

Kvalitetsberättelse

2020

Vård- och omsorgsförvaltningen

Dnr: VON/2021:10-040

Datum: 2021-02-04

Handläggare: Lars Carlberg, Cecilia Nordqvist

Behandlad av vård- och omsorgsnämnden: 2021-02-25, § 28

Sammanfattning

Kvalitetsberättelsen beskriver det övergripande kvalitetsarbetet inom vård- och omsorgsförvaltningen under kalenderåret 2020. 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.

Ny ledningsorganisation trädde i kraft 1 januari 2020, där framför allt de två tidigare verksamhetsområdena SÄBO (särskilt boende för äldre) och SOB (stöd i ordinärt boende, det vill säga hemtjänst och ledsagning) slogs ihop till ett verksamhetsområde kallat Äldreomsorg. Även strukturen inom det som tidigare kallades MYS (myndighets- och specialistfunktionen) förändrades och fick namnet Förvaltningskontoret, där medborgarfunktionen, kommunens hälso- och sjukvård, specialistfunktionen samt bemanningsenheten ingår.

Arbetet med att hantera pågående pandemi orsakad av viruset Covid-19 har naturligtvis haft stort fokus under året. Det har lett till förändringar och utveckling även inom vård- och omsorgsförvaltningens kvalitetsarbete. Förmågan att på ett snabbt och säkert sätt kunna sprida ny information och nya eller uppdaterade rutiner inom verksamheterna har varit avgörande. Det pågår även ett arbete med att följa upp hur detta fungerat, och vilka lärdomar som gjorts. Under året har digitala hjälpmedel för möten och utbildningar på distans börjat användas i väldigt hög grad.

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 på att det i vissa fall finns stora skillnader mellan olika enheter i brukarnöjdhet.

Innehåll

Sammanfattning	2
Innehåll	3
Inledning	4
Innehåll och upplägg	4
Vård- och omsorgsförvaltningens kvalitetsarbete under året	5
Kvalitetsledningssystem	5
Systematiskt förbättringsarbete	6
Resultat och analys	8
Egenkontroll.....	8
Klagomål och synpunkter	17
Avvikelser	17
Lex Sarah.....	22
Tillsynsbesök från Inspektionen från vård och omsorg.....	23
Riskanalys.....	23
Förbättringsområden för kommande år	24
Utveckling av kvalitetsledningssystemet.....	24
Utveckling av social dokumentation	24
Utveckla arbetet med värdegrunden.....	24

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 2020. 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. Under 2019 skapades en förvaltningsövergripande arbetsgrupp där varje verksamhet hade representanter. Fokus var då att kartlägga och uppdatera verksamhetens processer och rutiner, samt att skapa en gemensam övergripande bild av hur dessa skall delas med alla medarbetare. I mån av tid och resurser har detta arbete fortsatt under 2020.

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 de 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 2020 har förvaltningen arbetat vidare med att bygga upp en ny struktur på intranätet för att presentera och visualisera processer och rutiner för medarbetarna. Arbetet har handlat mycket om att lösa tekniska utmaningar utifrån den lösning som förvaltningen idag har. Det har även sammanfallit med övergången till Microsoft SharePoint som huvudsakligt fillagringsystem inom kommunens verksamheter. Först under senare delen av 2020 har arbetet med kvalitetsledningssystemet kunnat återupptas på allvar, och förvaltningens arbete med detta har även visat sig vara intressant för andra förvaltningar. I arbetet ingår också att se över vilka rutiner som finns i dagsläget, påkalla revideringar vid behov, ta bort styrdokument som är inaktuella och ta fram nya vid behov. Riktlinjen för definiering av styrdokument, processer och rutiner inom förvaltningen har reviderats och kommer att implementeras i allt vidare arbete.

Kvalitetsråd

Vård- och omsorgsförvaltningen har fortsatt arbetet 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 brukarnas och verksamheternas 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.

Utbildningsfilmer och digital introduktion

Utbildningsfilmer om social dokumentation och vårdplaner för all omvårdnadspersonal finns på intranätet sedan tidigare. Under 2020 har vård- och omsorgsförvaltningen ställts inför nya ut-

maningar i och med covid-19 pandemin, och tagit fram ett mer omfattande digitalt utbildningspaket som finns på intranätet. Enhetschefer kan använda detta paket vid nyanställning, och det innehåller filmer, interaktiva utbildningar och text. Utbildningspaketet ersätter naturligtvis inte helt introduktion på enheterna, men är ett led i att kunna erbjuda stöd och en gemensam kunskapsbas för all brukarnära personal. Fortsatt utveckling av detta stöd kommer att ske under 2021, utifrån erfarenheterna som gjorts.

Social dokumentation och IBIC (Individens behov i Centrum)

Utvecklingsarbetet inom social dokumentation för utförarna har främst skett 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

Under 2020 har visst arbete skett med IBIC (Individens Behov i Centrum) inom förvaltningen. IBIC är ett behovsinriktat och systematiskt arbetssätt med strukturerad dokumentation för att utreda behov samt dokumentera och följa upp verkställighet. Strukturerad dokumentation och tydligare målbeskrivningar innebär en förenkling för både handläggare och omvårdnadspersonal när det gäller att hantera information, verkställa och följa upp insatser. Under inledningen av 2020 skulle de sista modulerna för IBIC i verksamhetssystemet läggas på i skarpt läge för alla verksamhetsområden, men det framkom att det fanns vissa brister i systemet som främst påverkade myndighetsfunktionens arbete. Detta ledde till att förvaltningen inväntade en uppdatering av verksamhetssystemet, som först planerades till februari, men sedan inte kunde genomföras förrän i slutet av augusti. Arbetet med implementering av IBIC fortsätter under 2021.

Utbildningar och träffar för omvårdnadspersonal

Planerade större träffar för dokumentationsstödjare och enhetschefer ställdes in under våren på grund av pandemin. Två mindre utbildningstillfällen för nya dokumentationsstödjare hölls dock under hösten, och utredare har deltagit på kvalitetsråd för att följa upp utförarnas arbete med genomförandeplaner och dokumentation. I december 2020 genomfördes tre digitala träffar med dokumentationsstödjare, enhetschefer och andra från de olika verksamhetsområdena. Träffarna hade fokus på att följa upp kvalitetsgranskningarna av social dokumentation, vidareutbildning inom ICF och IBIC, samt att fånga upp frågor och utvecklingsområden från verksamheterna. Formen med digitala träffar var uppskattad. Förvaltningen ser stora möjligheter med att kunna arbeta vidare på detta sätt, med Microsoft Teams som en plattform för utbildning och informationsspridning.

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 verksamhetens kvalitet innan de får konsekvenser. 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 internkontrollplan som följs upp i slutet av året. Internkontrollplanen revideras årligen utifrån en förnyad prövning genom risk- och konsekvensanalys. Under 2021 kommer risk- och konsekvensanalys att vara ett prioriterat utvecklingsområde inom vård- och omsorgsförvaltningen.

