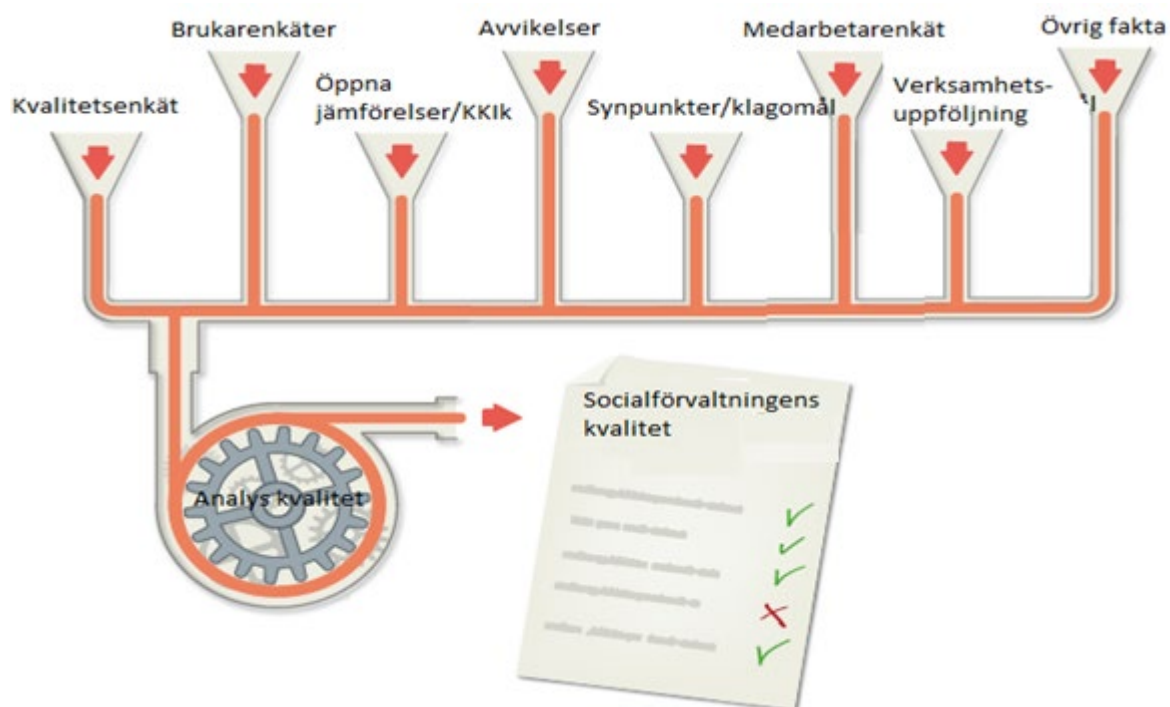


Kvalitetsberättelse 2021

– En del i Vård- och omsorgsförvaltningens systematiska kvalitetsarbete



Sammanfattning

Kvalitetsberättelsen är en del i Vård- och omsorgsförvaltningens systematiska kvalitetsarbete. I kvalitetsberättelsen ska det framgå hur kvalitetsarbetet bedrivits under föregående år, vilka åtgärder som vidtagits och resultat som uppnåtts.

Vård- och omsorgsförvaltningen har omkring 2800 medarbetare med en budget på 1,8 mdkr. Verksamhetsområden är Myndighet, Stöd och omsorg, Hemtjänst, Äldreboende och Hälso- och sjukvård.

Under år 2021 har fokus varit kvalitet för den enskilde, effektivitet, ekonomi i balans och medarbetartillfredsställelse. Ett antal aktiviteter är genomförda i syfte att stärka en god kvalitet.

Det här är insatser och aktiviteter som medfört god kvalitet

- Samverkan i programområden för morgondagens välfärd och digitalisering som möjlighet
- Demensvårdssatsning med kriterier för demensboende
- Lex-utredning inom LSS med ökad kvalitet
- Egenkontroller vi e-tjänst
- Arbetsmiljökartläggningar som medfört ny organisation
- Inventering av behov av kompetensutveckling med vidtagna åtgärder
- Styrning och ledning där förvaltningen nu har Ledningssystem och Krisledningsplan

Det här är områden som kräver högre kvalitet

- Systematiskt förbättringsarbete med stöd av avvikelser och lex-utredningar behöver bli bättre
- Möjligheter att följa upp vård- och omsorgstagares upplevelse av kvalitet i de insatser vi ger behöver utvecklas.
- Uppföljning av verkställda beslut i dialog med den det berör och ibland med närstående/godman/förvaltare
- Genomförandeplaner som är aktuella, kända och utgör grund för det stöd vi ger
- Verksamheten Stöd och omsorg behöver utveckla kvalitet och effektivitet. År 2021 ger undersökningars resultat och lex-utredningar flertal exempel på förbättringsområden där det finns brister som snarast behöver åtgärdas och inbegriper såväl myndighetens handläggning som hur insatser verkställs och följs upp.

Innehållsförteckning

Sammanfattning	2
Det här är insatser och aktiviteter som medfört god kvalitet	2
Det här är områden som kräver högre kvalitet	2
Inledning.....	4
Kvalitetsområden	4
Vård- och omsorgsförvaltningen övergripande.....	6
Framtidens välfärd.....	6
Programmet för God och nära vård.....	7
Utbildnings- och forskningssamverkan.....	8
Program för Framtidens välfärd – vård och skola.....	8
Morgondagens välfärd.....	9
Kvalitetsresultat per Verksamhet	10
Myndighet	10
Äldreomsorg.....	11
Kvalitetsutveckling.....	11
Mål/mått/egenkontroller Äldreomsorg.....	11
Resultat egenkontroll Äldreomsorg	13
Genomförandeplaner inom äldreomsorgen.....	13
Hemtjänst och Servicehus	14
Kontinuitet.....	14
Kompetenssatsningar Äldreomsorg	14
Stöd och omsorg.....	17
Kvalitetsutveckling – Stöd och omsorg	17
Rätt insats utifrån individs faktiska behov	17
Gruppbostad/Servicebostad.....	18
Kompetens för uppdraget	19
Pedagogiskt arbets- och förhållningssätt (PFA).....	19
Bostad med särskild service LSS	20
Brukarundersökning	20
Begränsningsåtgärder	21
Alternativ och kompletterande kommunikation (AKK)	22
Daglig verksamhet LSS.....	22
Genomförandeplaner - utvecklingsområde	22
Klagomål, avvikelser och missförhållanden	23
Avvikelser	23
Äldreomsorg.....	23
Myndighetsutövning.....	24
Klagomål och synpunkter.....	24
Lex rapporter med inkomna utredningar från externa utförare/vårdgivare.....	24
Lex Sarah utredningar	27
Hälso- och sjukvård.....	27
Sjuksköterskor med inriktning mot LSS och boenden.....	28

Inledning

Förvaltningens uppdrag är att utifrån politiska mål och beslut, ekonomiska förutsättningar och lagstiftning skapa en rättssäker och effektiv verksamhet med vård- och omsorgstagarnas behov i centrum.

Definitionen av kvalitet är att verksamheten uppfyller de krav och mål som gäller för verksamheten enligt lagar och andra föreskrifter om hälso- och sjukvård, äldreomsorg och stöd och service till vissa funktionshindrade och beslut som meddelats med stöd av sådana föreskrifter¹. Även mål som är formulerade av politiken och förvaltningen påverkar vad som utgör kvalitet.

Kvalitetsberättelsen bygger på bland annat brukarundersökningar, verksamhetsuppföljningar, synpunkter och klagomål, avvikelser, medarbetarenkäter samt de nationella resultat som fanns tillgängliga i december 2021. Då Socialstyrelsen beslutat att inte genomföra Brukarundersökningar år 2021 saknas resultat.

Kvalitetsområden

Verksamheten ska utgå ifrån en evidensbaserad praktik och:

kunskapsbaserad verksamhet
självbestämmande och integritet
helhetssyn och samordning
trygghet och säkerhet
tillgänglighet
effektivitet.

Den som har kontakt med Vård- och omsorgsförvaltningens verksamhet ska kunna förvänta sig:

Rättssäkerhet		<ul style="list-style-type: none">• Att insatser utförs enligt gällande regelverk• Att få information om rätten att överklaga• Att beslut följer lagar och praxis i domstol• Alla medborgare får likvärdiga bedömningar med hänsyn tagen till individuella behov• Det sker en regelbunden uppföljning och utvärdering av den omsorg och vård som ges den enskilde.
Individens behov i centrum	Tillgänglighet och information	<ul style="list-style-type: none">• Att den enskilde vet var man kan vända sig vid synpunkter och klagomål• Att den fysiska och kommunikativa miljön i verksamheten är tillgänglig• Att information är tillgänglig, begriplig och anpassad• Att enkelt kunna komma i kontakt med rätt person• Att snabbt få tid för besök eller hembesök• Att få information om vilka valmöjligheter som finns

¹ SOSFS 2011:9 2 Kap. Definitioner

	Självbestämmande, inflytande, integritet och delaktighet	<ul style="list-style-type: none"> • Att den enskilde får vara delaktig och utöva inflytande • Insatsen ges med respekt för individuella behov, förväntningar och den enskildes integritet • Insatsen ges med ett gott bemötande, där delaktighet uppmuntras och den enskilde får förutsättningar att göra det denne klarar själv och stöd med det man inte klarar själv
	Gott bemötande och helhetssyn	<ul style="list-style-type: none"> • Att bli bemött med respekt, hänsyn, vänlighet, uppmärksamhet och lyhördhet • Att den enskildes egna resurser tas tillvara • Att stödet utgår från den enskildes samlade livssituation
Kontinuitet	Stöd-, vård och omsorgskontinuitet	<ul style="list-style-type: none"> • Att den enskilde får möta så få olika personer som möjligt när beslutade insatser ges
Säkerhet och trygghet		<ul style="list-style-type: none"> • Att den enskilde upplever förutsägbarhet och möjligheter till insyn av de insatser som utförs • Att de sociala tjänsterna och vårdinsatserna är samordnade • Det stöd och den vård som ges utgår ifrån evidensbaserad praktik och med hänsyn till den enskildes situation, erfarenheter och önskemål • Att den enskilde skyddas från skada och olycksfall • Att personal och information är lättillgänglig
Uppföljning och systematiskt kvalitetsarbete	Uppföljning och utvärdering	<ul style="list-style-type: none"> • Att effekter och resultat följs upp i det systematiska kvalitetsarbetet • Att resultat finns tillgängliga för alla medborgare • Att analyser finns tillgängliga avseende resultat och förbättringsområden och utvecklingsarbete synliggörs och hanteras.
Verksamhetsperspektiv	Medarbetares engagemang	<ul style="list-style-type: none"> • Att resultat från Medarbetarenkäter analyseras, hanteras och utvecklas för en ökad medarbetartillfredsställelse • Att medarbetare i förvaltningen är delaktiga och har inflytande i frågor som påverkar verksamheten och arbetsmiljön
	Ledarskap	<ul style="list-style-type: none"> • Att ledare har formell och reell kompetens samt får förutsättningar att ha ett närvarande och engagerat ledarskap
	Samverkan och samarbete	<ul style="list-style-type: none"> • Insatserna är samordnade mellan vårdaktörer och sociala insatser och vård- och omsorg ska upplevas som väl fungerande kommunicerande kärn. Den enskilde ska inte uppfatta organisatoriska och administrativa gränser.

