



Kristianstads
kommun

www.kristianstad.se

Kvalitetsberättelse 2021

Innehållsförteckning

Kvalitetsberättelse 2021	3
Inledning	3
Sammanfattning	3
Övergripande mål och strategier	4
Organisation och ansvar för kvalitetsarbetet inom SoL/LSS	4
Kvalitetsledningssystemets grundläggande uppbyggnad	5
Processer, riktlinjer och rutiner	5
Samverkan för att förebygga kvalitetsbrister	7
Systematiskt förbättringsarbete	8
Riskanalyser	8
Egenkontroll	10
Brukarundersökning	12
Evidensbaserade metoder	14
Utredning av avvikelser	16
Klagomål och synpunkter	20
Personalens medverkan i kvalitetsarbetet	21
Dokumentation	22
Förbättringsområde för 2022 års kvalitetsarbete	22
Bilaga 1 – Omsorgsförvaltningens styrkort 2021	23
Bilaga 2 – Egenkontroller 2021	24
Bilaga 3 – Lex Sarah 2021	26
Bilaga 4 – Förbättringshjulet	29

Kvalitetsberättelse 2021

Inledning

Den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) bör med dokumentation som utgångspunkt varje år upprätta en sammanhållen kvalitetsberättelse enligt Ledningssystem för kvalitetsarbete SOFS 2011:9 kap 7 § 1. Innehållet i kvalitetsberättelsen ska ge svar på hur det systematiska och fortlöpande kvalitetsarbete har fungerat under året, vilka åtgärder som vidtagits samt vilka resultat som uppnåtts. Definitionen på kvalitet är att verksamheten uppfyller de krav och mål som gäller för verksamheten enligt lagar och föreskrifter om hälso- och sjukvård, socialtjänst och stöd och service till vissa funktionshindrade och beslut som meddelas av sådana föreskrifter.

Sammanfattning

Pandemin har påverkat förvaltningen även detta år, men glädjande är att förebyggande verksamheter har kunnat öppna upp så smått och det inte råder besöksförbud på boendena.

Analysdagar har genomförts för att samverka "tänka stort" kring omvärldsanalys, prioriterade områden och styrkort 2022. Uppföljningsdag genomfördes i mars.

Vissa processgrupper har jobbat med revidering av dokument kopplat till kvalitetssystemet, andra grupper har gjort omstart i och med implementering av nytt kvalitetssystem. Nya rutiner har tillkommit utifrån till exempel nya digitala verktyg, samverkan, skydds- och begränsningsåtgärder.

Riskanalyserna som genomförts har i år haft större fokus utifrån kund- och kvalitetsperspektiv än tidigare år. Tidigare var fokus till största delen utifrån medarbetarperspektiv.

Ökad medvetenhet kring jämställdhetsarbetet på förvaltningen. Det visar sig bland annat genom resultatredovisning i vissa egenkontroller.

Förvaltningen som helhet genomförde under 2021 många egenkontroller, där några kontroller var samma eller liknande utifrån verksamheternas behov.

Årets intern kontroll omfattade sex kontrollområden.

Brukarundersökning för äldreomsorgen har inte genomförts under året. Funktionsstöd har genomfört brukarundersökningar på gruppboende och daglig verksamhet.

Den digitala utvecklingen fortgår med bland införande av läkemedelsskåp och av moduler i Lifecare.

Arbetet med de evidensbaserade metoderna har varit varierat. Omtag är gjort i arbetet med BPSD medan delaktighetsmodellen inte kunnat genomföras pga. pandemin.

Engagerade medarbetare närmast kund är den viktigaste resursen i kvalitetsarbetet. Under året har det funnits många webbutbildningar tillgängliga och beroende på behov på verksamheten har utbildningar genomförts. Insatser har också gjorts utifrån utvecklingsdagar, dialog på APT och liknande.

Specialistutbildningar för undersköterskor har fortgått under året i och med satsningen Äldreomsorgslyftet.

Ett område som förvaltningen kommer att arbeta med under 2022 är värdegrundsarbete i syfte att förbättra kvaliteten mot kund.

Övergripande mål och strategier

Kristianstad kommuns strategiska färdplan tydliggör kommunens vision, mål och strategi. Kristianstad kommuns vision är "Vi lyfter tillsammans". Visionen beskriver hur vi vill att samhället ska vara, vad kommunen ska satsa på och vilken riktning vi ska ta. Nyckelord är tanke, trivsel och tillväxt. För åren 2021–2024 finns en ny strategisk färdplan som baseras på fem målområde som kommer att återfinnas i styrkortet 2022.

Kristianstads kommuns vision, som har sin grund i medborgarnas behov, nås med tydliga mål och uppdrag och arbete med hög kvalitet. Kommunens personalidé bygger på medarbetares ständiga vilja att utvecklas och att bidra till andras utveckling. Personalidén utgår från värdegrunden med värdeorden: Medborgarvärde, Öppenhet, Delaktighet och Glädje.

Kvalitetsmål för äldreomsorgen i Kristianstad kommuns omsorgsförvaltning anges i den lokala värdighetsgarantin. Den bygger på Socialtjänstlagen (SoL 5 kap 4§). Dessa värdighetsgarantier lyder:

- Gott bemötande
- Meningsfull vardag – att känna livslust och glädje
- Individuell planering
- Mat – och måltidsmiljö
- Omsorg vid livets slut

Värdegrundsarbete för funktionsstöd vilar på nyckelbegreppen självbestämmande, delaktighet, inflytande, helhetssyn och kontinuitet samt allas lika värde.

Omsorgsförvaltningens mål finns i styrkortet för 2021, bilaga 1.

Organisation och ansvar för kvalitetsarbetet inom SoL/LSS

Socialtjänstlagen (SoL) 3 kap 3 § beskriver: "Insatser inom socialtjänsten skall vara av god kvalitet, för utförandet av socialnämndens uppgift skall det finnas personer med lämplig utbildning och erfarenhet. Kvaliteten i verksamheten skall systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras." Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) innehåller motsvarande bestämmelser.

All personal inom verksamheten har ett ansvar att bidra till en god kvalitet enligt 14 kap 2§ SoL och 24a§ LSS.

För att kvalitetsarbetet inom omsorgsförvaltningen ska bedrivas systematiskt finns det en angiven fördelning av ansvar och befogenheter. Denna ansvarsfördelning finns publicerad i kvalitetsledningssystemet, se [Ansvarsfördelning kvalitetsledningssystem \(kristianstad.se\)](https://www.kristianstad.se/ansvarsfordelning-kvalitetsledningssystem)

Kvalitetsledningssystemets grundläggande uppbyggnad

Föreskriften om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete SOSFS 2011:9 beskriver syftet med ett ledningssystem: "att verksamheten systematiskt och fortlöpande ska kunna utveckla och säkra kvaliteten utifrån de krav och mål som gäller enligt lagar och förordningar. Detta uppnås genom att ledningssystemet stödjer arbetet med att planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten", figur bilaga 4.

Processer, riktlinjer och rutiner

Verksamheterna inom SoL/LSS ska enligt SOSFS 2011:9 4 kap 2–4§ identifiera, beskriva och fastställa de processer i verksamheten som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet. En process är en serie aktiviteter som främjar ett bestämt ändamål eller ett avsett resultat. I varje process ska det tydligt framgå vilka aktiviteter som ingår samt bestämma inbördes ordning. Rutinerna ska beskriva ett bestämt tillvägagångssätt för hur en aktivitet ska utföras samt ange hur ansvaret för utförandet är fördelat i verksamheten.

Omsorgsförvaltningens kvalitetssystem hanteras av processgrupper som tillhör respektive verksamhetsområde samt en förebyggande process. Kvalitetsledningssystemet är ett av ansvarsområdena som det åligger processgrupperna att revidera och hålla aktuellt. Processgrupperna träffas regelbundet.

Processer och rutiner finns tillgängliga för samtliga medarbetare i förvaltningens Handböcker.

Resultat 2021

Förvaltningens arbete har även i år påverkats av den pågående pandemin.

Arbetet med det nya kvalitetssystemet påbörjades under våren. Uppstarten bestod i att skapa strukturen i systemet för processtråd, flöde och struktur för dokumentframtagning, granskning och godkännande. Detta arbete gjordes i projektform tillsammans med Arbete och Valförvaltningsförvaltningen samt Hjälpmedelcentrum Östra Skåne. Hösten har inneburit workshops med processgrupperna för att skapa processkartor och ge utbildning i systemet.

Rutinen för skydds- och begränsningsåtgärder har uppdaterats och tydliggjorts för att minska kvalitetsbrister.

Under året har IBIC ombud träffats i olika lokala nätverk kopplat till förvaltningens olika verksamheter. Beroende på verksamheternas olika behov har IBIC ombud och socialt ansvarig samordnare träffats i bland annat workshops, lärarledd utbildning eller andra uppföljningsmöte. Stödmaterial har också skapats i samverkan med verksamheterna.

Olika insatser kopplat till avvikelser, hantering av dessa och analyser har gjort under året. Detta redovisas nedan under kapitlet "Utredning av avvikelser".

Vård- och omsorgsboende (VoBo)

För verksamheten vård- och omsorgsboende har arbete i processgruppen fortgått under året:

- Gruppen har arbetat med rutiner för införande av digitala läkemedelsskåp
- Genomfört uppdatering av en del rutiner från handboken
- Med hjälp av kommunikatören tagit fram ny mall för information om våra boende på hemsidan och som broschyr.

