta i sin verksamhetsplanering för 2023. Utbildning i rehabilitering för personal är ej utförd på alla enheter, mycket relaterat till Covid-19. Den åtgärd som kommer att vidtas är att påminna enhetschefer vid nyanställning och inför sommaren. Behöriga förskrivare av inkontinenshjälpmedel saknas i verksamheten. Det finns inga utbildningar för detta.

Kommungemensam lagstiftning

I egenkontrollen avseende den kommungemensamma lagstiftningen för 2023 finns inga förbättringsområden, lagefterlevnaden inom dessa områden är god.

Risker och avvikelser

Avvikelse SoL

Se Bilaga 27.

Avvikelse HSL

Se Bilaga 28.

Verksamhetens egen analys och åtgärder

Identifierade förbättringsområden – risker och avvikelser 2022

- Läkemedelsavvikelse
- Fallhändelser
- Uteblivna vårdåtgärder HSL
- Brist i utebliven omvårdnad
- SoL-avvikelse
- Okunskap om SoL-avvikelse
- Utebliven signering
- Ej utförda insatser

Planerade förbättringsåtgärder - risker och avvikelser 2022

- Social dokumentation med koppling till den nationella värdegrunden
- Genomförandeplaner och delaktighet
- Fallpreventivt arbete

- Fortsatt arbete kring uteblivna signeringar

Verksamheten återför händelser avseende lex Sarah och vårdskador till verksamheten genom:

- Statistikrapport varje månad för uppföljning och analys
- Händelser registreras i kvalitetssystem
- Alla avvikelser och händelser tas upp i kvalitetsråd, avvikelseråd, ledningsträffar, arbetsplatsträffar
- Förbättringsområden identifieras och registreras
- Upprättande av händelseanalys, risk- och konsekvensanalys, identifierade förbättringsområden, handlingsplan

Lex Sarah och Lex Maria

I nedanstående tabell redovisas de händelser som rapporterats enligt Lex Sarah och Lex Maria på särskilt boende under år 2022.

Se Bilaga 29.

Genomförda åtgärder utifrån Lex Sarah-händelser (sammanfattning)

Berörda enhetschefer har vidtagit nedanstående åtgärder:

- Enhetschef samtalade med alla medarbetare och har ändrat i bemanning/schema.
- Enhetschef har förtydligat/ändrat i befintlig rutin.
- Enhetschef kommer se till att nya vikarier går relevanta utbildningar innan de börjar sin vikarieperiod.
- Enhetschef har daglig avstämning med personalgruppen där de går igenom handlingsplaner.
- Personalen på avdelningen bär överfallslarm under arbetstid.
- Enhetschef bokade in relevanta utbildningar för personalen.
- Enhetschef har kontaktat demensteamet och tagit fram en enhetsspecifik värdegrundsplan.
- Enhetschef går igenom social dokumentation och värdegrund med hela enheten på en arbetsplatsträff.
- Enhetschef upprättar handlingsplaner och justerar genomförandeplanen.
- Enhetschef har samtalat med hela personalgruppen om rutin kring trygghetslarm, värdegrund och bemötande.

Lex Maria, MAS beslutade åtgärder (sammanfattning):

- Utbildning av personalen kring diabetes samt säkerställa att ordination kring insulin finns tillgänglig för personalen.
- Säkerställa att all personal (såväl ordinarie som vikarier) har en godkänd utbildning för att använda personlyft.
- Nytt innehåll läggs till utbildning för användning av personlyft för att visa situationer där det går fel, exempelvis glida ur ett felplacerat lyftsele eller felaktigt placerad lyft.

Uppdragsenhetens kvalitetsuppföljningar

Kvalitetsgranskningar

Inför 2022 planerades en granskning av tre särskilda boenden varav ett av dem granskades enligt Nivå 3 och två enligt Nivå 2 i kvalitetsgranskningsmodellen (se metodbeskrivning under avsnitt 4.3, [länk](#)).öppnas i nytt fönster

Resultat kvalitetsgranskning Fältvägen, Nivå 3

Under hösten 2022 genomfördes en planerad kvalitetsgranskning av verksamheten.

Granskningen visade få brister i verksamheten utifrån kvalitetskraven.

I nedanstående tabell redovisas hur många brister som identifierats vid granskningen och deras allvarlighetsgrad.

Se Bilaga 30.

Exempel på kvalitetsområden där det fanns en liten brist i kvaliteten (1)

- Enheten ska bemanna efter behov
- Enheten ska arbeta aktivt med värdegrunden
- Enheten ska ha ett strukturerat arbete där de har kontakt med anhöriga regelbundet
- Enheten ska ha genomgång av basala hygienrutiner
- Enheten ska ha genomgång av rutinen för skydds- och begränsningsåtgärder
- Enheten ska se till att det ordnas vak även dagtid vid behov
- Utbildning om rehabilitering ska genomföras
- Enheten ska ha regelbunden dialog med personalgruppen om social dokumentation
- Enheten ska gå igenom vad SOL-avvikelse är och regelbundet ha ett forum för avvikelser

Exempel på kvalitetsområden där det fanns en stor brist i kvaliteten (2)

- Enheten måste ha en plan för hur de ska jobba med inkontinensvården

Resultat kvalitetsgranskning - Nivå 2 på två särskilda boenden

- På ett av dessa boenden har Uppdragsenheten funnit vissa brister där krav ställts på åtgärder
- På det andra boendet identifierades det stora brister vilket innebär att det upprättas en åtgärdsplan samt genomförs en granskning utifrån Nivå 3

Tidigt varningssystem

Många signaler har under året inkommit till "Tidigt varningssystem" kring hög sjukfrånvaro, vakanser och problem att rekrytera samtliga yrkeskategorier.

Uppdragsenheten har utifrån analys och bedömning krävt åtgärder från verksamheten.

Exempel på övriga signaler:

- Stora risker då chef varit frånvarande under längre tid
- Missnöje med mat och måltider, omvårdnad
- Klagomål palliativ vård
- Risk för bristande vård och omsorg, uteblivna utredningar och dokumentation
- Ej utförda hälso- och sjukvårdsordinationer
- Brist i informationsöverföring samt avsaknad av lokala rutiner för detta
- Brist i utbildning/introduktion till vikarier

Externa revisioner

Inspektionen för vård och omsorg - Nationell granskning av särskilt boende

Under år 2021 startade Inspektionen för vård och omsorg (IVO) en nationell granskning av den medicinska vården vid landets alla särskilda boenden för äldre. Granskningen var utifrån de indikationer som IVO fått under coronapandemin att det fanns risker inom äldreomsorgen. Granskningen genomfördes genom att varje kommun överlämnade journalhandlingar från personer och maskinellt gjordes ett urval av nyckelord. Enkäter skickades ut till sjuksköterskor och IVO genomförde ett besök i kommunen där Vård- och omsorgsnämndens ordförande, verksamhetschef och MAS deltog.

År 2022 genomförde IVO en fördjupad granskning som fokuserade på den medicinska vården inom särskilt boende. IVO granskade landets samtliga särskilda boenden som har kommunal utförare. Granskningen visade på nationell nivå att vården i livets slut inte var tillräckligt god då det saknades dokumentation av de brytpunktsamtal som ska genomföras vid vård i livets slut. IVO noterade även att läkemedelshanteringen inte var patientsäker då läkemedelshanteringen delegerades till icke legitimerad personal som inte hade adekvat utbildning. Man såg också att många personer hade olämpliga läkemedel. Vårdplaner saknades i den kommunala journalen.

IVO redovisade vid besöket i Östersunds kommun att det i den kommunala hälsojournalen saknades vårdplaner i 77% av de granskade journalerna, att KVÅ-koder (dvs. klassifikation av vårdåtgärder) saknades i 100% av planerna, att 62% saknade läkemedelsgenomgång och i 65% av de granskade journalerna saknades dokumentation om brytpunktsamtal. Konsultation av läkare saknades inom en viss utvald tidsperiod i 83% av fallen.

Verksamhetschef HSL och Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) gav ett skriftligt svar till IVO som visade på en helt annan bild. De nyckelord som IVO använt var inte överensstämmande med de som kommunen använder i sin journal, vilket kan innebära att resultaten är felaktiga. När det gäller KVÅ-koder så redovisas de regelbundet till Socialstyrelsen. Beslut och svar från IVO gällande granskningen väntas under år 2023.

Uppföljande granskning avseende förebyggande av fallskador - Region Jämtland Härjedalen och Östersunds kommun

Revisionens övergripande bedömning är att fallpreventiva åtgärder har genomförts och även gett viss effekt då antalet fallskador har minskat. Det fallskadepreventiva arbetet är prioriterat men arbetet på operativ nivå behöver fortsatt utvecklas och tillräckligt stöd till verksamheterna behöver säkerställas.

Revisionens rekommenderade åtgärder;

- Förtydliga och bryta ned de övergripande uppdragen från kommunfullmäktige och Vård-och omsorgsnämnden till tydliga aktiviteter till enheterna
 - Åtgärden kommer att genomföras
- Utveckla analys och uppföljning av fallskador på enhetsnivå
 - Åtgärden kommer att genomföras
- Genomföra en strukturerad uppföljning av i vilken utsträckning utbildning genomförs på de enskilda enheterna samt att hitta arbetsätt för att lyfta goda exempel
 - Åtgärden kommer att genomföras
- Se över avtalen med de privata utförarna så att uppdragen harmonierar med fullmäktige- och nämndsuppdrag.
 - Rekommenderad åtgärd genomförd
- Säkerställa att såväl uppdrag som strategi gällande ett strukturerat samarbete med andra förvaltningar genomförs i praktiken.
 - Rekommenderad åtgärd genomförd
- Säkerställa att användandet av Senior Alert förtydligas
 - Åtgärden kommer att genomföras
- Ta initiativ till att arbetet med att ta fram gemensamma rutiner för det fallförebyggande arbetet tillsammans med regionen och länets kommuner prioriteras
 - Åtgärden kommer att genomföras
- Säkerställa att gemensam vårdplanering genomförs i större omfattning
 - Åtgärden kommer att genomföras

6.3 HEMTJÄNST ENLIGT SOL

Hemtjänst är en praktisk, social och pedagogisk insats enligt Socialtjänstlagen (SoL) som beviljas efter beslut av biståndshandläggare. Insatsen syftar till att underlätta för personen att hantera sin vardag i sitt ordinarie boende.

Hemtjänst består av två delar - personlig omvårdnad (t.ex. hjälp med personlig hygien, måltider, tillsyn eller promenader) respektive servicetjänster (t.ex. hjälp att städa, tvätta eller göra inköp).

Sammanfattande analys av verksamhetens kvalitet

Underlag för analys av kvaliteten inom hemtjänst under 2022 baseras på medborgarundersökningar, egenkontroll HSL och SOL, avvikelser, Lex Sarah-utredningar och Uppdragsenhetens kvalitetsuppföljningar.

Medborgarnöjdhet

Utifrån Socialstyrelsens nationella brukarundersökning bedöms nöjdheten hos medborgare som har hemtjänst vara god.

Totalt svarade 81 902 personer i landet på Socialstyrelsens enkät gällande medborgarnöjdhet för hemtjänst, vilket är 58,6% av de tillfrågade. I Östersund svarade 871 personer, vilket är 53,4% av de tillfrågade.

