

Kvalitetsberättelse

2023

Vård- och omsorgsförvaltningen

Dnr: VON/2024:14-1.5.2

Datum: 2024-02-16

Handläggare: Aina Hollertz

Fastställt: Vård- och omsorgsnämnden 2024-02-29, § 29

Sammanfattning

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

Ett prioriterat område under 2023 var införande av ett digitalt ledningssystem (2c8) som visuellt beskriver huvud-, stöd-, och ledningsprocesser. Detta omfattande arbete fortsätter under 2024. En central faktor för att utveckla vård och omsorg är en bättre förmåga att utnyttja digitaliseringens möjligheter. Hittills visualiserade processer har gjorts tillgängliga på Intranätet för samtliga medarbetare inom förvaltningen. Visualiserade processer ger förutsättningar att se hela arbetsflöden och hur olika delar påverkar varandra och bidrar till helheten. För att kunna säkra verksamhetens kvalitet är följsamhet till processerna och rutinerna en viktig del. IT-stödet ska bidra i utvecklingen till en processororienterad verksamhet.

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. Vid granskning av avvikelser som registrerats som synpunkt/klagomål under år 2023 konstaterar förvaltningen att de är blandade till sitt innehåll. I många fall handlar det om att brukare av olika orsaker inte varit nöjda med insatserna, exempelvis att besök blivit försenade eller att serviceinsatser som städning inte utförts korrekt. I några fall har anhöriga lämnat in skriftliga synpunkter/klagomål. I sex fall bedömdes de påtalade bristerna vara så allvarliga att utredningar om missförhållande enligt lex Sarah inleddes.

Summeringsmötet är ett förvaltningsövergripande forum för att belysa kvalitetsfrågor, avvikelser samt lex Sarah och lex Maria. Under 2023 genomfördes två summeringsmöten. Efter vårens summeringsmöte identifierades ett antal förbättringsområden. Åtgärder för att tillgodose identifierade behov togs 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 summeringsmötet i syfte att uppnå bättre dialog och samarbete mellan enhetschefer och legitimerad personal.

Under 2023 har metoden för verksamhetsuppföljning utvecklats. Instruktion och metodstöd finns baseras på, Ledningssystem för kvalitet och Program för uppföljning av privata utförare i Katrineholms kommun. Gällande lagar, förordningar, styrdokument, nationella nyckeltal och interna kvalitetsindikatorer ligger till grund för framtagande av kvalitetsmått och kriterier. Detta för att uppnå en godkänd nivå. Genomförda verksamhetsuppföljningar dokumenteras i en rapportmall och överlämnas till berörda chefer. Hur verksamheten jobbar vidare med åtgärder och framtagande av aktiviteter i kvalitetshöjande syfte blir således en diskussion inom respektive verksamhetsområde.

Innehåll

Sammanfattning	2
Innehåll	3
Vård- och omsorgsförvaltningens ledningssystem för kvalitet	4
Avisningsdokument	4
Prioriterade områden under året	5
Fortsatt utveckling av det digitala ledningssystemet	5
Årshjul för kvalitetsarbete	5
Registrering och hantering av avvikelser	5
Rapporteringsskyldigheten enligt lex Sarah	10
Synpunkter och klagomål	11
Verksamhetsuppföljningar	12
Kvalitetsutmärkelse	13
Kommunens kvalitet i korthet	14
Utredningstid LSS-insatser	14
Väntetid från ansökan till inflyttningsdatum	14
Personalkontinuitet hemtjänst	15
Brukartid hemtjänst äldreomsorg	15
Resultatmål och indikatorer för en trygg vård och omsorg	16
Svarsfrekvens brukarbedömning äldreomsorg	16
Svarsfrekvens brukarbedömning funktionsstöd	16
Nöjdhet/helhetssyn särskilt boende äldre	17
Nöjdhet/helhetssyn hemtjänst enskild regi	17
Nöjdhet/helhetssyn hemtjänst offentlig regi	17
Brukarbedömning gruppboende LSS	18
Brukarbedömning serviceboende LSS	18
Brukarbedömning daglig verksamhet LSS	18
Brukarbedömning boende särskild service SoL	19
Brukarbedömning boendestöd SoL	19
Brukarbedömning sysselsättning SoL	19
Aktiviteter för brukare inom vård och omsorg	19
Måltiderna inom vård och omsorg	20
Delaktighet och inflytande	21
Förbättringsområden för kommande år	22

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.

Avisningsdokument

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 kvalitét vård och omsorgsförvaltningen \(katrineholm.se\)](https://www.katrineholm.se/ledningssystem-for-kvalitet-vard-och-omsorgsforvaltningen)

Prioriterade områden under året

Fortsatt utveckling av det digitala ledningssystemet

Under 2023 har arbetet fortsatt med att utveckla IT-stödet som visualiserar de processer och rutiner som utgör grunden för en personcentrerad vård- och omsorg med god kvalitet (individanpassad, jämlik, kunskapsbaserad, säker och tillgänglig). Den 1 februari 2023 publicerade vård- och omsorgsförvaltningen det digitala ledningssystemet (2c8) på Intranätet. Ledningssystemet används för att säkra kvalitet, planera och utveckla verksamheter. Där finns samlad information om i vilken ordning arbetsuppgifter ska utföras, vem som gör vad och hur vi ska arbeta tillsammans. Med stöd av processkartor kan medarbetare följa hur olika insatser och aktiviteter påverkar varandra och i vilken ordning de ska utföras. Där kommer även rutiner, riktlinjer, blanketter och övriga styrdokument att finnas. Under en övergångsperiod kommer rutiner, riktlinjer, blanketter och övriga styrdokument även att finnas under sidan "Min förvaltning VOF", Riktlinjer och rutiner.