Vård- och omsorgsförvaltningen

övergripande

Kvalitetsarbetet år 2021 har fokuserat på kvalitet för den enskilde, kvalitet i styr- och ledningssystem inklusive effektivitet och ökad medarbetartillfredsställelse med en ekonomi i balans.

Krisledningsplan

Förvaltningen har upprättat Krisledningsplan mot bakgrund av erfarenheterna från pandemin som påverkat verksamheterna i hög grad under året. Sårbarheten, kontinuitetsplaneringen och bemanningssvårigheter har belyst behovet av strukturer för ledning i kris. Som ett led i arbetet med krisledningsplan har förvaltningen utarbetat kontinuitetsplan och handlingsplaner som stöd för verksamhetsansvarig chef i händelse av bemanningskris – ”Plan för bemanning av omvårdnadspersonal vid kris”.

Ledningssystem för verksamheterna är under arbete. Huvudprocesserna inom Äldreomsorg och Hälso- och sjukvård finns framtagna och tillgängliga. Arbete kvarstår inom Stöd och omsorg. Under året har planering och uppföljning skett med stöd av processverktyget StratSys för första gången. Arbetet följs nu upp med att förvaltningen nu även skapar processflöden för kärnverksamheten och stödprocesser med stöd av ledningssystemet i StratSys.

Medarbetartillfredsställelse

Omfattande arbetsmiljökartläggningar och intervjuer med medarbetare och chefer ligger till grund för ny organisation sedan 1 oktober 2021. Ny organisation är renodlad på verksamhetsuppdrag med en verksamhetschef för respektive verksamhetsområde. Samarbetet sker fortsatt inom förvaltningens ledningsgrupp men också i ledningsträffar mellan verksamheterna.

Genomlysning för uppföljning av kvalitet och effektivitet

Genomlysning av verksamheterna inom stöd och omsorg, hemtjänst, äldreboende och hälso- och sjukvård har skett i dialog med chefer för verksamheterna. Åtgärder är vidtagna som bidragit till en ekonomi i balans men också i syfte att säkerställa att individer som beviljats insatser får det stöd de behöver effektivt och med kvalitet.

Morgondagens välfärd och digitalisering

Omfattande utvecklingsarbete sker i nära samarbete med Avdelningen för digital transformation vid Kommunstyrelsekontoret, Mittuniversitet, Programplanarbetet i länet och i samverkan med Region Västernorrland och länets kommuner.

Framtidens välfärd

Kommunens kärnverksamheter såsom vård och omsorg är under ett kraftigt förändringstryck. Förändringsfaktorerna är väl kända och omfattar bland annat en demografisk obalans, ny teknik och digitalisering, en snabb privat tjänsteutveckling samt kompetens- och arbetskraftsbrist.

Förnyelsen skyndas på av de behov och erfarenheter som synliggjorts under pågående pandemi samtidigt som krav på att genomföra effektiviseringar och besparingar måste ske i närtid. Det är därför angeläget att införa ett systematiskt förändringsarbete där kommunens

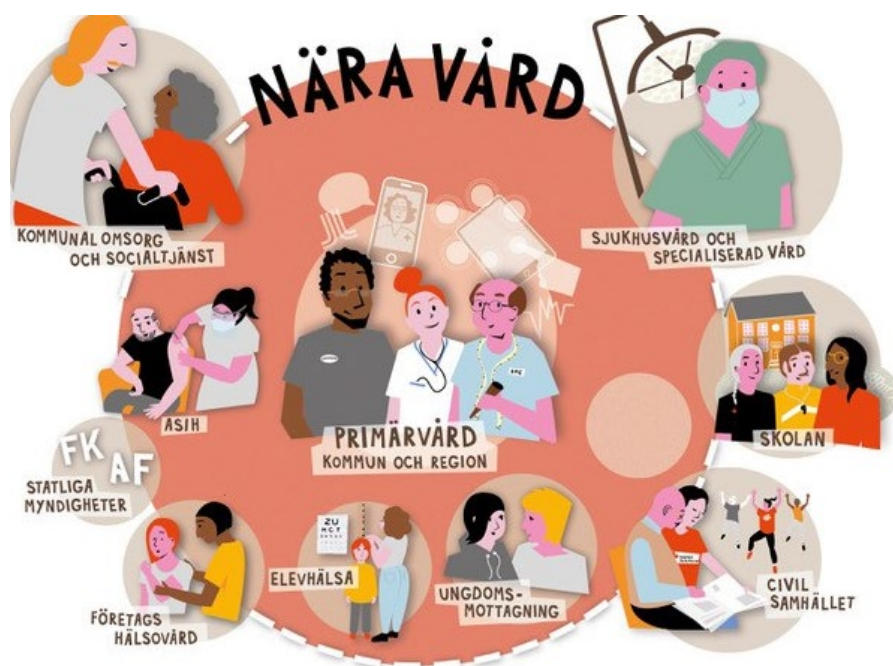
kärnverksamheter ges förutsättningar att säkra att välfärden fungerar här och nu samtidigt som en ny framtidsanpassad välfärd byggs upp, testas och implementeras.²

Programmet för God och nära vård

En god och nära vård är en nationell reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem. I Västernorrland har Sundsvall, Ånge, Härnösand, Sollefteå, Kramfors, Örnsköldsvik, Timrå och Region Västernorrland enats om en gemensam programplan för att lyckas i reformarbetet. De åtta aktörerna är jämlika parter och driver programmet i samverkan med en planeringshorisont på sex år. Förvaltningen har under året varit delaktiga i utvecklingen av projekt som sker i samverkan där Sundsvalls kommun med förvaltningen och Avdelningen för digital transformation etablerat ett flertal förändringsuppdrag.

Bilderna nedan visualiserar Programplanens arbete och aktörer av betydelse för att uppnå goda resultat.

Gemensam målbild & avsiktsförklaring



² <https://analys.sundsvall.se/undersidor---analys-sundsvall/framtidens-valfard>

För att klara framtidens behov finns det fyra förflyttningar i ageranden och handlingar som behöver göras:



Under året som gått har utbildningsinsatser genomförts, samarbete mellan parterna initierats, lösningsfokuserade samverkansformer etablerats och Indal-Liden påbörjat konkret arbete för att skapa ett exempel på hur en god och nära vård kan tillämpas med bland annat digitala insatser.

Utbildnings- och forsknings-samverkan

Program för Framtidens välfärd – vård och skola

Programmet är en långsiktig strategisk satsning, som i sin första fas omfattar fyra år, med samverkansavtalen mellan Sundsvalls kommun och MIUN som bas, samt med möjligheter till ytterligare finansiering från MIUN och externa aktörer. En programsatsning som utvecklats i samarbete mellan Sundsvalls kommun och Mittuniversitetet där Vård- och omsorgsförvaltningen varit delaktiga under året. Programmet startade sommaren 2021.

Visionen för programmet är att skapa en stark och hållbar samverkansmiljö för Framtidens Välfärd: Vård och Skola. Sundsvalls kommuns och Mittuniversitetet (MIUN) verksamheter möts i en profilerad samverkansmiljö för forsknings- och utvecklingsarbete med relevans för framtidens vård och skola.

Programsatsningens övergripande syfte är att åstadkomma en större satsning som ger möjlighet att utveckla en stark forskningsmiljö med koppling till högkvalitativa utbildningar för att säkra kunskaps- och kompetensförsörjning till gagn för både Sundsvalls kommun och MIUN inom långsiktigt viktiga områden. Ett annat syfte är också att generera ny kunskap om hur en god kommunal vård och skola kan organiseras för framtidens välfärd för att på ett sammanhållet sätt möta människors behov med proaktiva insatser i ett livslångt perspektiv. Bakgrunden till programsatsningen är de utmaningar och transformerande krafter dagens vård och skola står inför.

Programsatsningens innehåll utgår från samverkansmöten som genomförts mellan representanter för Sundsvalls kommun och representanter från MIUN. Framtidens Vård har stark koppling till reform "God och Nära vård" med fokus på förebyggande hälsovård, såsom insatser i långvariga sjukdomsförlopp.

Följande antaganden har identifierats som relevanta för programsatsningen inom Vård:

1. Att utgå från individen och närstående samt inkludera samtliga relevanta aktörer exempelvis (socialtjänst, hälso- och sjukvård i hela vårdprocessen exempelvis samordnad individuell vårdplanering (SIP)).
2. Att stärka och tydliggöra individens ställning, främja integritet, självbestämmande, egenvård och delaktighet.
3. Att nyttja digitaliseringens möjligheter för en proaktiv, värdeskapande och effektiv vård (exempelvis digitala vårdmöten, kvalitetssäker dokumentation och vårdflöden).
4. Att främja en proaktiv, nära och säker hälso- och sjukvård för hemsjukvård, särskilda boenden och nya boendeformer.

Följande utvecklings-/forskningsområden identifierades initialt i dialog:

- Preventiva omvårdnadsåtgärder för säker vård
- Demensvård och närståendestöd
- Hemsjukvård och vård i särskilt boende samt nya boendeformer

Morgondagens välfärd

– är en del i kommunens Program för digitalisering

I samarbete med Avdelningen för digital transformation, Kommunstyrelsekontoret pågår flertalet utvecklingsprojekt i syfte att skapa en bättre kvalitet för ökad trygghet, självständighet och bibehållen integritet för såväl vård- och omsorgstagare som ökad kvalitet för medarbetare. I bilden nedan visualiseras idéer för utveckling, pågående arbete och det som är beslutat för breddinförande. I digitaliseringsutvecklingen ingår såväl nyckelfria lås, verksamhetssystem som trygghetskapande teknik och tester för självmonitorering och distansteknik för vård- och omsorgstagare. Nära vård-projektet Indal-Liden ingår också i samarbetet.

The screenshot shows a digital project management dashboard with five columns: 'Idé (uppslag)', 'Beredning av initiativ', 'Utveckling - piloter och projekt', 'Breddinförande', and 'Förvaltning och utvärdering'. Each column contains a list of project cards with titles, descriptions, and status tags like 'Vof', 'IaF', 'SABO', 'Enligt plan', 'SoO', 'Hemgäst', 'Risk', and 'Att diskutera'.

Kvalitetsresultat per Verksamhet

Myndighet

Inom Äldreomsorg är biståndshandläggarna samlade under en chef sedan den 1 okt 2021. Organisationsförändringen är ett resultat av de medarbetar- och chefsuppföljningar som skett under året. En utökning av handläggare inom LSS beslutades 2021 och rekrytering påbörjades. Syftet med utökning är att få bättre kvalitet i handläggningen men också skapa förutsättningar för en god uppföljning.

Riktlinjer med kriterier för äldreomsorgen är reviderade

Beslutade riktlinjer är gällande sedan november år 2021. Det innebär att förvaltningen ännu inte ser större effekter av förändringen. Riktlinjerna är tydligare och innehåller beskrivning och kriterier för insatserna:

- servicehus,
- äldreboende fördelat på somatisk vård och omsorg och vård och omsorg för individer med demensdiagnos
- korttidsvård

Tydligare riktlinjer och kriterier bidrar till en ökad kunskap och samsyn hos handläggare vilket medför att rättssäkerheten ökar. Effekttuppföljning sker under år 2022. Förtydligande avser bland annat regler för kommunicering/delgivning, anmälan om missförhållanden och utskrivning från slutenvården för att säkerställa att vi följer lagar och förordningar.