Av dem som svarat är 87% mycket nöjda eller ganska nöjda sammantaget med den hemtjänst dom får. I riket totalt är 86% av de svarande nöjda. Resultatet för Östersund är något lägre än tidigare år.

Via nedanstående länk återfinns undersökningen i sin helhet.

Länk till "Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?", Socialstyrelsens medborgarundersökninglänk till annan webbplats, öppnas i nytt fönster

Länk till "Vad tycker de äldre om hemtjänsten?" och Socialstyrelsens bildrapport för 2022Powerpoint

Lagefterlevnad

Övergripande bedöms lagefterlevnaden vara god. Verksamheterna har planerat in aktiviteter för att förbättra vissa områden inom SoL och HSL.

Risk- och avvikelserapportering

Avvikelser SoL har ökat kraftigt från 523 till 890 på ett år. Det kan ha att göra med pandemin att avvikelserna på hemtjänsten har ökat. Risk- och avvikelserapportering samt lex Sarah-utredningar visar att det finns brister vad gäller kunskap om social dokumentation och den nationella värdegrunden.

Avvikelser kring utebliven dos av läkemedel har minskat under 2022 jämfört med år 2021. Avvikelser kring utebliven dos av läkemedel är den avvikelsetyp som varje år har den största andelen avvikelser. Anledningen till minskningen bedöms vara införandet av digital signering under 2021. Avvikelser kring utebliven vårdåtgärd har ökat kraftigt.

Verksamheterna har själva identifierat förbättringsområden för risk- och avvikelshantering när det gäller både SoL och HSL samt planerat förbättringsåtgärder.

En första uppföljning av projektet "Tidiga rehabinsatser" utifrån enkätsvar från medborgare, visar hittills enbart positiv respons. En majoritet upplever att rehabiliteringsinsatserna bidragit till ökad delaktighet, trygghet och ökad ork i vardagen.

Egenkontroll HSL för 2021 visar att andelen riskbedömning för undernäring minskat ytterligare från 46% år 2019, 43% år 2020 till 38% under år 2021.

Riskbedömningar för tryckskada och fall har ökat jämfört med 2021.

Egenkontroll HSL visar att dokumenterade åtgärder för personer med fallrisk minskar för tredje året i rad. Vi behöver ta reda på om åtgärder inte dokumenteras eller om personer med fallrisk tackar nej till åtgärd.

För en fullständig redovisning av resultat av den kommunala hälso- och sjukvården inom hemtjänsten 2022, se Patientsäkerhetsberättelse 2022 (länk)öppnas i nytt fönster

Detaljerad information om olika kvalitetsområden

Medborgarnas nöjdhet

Lokal medborgarundersökning - egen regi

Hemtjänsten, egen regi, har under 2022 genomfört egna medborgarundersökningar. Resultat från verksamheternas egna medborgarundersökningar 2022 kommer att analyseras under januari 2023 och redovisas inte här.

Socialstyrelsens nationella brukarundersökning

Socialstyrelsen brukar årligen genomföra en nationell brukarundersökning med frågor om hur de äldre uppfattar kvalitet inom hemtjänsten, kallad "Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?". Denna undersökning har genomförts år 2022.

Totalt svarade 81 902 personer i landet på enkäten för äldre med hemtjänst, vilket är 58,6% av de tillfrågade.

I Östersund svarade 871 personer, vilket är 53,4% av de tillfrågade.

Av dem som svarat är 87% mycket nöjda eller ganska nöjda sammantaget med den hemtjänst de får. I riket totalt är 86% av de svarande nöjda. Resultatet för Östersund är något lägre än tidigare år.

Länk till "Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?", Socialstyrelsens medborgarundersökninglänk till annan webbplats, öppnas i nytt fönster

Länk till "Vad tycker de äldre om hemtjänsten?" och Socialstyrelsens bildrapport för 2022Powerpoint

Nedan redovisas resultatet för några av frågorna.

Se Bilaga 31.

Se Bilaga 32.

De allra flesta som har hemtjänst i Östersund är nöjda med det bemötande de får. Något färre tycker att personalen tar hänsyn till deras åsikter och önskemål om hur hjälpen ska utföras och än färre kan påverka vid vilka tider som personalen

kommer. En fråga som vi behöver fördjupa oss i är hur viktigt medborgarna tycker det är att kunna påverka detta.

Se Bilaga 33.

Jämställdhetsanalys av nöjdhet med insatser

Kvinnor och män är enligt undersökningen lika nöjda med hemtjänsten (87% av kvinnorna och 87% av männen är mycket eller ganska nöjda med hemtjänsten).

Fler kvinnor än män besväras ofta av ensamhet. 54% av kvinnorna uppger att de besväras ofta av ensamhet medan motsvarande siffra för männen är 42%. Män som har hemtjänst bor dock i betydligt större utsträckning med en annan vuxen (36% av männen och 15% av kvinnorna bor med en annan vuxen).

I övrigt finns inga väsentliga skillnader mellan kvinnor och män avseende nöjdhet med hemtjänsten.

Lagefterlevnad - verksamhetens egenkontroll med analys och åtgärder

Verksamhetsspecifik lagstiftning

Planerade förbättringsområden under 2022 (SoL och HSL) har inte kunnat genomföras på grund av att Covid-19 påverkat verksamheten negativt under hela året. Det har även varit många nya chefer under året.

SoL-analys och planerade åtgärder

Alla chefer har inte fyllt i sin egenkontroll. Inom sektorn finns ett behov av förbättringar kring social dokumentation (pga. nytt verksamhetssystem) samt en koppling till den nationella värdegrunden. Detta kommer att vara en obligatorisk utbildning/information till alla enheter under 2023.

HSL-analys och planerade åtgärder

Godkänd utbildning i personlyftar har blivit bättre. Loggkontroller i verksamhetssystemet Viva genomförs inte enligt rutin. Detta pga. att det inte varit klart hur detta skulle göras i det nya verksamhetssystemet. Enhetschefen dokumenterar inte i Cosmic Link vid utskrivningsklar medborgare. Utbildning i rehabilitering för personal är inte utförd på alla enheter, vilket i hög utsträckning är relaterat till Covid-19. Den åtgärd som kommer att vidtas är att påminna enhetschefer vid nyanställning och inför sommaren.

Kommungemensam lagstiftning

Några chefer har inte kunskap om vad som gäller kring ledighet vid studier. Information om detta kommer tas upp på verksamhetsledning 2023.

Risker och avvikelser

Se Bilaga 34.

Se Bilaga 35.

Verksamheternas analys och åtgärder

Verksamheter inom hemtjänst - egen regi, har själva identifierat nedanstående förbättringsområden kopplat till risker/avvikelser och lex Sarah.

Identifierade förbättringsområden – risker och avvikelser

- fallhändelser
- läkemedelsavvikelser
- utebliven personlig omvårdnad
- brist i kommunikation/information/samverkan
- okunskap om SOL avvikelser

Planerade förbättringsåtgärder – risker och avvikelser

- projekt kring att förebygga fall och att ta fram handlingsplan
- fortsatt arbete kring digital signering
- utbildningssatsningar på social dokumentation med koppling till den nationella värdegrunden.

Verksamheten återför händelser avseende lex Sarah och vårdskador till verksamheten genom:

- statistikrapport varje månad för uppföljning och analys
- protokollförda möten vid avvikelseråd och ledningsträffar
- genomgång vid arbetsplatsträffar

Lex Sarah och Lex Maria 2022 - hemtjänst

I nedanstående tabell redovisas de händelser som rapporterats enligt Lex Sarah inom hemtjänst under år 2022.

Se Bilaga 36.

Genomförda åtgärder Lex Sarah (sammanfattning):

Berörda enhetschefer har vidtagit nedanstående åtgärder:

- Enhetschef går igenom värdegrund, bemötande policy, social dokumentation, avvikelser och missförhållande eller en påtaglig risk för missförhållande, lex Sarah på en planeringsdag.
- Enhetschef har bemannat upp med extra personal.
- Polisanmälan är upprättad.
- Enhetschef upprättar ny rutin
- Enhetschef har kontaktat HR.
- Enhetschef inför genomgång av samtliga rutiner.
- Enhetschef kommer att ha olika händelsebeskrivningar i ett problemlösande forum.

Lex Maria, MAR beslutade åtgärder (sammanfattning):

- Säkerställa att all personal (såväl ordinarie som vikarier) har en godkänd utbildning för att använda personlyft.

- Nytt innehåll läggs till utbildning för användning av personlyft för att visa situationer där det går fel, exempelvis glida ur ett felplacerat lyftsele eller felaktigt placerad lyft.

Uppdragsenhetens kvalitetsuppföljningar

Kvalitetsgranskning

Inför 2022 var 4 hemtjänstområden inplanerade för kvalitetsgranskning. En av dem granskades enligt Nivå 3 och tre av dem granskades enligt Nivå 2 (se metodbeskrivning under avsnitt 4.3, [länk](#)).[öppnas i nytt fönster](#)

Resultat kvalitetsgranskning Erikslund, Nivå 3

Granskningen visade få brister i verksamheten utifrån kvalitetskraven.

I nedanstående tabell redovisas hur många brister som identifierats vid granskningen och deras allvarlighetsgrad.

Se Bilaga 37.

Områden med kvalitetsbrister

Kvalitetsområden där det finns liten brist i kvaliteten (1)

- nationella värdegrunden enligt socialtjänstlagen
- läkemedelshantering, Phase 20
- egenkontroll av hygien
- rutin för synpunktshantering
- avvikelser, återföring till personal
- genomförandeplaner, saknas på insatsen trygghetslarm

Kvalitetsområden där det finns stor brist i kvaliteten (2)

- läsa hälsoplaner för hälso- och sjukvård

Kvalitetsgranskningar enligt "Nivå 2" (se metodbeskrivning under avsnitt 4.3, [länk](#)) har genomförts på tre hemtjänstområden. Uppdragsenheten inte har funnit några tecken på kvalitetsbrister på dessa hemtjänstområden.

Tidigt varningssystem

Många signaler har under året inkommit till "tidigt varningssystem" kring hög sjukfrånvaro, vakanser och problem att rekrytera samtliga yrkeskategorier.

Exempel på signaler:

- Chefsbyte och svårigheter att rekrytera legitimerad personal
- Bristande utförande av omvårdnadsinsatser och dokumentation
- Ej verkställda beslut - uteblivna besök
- Bristande kompetens/patientsäkerhet
- Bristande omvårdnad

Externa revisioner

Uppföljande granskning av fallskador

Revisionens övergripande bedömning är att fallpreventiva åtgärder har genomförts och även gett viss effekt då antalet fallskador har minskat. Det fallskadepreventiva arbetet är prioriterat men arbetet på operativ nivå behöver fortsatt utvecklas och tillräckligt stöd till verksamheterna behöver säkerställas.

