

Kvalitetsberättelse

2019

Vård- och omsorgsförvaltningen

Dnr: VON/2020:10-700. Hnr 2020:234

Datum: 2020-02-17

Handläggare: Emma Odén och Lars Carlberg

Sammanfattning

Kvalitetsberättelsen beskriver det övergripande kvalitetsarbetet inom vård- och omsorgsförvaltningen under kalenderåret 2019. I berättelsen framgår hur det systematiska och fortlöpande kvalitetsarbetet bedrivits under året, vilka åtgärder som vidtagits, vilka resultat som uppnåtts samt vilka förbättringsområden som uppmärksammats.

Vård- och omsorgsförvaltningen har arbetat aktivt med att utveckla förvaltningens kvalitetsledningssystem. Fokus har varit att kartlägga och uppdatera verksamhetens processer och rutiner. Ett arbete pågår med att se över strukturen för att presentera och visualisera processer och rutiner på ett lättillgängligt sätt på intranätet för medarbetarna. Det har varit ett aktivt arbete med att förbättra den sociala dokumentationen i verksamheterna samt implementering av IBIC (Individens behov i centrum).

Utifrån uppföljningen av ledningsorganisationen trädde en ny organisation i kraft 1 januari 2020. Resultatet har använts för att ta fram fokusområden inom kvalitetsarbetet.

I vård- och omsorgsförvaltningen sker egenkontroller i olika former både på individ-, grupp- och förvaltningsnivå. Generellt kan konstateras att förvaltningen når relativt goda resultat i brukarundersökningar och att resultaten står sig väl i jämförelse med andra kommuner. Resultaten visar dock att det finns stora skillnader mellan olika enheter i brukarnöjdhet.

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) har gjort tillsyn och verksamhetstillsyn under 2019. IVO avslutar ärendena, då det inte uppmärksammats några brister inom de områden tillsynen omfattat. IVO har även genomfört en oanmäld nattinspektion på ett äldreboende utifrån ett klagomål. IVO avslutar ärendet, då det inte uppmärksammats några brister inom området tillsynen omfattat.

Innehåll

Sammanfattning	2
Inledning	4
Innehåll och upplägg.....	4
Vård- och omsorgsförvaltningens kvalitetsarbete under året	5
Kvalitetsledningssystem	5
Social dokumentation och IBIC (Individens behov i Centrum).....	6
Systematiskt förbättringsarbete.....	6
Resultat och analys	8
Egenkontroll	8
Klagomål och synpunkter	15
Avvikelse	15
Lex Sarah.....	18
Tillsynsbesök från Inspektionen från vård och omsorg.....	19
Riskanalys	19
Förbättringsområden för kommande år	20

Inledning

Enligt Socialstyrelsen föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, SOSFS 2011:9, kap 7 § 1 bör den som bedriver socialtjänst (SoL) eller verksamhet enligt Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) varje år upprätta en sammanhållen kvalitetsberättelse.

Kvalitetsberättelsen ska ge svar på hur det systematiska och fortlöpande kvalitetsarbetet bedrivits under året, vilka åtgärder som vidtagits, vilka resultat som uppnåtts samt vilka förbättringsområden som uppmärksammats.

Innehåll och upplägg

Kvalitetsberättelsen beskriver vård- och omsorgsförvaltningens kvalitetsarbete under 2019. I berättelsen framgår vad förvaltningen har vidtagit för åtgärder för att säkra en god kvalitet samt för att minimera risker och negativa händelser. Kvalitetsarbetet redovisas på en förvaltningsövergripande nivå samt att det görs några fördjupningar inom ett par centrala områden i kvalitetsarbetet.

Kvalitetsberättelsen är uppdelad i tre kapitel:

- Vård- och omsorgsförvaltningens kvalitetsarbete under året
- Resultat och analys
- Förbättringsområden för kommande år

Vård- och omsorgsförvaltningens kvalitetsarbete under året

Kvalitetsledningssystem

Ledningssystemet ska enligt SOSFS 2011:9, 4 kap. 1 §, anpassas till verksamhetens inriktning och omfattning. Det ska bestå av de processer och rutiner som behövs i verksamheten för att säkra verksamhetens kvalitet. Vård- och omsorgsförvaltningen har arbetat aktivt med att utveckla förvaltningens kvalitetsledningssystem. Fokus har varit att kartlägga och uppdatera verksamhetens processer och rutiner. En förvaltningsövergripande arbetsgrupp har skapats där varje verksamhet har haft representanter med i arbetsgruppen för att ha delaktighet, få bred kompetens och för att synliggöra olika perspektiv.

Utgångspunkt för arbetet

Utgångspunkten för arbetet med kvalitetsledningssystemet är att det ska vara lätt att göra rätt. Information ska finnas lätt tillgänglig för medarbetarna och fungera i vardagen. Ledningssystemet ska användas både till att visa och tydliggöra hur verksamhetens processer är tänkta att fungera och till att utveckla dem. Alla medarbetare ska ha möjlighet att på ett överskådligt sätt förstå de processer som den ingår i. Följsamheten till styrdokument säkerställer att alla arbetar på ett likartat sätt så att alla brukare ska få en god vård och omsorg. All personal har ett ansvar för att medverka till att insatserna utförs med god kvalitet.

Förbättring av processer och rutiner

Under året har förvaltningen arbetat med att se över förutsättningarna för att bygga upp en ny struktur på intranätet för att presentera och visualisera processer och rutiner på ett lättillgängligt sätt för medarbetarna. I uppdraget ingår både att kartlägga varje verksamhets processer och vilka rutiner som ska vara kopplade till dessa. Det handlar både om att se över vilka rutiner som finns i dagsläget, göra revideringar vid behov, ta bort styrdokument som är inaktuella och ta fram nya vid behov. I arbetet ingår även att se över processer och rutiner för samverkan, både internt och externt. Under året har nya mallar för styrdokument tagits fram. Riktlinjen för definiering av styrdokument inom förvaltningen är under revidering. Rutiner för att kvalitetssäkra framtagandet av processer och rutiner är under framtagande.

Vidare genomförs en testpilot där en hemtjänstenhet har fått tillgång till de styrdokument som behövs i det dagliga arbetet via den nya appen för intranätet. Avsikten är att enheten ska få prova appen och dess funktioner under några månader. Testpiloten fortsätter under 2020 och kommer därefter att följas upp.

Kvalitetsråd

Vård- och omsorgsförvaltningen har arbetat med att bygga upp kvalitetsråd inom förvaltningens olika verksamheter. Utformningen kan se olika ut utifrån verksamheternas behov och förutsättningar. Kvalitetsråden har fokus på systematiskt förbättringsarbete och är en del av förvaltningens kvalitetsledningssystem. Det är ett forum som möjliggör för personalen att medverka i kvalitetsarbetet på verksamhetsnivå. Arbetet utgår från individens behov, där samverkan mellan olika professioner är en viktig del för att se helheten och ge en personcentrerad vård och omsorg. På kvalitetsråden hanteras bland annat frågor kring avvikelser, åtgärder, rutiner och systematiskt kvalitetsarbete.

Social dokumentation och IBIC (Individens behov i Centrum)

Utvecklingsarbetet inom social dokumentation för utförarna har främst varit genom att vidareutbilda dokumentationsstödjare samt enhetschefer. Dokumentationsstödjarna är omvårdnadspersonal som ska ge sina kollegor stöd i vardagen med den sociala dokumentationen, samt utföra kvalitetsgranskning av dokumentationen på enheterna.