Större fokus på uppföljning av såväl korttidsvård som hemtjänst, särskilt i anslutning till utskrivning från slutenvård

Beslut om korttidsvård gäller i två veckor. Beslut om hemtjänst gäller som längst fyra veckor i samband med utskrivning från sjukhus. Uppföljning av behoven sker inom dessa tidsfrister då variation av behov förväntas vara stora i direkt anslutning till utskrivning från slutenvård.

Målet: Rätt insats till rätt person i rätt tid och till rätt kostnad. Detta innebär en högre kvalitet och leder till ökad kostnadseffektivitet. Resultatet är att resurser planeras på bästa sätt och personer inte behöver bli kvar på korttidsplats om behovet kan tillgodoses i den ordinära bostaden. Resultatet förväntas också innebära att beslut om hemtjänst är aktuella och omprövas med hänsyn till variation i behov för den enskilde.

Årliga uppföljningar löpande av SoL-beslut

Beslut om hemtjänst gäller som längst ett år. Syftet är att regelbunden och obligatorisk uppföljning minskar risken att det pågår verkställda hemtjänstbeslut som inte tillgodoser de faktiska behoven, eller där det avviker avseende omfattning/frekvens och timantal.

Förväntat resultat är bättre ekonomisk effektivitet samt bättre kvalitet för den det berör då behoven kanske intet tillgodoses eller behovet av stöd minskat.

Äldreomsorg

Kvalitetsutveckling

- Under år 2021 har äldreomsorgens huvudprocesser identifierats och dokumenterats.
- Inrättande av Metodutvecklare som projekt år 2021-2022, med uppdraget att stötta kollegor, ombud och närmaste chef i arbetet att kvalitetsutveckla en trygg och säker omvårdnad. Metodutvecklare är undersköterskor med flerårig erfarenhet av arbete inom äldreomsorgen.
- Inrättandet av Specialistundersköterskor vid Demensboende för utveckling av vården i enlighet med Nämndens beslut om kriterier för demensboende samt i enlighet med målen i Färdplan 2030 – Demensvårdsutveckling. Satsningen medför att Demensvården successivt blir Stjärnmärkt via Svenskt Demenscentrum.

Mål/mått/egenkontroller Äldreomsorg

Verksamheterna följer utvecklingen av kvalitet via indikatorer. Indikatorer avser nationella jämförbara mätningar, egenkontroller, rapporteringar i nationella register, förvaltningens stöd- och verksamhetssystem samt slumpvis journalgranskning/dokumentationsgranskning.

Egenkontroll av rutiner och följsamhet till Basala hygienrutiner genomförs vid fem tillfällen, övriga kvalitetskriterier rapporteras 2-3 ggr/år. I tabellen nedan finns samtliga indikatorer. Indikatorer, rutin och system för rapportering har formulerats under år 2021.

Perspektiv	Vad mäter vi	Frekvens	Var	Vem	Hur redovisas Resultaten i verksamheterna	Hur använder vi resultaten i förbättringsarbetet
Egenkontroll	Öppna jämförelser	1 ggr/år	Soc styrelse/ Kolada	eCh/ V-utv.	Sammanställningar och analyser görs både på ledningsnivå och enhetsnivå. Enhetschefer återkopplar till personal på APT.	Övergripande handlingsplan tas fram för frågor som berör hela verksamheten. Lokala handlingsplaner tas fram utifrån resultatet för respektive enhet
Egenkontroll	Enkät, vad tycker äldre om äldreomsorgen (trygghet, kontinuitet mm)	1 ggr/år	Soc styr/ Kolada	Vårdtagare/ Anhörig	Sammanställningar och analyser görs både på ledningsnivå och enhetsnivå. Enhetschefer återkopplar till personal på APT.	Övergripande handlingsplan tas fram för frågor som berör hela verksamheten. Lokala handlingsplaner tas fram utifrån resultatet för respektive enhet
Egenkontroll	KKIK	1 ggr/år	Soc styr/ Kolada	eCh/ v-utv.	Sammanställningar och analyser görs både på ledningsnivå och enhetsnivå. Enhetschefer återkopplar till personal på APT.	Övergripande handlingsplan tas fram för frågor som berör hela verksamheten. Lokala handlingsplaner tas fram utifrån resultatet för respektive enhet
Egenkontroll	Palliativa registret	Registreras löpande/ statistik tas ut 3 ggr/år	Kval reg.	Tvär proff. team	Patientsäkerhets-berättelsen 1g/år (Mars månad) Enhetschef tar ut delårsrapport	Verksamhetschef och enhetschef återkopplar i verksamheten
Egenkontroll	Senior alert	Registreras löpande/ statistik tas ut 3 ggr/år	Kval reg.	Tvär proff. team	Patientsäkerhets-berättelsen 1g/år (Mars månad) Enhetschef tar ut delårsrapport	Verksamhetschef och enhetschef återkopplar i verksamheten
Egenkontroll	BPSD	Registreras löpande/ statistik tas ut 1g/år	Soc styr/ Kval reg.	Tvär proff. Team Behörighet krävs	Patientsäkerhets-berättelsen 1gr/år (Mars månad) Enhetschef tar ut delårsrapport	vCh och eCh återkopplar i verksamheten
Egenkontroll	Basal hygien, egenkontroll, självskattning	Enligt årshjul	StratSys från år 2022	eCh	Resultat sammanställs årligen och redovisas för ledningen	eCh återkopplar till egen enhet

Egenkontroll/ statistik	Avvikelser, klagomål, synpunkter	Registreras löpande/ statistik tas ut 1g/m	Flexite Sundsvall. se/ synpunkt och klagomål	Tvår proff. team	Månadsrapport sammanställs och delges vCh/eCh	Återkopplas löpande till personalgrupp i samband med åtgärder och förbättringsarbete
Egenkontroll	Lex-utredning	löpande	Flexite	MAS, Lex-utredare	Utredare kontaktar eCh för aktuell verksamhet för utredning och handlingsplan	Aktuell eCh vidtar nödvändiga åtgärder utifrån handlingsplan och följer upp resultatet tillsammans med utredare Lex
Statistik	Personal kontinuitet (antal personal/ individ/månad)	1g/mån	Time care och SoL sign. list.	eCh	Redovisas Månadsvis	Används som verktyg för löpande personal och verksamhetsplanering
Statistik	Antal vikarie-timmar	1g/mån	Time care	eCh	Redovisas Månadsvis	Används som verktyg för löpande personal och verksamhetsplanering
Statistik	Antal olika vikarier	1g/mån	Time Care	eCh	Redovisas Månadsvis	Används som verktyg för löpande personal och verksamhetsplanering
Statistik	Ej verkställda beslut	1g/mån	Procapita	BHL-Myndighet		
Statistik	Andel upprättade/ aktuella genomförandeplaner	Genomförandeplan ska alltid vara aktuell och ska följas upp minst 1g/år	Procapita	eCh	Enhetschef återkopplar till respektive kontaktpersonal	Följs upp vid ex APT
Egenkontroll	Delaktighet vid upprättande av genomförandeplan	Stickprov/ egenkontroll ur Procapita	Procapita	eCh tar stickprov på 5 planer/ Delårsrapport (enl. mall)	Enhetschef återkopplar till respektive kontaktpersonal	Följs upp vid ex APT
Ekonomi	Budget, utfall prognos	Löpande	Qlick sense	eCh	verksamhetschefer och ledningsteam med stöd av ekonomer	
Statistik	Antal hemtjänst netto kostnad/antal brukare	1g/mån			verksamhetschefer och ledningsteam med stöd av ekonomer	
Statistik	Kö till Säbo	1g/mån	Procapita		Diskuteras i ledningsteam	
Statistik	Beläggningsgrad Äldreboende	1g/mån	Procapita		Diskuteras i ledningsteam	
Statistik	Antal dygn utskrivningsklara	1g/mån	Prator		Diskuteras i ledningsteam	
Statistik	Antal brukare i relation till hemtjänsttimmar	1g/mån	Procapita/ treserva		Diskuteras i ledningsteam	
Statistik	Antal hemtjänsttimmar innan flytt till äldreboende	Löpande	Procapita		Norm och riktlinje för detta diskuteras på ledningsnivå	Förankras i ledningsteam och med biståndshandläggare
Arbetsmiljö	Sjukskrivningstal	Registreras löpande Statistik tas ut 1g/mån	Qlick sense			eCh arbetar kontinuerligt med rehab- och stödjande åtgärder
Statistik	Tillbud/ arbetsskada	Löpande	Flexite			eCh arbetar kontinuerligt med rehab- och stödjande åtgärder

Egenkontroll	Andel skyddsron, arbetsmiljö fysisk, organisatoriskt och social	Minst 1g/år	StratSys -under utv.	eCh	Sammanställs och redovisas till ledningsgrupp VoF samt i LSG och FSG	Återkoppling till eCh och verksamhet
Egenkontroll	Brand rond	2ggr/år	StratSys -under utv.	eCh		
Statistik	Medarbetarenkät	Vart tredje år		All personal	Sammanställs övergripande	Återkopplas på enhetsnivå av enhetschef. handlingsplan upprättas.

Resultat egenkontroll Äldreomsorg

Under året så har 538 genomförandeplaner slumpvis granskats utifrån individens delaktighet, planens aktualitet och om det av planen framgår när och hur en insats ges till den enskilde.

Resultatet visar att genomförandeplaner uppdateras i högre grad samt att delaktigheten vid dess utformning är högre inom hemtjänst jämfört äldreboende. Analys av varför delaktigheten inom hemtjänst är högre saknas. En möjlig förklaring kan vara att variationen normalt är högre inom hemtjänst över tid.

Flertalet verksamheter utför självskattning av följsamhet till rutinerna för basal hygien dock inte fyra gånger per år som beslutat. En möjlig förklaring är att självskattning sker, men e-tjänsten inte nyttjats för rapportering. Under pandemin har enheterna varje vecka belyst betydelsen av självskattning av följsamhet till basala hygienrutiner i syfte att uppnå 100% följsamhet.

Äldreboenden använder något eller ett par av kvalitetsregistren (Senior Alert, BSPD och Palliativa registret) men få använder samtliga. Hemtjänst använder sig inte av dessa verktyg systematiskt utan endast i enstaka fall. Förvaltningens beslut, som också återrapporterats till Vård- och omsorgsnämnden är att de fyra nationella kvalitetsregister som finns nämnda ska följas i samtliga verksamheter. Avsikten är att bedriva en evidensbaserad vård- och omsorg som då också kan jämföras med andra kommuner och Riket. Kvalitet uppnås med metodstöd i aktuella nationella register.

Brandrond har utförts i samtliga rapporterade verksamheter dock har flertalet genomfört en rond och inte de två brandronder som ska ske. Liknande resultat visar förekomst av skyddsroner. Resultatet kan vara påverkat av att E-tjänsten för rapportering stängdes i slutet av november och de brand- och skyddsroner som genomfördes under december därmed saknas.

Genomförandeplaner inom äldreomsorgen

Varje enhet granskar 5 slumpmässigt utvalda genomförandeplaner per tertiäl (totalt 15 st per år och enhet). I granskningen besvaras 3 frågor. Totalt granskades 304 genomförandeplaner inom äldreboende.

Resultat försärskilt boende för äldre

Är planen upprättad och aktuell?	Framgår den enskildes delaktighet?	Framgår när o hur insatser genomförs?
80 % ja	60 % ja	83 % ja
5 % delvis	13 % delvis	9 % delvis

Det är för låg andel där det framgår om den enskilde och/eller närstående är delaktiga i den egna Genomförandeplanen. Resultatet leder till fortsatt utveckling. I den händelse den enskilde inte kan företräda sig själv, ska också närstående erbjudas delaktighet.