Revisionens rekommenderade åtgärder;

- Förtydliga och bryta ned de övergripande uppdragen från fullmäktige och vård- och omsorgsnämnden till tydliga aktiviteter till enheterna
 - Åtgärden kommer att genomföras
- Utveckla analys och uppföljning av fallskador på enhetsnivå
 - Åtgärden kommer att genomföras
- Genomföra en strukturerad uppföljning av i vilken utsträckning utbildning genomförs på de enskilda enheterna samt att hitta arbetsätt för att lyfta goda exempel
 - Åtgärden kommer att genomföras
- Se över avtalen med de privata utförarna så att uppdragen harmonierar med fullmäktige- och nämnduppdrag.
 - Rekommenderad åtgärd genomförd
- Säkerställa att såväl uppdrag som strategi gällande ett strukturerat samarbete med andra förvaltningar genomförs i praktiken.
 - Rekommenderad åtgärd genomförd
- Säkerställa att användandet av Senior Alert förtydligas
 - Åtgärden kommer att genomföras
- Ta initiativ till att arbetet med att ta fram gemensamma rutiner för det fallförebyggande arbetet tillsammans med regionen och länets kommuner prioriteras
 - Åtgärden kommer att genomföras
- Säkerställa att gemensam vårdplanering genomförs i större omfattning
 - Åtgärden kommer att genomföras

Slutligen noteras att en av fyra svarat nej på frågan om handläggarens beslut är anpassat efter personens behov. Jämfört med riket är det ett något bättre resultat men resultatet behöver analyseras ytterligare.

6.4 KORTTIDSBOENDE ENLIGT SOL/VÄXELVÅRD

Korttidsboende/växelvård är en tillfällig insats för medborgare med så stort behov av vård, omsorg och trygghet att det inte går att ordna i deras eget hem.

Sammanfattande analys av verksamhetens kvalitet

Underlag för analys av kvaliteten av korttidsboende SoL/växelvård under 2022 baseras på egenkontroll HSL och SOL, avvikelser, Lex Sarah-utredning och Uppdragsenhetens kvalitetsuppföljningar.

Medborgarnöjdhet

Utifrån den medborgarundersökning som har gjorts 2022 så bedöms medborgarnöjdheten vara god.

Lagefterlevnad

Övergripande bedöms lagefterlevnaden vara god. Verksamheterna har planerat in aktiviteter för att förbättra vissa områden inom SoL och HSL.

Risk- och avvikelserapportering

Under 2022 har antalet SoL-avvikelser inom korttidsboende SoL/växelvård halverats jämfört med 2021. Bedömningen är att det finns en stor underrapportering. Risk- och avvikelserapportering samt lex Sarah-utredning visar att det finns brister vad gäller kunskap om social dokumentation, värdegrunden och risk- och avvikelserapportering.

Avvikelser kring utebliven dos av läkemedel har minskat under 2022 jämfört med år 2021. Anledningen till minskningen bedöms vara införandet av digital signering under 2021.

Under 2022 har ett utvecklingsarbete pågått för akuta korttidsboenden, Häradsgården och Brännagården. Syftet har varit att få en god och effektiv vistelse/rehabilitering som ger möjlighet att gå till eget boende så snart som möjligt. Utvecklingsarbetet har resulterat i kortare vistelsetid för medborgare jämfört med 2021. Detta ger i sin tur en positiv påverkan på väntetiden till korttidsplats för medborgare som skrivs ut från sjukhuset.

För en fullständig redovisning av resultat av den kommunala hälso- och sjukvården inom hemtjänsten 2022, se Patientsäkerhetsberättelse 2022 (länk)öppnas i nytt fönster

Detaljerad information om olika kvalitetsområden

Medborgarnas nöjdhet

Medborgarundersökning är utförd inom växelvård/planerad korttidsboende (Södra Strand). Samtliga sex medborgare som deltog var mycket nöjda.

Medborgarundersökning är utförd inom korttidsboende Liljevägen. De som varit kortare period på Korttidsboende berättar att de tycker att det är bra. De som varit där längre tid tycker att det inte finns något meningsfullt att göra. Så ett utvecklingsområde för verksamheten är försöka erbjuda medborgare fler aktiviteter i vardagen.

De fem medborgare som intervjuats tycker att personalen på Korttids är snälla och hjälpsamma. Det finns några få medborgare som uttrycker att de inte litar på all personal och som inte ber om hjälp när viss personal arbetar. Det är inte för att personalen är elak eller inte lyssnar när medborgaren pratar utan för att jag ”klickar inte med alla” som en medborgaren uttrycker det. En annan uttrycker att det tar längre tid för hen att lita på andra personer, ”bygga tillit”. Medborgare berättar att

de inte är rädda för någon i personalen och att personalen pratar med dem så att de förstår.

Lagefterlevnad - verksamhetens egenkontroll med analys och åtgärder

Verksamhetsspecifik lagstiftning

Planerade förbättringsområden under 2022 (SoL och HSL) har inte kunnat genomföras på grund av att Covid-19 påverkat verksamheten negativt under hela året. Det har även varit många nya chefer under året.

SoL-analys och planerade åtgärder

Alla chefer har inte fyllt i sin egenkontroll. Inom sektorn finns ett behov av förbättringar kring social dokumentation (på grund av nytt verksamhetssystem) samt en koppling till den nationella värdegrunden. Detta är en obligatorisk utbildning/information till alla enheter under 2023.

HSL-analys och planerade åtgärder

Det går inte att särskilja resultat för lagefterlevnad korttidsboende från övriga SÄBO-enheter.

Kommungemensam lagstiftning

I egenkontrollen för 2023 finns inga förbättringsområden, lagefterlevnaden är god.

Risker och avvikelser

Avvikelse – SOL

Se Bilaga 38.

Avvikelse – HSL

Totalt antal avvikelser saknas för 2020-2021 på grund av att data saknas.

Se Bilaga 39.

Verksamheternas analys och åtgärder

Identifierade förbättringsområden – risker och avvikelser

- fallhändelser
- läkemedelsavvikelse

Planerade förbättringsåtgärder – risker och avvikelser

- projekt kring att förebygga fall och att ta fram handlingsplan
- fortsatt arbete kring digital signering

Verksamheten återför händelser avseende lex Sarah och vårdskador till verksamheten genom:

- statistikrapport varje månad för uppföljning och analys
- protokollförda möten vid avvikelseråd och ledningsträffar

- genomgång vid arbetsplatsträffar

Lex Sarah och Lex Maria

Se Bilaga 40.

Genomförda åtgärder Lex Sarah (sammanfattning):

- Enhetschef har beställt till ett extra larm
- Enhetschef har bemannat upp med extra tillsyn.
- Enhetschef har tillsammans med verksamhetschef påkallat en träff för ansvarsfrågan
- Enhetschef har informerat om Lex Sarah på en APT

Ingen lex Maria för Korttidsboende SoL har varit aktuell under 2022.

Uppdragsenhetens kvalitetsuppföljningar

Kvalitetsgranskning

Ingen planerad kvalitetsgranskning har varit aktuell 2022.

Tidigt varningssystem

De signaler som registrerats har åtgärdats inom lex Sarah-utredning och uppföljning av kvalitetsgranskning.

6.5 LSS-BOSTAD - BOSTAD MED SÄRSKILD SERVICE ENLIGT LSS

Förkortningen LSS står för lagen om stöd och service för vissa funktionshindrade. LSS-bostad är en omfattande insats för människor med funktionsnedsättning enligt lagens personkretsar. Insatsen ges enligt beslut om gruppboende eller serviceboende. I LSS-bostaden ingår allt det stöd som behövs för att personen ska kunna leva ett så normalt och självständigt liv som möjligt. Antal medborgare som bor i LSS-bostad år 2022 är 484.

Insatsen kan även ges i form av annan särskild anpassad bostad. I denna boendeform ingår inte stödinsatser.

Sammanfattande analys av verksamhetens kvalitet

Underlag för analys av kvaliteten inom LSS-bostad under 2022 baseras på medborgarundersökningar, egenkontroll HSL och SoL, avvikelser, Lex Sarah-utredningar, Lex Maria-utredning och Uppdragsenhetens kvalitetsuppföljningar.

Medborgarnöjdhet

Utifrån sektorns egna medborgarundersökningar bedöms nöjdheten hos medborgarna vara god.

Lagefterlevnad

Övergripande bedöms lagefterlevnaden vara god. Verksamheterna har planerat in aktiviteter för att förbättra vissa områden inom LSS och HSL.

Risk- och avvikelserapportering

Det finns sex LSS-bostäder som inte skrivit någon LSS-avvikelse under 2022. Kvalitetsansvarig på Sektor funktionshinder kommer under 2023 att besöka dessa LSS-bostäder. Avvikelser kring utebliven dos av läkemedel har minskat med 27%. Digital signering som infördes under 2021 bedöms vara orsaken till minskningen av avvikelserna.

Funktionen utbildningsansvarig arbetsterapeut och fysioterapeut inom Sektor funktionshinder har gett möjligheter till utveckling av utbildning inom området habilitering och rehabilitering till vård- och omsorgspersonal. Framtagandet av utbildningen "Habilitering/rehabilitering steg 2" är angeläget men måste ske i samverkan med verksamheten och de behov man gemensamt ser.

I egenkontrollen omfattades 406 personer och av dessa har 50% en aktuell HOV som inte är äldre än 1 år. Det är viktigt att lyfta fram arbetet med riskbedömningar i HOV för att förebygga ohälsa. Teamarbetet kring HOV har ökat sedan 2021.

Andelen personer med skyddsåtgärder där det finns risk för att uppleva tvång och begränsning har minskat under 2022. Enligt egenkontrollen finns det dokumenterade utredningar i hälsojournalen för i stort sett alla förskrivna skyddsåtgärder HSL. Det innebär att det finns en hög patientsäkerhet vad gäller att personerna inte ska uppleva tvång- och begränsning.

För en fullständig redovisning av resultatet av den kommunala hälso- och sjukvården inom LSS-bostad 2022, se Patientsäkerhetsberättelse 2022 (länk)öppnas i nytt fönster

Detaljerad information om olika kvalitetsområden

Medborgarnas nöjdhet

Sektor funktionshinder har under hösten 2022 genomfört SKR:s nationella brukarundersökning.

280 medborgare boende i LSS-bostad erbjöds svara på enkäten (2020 erbjöds 68 personer). 123 personer tackade ja till att delta vilket innebär en svarsfrekvens på 44% (2020 - 50%).

Det sammanlagda resultatet gällande total medborgarnöjdhet och merparten av frågorna i enkäten bedöms som likvärdigt med den undersökning som genomfördes år 2020, då det endast skiljer några enstaka procentenheter i resultat på många frågor.

En fråga som fått högre positivt resultat är om medborgaren vet vem hen kan prata med om något är dåligt med stödet från boendepersonalen. 87% har svarat ja på denna fråga jämfört med 82% år 2020. 85% av de svarande upplever också att personalen bryr sig om dem.

Några frågor som har ett något sämre resultat jämfört med föregående undersökning är:

- Om medborgaren trivs med boendepersonalen: På denna fråga svarar 80% att de trivs med boendepersonalen, jämfört med 84% år 2020.
- Om medborgaren är rädd för något hemma: På denna fråga svarar 68% att de upplever att de aldrig är rädd för något hemma, jämfört med 73% år 2020. Viktigt att poängtera är att 29% uppger att de är rädda hemma ibland.
- Om personalen pratar med medborgare så att hen förstår: På denna fråga anger 67% att personal pratar så hen förstår, jämfört med 70% år 2020. 72% upplever också att personalen förstår vad hen säger.