IBIC (Individens behov i Centrum)

Under andra halvåret 2019 har arbetet intensifierats med att fullt ut införa IBIC (Individens Behov i Centrum) inom förvaltningen. IBIC är ett behovsriktat och systematiskt arbetssätt med strukturerad dokumentation för att utreda behov samt dokumentera och följa upp verkställighet. Den strukturerade dokumentationen och tydligare målbeskrivningar innebär en förenkling för både handläggare och omvårdnadspersonal när det gäller att hantera information, verkställa och följa upp insatser. Arbetet har inneburit att bygga upp kopplingar i verksamhetssystemet för både processledare och IT-ansvariga, samt utbildningar för handläggare och omvårdnadspersonal. Under december 2019 lades IBIC-modulen på i skarpt läge för särskilt boende för äldre, och resterande verksamheter går in i detta 2020.

Utbildningar och träffar för omvårdnadspersonal

Under våren träffade utredare, dokumentationsstödjare och enhetschefer i mindre grupper för att skapa mer utrymme för riktad utbildning utifrån enheternas behov i social dokumentation. Grundutbildning för nya dokumentationsstödjare hölls under våren, samt riktade insatser till området personlig assistans och några gruppboenden. Under hösten genomfördes tre större träffar med fokus på IBIC samt en riktad satsning för ett särskilt boende för äldre som fungerade som testpilot.

Utbildningsfilmer

Fem utbildningsfilmer om social dokumentation och vårdplaner för all omvårdnadspersonal har tagits fram och har lagts upp på intranätet. Filmerna syftar både till att förklara grunder och lagstöd för social dokumentation, samt ledning i hur personalen ska hantera verksamhetssystemet. Utbildningsfilmerna förenklar vid nyanställning av brukarnära personal men är också ett led i att prova nya sätt att utbilda och sprida information till befintlig personal.

Utbildningar och träffar för handläggare

Tre gemensamma utbildningstillfällen och fem workshops har hållits för handläggare ledda av samordnare för IBIC. Handläggare har haft möjlighet att arbeta i testmiljö samt att en testpilot har genomförts på ett särskilt boende för äldre med verkliga ärenden. Alla handläggare har gått igenom ett skarpt ärende under testpiloten. Handläggare har fått individuell handledning vid dessa ärenden.

Systematiskt förbättringsarbete

För att säkerställa att ledningssystemet är ändamålsenligt uppbyggt för att planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten krävs ett fortlöpande systematiskt förbättringsarbete.

RisKFörebyggande arbete och riskanalys

RisKanalyser innebär ett framåtblickande och förebyggande arbetssätt och syftar till att upptäcka brister i verksamheten kvalitet innan den har inträffat. Riskanalyser och riskbedömningar görs på individnivå och på verksamhetsnivå. Vid organisationsförändringar eller förändrade arbetssätt genomförs risk- och konsekvensanalyser. Utifrån intern kontroll som regleras i kommunallagen upprättar förvaltningen årligen en interkontrollplan som följs upp i slutet av året. Interkontrollplanen revideras årligen utifrån en förnyad prövning genom risk- och konsekvensanalys.

Avvikelser, klagomål, synpunkter och lex Sarah

Verksamheten ska ta emot och utreda inkomna avvikelser, klagomål, synpunkter och rapporter om missförhållanden eller risker om missförhållanden (lex Sarah). Syftet med lex Sarah är att dra lärdom av misstag som sker och förhindra att liknande missförhållanden sker igen. Utredningarna avslutas alltid med ett antal åtgärder som ska förbättra verksamheten och rutinerna. Det är viktigt att rapportera och hantera avvikelser för att förhindra att dessa leder till missförhållanden. Under året har förvaltningen arbetat med att uppdatera och göra en gemensam rutin för rapportering och bearbetning av avvikelser, lex Sarah och lex Maria. Dessa har tidigare varit uppdelade i olika rutiner.

Förvaltningsövergripande egenkontroll av avvikelser

Varje månad går utredare igenom föregående månads avvikelser för att kontrollera om det finns avvikelser där rapportören kryssat i att avvikelsen eventuellt kan vara föremål för lex Sarah-utredning. I samband med detta görs också en översyn för att se om någon enhet eller område har många avvikelser som inte bearbetas och riskerar att släpa efter. I så fall kontaktas berörd enhetschef för att stämma av om extra stöd behövs. Vidare har riktade utbildningsinsatser genomförts på utvalda enheter kring avvikelsehantering.

Sprida kunskap om händelser och åtgärder

Förvaltningen har arbetat med att utveckla former för att återföra kunskap mellan områdena från avvikelser. Ett förvaltningsövergripande möte för att summera erfarenheter från avvikelser, lex Sarah och lex Maria har hållits under våren 2019. Summeringsmötet anordnas av utredare och medicinsk ansvarig sjuksköterska (MAS). Chefer, brukarnära personal och hälso- och sjukvårdspersonal deltog. Syftet med mötet är att dra lärdom från utredningar, sprida kunskap om händelser och åtgärder för att minska risken att liknande händelser inträffar igen i verksamheten.

Egenkontroll

Verksamhetsuppföljning och egenkontroll ska göras med den frekvens och i den omfattning som krävs för att verksamheten ska kunna säkra kvalitén, SOSFS: 2011:9,5 kap. 2 §. Förvaltningen arbetar systematiskt med egenkontroller i form av brukarundersökningar, kvalitetsgranskningar av dokumentation, deltagande i olika nationella undersökningar, öppna jämförelser, verksamhetstillsyner och olika uppföljningar på individnivå. Enhetscheferna rapporterar månadsvis inom sitt område genomförda egenkontroller. Det pågår ett arbete med att se över vad som ska ingå i rapporteringen och vilka egenkontroller som ska genomföras för att bättre följa och säkra kvaliteten i verksamheterna.

Analysdagar

Under slutet av 2019 genomfördes analysdagar inom områdena särskilt boende för äldre och hemtjänst där verksamhetschef och enhetschefer deltog. Analysdagarna anordnas av utredare och kvalitetsutvecklare på förvaltningen. Syftet med analysdagarna är att samla resultat verksamheten har fått in under året, analysera dessa och skapa en bild över styrkor och förbättringsområden. Det handlar om att få en helhetsbild av verksamheten och ta fram en handlingsplan för det fortsatta kvalitetsarbetet för verksamhetsområdet. Utifrån analyserna har en handlingsplan sammanställts som utgör underlag till verksamhetsplanering och vilka aktiviteter som ska genomföras kommande år för att uppnå verksamhetens mål. Fokus har varit på resultatmålen under området trygg vård och omsorg i kommunplanen 2019-2022. Analysdagar kommer att genomföras för de andra verksamhetsområdena i början av 2020.

Resultat och analys

Egenkontroll

Nedan redovisas ett urval av egenkontroller och resultat för 2019. I år har vi valt att titta närmare på fem kvalitetsområden: *bemötande, förtroende och trygghet, aktiviteter, måltider, delaktighet och inflytande* samt *anhörigstöd*. Dessa områden är kopplade till resultatmål under målområdet trygg vård och omsorg i Katrineholms kommuns kommunplan 2019-2022. I redovisningen presenteras resultat från brukarundersökningar, Sveriges Kommuner och Regioners (SKR) undersökning Kommunens Kvalitet i Korthet samt egna kvalitetsgranskningar av social dokumentation och akter inom myndighetsutövningen.¹ Som en del i förvaltningens arbete med åtagandena i Katrineholms kommuns handlingsplan för jämställdhet enligt CEMR² redovisas statistik könsuppdelat där det är möjligt.

