

# Kvalitetsberättelse

## 2022

### Vård- och omsorgsförvaltningen

Dnr: VON/2022:73-1.5.2

Datum: 2022-04-14

Handläggare: Aina Hollertz

Fastställd av vård- och omsorgsnämnden 2023-04-27, § 47

# Sammanfattning

Förvaltningskontoret på vård- och omsorgsförvaltningen sammanfattar årligen det systematiska förbättringsarbetet enligt SOSFS 2011:9 i en *kvalitetsberättelse*. SOSFS 2011:9 berör den lagstadgade skyldigheten för verksamheten att följa ett kvalitetsledningssystem och den dokumentationsskyldighet som finns kring förbättringsarbetet. Kvalitetsberättelsen beskriver vård- och omsorgsförvaltningens kvalitetsarbete på en förvaltningsövergripande nivå. 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.

Under 2022 har ett prioriterat område varit införande av ett digitalt verksamhetssystem som visuellt beskriver huvud-, stöd-, och ledningsprocesser. De visualiserade processerna ska sedan göras tillgängliga på intranätet för samtliga medarbetare inom förvaltningen. Syftet är att det ska vara lätt att göra rätt. Arbetet har inledningsvis framförallt handlat om att med hjälp av det digitala verktyget kartlägga befintliga processer för att sedan kunna identifiera utvecklingsbehov. En central faktor för utvecklingen av vård och omsorgen är en bättre förmåga att utnyttja digitaliseringens möjligheter. Det ska ge personalen bättre förutsättningar att tillhandahålla en god och nära vård med hög tillgänglighet och god kvalitet (individanpassad, jämlik, kunskapsbaserad, säker och tillgänglig). Visualiserade processer ger förutsättningar att se hela arbetsflöden och hur olika delar påverkar varandra och bidrar till helheten. Processerna och rutinerna utgör den viktigaste delen av ledningssystemet (SOSFS 2011:9) för att kunna säkra verksamhetens kvalitet. IT-stödet ska bidra i utvecklingen till en processororienterad verksamhet.

Följsamheten till styrdokument säkerställer att alla arbetar på ett likartat sätt så att alla brukare ska få en god vård och omsorg. Under 2022 har intranätet Communis ersatts med ett nytt Intranät. En av fördelarna med det nya intranätet är att startsidan är skraddarsydd vilket innebär att samtliga medarbetare inom vård- och omsorgsförvaltningen kan komma åt de riktlinjer och rutiner som de berörs av från sin startsida. I samband med det nya Intranätet har också utbudet i introduktionspaketet setts över. Det digitala utbildningsmaterialet för förvaltningens medarbetare finns nu samlat i en och samma vy.

Under 2021 inleddes en stor satsning på värdegrundsarbete där personal och ledning vidareutbildas och deltar i arbetsgrupper. Denna satsningen har fortsatt under 2022.

Avvikelsehantering och utredningar kring missförhållanden (lex Sarah) utgör en viktig del i kvalitetsledningssystemet. Under 2022 har ej hanterade avvikelser varit ett prioriterat område.

Egenkontroller i olika former både på individ-, grupp- och förvaltningsnivå är ett ständigt pågående arbete liksom risk- och konsekvensanalyser. Under 2022 har verksamhetsuppföljningar gjorts på ett särskilt boende för äldre, två kommunala utförare och tre privata utförare av hemtjänst. Dessutom har fyra enheter inom området kognitiv funktionsnedsättning och psykiatri granskats.

# Innehåll

<b>Sammanfattning</b> .....	<b>2</b>
<b>Innehåll</b> .....	<b>3</b>
<b>Vård- och omsorgsförvaltningens ledningssystem för kvalitet</b> .....	<b>4</b>
Reviderat anvisningsdokument .....	4
<b>Prioriterade områden under året</b> .....	<b>5</b>
Visualiserade processer och rutiner i digitalt ledningssystem .....	5
Utbildningsfilmer och digital introduktion på nya intranätet .....	5
Månadsrapportering av kvalitet .....	6
Registrering och hantering av avvikelser .....	6
Rapporteringsskyldigheten enligt lex Sarah .....	8
Synpunkter och klagomål .....	8
Verksamhetsuppföljningar .....	9
Kvalitetsutmärkelse .....	10
<b>Kommunens kvalitet i korthet</b> .....	<b>11</b>
Funktionsstöd .....	11
Äldreomsorg särskilt boende .....	12
Äldreomsorg hemtjänst .....	13
<b>Resultatmål och indikatorer för en trygg vård och omsorg</b> .....	<b>15</b>
Ökade förutsättningar för aktiviteter för brukare inom vård och omsorg .....	15
Måltiderna inom vård och omsorg ska utvecklas .....	16
Ökad möjlighet till delaktighet och inflytande .....	17
<b>Förbättringsområden för kommande år</b> .....	<b>18</b>

# Vård- och omsorgsförvaltningens ledningssystem för kvalitet

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. Förvaltningskontoret på vård- och omsorgsförvaltningen sammanfattar därför årligen det systematiska förbättringsarbetet. SOSFS 2011:9 berör den lagstadgade skyldigheten för verksamheten att följa ett kvalitetsledningssystem och den dokumentationsskyldighet som finns kring förbättringsarbetet.

## Varför ett ledningssystem för kvalitet?

Kvalitetsledningssystemet är arbetssättet som används för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet. Ledningssystemet ska:

- Vara anpassat till verksamhetens inriktning och omfattning.
- Bestå av de processer och rutiner som behövs i verksamheten för att säkra verksamhetens kvalitet.
- Stödja verksamhetens arbete med att planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten.
- Koppla ihop styrning med det vardagliga arbetet.
- Vara ledningens och verksamhetens verktyg för att säkerställa och bibehålla kvalitet i arbetet samt lägga grunden för en lärande organisation.
- Skapa systematik, struktur och samordning i verksamhetens kvalitetsarbete.
- Skapa värde för dem vi finns till för på det mest effektiva sättet.
- Skapa förutsättningar för att rapportera, utreda, åtgärda och förebygga händelser som kan leda till vårdskador, missförhållanden eller andra avvikelser.