IT-stödet syftar till att vara 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.

Årshjul för kvalitetsarbete

I arbetet med att leva upp till de krav som SOSFS:en 2011:9/*Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete* ställer på verksamheten är digitala årshjul ett systemstöd som syftar till att underlätta arbetet. Under året har årshjul tagits fram för:

- Dokumentationsstödjare
- Sjuksköterskor
- Verksamhetsuppföljning LOV (Lag om valfrihetssystem)
- Strategi- och utvecklingsgruppen
- Kvalitet och patientsäkerhetsarbete – chefer.

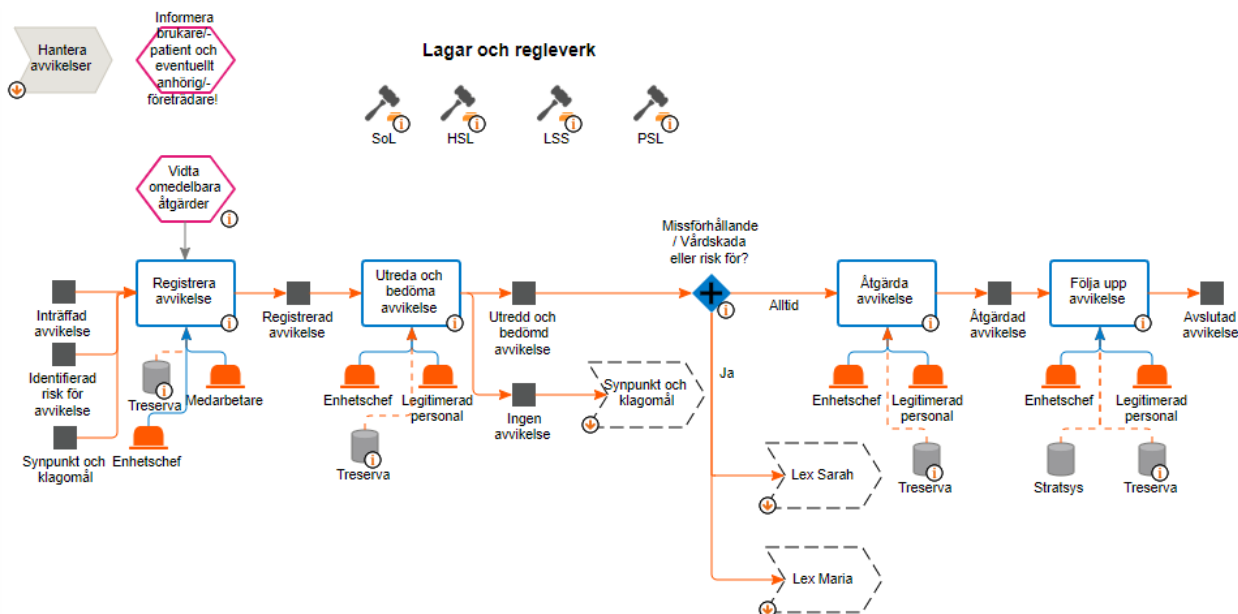
Cheferna redovisar kvalitetsarbetet utifrån årshjulet i månadsrapporten (Stratys). Några exempel på vad som ska redovisas är egenkontroller, riskanalyser, enkätundersökningar, teamträffar, kvalitetsråd, värdegrundsarbete, idélådan och verksamhetsuppföljning.

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.

Visualiserad process för hantering av avvikelser i det digitala ledningssystemet (2c8)

En förutsättning för medarbetares delaktighet i kvalitetsarbetet är att det finns ett ledarskap som uppmuntrar till avvikelserapportering. 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 (Treserva).



Sammanställning av avvikelser 2023

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 inom samtliga lagrum (SoL, LSS, HSL)

Hanteringsfas för avvikelserna	Antal
Ny	799
Utredd	174
Bedömd	155
Åtgärdas	462
Följs upp	54
Avslutad med åtgärd	202
Avslutad med åtgärd och uppföljning	3 112
Avslutad utan åtgärd	3
Totalsumma	4 961

I tabellen framgår vilket läge av hantering avvikelserna är i verksamhetssystemet. Med ny menas att avvikelsen inte har öppnats. Utredd betyder att den öppnats och hantering påbörjats. Bedömd innebär att ansvarig mottagare bland annat bedömt allvarlighetsgrad och sannolikhet för upprepande. Åtgärdas betyder att en eller flera åtgärder registrerats för avvikelsen i verksamhetssystemet men att den ännu inte följts upp eller avslutats. Följs upp innebär att åtgärderna genomförts men ännu inte följts upp. Avslut kan göras på tre olika sätt. Avslutad med åtgärd, avslutad med åtgärd och uppföljning samt avslutad utan åtgärd.

Totalt antal avvikelser per månad inom samtliga lagrum (SoL, LSS, HSL)

År-månad	Totalsumma	Varav avslutade	Ej bedömd	Varav % ej bedömd
2023-1	399	354	21	5,26%
2023-2	313	285	12	3,83%
2023-3	347	311	17	4,90%
2023-4	374	332	14	3,74%
2023-5	346	284	25	7,23%
2023-6	395	343	21	5,32%
2023-7	406	323	27	6,65%
2023-8	442	322	57	12,90%
2023-9	401	229	112	27,93%
2023-10	467	242	144	30,84%
2023-11	545	186	215	39,45%
2023-12	526	106	308	58,56%
Totalsumma	4 960	3 317	973	19,61%

Antal avvikelser inom respektive verksamhetsområde och lagrum.

