



ÖSTERSUNDS  
KOMMUN  
STAAREN TJELTE

# Kvalitetsrapport 2023

## Vård- och omsorgsnämnden

<b>Dokumenttitel:</b>	Vård- och omsorgsnämnden - kvalitetsrapport
<b>Dokumentansvarig:</b>	Östersunds Kommun, Ange befattning/titel
<b>Dokumenttyp:</b>	Ange dokumenttyp
<b>Berörd verksamhet:</b>	Ange berörd verksamhet
<b>Diarienummer:</b>	Ange eventuellt diarienummer
<b>Skapad:</b>	2024-04-08
<b>Senast reviderad:</b>	Klicka här för att ange datum
<b>Antal sidor:</b>	139
<b>Författare:</b>	Ange person som författat dokumentet

# Innehåll

<b>1. Inledning .....</b>	<b>8</b>
1.1. Om Vård- och omsorgsnämndens Kvalitetsrapport .....	8
1.2. Kvalitetsrapportens struktur.....	9
<b>2. Vård- och omsorgsnämndens kvalitetsledningssystem .....</b>	<b>10</b>
2.1. Kvalitetsledningssystemets målsättningar .....	10
2.1.1. Systematiskt förbättringsarbete .....	10
2.1.2. Riskanalyser.....	11
2.1.3. Egenkontroller.....	11
2.1.3.1. Medborgarnas nöjdhet.....	11
2.1.3.2. Lagefterlevnad .....	12
2.1.4. Risk- och avvikelshantering .....	13
2.1.4.1. Hur är Vård- och omsorgsförvaltningens avvikelshantering utformad?....	14
2.1.5. Synpunktshantering .....	16
2.1.5.1. Hur är kommunens synpunktshantering utformad? .....	16
<b>3. Sammanfattning - Vård- och omsorgsnämndens kvalitet 2023.....</b>	<b>17</b>
3.1. Medborgarnas nöjdhet.....	17
3.1.1. Myndighetsenheten .....	17
3.1.1.1. Uppdragsenhetens analys och slutsats.....	17
3.1.2. Hemtjänst och särskilt boende för äldre .....	17
3.1.2.1. Uppdragsenhetens analys och slutsats.....	17
3.1.3. Funktionshinderområdet .....	18
3.1.3.1. Uppdragsenhetens analys och slutsats.....	18
3.2. Lagefterlevnad .....	19
3.2.1. Uppdragsenhetens analys och slutsats .....	19
3.2.2. Ej verkställda beslut .....	20
3.2.2.1. Uppdragsenhetens analys och slutsats.....	21
3.3. Avvikelse enligt hälso- och sjukvårdslagen, socialtjänstlagen och lag om stöd och service till vissa funktionshindrade .....	21
3.3.1. Avvikelse enligt hälso- och sjukvårdslagen (HSL).....	22
3.3.2. Avvikelse enligt socialtjänstlagen (SoL).....	23
3.3.3. Avvikelse enligt lag om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS).....	23
3.3.4. Lex Sarah och Lex Maria.....	23
3.3.5. Uppdragsenhetens analys och slutsats .....	23
3.4. Synpunkter – beröm och klagomål .....	24
3.4.1. Uppdragsenhetens analys och slutsats .....	27
3.5. Personalens kompetens.....	28
3.5.1. En attraktiv arbetsgivare .....	29

<b>4. Vård- och omsorgsnämndens verksamhetsområden.....</b>	<b>31</b>
4.1. Myndighetsenheten .....	31
4.2. Kommunal hälso- och sjukvård.....	31
4.3. Särskilt boende för äldre enligt SoL (SÄBO).....	31
4.4. Hemtjänst SoL .....	32
4.5. Korttidsboende SoL/Växelvård .....	33
4.6. Bostad med särskild service för vuxna enligt LSS (LSS-bostad).....	34
4.7. Boendestöd enligt SoL .....	35
4.8. Bostad med särskild service för vuxna med funktionsnedsättning enligt SoL (SoL- bostad) .....	35
4.9. Korttidsvistelse för barn och unga enligt LSS.....	36
4.10. Korttidsvistelse för vuxna enligt LSS .....	36
4.11. Bostad med särskild service för barn och ungdomar enligt LSS – Elevbostad LSS.....	37
4.12. Daglig verksamhet enligt LSS och Dagverksamhet enligt SoL (DV).....	38
4.13. Personlig assistans enligt LSS.....	39
4.14. Dagverksamhet enligt SoL, Södra Strand.....	39
4.15. Rådgivning och annat personligt stöd enligt LSS .....	40
4.16. Ledsagning enligt SoL, egen regi.....	40
4.17. Ledsagarservice enligt LSS, egen regi .....	41
4.18. Avlösning i hemmet enligt SoL.....	41
4.19. Avlösarservice enligt LSS.....	42
<b>5. Metoder för kvalitetsuppföljning .....</b>	<b>43</b>
5.1. Kvalitetsgranskning.....	43
5.2. Tidigt varningssystem .....	44
<b>6. Resultat – Kvalitetsuppföljning olika verksamheter .....</b>	<b>46</b>
6.1. Myndighetsenheten .....	46
6.1.1. Verksamhetens uppdrag .....	46
6.1.2. Medborgarnas nöjdhet .....	46
6.1.3. Lagefterlevnad.....	47
6.1.4. Resultat kvalitetsgranskning .....	49
6.1.5. Tidigt varningssystem.....	50
6.1.6. Risk- och avvikelserapportering .....	50
6.1.7. Uppdragsenhetens analys och slutsats .....	51
6.2. Hemtjänst och hemsjukvård.....	52
6.2.1. Verksamhetens uppdrag .....	52
6.2.2. Medborgarnas nöjdhet .....	53
6.2.3. Lagefterlevnad.....	56
6.2.4. Resultat kvalitetsgranskning .....	58
6.2.5. Tidigt varningssystem.....	59
6.2.6. Risk- och avvikelserapportering .....	60

6.2.7. Synpunktshantering .....	63
6.2.8. Goda exempel från verksamheten .....	63
6.2.9. Uppdragsenhetens analys och slutsats .....	64
6.3. Boendestöd.....	64
6.3.1. Verksamhetens uppdrag .....	64
6.3.2. Medborgarnas nöjdhet .....	65
6.3.3. Lagefterlevnad.....	65
6.3.4. Resultat kvalitetsgranskning .....	65
6.3.5. Risk- och avvikelserapportering .....	66
6.3.6. Synpunktshantering .....	68
6.3.7. Goda exempel från verksamheten .....	68
6.3.8. Uppdragsenhetens analys och slutsats .....	68
6.4. Servicetjänster .....	69
6.4.1. Verksamhetens uppdrag .....	69
6.4.2. Medborgarnas nöjdhet .....	70
6.4.3. Lagefterlevnad.....	71
6.4.4. Resultat kvalitetsgranskning .....	71
6.4.5. Risk- och avvikelserapportering .....	71
6.4.6. Synpunktshantering .....	71
6.4.7. Goda exempel från verksamheten .....	71
6.4.8. Uppdragsenhetens analys och slutsats .....	72
6.5. Särskilt boende för äldre (SÄBO) SoL.....	72
6.5.1. Verksamhetens uppdrag .....	72
6.5.2. Medborgarnas nöjdhet .....	73
6.5.3. Lagefterlevnad.....	77
6.5.4. Resultat kvalitetsgranskning .....	78
6.5.5. Tidigt varningssystem.....	81
6.5.6. Risk- och avvikelserapportering .....	81
6.5.7. Synpunktshantering .....	86
6.5.8. Goda exempel från verksamheten .....	87
6.5.9. Uppdragsenhetens analys och slutsats .....	87
6.6. Korttidsboende enligt SoL/Växelvård .....	88
6.6.1. Verksamhetens uppdrag .....	88
6.6.2. Medborgarnas nöjdhet .....	88
6.6.3. Lagefterlevnad.....	89
6.6.4. Resultat kvalitetsgranskning .....	89
6.6.5. Tidigt varningssystem.....	89
6.6.6. Risk- och avvikelserapportering .....	89
6.6.7. Synpunktshantering .....	90
6.6.8. Uppdragsenhetens analys och slutsats .....	91


6.7. Bostad med särskild service enligt LSS (LSS-bostad).....	91
6.7.1. Verksamhetens uppdrag .....	91
Medborgarnas nöjdhet .....	91
6.7.2. Lagefterlevnad.....	92
6.7.3. Resultat kvalitetsgranskning .....	93
6.7.4. Tidigt varningssystem.....	95
6.7.5. Risk- och avvikelserapportering .....	95
6.7.6. Synpunktshantering .....	97
6.7.7. Goda exempel från verksamheten .....	97
6.7.8. Uppdragsenhetens analys och slutsats .....	97
6.8. Bostad med särskild service för vuxna med funktionsnedsättning SoL (SoL-bostad)..	98
6.8.1. Verksamhetens uppdrag .....	98
6.8.2. Medborgarnas nöjdhet .....	98
6.8.3. Lagefterlevnad.....	98
6.8.4. Resultat kvalitetsgranskning .....	99
6.8.5. Tidigt varningssystem.....	101
6.8.6. Risk- och avvikelserapportering .....	101
6.8.7. Synpunktshantering .....	102
6.8.8. Goda exempel från verksamheten .....	102
6.8.9. Uppdragsenhetens analys och slutsats .....	102
6.9. Bostad med särskild service för barn och unga LSS – elevbostad LSS .....	103
6.9.1. Verksamhetens uppdrag .....	103
6.9.2. Medborgarnas nöjdhet .....	103
6.9.3. Lagefterlevnad.....	103
6.9.4. Resultat kvalitetsgranskning .....	104
6.9.5. Risk- och avvikelserapportering .....	104
6.9.6. Synpunktshantering .....	105
6.9.7. Goda exempel från verksamheten .....	106
6.9.8. Uppdragsenhetens analys och slutsats .....	106
6.10. Korttidsvistelse LSS i form av korttidshem för barn och unga LSS.....	107
6.10.1. Verksamhetens uppdrag .....	107
6.10.2. Medborgarnas nöjdhet .....	107
6.10.3. Lagefterlevnad.....	107
6.10.4. Resultat kvalitetsgranskning .....	107
6.10.5. Risk- och avvikelserapportering .....	108
6.10.6. Synpunktshantering .....	108
6.10.7. Goda exempel från verksamheten .....	109
6.10.8. Uppdragsenhetens analys och slutsats .....	109
6.11. Korttidsvistelse LSS i form av korttidshem för vuxna .....	110
6.11.1. Verksamhetens uppdrag .....	110

6.11.2. Medborgarnas nöjdhet .....	110
6.11.3. Lagefterlevnad.....	110
6.11.4. Resultat kvalitetsgranskning .....	111
6.11.5. Risk- och avvikelserapportering .....	111
6.11.6. Synpunktshantering .....	111
6.11.7. Goda exempel från verksamheten .....	111
6.11.8. Uppdragsenhetens analys och slutsats .....	112
6.12. Daglig verksamhet LSS/Dagverksamhet SoL.....	112
6.12.1. Verksamhetens uppdrag .....	112
6.12.2. Medborgarnas nöjdhet .....	112
6.12.3. Lagefterlevnad.....	113
6.12.4. Resultat kvalitetsgranskning .....	113
6.12.5. Risk- och avvikelserapportering .....	114
6.12.6. Synpunktshantering .....	115
6.12.7. Goda exempel från verksamheten .....	115
6.12.8. Uppdragsenhetens analys och slutsats .....	116
6.13. Personlig assistans LSS – egen regi .....	116
6.13.1. Verksamhetens uppdrag .....	116
6.13.2. Medborgarnas nöjdhet .....	117
6.13.3. Lagefterlevnad.....	117
6.13.4. Resultat kvalitetsgranskning .....	117
6.13.5. Risk- och avvikelserapportering .....	117
6.13.6. Synpunktshantering .....	118
6.13.7. Goda exempel från verksamheten .....	118
6.13.8. Uppdragsenhetens analys och slutsats .....	118
6.14. Dagverksamhet SoL – Södra strand .....	119
6.14.1. Verksamhetens uppdrag .....	119
6.14.2. Medborgarnas nöjdhet .....	119
6.14.3. Lagefterlevnad.....	120
6.14.4. Resultat kvalitetsgranskning .....	120
6.14.5. Risk- och avvikelserapportering .....	120
6.14.6. Synpunktshantering .....	120
6.14.7. Uppdragsenhetens analys och slutsats .....	121
6.15. Rådgivning och annat personligt stöd LSS .....	121
6.15.1. Verksamhetens uppdrag .....	121
6.15.2. Medborgarnas nöjdhet .....	121
6.15.3. Lagefterlevnad.....	122
6.15.4. Resultat kvalitetsgranskning .....	122
6.15.5. Risk- och avvikelserapportering .....	122
6.15.6. Synpunktshantering .....	122

6.15.7. Goda exempel från verksamheten .....	122
6.15.8. Uppdragsenhetens analys och slutsats .....	122
6.16. Ledsagarservice LSS och Ledsagning SoL .....	123
6.16.1. Verksamhetens uppdrag .....	123
6.16.2. Medborgarnas nöjdhet .....	123
6.16.3. Lagefterlevnad.....	124
6.16.4. Resultat kvalitetsgranskning .....	124
6.16.5. Risk- och avvikelserapportering .....	124
6.16.6. Synpunktshantering .....	124
6.16.7. Goda exempel från verksamheten .....	124
6.16.8. Uppdragsenhetens analys och slutsats .....	124
6.17. Avlösarservice LSS och Avlösning i hemmet SoL.....	125
6.17.1. Verksamhetens uppdrag .....	125
6.17.2. Medborgarnas nöjdhet .....	125
6.17.3. Lagefterlevnad.....	126
6.17.4. Resultat kvalitetsgranskning .....	126
6.17.5. Risk- och avvikelserapportering .....	126
6.17.6. Synpunktshantering .....	126
6.17.7. Goda exempel från verksamheten .....	126
6.17.8. Uppdragsenhetens analys och slutsats .....	126
6.18. Enheten för Infrastruktur.....	127
6.18.1. Verksamhetens uppdrag .....	127
6.18.2. Risk- och avvikelserapportering .....	128
6.18.3. Uppdragsenhetens analys och slutsats .....	129
<b>7. Vård- och omsorgsnämndens avgiftsdebitering .....</b>	<b>129</b>
7.1. Vilken lagstiftning styr Vård- och omsorgsnämndens debitering av avgifter? .....	129
7.2. Så fungerar Vård- och omsorgsförvaltningens debitering av avgifter .....	130
7.3. Granskning av Vård- och omsorgsförvaltningens avgiftsdebitering .....	130
<b>8. Pågående utvecklingsarbeten .....</b>	<b>132</b>
8.1. Individens behov i centrum .....	132
8.1.1. Uppdragsenhetens analys och slutsats .....	132
8.2. Barnkonventionen .....	132
8.2.1. Myndighetsenhetens arbete utifrån Barnkonventionen .....	133
8.2.2. Sektor Funktionshinders arbete utifrån Barnkonventionen .....	133
8.2.3. Uppdragsenhetens analys och slutsats .....	133
8.3. Översyn av kommunens socialpsykiatriska insatser .....	134
<b>9. Diskussion och förslag till prioriterade utvecklingsområden för kvalitetsarbetet .....</b>	<b>136</b>

# 1. Inledning

Kommunen är huvudman för ett flertal välfärdstjänster och har enligt kommunallagen ansvar för att tillhandahålla tjänster med god kvalitet till kommunens invånare. Kommunen är huvudman för alla sina angelägenheter oavsett vem som är utförare.

Kommunfullmäktige i Östersunds kommun fastställde 1 oktober 2018 ”Riktlinjer för uppföljning av kommunalt och extern driven verksamhet” .

Riktlinjerna ska säkra en likvärdig kvalitet i de tjänster som kommunen tillhandahåller oavsett om de utförs i egen regi eller om de utförs av en extern utförare. De ska också tillgodose allmänhetens insyn i hur uppdraget utförs.

Enligt riktlinjerna ansvarar Vård- och omsorgsnämnden i Östersunds kommun för att säkerställa att utförare, oavsett driftsform, bedriver verksamheten enligt:

- de lagar, förordningar och föreskrifter som gäller eller kan komma att gälla för verksamheten
- de mål och riktlinjer som Kommunfullmäktige och Vård- och omsorgsnämnden fastställer för respektive verksamhet.

Vård- och omsorgsnämnden fastställer varje år en plan för kvalitetsuppföljning av olika verksamheter. Planen för år 2024 finns att läsa i beslut Dnr ON-00379-.

## 1.1. Om Vård- och omsorgsnämndens Kvalitetsrapport

Uppdragsenheten hos Vård- och omsorgsförvaltningen sammanställer varje år en Kvalitetsrapport och en Patientsäkerhetsberättelse för Vård- och omsorgsnämndens verksamheter.

Syftet med rapporterna är att ge Vård- och omsorgsnämnden och Vård- och omsorgsförvaltningens ledning en överblick över kvaliteten i de olika verksamheterna. Rapporterna kan, tillsammans med resultat från egenkontroll och offentlig statistik (till exempel Socialstyrelsens öppna jämförelser), även användas av nämndens olika utförare som en del i det egna utvecklingsarbetet.

Resultatet och slutsatserna i Kvalitetsrapporten och Patientsäkerhetsberättelsen är också viktiga delunderlag som används i samband med:

- Vård- och omsorgsnämndens mål-/uppdragsdiskussioner inför kommande verksamhetsår
- Förvaltningsledningens granskning av hur Vård- och omsorgsnämndens kvalitetsledningssystem fungerar och vad som behöver förbättras.

Kvalitetsrapporten och Patientsäkerhetsberättelsen publiceras på kommunens hemsida så att även allmänheten och alla utförare kan ta del av dem.



## 1.2. Kvalitetsrapportens struktur

Kvalitetsrapporten inleds med en beskrivning av Kommunfullmäktiges riktlinjer för uppföljning av kommunalt och extern driven verksamhet. Dessa ska säkerställa en likvärdig kvalitet, oavsett om tjänsterna utförs i egen regi eller av extern utförare.

*Kapitel 2* beskriver Vård- och omsorgsnämndens kvalitetsledningssystem.

*Kapitel 3* ger en sammanfattande översikt av Vård- och omsorgsnämndens kvalitet 2023.

*Kapitel 4* beskriver Vård- och omsorgsnämndens olika ansvars- och verksamhetsområden samt utförare av olika verksamheter.

*Kapitel 5* beskriver Uppdragsenhetens olika metoder för att följa upp interna och externa utförares verksamheter.

I *kapitel 6* ges en fördjupad beskrivning av olika verksamheters kvalitet samt resultatet av de kvalitetsgranskningar som genomförts under 2023. I kapitlet redovisas och analyseras även övriga underlag, till exempel avvikelser, lex Sarah, lex Maria och resultat av genomförda medborgarundersökningar.

*Kapitel 7* beskriver Vård- och omsorgsnämndens debitering av avgifter.

*Kapitel 8* beskriver några pågående utvecklingsarbeten som syftar till att förbättra olika verksamheters kvalitet.

I *kapitel 9* förs en diskussion om Vård- och omsorgsnämndens kvalitet och det lämnas förslag till utvecklingsområden.

## 2. Vård- och omsorgsnämndens kvalitetsledningssystem

Vård- och omsorgsnämnden har utformat ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete utifrån särskilda krav från Socialstyrelsen (SOSFS 2011:9).

Ledningssystemet innebär att det har skapats en struktur för hur ledning och verksamhet fortlöpande ska arbeta med att planera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamhetens kvalitet.

### 2.1. Kvalitetsledningssystemets målsättningar

Målsättningen för kvalitetsledningssystemet är att nämndens samtliga verksamheter ska hålla god kvalitet, vilket innebär att:

#### 1. Vi har nöjda medborgare

Medborgarnas nöjdhet är ett viktigt perspektiv på verksamheternas kvalitet. Medborgarnöjdheten följs upp på olika sätt inom olika verksamheter och är en del av den egenkontroll som alla verksamheter ska göra.

#### 2. Vi följer gällande lagstiftning

Socialstyrelsens definition av god kvalitet innebär att alla verksamheter ska ha ingående kunskap om, och följa alla gällande lagar, förordningar, föreskrifter och andra styrdokument som gäller inom det område och den tjänst som levereras.

#### 2.1.1. Systematiskt förbättringsarbete

En central del i kvalitetsledningssystemet är att verksamheterna ska bedriva ett fortlöpande systematiskt förbättringsarbete. Detta innebär bland annat att varje verksamhet ska arbeta med:

- Riskanalyser
- Egenkontroller (av bland annat medborgarnöjdhet och lagefterlevnad)
- Risk- och avvikelshantering
- Synpunktshantering.

Resultaten av ovanstående kontroller ska både användas för att åtgärda identifierade avvikelser/synpunkter och för att vidta förbättrande åtgärder så att samma avvikelser eller synpunkter inte ska inträffa igen.

Under detta avsnitt beskrivs hur dessa delar är utformade i Vård- och omsorgsnämndens kvalitetsledningssystem.

Under *kapitel 6* presenteras olika verksamheters resultat för år 2023.

## 2.1.2. Riskanalyser

Riskanalyser innebär i detta sammanhang att man försöker identifiera inom vilka delar i verksamheten det skulle kunna inträffa händelser som leder till bristande kvalitet eller patientsäkerhet. Riskanalyser görs i förebyggande syfte för att man ska kunna vidta åtgärder *innan* något negativt händer. Vid riskanalysen görs även en bedömning av hur sannolikt det är att en viss händelse ska inträffa och hur negativa konsekvenser en sådan händelse i så fall skulle kunna få.

### Hur är kommunens riskanalyser utformat?

Alla enheter i kommunen ska genomföra riskanalyser i samband med den årliga verksamhetsplaneringen. Om allvarliga risker identifieras ska åtgärder för att motverka dem redovisas i kommande års verksamhetsplan. Dessa riskanalyser ligger även till grund för arbetet med Vård- och omsorgsnämndens internkontrollplan.

Utöver den årliga riskanalysen ska varje verksamhet vid behov fortlöpande göra riskanalyser och vidta åtgärder inom ramen för det egna kvalitetsarbetet.

### Externa utförare

Externa utförare har ansvar för att genomföra riskanalyser inom ramen för sina egna kvalitetsledningssystem och redovisa resultaten till Vård- och omsorgsnämnden när det efterfrågas.

## 2.1.3. Egenkontroller

Egenkontroll innebär att man gör en systematisk uppföljning och utvärdering av den egna verksamhetens kvalitetsarbete och resultat i olika avseenden.

Inom Vård- och omsorgsförvaltningen genomförs olika egenkontroller på alla nivåer i organisationen.

Två viktiga former av egenkontroll är att fortlöpande följa upp medborgarnas nöjdhet och verksamhetens lagefterlevnad, eftersom dessa är målbilder för Vård- och omsorgsnämndens kvalitetsledningssystem.

### 2.1.3.1. Medborgarnas nöjdhet

Medborgarnöjdheten ska följas upp regelbundet. Uppföljningen sker på olika sätt inom olika verksamheter.

#### Myndighetsenheten

I Socialstyrelsens nationella enkätundersökning riktad till äldre personer över 65 år ställs enstaka frågor kring myndighetsutövning. Utöver detta ska egna medborgarundersökningar genomföras under året.

#### Hemtjänst och särskilt boende

Socialstyrelsen har i uppdrag att undersöka hur de äldre uppfattar äldreomsorgen. De genomför årligen den nationella enkätundersökningen ”Vad tycker de äldre om äldreomsorgen”? Undersökningen riktar sig till personer som är 65 år och äldre som bor i ordinärt boende med stöd av hemtjänst eller i särskilt boende för äldre, i kommunal och privat regi. Resultatet publiceras på Socialstyrelsens hemsida.

Utöver Socialstyrelsens medborgarundersökning genomför verksamheterna även egna medborgarundersökningar under året.

### **Funktionshinderområdet**

Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) stödjer kommunerna kring att genomföra nationella medborgarundersökningar för olika insatser inom funktionshinderområdet. Dessa undersökningar är riktade till vuxna personer med funktionsnedsättning som har insatser i LSS- och SoL-bostad, Boendestöd och Daglig verksamhet LSS/daglig sysselsättning SoL samt Personlig assistans LSS. Resultatet används för att utveckla verksamheten i dialog med medborgare och personal.

Inom Sektor funktionshinder genomförs den nationella medborgarundersökningen vartannat år och vartannat år arbetar man med att förbättra verksamheten utifrån resultatet av föregående års genomförda medborgarundersökningar.

Utöver detta genomför Sektor funktionshinder varje år egna utformade medborgarundersökningar kring insatserna Bostad med särskild service för barn och unga/elevbostad samt Korttidsvistelse barn/unga LSS.

Medborgarundersökningar avseende insatserna Ledsagarservice LSS/Ledsagning SoL, Avlösarservice LSS/Avlösning i hemmet SoL samt Rådgivning och annat personligt stöd LSS genomförs vartannat år.

Som stöd i uppföljningsarbetet har Sektor funktionshinder tagit fram ett strukturerat material med presentationer, bildspel och samtalskort för de två största verksamheterna, LSS-bostad och Daglig verksamhet.

Syftet med uppföljningsarbetet är att förbättra hjälpen och stödet för att öka medborgares trygghet, delaktighet och få ökad kunskap om hur kommunikationen mellan medborgare och personal kan förbättras.

### **Externa utförare**

Externa utförare har ansvar för att följa upp medborgarnöjdheten i sina verksamheter och att redovisa resultaten till Vård- och omsorgsnämnden när det efterfrågas. Utföraren väljer själv på vilket sätt medborgarundersökningen och uppföljningen ska ske.

### **2.1.3.2. Lagefterlevnad**

Socialstyrelsens definition av god kvalitet innebär att alla verksamheter ska ha ingående kunskap om, och följa alla gällande lagar, förordningar, föreskrifter och andra styrdokument som gäller inom det område och den tjänst som levereras. Inom ramen för kvalitetsledningssystemet görs det därför årliga uppföljningar av olika verksameters lagefterlevnad.

Inom Vård- och omsorgsförvaltningen har Myndighetsenheten ansvar för att bevaka ny eller förändrad lagstiftning och rättspraxis kopplad till myndighetsutövning. Uppdragsenheten har motsvarande uppdrag för lagstiftning som gäller alla utförare verksamhet.

Uppdragsenheten utformar även upphandlingsdokument, uppdragsbeskrivningar, kvalitetskrav och riktlinjer för alla utförare utifrån gällande lagstiftning, förordningar och föreskrifter.

### **Hur är kommunens lagefterlevnadskontroll utformad?**

Alla verksamheter inom kommunen ska genomföra och följa upp sin lagefterlevnad i kommunens planerings- och uppföljningsverktyg Stratsys.

Lagefterlevnadskontrollen omfattar:

- Kommunövergripande lagstiftning
- Verksamhetsspecifik lagstiftning
- Miljölagstiftning.

Eftersom lagar och föreskrifter fortlöpande förändras sker en årlig översyn av kontrollfrågorna kopplat till lagstiftningen för att säkerställa att de är aktuella och relevanta.

Varje enhetschef ska i samband med den årliga verksamhetsplaneringen besvara aktuella lagefterlevnadsfrågor och vidta åtgärder i de fall man inte uppfyller lagstiftningen.

### **Lagefterlevnadskontroll hos externa utförare**

Externa utförare ska genomföra motsvarande lagefterlevnadskontroller i sina egna ledningssystem för kvalitet och redovisa resultatet till Vård- och omsorgsnämnden när det efterfrågas.

Uppdragsenheten följer upp lagefterlevnaden hos både interna och externa utförare på olika sätt:

- genom att begära in egenkontroller från verksamheterna
- genom löpande uppföljning av till exempel avvikelser, allvarliga händelser och synpunktshantering i arbetet med "tidigt varningssystem"
- i samband med planerade och riktade kvalitetsgranskningar.

## **2.1.4. Risk- och avvikelsehantering**

En avvikelse är en händelse som medfört eller hade kunnat medföra något oönskat. En avvikelse kan även vara en risk, dvs. en möjlighet att det skulle kunna inträffa en negativ händelse.

Alla verksamheter ska rapportera och åtgärda de avvikelser som uppstår i den egna verksamheten. Det är berörd chef som ansvarar för avvikelsehanteringen, vilket innebär att:

- identifiera och rapportera avvikelser
- kartlägga och åtgärda orsakerna
- dokumentera resultatet samt bedöma åtgärdernas effekt
- sammanställa och återföra åtgärdernas effekt till personalen.

Ibland kan en avvikelse leda till en fördjupad utredning i form av en lex Sarah-utredning eller lex Maria-utredning. Närmare information om lex Sarah och lex Maria finns beskrivet längre ned under detta avsnitt.

Genom att systematiskt arbeta med avvikelser, lex Sarah och lex Maria, kan förebyggande åtgärder sättas in för att förhindra missförhållanden, vårdskador och andra negativa händelser.

#### **2.1.4.1. Hur är Vård- och omsorgsförvaltningens avvikelshantering utformad?**

Alla medarbetare som upptäcker en avvikelse har en skyldighet att inom ramen för sitt yrkesansvar rapportera händelsen till ansvarig chef och/eller till legitimerad personal. Avvikelse rapporteringen görs i särskilt IT-system (DF Respons) utifrån det lagrum som händelsen avser: socialtjänstlagen (SoL), lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) eller hälso- och sjukvårdslagen (HSL). Rapportering ska göras senast inom en månad efter inträffad avvikelse.

Berörd chef och eventuellt legitimerad personal gör en utredning för att kartlägga och åtgärda orsakerna till avvikelsen. Resultatet dokumenteras i DF Respons.

Avvikelser kategoriseras utifrån fyra olika allvarlighetsgrader:

- Allvarlighetsgrad 1 = mindre
- Allvarlighetsgrad 2 = måttlig
- Allvarlighetsgrad 3 = betydande
- Allvarlighetsgrad 4 = katastrofal

Enhetschefer och legitimerad personal avslutar de avvikelser som har allvarlighetsgrad 1 och 2. De skickas därefter för kännedom till kvalitetsansvarig i respektive sektor.

Avvikelser med allvarlighetsgrad 3 och 4 skickas vidare till medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS), medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) eller socialt ansvarig samordnare (SAS) som bedömer när vidtagna åtgärder är tillräckliga att ärendet kan avslutas.

#### **Lex Sarah**

Lex Sarah är en bestämmelse som innebär att den som arbetar med att ge service och omvårdnad enligt socialtjänstlagen (SoL) eller lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) är skyldig att rapportera missförhållanden och risk för missförhållanden i den egna verksamheten. Rapporteringsskyldigheten gäller även den som är uppdragstagare, praktikant eller motsvarande under utbildning och deltagare i arbetsmarknadspolitiskt program.

Lex Sarah gäller oavsett om personen arbetar i offentlig verksamhet, externa företag eller i ett företag som arbetar på uppdrag av en kommun.

I Lex Sarah ingår även en skyldighet för den som bedriver verksamheten att utreda, dokumentera och avhjälpa missförhållandet/risk för missförhållande.

Vid allvarliga missförhållanden eller påtagliga risker för missförhållanden anmäls detta till Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Externa utförare ansvarar själva för att utreda och skicka vidare till IVO.

Socialt ansvarig samordnare (SAS) vid Uppdragsenheten inom Vård- och omsorgsförvaltningen, ska omedelbart informeras om händelsen. En kopia av utredningen ska också lämnas till Vård- och omsorgsnämnden för kännedom.

Exempel på händelser som ska rapporteras:

- Fysiska övergrepp (slag, nypningar och hårdhänt handlag)
- Sexuella övergrepp (fysiska övergrepp och sexuella anspelningar)
- Psykiska övergrepp (hot, hot om bestraffningar, trakasserier och kränkande bemötande)
- Brister i bemötande av anställda med flera
- Brister i rättssäkerhet vid handläggning och genomförande
- Brister i utförande av insatser (insatser som utförts felaktigt eller inte alls)
- Brister i fysisk miljö, utrustning och teknik
- Ekonomiska övergrepp.

### **Lex Maria**

Hälso- och sjukvårdspersonal ska rapportera alla risker för vårdskador och händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada (Patientsäkerhetslagen 3 kap. 5§). Rapporterade händelser ska utredas av enhetschef och berörd legitimerad personal. Syftet med utredningen är att så långt som möjligt klarlägga händelseförloppet och vilka faktorer som påverkat detta. Utredningen ska även vara ett underlag för beslut om åtgärder för att förhindra att liknande händelser inträffar på nytt eller att begränsa effekterna av sådana händelser om de inte helt går att förhindra.

När medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) eller medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) tar emot en rapport om en händelse som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada görs en bedömning om det finns behov av utökad utredning av händelsen.

Om MAS/MAR gör bedömningen att vårdskadan är allvarlig eller att det funnits risk för allvarlig vårdskada, anmäls detta snarast enligt lex Maria till Inspektionen för vård och omsorg (IVO).

Vårdskada definieras som lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom och dödsfall som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade genomförts i samband med hälso- och sjukvården.

En allvarlig vårdskada är bestående och inte ringa, eller har lett till att personen fått ett väsentligt ökat vårdbehov eller avlidit.

Alla anmälningar enligt lex Maria ska innehålla en beskrivning av hur hälso- och sjukvårdspersonalen har informerats eller ska informeras om vårdgivarens analys och bedömning av händelsen i syfte att bidra till lärande och ökad patientsäkerhet.

## 2.1.5. Synpunktshantering

Enligt föreskrifter från Socialstyrelsen (SOSFS 2011:9) ska den som bedriver verksamhet enligt socialtjänstlagen (SoL) eller lagen om särskilt stöd till vissa funktionshindrade (LSS) samt hälso- och sjukvårdslagen (HSL) ta emot och utreda synpunkter på verksamhetens kvalitet.

Olika typer av synpunkter är klagomål, beröm och förslag till förbättringar. Synpunkter kan framföras av vård- och omsorgstagare och deras anhöriga, personal, vårdgivare, de som bedriver verksamhet enligt SoL eller LSS, tillsynsmyndigheter eller föreningar och organisationer.

Synpunktshanteringen är en viktig del av det systematiska förbättringsarbetet då det ger den berörda verksamheten, förvaltningsledningen och Vård- och omsorgsnämnden möjlighet att förändra och förbättra verksamheternas arbete.

### 2.1.5.1. Hur är kommunens synpunktshantering utformad?

Synpunkter på Vård- och omsorgsnämndens verksamhet kan lämnas på olika sätt, till exempel genom personliga möten, via telefon, brev eller e-post riktad direkt till verksamheten.

Varje chef är ansvarig för att utreda inkomna synpunkter och identifiera vad som kan göras för att rätta till ett missnöje.

Det är även viktigt att uppmärksamma beröm som inkommer via synpunktshanteringen. Beröm kan också fungera som goda exempel för den egna eller andra verksamheter.

Alla synpunkter som kommer in till Vård- och omsorgsförvaltningen ska registreras i ett särskilt verksamhetssystem som kommunens Kundcenter administrerar.

Kundcenter sammanställer var fjärde månad alla inkomna synpunkter och skickar resultatet till respektive förvaltning. Hos Vård- och omsorgsförvaltningen är det Uppdragsenheten som årligen analyserar de inkomna synpunkterna. Resultatet redovisas varje år i Kvalitetsrapporten.