## Reviderat anvisningsdokument

Den 24 februari 2022 antog vård- och omsorgsnämnden det reviderade anvisningsdokumentet *Ledningssystem för kvalitet* (Dnr: VON/2021:75-012). Dokumentet innehåller vård- och omsorgsförvaltningens organisation, definition av kvalitetsbegreppet, ledningssystemets grundläggande uppbyggnad samt vad det innebär. Dokumentet omfattar även ansvar och roller, personalens medverkan i kvalitetsarbete och förbättringshjulet (planera, genomföra, följa upp och förbättra). Dokumentet i sin helhet finns på kommunens webbsida [Ledningssystem för kvalitet vård och omsorgsförvaltningen \(katrineholm.se\)](https://www.katrineholm.se/omsorgsförvaltningen)

# Prioriterade områden under året

## Visualiserade processer och rutiner i digitalt ledningssystem

Vård- och omsorgsförvaltningen har breddinfört ett IT-stöd som visualiserar de processer och rutiner som utgör grunden för en personcentrerad vård- och omsorg med god kvalitet (individanpassad, jämlik, kunskapsbaserad, säker och tillgänglig). Visualiserade processer bidrar till exempel till att synliggöra brukares delaktighet och medskapande.

IT-stödet är en hjälp i arbetet med att leda, planera, kontrollera och följa upp verksamheten med syftet ständiga förbättringar och kvalitet. Det synliggör vad som ska ske, när och hur det ska ske. Det ska vara lätt att göra rätt. Processerna och rutinerna utgör den viktigaste delen av ledningssystemet (SOSFS 2011:9) för att kunna säkra verksamhetens kvalitet.

Via samverkan mellan olika verksamhetsområden visualiseras processer med en tydligare personcentrering. Helt avgörande i arbetet har varit de nyckelpersoner som representerat sin verksamhet. Förvaltningens huvudprocesser finns nu överblickbara i IT-stödet.

Väl fungerande processer och rutiner är avgörande för kvaliteten. Därför är det viktigt att de finns lätt tillgängliga 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 de ingår i. De visualiserade processerna ska därför göras tillgängliga på Intranätet för samtliga medarbetare inom förvaltningen.

Under 2022 har intranätet Communis ersatts med ett nytt Intranät. En av fördelarna med det nya Intranätet är att startsidan är skräddarsydd vilket innebär att förvaltningen kan ha en egen ingång till ledningssystemet direkt från förvaltningens startsida. Det gör det enklare att hitta och navigera mellan processer och rutiner. Samtliga medarbetare inom vård- och omsorgsförvaltningen kan från sin startsida navigera till de riktlinjer och rutiner som de berörs av (ekonomi, funktionsstöd, förvaltningskontor, hemtjänst, hälso- och sjukvård samt särskilt boende för äldre). Syftet är att det ska vara lätt att göra rätt. Följsamheten till processer och rutiner 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.

Arbetet med att visualisera processerna har inledningsvis framförallt handlat om att med hjälp av IT-stödet kartlägga befintliga processer för att sedan kunna identifiera utvecklingsbehov. En central faktor för utvecklingen av vård och omsorgen är en bättre förmåga att utnyttja digitaliseringens möjligheter. Det ska ge personalen bättre förutsättningar att tillhandahålla en god och nära vård med hög tillgänglighet och god kvalitet (individanpassad, jämlik, kunskapsbaserad, säker och tillgänglig). Visualiserade processer ger förutsättningar att se hela arbetsflöden och hur olika delar påverkar varandra och bidrar till helheten. Processerna och rutinerna utgör den viktigaste delen av ledningssystemet (SOSFS 2011:9) för att kunna säkra verksamhetens kvalitet. IT stödet ska bidra i utvecklingen till en processororienterad verksamhet.

## Utbildningsfilmer och digital introduktion på nya intranätet

En grundläggande förutsättning för god kvalitet är att det finns tillräckligt med personal som har adekvat kompetens och goda förutsättningar för att utföra sitt arbete. Under 2022 har det digitala utbildningsmaterialet för förvaltningens medarbetare samlats på det nya Intranätet. Enhetschefer kan använda detta paket vid nyanställning och det innehåller filmer, interaktiva utbildningar och text. När medarbetaren tagit del av alla elva utbildningsdelar görs ett digitalt

kunskapstest. Resultatet av testet skickas till närmsta chef. Utbildningspaketet kompletterar introduktion på enheterna och är ett led i att kunna erbjuda stöd och en gemensam kunskapsbas för all brukarnära personal.

## Månadsrapportering av kvalitet

I arbetet med ny mall för månadsrapport kommer kvalitetsarbetet att ges utrymme utifrån följande aspekter:

- Riskanalys
- Uppföljning genom egenkontroll
- Utredning avvikelser, rapporteringsskyldighet
- Synpunkter och klagomål
- Samverkan
- Personalens medverkan i kvalitetsarbetet
- Sammanställning, analys och resultat.

## Registrering och hantering av avvikelser

Synpunkter och avvikelser är viktiga redskap för att få kunskap om hur väl processerna fungerar. Att kontrollera eget utfört arbete, identifiera och rapportera fel, brister och avvikelser ska vara en självklar del av det dagliga arbetet. Detta är en förutsättning för att i nästa led kunna arbeta med förbättringar av processerna. Alla rapporterade avvikelser, missförhållanden (lex Sarah) samt vårdskador (lex Maria) ska utredas, dokumenteras och avhjälpas eller undanröjas. Åtgärder ska vidtas så att liknande händelser inte inträffar igen i verksamheten.