Verksamhetsområde	Lagrum LSS	Lagrum HSL	Lagrum SoL	Lagrum LSS/HSL	Lagrum SoL/HSL	Ej bedömda
Hälsa- och sjukvård	0	118	3	5	1	9
Funktionsstöd	338	425	128	44	3	55
Särskilt boende för äldre	0	808	755	0	62	334
Hemtjänst offentlig regi	0	495	633	0	76	562
Hemtjänst enskild regi	0	64	27	0	2	13
Totalt	338	1 910	1 546	49	144	973

Totalt antal avvikelser för lagrum SoL, LSS, LSS/HSL, SoL/HSL är 2 077. Av dessa är 130 risk för avvikelse (dvs. ej avvikelse).

Andel LOV-utförare offentlig respektive enskild regi

LOV-utförare	2019	2020	2021	2022	2023
Offentlig regi	68,4%	71,7%	73,7%	76,2%	78,4%
Enskild regi	31,6%	28,3%	26,3%	23,8%	20,2%

Vid årsskiftet fanns fem utförare av hemtjänst det vill säga kommunal hemtjänst samt fyra utförare i enskild regi. Två av utförarna i enskild regi erbjuder enbart serviceinsatser och två erbjuder både service- och omvårdnadsinsatser. Utförare i enskild regi motsvarar cirka 20,2 procent av all hemtjänst. De brukare som inte väljer utförare tilldelas kommunen som utförare av hemtjänst.

Områden med flest avvikelser samt vanligaste åtgärderna

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 avvikelserna kommentera vad åtgärden innebär och vad den syftar till.

Områden med flest avvikelser under 2023 samt vanligaste åtgärderna för respektive avvikelsområde (fallande skala)

Funktionsstöd (lagrum LSS/SoL)			
Avvikelseområde	Antal	Åtgärder	Antal
Insatser/omvårdnad	167	Utredning/information i arbetsplatsforum	83
		Ändrad bemanning	41
Våld och övergrepp	64	Utredning/information i arbetsplatsforum	23
		Ändrat arbetssätt/lokal rutin	7
Organisation/arbetsrutiner	44	Utredning/information i arbetsplatsforum	21
		Ändrat arbetssätt/lokal rutin	7

Områden med flest avvikelser under 2023 samt vanligaste åtgärderna för respektive avvikelsområde

Hemtjänst offentlig regi (lagrum SoL)			
Avvikelseområde	Antal	Åtgärder	Antal
Fall	411	Andra trygghetsskapande åtgärder för brukare/patient	212
		Kontakt sjuksköterska	51
Insatser/omvårdnad	84	Utredning/information i arbetsplatsforum	20
		Andra trygghetsskapande åtgärder för brukare/patient	14
Klagomål/synpunkt	35	Andra trygghetsskapande åtgärder för brukare/patient	8
		Enskilt samtal	6

Områden med flest avvikelser under 2023 samt vanligaste åtgärderna för respektive avvikelseområde

Hemtjänst enskild regi (lagrum SoL)			
Avvikelseområde	Antal	Åtgärder	Antal
Fall	11	Kontakt SoL/LSS handläggare	2
		Extra tillsyn av brukare/patient	2
Insatser/omvårdnad	4	Enskilt samtal, Utredning lex Maria, Utredning lex Sarah	1
		Ändrad bemanning	1
Klagomål/synpunkt	3	Kontakt God Man/förvaltare/företrädare	2
		Utredning/information i arbetsplatsforum, Översyn av/förändring i verksamhets-/planeringssystem, Kontakt God Man/förvaltare/företrädare	1

Områden med flest avvikelser under 2023 samt vanligaste åtgärderna för respektive avvikelseområde

Särskilt boende för äldre (lagrum SoL)			
Avvikelseområde	Antal	Åtgärder	Antal
Fall	483	Kontakt sjuksköterska	194
		Vårdprevention fall	31
Fysisk miljö, utrustning och teknik	100	Andra trygghetsskapande åtgärder för brukare/patient	26
		Utredning/information i arbetsplatsforum	12
Insatser/ omvårdnad	77	Utredning/information i arbetsplatsforum	14
		Andra trygghetsskapande åtgärder för brukare/patient	9

Områden med flest avvikelser under 2023 samt vanligaste åtgärderna för respektive avvikelseområde

Samtliga verksamheter (lagrum SoL/HSL, LSS/HSL)			
Avvikelseområde	Antal	Åtgärder	Antal
Fall	91	Kontakt sjuksköterska	18
		Andra trygghetsskapande åtgärder för brukare/patient	16
Insatser/omvårdnad	30	Utredning/information i arbetsplatsforum	6
		Kontakt sjuksköterska	4
Läkemedel	22	Utredning/information i arbetsplatsforum	11
		Handledning/Utbildning för arbetsgrupp/enskild medarbetare	2

Beskrivning av ovan nämnda avvikelseområden

- 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.
- Organisation/arbetsrutiner rör avvikelser som är relaterade till exempelvis bristande rutiner, bemanning och samverkan.
- 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.
- Klagomål och synpunkter rör sådant som kommit in från brukare eller utomstående till förvaltningen.
- Fysisk miljö, utrustning och teknik handlar framförallt om larm men kan även röra annan välfärdsteknik eller den fysiska omgivningen.
- Läkemedel innefattar alla typer av brister som kan uppstå med koppling till mediciner.

Avvikelser systematiskt brandskyddsarbete (SBA) och brandlarm

Under 2023 har sammanlagt 12 avvikelser kring systematiskt brandskyddsarbete (SBA) lämnats in till brandskyddssamordnaren. Hälften av dessa avvikelser har handlat om rökning på platser som ej är tillåtna. Cirka 30 procent avser avvikelser kring matlagning. Inga skador på personer eller fastigheter har anmälts i samband med dessa.