Hemtjänst och Servicehus

Egenkontrollen avser hemtjänst i egen regi. Åtta hemtjänstområden, och ett servicehus, har fullföljt kvalitetsuppföljningen och rapporterat de egenkontroller som genomförts enligt fastställd rutin. Fem hemtjänstområden, två servicehus har valt att avstå rapportering.

Totalt granskades 234 genomförandeplaner inom hemtjänsten. 15 enheter inom hemtjänst och 3 servicehus har genomfört slumpvis kvalitetskontroll av genomförandeförandeplaner åtminstone 1 gång under år 2021. Målet är tre tillfällen under ett kalender år.

Kontinuitet

Mätes i KKiK hösten 2021 under en 14-dagarsperiod.

Nyckeltalsnamn	Personalkontinuitet, antal personal som en hemtjänsttagare möter under 14 dagar, medelvärde (U21401) KKiK-mått	Personalkontinuitet, antal personal som en hemtjänsttagare möter under 14 dagar, median (U21402)	Personalkontinuitet, hemtjänsttagare som möter fler än 20 personal under 14 dagar, andel (%) (U21436)
Resultat för inmatning i Koladas inmatningsfunktion	Medelvärde:	Median:	Fler än 20 personal, andel (%):
	12	12	1
Kvinnor:	11	12	0
Män:	12	12	2

Jämförbara kommuner redovisar i snitt 16 personer vilket innebär att Sundsvalls hemtjänst fortsatt har en god kontinuitet också beaktat att vi under hösten hade hög personalfrånvaro med anledning av pandemin.

Kompetenssatsningar Äldreomsorg

Våld i nära relationer

Under året har chefer och medarbetare inom äldreomsorg genomfört obligatoriskt utbildningspaket med inriktning "Våld och hot" inom Äldreomsorgen. Utbildningssatsningen är initierad med stöd av länets strategi "Nollvision mot mäns våld mot kvinnor och våld i nära relationer". Utbildningen sker digitalt. Webbutbildningen kompletteras med ett arbetsmaterial som enhetschef tillsammans med personal arbetar vidare med på tex APT.

Utbildningarna omfattar dels en allmän introduktionskurs, i första hand lämpad för chefer, och dels ett utbildningsmaterial och webbutbildning riktad till personal inom äldreomsorgen.

- Webbkurs om våld, NCK, nationellt centrum för kvinnovåld (ca 3 timmar)
En introduktionskurs som ger grundläggande kunskap om mäns våld mot kvinnor och våld i nära relationer. Webbutbildningen avslutas med ett kunskapstest och ett intyg som lämnas till verksamhetschef.

Introduktionskurs - om våld

- Utbildningsmaterial om våld mot äldre kvinnor (Socialstyrelsen) Blånader och silverhår. Syftet med utbildningsmaterialet är att höja kompetensen hos olika personalgrupper för att kvinnornas behov av stöd bättre ska tillgodoses.

Målsättningen är att sprida kunskap om:

- våldets olika uttryck
- tecken på våldutsatthet samt sårbarhetsfaktorer och riskfaktorer
- behovet av handlingsberedskap

Materialet består av texter med tillhörande diskussionsfrågor och delas förslagsvis upp på tre olika tillfällen tex APT.

- Webbutbildning (socialstyrelsen)
All personal tar del av webbutbildningen ”Våld mot äldre” (45-60 min).
I utbildningen ingår:
 - vad våld är
 - vilka som utsätts för våld och vilka som utsätter andra för våld
 - hur en misstanke om eller upptäckt av våld kan hanteras
 - hur man kan tala om våldDe båda webbutbildningarna innehåller ett kunskapstest och intyg.

Extra material från NCK Nationellt centrum för kvinnofrid
[Att ställa frågor om våld - Äldreomsorg](#)

Chefsutveckling

Enhetschefer inom äldreomsorg deltar i studier på distans och kvartsfart vid Umeå Universitet i syfte att stärka ledarskapet och öka kunskaperna om lagstiftning som styr verksamheten.

Hygienombud

Pandemins intåg i äldreomsorgen uppmärksammade oss på behovet av ökad kompetens gällande vårdhygien och basala hygienrutiner som är reglerade via föreskrifter. Egenkontroll, självskattning och fördjupad introduktion är etablerat och fungerande. Under året har varje enhet inom förvaltningens kärnverksamheter utbildat hygienombud med uppdrag att kvalitetssäkra arbetet för ökat smittskydd och följsamhet till basala hygienrutiner. Utbildningar är verifierad med certifikat efter genomförd utbildning via Socialstyrelsen. Utbildningsinsatser och samverkan sker också med Vårdhygiensjuksköterskor vid Smittskydds enheten i Regionen.

Metodutvecklare

Inom äldreomsorgen drivs ett utvecklingsprojekt under åren 2021-2022. Syftet att säkerställa god kvalitet med en trygg och säker vård och omsorg. Metodutvecklare har anställts under år 2021. Projektet är pågående t o m år 2022 förutsatt att förvaltningen får erforderliga statsbidrag i likhet med år 2021.

Uppdraget är att utveckla kvalitet genom ökad kompetens samt att utveckla goda förutsättningar till arbetet i tvärprofessionella team.

Målet är att i varje möte med vård- och omsorgstagare tillhandahålla ett stöd som är baserad på evidens och på bästa tillgängliga kunskap. Nationell värdegrund och hög patientsäkerhet ska vara vägledande i uppdraget.

Metodutvecklarna inom äldreomsorgen stöttar kollegor, ombud och närmaste chef att nå förvaltningens mål. Metodutvecklare ska också säkerställa att vi bedriver en verksamhet som uppfyller de kvalitetskrav som lagstiftning och den politiska ledningen har.

Varje metodutvecklare har i uppdrag att skriva handlingsplaner utifrån lägesanalys av fokusområden för förbättringsarbetet i sina verksamheter.

Fokusområden år 2021-2022

Särskilt boende	Hemtjänst
Social dokumentation - I samverkan med Dokumentationshandledare skapa rutiner för månadsvis sammanställning av utföraranteckningar till journal.	Social dokumentation - I samverkan med Dokumentationshandledare skapa rutiner för månadsvis sammanställning av utföraranteckningar till journal.
Kontaktmanskap och genomförandeplan -Säkerställa att alla brukare har en utsedd kontaktman - I samverkan med kontaktman och dokumentationshandledare säkerställa att alla genomförandeplaner är aktuella, och att insatser och delaktig framgår	Kontaktmanskap och genomförandeplan -Säkerställa att alla brukare har en utsedd kontaktman - I samverkan med kontaktman och dokumentationshandledare säkerställa att alla genomförandeplaner är aktuella, och att insatser och delaktig framgår
Nollvision undernäring Tillsammans med måltidsambassadör skapa en trevlig måltidsmiljö och lockande måltider, samt utvärderingsmodell.	Nollvision undernäring Tillsammans med måltidsambassadör skapa en trevlig måltidsmiljö och lockande måltider, samt utvärderingsmodell.
Senior Alert Med det tvärprofessionella teamet arbeta med patientsäkerhet och riskbedömningar	Kontinuitet Skapa förutsättningar och planering för att varje brukare ska besökas av så få olika personal som möjligt.
Aktiviteter Tillsammans med aktivitetshandledare ta fram rutiner för att erbjuda våra boende kontinuerliga aktiviteter	Bo kvar hemma- undvikbar slutenvård Arbeta förebyggande och skapa förutsättningar för den enskilde att bo kvar hemma så länge som möjligt. Utveckla det tvärprofessionella teamet.

Specialistundersköterskor Demensvård

Enligt Nationell strategi för omsorg om personer med demenssjukdom (S2018/03241/FST) har regeringen haft som mål att långsiktigt säkra kvaliteten i omsorgen till kvinnor och män med demenssjukdom samt att införa ett systematiskt förbättringsarbete.

Regeringen vill genom nationella strategin för demenssjukdom verka för förbättringar inom sju strategiska områden:

1. Samverkan mellan hälso- och sjukvård och social omsorg
2. Personal
3. Kunskap och kompetens
4. Uppföljning och utvärdering
5. Anhöriga och närstående
6. Samhälle
7. Digitalisering och välfärdsteknik

Socialnämnden i Sundsvalls kommun tog ett inriktningsbeslut 2016 om att vara en demensvänlig kommun. Som ett viktigt steg i den riktningen öppnades Demenscentrum 2017. Demenscentrum som också är en del av Anhörigcenter består av ett team med olika professioner som arbetar för att stödja och ge råd till personer med symtom, demenssjukdom

och deras anhöriga. Demenscentrums tvärprofessionella team arbetar också med handledning på arbetsplatser inom Vård- och omsorgsförvaltningen och utbildar personalgrupper.

I förvaltningens processarbete med ”Färdplan 2030 – demensvårdsutveckling” finns förslag utarbetade till stöd för att nå de nationella målsättningarna långsiktigt och hållbart.

Den 26 maj 2021 beslutade Vård- och omsorgsnämnden om kvalitetskriterier för demensboenden.

Förvaltningens mål är att samtliga demensboenden ska kvalitetssäkras och certifieras av en tredje part. Det är ett kvitto på att verksamheten arbetar evidensbaserat och med väl beprövad erfarenhet och kunskap om demenssjukdom. Det ska ges goda förutsättningar för utbildning och utveckling, vilket gör det till attraktiv arbetsplats. Undersköterska med specialistutbildning i demensvård eller undersköterska med reell kompetens inom området demensvård har under året rekryterats i syfte att leda utvecklingen på demensboenden. Beslutet är gällande t o m år 2022 förutsatt att förvaltningen fortsatt erhåller statsbidrag för satsningen.

Uppdraget är att i nära samarbete med enhetschef utveckla det systematiska kvalitetsarbetet där arbetsgruppen på plats har hög grad av delaktighet och inflytande. Samtliga professioner inkluderas. Utveckling av vården sker i enlighet med kriterier för demensboende. Kvalitetssäkrad vård och omsorg med evidensbaserad praktik och väl beprövad erfarenhet är målet.

Syftet är att:

- ge personalen kunskap och verktyg för att kunna utveckla det personcentrerade arbetet på sin arbetsplats.
- förstärka och kompetensutveckla arbetslaget och använda kvalitetsindikatorer för uppföljning.
- med stöd av senior alert, palliativa registret och BPSD säkerställa ett systematiskt patientsäkerhetsarbete.
- i nära samarbete med enhetschef, legitimerad personal och omvårdnadspersonal leda arbetet för stjärnmärkt verksamhet i enlighet med Svenskt demenscentrums modell.

Utvecklingen sker i nära samverkan med Demenscentrum i Sundsvall.

Kvalitetsarbetet ska leda till ett systematiskt arbete med förbättringar och därmed skapa en alltmer säker och god vård med kvalitet för personer med demenssjukdom.

Stöd och omsorg

Kvalitetsutveckling – Stöd och omsorg

I verksamheten finns omkr. 764 individer och budget omfattar ca nio procent av förvaltningens totala budget.

Rätt insats utifrån individs faktiska behov

I syfte att öka kvalitet och effektivitet inom verksamheten genomfördes en genomlysning av personlig assistans LSS och behovsmätning inom gruppboende/serviceboende under året.

Individer med stöd enligt LSS tillhör olika personkretsar.