Under året har arbete skett vad gäller framtagande av gemensamma rutiner för processen korttidsboende, och processdelen har tillförts VoBo processgrupp under hösten.

Fler enheter har på nytt kommit igång med verkställighetsmöten (VSM) och riskbedömningar i Senior Alert och BPSD på ett bra och utvecklat sätt. Samarbetet med legitimerad personal har överlag förbättrats på enheterna. Samverkansgrupp HSV och VoBo har arbetat med kompletterande checklistor för VSM möten för att förbättra följsamheten till rutin för VSM.

Stödmaterial kring arbetet med genomförandeplaner har implementerats på hälften av enheterna, detta är ett arbete som fortsätter kommande år.

Satsningar har gjorts med att förbättra analyser av avvikelser, bland annat genom konkreta exempel på hur en analys ska skrivas och dialoger på ledningsgruppsmöte för att dela tankar och erfarenheter.

Inom VoBo finns en processgrupp.

Ordinärt boende

I ordinärt boende har nedanstående arbete genomförts:

- Öka kundtiden, vilket har varit svårt med anledning av pågående pandemin
- Öka personalkontinuiteten. På grund av pågående pandemi har det varit svårt att påverka på totalen med ökad sjukfrånvaro och därmed ökat behov av vikarier.
- Aktivt förebyggande arbete utifrån olika projekt mot kundernas upplevda ensamhet.
- Ökad enhetlighet kring hur planeringen för arbetet i utförandet mot kund. Detta arbete har fortlöpande utvärderats.

Inom ordinärt boende finns en processgrupp. Denna har arbetat på uppdrag av verksamhetschefen med att skapa rutiner som verksamheten har behov av för att på bästa sätt utföra uppdraget.

Funktionsstöd

Under året har funktionsstöds viktigaste aktiviteter varit:

- Fortbildning utifrån utbildningsplanen och pågående implementering av arbetssätt och metoder såsom tydliggörande pedagogik, AKK och lågaffektivt bemötande. Avvikelse rapporter som analyseras kvartalsvis. Analyserna har utvecklats genom dialog och goda exempel på ledningsgrupperna
- Fokus på social dokumentation och IBIC bland annat genom ombudsträffar, stödmaterial för implementering, halvdag med enhetschefer
- Kompetenshöjande insatser tillsammans med HSV för ökad användning av kommunikativt och kognitivt stöd i syfte att skapa delaktighet för kunder
- Värdegrundsarbete utifrån både kommunens och LSS/SoL värdegrund
- Verkställighetsmöte enligt ny rutin
- Åtgärder utifrån brukarundersökningar

I funktionsstöd finns sex processgrupper.

Hälso- och sjukvården

En förutsättning för att kunna arbeta i team och med patientens/kundens behov i fokus är fungerande verkställighetsmöten. Under året har förbättringsarbeten med syfte att få till ett systematiskt arbetssätt och ökad kvalitet genomförts tillsammans med funktionsstöd och vård- och omsorgsboende.

För att öka kunskapen hos medarbetarna och kvaliteten på insatserna inom området psykisk hälsa så har en förvaltningsövergripande psykiatrisjuksköterska anställts. Under året har ett nätverk med specialistundersköterskor psykiatri byggts upp, riktade utbildningar inom området genomförts samt handledning till personal i individärenden getts.

Myndighetsenheten

Förvaltningens förebyggande enhet har även i år påverkats av pandemin vilket begränsat utbudet av aktiviteter för våra medborgare. Under året har ett digitalt anhörigstöd "En bra plats" införts och spridits hos både interna och externa utförare.

Processgrupperna har arbetat aktivt såväl inom enheten men även tillsammans med verkställigheten. Granskning av kundtid där jämförelse mellan beställd tid, planerad tid och utförd tid har genomförts tillsammans med hemtjänsten.

Digital utveckling

Under 2021 har breddinförande av digitala läkemedelsskåp fortsatt inom vård- och omsorgsboende, funktionsstöd och ordinärt boende. Upphandling av boendelarm inom vård- och omsorgsboende, funktionsstöd och ordinärt boende samt läkemedelsautomater har genomförts, breddinförande sker under 2022.

Digital utveckling har migrerat och kvalitetssäkrat mobiltelefoni i hela förvaltningen samt uppdaterat trygghetslarmen i samband med övergång till SOS portal och genomfört stort batteribyte gällande digitala dörrlås inom ordinärt boende. Enheten har också säkerhetsställt funktion för 2-faktors inloggning samt åtkomstkontroll i verksamhetssystem.

I samråd med verksamheterna har enheten producerat och utvecklat webbaserade utbildningar, information och manualer.

Samverkan för att förebygga kvalitetsbrister

Verksamheterna inom SoL/LSS ska enligt SOSFS 2011:9 4 kap 5§ identifiera processer där samverkan behövs för att säkra kvaliteten på de insatser som ges.

Samverkan ska ske för att säkerställa att rutiner fungerar och att det finns bestämmelser som förankrar samtliga delar i verksamheten.

Resultat 2021

En stor del av samverkan med Region Skåne har fortsatt under 2021 mycket beroende av pandemin.

Samverkan har skett i kvalitetsrådet som är ett verksamhetsnära råd, där deltagarna representerar verksamheterna och flertalet av deltagarna är enhetschefer och processledare. Samverkan sker internt inom förvaltningen både i och utanför processgrupperna.

Hälso- och sjukvårdsverksamheten har startat samverkansgrupper mellan funktionsstöd, vård- och omsorgboende respektive ordinärt boende samt med regionen. Syftet är att få bättre förståelse för varandras verksamheter samt utveckla kvaliteten i de uppdrag som är gemensamma.

Utifrån samordningsplanen med Arbete- och välfärdsförvaltningen fortsätter utveckling inom samarbetsgrupperna barn och unga samt vuxna. Även barn- och utbildningsförvaltningen ingår numera (från 2022) i samordningsplanen. Målgruppen med svårigheter på grund av psykisk ohälsa och/eller missbruksproblematik, barn och unga med komplex problematik i form av både neuropsykiatriska diagnoser i kombination med bristande hemförhållanden av olika slag har identifierats och är ett prioriterat område. Nya rutiner utvecklas för att samarbetet ska förstärkas och förbättras med fokus på medborgarens behov.

Därutöver finns SAMBA-samordningen där flera andra aktörer medverkar, såsom chefer från omsorgsförvaltningen, arbete- och välfärdsförvaltningen, barn- och utbildningsförvaltningen, barnkliniken, barn- och ungdomspsykiatri samt barn- och ungdomshabiliteringen.

Samverkan gällande vuxna medborgare inom området psykiatri sker genom samverkansrådet och styrgrupp.

Nämnden har beslutade kontaktvägar för samverkan med våra privata utförare och kontaktpersonen för dessa utförare är socialt ansvarig samordnare (SAS).

Samverkan har även skett med referensgrupperna för Kommunala pensionärsrådet (KPR), Kommunala rådet för funktionsnedsatta (KFR), Psykiatridialogen, Sveriges kommuner och regioner (SKR) men även inom kommunens övriga förvaltningar.

Kunderna/medborgarnas former för medverkan sker ibland annat boenderåd, anhörigstöd samt arbetsplatsmöte inom funktionsstöd.

Systematiskt förbättringsarbete

Riskanalyser

Verksamheterna inom SoL/LSS ska enligt SOSFS 2011:9 5 kap 1§ fortlöpande bedöma om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet.

En viktig del av det preventiva arbetet är riskanalyser. En riskanalys ska kunna påvisa sannolikheten för att en händelse inträffar och om den gör det – vilka negativa konsekvenser som kan bli en följd av händelsen.

Resultat 2021

Risicanalyser har gjorts vid alla verksamhetsförändringar samt specifikt vad gäller pandemi och Covid-19. Riskanalyserna följs upp enligt handlingsplan.

Exempel på vid vilka tillfällen riskanalyser har genomförts:

- införande av nya digitala lösningar som till exempel läkemedelsskåp
- digitalt tidrapporteringsystem
- införande av nya larm
- införande av Lifecare planering och Lifecare mobil omsorg
- verksamhetsförändringar tex vid flytt av kunder vid omvandling av enheter
- bedömning av risker för handläggare att ta del av kunds journal i verkställigheten

Intern kontroll

Aktuella internkontroll områden under 2021 var:

1. Genomförandeplan – kontroll av följsamhet till lagar och rutin
2. Intern samverkan – kartläggning av forum för intern samverkan samt avsaknad av rutin/följsamhet till rutin för verkställighetsmöte (VSM)
3. Teknik som inte fungerar alternativt fungerar bristfälligt. Tillförlitliga och säkra digitala verksamhetssystem – Kontroll av förekomst av analyser vid uppdatering/förändring i system? Avsaknad av rutin? Finns tydliga strukturer för att rapportera felanmälningar?
4. Rekryteringsprocessen – Uppföljning av om de åtgärder som ska vidtas när det gäller att höja kunskapsnivån hos cheferna har gett önskvärd effekt. (Redovisas ej i text nedan)
5. Inköpsstyrning/upphandling - Finns det avvikelser i avtalstroheten? (Redovisas ej i text nedan)
6. Attester – Nämnder och bolag ska i sina interna kontrollplaner genomföra kontroll av att upplagda attestbehörigheter i redovisningssystemet är aktuella dvs stämmer överens med beslutad attestförteckning (Redovisas ej i text nedan)

Resultat 2021

Genomförandeplan: Aktuella genomförandeplaner i Lifecare uppfylls till stor del. Den sociala dokumentationen av upprättande av genomförandeplan eller revidering av genomförandeplanen uppfylls inte helt. Kundens delaktighet i upprättandet av genomförandeplan har i en stor utsträckning inte dokumenterats.