Den största positiva förbättringen mellan könen avser frågan om medborgaren berättar för personalen när något inte är bra. År 2020 svarade 77% av männen att de berättar, medan endast 52% av kvinnorna svarade att de berättar. I årets undersökning visar båda könen samma resultat (87%).

I övrigt visar det könsuppdelade resultatet att det procentuellt är fler män än kvinnor som upplever att personalen pratar så att hen förstår - 77% av männen jämfört med 69% av kvinnorna. En annan skillnad detta år är svaren på frågan om personalen förstår vad medborgaren säger, där är det 77% av männen som upplever att personalen (64% år 2020) förstår jämfört med 69% av kvinnorna (81% år). Fler kvinnor än män uppger att de är rädda för något hemma ibland (35% kvinnor jämfört med 24% män). På frågan om medborgare upplever att boendepersonalen bryr sig om dem så upplever 89% av kvinnorna att de gör det, jämfört med 84% av männen.

För en fullständig redovisning av sektorns enkätundersökning, se :

"Resultatrapport Medborgarundersökningar Sektor funktionshinder 2022"
(länk)PDF

Goda exempel från verksamheten

- På alla LSS bostäder har det funnits ett fokus på hälsa under 2022. Det är gjorts en plan för alla verksamheter och vad de ska arbeta med under året utifrån hälsofokus 2023.
- Grindstugvägen 47 har genomfört en studiecirkel i samarbete med Vuxenskolan - "Mitt val". Den cirkel hade fokus på politik och valet som skedde i september 2022.
- En hälsomässa genomfördes i maj i syfte att skapa gemensamma aktiviteter både sommar och vinter för medborgarna.
- Fysioterapeuterna har börjat erbjuda medborgare att få stöd i sin träning i samverkan med mötesplatsen och gymmet.
- Biblioteksgatan 33 arbetar med verksamhetsutveckling i form av digitala visningskärmor till medborgarna. De har även genomfört stegutmaningen.

Lagefterlevnad - verksamhetens egenkontroll med analys och åtgärder
Verksamhetsspecifik lagstiftning

LSS - förbättringsområden och planerade åtgärder

- Erbjudna fortsatta grundutbildningar och fortbildningar gällande Alternativ och kompletterande kommunikation (AKK) med syfte att förbättra kommunikationen. Verksamhetsstöd erbjuder handledning och stöd till chefer och verksamheterna vilket kan vara bidragande till förbättrad siffra gällande kommunikation och samverkan.
- Införande av digitaliseringscoacher är en ny ombudsroll vilket kan bidra till att öka medborgares upplevelse av att bli förstadd och förstådd
- Medborgarnas känsla av trygghet har en något försämrad siffra. Under 2023 planerar sektorn att genomföra 10 samtalsslingor enligt delaktighetsmodellen. Eventuellt kan detta arbete ge mer information från medborgare om upplevelser av eventuellt otrygghet och förslag på åtgärder från medborgare själva.

HSL - förbättringsområden och planerade åtgärder

- Några chefer uppger att loggkontroller inte genomförts utifrån nytt verksamhetssystem. Någon chef har vidtagit åtgärder.
- Personal har inte genomgått introduktionsutbildning med arbetsterapeut (AT) och fysioterapeut (FT). Åtgärder för att förbättra detta saknas.
- Några chefer anger att de ej dokumenterat i Cosmic Link vid utskrivning av medborgare. Åtgärden är att lära sig.

Rapporteringen av läkemedelshändelser har under perioden maj – oktober minskat med 77%. Anledningen till detta beror till stor del på införandet av MCSS (digital signering).

Kommungemensam lagstiftning

Inga brister har angetts.

Risker och avvikelser

Avvikelser LSS

Se Bilaga 41.

Avvikelser HSL

Totalt antal avvikelser saknas för 2020-2021 på grund av att data saknas.

Se Bilaga 42.

Lex Sarah och Lex Maria

Se Bilaga 43.

Genomförda åtgärder Lex Sarah (sammanfattning)

Följande åtgärder har genomförts av berörda enhetschefer med anledning av utredningarna:

- samtal med berörd personal och samtal med arbetslaget

- genomförandeplaner, metodblad och rutiner har uppdaterats
- genomgång av rutiner, riktlinjer och föreskrifter
- personalgrupp har utökats och scheman har förändrats
- genomgång av arbetssätt, värdegrund och bemötandepolicy
- information har lämnats till anhöriga/godman/förvaltare
- medborgare får ej vara ensam i bostadens gemensamhetsutrymmen
- en personal ska alltid vara tillsammans med medborgare
- verksamhetsstöd med Stödpedagog och Logoped för anpassat kommunikationsmaterial till medborgare
- kontakt med leg. personal
- stöd till personal via företagshälsovård
- personalpolitiska åtgärder

Lex Maria, MAR beslutade åtgärder (sammanfattning)

- Säkerställa att all personal (såväl ordinarie som vikarier) har en godkänd utbildning för att använda personlyft.
- Nytt innehåll läggs till utbildning för användning av personlyft för att visa situationer där det går fel, exempelvis glida ur ett felplacerat lyftsele, felaktigt placerad lyft.

Uppdragsenhetens kvalitetsuppföljningar

Kvalitetsgranskning

Inför 2022 var sju LSS-bostäder inplanerade för kvalitetsgranskning enligt Nivå 2 (se metodbeskrivning under avsnitt 4.3, [länk](#)).[öppnas i nytt fönster](#)

Kvalitetsgranskningar enligt "Nivå 2" har genomförts på sju LSS-bostäder. Uppdragsenheten inte har funnit några tecken på kvalitetsbrister på sex av dessa LSS-bostäder. På en LSS-bostad upptäcktes en kvalitetsbrist.

Tidigt varningssystem

Många signaler har inkommit till tidigt varningssystem under 2022 från verksamheter som har stora svårigheter med hög sjukfrånvaro, vakanser och problem att rekrytera till olika yrkesgrupper.

Ett antal registrerade signaler har kommit utifrån lex Sarah-utredningar.

Exempel på signaler:

- Allvarliga brister i stöd, omsorg och omvårdnad

Uppdragsenheten har ställt krav på åtgärder utifrån Lex Sarah-utredningar.

6.6 BOENDESTÖD ENLIGT SOL

Boendestöd enligt socialtjänstlagen (SoL) är ett bistånd som ger stöd i den dagliga livsföringen riktat till personer i ordinärt boende med olika grad av psykiska och/eller intellektuella funktionsnedsättningar.

Boendestöd enligt SoL kan beviljas vuxna personer i alla åldrar och kan även vara ett alternativ till personer som tillhör personkrets LSS och som bor i ordinärt boende.

Sammanfattande analys av verksamhetens kvalitet

Underlag för analys av kvaliteten inom boendestöd under 2022 baseras på medborgarundersökningar, egenkontroll SOL, avvikelser och Uppdragsenhetens kvalitetsuppföljningar.

Medborgarnöjdhet

Utifrån sektorns egna medborgarundersökningar bedöms nöjdheten hos medborgarna vara god.

Lagefterlevnad

Övergripande bedöms lagefterlevnaden vara god. Verksamheterna har planerat in aktiviteter för att förbättra vissa områden inom SoL och HSL.

Risk- och avvikelserapportering

Enheten för boendestöd ger stöd till 246 personer. Under år 2022 har enheten registrerat 16 SoL-avvikelser som berör dessa 246 personer vilket tyder på en stor underrapportering. Registrerade HSL-avvikelser är få, men bedöms vara rimligt då det endast är ett fåtal medborgare som omfattas av kommunal hälso- och sjukvård.

Uppdragsenhetens bedömning är att det finns en stor underrapportering av SoL-avvikelser och att risk- och avvikelshantering är ett fortsatt utvecklingsområde för enheten Boendestöd.

Detaljerad information om olika kvalitetsområden

Medborgarnas nöjdhet

En egen medborgarundersökning har genomförts under 2022.

Medborgarnöjdheten har totalt sett sjunkit med 10% mellan åren 2020–2022. Men på frågan om de trivs med sina boendestödjare uppger ändå 87% ett positivt svar, vilket kan jämföras med 85% år 2020. 93% av medborgarna svarar också att de får bestämma över saker som är viktiga och 80% av medborgarna svarar ja på frågan om de får den hjälp de vill ha av boendestödjaren.

De frågor som visar en något negativ utveckling är om boendestödjare pratar med medborgare så de förstår vad hen menar (88% jämfört med 93% år 2020) samt frågan om medborgaren upplever att boendestödjare bryr sig om hen (88% jämfört med 92% år 2020).

Könsuppdelat resultat

Det könsuppdelade resultatet visar att det skiljer sig på flera frågor. På frågan om personalen pratar så att medborgaren förstår svarar kvinnor i högre grad positivt (91% till skillnad från männen där 83% svarat ja). Manliga medborgare känner sig i högre grad trygga med personalen jämfört med kvinnor (81% män jämfört med

72% kvinnor). Det är procentuellt något fler kvinnor än män som upplever att personalen bryr sig om dem. Fler kvinnor anger också att de vet vem de ska kontakta om något är dåligt med boendestödet.

Överlag är det sammanfattade resultatet av medborgarundersökningen inom Boendestöd bra och det finns ingen fråga som är alarmerande och kräver en direkt åtgärd. Ytterligare beskrivning finns under avsnittet om analys och slutsats.

För en fullständig redovisning av sektorns enkätundersökning, se :

"Resultatrapport Medborgarundersökningar Sektor funktionshinder 2022"
(länk)PDF

Lagefterlevnad - verksamhetens egenkontroll med analys och åtgärder

Verksamhetsspecifik lagstiftning

SoL - förbättringsområden och planerade åtgärder

Fortsatt samverkan planeras tillsammans med myndighetsenheten med syfte att öka samarbetet.

HSL - förbättringsåtgärder och planerade åtgärder

Samarbete med Specialistpsykiatriska omvårdnadsteamet (SPOT).

Kommungemensam lagstiftning

Allt rapporterat och inga brister har angetts.

Risker och avvikelser

Avvikelser SoL

Se Bilaga 44.

Avvikelser HSL

Totalt antal avvikelser saknas för år 2020-2021 på grund av att data saknas.

Se Bilaga 45.

Lex Sarah och Lex Maria 2022

Det finns inte några inkomna missförhållanden som rapporterats enligt Lex Sarah avseende Boendestöd under år 2022.

Uppdragsenhetens kvalitetsuppföljningar

Kvalitetsgranskning

Kvalitetsgranskning enligt "Nivå 2" (se metodbeskrivning under avsnitt 4.3, länk)öppnas i nytt fönster har genomförts på Boendestöd under hösten 2022.

Uppdragsenheten har funnit vissa brister där krav ställs på åtgärder

Tidigt varningssystem

Inget registrerat på Boendestöd under 2022.

6.7 BOSTAD MED SÄRSKILD SERVICE FÖR VUXNA MED FUNKTIONSNEDSÄTTNING SOL - SOL-BOSTAD

Bostad med särskild service för vuxna personer med funktionsnedsättning är en insats enligt 5 kap. 7§ socialtjänstlagen och kallas i Östersunds kommun för SoL-bostad.

Sammanfattande analys av verksamhetens kvalitet

Underlag för analys av kvaliteten inom SoL-bostad under 2022 baseras på medborgarundersökningar, egenkontroll HSL och SOL, avvikelser och Uppdragsenhetens kvalitetsuppföljningar.