Personkrets 1 – utvecklingsstörning, autism, autismliknande tillstånd

Personkrets 2 – hjärnskada i vuxen ålder med kognitiv begåvningsnedsättning

Personkrets 3 – funktionsnedsättning som inte beror på normalt åldrande och är stort och varaktigt och medför betydande svårigheter i den dagliga livsföringen och därmed ett omfattande behov av stöd eller service

Antalet individer med beviljade insatser i verksamheten utifrån personkretstillhörighet är:

PK 1	689 individer,
PK 2	29 individer,
PK 3	46 individer

Gruppbostad/Servicebostad

Under året har förvaltningsdirektör, economichef och enhetschef fört samtal i syfte att öka kvalitet och ekonomisk effektivitet. Samtalet har också utmynnat i en översyn av ersättningar så ersättningar är överensstämmande med faktiska behov.

Nivåmätning

Nivåmätning är ett instrument som mäter omsorgsbehov i tid. Mätning har genomförts i alla boenden i egen regi. Metoden är intervjuer med personal och ansvarig chef. Personal och chef har fått förbereda sig på frågorna.

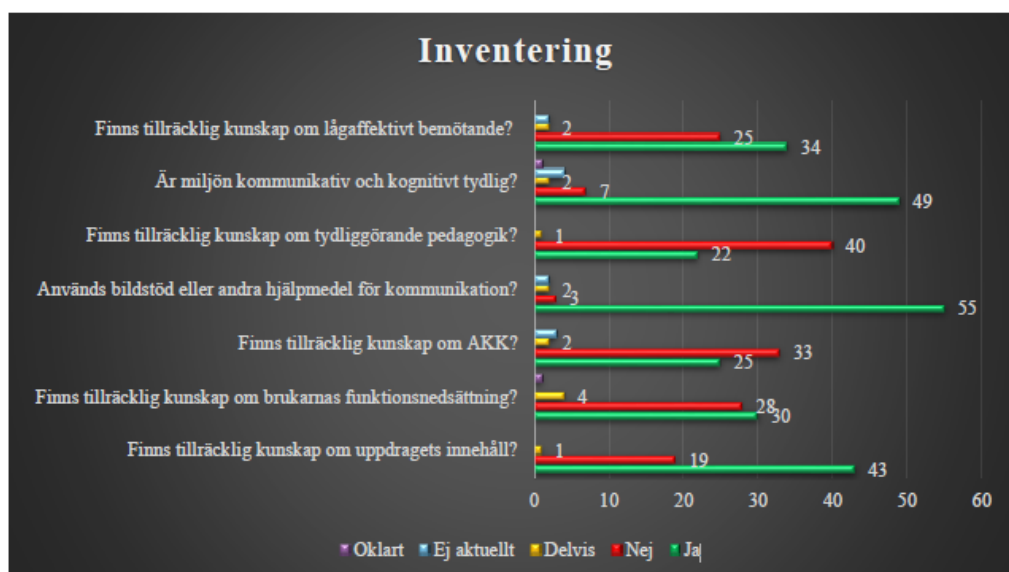
Resultatet från Nivåmätningar belyser en hel del utvecklingsområden. Exempel på förbättringsarbete som behöver ske är:

- att personal och chef i vissa verksamheter saknar kunskap om diagnoser och funktionsnedsättningar hos vissa boende. Det medför att verksamheten får svårigheter att ge rätt stöd.
- Närvaron av chef i verksamheten brister i vissa avseenden då det uppmärksammats att närvarande och engagerat ledarskap i delar av verksamheterna inte finns. Chef jobbar huvudsakligen med ledning på distans vilket påverkar ansvaret, kulturen och bemötande.
- Vid analys av utförd tid vs ersättning är ersättningen per timme varierande från 170kr/h – 540 kr/h. Det finns diskrepans i planering av bemanning, då vissa verksamheter har överkapacitet på personal med andra saknar bemanning. I majoriteten av verksamheterna är det personalen som gör schema vilket kan vara en förklaring.
- det har också uppmärksammats att det finns bemanning dagtid i gruppbostad, när vård- och omsorgstagare är i sina dagliga verksamheter och mindre bemannat när boende är hemma, kvällar och helger.
- resultatet av nivåmätningen har också visat att det förekommer mycket våld mot både personal och andra boende i vissa verksamheter.
- verksamheter saknar fullgoda möjligheter till aktiviteter. Det finns exempel där aktivitet kan bestå i att åka bil i många timmar, ibland dagligen, avsevärd tid avsätts till att till exempel handla mat och apoteksärenden.
- arbetsmiljöaspekter synliggörs där t ex det förekommer tunga individlyft av endast en personal som med hänsyn till arbetsmiljö och säkerhet kräver två personer.
- hälso- och sjukvårdsinsatser som exempelvis munhälsobedömning, cellprover och mammografi inte erbjuds alternativt att anhörig/närstående tackat nej.
- personal utför Hälso- och sjukvårdsinsatser utan giltig delegering.
- många individer saknar daglig verksamhet, eller får bara möjlighet några få timmar i veckan vilket bedöms kunna bidra till understimulans. Väntetiden från beslut om daglig verksamhet till verkställighet är ibland oacceptabelt långa. I verksamheter där det uttrycks hög frekvens av oro och utåtagerande beteende visar genomlysningen att det saknas daglig verksamhet och aktiviteter.
- kommunikationsstöd är för många individer avgörande men finns inte tillgängligt i samtliga fall där det finns behov.
- i boenden placeras individer med olika personkretstillhörighet. Det medför svårigheter att ha rätt kompetens och rätt bemötande. Det finns verksamheter där individer med demenssjukdom, förvärvad hjärnskada och utåtagerande med neuropsykiatriska diagnoser bor tillsammans.

- omkring 40 personer skulle kunna klara sig med boendestöd. Avslutningsvis synliggör nivåmätningen att uppföljningar från myndigheten inte sker.

Kompetens för uppdraget

Under våren 2021 har en inventering avseende kompetensutvecklingsbehov inom verksamhetsområdet skett där utgångspunkten varit att undersöka vilka förutsättningar som finns för att ge ett individuellt anpassat stöd till målgruppen. Resultatet visar att övervägande del av verksamheterna har bedömt att samtliga medarbetare har kunskap om uppdraget och i de flesta verksamheter används bildstöd eller andra hjälpmedel för kommunikation. Det saknas tillräckliga kunskaper hos *samtliga* medarbetare om aktuella funktionsnedsättningar, alternativ och kompletterande kommunikation (AKK), tydliggörande pedagogik och lågaffektivt bemötande. Det betyder inte att kunskaper inte finns inom verksamheten men att det behövs kompetensutveckling.



Utifrån resultat i inventeringen har beslut tagits under 2021 att en satsning på pedagogiskt arbets- och förhållningssätt (PFA) ska ske över en fem års period. Uppstarten av detta arbete skedde i november 2021 genom en introducerande utbildning där ca 400 medarbetare deltog.

Pedagogiskt arbets- och förhållningssätt (PFA)

Målsättningen är att skapa en tydlig organisation och strukturer för att få ett pedagogiskt förhållnings- och arbetssätt i samtliga verksamheter inom Stöd och omsorg. Ett pedagogiskt förhållnings- och arbetssätt utgår från varje persons färdigheter och specifika svårigheter, vilket är en förutsättning för att skapa en tillvaro där personens färdigheter används och svårigheter kompenseras. Verksamheten behöver kunna erbjuda kontinuerlig fortbildning över tid, där medarbetare och chefer lär av varandra och skapa möjligheter för att befintliga men också nya kollegor erbjuds kompetensutveckling. För att kunna uppnå detta initierades ett arbete med kompetensstöd för att implementera ett pedagogiskt arbets- och förhållningssätt under hösten år 2021.

Tio medarbetare inom Stöd- och omsorgs verksamheter bildar ett team som ska arbeta med metodutvecklingen utifrån ett pedagogiskt förhållnings- och arbetssätt, med funktionellt kommunikationsstöd samt att de också ska utbilda övriga medarbetare.

Målsättning är att utbilda 100 medarbetare per år, vid två tillfällen på våren och två på hösten. Det ska pågå under en fyraårsperiod, med start våren 2022.

Bostad med särskild service LSS

Brukarundersökning

2021 genomfördes en brukarundersökning för insatsen bostad med särskild service för vuxna. Undersökningens resultat är uppdelat på gruppboende respektive serviceboende. Sundsvalls undersökning sker numera via Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) och resultat kan därav jämföras nationellt. Tidigare brukarundersökning genomfördes 2018 med resterande kommuner i länet och innan dess har Sundsvall genomfört egna undersökningar vilket medför att resultat över tid hittills är svårt att jämföra då frågeställningarna sett olika ut.

Syftet med undersökningen är att få den enskildes uppfattning kring ett antal kvalitetsindikatorer och mäter följande områden;

1. Inflytande
2. Rätt stöd
3. Kommunikation
4. Omtanke
5. Förtroende för personalen
6. Trygghet
7. Trivsel
8. Synpunkter

Svarsfrekvensen är inom gruppboende 56 % och för serviceboende 77 %. Under 2022 kommer kommunförbundet i Västernorrland att genomföra djupintervjuer utifrån brukarundersökningen samt skriva en rapport utifrån jämförelse i länet (Riket).

Brukarundersökning Bostad med särskild service för vuxna LSS	2021	2021
	Gruppboende Andel positiva svar	Serviceboende Andel positiva svar
Inflytande; Brukaren får bestämma om saker som är viktiga	73 (78)	77 (82)
Rätt stöd; Brukaren får den hjälp hen vill ha	74 (81)	80 (79)
Kommunikation; Personalen pratar så brukaren förstår	79 (72)	69 (68)
Kommunikation; All personal förstår brukaren	75 (71)	72 (72)
Omtanke; Personalen bryr sig om brukaren	75 (83)	77 (84)
Förtroende för personalen; Brukaren känner sig trygg med alla i personalen	79 (77)	74 (73)
Trygghet; Brukaren är aldrig rädd för något hemma	77 (66)	60 (66)
Trivsel; Brukaren trivs alltid hemma - gruppboende /brukaren trivs med all boendepersonal - serviceboende	93 (82)	73 (78)
Synpunkter; Brukaren vet vem hen ska kontakta om något är dåligt hemma	76 (85)	88 (83)

Utifrån resultatet har Sundsvall flera förbättringsområden att jobba med inklusive att få högre svarsfrekvens.

Inom gruppboenden visar resultatet att endast 23 % får den hjälp hen vill ha ibland och 3 % får aldrig den hjälp hen önskar. Avseende området omtanke anger 23 % att personalen ibland bryr sig om den enskilde och 2 % upplever att personalen inte bryr sig. Endast 76% av de svarande inom gruppboende vet vem hen ska kontakta om något är dåligt hemma.