Intern samverkan: Slutsatser som kan dras utifrån resultatet är att det finns regelbundna VSM inom alla verksamheter undantaget en enhet inom VoBo. Planering av VSM görs på olika sätt i verksamheterna.

När det gäller dagordningen för VSM visar resultatet att ingen verksamhet håller sig till den dagordning som finns i nuvarande rutin.

Senior Alert används (ännu) inte fullt ut i förvaltningen. Det är endast verksamheten VoBo som använder BPSD och anser att tillräckliga kunskaper finns. Slutligen kan det

konstateras att då det gäller omvårdnadspersonalens delaktighet i dödsfallsenkäten bör det uppmärksammas att delaktigheten inte uppnås.

Teknik som inte fungerar alternativt fungerar bristfälligt - Tillförlitliga och säkra digitala verksamhetssystem: Rutinen för felanmälan och vid avbrott uppfylls inte till sin helhet. Rutiner vid systemuppdatering uppfylls till viss del. För systemförvaltarna uppfylls deras rutiner vid avbrott, systemuppdatering, analyser och för felanmälan, till sin helhet.

Analys

Riskanalys har till stor del genomförts kopplat till pandemin, verksamhetsförändringar och vid införandet av nya digitala lösningar/verksamhetssystem.

Vid redovisningen av intern kontroll framkom förbättringsområden och förslag som redovisas i Intern kontroll uppföljningsrapport 2021.

Egenkontroll

Verksamheterna inom SoL/LSS ska enligt SOSFS 2011:9 5 kap 2§ utöva egenkontroller.

Egenkontroll är en systematisk uppföljning och utvärdering av den egna verksamheten samt kontroll av att den bedrivs enligt de processer och rutiner som ingår i verksamhetens ledningssystem.

Egenkontroller kan innefatta:

- Jämförelser av verksamhetens resultat med uppgifter i kvalitetsregister
- Jämförelser av verksamhetens resultat med uppgifter i öppna jämförelser
- Jämförelser av verksamhetens nuvarande resultat med tidigare resultat
- Brukarundersökningar
- Granskning av journaler, akter och annan dokumentation
- Verksamhetsuppföljningar

Förvaltningens genomförda egenkontroller under 2021 återfinns i bilaga 2.

Resultat 2021

Vård och omsorgsboende

Resultatet av egenkontroll skyddsåtgärder visar att det behövs fortsatt diskussion kring samtycke och dokumentation av samtycke.

Resultatet av egenkontroll PPM följsamhet basala hygienrutiner och klädregler visar att följsamheten av hygienrutiner är lika bra som vid föregående mätning men något sämre gällande följsamhet till klädregler. Enhetscheferna arbetar med förbättringar genom dagliga påminnelser.

Resultatet av egenkontroll privata medel visar att rutinerna följs i stort sett. Det har konstaterats vissa brister i hur man redovisar och återlämnar kvitto till god man, enhetschefernas granskning av de privata medlen och någon ofullständig fullmakt. Förbättring med information till nya enhetschefer och nya kontaktmän.

Egenkontroll Åtkomstkontroll genomförs enligt rutin. Egenkontroll om genomförandeplaner finns i Lifecare utförare visar förbättringar i antalet genomförandeplaner. Fortsatt arbete behövs gällande kvalitet i dokumentation i genomförandeplaner.

Egenkontroller följs upp på ledningsgruppen genom diskussion kring tillvägagångssätt vid genomförandet och eventuella svårigheter vid genomförandet.

Ordinärt boende

Analys av avvikelser har genomförts på enhet- och verksamhetsnivå enligt rutin.

Mätning av PPM och BHK (följsamhet till basal hygien och klädregler) har genomförts. Resultatet visar på god följsamhet till klädesreglerna. Det finns en del att arbeta med när det gäller följsamhet till hygienrutiner. Framförallt handlar det om ringar som man glömt att ta av och att händerna skall desinficeras innan handskarna tas på, inte bara efter.

För att säkerställa att kunden vet att man har en namngiven kontaktman, att det upprättas en genomförandeplan samt att man vet vart man skall vända sig med synpunkter och klagomål, skapades en digital enkät. Omvårdnadspersonalen ska utifrån förutbestämda intervall ställa frågor till kunden. Svaren läggs in i den digitala enkäten direkt hemma hos kunden. Det har varit svårt att få tekniken att fungera på önskat sätt. Arbetet med detta kommer att fortgå under 2022.

Funktionsstöd

Egenkontrollen för kvartalsanalyser i DF med efterföljande återkoppling har bidragit till en ökad kvalitet i enhetschefernas kvartalsanalyser och efterlevnad av rutin gällande frekvens.

Schemaprocess egenkontrollen visade på stora olikheter inom de olika enheterna och schemaprocessen kommer att vara ett prioriterat område 2022 i syfte att jobba lika.

Egenkontrollen avseende följsamhet samverkansavtal APT genomfördes som stickprov vilket visade på behov av att kvalitetssäkra minnesanteckningar från APT samt följsamhet till årshjul.

Resultatet av egenkontrollerna är återkopplade genom dialog till Funktionsstöds ledningsgrupper.

Myndighetsenheten

Egenkontroll har genomförts på ansökningar om bostadsanpassningsbidrag – jämställda insatser och kostnader för bostadsanpassningsbidrag. Resultatet av egenkontrollen visar att skillnader i kostnader för bidraget mellan de som identifierar sig som flickor/kvinnor och pojkar/män är mycket små.

Egenkontroller har vidare genomförts kring beslut om boendestöd utifrån ett jämställdhetsperspektiv. Resultatet av denna visar att det inte framgår att det skulle råda ojämlikheter mellan kvinnors och mäns förutsättningar till stöd. Inte heller några skillnader gällande mål och syfte med insats för män respektive kvinnor har framkommit.

Egenkontroll har genomförts kring i vilken utsträckning SIP (samordnad individuell plan) används i komplexa ärenden kring barn och unga. Sammanfattningsvis framkommer att SIP-dokument har upprättats i samband med varje möte som ansvariga LSS-handläggare deltagit i. Förbättringsförslag framkom i egenkontrollen att arbeta vidare med 2022.

En uppföljning har också genomförts av egenkontroll från 2020 gällande om barnkonsekvensanalyser genomförs i alla ärenden där behov finns och på den nivå som ärendet kräver. Resultatet av den egenkontrollen påvisar att sedan föregående egenkontroll av barnkonsekvensanalyser syns en tydlig förbättring i kopplingen till aktuella artiklar i barnkonventionen. Även här framkommer förbättringsförslag att arbeta vidare med under 2022.

Brukarundersökning

Äldreomsorgens brukarundersökning - "Vad tycker äldre om äldreomsorgen?"

Enkäten "Vad tycker äldre om äldreomsorgen" har inte genomförts under 2021. Socialstyrelsen, som är den myndighet som ansvarar för utskick och sammanställning av enkäten, upphandlade ny aktör under 2021. Upphandlingen blev inte färdig förrän sent hösten 2021.

Enkät för 2022 skickades ut till enheterna och kunderna under januari 2022.

Brukarundersökningar inom funktionsstöd

2021 genomfördes Sveriges Kommuner och Regioners (SKR) nationella brukarundersökning inom gruppbostad och daglig verksamhet i funktionsstöd.

Syftet med brukarundersökningen är att ge brukarna möjlighet till inflytande och medbestämmande genom att föra fram åsikter om det stöd som ges. Brukarundersökningen är ett underlag för förbättringsarbete och verksamhetsutveckling.

Resultat för gruppbostad

67 kunder i gruppbostad har svarat på enkäten vilket ger en svarsfrekvens på 57 %. 43 % av de svarande uppgav att de var kvinnor och 57 % uppgav att de var män.

Fler än 83 % har svarat:

- att det får bestämma om saker som är viktiga för dem hemma
- att personalen bryr sig om dem
- att de vet vem de ska prata med om något är dåligt hemma

Ca 30 % har svarat:

- att de inte eller delvis har varit med och bestämt det som står i deras genomförandeplan
- att några eller ingen av personalen förstår vad de säger
- att de ibland eller ofta känner sig rädda för något hemma

Resultat för daglig verksamhet

228 deltagare i daglig verksamhet har svarat på enkäten vilket ger en svarsfrekvensen på 59 procent. 45 % av de svarande är kvinnor och 55 % är män.

Fler än 85 % har svarat:

- Att daglig verksamhet är viktigt för dem
- Att personalen bryr sig om dem och att de får den hjälp de behöver
- Att de vet vem de ska prata med om något är dåligt på daglig verksamhet

Ca 30 % har svarat:

- Att de inte eller delvis vet vad som står i deras genomförandeplan
- Att de inte eller ibland får vara med och bestämma på arbetsplatsmöten
- Att de ibland eller ofta känner sig rädda för något på daglig verksamhet

Resultaten analyseras med stöd av SKR:s innovationsguide vid workshops där verksamhetschef, enhetschefer och frågeassistenter deltar med ledning av verksamhetsutvecklare och samordnare för brukarundersökningen. Varje enhet återkopplar resultatet och arbetar med åtgärder tillsammans med personal och kunder under 2022.