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 sprida och implementera gemensamma rutiner för rapportering och bearbetning av avvikelser, lex Sarah och lex Maria.

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.

Tertialvis rapport kring övergripande arbete med avvikelser

Från och med 2020 arbetar vård- och omsorgsförvaltningen med att varje verksamhetsområde tertialvis analyserar och sammanfattar sin avvikelshantering i en rapport. I rapporten finns även övergripande åtgärder och handlingsplan med uppföljning. Under 2020 gjordes denna rapport för delår och helår på grund av Corona-pandemin.

Sprida kunskap om händelser och åtgärder

Förvaltningen har arbetat med att utveckla former för att återföra kunskap från avvikelser mellan områdena. Ett förvaltningsövergripande möte för att summera erfarenheter från avvikelser, lex Sarah och lex Maria har hållits under i februari 2021. Summeringsmötet anordnas av utredare och medicinsk ansvarig sjuksköterska (MAS). Chefer, brukarnära personal och hälso- och sjukvårdspersonal deltar. 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 egenkontroller genomförda inom deras respektive område. 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 och början av 2020 genomfördes analysdagar inom verksamhetsområdena 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 utgjorde underlag till verksamhetsplanering och vilka aktiviteter som ska genomföras för att uppnå verksamhetens mål. Fokus har varit på resultatmålen under området trygg vård och omsorg i kommunplanen 2019 - 2022.

Resultat och analys

Egenkontroll

Nedan redovisas ett urval av egenkontroller och resultat för 2020. För att få en kontinuitet i granskningen väljer vi att som föregående år 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 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 konsuppldelat där det är möjligt. Vård- och omsorgsförvaltningen tittar också på skillnader mellan enheter där det är möjligt, till exempel i samband med verksamhetsplanering, utifrån att man som brukare skall ha möjlighet att få samma vård och omsorg oberoende av var man bor.

Socialstyrelsens nationella brukarundersökning Vad tycker de äldre om äldreomsorgen? 2020

Särskilt boende för äldre - 134 svarande. Svarefrekvens 40 procent.

Hemtjänst - 256 svarande. Svarefrekvens 54 procent.

Enkäten skickades ut och besvarades under april-maj, alltså när den första vågen av Covid-pandemin var som mest påtaglig, vilket kan ha bidragit till lägre svarefrekvens än tidigare år.

Sveriges Kommuner och Regioners brukarundersökning inom funktionshinderområdet

Undersökningen genomförs i Katrineholm ojämnt år på grupp- och servicebostäder och jämnt år på daglig verksamhet. Detta beror på att det är samma brukare som svarar på enkäterna, och det finns en vinst för målgruppen att enklare kunna skilja mellan enkäterna.

(Gäller för undersökning gjord 2019)

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

(Gäller för undersökning gjord 2020)

- **Daglig verksamhet LSS och Daglig sysselsättning SoL** – 75 svarande. Svarefrekvens 32 procent.

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. 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).

Bemötande, förtroende och trygghet

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

Indikatorer	Utfall 2019	Utfall 2020	Utfall kvinnor	Utfall män	Riket
Personalkontinuitet inom hemtjänsten, antal personal som en brukare inom hemtjänsten möter under 14 dagar, medelvärde	15	16	16	16	15
Boende på gruppboende enligt LSS som svarar att de känner sig trygga med alla i personalen, andel (%)	82%	-	79%	84%	-
Boende på serviceboende enligt LSS som svarar att de känner sig trygga med alla i personalen, andel (%)	72%	-	73%	71%	74%
Brukare inom daglig verksamhet enligt LSS som svarar att de känner sig trygga med alla i personalen, andel (%)	82%*	85%	86%	84%	83%
Brukare som svarar att det känns ganska/mycket tryggt att bo hemma med stöd från hemtjänsten, andel (%)	82%	86%	85%	87%	-
Brukare som svarar att det känns ganska/mycket tryggt att bo på ett särskilt boende, andel (%)	89%	88%	83%	95%	88%

* Utfallet avser 2017.

Brukarundersökningarna visar att de allra flesta med äldreomsorg upplever att de känner sig **trygga med boendet och personalen**. De tre frågorna inom särskilt boende för äldre som rör frågorna om bemötande, trygghet och förtroende för personalen ligger kvar på samma nivå som förra året. Katrineholm ligger på rikssnittet i fråga om att känna sig trygga i sitt boende och att ha förtroende för personalen. Sammantaget är Katrineholmsborna nöjdare med sitt särskilda boende för äldre än riksgenomsnittet. Inom hemtjänst ligger dessa frågor kvar på ungefär samma resultat som förra året och på riksgenomsnittet.

Under 2020 har brukarundersökning inom funktionsstöd genomförts på daglig verksamhet LSS och daglig sysselsättning SoL. 85 procent av brukarna som svarat i undersökningen upplever sig trygga med personalen, vilket är en ökning jämfört med förra gången som undersökningen genomfördes 2017. Det är något högre än riket, vilket även gäller frågorna **förstår personalen vad du säger** och **pratar personalen med dig så att du förstår**. För dessa två frågor är dock männen något mer positiva än kvinnorna. På frågan om det **finns någonting man känner sig rädd för på sin dagliga verksamhet** är det något fler kvinnor som svarat att de upplever rädsla för något. Svarefrekvensen för denna undersökning var låg, men verksamhetsområdet funktionsstöd arbetar generellt med att i individuella genomförandeplaner och i andra sammanhang få mer information kring vad som skapar trygghet hos brukarna och om det finns något de är rädda för. På frågan om man **trivs på sin dagliga verksamhet** svarar 89 procent ja, vilket är något högre än i riket som helhet. Något större andel av kvinnorna svarar att de trivs, jämfört med männen.

Det totala utfallet för **personalkontinuiteten inom hemtjänsten** 2020 var 16 medarbetare som en hemtjänsttagare möter under en tvåveckors mätperiod. Detta är en försämring jämfört med 2019 då utfallet var 15. Genomsnittet för riket är 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 insatser finns det risk att kvaliteten blir lidande. Personalkontinuiteten har varierat år från år och under de senaste sex åren har utfallet varierat mellan 13 och 16 personer. När det gäller personalkontinuiteten så följs även de enskilda enheternas resultat upp, och diskuteras på analysdagar inför verksamhetsplanering. För 2020 beror det försämrade resultatet främst på att flera medelstora hemtjänstenheter haft något sämre resultat när det gäller personalkonti-

nuiteten under mätperioden. Däremot har de två största hemtjänstenheterna inte försämrat sina resultat och den allra största enheten med flest brukare med i sammanställningen har till och med förbättrat resultat, 18, jämfört med 2019 då resultatet var 19. Det går också att se att för de allra största enheterna så har både antalet brukare som möter fler än 20 personal, samt antalet medarbetare som den brukare som möter allra flest personal, sjunkit något.