Åtgärder för att minska dessa avvikelser är att:

- Säkerställa att personalen har gått grundläggande brandutbildning
- Personalen är insatta i enhetens SBA-arbete
- Fortsätta informera och motivera de boende till ändrade vanor och rutiner avseende brandskydd.

Rapporteringsskyldigheten 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	2019	2020	2021	2022	2023
Allvarligt missförhållande	4	2	3	3	1
Påtaglig risk för ett allvarligt missförhållande	1	0	0	0	0
Missförhållande	7	2	2	3	5
Påtaglig risk för ett missförhållande	0	0	2	2	2
Totalt	12	4	8	6	8

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

År	2019	2020	2021	2022	2023
Totalt	5	5	4	8	3

Under år 2023 inkom 58 lex Sarah-rapporter. Lex Sarah-rapporter 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 11 Lex Sarah-utredningar. Lex Sarah ärendena under 2023 har handlat om brister i utförandet av insats, utebliven insats, bemötande, 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 2023 genomfördes två summeringsmöten, ett under våren och ett under hösten. Efter vårens summeringsmöte identifierades ett antal förbättringsområden. Åtgärder för att tillgodose identifierade behov togs 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 summeringsmötet i syfte att uppnå bättre dialog och samarbete 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.

Område	Antal registrerade synpunkter och klagomål
Funktionsstöd särskilt boende	9
Funktionsstöd övriga insatser	1
Särskilt boende för äldre	16
Hemtjänst intern	34
Hemtjänst externt	6

Närmre granskning av avvikelser som registrerats som synpunkt/klagomål visar att de är blandade till sitt innehåll. I många fall handlar det om att brukare av olika orsaker inte varit nöjda med insatserna, exempelvis att besök blivit försenade eller att serviceinsatser såsom städning inte utförts korrekt. Ett antal kan också bedömas vara felaktigt registrerade som synpunkt/klagomål. Med detta menas att det rör sig om avvikelser som snarare borde registrerats under sin egen kategori i verksamhetssystemet, exempelvis som en läkemedelsavvikelse. I några fall har anhöriga till brukare lämnat in skriftliga synpunkter/klagomål. I sex fall bedömdes de påtalade bristerna vara så allvarliga att utredningar om missförhållande enligt lex Sarah inleddes.

Verksamhetsuppföljningar

Instruktion och metodstöd för uppföljning av verksamhet finns nu tillgängligt i det digitala ledningssystemet (2c8). Instruktion och metodstöd baseras på, Ledningssystem för kvalitet (VON/2021:75-012) och Program för uppföljning av privata utförare i Katrineholms kommun (KF/2016-11-21, § 174). Gällande lagar, förordningar, styrdokument, nationella nyckeltal och interna kvalitetsindikatorer ligger till grund för framtagande av kvalitetsmått och kriterier för att uppnå en godkänd nivå. Genomförda verksamhetsuppföljningar dokumenteras i standardiserad rapportmall. 2023 års verksamhetsuppföljning har omfattat följande enheter:

- Barn och ungdom (fritids och korttidsverksamhet)
- Dufvegårdens särskilda boende för äldre (säbo)
- Vallgårdens säbo
- Lycka Omsorg
- ProVerde assistans
- Oliva hemomsorg.

Varje uppföljning har omfattats av en datainsamling som kompletterats med kvalitativa frågor som ställts till respektive ansvarigchef samt medarbetare. En sammanställning av frågorna och kravuppfyllelse har genomförts. Uppföljningarna har på detta sätt bidragit till att visualisera en ögonblicksbild av de aktuella enheterna.

Kvalitetskriterierna som ingår i uppföljningarna bedöms och redovisas enligt följande:

Godkänd	
Delvis godkänd med förbättringsbehov	
Inte godkänd med brister som kräver åtgärdsplan	

När sammanställningarna helt slutförts får ansvarig chef en resultatrapport. I resultatrapporten framgår det eventuella brister och förbättringsområden som rekommenderas eller kräver åtgärder. Resultaten har sammanställts baserat på de mål (kravuppfyllelse som antagits i instruktionen) samt en sammanvägning av svaren på kvalitativa frågor.

Mönster och trender

Förutsättningarna har varit olika då verksamhetsuppföljningarna omfattat olika verksamhetsområden. Metoden som använts har dock kunnat tillämpas likvärdigt. Förutsättningarna har även skiljt sig så till vida att privata utförare av hemtjänst har haft färre brukare än utförarna i egen regi.

Samtliga enheter har lämnat in resultat på begäran och uppföljningsteamet har känt sig väl mottagna av de utförare som följts upp. Uppfattningen är att uppföljningsmetoden har kunnat bidra till att visualisera möjligheter till dialog och identifiera förbättringsområden inom verksamheterna. Ur ett helhetsperspektiv för verksamhetsuppföljningarna 2023 identifierades följande gemensamma utvecklingsområden:

- Värdegrund

Samtliga utförare har uppgett att de har ett kontinuerligt arbete kring värdegrund, däremot framträdde ett mönster kring svårigheter att definiera innehållet och specifika team för arbetet. Dessa svårigheter kan tolkas ha ett samband med avvikelser rörande bristande delaktighet, brister i bemötande och utformning av personcentrerad omsorg.

- Informationssäkerhet

Genomförda verksamhetsuppföljningar har även bidragit till att konstatera att rutin och metod för egenkontroll/ loggkontroll för informationssäkerhet behöver förtydligas inom vård och omsorgsförvaltningen.

- Dokumentation och genomförandeplaner

Dokumentation enligt socialtjänstlagen var ett område som de flesta utförarna anser behöver förbättras. Inom äldreomsorgen identifierades främst genomförandeplaner vara ett förbättringsområde.