Verksamhetsuppföljning (VUF)

Temaområden för verksamhetsuppföljning 2020 var:

- hur verksamheten använde dokumentation för att säkerställa omsorgen/omvårdnaden för kunden/patienten
- hur teamet arbetade kring kunden/patienten för att förbättra omsorgen/omvårdnaden samt
- att ta reda på om verksamheten arbetade för att kundens upplevelse i mat/måltidssituationen skulle bli positiv.

Enheter med förbättringsområden skapade handlingsplaner som de arbetat med under 2021. Likaså gjordes motsvarande planering på förvaltningsnivå. Resultat på uppföljning beskrivs nedan. Vård och omsorgsboende exkluderades med anledning av pandemin.

Funktionsstöd

Behoven av åtgärder var i stort sett likvärdiga inom samtliga verksamheter och gällde framförallt dokumentation och samverkan. Uppföljning av handlingsplanerna har gjorts med enheterna och visar att samtliga som hade brister inom respektive område har åtgärdat dem.

Ordinärt boende

Senior Alert fungerar inte eller fungerar bristfälligt då det saknas en klar struktur kring hur arbetet ska framskrida och en tydlighet i att det är hälso- och sjukvården som behöver ta ett stort ansvar i det.

En del av de övriga åtgärderna är genomförda medan andra planeras att genomföras under tiden hösten 2021 – våren 2022. Verksamhetsutvecklaren kommer att följa upp att det genomförs alternativt planeras att genomföras under maj 2022.

Förvaltningsnivå

Det har skapats nya rutiner som ska säkerställa att genomgång av den sociala journalen samt genomförandeplaner sker. Följsamheten till rutinerna har ännu inte följts upp.

Det pågår arbete för att säkerställa att det upprättas vårdplaner, rehabiliterings- och habiliteringsplaner med identifierade risker. Likaså att ordinationer från legitimerad personal är tillgängliga för personal som ska utföra uppgifterna.

I stort sett har nu samtliga enheter verkställighetsmöten. Det kvarstår arbete med rutiner/dagordning (se resultat från intern kontroll).

Arbete med Senior Alert kvarstår. Bland annat i form av kompetensutveckling för omvårdnadspersonal och legitimerad personal.

Rutiner för säker informationsöverföring vid flytt/byte av utförare är på gång.

Dokumentation av kundens delaktighet i genomförandeplanen brister fortsatt enligt uppföljning i samband med intern kontroll.

2022

Ny verksamhetsuppföljning kommer att ske 2022 med temaområden social dokumentation, avvikelshantering, överrapportering, hälso- och sjukvårdspärm. Fokus kommer ligga på uppföljning av några åtgärder från tidigare år, följsamhet till rutiner samt att finna goda exempel för spridning.

Evidensbaserade metoder

Beteendemässiga symtom vid demens, BPSD

BPSD förekommer någon gång under sjukdomsförloppet hos ca 90 % av alla personer med kognitivsjukdom/demenssjukdom. Symtom kan exempelvis vara aggressivitet, oro, apati, hallucinationer eller sömnstörningar. Tillstånden orsakar ett stort lidande för personer med kognitivsjukdom/demenssjukdom men påverkar även anhöriga och vårdpersonal.

Att arbeta med BPSD – registret kan bidra till:

- Öka livskvalitet för personer med demenssjukdom
- Implementering av nationella riktlinjer
- Personcentrerat förhållningsätt och ett gemensamt språk för personalen
- Teamarbete och tydliga mål
- Kvalitetssäkring genom ständiga uppföljningar
- Tydliggöra vårdtyngden och bidra till verksamhetsutveckling

Resultat 2021

Samtliga demensboende och tre vård- och omsorgsboende i Kristianstads kommun är anslutna till BPSD registret. Därutöver är tre boende inom funktionsstöd anslutna.

I slutet av 2021 fanns 287 personer registrerade i registret och enheterna genomförde 255 registreringar och 171 riskbedömningar. Det innebär att ca 60 % av de registrerade kunderna har fått en riskbedömning under 2021.

Antalet registreringar i statistiken kan variera över tid då det finns möjlighet att registrera med datum bakåt i tid, samt begära att få sina uppgifter i registret borttagna.

Under året fick fem undersköterskor och sex sjuksköterskor utbildning i systemet.

Analys

Socialstyrelsen förordar minst en BPSD – skattning per år och person samt vid behov.

Utvecklingsarbete för arbetet med BPSD har fortsatt under året, för att säkerställa detta arbete fullt ut är teamarbetet avgörande. Detta arbete har skett både på enhetsnivå och verksamhetsnivå tillsammans med hälso- och sjukvården. I användandet av BPSD ser vård- och omsorgsboende att förbättring med arbetet av riskbedömningar görs och fortsatt arbete behövs med åtgärdsplaner och uppföljningar av åtgärdsplaner.

Delaktighetsmodellen

Delaktighetsmodellens är en evidensbaserad metod för att stödja brukare till ökad delaktighet. Modellen bygger på dialogsamtal sk delaktighetsslingor som förs i mindre grupper, brukare för sig och personal för sig. Samtalen leds av vägledare som inte är personal till brukarna.

Under 2021 har Delaktighetsmodellen dessvärre inte kunnat användas då det pga. pandemin har varit begränsad möjlighet att samlas i grupper och för personal från andra enheter att besöka verksamheterna.

Case management (CM)

Case management är en arbetsmetod för vård- och stödsamordning för personer över 18 år med ihållande eller förväntade ihållande funktionsnedsättningar till följd av psykisk ohälsa. Det ska finnas behov av utökat stöd utifrån samordning, och personen ska kunna ge uttryck för ett återhämtningsmål. Målet är att individen ska få den hjälp som krävs för att fungera i samhället och leva så självständigt som möjligt med så lite professionell hjälp som möjligt.

I slutet av 2021 hade 32 personer med stöd från omsorgsförvaltningen Case manager.

Mätningar under 2021 visar en förbättring både avseende livskvalitet och psykosocial funktion.

Tydligast skillnad märks inom följande domäner:

- * Hur nöjd man är med livet i helhet
- * Hur man bedömer sin fysiska hälsa
- * Hur man bedömer nöjdheten kring sitt boende
- * Hur man anser sig klara av matlagning
- * Fler anser att man har minst en nära vän

Förbättringar kan ses inom i princip samtliga mätområden, till exempel hur man anser

man kan använda sig av allmänna transportmedel, hur man bedömer sitt psykiska mående, hur man anser att man kan sköta sin personliga hygien, hur man anser att man kan sköta sin ekonomi.

Vad gäller mätområdena fritidsaktiviteter och arbetsförmåga, är dock förändringarna i princip oförändrade.

Vad gäller fördelning kön, av de som har stöd av Case managers från förvaltningen, är 44,8% kvinnor och 55,2% män.

Utredning av avvikelser

(Arbetet med HSL avvikelser beskrivs i patientsäkerhetsberättelsen)

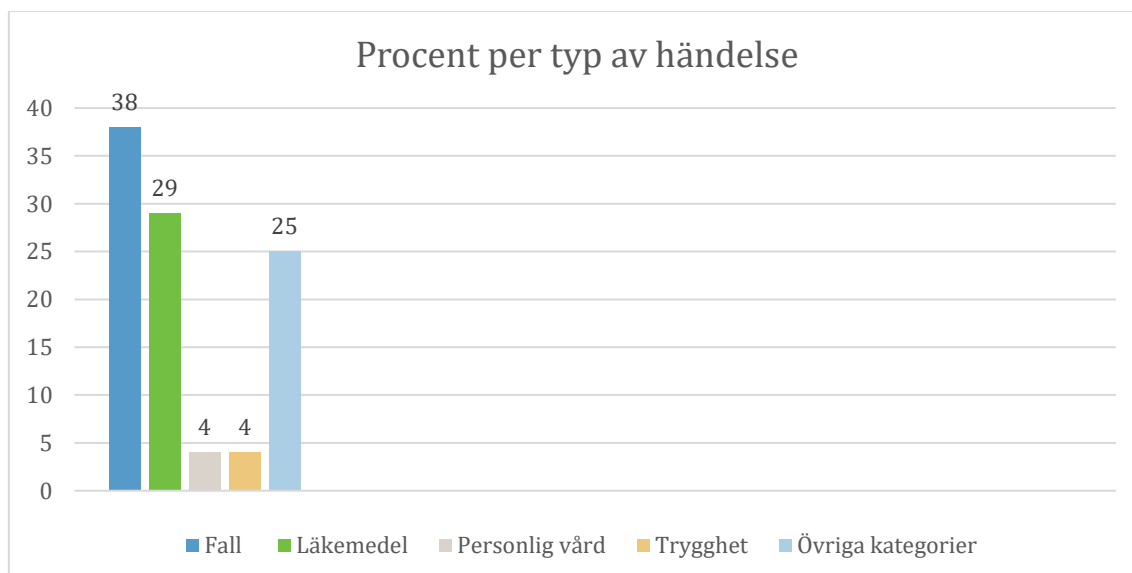
En avvikelse inom SoL/LSS innebär att det uppstått en intern brist/fel/negativ händelse. All personal inom vård och omsorg har en skyldighet att rapportera dessa fel och brister inom verksamheten. Medborgare har en rättighet att inkomma med synpunkter och klagomål på verksamheten, dels till kommunen/förvaltningen men även via inspektionen för vård och omsorg (IVO). Syftet med både att rapportera fel och brister och hantera inkomna synpunkter och klagomål är att utreda orsaker och vidta åtgärder för att förbättra kvaliteten i verksamheten.