Medborgarnöjdhet

Utifrån sektorns egna medborgarundersökningar bedöms nöjdheten hos medborgarna vara god.

Lagefterlevnad

Övergripande bedöms lagefterlevnaden vara god.

Risk- och avvikelserapportering

Under året har 6 SoL-avvikelser registrerats från fem SoL-bostäder med totalt 38 boende. 3 av dessa SoL-bostäder har inte registrerat någon SoL-avvikelse under 2022. Uppdragsenhetens bedömning är att det är en stor underrapportering av SoL-avvikelser inom verksamheten. Risk- och avvikelshantering SoL är ett fortsatt utvecklingsområde för verksamheten. Antalet HSL avvikelser för läkemedel har minskat under 2022 som troligtvis beror på att digital signering infördes under 2021.

Alla personer som bor på SoL-bostad ska erbjudas en årlig hälso- och vårdplanering (HOV). Egenkontroll HSL visar att 50% har en HOV inom både SoL- och LSS-bostad.

Funktionen utbildningsansvarig arbetsterapeut och fysioterapeut inom sektor Funktionshinder har gett möjligheter till utveckling av utbildning inom området habilitering och rehabilitering till vård- och omsorgspersonal. Framtagandet av utbildningen "Habilitering/rehabilitering steg 2 " är angeläget men måste ske i samverkan med verksamheten och de behov man gemensamt ser.

Andelen personer med skyddsåtgärder där det finns risk för att uppleva tvång och begränsning har minskat under 2022. Dokumenterade utredningar i hälsojournalen finns för i stort sett alla förskrivna skyddsåtgärder HSL.

För en fullständig redovisning av resultatet av den kommunala hälso- och sjukvården inom SoL-bostad, se Patientsäkerhetsberättelse 2022 (länk)öppnas i nytt fönster

Detaljerad information om olika kvalitetsområden

Medborgarnas nöjdhet

En egen medborgarundersökning har genomförts under 2022.

Endast 12 personer har svarat på undersökningen av 45 möjliga, vilket ger en svarsfrekvens på 27%.

Det sammanfattade resultatet på SoL-bostad visar att en förbättring skett av upplevelsen av att få bestämma över saker som är viktiga (83 % år 2022 jämfört med 60% år 2020). Även en förbättrad siffra på frågan om upplevelsen av att få den hjälp hen vill ha (75% år 2022 jämfört med 50% år 2020). 91% upplever att personalen bryr sig om medborgaren. 67% känner sig trygg med alla i personalen och 25% känner sig trygg med några i personalen. På frågan om medborgaren är rädd för något hemma svarar 40% att de aldrig är rädda och 50% svarar att de är rädda ibland. 30% uppger att de trivs hemma och 60% att de trivs ibland. 80% svarar att de vet var de ska vända sig om något är dåligt hemma.

Könsuppdelat resultat

Trots att det är så få svarande finns det ett antal frågor i denna verksamhet som kräver en fördjupning för att få en bättre förståelse och kunskap. Det handlar bland annat om varför männen upplever sig 100% trygg med personalen och endast 43% av kvinnorna. Även skillnader på frågan varför 100% av männen upplever att de får vara med och bestämma om viktiga saker men endast 71% av kvinnorna. 100% av männen upplever att de får den hjälp de vill ha hemma men endast 57% av kvinnorna. Även på frågan om personal pratar så du förstår vad de menar anger 100% av männen att de förstår men bara 57% av kvinnorna. Resultatet är en utgångspunkt för ett fortsatt utvecklingsområde inom verksamhetsområdet.

För en fullständig redovisning av sektorns enkätundersökning, se :

"Resultatrapport Medborgarundersökningar Sektor funktionshinder 2022"
(länk)PDF

Lagefterlevnad - verksamhetens egenkontroll med analys och åtgärder

Verksamhetsspecifik lagstiftning

SoL - förbättringsområden och planerade åtgärder

Inkomna synpunkter ska registreras.

Medarbetare saknar god kännedom om kvalitetsledningssystemet

HSL - förbättringsområden och planerade åtgärder

Personal har inte genomgått introduktionsutbildning med AT/FT/ åtgärder saknas

Kommungemensam lagstiftning

Allt rapporterat och inga brister har angetts.

Risker och avvikelser

Avvikelser SoL

Se Bilaga 46.

Avvikelser HSL

Totalt antal avvikelser saknas för 2020-2021 på grund av att data saknas.

Se Bilaga 47.

Lex Sarah och Lex Maria 2022

Det har inte förekommit någon Lex Sarah eller Lex Maria-anmälan för SoL-bostad under 2022.

Uppdragsenhetens kvalitetsuppföljning

Kvalitetsgranskning - SoL-bostad

Det har inte genomförts någon planerad eller riktad kvalitetsgranskning/uppföljning av SoL-bostad under år 2022.

Tidigt varningssystem

Inget registrerat på SoL - bostad under 2022.

6.8 KORTTIDSVISTELSE FÖR BARN OCH UNGA LSS

Korttidsvistelse utanför det egna hemmet enligt LSS är en insats för barn och unga. Syftet är att anhöriga ska få avlastning och utrymme för avkoppling, och att personen med funktionsnedsättning ska få rekreation och miljöombyte.

Sammanfattande analys av verksamhetens kvalitet

Underlag för analys av kvaliteten inom korttidsvistelse för barn och unga under 2022 baseras på medborgarundersökningar, egenkontroll SOL, avvikelser, Lex Sarah-utredningar och Uppdragsenhetens kvalitetsuppföljningar.

Medborgarnöjdhet

Utifrån sektorns egna medborgarundersökningar och den låga svarsfrekvensen så är det svårt att bedöma medborgarnöjdheten.

Lagefterlevnad

Övergripande bedöms lagefterlevnaden vara god. Verksamheterna har planerat in aktiviteter för att förbättra vissa områden inom LSS.

Risk- och avvikelserapportering

Utifrån underlag i risk- och avvikelshantering är bedömningen att antalet avvikelser är lågt. Det finns även ett fortatt behov av arbete med riskområden kring hot och våld och otrygghet.

Brist i trygghet har ökat jämfört med föregående år. Ett viktigt utvecklingsområde för verksamheten är att öka tryggheten för de barn och ungdomar som vistas på

korttidsvistelse. Uppdragsenhetens bedömning är att det finns en stor underrapportering av LSS-avvikelser och att risk- och avvikelshantering är ett fortsatt utvecklingsområde för verksamheten korttidsvistelse för barn och unga.

Verksamheten har inte redovisat analys och förbättringsområden för risk- och avvikelshantering specifikt inom korttidsvistelse för barn och unga som verksamhetsområde.

Detaljerad information om olika kvalitetsområden

Medborgarnas nöjdhet

En egen medborgarundersökning har genomförts under 2022.

Frågor som ställs till barn och ungdomar på korttidsvistelse handlar bland annat om de känner sig trygga med personalen, om de känner sig trygga tillsammans med de andra barnen/ungdomarna, om de får vara med och bestämma vad de ska göra, vad de tycker om sitt rum/lägenhet och om de kan prata med personalen om de saker som är viktiga för dem.

Årets resultat utgår ifrån andelen medborgare som besvarat frågorna med värdet 3, skalans spridning gick från 1 – 3 där 3 var högst nöjdhetsindex.

Korttidsboende Fjällripan

Den genomförda medborgarundersökningen för Fjällripans korttidsboende har en svarsfrekvens på 36%. Antalet medborgare som har haft möjlighet att delta i undersökningen var 30 personer och av dessa har 11 personer besvarat undersökningen. 82% av medborgarna har fått stöd av en vuxen att fylla i undersökningen, vilket också är en faktor som bör tas i beaktning när underlaget analyseras.

Resultatet för året nöjdhetsundersökning är 56,8%. Resultatet tyder på en försämring av medborgarnöjdheten jämfört med motsvarande undersökning år 2020 (procentuell differens är -16,2%).

I de skriftliga kommentarer som lämnats av medborgarna framgår det att upplevelserna påverkas av vilken personal som arbetar, en del har en bättre relation till viss personal vilket spelar in i bedömningen. De frågor som handlade om att vara trygg och att få vara med och bestämma har fått ett något lägre värde.

Korttidsboende Falken

Den genomförda brukarundersökningen för Falkens korttidsboende har en svarsfrekvens på 48%. Antalet medborgare som har haft möjlighet att delta i undersökningen var 21 personer och av dessa har 10 personer besvarat undersökningen.

Resultatet för året nöjdhetsundersökning är 75%. Resultatet är likvärdigt med motsvarande undersökning år 2020, ingen förändring har skett i medborgarnöjdhet.

För en fullständig redovisning av sektorns enkätundersökning, se :

"Resultatrapport Medborgarundersökningar Sektor funktionshinder 2022"
(länk)PDF

Lagefterlevnad - verksamhetens egenkontroll med analys och åtgärder

Verksamhetsspecifik lagstiftning

LSS - förbättringsområden och planerade åtgärder

Under 2022 har enheten arbetat med kartläggning av risker för sämre bemötande.

HSL - förbättringsområden och planerade åtgärder

Inga brister i lagefterlevnad har angetts.

Kommungemensam lagstiftning

Inga brister i lagefterlevnad har angetts.

Risker och avvikelser

Avvikelser LSS

Se Bilaga 48.

Verksamhetens analys och åtgärder

Verksamhetens egna analys av avvikelserapportering för Korttidsvistelse barn och unga LSS saknas.

Lex Sarah

Se Bilaga 49.

Genomförda åtgärder Lex Sarah

- Informationsbrev till alla anställda, chef ska kontaktas omedelbart vid misstanke om att något barn far illa
- Enhetschef ser över innehållet i introduktion till vikarier
- Alla tillsvidareanställda och vikarier får utbildning i värdegrund och barnkonventionen oavsett om utbildning erbjudits tidigare

Uppdragsenhetens kvalitetsuppföljning

Kvalitetsgranskning

Ingen planerad kvalitetsgranskning för 2022.

Tidigt varningssystem

Några registrerade signaler har kommit utifrån lex Sarah-utredningar där Uppdragsenheten ställde krav på åtgärder.

6.9 BOSTAD MED SÄRSKILD SERVICE FÖR BARN OCH UNGA LSS - ELEVBOSTAD LSS

Bostad med särskild service barn och unga LSS är en insats för barn och ungdomar med funktionsnedsättningar enligt lagens personkretsar som trots olika stödinsatser, helt eller delvis inte kan bo kvar i föräldrahemmet.

Anledningen kan också vara att barnet/ungdomen behöver gå i skola på annan ort. Denna insats kallas i Östersunds kommun för Elevbostad LSS och erbjuds på vardagar, förutom skollov.

Insatsen Elevbostad LSS erbjuds även till barn och ungdomar från länets övriga kommuner enligt avtal.

Sammanfattande analys av verksamhetens kvalitet

Underlag för analys av kvaliteten inom bostad med särskild service för barn och unga LSS- Elevbostad under 2022 baseras på medborgarundersökningar, egenkontroll LSS, avvikelser , Lex Sarah-utredningar och Uppdragsenhetens kvalitetsuppföljningar och tillsyner av IVO (Inspektionen för vård och omsorg).