Socialstyrelsens nationella brukarundersökning Vad tycker de äldre om äldreomsorgen? 2019

- **Särskilt boende för äldre** - 181 svarande. Svarsfrekvens 53 procent
- **Hemtjänst** - 249 svarande. Svarsfrekvens 60 procent

Sveriges Kommuner och Regioners brukarundersökning inom funktionshinderområdet 2019

- **Gruppboende enligt LSS** – 63 svarande. Svarsfrekvens 68 procent
- **Serviceboende enligt LSS** – 29 svarande. Svarsfrekvens 51 procent
- **Boendestöd enligt SoL** – 34 svarande. Svarsfrekvens 40 procent
- **Boende med särskild service enligt SoL (Socialpsykiatri)** – 8 svarande. Svarsfrekvens 57 procent

Bemötande, förtroende och trygghet

Resultatmål: Fler brukare inom vård och omsorg ska ha en positiv upplevelse kring bemötande, förtroende och trygghet

Indikatorer	Utfall	Riket	Utfall kvinnor	Utfall män
Personalkontinuitet inom hemtjänsten, antal personal som en brukare inom hemtjänsten möter under 14 dagar, medelvärde	15	16	15	15
Boende på gruppboende enligt LSS som svarar att de känner sig trygga med alla i personalen, andel (%)	82%	74%	79%	84%
Boende på serviceboende enligt LSS som svarar att de känner sig trygga med alla i personalen, andel (%)	82%	74%	79%	84%
Brukare inom daglig verksamhet enligt LSS som svarar att de känner sig trygga med alla i personalen, andel (%)	82%*	74%*	79%*	84%*
Brukare som svarar att det känns ganska/mycket tryggt att bo hemma med stöd från hemtjänsten, andel (%)	82%	74%	79%	84%
Brukare som svarar att det känns ganska/mycket tryggt att bo på ett särskilt boende, andel (%)	89%	88%	86%	95%

* *Utfallet avser 2017.*

¹ Alla resultat från brukarundersökningarna och Kommunens Kvalitet i Korthet finns på www.kolada.se. Resultaten inom funktionsstöd bör tolkas med en viss försiktighet då det är relativt få svarande. Framförallt inom boende med särskild service SoL är underlaget litet. Då många personer med insatser inom funktionsstöd har kommunikationssvårigheter och/eller kognitiva funktionsnedsättningar har bildstöd använts som enkätverktyg.

² Katrineholms kommun undertecknade 2017 CEMR-deklarationen (Den europeiska deklarationen för jämställdhet mellan kvinnor och män på lokal och regional nivå).

Brukarundersökningarna visar att de allra flesta med äldreomsorg och funktionsstöd upplever att de blir **bra bemötta av personalen** samt att de känner sig **trygg med personalen**. De tre frågor där andelen positiva svar är som högst inom särskilt boende för äldre 2019 rör frågorna om bemötande, trygghet och förtroende för personalen. Katrineholm ligger även högre än riksgenomsnittet på alla dessa tre frågor. Även inom hemtjänst har dessa frågor ett bra resultat och är lika med eller bättre än riksgenomsnittet. Inom funktionsstöd ser vi ett något lägre resultat än inom äldreomsorgen på dessa frågor. Samtidigt ser vi att resultatet inom detta område har förbättrats jämfört med förra mätningen som var 2017.

Bemötande belyses genom två frågor i brukarundersökningen inom funktionsstöd, **förstår personalen vad du säger** och **pratar personalen med dig så att du förstår**. Inom boendestöd enligt SoL, gruppboendestöd LSS och serviceboendestöd LSS är det cirka tre fjärdedelar som uppger positivt på dessa frågor. Medan en fjärdedel svarar att några eller ingen i personalen förstår vad de säger eller pratar så att de förstår. Serviceboendestöd LSS har försämrat resultatet på frågan om brukarna förstår personalen från 95 procent 2017 till 79 procent 2019. Övriga ligger på ungefär samma resultat som förra mätningen. Verksamheterna ligger lika eller något bättre än riksgenomsnittet på frågorna förutom boende med särskild service SoL.

På dessa frågor har även uppmärksammats stora skillnader mellan män och kvinnors svar. Inom gruppboendestöd LSS har 82 procent av männen och 64 procent av kvinnorna uppgett att alla i personalen pratar så att brukaren förstår. Motsvarande siffra för riksgenomsnittet är 71 procent för män och 69 procent för kvinnor. Även samma tendens syns inom serviceboendestöd LSS, där andelen positiva svar är 86 procent för män och 73 procent för kvinnor.

Liksom tidigare känner sig kvinnor i större utsträckning än män otrygga eller rädda inom funktionsstöd. Samma tendens syns även inom riket. Detta gäller framför allt i boenden inom socialpsykiatri och gruppboendestöd LSS. Inom serviceboendestöd LSS är resultatet ungefär lika mellan män och kvinnor.

Utfallet för **personalkontinuiteten inom hemtjänsten** 2019 var 15 personal som en hemtjänsttagare möter under en tvåveckors period. Genomsnittet för riket var 15 personer. Mätningen avser brukare som har minst två insatser varje dag och inte har varit frånvarande någon gång under mätperioden. En lägre siffra ses som ett bättre resultat. Om många olika personer kommer in i hemmet för att utföra insatsen finns det risk att kvaliteten blir lidande. Personalkontinuiteten har varierat år från år och under de senaste fem åren har utfallet varierat mellan 13 och 16 personer. Mellan de interna hemtjänstenheterna är variationen stor där utfallet är mellan 7 och 21 personer.

Analys och förbättringsområden

Arbetet inom vård- och omsorgsförvaltningen består av ständiga möten med människor. En god värdegrund, ett gott bemötande och att känna förtroende för personalen är grundläggande utgångspunkter i detta arbete. Att känna sig trygg på boendet och med stödet som ges har en grundläggande betydelse för den enskildes hälsa och välbefinnande.

Även om resultatet inom flera delar är goda så är detta ett område som verksamheten ständigt behöver arbeta med. Inom funktionsstöd är trygghet och bemötande ett fortsatt utvecklingsområde, även om flera frågor har förbättrats sedan förra mätningen. Ett annat utvecklingsområde är att fortsätta arbeta för en god kontinuitet inom hemtjänsten när det gäller både personal-, tid- och omsorgskontinuitet. I handlingsplanen som togs fram under analysdagarna tydliggörs att verksamheten ska arbeta med att skapa minde arbetslag i gruppen där det är relevant och ta lärdom från varandra i det fortsatta arbetet.

Under året har det även framkommit signaler om att arbetet med värdegrundsfrågor behöver stärkas. Inom framförallt särskilt boende för äldre finns särskilda värdegrundshandledare med uppgift att guida sina kollegor i det dagliga arbetet kring brukarna. Ett förvaltningsövergripande arbete för att implementera och förstärka värdegrundsarbetet inom organisationen har därför påbörjats. Utbildningsinsatsen kommer att ske 2020.

Aktiviteter

Resultatmål. Ökade förutsättningar för aktiviteter för brukare inom vård och omsorg.