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 i 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 prioriterat utvecklingsområde, främst utifrån avvikelser och lex Sarah-utredningar. 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 inför verksamhetsplanering 2020 tydliggjordes att verksamheten ska arbeta med att skapa mindre arbetslag i grupper där det är relevant, och dra lärdom av varandra i det fortsatta arbetet. På grund av situationen med pandemin under 2020 hamnar detta utvecklingsarbete snarare under 2021.

Under år 2019 och 2020 kom 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. Förvaltningsledningen planerade en övergripande satsning med att förstärka värdegrundsarbetet under 2020, men på grund av pandemin har detta inte påbörjats i den grad som var tänkt.

Aktiviteter

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

Indikatorer	Utfall 2019	Utfall 2020	Riket	Utfall kvinnor	Utfall män
Boendeplatser i särskilt boende som erbjuder minst två organiserade och gemensamma aktiviteter på vardagar, andel (%)	100%	100%	54%	-	-
Boendeplatser i särskilt boende som erbjuder minst en organiserad och gemensam aktivitet per dag under helgen, andel (%)	74%	73%	43%	-	-
Brukare inom hemtjänsten med biståndsbeslut om social samvaro/promenad, andel (%)	45%	42%	-	47%	34%
Äldre som svarar att de är ganska/mycket nöjda med de aktiviteter som erbjuds på sitt särskilda boende, andel (%)	74%	67%	60%	64%	71%
Äldre i särskilt boende som svarar att de upplever att möjligheterna att komma utomhus är ganska/mycket bra, andel (%)	66%	72%	56%	69%	78%

Andelen som svarar att de är **nöjda med de aktiviteter som erbjuds på äldreboendet** har minskat något sedan förra året. Det beror troligen på pandemin. Katrineholm ligger fortsatt högre än riksgenomsnittet med sju procentenheter. Däremot har resultatet på frågan om **möjligheterna att komma utomhus är bra** ökat något, från 66 procent 2019 till 72 procent 2020. Motsvarande siffra för riksgenomsnittet är 56 procent, vilket är en minskning med två procentenheter sedan 2019. Jämfört med riket har Katrineholms kommun klarat av att kunna erbjuda utevistelse i ganska hög grad, men det är stor skillnad mellan olika enheter och även mellan män och kvinnor.

Av de som bor i ordinärt boende i Katrineholm med stöd av hemtjänst upplevde 46 procent att de **inte besväras av ensamhet**. Motsvarande siffror för de som bor på särskilt boende för äldre är att 35 procent svarar att de inte besväras av ensamhet, vilket innebär att en större andel brukare upplever ensamhet än 2019. Det ligger nära till hands att förklara denna skillnad med besöksförbudet på särskilt boende i Katrineholms kommun. Inom både hemtjänst och särskilt boende är det en större andel kvinnor än män som rapporterar både lättare och svårare besvär med ångslan, oro och ångest. För hemtjänsten är det en något större andel än i riket men däremot inte för särskilt boende.

Medborgarfunktionen följer upp indikatorn **beviljade insatser av social tid och promenad inom hemtjänsten** årligen. Av totalt 1021 personer, 385 män och 636 kvinnor, som har omvårdnad och service inom hemtjänsten är det 42 procent som har biståndsbeslut social samvaro och/eller promenad. 47 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. I jämförelse med riket ligger Katrineholm däremot fortfarande väl till både när det gäller nöjdhet och erbjudande av aktiviteter. För att behålla och stärka detta resultat kommer fokus under 2021 att vara att bli ännu bättre på att följa upp och ta reda på vilka aktiviteter brukarna vill ha, till exempel utifrån de individuella genomförandeplanerna. 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 2019 initierades en struktur för formaliserad samverkan mellan vård- och omsorgsförvaltningen och kulturförvaltningen. Detta arbete stannade dessvärre av något under 2020 på grund av corona-pandemin, och kommer förhoppningsvis att kunna återupptas under 2021. Syftet skulle vara att bidra till att verksamheternas gemensamma målgrupper erbjuds en bred och anpassad kulturell verksamhet, bland annat genom att utveckla innehållet i den biståndsbedömda insatsen social tid. Personal har tagit med pussel, memory-spel eller genomfört tipspromenad under insatsen. Vidare påbörjade förvaltningen ett gott samarbete med frivilliga nätverkare som ger verksamheten goda förutsättningar till en bredd av olika aktiviteter och kulturupplevelser. I dagsläget har förvaltningen 90 - 100 frivilliga nätverkare med spridning inom äldreomsorgens verksamheter, och även om verksamheten avstannade något under 2020 har ändå vissa aktiviteter fortsatt eller åter startats upp under hösten.

Måltider

Resultatmål: Måltiderna inom vård och omsorg ska utvecklas

Indikatorer	Utfall 2019	Utfall 2020	Utfall kvinnor	Utfall män	Riket
Äldre på särskilt boende som har möjlighet att välja mellan olika maträtter, andel (%)	37%	33%	-	-	50%
Brukare i särskilt boende vars nattfasta är mindre än 11 timmar (med hänsyn taget till den enskildes önskemål), andel (%)	42%	-			
Äldre som svarar att maten smakar ganska/mycket bra på sitt särskilda boende, andel (%)	79%	76%	73%	81%	75%
Äldre som svarar att måltiderna på sitt särskilda boende oftast/alltid är en trevlig stund på dagen, andel (%)	72%	71%	71%	71%	70%

Andelen som svarade ja på frågan "Upplever du att måltiderna på ditt äldreboende är en trevlig stund på dagen?" minskade med sju procent mellan 2018 och 2019. År 2020 var andelen oförändrad, med 71 procent. Det är i nivå med riket.

Från att ha varit en fråga där kvinnor och män svarade olika, utjämnades skillnaderna 2020. År 2019 svarade 80 procent av männen och 68 procent av kvinnorna att måltiderna i det särskilda boendet för äldre är en trevlig stund på dagen.

På vård- och demensboenden skiljde det ännu mer år 2019. 90 procent av männen och 70 procent av kvinnorna svarade då positivt. I vård- och demensboendena är det fortfarande en liten skillnad, då männen svarar något mer positivt.

Svaren skiljer mycket mellan olika enheter, mellan 55 och 93 procent positiva svar.

De svarande som är 80 år eller äldre är mer positiva än de yngre, 65 – 79 år (79 jämfört med 62 procent). Av dem som rapporterar att deras hälsotillstånd är mycket eller ganska bra tycker 83 procent att måltiden är en trevlig stund på dagen, medan 74 procent av de som rapporterar att deras hälsa är någorlunda eller dålig tycker så.

På riksnivå är det ingen skillnad mellan könen och nästan ingen skillnad mellan åldersgrupperna bland brukare i särskilt boende för äldre vad gäller rapporterad trivsel vid måltiderna. Men av de som rapporterar att måltiden är en trevlig stund på dagen är det 19 procent högre andel som även har rapporterat god hälsa.