Kvalitetsutmärkelse

Sex nomineringar kom in under nomineringstiden den 1 januari-12 april 2023. Utifrån syftet/ kriterierna tog vård- och omsorgsförvaltningens ledningsgrupp fram förslag på mottagare av året kvalitetspris. 2023 års kvalitetsutmärkelse delades ut till stödpedagog Linn Gotthardsson med följande motivering:

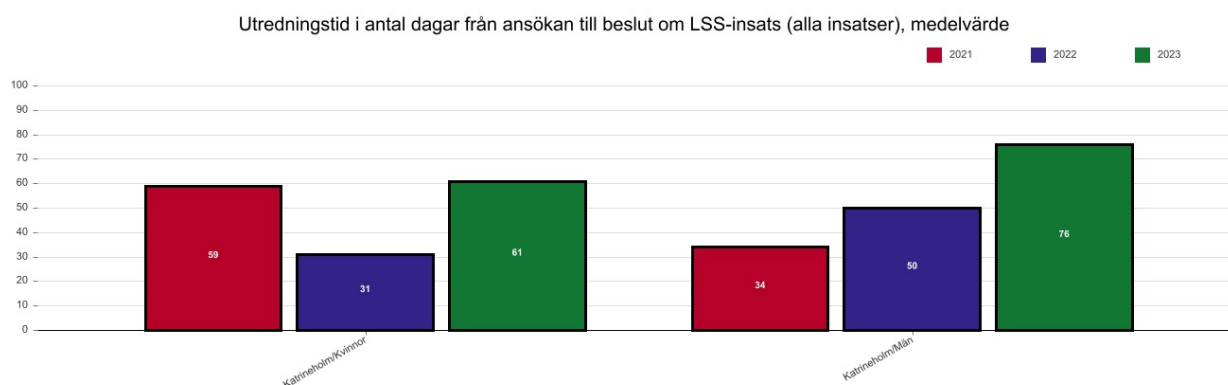
”Linn arbetar flitigt med kvalitet och handledning inom funktionsstöd för att brukarna ska få det bästa individuella bemötandet och en fin vardag. Linn är orädd och brinner för sitt jobb och för brukare och personal i verksamheten. Det driv Linn har visar på ett stort medarbetarengagemang som leder till kompetenshöjning och kvalitetsförbättring i området.”

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

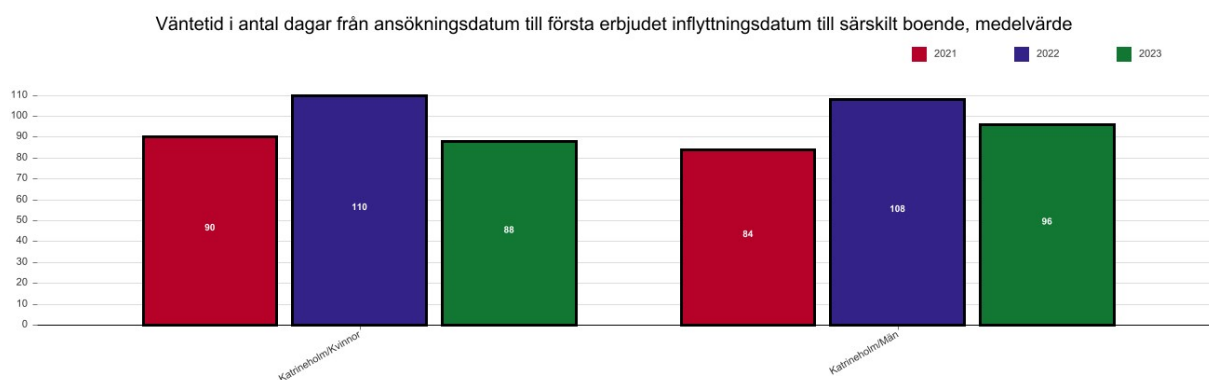
Syftet med Kommunens kvalitet i korthet (KKiK) är att redovisad statistik ska kunna jämföras med riket inom områden som är av stort intresse för invånarna. Förvaltningens inrapportering till KKiK baseras på uppgifter från intern statistik samt statistik från brukar- och enhetsundersökningar. Mer information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

Utredningstid LSS-insatser



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 sjukvikearie inom personlig assistans. Inkluderar även beslut som leder till avslag. Mer information om nyckeltalet finns att ta del av på [Kolada](#).

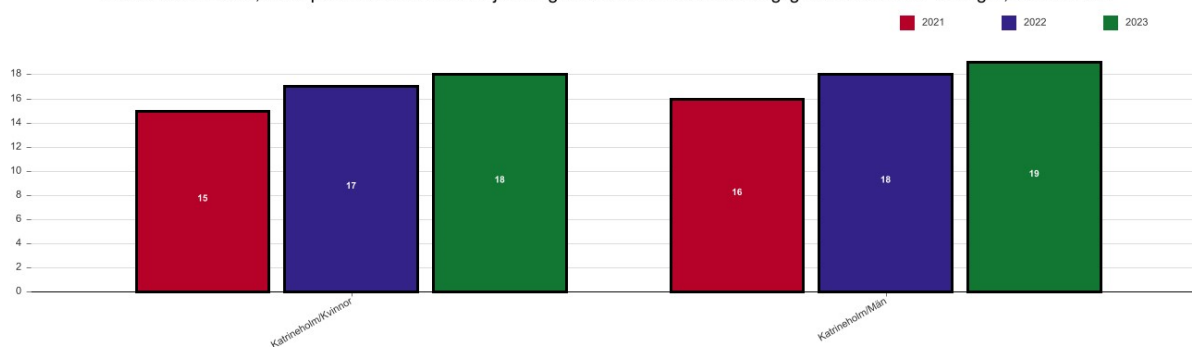
Väntetid från ansökan till inflyttningsdatum



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](#).