Indikatorer	Utfall	Riket	Utfall kvinnor	Utfall män
Boendeplatser i särskilt boende som erbjuder minst två organiserade och gemensamma aktiviteter på vardagar, andel (%)	100%	52%		
Boendeplatser i särskilt boende som erbjuder minst en organiserad och gemensam aktivitet per dag under helgen, andel (%)	74%	40%		
Brukare inom hemtjänsten med biståndsbeslut om social samvaro/promenad, andel (%)	45%		50%	34%
Äldre som svarar att de är ganska/mycket nöjda med de aktiviteter som erbjuds på sitt särskilda boende, andel (%)	74%	63%	75%	74%
Äldre i särskilt boende som svarar att de upplever att möjligheterna att komma utomhus är ganska/mycket bra, andel (%)	66%	58%	66%	65%

Frågan om **nöjd med de aktiviteter som erbjuds på äldreboendet** som hade en positiv riktning förra året är tillbaka till ungefär samma nivå som det varit tidigare. 74 procent inom särskilt boende för äldre anger att de är ganska/mycket nöjda med aktiviteterna som erbjuds, jämfört med 81 procent 2018. Katrineholms ligger fortsatt högre än riksgenomsnittet med elva procentenheter. Även resultatet på frågan om **möjligheterna att komma utomhus är bra** syns en minskning av andel positiva svar från 73 procent 2018 till 66 procent 2019. Motsvarande siffra för riksgenomsnittet är 58 procent. Resultatet visar även att det skiljer mellan 33 och 89 procent i hur positivt brukarna svarat för boendena med lägst och högst resultat.

Av de som bor i ordinärt boende i Katrineholm med stöd av hemtjänst upplever 42 procent att de har **besvär av ensamhet** då och då och 14 procent uppger att de ofta har besvär av ensamhet. Motsvarande siffror hos de som bor på särskilt boende för äldre är 44 procent respektive 16 procent.

I årets aktgranskning av kvalitet i myndighetsutövning var fokus på **beviljade insatser av social tid och promenad inom hemtjänsten**. Av totalt 638 personer, 214 män och 424 kvinnor, som har omvårdnad och service inom hemtjänsten är det 45 procent som har biståndsbeslut social samvaro och/eller promenad. 50 procent av kvinnorna har social samvaro och/eller promenad och 34 procent av männen. Brukarna kan ha båda insatserna beviljade eller bara en av dem. Det är svårt att avgöra varför fler kvinnor än män har insatserna social tid och promenad, och det krävs mer analys.

Analys och förbättringsområden

Det är viktigt att följa dessa indikatorer för att alla brukare ska få möjlighet till en meningsfull vardag och kunna påverka hur de vill ha sin utevistelse. Deltagande i olika aktiviteter har flera positiva hälsoeffekter och spelar en viktig roll för till exempel möjligheten till delaktighet, gemenskap och social samvaro. Arbetet med att anordna sociala aktiviteter för brukarna är en prioriterad uppgift inom verksamheten. Samtliga enheter inom särskilt boende för äldre anordnar aktiviteter sju dagar i veckan (två på vardagar och en på helgen) och har en anslagstavla där aktiviteterna annonseras i förväg. Samtliga enheter erbjuder också utevistelse varje dag. Det är något sämre resultat än föregående år gällande nöjdhet kring aktiviteter, men i jämförelse med riket ligger Katrineholm väl till. För att behålla och stärka detta resultat kommer fokus under 2020 att vara att bli ännu bättre på att följa upp och ta reda på vilka aktiviteter brukarna vill ha. Utgångspunkten är att brukarna ska uppleva att aktiviteter som genomförs är meningsfulla. Det handlar även om att synliggöra och informera om aktiviteter som genomförs.

Under året har en struktur för formaliserad samverkan mellan vård- och omsorgsförvaltningen och kulturförvaltningen initierats. Syftet är att bidra till att verksamheternas gemensamma målgrupper erbjuds en bred och anpassad kulturell verksamhet. Samarbetet mellan förvaltningarna är bland annat ett verktyg för att fortsätta utveckla aktiviteterna inom äldreomsorgen. Som en del i detta arbete har verksamheten bland annat arbetat med att utveckla innehållet i den biståndsbedömda insatsen social tid. Personal har tagit med pussel, memory-spel eller genomfört tipspromenad under insatsen. Vidare har förvaltningen ett gott samarbete med frivilliga nätverkare som ger verksamheten goda förutsättningar till en bredd av olika aktiviteter och kulturupplevelser. I dagsläget har förvaltningen mellan 90-100 frivilliga nätverkare med spridning inom äldreomsorgens verksamheter.

Måltider

Resultatmål: Måltiderna inom vård och omsorg ska utvecklas

Indikatorer	Utfall	Riket	Utfall kvinnor	Utfall män
Äldre på särskilt boende som har möjlighet att välja mellan olika maträtter, andel (%)	37%	49%		
Brukare i särskilt boende vars nattfasta är mindre än 11 timmar (med hänsyn taget till den enskildes önskemål), andel (%)	42%		39%	53%
Äldre som svarar att maten smakar ganska/mycket bra på sitt särskilda boende, andel (%)	79%	74%	77%	83%
Äldre som svarar att måltiderna på sitt särskilda boende oftast/alltid är en trevlig stund på dagen, andel (%)	72%	68%	68%	80%

Resultatet på frågan om **brukarna upplever måltiderna som en trevlig stund på dagen** för särskilt boende för äldre har minskat med sju procentenheter 2019 till 72 procent. Katrineholm ligger fortsatt högre än riksgenomsnittet som är 68 procent. Det skiljer 12 procentenheter mellan män och kvinnor på frågan. Andel positiva svar är 80 procent för män och 68 procent för kvinnor. Resultatet skiljer även mycket mellan olika boenden. På frågan om **maten smakar bra** ligger Katrineholm på ungefär samma nivå som tidigare och över riksgenomsnittet.

Höstens mätning av nattfastan visade att 42 procent av brukare i särskilt boende för äldre har en nattfasta som är mindre än elva timmar (med hänsyn taget till den enskildes önskemål). Utfallet är något sämre än vårens mätning men ligger på ungefär samma nivå som tidigare år. Med nattfasta avses tiden mellan en dags sista mål och följande dags första mål, det vill säga tiden under natten då en person inte äter eller dricker något som ger nämnvärd energi. Vård- och omsorgsförvaltningens mål är att andelen brukare i äldreomsorgen vars nattfasta är kortare än elva timmar ska öka, detta med hänsyn till den enskildes önskemål.

Analys och förbättringsområden

Maten och måltidsmiljön har stor betydelse för de äldres livskvalitet och välbefinnande samt har en viktig roll för att förebygga och/eller bromsa sjukdom och ohälsa som undernäring. Vård- och omsorgsförvaltningen har genomfört en rad insatser under året för att utveckla arbetet runt mat och måltider. Åtgärder som vidtagits är bland annat ett arbete med måltidschecklistan och utveckling av goda och proteinrika mellanmål, vilket skett i samverkan med service- och teknikförvaltningen. Det finns ett fortsatt behov av att arbeta med måltidssituationen samt att fortsätta arbetet med att minska nattfastan. Genom att sprida ut måltiderna jämnt över den vakna delen av dygnet ges möjligheter att optimera energi- och näringsintaget. En del i detta arbete är att fortsätta utveckla samverkan mellan omvårdnadspersonal, sjuksköterska och dietist för att förebygga och behandla vid undernäring. Vidare finns ett behov av att öka andelen genomförandeplaner med beskrivning om önskemål och behov i samband med måltiderna för den enskilde.

Delaktighet och inflytande

Resultatmål: Ökad möjlighet till delaktighet och inflytande

Indikatorer	Utfall	Riket	Utfall kvinnor	Utfall män
Brukarbedömning gruppboende LSS - Brukaren får bestämma om saker som är viktiga hemma, andel (%)	75%	78%	85%	67%
Boende på serviceboende enligt LSS som svarar att de får bestämma om saker som är viktiga hemma, andel (%)	82%	83%	80%	85%
Brukare inom daglig verksamhet enligt LSS som svarar att de får bestämma om saker som är viktiga, andel (%)	70%*	73%*	68%*	69%*
Brukare med hemtjänst som svarar att personalen oftast/alltid tar hänsyn till åsikter och önskemål, andel (%)	90%	86%	89%	92%
Brukare med hemtjänst som svarar att de oftast/alltid kan påverka vilka tider de får stöd, andel (%)	64%	60%	63%	67%
Brukare inom särskilt boende som svarar att personalen oftast/alltid tar hänsyn till åsikter och önskemål, andel (%)	83%	79%	83%	85%
Äldre inom särskilt boende som svarar att de oftast/alltid kan påverka vilka tider de får hjälp av personalen, andel (%)	63%	60%	56%	77%

* Utfallet avser 2017.