En förutsättning för medarbetares delaktighet i kvalitetsarbetet är att det finns ett ledarskap som uppmuntrar till avvikelserrapportering. När en avvikelse inträffar ska det som har blivit fel åtgärdas så snabbt som möjligt. För att förebygga att liknande avvikelse inte upprepas ska avvikelser utredas och bakomliggande orsaker kartläggas med utgångspunkt från aktuell process. Dokumentationen sker i förvaltningens digitala avvikelssystem.

En avvikelse är ett samlingsbegrepp för negativa händelser som inte är förväntade. En avvikelse uppstår om:

- Verksamheten inte når upp till kvalitet, det vill säga inte efterlever krav och mål som finns för verksamheten
- Medarbetarna inte arbetar i enlighet med beslutade processer och rutiner.

En avvikelse enligt den här definitionen är någonting som påverkar eller riskerar att påverka en brukare. Om till exempel en personal har dåligt bemötande mot en brukare, eller om det sker någonting mellan två brukare, rapporteras det här. Däremot ska saker som påverkar personal, till exempel brister i arbetsmiljöförhållanden, inte rapporteras här utan som *tillbud* eller *arbets-skador*, i ett annat system.

## Totalt antal avvikelser per verksamhetsområde för 2022

Verksamhetsområde	LSS	SoL	Ej bedömd	Totalt
Funktionsstöd	399	51	273	723
Särskilt boende	2	803	200	1005
Hemtjänst intern	0	433	102	535
Hemtjänst extern	0	28	3	33
Medborgarfunktionen	0	2	0	2

Externa utförare står i nuläget för cirka 23,7 procent av all hemtjänst. Alla utförare är godkända av kommunen. Vissa erbjuder enbart serviceinsatser medan övriga erbjuder både service- och omvårdnadsinsatser. De brukare som inte väljer utförare tilldelas kommunen som utförare av hemtjänst.

## Områden med flest avvikelser under 2022 (fallande skala)

Avvikelseområde	Antal
Fall utan skada	1 211
Insats/omvårdnad utebliven	369
Insats/omvårdnad felaktigt utförd	195
Fysiskt övergrepp/våld	117
Larm, övrigt	97
Bristande bemanning	77
Bristande bemötande	68
Teknik/utrustning, övrigt	62
Avsaknad av dokumentation	60
Bristande följsamhet till rutiner/riktlinjer och andra styrdokument	49

Fall utan skada rapporteras som avvikelser i syfte att ta fram fallförebyggande åtgärder. Detta hanteras även i kvalitetsregistret Senior Alert. Fall som medfört en kroppsskada registreras som hälso- och sjukvårdsavvikelse.

Insatser/omvårdnad är olika avvikelser som till exempel rör att insatser blivit försenade eller uteblivit. Våld och övergrepp är ett område som innefattar både sådant som fysiska, psykiska och ekonomiska övergrepp där en brukare blir utsatt.

## Åtgärder för förvaltningens avvikelser under 2022 (fallande skala)

Åtgärder	Antal
Arbetsplatsdiskussion	711
Åtgärd ännu ej satt	522
Kontakt sjuksköterska	410
Andra trygghetsskapande åtgärder för brukare/patient	272
Enskilt samtal	130
Extra tillsyn av brukare/patient	65
Ändrat arbetssätt/lokal rutin	59
Ändrad bemanning	58
Avslutad utan kända åtgärder	54
Arbetsplatsdiskussion, Kontakt sjuksköterska	40

När avvikelser bearbetas sätts en eller flera åtgärder i verksamhetssystemet. De åtgärder som finns att välja mellan är under revidering för att bli tydligare och mer användbara. I samband med att en åtgärd läggs in, särskilt om det rör mer allvarliga händelser, skall den som bearbetar avvikelsen kommentera vad åtgärden innebär och vad den syftar till.

## Rapporteringskyldigheten enligt lex Sarah

All personal inom förvaltningen har en rapporteringskyldighet enligt lex Sarah. Utredare på förvaltningen utreder lex Sarah-rapporterna. Verksamhetschef för förvaltningskontoret 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

Allvarlighetsgrad	2018	2019	2020	2021	2022
Allvarligt missförhållande	1	4	2	3	1
Påtaglig risk för ett allvarligt missförhållande	0	1	0	0	0
Missförhållande	5	7	2	3	1
Påtaglig risk för ett missförhållande	1	0	0	2	4
<b>Totalt</b>	<b>7</b>	<b>12</b>	<b>4</b>	<b>8</b>	<b>6</b>

### Antal genomförda utredningar enligt lex Sarah där det rapporterade inte bedömts som ett missförhållande eller påtaglig risk för ett missförhållande

År	2018	2019	2020	2021	2022
<b>Totalt</b>	4	5	5	4	8

Under år 2022 inkom 110 lex Sarah-rapporter. Det är avvikelser där personal angett i verksamhetssystemet att avvikelsen *kan* vara föremål för en lex Sarah utredning. Av dessa behövde flertalet inte utredas enligt lex Sarah, då händelserna inte utgjorde missförhållanden.

Sammantaget har förvaltningen gjort 14 utredningar. En händelse rapporterades i december 2022 där utredning fortfarande pågår. Lex Sarah ärendena under 2022 har handlat om utebliven insats, bemötande, brister i tillsyn och individuella skyddsåtgärder samt ekonomiskt övergrepp (stöld).