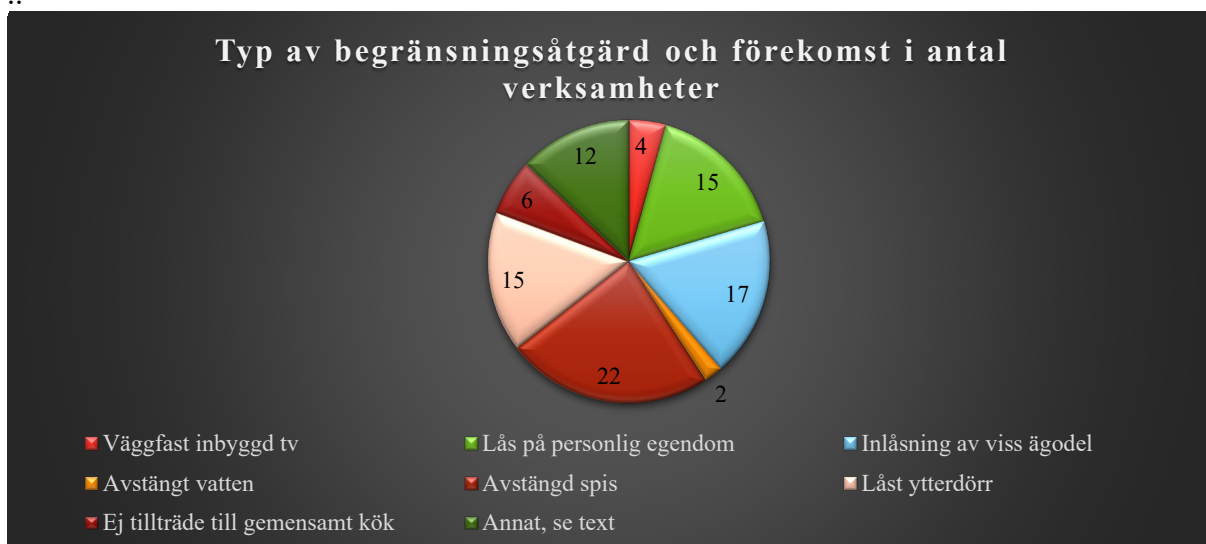
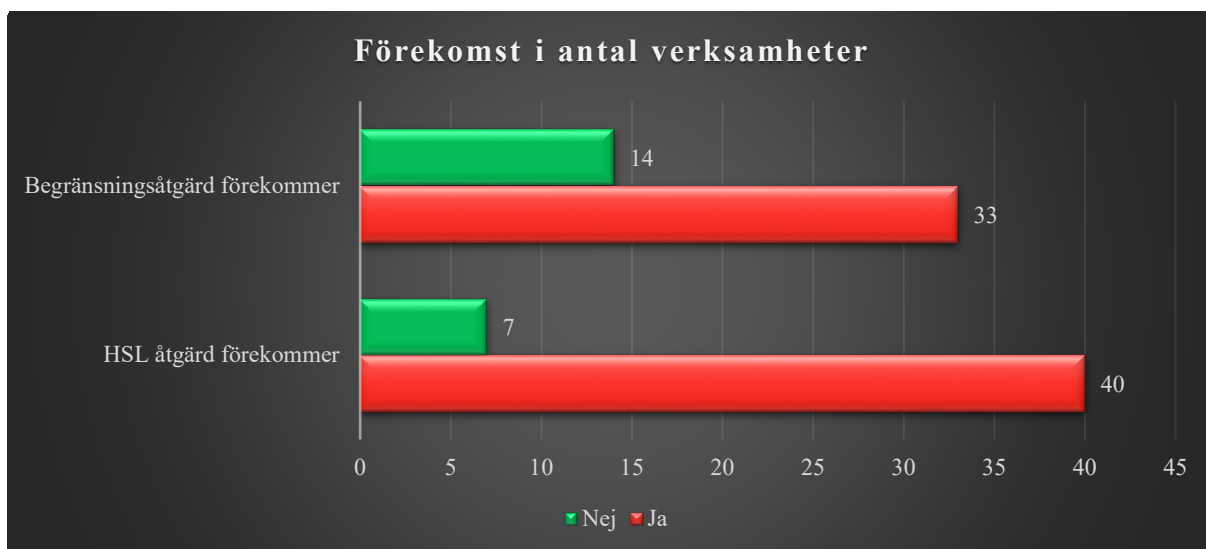
Inom serviceboenden visar resultat på område omtanke att 22 % upplever att personalen endast ibland bryr sig om den enskilde och 2 % upplever att personalen inte bryr sig. 29%

uppger att de ibland är rädda för något hemma och 11 % anger att de ofta är rädd för något hemma. Endast 88% av de svarande inom serviceboende vet vem hen ska kontakta om något är dåligt hemma.

Resultatet av undersökningen ska hanteras och analyseras av respektive enhet under 2022. I samband med brukarundersökningen genomfördes också en kompletterande undersökning med fokus på digital delaktighet för ett 20 tal brukare från Sundsvall via kommunförbundet, resultat av denna väntas under 2022. Intervjun syftar till att undersöka den enskildes tillgång till internet, sociala medier, tv spel och bank-id. Kommunförbundet kommer vidare att genomföra djupintervjuer med några enskilda individer från varje kommun i länet som ett ytterligare steg i brukarundersökningen, resultat kommer 2022.

Begränsningsåtgärder

Våren 2021 har internkontrollens resultat lett till en inventering avseende förekomst av begränsningsåtgärder skett. Sammanställningen utgår från resultat från 47 verksamheter inom insatsen bostad med särskild service för vuxna. Av dessa är 39 gruppboendestäder och 8 servicebostäder och resultat visar på att det endast tre verksamheter varken har föreskrivna åtgärder enligt HSL eller andra begränsningsåtgärder. I övervägande verksamheter är befintliga begränsningar inbyggda i verksamheterna. Dessa avser alla mindre kök och avstängda spisar på grund av risk för brand.

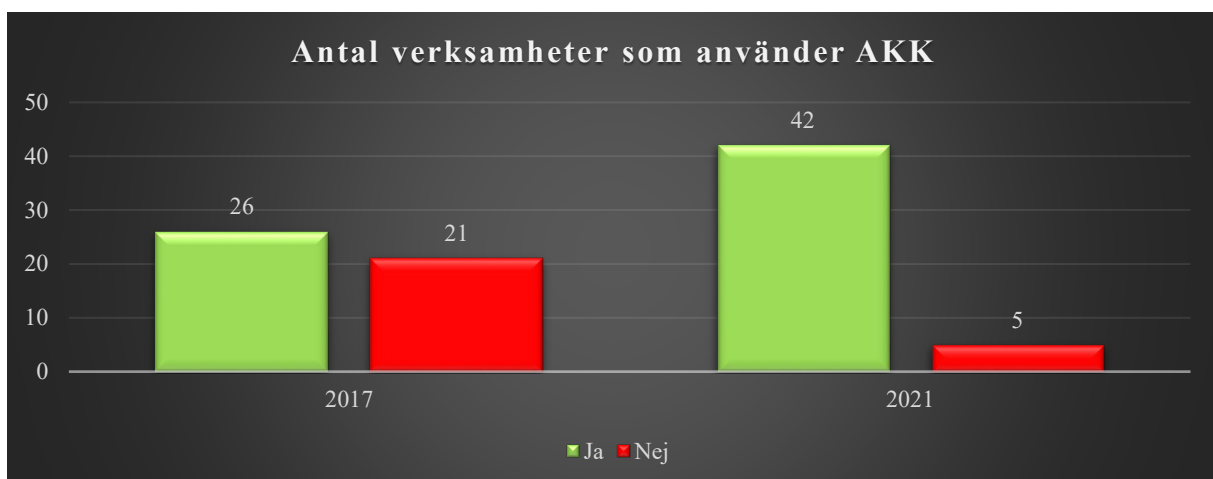


Det kan konstateras att det förekommer begränsningsåtgärder i våra boenden som inte är tillåtna. Övervägande av dessa avser inbyggda begränsningar utifrån att det som tidigare varit det normala numera är en begränsning. En positiv respons av kartläggningen är att det blivit bra diskussioner och reflektioner ute i verksamheter och det har väckts idéer om pedagogiska lösningar som alternativ. Kartläggningen visar också att förskrivna HSL-åtgärder där användning av medicinering med begränsande effekt är vanligt förekommande vilket väcker behovet av vidare studier och analys

I verksamheter där det förekommer olika typer av icke tillåtna åtgärder har övervägande begränsningsåtgärder funnits sedan lång tid. Med icke tillåtna åtgärder avses exempelvis lås på kylskåp, lås på garderober, inte tillgång till det gemensamma köket och inbyggda TV apparater. I berörda verksamheter har flera begränsningar tagits bort och det pågår åtgärder för att ta bort kvarstående snarast.

Alternativ och kompletterande kommunikation (AKK)

I samband med inventeringen fick ansvarig chef svara på om det används alternativt och kompletterande kommunikation (AKK) i boendet. Detta för att se om användandet av bildstöd ökat efter att samtliga verksamheter fick tillgång till InPrint programmet i augusti 2017 och andra genomförda insatser såsom rätten att kommunicera och kommunikationsrond. Ett konstaterande kan göras att utvecklingen varit positiv.



Daglig verksamhet LSS

Under 2021 har en tidsmätning för insatsen daglig verksamhet genomförts. Syftet med mätningen har varit att undersöka enskildas närvaro i verksamhet i förhållande till planerad tid. Resultatet visar att närvaron varit låg och orsaken till detta är i huvudsak pandemin. Dock kan konstateras att ”sysselsättningsgraden” hos många individer är låg i förhållande till ”heltid”, endast 42 % av individer på aktivitetscenter är i verksamheten 6 timmar eller mer per tillfälle. Om anledningen beror på den enskildes egna önskemål eller exempelvis på grund av platsbrist ska ses över via individuppföljningar och genomföras under kommande år.

Genomförandeplaner - utvecklingsområde

Ett förbättringsarbete med genomförandeplaner påbörjades redan 2018 då en satsning på funktionen dokumentationsutvecklare och dokumentationshandledare infördes. Funktionen dokumentationshandledare har under pandemin haltat en del vilket resultatet gällande

genomförandeplaner visar för 2020. För 2021 har arbetet åter tagit fart men målsättningen för aktuella genomförandeplaner är högre.

Genomförandeplaner	2017	2018	2019	2020	2021
	Andel (%)	Andel (%)	Andel (%)	Andel (%)	Andel (%)
Boende vuxna	59	76	82	65	85
Daglig verksamhet	58	88	85	51	77
Korttidshem	40	79		34	87
Korttidstillsyn	17	100	83	60	74
Barnboende	33	67		50	67

Klagomål, avvikelser och missförhållanden

Egenkontroll gällande avvikelser och lex Sarah-rapporter utförs genom utredares löpande genomgång på veckobas, av rapporter som rapporterats inom SoL- och LSS reglerad verksamhet. Rapporteringsgraden har varierat över tid. Variation av rapporteringsgrad kan enligt Utredare förklaras av hur verksamheten informerat, utbildat och fokuserat på regelverk och betydelsen av att avvikelser rapporteras. Där betydelsen av arbetet med avvikelser kommuniceras, speglas av en ökande rapporteringen på alla enheter. Medarbetare inom förvaltningen har kunskaper om vad och hur rapporter sker i merparten av arbetsplatser.

Avvikelser

Äldreomsorg

Under år 2021 rapporterades totalt 4 580 avvikelser inom förvaltningen. Avvikelser avseende Hälso- och sjukvård utgör 3 900 rapporterade avvikelser varav 2 151 rapporterats inom äldreboenden. Se vidare tabeller på sidan 25.

Analysen av avvikelserrapporter redovisas i det följande. Att beakta är pandemin som förevarit under två års tid som haft stor påverkan på verksamheternas möjligheter att jobba systematiskt med förbättringsarbete. Äldreomsorgens verksamheter har varit hårt belastad under pågående pandemi och smittutbrott. Personalbrist, och därmed brist på kompetens har varit genomgående svårigheter under året. Cheferna har mot bakgrund av pandemin i för liten utsträckning prioriterat utveckling av kvalitet.