De flesta inom både särskilt boende för äldre och personer med hemtjänst tycker att personalen alltid eller oftast brukar ha **tillräckligt med tid för att kunna utföra sitt arbete** hos dem, 78 respektive 84 procent. Även de flesta anser att **personalen tar hänsyn till den äldres egna åsikter och önskemål om hur hjälpen ska utföras**. På båda dessa frågor ligger Katrineholm över riksgenomsnittet. I båda grupperna är det drygt 65 procent som upplever sig kunna **påverka vid vilka tider som personalen kommer**. På denna fråga skiljer det 21 procentenheter i andel positiva svar mellan män och kvinnor inom särskilt boende för äldre, 77 procent respektive 56 procent. Skillnaden har ökat från förra året där motsvarande siffra 2018 var 61 procent för män och 72 procent för kvinnor. Hemtjänst har däremot höjt sina resultat med sju procentenheter från förra året på samma fråga och resultatet har även förbättrats för både män och kvinnor sedan förra året.

Betydligt fler av dem som bor i ordinärt boende med hemtjänst uppger att personalen alltid eller oftast **informerar om tillfälliga förändringar** jämfört med dem i särskilt boende för äldre, 66 procent jämfört med 41 procent. Samma tendens syns även för riket, 66 procent jämfört med 48 procent. Tillfälliga förändringar kan vara byte av tid eller dag för insatsen, förseningar eller personaländringar. Särskilt boende för äldre i Katrineholm har minskat med tretton procentenheter på denna fråga jämfört med förra året. Det skiljer mellan 25 till 86 procent i andel positiva svar för boendena med lägst och högst resultat. Det skiljer även 15 procentenheter mellan män och kvinnor på samma fråga, män 51 procent och kvinnor 36 procent. Även inom hemtjänst skiljer resultaten mycket mellan olika enheter. Bland de interna hemtjänstutbildarna skiljer det 33 till 91 procent i hur positivt brukarna har svarat.

Frågan **får du bestämma över saker som är viktiga för dig hemma** har förbättrats tre procentenheter sedan förra mätningen för gruppboende LSS och försämrats med tre procentenheter för serviceboende LSS. Båda ligger något under riksgenomsnittet på frågan. Inom gruppboende LSS har 85 procent av kvinnorna och 67 procent av männen svarat positivt på frågan. Inom boendestöd SoL har frågan förbättrats markant sedan förra mätningen, från 53 procent 2017 till 88 procent 2019. Inom boende med särskild service SoL har resultatet förbättrats sedan förra mätningen, men ligger under riksgenomsnittet.

Frågan **får du den hjälp du vill ha hemma av personalen** har förbättrats för gruppbostad LSS, servicebostad LSS och boendestöd SoL sedan förra mätningen. Inom gruppbostad LSS har resultatet förbättrats med 18 procentenheter till 92 procent 2019. Alla dessa verksamheter förutom boende med särskild service SoL ligger över riksgenomsnittet på frågan. Inom servicebostad LSS skiljer det 12 procentenheter mellan könen, män 100 procent och kvinnor 87 procent.

Analys och förbättringsområden

Inflytande och delaktighet är viktiga aspekter för att möjliggöra för den enskilde att själv påverka den egna livssituationen. Den enskildes medverkan är viktig både när vården och omsorgen ska planeras och när den utförs. Resultaten visar både inom äldreomsorg och inom funktionsstöd att det fortsatt finns ett utvecklingsarbete med att öka känslan av delaktighet för brukare inom förvaltningen. Resultaten inom äldreomsorgen visar att frågor som relaterar till "tid" är ett förbättringsområde (kan påverka vilka tider man får hjälp, meddela i förväg om tillfälliga förändringar). Ett fortsatt arbete är bland annat att se över och implementera rutiner för att informera brukare om förändringar. Det handlar även om att synliggöra och gå igenom genomförandeplanen när den är fastställd med brukare och eventuella anhöriga för att gå igenom tider för insatser.

Anhörigstöd

Resultatmål: Anhörigstödet ska utvecklas.

Vård- och omsorgsförvaltningen arbetar med stöd till anhöriga på flera sätt i verksamheterna. Varje verksamhetsområde har påbörjat arbete med att ta fram en handlingsplan utifrån den läns gemensamma strategin för stöd till anhöriga.

Vård- och omsorgsförvaltningens anhörigstöd på anhörigcentralen erbjuder flera olika aktiviteter riktat direkt mot anhöriga för målgruppen inom förvaltningen. Anhörigstödet erbjuder anhöriga utbildningar och aktiviteter utifrån behov. Under 2019 har anhöriga uppmärksammats på olika sätt i samverkan mellan socialförvaltningen och vård- och omsorgsförvaltningen. Exempelvis genomfördes en gemensam anhörigdag. Höstens medborgardialoger hade anhörigstöd som tema, för att få förslag från medborgarna på fortsatt utveckling av kommunens anhörigstöd. Vid dessa aktiviteter har anhöriga uppmärksammats för alla målgrupper, barn, ungdomar, vuxna, äldre, personer med funktionsnedsättning, relationsvåld och missbruk.

Inom vård- och omsorgsförvaltningen ges också direkta insatser som riktar sig till anhöriga. Dessa är biståndsbedömda och beslutade enligt SoL och LSS. Exempel på direkta individuella insatser är avlösning i hemmet och korttidsplats, det vill säga trygghetsplats/växelvård inom äldreomsorgen. I vård- och omsorgsförvaltningen kan avlösning för äldre ges upp till 20 timmar per månad, avgiftsfritt. Avlösning eller avlösarservice syftar till att ge anhöriga som vårdar och stödjer en närstående avlastning i omvårdnadsarbetet. Insatsen ges i hemmet för att anhöriga ska få tid till annat och samtidigt veta att den närstående får hjälp och stöd på ett tryggt sätt. Resultatet av årets aktgranskning visade att utredningarna avseende avlösning över lag är tillfredsställande. I de flesta, med få undantag, framgår nödvändiga uppgifter för beslut. Utredningarna är förenklade och innehåller i stort sätt autotext att den enskilde har rätt till avlösning för att ge anhörig avlastning i omvårdnadsarbetet. Detta innebär i sin tur att de uppgifter som skickas till utförare för att de ska kunna genomföra uppdraget inte innehåller alla nödvändiga uppgifter. Det innebär att utförare får svårt att upprätta genomförandeplaner.

Analys och förbättringsområden

Arbetet fortsätter utifrån den läns gemensamma strategin för stöd till anhöriga samt kopplas samman med Artikel 17 – Vård av andra anhöriga i Handlingsplanen för jämställdhet enligt CEMR. Vid kontakt med anhöriga ska ett genusperspektiv tillämpas.

Social dokumentation

Inom vård- och omsorgsförvaltningens verksamheter har 199 kvalitetsgranskningar genomförts av brukares sociala dokumentation under 2019, varav 60 procent på kvinnliga brukare och 40 procent på manliga brukare. Anledningen till snedfördelningen beror på att en stor del av granskningarna har genomförts inom särskilt boende för äldre, där det är fler kvinnor i verksamheten. Resultatet av granskningen återförs både till respektive enhetschef för en direkt analys, samt analyseras övergripande av utredare för att ligga till grund för framtida satsningar inom dokumentation.