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. 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. Förvaltningen kan tyvärr inte presentera några resultat för mätning av nattfasta 2020. Tidigare mätningar visar dock på att detta fortfarande är ett utvecklingsområde.

Hur smakar maten?

Maten smakar oftast mycket bra eller ganska bra, svarade 82 procent av kvinnorna och 79 procent av männen år 2018. Året efter var i stället männen mer positiva med 83 procent positiva svar jämfört med kvinnornas 77 procent. År 2020 hade andelen positiva svar från kvinnor minskat ytterligare till 73 procent medan männens nöjdhet hade minskat marginellt till 81 procent.

I demensboende specifikt är skillnaden mellan könen större än i särskilt boende för äldre som helhet år 2020. Av männen i demensboende svarade 90 procent att de tycker att maten oftast smakar mycket bra eller ganska bra medan 77 procent av kvinnorna svarar så.

I Vad tycker äldre om äldreomsorgen år 2020 svarade en lägre andel av kvinnorna, 72 procent, jämfört med 90 procent av männen (totalt 79 procent) av dem som bor i särskilt boende för äldre i Katrineholm att maten brukar smaka mycket eller ganska bra. Av dem som bor i Igelkotten svarade 83 procent av kvinnorna men bara 50 procent av männen (totalt 73 procent) så.

Om vi jämför åldersgrupper i Vad tycker äldre om äldreomsorgen 2020 visar det sig att den yngre gruppen, 65–79 år, i särskilt boende för äldre i Katrineholm är mer negativ än den äldre. 63 procent säger att maten smakar mycket eller ganska bra, jämfört med 83 procent av dem över 80 år. Av 65–79-åringarna som bor i Igelkotten svarade 86 procent att maten brukar smaka mycket eller ganska bra medan en lägre andel, 70 procent, av de som är 80 år eller äldre och bor i Igelkotten svarade så.

Relaterat till rapporterad hälsa svarade de med mycket eller ganska gott hälsotillstånd mer positivt än de som rapporterar någorlunda, ganska eller mycket dåligt hälsotillstånd. I särskilt boende för äldre är svaren 89 procent jämfört med 75 procent. Bland de som bor i Igelkotten är svaren 80 jämfört med 70 procent.

I riket är det ingen skillnad i hur personer i särskilt boende för äldre tycker att maten smaker mellan åldersgrupperna och mycket liten skillnad mellan könen. Däremot är de med bättre upplevd hälsa 14 procent mer positiva till hur maten smakar jämfört med personer som rapporterar sämre hälsa.

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 tidigare år genomfört en rad insatser för att utveckla arbetet runt mat och måltider. 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.

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. Kvalitetsgranskningen av social dokumentation pekar mot att genomförandeplaner i allmänhet har beskrivning om önskemål och behov i samband med måltiderna för den enskilde. Det är dock ett fortsatt arbete att omsätta mer av brukarnas individuella önskemål och behov i måltidssituationen. På särskilt boende för äldre finns måltidsombud, det vill säga omvårdnadspersonal som arbetar riktat med att utveckla måltidssituationen.

Vård- och omsorgsförvaltningen i samverkan med service- och teknikförvaltningen har infört Valfrihet i matlådan. Från och med mars 2020 erbjuds brukare inom hemtjänsten val mellan tio rätter per vecka. Assistenterna på vård- och omsorgsförvaltningen hanterar beställningarna och kontakterna med brukarna kring detta.

På särskilt boende för äldre samt dagverksamhet finns möjlighet att genomföra så kallade sociala måltider. Då äter en omvårdnadspersonal på avdelningen ihop med brukarna, vilket både syftar till att skapa en trivsammare gemenskap i måltidssituationen och att kunna iaktta förändringar hos brukarna i förmågan att inta mat och dryck och behovet av stöd. Framför allt sker detta på demensavdelningar.

Delaktighet och inflytande

Resultatmål: Ökad möjlighet till delaktighet och inflytande

Indikatorer	Utfall 2019	Utfall 2020	Utfall kvinnor	Utfall män	Riket
Brukarbedömning gruppbostad LSS - Brukaren får bestämma om saker som är viktiga hemma, andel (%)*	75%	-	85%	67%	78%
Boende på servicebostad enligt LSS som svarar att de får bestämma om saker som är viktiga hemma, andel (%)*	82%	-	80%	83%	83%
Brukare inom daglig verksamhet enligt LSS som svarar att de får bestämma om saker som är viktiga, andel (%)	70%**	72%	71%	73%	73%
Brukare med hemtjänst som svarar att personalen oftast/alltid tar hänsyn till åsikter och önskemål, andel (%)	90%	86%	85%	88%	88%
Brukare med hemtjänst som svarar att de oftast/alltid kan påverka vilka tider de får stöd, andel (%)	64%	55%	56%	55%	59%
Brukare inom särskilt boende som svarar att personalen oftast/alltid tar hänsyn till åsikter och önskemål, andel (%)	83%	82%	85%	76%	79%
Äldre inom särskilt boende som svarar att de oftast/alltid kan påverka vilka tider de får hjälp av personalen, andel (%)	63%	65%	63%	69%	60%

*Undersökningen genomförs från och med 2019 ojämnt år på grupp- och servicebostäder och jämna år på daglig verksamhet/daglig sysselsättning. ** Utfallet avser 2017, under 2018 gjordes ingen undersökning..

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 81 procent. Det är ingen könsskillnad i svaren i särskilt boende men i hemtjänst är det något högre andel män som tycker så. Även de flesta anser att **personalen tar hänsyn till den äldres egna åsikter och önskemål om hur hjälpen ska utföras**. För personer med hemtjänst är Katrineholm lite under riksgenomsnittet. I särskilt boende är det en något lägre andel som svarar positivt men det är ändå över riksgenomsnittet. En lägre andel av männen än kvinnorna i särskilt boende svarar att personalen tar hänsyn till deras åsikter och önskemål. I särskilt boende svarar 65 procent att de kan **påverka vid vilka tider som personalen kommer**. På denna fråga har skillnaden mellan könen minskat så att männen från att ha upplevt mycket högre kontroll än kvinnor nu i något högre grad än kvinnor svarar att de kan påverka vid vilken tid de får hjälp. I hemtjänst har andelen positiva svar på frågan sjunkit och är nu lägre än riksgenomsnittet. Män och kvinnor svarar lika på frågan.

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, 62 procent jämfört med 45 procent. I hemtjänst svarar 70 procent av männen men bara 57 procent av kvinnorna att det är så men i särskilt boende är det ingen skillnad. Tillfälliga förändringar kan vara byte av tid eller dag för insatsen, förseningar eller personaländringar.