I de fall synpunkterna avser externa utförare lämnar Uppdragsenheten synpunkterna för åtgärd till dem. De externa utförarna använder egna system för synpunktshantering.



## 3. Sammanfattning - Vård- och omsorgsnämndens kvalitet 2023

Vård- och omsorgsnämnden ansvarar för ett flertal olika verksamheter utifrån socialtjänstlagen (2001:453), lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (1993:387) och hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).

Under detta avsnitt redovisas en sammanfattande översikt av Vård- och omsorgsnämndens kvalitet 2023. För mer detaljerad information om respektive verksamhets kvalitet, se *kapitel 6*.

### 3.1. Medborgarnas nöjdhet

Medborgarnöjdheten följs upp på olika sätt inom olika verksamheter och är en del av den egenkontroll som alla verksamheter ska göra.

#### 3.1.1. Myndighetsenheten

Myndighetsenheten hade planerat att genomföra en medborgarundersökning under hösten 2023 men på grund av organisationsförändringar och personalbrist har den inte genomförts.

##### 3.1.1.1. Uppdragsenhetens analys och slutsats

Uppdragsenheten konstaterar att Myndighetsenheten inte har genomfört någon medborgarundersökning efter år 2019.

Svaren på en delfråga i Socialstyrelsens nationella enkätundersökning 2023 till medborgare över 65 år i Östersunds kommun, visar att en av fyra medborgare svarat nej på frågan om handläggarens beslut är anpassat efter personens behov. Uppdragsenheten konstaterar att Myndighetsenheten behöver följa upp medborgarnöjdheten genom en egen undersökning.

#### 3.1.2. Hemtjänst och särskilt boende för äldre

Resultatet av 2023 års medborgarundersökningar samt pågående uppföljningsarbete finns att läsa under respektive insats i *kapitel 6*.

##### 3.1.2.1. Uppdragsenhetens analys och slutsats

Uppdragsenheten bedömer att medborgarnöjdheten inom hemtjänst och särskilt boende för äldre följs upp kontinuerligt av kommunens egna verksamheter och av privata utförare.

Resultatet av Socialstyrelsens nationella enkätundersökning ”Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?” ger möjligheter till jämförelser med riket, olika kommuner, privat och offentlig utförare samt mellan olika verksamheter inom den egna kommunen.

### **Särskilt boende**

Av den nationella undersökningen för särskilt boende framgår att den sammantagna medborgarnöjdheten inom kommunal regi i Östersunds kommun sjunkit kraftigt jämfört med år 2022. På frågan ”Hur nöjd eller missnöjd är du sammantaget med ditt äldreboende?” svarade 65 procent att de var mycket nöjd/ganska nöjd år 2023, vilket kan jämföras med 79 procent år 2022.

På motsvarande fråga i Sektor hemtjänst och särskilt boendes egen undersökning 2023, som riktades till anhöriga, var medelvärdet 7,5 på en 10-gradig skala, 2022 visade samma undersökning på en nöjdhet på 7,8 på en 10-gradig skala.

Andelen personer i särskilt boende som i den nationella undersökningen svarat mycket nöjd/ganska nöjd när det gäller privata utförare var 62 procent år 2023 och 64 procent år 2022.

Uppdragsenheten noterar att de senaste årets förändring av den sammantagna nöjdheten utifrån Socialstyrelsens medborgarundersökning inom särskilt boende i kommunal regi bör analyseras närmare.

### **Hemtjänst**

Den nationella enkätundersökningen visade att 86 procent av medborgarna med hemtjänst var mycket nöjda eller sammantaget ganska nöjda med den hemtjänst de får i Östersunds kommun och i riket. Nöjdheten har sjunkit något från år 2020 då den låg på cirka 89 procent.

Det finns delområden som verksamheterna bör arbeta vidare med, ett sådant är möjligheten för medborgaren att påverka vid vilka tider personalen kommer. Endast 60 procent av de svarande inom hemtjänsten i Östersunds kommun upplever att de kan påverka detta.

## **3.1.3. Funktionshinderområdet**

Resultatet av 2023 års medborgarundersökningar samt pågående uppföljningsarbete finns att läsa under respektive insats i *kapitel 6*.

Inom sektor funktionshinder var 2023 ”uppföljningsår” när det gäller de nationella medborgarundersökningarna. Resultatet av 2022 års nationella medborgarundersökningar går att läsa i Kvalitetsrapport 2022.

### **3.1.3.1. Uppdragsenhetens analys och slutsats**

Sektor funktionshinder har en plan för hur medborgarundersökningar ska genomföras inom de olika verksamheterna. Sektor har tagit fram ett stödmaterial för uppföljning av resultat som kan användas i samtal med medborgarna.

Sektorn framställer en sammanfattande rapport ”Vad tycker du? Medborgarundersökningar Sektor funktionshinder”.

I slutrapporten ”Vad tycker du? Medborgarundersökningar Sektor funktionshinder” från hösten 2022, konstaterade sektorn att det var en för låg svarsfrekvens inom ledsagarservice LSS och avlösarservice LSS.

I rapporten uppmärksammas vissa skillnader i upplevelsen av kvalitet mellan könen, orsaken till detta kommer verksamheten att analysera vidare

Uppdragsenheten bedömer att ett fortsatt utvecklingsarbete för att hitta sätt att tillgängliggöra medborgarundersökningarna för målgruppen är nödvändigt inom flera av sektorns verksamheter.

Inom funktionshinderområdet finns en extern utförare, Östersunds korttidsboende. Verksamheten verkställer beslut om insatsen korttidsvistelse LSS för vuxna. Utföraren har genomfört en egen medborgarundersökning under 2023. Utifrån resultatet har några åtgärder vidtagits, bland annat en utbildningsinsats i Alternativ och kompletterande kommunikation (AKK).

## 3.2. Lagefterlevnad

Kommunal och extern utförare gör egenkontroller för att följa upp lagefterlevnaden. Inom kommunal utförare sker detta via planerings- och uppföljningsverktyget Stratsys.

**Sektor hemtjänst och särskilt boende** uppger att verksamheterna arbetar utifrån verksamhetsspecifik lagstiftning. Ett förbättringsområde som sektorn har identifierat inför 2024 är att kunskapen hos enhetscheferna behöver öka kring planerings- och uppföljningsverktyget Stratsys.

**Sektor funktionshinder** uppger att enhetscheferna i sitt uppdrag har att genomföra regelbundna uppföljningar och rapportera nuläget i Vård- och omsorgsförvaltningens olika verksamhetssystem. Hur enhetscheferna hanterar aktuella frågor, arbetsmetoder och eventuella förbättringsområden utifrån olika uppdrag/krav diskuteras på verksamhetsledning, i olika typer av arbetsgrupper och även vid uppföljning/månadssamtal med verksamhetschef.

De externa utförarna har egna kvalitetsledningssystem där de har kontroll på sin lagefterlevnad.

För mer detaljerad information om respektive verksamhets lagefterlevnad, se *kapitel 6*.

### 3.2.1. Uppdragsenhetens analys och slutsats

Resultatet av verksamheternas egenkontroll 2023 visar att det är en stor variation i rapporteringen av lagefterlevnad enligt SoL, LSS och HSL i planerings- och uppföljningsverktyget Stratsys.

Uppdragsenheten bedömer att båda sektorerna, men framför allt Sektor funktionshinder, bör utveckla arbetet med egenkontroll då det är ett viktigt verktyg för att kvalitetssäkra verksamheten.

Av de lagefterlevnadskontroller som har genomförts framgår att flera enheter brister inom nedanstående områden. Varje enhet behöver se över vilka åtgärder som ska genomföras för att komma till rätta med bristerna.

- Svårigheter att uppfylla krav på bemanning och kompetens
- Introduktion kring habilitering/rehabilitering genomförs inte enligt krav
- Förebyggande arbete genomförs inte enligt krav
- Social dokumentation görs inte enligt krav
- Kännedom om kvalitetsledningssystemet, dess processer och hur man hittar rutiner kopplade till dessa

De externa utförarna behöver även de förbättra sin egenkontroll och lagefterlevnad. De redovisar även en rad aktiviteter på de identifierade förbättringsområden de har sett:

- Öka kunskapen om social dokumentation och implementera det bättre i det dagliga arbetet
- Följa upp HSL-dokumentation

### 3.2.2. Ej verkställda beslut

Alla individbeslut som fattas enligt socialtjänstlagen (SoL) respektive lag om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) ska verkställas omedelbart eller så snart som möjligt. Om kommunen inte har kunnat verkställa ett beslut inom tre månader är man skyldig att rapportera detta till Inspektionen för vård och omsorg (IVO).

Det har under 2023 förekommit ett antal beslut om insatser där Vård- och omsorgsnämnden inte kunnat tillgodose behovet inom rimlig tid.

#### Hur görs rapporteringen av ej verkställda beslut?

Kommunen rapporterar varje kvartal de beslut som inte är verkställda inom tre månader till IVO. Rapporteringen görs på individnivå. Samma rapporterings-skyldighet gäller vid avbrott i verkställigheten i de fall beslutet inte har verkställts på nytt inom tre månader. Vård och omsorgsnämnden, Kommunfullmäktige och de förtroendevalda revisorerna informeras i samband med rapporteringen till IVO.

IVO följer upp rapporteringen och om ett beslut inte har blivit verkställt inom skälig tid får kommunen möjlighet att yttra sig. IVO granskar vad kommunen har gjort för att verkställa beslutet, om den enskilde tackat nej till ett godtagbart erbjudande samt övriga omständigheter i ärendet och om det finns andra omständigheter som gjort att beslutet inte kunnat verkställas.

Om IVO bedömer att den enskilde fått vänta oskäligt länge på att ett beslut ska verkställas kan kommunen få betala en avgift för detta. IVO ansöker i dessa fall hos Förvaltningsrätten om att det ska utdömas en sådan särskild avgift.

I tabellen nedan redovisas antalet ej verkställda beslut som rapporterats till Kommunfullmäktige och IVO under 2023. Samma beslut kan ha rapporterats under flera kvartal. Avbrott i verksamhet finns inte med i sammanställningen.

Insatsen "Kontaktperson", "Stödfamilj", "Anskaffa bostad" verkställs av Social- och arbetsmarknadsförvaltningen sedan våren 2023 och redovisas ej i tabellen.

Tabell: Ej verkställda beslut äldre än tre månader 2023

Lagrum	Insats	Kvartal 1	Kvartal 2	Kvartal 3	Kvartal 4
SoL	SoL-bostad	16	13	12	11
SoL	Särskilt boende	25	53	48	12
SoL	Växelvård	15	19	6	0
LSS	Avlösarservice			2	2
LSS	Bostad med särskild service vuxna	8	11	13	15
LSS/SoL	Daglig verksamhet	12/2	12/2	16/1	12/1
LSS	Ledsagarservice	5	6	4	3/1
LSS	Personlig assistans	2	1		
LSS	Rådgivning och annat personligt stöd	1			

Källa: Bosamordnare, Vård- och omsorgsförvaltningen

### 3.2.2.1. Uppdragsenhetens analys och slutsats

För insatserna SoL-bostad, LSS-bostad Växelvård och Daglig verksamhet har väntetiderna till verkställighet varit för långa för några medborgare. I flera av dessa fall har Inspektionen för vård och omsorg (IVO) yrkat på viten.

När det gäller SoL-bostad har förvaltningen under 2023 påbörjat processer för att starta minst två gruppboenden, vilket i huvudsak ska täcka behovet. En ny SoL-bostad, ett så kallat träningsboende, öppnar under våren 2024.

När det gäller daglig verksamhet är orsaken att medborgaren inte vill medverka eller sämre mående samt avbrott, det är inte brist på platser.

Under våren 2023 har även en grupp lägenheter på äldreboendet Änggården omvandlats till växelvårdsplatser för att minska kön.

Orsaker till ej verkställda beslut för särskilt boende kan bland annat vara för snabbt erbjudande, att medborgaren inte vill flytta, ej rätt boende och att anhöriga inte kan hjälpa till med flytt just nu.

Uppdragsenheten arbetar kontinuerligt med att hitta lösningar så att beslut kan verkställas inom rimlig tid.

## 3.3. Avvikelser enligt hälso- och sjukvårdslagen, socialtjänstlagen och lag om stöd och service till vissa funktionshindrade

Se bilaga 1 för sammanställd information med samtliga SoL-, LSS- och HSL-avvikelser för kommunala och externa utförare samt Myndighetsenheten.

### 3.3.1. Avvikelser enligt hälso- och sjukvårdslagen (HSL)

#### Läkemedel

Avvikelser gällande läkemedel är fortfarande den vanligaste avvikelsen som verksamheterna registrerar. Det totala antalet avvikelser som rör läkemedel har ökat inom samtliga verksamheter jämfört med 2022. En sannolik orsak till ökningen kan vara att verksamheterna arbetar mer aktivt med avvikelse rapportering. Händelser med utebliven dos har fortsatt att minska inom hemtjänst och särskilt boende. En sannolik förklaring till detta är att personalen numera signerar läkemedel digitalt.

Vid jämförelse av avvikelser och antal givna doser av läkemedel totalt inom särskilt boende och hemtjänst är det endast en promille registrerade avvikelser. Men för den enskilde personen kan den uteblivna dosen vara av stor betydelse.

#### Hjälpmedel

Rapporterade avvikelser kring felaktig hantering av hjälpmedel har ökat kraftigt under 2023 inom särskilt boende efter att tidigare ha minskat under 3 års tid. Uppgifter från egenkontroller år 2020–2022 har visat att de allra flesta särskilda boenden har utbildat personal kring hjälpmedelshantering. Denna uppgift saknas för 2023 varför det inte går att veta om utbildningsinsatserna minskat och därför kan vara en orsak den stora ökningen av avvikelser. Övriga verksamheter ligger stabilt på låga nivåer.

#### Samverkan med regionen

De flesta avvikelser till regionen handlar om brister i information/kommunikation och samverkan samt läkemedelshändelser i samband med utskrivning från sjukhuset. Avvikelser som rör samverkan med Region Jämtland Härjedalen från LSS- och SoL-bostad har ökat under 2023. De flesta avvikelserna som rapporterats från LSS- och SoL-bostad handlar om brister i samverkan med Område psykiatri.

#### Utebliven rehabilitering/ behandling/träning

Rapporterade avvikelser kring utebliven rehabilitering/behandling/träning inom hemtjänst har minskat kraftigt de senaste två åren. Inom särskilt boende syns däremot en stor ökning av denna typ av avvikelse. Inom LSS- och SoL-bostad ökar avvikelserna men från en låg nivå. Vad som ligger bakom dessa stora skillnader mellan verksamheterna är oklart. Det behöver därför följas upp hur införandet av digital signering påverkar antalet avvikelser i olika verksamheter.

#### Fallhändelser och fallskador

Antalet registrerade fallhändelser ökar för tredje året i rad inom alla verksamheter. Antalet fysiska skador ökar också inom särskilt boende och LSS- och SoL-bostad. Däremot ligger antalet höftfrakturer på samma nivå de senaste 3 åren.

Det teambaserade fallförebyggande arbetet är väsentligt för att minska risken för fall och fallskador. Under år 2023 har flera tjänster för legitimerad personal varit vakanta under kortare eller längre perioder. Detta påverkar möjligheten att utbilda personal i fallprevention och försvårar det teambaserade förebyggande arbetet.

#### Tryckskador

Det är en fortsatt underrapportering av tryckskador i risk- och avvikelssystemet, särskilt inom hemtjänstområdet. Det är därför ett utvecklingsområde att säkerställa att personalen rapporterar tryckskada som en avvikelse.

Inom särskilt boende är antalet tryckskador i samma nivå som föregående år enligt uppgifterna i avvikelssystemet DF Respons.

### 3.3.2. Avvikelser enligt socialtjänstlagen (SoL)

Inom både kommunal utförare (sektor hemtjänst/särskilt boende) och extern utförare har ett fåtal SoL-avvikelser rapporteras in. Både kommunala och externa utförare uppger att de arbetar aktivt för att få personalen att rapportera fler SoL-avvikelser. De informerar regelbundet personalen om vad avvikelser är och dess syfte. Både kommunala och externa utförare har också redovisat en rad olika aktiviteter och årshjul som de har tagit fram för att förbättra avvikelserapporteringen.

Inom både kommunal utförare (Sektor hemtjänst och särskilt boende) och externa utförare har man sett att flest avvikelser under 2023 avser brist i utebliven personlig omvårdnad, information, kommunikation och samverkan samt brist i trygghet. De orsaker till avvikelserna som utförarna själva har identifierat är: brister i dokumentation/journalföring, att personalen inte följer rutiner och genomförandeplaner samt - när det gäller hantering av larm - att man inte svarat i telefonen, inte återkopplat eller lämnat över larm till nattpersonal.

### 3.3.3. Avvikelser enligt lag om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS)

Det finns brister kring avvikelserapportering inom Sektor funktionshinder. 26 LSS-bostäder skriver väldigt få LSS-avvikelser och fyra LSS-bostäder har inte skrivit någon LSS-avvikelse under år 2023. Mot bakgrund av detta har kvalitetsansvariga i Sektor funktionshinder deltagit på arbetsplatsträffar i dessa verksamheter för att bland annat informera om syftet med och vikten av att arbeta med avvikelser.

De LSS-avvikelser som har rapporterats avser främst brister i trygghet, kommunikation och samverkan, hot och våld respektive servicetjänster. Många av dessa avvikelser har rapporterats från samma enheter och avser samma enskilda medborgare. Åtgärder som är kopplade till medborgarna handlar ofta om att ändra arbetssätt. Chefer arbetar också med att följa upp avvikelser på arbetsplatsträffar där man går igenom händelsen och bedömer om eventuella åtgärder behöver vidtas, till exempel tydliggöra en rutin. Om chef eller personalgrupp behöver stöd kring själva avvikelserapporteringen så erbjuds det stöd inom sektorn.

### 3.3.4. Lex Sarah och Lex Maria

Totalt 32 lex Sarah (varav 8 skickats vidare till Inspektionen för vård och omsorg, IVO) och 5 lex Maria har rapporterats in under perioden 1 december 2022 till 30 november 2023. För mer information om vilka åtgärder respektive verksamhet har vidtagit, se avsnitt i *kapitel 6*.

### 3.3.5. Uppdragsenhetens analys och slutsats

Hos både kommunala och externa utförare har man noterat att det är alltför få SoL- och LSS-avvikelser som rapporteras in. Både kommunala och externa utförare arbetar aktivt för att få personalen att rapportera in fler SoL-/LSS-avvikelser. Både kommunala och externa utförare

har också redovisat flera aktiviteter och årshjul som de har tagit fram för att förbättra avvikelserapporteringen.

Utifrån de lex Sarah-utredningar som gjorts samt utifrån de SoL- och LSS-avvikelser som rapporterats under 2023 bedömer Uppdragsenheten att verksamheterna behöver arbeta vidare med social dokumentation, värdegrund och tydliggöra befintliga rutiner regelbundet ute på enheterna.

När det gäller HSL-avvikelser är det fortfarande avvikelser gällande läkemedel som är den vanligaste avvikelserna som verksamheterna registrerar. Rapporterade avvikelser kring felaktig hantering av hjälpmedel ökar kraftigt inom särskilt boende liksom fallhändelser och fallskador. Uppgifter saknas om genomförda utbildningsinsatser 2023 varför det inte går att veta om utbildningsinsatserna minskat och därför kan ligga bakom den stora ökningen av felaktig hantering av hjälpmedel. Orsaker till den kraftiga ökningen av fallhändelser och fallskador kan bero på att det under 2023 har varit flera vakanta tjänster för legitimerad personal, vilket påverkar det teambaserade fallförebyggande arbetet.

### 3.4. Synpunkter – beröm och klagomål

Med synpunkter avses klagomål, beröm och förslag till förbättringar av Vård- och omsorgsnämndens verksamheter. Synpunkterna kan lämnas av medborgare som har insatser, anhöriga, personal, utförare av verksamhet och olika föreningar/organisationer.

I nedanstående tabell redovisas antalet inrapporterade synpunkter under perioden 2017-2023.

Tabell: Antal registrerade synpunkter Vård- och omsorgsnämnden över tid	
År	Antal
2023	837
2022	507
2021	341
2020	547
2019	435
2018	132
2017	385

Källa: Flexite årsredovisningar 2017–2023

Under år 2023 registrerades totalt 837 synpunkter (klagomål och beröm) inom Vård- och omsorgsnämndens ansvarsområde. Detta kan jämföras med 507 registrerade synpunkter år 2022, dvs. en ökning med 330 synpunkter.

I tabellen på nästa sida redovisas antalet synpunkter som inkommit under 2023 kopplat till olika verksamheter.

Tabell: Antal registrerade synpunkter i synpunktshanteringssystemet helår 2023			
Verksamhetsområde	Klagomål	Beröm	Summa
Fakturor (Enheten för ekonomi och administration)	330	2	332
Myndighetsutövning	154	7	161



Verksamhetsområde	Klagomål	Beröm	Summa
Hemtjänstinsatser (inklusive trygghetslarm, digitala hemmet, Matgubben och servicetjänster)	116	6	122
Sektor funktionshinder (inklusive Boendestöd)	28	13	41
Särskilt boende (SÄBO)	35	2	37
Hälso- och sjukvårdsinsatser	34	2	36
Externa utförare	33	0	33
Stab (inklusive diariet)	42	7	49
Rekrytering och bemanning	5	0	5
Föreningsbidrag	4	0	4
Mötesplatser	3	1	4
Skadestånd	15	0	15
<b>Totalt</b>	<b>799</b>	<b>38</b>	<b>837</b>

Källa: Flexite årsredovisning 2023

## Fakturor

Antalet synpunkter som inkommit 2023 till Enheten för ekonomi och administration gällande fakturor är totalt 332 stycken. Av dessa avser 330 klagomål och två beröm. Klagomålen handlar främst om blanketten för inkomstförfrågan och blanketten för avgiftsbeslutet som avser faktura. De berörda medborgarna har upplevt att blanketterna har varit svåra att förstå.

Under 2022 registrerades 174 klagomål, vilket innebär att det skett en ökning med 156 klagomål under 2023. Det har inte skett någon större förändring vad gäller antalet synpunkter med beröm mellan år 2022 och 2023.

## Myndighetsenheten

Antalet synpunkter som inkommit till Myndighetsenheten under år 2023 är totalt 161 stycken. Av dessa avser 154 klagomål och sju beröm. Klagomålen har främst handlat om tillgänglighet. Exempelvis att medborgaren inte får kontakt med handläggare/chef eller att det tar lång tid i handläggning och beslutsfattande. Övriga klagomål har handlat om kompetens och bemötande.

Under år 2022 registrerades 55 klagomål, vilket innebär att det skett en ökning med 99 klagomål år 2023. Det har inte skett någon större förändring vad gäller antalet synpunkter med beröm mellan åren 2022 och 2023.

## Hemtjänst

Inom hemtjänsten har det inkommit 122 synpunkter under året. Av dessa avser 116 klagomål och sex beröm. Klagomålen har till största del handlat om insatser eller tjänster som inte är utförda eller inte fungerar. Övriga klagomål har främst handlat om kompetens hos personal.

Under 2022 registrerades 81 klagomål på hemtjänsten, vilket innebär en ökning med 35 klagomål under 2023. Det har inte skett någon större förändring vad gäller antalet synpunkter som varit beröm mellan år 2022 och 2023.

## Sektor funktionshinder

Inom Sektor funktionshinderns verksamheter har det inkommit 41 synpunkter under 2023. Av dessa avser 28 klagomål och 17 beröm. De flesta klagomålen har handlat om att medborgaren inte är nöjd med det stöd och den hjälp som medborgaren fått. Övriga klagomål har främst handlat om bemötande. De 17 synpunkter som inkommit som avser beröm har framför allt handlat om väl utförda insatser eller beröm till enskilda medarbetare.

Under 2022 registrerades 71 klagomål för sektorn, vilket innebär att det skett en minskning med 43 klagomål under 2023. Det har inte skett någon större förändring vad gäller antalet synpunkter som varit beröm mellan år 2022 och 2023.

Antalet synpunkter med beröm under 2023 är positivt i förhållande till det totala antalet synpunkter för verksamheten under året.

## Särskilt boende

Inom särskilt boende har det inkommit 37 synpunkter under år 2023. Av dessa avser 35 klagomål och två beröm. De flesta klagomålen har handlat om kompetens och att insatsen/tjänsten inte utförts eller inte fungerat. I övrigt har klagomålen handlat om tillgänglighet. Till exempel att medborgaren inte hittar information eller inte får kontakt med personalen.

Under 2022 registrerades 22 klagomål, vilket innebär att det skett en ökning med 13 klagomål under år 2023. Det har inte skett någon större förändring vad gäller antalet synpunkter som varit beröm mellan år 2022 och 2023.

## Hälso- och sjukvårdsinsatser

Antalet synpunkter som inkommit under året som avser hälso- och sjukvårdsinsatser är totalt 36 stycken. Av dessa avser 34 klagomål och två beröm. Klagomålen handlar huvudsakligen om tillgänglighet och att medborgare har svårigheter att komma i kontakt med legitimerad personal.

Under 2022 registrerades 32 klagomål, vilket innebär en ökning med två klagomål till 2023.

Utöver synpunkter som inkommit via synpunktssystemet kan även synpunkter och klagomål komma direkt till Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och Medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) som då utreder dessa. Under 2023 har det registrerats tre sådana klagomål som rör hälso- och sjukvården. Dessa klagomål har gällt särskilt boende utifrån uteblivna hälso- och sjukvårdsinsatser och otillräcklig information till anhörig.

## Externa utförare

Det har registrerats 33 synpunkter avseende de externa utförarna under år 2023. Samtliga avsåg i dessa fall klagomål. Klagomålen har i de flesta fall handlat om bemötande och att insatsen/tjänsten inte utförts eller inte fungerat. I övrigt har klagomålen handlat om tillgänglighet. Till exempel att medborgaren inte får kontakt med personal.

Under 2022 registrerades 12 klagomål, vilket innebär att det skett en ökning med 21 klagomål under år 2023. Det har inte inkommit några registrerade synpunkter som avsett beröm 2022 eller 2023.

### **Stab (inklusive diariet)**

Inom verksamhet Stab inklusive diariet har det inkommit 49 synpunkter under året. Av dessa avser 42 klagomål och sju beröm. Klagomålen har till största del handlat om övriga klagomål och avser främst olika utskick med information och broschyrer.

Under 2022 registrerades 24 klagomål på stab inklusive diariet, vilket innebär en ökning med 18 klagomål under 2023. Det har inte skett någon större förändring vad gäller antalet synpunkter med beröm mellan åren 2022 och 2023.

### **Övrigt**

De verksamheter som har färre än 15 synpunkter per år kommenteras inte här.

## **3.4.1. Uppdragsenhetens analys och slutsats**

Totalt sett har de registrerade synpunkterna ökat med 330 under år 2023. Framför allt är det en ökning av synpunkter kopplat till fakturor och synpunkter på Myndighetsenheten.

Uppdragsenheten kan konstatera att blanketterna för inkomstförfrågan och för avgiftsbeslut är svåra för medborgarna att förstå. Det har genererat ett ökat antal klagomål till förvaltningen i jämförelse med föregående år.

Uppdragsenheten ser behovet av att fortsätta prioritera åtgärder kopplat till fakturor och avgiftsdebitering, med fokus på att förtydliga fakturor och blanketter som upplevs otydliga för medborgarna. För att ta del av Enheten för ekonomi och administrations åtgärder kopplat till fakturor, se *kapitel 7*.

Vad gäller synpunkter på Myndighetsenheten kan Uppdragsenheten se att det skett över en fördubbling i antalet klagomål under året. Uppdragsenheten ser att klagomålen främst avser tillgänglighet, att medborgarna exempelvis inte lyckas komma i kontakt med handläggare eller chef. Uppdragsenheten konstaterar att tillgängligheten är mycket viktigt i relation till myndighetsutövning och medborgarnöjdhet, och att åtgärder därför behöver fortsätta vidtas. För att ta del av Myndighetsenhetens redovisade åtgärder kopplat till tillgänglighet, se *avsnitt 6.1.2*.

Utifrån att synpunkterna berör flertalet verksamheter inom Vård- och omsorgsförvaltningen är det svårt att göra en tillförlitlig analys av synpunkterna i sin helhet. Det är även svårt för Uppdragsenheten att föreslå förbättrande åtgärder på en övergripande nivå när det saknas en fullständig bild av vad medborgarna är nöjda respektive missnöjda med. Uppdragsenheten ser att båda sektorerna behöver fortsätta hantera synpunkterna inom sin verksamhet och redovisa åtgärder på verksamhetsnivå.

Förvaltningsledningen inom Vård- och omsorgsförvaltningen har inför 2024 gett ett uppdrag till kvalitetsansvariga inom sektorerna samt medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och socialt ansvarig samordnare (SAS) att de tillsammans ska

analysera inkomna avvikelser och synpunkter på en nämndsövergripande nivå. Det förväntas öka möjligheterna till bättre analys av inkomna synpunkter.

Uppdragsenheten bedömer att det är sannolikt att det fortfarande förekommer en underrapportering av synpunkter inom förvaltningen, det vill säga att verksamheterna inte följer gällande ”Riktlinje för synpunktshantering”. Många medarbetare och chefer tar emot telefonsamtal, brev, e-post eller direkta synpunkter i möten men registrerar inte alla i synpunktshanteringssystemet. Uppdragsenheten bedömer sammantaget att Vård- och omsorgsförvaltningens synpunktshantering fortfarande inte fungerar helt tillfredsställande.

Vad gäller dem externa utförarna arbetar de inte i Vård- och omsorgsförvaltningens system för synpunktshantering. De hanterar sina egna synpunkter i sina egna system. Detta medför att Uppdragsenheten inte kan göra en analys och slutsats utifrån synpunkterna som berör de externa utförarnas verksamheter.

### 3.5. Personalens kompetens

God kompetens och tillräcklig bemanning är grundförutsättningar för att kunna upprätthålla god kvalitet, trygghet och säkerhet för våra medborgare.

Den demografiska utvecklingen är en stor utmaning utifrån en allt äldre befolkning och en allt mindre del av befolkningen i yrkesaktiv ålder dvs. en allt större grupp människor i behov av stöd, och färre som kan utföra arbetet.

Den demografiska utmaningen innebär bland annat:

- risk för ökade behov av stödinsatser pga. en större och åldrande befolkning
- ökad konkurrens om personal på grund av färre personer i yrkesaktiv ålder
- svårigheter att rekrytera rätt kompetens
- begränsade ekonomiska resurser som följd av minskade skatteintäkter när färre ska försörja fler
- risk för ökad belastning på medborgare och anhöriga när det saknas resurser

Konkurrensen om arbetskraft från andra kommuner och andra regioner, privata vårdgivare, våra grannländer och övriga EU är stor.

Det innebär att Östersunds kommun precis som andra kommuner, regioner och externa utförare möter problem att rekrytera utbildad personal och ofta måste anställa personal utan adekvat utbildning eller att hyra personal.

Enligt uppgifter från Socialstyrelsen uppgår 56% av kommunerna och 95% av regionerna att de har brist på sjuksköterskor. 76% av kommunerna och 100% av regionerna rapporterar brist på specialistsjuksköterskor.

Även bristen på vårdpersonal kommer att bli mycket stor framöver. Andelen personer som påbörjar vård- och omsorgsutbildningar har minskat vilket gör att färre har efterfrågad utbildning.

Socialstyrelsen konstaterar att det finns behov av en långsiktighet och hållbarhet i tillgång till utbildning och kompetensutveckling inom flera områden, bland annat kunskap och kompetens om:

- värdegrund
- förhållningssätt och bemötande
- hälsa
- basala hygienrutiner
- kognitiva sjukdomar
- allmän omvårdnad
- palliativ vård
- kommunikation
- alternativ kompletterande kommunikation (AKK)
- olika funktionsnedsättningar och dess konsekvenser
- dokumentation
- pedagogik
- relevant lagstiftning, till exempel socialtjänstlagen, lag om stöd och service till vissa funktionshindrade, hälso- och sjukvårdslagen

Det behövs även:

- tillgång till handledning
- ett nära ledarskap
- tid för reflektion i personalgruppen

### **Vård- och omsorgsförvaltningen**

Vård- och omsorgssektorn är mycket personalkrävande. I mars 2023 arbetade drygt 3700 personer inom Vård- och omsorgsförvaltningen i medborgarnära verksamhet i Östersunds kommun. Av dessa arbetade 1793 personer inom Sektor funktionshinder och 1924 personer inom Sektor hemtjänst och särskilt boende. Antalet anställda varierar över tid beroende på hög personalomsättning, många är timanställda och vikarier.

Rekryteringsläget inom Vård- och omsorgsförvaltningen är ansträngt avseende alla yrkeskategorier. Det är känt att en betydande del av baspersonalen med tillfälliga anställningar saknar utbildning, och att även ett antal tillsvidareanställda saknar utbildning. Av den tillsvidareanställda personalen som arbetar i bostad med särskild service för vuxna LSS (LSS-bostad) har 64% en grundutbildning inom vård och omsorg. Motsvarande siffra för bostad med särskild service för barn och unga är 38%.

Vård- och omsorgsförvaltningen har särskilt svårt att rekrytera distriktssköterskor, arbetsterapeuter och fysioterapeuter. Framtidsprognoser visar att bristen på legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal kommer att kvarstå eller öka fram till 2035.

Vård- och omsorgsförvaltningen köpte under 2023 hyrpersonal för omkring 19,8 miljoner kronor, vilket går att jämföra med omkring 14,7 miljoner kronor för år 2022 och 5,1 kronor året dessförinnan.

#### **3.5.1. En attraktiv arbetsgivare**

Vård- och omsorgsförvaltningen påbörjade år 2017 ett utvecklingsarbete kring hur man ska bli en mer ”attraktiv arbetsgivare”. Detta är en del i ett långsiktigt arbete för att

kunna möta de utmaningar kommunen står inför - med en ökad andel medborgare som kan behöva stöd samtidigt som andelen arbetsföra medborgare minskar.

Under 2023 har ett pilotprojekt som syftar till att anställa undersköterskor vid enheten för legitimerad personal som stöd till distriktssköterskor permanentats, efter att utvärderingen visade goda resultat på såväl vårdkvalitet som arbetsmiljö. Försöket kommer att följas upp för att se om det är möjligt att genomföra liknande satsningar inom andra områden.

Under 2023 har Förvaltningsledning VOF även fastställt en ny handlingsplan för ”Hälsofrämjande arbetsplatser och kompetensförsörjning 2024 - 2026”. Ett utvecklingsområde i den handlingsplanen är ”Använd kompetensen rätt”, vilket innebär att det kommer att genomföras systematiska översyner av olika yrkesgruppers arbetsuppgifter. Syftet är att varje yrkesgrupp ska få möjlighet att använda sin kompetens så effektivt som möjligt.

Vård- och omsorgsförvaltningen har, inom ramen för handlingsplanen, också påbörjat arbetet med att ta fram en karriär- och kompetensutvecklingsmodell för att öka möjligheten för medarbetarna att utvecklas i sina yrkesroller och underlätta möjligheten till kompetensutveckling.