Resultat

Flera delar har förbättrats under 2019, däribland att det framgår vilka som varit delaktiga i genomförandeplanen och att verksamheterna arbetar mer aktivt med livsområdena i ICF (Klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa). Inom tre av 20 frågeställningar skiljer det 10 procentenheter eller mer mellan könen. Det är något fler män än kvinnor där det finns beskrivet i genomförandeplanen hur brukaren gjorts delaktig. Det är något fler män än kvinnor där det finns *tydligt* beskrivet hur insatsen/stödet ska utföras utifrån individens egna önskemål. Däremot är det fler kvinnor än män där det finns *delvis* beskrivet. Fler kvinnor än män har sina mål och eventuella delmål tydligt beskrivna i genomförandeplanen. Förvaltningen kommer fortsätta att arbeta aktivt med alla dessa tre utvecklingsområden.

Externa utförare av hemtjänst

Kvalitetsgranskning av brukares sociala dokumentation har även genomförts för externa utförare av hemtjänst enligt lagen om valfrihet (LOV). Endast utförare som bedriver omvårdnad och serviceinsatser har granskats. Granskningarna har genomförts av utredare på förvaltningen och har återkopplats vid enskilda uppföljningsmöten med hemtjänstutförarna. Granskningen visar att vissa utförare sticker ut och är mer noggranna med den sociala dokumentationen, särskilt när det gäller genomförandeplanerna men även i viss mån journal. En utförare har välgjorda genomförandeplaner, men det saknas journalföring i de ärenden som granskats. Två utförare har relativt väl upplagd social dokumentation. Genomförandeplanerna är dock mycket kortfattade och det framkommer inte alltid tydligt hur planeringen har gått till. Överlag är det svårt att följa den sociala dokumentationen på ett tydligt sätt för att kunna se hur omvårdnaden fungerar. I några fall är journalföringen mycket bristfällig i de ärenden som granskats.

Analys och förbättringsområden

Utvecklingsområden är att i genomförandeplanen beskriva hur brukaren gjorts delaktig. Tydliggöra vem och när insatser ska göras samt beskriva hur insatserna ska genomföras. Förbättra den röda tråden i journalanteckningar och hur händelser och överenskommelser följs upp. Tydliggöra om brukaren behöver stöd med individuella eller/och gemensamma aktiviteter. Fortsätta utveckla arbetet med uppdrag och kopplingarna till genomförandeplan.

Uppföljning av organisationen

Utifrån den uppföljning som genomfördes av ledningsorganisationen trädde den nya organisationen i kraft 1 januari 2020. Inom följande områden har behov av förbättringar uppmärksamats: ledning och styrning, lärande organisation, interna kommunikation, intern samverkan, värdegrund och fackliga samverkan. Det pågår arbete inom dessa områden och det har redan vidtagits ett flertal åtgärder.

Revision av styrning och ledning av äldreomsorgen, myndighetsutövning

På uppdrag av kommunens revisorer genomförde en revisionsbyrå i början av april en granskning av om vård- och omsorgsnämnden säkerställer en ändamålsenlig styrning och ledning av myndighetsutövning inom äldreomsorgen. Granskningen fokuserade bland annat på riktlinjer och rutiner för myndighetsutövning samt former för uppföljning av fattade beslut.

Revisorernas bedömning utifrån den genomförda granskningen är att nämnden delvis säkerställer en ändamålsenlig styrning och ledning av myndighetsutövningen. Vård- och omsorgs-

nämnden uppmanas bland annat att säkerställa att det finns aktuella styrande dokument inom området samt att det ska framgå när de senast reviderats.

I det yttrande till revisorerna, som behandlades vid vård- och omsorgsnämndens sammanträde i augusti, redovisas vilka åtgärder som vidtagits och planeras för att avhjälpa de brister revisorerna påpekat.

Klagomål och synpunkter

Två gånger per år redovisas klagomål och synpunkter för vård- och omsorgsnämnden. I kvalitetsberättelsen redovisas sammanställningen för helår. Kommunikering och åsikter kring planering av enskilda brukares beviljade insatser, som ibland tangerar till att vara synpunkter, finns inte med i redovisningen.

Totalt antal inkomna klagomål och synpunkter

År	MYS	SOB	SBÄ	FS	HSL	Totalt
2019	4	15	4	3	0	26
2018	3**	8**	12**	2**	1**	22
2017	4*	5*	11	1	0	20

Förkortning: MYS = Myndighets- och specialistfunktion, SOB = Stöd ordinärt boende, SBÄ = Särskilt boende äldre, FS = Funktionsstöd, HSL = Hälso- och sjukvård

År	Myndighets- och specialist-avdelning (MYS)	Utförar-avdelning (UFA)	MYS/UFA tillsammans	Övrigt vård- och omsorgsförvaltningen	Totalt
2016	6	14	0	1	21
2015	5	22	2	0	29

* = En synpunkt berörde två verksamhetsområden och är redovisad i bådas kolumn.

** = En synpunkt berörde alla verksamhetsområden och är redovisad i allas kolumner.

26 klagomål och synpunkter har inkommit 2019. Alla var negativa eller lyfte upp förslag på förbättringar från synpunktsgivaren. Alla synpunktsgivare har besvarats på något sätt, antingen via telefon, möte eller skriftligt. I de flesta fall är det ansvarig enhetschef som besvarat synpunktsgivaren, i två fall verksamhetschef eller förvaltningschef och i tre fall 1:e handläggare för medborgarfunktionen. I två fall berör synpunkten externa utförare av hemtjänst och där har verksamhetsansvarig besvarat synpunktsgivaren. I den sammanställning som gjorts noteras i fem fall särskilt att synpunktsgivaren är nöjd med svaret. Majoriteten av synpunkterna berör hemtjänst. Dessa har bland annat handlat om planerad tid för personal, planering av insatser samt brister i utförande av insatser.

Avvikelser

Under 2018 och 2019 har avvikelshanteringen varit ett prioriterat område på förvaltningen. Antalet avvikelser har ökat jämfört med förra året. Sammanlagt har 4102 avvikelser rapporterats på förvaltningen under 2019, inräknat externa utförarna. Motsvarande siffra 2018 var 3610 avvikelser. Under 2019 har 3361 avvikelser bearbetats och avslutats. Det ger en bild av hur många avvikelser som hanteras av enhetschefer och legitimerad personal i verksamheten. Inom äldreomsorgen samt socialpsykiatri rapporteras och bedöms avvikelser enligt SoL. Inom verksamhetsområdet funktionsstöd, det vill säga gruppboende, serviceboende, personlig assistans, daglig verksamhet samt barn och ungdom, rapporteras och bedöms avvikelser enligt LSS. I statistiken ingår även avvikelser enligt Hälso- och sjukvårdslagen (HSL). En djupare analys kring dessa återfinns i patientssäkerhetsberättelsen.

Statistiken i tabellen nedan togs fram ur verksamhetssystemet den 13 januari 2020. Kolumnen "Ej bedömd" betyder att det vid årsskiftet fanns avvikelser där val av lagrum ännu inte gjorts och bearbetning i systemet ännu inte är genomfört. Av samtliga avvikelser under 2019 står nio

procent som ej bedömda. Vid utgången av 2018 var motsvarande siffra 24 procent. 70 procent av dessa avvikelser är från årets sista tre månader, främst december. Detta syns i statistiken då 43 procent av totalt 332 avvikelser från december månad ligger som ej bedömda.