Brukarundersökningen Funktionsstöd som 2020 genomfördes på daglig verksamhet pekar mot att brukarna ges möjlighet att **vara med att bestämma om sådant som är viktigt för dem**, men resultatet är något lägre än i riket. 90 procent av de som svarat säger att det som de som **gör på den dagliga verksamheten är viktigt för dem**, vilket är 6 procentenheter högre än i riket som helhet.

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, som togs upp i verksamhetsplaneringen redan inför 2020 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 en handlingsplan utifrån den länsgemensamma strategin för stöd till anhöriga. Vård- och omsorgsförvaltningens *anhörigstöd på anhörigcentralen* erbjuder flera olika aktiviteter riktade direkt till anhöriga för målgruppen inom förvaltningen. Anhörigstödet erbjuder anhöriga utbildningar och aktiviteter utifrån behov.

Anhörigstödet program för våren genomfördes som vanligt till mitten av mars, i form av anhörigutbildningar, anhöriggrupper, enskilda samtal, informationer och föreläsningar, anhörigstöd på landsbygden samt prova på massage. Under 13 mars - 10 augusti ställdes alla sammankomster in på grund av pandemin, och samtal med enskilda anhöriga skedde över telefon eller utomhus. Alla träffar, utbildningar och föreläsningar skedde sedan digitalt från och med november. Några grupper ställdes in då omständigheterna för de anhöriga var sådana att digital utbildning inte var lämplig.

Anhörigstödet har deltagit på APT för att informera och diskutera anhörigperspektiv med arbetsgrupper och ledningsgrupp på funktionsstöd. Anhörigstödet har även påbörjat framtagande av samtalsmaterial för personal som möter anhöriga i våra verksamheter.

I oktober genomförde kommunens anhörigstöd en kampanj i sociala medier i samband med nationella anhörigdagen. Årets anhörigvecka blev annorlunda jämfört med andra år, men verksamheten har skapat något nytt och har precis som tidigare arbetat över förvaltningsgränserna.

De månader som anhörigstödet haft öppet under året, januari till mars och augusti till december, har verksamheten haft kontakt med 135 anhöriga, varav 96 personer var nya deltagare. Av de 135 anhöriga är den största andelen kvinnor, 80 procent.

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 aktgranskningen på medborgarfunktionen visade att utredningarna avseende avlösning över lag är tillfredsställande. I november 2020 har totalt 105 personer pågående beslut om avlösning, 62 män och 43 kvinnor. Av dessa har 25 män och 18 kvinnor fått beslut under 2020. Omprövning av beslut granskas inte, inte heller utredningar för personer som fått beslut och avlidit under året. Detta innebär att totalt granskade utredningar är 27 (11 kvinnor och 14 män). De akter som granskats enligt LSS avser barn. Utredningarna är förenklade och innehåller i stort sett autotext om att den enskilde har rätt till avlösning för att ge anhöriga 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. Ett förbättringsområde i handläggningen är att diskutera om utredningar om avlösning, framför allt den avgiftsfria, behöver innehålla mer anhörigperspektiv eftersom insatsen riktar sig till den anhörige.

Kvalitetssäkring av Social dokumentation

Inom vård- och omsorgsförvaltningens verksamheter har 86 kvalitetsgranskningar av brukares sociala dokumentation gjorts under 2020. Med social dokumentation menas genomförandeplaner och utförarnas genomförandejournal, och den är av stor vikt för att kunna ge ett individuellt anpassat stöd. Granskningarna görs av personer inom verksamheterna, så kallade dokumentationsstödjare. Ofta görs granskningen tillsammans med den som skrivit genomförandeplanen, för att det skall ingå i en lärande process.

Merparten av granskningarna har gjorts på särskilt boende för äldre samt funktionsstöd. En ny granskningsmall togs fram inför 2020 som är nära kopplad till kommunens resultatmål och verksamhetsområdenas planering. Granskningarna mäter dels om olika viktiga områden finns med i genomförandeplanen, men också hur väl man i planeringen beskrivit dem, eftersom målet är att genomförandeplanen alltid skall vara ett praktiskt och lättförståeligt arbetsverktyg. Resultatet visar på fortsatta utvecklingsområden, till exempel när det gäller hur brukarnas delaktighet i sin planering beskrivs. Det går också att se skillnader i fokus hos verksamhetsområdena, till exempel har man på särskilt boende för äldre arbetat med att få in nattperspektivet i genomförandeplanen, så att det nu finns beskrivet i 80% av de granskade planerna. Detta har inte varit lika aktuellt att arbeta med för de enheter som i år gjort många granskningar på funktionsstöd, till exempel resurscenter (daglig verksamhet).

Det finns i allmänhet beskrivet hur själva omvårdnaden och måltidssituationen skall gå till. Men även här ser man möjligheten att utveckla dokumentationen mer mot "hur" brukaren tillsammans med personalen överenskommit hur insatserna skall gå till, snarare än bara "vad" insatsen är. Utifrån kvalitetsgranskningarna ser både förvaltningen och verksamheterna själva behov av fortsatt arbete med att i genomförandeplanerna beskriva vad som gör brukarna trygga och vad som är ett bra bemötande för brukaren. Det har skett ett stort arbete med att fånga upp detta redan under 2020, och i nästan alla granskade genomförandeplaner på särskilt boende för äldre och över hälften på Funktionsstöd finns det beskrivet. I de fall detta finns med i den granskade dokumentationen ser de som granskat tydligt fördelarna med att dessa områden finns med.

Det framkommer också att ett fortsatt arbete med kvalitetsuppföljning av genomförandejournaler krävs, då granskningarna visar att journalföringen i vissa fall kan vara svår att följa. Kvalitetsgranskningar och övrigt arbete belyser även att det finns stora skillnader mellan olika enheters kompetens inom social dokumentation, och att punktinsatser behöver göras, bland annat genom att säkerställa att det finns dokumentationsstödjare på alla enheter och att dessa får utbildning och möjligheter att stötta övrig personal.

Aktgranskning inom medborgarfunktionen

För aktgranskningen har ett antal akter/utredningar granskats för att säkerställa rättssäkerhet. Urvalet består av akter med nya beslut om avlösning och kontaktperson enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) och socialtjänstlagen (SoL). Under perioden den 1 januari – 30 november 2020 fattades 11 nya beslut (inte omprövningar) samt 3 beslut om avslag avseende insatsen kontaktperson enligt LSS och 3 beslut som bistånd enligt SoL, inom socialpsykiatri.

Resultatet av granskningen avseende kontaktperson är sammanfattningsvis att utredningarna som helhet är kvalitetsmässigt goda. Dock finns förbättringsområden för handläggningen. Avseende bedömning av barnets bästa behöver den delen beaktas vid utredning. Vidare

genomgång av barnperspektiv och diskussioner om detta behövs. Individuella målsättningar för insatsen behöver förbättras.

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, intern kommunikation, intern samverkan, värdegrund och fackliga samverkan. Arbete har påbörjats inom dessa områden och vissa åtgärder har genomförts.