Det pågår även en utredning om möjligheten att anställa medarbetare som uteslutande arbetar heltid med nedsatt arbetstid och bibehållen heltidslön samt påbörjat en utredning om hur vi kan främja heltidsarbete, vilket kan bidra till att säkerställa nödvändig kompetens.

## 4. Vård- och omsorgsnämndens verksamhetsområden

Vård- och omsorgsnämnden ansvarar för ett flertal olika verksamheter utifrån socialtjänstlagen (2001:453) och lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (1993:387) och hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).

Under detta avsnitt beskrivs Vård- och omsorgsnämndens olika verksamhetsområden.

### 4.1. Myndighetsenheten

Myndighetsenheten arbetar huvudsakligen med myndighetsutövning enligt socialtjänstlagen (SoL) och lagen om särskilt stöd och service för vissa funktionshindrade (LSS) för Vård- och omsorgsnämndens målgrupper. Enhetens handläggare fattar beslut om olika former av stöd för medborgare som bor i eller avser att flytta permanent till kommunen.

### 4.2. Kommunal hälso- och sjukvård

Ansvar för hälso- och sjukvård är delat mellan region och kommun. Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) fastställer vad som är regionernas respektive kommunernas ansvar kring hälso- och sjukvården. Enligt denna lag ska kommunen erbjuda en god hälso- och sjukvård i:

- särskilda boendeformer för äldre personer, inklusive korttidsplats enligt SoL
- bostad med särskild service för personer med funktionsnedsättning enligt SoL
- dagverksamhet enligt SoL
- bostad med särskild service enligt LSS som barn, ungdomar samt vuxna personer bor respektive vistas i
- daglig verksamhet enligt LSS

Utöver detta ansvarar kommunen för hemsjukvård till medborgare i ordinärt boende enligt särskild överenskommelse med Region Jämtland Härjedalen.

I december 2023 fick 1 570 medborgare i Östersunds kommun hemsjukvård av den kommunala hälso- och sjukvården.

### 4.3. Särskilt boende för äldre enligt SoL (SÄBO)

Särskilt boende enligt socialtjänstlagen (SoL) är till för medborgare med så stort behov av vård, omsorg och trygghet att det inte går att ordna i deras eget hem.

Verksamhetens uppdrag är att - utifrån behov - ge omvårdnad, service och hälso- och sjukvård till medborgare som har beslut om särskilt boende enligt socialtjänstlagen. Enligt hälso- och sjukvårdslagen har kommunen ansvar för hälso- och sjukvård upp till läkarnivå, för de personer som bor på särskilt boende.

Verksamheten bedrivs dygnet runt under årets alla dagar och är inriktad mot att medborgare som bor i det särskilda boendet ska få leva ett värdigt liv och känna välbefinnande.

Tabell: Totalt antal lägenheter i särskilt boende för äldre i Östersunds kommun, år 2020 – 2023

Verksamhetsform	2023	2022	2021	2020
Egen regi	450	458	458	480
Externa utförare	154	132	132	132
<b>Totalt</b>	<b>604</b>	<b>590</b>	<b>590</b>	<b>612</b>

Källa: Östersunds kommuns hemsida, december 2023

## 4.4. Hemtjänst SoL

Hemtjänst är en praktisk, social och pedagogisk insats som beslutas av biståndshandläggare enligt socialtjänstlagen (SoL). Insatsen syftar till att underlätta för medborgaren att hantera sin vardag i sitt ordinarie boende.

Hemtjänsten består av två delar - personlig omvårdnad respektive servicetjänster. Personlig omvårdnad innebär till exempel att få hjälp med personlig hygien, påklädning eller måltider. Det kan också handla om tillsyn, att sitta och prata en stund eller hjälp med att komma ut i friska luften. Med servicetjänster avses hjälp med hushållsgöromål, till exempel att städa, tvätta kläder, byta sängkläder, göra inköp eller putsa fönster.

Vård- och omsorgsnämnden beslutade den 25 maj 2023 att avveckla servicetjänster i form av städ, tvätt, fönsterputs och inköp som utförs i egen regi, för att fokusera på kärnuppdraget, vård och omsorg. Servicetjänster utförs numera av de 9 externa leverantörer som är godkända i kommunens valfrihetssystem.

I Östersunds kommun fanns i december 2023 nedanstående utförare.

### Utförare av både personlig omvårdnad och servicetjänster

- Allegio Omsorg
- Förenade Care AB - se karta "rödrutigt område servicetjänster."
- Lanterna Vård och omsorg AB

### Utförare av personlig omvårdnad

- Östersunds kommun

### Utförare av ledsagning och servicetjänster

- Nattens Änglar

### Utförare av servicetjänster

- 55plus
- Brännagården (endast inom huset)
- Jämtlands Senioruthyrning
- Midcare städ
- Pressateljén städ och tvätt



I nedanstående två tabeller redovisas antalet medborgare med hemtjänst ur två olika perspektiv. I den första tabellen visas antalet medborgare över 65 år som haft hemtjänst under år 2019-2022 och den andra vilka olika former av hemtjänstinsatser olika medborgare haft år 2023.

Tabell: Antal medborgare med hemtjänst i ordinärt boende – per år  
Östersunds kommun (2023 års uppgifter publiceras vecka 18, 2024)

År	Antal 65+
2022	1 253
2021	1 351
2020	1 270
2019	1 319

Källa: Kolada (SCB och Socialstyrelsen redovisar endast personer över 65 år)

\*Uppgiften är ett månadssnitt av antal personer som haft hemtjänst per månad.

Personer med hemtjänstbeslut som endast omfattar trygghetslarm, matdistribution, avlösning eller ledsagning har exkluderats.

## 4.5. Korttidsboende SoL/Växelvård

Korttidsboende/växelvård är en tillfällig insats för medborgare med så stort behov av vård, omsorg och trygghet att det inte går att ordna i deras eget hem.

Verksamhetens uppdrag innebär att ge omvårdnad, service och hälso- och sjukvård till personer som har beslut om korttidsboende/växelvård enligt socialtjänstlagen.

Verksamheten bedrivs dygnet runt under årets alla dagar.

Verksamheten är inriktad på:

- anhöriga som behöver tillfällig, planerad avlösning i omvårdnadsarbetet
- personer som har hemtjänst men som behöver vistas regelbundet på ett korttidsboende
- personer som behöver tillfälligt korttidsboende exempelvis efter en tid på sjukhus eller om situationen i hemmet sviktar
- ej planerat korttidsboende (enligt socialtjänstlagen) för personer under 65 år med komplexa behov

I december 2023 fanns det i Östersunds kommun fyra korttidsboenden med totalt 41 platser:

- Södra Strand - 12 platser för planerad korttidsvistelse och växelvård,
- Brännagården - 8 platser för akut och planerad korttidsvistelse
- Häradsgården (särskilt boende) - 16 platser för akut korttidsvistelse
- Liljevägen - 5 platser för personer under 65 år med särskilda behov

På det särskilda boendet Änggården fanns 8 platser för växelvård.

I nedanstående tabell redovisas det totala antalet beslut om Korttidsboende SoL/Växelvård under år 2020-2023.

Tabell: Antal beslut om korttidsboende SoL, respektive år

År	Antal beslut om korttidsboende	Antal beslut om växelvård *
2023	560	33
2022	505	
2021	559	
2020	545	

Källa: Verksamhetssystemet Viva

\*redovisas separat från och med 2023

## 4.6. Bostad med särskild service för vuxna enligt LSS (LSS-bostad)

Bostad med särskild service för vuxna enligt lag om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) kallas i Östersunds kommun för LSS-bostad.

LSS-bostad är en omfattande insats för människor med funktionsnedsättning enligt lagens personkretsar. Insatsen ges enligt beslut om gruppboende eller serviceboende. I LSS-bostaden ingår allt det stöd som behövs för att personen ska kunna leva ett så normalt och självständigt liv som möjligt.

Insatsen kan även ges i form av annan särskild anpassad bostad. I denna boendeform ingår inte stödinsatser.

Enligt Hälso-och sjukvårdslagen har kommunen ett ansvar för hälso-och sjukvård, upp till läkarnivå, för de personer som bor på LSS bostad.

I nedanstående tabell redovisas antal medborgare med insatsen LSS-bostad år 2020-2023.

Tabell: Antal medborgare med verkställda beslut om LSS-bostad, december månad, respektive år

År	Antal medborgare
2023	500
2022	495
2021	486
2020	479

Källa: Verksamhetssystemet Viva

## 4.7. Boendestöd enligt SoL

Boendestöd enligt socialtjänstlagen (SoL) är ett bistånd som avser stödinsatser i hemmet riktat till medborgare som bor i ordinärt boende och har olika grad av psykiska och/eller intellektuella funktionsnedsättningar.

Stödet, som ges i personens egna hem, är personligt anpassat utifrån behov och kan variera i tid och omfattning.

Boendestöd beviljas vuxna personer i alla åldrar och kan även vara ett alternativ till personer som tillhör personkrets enligt lag om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) och som bor i eget boende.

Syftet med insatsen är att på ett pedagogiskt sätt ge stöd för att stärka och utveckla medborgarens förmåga att klara sin dagliga livsföring. Stödet ska också tillgodose behovet av personlig omvårdnad och praktisk hjälp i och utanför hemmet, utifrån livssituation och behov. Målsättningen är att ge förutsättningar för medborgaren att bo kvar hemma.

I nedanstående tabell redovisas antal medborgare med insatsen Boendestöd enligt SoL år 2019-2023.

Tabell: Antal medborgare med verkställda beslut om boendestöd, december månad, respektive år

År	Antal medborgare
2023	306
2022	311
2021	343
2020	248
2019	203

Källa: Verksamhetssystemet Viva

## 4.8. Bostad med särskild service för vuxna med funktionsnedsättning enligt SoL (SoL-bostad)

SoL-bostad är en omfattande insats för vuxna personer med:

- psykisk funktionsnedsättning i kombination med omfattande omvårdnadsbehov
- förvärvade hjärnskador, efter olycka, stroke eller tidig demensutveckling
- missbruk med följsjukdomar i kombination med omfattande omvårdnadsbehov
- en kombination av omfattande psykisk ohälsa, andra diagnoser, sviktande hälsa samt någon form av livsstilsproblematik enligt ovan

Enligt hälso- och sjukvårdslagen har kommunen ansvar för hälso-och sjukvård upp till läkarnivå, för de personer som bor i SoL-bostad.

Det finns i nuläget sex SoL-bostäder med totalt 40 lägenheter i Östersunds kommun.

## 4.9. Korttidsvistelse för barn och unga enligt LSS

Korttidsvistelse utanför det egna hemmet enligt lag om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) är en insats för barn och unga med funktionsnedsättningar som tillhör lagens personkretsar.

Syftet med insatsen är att anhöriga ska få avlastning och att personen med funktionsnedsättning ska få rekreation och miljöombyte. Det kan också vara ett sätt att bidra till en frigörelseprocess mellan barn och vårdnadshavare eller som en förberedelse för den som ska flytta hemifrån.

Insatsen ska kunna erbjudas regelbundet eller vid akuta behov.

Verksamheten tar emot barn och ungdomar i åldern 0-20 år och består av två enheter med 14 platser.

I nedanstående tabell redovisas antalet barn och ungdomar som hade insatsen Korttidsvistelse enligt LSS år 2020-2023.

Tabell: Antal barn och ungdomar med insatsen korttidsvistelse LSS, december månad, respektive år	
År	Antal
2023	78
2022	60
2021	51
2020	43

Källa: Verksamhetssystemet Viva

## 4.10. Korttidsvistelse för vuxna enligt LSS

Korttidsvistelse utanför det egna hemmet enligt lag om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) är en insats för personer med funktionsnedsättningar som tillhör lagens personkretsar. Insatsen ska kunna erbjudas regelbundet eller vid akuta behov

Syftet med insatsen är att anhöriga ska få avlastning och att personen med funktionsnedsättning ska få rekreation och miljöombyte. Det kan också vara ett sätt att bidra till en frigörelseprocess eller som en förberedelse för den som ska flytta hemifrån.

Vård- och omsorgsnämnden har, efter upphandling, sedan maj 2021 ett avtal med Östersunds korttidsboende som verkställer nämndens beslut om korttidsvistelse för personer 16 år och uppåt i form av korttidsboende för vuxna enligt LSS. Vård- och omsorgsförvaltningen har möjlighet att nyttja upp till fem platser vid ett och samma tillfälle.

## 4.11. Bostad med särskild service för barn och ungdomar enligt LSS – Elevbostad LSS

Bostad med särskild service för barn och unga enligt lag om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) är en insats för barn och ungdomar med funktionsnedsättningar som tillhör lagens personkretsar.

Insatsen riktar sig till barn och unga med stora omvårdnadsbehov som behöver speciellt stöd och då fortsatt boende hos föräldrarna inte är möjligt trots stödinsatser.

För yngre barn är det särskilt angeläget att försöka tillgodose deras behov av kvalificerade insatser i föräldrahemmet, och om det inte är tillräckligt, i första hand välja insatsen familjehem.

Enligt hälso- och sjukvårdslagen har kommunen ett ansvar för hälso- och sjukvård, upp till läkarnivå, för de personer som bor på elevbostad.

I december 2023 hade ett barn/ungdom i Östersunds kommun denna insats.

### Elevbostad

Ett annat skäl till insatsen bostad med särskild service för barn och ungdomar enligt LSS är att barnet eller den unge på grund av studier behöver bo på annan ort och är i behov av boende med särskilda insatser. I Östersunds kommun kallas denna insats för elevbostad LSS och erbjuds på vardagar, förutom skollov.

Insatsen Elevbostad LSS erbjuds även till barn och ungdomar från länets övriga kommuner enligt avtal. I nedanstående tabell redovisas antalet barn/ungdomar med insatsen elevbostad LSS år 2020-2023.

Tabell: Antal personer i elevbostad (bostad med särskild service för barn och ungdomar LSS) från Östersunds kommun och från andra kommuner, december månad, respektive år

År	Elevbostad Antal barn/ungdomar	Elevbostad, varav Östersund	Elevbostad, varav andra kommuner
2023	20	0	20
2022	17	0	17
2021	13	1	12
2020	19	3	16

Källa: Sektor funktionshinder (Enheten för elevbostad/korttidsvistelse LSS)

## 4.12. Daglig verksamhet enligt LSS och Dagverksamhet enligt SoL (DV)

Daglig verksamhet enligt lag om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) och dagverksamhet enligt socialtjänstlagen (SoL) är insatser för medborgare i yrkesverksam ålder som saknar förvärvsarbete och utbildning. Det finns ingen separat verksamhet för medborgare med SoL-beslut. Insatsen ges utifrån personkrets 1 och 2 (LSS) samt socialtjänstlagen (SoL) för personkrets 3. Medborgare har, oavsett lagrum, placering utifrån sina förutsättningar.

Daglig verksamhet är fördelad på fem enheter och bedrivs i egen regi inom Vård- och omsorgsförvaltningen. Enligt hälso- och sjukvårdslagen har kommunen ett ansvar för hälso- och sjukvård upp till läkarnivå, för personer inom daglig verksamhet.

Det finns tre former av verksamhet:

- **Egen verksamhet i grupp** - Gruppverksamhet i egna lokaler med två personal.
- **Arbetsplatsförlagd verksamhet i grupp** - Gruppverksamhet i företag eller i externa lokaler med en personal.
- **Arbetsplatsförlagd verksamhet, individuellt** - Medborgaren har självständig placering i företag/extern verksamhet och får handledning av arbetskonsult. Utsedd kontaktperson finns på företaget/verksamheten.

I nedanstående tabell redovisas antal medborgare med insatsen Daglig verksamhet enligt LSS år 2020-2023.

Tabell: Antal medborgare med insatsen Daglig verksamhet enligt LSS, december månad, respektive år			
År	Egen verksamhet i grupp LSS	Arbetsförlagd verksamhet i grupp LSS	Arbetsförlagd verksamhet individuellt LSS
2023	143	204	51
2022	135	178	71
2021	131	208	59
2020	132	206	62

Källa: Sektor funktionshinder

I nedanstående tabell redovisas antal medborgare med insatsen Dagverksamhet enligt SoL år 2020-2023.

Tabell: Antal medborgare med insatsen Daglig verksamhet enligt SoL, december månad, respektive år			
År	Egen verksamhet i grupp SoL	Arbetsförlagd verksamhet i grupp SoL	Arbetsförlagd verksamhet individuellt SoL
2023	24	25	9
2022	23	27	7
2021	22	27	24
2020	20	30	12

Källa: Sektor funktionshinder

## 4.13. Personlig assistans enligt LSS

Personlig assistans enligt lag om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) är en insats för personer med funktionsnedsättningar som tillhör lagens personkretsar.

Funktionsnedsättningen måste vara stor och orsaka betydande svårigheter i det dagliga livet. Det finns ingen nedre åldersgräns för att få assistansersättning men den måste vara beviljad innan personen fyller 65 år.

Personlig assistans bedrivs både i egen regi och av externa utförare. Det är Försäkringskassan som betalar ersättning till utföraren och när medborgare med assistansbeslut väljer externa utförare har kommunen enbart ansvar för kostnader för tillfälliga utökningar och för sjukfrånvaroersättning.

I nedanstående tabell redovisas antal medborgare som hade Personlig assistans (kommunal regi) år 2020-2023.

Tabell: Antal medborgare med personlig assistans, egen regi, december månad, respektive år

År	Antal personer
2023	16
2022	11
2021	11
2020	12

Källa: Enheten för personlig assistans

## 4.14. Dagverksamhet enligt SoL, Södra Strand

Södra Strand är en dagverksamhet för medborgare med demenssjukdomar. För att få komma till dagverksamheten krävs ett biståndsbeslut av biståndshandläggare.

I nedanstående tabell redovisas antal medborgare som hade insatsen Dagverksamhet enligt SoL år 2021-2023.

Tabell: Verkställda beställningar Dagverksamhet SoL Södra Strand december månad, respektive år

År	Antal personer
2023	37
2022	34
2021	26

Källa: Verksamhetssystemet Viva

## 4.15. Rådgivning och annat personligt stöd enligt LSS

Rådgivning och annat personligt stöd enligt lag om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) innebär att den som tillhör lagens personkrets har rätt till ett kvalificerat expertstöd.

Insatsen ska vara av rådgivande och allmänt stödjande karaktär. Rådgivningen och stödet är en begränsad insats som ges av socionom/kurator. Råd och stöd ska vara ett komplement till, och inte en ersättning för, till exempel habilitering, rehabilitering och socialtjänst.

I nedanstående tabell redovisas antalet medborgare som hade insatsen Råd och stöd år 2021-2023.

Tabell: Antal medborgare med verkställda beslut om Råd och stöd, december månad, respektive år*	
År	Antal medborgare
2023	53
2022	50
2021	40

Källa: Verksamhetssystemet Viva  
\*Ingen mätning genomfördes 2020

## 4.16. Ledsagning enligt SoL, egen regi

Kommunen ska, genom olika insatser, verka för att människor som av fysiska, psykiska eller andra skäl möter betydande svårigheter i sin livsföring får möjlighet att delta i samhällets gemenskap och leva som andra. Ledsagning enligt socialtjänstlagen (SoL) är en insats som gör det möjligt för den enskilda medborgaren att till exempel besöka vänner, delta i kulturlivet eller att promenera. Syftet med insatsen är att bryta isolering.

I nedanstående tabell redovisas antalet medborgare som hade beslut om Ledsagning enligt SoL år 2021-2023.

Tabell: Antal medborgare med verkställda beslut om ledsagning SoL, egen regi, december månad, respektive år*	
År	Antal medborgare
2023	141
2022	146
2021	147

Källa: Verksamhetssystemet Viva  
\*Ingen mätning genomfördes 2020



## 4.17. Ledsagarservice enligt LSS, egen regi

Ledsagarservice enligt lag om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) är en insats som kan underlätta för medborgare med omfattande funktionsnedsättningar att ha kontakter med andra och att delta i samhällslivet. Insatsen sker i form av en följeslagare och är knuten till aktiviteter utanför hemmet. Insatsen ska göra det möjligt att till exempel besöka vänner, delta i fritidsaktiviteter, kulturlivet eller bara komma ut på promenad.

Ledsagarservice har karaktären av personligt stöd men det ingår inte omvårdnad.

I nedanstående tabell redovisas antalet medborgare som hade beslut om Ledsagarservice enligt LSS år 2021-2023.

Tabell: Antal medborgare med verkställda beslut om ledsagarservice LSS, egen regi, december månad\*

År	Antal medborgare
2023	89
2022	61
2021	56

Källa: Verksamhetssystemet Viva  
\*Ingen mätning genomfördes 2020

## 4.18. Avlösning i hemmet enligt SoL

Avlösarservice enligt socialtjänstlagen (SoL) är en form av anhörigstöd som ska underlätta för medborgare som vårdar en närstående som är långvarigt sjuk, äldre eller stödjer en närstående som har en funktionsnedsättning. Avlösarservice i hemmet som beviljas med stöd av socialtjänstlagen är en form av hemtjänstinsats.

I nedanstående tabell redovisas antalet medborgare som hade beslut om Avlösarservice enligt SoL år 2021-2023.

Tabell: Antal medborgare med verkställda beslut om avlösarservice SoL, egen regi, december månad\*

År	Antal medborgare
2023	58
2022	76
2021	70

Källa: Verksamhetssystemet Viva  
\*Ingen mätning genomfördes 2020

## 4.19. Avlösarservice enligt LSS

Avlösarservice i hemmet enligt lag om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) syftar till att ge föräldrar eller makar som lever tillsammans med någon som har stora funktionsnedsättningar möjlighet att koppla av och kunna genomföra aktiviteter utanför hemmet. Insatsen innebär att en avlösare ger den som har en funktionsnedsättning omvårdnad och stöd, medan den anhörige får egen tid. Insatsen utförs vanligtvis i det egna hemmet men kan också ges i samband med att medborgaren och avlösaren är på en utflykt.

I nedanstående tabell redovisas antalet medborgare som har beslut om Avlösarservice enligt LSS år 2021-2023.

Tabell: Antal medborgare med avlösarservice LSS, egen regi, december månad*	
År	Antal medborgare
2023	36
2022	32
2021	31

Källa: Verksamhetssystemet Viva

\*Ingen mätning genomfördes 2020

## 5. Metoder för kvalitetsuppföljning

Uppdragsenheten ansvarar för kvalitetsuppföljning och kvalitetsgranskning av verksamheter inom Vård- och omsorgsnämndens ansvarsområde.

Uppdragsenheten använder olika metoder för att följa upp interna och externa utförares verksamheter. Det pågår även ett utvecklingsarbete i syfte att förbättra arbetssättet kring kvalitetsuppföljningar.

Utgångspunkten för Uppdragsenhetens kvalitetsgranskningar är:

- ”Vård- och omsorgsnämndens rutin för uppföljning” som fastställs varje år i en plan för det året.
- ”Tidigt varningssystem” - en särskild metod för att löpande under året identifiera brister eller risk för brister i verksamheten

### 5.1. Kvalitetsgranskning

Vård- och omsorgsnämnden har fastställt en uppföljningsmodell som består av nedanstående tre steg. En plan för de kvalitetsgranskningar som ska göras beslutas årligen i Vård- och omsorgsnämnden.

#### Nivå 1 – Analys av enheternas egenkontrollarbete

Analysen innebär att Uppdragsenheten följer upp inrapportering från Vård- och omsorgsförvaltningens egna verksamheter via egenkontrollen i Stratsys eller ställer motsvarande frågor till externa utförare.

Denna analys görs varje år för samtliga enheter som har insatser som är av stor betydelse för den som får insatsen, till exempel särskilt boende, hemtjänst och LSS-bostad. Övriga enheter analyseras med olika periodicitet beroende på verksamhetens omfattning.

Om denna analys påvisar några brister för en enskild verksamhet kommer den berörda enheten att gå vidare till granskning i Nivå 2 alternativt direkt till Nivå 3.

#### Nivå 2 – Dokumentationsgranskning

Dokumentationsgranskning innebär att Uppdragsenheten granskar all form av tillgänglig dokumentation kopplat till en specifik verksamhet. Granskningen omfattar:

- Social dokumentation inklusive genomförandeplaner samt hälso- och sjukvårdsjournaler (stickprov)
- Avvikelser
- Rapportering i kvalitetsregister (Senior Alert, Palliativa registret)
- Synpunktshantering
- Eventuella observationer i tidigt varningssystem
- Eventuell information från Myndighetsenhetens individuppföljningar
- Medborgarenkäter (till exempel Socialstyrelsens nationella medborgarundersökningar och verksamheternas egna undersökningar).

Vård- och omsorgsnämnden fastställer årligen en uppföljningsplan över vilka verksamheter som ska granskas enligt Nivå 2. Olika verksamheter kommer att följas upp med olika frekvens. Utöver de verksamheter som ingår i uppföljningsplanen kommer Uppdragsenheten även att granska de enskilda verksamheter som uppvisat brister under Nivå 1.

Eventuella identifierade brister i Nivå 2 medför i första hand en dialog med enheten om de behov av förbättringar som är aktuella. Större brister kommer att medföra att det ska upprättas en åtgärdsplan. Mer omfattande brister som noteras i Nivå 2 innebär även att det görs en granskning enligt Nivå 3.

### **Nivå 3 - Djupgranskning**

Djupgranskning innebär att det görs en fördjupad uppföljning av de enheter där brister identifierats i Nivå 1-2 och/eller utifrån signaler om kvalitetsbrister.

I Nivå 3 görs en genomgång av samtliga krav som enheten har att uppfylla. Uppföljningen görs på plats, där materialet från Nivå 2 kompletteras med bland annat intervjuer med personal och chefer. I de fall det är relevant genomförs enkätundersökningar med berörda medborgare.

Varje uppföljning på Nivå 3 återkopplas till den berörda verksamheten med en rapport och eventuellt plan med tidsatta åtgärder.

## **5.2. Tidigt varningssystem**

Vård- och omsorgsnämnden införde under hösten 2018 en särskild metod för att identifiera brister eller risk för brister i verksamheten - ett så kallat "tidigt varningssystem".

Insamlade/inkomna uppgifter och signaler dokumenteras och analyseras löpande av Uppdragsenheten. Avsikten är att fånga upp tidiga signaler om att en enhet eller en utförare är på väg att få svårigheter att upprätthålla kvaliteten. Verksamheten har då möjlighet att vidta åtgärder innan allvarliga brister på individ-, verksamhets- eller kommunal nivå uppstår.

I arbetet med "tidigt varningssystem" hämtar Uppdragsenheten information från flera olika håll:

- signaler från baspersonal, legitimerad personal, chefer, LSS- och biståndshandläggare, medborgare, anhöriga
- avvikelser enligt SoL/LSS/HSL eller brist på avvikelser
- lex Sarah- /lex Maria-utredningar
- rapporter från Inspektionen för vård och omsorg (IVO)

Den insamlade informationen analyseras två gånger per månad då det fattas beslut om eventuella åtgärder.

Den vanligaste åtgärden när signalerna pekar mot risker eller risk för att brister ska uppstå är att det förs en dialog med utföraren som får i uppdrag att upprätta och genomföra en åtgärdsplan.

Uppdragsenheten kan även besluta om att påbörja en riktad kvalitetsgranskning av hela eller delar av verksamheten. Utifrån resultatet av granskningen får verksamheten upprätta och arbeta med en åtgärdsplan.

Uppdragsenheten följer i båda fallen upp åtgärdsplanen och dess effekter. Efter godkänd uppföljning klarmarkeras och avslutas granskningen.

## 6. Resultat – Kvalitetsuppföljning olika verksamheter

Under detta avsnitt ges en fördjupad beskrivning av olika verksamheters kvalitet samt resultatet av de kvalitetsgranskningar som genomförts under 2023.

I kapitlet redovisas och analyseras även övriga underlag, som till exempel avvikelser, lex Sarah, lex Maria och resultat av medborgarundersökningar.

### 6.1. Myndighetsenheten

#### 6.1.1. Verksamhetens uppdrag

Myndighetsenhetens verksamhet omfattar huvudsakligen myndighetsutövning enligt socialtjänstlagen (SoL) och lagen om särskilt stöd och service för vissa funktionshindrade (LSS) för Vård- och omsorgsnämndens målgrupper. Enhetens handläggare utreder och fattar beslut om olika former av stöd för medborgare som bor, vistas eller avser att flytta permanent till kommunen.

De lagar som framför allt styr verksamheten är socialtjänstlagen (SoL), lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS), kommunallagen och förvaltningslagen. Myndighetsenheten har även en uppdragsbeskrivning med tillhörande kvalitetskrav.

#### 6.1.2. Medborgarnas nöjdhet

##### Socialstyrelsens nationella medborgarundersökning 2023

Socialstyrelsen genomför varje år en rikstäckande enkätundersökning där de frågar hur äldre personer över 65 år uppfattar kvaliteten i hemtjänsten. I 2023 års enkät deltog 939 personer i Östersunds kommun, vilket var 57% av de tillfrågade.

I nedanstående tabell redovisas andelen medborgare med hemtjänst som svarat ja på två frågor som är av intresse för Myndighetsenhetens arbete. Svartalternativ de svarande fick välja mellan var Ja, Delvis och Nej. Siffrorna inom parentes avser svaren för hela riket.

Tabell: Andelen medborgare (%) 65+ med hemtjänst som svarat Ja, redovisning per år*										
Fråga	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Svar	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	*	Ja	Ja
Är handläggarens beslut anpassat efter dina behov?	76	75	78	78	75	78 (73)	77 (74)		73 (71)	76 (71)
Fick du välja utförare av hemtjänsten?	45	55	59	60	65	64 (57)	66 (58)		62 (53)	65 (52)

Källa: Socialstyrelsens medborgarundersökning "Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?" Östersunds kommun 2023 \* Ej genomförd 2021

## Egna medborgarundersökningar 2023

Den senaste egna medborgarundersökningen kopplat till myndighetsutövning gjordes år 2019. Enligt plan skulle Myndighetsenheten genomföra en medborgarundersökning under hösten 2023, men på grund av organisationsförändringar och personalbrist prioriterades den inte.

### 6.1.3. Lagefterlevnad

#### Handläggning och dokumentation

Hos Myndighetsenheten har respektive teamchef varje vecka ärendebereidning med sina handläggare, där det finns möjlighet att diskutera olika handlägningsfrågor. Det finns även en planering för att kvalitets- och verksamhetsutvecklare ska hålla metodgrupper tillsammans med teamchef och respektive team utifrån önskemål om innehåll. Kvalitets- och verksamhetsutvecklare finns också tillgänglig för att se över aktuell rättspraxis och delta i diskussioner.

Myndighetsenheten planerar flera aktiviteter inför 2024 för att förbättra handläggning utifrån gällande rättspraxis.

#### Översikt individbeslut 2023

Tabellerna nedan och på nästa sida visar en redovisning av Myndighetsenhetens antal bifall, avslag och överklagan avseende individbeslut enligt SoL respektive LSS under 2023.

Tabell: Antal bifall, avslut och överklagan – individbeslut SoL 2023			
SoL-insats	Bifall	Avslag	Överklagan
Särskilt boende	321	11	1 överklagan som avvisades av Förvaltningsrätten
SoL-Bostad	3	5	2 överklagan som Förvaltningsrätten ännu inte hanterat
Korttidsboende	560	21	1 överklagan som Förvaltningsrätten avslag
Växelvård	33	1	1 överklagan som Förvaltningsrätten avslag
Personlig omvårdnad	2496	6	
Nattbesök	300	0	
Service	813	2	
Trygghetslarm	629	0	
Boendestöd	125	6	1 överklagan som Förvaltningsrätten avslag
Matdistribution	216	1	1 överklagan som Förvaltningsrätten avslag
Ledsagning/följeslagare	301	6	4 överklagan som Förvaltningsrätten avslag
Avlösning i hemmet	49	1	1 överklagan som Förvaltningsrätten avslag
Dagverksamhet	60	2	

SoL-insats	Bifall	Avslag	Överklagan
<b>Totalt</b>	<b>5 906</b>	<b>62</b>	<b>12</b>

Källa: Myndighetsenheten

Tabell: Antal bifall, avslut och överklagan – individbeslut LSS 2023			
LSS-insats	Bifall	Avslag	Överklagan
9§1 LSS Råd och stöd	7	1	
9§2 LSS Personlig assistans	11	8	2 överklagan som Förvaltningsrätten ännu inte hanterat
9§2 LSS Tillfällig utökning Personlig assistans	57	4	1 överklagan som Förvaltningsrätten avslog
9§3 LSS Ledsagning	54	5	
9§3 LSS Tillfällig utökning Ledsagning	1	0	
9§04 LSS Kontaktperson	18	10	2 överklagan, en som Förvaltningsrätten avvisade och en som Förvaltningsrätten ännu inte hanterat.
9§5 LSS Avlösning	22	4	
9§6 LSS Korttidsboende utanför hemmet	31	8	
9§6 LSS Tillfällig utökning Korttids- boende utanför hemmet	6	2	2 överklagan som Förvaltningsrätten avslog
9§7 LSS Korttidssyn skolungdom	15	0	
9§8 LSS Boende barn/unga	3	0	
9§9 LSS Boende vuxna	27	18	3 överklagan, en som Förvaltningsrätten ännu inte hanterat och två som Förvaltningsrätten avslog.
9§10 LSS Daglig verksamhet	60	2	1 överklagan där Förvaltnings- rätten beslutade till medborgaren fördel.
<b>Totalt</b>	<b>312</b>	<b>62</b>	<b>11</b>

Källa: Myndighetsenheten

### Medborgares inflytande

Myndighetsenheten uppger att de har rutiner som ska säkerställa att medborgare med nedsatt kognitiv förmåga får uttrycka sin vilja. Medborgare med nedsatt kognitiv förmåga får utrymme att uttrycka sina viljeyttringar i samband med ansökningar från legal företrädare. Detta ska också ställas i relation till behov och eventuella konsekvenser av att inte erbjudas nödvändiga insatser. Handläggaren behöver alltid



värdera den enskildes förmåga att förstå sin situation och sitt behov samt den enskildes förmåga att svara och förstå konsekvensen av svaret. Handläggaren kan använda sig av läkarutlåtande och professionella med specialkompetens så som demensteam i dessa bedömningar.

### **Tillgänglighet**

Enligt Myndighetsenheten diskuterar de tillgängligheten när det gäller att komma i kontakt med Myndighetsenheten löpande under året. Det har framförts kritik om just bristande tillgänglighet. Myndighetsenhetens ledningsgrupp ser nu över kontaktvägarna till handläggarna, genom att bland annat införa funktionsbrevlådor i verksamhetssystemets. På så sätt hoppas man minimera risken att kommunikation fastnar i en personlig brevlåda vid ordinarie handläggares frånvaro. Teamchefer har också löpande dialog med Kundcenter vid frånvaro hos handläggare, om att samtal från Kundcenter inte ska kopplas vidare, utan att medborgaren istället får möjlighet att lämna meddelande och bli kontaktad när handläggare är åter.