Typ av avvikelser

Under 2021 har det rapporterats 8277 avvikelser (2020=7670 st).

Det bör observeras att detta antal inkluderar avvikelser till externa vårdgivare samt avvikelser som några av de externa utförarna står för (de som använder sig av kommunens system).

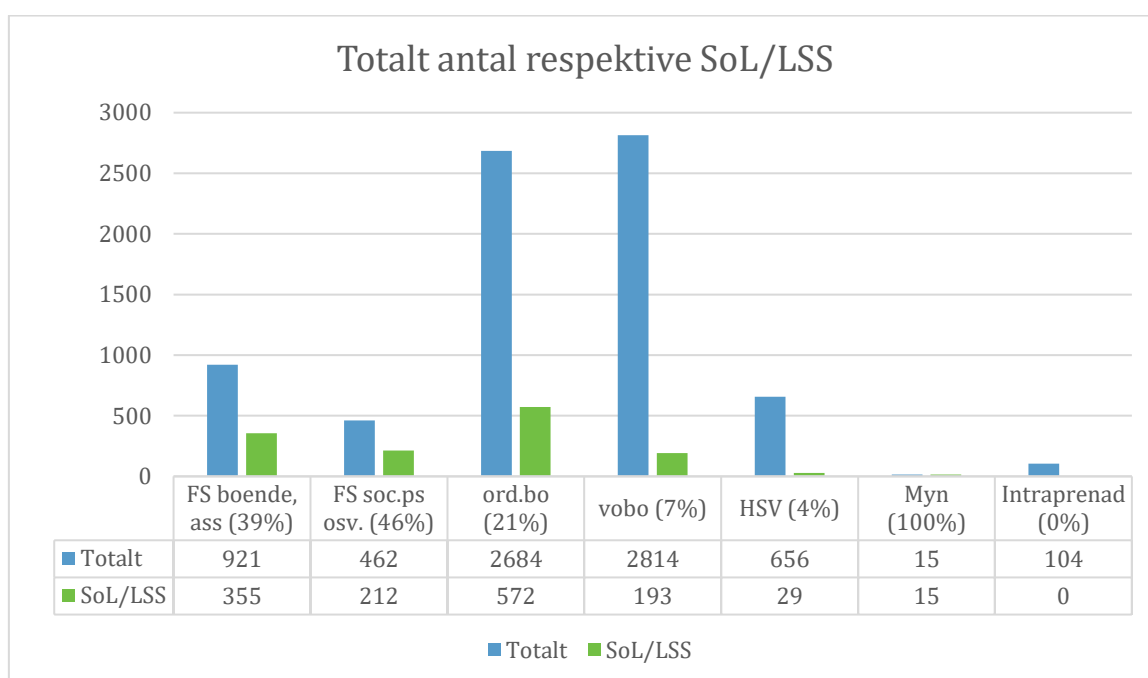
Fall och läkemedelsavvikelser står för 70 % av händelserna, följt av trygghet (4 %) och personlig vård (4 %). Utöver dessa finns sedan flertalet olika kategorier både kopplat till HSL och SoL/LSS-insatser och dessa står för resterande.



Totalt antal respektive SoL/LSS avvikelser

Nedan framgår totalt antal avvikelser respektive SoL/LSS. Funktionsstöds enheter har en hög andel SoL/LSS avvikelser i jämförelse med övriga. De har också ökat sina andelar från föregående år med 4 respektive 14 % (socialpsykiatri, daglig verksamhet och barn).

Myndighetsenheten arbetar inte med HSL-frågor och borde därför inte heller ha den typen av avvikelser. Inom Hälso- och sjukvårdsenheten finns korttidsboende och hemgångsstöd och det är inom dessa enheter som det kan finnas SoL avvikelser. Det som främst bör noteras är den låga andelen SoL/LSS avvikelser inom vård och omsorgsboende och ordinärt boende vilka också sänkt andelen från 2020 med 3 respektive 4 % (Vobo). Intraprenadenheten har inte några SoL/LSS avvikelser under året.



På förvaltningsnivå står SoL/LSS avvikelser för ca 17 % av totalen vilket ligger på en ungefärlig nivå för de senare åren. Under 2019 framgick att det var 30 % men detta tros bero på att fallavvikelser var borttagna från den totala sammanställningen vilket inte har skett övriga år och inte heller nu.

Det finns enheter där SoL/LSS avvikelser inte registrerats alls under året. Kunskapsbehovet kring SoL/LSS avvikelser nämns i verksamheternas analyser.

Som ett försök till ökad kompetensutveckling har enhetschefer inom ordinärt boende, vård- och omsorgsboende och funktionsstöd erbjudits enskilda genomgångar med SAS i utrednings- och analysarbetet i avvikelssystemet. Som ett stöd i utredningsarbetet finns det nu en utbildningsfilm och en SAS-podd har startats där ämnet belyses. Under 2022 planeras flera workshops om systematiskt kvalitetsarbete med stöd av avvikelser vilket planeringsenheten ansvarar för. Det är vidare beslutat på förvaltningsnivå att varje medarbetare ska gå webbutbildningen kring avvikelse/lex Sarah.

Tidigare har det uppmärksammats att fokus krävs på verkställighetsmöte (VSM) där mer aktivt arbete med avvikelser ska ske tvärprofessionellt. Följsamhet till genomförande av

verkställighetsmöten har ökat enligt intern kontroll vilket skapar bättre förutsättningar för arbete med avvikelshantering.

Ej avslutade, ej bedömda

Det ligger ca 400 ej avslutade avvikelser som rapporterats till och med siste oktober 2021. Dessa har inte något planerat uppföljningsdatum varav de rimligtvis borde varit hanterade och avslutade. Avvikelserna är jämt fördelade mellan ordinärt boende, funktionsstöd och vård- och omsorgsboende.

Icke riskbedömda (där det saknas allvarlighetsgrad samt sannolikhet för upprepning) för händelser under 2021 ligger på 6 %. Majoriteten av dessa är HSL-avvikelser även om det också förekommer SoL/LSS avvikelser. Anledningen till oavslutade samt icke bedömda händelser tros bero på att det kvarstår ett arbete med teamarbetet mellan enhetschefer och legitimerad personal.

Ersättare i system

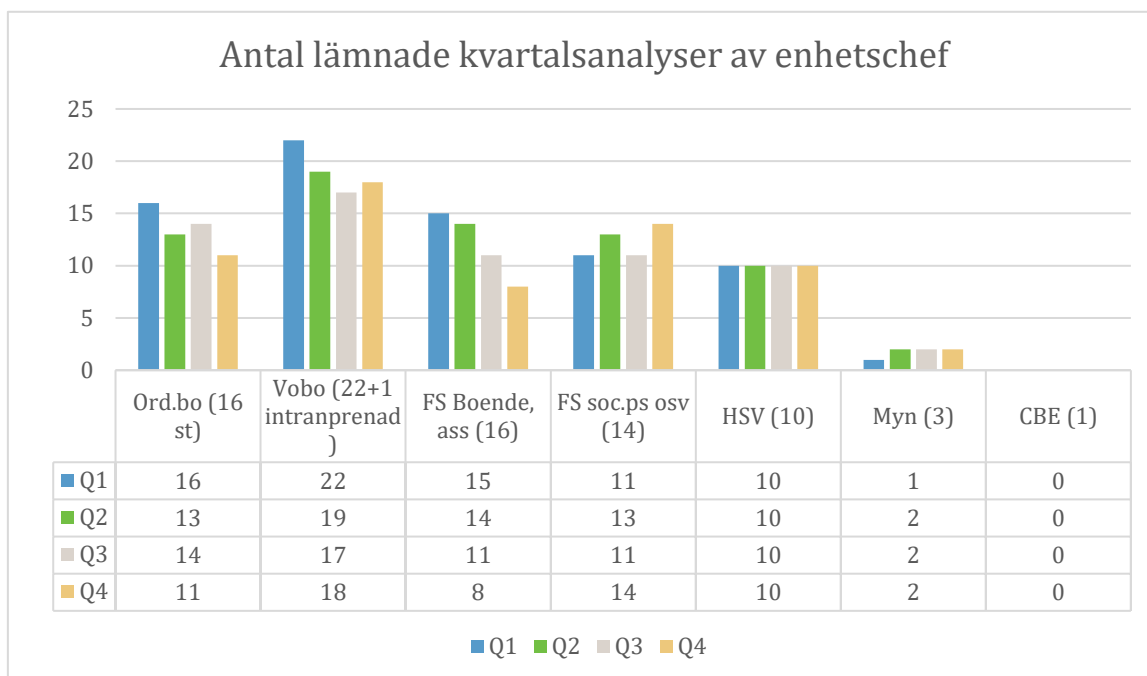
Det har framkommit att det finns brister i följsamhet till rutiner kopplade till att ersättare för enhetschef i avvikelssystemet inte alltid läggs vid dennes frånvaro eller då denna slutar/byter tjänst. Detta innebär att det funnits rapporterade händelser under året som inte hanterats i systemet och i värsta fall inte uppmärksammats av någon chef. Detta uppmärksammades av en slump och det har därför uppmärksammats att förebyggande, månadsvisa uppföljningar av ändamålet behöver ske. Ett förslag är framtaget och kommer att redovisas under 2022 års början.