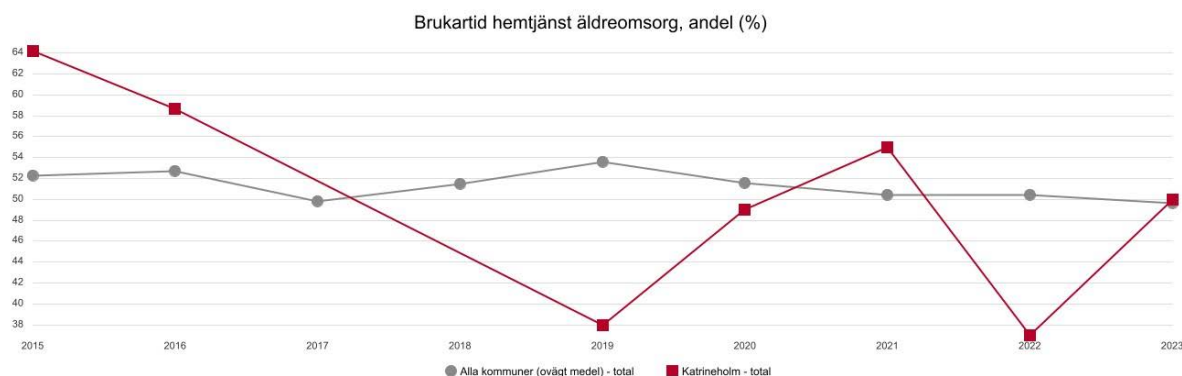
Personalkontinuitet hemtjänst

Personalkontinuitet, antal personal som en hemtjänsttagare med minst 2 besök dagligen möter under 14 dagar, medelvärde



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](#).

Brukartid hemtjänst äldreomsorg



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](#).

Resultatet är lågt i relation till den ekonomiska målsättningen för 2023. Detta beror bland annat på att det under året varit vakanser för enhetschefer samt ökad produktivitet i hemtjänsten. Under 2022 var det fler administrativa personer och enhetschefer vilket gör att brukartiden minskat, samt ett försämrat utförande (produktivitet) i hemtjänsten. Under 2021 var det färre administratörer, samordnare och chefer som jobbade mot hemtjänsten.

Resultatmål och indikatorer för en trygg vård och omsorg

Varje år följs resultatmålen i aktuell kommunplan 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 i sin helhet, svarsfrekvens samt förklarande information om respektive nyckeltal finns att ta del av på www.kolada.se För att få en överblick av resultat inom funktionsstödsområdet respektive äldreomsorgen finns ett färdigt urval under rubriken *Jämföraren*. Det går också att söka fritt och titta på resultatet över tid samt möjlighet att ställa resultatet i relation till övriga kommuner i Södermanland, liknande kommuner äldreomsorg eller liknande kommuner övergripande för att bara nämna några exempel. En del resultat redovisas även könsuppdelat. Här följer ett urval av resultatet. Vertikal svart linje visar Katrineholms kommuns resultat. Horisontell svart streckad linje visar resultatet för riket.

Svarsfrekvens brukarbedömning äldreomsorg

Område	Antal svarande	Andel (%)	Svarat själv (%)
Hemtjänst	283	59	74
Särskilt boende äldre	149	43	59

Hemtjänst	Svarande (andel)
Olivia Hemomsorg	60% - 80%
Björkvik	60% - 80%
City	40% - 60%
Julita	60% - 80%
Norr	40% - 60%
Nävertorp/Söder	60% - 80%
Valla	40% - 60%
Öster	60% - 80%

Särskilt boende äldre	Svarande (andel)
Servicehus Igelkotten	60% - 80%
Servicehus Pantern	40% - 60%
Säbo Almgården	20% - 40%
Säbo Dufvegården	40% - 60%
Säbo Igelkotten	20% - 40%
Säbo Lövsågården	20% - 40%
Säbo Norrglantan	20% - 40%
Säbo Strandgården	40% - 60%

Svarsfrekvens brukarbedömning funktionsstöd

Område	Antal svarande	Andel (%)
Gruppboendestöd LSS	69 av 107	64
Serviceboendestöd LSS	38 av 55	69
Daglig verksamhet LSS	150 av 285	53
Boende med särskild service SoL	13 av 41	32
Boendestöd SOL	40 av 90	44
Sysselsättning SoL	19 av 46	41

Nöjdhet/helhetssyn särskilt boende äldre

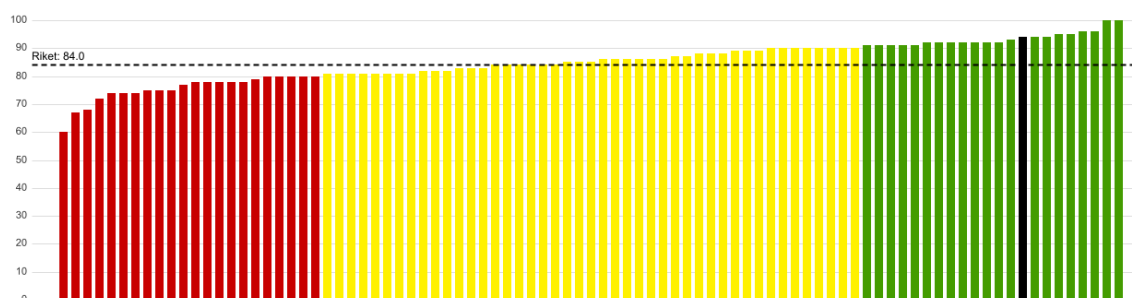
Helhetssyn är baserad på andelen som svarat "Mycket nöjd eller ganska nöjd" på frågan: "Hur nöjd eller missnöjd är du sammantaget med ditt äldreboende". Mer information finns att ta del av på [Kolada](#).