Summeringsmöten för lärande och erfarenheter av kvalitetsarbete utgör en viktig del i arbetet med avvikelser och lex Sarah. Summeringsmötet är ett förvaltningsövergripande forum för att belysa kvalitetsfrågor avvikelser samt lex Sarah och lex Maria. Under hösten 2022 genomfördes ett summeringsmöte med fokus på ej hanterade avvikelser. Ett antal förbättringsområden identifierades. Åtgärder för att tillgodose identifierade behov har tagits fram. Bland annat workshops för enhetschefer med fokus på hantering av avvikelser och justeringar i verksamhetssystemet i syfte att enklare hitta träffsäkra åtgärder. Ytterligare en åtgärd är förändrade former för summeringsmöte i syfte att uppnå bättre dialog över mellan enhetschefer och legitimerad personal.

## Synpunkter och klagomål

Synpunkter och klagomål rör sådant som kommit in från brukare eller utomstående till förvaltningen. De skall i första hand lämnas via kommunens övergripande system för klagomål och synpunkter. Rubriken finns också i den vanliga avvikelserapporteringen, för att till exempel personal ska kunna vidarebefordra sådant som de fått till sig i arbetet. Även de synpunkter/klagomål som kommer in via synpunktshanteringen och är kopplade till brukarärenden, läggs in i verksamhetssystemet för att de ska kunna bearbetas och följas upp där av ansvarig chef. Enligt beslut (2002, § 216) ska inkomna synpunkter och klagomål redovisas för vård- och omsorgsnämnden två gånger per år. På nämndsammanträde den 24 februari 2023 redovisades perioden juli-december 2022. Under den perioden hade 13 synpunkter blivit registrerade som allmän handling. De visar ingen heltäckande bild av medborgarnas åsikter om verksamheten, utan mera exempel på vad det kan inkomma synpunkter om. Kommunikering och åsikter kring



planering av enskilda brukares beviljade insatser, som ibland tangerar till att vara synpunkter, finns inte med i denna redovisning.

## **Verksamhetsuppföljningar**

Tio verksamhetsuppföljningar har genomförts under året. Ett särskilt boende för äldre, två kommunala och tre privata utförare av hemtjänst samt fyra enheter inom området kognitiv funktionsnedsättning och psykiatri har granskats.

Genomförandejournaler, genomförandeplaner och avvikelser på enheterna har kontrollerats för sex slumpvis utvalda personer, hälften kvinnor och hälften män (där tillräckligt antal personer funnits). Utöver det har medarbetare och enhetschefer intervjuats var för sig, enligt mall.

### **Särskilt boende äldreomsorg**

Det särskilda boende inom äldreomsorgen som granskades hade behov av utveckling gällande dokumentation och avvikelshantering. Enheten hade bytt enhetschef flera gånger på kort tid. Ny enhetschef hade inte erhållit ordentlig introduktion. Enheten hade haft problem med larm och wifi som tog lång tid att åtgärda.

### **Hemtjänst**

Enheterna inom hemtjänst förefaller ha få avvikelser relaterat till antal brukare. De kommunala enheterna har dock rapporterat betydligt fler avvikelser än de privata. De två privata utförare med minst antal avvikelser uppger att det beror på att man på olika sätt utför täta kontroller och har nära kontakt med brukarna, bland annat genom hembesök av enhetschef. Enheterna menar att man på så sätt kan förhindra att avvikelser uppstår. Ingen av de granskade enheterna har registrerat någon lex Sarah eller lex Maria under det senaste halvåret.

Kvaliteten på genomförandeplaner och genomförandejournaler varierar mycket. En av tre privata utförare hade genomförandeplaner av mycket god kvalitet. Gemensamt för de flesta är ett behov av att utveckla beskrivningen av *hur* hjälp ska ges.

En kommunal och en privat utförare hade i stort sett relevanta journalanteckningar och rimligt antal. I övriga fall fanns ibland inga eller få anteckningar, vilket medförde svårigheter att följa pågående vård och omsorg.

Privata utförare av hemtjänst har lättare att formulera vad de gör som är bra för brukare. En privat utförare anser att gott om tid för formella och informella samtal mellan medarbetarna, kan kopplas till tillfredsställelse i arbetet och nöjdhet hos brukarna. Samma privata utförare anordnar kompetensforum varannan månad. Företaget har ett eget kvalitets-system online som fortlöpande förs över till medarbetarnas telefon-app. Där finns både lokala och övergripande rutiner och riktlinjer.

En kommunal hemtjänstenhet anser att de är bra på att arbeta med de svårast sjuka och uppger även att de har ett gott samarbete med legitimerad personal och specialiserad sjukvård i hemmet. De båda kommunala enheterna uppger att de anstränger sig för att utföra beviljad tid.

De två kommunala hemtjänstutförarna uppger att de har utmaningar när det gäller sjukskrivningar. Båda försöker arbeta med att minska sjukfrånvaron. Bland annat genom att förbättra personalkontinuitet genom att exempelvis skapa mindre team, öka antalet delegerad personal, göra mindre investeringar som förenklat för medarbetarna och anordna utbildningsdagar.

En kommunal enhet har hållit en kurs för nyanställda om hushållssysslor som att vika tvätt, koka gröt, städa och brygga kaffe. Samma enhet introducerar nya vikarier under fem korta

dagar istället för tre långa, för att de ska få tid att reflektera över det de lärt sig under dagen.

### **Funktionsstöd**

Inom området kognitiv funktionsnedsättning och psykiatri pekar intervjuer och dokumentation på att alla granskade enheter har stort brukarfokus och systematiskt arbetar för att förbättra för den enskilde brukaren. Enheterna känner både sina styrkor och svagheter. Några enheter arbetar med att förbättra kommunikationen med brukare, andra beskriver hur man arbetar systematiskt med genomförandeplaner. En enhet uttrycker att de är öppna för ett mer varierat utbud av arbetsuppgifter och arbetstider. Detta för att bättre kunna möta brukarnas numera mer varierade behov.

Antal avvikelser varierar mellan de olika enheterna. På några enheter förefaller de få till antalet. En av de granskade verksamheterna har inte registrerat någon avvikelse alls de senaste sex månaderna. Avvikelse har hanterats snabbt och avslutats inom rimlig tid. På en enhet har det inträffat en händelse som utreds enligt lex Sarah.