Brister i att vidta åtgärder och att följa upp händelser

Det finns brister i att åtgärder som det beslutats om inte alltid vidtas samt inte alltid följs upp. Varje verksamhet behöver göra denna uppföljning på både enhets- och verksamhetsnivå för att se hur utbrett problemet är samt om det är ett generellt problem eller kopplat till enstaka enheter.

Samma förbättringsbehov har uppmärksammats i lex Sarah-ärenden och diskussion kring detta har därför skett på verksamhetschefsträff vilket resulterat i en samsyn i att rutiner är tydliga samt att systemet påminner som det ska. Det är därför upp till respektive verksamhetschef att påminna och stötta enhetschef i åtgärds- och uppföljningsarbetet. Försök kommer även att göras med ökad dialog mellan verksamhetschef, enhetschef, utredare och SAS under och efter utredning.

Analysarbetet



Tabellen visar antalet enhetschefer som lämnat kvartalsanalys av avvikelser. Inom parentes står antalet chefer per verksamhet. Totalt har 83 % analyser inkommit under året vilket är en klar förbättring från föregående år då det låg på ca 45 %. Rutinerna kring analysarbetet startade under 2019.

Analysarbetet har en stor relevans för att se att de åtgärder som planeras i verksamheterna faktiskt leder till förändringar och att händelserna inte upprepas. Genom att följa upp och se mönster och trender blir det tydligt vilket utvecklingsarbete som krävs i respektive verksamhet men även förvaltningsövergripande.

Flertalet verksamheter nämner fortsatt att den vanligaste orsaken till händelser är att rutiner inte har följts. Det saknas analys kring varför rutinerna inte har följts. Det framgår inte vad orsakerna till att kunder överskattar sin förmåga vid fall beror på, vilket behöver analyseras både på individnivå och sedan tillföras enhets- och verksamhetsanalyserna. Sammanfattningsvis kvarstår ett förbättringsbehov kopplat till analyser både på enskild nivå och enhetsnivå för att analyserna på verksamhets- och förvaltningsnivå ska kunna göras och att verksamheten som helhet ska kunna dra lärdom av händelser som sker. I vård och omsorgsboendes analys framkommer dock att analyser på enhetsnivå har blivit allt mer ingående vilket tyder på att kvaliteten kan öka med tiden.

Tanken med analysarbetet är också att verksamheter och enheter ska kunna dra lärdom av andras händelser och det har framkommit att det finns en brist i återkoppling av resultat på flera nivåer.

Lex Sarah

För redovisning av lex Sarah hänvisas till bilaga 3

Klagomål och synpunkter

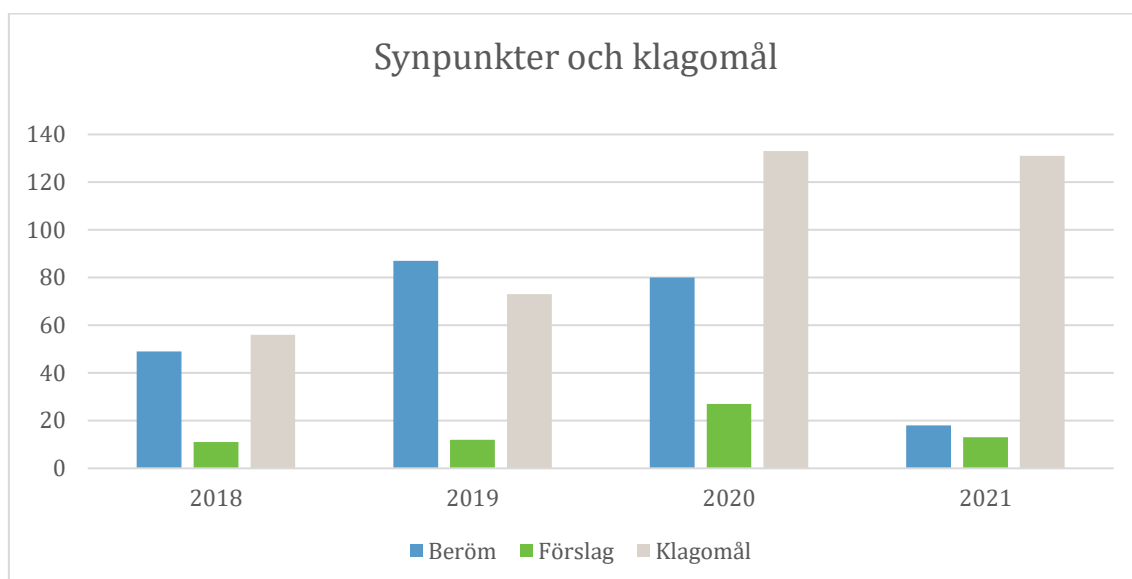
Den som driver verksamhet inom SoL/LSS ka enligt SOSFS 2011:9 5 kap 3§ ta emot och utreda klagomål och synpunkter på verksamhetens kvalitet från:

- Brukare och deras närstående
- Personal
- Vårdgivare
- De som driver socialtjänst och LSS verksamhet
- Myndigheter
- Föreningar, organisationer och intressenter

Utredningen ska visa om det förekommer avvikelser mot de krav och mål som verksamheten har enligt lagar och föreskrifter.

Klagomål och synpunkter ska också sammanställas och analyseras för att kunna se mönster och trender som indikerar på brister i verksamheten.

Resultat 2021



Sammanställningen av inkomna synpunkter har minskat från föregående år. Skillnaden består i antalet inkomna beröm och förslag. Antalet klagomål är i stort sett oförändrat.

Synpunkter som registreras i systemstödet Artvise tas omhand och besvaras av berörd enhet.

Analys

Sammanställning och analys av synpunkter och klagomål på förvaltningsnivå ska grunda sig på verksamheternas analyser. Denna analys är mycket sparsam i underlagen vilket gör att analys på övergripande nivå inte går att göra. Information som går att utläsa är dock att det förekommer klagomål på bilkörning och att personal slänger begagnade ansiktsmasker inom ordinärt boende. Inom vård och omsorgsboende berör klagomålen bland annat bristande språkkunskaper hos personalen, att ingen svarat i telefon och brister i arbetssätt.

Övriga klagomål som inkommit till förvaltningen är bland annat klagomål på taxiresa, på kontaktuppgifter, på avgiftshandläggare samt ett där medborgare har åsikter om vår verksamhet. Det har vidare inkommit klagomål, beröm och förslag från medborgare till stab, förvaltningschef och nämnsordförande vilka alla tagits om hand enskilt.

En trolig anledning till frånvaro av analys kan vara att det totalt är mycket få synpunkter och klagomål som dokumenteras och förs in i aktuellt system och anledningen till det uteblivna, systematiska kvalitetsarbetet med synpunkter och klagomål behöver därför utredas vidare för att förvaltningen ska kunna vidta relevanta åtgärder.

Personalens medverkan i kvalitetsarbetet

Verksamheterna inom SoL/LSS ska enligt SOSFS 2011:9 6 kap 1§ säkerställa att personal arbetar i enlighet med processerna och rutinerna som ingår i ledningssystemet.

Engagerade medarbetare närmast kund är den viktigaste resursen i kvalitetsarbetet. Utbildning och kunskap är ett sätt att höja kvaliteten inom förvaltningen.

Kontaktmannen är en viktig person för kunden och ska skapa möjligheter att organisera arbetet så att kunden får en individuell omsorg och upplever trygghet. Kontaktmannen ser till kundens hela livssituation.

Resultat 2021

Att medarbetarna deltar i kvalitetsarbete är en grundförutsättning t ex genom rapportering av avvikelser och arbete med åtgärder utifrån dessa. Detta arbete kan och behöver fortsätta utvecklas genom att medarbetarna ges och tar större ansvar.

Medarbetarna har varit delaktiga på olika sätt vid framtagandet av handlingsplan och verksamhetsplaner på enheterna.

Genomförda utbildningar är t ex social dokumentation, lex Sarah, IBIC, SBAR och de webbutbildningar som är baskunskap inom vård och omsorg. Utbildning i Jämställdhetsintegrering har påbörjats på några enheter, resterande enheter ska genomföra utbildningen under 2022. Utbildning lex Sarah/avvikelser har genomförts på vissa enheter.

Under året har förstärkning av resurser tillsatts för området psykisk hälsa. Detta har medfört att personalen har fått till utbildningar och handledning, vilket i sin tur ger kompetenshöjning kopplat till bemötande mot kund.

16 specialistundersköterskor har avslutat sin utbildning med inriktning demens i december 2021. Ett antal medarbetare har påbörjat utbildning till specialistundersköterska äldres hälsa och ohälsa inom ramen för Äldreomsorgslyftet. Det pågår utbildningar inom Äldreomsorgslyftet på både bas- och specialist nivå.

För personal inom hemtjänsten har delaktigheten också inneburit arbete med personalkontinuitet och kundtid genom dialog på APT och andra mötes forum.

För personal inom funktionsstöd har delaktigheten bland annat inneburit att medarbetare har varit frågeassistenter vid brukarundersökningarna och deltagit vid analys av det övergripande resultatet samt varit ett stöd vid återkoppling till kunderna.

Representation från samtliga verksamheter har funnits med i kvalitetsråd och processgrupper.

Olika ombudsroller bidrar på olika sätt i utvecklingen av kvalitet på enheten till exempel inom dokumentation, sociala aktiviteter, kontaktmannaskap, kost m.fl.