Klagomål och synpunkter

Två gånger per år redovisas klagomål och synpunkter för vård- och omsorgsnämnden. Kommunikering och åsikter kring planering av enskilda brukares beviljade insatser, som ibland tangerar till att vara synpunkter, finns inte med i redovisningen. För mer info om detta område hänvisas till dessa rapporter.

Avvikelser

Under 2018, 2019 och 2020 har avvikelsehanteringen varit ett prioriterat område på förvaltningen. När det gäller 2020 har verksamhetsområdena för första gången genomfört övergripande analyser för delår och helår på ett gemensamt och strukturerat sätt med tillhörande handlingsplaner, och i kvalitetsberättelsen 2020 lyfts dessa analyser fram.

Totalt sett har förvaltningen 2020 något färre avvikelser än tidigare, både 2019 och 2018. Av totalt 3577 inrapporterade avvikelser har 2441 bearbetats och avslutats vid årets slut. 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 3 januari 2021. 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 2020 står 792 avvikelser som ej bedömda, vilket är 22 % av avvikelserna. Merparten av dessa avvikelser är från årets sista tre månader, främst december. Av de avvikelser som finns i systemet vid utgången av 2020, avslutade eller under bearbetning, har 2681 stycken minst en åtgärd registrerad.

Totala antalet avvikelser per verksamhetsområde för helår 2020

Verksamhetsområde	LSS	HSL	SoL	SoL/HSL LSS/HSL	Ej bedömd	Totalt	Varav avslutade
Funktionsstöd	168	352	38	7	112	677	407
Förvaltningskontor*		246	76	14	46	382	298
Äldreomsorg		1007	726	151	634	2518	1736
Totalt	168	1605	840	172	792	3577	2441

* Under Förvaltningskontoret ligger även avvikelser som rapporterats och utretts av externa hemtjänstutförare. De externa utförarnas avvikelsehantering har diskuterats på samarbetsträffar med respektive företag under 2020. Endast två avvikelser härrör från förvaltningens egen Medborgarfunktion.

Avvikelser på enhetsnivå

Det finns några enheter som står ut med många ej bedömda avvikelser, och uppföljning av detta kommer att göras under 2021. I vissa fall går det att koppla till chefsbyten och eftersläpning. Vid chefsbyten och nyanställningar får nya chefer en två timmars genomgång om lex Sarah och avvikelshanteringen, med möjlighet till återkoppling efter en tid. Det finns några verksamheter som har mycket få "ej bedömda" avvikelser, där alla avvikelser är antingen under bearbetning eller avslutade, trots att vissa stora enheter har många avvikelser. Fortsatt arbete behöver göras med att säkerställa att avvikelshanteringen ligger i fas på alla enheter. Särskilt behöver samarbete mellan legitimerad personal och enhetschef beaktas för att löpande kunna hantera läkemedelsavvikelser.

Analys av avvikelser och handlingsplan inom verksamhetsområdet Funktionsstöd

Det mest förekommande området för avvikelser är läkemedelshantering, där den vanligaste orsaken är missade signeringar. Utifrån detta arbetar alla enhetschefer på arbetsplats-träffar tillsammans med medarbetarna för att se över och hitta nya arbetssätt för att minska detta. I hanteringen av dessa avvikelser är också sjuksköterska med. Att skriva avvikelser gällande hantering av läkemedel är väl känt och uppfattas som tydligt och enkelt för medarbetarna. Funktionsstöd har 31 avvikelser som rör området bemötande under året. När det gäller att skriva avvikelser på utebliven omvårdnad, brister i omvårdnad eller bemötande så upplevs det ottydligare och svårare för medarbetare att veta hur och när de ska skriva. Kunskap inom avvikelse kopplat till LSS är generellt dålig och det är en av de åtgärder som området behöver fokusera på. Det behöver också klargöras i systemet när man väljer HSL eller LSS, det upplevs att många medarbetare fyller i LSS eftersom de jobbar inom detta område, inte att de fyller i område kopplat till själva avvikelstens art, till exempel att man utför en delegerad uppgift och då skall skriva avvikelsten under HSL.

Inom avvikelseområdet "fall" är dessa avvikelser kopplade till ett litet antal brukare, några av dem är äldre och bor på servicebostad där det är svårt att anpassa bostaden. Behovet för dessa brukare kan vara annat typ av boende, och detta har lyfts i samband med boendeplanering. Tät samverkan med sjuksköterska pågår gällande dessa avvikelser för att hitta individuella åtgärder.

En ny rutin för kvalitetsråd har tagits fram inom Funktionsstöd, där en del bland annat handlar om avvikelser som en stor del i kvalitetsarbetet. Där tar man upp särskilt allvarliga avvikelser (lex Sarah, lex Maria) samt tittar på sammanställning av avvikelser för hela chefsområdet för att se mönster och sedan arbeta fram åtgärder. Målet är att arbeta med lärande organisation och få till nätverksträffar för att diskutera allvarliga avvikelser (avpersonifierade) och delge varandra sina erfarenheter och kompetens.

Fokus på verksamhetsnivå framåt blir att arbeta med att få till systematiskt arbete och uppföljning gällande avvikelshantering och åtgärder utifrån den nya rutinen. Kontinuerlig och systematisk genomgång av rutiner för avvikelshantering och lex Sarah och lex Maria är påbörjad och kommer att fortsätta 2021.

Åtgärd	Mål	Slutdatum	Ansvarig	Uppföljning
Genomgång av rutin för avvikelser	Öka kunskapen	211231	Verksamhetschef och enhetschefer	december
Genomgång av rutin för lex Sarah och lex Maria	Öka kunskapen	211231	Verksamhetschef och enhetschefer	december
Utbildning i bemötande och värdegrund	Ökad förståelse för våra brukare	211231	Verksamhetschef och enhetschefer	december
Tema "brister i bemötande/omvårdnad" kopplat till LSS	Kunskap om lagen och vårt uppdrag	211231	Verksamhetschef och enhetschefer	december

Åtgärd	Mål	Slutdatum	Ansvarig	Uppföljning
Utveckla kvalitetsråden genom nya rutinen	Öka kunskapen samt kvalitetssäkra verksamheten	211231	Verksamhetschef och enhetschefer	december
Genomgång av rutin för läkemedels-hantering	Öka kunskapen	211231	Verksamhetschef och enhetschefer med SSK	december
Genomgång av rutin för begränsnings-åtgärder	Öka kunskapen om vad begränsningar är och vad som gäller med samtycke	211231	Verksamhetschef och enhetschefer med SSK	december

Funktionsstöds uppföljning av handlingsplanen vid helår 2020

Åtgärd	Kommentar
Genomgång av rutin för avvikelser	Arbetet är påbörjat på Apt och på kvalitetsråd och kommer fortgå under 2021.
Genomgång för rutin av lex Sarah och lex Maria	Arbetet är påbörjat på Apt och på kvalitetsråd och kommer fortgå under 2021.
Utbildning i bemötande och värdegrund	Genomgång av värdegrundshäftet på Apt inom samtliga enheter har gjorts under hösten, arbetet fortsätter 2021.