### **Samverkan**

Vård- och omsorgsförvaltningen har rutiner som reglerar hur Myndighetsenhetens handläggare ska samverka med utförarnas hemteam. Det finns även rutiner som reglerar hur samverkan ska fungera med sjukhuset och internt vid utskrivningsplanering. Parallellt med detta pågår även ett antal samverkansgrupper, både internt och externt, där arbetssätt och rutiner för samverkan utvecklas löpande.

### **Personalens kompetens**

Hos Myndighetsenheten går teamchef igenom utbildningsnivån och behovet av fortbildning för handläggarna i samband med medarbetarsamtal och övriga avstämningar som görs löpande under året. Detta sammanställs sedan i ledningsgruppen där man gör en plan för kommande års behov av kompetensutveckling, både på individuell nivå och gruppnivå. Varje team har veckovisa möten där handläggarna har möjlighet att ta upp alla typer av frågor inklusive bemötandefrågor.

Myndighetsenheten har under året reviderat sin introduktionsplan för nyanställda för att säkerställa en likvärdig introduktion och rätt introduktion för arbetet.

## **6.1.4. Resultat kvalitetsgranskning**

### **Planering och uppföljning**

Myndighetsenheten har inte blivit granskade externt eller av någon internrevisor under år 2023. En extern granskning gjordes 2018 och ledningsgruppen för Myndighetsenheten har konstaterat att slutsatserna i rapporten inte har åtgärdats fullt ut. Anledningen till det är att Myndighetsenheten sedan 2018 har genomgått en omfattande förändring av ledningsorganisation. Samtliga chefer har slutat och nyrekryteringar har gjorts. En ny ledningsorganisation har införts med verksamhetschef och tre teamchefer. Under åren har också teamchefer slutat och nya rekryteringar har gjorts. Enheten har flyttat till nya lokaler med ett nytt arbetssätt, infört ett nytt verksamhetssystem, förändrat arbetssättet från teamarbete till självständiga handläggare och i samband med det avvecklat utskrivningsteamet så att ordinarie hemhandläggare numera sköter utskrivningsplaneringar från sjukhuset.

Myndighetsenheten har kännedom om de brister som uppmärksammats i tidigare revision och behöver arbeta med att åtgärda dem innan en ny granskning görs.

I slutet av 2022 anställdes en kvalitets- och verksamhetsutvecklare på Myndighetsenheten. Under året har Myndighetsenheten tagit fram en ny rutin och checklista samt utvecklat verksamhetssystemet gällande systematiska uppföljningar. Det finns nu en tydlig plan för hur arbetet ska göras samt att det går att följa hur många systematiska uppföljningar som görs. Det pågår även ett arbete kring uppföljningar som inte är systematiska för att hitta ett liknande arbetssätt. Teamchefer och handläggare gör årsplaneringar för att hinna med systematiska uppföljningar i ärenden. Utifrån pågående granskningar av SoL-beslut med omfattande insatser/många timmar görs också uppföljningar och systematiska uppföljningar för att se så att beviljade insatser motsvarar medborgarens aktuella behov.

Myndighetsenheten har under året genomfört aktgranskningar som en del av egenkontrollen. Samtliga beslut om särskilt boende under perioden 1 januari-31 maj har granskats utifrån rättspraxis och regler om dokumentation. Under december månad genomfördes även en granskning av alla beslut med mer än 90 timmar (SoL och HSL) i syfte att säkerställa att samtliga medborgare har rätt insatser i förhållande till sitt aktuella behov. I samband med denna granskning granskas också dokumentationen.

### 6.1.5. Tidigt varningssystem

Följande signal har inkommit till ”tidigt varningssystem” gällande Myndighetsenheten under 2023: Många allvarliga avvikelser och flera lex Sarah-utredningar under kort tid.

### 6.1.6. Risk- och avvikelserapportering

I nedanstående tabell redovisas de avvikelser som inrapporterats avseende Myndighetsenheten år 2022-2023.

Tabell: Risker och avvikelser – Myndighetsenheten				
Typ av händelse SoL/LSS	SoL 2022	LSS 2022	SoL 2023	LSS 2023
Utebliven insats	1	0	5	0
Brist i trygghet	1	1	3	0
Brist i bemötande	1	0	0	1
Brist i documentation	12	0	7	7
Hot och våld	0	0	0	0
Brist i kommunikation/ information/samverkan	19	0	50	3
<b>Totalt</b>	<b>34</b>	<b>1</b>	<b>65</b>	<b>11</b>

Källa: DF Respons

Myndighetsenheten analyserar alla registrerade avvikelser. År 2023 fick samtliga handläggare information om avvikelser för att de skulle få kunskap om vad som är en avvikelse och därmed ska rapporteras. Upplevelsen är att det varit fler avvikelser år 2023 än föregående år. Avvikelser hanteras och utreds av respektive chef (fyra

chefer). Under året har det även beslutats att kvalitets- och verksamhetsutvecklare ska få kopia på varje utredning av avvikelser som görs för att kunna göra analyser för hela enheten.

Hög arbetsbelastning har medfört att avvikelser inte utretts i tid och för att komma till rätta med det har ledningsgruppen haft möten med kvalitets- och verksamhetsutvecklare tillsammans med socialt ansvarig samordnare (SAS) för att gå igenom rapporterade avvikelser, utreda dem och hitta arbetssätt för att minimera framtida risker. Kvalitets- och verksamhetsutvecklare ingår också i en förvaltningsövergripande arbetsgrupp gällande avvikelser.

Förbättringsområden som identifierats under året handlar främst om brister i kommunikation/samverkan mellan Myndighetsenheten och andra verksamheter. Myndighetsenheten ser att de förbättringsområden de har är att få till samverkan med de andra verksamheterna. Myndighetsenheten ser även att hantering av akter och dokument behöver ses över. Byte av verksamhetssystem och även en fysisk flytt har sannolikt medfört att akter har försvunnit. De brister som framkommit har lett till nya rutiner och arbetssätt när det gäller akter. Avvikelser har även diskuterats i forum med handläggare.

### **Lex Sarah**

4 Lex Sarah har utretts på Myndighetsenheten avseende Brister i rättssäkerhet vid handläggning (varav 2 skickades vidare till IVO).

#### **Genomförda åtgärder Lex Sarah (sammanfattning)**

Följande åtgärder har genomförts av berörda teamchefer med anledning av lex Sarah-utredningarna:

- Teamchef och/eller verksamhetsutvecklare har gått igenom alla nya och gamla rutiner med samtliga handläggare regelbundet på kvalitetsträffar under året 2023.
- Teamchef har tillsammans med administratör skapat en ny rutin och ny mall för arkivering som biståndshandläggarna ska använda
- Teamchef har lagt till genomgång av arkivering i checklistan för introduktion av nyanställda på Myndighetsenheten.
- Överklagan och yttrande översändes till Förvaltningsrätten
- Teamcheferna på Myndighetsenheten har förtydligat aktuell rutin om hantering av ärenden
- Teamcheferna på Myndighetsenheten tar upp social dokumentation journalföring samt avvikelser som en stående punkt på arbetsgruppsträffar under 2023 och 2024

## **6.1.7. Uppdragsenhetens analys och slutsats**

### **Medborgarnöjdhet**

Myndighetsenheten har inte genomfört någon egen medborgarundersökning under 2023. Medborgarundersökning kopplat till myndighetsutövningen gjordes senast år 2019. Enstaka frågor ställs i Socialstyrelsens nationella brukarundersökning, dock riktar den sig endast till äldre personer 65+, som har hemtjänstinsatser.

Alla verksamheter har ansvar för att följa upp medborgarnöjdheten. Resultatet ska redovisas varje år i Kvalitetsrapporten. Uppdragsenheten konstaterar att det är av stor vikt att Myndighetsenheten löpande följer upp medborgarnöjdheten. Utifrån befintligt underlag går det inte att göra en analys.

### **Lagefterlevnad**

Ledningsgruppen på Myndighetsenheten har under år 2023 genomfört olika aktiviteter för att stärka lagefterlevnad och rättspraxis på enheten.

Under 2023 har det gjorts 7 lex Sarah-utredningar enligt både SoL och LSS avseende Myndighetsenheten. Åtgärder som vidtagits är att rutiner har upprättats eller reviderats för att höja kvaliteten och lagefterlevnaden.

Underlaget visar att Myndighetsenheten har få avslag i relation till antal ansökningar, framför allt inom SoL. Uppdragsenheten har svårt att göra en analys gällande detta då utredningar inte granskats, men kan konstatera att Myndighetsenheten har flera inplanerade aktiviteter 2024 för att arbeta vidare med rättspraxis och använda resurserna på rätt sätt. Uppdragsenheten bedömer därmed att enheten arbetar med frågan.

### **Risk- och avvikelserapportering**

Myndighetsenheten har under året arbetat med att lyfta fram vad avvikelser är och syftet med att upprätta avvikelser. Det kan förklara varför både SoL- och LSS-avvikelserna ökat 2023. Avvikelserna har däremot inte hanterats och utretts inom två månader för att kvalitetssäkra verksamheten, vilket Myndighetsenheten behöver förbättra under 2024. Regelbundna träffar för ledningsgruppen på Myndighetsenheten är inplanerade.

Uppdragsenheten bedömer att Myndighetsenheten bedriver ett aktivt arbete för att utveckla arbetet med avvikelshantering.

## **6.2. Hemtjänst och hemsjukvård**

### **6.2.1. Verksamhetens uppdrag**

Hemtjänst är en praktisk, social och pedagogisk insats enligt Socialtjänstlagen (SoL) som beviljas efter beslut av biståndshandläggare. Insatsen syftar till att underlätta för personen att hantera sin vardag i sitt ordinarie boende.

Hemtjänst består av - personlig omvårdnad (till exempel hjälp med personlig hygien, måltider, tillsyn eller promenader).

Servicetjänster utförs av 9 externa leverantörer som är godkända i kommunens valfrihetssystem. *Se avsnitt 6.4.*

Länets kommuner och Region Jämtland Härjedalen har slutit ett samverkansavtal om hemsjukvård. Kommunen ska enligt detta avtal erbjuda god hälso- och sjukvård på primärvårdsnivå till de personer som uppfyller kriterier för hemsjukvård. Kommunens ansvar avser hälso- och sjukvård upp till läkarnivå.

## 6.2.2. Medborgarnas nöjdhet

### Socialstyrelsens nationella medborgarundersökning 2023

Totalt 143 931 personer i riket som har hemtjänst och bor i ordinärt boende fick erbjudande om att medverka i Socialstyrelsens nationella medborgarundersökning 2023.

Svarsfrekvensen var 58 procent.

I Östersunds kommun svarade 939 personer (jämfört med 871 personer år 2022), vilket motsvarar cirka 57 procent av de tillfrågade (53 procent år 2022).

Av dem som besvarat enkäten svarade 61 procent på egen hand, 13 procent besvarades av den boende tillsammans med någon och 26 procent besvarades helt av en anhörig.

Av de som svarat är 87 procent mycket nöjda eller sammantaget ganska nöjda med den hemtjänst de får i Östersunds kommun, vilket är motsvarande andel som föregående år. I riket totalt är 86 procent mycket nöjda eller ganska nöjda år 2023.

Bland delfrågorna till medborgare i Östersunds kommun noteras att en av fyra svarat nej på frågan om handläggarens beslut är anpassat efter personens behov. 96 procent tycker att de får ett bra bemötande, men bara 60 procent upplever att de kan påverka vid vilka tider personalen kommer.

41 procent av de svarande bedömer sitt allmänna hälsotillstånd som mycket gott eller ganska gott. En lika hög andel, 41 procent, uppger att de besväras av ångslan, oro eller ångest. 86 procent tycker att det är tryggt att bo hemma med stöd från hemtjänsten i Östersunds kommun.

På de kommande sidorna visas några resultat av frågor ställda till personer som har hemtjänst inom olika geografiska områden i Östersunds kommun.

Nedanstående tabell visar andel i procent av de svarande som tycker att de får ett bra bemötande från personalen.

Tabell: Andel svarande i procent i olika hemtjänstområden som svarat ja på frågan "Brukar personalen bemöta dig på ett bra sätt?"

Riket	96
Brunflo centrala	100
Brunflo sydväst	100
Orrviken	100
Pressateljén	100
Erikslund	98
Frösödal	98
Brunflo byar	97
Torvalla	97
Valla	96
Staden övre	96
Lit	96

Riket	96
Förenade Care	96
Staden nedre	95
Allegio	95
Odenslund	93
Marielund	92
Lanterna Vård och Omsorg	90

Källa: Socialstyrelsens medborgarundersökning "Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?"  
Östersunds kommun 2023

Nedanstående tabell visar andel av de svarande som sammantaget är nöjda med hemtjänsten.

Tabell: Andel svarande i procent i olika hemtjänstområden som svarat ja på frågan "Hur nöjd är du sammantaget med den hemtjänst du har?"

<b>Riket</b>	<b>86</b>
Förenade Care	96
Orrviken	96
Brunflo sydväst	93
Brunflo byar	91
Torvalla	90
Valla	90
Staden nedre	89
Lit	88
Brunflo Centrala	88
Lanterna Vård och Omsorg	86
Frösödal	85
Allegio	84
Marielund	84
Staden övre	83
Odenslund	83
Erikslund	83
Pressateljén	67

Källa: Socialstyrelsens medborgarundersökning "Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?"  
Östersunds kommun 2023

## Egna medborgarundersökningar 2023 redovisade av olika utförare

Vid sidan av Socialstyrelsens enkätundersökning har flera hemtjänstutförare även genomfört egna medborgarundersökningar under 2023.

### Externa utförare

**Lanterna** gjorde en egen enkätundersökning i februari 2023. Resultatet visade över 90 procent nöjda medborgare. De förbättringsområden som identifierades var kontinuitet, personal och planering.

De åtgärder som planeras är:

- att skapa grupper av personal som jobbar inom samma område
- att förlänga tiden för vissa besök
- en ändring i bemanning
- utbildningar

**Förenade Care** hemtjänst gjorde en egen medborgarundersökning där en enkät delades ut till samtliga medborgare. Svarefrekvensen var cirka 55 procent och det går att utläsa att majoriteten av medborgarna i stort är nöjda med verksamheten.

Följande saker var man mest nöjd med:

- personalens bemötande och flexibilitet
- personalkontinuitet
- lätt att få kontakt med ledningspersonal

Störst kundnöjdhet har setts hos medborgare med enbart serviceinsatser.

De förbättringsområden Förenade Care hemtjänst har identifierat är:

- städning och liknande hushållssysslor
- kommunikation

Förenade Care hemtjänst har lyft övriga förbättringsåtgärder enskilt med personal. Man har också diskuterat resultatet vid en workshop där Förenade Care arbetade med sina nya värdeord: Ansvar, Engagemang och Omsorg och vad dessa ord betyder i praktiken.

**Allegio** hemtjänst har utgått från Socialstyrelsens medborgarundersökning

Enligt Socialstyrelsens brukarundersökning är 84 procent av Allegios medborgare sammantaget mycket eller ganska nöjda med den hemtjänst som Allegio tillhandahåller. 14 procent är varken nöjda eller missnöjda och två procent är ganska eller mycket missnöjda. Det är svårt att dra en slutsats kring detta resultat då endast 40 – 60 procent av de tillfrågade har svarat på enkäten.

Allegio har identifierat följande förbättringsområden:

- medborgare uttrycker en mindre nöjdhet vid kontakt inför tillfälliga förändringar
- medborgare är mindre nöjda med att kunna påverka vilka tider medarbetarna kommer
- medborgare vet inte var de ska vända sig kring synpunkter och klagomål

Allegio har skapat en handlingsplan för att få en förbättring till nästkommande medborgarundersökning. Allegio arbetar aktivt med information samt den fasta omsorgskontakten. Informationen tydliggörs för att medborgarna ska känna en tillhörighet till hemtjänsten. Allegio skickar också ut kvartalsbrev till sina medborgare/kunder där de informerar om sådant som kan vara viktigt att känna till.

### Kommunal utförare

Sektor hemtjänst och särskilt boende skickade i oktober 2023 ut en egen enkät till medborgare med hemtjänst. Frågeställningarna liknade de som Socialstyrelsen ställer i enkätundersökningen ”Vad tycker de äldre om äldreomsorgen? Resultaten lades in i ”Vinna matchen”, ett webbaserat system för målstyrning och förbättringsarbete. Resultaten registreras för respektive enhet, men kan även ses på aggregerad nivå.

Med 378 svarande var resultatet av ställda frågor ett medel på 8,48 på en 10-gradig skala. 2022 låg värdet på 8,02 på en 10-gradig skala med 456 svarande.

Sektor hemtjänst och särskilt boende - egen enkätundersökning Avser Hemtjänst hösten 2023	Medelvärde på en 10-gradig skala
Upplever du att personalen tar hänsyn till dina åsikter och önskemål om hur du vill att hjälpen ska utföras?	8,6
Upplever du att personalen har tillräckligt med tid för att kunna utföra sitt arbete hos dig?	8,0
Upplever du att personalen meddelar dig i förväg om tillfälliga förändringar?	7,3
Upplever du att personalen bemöter dig på ett bra sätt?	9,1
Upplever du att du är trygg att bo hemma med stöd från hemtjänsten?	9,0
Upplever du att det är enkelt att få kontakt med hemtjänsten vid behov?	8,1
Hur sammantaget nöjd är du med det stöd du får från hemtjänsten?	8,7

Källa: Sektor hemtjänst och särskilt boende, hemtjänst Östersunds kommun 2023

Varje enhet har fått i uppdrag att under 2024 utveckla två områden utifrån Socialstyrelsens och sektorns egna medborgarundersökningar.

### 6.2.3. Lagefterlevnad

#### Externa utförare

**Lanterna** rapporterar att de arbetar med riskanalyser, egenkontroller, utredning av avvikelser, synpunkter, förbättrande åtgärder, förbättring av processer och rutiner.

Några områden som har förbättrats i jämförelse med år 2022 uppges vara egenkontroll av hjälpmedel och självskattning av basal hygienrutin.

**Förenade Care** rapporterar att de arbetar kontinuerligt med lagefterlevnad och egenkontroll, främst för SoL-området eftersom de har HSL-team via kommunen. Några av åtgärder de löpande arbetar med är att se över att biståndsbeslut är aktiva och verkställda. Man följer upp dessa vid kontaktmannaträffar 1 gång/månad. Detta gäller även för genomförandeplaner, som också följs upp vid uppföljningsmöten veckovis. Verksamhetschef och gruppleddare kontrollerar journalföring samt avvikelser dagligen (vardagar) i Viva.

En journalgranskning utförs 2 gånger per år – i april och oktober. Kvalitetskraven från Östersunds kommun, som till stor del utgår från lagstiftningen, följs upp fyra



gångar per år i februari, maj, augusti och november för att säkerställa att de efterlevs. Handlingsplaner upprättas om man hittar brister.

De förbättringsområden som har identifierats utifrån lagefterlevnad under året 2023 är att verksamheten behöver ökad kunskap om dokumentation och implementera detta bättre i det dagliga arbetet. Man har påbörjat ett stort arbete med detta utifrån vårens granskning och ser redan förbättring, men de kommer att fortsätta arbetet. Samtliga medborgare har även en fast omsorgskontakt med adekvat utbildning. Däremot är det brist på fast anställd personal, vilket medfört att varje personal har många medborgare de är ansvariga för. Inför årsskiftet 23/24 har Förenade Care anställt två nya medarbetare som kommer att vara fasta omsorgskontakter och därmed ta över vissa medborgare.

**Allegio** rapporterar att de arbetar med lagefterlevnad och egenkontroll. De har gjort en egenkontroll av verksamheten i slutet på 2023, där de granskat social dokumentation, rutiner, genomförandeplaner och processer. Man har utifrån egenkontrollen identifierat att de behöver bli bättre på social dokumentation och uppdateringar kring genomförandeplaner.

Allegio beskriver att de som extern utförare har haft stora problem med det sociala dokumentationssystemet VIVA, vilket har resulterat i att personal haft svårigheter att få tillgång till att skriva social dokumentation och genomförandeplaner. Felet i VIVA har identifierats och personal kan nu arbeta mer effektivt med genomförandeplanerna. Allegio ser fortfarande en del brister i social dokumentation och genomförandeplaner, men bedömer att det förbättrats jämfört med 2022. Avvikelse hanteras nu aktivt till skillnad från föregående år.

Allegio Omsorg har erbjudit samtliga medborgare en fast omsorgskontakt som är undersköterska. De som tackat ja har fått detta och de som tackat nej har fått behålla sin tidigare kontaktperson, även om den inte är undersköterska.

### **Kommunal utförare**

Sektor hemtjänst och särskilt boende rapporterar att samtliga enheter inom verksamheten arbetar med lagefterlevnad och egenkontroll utifrån SoL och HSL i uppföljningssystemet Stratsys. Sektorn erbjuder även arbetsstugor i samband med lagefterlevnadskontroller, för att stödja cheferna i detta arbete.

De förbättringsområden som sektorn har identifierat under år 2023 när det gäller lagefterlevnad inom hemtjänsten är förebyggande arbete med stöd av Senior Alert, god och säker rehabilitering, fallförebyggande arbete samt förebyggande arbete mot trycksår.

Inom hemtjänsten är det ett lagkrav sedan 1 juli 2023 att medborgare som har behov av en fast omsorgskontakt ska erbjudas en sådan och att denna omsorgskontakt ska ha undersköterskeutbildning. Sektorn rapporterar att alla enheter inte har kunnat uppfylla detta fullt ut på grund av avsaknad av personal som har rätt utbildning. Verksamheten har därför prioriterat de medborgare med störst behov av en fast omsorgskontakt, medan de andra medborgarna har kvar sin tidigare kontaktpersonal.

## 6.2.4. Resultat kvalitetsgranskning

### Kvalitetsgranskning Nivå 1

I mars 2023 genomfördes granskning av lagefterlevnad. Granskningen visade att 23 av 31 enheter inom Sektor hemtjänst och särskilt boende har genomfört egenkontroll av lagefterlevnad. Sex enheter har inte genomfört denna egenkontroll och två enheter har genomfört den bristfälligt.

### Kvalitetsgranskning Nivå 2

I mars–april 2023 genomfördes dokumentationsgranskningar/journalgranskningar hos 4 hemtjänstenheter varav 2 externa utförare.

### Resultat

Dokumentationsgranskningen enligt SoL omfattade 20 slumpvis utvalda medborgare på varje enhet. Resultatet visade att verksamheterna upprättar avvikelser aktivt och regelbundet i avvikelssystemet DF Respons.

Några brister uppmärksammades i journalföring och i upprättandet av genomförandeplaner. Verksamheterna behöver säkerställa att alla medborgare har upprättade genomförandeplaner även i de fall man endast har trygghetslarm och serviceinsatser.

Verksamheterna behöver arbeta vidare med journalföring och genomförandeplaner för medborgarna. Till stor del saknade genomförandeplanerna formulerade mål och delmål samt en skriftlig beskrivning av hur insatserna skulle utföras.

I den sociala journalen framgick oftast värdegrundsarbetet, då flera av de granskade anteckningarna är respektfullt och sakligt skrivna, även vid känslig information. Däremot finns anledning att se över hur enheterna arbetar med den sociala journalen. I många av de granskade ärendena bedöms journalföringen vara sparsam och det finns en avsaknad av röd tråd.

Granskning enligt HSL visade att en enhet inte hade några brister som behövde åtgärdas, en enhet saknade hälsoplaner för de journaler som granskats och två enheter hade inte svarat på egenkontroller för volymuppgifter HSL.

Granskningarna resulterade i samlade skriftliga åtgärdsplaner (med krav på åtgärder av brister) för två av utförarna. Dessa åtgärder skulle skickas in till Uppdragsenheten senast den 15 september 2023, vilket också gjordes. En av enheterna gick vidare till en Nivå 3-granskning.

### Kvalitetsgranskning Nivå 3 - Torvalla hemtjänst

Den 6 november 2023 genomfördes en Nivå 3-kvalitetsgranskning av Torvalla hemtjänstområde baserad på tidigare Nivå 2-granskning och signaler som inkommit till Uppdragsenheten via ”tidigt varningssystem” under år 2022–2023.

Enhet	Antal 1:or	Antal 2:or	Antal 3:or	Summa
Hemtjänst Torvalla	7	2	0	11

0= Bra kvalitet

1= Liten brist i kvaliteten

2= Stor brist i kvaliteten

3= Mycket stora brister i kvaliteten

#### Områden med kvalitetsbrister

Granskningen visade delvis på bra kvalitet, men med brister inom några områden där arbetet ej bedömdes vara tydligt strukturerat. Granskningen resulterade i en samlad skriftlig åtgärdsplan, med krav på åtgärder av bristerna senast den 14 december 2023.

#### Kvalitetsområden där det fanns liten brist i kvaliteten (1)

- Enheten erbjuder inte och dokumenterar inte levnadsberättelse för personer med demenssjukdom.
- Enheten använder inte BPSD för personer med demenssjukdom och/eller beteendemässiga och/eller psykiska symtom.
- Enheten har inte en skriftlig rutin som beskriver hur personalen blir erbjudna etisk reflektion kring enskilda som vårdats i livets slut.
- Personalen har inte fått kunskap om vad som gäller vid användning av skyddsåtgärder.
- Enheten genomför inte egenkontroll av hygien 1 gång per år eller självskattning minst 1g/kvartal enligt hygienriktlinje.
- Personalen får inte kunskap om fallförebyggande arbete.
- Personalen saknar återkoppling på skrivna avvikelser. Det finns ingen systematik i avvikelserapporteringen.

#### Kvalitetsområden där det fanns stor brist i kvaliteten (2)

- Enheten saknar en skriftlig rutin som är välkänd av personalen för vad de ska göra när den enskilde inte är hemma eller inte öppnar dörren.
- Enheten genomför inte och dokumenterar inte intern kontroll av hjälpmedel enligt riktlinje.

### 6.2.5. Tidigt varningssystem

Många signaler har under året inkommit till "Tidigt varningssystem" kring vakanser och problem att rekrytera samtliga yrkeskategorier. Uppdragsenheten har utifrån analys och bedömning i dessa fall krävt åtgärder från berörda verksamheter.

Exempel på övriga signaler som noterats:

- Stora risker då enhetschef varit frånvarande under längre tid

- Missnöje med missade larm och omvårdnad

## 6.2.6. Risk- och avvikelserapportering

I nedanstående tabeller redovisas rapporterade risker och avvikelser enligt SoL respektive HSL under år 2020–2023.

Tabell: Rapporterade risker och avvikelser enligt SoL – hemtjänst egen och externa utförare, år 2020-2023

Typ av händelse SoL	2020	2021	2022	2023
Utebliven insats*	221	309	645	347
Brist i trygghet	525	103	125	127
Hjälpmedel*	0	17	0	0
Brist i passiva larm	2	2	0	0
Brist i information /kommunikation/samverkan	0	55	74	95
Brist i dokumentation	3	15	20	8
Hot och våld	1	4	3	2
Tvångs- och begränsningsåtgärd	0	4	0	1
Brist i bemötande	3	8	14	20
Brist i utebliven transport	3	1	3	4
Utebliven daglig verksamhet	0	5	6	3
<b>Totalt</b>	<b>758</b>	<b>523</b>	<b>890</b>	<b>607</b>

\* Utebliven insats SoL/LSS inkluderar brist i/utebliven; personlig omvårdnad, tillsyn, mathållning, fritid och motion, servicetjänster, sociala aktiviteter

Tabell: Rapporterade risker och avvikelser enligt HSL – hemtjänst egen och externa utförare, år 2020-2023

Typ av händelse HSL	2020	2021	2022	2023
Läkemedelshändelse	913	849	714	735
Fallhändelse	1552	1558	1554	1833
Utebliven insats*	145	254	550	177
Hjälpmedel*	17	1	50	32
Brist i passiva larm	78	82	3	5
Brist i trygghet	3	3	0	0
Brist i information /kommunikation/samverkan	0	52	106	70
Brist i dokumentation	60	60	27	49
Tryckskada/trycksår	0	0	0	2
Tvångs- och begränsningsåtgärd	4	0	1	2
<b>Totalt</b>	<b>2 772</b>	<b>2 859</b>	<b>3 005</b>	<b>2 905</b>

\* Utebliven insats HSL inkluderar ordinerad vårdåtgärd, vård i livet slut, rehabilitering

\* Hjälpmedel inkluderar felaktig hantering, produktfel

## Externa utförare

**Lanterna** har identifierat följande förbättringsområden från analysen av avvikelserna inom SoL och HSL under 2023: VAK, dubbelbemanning, dokumentation och signering av HSL-insatser. Förbättringar som vidtagits är att man har ändrat rutiner, förbättrat arbetssätt och bytt personal.

**Förenade Care** har identifierat ett generellt förbättringsområde om att personalen behöver bli bättre på att skriva avvikelser. Man tror att det finns ett mörkertal främst inom SoL-området då man har haft ganska få SoL-avvikelser och de flesta av dem har kommit från extern part – t.ex. via Nattorganisationen.

Förenade Care har informerat personalen om vad avvikelser är och dess syfte och tagit fram en handbok som finns på personalkontoret. Då det fortfarande råder en kultur att man inte vill skriva avvikelser ”om varandra” har ledningspersonalen ett stort ansvar i att fånga upp händelser och stödja/handleda personalen.

Utifrån de SoL-avvikelser som rapporterats under året kan Förenade Care se förbättringsområden inom dokumentation/journalföring samt hantering av larm där man inte svarat i telefonen, inte återkopplat eller lämnat över larm till nattpersonal.

Förbättringar som vidtagits är att en chef från ledningen på Förenade Care kommer att delta vid varje uppföljningsmöte (en gång per vecka) för att lyfta avvikelser i syfte att göra personalgruppen mer delaktig samt göra avvikelserrapporteringen mer levande. Tidigare har man samlat ihop och tagit upp avvikelser på APT en gång per månad.

Även larmrutinen har diskuterats i personalgruppen och det finns nu en rutin i varje hemtjänstbil. Rutinen har skrivits ut som bilaga inför nyanställning för att tidigt informera samtliga medarbetare.

## Kommunal utförare

Sektor Hemtjänst och särskilt boende gör en gemensam analys varje tertiäl som sedan förmedlas ut till verksamheterna.

Förbättringsområden som identifierats utifrån avvikelser inom SoL och HSL 2023 är:

- HSL - Fall inom hemtjänsten har ökat de senaste åren. Även läkemedelsavvikelser har ökat trots att verksamheterna gått över till digital signering.
- SoL - Brist i utebliven personlig omvårdnad ligger högst, därefter brist i information, kommunikation och samverkan samt brist i trygghet. Det motsvarar föregående års siffror förutom att brist i utebliven tillsyn då låg högre än brist i trygghet.

Sektorn har vidtagit åtgärder för att framför allt minska risken för fall. På uppdrag av sektorledningen kommer enheterna att inför 2024 arbeta mer aktivt med fallprevention.

Inom SoL hanteras och analyseras avvikelserna mer på enhetsnivå men då det är ett fåtal SoL-avvikelser som rapporteras kommer sektorn att arbeta för att få personalen att rapportera fler SoL-avvikelser.

## Lex Sarah och Lex Maria 2023 - hemtjänst

I nedanstående tabell redovisas de händelser som rapporterats enligt lex Sarah och lex Maria inom hemtjänst under år 2023. Inom hemtjänsten har det rapporterats in sex lex

Sarah varav två gått till IVO (per sista november 2023). Det har även rapporterats en lex Maria.

Tabell: Lex Sarah och lex Maria för hemtjänst, extern och egen regi, 2023

Lagrum	Antal	Typ av händelse	Utförare
Lex Sarah (SoL)	1	Ekonomiska övergrepp (skickades vidare till IVO)	Egen regi
Lex Sarah (SoL)	3	Brist i utförande av insatser (1 skickades vidare till IVO)	Egen regi
Lex Sarah (SoL)	2	Fysiska övergrepp	Egen regi
Lex Maria (HSL)	1	Ej kontaktat sjukvårdspersonal vid fallhändelse	Egen regi

Källa: Socialt ansvarig samordnare (SAS), Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS), Medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR)

### Genomförda åtgärder Lex Sarah (sammanfattning)

Följande åtgärder har genomförts av berörda enhetschefer med anledning av lex Sarah-utredningarna:

Brister i utförande av insatser:

- Vid ärendemöten lyfter enhetschef rutinen ”Rutin när medborgare inte öppnar dörren” och samtal fördes hur man ska undvika att liknande situationer uppstår igen.
- Enhetschef har haft gruppsamtal med personal på arbetsplatsmöte (APT) den där aktuell händelse och rutin diskuterades.
- Rutinen ”Lokal rutin när medborgare inte öppnar dörren” ska ses över och uppdateras på möte med verksamhetsledning för chefer i hemtjänsten.
- Enhetschef har utsett nyckelansvariga på verksamheten som vid arbetsdagens slut kontrollerar att medborgares nycklar är återlämnade och på rätt plats.
- Hela personalgruppen ska få mer kunskap i social dokumentation, avvikelshantering och Lex Sarah genom att gå tre digitala kursen under våren 2023 som finns i Östersunds kommuns kompetensportal.
- Enhetschef kommer tar upp vikten av att se till att medborgarna har trygghetslarmet på sig när de går ifrån besöket men även att dokumentera om medborgarna inte vill ha trygghetslarmet på sig.

Fysiska övergrepp i samband med förflyttning:

- Enhetschef går igenom med hela personalgruppen på personalmöte om att kontaktpersonal ska ta reda på och skriva in i genomförandeplanen hur medborgarna vill ha det när dom larmar samt vad som är viktigt för personalen att veta om medborgaren vid larm.
- Enhetschef har haft gruppsamtal med personal med vikt av hur man ska arbeta med öppna handflator vid hjälp av medborgare.

Ekonomiska övergrepp:

- Enhetschef kontaktar HR och Kommunal. Medarbetaren avstängs under utredning. Alla behörigheter som medarbetaren haft har tagits bort.
- Polisanmälan är upprättad av anhörig.
- Enhetschef tar upp den aktuella händelsen, riktlinjen kring ”farliga förmåner” samt

värdegrundsfrågor med samtlig personal på en arbets-platsträff.

Utifrån de lex Sarah som rapporterats ser sektorn att det är dessa åtgärder som kommunal utförare framför allt behöver arbeta vidare med. Detta lyfter sektorn också fram i den kompetens-utvecklingsplan som de har upprättat inför 2024 och som omfattar alla enheter.

#### **Genomförda åtgärder lex Maria (sammanfattning)**

- All personal ska känna till att kontakt ska tas med sjuksköterska vid alla fallhändelser
- All personal ska känna till riktlinje för förebyggande av fall

### **6.2.7. Synpunktshantering**

#### **Externa utförare**

**Förenade Care** har under året fått både positiva och negativa synpunkter. De har lagt särskild vikt vid inkomna synpunkter/klagomål där de kunnat se att det saknas kunskap och förståelse för palliativ vård, samt beteendemässiga och psykiska problem vid demens.