Totala antalet avvikelser per verksamhetsområde för helår 2019

Verksamhets-område	Totalt	SoL	LSS	HSL	SoL/HSL LSS/HSL	Ej bedömd	Avslutade
Stöd i ordinärt boende	1243	430	-	598	52	163	1016
Särskilt boende för äldre	1839	851	-	778	104	106	1602
Funktionsstöd	711	77	201	350	21	62	548
Hälsa- och sjukvård	133	2	-	97	20	14	75
*Myndighets- och specialistfunktion	176	28	-	106	1	41	120
Totalt	4102	1388	201	1929	198	386	3361

* Under Myndighets- och specialistfunktionen ligger även avvikelser som rapporterats och utretts av externa hemtjänstutvecklare. De externa utförarnas avvikelshantering har diskuterats på samarbetsträffar med respektive företag under 2019. Endast två avvikelser härrör från förvaltningens egen Medborgarfunktion.

Avvikelser på enhetsnivå

Inga särskilda enheter står ut med många ej bedömda avvikelser, vilket annars skulle tyda på att det finns verksamheter där avvikelshantering kan behöva förbättras. Det finns några verksamheter som inte har några "ej bedömda" avvikelser alls, utan alla avvikelser är antingen under bearbetning eller avslutade. Detta är daglig verksamhet, barn och ungdom, personlig assistans inom funktionsstöd samt Strandgården och Panterns särskilda boende för äldre inom äldreomsorgen. Strandgården är dessutom den enskilda enheten med näst flest avvikelser på hela förvaltningen (främst beroende på att det är en stor enhet, antal avvikelser följer i princip storleken på enheterna).

Avvikelsearten

Avvikelser rapporteras utifrån områden som finns förbestämda i verksamhetssystemet. Nedan visas hur det totala antalet avvikelser är fördelat utifrån de mest förekommande områdena. I tabellen redovisas både SoL, LSS samt HSL-avvikelser.

Avvikelseområde	Antal 2018	Antal 2019	Andel i procent (%) av totala antalet avvikelser 2019
Läkemedel	1218	1304	32 %
Insatser/Omvårdnad	879	952	23 %
Fall	214	700*	17 %
Fysisk miljö, utrustning och teknik	352	313	8 %
Dokumentation/Information	257	234	6 %
Organisation/Arbetsrutiner	178	209	5 %
Våld och övergrepp	82	105	3 %
Övrigt	237	110	3 %
Klagomål/Synpunkt	61	71	< 2 %
Vård, behandling och provtagning	91	56	< 2 %
Bemötande	52	48	< 2 %

*Under 2018 beslutades att alla fallhändelser skulle registreras som avvikelser. Detta har fått genomslag under 2019 och leder till att många fler registrerats i systemet.

Totalt sett har 52 procent av alla avvikelser 2019 bedömts tillhöra områden inom hälso- och sjukvård som till exempel brister i läkemedel, vård och behandling samt fall som orsakat skada. Området insatser/omvårdnad kan innefatta en mängd olika aktiviteter, och kan även vara avvikelser som berör hälso- och sjukvård. Avvikelser enligt SoL och LSS inom området insatser/omvårdnad rör till stor del uteblivna insatser eller omvårdnad. Dessa utgör nästan hälften av alla avvikelser på området. Resterande del gäller framförallt insatser eller omvårdnad som utförts felaktigt alternativt blivit försenat.

Som framgår av tabellen har antalet avvikelser ökat totalt sett, dock har inget enskilt avvikelseområde haft någon betydande förändring. Antalet rapporterade avvikelser har ökat kontinuerligt under flera års tid, ökningen mellan 2018 och 2019, 481 stycken, är dock mindre än tidigare år. Skälen till att antalet ökat över tid kan vara flera. Troligtvis beror en stor del på förvaltningens arbete med kvalitetsarbete och att kunskapen om rapporteringsskyldigheten har ökat vilket medfört att personal i högre grad rapporterar när händelser sker.

Avvikelseområde uppdelat efter män och kvinnor

Typ av avvikelseområde	Andel avvikelser för kvinnor	Andel avvikelser för män
Läkemedel	36 %	28 %
Insatser/Omvårdnad	24 %	25 %
Fall	18 %	19 %
Våld/övergrepp*	2 %	4 %
Självskaadebeetende/suicid	0,3 %	0,9 %

*Avvikelser inom detta område ska per definition röra våld eller övergrepp som riktats av personal mot en brukare, eller mellan två brukare. Utåtagerande beteende mot personal ska rapporteras inom hanteringen av arbetsmiljö.

56 procent av alla avvikelser rör kvinnor och 35 procent rör män. Resterande del, 9 procent, är inte bundna till någon person. Både för kvinnor och män är den vanligaste avvikelseorsaken brister i läkemedelshantering. Avvikelser inom läkemedelshantering och självskaadebeetende/suicid är de områden som skiljer sig mest mellan män och kvinnor, men även området våld/övergrepp sticker ut. I övrigt syns inga märkbara skillnader mellan män och kvinnor.

Åtgärder och uppföljning av avvikelser

Av 1388 avvikelserna som bedömts tillhöra lagrummet SoL har 983 stycken avslutats med minst en registerad åtgärd under året, vilket utgör 71 procent. 753 av dessa har följts upp. 98 avvikelser enligt SoL har bedömts ha hög allvarlighetsgrad. Elva av dessa har avslutats utan att åtgärder registrerats i systemet. Resterande del har minst en åtgärd registrerad och majoriteten, 79 stycken, har även en registerad uppföljning.

Av de 201 avvikelser som bedömts tillhöra lagrummet LSS har 153 stycken avslutas med minst en registerad åtgärd, vilket utgör 76 procent. 130 av dem har även uppföljning registerad. Fyra avvikelser enligt LSS har bedömts ha hög allvarlighetsgrad. Samtliga av dessa har uppföljning och åtgärd registerad. Totalt i förvaltningen har antalet avslutade avvikelser med registrerade åtgärder ökat under andra halvåret av 2019.

De mest förekommande åtgärderna som genomförts är följande:

- Arbetsplatsdiskussion
- Kontakt sjuksköterska
- Enskilt samtal
- Ändrade rutiner

Åtgärdernas effekt bedöms i samband med att de följs upp. Något över hälften av alla åtgärder anses inte vara möjliga att bedöma effekten av. Resterande del bedöms ha inneburit förbättringar. En anledning till att många av dem inte anses gå att bedöma effekten av skulle kunna

vara att de inte är tillräckligt relevanta eller inte har en tydlig koppling till målet med åtgärden. Förvaltningen arbetar därför bland annat med att fortsätta öka spridningen av goda exempel inom verksamheterna.

Lex Sarah

All personal inom vård- och omsorgsförvaltningen har en rapporteringsskyldighet enligt bestämmelserna om lex Sarah. Utredare på förvaltningen utreder inkomna lex Sarah-rapporter. Verksamhetschef för myndighets- och specialistfunktionen har delegation från vård- och omsorgsnämnden att fatta beslut vid missförhållanden eller påtaglig risk för missförhållande enligt lex Sarah. Utredningen ska avslutas med en bedömning om det inträffade är ett missförhållande eller risk för missförhållande samt om det är av allvarlig karaktär och i så fall göra en anmälan till Inspektionen för vård och omsorg (IVO).