Analys av avvikelser och handlingsplan inom verksamhetsområdet Äldreomsorg

Analysen togs fram delår 2020, och den och åtgärdsplanen gäller även för helår 2021 då aktivt förbättringsarbete inte kunnat göras på grund av pandemin. Förhållandena i statistiken har inte förändrats under resten av 2020.

Enligt statistiken är det vanligast förekommande avvikelseområdet "Fall" med avvikelseaktiviteten "Fall utan skada". Näst vanligast förekommande avvikelseområdet är Läkemedel med avvikelseaktiviteten "Läkemedel, uteblivet". Därefter hamnar Insatser/omvårdnad med avvikelseaktiviteten "Insats/omvårdnad utebliven".

Denna statistik stämmer dock inte helt, utifrån att personal registrerar avvikelser under fel kategori, så mer utbildning och en tydligare implementering av rutinen för avvikelserapportering behövs, samt också större möjlighet för till exempel enhetschefer att kunna ändra avvikelseområde och/eller avvikelseaktivitet.

På vissa enheter förekommer det att enskilda brukare faller mycket. På vissa enheter inom ordinarie boende är fallolyckor mindre vanligt förekommande. Fortsatt analys av vidtagna och förebyggande åtgärder krävs. Det kan dock finnas ett mörkertal i ordinarie boende utifrån att alla fallolyckor inte upptäcks. Extra tillsynsbesök vid fallbenägenhet har en oklar effekt, eftersom det förekommer att brukare ramlar utöver tillsynsbesöken.

Gällande läkemedelsavvikelser förekommer det brister i dokumentation och kommunikation mellan de olika yrkeskategorierna. Läkemedelsordinationerna förändras ofta, vilket innebär att personal ständigt behöver uppdateras på förändringar. Digital signering via verksamhetssystemet bör underlätta arbetet och minska antalet avvikelser. Brist på vikarier, låg personalkontinuitet, samt brist på personal med delegeringar innebär en stress hos personal samt att arbetsuppgifter inte alltid prioriteras på rätt sätt.

Det finns aktuella rutiner. Det är dock viktigt att kontinuerligt jobba med utbildning/kompetenshöjning för personal. Utbildning/kompetenshöjning gällande läkemedelshantering, följsamhet till gällande rutiner, och gällande lagstiftningar behöver fortgå kontinuerligt. Även utbildning i stresshantering för vårdpersonal.

Följande åtgärder har varit mest förekommande: Arbetsplatsdiskussion, "tom" (dvs ingen åtgärd ännu satt), enskilt samtal, kontakt med sjuksköterska, samt "övrigt".

Åtgärderna anses leda till förbättring. Det är vanligt förekommande att avvikelser diskuteras på teamträffar, handledning och kvalitetsråd, dessa kan dock inte väljas i avvikelsemodulen.

Följande åtgärder har gett bra resultat och som skulle kunna spridas som goda exempel till andra enheter/verksamheter i förvaltningen:

Översyn av verksamhetsplaner och vårdplaner tillsammans med sjuksköterskor inom ordinärt boende, och tydliggörande av dessa har lett till att många åtgärder har vidtagits med god effekt och därmed mindre avvikelser. Ett bra samarbete mellan enhetschef och legitimerad personal är en förutsättning för ett gott resultat. Utvecklingen av IBIC med tydligare insatsplaner, har lett till ökad tydlighet för personal om vad som ska göras hos brukare. Att all vårdpersonal ska läsa och skriva journal/planer är ett utvecklingsområde. Att det saknas fysioterapeuter påverkar patientsäkerheten, vilket vi ska ha under särskild bevakning om utvecklingen fortsätter på samma vis.

Åtgärd	Mål	Slutdatum	Ansvarig	Uppföljning
Förtydliga hur avvikelser ska registreras i verksamhetssystemet. - Visa filmer samt tydliggöra med praktiska exempel i dessa. - Att delge information i olika forum. - Undersöka om det är möjligt att lägga in hjälptexter i verksamhetssystemet - undersöka om chefer kan ändra rubriceringen	Säkerställa att statistiken speglar verkligheten	2021-12-31	Verksamhetschef äldreomsorg	
Undersöka möjligheten till digital signering	Säkerställa en korrekt läkemedelshantering	2021-12-31	Verksamhetschef äldreomsorg	
Tydliggöra och kommunicera gällande prioriteringsordning	Minska antalet läkemedelsavvikelser samt öka följsamheten till att avvikelser registreras	2021-12-31	Verksamhetschef äldreomsorg	
Fortsatt/kontinuerligt arbete med senior alert samt samarbete mellan professioner	Reducera antalet fallolyckor	2021-12-31	Verksamhetschef äldreomsorg	

Analys av avvikelser och handlingsplan på verksamhetsområdet Förvaltningskontoret

Förvaltningskontoret har analyserat de inkomna avvikelserna på ett övergripande plan, dels vid delår samt vid helår 2020. I förvaltningskontoret ingår medborgarfunktionen med handläggare och boendesamordnare, kommunens hälso- och sjukvård, specialistfunktionen samt bemanningenheten.

Verksamhetsområdet har sammanlagt 382 inrapporterade avvikelser under 2020, av dessa har 282 avslutats med åtgärd och uppföljning vid 2021-01-01. 37 avvikelser ligger som "Ny", det vill säga att det inte går att se om hantering har påbörjats.

Hälso- och sjukvården, det vill säga sjuksköterskor och rehabenheten, har sammanlagt 110 avvikelser, 27 ej bedömda och 46 avslutade. Det finns en puckel i juli med 31 avvikelser, varav 13 fortfarande ligger som "ej bedömda". En stor del av läkemedelsavvikelserna i statistiken är rapporterade på och bearbetade av LOV-företagen som utför extern hemtjänst. Uppskattningsvis är det bara ca 20% av HSL-avvikelserna som rör själva hemsjukvårdens organisation med den legitimerade personalen. Ledningsgruppen för Förvaltningskontoret bedömer att det är svårt att se mönster i de avvikelser som finns för de egna verksamheterna, utan det rör sig till

stor del om enskilda händelser. Analys kring avvikelser för sjuksköterskor på korttidsboende är att den legitimerade personalen där upplever det svårt att hinna med, att stress är orsaken till att det sker avvikelser. Analysen pekar mot att det finns flera ärenden där patienterna till exempel kommer till korttidsavdelningarna från sjukhuset sent på dagen vilket medför risker i patientsäkerhetsarbetet. Det tillkommer mer läns-gemensamt arbete som kan innebära att det blir ännu större tidsbrist. Ytterligare en synpunkt utifrån detta är att man bör verka för att i högre grad ha möjlighet att styra bemanningen av legitimerad personal på korttiden utifrån aktuell vårdtyngd. Rehabiliteringen tar upp att de inte kan skriva avvikelser på sig själva, till exempel när de inte hinner göra inflyttningsbedömningar. Sjuksköterskor däremot skriver avvikelser på sig själva, men avvikelserna är då kopplade till aktuell patient.