De förbättringsområden som har identifierats är:

- utbildningsbehov inom områdena palliativ vård samt BPSD och demenssjukdomar, samt att man behöver arbeta mer med BPSD-registret.
- utökad löpande journalföring och uppföljning hos missnöjda medborgare

De åtgärder som har genomförts eller planeras är att man har lagt in utbildningarna i utbildningsplanen – palliativ vård under mars 2024 och BPSD/demens i april 2024. Förenade Care kommer också att utse ett BPSD-ombud under APT i januari 2024.

**Allegio Omsorg** får oftast synpunkter via telefonsamtal och de hanteras då omgående. Det medborgarna ringer mest om är önskemål om vilken medarbetare de önskar ska komma på besök och vilka tider de vill ha sina insatser. Allegio upplever att de behöver bli bättre på att informera medborgarna hur hemtjänstens struktur är utformad. Allegios förbättrings-åtgärd kring detta är att skicka ut tydlig information.

Allegio har utökat tillgängligheten genom fler administratörer på kontoret samt att alla fast anställda har fått en egen telefon för att kunna vara lättillgängliga.

#### **Kommunal utförare**

Inom Sektor hemtjänst och särskilt boende har totalt 56 synpunkter inkommit under första och andra kvartalet 2023. För hemtjänsten gäller synpunkterna främst uteblivna insatser, felaktiga fakturor och att man inte fått kontakt med personalen. Synpunkter mot legitimerad personal handlar främst om att man inte får kontakt med dem.

Sektorn bedömer att man behöver ge tydligare information till medborgarna var de kan vända sig med synpunkter. Ytterligare förbättringsområden som har identifierats är: tillgängligheten hos legitimerad personal och att rapportera rätt avgifter till medborgarna. Vilka åtgärder som ska genomföras utifrån identifierade förbättringsområden kommer sektorn att ta upp i 2024 års verksamhetsplanering.

### **6.2.8. Goda exempel från verksamheten**

#### **Förenade Care**

- Förenade Care planerar inför 2024 att genomföra ett projekt med målet att minska upplevelsen av ensamhet. Verksamheten kommer aktivt att arbeta med att hjälpa medborgare som har ledsagning på beslut att använda insatsen.
- Man kommer även att erbjuda samtliga medborgare med SoL-insatser gemensamma gratis aktiviteter som anordnas fyra tillfällen per år.

#### **Allegio omsorg**

- Allegio ska certificera sig i ”Stjärnmärkt demens” under 2024 för bättre kvalitet. Allegio försöker även uppmana sina medborgare/kunder att nyttja ledsagning för att tillsammans med sin fasta omsorgskontakt komma ut på olika aktiviteter.

### **6.2.9. Uppdragsenhetens analys och slutsats**

#### **Medborgarnöjdhet**

Enligt underlag från Socialstyrelsens medborgarundersökningar noteras över 80% nöjdhet i samtliga hemtjänstområden. Dessa siffror går i linje med verksamheternas egna medborgarundersökningar där en nöjdhet mellan 80–90% nöjdhet redovisas. Uppdragsenheten ser att både externa och interna utförare har identifierat vilka förbättringsområden som de behöver arbeta vidare med under 2024.

#### **Lagefterlevnad**

Uppdragsenhetens övergripande bedömning är att lagefterlevnaden är god. Verksamheterna har identifierat olika förbättringsområden som de planerat in olika aktiviteter för att vidareutveckla.

#### **Risk- och avvikelserapportering**

Utifrån den statistik som redovisats i tabellerna högre upp bedömer Uppdragsenheten att risk- och avvikelserapporteringen är bristfällig då det endast är ett fåtal SoL-avvikelser som rapporterats in. Underlaget visar dock att både kommunala och externa utförare planerat in en rad olika aktiviteter för att öka personalens rapporteringsfrekvens.

Uppdragsenheten kan även konstatera att kommunala utförare behöver utveckla ett bättre samarbete gällande de händelser som utretts som lex Sarah. Att systematiskt delge andra enheter inom samma verksamhetsområde information om lex Sarah-utredningar och anmälningar kan förhindra att liknande incidenter händer på en annan enhet. Sektor hemtjänst och särskilt boende planerar att ta med detta i 2024 års kompetensutvecklingsplan.

## **6.3. Boendestöd**

### **6.3.1. Verksamhetens uppdrag**

Boendestöd enligt socialtjänstlagen (SoL) är ett bistånd som ger stöd i den dagliga livsföringen riktat till personer i ordinärt boende med olika grad av psykiska och/eller intellektuella funktionsnedsättningar.

Boendestöd enligt SoL kan beviljas vuxna personer i alla åldrar och kan även vara ett alternativ till personer som tillhör personkrets LSS och som bor i ordinärt boende.



I december 2023 hade 306 medborgare insatsen Boendestöd.

### 6.3.2. Medborgarnas nöjdhet

Inom enheten för boendestöd genomförs den nationella medborgarundersökningen vartannat år. Ingen nationell medborgarundersökning har genomförts år 2023 eftersom det är ett så kallat ”uppföljningsår”.

Enheten för boendestöd har rapporterat att de under året arbetat med resultatet från 2022 års medborgarundersökning. Alla arbetsgrupper har tagit del av sina egna resultat och personalen har fått i uppdrag att se över vad som går att förbättra. Enhetscheferna har haft i uppdrag att sammanställa resultatet från alla arbetsgrupper för att identifiera om det är något som kan förändras inom hela verksamheten.

Genomförda åtgärder utifrån 2022 års resultat är att medborgare med boendestöd fått nytt material med information om verksamheten, kontaktuppgifter till enhetschefer och samordnare samt en blankett för att lämna synpunkter.

### 6.3.3. Lagefterlevnad

Sektor funktionshinder beskriver att enhetscheferna inom Boendestöd genomför regelbundna uppföljningar av lagefterlevnad och rapporterar nuläget i uppföljningsverktyget Stratsys. Hur enhetscheferna hanterar aktuella frågor, arbetsmetoder och eventuella förbättringsområden utifrån olika uppdrag/ krav diskuteras på verksamhetsledningar, i olika typer av arbetsgrupper och även vid uppföljning/månadssamtal med verksamhetschef.

Samtliga enheter inom boendestöd uppger att de arbetar med lagefterlevnad och egenkontroll i Stratsys. Boendestöd rapporterar inga identifierade förbättringsområden utifrån lagefterlevnad och egenkontroll år 2023.

### 6.3.4. Resultat kvalitetsgranskning

#### Kvalitetsgranskning Nivå 1

I mars 2023 genomfördes en granskning av lagefterlevnad. Granskningen visade att 28 av 49 enheter inom Sektor funktionshinder genomfört egenkontroll av lagefterlevnad. 20 enheter har inte genomfört denna egenkontroll och en enhet har genomfört den bristfälligt.

#### Kvalitetsgranskning Nivå 2 och Nivå 3

Uppdragsenheten har inte genomfört någon Nivå 2 eller Nivå 3-kvalitetsgranskning av Boendestöd under 2023. Däremot har det inom förvaltningen gjorts en översyn av kommunens socialpsykiatriska verksamheter där boendestöd ingår, vilket beskrivs nedan.

## Översyn av kommunens socialpsykiatriska verksamheter

På uppdrag av Vård- och omsorgsförvaltningens förvaltningsledning genomfördes en översyn av kommunens socialpsykiatriska verksamheter under år 2022–2023, se *avsnitt 8.3*.

I översynen framkom bland annat att både medborgare, föreningar och professionella ser ett behov av att utveckla boendestöds arbetssätt. Det behövs mer flexibilitet och personlig anpassning då fast dag och fast tid inte fungerar för alla medborgare. Många medborgare upplever att stödet inte blir som de förväntat sig, då de själva måste vara arbetsledare och ta beslut de inte upplever att de är förmögna att ta. Utbildning bör prioriteras för att öka personalens kompetens om målgruppen.

Översynen visar dock att boendestöds enhetschefer har en annan syn på verksamheten och inte ser något behov av förändring av arbetssätt. Personal inom Boendestöd uttrycker en önskan om att enheten arbetade mer utifrån rutiner, då det i dagsläget finns mycket tolkningsutrymme för varje medarbetare.

I en enkätundersökning som skickades ut under mars 2023 inom ramen av översynen inkom ett flertal svar om arbetssättet inom Boendestöd. Det inkom synpunkter om att medborgaren/dennes anhörig upplever att verksamhetens arbetssätt inte är anpassat för personer med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar (NPF), att boendestöd fokuserar för mycket på var och när istället för att ta hänsyn till medborgarens dagsform och behov, att personalen ändrar planeringen ofta, att det läggs för mycket ansvar på medborgaren och att personalkontinuiteten brister. Det framkom även synpunkter om att större hänsyn borde tas kring att matcha personal med medborgare utifrån personkemi, att man fick träffa sin kontaktperson oftare och att boendestöd upplevs otillgänglig.

Översynen av socialpsykiatrin mynnade ut i en rad förslag på utveckling som ska lyftas för beslut i Förvaltningsledning VOF i början av 2024.

### 6.3.5. Risk- och avvikelserapportering

I nedanstående tabeller redovisas rapporterade risker och avvikelser enligt SoL respektive HSL för Boendestöd under år 2020–2023.

Tabell: Rapporterade risker och avvikelser enligt SoL – Boendestöd, år 2020 – 2023				
Typ av händelse SoL	2020	2021	2022	2023
Utebliven insats*	3	10	11	23
Brist i trygghet	0	1	2	5
Brist i information/kommunikation/samverkan	0	8	1	12
Brist i documentation	1	2	2	0
Hot och våld	0	0	0	0
Tvångs- och begränsningsåtgärd	0	2	0	0
Brist i bemötande	3	1	0	2
Brist i utebliven transport	0	0	0	0

Typ av händelse SoL	2020	2021	2022	2023
Självskadebeteende	0	0	0	0
Utebliven daglig verksamhet	0	0	0	0
Övrigt (2020)	3	0	0	0
<b>Totalt:</b>	<b>10</b>	<b>23</b>	<b>16</b>	<b>42</b>

Källa: DF Respons

\* Utebliven insats SoL/LSS inkluderar brist i/utebliven personlig omvårdnad, tillsyn, mathållning, fritid och motion, servicetjänster, sociala aktiviteter

Tabell: Rapporterade risker och avvikelser enligt HSL – Boendestöd år 2020-2023

Typ av händelse HSL	2020	2021	2022	2023
Läkemedelshändelse	6	17	14	27
Fallhändelse	8	3	2	1
Utebliven insats*	0	0	0	0
Hjälpmedel*	0	1	0	0
Brist i trygghet	0	0	0	0
Brist i information/kommunikation/samverkan	0	8	4	2
Brist i documentation	0	1	0	0
Tryckskada/trycksår	0	0	1	0
Tvångs- och begränsningsåtgärd	0	0	0	0
<b>Totalt</b>	<b>14</b>	<b>30</b>	<b>21</b>	<b>30</b>

Källa: DF Respons

\* Utebliven insats HSL inkluderar ordinerad vårdåtgärd, vård i livet slut, rehabilitering

\* Hjälpmedel inkluderar felaktig hantering, produktfel

Boendestöd har analyserat de avvikelser som inkommit under året 2023. Identifierade förbättringsområden som verksamheten har identifierat gäller sekretess och avvikelse kring utebliven/sen insats. Det har främst handlat om vikarier som inte känt till vart de ska åka för att utföra insatsen då de inte kommit åt planeringssystemet.

Det har även diskuterats sekretess på arbetsplatsträffar med förtydliganden om vad personal kan säga och hur de ska hantera olika situationer som kan uppstå. Det har exempelvis beslutats att personal inte ska bära ID-bricka synligt inför hembesök. Inför helgerna skrivs även papperslistor ut från planeringsverktyget för att säkerställa att vikarier har information vart de ska utföra insatser och det blir inte lika sårbart om de inte skulle komma åt planeringen digitalt.

Angående läkemedelshantering har läkemedel tidigare förvarats i läkemedelsrum på stationen och fraktats till medborgare. Eftersom det vid något tillfälle försvunnit läkemedel har verksamheten nu i stället köpt in och satt upp medicinskåp med kodlås i enskildas hem.

### **Lex Sarah och Lex Maria 2023**

Det har inte rapporterats några missförhållanden enligt lex Sarah avseende Boendestöd under år 2023.

#### **6.3.6. Synpunktshantering**

Boendestöd har analyserat de synpunkter som inkommit under året 2023. De flesta synpunkter som inkommit avsåg beröm. Ett förbättringsområde som har identifierats utifrån synpunkterna är att personal kan ha svårt att parkera sina arbetsfordon vid hembesök, vilket kan bidra till att medborgarna får försenad insats. Åtgärder som har vidtagits är att det nu är fler bilar som är direkt kopplade till Aimo-park, vilket underlättar parkeringen för personalen.

#### **6.3.7. Goda exempel från verksamheten**

- Boendestöd beskriver att de fortsätter med en mer riktad samverkan mot interna aktörer som exempelvis verksamhetsstödet och stödpedagog. Detta för att utveckla det pedagogiska arbetet gentemot medborgarna, vilket har tagits emot på ett bra sätt av personalen.
- Boendestöd har tvärgrupper där personalen diskuterar olika frågeställningar kopplat till exempelvis fallbeskrivningar. Personalen tar även upp egna ärenden för att utbyta erfarenheter.
- Social- och arbetsmarknadsförvaltningen och Vård- och omsorgsförvaltningen har tillsammans ett pågående samarbete gällande föräldrar med funktionsnedsättning och deras barn. Sex personal från Boendestöd ingår i den arbetsgruppen.

#### **6.3.8. Uppdragsenhetens analys och slutsats**

##### **Medborgarnöjdhet**

Boendestöd redovisar att de arbetar aktivt med resultatet från 2022 års medborgarundersökning kopplat till medborgarnöjdhet. De har också analyserat de synpunkter som kommit in under 2023.

Utifrån den socialpsykiatriska översynen återfinns underlag med synpunkter från medborgare som pekar på flera utvecklingsområden.

Uppdragsenheten bedömer att boendestöd behöver arbeta för att öka medborgarnöjdheten.

##### **Lagefterlevnad**

Boendestöd redovisar att de arbetar aktivt med lagefterlevnad. De beskriver att de genomför regelbundna uppföljningar och rapporterar i förvaltningens olika verksamhetssystem. Utifrån det material som inkommit finns därför inga indikationer på bristande kvalitet och verksamheten bedöms arbeta systematiskt med lagefterlevnad.

### **Risk- och avvikelserapportering**

Utifrån den statistik som redovisats i tabellerna högre upp konstaterar Uppdragsenheten att det skett en markant ökning av inrapporterade SoL-avvikelser under år 2023. Avvikelsena berör främst utebliven insats och brist i information/kommunikation/samverkan. Det har även skett en ökning i antalet HSL-avvikelser under året jämfört med föregående år där merparten av avvikelserna avser läkemedelshändelser.

Vad ökningen av antalet avvikelser beror på kan inte fastslås, men det skulle delvis kunna bero på att verksamheten i större utsträckning blivit bättre på att rapportera avvikelser. Uppdragsenheten ser att Boendestöd har vidtagit åtgärder som är direkt kopplade till de inrapporterade avvikelserna och att verksamheten arbetar aktivt för att fortsätta att öka kvaliteten inom verksamheten.

## **6.4. Servicetjänster**

Vård- och omsorgsnämnden beslutade den 25 maj 2023 att avveckla servicetjänster i form av städ, tvätt, fönsterputs och inköp som utförs i egen regi, för att fokusera på kärnuppdraget, vård och omsorg. Förändringen påbörjades den 1 juni 2023. De medborgare som tidigare hade kommunen som utförare har under hösten successivt fått välja en ny utförare.

Servicetjänster utförs i december 2023 av de 9 externa leverantörer som är godkända i kommunens valfrihetssystem. Dessa är:

- 55plus
- Brännagården (endast inom huset)
- Jämtlands Senioruthyrning
- Midcare städ
- Pressateljén städ och tvätt
- Allegio Omsorg
- Förenade Care AB – se karta ”rödrutigt område servicetjänster”
- Nattens Änglar
- Lanterna Vård och omsorg AB

### **6.4.1. Verksamhetens uppdrag**

Leverantörerna ska utföra:

- Servicetjänster enligt socialtjänstlagen – vilket innebär praktisk hjälp i hemmet till den som fått ett biståndsbeslut. Insatserna framgår av individens biståndsbeslut och en upprättad genomförandeplan.
- Servicetjänster enligt befogenhetslagen - vilket innebär städ inklusive fönsterputs, klädtvätt/klädvård och inköp till personer som är 80 år och äldre med max 8 timmar per månad. För makar/sambo 80 år och äldre gäller 8 timmar tillsammans.

## 6.4.2. Medborgarnas nöjdhet

### Socialstyrelsens nationella medborgarundersökning 2023

**Allegio** - Socialstyrelsens medborgarundersökning visar att 84 procent av de svarande är mycket eller ganska nöjda. Allegio har identifierat följande förbättringsområden, utifrån resultatet i enkäten:

- kontakt inför tillfälliga förändringar
- möjlighet att påverka vilka tider medarbetarna kommer
- otydligt vart man ska vända sig med synpunkter och klagomål

**Pressateljén** - Socialstyrelsens medborgarundersökning 2023 visar att:

- 100 procent av de svarande anser att personalen har tillräckligt med tid för arbetet
- 100 procent av de svarande anser att de får ett bra bemötande från personalen
- 90 procent av de svarande anser att personalen kommer på avtalad tid

### Egna medborgarundersökningar 2023

**Förenade Care** har gjort en egen medborgarundersökning för både omsorg och servicetjänster, där en enkät har delats ut till samtliga medborgare. Svarefrekvensen var cirka 55 procent. Resultatet visar att majoriteten av de svarande generellt sett är nöjda. Detta styrks även i Socialstyrelsens medborgarundersökning.

Några positiva resultat som framkom av undersökningen är:

- personalens bemötande och flexibilitet
- personalens förmåga att snabbt kan ställa om och utföra extra ärenden
- medborgarna är generellt nöjda med personalkontinuitet
- lätt att få kontakt med ledningspersonal

Störst nöjdhet har dock setts bland medborgare med enbart serviceinsatser.

De förbättringsområden Förenade Care har identifierat är:

- städning och liknande hushållssysslor
- kommunikation

Förenade Care hemtjänst har lyft övriga förbättringsåtgärder enskilt med personal. Man har även genomfört en workshop där man arbetade med sina nya värdeord: Ansvar, engagemang och omsorg och vad dessa ord betyder i praktiken.

Förenade Care hemtjänst har utökat sin servicepersonalgrupp för att endast den gruppen (så långt som möjligt) ska utföra serviceinsatser.

**Lanterna Vård och omsorg** har genomfört en egen undersökning av medborgarnöjdhet som visade att över 90 procent av de svarande var nöjda. Övrigt resultat av egenkontroll finns beskrivet under *avsnitt 6.2.2*.

**Midcare städ** har genomfört en medborgarundersökning som visar att medborgarna är nöjda med städningen. De har upplevt en stor kvalitetshöjning. Midcare städ kommer inom kort att utföra tvätt i egen regi, vilket kommer minska leveranstider som varit grund för visst missnöje.

Midcare har analyserat de synpunkter och klagomål som kommit in och dragit slutsatsen att de genomför ett bra arbete men att det finns visst förbättringsutrymme.

Midcare genomför regelbundna kvalitetskontroller som omfattar både utfört arbete hos medborgare och personalens kunskapsnivå.

**Jämtlands Senioruthyrning** har via telefonkontakt i början på januari 2024 genomfört en undersökning med sina medborgare. Samtliga var nöjda med kvalitén och servicen. Det kunderna upplever som mest positivt är att samma person kommer hem till dem.

**55plus** är nyetablerade inom valfrihetssystemet i Östersunds kommun och har därför inte hunnit genomföra någon medborgarundersökning 2023.

### 6.4.3. Lagefterlevnad

Servicetjänster omfattas av färre krav om lagefterlevnad i jämförelse med andra verksamheter inom förvaltningen. För att ta del av information om vissa externa serviceutförarens lagefterlevnad, se *avsnitt 6.2.3*.

Underlag från 55plus, Brännagården, Jämtlands senioruthyrning, Midcare städ, Pressateljén städ och tvätt samt Nattens änglar redovisas inte då uppgifterna inte har inhämtats av Uppdragsenheten detta år.

### 6.4.4. Resultat kvalitetsgranskning

Förvaltningen har inte genomfört några kvalitetsgranskningar av servicetjänster under 2023.

### 6.4.5. Risk- och avvikelserapportering

De externa serviceföretagen har inte tillgång till kommunens avvikelssystem. De serviceföretag som har hemtjänstinsatser via avtal hos kommunen har sina avvikelser registrerade under Hemtjänstens verksamhet, se *avsnitt 6.2.6*.

### 6.4.6. Synpunktshantering

**Pressateljén** har analyserat de synpunkter som inkommit och dragit följande slutsatser:

- Det är inte alltid samma personal som kommer, men kontinuiteten är hög - 89%.
- Synpunkter och frågor om inköp är mest återkommande
- Strategiskt bör man bibehålla nuvarande personalkontinuitet

### 6.4.7. Goda exempel från verksamheten

**Pressateljén**

- Arbetar mer aktivt för att tillsammans med medborgaren gå igenom städloftet och genomförandeplanen (i syfte att uppdatera och påminna om förväntan och efterlevnad).
- Pressateljén har med sig eget städmaterial.

- Pressateljéns personal är anpassningsbara och lyhörda för medborgaren inom ramen av tid (t.ex. tar ut sopor, byter gardiner, rensar frysen osv).
- Det finns två särskilt anställda som gör samtliga inköp. Det ger medborgaren ökad personalkontinuitet och därmed ökad kunskap om den enskildes behov/önskan.

#### **55plus**

- Verksamheten diskuterar dagligen om/när/hur de ska genomföra insatserna och ringer alltid medborgarna innan personal kommer hem till dem.
- Det är samma personal som besöker samma medborgare.

#### **Lanterna vård och omsorg**

- Ledningen har kontakt med alla medborgare och anhöriga.

#### **Allegio**

- Man arbetar ständigt med kontinuitet
- Man har en planeringsledare

### **6.4.8. Uppdragsenhetens analys och slutsats**

#### **Medborgarnöjdhet**

Underlaget visar att det under slutet av 2023 pågått en stor organisationsförändring där de externa leverantörerna övertagit cirka 800 servicetjänständerna från de kommunala verksamheterna. Förändringen har inneburit stora utmaningar men bedöms ändå ha genomförts effektivt och smidigt.

De synpunkter och klagomål som inkommit handlar främst om bristfällig kommunikation, men även att innehållet i servicetjänsterna är otydliga och kan tolkas på olika sätt hos både förvaltningen, utförare och medborgare.

#### **Lagefterlevnad**

Servicetjänster omfattas av färre krav om lagefterlevnad i jämförelse med andra verksamheter inom förvaltningen. Uppdragsenheten ser ett behov av att utveckla detta för att uppnå bättre kvalitet även inom detta område.

#### **Risk- och avvikelserapportering**

Serviceföretagen har inget krav att rapportera avvikelser i DF-respons och det finns därför inget underlag att göra en analys utifrån.

## **6.5. Särskilt boende för äldre (SÄBO) SoL**

### **6.5.1. Verksamhetens uppdrag**

Särskilt boende för äldre enligt socialtjänstlagen (SoL) är till för medborgare med så stort behov av vård, omsorg och trygghet att det inte går att ordna i deras eget hem. I särskilt boende kan personen få hjälp dygnet runt.

Enligt hälso-och sjukvårdslagen har kommunen ansvar för hälso-och sjukvård, upp till läkarnivå, för de personer som bor på särskilt boende.



I december 2023 fanns det 604 lägenheter för särskilt boende för äldre i Östersunds kommun.

## 6.5.2. Medborgarnas nöjdhet

### Socialstyrelsens nationella medborgarundersökning 2023

Totalt 72 843 personer som bor på särskilt boende fick erbjudande om att medverka i Socialstyrelsens nationella medborgarundersökning 2023. Svarefrekvensen var 45 procent.

Svarefrekvensen i Östersunds kommun var 44 procent, vilket motsvarade 234 personer. Av dessa besvarade 6 procent enkäten på egen hand, 34 procent tillsammans med anhörig och 60 procent besvarades helt av en anhörig.

80 procent av de svarande i Östersunds kommun uppgav att de fått plats på det äldreboende som önskades. 93 procent svarade att de trivdes helt eller delvis med sitt rum eller sin lägenhet. 49 procent har svarat att de tycker att det är trivsamt i de gemensamma utrymmena, medan 40 procent svarade delvis och 11 procent svarade nej.

Nedanstående tabell redovisar övergripande resultat från undersökningen fördelat på enskild och offentlig regi.

Tabell: Andel svarande i procent på frågan "Hur nöjd eller missnöjd är du sammantaget med ditt äldreboende?"			
	Mycket nöjd/ ganska nöjd	Varken nöjd eller missnöjd	Ganska missnöjd/ Mycket missnöjd
Enskild regi, procent 2023	62	19	19
Offentlig regi, procent 2023	65	21	15
Enskild regi, procent 2022	64	22	14
Offentlig regi, procent 2022	79	12	9
Enskild regi, procent 2020	78	15	7
Offentlig regi, procent 2020	78	13	8

Källa: Socialstyrelsens medborgarundersökning "Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?" Östersunds kommun 2023

Kommande tabeller redovisar resultatet på några av de frågor som ställts till personer som bor på särskilt boende i Östersunds kommun.

Tabell: Andel svarande i procent på frågan "Känner du förtroende för personalen på ditt äldreboende?"				
År	Ja, för alla i personalen	Ja, för flertalet i personalen	Ja, för några i personalen	Nej, inte för någon i personalen
2023	29	43	27	1
2022	29	49	22	1
2020	26	54	20	1

Källa: Socialstyrelsens medborgarundersökning "Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?" Östersunds kommun 2023

Tabell: Andel svarande i procent på särskilt boende om frågan "Tycker du att maten smakar bra?"

Riket	73
Skogsbruksvägen 133	100
Mobacka	89
Solsången	86
Hemgården	86
Häradsgården	81
Skogsbruksvägen 131	78
Västervik	77
Fältvägen	73
Brunkullan	73
Löjtnantsgården	71
Rådmansgatan	63
Änggården	61
Brevbäraren	57
Frösö strand	55
Trossgränd	55

Källa: Socialstyrelsens medborgarundersökning "Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?" Östersunds kommun 2023

\* Hemgården, Häradsgården och Änggården har egna tillagningskök.

Tabell: Andel svarande i procent på särskilt boende om frågan "Hur nöjd är du med de aktiviteter som erbjuds på äldreboendet?"

Riket	58
Häradsgården	75
Frösöstrand	56
Brunkullan	50
Skogsbruksvägen 131	50
Västervik	50
Änggården	44
Rådmansgatan	43
Trossgränd	43
Skogsbruksvägen 133	40
Fältvägen	40

Källa: Socialstyrelsens medborgarundersökning "Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?" Östersunds kommun 2023

Tabell: Andel svarande i procent på särskilt boende om frågan "Hur bra är möjligheterna att komma utomhus?"

Riket	56
Solsången	89
Frösöstrand	73
Hemgården	71
Västervik	69
Fältvägen	64
Skogsbruksvägen 131	60
Mobacka	56
Häradsgården	50
Skogsbruksvägen 133	50
Rådmansgatan	47
Brunkullan	45
Änggården	41
Trossgränd	36

Källa: Socialstyrelsens medborgarundersökning "Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?" Östersunds kommun 2023

\* Brunkullan, Fältvägen, Häradsgården, Skogsbruksgården 131 och 133, Solsången och Västervik ligger i markplan.

### Egna medborgarundersökningar 2023 redovisade av olika utförare

Vid sidan av Socialstyrelsens enkätundersökning har flera särskilda boenden även genomfört egna medborgarundersökningar under 2023.

#### Externa utförare

##### Vardagas boende- och närståendeundersökning (Myran och Brunkullan):

Myran och Brunkullan genomför en boende- och närståendeundersökning med hjälp av oberoende leverantör två gånger om året (april och september).

En enkät skickas ut till boende och närstående med riktade frågor till målgruppen. Enkäten innehåller frågor som baseras på samma områden som Socialstyrelsens enkät samt en rekommendationsfråga. Det finns också möjlighet att lämna öppna svar. Undersökningen är anonym. Verksamhetschefen får ta del av resultatet samt får en presentation att använda i kommunikation med boende, närstående och medarbetare. Resultaten från den egna boendeundersökningen och Socialstyrelsens undersökning läggs in i ett särskilt system och en handlingsplan upprättas utifrån resultaten.

**Myran:** 2023 års resultat visar att boende och anhöriga är nöjda med verksamheten. Maten och matsituationen har blivit betydligt bättre, 4,9 av 5,0. Andelen anhöriga som känner sig trygg med att ha sina närstående på Myran har ökat jämfört med föregående undersökning och ligger nu på 3,9 av 5,0. Ett förbättringsområde är att få ut information och återkoppla kring frågor som anhöriga har ställt. Planerade åtgärder utifrån identifierade förbättringsområden är att verksamhetschef ska skicka ut månadsbrev via mejl och även mejl vid andra större händelser. Varje kontaktpersonal ansvarar för att hålla kontakten med sina boendes anhöriga efter överenskommelse.

**Brunkullan:** 2023 års resultat visar en nöjdhet på 3,8 av 5,0. Ett förbättringsområde är aktiviteter.

Åtgärder som planeras att genomföras utifrån identifierade förbättringsområden är att fortsätta arbeta med att göra boende mer delaktiga i planeringen. Enheten har i den dagliga planeringen en utsedd personal som har ansvaret för att aktiviteter/promenader ska bli utförda. Mer individuella aktiviteter behövs på grund av att många boende inte har förmågan att vara med på de större aktiviteter som erbjuds. Brunkullan har även anställt en introduktionsarbetare som hjälper till med städ hos boende och i allmänna utrymmen.

**Rådmansgatan Förenade Care** har inte genomfört någon egen medborgarundersökning 2023 utan har utgått från resultaten i Socialstyrelsens enkät. Resultatet från Socialstyrelsens enkät, var under förväntat resultat. Verksamheten kommer att arbeta med resultatet på arbetsplatsträffar under hela 2024. Framst kommer Rådmansgatan att fokusera på individen, planen för insatser och kontaktmannskapet. Verksamheten har under året även identifierat förbättringsområden såsom uppföljningsmöten, uppföljning av inflyttning och uppföljning av Senior Alert.

Hela personalgruppen ska involveras i hur verksamheten ska få samma målbild för Rådmansgatan. Man planerar även att göra rutinuppdateringar, stärka teamet och teamkänslan samt få in arbetsterapeut och fysioterapeut i arbetet kring medborgaren.

**Bangårdsgatan Förenade Care** öppnade i april 2023 och har inte hunnit genomföra någon medborgarundersökning 2023. De kommer att delta i Socialstyrelsens öppna jämförelser 2024.

### Kommunal utförare

Sektor hemtjänst och särskilt boende skickade i oktober månad 2023 ut en enkät riktad till anhöriga till medborgare i särskilt boende för äldre. Frågeställningarna liknade de som Socialstyrelsen skickar ut gällande ”Vad tycker de äldre om äldreomsorgen”. Resultaten lades in i ”Vinna matchen”, ett webbaserat system för målstyrning och förbättringsarbete. Resultaten registreras för respektive enhet, men kan även ses på aggregerad nivå.

Svarsfrekvensen inom område Särskilt boende Norra var 78,5 procent (112 svarande), vilket kan jämföras med 76,9 procent år 2022 (105 svarande).

Svarsfrekvensen inom område Särskilt boende Södra var 76,4 procent (84 svarande), vilket kan jämföras med 70,6 procent år 2022 (91 svarande).

Tabell: Sektor hemtjänst och särskilt boende - egen enkätundersökning Avser Särskilt boende för äldre hösten 2023	Medelvärde på en 10-gradig skala – Område Säbo Södra	Medelvärde på en 10-gradig skala – Område Säbo Norra
Upplever du att din anhörig/närstående känner sig trygg på sitt boende?	8,1	8,1
Upplever du att din anhörig/närstående är nöjd med de aktiviteter som erbjuds på boendet?	6,3	6,3
Upplever du att personalen har ett gott bemötande?	8,4	8,6
Upplever du att personalen tar hänsyn till din anhörig/närståendes åsikter/önskemål om hur hjälpen ska utföras?	8,0	8,0
Upplever du att din anhörig/närstående tycker att måltiderna på boendet är en trevlig stund på dagen?	7,5	7,5
Upplever du att du får bra information från boendet?	6,8	6,6
Hur upplever du att din anhörig/närstående är sammantaget nöjd med sitt särskilda boende?	7,5	7,5

*Källa: Sektor hemtjänst och särskilt boende, Östersunds kommun 2023*

Varje enhet har fått i uppdrag att under 2024 utveckla två områden utifrån Socialstyrelsens och sektorns egna medborgarundersökningar.

### 6.5.3. Lagefterlevnad

#### Externa utförare

**Vardaga** rapporterar att de gör egenkontroller från företaget två gånger per år - i maj och november. Då fokuserar de på kontroll av lagefterlevnad. Intern kontroll av social dokumentation görs av gruppchef två gånger per år och kontroll av HSL-dokumentation görs av verksamhetschef tillsammans med sjuksköterska två gånger per år. Granskning av loggkontroller görs två gånger per år och listor skickas från Östersunds kommun som verksamhetschefen ser över för att säkerställa att inga obehöriga är inne och läser.

**Myran och Brunkullan** (Vardaga) rapporterar att de genomfört lagefterlevnadskontroller under 2023. Verksamheten bli bättre på att dokumentera enligt SoL så det går att följa den ”röda tråden” från påbörjad insats till uppföljning och avslut. Genomförandeplanerna behöver också uppdateras snabbare vid förändringar i omvårdnaden. När det gäller HSL behöver verksamheten även där bli bättre på att dokumentera så att det går att följa den ”röda tråden”.

**Rådmansgatan** (Förenade Care) uppger att de arbetar utifrån kvalitetskraven /avtalen. Verksamheten har upprättat rutiner som är förenliga med gällande lagstiftning och säkerställer medborgarens trygghet. Verksamheten har vård- och omsorgsplaneringar där anhöriga bjuds in att delta utifrån att samverkan ses som navet i verksamheten. Rådmansgatan har regelbundna uppföljningsmöten, de arbetar systematiskt med avvikelser och de återför avvikelser och åtgärder på arbetsplatsträffar.

De förbättringsområden som har identifierats via lagefterlevnadskontroller 2023 är kompetenshöjning hos personalen i dokumentation och att följa upp det som har dokumenterats, samt att vid förändring vara lyhörd och observant för att ställa om i genomförandeplanen utifrån ändrade behov. Verksamheten arbetar även med att stärka ledningsgruppen och följa upp HSL via Senior Alert samt komma i gång med avvikelseråd. De områden utifrån lagefterlevnad och egenkontroll enligt SoL och HSL som har förbättrats i jämförelse med år 2022 är medborgarens delaktighet i sin genomförandeplan och innehåll av dagen.