Genomförandeplanerna är genomgående av god eller mycket god kvalitet. Läsaren får en bra bild av brukaren och dennes behov. Innehållet är relevant. Det framgår i de flesta fall tydligt vilka målsättningar som finns och vilket behov av stöd och bemötande som brukaren har. Även nattperspektivet framkommer i några fall.

Flera enheter inom området kognitiv funktionsnedsättning och psykiatri har en mycket hög kvalitet när det gäller dokumentation, samt väl utvecklade resonemang när det gäller personcentrerat arbete. De skulle kunna fungera som stöd för andra enheter.

### **Kvalitetsutmärkelse**

Tio nomineringar kom in under nomineringstiden januari-mars 2022. Utifrån syftet/kriterierna tog vård och omsorgsförvaltningens ledningsgrupp fram förslag på mottagare av året kvalitetsutmärkelse. Vård- och omsorgsnämnden beslutade att dela ut 2022 års kvalitetsutmärkelse till förvaltningens två värdegrundshandledare med motiveringen:

*Värdegrundshandledarna har arbetat med värdegrundsarbete och utbildat några personer sedan 2014. När förvaltningen fick möjlighet att utbilda nya värdegrundsledare och chefer har de lagt upp en utbildningsplan och satt ihop en utbildning med de viktigaste delarna. Arbetet har genomförts under 2021 och de har hittills utbildat ca 100 personer. De har med glädje och engagemang drivit detta viktiga arbete och inspirerat nya och gamla värdegrundsledare. Att arbeta enligt värdegrunden är inget konstigt eller svårt utan det ska vara en naturlig del av arbetet.*

Värdegrundshandledarna arbetar som undersköterskor på Dufvegården respektive Norrgläntan.

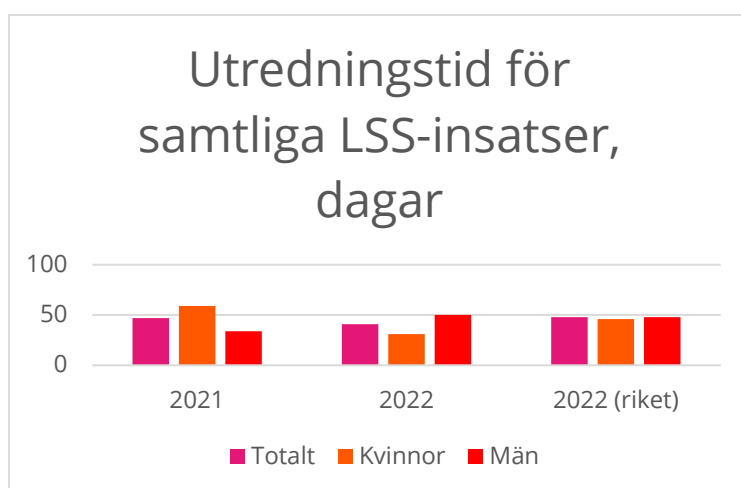
Syftet med kvalitetsutmärkelsen är att ta tillvara idéer från medarbetare som ser förbättringsmöjligheter i vardagen. Det kan vara kloka lösningar som gagnar verksamheten och/eller de som vi är till för genom förbättrad kvalitet eller ökad måluppfyllelse. Utmärkelsen ges för åtgärder eller genomförbara idéer som leder till förbättringar. Det kan till exempel gälla förenkling av arbetsuppgifter, ökad kvalitet eller förbättrad organisation. Utmärkelsen ska utgöra ett bevis/uppmuntran för ett gott arbete, eller en god idé. Det kan till exempel vara ett förslag på en ny teknisk lösning eller en metod som sparar tid eller som ökar träffsäkerheten eller måluppfyllelsen i vården.

# Kommunens kvalitet i korthet

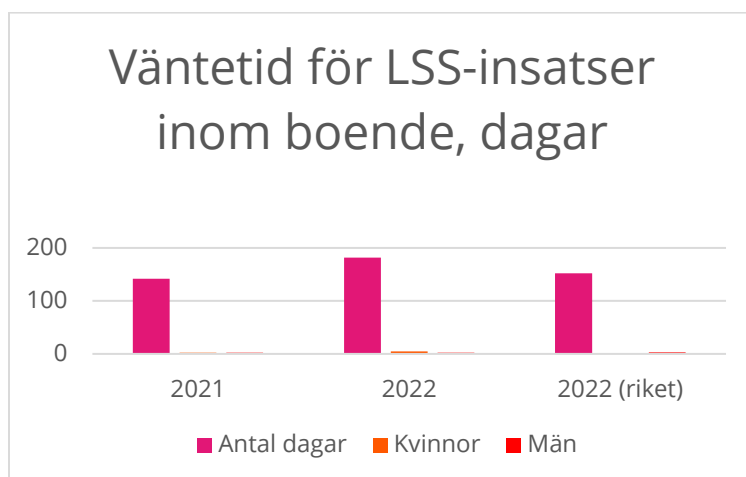
Syftet med Kommunens kvalitet i korthet (KKiK) är att redovisad statistik ska kunna jämföras med riket inom områden som är av stort intresse för invånarna. Förvaltningens inrapportering till KKiK baseras på uppgifter från intern statistik samt statistik från brukar- och enhetsundersökningar. Mer information om nyckeltalen finns att ta del av på [Kolada](#).

## Funktionsstöd

Här presenteras den statistik som förvaltningen rapporterar in avseende funktionsstöd.