Andel mycket nöjd eller ganska nöjd 87 procent (data saknas för 4 områden).

Nöjdhet/helhetssyn hemtjänst enskild regi

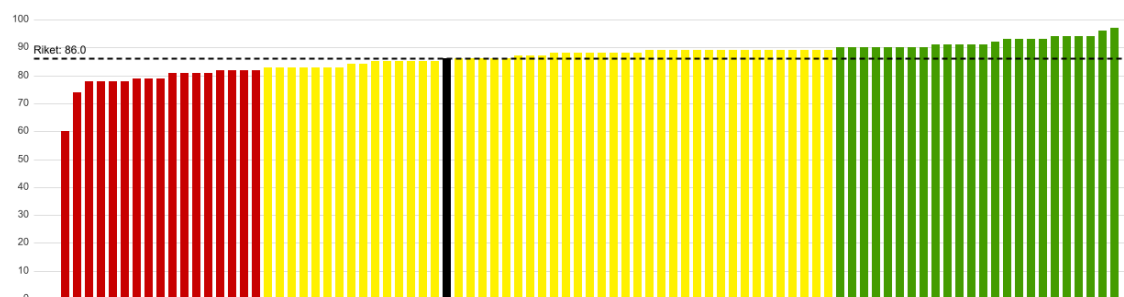
Helhetssyn är baserad på andelen som svarat "Mycket nöjd eller ganska nöjd" på frågan: "Hur nöjd eller missnöjd är du sammantaget med din hemtjänst". Mer information finns att ta del av på [Kolada](#).



Andel mycket nöjd eller ganska nöjd 94 procent (data saknas för 201 områden).

Nöjdhet/helhetssyn hemtjänst offentlig regi

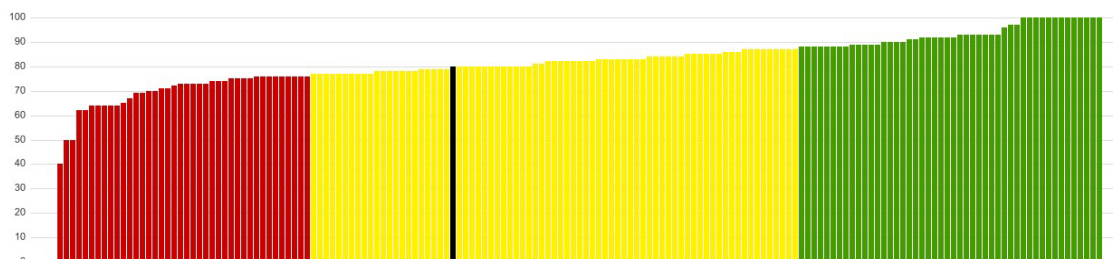
Helhetssyn är baserad på andelen som svarat "Mycket nöjd eller ganska nöjd" på frågan: "Hur nöjd eller missnöjd är du sammantaget med din hemtjänst". Mer information finns att ta del av på [Kolada](#).



Andel mycket nöjda eller ganska nöjda 86 procent (data saknas för 201 områden).

Brukarbedömning gruppboestad LSS

Brukarbedömningen är baserad på antal personer boende i gruppboestad LSS som har svarat Ja på frågan *Får du den hjälp du vill ha hemma?* dividerat med samtliga personer boende i gruppboestad LSS som har besvarat frågan. Mer information finns att ta del av på [Kolada](#).



Brukaren får den hjälp hen vill ha, andel 80 procent (data saknas för 125 områden).

Brukarbedömning serviceboestad LSS

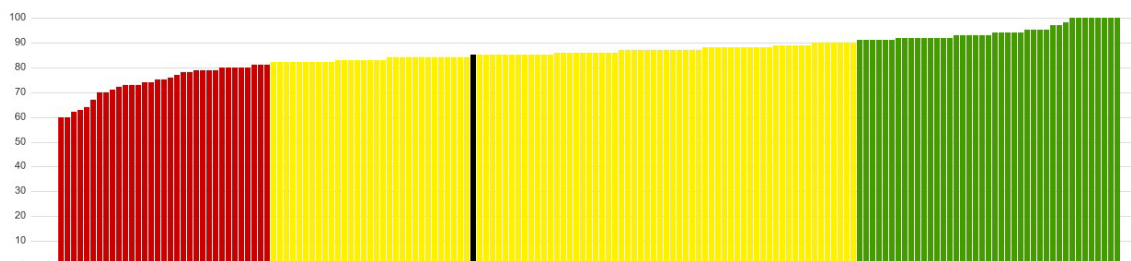
Brukarbedömningen är baserad på antal personer boende i serviceboestad LSS som har svarat Ja på frågan *Får du den hjälp du vill ha hemma?* dividerat med samtliga personer boende i gruppboestad LSS som har besvarat frågan. Mer information finns att ta del av på [Kolada](#).



Brukaren får den hjälp hen vill ha, andel 79 procent (data saknas för 150 områden).

Brukarbedömning daglig verksamhet LSS

Brukarbedömningen är baserad på antal personer i daglig verksamhet LSS som har svarat Ja på frågan *Får du den hjälp du vill ha i din dagliga verksamhet?* dividerat med samtliga personer boende i gruppboestad LSS som har besvarat frågan. Mer information finns att ta del av på [Kolada](#).



Brukaren får den hjälp hen vill ha, andel 85 procent (data saknas för 126 områden).