**Bangårdsgatan** (Förenade Care) rapporterar att de arbetar med lagefterlevnad och egenkontroll utifrån SoL och HSL. Bangårdsgatan uppger att ledningsgruppen minst en gång i månaden går igenom de kvalitetskrav som finns i avtalet och ser över att de efterlevs. De följer även sitt utbildningshjul. Verksamhetschefer och sjuksköterska håller sig uppdaterade med de utbildningar/riktlinjer/information som uppdragsgivaren och andra instanser tillhandahåller. På grund av att Bangårdsgatan är en nystartad verksamhet har de som förbättringsområde identifierat att det är viktigt att inget i årshjulet tappas bort/glöms under 2024. De kommer fortsätta att utbilda personalen och planerar även att genomföra ett värdegrundsarbete i början av 2024.

## Kommunala utförare

Sektor hemtjänst och särskilt boende uppger att alla chefer inom särskilt boende arbetar med lagefterlevnad och egenkontroll utifrån SoL och HSL i uppföljningssystemet Stratsys. Sektorn erbjuder även arbetsstugor i samband med att lagefterlevnadskontroller ska genomföras för att stötta chefer i detta arbete. Sektorn har noterat att inte flera enheter inom särskilt boende saknar kunskap om kvalitetsledningssystemet och dess processer samt hur man hittar rutiner koppade till dessa. Det finns även brister i social dokumentation och HSL-dokumentation. Det har också identifierats brister gällande god och säker rehabilitering, fallförebyggande arbete, förebyggande av trycksår samt säkerställande av en god nutrition och god munhälsa.

Områden som har förbättrats inom sektorn jämfört med år 2022 är arbetet med den nationella värdegrunden. Kunskapen om kvalitetsledningssystemet har också förbättrats men är ett fortsatt utvecklingsområde.

## 6.5.4. Resultat kvalitetsgranskning

### Kvalitetsgranskning Nivå 1

I mars 2023 genomfördes en granskning av lagefterlevnad. Granskningen visade att 23 av 31 enheter inom Sektor hemtjänst och särskilt boende hade genomfört egenkontroll av lagefterlevnad. Sex enheter hade inte genomfört denna egenkontroll och två enheter hade genomfört den bristfälligt.

### Kvalitetsgranskning Nivå 2

I mars–april 2023 genomfördes dokumentationsgranskningar/journalgranskningar hos sju särskilda boenden varav två externa utförare.

### Resultat

Granskningen visade att hos sex av sju boenden var den sociala dokumentationen inklusive genomförandeplanerna aktuella i de flesta fall. I merparten av genomförandeplanerna stod det inte att medborgaren har varit delaktig, men det framgick ändå av texten att man utgått från medborgarens önskemål. Det framgick också utförligt när och hur stödet ska ges. Värdegrundsarbetet syns i den sociala dokumentationen. Genomförandeplaner och journal innehåller respektfulla anteckningar. Den sociala journalen ser överlag bra ut och enheterna har aktivt och regelbundet skrivit avvikelser enligt både SoL och HSL i avvikelssystemet DF Respons.

En samlad skriftlig åtgärdsplan upprättades till ett av de granskade boendena med krav på åtgärder av brister som skulle återredovisas till Uppdragsenheten senast den 15 september 2023. Åtgärdsplanen inkom också inom denna tid.

### Kvalitetsgranskning Nivå 3 - Rådmansgatan

I mars-april 2023 genomfördes en dokumentations- och journalgranskning på Rådmansgatan i enlighet med Vård- och omsorgsnämndens granskningsplan. Utifrån en sammantagen bild av resultatet av granskningen tillsammans med inkomna

synpunkter genomfördes den 5 oktober även en Nivå 3-kvalitetsgranskning i form av intervjuer på samma boende.

### **Områden med kvalitetsbrister**

Resultatet utifrån den aktuella granskningen var 0 poäng. Granskningen visade att verksamheten arbetar aktivt med bland annat medborgarinflytande, kontaktmannaskap, individuell planering och tillgänglighet. Verksamheten beskriver att de arbetar med individuella mål för medborgarna på boendet, men har i varierande grad formulerat ner dessa i genomförandeplanerna.

Under intervjuerna informerade verksamhetschef om upprättade handlingsplaner för målbeskrivningar inom SoL och HSL. Utvecklingsarbetet var formulerat och förväntades ske under hösten 2023. Verksamheten har skickat in de två skriftliga handlingsplanerna till Uppdragsenheten efter intervjuerna. Verksamheten bedöms uppfylla kvalitetskraven.

### **Kvalitetsgranskning Nivå 3 - Frösö Strand**

Den 9 och 13 november 2023 genomfördes intervjuer utifrån en Nivå 3-kvalitetsgranskning på det särskilda boendet Frösö Strand. Detta mot bakgrund av en Nivå 2-dokumentationsgranskning/journalgranskning som genomfördes under hösten 2022.

### Områden med kvalitetsbrister

Granskningen visade på god kvalitet med några få brister. Arbetet kring dessa områden bedömdes inte vara tillräckligt strukturerade. En skriftlig åtgärdsplan begärdes därför in med krav på åtgärder av bristerna senast den 15 december 2023.

#### Kvalitetsområden där det fanns liten brist i kvaliteten (1)

Personalen saknar kunskap om vad en SoL-avvikelse kan vara och har därför skrivit få SoL-avvikelser.

#### Kvalitetsområden där det fanns stor brist i kvaliteten (2)

Personalen dokumenterar inte enligt ”Riktlinje för social dokumentation”.

### Kvalitetsgranskning Nivå 3 - Änggården

Den 20 november 2023 genomfördes en Nivå 3-kvalitetsgranskning av Änggården utifrån resultat av tidigare Nivå 2-granskning.

Enhet särskilt boende	Antal 1:or	Antal 2:or	Antal 3:or	Summa
Änggården	13	3	0	19

0= Bra kvalitet

1= Liten brist i kvaliteten

2= Stor brist i kvaliteten

3= Mycket stora brister i kvaliteten

### Områden med kvalitetsbrister

Bedömningen visade på god kvalitet med några brister där arbetet kring dessa områden ej bedömdes vara tillräckligt strukturerad. En samlad skriftlig åtgärdsplan krävdes in med krav på åtgärder av bristerna senast 23 december 2023.

#### Kvalitetsområden där det fanns liten brist i kvaliteten (1)

- Enheten har inte haft något boenderåd under 2023 men planerar att ha det två gånger per år från 2024.
- Det ska framgå av den enskildes dokumentation om, hur och när närstående ska vara delaktiga och kontaktas.
- Personal har inte kännedom om riktlinjen över tillstånd när sjuksköterska ska kontaktas. Fysioterapeuterna uppger att digital signering inte fungerar till fullo.
- Personal uppger att det var länge sedan som de genomförde självskattning hygien.
- All personal har inte genomgått utbildningarna ”Demens ABC”.
- Det finns inte dokumenterade utredningar för alla förskrivna skyddsåtgärder med risk för upplevt tvång och begränsning.
- All personal har inte genomgått munhälsoutbildning.
- Egenkontroll för livsmedelshygien enligt egenkontrollprogram utförs inte.
- Personal signerar ibland i efterhand att man gett läkemedel, vilket skapar risker och har resulterat i avvikelser. Personal läser inte alltid läkemedelslistorna före läkemedelsgivning.



- Sjuksköterskorna känner inte till riktlinje kring vilken medicinteknisk utrustning som ska finnas på Särskilt boende.
- Ingen rehab bedömning av arbetsterapeut genomförd med hänvisning till vakanta tjänster.
- Av tio granskade journaler bedömdes tre som sparsamma och två av de granskade journalerna mycket sparsamma. Enheten behöver utveckla arbetet med att dokumentera när en medborgare tackar nej till insats.
- Personal säger att de inte arbetar med avvikelser i så stor utsträckning. De upplever att det saknas återkoppling kring de avvikelser som skrivs. Ibland sker detta på APT men då är inte vikarier med.

### Kvalitetsområden där det fanns stor brist i kvaliteten (2)

- Redskap för styrke- och balansträning saknas på enheten. Man erbjuder inte anpassad styrke- och balansträning minst en gång per vecka.
- Fyra av tio av de granskade ärendena saknar genomförandeplan. Av de sex ärenden där det fanns en genomförandeplan var alla uppdaterade, men det medborgarens delaktighet framgick endast i tre av dem. Mål och delmål förekom i mycket liten utsträckning och information om hur och när stöd ska ges kunde endast utläsas i fyra genomförandeplaner.
- Enheten har inte genomfört förebyggande riskanalyser i samband med årlig verksamhetsplanering, men planerar att göra det nu inför 2024.

## 6.5.5. Tidigt varningssystem

Många signaler har under året inkommit till "Tidigt varningssystem" kring vakanser och problem att rekrytera samtliga yrkeskategorier. Uppdragsenheten har utifrån analys och bedömning krävt åtgärder från berörda verksamheter.

Exempel på övriga signaler som noterats:

- Basala åtgärder – brister vid viktnedgång
- Klagomål
- Händelser som har resulterat i lex Sarah-utredningar

## 6.5.6. Risk- och avvikelserapportering

I nedanstående tabeller redovisas rapporterade risker och avvikelser enligt SoL respektive HSL för särskilt boende för äldre (inklusive externa utförare) under år 2020–2023.

Tabell: Rapporterade risker och avvikelser enligt SoL – särskilt boende egen regi och externa utförare, år 2020-2023				
Typ av händelse	2020	2021	2022	2023
Utebliven insats*	149	165	80	195
Brist i passiva larm	3	4	0	0
Brist i trygghet	73	67	81	136
Brist i information/kommunikation/samverkan	0	10	14	22
Brist i dokumentation	1	13	1	15
Hot och våld	35	35	40	54

Typ av händelse	2020	2021	2022	2023
Tvångs- och begränsningsåtgärd	4	8	3	3
Brist i bemötande	8	14	6	7
Brist i utebliven transport	1	2	0	1
Utebliven daglig verksamhet	0	1	1	5
Övrigt (2020)	6	0	0	0
<b>Totalt</b>	<b>280</b>	<b>319</b>	<b>226</b>	<b>438</b>

Källa: DF Respons

\* Utebliven insats SoL/LSS inkluderar brist i/utebliven personlig omvårdnad, tillsyn, mathållning, fritid och motion, servicetjänster, sociala aktiviteter

Tabell: Rapporterade risker och avvikelser enligt HSL – särskilt boende egen regi och externa utförare, år 2020-2023				
Typ av händelse HSL	2020	2021	2022	2023
Läkemedelshändelse	1677	1635	1239	1254
Fallhändelse	1909	1581	1633	1797
Utebliven insats*	301	230	187	251
Hjälpmedel*	73	79	36	63
Brist i passiva larm	119	71	41	73
Brist i trygghet	19	9	0	0
Brist i information/ kommunikation/samverkan	0	53	63	73
Brist i dokumentation	48	39	38	115
Tryckskada/trycksår	0	15	21	17
Tvångs- och begränsningsåtgärd	17	10	6	10
<b>Totalt</b>	<b>4 163</b>	<b>3 722</b>	<b>3 264</b>	<b>3 653</b>

Källa: DF Respons

\* Utebliven insats HSL inkluderar ordinerad vårdåtgärd, vård i livet slut, rehabilitering

\* Hjälpmedel inkluderar felaktig hantering, produktfel

## Externa utförare

**Myran och Brunkullan** (Vardaga) har identifierat följande förbättringsområden från analys av avvikelser inom SoL och HSL under 2023:

- SoL - att man inte följer rutiner och genomförandeplaner
- HSL - delegering samt läkemedelsadministration

De förbättringar som Myran och Brunkullan planerar att vidta utifrån SoL-avvikelser är: tydligare dagplanering, samt att man ska börja med att ta med boendes ”Hemma Hos Pärlor” (som innehåller även genomförandeplan) vid uppföljningsträffar. När det gäller HSL-avvikelser ska man ha kontinuerlig utbildning om läkemedel vid varje träff med omsorgspersonalen.

**Bangårdsgatan** (Förenade Care) har identifierat följande förbättringsområden från analys av avvikelser inom SoL och HSL under 2023:

- Många avvikelser har handlat om att man inte dokumenterat i VIVA varför medborgaren tackat nej/insats uteblivit.
- Avvikelser gällande hjälpmedel - att hjälpmedel lämnats ut av fel personer. Detta har åtgärdats med att man förtydligat rutinerna kring flödet av hjälpmedel.
- En stor mängd avvikelser är kopplade till fastigheten, främst gällande att läkemedelskåpen inte fungerar optimalt. Har varit en kontinuerlig dialog med fastighetsägaren, byggherrar och Östersunds kommun. Detta arbete kommer fortsätta tills det blir en permanent och hållbar lösning.
- Vid uppstarten av verksamheten fungerade inte avvikelssystemet för personalen, så de kunde inte skriva avvikelser. Detta åtgärdades efter någon månad, men det har varit svårt att motivera personalen att skriva avvikelser, vilket enheten behöver förbättra.

Det behövs en fortsatt dialog med ansvariga för respektive problemområde för att lösa problematiken med läkemedelskåp och system som inte fungerar tillfredställande. Det behöver även genomföras utbildningar för all personal, inklusive vikarier, kring avvikelser. All personal ska under år 2024 få utbildning i dokumentation.

**Rådmansgatan** (Förenade Care) har identifierat dokumentation samt vad som ingår i rollen som undersköterska som viktiga förbättringsområden. De åtgärder som planeras att vidtas utifrån analysen är att genomföra utbildning i dokumentation och ”Den goda dagen”.

### **Kommunala utförare**

Sektor hemtjänst och särskilt boende gör en gemensam analys av avvikelser varje tertiäl och resultatet förmedlas sedan till verksamheterna. Även enheterna utför egna analyser på enhetsnivå.

Sektorn har identifierat följande förbättringsområden utifrån avvikelserna inom SoL och HSL 2023:

- Inom HSL är det fallhändelser inom särskilt boende som har ökat de senaste åren. Även läkemedelsavvikelser har ökat trots att verksamheterna har gått över till digital signering.
- Inom SoL förekommer det flest avvikelser kring brist i utebliven trygghet och brist i utebliven personlig omvårdnad, vilket är motsvarande som föregående år.

Sektorn planerar att genomföra fallförebyggande åtgärder kopplat till HSL-avvikelsena. Inför 2024 kommer enheterna att arbeta mer aktivt med fallprevention på uppdrag av sektorsledningen. När det gäller SoL-avvikelsena hanteras och analyseras de främst på enhetsnivå, men eftersom det är så SoL-avvikelser som rapporteras in kommer sektorn även att arbeta för att få personalen att rapportera fler SoL-avvikelser.

## Lex Sarah och Lex Maria

I nedanstående tabell redovisas de händelser som rapporterats enligt lex Sarah och lex Maria på särskilt boende under år 2023.

Tabell: Lex Sarah och lex Maria för särskilt boende 2023, inklusive externa utförare			
Lagrum	Antal	Typ av händelse	Utförare
Lex Sarah (SoL)	2	Brister i utförande av insatser (1 av dessa skickades till IVO)	Egen regi
Lex Sarah (SoL)	3	Ekonomiska övergrepp	Egen regi
Lex Sarah (SoL)	4	Fysiska övergrepp/brister i bemötande (2 av dessa skickades till IVO)	Egen regi
Lex Maria (HSL)	1	Utebliven ledvård, amputation av finger	Förenade Care
Lex Maria (HSL)	1	Utebliven bedömning av sjuksköterska	Egen regi
Lex Maria (HSL)	1	Felaktig dos insulin	Egen regi
Lex Maria (HSL)	1	Person som avled hade ingen vid sin sida	Egen regi

Källa: Socialt ansvarig samordnare (SAS), Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) Medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR)

### Genomförda åtgärder Lex Sarah (sammanfattning)

Följande åtgärder har genomförts av berörda enhetschefer med anledning av lex Sarah-utredningarna:

Brister i utförande av insatser:

- Enhetschef har upprättat ny punkt i introduktionen för nya vikarier.
- Enhetschef har informerat personal om de nya arbetsrutinerna hos medborgaren.
- Handlingsplan är upprättad samt uppdaterad.
- Enhetschef har kontaktat demensteamet som besökte boendet. Demensteamet hjälpte personalen att uppdatera medborgarens BPSD och gav handledning till personalen.

Ekonomiska övergrepp:

- Enhetschef informerade all personal och samtliga anhöriga.
- Enhetschef uppmanade anhöriga att göra polisanmälan.
- Enhetschef har gått igenom med personalen befintlig rutin för hur medborgarnas värdesaker ska förvaras på ett tryggt sätt.
- Enhetschef informerade personalen om händelserna på en arbetsplatsträff.
- Enhetschef tog kontakt med säkerhetssamordnare för att få en logglista på "blipp-systemet".
- Enhetschef har tagit beslut om att göra kontrollräkningar av pengar hos samtliga medborgare en gång i veckan.

Fysiska övergrepp:

- Enhetschef har upprättat en handlingsplan, en bemötandeplan samt en risk och krisanalys för personal. Dessa följs upp under uppföljningsmöten.

- Enhetschef och verksamhetschef ska lyfta hela situationen med hela personalgruppen på en arbetsplatsträff.
- Enhetschef kopplade in demensteamet och de har varit på det särskilda boendet två gånger och har gjort två olika BPSD-planer.
- Enhetschef har bokat in kvalitetsansvarig på sektorn för en utbildning i Värdegrund och Social dokumentation på en arbetsplatsträff i maj 2023.
- Enhetschef har bokat in Durewalls utbildning (mjukt självskydd) till personalen samt till vikarier under april och maj månad 2023.
- Verksamhetschef har bokat in kursen ”Demens utan tvång” med hela personalgruppen.
- All personal har genomgått webbutbildning om lex Sarah och miss-förhållanden under oktober månad 2023.
- Enhetschef tar upp dessa händelser på en arbetsplatsträff. Enhetschef tar då upp värdegrunden, genomgång av bemötande med exempel och förslag på gott bemötande i kontakt med medborgarna.
- Enhetschef och verksamhetschef har tillsammans med HR och representant från Kommunal haft samtal med berörd personal. Det resulterade i att medarbetarens anställning i kommunen avslutas.

### **Kommunala utförare**

Sektorn uppger att de behöver förbättra hur de återför lex Sarah-utredningar till verksamheten på både enhetsnivå och verksamhetsnivå.

### **Externa utförare**

**Bangårdsgatan** har haft två Lex Sarah-utredningar under 2023. De förbättringsområden som har identifierats utifrån dessa utredningar är betydelsen av att skriva avvikelser och agera på dessa. Verksamheten behöver fortsätta arbeta med utbildningar i bemötande, dokumentation samt vikten av att få reflektera över etiska dilemman på uppföljningsmötena.

### **Krav på åtgärder utifrån lex Maria-anmälan (sammanfattning):**

- Vård- och omsorgspersonalen ska dokumentera iakttagelser och vidtagna åtgärder i vårdtagares journal.
- När vårdtagares allmäntillstånd försämras ska noggrann och fullständig muntlig information ges från undersköterska till den sjuksköterska som kontaktas.
- Arbetsterapeut ska dokumentera i hälsojournal de uppföljningar av HSL-insatser som utförts och dokumentera det uppföljningsresultat som informeras om vid ärendemöten.
- Vård- och omsorgspersonalen ska genomgå utbildning i ledvård.
- Verksamhetschef ska vid ärendemöten följa upp hur den allmänna omvårdnaden fungerar.
- När kontakt sker med sjuksköterska vid ärenden som gäller ordination av insulin ska kontakten alltid ske med personal som har delegering för att ge insulin.
- Genomgång med samtlig personal att dokumentation av hälso- och sjukvårdsinsatser ska ske i nära anslutning till utförandet.
- När sjuksköterska har ansvar för flera särskilda boenden krävs en rutin som säkerställer att sjuksköterska gör besök hos de medborgare som behöver det och att sjuksköterska kan ge stöd och handledning till vård- och omsorgspersonalen.

## 6.5.7. Synpunktshantering

### Externa utförare

**Myran (Vardaga):** De flesta synpunkter som kommit in till Myran har handlat om att verksamheten inte helt följer den rutin för städ och ”uppsnyggning” som finns. De förbättringsområden som har identifierats är att enheten behöver se över och förtydliga rutiner kring städ och uppsnyggning.

**Brunkullan (Vardaga):** De flesta synpunkter som kommit in till Brunkullan har handlat om städ och uppsnyggning. Ett förbättringsområde som har identifierats är introduktionsmaterialet och den dagliga planeringen. De åtgärder som har genomförts eller planeras att genomföras utifrån förbättringsområdena är att Brunkullan har sett över och fyllt på sitt introduktionsmaterial. Daglig planering för städ/dusch och andra dagliga aktiviteter är nu samlade i en dagbok.

**Rådmansgatan (Förenade Care)** har utifrån analysen av inkomna synpunkter identifierat att det behövs utbildning för medarbetare i social dokumentation och hur man ska tänka när man upprättar en genomförandeplan. En sådan utbildning påbörjas under hösten 2023. Det kommer under våren 2024 att anordnas en planeringsdag för Rådmansgatan där man diskuterar ”Den goda dagen – hur sätter vi guldkant?”

**Bangårdsgatan (Förenade Care)** har återkopplat samtliga synpunkter som inkommit. Verksamhetens analys visar hur viktigt det är med information till anhöriga inför flytt till särskilt boende. Många anhöriga hade väldigt höga förväntningar på att Bangårdsgatan skulle vara annorlunda än övriga särskilda boenden i kommunen, till exempel när det kommer till rehabilitering, aktiviteter och personaltäthet. De åtgärder som har genomförts eller planeras att genomföras utifrån förbättringsområdena är att fortsätta ha en nära dialog med medborgarna och deras anhöriga och att ha tydlig information om rutiner vid inflyttning. Man kommer även fortsätta att ha många aktiviteter och fortsätta att utveckla kontaktmannaskapet och personalkontinuiteten.

Bangårdsgatan har även fått in flera synpunkter av positiv karaktär, att man som anhöriga upplever en ökad trygghet på Bangårdsgatan jämfört med tidigare särskilda boenden. Man upplever även att bekymmer med läkemedel som tidigare funnits har följts upp bättre på Bangårdsgatan och det blivit bättre stabilitet.

### Kommunal utförare

Under det första halvåret 2023 inkom det totalt 15 synpunkter, varav 1 beröm, avseende Sektor hemtjänst och särskilt boende. Klagomålen avsåg främst brist på återkoppling i ärende som skickats in.

Sektorn har noterat att det är få synpunkter som kommer in via synpunkts- hanteringssystemet Flexite. Många enheter tar emot synpunkter direkt på enheten men registrerar inte dessa i synpunktshanteringssystemet. Enheterna behöver bli bättre på att få ut information till medborgarna om var de kan vända sig med eventuella synpunkter. Sektorn behöver också bli bättre på att ta hand om de synpunkter som inkommer och förbättra återkopplingen till medborgare som lämnar synpunkter. Cheferna kan även behöva utbildning i Flexite.

## 6.5.8. Goda exempel från verksamheten

### Myran

- Hos Myran har verksamheten ändrat sitt schema. Istället för ett stort schema har man delta in i två arbetsgrupper, vilket har inneburit en bättre kontinuitet för de boende. Det har lett till att måltidsupplevelsen blivit bättre samt att aktiviteter förbättrats. Kontaktmannaskapet är också lättare att efterleva. Introduktionsarbetare som hjälper till med städ både hos boende och i allmänna utrymmen har bidragit till att personalen har blivit avlastade för att lägga tiden på bland annat aktiviteter.

### Brunkullan

- På Brunkullan har alla boende gått upp i vikt de senaste 6 månaderna efter ett ingående arbete med måltider, nattfasta och extra näring.

### Rådmansgatan

- Rådmansgatan har anställt en personal som driver aktiviteter och socialsamvaro för dem som bor på boendet. Verksamheten har även planerat in hela årets vård- och omsorgsplaneringar där de bjuder in medborgaren, sjuksköterska samt rehab-personal och anhöriga vid behov

### Bangårdsgatan

- Bangårdsgatan hade en medborgare som flyttade in i maj 2023 och förflyttades då med lyft och åt via sond. Men under sommaren blev hen piggare. Idag klarar medborgaren att gå i trappor själv, äter själv och sköter sina läkemedel själv. Medborgaren planeras att kunna flytta hem till ordinärt boende igen. Denna rehabilitering beror på ett engagemang hos några undersköterskor som såg potentialen hos denna medborgare.

## 6.5.9. Uppdragsenhetens analys och slutsats

### Medborgarnöjdhet

Utifrån Socialstyrelsens medborgarundersökning samt verksamheternas egna medborgarundersökningar kan flera förbättringsområden identifieras. Dessa gäller framförallt aktiviteter och måltider. Samtliga verksamheter har också planerat in förbättringsåtgärder för dessa områden inför 2024.

### Lagefterlevnad

Uppdragsenhetens övergripande bedömning är att lagefterlevnaden är god. Verksamheterna har identifierat olika förbättringsområden som de planerat in olika aktiviteter för att vidareutveckla.

### Risk- och avvikelserapportering

Utifrån den statistik som redovisats i tabellerna högre upp bedömer Uppdragsenheten att risk- och avvikelserapporteringen är bristfällig då det endast är ett fåtal Sol-avvikelser som rapporterats in. Underlagen visar dock att både kommunala och externa utförare planerat in en rad olika aktiviteter för att öka personalens rapporteringsfrekvens.

Uppdragsenheten kan även konstatera att kommunala utförare behöver utveckla ett bättre samarbete gällande de händelser som utretts som lex Sarah. Att systematiskt delge andra enheter inom samma verksamhetsområde inom sektorn information om lex Sarah-utredningar och anmälningar kan förhindra att liknande incidenter händer på en annan enhet. Sektorn har med detta i 2024 års kompetensutvecklingsplan.

## 6.6. Korttidsboende enligt SoL/Växelvård

### 6.6.1. Verksamhetens uppdrag

Korttidsboende/växelvård är en tillfällig insats för medborgare med så stort behov av vård, omsorg och trygghet att det inte går att ordna i deras eget hem.

Under våren 2023 har en grupp lägenheter omdisponerats till växelvård på äldreboendet Änggården.

Under 2023 har 560 beslut om korttidsvistelse enligt SoL fattats och 33 beslut om växelvård.

### 6.6.2. Medborgarnas nöjdhet

#### Egna medborgarundersökningar 2023

**Anhörigavlösning Södra strand** har under 2023 genomfört två medborgarundersökningar. Under vecka 10 respektive vecka 40 fick medborgare med växelvårdsbeslut möjlighet att besvara en enkät vid vistelsens slut.

För sju svarande vecka 10 låg nöjdheten i genomsnitt på 98,6 procent. För nio svarande vecka 40 låg nöjdheten i genomsnitt på 91,3 procent.

Sektor hemtjänst och särskilt boende - egen enkätundersökning - Avser Korttidsboende enligt SoL/Växelvård Södra strand hösten 2023 (9 svarande)	Medelvärde på en 10-gradig skala
Upplever du att personalen har lyssnat på dig och dina önskemål under din korttidsvistelse?	9,44
Upplever du att personalen haft ett bra bemötande under din korttidsvistelse?	9,56
Upplever du att du har fått ett bra stöd i din rehabilitering under din korttidsvistelse?	7,78
Upplever du att det känns tryggt att åka hem?	9,78
Hur sammantaget nöjd är du med det stöd du fått under din korttidsvistelse?	9,11

*Källa: Sektor hemtjänst och särskilt boende, Östersunds kommun 2023*

Sektorn har inte identifierat några direkta förbättringsområden eftersom medborgarna verkar nöjda.

**Häradsgården korttidsboende** ingår under särskilt boende och deras medborgarundersökningar, se *avsnitt 6.5.2*.

**Liljevägen** har inte genomfört någon medborgarundersökning under 2023.



**Brännagården** har inte genomfört någon medborgarundersökning under 2023. Verksamhetschef byttes i april 2023. Verksamheten planerar att göra en medborgarundersökning under januari 2024.

### 6.6.3. Lagefterlevnad

**Sektor hemtjänst- och särskilt boende** uppger att verksamheterna inom korttidsboende SoL och växelvård arbetar utifrån verksamhetsspecifik lagstiftning. Korttidsboenden och växelvård ingår i särskilda boendens lagefterlevnadskontroller. Ett förbättringsområde som har identifierats inför 2024 är att kunskapen om Stratsys behöver öka.

**Liljevägens** enhetschefer har i sitt uppdrag att genomföra regelbundna uppföljningar och rapportera nuläget i Vård- och omsorgsnämndens olika verksamhetssystem.

**Brännagården** arbetar med att få med lagefterlevnadskontroller i sitt årshjul framöver.

### 6.6.4. Resultat kvalitetsgranskning

#### Kvalitetsgranskning Nivå 1

I mars 2023 genomfördes en granskning av lagefterlevnad. Granskningen visade att 23 av 31 enheter inom Sektor hemtjänst och särskilt boende har genomfört egenkontroll av lagefterlevnad. Sex enheter har inte genomfört denna egenkontroll och två enheter har genomfört den bristfälligt.

#### Kvalitetsgranskning Nivå 2 och Nivå 3

Det har inte genomförts någon Nivå 2 eller Nivå 3-kvalitetsgranskning av Korttidsboende enligt SoL/Växelvård under 2023.

### 6.6.5. Tidigt varningssystem

Många signaler har under året inkommit till "Tidigt varningssystem" kring vakanser och problem att rekrytera samtliga yrkeskategorier. Uppdragsenheten har utifrån analys och bedömning krävt åtgärder från berörda verksamheter.

Exempel på övriga signaler: Klagomål som inkommit till Uppdragsenheten.

### 6.6.6. Risk- och avvikelserapportering

I nedanstående tabeller redovisas rapporterade risker och avvikelser enligt SoL respektive HSL för korttidsboende SoL/Växelvård under år 2020–2023.

Tabell: Risker och avvikelser SoL, Korttidsboende SoL/Växelvård, externa och egen regi, 2020–2023.

Typ av händelse	2020	2021	2022	2023
Läkemedelshändelse (egenvård)	0	1	0	0
Utebliven insats*	7	15	13	27
Brist i trygghet	1	19	8	35

Typ av händelse	2020	2021	2022	2023
Brist i information/ kommunikation/samverkan	0	3	3	11
Brist i dokumentation	0	8	0	0
Hot och våld	5	22	11	4
Brist i bemötande	0	1	0	5
Brist i utebliven transport	0	0	2	2
<b>Totalt</b>	<b>13</b>	<b>69</b>	<b>37</b>	<b>84</b>

Källa: DF Respons

\* Utebliven insats SoL/LSS inkluderar brist i/utebliven personlig omvårdnad, tillsyn, mathållning, fritid och motion, servicetjänster, sociala aktiviteter

Tabell: Risker och avvikelser HSL, Korttidsboende SoL/Växelvård, externa och egen regi, 2020–2023.

Typ av händelse	2020	2021	2022	2023
Läkemedelshändelse	0	159	146	217
Fallhändelse	0	0	147	172
Utebliven insats HSL*	16	31	15	40
Hjälpmedel*	0	0	10	17
Brist i passiva larm	0	0	16	10
Brist i trygghet	0	0	0	0
Brist i information/kommunikation samverkan	0	0	6	18
Brist i dokumentation	0	9	2	4
Tryckskada/trycksår	0	0	1	3
Tvångs- och begränsningsåtgärd	0	0	2	1
<b>Totalt</b>	<b>16</b>	<b>190</b>	<b>345</b>	<b>482</b>

Källa: DF Respons

\* Utebliven insats HSL inkluderar ordinerad vårdåtgärd, vård i livet slut, rehabilitering

\* Hjälpmedel inkluderar felaktig hantering, produktfel

Det har endast rapporterats fem avvikelser för anhörigavlösningen under 2023. Samtliga rör HSL inom tre olika områden: Läkemedel, samverkan och fall. Ett förbättringsområde som har identifierats är att analysera varför det skrivs så få SoL-avvikelser.

### Lex Sarah och Lex Maria 2023

Det finns inte några rapporterade missförhållanden enligt lex Sarah eller lex Maria för Korttidsboende/Växelvård under år 2023.

### 6.6.7. Synpunktshantering

Det finns inte några registrerade synpunkter om Brännagården, Häradsgården, Södra Strand och Liljevägen under 2023.

## 6.6.8. Uppdragsenhetens analys och slutsats

### Medborgarnöjdhet

Södra Strand har redovisat genomförda medborgarundersökningar under 2023 och beskriver resultatet som mycket positivt. Brännagården och Liljevägen har inte redovisat något underlag, vilket försvårar analys.

### Lagefterlevnad

Det finns inga indikationer på bristande kvalitet utifrån de material som inkommit, även om det är svårt att dra några slutsatser då det inte har genomförts någon granskning.

### Risk- och avvikelserapportering

Utifrån den statistik som redovisats i tabellerna högre upp konstaterar Uppdragsenheten att det skett en markant ökning av inrapporterade SoL-avvikelser och HSL-avvikelser under år 2023. Dessa berör främst brist i trygghet och utebliven insats (SoL), samt läkemedelhändelse och fallhändelse (HSL). Vad ökningen av antalet avvikelser beror på är svårt att bedöma, men en rimlig orsak skulle kunna vara att verksamheten i högre utsträckning blivit bättre på att rapportera avvikelser.

## 6.7. Bostad med särskild service enligt LSS (LSS-bostad)

### 6.7.1. Verksamhetens uppdrag

Förkortningen LSS står för lagen om stöd och service för vissa funktionshindrade. LSS-bostad är en omfattande insats för människor med funktionsnedsättning enligt lagens personkretsar. Insatsen ges enligt beslut om gruppboende eller serviceboende. I LSS-bostaden ingår allt det stöd som behövs för att personen ska kunna leva ett så normalt och självständigt liv som möjligt.

Insatsen kan även ges i form av annan särskild anpassad bostad. I denna boendeform ingår inte stödinsatser.

I december 2023 hade 500 medborgare insatsen LSS-bostad.

### Medborgarnas nöjdhet

Sektor funktionshinder genomför nationella medborgarundersökningar i vissa verksamheter vartannat år och arbetar med resultatet vartannat år. Egna interna medborgarundersökningar genomförs i de verksamheter som ej berörs av den nationella. Inom verksamheten LSS-bostad genomförs den nationella medborgarundersökningen vartannat år. Ingen nationell medborgarundersökning har genomförts år 2023 eftersom det är ett "uppföljningsår".

Utifrån resultatet av de medborgarundersökningar som genomfördes 2022 har Sektor funktionshinder tagit fram ett stödmaterial som chefer kan använda i fördjupade samtal med medborgare och med personal.

Enhetschefer har haft dialog med medborgare utifrån föregående års resultat. Enheterna har även arbetat med bemötande och nöjdhet hos medborgare kontinuerligt, och diskuterat på arbetsplatsträffar vad som kan förändras/göras bättre.

Det anordnas så kallade Boråd med chef varje termin för medborgarna. Medborgarna har varit nöjda med dessa och kommit med många tankar kring fortsatta möten. Enheterna har arbetat med bemötande och haft handledning i hur man kan bemöta utmanande beteende på ett mer professionellt sätt. Etiska dilemman har diskuterats på arbetsplatsträffar.