Dokumentation

Enligt SOSFS 2011:9 7 kap 1§ ska arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet dokumenteras.

Resultat 2021

Processer och rutiner är dokumenterade i förvaltningens nuvarande handböcker. I samband med implementeringen av nytt kvalitetssystem sker en översyn och revidering av processkartor med tillhörande dokument såsom rutiner, checklistor, blanketter mm. Anpassade mallar och checklistor finns för att säkra processerna och är kopplade till rutinerna.

Kvalitetsberättelsen är en del av kvalitetsarbetet för att årligen dokumentera och säkerställa och utveckla kvalitetsarbetet i verksamheterna.

I delårsbokslut och bokslut dokumenteras verksamheternas kvalitetsarbete utifrån vilka aktiviteter och riskanalyser som genomförts under året samt personalens delaktighet.

Verksamhetsplaner med handlingsplaner finns på samtliga organisatoriska nivåer och visar vad som ska göras och stödjer de mål och indikatorer som angetts i styrkortet.

Förbättringsområde för 2022 års kvalitetsarbete

- Införandet av nytt systemstöd för kvalitetsledningssystem avseende processer och rutiner för att stödja vård och omsorgsarbetet kring kunden.
- Arbeta med att varje möte ska präglade ett respektfullt bemötande. Varje enhet ska jobba med Kristianstads kommuns värdegrund och bemötandeguide.
- Genomföra kvalitetsdag för att visa goda exempel, ge inspiration och delge varandra goda erfarenheter.
- Översyn av samverkansformer för enhetschefer och legitimerad personal för att ge förutsättningar att göra riskanalyser med hjälp av evidensbaserade metoderna.
- Arbeta aktivt med evidensbaserade metoder såsom BPSD, CM med flera.
- Arbeta med förebyggande arbete kopplat till kundens fysiska och psykiska hälsa
- Fortsatt systematiskt arbete med inkomna avvikelser, både SoL/LSS, HSV avvikelser och avvikelser som inkommer via synpunkter och klagomål, på enhetsnivå.
- Fortsatt och fördjupat arbete kopplat till dokumentation i social journal och genomförandeplaner.
- Fortsatt utveckling inom digitalisering för att uppnå fortsatt och ökad självständighet och trygghet för kunden, ökad effektivitet för verksamheten samt förhindra digitalt utanförskap.
- Fortsatt arbete utifrån kommunens jämställdhetsstrategi.
- Tillvarata kunskaper utifrån erfarenheter av Covid-19 och pandemin.

Bilaga 1 – Omsorgsförvaltningens styrkort 2021

Strategiska mål i fyra perspektiv	Mål	Indikatorer
Medborgare Strategisk färdplan: HÄLSA OCH DELAKTIGHET: <i>* God, jämlik hälsa och stärkt delaktighet</i> FRISKA EKOSYSTEM: <i>* En rik natur och stärkta ekosystemtjänster</i>	Delaktiga, nöjda och trygga kunder/patienter	Sammantagen nöjdhet med VoBo/Htj
		Påverkan/medverkan (FS)
		Mat och måltider (VoBo)
		Personalkontinuitet
	Hälsosamt liv	Sammanhållen vård och omsorg - Mobilt vårdteam
		Kundernas upplevelse av att de besväras ofta av ensamhet
	Förebyggande verksamhet	
	Stöd, vård och omsorg på lika villkor	Jämställda insatser för kunder
	Aktiva insatser för hållbar miljö	Aktiviteter för hållbar miljö
Utveckling Strategisk färdplan: BOENDEMILJÖ OCH STADSUTVECKLING: <i>* Långsiktigt hållbara boendemiljöer, ökat bostadsbyggande och pulserande stad</i> ARBETSLIV OCH ATTRAKTIONSKRAFT: <i>* En stark arbetsmarknad med växande företag</i>	En verksamhet för stöd, vård och omsorg i framkant	Ledarkompetens
		Kompetens hos medarbetare
		Andel specialist utbildade undersköterskor
		Evidensbaserade metoder <ul style="list-style-type: none"> • Senior alert • BPSD • Rikssår
		Förbättringsarbete
Medarbetare <i>* Friska och nöjda medarbetare</i> <i>* Effektivt arbetssätt</i>	God hälsa och hög arbetstillfredsställelse	Sjukfrånvaro
		Långtidssjukfrånvaro
		Personalomsättning
	Hög grad av delaktighet, Hög grad av medskapande och ansvarstagande	Delaktighet i framtagande av handlingsplaner efter medarbetarenkät
Ekonomi <i>* Hållbar ekonomi</i> <i>* God hushållning</i>	Ekonomisk kontroll	Driftbudgetföljsamhet
		Kundtid
		Kundtid övriga insatser riktade till ordinärt boende

Bilaga 2 – Egenkontroller 2021

Vård och omsorgsboende	Frekvens
PPM basala hygienrutiner	1 g/år
Privata medel	1g/år
Rutin skyddsåtgärder	2 g/år
Analys avvikelser	4 g/år
Verkställighetsmöte	2 g/år
Senior Alert	2 g/år
BPSD	2 g/år
Antal genomförandeplaner i Lifecare	1 g/år
Åtkomstkontroll	1 g/mån
Dokumentationsgranskning	1 g/år
Implementering rutin kontaktmannaskap	1 g/år
Lex Sarah utbildning	1 g/år
SAM – se handläggningsrutin på intranätet	1 g/år
Ordinärt boende	
Genomförd utbildning i social dokumentation	1 g/år
Kännedom om och följsamhet till rutiner	1 g/mån
Kontaktman och genomförandeplan	4 g/år
Dokumentationsgranskning	2 g/år
Personalkontinuitet	1 g/mån
Registrerad kundtid	1 g/mån
Beställd tid kontra utförd tid	1 g/mån
Funktionsstöd	
Dokumentations/IBIC ombud per enhet	1/g per år
Följsamhet schemaprocess	1/g per år
Handlingsplan Brukarundersökning/enhet för brukarundersökningar gjorda 2020	1 g/vartannat år
Avvikelse analyser/enhet	4 g/år
Följsamhet samverkansavtal	1/g per år
Minnesanteckningar APT	1/g per år
Information från LG	1/g per år
Årshjul APT	1/g per år
Aktuell genomförandeplan	Fortlöpande under året
Genomförandeplan i Lifecare	Fortlöpande under året
Privata medel	1 g/år
Myndighetsenheten	
Ny uppföljning på insats boende enligt 9 § 9 LSS	1 gång
Barnkonsekvensanalys/barnperspektiv	1 gång
Jämställda insatser insats boendestöd	1 gång

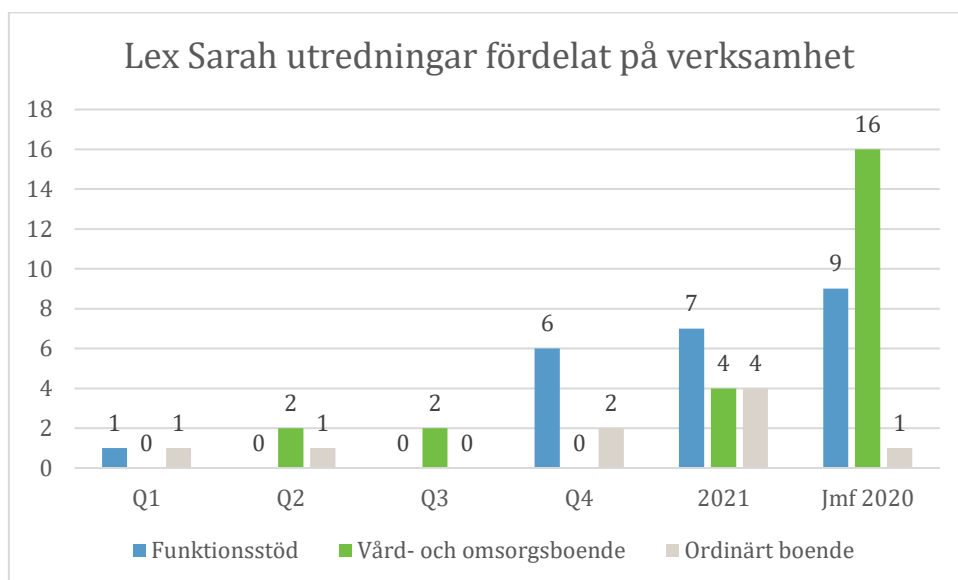
Egenkontroll BAB - kön, kostnad, åtgärd	1 gång
Beställd tid jft med verkställd htj	1 ggr/år
Anhörigstöd- en bra plats	1 ggr/år
Hälsa och träning, säkerställa restriktioner	1 ggr/år
Preventiva hembesök- analysera tillvägagångssätt och resultat	1 g/år
Frivilliga - mätning- samarbete AoV	1 g/år
Förenklad handläggning	1 gång
Samtycke	1 gång
Uppföljning av tidigare egenkontroll	1 gång
Ärendeöversyn	2 g/år
Andel avslag utifrån genusperspektiv	1 g/år
Antal Sipar barn-och ungdomar	1 g/år
Planeringsenheten	
Revision och loggkontroller på användarnivå	
Trygghetslarm	Löpande
Digitala lås	Löpande
Verksamhetssystem	Löpande
SITSH/HSA	2 ggr/år
Avtal	1 g/år
Ekonomi	
Kontanta inbetalningar (mötesplatserna, kök, funk stöd försäljning)	1g/år
Tillfälliga vistelser	1g/år
Matkassor	1g/år
Upphandling avtalstrohet	1g/år
Manuella utbetalningar och ersättningar	1 g/år
Betalkort (First card, Maxikort)	1g/år
Privata medel	1g/år
Representation (gåvor)	1g/år
Momsavdrag och ersättningar	1g/år
Fakturering till kund	1 g/år

Bilaga 3 – Lex Sarah 2021

Under 2021 har 15 händelser bedömts som aktuella för utredning i lex Sarah-gruppen. Denna sammanställning och analys baseras enbart på de händelser som utretts via förvaltningens lex Sarah grupp då övriga avvikelser inkluderas i sammanställning/analys för övriga SOL/LSS avvikelser.