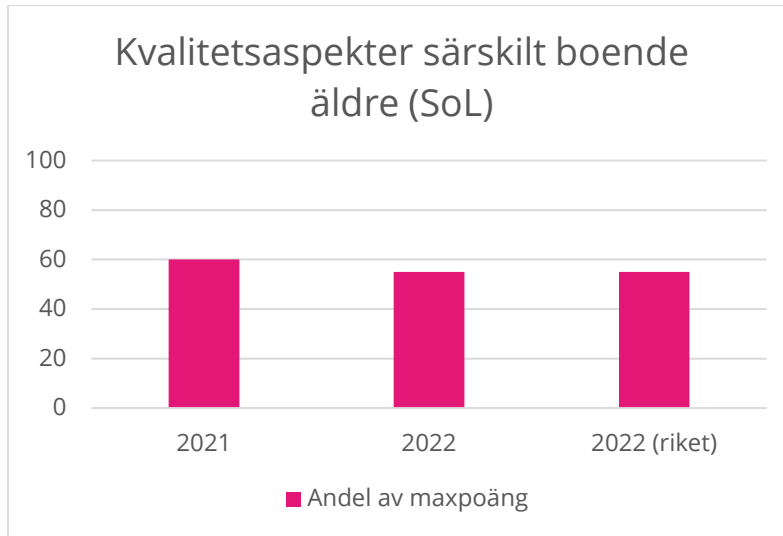
Genomsnittligt antal dagar som gått mellan ansökan och beslut om LSS-insats, alla insatser. Avser alla beslut om LSS-insats under årets 6 första månader (minimum 4 beslut per insats) exklusive beslut om sjukvikarie inom personlig assistans. Inkluderar även beslut som leder till avslag. Mer information om nyckeltalet finns att ta del av på [Kolada](#).



Genomsnittligt antal dagar som gått mellan beslut och första erbjudna inflyttningsdatum i boende enligt LSS. Med första erbjudet inflyttningsdatum menas den dag då personen enligt kommunens erbjudande kan flytta in - vare sig personen tackar ja eller nej, alternativt väljer att flytta in eller inte. Avser alla påbörjade LSS-insatser avseende boende under årets 6 första månader (minimum 4 beslut), exklusive omprövningar. Mer information om nyckeltalet finns att ta del av på [Kolada](#).

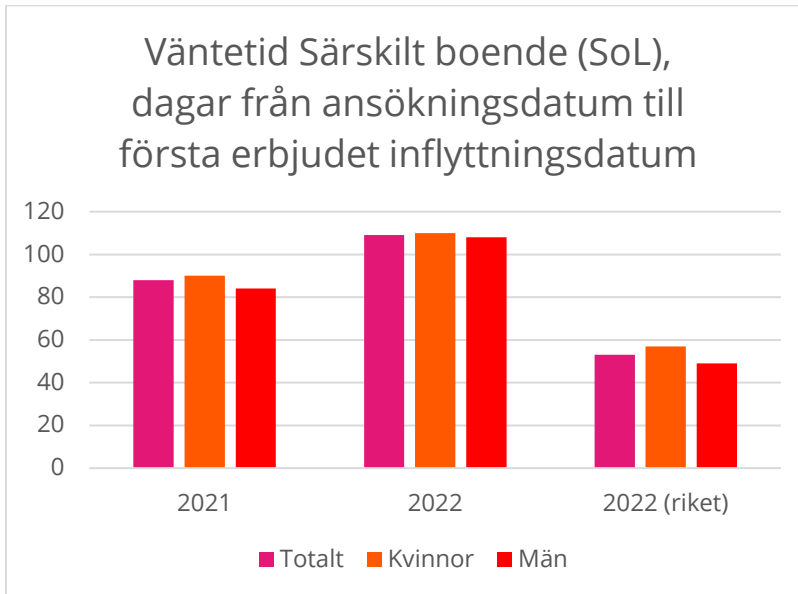
## Äldreomsorg särskilt boende

Här presenteras den statistik som förvaltningen rapporterar in avseende äldreomsorg.



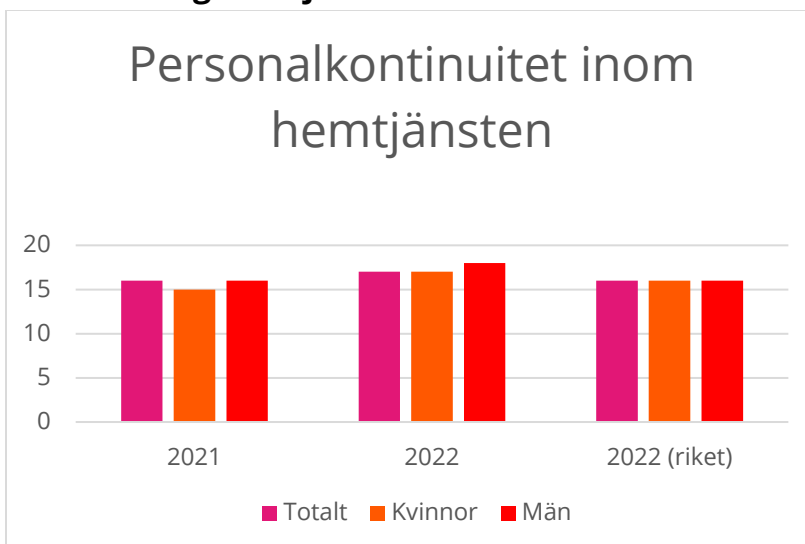
Äldreomsorgens uppdrag definieras i socialtjänstlagen. Lagen säger att socialtjänsten ska främja de äldres möjligheter att leva och bo självständigt, under trygga förhållanden, och att ha en aktiv och meningsfull tillvaro. Nyckeltalen i undersökningen har en koppling till nedan presenterade uppföljningsområden. Mer information om nyckeltalet finns att ta del av på [Kolada](#).