I avvikelser och lex-utredningar framkommer att det finns en ökande andel av personer med demenssjukdom som inte får optimalt mottagande och omvårdnad. Konsekvensen av bristande kompetens och bemanning har inneburit att det på flertalet äldreboende inträffar allvarliga avvikelser men också många mindre incidenter. Det framkommer att nödvärn, genom att till exempel låsa dörrar till medboende förekommer i akuta situationer men även i mindre akuta situationer t.ex. nattetid. Dokumentationen om samtycke ska ske i löpande journalanteckning, och det saknas möjlighet att ta ut statistik över hur stor andel som har detta noterat.

Det har tidigare varit ovanligt med rapporter från sjuksköterskor gällande brister i omvårdnad som orsakat lidande för den drabbade. Denna typ av avvikelse har ökat, och kan vara ett resultat av att kompetensen gällande basal omvårdnad blivit lägre, mot bakgrund av att bemanningssituationen varit ansträngd och utbildad personal saknats. Sjuksköterskor har i mindre utsträckning varit delaktiga i det dagliga omvårdnadsarbetet på enheterna vilket inneburit att det varit en svårighet att konsultera och få stöd av legitimerade i det dagliga arbetet under pandemin.

I samband med utredningar har både Medicinskt ansvarig (MAS) och lex-utredare kontrollerat signaturlistor och jämfört med dokumentationen i respektive lagrum och bristerna kvarstår. Hemtjänsten har ett mörkertal när det gäller rapporterade avvikelser avseende genomförda besök. Flertalet verksamheter fungerar bra, men det har i samband med utredningar uppmärksammats att det saknas signaturer på de signaturlistor som ska fyllas i samband med besök. Signaturlistorna är en del i kvalitetssäkring av att insatser är genomförda.

Handläggningen av rapporterade avvikelser varierar beroende av vilken chef som hanterar händelsen. Det finns kompetensbrist hos enhetschefer om hur avvikelser ska hanteras, och med hänvisning till en stressad vardag och arbetsbelastning, har chef valt att avsluta ärenden endast med en kommentar. Det saknas en samsyn/kunskap om vad som kan innebära risk för den enskilda och därmed vara allvarligt. Den vanligaste föreslagna och genomförda åtgärden av enhetschef är standardfrasen att avvikelsen tas upp på APT eller samtal sker med berörd medarbetare. Allvarliga händelser och lex rapporter avslutas, utan utredning, trots att e-postpåminnelse från utredare om att utredning behöver ske skyndsamt

Myndighetsutövning

Under genomgång av avvikelser framkommer att det finns ett ökande antal rapporter från handläggare om att uppföljning av insatsen är svår att genomföra eller att de uppmärksammar avsaknad av genomförandeplan. Stickprov som gjort i samband med utredningar visar att ca 30% av genomförandeplanerna endast uppdateras med nytt datum. Det kan betyda att internkontrollen via myndighetsutövningens uppföljning eller de interkontroller som enhetschef ska genomföra inte är fungerande.

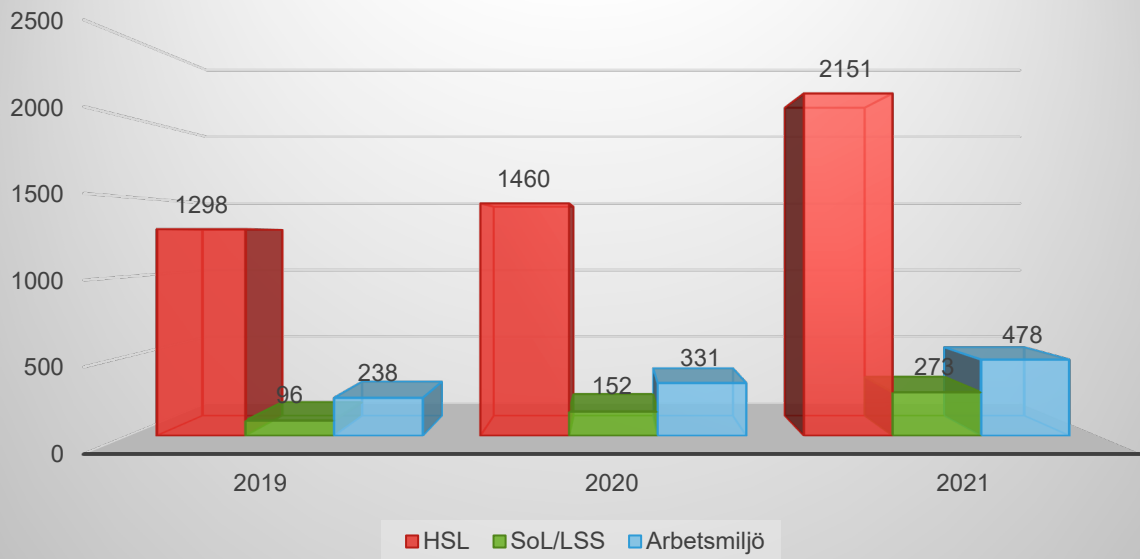
Klagomål och synpunkter

Muntliga klagomål från anhöriga som inkommer till enhetschef ska registreras i Flexite, för att i systemet kunna följa det systematiska förbättringsarbetet. Brev som inkommer eller klagomål som inkommer från anhöriga eller som skickas till IVO, och därefter inkommer till förvaltningens skall alltid diarieföras, så även svar som inkommer. I samtal med enhetschefer, framkommer en kunskapsbrist om att handlingar ska diarieföras, och att handlingar därmed också är en allmän handling. De enhetschefer som utredare samtalat med har tidigare haft delegation på att svara myndigheter på inkomna handlingar, och borde i samband med denna delegation fått information gällande vad detta uppdrag innebar.

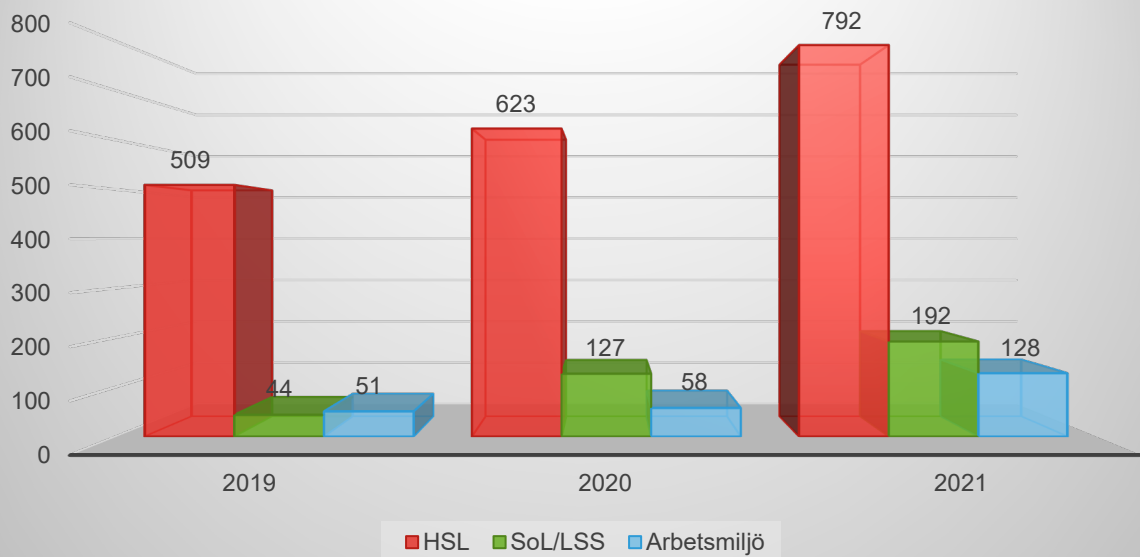
Lex rapporter med inkomna utredningar från externa utförare/vårdgivare

Dessa ska enligt rutin och avtal registreras som inkommen handling i diariet, när en extern aktör inkommer med en utredning enligt lex Sarah. Under 2021 har ingen registrerats inkommit för information till nämnden.