Medborgarnöjdhet

Utifrån sektorns egna medborgarundersökningar och den låga svarsfrekvensen så är det svårt att bedöma medborgarnöjdheten.

Lagefterlevnad

Övergripande bedöms lagefterlevnaden vara god. Verksamheterna har planerat in aktiviteter för att förbättra vissa områden inom LSS.

Risk- och avvikelserapportering

Antal avvikelser inom bostad med särskild service för barn och unga LSS- Elevbostad är jämförbart med föregående år. Avvikelser som avser självskadebeteende har minskat jämfört med 2021 och uteblivit under 2022. Utifrån risk- och avvikelserregistrering är bedömningen att antalet registrerade avvikelser är lågt. Risk- och avvikelshantering är ett fortsatt utvecklingsområde för verksamheten.

Verksamheten har inte redovisat analys och förbättringsområden för risk- och avvikelshantering.

Detaljerad information om olika kvalitetsområden

Medborgarnas nöjdhet

En egen medborgarundersökning har genomförts under 2022.

Frågor som ställs till barn och ungdomar på bostad med särskild service barn och unga LSS handlar bland annat om de känner sig trygga med personalen, om de känner sig trygga tillsammans med de andra barnen/ungdomarna, om de får vara med och bestämma vad de ska göra, vad de tycker om sitt rum/lägenhet och om de kan prata med personalen om de saker som är viktiga för dem. Årets resultat utgår

från andelen medborgare som besvarat frågorna med värdet 3 (skalans spridning gick från 1 – 3 där 3 var högst nöjdhetsindex).

Den genomförda medborgarundersökningen har en svarsfrekvens på 50%. Antalet medborgare som har haft möjlighet att delta i undersökningen var 16 personer, av dessa har 8 personer besvarat undersökningen. Resultatet för året nöjdhetsundersökning är 68,7%. Resultatet tyder på en marginell försämring av medborgarnöjdheten jämfört med motsvarande undersökning år 2020 (procentuell differens är 1,3%).

För en fullständig redovisning av sektorns enkätundersökning, se :

"Resultatrapport Medborgarundersökningar Sektor funktionshinder 2022"
(länk)PDF

Lagefterlevnad - verksamhetens egenkontroll med analys och åtgärder

Verksamhetsspecifik lagstiftning

LSS - förbättringsområden och planerade åtgärder

Under 2022 har enheten arbetat med kartläggning av risker för sämre bemötande.

HSL - förbättringsområden och planerade åtgärder

Inga brister i lagefterlevnad har angetts.

Kommungemensam lagstiftning

Inga brister i lagefterlevnad har angetts

Risker och avvikelser

Se Bilaga 50.

Verksamhetens analys och åtgärder

Verksamhetens egna analys av avvikelserapportering för Bostad med särskild service för barn och unga LSS saknas.

Lex Sarah

Se Bilaga 51.

Genomförda åtgärder Lex Sarah-LSS 2022

Berörd enhetschef har vidtagit följande åtgärder:

- Läkarbesök för medborgaren
- Dubbelbemanning för personal
- Verksamhetsstöd till boendet
- Samtal på Vård- och omsorgsförvaltningen till berörda chefer
- Berörd personal arbetar inte kvar på boendet

Uppdragsenhetens kvalitetsuppföljning

Kvalitetsgranskning

Ingen planerad kvalitetsgranskning för 2022.

Tidigt varningssystem

Registrerad signal utifrån lex Sarah-utredning där Uppdragsenheten ställde krav på åtgärder.

Extern revision/tillsyn Inspektionen för vård och omsorg (IVO)

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) genomför frekvenstillsyner minst en gång per år inom Bostad med särskild service för barn och unga LSS. Tillsynerna kan vara oanmälda eller anmälda och innehåller intervjuer med enhetschef, personal och barn. Granskning av dokument kan förekomma. Tillsynerna kan ske utifrån riktade områden eller tidigare brister i verksamheten.

Efter genomförd inspektion upprättar IVO alltid ett beslut. Beslutet kan i vissa fall innehålla krav på verksamheten att vidta åtgärder för att säkerställa att de barn och unga som är inskrivna får en trygg och säker vård.

Resultat från genomförda tillsyner av IVO 2022

Skogvaktarvägen

Tillsynen omfattade ungdomars upplevelse av att bo på Skogvaktarvägen. IVO har även granskat följande områden;

- personal och kompetens, tvångs- och begränsningsåtgärder, lex Sarah och klagomål/avvikelser samt hälso- och sjukvårdsinsatser.

Beslut från IVO daterat 2022-10-18:

"Inspektionen för vård och omsorg (IVO) har inte uppmärksammat några brister inom de områden som inspektionen omfattat. IVO avslutar därför ärendet"

Fornborgsvägen

Tillsynen omfattade ungdomars upplevelse av att bo på Fornborgsvägen. IVO har även granskat följande områden;

- säkerhet och trygghet samt tvångs- och begränsningsåtgärder.

Beslut från IVO daterat 2022-10-18:

"Inspektionen för vård och omsorg (IVO) har inte uppmärksammat några brister inom de områden som inspektionen omfattat. IVO avslutar därför ärendet"

Montörvägen

Tillsynen omfattade ungdomars upplevelse av att bo på Montörvägen avseende i första hand trygghet och säkerhet.

Beslut från IVO daterat 2022-10-18:

"Inspektionen för vård och omsorg (IVO) har inte uppmärksammat några brister inom de områden som tillsynen omfattat. IVO avslutar därför ärendet"

6.10 DAGLIG VERKSAMHET LSS/DAGVERKSAMHET SOL

Daglig verksamhet enligt LSS och dagverksamhet enligt SoL är en insats för personer i yrkesverksam ålder som saknar förvärvsarbete och utbildning. Daglig verksamhet har ingen separat verksamhet för personer med SoL-beslut. Medborgare har - oavsett lagrum - en placering utifrån sina förutsättningar.

Det finns 452 medborgare som har insatsen dagverksamhet enligt SoL och daglig verksamhet enl LSS inom DV 1-5 2022.

Sammanfattande analys av verksamhetens kvalitet

Underlag för analys av kvaliteten inom daglig verksamhet LSS/dagverksamhet SoL under 2022 baseras på medborgarundersökningar, egenkontroll LSS och HSL, avvikelser, Lex Sarah-utredning och Uppdragsenhetens kvalitetsuppföljningar.

Medborgarnöjdhet

Utifrån sektorns egna medborgarundersökningar bedöms medborgarnöjdheten vara mycket god.

Lagefterlevnad

Övergripande bedöms lagefterlevnaden vara god. Verksamheterna har planerat in aktiviteter för att förbättra vissa områden inom LSS/SoL/HSL.

Uppföljning Kvalitetsgranskningar

Uppföljningen av kvalitetsgranskningar mellan 2019-2021 visar på fortsatta utvecklingsområden som verksamheten har i uppdrag att åtgärda inom ramen för implementering av ny uppdragsbeskrivning.

Pandemin har påverkat daglig verksamhet under första halvåret 2022 då verksamheten delvis fick stänga. 109 avvikelser avser utebliven daglig verksamhet för medborgarna. Antalet rapporterade avvikelser för brister i bemötande har minskat jämfört med 2021. Risk- och avvikelshantering är ett fortsatt utvecklingsområde för verksamheten.

Verksamheten har inte redovisat analys och förbättringsområden för risk- och avvikelshantering specifikt inom Daglig verksamhet LSS/Dagverksamhet SoL som verksamhetsområde.

Verksamheten har under 2022 påbörjat att utveckla arbetssätt för att ge förutsättningar för medborgarens utveckling och delaktighet genom bland annat individuell kartläggning och hälsofrämjande aktiviteter. Verksamheten uppger själva att man under 2022 har utvecklat arbetet med kartläggning av risker för sämre bemötande och att följa upp mål för enskilda medborgare.

Detaljerad information om olika kvalitetsområden

Medborgarnas nöjdhet

Sektor funktionshinder har under hösten 2022 genomfört SKR:s nationella brukarundersökning.

Daglig verksamhet har en hög svarsfrekvens. Många svarar att de trivs på sin dagliga verksamhet. Det sammanlagda resultatet av medborgarnöjdhet bedöms i stort sett likvärdig i jämförelse med den undersökning som genomfördes 2020.

De frågor som har ett positivt resultat handlar bland annat om upplevelsen av att personalen bryr sig om medborgaren där 93% svarar ja. På frågan om medborgaren vet vem hen ska prata med om något är dåligt svarar 95% ja (jämfört med 91% år 2020) och på frågan om medborgare är rädd för något på sin dagliga verksamhet anger 92% att de aldrig är rädda (jämfört med 75% år 2020). Även på frågan om personal förstår vad medborgare säger har resultatet förbättrats (82% jämfört med 75% år 2020) och om personalen pratat så medborgare förstår har en viss förbättring skett, från 76% år 2020 till 81% år 2022.

Den fråga som försämrats något är andelen som upplever trygghet med personalen - 81% år 2022 jämfört med 88% år 2020.

Könsuppdelat resultat

Det finns en skillnad av upplevd trivsel mellan män och kvinnor på daglig verksamhet. 91% av männen uppger att de trivs jämfört med 84% av kvinnorna. Fler män än kvinnor svarar att det de gör på sin dagliga verksamhet är viktigt (81% män och 66% kvinnor). På frågan om medborgare är rädda för något på sin dagliga verksamhet så svarar 77% av kvinnorna att de aldrig är rädda och 87% av männen svarar att de aldrig är rädda. Fler män upplever att personalen på den dagliga verksamheten bryr sig om dem (96% män och 91% kvinnor).

Daglig verksamhet steg 3

Daglig verksamhet steg 3 har den högsta svarsfrekvensen 2022, ett deltagande på 93%. Detta urval är nytt och därför finns inga tidigare resultat att jämföra med. Medborgare i steg 3 har sin sysselsättning på företag och har utifrån individuella behov och önskemål regelbunden kontakt med kontakt med sin stödkonsult. 96% svarar att de trivs på sin dagliga verksamhet. Även frågan som handlar om upplevelsen av att personalen bryr sig om medborgaren har ett mycket positivt resultat, där svarar också 96% ja.

Några av de förbättringsområden som identifierats handlar om kommunikation och trygghet. På frågan om personal pratar så du förstår vad de menar anger 57% att de gör det och 43% svarar att några i personalen gör det. Frågan som handlar om medborgare är trygga med personalen svarar 68% att de är trygga med alla.

Dagverksamhet/sysselsättning SoL

Detta urval är nytt och därför finns inga tidigare resultat att jämföra med. Många medborgare (85%) svarar att de trivs och 94% anger att de får den hjälp de vill ha på sin sysselsättning. Även frågorna som handlar om upplevelsen av att personalen bryr sig om medborgaren och om de känner sig trygga med personalen har ett mycket positivt resultat (91% svarar ja på denna fråga).

Några av de förbättringsområden som identifierats handlar om kommunikation och trygghet. På frågan om personal pratar så du förstår vad du menar anger 57% att

alla gör det och 43% att några gör detta. Frågan som handlar om medborgare är trygga med personalen svarar 68% att de är trygga med alla. 22% anger att de ibland är rädda för någon på sin sysselsättning.