Delnyckeltal (som statistiken ovan bygger på)	2021	2022	2022 (riket)
Boendeplatser i särskilt boende där den äldre erbjuds daglig utevistelse, andel (%)	69 %	94 %	84 %
Boendeplatser i särskilt boende där den äldre har möjlighet att välja alternativ rätt vid huvudmål, andel (%)	100 %	31 %	45 %
Boendeplatser i särskilt boende som erbjuder minst en organiserad och gemensam aktivitet per dag under helgen, andel (%)	73 %	47 %	41 %
Boendeplatser i särskilt boende som erbjuder minst två organiserade och gemensamma aktiviteter under vardagar, andel (%)	73 %	60 %	50 %

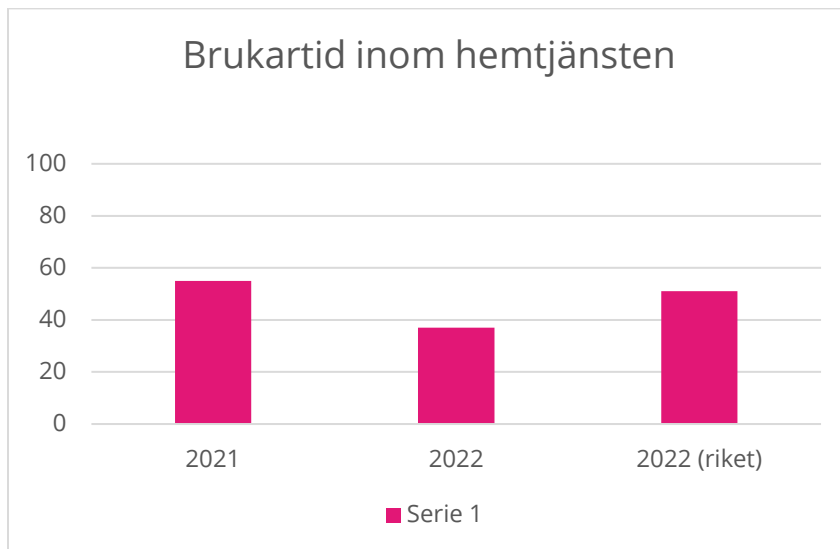


Medelvärde, antal dagar från ansökningsdatum till första erbjudet inflyttningsdatum avseende särskilt boende inom äldreomsorg. Med ansökningsdatum avses det datum då ansökan om plats på särskilt boende kommer in till kommunen, oavsett om ansökan görs skriftligt eller muntligt. Avser ansökningar som bifallits. Med erbjudet inflyttningsdatum avses det datum då den enskilde enligt kommunens erbjudande har möjlighet att flytta in på ett särskilt boende, oavsett om den enskilde sedan väljer att flytta in eller inte. Avser samtliga utredningar avseende plats på särskilt boende som avslutades i kommunen under första halvåret, och som avsåg personer som vid tidpunkten för ansökan var 65 år eller äldre. Mer information om nyckeltalet finns att ta del av på [Kolada](#).

## Äldreomsorg hemtjänst



Antal personal som en hemtjänsttagare möter under 14 dagar, medelvärde. trygghetslarm och matleveranser räknas ej. Mätningen avser tiden 07.00- 22.00. Hemsjukvårdspersonal redovisas inte. Brukare som inte bott i det egna hemmet under hela eller delar av mätperioden exkluderas ur mätningen. Mer information om nyckeltalet finns att ta del av på [Kolada](#).



Timmar utförd tid under oktober månad dividerat med timmar arbetad tid för anställda under oktober månad, multiplicerat med 100. Avser både hemtjänstpersonal, administrativ personal, chefer. Avser egen regi. Mer information om nyckeltalet finns att ta del av på [Kolada](#).

# Resultatmål och indikatorer för en trygg vård och omsorg

Varje år följs resultatmålen i kommunplanen upp. Här följer en sammanställning av de indikatorer som faller inom ramen för en trygg vård och omsorg. Med undantag för indikatorn *Brukare inom hemtjänsten med biståndsbeslut om social samvaro/promenad* som följs upp av medborgarfunktionen, är källan för samtliga indikatorer brukar- och enhetsundersökningarna.

Resultatet för år 2020 bygger på undersökningarna som genomfördes 2019, det vill säga precis innan pandemin. På grund av pandemin genomfördes inga undersökningar år 2020 vilket medför att det inte finns något resultat för år 2021.

Resultatet för 2022 bör ses i kontexten att coronapandemin pågått i två år när undersökningen gjordes. Inom funktionsstödsområdet har förvaltningen inte deltagit i någon undersökning för 2022.

## Ökade förutsättningar för aktiviteter för brukare inom vård och omsorg

I tabellen som följer redovisas andel personer i åldrarna 65 år och äldre i särskilt boende som på respektive fråga nedan angett att de är "Mycket nöjda" eller "Ganska nöjda". Svarsfrekvensen kan inte räknas fram och redovisas då Socialstyrelsen inte publicerar uppgifter om hur många som fått enkäten. Mer information om nyckeltalen finns att ta del av på [Kolada](#).

Nyckeltal	Utfall 2020	Utfall 2021	Utfall 2022	Utfall kvinnor	Utfall män	Riket 2022
Brukarbedömning särskilt boende äldreomsorg - sociala aktiviteter, andel (%)	67%	-	67%	65%	69%	54%
Brukarbedömning särskilt boende äldreomsorg - möjligheten att komma utomhus, andel (%)	72%	-	64%	60%	73%	54%

Det är viktigt att följa dessa indikatorer för att alla brukare ska få möjlighet till en meningsfull vardag med förutsättning för aktivitet. 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. De individuella genomförandeplanerna är en viktig grund för att ta reda på vilka aktiviteter varje enskild brukare vill ha. Det handlar även om att synliggöra och informera om aktiviteter som genomförs.