Det har även förekommit att enheten har tagit kontakt med anhöriga för inhämtande av synpunkter och gemensam uppföljning av genomförandeplan samt hälso- och vårdplanering i de fall där medborgare önskat anhörigas närvaro. Några enheter har också genomfört så kallade DMO-slingor, en delaktighetsmodell, under hösten 2023. Delaktighetsmodellen är en metod för ökad delaktighet, tillgänglighet och trygghet där medborgarna deltar och styr vad som ska tas upp.

### 6.7.2. Lagefterlevnad

Sektor funktionshinder uppger att enhetscheferna inom LSS-bostad har i sitt uppdrag att genomföra regelbundna uppföljningar och rapportera nuläget i Vård- och omsorgsförvaltningens olika verksamhetssystem. Hur enhetscheferna hanterar aktuella frågor, arbetsmetoder och eventuella förbättringsområden utifrån olika uppdrag/krav diskuteras på verksamhetsledning, i olika typer av arbetsgrupper och även vid uppföljning/månadssamtal med verksamhetschef.

Förbättringsområden som identifierats under år 2023 är:

- Registrering av synpunkter i Flexite
- Fler enheter ska arbeta mer aktivt med kartläggning av risker för sämre bemötande
- Säkerställa att alla enheter gör slutanteckningar vid upphörande av insats
- Säkerställa att alla enheter arbetar aktivt med inhämtande av synpunkter
- Säkerställa att alla enheter följer Socialstyrelsens allmänna råd om kompetenskrav enligt SOSFS 2014:2 vid rekrytering av personal
- Höja kompetensen hos samtliga medarbetare om ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete och att de arbetar enligt fastställda processer och rutiner
- internkontroll av hjälpmedel, rutin saknas
- personal genomgår introduktionsutbildning med arbetsterapeut och fysioterapeut

Åtgärder som redan genomförts är:

- internkontroll av hjälpmedel, en lokal rutin har upprättats för att säkerställa kontroller varje månad
- enheter skriver slutanteckning när insatsen upphör
- enhetens medarbetare har god kännedom om ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete och arbetar enligt processer och rutiner.
- några enheter har registrerar inkomna synpunkter i Flexite.

### 6.7.3. Resultat kvalitetsgranskning

#### Kvalitetsgranskning Nivå 1

I mars 2023 genomfördes granskning av lagefterlevnad. Granskningen visade att 28 av 49 enheter inom Sektor funktionshinder genomfört egenkontroll av lagefterlevnad. 20 enheter hade inte genomfört denna egenkontroll och en enhet hade genomfört den bristfälligt.

#### Kvalitetsgranskning Nivå 2

I mars-april 2023 genomfördes dokumentationsgranskningar/journalgranskningar av 41 LSS-bostäder. Granskningen bestod av genomgång av LSS/HSL-journaler, hälsoplaner och genomförandeplaner på de medborgare som bor på LSS-bostäderna.

Uppdragsenheten har även granskat LSS- och HSL-avvikelser, egenkontroll samt pratat med berörda handläggare på Myndighetsenheten.

#### Resultat

Resultatet av granskningarna visade att 39 LSS-bostäder arbetar på ett bra och systematiskt sätt med stora delar av sitt kvalitetsarbete. I dessa fall fanns det enbart mindre brister som behövde justeras i verksamheten.

En sammanställning av granskningarna skickades ut till 23 av de LSS-bostäder som granskades, med krav på åtgärder av brister. Åtgärdsplanerna skulle inlämnas till Uppdragsenheten senast den 15 september 2023. Samtliga begärda åtgärdsplaner inkom inom denna tid. Två av LSS-bostäderna gick vidare till en Nivå 3-granskning.

Exempel på åtgärder:

- Delaktighet i genomförandeplaner behöver tydliggöras
- Genomförandeplaner som är äldre än ett år behöver uppdateras
- Utveckling av social journal till att omfatta en mer strukturerad dokumentation och mer dokumentation av vad som händer i medborgarnas liv
- Utveckling av avvikelset arbetet till att omfatta fler avvikelser och analys av avvikelserna
- Hälso- och vårdplanering (HOV) som är äldre än 1 år behöver uppdateras
- Egenkontroll behöver fyllas i vid nästa tillfälle i november 2023

#### Kvalitetsgranskning Nivå 3 - Havrevägen 25

Den 14-15 september 2023 genomfördes intervjuer utifrån en Nivå 3-kvalitetsgranskning på Havrevägen 25. Detta mot bakgrund av resultatet från en tidigare Nivå 2 dokumentationsgranskning/journalgranskning som genomfördes under mars-april 2023.

Enhet: LSS-bostad	Antal 1:or	Antal 2:or	Antal 3:or	Summa
Havrevägen 25	7	1	0	9

0= Bra kvalitet

1= Liten brist i kvaliteten

2= Stor brist i kvaliteten

3= Mycket stora brister i kvaliteten

### Områden med kvalitetsbrister

Bedömningen visade god kvalitet, med en del brister. Arbetet kring dessa områden bedömdes inte vara helt systematiskt. En skriftlig åtgärdsplan krävdes därför in med krav på åtgärder av bristerna senast den 15 oktober 2023.

#### Kvalitetsområden där det fanns liten brist i kvaliteten (1)

- Enheten behöver utveckla kartläggning av risker för sämre bemötande där behov finns
- Enheten behöver säkerställa att kommunikation anpassas för att skapa trygghet
- Enheten behöver revidera sina skriftliga särskilda överenskommelser för hantering av egna medel
- Enheten behöver slutföra 2 genomförandeplaner till medborgare som har insatser enligt SoL
- Enheten behöver utveckla vidare den sociala dokumentationen
- Enheten behöver utveckla sitt analysarbete med avvikelser
- Enheten behöver se över sina överenskommelser mellan medborgare och kontaktpersonal

#### Kvalitetsområden där det fanns stor brist i kvaliteten (2)

- Enheten behöver uppdatera så att aktuell Hälso- och vårdplanering (HOV) finns hos alla medborgare

### Kvalitetsgranskning Nivå 3 - Havrevägen 184

Den 31 augusti och 1 september 2023 genomfördes intervjuer utifrån en nivå 3-kvalitetsgranskning på Havrevägen 184. Detta mot bakgrund av resultatet av en Nivå 2 dokumentationsgranskning/journalgranskning som genomfördes under mars 2023.

Enhet:	Antal 1:or	Antal 2:or	Antal 3:or	Summa
LSS-bostad				
Havrevägen 184	2	4	0	10

0= Bra kvalitet

1= Liten brist i kvaliteten

2= Stor brist i kvaliteten

3= Mycket stora brister i kvaliteten

### Områden med kvalitetsbrister

Granskningen visade att det finns ett utbud av utevistelse som erbjuder medborgarna hälsofrämjande fritidsaktiviteter. Granskningen visade även att det fanns brister som behöver åtgärdas. En skriftlig åtgärdsplan begärdes därför in med krav på åtgärder av bristerna senast den 29 september 2023.

#### Kvalitetsområden där det fanns liten brist i kvaliteten (1)

- Överenskommelser mellan medborgare och kontaktpersonal behöver uppdateras för samtliga medborgare
- Genomförandeplaner finns i pappersform och arbete pågår med att digitalisera dessa

## Kvalitetsområden där det fanns stor brist i kvaliteten (2)

- Hälsa- och vårdplanering (HOV) är inte genomfört för alla medborgare
- Personalen dokumenterar inte enligt ”Riktlinje för social dokumentation”.
- Personalen arbetar inte enligt ”Riktlinje för risk och avvikelshantering inom Hälsa- och sjukvård och Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade”
- Det saknas skriftliga särskilda överenskommelser för hantering av egna medel till alla medborgare

### 6.7.4. Tidigt varningssystem

Det har inkommit två signaler till ”tidigt varningssystem” om LSS-bostad under 2023: Händelse som resulterade i en lex Sarah-utredning och HSL-personal som larmat om minskning av resurser.

### 6.7.5. Risk- och avvikelserapportering

I nedanstående tabeller redovisas rapporterade risker och avvikelser enligt LSS respektive HSL för LSS-bostad under år 2020–2023.

Tabell: Risker och avvikelser enligt LSS - LSS-bostad 2020–2023.

Typ av händelse LSS	2020	2021	2022	2023
Utebliven insats*	150	212	249	257
Brist i trygghet	32	76	90	114
Brist i information /kommunikation/samverkan	0	77	63	70
Brist i dokumentation	19	37	28	13
Hot och våld	38	56	58	85
Tvångs- och begränsningsåtgärder	4	2	7	6
Brist i bemötande	4	24	20	25
Brist i utebliven transport	7	19	30	42
Självskaðebeteende	0	4	6	7
Utebliven daglig verksamhet	0	7	10	6
Övrigt (2020)	58	0	0	0
<b>Totalt</b>	<b>312</b>	<b>516</b>	<b>561</b>	<b>625</b>

Källa: DF Respons

\* Utebliven insats SoL/LSS inkluderar brist i/utebliven personlig omvårdnad, tillsyn, mathållning, fritid och motion, servicetjänster, sociala aktiviteter

Tabell: Risker och avvikelser enligt HSL - LSS-bostad 2020–2023

Typ av händelse HSL	2020	2021	2022	2023
Läkemedelshändelse	415	515	370	373
Fallhändelse	316	166	174	187
Utebliven insats*	29	25	36	26
Hjälpmedel*	9	17	12	9
Brist i passiva larm	0	0	2	5
Brist i trygghet	0	3	0	0
Brist i information/kommunikation/samverkan	0	0	47	44
Brist i dokumentation	0	26	32	18

Typ av händelse HSL	2020	2021	2022	2023
Tryckskada/trycksår	0	2	1	1
Tvångs- och begränsningsåtgärd	1	2	1	0
<b>Totalt</b>	<b>770</b>	<b>756</b>	<b>675</b>	<b>663</b>

Källa: DF Respons

\* Utebliven insats HSL inkluderar ordinerad vårdåtgärd, vård i livet slut, rehabilitering

\* Hjälpmedel inkluderar felaktig hantering, produktfel

### Lex Sarah och Lex Maria

I nedanstående tabell redovisas de händelser som rapporterats enligt lex Sarah och lex Maria för LSS-bostad under år 2023

Tabell: Lex Sarah och lex Maria - LSS-bostad 2023		
Lagrum	Antal	Typ av händelse
Lex Sarah (LSS)	1	Sexuella övergrepp
Lex Sarah (LSS)	1	Psykiska övergrepp
Lex Sarah (LSS)	1	Brister i utförande av insatser
Lex Sarah (LSS)	2	Ekonomiska övergrepp
Lex Sarah (LSS)	2	Brist i bemötande/fysiska- psykiska övergrepp

Källa: Socialt ansvarig samordnare (SAS)

### Genomförda åtgärder Lex Sarah (sammanfattning)

Följande åtgärder har genomförts av berörda enhetschefer med anledning av lex Sarah-utredningarna:

Ekonomiska övergrepp:

- Polisanmälan på ekonomiska övergrepp
- Skriftliga särskilda överenskommelser för hantering av egna medel har upprättats för berörda medborgare
- Förvaring av kontanter har setts över och även tillgång till nycklar där kontanter förvaras
- Signeringslistor för personal har upprättats och i de fall där det är möjligt även logglistor för personal vid hantering av kontanter
- Revidering av riktlinje för hantering av egna medel har skett

Brist i bemötande, fysiska, psykiska och sexuella övergrepp:

- Enheten har lämnat information om att polisanmälan kan göras och i vissa fall har det gjorts
- Personalpolitiska åtgärder har vidtagits
- Medborgarens genomförandeplan har reviderats
- Verksamhetsstöd har givits till berörd enhet med fokus på utbildning i bemötande och arbetsmetoder
- Enheten har tagit kontakt med olika stödinsatser som t ex psykiatri, hälsocentral/läkare, distriktssköterska och arbetsterapeut för hjälp och stöd
- God man och berörd handläggare har underrättats
- Enheten har haft utbildning i låg affektivt bemötande
- Handlingsplan och krisplan är upprättade



- Stödpedagog ger stöd så länge behov finns
- Medborgaren är erbjuden samtalsstöd med kurator
- Enskilda samtal med enhetschef har erbjudits
- Förändring i bemanning har skett
- Upprättande av ny rutin och bemötandeplan har gjorts

### 6.7.6. Synpunktshantering

Det har inkommit få synpunkter i synpunktshanteringssystemet Flexite. Det saknas därmed statistik, vilket försvårar möjligheterna till att göra en analys. De synpunkter som kommit in handlar vanligtvis om bemötandefrågor. Chef har i dessa fall träffat berörda personer för samtal.

### 6.7.7. Goda exempel från verksamheten

- Några enheter inom sektorn har genomfört så kallade DMO-slingor (delaktighetsmodell) med syfte att öka delaktigheten för medborgarna.
- Chef har tillsammans med personal på en enhet genomgått ett utbildningsprogram som heter "Hälsan spelar roll". Programmet handlar om att främja hälsa för medborgare utifrån bland annat fysisk aktivitet och hälsosamma matvanor. Medborgarna kommer att utbildas vidare i detta under 2024.
- Flertalet chefer har haft individuella samtal med medborgare utifrån olika valda teman. Teman har varit på olika ställen som fritidsaktiviteter, trygghet och kommunikation.
- Medborgarundersökningen sätter fokus på förbättringsområden som medborgarna önskar. Med hjälp av bland annat det stödmaterialet sektorn tagit fram har arbetet inriktat sig på att ta reda på mer för att få fram fördjupade kunskaper. Detta arbete kommer fortsätta under hela 2024.
- En LSS-bostad har i sommar återupptagit stegutmaningen från 2022 där de samlade ihop cirka 5 miljoner steg tillsammans, personal och medborgare. Detta påbörjades i maj månad och avslutades sista augusti. Årets antal steg blev 4 445 304.
- Några enheter har infört ett nytt "verksamhetssystem", Boet, för att stärka medborgarens självständighet, delaktighet och inflytande. Under året har det genomförts ett arbete om "Våga Fråga" från Suicide Zero.
- Det har också startat en satsning på MI (Motivational Interviewing) som är en evidensbaserad samtalsmetod som syftar till att stärka personlig motivation och hjälpa människor vidare i deras förändringsprocesser, i riktning mot deras mål. Ett respektfullt aktivt lyssnande som inriktas mot att framkalla personens eget förändringsprat (önskemål, anledningar, idéer om tillvägagångssätt och rimliga steg att ta).

### 6.7.8. Uppdragsenhetens analys och slutsats

#### Medborgarnöjdhet

Verksamheten har inte genomfört någon medborgarundersökning 2023 vilket försvårar analys. Däremot redovisar verksamheten att de arbetar aktivt med resultatet

från 2022 års medborgarundersökning. Bland annat har de tagit fram ett stödmaterial som chefer kan använda i fördjupade samtal med medborgare och med personal.

### **Lagefterlevnad**

Det finns inga indikationer på bristande kvalitet utifrån det material som inkommit. Under året har händelser om ekonomiska oegentligheter förekommit och en reviderad riktlinje gällande hantering av medborgares egna medel har lyfts fram.

### **Risk- och avvikelserapportering**

Utifrån den statistik som redovisats i tabellerna högre upp bedömer Uppdragsenheten att risk- och avvikelserapporteringen är bristfällig, då det endast är ett fåtal LSS-avvikelser som rapporterats in. Dessa avvikelser berör främst brister i trygghet, kommunikation och samverkan, hot och våld och servicetjänster. Många av dessa avvikelser kommer från samma enheter och berör samma enskilda medborgare. Uppdragsenheten bedömer att risk- och avvikelshanteringen är fortsatt ett utvecklingsområde inom LSS-bostad.

## **6.8. Bostad med särskild service för vuxna med funktionsnedsättning SoL (SoL-bostad)**

### **6.8.1. Verksamhetens uppdrag**

Bostad med särskild service för vuxna personer med funktionsnedsättning är en insats enligt 5 kap. 7§ socialtjänstlagen och kallas i Östersunds kommun för SoL-bostad.

I december 2023 fanns det 40 lägenheter för personer med beslut om SoL-bostad i Östersunds kommun.

### **6.8.2. Medborgarnas nöjdhet**

Sektor funktionshinder genomför nationella medborgarundersökningar i vissa verksamheter vartannat år och arbetar med resultatet vartannat år. Egna interna medborgarundersökningar genomförs i de verksamheter som ej berörts av den nationella. Inom verksamheten SoL-bostad genomförs den nationella medborgarundersökningen vartannat år.

Utifrån resultatet av den medborgarundersökningar som genomfördes år 2022 har Sektor funktionshinder under 2023 fokuserat sitt arbete på bemötande och nöjdhet och tagit fram ett stödmaterial som chefer kan använda i fördjupade samtal med medborgare och personal.

### **6.8.3. Lagefterlevnad**

Sektor funktionshinder uppger att enhetscheferna inom SoL-bostad har i sitt uppdrag att genomföra regelbundna uppföljningar och rapportera nuläget i Vård- och omsorgsförvaltningens olika verksamhetssystem. Hur enhetscheferna hanterar aktuella frågor, arbetsmetoder och eventuella förbättringsområden utifrån olika uppdrag/krav diskuteras på verksamhetsledning, i olika typer av arbetsgrupper och även vid uppföljning/månadssamtal med verksamhetschef.

Verksamheten uppger att samtliga enheter inom SoL-bostad arbetar med lagefterlevnad och egenkontroll i Stratsys. Större delen av verksamheten rapporterar inga identifierade förbättringsområden inom lagefterlevnad för 2023. En enhet har identifierat dokumentation som förbättringsområde. Enheten har påbörjat ett arbete att förbättra journalföringen där händelser, åtgärder och uppföljning tydligt ska framgå.

## 6.8.4. Resultat kvalitetsgranskning

### Kvalitetsgranskning Nivå 1

I mars 2023 genomfördes granskning av lagefterlevnad. Granskningen visade att 28 av 49 enheter inom Sektor funktionshinder genomfört egenkontroll av lagefterlevnad. 20 enheter har inte genomfört denna egenkontroll och en enhet har genomfört den bristfälligt.

### Kvalitetsgranskning Nivå 2

I mars-april 2023 genomförde Uppdragsenheten dokumentations- och journalgranskningar av fem SoL-bostäder i enlighet med Vård- och omsorgsnämndens uppföljningsplan.

Granskningen bestod av genomgång av SoL/HSL-journaler, hälsoplaner och genomförandeplaner på de medborgare som bor på SoL-bostäderna. Uppdragsenheten granskade även SoL- och HSL-avvikelser, egenkontroll samt inhämtade information från berörda handläggare på Myndighetsenheten.

Resultatet av granskningen visade att samtliga fem SoL-bostäder hade mindre brister som behövde åtgärdas. En sammanställning av granskningarna skickades ut med krav på åtgärder av bristerna till SoL-bostäderna som granskades. Samtliga SoL-bostäder lämnade in åtgärdsplaner inom begärd tid. Två av SoL-bostäderna gick vidare till en Nivå 3-granskning.

Exempel på brister och åtgärder som SoL-bostäderna ombads justera var att:

- uppdatera genomförandeplaner som var äldre än ett år
- utveckla social journal till att omfatta en mer strukturerad dokumentation
- upprätta skriftliga överenskommelser om kontaktmannaskap med medborgarna
- uppdatera hälso-och vårdplanering (HOV) som var äldre än ett år
- fylla i egenkontroll
- utveckla avvikelset arbetet till att omfatta fler avvikelser och i större omfattning analysera dessa

### Kvalitetsgranskning Nivå 3 - Önevägen 198

Den 10 oktober 2023 genomfördes en nivå 3-kvalitetsgranskning av SoL-bostaden Önevägen 198. Granskningen bestod av intervjuer med personal och enhetschef på boendet. Granskningen visade på kvalitetsområden där det fanns både mindre och större brister i verksamheten. En samlad skriftlig åtgärdsplan begärdes in med krav på åtgärder som senast skulle redovisas skriftligt för Uppdragsenheten den 10 november 2023. Verksamheten inkom med åtgärdsplan inom begärd tid.

Enhet/ grupp/bostad	Antal 1:or	Antal 2:or	Antal 3:or	Summa
Önevägen 198	2	2	0	6

0= Bra kvalitet

1= Liten brist i kvaliteten

2= Stor brist i kvaliteten

3= Mycket stora brister i kvaliteten

#### Kvalitetsområden där det fanns liten brist i kvaliteten (1)

- Enheten dokumenterar inte bakgrundsinformation varken i genomförandeplanen eller på annat ställe i verksamhetssystemet.
- Enheten dokumenterar inte kontinuerligt i social dokumentation.

#### Kvalitetsområden där det fanns stor brist i kvaliteten (2)

- Enheten saknar en skriftlig kompetensplan för personalgruppen. Personalen saknar kunskap om missförhållande enligt lex Sarah.
- Personalen saknar kunskap om vad en SoL-avvikelse är och när dessa ska göras.

#### Kvalitetsgranskning Nivå 3 - Östersundsvägen 5

Den 23 oktober 2023 genomfördes en Nivå 3 kvalitetsgranskning av SoL-bostaden Östersundsvägen 5. Granskningen bestod av intervjuer med personal och enhetschef på boendet. Granskningen visade att det fanns både mindre och större brister i verksamheten. En samlad skriftlig åtgärdsplan krävdes in med krav på åtgärder som senast skulle redovisas skriftligt för Uppdragsenheten den 1 december 2023. Verksamheten inkom med åtgärdsplan inom begärd tid.

Enhet/grupp/bostad	Antal 1:or	Antal 2:or	Antal 3:or	Summa
Östersundsvägen 5	3	1	0	5

0= Bra kvalitet

1= Liten brist i kvaliteten

2= Stor brist i kvaliteten

3= Mycket stora brister i kvaliteten

#### Kvalitetsområden där det fanns liten brist i kvaliteten (1)

- Enheten dokumenterar inte kontinuerligt i social dokumentation.
- Enheten arbetar inte systematiskt med att fråga medborgare vad som fungerar bra och vad som kan fungera bättre på boendet
- Enheten saknar skriftliga överenskommelser om kontaktmannaskap med medborgarna som bor på SoL-boendet

#### Kvalitetsområden där det fanns stor brist i kvaliteten (2)

- Personalen saknar kunskap om vad en avvikelse är och när dessa ska göras.

## 6.8.5. Tidigt varningssystem

Det finns inga rapporterade varningssignaler för SoL-bostad under år 2023.

## 6.8.6. Risk- och avvikelserapportering

I nedanstående tabeller redovisas rapporterade risker och avvikelser enligt SoL respektive HSL för SoL-bostad under år 2020–2023.

Tabell: Risker och avvikelser enligt SoL - SoL-bostad, 2020–2023				
Typ av händelse SoL	2020	2021	2022	2023
Utebliven insats*	5	5	3	3
Brist i trygghet	2	9	2	7
Brist i information/kommunikation/samverkan	0	3	0	1
Brist i dokumentation	3	4	1	0
Hot och våld	8	5	0	2
Tvångs- och begränsningsåtgärd	0	0	0	0
Brist i bemötande	2	0	0	1
Brist i utebliven transport	0	0	0	0
Självskadebeteende	0	0	0	1
Utebliven daglig verksamhet	0	0	0	0
Övrigt (2020)	3	0	0	0
<b>Totalt</b>	<b>23</b>	<b>26</b>	<b>6</b>	<b>15</b>

Källa: DF Respons

\* Utebliven insats SoL/LSS inkluderar brist i/utebliven personlig omvårdnad, tillsyn, mathållning, fritid och motion, servicetjänster, sociala aktiviteter

Tabell: Risker och avvikelser enligt SoL - SoL-bostad, 2020–202				
Typ av händelse HSL	2020	2021	2022	2023
Läkemedelshändelse	53	63	36	53
Fallhändelse	11	12	21	34
Utebliven insats*	0	0	3	3
Hjälpmedel*	1	1	0	5
Brist i passiva larm	0	0	0	0
Brist i trygghet	0	0	0	0
Brist i information/kommunikation/samverkan	0	0	3	2
Brist i dokumentation	0	0	2	1
Tryckskada/trycksår	0	0	1	0
Tvångs- och begränsningsåtgärd	0	1	0	0
<b>Totalt</b>	<b>65</b>	<b>77</b>	<b>66</b>	<b>159</b>

Källa: DF Respons

\* Utebliven insats HSL inkluderar ordinerad vårdåtgärd, vård i livet slut, rehabilitering

\* Hjälpmedel inkluderar felaktig hantering, produktfel

Verksamheten har analyserat de avvikelser som inkommit under år 2023. Ett identifierat förbättringsområde när det gäller SoL-avvikelser är brist i trygghet. Utifrån analysen har verksamheten vidtagit åtgärder baserat på individens behov. Verksamheten har också analyserat medborgarundersökningen och haft särskilt fokus på trygghetsfrågan. När det gäller HSL-avvikelser avser majoriteten av inträffande händelser läkemedelshändelser (49,4%) och fall (43,5%).

### **Lex Sarah och Lex Maria 2023**

Det har inte förekommit någon lex Sarah eller lex Maria-anmälan för SoL-bostad under 2023.

### **6.8.7. Synpunktshantering**

Under år 2023 har det inkommit två synpunkter till sektor Funktionshinder som berör SoL-bostad. De förbättringsområden som har identifierats utifrån synpunkterna berör bemötande. Utifrån synpunkterna har chef träffat berörd personal för samtal.

### **6.8.8. Goda exempel från verksamheten**

- En SoL-bostad rapporterar att man har ett positivt samarbete med bland annat psykiatrin och Nexus. SoL-bostaden ser att det givit positiva resultat i måendet hos några medborgare.
- Verksamheterna inom SoL-bostad har också arbetat aktivt med fokus på trygghetsfrågan utifrån resultatet av medborgarundersökningen 2022. Verksamheten har därför sett en ökad trygghet och nöjdhet för vissa medborgare som bor i SoL-bostad. För de medborgare som verksamheten har sett en ökad nöjdhet och trygghet hos har personal och verksamheten arbetat mer fokuserat på uppdraget, arbetssätt och metoder.

### **6.8.9. Uppdragsenhetens analys och slutsats**

#### **Medborgarnöjdhet**

Det har inte gjorts någon nationell medborgarundersökning 2023 och verksamheten har inte genomfört någon egen medborgarundersökning, vilket försvårar analys.

Däremot redovisar verksamheten att de fortsatt arbetar aktivt med resultatet från 2022 års medborgarundersökning. Bland annat har de tagit fram ett stödmaterial som chefer kan använda i fördjupade samtal med medborgare och med personal.

#### **Lagefterlevnad**

Utifrån statistiken som redovisas i tabellerna bedöms risk- och avvikelserapporteringen som bristfällig då det endast är två SoL-avvikelser som rapporterats in. Uppdragsenheten bedömer att verksamheten hanterar och arbetar med de synpunkter som inkommit men att rapporteringsfrekvensen bör öka. Större delen av verksamheten rapporterar inga identifierade förbättringsområden inom lagefterlevnad för 2023. Utifrån Nivå 3-granskningar som genomfördes 2023 av två SoL-bostäder pågår aktivt arbete och enheterna har redovisat vidtagna åtgärder utifrån granskningsresultatet.

### **Risk- och avvikelserapportering**

Utifrån den statistik som redovisats i tabellerna högre upp bedömer Uppdragsenheten att risk- och avvikelserapporteringen är bristfällig, då det endast är ett fåtal SoL-avvikelser som rapporterats in. Uppdragsenheten bedömer att verksamheten hanterar och arbetar med de synpunkter som kommit in men att rapporteringsfrekvensen bör öka för att belysa utvecklingsområden och förbättra kvalitén.

## **6.9. Bostad med särskild service för barn och unga LSS – elevbostad LSS**

### **6.9.1. Verksamhetens uppdrag**

Bostad med särskild service för barn och unga LSS är en insats för barn och ungdomar med funktionsnedsättningar enligt lagens personkretsar som trots olika stödinsatser, helt eller delvis inte kan bo kvar i föräldrahemmet.

Insatsen kan ges i form av familjehem eller bostad med särskild service LSS för barn och ungdomar som är i behov av denna boendeform under årets alla dagar.

I december 2023 hade ett barn/ungdom denna form av insats.

Anledningen kan också vara att barnet/ungdomen behöver gå i skola på annan ort än hemorten. Denna insats kallas i Östersunds kommun för Elevboende LSS och erbjuds på vardagar, förutom skollov. Insatsen Elevboende LSS ges i huvudsak till barn och ungdomar från länets övriga kommuner enligt avtal.

I december 2023 var det 20 elever som hade beslut om elevboende LSS, alla kom från någon av länets övriga kommuner.

### **6.9.2. Medborgarnas nöjdhet**

Sektor funktionshinder genomför nationella medborgarundersökningar i vissa verksamheter vartannat år och arbetar med resultatet vartannat år. Egna interna medborgarundersökningar genomförs i de verksamheter som ej berörts av den nationella. Inom verksamheten bostad med särskild service för barn och unga LSS/elevbostad LSS genomförs en egen årlig medborgarundersökning.

Verksamheten har genomfört en egen medborgarundersökning under hösten 2023, resultatet var inte färdigbearbetat vid tiden för kvalitetsrapportens färdigställande och kommer därför att redovisas i 2024 års kvalitetsrapport.

I 2022 års medborgarundersökning var svarsfrekvensen 50 procent, vilket motsvarar åtta medborgare. Nöjdheten hos de svarande var 68,7 procent.

### **6.9.3. Lagefterlevnad**

Sektor funktionshinder uppger att verksamheterna inom LSS-bostad för barn och unga följer upp lagefterlevnaden genom att besvara egenkontrollfrågor en gång per år. Enhetscheferna har i sitt uppdrag att genomföra regelbundna uppföljningar och

rapportera i Vård- och omsorgsförvaltningens olika verksamhetssystem. Under år 2023 har verksamheterna identifierat arbetet med uppföljning av mål i genomförandeplaner som ett utvecklingsområde.

### 6.9.4. Resultat kvalitetsgranskning

Det har inte genomförts någon kvalitetsgranskning/uppföljning av bostad med särskild service för barn och ungdomar LSS under 2023.

#### Tillsyn

Inspektionen för vård- och omsorg (IVO) har gjort en tillsyn av samtliga verksamheter under 2023. Tillsynen omfattade kontroll av belastningsregister, tvångs- och begränsningsåtgärder, ungdomens möjlighet till självbestämmande och delaktighet samt om personal är informerad om lex Sarah. Två av verksamheterna har fått kritik. Dels för att man brister i registerkontroller och dels för att man använder begränsningsåtgärder utan den enskildes samtycke.

### 6.9.5. Risk- och avvikelserapportering

I nedanstående tabeller redovisas vilka typer av risker och avvikelser enligt LSS respektive HSL som förekommit i Bostad med särskild service för barn och unga enligt LSS under år 2020–2023.

Tabell: Avvikelser LSS - Bostad med särskild service för barn och unga LSS 2020 - 2023.

Typ av händelse LSS	2020	2021	2022	2023
Utebliven insats*	2	2	8	30
Brist i trygghet	0	3	4	26
Brist i information/kommunikation/samverkan	0	1	4	9
Brist i dokumentation	0	0	2	11
Hot och våld	3	2	3	9
Tvångs- och begränsningsåtgärd	0	2	3	1
Brist i bemötande	0	1	1	10
Brist i utebliven transport	0	0	0	3
Självskadebeteende	0	11	0	2
<b>Totalt</b>	<b>5</b>	<b>22</b>	<b>25</b>	<b>101</b>

Källa: DF Respons

\* Utebliven insats SoL/LSS inkluderar brist i/utebliven personlig omvårdnad, tillsyn, mathållning, fritid och motion, servicetjänster, sociala aktiviteter

Tabell: Avvikelser HSL- Bostad med särskild service för barn och unga LSS 2020 - 2023.

Typ av händelse HSL	2020	2021	2022	2023
Läkemedelshändelse	0	0	0	3
Fallhändelse	0	0	0	0
Utebliven insats*	0	0	0	0



Typ av händelse HSL	2020	2021	2022	2023
Hjälpmedel*	0	0	0	0
Brist i passiva larm	0	0	0	0
Brist i trygghet	0	0	0	0
Brist i information/kommunikation/samverkan	0	0	0	1
Brist i dokumentation	0	0	0	1
Tryckskada/trycksår	0	0	0	0
Tvångs- och begränsningsåtgärd	0	0	0	00
<b>Totalt</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>5</b>

Källa: DF Respons

\* Utebliven insats HSL inkluderar ordinerad vårdåtgärd, vård i livet slut, rehabilitering

\* Hjälpmedel inkluderar felaktig hantering, produktfel

Verksamheten har efter analys av avvikelserna noterat att de flesta avvikelserna går att härleda till ett fåtal medborgares funktionsnedsättning och utåtagerande och andra ungdomars upplevelser vid dessa situationer.

Ett förbättringsarbete verksamheten lyfter fram är kompetensutveckling kring olika funktionsnedsättningar och hur personal kan arbeta förebyggande. Man poängterar att lära känna barnen, utveckla arbetssätt och samverkan med föräldrar är grundläggande. Verksamheten har även arbetat med kompetensutveckling kring verksamhetens uppdrag och social dokumentation.

## Lex Sarah

1 Lex Sarah (LSS) har utretts på Bostad med särskild service för barn och unga LSS avseende påtaglig risk för ett missförhållande, en medborgare är högljudd och hotfull mot sina medboende som blir rädda och tillbakadragna.

### Genomförda åtgärder Lex Sarah 2023:

- Bemanningen på enheten är utökad med en personal
- Stödpedagog har observerat medborgarens beteende för att sedan med personalen hjälp bättre kunna ge rätt stöd vid rätt tillfälle
- Verksamhetsstöd har deltagit i en arbetsplatsträff och kommer fortsättningsvis att ge stöd till verksamheten under vårterminen 2023

## 6.9.6. Synpunktshantering

Det har inkommit synpunkter kring personalens arbetssätt från anhörig kring en av enheterna. Enheten har vidtagit flera åtgärder för att förbättra verksamheten. Åtgärder kopplat till den synpunkt som inkommit handlar om att diskutera arbetssätt med personalgruppen, vikten av ett professionellt bemötande, utbildning i dokumentation samt att det görs förändringar i personalgruppen.

### 6.9.7. Goda exempel från verksamheten

- Kompetensutveckling kring psykisk ohälsa bland unga, och hur stöd i verksamheten kan anpassas.
- Utbildningsdag om Barnkonventionen som blir återkommande i kvalitetsarbetet.
- Verksamheten har haft fokus på sitt uppdrag utifrån grundläggande habilitering och det kommer vara ett utbildningsområde för medarbetarna.
- Utvecklingsarbete är igång kring verksamhetens uppdrag kontra föräldrarnas ansvar.

### 6.9.8. Uppdragsenhetens analys och slutsats

#### Medborgarnöjdhet

Uppdragsenheten noterar att svarsfrekvensen tidigare år varit låg. Verksamheten behöver fortsätta att följa upp medborgarnöjdheten och hitta sätt att tillgängliggöra medborgarundersökningen för målgruppen.

Det har inkommit synpunkter kring personalens arbetssätt från anhörig när det gäller en av enheterna. Uppdragsenheten bedömer dock att enheten vidtagit relevanta åtgärder för att förbättra verksamheten.