Antal missförhållanden eller risker för missförhållanden enligt lex Sarah

	2015	2016	2017	2018	2019
Allvarligt missförhållande	2	5	5	1	4
Påtaglig risk för ett allvarligt missförhållande	4	1	0	0	1
Missförhållande	3	2	6	5	7
Påtaglig risk för ett missförhållande	1	2	0	1	0
Totalt	10	10	11	7	12

Antal lex Sarah-rapporter som efter utredning inte betraktas som ett missförhållande eller risk för ett missförhållande

	2015	2016	2017	2018	2019
Totalt	10	2	2	4	5

Under 2019 inkom 82 lex Sarah-rapporter. Det är avvikelser i verksamhetssystemet där personal kryssat i att avvikelsen kan vara föremål för en lex Sarah utredning. Vid flertalet av dessa har det omgående efter en kortare utredning kunnat konstateras att dessa händelser inte utgör ett missförhållande och en utredning enligt lex Sarah har inte inletts. 17 av dessa rapporter ledde till utredning enligt lex Sarah. Fyra ärenden bedömdes som ett allvarligt missförhållande och ett ärende som en påtaglig risk för ett allvarligt missförhållande. Sju ärenden bedömdes som ett missförhållande och fem ärenden bedömdes inte utgöra ett missförhållande. Tre av ärenden inträffade under 2018 men avslutades under 2019.

Lex Sarah ärendena 2019 har handlat om (ett ärende kan ha berört flera områden):

- Brister i bemötande från personal – 5 stycken
- Brister i utförande av insats (felaktigt utförd/uteblivna insatser) – 4 stycken
- Brister i dokumentation - 2 stycken
- Ekonomiskt övergrepp - 2 stycken
- Fysiskt övergrepp mellan brukare – 1 stycken
- Psykiskt och fysiskt övergrepp – 1 stycken

Orsakerna till det inträffade som har identifierats i samband med utredning har bland annat varit oklara rutiner, avsaknad av rutiner, inte följksamhet till befintliga rutiner, brister i personcentrerat förhållningssätt, avsaknad av genomförandeplan, brister i kompetens och utbildning, bristande kommunikation och samverkan mellan yrkeskategorier och inom enheter. Brister i kompetens och utbildning har bland annat handlat om brister i kunskap om lex Sarah, dokumentation och befintliga rutiner. I ett fall noterades brister i kunskap kring demens och att hantera brukare med kognitiv svikt, vilket kan göra att det är svårt att uppmärksamma förändringar över tid. Även brister i personalgrupper har uppmärksammats, där mycket personalförändringar kan ha påverkat kvalitén, inskolning av ny personal har inte fungerat till fullo, samt brister i kommunikation och samverkan inom gruppen.

Alla fem ärenden som anmäldes till IVO har fått beslutet att ärendet avslutas och att IVO inte kommer att vidta några ytterligare åtgärder. Skälen för besluten var att nämnden fullgjort sin utrednings- och anmälningsskyldighet i enlighet med 14 kap. 6-7 §§ SoL eller 24e-f §§ LSS. IVO bedömde att utredningen visade att nämnden har vidtagit åtgärder för att utan dröjsmål avhjälpa missförhållandet, identifierat bakomliggande orsaker till det inträffade samt vidtagit och planerat att vidta åtgärder för att förhindra att något liknande inträffar igen. I ett ärende begärde IVO kompletteringar till utredningen gällande vilka konsekvenser missförhållandet fått för den enskilde och när det uppmärksammades. IVO avslutade ärendet efter detta.

Uppföljning av lex Sarah ärenden

Verksamhetschef där händelse inträffat ansvarar för att senast inom sex månader från det att lex Sarah ärendet avslutats med ett beslut följa upp ärendet. Uppföljningen syftar till att följa upp om åtgärderna har vidtagits och om de har fått avsedd effekt. Ytterligare följs det upp vad som har fungerat bra med implementeringen av åtgärderna samt hur kunskap om händelsen och vidtagna åtgärder har spridits i förvaltningen. Årets sammanställning baseras på tio inkomna uppföljningar under 2019 som berör lex Sarah ärenden som avslutades 1 juli 2018 till och med 30 juni 2019. Vissa ärenden avslutades innan detta tidsspann, men uppföljningen inkom under 2019 och tas därför upp i denna sammanställning.

Flertalet av åtgärderna uppges vara vidtagna och ha gett avsedd effekt. En åtgärd uppges inte ha gett avsedd effekt ännu, men att processen är tydliggjord enligt syftet med åtgärden. I några ärenden uppges att det återstår arbete kring en åtgärd. Några åtgärder har förändrats, då de inte gav avsedd effekt. I flertalet av uppföljningarna uppges att inga ytterligare åtgärder har behövt vidtagits utifrån det inträffade.

Framgångsfaktorer vid implementering av åtgärderna uppges bland annat vara genomgång och diskussion i arbetsgruppen. Det kan ha varit dialog kring det inträffade, avvikelser och rutiner med mera. Det lyfts upp som positivt att frågor besvaras direkt och alla i personalgruppen hör samma sak. Åtgärder kring arbetsgruppen har även stärkt teamkänslan. Support och stöd från specialsiter och IT samt utvecklandet av teambaserad samverkan med hälso- och sjukvård lyfts upp ha bidragit till en bra implementering av åtgärden.

Tillsynsbesök från Inspektionen från vård och omsorg

Vård- och omsorgsnämndens verksamheter har under våren varit föremål för extern granskning. Den 2-4 april 2019 genomförde IVO ett tillsynsbesök vid förvaltningen. Vid besöket genomfördes en verksamhetstillsyn av Furulidens äldreboende. Inspektionen omfattade även uppföljningar av anmälningar enligt lex Maria och lex Sarah, samt tidigare verksamhetstillsyner avseende det systematiska kvalitetsarbetet. I juni inkom besluten från IVO med besked om att ärendena avslutas, då det inte uppmärksammats några brister inom de områden tillsynen omfattat. IVO bedömer bland annat att det systematiska kvalitetsarbetet har utvecklats samt att arbetet kring anmälningar enligt lex Maria och lex Sarah har förbättrats.

I augusti 2019 begärde IVO in uppgifter och handlingar med anledning av klagomål om låg bemanning och brister i teknisk utrustning på Strandgårdens äldreboende. Utifrån den pågående tillsynen på äldreboendet genomförde IVO en oanmäld nattinspektion på boendet mellan den 14-15 november. I ärendet granskas bland annat hur de boendes individuella behov av insatser, trygghet och säkerhet tillgodoses på natten. Nämnden har lämnat uppgifter till IVO med anledning av inspektionen. I februari 2020 inkom beslutet från IVO med besked om att ärendet avslutas, då det inte uppmärksammats några brister inom området tillsynen omfattat.

Riskanalys

Vid förändringar av befintlig verksamhet eller personalförändringar har risk- och konsekvensanalyser genomförts. Bland annat genomfördes detta inför förändringen av ledningsorganisationen.

Förbättringsområden för kommande år

Nedan redovisas ett urval av de viktigaste målen och aktiviteterna framåt för förvaltningens kvalitetsarbete.

Utveckling av kvalitetsledningssystemet

Fortsätta arbetet med:

- Processer och rutiner
- Revidering av styrdokumentet för kvalitetsledningssystemet
- Implementera ny struktur för att presentera och visualisera information på intranätet
- Kvalitetsuppföljningssystem med tydligt aktivitetshjul
- Avvikelsehantering och förbättringsåtgärder
- Att stärka personalens medverkan i kvalitetsarbetet
- Den lärande organisationen som skapar förutsättningar för att ta tillvara kompetens och erfarenheter.

Utveckling av social dokumentation

- Fortsatt arbete med att implementera IBIC (Individens behov i centrum) inom handläggning och för utförare. Höja kompetensen och kvaliteten på den sociala dokumentationen utifrån granskningar och behov.

Utveckla arbetet med värdegrunden

- Genomföra utbildningssatsning kring värdegrund för medarbetare.