Nyckeltal	Utfall 2020	Utfall 2021	Utfall 2022	Utfall kvinnor	Utfall män	Riket 2022
Brukare inom hemtjänsten med biståndsbeslut om social samvaro/promenad, andel (%)	42%	44%	43%	49%	31%	-

Medborgarfunktionen följer årligen upp indikatorn beviljade insatser av social tid och promenad inom hemtjänsten. Hemtjänst i detta sammanhang avser bistånd i form av "hemtjänst omvårdnad" och "hemtjänst service" med insatserna som ingår. Brukarna kan ha båda insatserna beviljade eller bara en av dem. Utöver hemtjänst finns insatserna avlösarservice och ledsagarservice dessa är inte inräknade.

Mättilfälle är 1 november 2022. Totalt har 621 personer, 223 män och 398 kvinnor haft biståndsbeslut om hemtjänst. Av dessa är det 44 procent som har biståndsbeslut social sam-

varo och/eller promenad, 48 procent av kvinnorna och 36 procent av männen. Andelen hemtjänsttagande kvinnor och män som har insatsen social samvaro/promenad är ganska lika mellan åren. Det är svårt att avgöra varför fler kvinnor än män har insatserna social tid och promenad, för det krävs en djupare analys.

## Måltiderna inom vård och omsorg ska utvecklas

I tabellen som följer redovisas andel boendeplatser i särskilt boende inom äldreomsorg där den äldre har möjlighet att välja alternativ rätt vid huvudmål, andel äldre som svarar att maten smakar ganska eller mycket bra på sitt särskilda boende samt andel äldre som svarar att måltiderna på sitt särskilda boende oftast eller alltid är en trevlig stund på dagen. Mer information om nyckeltalet finns att ta del av på [Kolada](#).

Nyckeltal	Utfall 2020	Utfall 2021	Utfall 2022	Utfall kvinnor	Utfall män	Riket 2022
Boendeplatser i särskilt boende där den äldre har möjlighet att välja alternativ rätt vid huvudmål, andel (%)	33%	100%	31%	-	-	-
Äldre som svarar att maten smakar ganska/mycket bra på sitt särskilda boende, andel (%)	76%	-	63%	67%	55%	71%
Äldre som svarar att måltiderna på sitt särskilda boende oftast/alltid är en trevlig stund på dagen, andel (%)	71%	-	63%	60%	70%	66%

På frågan om möjlighet att välja alternativ rätt vid huvudmålet kan konstateras att förra mätningens resultat (år 2021) inte är korrekt. Årets resultat om 31 % är med verkligheten överensstämmande. Sannolikt är att ett förtydligande av nyckeltalet som påverkat. Möjlighet att välja alternativ rätt finns på servicehusen. På särskilt boende kan det skilja sig åt.

På särskilt boende för äldre finns *måltidsombud*, omvårdnadspersonal som arbetar med att utveckla måltidssituationen. 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. Måltidsprogrammet 2020 - 2023, i samverkan med service- och teknikförvaltningen, syftar till att fortsätta utveckla samverkan mellan omvårdnadspersonal, sjuksköterska och dietist för att förebygga och behandla vid undernäring. Dietist deltar bland annat på ledningsgruppsmöte för särskilt boende och utbildar/informerar kring nutrition och kring förebyggande arbete mot undernäring, där lång nattfasta är en riskfaktor. Arbetet med en nutritionsgrupp gemensam för service- och teknikförvaltningen och vård- och omsorg startades upp under 2021. Rutinen och checklistan för måltider för särskilt boende har reviderats under 2022. Det är ett fortsatt arbete att omsätta mer av brukarnas individuella önskemål och behov i måltidssituationen. Service och teknikförvaltningen har tagit fram ett antal filmer, Mat och Hälsa, som ska inspirera och vägleda när det gäller mat och måltidssituationen i verksamheterna.



## Ökad möjlighet till delaktighet och inflytande

Nyckeltal	Utfall 2020	Utfall 2021	Utfall 2022	Utfall kvinnor	Utfall män	Riket 2021
Brukare med hemtjänst som svarar att personalen oftast/alltid tar hänsyn till åsikter och önskemål, andel (%)	86%	-	86%	88%	84%	84%
Brukare med hemtjänst som svarar att de oftast/alltid kan påverka vilka tider de får stöd, andel (%)	55%	-	51%	51%	553%	53%
Brukare inom särskilt boende som svarar att personalen oftast/alltid tar hänsyn till åsikter och önskemål, andel (%)	82%	-	81%	78%	85%	78%
Äldre inom särskilt boende som svarar att de oftast/alltid kan påverka vilka tider de får hjälp av personalen, andel (%)	65%	-	54%	51%	58%	57%

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 att det fortsatt finns ett utvecklingsarbete med att öka känslan av delaktighet för brukare inom förvaltningen. Det kan till exempel handla om att informera brukare om förändringar och att synliggöra och gå igenom genomförandeplanen när den är fastställd med brukare och eventuella anhöriga.

# Förbättringsområden för kommande år

- Fortsätta utveckla, implementera förvaltningens digitala ledningssystem som visualiserar ledningsprocesser, huvudprocesser och stödprocesser.
- Revidera förvaltningens styrdokument utifrån ett processinriktat synsätt och göra dokumenten tillgängliga i förvaltningens digitala ledningssystem.
- Fortsätta utveckla arbetet med analys av resultat från enhets- och brukarundersökningar samt systematiskt bearbeta resultatet i enlighet med förbättringshjulet. Fokus på det övergripande målet "Trygg omsorg och vård" (Kommunplanen 2023–2026) vilket inkluderar följande resultatmål med tillhörande indikatorer:
  - ökad nöjdhet med hemtjänst/särskilt boende för äldre/verksamheterna inom området funktionsstöd
  - ökade förutsättningar för aktiviteter för brukare inom vård- och omsorg
  - god patientsäkerhet inom vård- och omsorg.