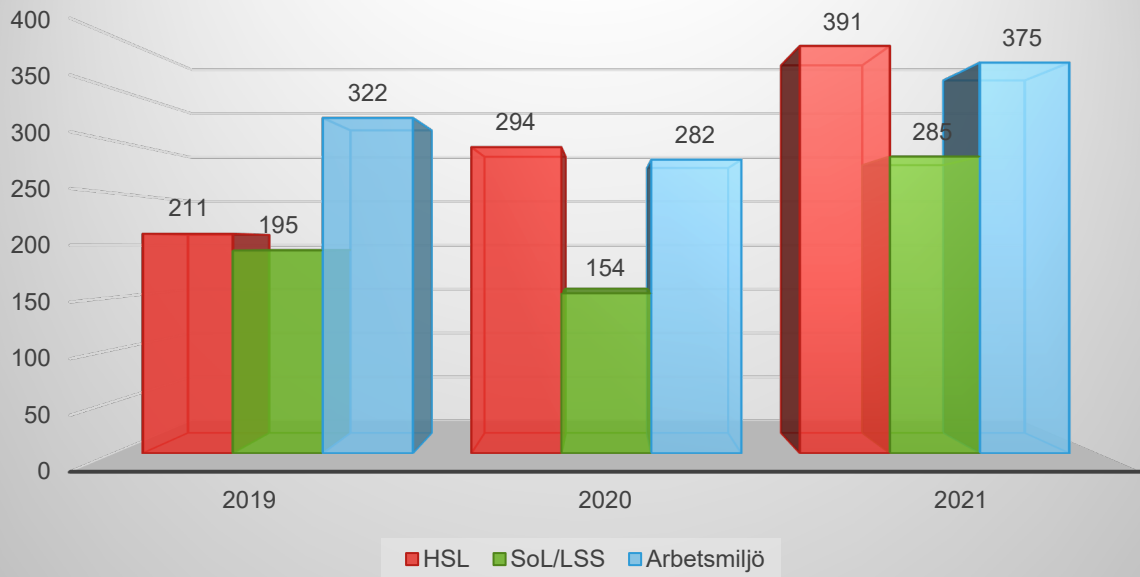
Avvikelser totalt ÄB 2019-2021



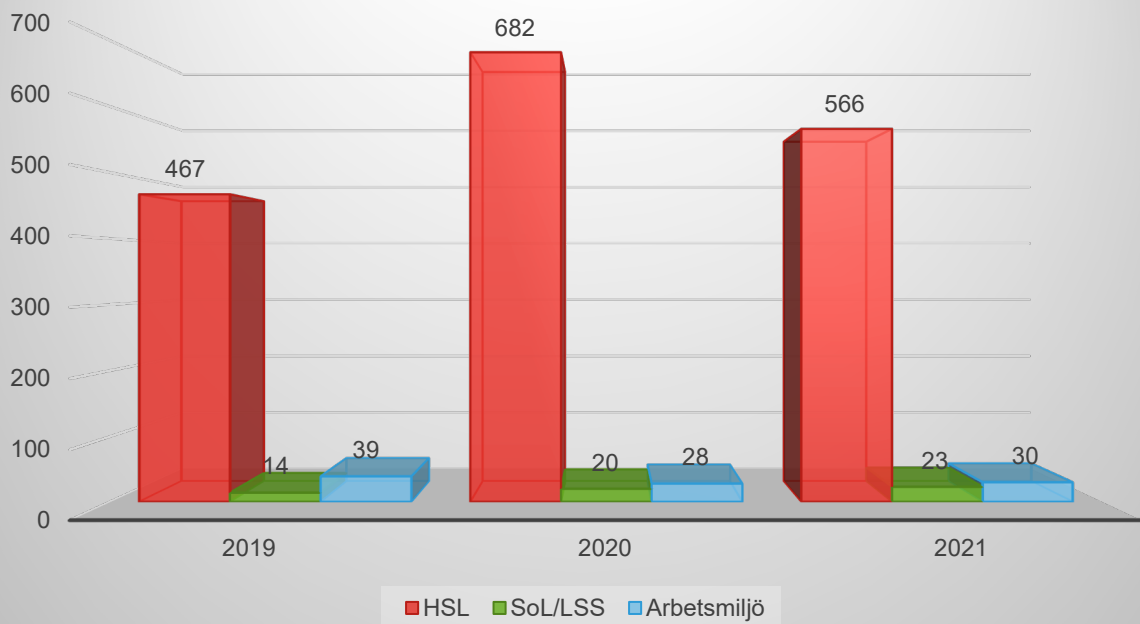
Avvikelser totalt HTJ 2019-2021

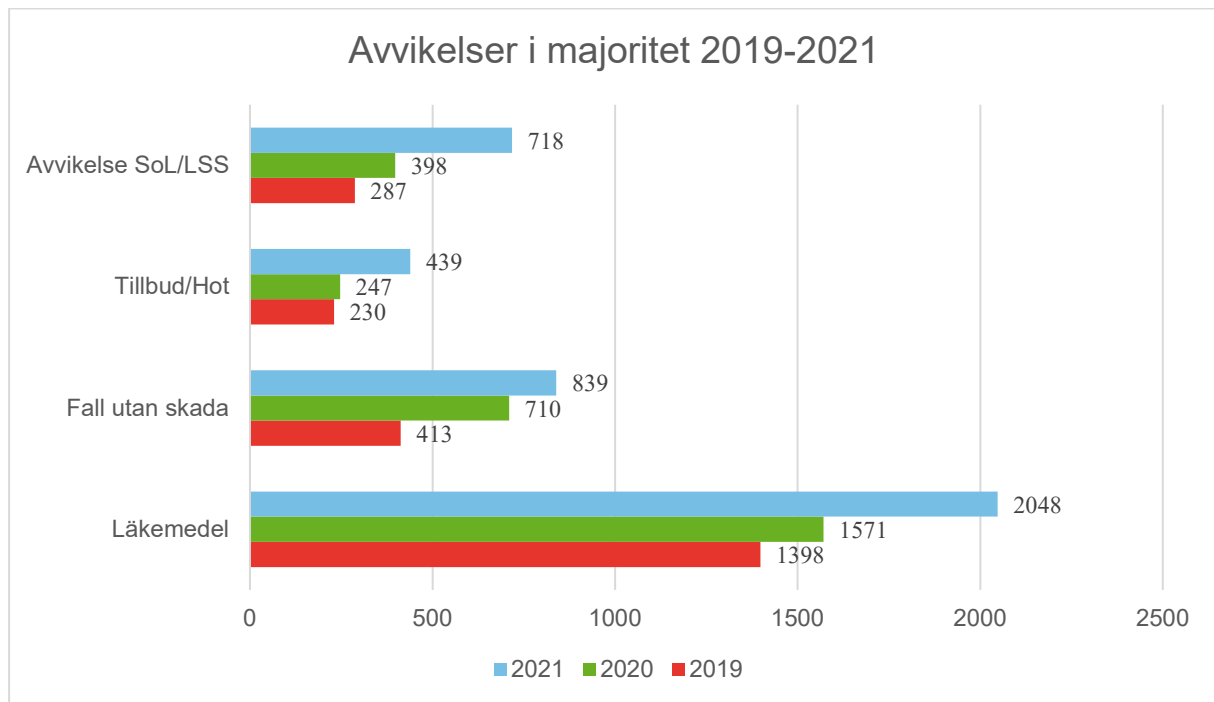


Avvikelser totalt SoO 2019-2021



Avvikelser totalt HoS 2019-2021





Den 25 januari -22 har IVO efter tillsyn beslutat om åtgärder i förvaltningens arbete med avvikelserapportering och lex-utredningar avseende:

- brister i hantering och utredning
- bristande kännedom om hur avvikelser ska rapporteras
- bristande kännedom om avvikelser som rör insatser enligt socialtjänstlagen
- bristande information om lex Sarah

Påtalade brister uppmärksammades i samband med tillsyn under år 2021 och förstärker behovet av kraftfulla åtgärder för ökad kvalitet med stöd av avvikelssystem som en del i förvaltningens ledningssystem.

Lex Sarah utredningar

Under 2021 har 15 lex Sarah-utredningar genomförts inom verksamhetsområdet Stöd och omsorg och i samtliga utom en har det bedömts att missförhållande/risk för missförhållande funnits. Av utredningarna har 7 bedömts vara allvarliga och således anmälts till IVO.

Utredningarna visar att det förekommer brister i främst kompetens avseende metod och social dokumentation, avsaknad av rutiner/behov av uppdateringar gällande in- och utflytt, placeringsprocessen, hantering av individer med självskadebeteende och uppstart av verksamhet men också brister gällande systematisk uppföljning och utvärdering av insatser som ges.

Hälso- och sjukvård

Under 2021 har verksamheten för Hälso- och sjukvård arbetat med ändamålsenlig kompetensförsörjning för omställning till nära vård. Så många som fyra traineeanställningar har etablerats där nyutexaminerade sjuksköterskor får en strukturerad och fördjupad introduktion i verksamhetens olika enheter under ett år. Arbetet med att erbjuda detta är långsiktigt i syfte att bibehålla kompetens och skapa högre efterfrågan på anställning inom kommunal hälso- och sjukvård.

Förvaltningen erbjuder också utbildningsanställning – akademisk specialisttjänst (AST) – där tre sjuksköterskor fått betald vidareutbildning till Psykiatri-, Distrikts- eller

Äldresjuksköterska. Behovet av vidareutbildade sjuksköterskor med formell kompetens är inte tillgodosett inom hemsjukvård och sjuksköterska under vidareutbildning arbetar också kliniskt inom förvaltningens verksamheter under utbildningen.

Utbildning för att säkerställa kvalificerad handledarkompetens har under 2021 bidragit till att förvaltningen har nio utbildade handledare för sjuksköterskor. Handledarutbildning genomförs i samverkan med MIUN. Målsättningen är också att skapa en utbildningsenhet för att erbjuda goda förutsättningar för lärande i goda utbildningsmiljöer. Syftet är att studenter och elever ska kunna handledas i tvärprofessionella team med ansvar för en avgränsad utbildningsenhet inom äldreomsorgens korttidsvård. Arbetet är pågående. Den pandemi som varit under 2021 har naturligtvis påverkat vårt arbete med utveckling och kvalitet.

För att arbeta mot en god och nära vård har samverkansmöten hållits två ggr i månaden med hälsocentraler, primärvård och kommunala hälso- och sjukvården. En eftersträvan har varit att skapa en god dialog kring förhandsplanerad vård. Dessa samverkansmöten fortgår.

I arbetet med undvikbar slutenvård och trygg hemgång har samverkan varit pågående mellan kommunen, regionen och primärvården för att arbeta mera proaktivt och också hitta en samsyn i att se sig som en vårdgivare. Ett långsiktigt arbete som ska ge medborgarna en ökad trygghet.

En fördjupad samverkan har skett och pågår i pilotprojektet Indal – Liden och regionens primärvård. Piloten avser att utveckla den digitala hemsjukvården och engagera vårdtagare i den egna vården.

Sjuksköterskor med inriktning mot LSS och boenden

Sedan många år tillbaka har vård- och omsorgstagare inom LSS erhållit hälso- och sjukvård i form av hemsjukvårdsuppdrag. Brister har uppmärksammats i fråga om tillgänglighet till tandvård, mammografi, cellprovtagning och liknande insatser som medborgare i övrigt får erbjudande om och har tillgång till regelbundet. Sedan år 2018 har förvaltningen arbetat i enlighet med gällande lagstiftning som innebär att boende i gruppboende och serviceboende ska ha tillgång till sjuksköterska i likhet med övriga särskilda boenden. Det innebär att sjuksköterska ska finnas tillgänglig veckans alla dagar och dygnets alla timmar. Rutiner och riktlinjer för läkemedelshantering, läkarmedverkan och systematiskt patientsäkerhetsarbete ska finnas på varje enskilt gruppboende. Under år 2021 har antalet sjuksköterskor inom LSS utökats och har under året blivit en stabil arbetsgrupp med åtta sjuksköterskor med kompetens från både somatisk vård och psykiatri. I dagsläget finns det totalt 48 boende (service och gruppboenden) och fortsatt är det femton av dessa som inte har tillgång till sjuksköterska i den utsträckning som lagen föreskriver. De boende erbjuds dock hemsjukvård av distriktssköterska på individbasis.

År 2021 har reformarbetet för en god och nära vård också uppmärksammats inom verksamheten Stöd och omsorg. Projektledare, tillika enhetschef för Sjuksköterskor LSS har i uppdrag, med början år 2021, att vara ansvarig för systematiskt patientsäkerhetsarbete inklusive kompetensutveckling och verksamhetsutveckling inom LSS gruppboende avseende Hälso- och sjukvård med målet om en god och nära vård i samverkan med Region Västernorrland.

Målet med satsningen inom LSS:

I verksamheten LSS gruppboende/Serviceboende uppnå följsamhet i enlighet med 4 kap. 6 § första stycket hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80),

- att patienten får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet

- att patienten får den hälso- och sjukvård som en läkare ordinerat
- att dokumentation förs i den omfattning som föreskrivs i patientdatalagen (2008:355), PDL
- att delegeringar för vårduppgifter är förenliga med patientsäkerheten,
- att det finns ändamålsenliga och väl fungerande rutiner för
 - a) läkemedelshantering,
 - b) kontakter med läkare eller annan hälso- och sjukvårdspersonal när en patients tillstånd fordrar det.

Idag har Hälso- och sjukvårdsverksamheten ansvar upp till sjuksköterskenivå etablerat vid 29 LSS-boenden med sammanlagt 170 brukare och åtta tjänstgörande sjuksköterskor.

Det finns ytterligare 18 st. LSS-boenden med sammanlagt 123 brukare där kvalitetssäkring med ansvar upp till sjuksköterskenivå ska vara klart till sista dec 2022.

Om förutsättningarna är gynnsam, kan ev. processen ske snabbare. Yttre påverkansfaktorer att beakta i utvecklingsarbetet:

- Teckna samverkansavtal om läkarmedverkan
- Samverkan med Region Västernorrland; Primärvård och specialistvård
- Samverkan för gemensamt syfte och mål med psykiatrin
- Startat projektet LSS och Psykiatrin i samarbete med Nära vård Önskemålet är att det leder till förenklad/förbättrad kontakt mellan LSS sjuksköterskorna och Psykiatrin, Habiliteringen och Regionens primärvård som i sin tur leder till tillgängligare och bättre vård för dem vi är till för, dvs vård- och omsorgstagare. Projektet är avgränsat till att gälla patienter med NPF diagnos.
- Rapporterade avvikelser har ökat i syfte att förbättra vården och omsorgen. Avvikelsena har genererat förbättringsarbete som bland annat medfört flera förbättringar för individer med begränsningsåtgärder, omsorgstagare har fått större tillgång till t.ex. bildspel och bättre bemötande som medfört mindre utåtagerande beteenden. Narkotikasvinn har minskat och säkerheten kring medicinhanteringen har ökat. Arbetet med stöd av rapporterade avvikelser har ökat patientsäkerheten.