Under medborgarfunktionen ligger sammanlagt 272 avvikelser (165 st HSL), 19 ej bedömda och 252 avslutade. Själva medborgarfunktionen på vård- och omsorgsförvaltningen har 2 avvikelser, från januari. Medborgarfunktionen tog upp redan vid delår att dessa hörde hemma hos IT-enheten, och de är åtgärdade och kommer att avslutas. De övriga tillhör LOV-företagen Uppföljningar kring avvikelshanteringen sker även med LOV-företagen vid avstämningsmöten.

Bemanningsenheten har fått en synpunkt, men har inte några avvikelser utifrån organisatoriska ärenden.

En förändring i statistiken jämfört med delår är att "Tom" (åtgärd ännu inte satt) inte längre är den vanligaste åtgärden. Enskilt samtal har blivit det istället. Det tyder på att man går igenom avvikelserna och slutför dem i högre grad.

Vid analysen tar ledningsgruppen på förvaltningskontoret upp problemen med felaktig styrning av avvikelser, vilket man menar även är en felkälla i statistiken. Avvikelser hanteras eller avslutas inte alltid hos den som "äger problemet" trots att man skickar meddelande om att den bör hanteras. Förvaltningskontoret ser över möjligheten att flytta avvikelser i systemet, eller hur man kan arbeta med mer information om hur den ska hanteras, under 2021.

Förvaltningskontorets ledningsgrupp ser vidare ett behov av utvecklingsarbete i verksamheterna med att identifiera risker och skriva avvikelser utifrån risker kopplade till brukar/patientperspektiv, samt behov av att personalen får information och utbildning för att kunna skriva avvikelserna inom rätt lagrum.

Åtgärd	Mål	Slutdatum	Ansvarig	Uppföljning
Införande av digital signering läkemedel	Pilot på en enhet, tidsplan, införande som helhet	2021-12-31	Verksamhetschef FVK	2021-12-31
Se över hur rehabs avvikelser är kopplade	Kunna skriva på sig själva	2021-03-01	Verksamhetschef FVK	2021-04-01
Se över möjligheten att styra avvikelser rätt	Kunna styra till utförare	2021-03-01	Verksamhetschef FVK	2021-04-01

Åtgärder och uppföljning av avvikelser

Under 2020 har arbete påbörjats med att rensa bland, förändra och uppdatera de olika åtgärderna som går att välja på i avvikelshanteringen. Dessa skall bli mer användbara och uppföljningsbara, genom att styras mer mot faktiska åtgärder än processen kring utredningen.

De mest förekommande åtgärderna som genomförts är enligt statistiken:

- Arbetsplatsdiskussion
- Kontakt sjuksköterska
- Enskilt samtal
- Ändrade rutiner

Först på fjärde plats kommer åtgärder som egentligen kan ses som förändringar i arbetssätt eller riktade åtgärder utifrån den specifika avvikelser. De andra åtgärderna handlar, utifrån vad vi sett i arbetet med avvikelshantering, mer om utredning eller om åtgärder som i vilket fall nästan alltid ska vidtas. Åtgärdernas effekt skall bedömas i samband med att de följs upp. En anledning till att många av åtgärderna 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. Åtgärderna behöver bli mer precisa och i många fall även kopplas till 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	2020
Allvarligt missförhållande	2	5	5	1	4	2
Påtaglig risk för ett allvarligt missförhållande	4	1	0	0	1	0
Missförhållande	3	2	6	5	7	2
Påtaglig risk för ett missförhållande	1	2	0	1	0	0
Totalt	10	10	11	7	12	4

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

	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Totalt	10	2	2	4	5	5

Under 2020 inkom 78 lex Sarah-rapporter. Det är avvikelser i verksamhetssystemet där personal kryssat i att avvikelserna kan vara föremål för en lex Sarah utredning. Vid flertalet av dessa har det omgående eller efter en kortare utredning kunnat konstateras att dessa händelser inte utgör ett missförhållande och en utredning enligt lex Sarah har inte inletts. 9 rapporter som inkommit, antingen via avvikelshantering eller på annat sätt, ledde till utredning enligt lex Sarah. En rapport inkom tidigt i januari 2021 men rör till viss del händelser under 2020.

Två ärenden bedömdes som ett allvarligt missförhållande och två som missförhållande. Fem ärenden bedömdes inte utgöra ett missförhållande, Det finns även två övriga ärenden där utredning ännu inte kunnat slutföras av olika skäl.

Lex Sarah ärendena 2020 har handlat om (ett ärende kan ha berört flera områden):

- Brister i bemötande från personal – 4 stycken
- Brister i hantering av sekretesshandlingar - 1 stycken
- Ekonomiskt övergrepp - 1 stycken

Orsakerna till det inträffade som har identifierats i samband med utredning har bland annat varit oklara rutiner, avsaknad av rutiner, inte följsamhet till befintliga rutiner, brister i personcentrerat förhållningssätt, 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.

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.

Ett av de ärenden som anmäldes till IVO har fått beslutet att ärendet avslutas och att IVO inte kommer att vidta några ytterligare åtgärder. Skälen för beslutet 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 har IVO begärt kompletteringar till utredningen gällande vilka konsekvenser missförhållandet fått för den enskilde och vilka åtgärder som förvaltningen gör för att förhindra att missförhållande upprepas. Händelsen inträffade i mellandagarna 2020 och utredningen genomfördes skyndsamt, komplettering till IVO sker i februari 2021.

Tillsynsbesök från Inspektionen från vård och omsorg

Vård- och omsorgsförvaltningen har under 2020 varit föremål för extern granskning. Granskningen har rört förvaltningens hantering av corona-pandemin på särskilda boenden för äldre och resultatet av granskningen hanteras under början av 2021.

Risakanalys

Vid förändringar av befintlig verksamhet eller personalförändringar skall risk- och konsekvensanalyser genomföras.

Bland annat har ett flertal risk- och konsekvensanalyser genomförts på olika nivåer i samband med corona-pandemin och olika mindre organisationsförändringar inom verksamhetsområdena. En större risk- och konsekvensanalys genomfördes ur smittskyddsperspektiv samt kring läkemedelshantering inför flytt av brukare till det nya boendet Dufvegården.

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
- Presentera och visualisera information i ny struktur på intranätet
- Kvalitetsuppföljningssystem med tydligt aktivitetshjul
- Utvecklat arbete med risk- och konsekvensanalys på olika nivåer
- 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.