Fördelat på verksamhetsområde

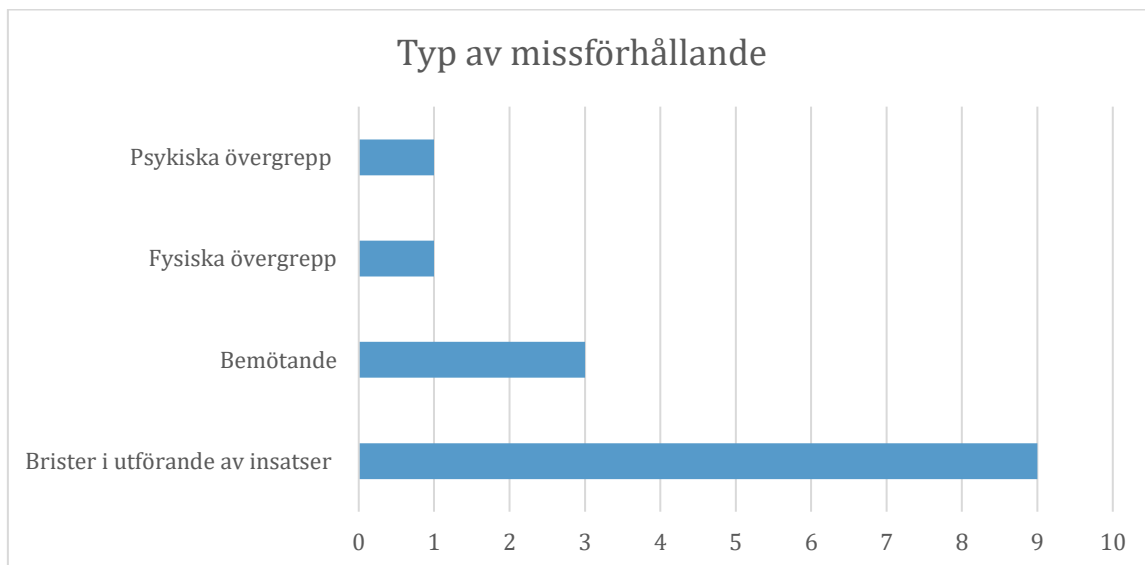
Det har skett en minskning av rapporterade händelser som utretts i lex Sarah gruppen under 2021. Jämfört med 35 st 2019 och 32 st 2020, där en trolig orsak kan vara pandemins påverkan. Om man ser till antalet rapporterade SOL/LSS avvikelser fördelat under året kan man se att vård- och omsorgsboende legat jämnt i antalet under hela året medan rapporterna inom funktionsstöd och ordinärt boende ökade under senhösten. En möjlig orsak som kan ha påverkat är att när pandemirestriktionerna släpptes fick man mer tid till att tänka på kvaliteten i verksamheterna.



Hälso- och sjukvårdsenheten och myndighetsenheten har inte haft några avvikelser som utretts som lex Sarah, därav är de inte med i tabellerna ovan.

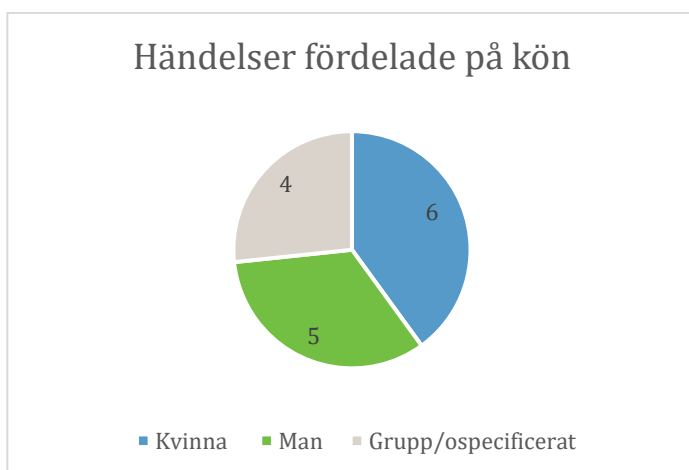
Typ av missförhållande

Brister i utförande av insatser är den vanligaste typ av händelse (även 2019 och 2020) följt av brister i bemötande och fysiska och psykiska övergrepp. En och samma utredning kan innehålla olika typer vilket också kan göra det svårt att jämföra på ett rättvist sätt.



Fördelat på kön

Det är en jämn fördelning mellan könen.



Anmälan till inspektionen för vård och omsorg (IVO)

Fyra av händelserna har bedömts som allvarliga och har därför skickats till inspektionen för vård och omsorg (IVO). Det ligger i nivå med antalet som anmälts de senaste åren.

Komplettering begärdes i ett ärende inom ordinärt boende där det bland annat inte bedömdes tydligt vad som åtgärdats i samband med en tidigare, liknande händelse och vad som gjorde att händelsen inträffade på nytt. Det synliggjordes vid komplettering av händelsen att åtgärder inte alltid genomförs inom avsedd tid samt att det finns ett behov av att arbeta med större följsamhet till uppföljning och utvärdering av händelser.

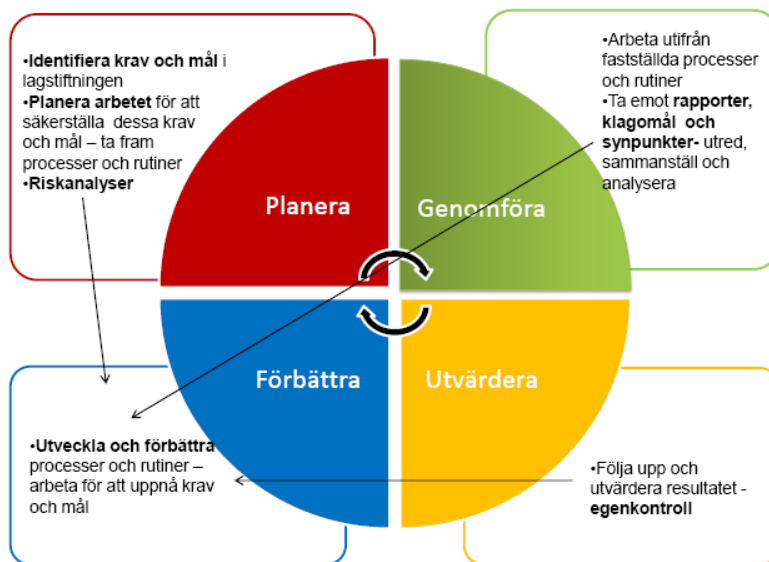
Ett annat ärende initierade att IVO fortsatte granskning kopplat till tvångs- och begränsningsåtgärder inom vård och omsorgsboende. Övriga ärenden beslutades som godkända utan vidare komplettering eller åtgärd.

Övrig analys

Utifrån årets händelser där nio av femton handlat om brister i utförande av insatser, är det tydligt att behov finns av;

- Att arbeta med att göra rutinerna kända för medarbetarna och öka följsamheten till dem.
- Det behövs en översyn av rutiner som används inom flera verksamheter så att de finns åtkomliga för båda lagrummen SOL och LSS. I och med införandet av ett nytt kvalitetssystem (2022) kommer det ske en översyn av alla rutiner som ska flyttas från handböckerna till kvalitetssystemet och kopplas till de verksamheter som berörs.
- Att tydliggöra medarbetarnas planering för att öka möjligheten av att utföra rätt insatser på den tid de är planerade. Detta är påbörjat i Lifecare planering för ordinärt boende och vård- och omsorgsboende under 2021.
- Vikten av att ha en ständig dialog kring bemötande/värdegrund/värdighetsgarantier i arbetsgrupper för att påminna varandra om varför vi är på jobbet och vem vi är till för. Att tydliggöra syftet med rapporteringskyldigheten, att det är för att komma till rätta med brister i verksamheten och att förhindra att liknande missförhållanden uppkommer igen, inte för att hänga ut eller för att ”få bort” enskild medarbetare..

Bilaga 4 – Förbättringshjulet



Figur 1: Bilden visar grunden i uppbygganden av ledningssystemet samt det systematiska förbättringsarbetet. De inre pilarna visar på fasernas tidsordning och att kvalitetsarbetet alltid pågår. De långa pilarna visar på att underlag till att utveckla och förbättra verksamhetens processer och rutiner kan komma fram direkt under varje fas (planering, genomförande och utvärdering). Eftersom kvaliteten ständigt ska utvecklas och säkras blir ett ledningssystem aldrig färdigt.

För mer information

Kristianstads kommun

Katrin Nilsson
Tel: 044-132748

Kvalitetsberättelse 2021
Dnr [Ange diarienummer]
Antagen av Omsorgsnämnden



Kristianstads
kommun

| Kristianstads kommun
Katrin Nilsson | 044-132748
www.kristianstad.se | kommun@kristianstad.se