Könsuppdelat resultat

Det finns en skillnad mellan könen när det gäller upplevelsen av att medborgare tycker det är viktigt det de gör på sin sysselsättning. Där svarar 85% av kvinnorna att de tycker det är viktigt medan 68% av männen svarar att det är viktigt. På frågan om medborgare trivs på sin sysselsättning så svarar 100% av kvinnorna ja, samtidigt som 74% av männen upplever samma höga trivsel. Fler kvinnor upplever att personalen förstår vad de säger 100%, när det gäller männen svarar 89% ja på denna fråga.

För en fullständig redovisning av sektorns enkätundersökning, se :

"Resultatrapport Medborgarundersökningar Sektor funktionshinder 2022"
(länk)PDF

Goda exempel från verksamheten

Förrådet med kommunens inköpta och recondade hjälpmedel "Hjälpmedelsrekonden " har digitaliserats. Alla hjälpmedel märks med en unik QR-kod som är kopplade till en app.

Tillvägagångssätt

Olle arbetar med QR-koder som är kopplade till en mobilapp. Vi börjar arbetet med att märka alla våra hjälpmedel. Textilier får en kod som vi stryker på och dom hårda objekten fäster vi med förklitrade QR-koder. All data om det specifika objektet läggs in manuellt via vår webbapplikation.

Medborgare på Hjälpmedelsrekonden får betydligt större delaktighet i verksamheten genom att använda appen. Hinder som uppstår vid läs- och skrivsvårigheter kan överbryggas. Genom att använda sig av mobilappen scannar man av QR-koden på objektet. Appen kan användas antingen med Hjälpmedelsrekondens egen mobil eller på medborgarens. Det ger en ökad trygghet för många medborgare att använda sin egen mobil och de kan nu vara delaktiga genom hela processen - från att rekonda objektet till att registrera in dem "Åter till Förrådet".

Hjälpmedelsrekondens kunder (arbetsterapeuter, fysioterapeuter, distriktssköterskor m.fl.) kommer för att hämta rekondade hjälpmedel och lämna in hjälpmedel för rekonding. Medborgarnas kontakt med kunderna blir en naturlig del i arbetet när dom på ett enkelt sätt kan scanna ut ett objekt åt kunden.

Lagefterlevnad-verksamhetens egenkontroll med analys och åtgärder

Verksamhetsspecifik lagstiftning

LSS/SoL - förbättringsområden och planerade åtgärder

Det är svårt att uppfylla Socialstyrelsens kompetenskrav och svårt att vidta åtgärder i nuvarande rekryteringsläge. För att möta ökat behov av kompetens har antalet utbildningsdagar ökat till 5 per år.

Verksamheten arbetar nu aktivt med kartläggning av risker för sämre bemötande och med att följa upp mål för enskilda medborgare.

Medarbetare har ökad kännedom om ledningssystemet.

Internkontroll av hjälpmedel sker enligt riktlinje.

Verksamheten arbetat aktivt med att kartlägga risker för sämre bemötande.

HSL - förbättringsområden och planerade åtgärder

All personal hade 2022 inte godkänd utbildning för användande av personlyftar. Åtgärden är att erbjuda utbildning vid behov. Personal har ej haft möjlighet att delta i introduktionsutbildning rehab/ habilitering av AT/FT. Utbildning saknas i dagsläget

Kommungemensam lagstiftning

Allt är rapporterat och inga brister har angetts.

Risker och avvikelser

Avvikelser LSS

Se Bilaga 52.

Avvikelser HSL

Totalt antal avvikelser saknas för 2020-2021 på grund av att data saknas.

Se Bilaga 53.

Verksamhetens analys och åtgärder

Verksamhetens egen analys av avvikelserapportering för Daglig verksamhet LSS och SoL saknas.

Lex Sarah och Lex Maria

Se Bilaga 54.

Genomförda åtgärder Lex Sarah LSS 2022

- Medborgaren får stöd av kurator, enhetschef för boendet och personal på boendet och enhetschef för daglig verksamhet så länge som behov finns.
- Medborgaren erbjuds en annan placering för daglig verksamhet som följs upp kontinuerligt av enhetschef för daglig verksamhet.
- Berörd personal arbetar inte längre kvar inom daglig verksamhet.

Ingen lex Maria för daglig verksamhet LSS/dagverksamhet SoL har varit aktuell under 2022.

Uppdragsenhetens kvalitetsuppföljningar

Kvalitetsgranskning

Under perioden 2019-2021 genomfördes en omfattande kvalitetsgranskning av Daglig verksamhet LSS och SoL. Vid uppföljning av genomförda åtgärder hösten 2021 framkom fortsatta förbättringsområden och kvalitetsbrister inom hela Daglig verksamhet. I samband återkoppling och dialog under våren 2022 med sektorschef, verksamhetschef, förvaltningschef och uppdragschef, beslutades att kvarstående kvalitetsbrister ska åtgärdas inom ramen för ny uppdragsbeskrivning.

Verksamheten har under 2022 påbörjat att utveckla arbetssätt för att ge förutsättningar för medborgarens utveckling och delaktighet genom bland annat individuell kartläggning och hälsofrämjande aktiviteter.

Tidigt varningssystem

De signaler som registrerats har åtgärdats inom lex Sarah-utredning och uppföljning av kvalitetsgranskning.

6.11 PERSONLIG ASSISTANS LSS - EGEN REGI

Personlig assistans enligt LSS är en insats för personer med funktionsnedsättningar enligt lagens personkretsar. Funktionsnedsättningen måste vara stor och orsaka betydande svårigheter i det dagliga livet för att medborgaren ska få personlig assistans.

I december 2022 verkställde verksamheten i egen regi insatsen för 11 personer. Enheten för Personlig Assistans enligt LSS verkställer även 2 beslut om Boendestöd enligt SoL.

Personlig assistans finns även i privat regi.

Sammanfattande analys av verksamhetens kvalitet

Underlag för analys av kvaliteten inom personlig assistans LSS under 2022 baseras på medborgarundersökningar, egenkontroll LSS, avvikelser och Uppdragsenhetens kvalitetsuppföljningar.

Medborgarnöjdhet

Utifrån sektorns egna medborgarundersökningar är nöjdheten god men det är svårt att bedöma när det ej framgår hur många som besvarat medborgarenkäten.

Lagefterlevnad

Övergripande bedöms lagefterlevnaden vara god. Verksamheterna har planerat in aktiviteter för att förbättra vissa områden inom LSS.

Risk- och avvikelserapportering

Antalet avvikelser har halverats från låga nivåer. Det är svårt att säga vad minskningen beror på. Bedömningen är att det fortfarande finns en underrapportering av LSS-avvikelser. Risk- och avvikelshantering är ett fortsatt utvecklingsområde för verksamheten.

Detaljerad information om olika kvalitetsområden

Medborgarnas nöjdhet

Sektor funktionshinder har under hösten 2022 genomfört SKR:s nationella brukarundersökning.

Det sammanfattande resultatet avseende medborgarnöjdhet för insatsen Personlig assistans visar en något negativ utveckling i jämförelse med 2020 års undersökning (80% nöjdhet jämfört med 92% år 2020). Samtidigt svarar alla (100%) att de upplever att assistenterna bryr sig om dem och att de får den hjälp de vill ha av assistenterna.

De frågor som visar en negativ utveckling 2022 är om alla assistenter pratar så att medborgaren förstår (en minskning med 30%), och om medborgare känner sig trygga med sina assistenter (en minskning med 30%). Även på frågorna om medborgare kan göra det hen vill med hjälp av sina assistenter och på frågan om medborgaren vet vart hen ska vända sig om något fungerar dåligt med assistenterna har värdet sjunkit med 13%.

Könsuppdelat resultat

Inom Personlig assistans redovisas inte svaren könsuppdelat på grund av för få svarande.

För en fullständig redovisning av sektorns enkätundersökning, se :

"Resultatrapport Medborgarundersökningar Sektor funktionshinder 2022"
(länk)PDF

Lagefterlevnad - verksamhetens egenkontroll med analys och åtgärder

Verksamhetsspecifik lagstiftning

LSS - förbättringsområden och planerade åtgärder

En vikariepool är skapad under året för personlig assistens för att möta det svåra rekryteringsläget.

HSL - förbättringsområden och planerade åtgärder

Nästan bara egenvård på enheterna

Kommungemensam lagstiftning

Allt rapporterat och inga brister har angetts.

Risker och avvikelser

Avvikelser LSS

Se Bilaga 55.

Avvikelser HSL

Totalt antal avvikelser saknas för 2020-2021 på grund av att data saknas.

Se Bilaga 56.

Verksamhetens analys och åtgärder

Inget underlag har inkommit,

Lex Sarah och Lex Maria 2022

Under 2022 har ingen Lex Sarah utredning eller lex Maria anmälan genomförts för insatsen personlig assistans.

Uppdragsenhetens kvalitetsgranskning

Kvalitetsgranskning

Det har inte genomförts någon kvalitetsgranskning/uppföljning av verksamheten under 2022. Enligt plan för uppföljning ska verksamheten personlig assistans i egen regi kvalitetsgranskas under 2023.

Tidigt varningssystem

Ingen signal har registrerats under år 2022.

6.12 DAGVERKSAMHET SOL SÖDRA STRAND

Södra Strand är en dagverksamhet för personer med demens-sjukdomar. För att få komma till dagverksamheten krävs ett biståndsbeslut av biståndshandläggaren.

Sammanfattande analys av verksamhetens kvalitet

Underlag för analys av kvaliteten inom dagverksamhet under 2022 baseras på avvikelser och Uppdragsenhetens kvalitetsuppföljningar.

Medborgarnöjdhet

Medborgarnöjdheten går inte att bedöma då det inte genomförts någon medborgarundersökning.

Lagefterlevnad

Det saknas underlag från verksamheten så det går inte att bedöma lagefterlevnaden. Verksamheterna har planerat in aktiviteter för att förbättra vissa områden inom SoL.

Risk- och avvikelserapportering

Det finns inga registrerade SoL-avvikelser för 2022. Bedömningen är därför att risk- och avvikelshantering är ett utvecklingsområde för enheten.

Detaljerad information om olika kvalitetsområden

Medborgarnas nöjdhet

Det har inte genomförts någon medborgarundersökning under 2022.

Lagefterlevnad - verksamhetens egenkontroll med analys och åtgärder

Verksamhetsspecifik lagstiftning

SoL - förbättringsområden och planerade åtgärder

- Social dokumentation med koppling till den nationella värdegrunden.
- Utbildning i social dokumentation med koppling till den nationella värdegrunden.

HSL - förbättringsområden och planerade åtgärder

Inga underlag har inkommit från verksamheten.

Kommungemensam lagstiftning

Inga underlag har inkommit från verksamheten.

Risker och avvikelser

Under 2022 har inga SoL-avvikelser registrerats. Det går idag inte att särskilja vilka HSL-avvikelser som inträffat på dagverksamheten, då de registreras inom korttidsboende SoL.

Verksamhetens analys och åtgärder

Verksamheten har inte gjort någon egen analys på Dagverksamhet 2022.

Lex Sarah 2022

Ingen Lex Sarah-utredning har varit aktuell under år 2022.