Brukarbedömning boende särskild service SoL

Brukarbedömningen är baserad på antal personer i boende särskild service SoL som har svarat Ja på frågan *Får du den hjälp du vill ha hemma?* dividerat med samtliga personer i boende särskild service SoL som har besvarat frågan.



Brukaren får den hjälp hen vill ha, andel 85 procent (data saknas för 221 områden).

Brukarbedömning boendestöd SoL

Brukarbedömningen är baserad på antal personer med boendestöd SoL som har svarat Ja på frågan *Får du den hjälp du vill ha hemma?* dividerat med samtliga personer med boendestöd SoL som har besvarat frågan. Mer information finns att ta del av på [Kolada](#).



Brukaren får den hjälp hen vill ha, andel 85 procent (data saknas för 166 områden).

Brukarbedömning sysselsättning SoL

Brukarbedömningen är baserad på antal personer i sysselsättning SoL som har svarat Ja på frågan *Får du den hjälp du vill ha i din sysselsättning?* dividerat med samtliga personer i sysselsättning SoL som har besvarat frågan. Mer information finns att ta del av på [Kolada](#).



Brukaren får den hjälp hen vill ha, andel 95 procent (data saknas för 231 områden).

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 2022	Utfall 2023	Utfall kvinnor	Utfall män	Riket 2023
Brukarbedömning särskilt boende äldreomsorg - sociala aktiviteter, andel (%)	67%	62%	65%	69%	58%
Brukarbedömning särskilt boende äldreomsorg - möjligheten att komma utomhus, andel (%)	64%	69%	60%	73%	56%

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. 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 2022	Utfall 2023	Utfall kvinnor	Utfall män
Brukare inom hemtjänsten med biståndsbeslut om social samvaro/promenad, andel (%)	43%	44%	30%	14%

Medborgarfunktionen följer årligen upp indikatorerna 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.

Måttillfälle är 1 november 2023. Totalt har 603 personer, 232 män och 371 kvinnor haft biståndsbeslut om hemtjänst. Av dessa är det 44 procent som har biståndsbeslut social samvaro och/eller promenad, 30 procent av kvinnorna och 14 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. Från och med 2024 blir det förändringar i insatser. Ledsagning och promenad slås samman till en insats. Social tid kvarstår. En ny insats läggs till som heter ärenden som också kommer påverka dess siffror.

Måltiderna inom vård och omsorg

I tabellen som följer redovisas andel äldre som svarar att maten smakar ganska eller mycket bra på sitt särskilda boende. Den redovisar också 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 2022	Utfall 2023	Utfall kvinnor	Utfall män	Riket 2023
Äldre som svarar att maten smakar ganska/mycket bra på sitt särskilda boende, andel (%)	63%	71%	68%	75%	73%
Äldre som svarar att måltiderna på sitt särskilda boende oftast/alltid är en trevlig stund på dagen, andel (%)	63%	65%	59%	77%	68%

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. Den har också en viktig roll för att förebygga och/eller bromsa sjukdom och

ohälsa som undernäring. Att bli äldre kan medföra flera förändringar. Aptiten, känslan av hunger och törst minskar ofta jämfört med tidigare i livet. Smaksinnet försämras och olika sjukdomar och läkemedel kan också förändra aptiten. Det är ett kontinuerligt arbete att omsätta brukarnas individuella önskemål och behov i måltidssituationen.

Vardagliga rutiner och aktiviteter förändras även för den som blir äldre vilket gör att många behöver tänka annorlunda kring mat och måltider jämfört med tidigare i livet. Nyckeln till bra matvanor är mer mat från växtriket, lagom mycket och varierat. Genom att äta många olika sorters mat är det lättare att få i sig det kroppen behöver för att må bra. Genom att följa råden nedan väljer du mat som är bäst för kroppen. Den maten är dessutom generellt hållbar för vår miljö.

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.

- [Mat för en god hälsa | Katrineholms kommun](#)
- [Mat är hälsa | Katrineholms kommun Intranät](#)

Delaktighet och inflytande

Nyckeltal	Utfall 2022	Utfall 2023	Utfall kvinnor	Utfall män	Riket 2023
Brukare med hemtjänst som svarar att personalen oftast/alltid tar hänsyn till åsikter och önskemål, andel (%)	86%	85%	85%	85%	84%
Brukare med hemtjänst som svarar att de oftast/alltid kan påverka vilka tider de får stöd, andel (%)	51%	56%	56%	54%	53%
Brukare inom särskilt boende som svarar att personalen oftast/alltid tar hänsyn till åsikter och önskemål, andel (%)	81%	80%	77%	86%	79%
Äldre inom särskilt boende som svarar att de oftast/alltid kan påverka vilka tider de får hjälp av personalen, andel (%)	54%	59%	54%	70%	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 och implementera det sammanhållna IT-stödet (2c8) för förvaltningens ledningsprocesser, huvudprocesser och stödprocesser med tillhörande lagar, regelverk och styrdokument.

Påbörja införandet av en särskild modul för SOSFS 2011:9 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete i det kommungemensamma ledningssystemet (Hypergene).

Fortsätta utveckla det systematiska arbetet i enlighet med förbättringshjulet. Särskilt fokus på bearbetning och analys av avvikelser, lex Sarah, synpunkter och klagomål samt resultat från enhets- och brukarundersökningar.

Utöver det övergripande målet "Trygg omsorg och vård" prioriteras ett förbättrat resultat för följande områden:

- Andel med aktuell genomförandeplan
- Andel med genomförandeplan som innehåller dokumentation om personens delaktighet vid upprättandet
- Andel enheter som svarar att *rutin för hur personalen samarbetar med anhöriga* finns.