Uppdragsenhetens kvalitetsuppföljning

Kvalitetsgranskning

Det har inte genomförts någon planerad eller riktad kvalitetsgranskning/uppföljning av verksamheten under 2022.

Tidigt varningssystem

Inget registrerat på dagverksamhet under 2022.

6.13 RÅDGIVNING OCH ANNAT PERSONLIGT STÖD ENL LSS

Rådgivning och annat personligt stöd enligt 9§1 LSS innebär att den som tillhör lagens personkrets har rätt till ett kvalificerat expertstöd.

Insatsen ska vara av rådgivande och allmänt stödjande karaktär. Rådgivningen och stödet är en begränsad insats som ges av socionom/kurator. Råd och stöd ska vara ett komplement till, och inte en ersättning för, till exempel habilitering, rehabilitering och socialtjänst.

Enheten har verkställt beslut om insatsen Rådgivning och annat personligt stöd enligt LSS för 69 medborgare 2022.

Sammanfattande analys av verksamhetens kvalitet

Underlag för analys av kvaliteten inom insatsen Rådgivning och annat personligt stöd enligt LSS under 2022 baseras på medborgarundersökningar, avvikelser och Uppdragsenhetens kvalitetsuppföljningar.

Medborgarnöjdhet

Utifrån sektorns egna medborgarundersökningar är nöjdheten mycket god.

Lagefterlevnad

Det saknas underlag från verksamheten så det går inte att bedöma lagefterlevnaden.

Risk- och avvikelserapportering

Ingen risk eller avvikelse har registrerats under år 2022, vilket tyder på en underrapportering. Det innebär att det är ett utvecklingsområde för verksamheten Rådgivning och annat personligt stöd enligt LSS.

Detaljerad information om olika kvalitetsområden

Medborgarnas nöjdhet

Av de 21 medborgare som skickat in svaren upplever 100% att de fått ett bra stöd vid samtalet med kurator. På en skala mycket bra - bra – ganska bra anger 86% att samtalet varit mycket bra. I kommentarerna nämns bland annat att medborgare tycker det är väldigt bra att möjligheten att träffa kurator finns, att samtalen är ett bra stöd, att det är bra att få prata med någon som lyssnar och förstår.

För en fullständig redovisning av sektorns enkätundersökning, se :

"Resultatrapport Medborgarundersökningar Sektor funktionshinder 2022"
(länk)PDF

Lagefterlevnad - verksamhetens egenkontroll med analys och åtgärder

Verksamhetsspecifik lagstiftning

LSS - förbättringsområden och planerade åtgärder

Inga underlag har inkommit från verksamheterna

HSL - förbättringsområden och planerade åtgärder

Inga underlag har inkommit från verksamheterna

Kommungemensam lagstiftning

Inga underlag har inkommit från verksamheterna

Risker och avvikelser

Det finns inga avvikelser som rapporterats för Rådgivning och annat personligt stöd enligt LSS under år 2021-2022.

Lex Sarah 2022

Under 2022 har ingen Lex Sarah utredning genomförts för insatsen Rådgivning och annat personligt stöd enligt LSS.

Uppdragsenhetens kvalitetsuppföljning

Kvalitetsgranskning

Det har inte genomförts någon kvalitetsgranskning/uppföljning av verksamheten Rådgivning och annat personligt stöd enligt LSS under 2022.

Tidigt varningssystem

Inget registrerat på enheten under 2022.

6.14 LEDSAGARSERVICE ENLIGT LSS OCH LEDSAGNING ENLIGT SOL

Ledsagarservice enligt LSS är en insats som kan underlätta för personer med omfattande funktionsnedsättningar att ha kontakt med andra och att delta i samhällslivet. Insatsen sker i form av en följeslagare och är knuten till aktiviteter utanför hemmet. Insatsen ska göra det möjligt att besöka vänner, delta i fritidsaktiviteter, kulturlivet eller bara komma ut på promenad. Det finns ingen begränsning i antalet timmar som beviljas.

Ledsagning enligt SoL kan för människor med funktionsnedsättningar möjliggöra ett mera aktivt liv ute i samhället. Insatsen innefattar ett personligt stöd till personer med nedsatt förmåga att klara sig själva. Den enskilde avgör själv vad ledsagningen ska användas till, det kan t.ex. vara bio, ärenden, restaurangbesök etc. Det finns begränsning i antalet timmar som beviljas.

Enheten för stöd och service verkställer beslut om insatser för 78 medborgare som har ledsagarservice enligt LSS och 140 som har ledsagning enligt SoL 2022.

Sammanfattande analys av verksamhetens kvalitet

Underlag för analys av kvaliteten inom insatsen ledsagarservice LSS och ledsagning SoL under 2022 baseras på medborgarundersökningar, avvikelser och Uppdragsenhetens kvalitetsuppföljningar.

Medborgarnöjdhet

Utifrån sektorns egna medborgarundersökningar är nöjdheten mycket god.

Lagefterlevnad

Det saknas underlag från verksamheten så det går inte att bedöma lagefterlevnaden.

Risk- och avvikelserapportering

Ingen risk- eller avvikelse har registrerats under år 2022, vilket tyder på en underrapportering. Det innebär att det är ett utvecklingsområde för verksamheten.

Detaljerad information om olika kvalitetsområden

Medborgarnas nöjdhet

Sektor funktionshinder har genomfört en egen medborgarundersökning för Ledsagarservice LSS och Ledsagning SoL under 2022.

Denna undersökning är den första verksamheten genomfört på detta sätt för dessa insatser.

Samtliga svarande - 35 personer - anger att de är mycket nöjda och trygga med den hjälp de får av ledsagaren. Samtliga svarar också att de upplever att personalen lyssnar på dem. På frågan om de vet vem de kan prata med om något är dåligt så har 8 personer svarat att de inte vet.

För en fullständig redovisning av sektorns enkätundersökning, se :

"Resultatrapport Medborgarundersökningar Sektor funktionshinder 2022"
(länk)PDF

Lagefterlevnad - verksamhetens egenkontroll med analys och åtgärder

Verksamhetsspecifik lagstiftning

LSS/SoL - förbättringsområden och planerade åtgärder

Inga underlag har inkommit från verksamheterna

HSL - förbättringsområden och planerade åtgärder

Inga underlag har inkommit från verksamheterna

Kommungemensam lagstiftning

Inga underlag har inkommit från verksamheterna

Risker och avvikelser

Inga rapporterade risker eller avvikelser under 2022.

Verksamhetens analys och åtgärder

Inga underlag har inkommit från verksamheterna

Lex Sarah 2022

Under 2022 har ingen Lex Sarah utredning genomförts för insatsen Ledsagarservice LSS och ledsagning SoL.

Uppdragsenhetens kvalitetsuppföljningar

Kvalitetsgranskning

Det har inte genomförts någon planerad eller riktad kvalitetsgranskning/uppföljning av verksamheten Ledsagarservice LSS och Ledsagning enligt SoL under 2022.

Tidigt varningssystem

Inget registrerat under 2022.

6.15 AVLÖSNING I HEMMET SOL OCH AVLÖSARSERVICE LSS

Avlösning i hemmet SoL är en form av anhörigstöd som ska underlätta för personer som vårdar en närstående som är långvarigt sjuk eller äldre eller stödjer en närstående som har en funktionsnedsättning. Avlösning i hemmet som beviljas med stöd av socialtjänstlagen är en form av hemtjänstinsats.

Avlösarservice i hemmet enligt 9§5 LSS syftar till att ge föräldrar eller makar som lever tillsammans med någon som har stora funktionsnedsättningar möjlighet att koppla av och genomföra aktiviteter utanför hemmet. Insatsen innebär att en avlösare ger den funktionsnedsatta omvårdnad och stöd och utförs vanligtvis i det egna hemmet men kan också ges i samband med att den medborgaren och avlösaren är på en utflykt.

Verksamheten har under 2022 verkställt beslut om insatser till 32 medborgare som har avlösarservice enligt LSS och 77 medborgare som har avlösning i hemmet enligt SoL, dvs. totalt 109 medborgare.

Sammanfattande analys av verksamhetens kvalitet

Underlag för analys av kvaliteten inom insatsen avlösning i hemmet SoL och avlösarservice LSS under 2022 baseras på medborgarundersökningar, avvikelser och Uppdragsenhetens kvalitetsuppföljningar.

Medborgarnöjdhet

Utifrån sektorns egna medborgarundersökningar är nöjdheten god. Det är dock svårt att göra en bedömning då det ej framgår hur många som har haft insatsen under året.

Lagefterlevnad

Det saknas underlag från verksamheten så det går inte att bedöma lagefterlevnaden.

Risk- och avvikelserapportering

Inga risk- och avvikelser har registrerats av Avlösarservice LSS och Avlösning i hemmet SoL under 2022 vilket tyder på en underrapportering.

Detaljerad information om olika kvalitetsområden

Medborgarnas nöjdhet

Sektor funktionshinder har genomfört en egen medborgarundersökning för Avlösarservice LSS och Avlösning i hemmet SoL under 2022.

Denna undersökning är den första verksamheten genomfört på detta sätt för dessa insatser.

Av de 22 svarande säger samtliga att de är nöjda med den hjälp de får. Alla tycker också att de är trygga med personalen och att personalen lyssnar. Samtliga förstår

också vad avlösaren säger. Fyra personer har svarat att de inte vet vem de kan prata med om något är dåligt med den hjälp de får.

För en fullständig redovisning av sektorns enkätundersökning, se :

"Resultatrapport Medborgarundersökningar Sektor funktionshinder 2022"
(länk)PDF

Lagefterlevnad - verksamhetens egenkontroll med analys och åtgärder

Verksamhetsspecifik lagstiftning

LSS/SoL - förbättringsområden och planerade åtgärder

Inga underlag har inkommit från verksamheterna

HSL - förbättringsområden och planerade åtgärder

Inga underlag har inkommit från verksamheterna

Kommungemensam lagstiftning

Allt rapporterat och inga brister har angetts.

Risk- och avvikelser

Inga risker eller avvikelser är registrerade under 2022.

Uppdragsenhetens kvalitetsuppföljning

Kvalitetsgranskning

Det har inte genomförts någon planerad eller riktad kvalitetsgranskning/uppföljning av verksamheten Avlösarservice LSS och Avlösning i hemmet SoL under 2022.

Tidigt varningssystem

Inget registrerat under 2022.

7. IDENTIFIERADE UTVECKLINGSMOMENTEN

I kvalitetsrapporten finns det en hel del områden där vi identifierar utvecklingsbehov men verksamhetens absolut största utmaning i närtid är kompetensförsörjningen.

Brister i kvalitet uppstår huvudsakligen när personal och/eller chefer inte har resurser eller förmåga att uppfylla alla krav som ställs. Därför blir den viktigaste uppgiften för stöd- och ledningsfunktioner i detta sammanhang att utveckla de verksamhetssystem, riktlinjer och rutiner som personalen jobbar med så att det blir enkelt och effektivt att göra rätt.

Vidare ingår det i förvaltningsledningens prioriterade områden bland annat att

- utveckla hur förvaltningen arbetar med individens målsättningar enligt IBIC-modellen (Individens behov i centrum) och att säkerställa introduktion av nya medarbetare i IBIC samt att
- arbeta för att verkställa de aktiviteter som identifierats för att utveckla förvaltningens kvalitetsledningssystem