#### Lagefterlevnad

Verksamheten redovisar att de arbetar aktivt med lagefterlevnad då de beskriver att de genomför regelbundna uppföljningar och rapporterar i förvaltningens olika verksamhetssystem. Utifrån det material som inkommit finns inga indikationer på bristande kvalitet, även om det är svårt att dra några slutsatser då det inte har genomförts någon granskning under 2023. Uppdragsenheten ser att en Nivå 1-granskning av lagefterlevnad bör göras på enheten under 2024 för att få en bättre uppfattning om enhetens lagefterlevnad.

#### Risk- och avvikelserapportering

Utifrån den statistik som redovisats i tabellerna högre upp kan Uppdragsenheten konstatera att det skett en markant ökning av inrapporterade LSS-avvikelse under år 2023. Dessa berör främst utebliven insats och brist i trygghet. Vad ökningen av antalet avvikelser beror på kan inte i dagsläget fastslås, men det skulle kunna bero på att verksamheten i större utsträckning blivit bättre på att rapportera avvikelser.

Underlaget visar att verksamheten har haft utmaningar kring trygghet och svårt att tillgodose behoven hos vissa ungdomar under 2023. Utifrån detta har förbättringsområden lyfts fram så som kompetensutveckling kring olika funktionsnedsättningar, utveckling av arbetssätt och förebyggande åtgärder samt samverkan med barn och föräldrar. Verksamheten bedöms arbeta aktivt för att öka kvalitén inom verksamheten.

## 6.10. Korttidsvistelse LSS i form av korttidshem för barn och unga LSS

### 6.10.1. Verksamhetens uppdrag

Korttidsvistelse utanför det egna hemmet enligt LSS i form av korttidshem för barn och unga är en insats där vistelsen kan vara regelbunden eller vid mer akuta behov. Syftet med insatsen är att anhöriga ska få avlastning och utrymme för avkoppling, och att personen med funktionsnedsättning ska få rekreation och miljöombyte.

I december 2023 hade 78 barn/unga beslut om korttidsvistelse LSS.

### 6.10.2. Medborgarnas nöjdhet

Sektor funktionshinder genomför nationella medborgarundersökningar i vissa verksamheter vartannat år och arbetar med resultatet vartannat år. Egna interna medborgarundersökningar genomförs i de verksamheter som ej berörts av den nationella. Inom verksamheten korttidsvistelse LSS barn och unga genomförs en egen medborgarundersökning hösten 2023. Resultatet bearbetades vid tiden för kvalitetsrapporten 2023 färdigställande och kommer att därför att redovisas i kvalitetsrapport 2024.

Elva medborgare med insatser som verkställs av Fjällripan besvarade 2022 års enkät, vilket är en svarsfrekvens på 36%, att jämföra med 56% år 2020. Motsvarande siffror för Falken var 10 svarande, vilket motsvarar en svarsfrekvens på 48%, jämfört med 29% år 2020. Nöjdheten hos de svarande var 73% respektive 75% i båda undersökningarna.

### 6.10.3. Lagefterlevnad

Sektor funktionshinder rapporterar att verksamheterna inom korttidsvistelse (LSS) följer upp lagefterlevnaden genom att besvara egenkontrollfrågor en gång per år. Enhetscheferna har i sitt uppdrag att genomföra regelbundna uppföljningar och rapportera i Vård- och omsorgsförvaltningens olika verksamhetssystem.

Under år 2023 har verksamheterna identifierat arbetet med genomförandeplaner som ett utvecklingsområde. Det pågår också ett arbete med processen för korttidsvistelse, både revideringar och utveckling av processen samt att göra arbetet känt för personalen.

### 6.10.4. Resultat kvalitetsgranskning

Det har inte genomförts någon kvalitetsgranskning/uppföljning av korttidsvistelse för barn och unga LSS under 2023.

## 6.10.5. Risk- och avvikelserrapportering

I nedanstående tabeller redovisas rapporterade risker och avvikelser enligt LSS respektive HSL för Korttidsvistelse barn och unga enligt LSS under år 2020–2023.

Tabell: Risker och avvikelser LSS - Korttidsvistelse barn och unga LSS år 2020–2023.

Typ av händelse	2020	2021	2022	2023
Utebliven insats*	5	5	9	17
Brist i trygghet	0	1	12	12
Brist i information/kommunikation/samverkan	0	4	2	4
Brist i dokumentation	1	2	0	1
Hot och våld	0	29	28	20
Tvångs- och begränsningsåtgärd	0	0	0	0
Brist i bemötande	0	0	2	0
Brist i utebliven transport	0	2	0	0
Självskadebeteende	0	4	3	3
<b>Totalt</b>	<b>6</b>	<b>47</b>	<b>56</b>	<b>57</b>

Källa: DF Respons

\* Utebliven insats SoL/LSS inkluderar brist i/utebliven personlig omvårdnad, tillsyn, mathållning, fritid och motion, servicetjänster, sociala aktiviteter.

Verksamheten bedömer efter analys av avvikelserna att de flesta avvikelserna går att härleda till ett fåtal medborgares funktionsnedsättning.

De avvikelser som handlar om brist i trygghet handlar om att andra barn har blivit oroliga när de bevittnat händelser där annat barn inblandat. Verksamheten beskriver vilka åtgärder de har vidtagit vid dessa incidenter både gällande det barn som varit utagerande och för de barn som har bevittnat händelsen.

Verksamheten uppger att man har arbetat med kompetensutveckling kring olika funktionsnedsättningar och hur personal kan arbeta förebyggande. Att lära känna barnen, hitta arbetssätt och tät samverkan med föräldrar är grundläggande. Man har även arbetat med kompetensutveckling kring verksamhetens uppdrag och social dokumentation.

### Lex Sarah och Lex Maria 2023

Det har inte förekommit någon lex Sarah eller lex Maria-anmälan för korttidsvistelse barn och unga LSS under 2023.

## 6.10.6. Synpunktshantering

De synpunkter som inkommit är av både positiv och negativ karaktär. Det positiva handlar om att det är en bra verksamhet och det ges beröm kring personalen. Det negativa handlar om genomförda orosanmälningar och om verksamhetens uppdrag och arbetssätt.

Åtgärder som vidtagits är bland annat att förbättra samverkan i form av till exempel samordnade individuella planer (SIP). Verksamheten behöver utveckla möten med

vårdnadshavare och bli tydligare med att berätta om verksamheten och göra dem trygga med verksamhetens uppdrag. Verksamheten bedömer att de kan bli tydligare i sin kommunikation med vårdnadshavarna kring orosanmälan och i ett tidigt skede berätta om skyldigheten till detta.

### **6.10.7. Goda exempel från verksamheten**

- Verksamheten har haft utbildning i Barnkonventionen under året. Utbildning i Barnkonventionen kommer fortsättningsvis att erbjudas ny personal varje år.
- Under året har verksamheten också utvecklat arbetet kring ”Falkripan” (enskild lägenhet). Verksamheten är ett komplement till övriga korttidsboenden och är en lägenhet där medborgare bor som av olika anledningar inte kan vara i gruppmiljö. Utformningen upplevs ha god effekt då det skapar trygghet och bättre personalkontinuitet. Medborgare som bor i lägenheten har möjlighet att delta i aktiviteter med övriga korttidsverksamheten.

### **6.10.8. Uppdragsenhetens analys och slutsats**

#### **Medborgarnöjdhet**

Uppdragsenheten noterar att svarsfrekvensen tidigare år varit låg. Verksamheten behöver fortsätta att följa upp medborgarnöjdheten och att hitta sätt att tillgängliggöra medborgarundersökningen för målgruppen.

#### **Lagefterlevnad**

Verksamheten redovisar att de arbetar med lagefterlevnad och rapporterar i förvaltningens olika verksamhetssystem. De förbättringsområden som identifierats är arbetet med genomförandeplaner samt utveckling av och kompetenshöjning kring processen för korttidsvistelse. Utifrån det material som inkommit finns inga indikationer på bristande kvalitet. Uppdragsenheten ser att en Nivå 1-granskning av lagefterlevnad bör göras på enheten under 2024 för att få en bättre uppfattning om enhetens lagefterlevnad.

#### **Risk- och avvikelserapportering**

Utifrån den statistik som redovisats i tabellerna högre upp kan Uppdragsenheten konstatera att antalet rapporterade avvikelser som avser hot och våld har minskat något under 2023 jämfört med tidigare år, men motsvarar över en tredjedel av totala antalet avvikelser vilket är en hög andel. Rapporteringen pekar på att verksamheten haft utmaningar och svårt att tillgodose behoven hos dem som fått insatsen under 2023. I verksamhetens underlag och egen analys lyfts några planerade förbättringsåtgärder som kompetensutveckling kring olika funktionsnedsättningar, utveckling av förebyggande åtgärder, arbetssätt och samverkan med föräldrar.

## 6.11. Korttidsvistelse LSS i form av korttidshem för vuxna

### 6.11.1. Verksamhetens uppdrag

Korttidsvistelse utanför det egna hemmet enligt LSS i form av korttidshem för vuxna är en insats där vistelsen kan vara regelbunden eller vid mer akuta behov. Syftet är att anhöriga ska få avlastning och utrymme för avkoppling, och att personen med funktionsnedsättning ska få rekreation och miljöombyte.

I Östersunds kommun finns endast en utförare av korttidsvistelse LSS för vuxna. Korttidsvistelsen bedrivs av en extern utförare - Östersunds korttidsboende.

I december 2023 hade 13 medborgare beslut om denna insats.

### 6.11.2. Medborgarnas nöjdhet

Verksamheten rapporterar att de har genomfört en medborgarundersökning under 2023 i form av ett eget frågeformulär som skickats till berörda medborgare och att man har årliga uppföljningssamtal med medborgare/företrädare och anhöriga. Resultatet har enligt verksamheten varit mycket positivt.

Verksamheten redovisar att man i samband med uppföljningen fått önskemål från medborgarna om SPA/massage-rum och mer kunskap om Alternativ och kompletterande kommunikation (AKK) hos personal. Dessa önskemål har omhändertagits genom:

- genomförande av Socialstyrelsens AKK-utbildning erbjuds till samtlig personal
- planering av ”fixardag” för att tillgodose önskemålen om SPA-rum och uppdaterat massagerum

### 6.11.3. Lagefterlevnad

Verksamheten inom korttidsvistelse för vuxna (LSS) rapporterar att de arbetar med lagefterlevnad och egenkontroll enligt SoL och HSL utifrån ett antal områden. Individuella genomförandeplaner upprättas och uppdateras kontinuerligt. Vid årliga uppföljningar går personal igenom genomförandeplanerna och uppdaterar dessa tillsammans med medborgaren/anhöriga. Varje medborgare har två kontaktpersonal som ansvarar för ekonomi, genomförandeplan, hygienartiklar med mera. Daganteckningar skrivs varje dag som granskas och journalförs minst var tredje månad. Varje år får personalen lämna in ett nytt utdrag ur belastningsregistret.

När det gäller utbildning får all personal genomgå sådan för att få delegering av läkemedel. Personalen får även utbildning och information av anhörig/arbetsterapeut/fysioterapeut om medicinska tekniska hjälpmedel och riskbedömning gällande dessa. Verksamheten rapporterar fortlöpande avvikelser och följer upp dessa på personalmöten och genomför aktuella åtgärder.

Medborgarna får möjlighet att delta aktivt i samhällslivet genom att delta i aktiviteter som erbjuds av Östersunds kommun, Friskis och Svetts och andra aktiviteter som exempelvis bio, badhus och Jamtli. Verksamheten arbetar även tydligt med självbestämmande och integritet utan tvångshandlingar. Medborgarna får välja vilken personal som hjälper vid exempelvis dusch. Även i den utsträckning det är möjligt får medborgarna välja personal för andra aktiviteter.

De förbättringsområden som verksamheten har identifierat utifrån egenkontrollen av lagefterlevnad år 2023 är:

- Förbättrat förebyggande arbete med riskbedömningar
- Avvikelseberapportering. Visselblåsarfunktion på hemsida.
- Nya rutiner har utvecklats för dokumentation samt journalföring

Andra områden som har förbättrats i jämförelse med år 2022 är:

- Utökad introduktionsutbildning av nyanställda med t.ex. frågeformulär och filmer på hemsida
- Hemsidan har utökats med ett intranät som bara personalen har inloggning till, där alla policydokument, rutiner och blanketter finns. Det finns även filmer om social dokumentation, lyftteknik med mera.

#### **6.11.4. Resultat kvalitetsgranskning**

Det har inte genomförts någon kvalitetsgranskning/uppföljning av Korttidsvistelse LSS för vuxna under 2023.

#### **6.11.5. Risk- och avvikelserapportering**

Uppgifter om antal avvikelser inom respektive lagrum 2023 saknas på grund av att denna externa utförare inte har kommunens avvikelssystem.

Verksamheten redovisar att man analyserat de avvikelser som inkommit under år 2023 både utifrån SoL och HSL.

#### **Förbättringsområden enligt verksamhetens analys**

I analysen av risker och avvikelser har man uppmärksammat behov av att förbättra rutiner vilket resulterat i ändrade rutiner för personal, att alla enskilda ärenden är uppföljda på personalmöten och att kommunikation med företrädare blivit bättre.

#### **Lex Sarah och Lex Maria 2023**

Det har inte förekommit någon lex Sarah eller lex Maria-anmälan för Korttidsvistelse LSS i form av korttidshem för vuxna under 2023.

#### **6.11.6. Synpunktshantering**

Det finns inte några registrerade synpunkter om insatsen Korttidsvistelse LSS i form av korttidshem för vuxna under 2023. De önskemål/synpunkter som verksamheten fått har inkommit i samband med medborgarundersökning och uppföljning.

#### **6.11.7. Goda exempel från verksamheten**

- Verksamheten rapporterar god personaltäthet, vid behov sätts mer personal in för ökad trygghet i samband med vistelser med god kvalitet.
- Utbildning inom AKK.
- Extra personalmöten för tillsvidareanställda/kontaktpersonal utöver ordinarie personalmöten för att säkerställa kvalitet och god vård & omsorg.
- Noggrann introduktion av nyanställda.

### **6.11.8. Uppdragsenhetens analys och slutsats**

#### **Medborgarnöjdhet**

Verksamheten redovisar genomförd medborgarundersökning under 2023 i form av ett eget frågeformulär som skickats till berörda medborgare samt uppföljnings-samtal med medborgare, företrädare eller anhöriga. Verksamheten beskriver resultatet som mycket positivt.

#### **Lagefterlevnad**

Verksamheten redovisar för att de arbetar med lagefterlevnad aktivt i flera olika led. De förbättringsområden som identifierats är bland annat: förbättrat förebyggande arbete med riskbedömningar, avvikelserapportering samt utveckla nya rutiner i samband med dokumentation samt journalföring. Uppdragsenheten ser att verksamheten har ringat in förbättringsområdena samt redovisar för hur de aktivt ska arbeta vidare med dessa under 2024.

#### **Risk- och avvikelserapportering**

Verksamheten är en extern utförare och rapporterar ej in sina avvikelser i kommunens avvikelssystem. Det går därmed inte för Uppdragsenheten att se vilka avvikelser som kommer in eller vilka orsaker och åtgärder som fastställs och görs av enheten.

## **6.12. Daglig verksamhet LSS/Dagverksamhet SoL**

### **6.12.1. Verksamhetens uppdrag**

Daglig verksamhet enligt LSS och dagverksamhet enligt SoL är en insats för personer i yrkesverksam ålder som saknar förvärvsarbete och utbildning. Daglig verksamhet har ingen separat verksamhet för personer med SoL-beslut. Medborgare har - oavsett lagrum - en placering utifrån sina förutsättningar.

I december 2023 hade 402 medborgare beslut om Daglig verksamhet LSS och 59 medborgare hade beslut om Dagverksamhet SOL, dvs. totalt 461 medborgare.

### **6.12.2. Medborgarnas nöjdhet**

Sektor funktionshinder genomför nationella medborgarundersökningar i vissa verksamheter vartannat år och arbetar med resultatet vartannat år. Egna interna medborgarundersökningar genomförs i de verksamheter som ej berörs av den nationella. Inom verksamheten Daglig verksamhet LSS/Dagverksamhet SoL genomförs den nationella medborgarundersökningen vartannat år. Ingen nationell medborgarundersökning har genomförts inom daglig verksamhet



LSS/dagverksamhet SoL år 2023 eftersom det är ett s.k. ”uppföljningsår”.

Svarsfrekvensen i 2022 års undersökning var 82% inom daglig verksamhet LSS och 57% inom dagverksamhet SoL.

Verksamheten har utifrån resultatet av 2022 års medborgarundersökning tagit fram ett stödmaterial som chefer kan använda i fördjupade samtal med medborgare och med personal.

Verksamheten arbetar också med ”Delaktighetsmodellen (DMO)” som är ett arbetssätt för att skapa ökade förutsättningar för delaktighet och inflytande för medborgare. Medborgarna får genom så kallade ”samtalsslingor” möjlighet att uttrycka sina önskemål, få svar på sina frågor och tycka till om verksamheten. Fem ”samtalsslingor” har genomförts i verksamheten under våren 2023.

### 6.12.3. Lagefterlevnad

Sektor funktionshinder rapporterar att verksamheterna inom Daglig verksamhet (LSS) och Dagverksamhet (SoL) följer upp lagefterlevnaden genom att besvara egenkontrollfrågor en gång per år. Enhetscheferna har i sitt uppdrag att genomföra regelbundna uppföljningar och rapportera i Vård- och omsorgsförvaltningens olika verksamhetssystem. Aktuella frågor, arbetsmetoder och eventuella förbättringsområden utifrån olika uppdrag/krav diskuteras på verksamhetsledningar i olika typer av arbetsgrupper och även vid uppföljning/månadssamtal med verksamhetschefer.

De förbättringsområden som verksamheten har identifierat utifrån egenkontrollen av lagefterlevnad under år 2023 är:

- Socialstyrelsens råd om kompetenskrav uppnås ej. Det är svårt att rekrytera utbildad personal.
- Det finns ett behov av fortsatt utvecklingsarbete gällande dokumentation i vissa arbetsgrupper.
- Det är en utmaning att inom befintliga resurser genomföra de kompetensutvecklingsinsatser verksamheten ser behov av.

### 6.12.4. Resultat kvalitetsgranskning

Under perioden 2019–2021 genomförde Uppdragsenheten en omfattande kvalitetsgranskning av Daglig verksamhet som visade på ett flertal kvalitetsbrister inom olika områden. Vissa kvalitetsbrister åtgärdades omgående, men ett antal brister kvarstod vid uppföljning hösten 2021.

I samband med kvalitetsgranskningen uppmärksammades även ett behov av att ta fram en ny uppdragsbeskrivning. Denna publicerades i oktober 2021.

I dialog med sektorchef, verksamhetschef, förvaltningschef och uppdragschef beslutades att kvarstående kvalitetsbrister skulle åtgärdas inom ramen för implementering av den nya uppdragsbeskrivningen för Daglig verksamhet.

## Uppföljning - nulägesbild av utvecklingsarbetet kring kvalitetsbrister och implementering av ny uppdragsbeskrivning – november 2023

Av enhetschefernas åiterrapportering framgår att det kvarstår förbättringsarbete inom följande kvalitetsområden:

- **Enhetschef ska ha regelbundna och strukturerade uppföljningsträffar med respektive grupp/verksamhet**

Alla enhetschefer inom Daglig verksamhet uppger att de följer upp sina grupper löpande via besök eller telefonkontakt. De säger att de inte har förutsättningar för att kunna ha regelbundna och strukturerade träffar på tider som är kända för personalen då varje chef har mellan 13-15 grupper.

- **Social dokumentation**

Sedan kvalitetsgranskningen genomfördes har verksamheten fått ett nytt dokumentationssystem, VIVA. All personal har fått utbildning i dokumentation och personalen gör genomförandeplaner. Inom Daglig verksamhet har man 8–10 dokumentationsombud som ska kunna vara ett stöd för personalen för att skriva genomförandeplaner.

Enheterna arbetar aktivt med att förbättra innehållet i genomförandeplaner och social dokumentation. Den nya strukturen i genomförandeplanerna som IBIC medfört i kombination med införande av dokumentationssystemet Viva upplevs dock försvåra arbetet. Personalen tycker att strukturen motarbetar ett naturligt användande av genomförandeplanerna.

### 6.12.5. Risk- och avvikelserapportering

I nedanstående tabeller redovisas vilka typer av risker och avvikelser enligt LSS, SoL respektive HSL som förekommit inom Daglig verksamhet LSS/Dagverksamhet SoL under år 2020–2023.

Tabell: Risker och avvikelser enligt SoL/LSS, Daglig verksamhet LSS/Dagverksamhet SoL 2020–2023				
Typ av händelse SoL/LSS	2020	2021	2022	2023
Utebliven insats*	47	23	18	37
Brist i trygghet	9	20	20	16
Brist i information/kommunikation/samverkan	1	11	12	15
Brist i dokumentation	1	0	1	2
Hot och våld	18	16	20	30
Tvångs- och begränsningsåtgärd	0	0	0	3
Brist i bemötande	7	10	4	8
Brist i utebliven transport	110	47	49	79
Självskaðebeteende	0	2	2	4
Utebliven daglig verksamhet	0	82	109	32
Övrigt (2020)	3	0	0	0
<b>Totalt:</b>	<b>196</b>	<b>211</b>	<b>235</b>	<b>226</b>

Källa: DF Respons

\* Utebliven insats SoL/LSS inkluderar brist i/utebliven personlig omvårdnad, tillsyn, mathållning, fritid och motion, servicetjänster, sociala aktiviteter

Totalt antal avvikelser saknas för 2020 – 2021 HSL på grund av att data saknas.

Tabell: Risker och avvikelser enligt HSL, Daglig verksamhet LSS/Dagverksamhet SoL 2020–2023

Typ av händelse HSL	2020	2021	2022	2023
Läkemedelshändelse	1	5	12	19
Fallhändelse	51	39	35	69
Utebliven insats*	0	0	0	5
Hjälpmedel*	0	0	0	4
Brist i passiva larm	0	0	0	0
Brist i trygghet	0	0	0	0
Brist i information/kommunikation/samverkan	0	0	2	0
Brist i dokumentation	0	0	0	1
Tryckskada/trycksår	0	0	2	0
<b>Totalt</b>	<b>52</b>	<b>44</b>	<b>51</b>	<b>98</b>

Källa: DF Respons

\* Utebliven insats HSL inkluderar ordinerad vårdåtgärd, vård i livet slut, rehabilitering

\* Hjälpmedel inkluderar felaktig hantering, produktfel

25% av de registrerade avvikelserna avser Uteblivna transporter.

Verksamhetscheferna samverkar med Taxi Östersund för att informera och i samverkan försöka hitta lösningar på de brister som uppstår för medborgarna.

21% av avvikelserna avser Fallavvikelser. Dessa avvikelser hanteras utifrån den enskilda individens behov. I vissa fall kan personal behöva vidta åtgärder/ anpassningar i den fysiska miljön. Efter bedömning av allvarlighetsgrad och typ av fallhändelse sker eventuellt fortsatt en individuell fallutredning i samverkan med legitimerad personal.

### Lex Sarah och Lex Maria

Det har inte gjorts någon lex Sarah eller lex Maria-anmälan för Daglig verksamhet LSS/Dagverksamhet SoL under 2023.

### 6.12.6. Synpunktshantering

Det finns inte några registrerade synpunkter om insatserna Daglig verksamhet LSS/Dagverksamhet SoL år 2023.

### 6.12.7. Goda exempel från verksamheten

- Det har påbörjats en översyn av alla egna lokaler tillsammans med specialpedagog och stödpedagoger för uppfräschning och inköp av möbler, gardiner, IT-utrustning med mera. Arbetet kommer att fortsätta under året 2024.
- Arbete med personalförsörjning genom implementering av kollegiala team. Genom teamen ökar medarbetares förutsättningar att samverka i högre utsträckning. Syftet har även varit att genom teamen öka tryggheten och minska sårbarheten för medborgare då ordinarie personal är frånvarande.

- Verksamheten på Hjälpmedelsreconden nominerades till ett stort kvalitetspris i Stockholm. Stödassistent från verksamheten deltog i samband med prisutdelningen. Hjälpmedelsreconden vann även Vård- och omsorgsnämndens kvalitetspris 2023 med motiveringen: ”Hjälpmedelsreconden har utvecklats genom digitalisering. Det har medfört att tjejkerna och killarna som har sin sysselsättning där, nu är mer delaktiga och kan jobba självständigt genom hela kedjan: att ta emot hjälpmedel, reconda, lägga det på hyllan och sedan lämna ut hjälpmedel. Tjejkerna och killarna har även utvecklats socialt då de själva möter sina kunder (legitimerad personal) som kommer för att hämta ut hjälpmedel”.
- Utvecklingen av verksamheten på Fyrvalla har gett resultat. Under september 2023 var det 3 medborgare som fått förutsättningar att hitta ny sysselsättning samt en medborgare som nu fått en anställning utanför kommunen.

## 6.12.8. Uppdragsenhetens analys och slutsats

### Medborgarnöjdhet

Uppdragsenheten ser att verksamheten redovisar att de arbetar aktivt med resultatet från 2022 års medborgarundersökning med ett nyligen framtaget arbetsmaterial samt genom ”Delaktighetsmodellen (DMO)”, ett arbetssätt för att skapa ökade förutsättningar för delaktighet och inflytande för medborgare.

### Lagefterlevnad

Verksamheten redovisar för att de arbetar med lagefterlevnad och rapporterar i förvaltningens olika verksamhetssystem.

Uppdragsenhetens uppföljning under hösten 2023 av tidigare granskning visar att det kvarstår förbättringsarbeten då kravet att enhetschef ska ha regelbundna och strukturerade uppföljningsträffar med respektive grupp/verksamhet fortfarande inte följs. Även området social dokumentation är ett fortsatt förbättringsområde för verksamheten som de redovisar att de arbetar aktivt med.

### Risk- och avvikelserapportering

Utifrån den statistik som redovisats i tabellerna högre upp bedömer Uppdragsenheten att risk- och avvikelserapporteringen är bristfällig, då det är få avvikelser som rapporterats in i relation till antalet medborgare. De utvecklingsområden som identifierats är *utebliven transport* och *fallhändelse*.

## 6.13. Personlig assistans LSS – egen regi

### 6.13.1. Verksamhetens uppdrag

Personlig assistans enligt LSS är en insats för personer med funktionsnedsättningar enligt lagens personkretsar. Funktionsnedsättningen måste vara stor och orsaka betydande svårigheter i det dagliga livet för att medborgaren ska få personlig assistans.

I december 2023 hade 16 medborgare beslut som verkställdes av kommunens enhet för personlig assistans.

Personlig assistans bedrivs även av externa utförare.

### 6.13.2. Medborgarnas nöjdhet

Sektor funktionshinder genomför nationella medborgarundersökningar i vissa verksamheter vartannat år och arbetar med resultatet vartannat år. Egna interna medborgarundersökningar genomförs i de verksamheter som ej berörs av den nationella. Inom verksamheten personlig assistans LSS genomförs den nationella medborgarundersökningen vartannat år. Ingen nationell medborgarundersökning har genomförts år 2023 eftersom det är ett s.k. ”uppföljningsår”. Verksamheten uppger att de under 2023 arbetat för att bibehålla 2022 års positiva resultat och att de inte identifierade några förbättringsområden 2022.

### 6.13.3. Lagefterlevnad

Sektor funktionshinder rapporterar att verksamheterna inom personlig assistans inom egen regi arbetar med lagefterlevnad och egenkontroll utifrån LSS.

Ett förbättringsområde som verksamheten identifierat är bristande internet-uppkoppling hos vissa medborgare, vilket leder till svårigheter med dokumentation. Verksamheten har en pågående dialog med systemutvecklare för att se över möjligheter att ta fram ett speciellt SIM-kort som ger bättre förutsättningar.

### 6.13.4. Resultat kvalitetsgranskning

Det har inte genomförts någon kvalitetsgranskning/uppföljning av personlig assistans LSS under 2023.

### 6.13.5. Risk- och avvikelserrapportering

I nedanstående tabeller redovisas vilka typer av risker och avvikelser enligt LSS, respektive HSL som förekommit inom Personlig assistans under år 2020–2023.

Tabell: Avvikelser enligt LSS - Personlig assistans 2020 – 2023				
Typ av händelse LSS	2020	2021	2022	2023
Utebliven insats*	7	11	1	1
Brist i trygghet	0	4	4	1
Brist i information/ kommunikation/samverkan	0	0	0	2
Brist i dokumentation	1	2	0	1
Tvångs- och begränsningsåtgärd	1	2	0	0
Brist i bemötande	0	1	0	0
Självskadebeteende	0	0	1	1
Utebliven daglig verksamhet	0	0	0	0
Övrigt (2020)	1	0	0	0
<b>Totalt</b>	<b>10</b>	<b>20</b>	<b>6</b>	<b>6</b>

Källa: DF Respons

\* Utebliven insats SoL/LSS inkluderar brist i/utebliven personlig omvårdnad, tillsyn, mathållning, fritid och motion, servicetjänster, sociala aktiviteter

Tabell: Avvikelser enligt HSL - Personlig assistans 2020 – 2023

Typ av händelse HSL	2020	2021	2022	2023
Läkemedelshändelse	14	14	1	6
Fallhändelse	15	19	5	3
Utebliven insats*	0	0	3	0
Hjälpmedel*	0	1	0	1
Brist i passiva larm	0	0	0	0
Brist i trygghet	0	0	0	0
Brist i information /kommunikation/samverkan	0	0	0	0
Brist i dokumentation	0	0	0	0
Tryckskada/trycksår	0	0	0	0
Tvångs- och begränsningsåtgärd	1	2	0	0
<b>Totalt</b>	<b>30</b>	<b>36</b>	<b>9</b>	<b>10</b>

\* Utebliven insats HSL inkluderar ordinerad vårdåtgärd, vård i livet slut, rehabilitering

\* Hjälpmedel inkluderar felaktig hantering, produktfel

Verksamheten har inte haft så många avvikelser under året, vilket man bedömer beror på att det är stabil personalkontinuitet. Antal fallhändelser har minskat då verksamheten haft samverkan med legitimerad personal i fallförebyggande arbete

### Lex Sarah och Lex Maria 2023

Det har inte genomförts någon lex Sarah-utredning eller lex Maria-anmälan avseende Personlig assistans under 2023.

### 6.13.6. Synpunktshantering

Det finns inte några registrerade synpunkter om Personlig assistans under 2023.

### 6.13.7. Goda exempel från verksamheten

Verksamheten har under 2023 haft fokus på att diskutera uppdraget och vad det faktiskt innebär att vara personlig assistent.

### 6.13.8. Uppdragsenhetens analys och slutsats

#### Medborgarnöjdhet

Uppdragsenheten noterar att svarsfrekvensen i 2022 års medborgarundersökning personlig assistans var 50%, vilket kan jämföras med 71% år 2020.

Sektor funktionshinder konstaterade i sin slutrapport "Vad tycker du? Medborgarundersökningar hösten 2022 Sektor funktionshinder" att det sammanfattande resultatet avseende medborgarnöjdhet för insatsen personlig assistans visade en negativ utveckling i jämförelse med 2020 års undersökning, från 92% 2020 till 80% 2022. Samtidigt svarade alla medborgare att de upplevde att assistenterna bryr sig om dem och att de fick den hjälp de vill ha av assistenterna.

De områden som visade en negativ utveckling i undersökningen 2022 var frågan om

alla assistenter pratar så att medborgaren förstår och om medborgare känner sig trygg med sina assistenter. Båda dessa områden hade minskat med 30% från 2020 till 2022. Värdet på frågorna om medborgaren kan göra det hen vill med hjälp av sina assistenter och om medborgaren vet vart hen ska vända sig om något fungerar dåligt med assistenterna hade också sjunkit med 13%.

Svarsfrekvensen har minskat med 21%, vilket innebär att verksamheten behöver fortsätta att följa upp medborgarnöjdheten och att hitta sätt att tillgängliggöra medborgarundersökningen för målgruppen.

Uppdragsenheten konstaterar att resultatet av 2022 års medborgarundersökning visar på viktiga förbättringsområden att arbeta med under det s.k. ”uppföljningsåret”.

### **Lagefterlevnad**

Utifrån det material som inkommit finns inga indikationer på bristande kvalitet, även om det är svårt att dra några slutsatser då det inte har genomförts någon granskning under 2023. Uppdragsenheten ser att en Nivå 1-granskning av lagefterlevnad bör göras på enheten under 2024 för att få en bättre uppfattning om enhetens lagefterlevnad.

### **Risk- och avvikelserapportering**

Verksamheten har få LSS-avvikelser och förklarar det med att de haft stark personalkontinuitet. Det är också få händelser med risk och avvikelser enligt HSL, vilket skulle kunna förklaras med att många insatser utförs som egenvård snarare än HSL.

## **6.14. Dagverksamhet SoL – Södra strand**

### **6.14.1. Verksamhetens uppdrag**

Södra Strand är en dagverksamhet för personer med demenssjukdomar. För att få komma till dagverksamheten krävs ett biståndsbeslut av biståndshandläggaren.

I december 2023 hade 37 medborgare beslut om Dagverksamhet SoL – Södra strand.

### **6.14.2. Medborgarnas nöjdhet**

#### **Socialstyrelsens nationella medborgarundersökning 2023**

Inga nationella medborgarundersökningar har genomförts under 2023.

#### **Egna medborgarundersökningar 2023**

Under 2023 har verksamheten genomfört egna två medborgarundersökningar på dagverksamheten Södra strand, en under vecka 10 och en under vecka 40.

För 12 svarande vecka 10 låg nöjdheten på 94,8%. För 9 svarande vecka 40 låg nöjdheten på 100%.

### 6.14.3. Lagefterlevnad

Enheterna inom dagverksamhet på Södra strand rapporterar att de arbetar utifrån verksamhetsspecifik lagstiftning. Korttidsboenden och växelvård ingår i Särskilt boende - verksamhetens egenkontroller.

Det förbättringsområde som har identifierats inom verksamheten är att kunskapen behöver öka kring verksamhetssystemet Stratsys.

### 6.14.4. Resultat kvalitetsgranskning

#### Kvalitetsgranskning Nivå 1

I mars 2023 genomfördes granskning av lagefterlevnad. Granskningen visade att 23 av 31 enheter inom Sektor hemtjänst/särskilt boende har genomfört egenkontroll av lagefterlevnad. Sex enheter har inte genomfört denna egenkontroll och två enheter har genomfört den bristfälligt.

#### Kvalitetsgranskning Nivå 2 och Nivå 3

Uppdragsenheten har inte genomfört någon Nivå 2 eller Nivå 3-kvalitetsgranskning av Dagverksamhet SoL – Södra Strand under 2023.

### 6.14.5. Risk- och avvikelserapportering

I nedanstående tabell redovisas vilka typer av risker och avvikelser enligt SoL som förekommit inom Dagverksamhet SoL Södra Strand under år 2020–2023.

Tabell: Risker och avvikelser Dagverksamhet SoL Södra Strand år 2020–2023				
Typ av händelse	2020	2021	2022	2023
Utebliven insats*	0	5	4	0
Brist i trygghet	0	3	1	1
Brist i information/kommunikation/samverkan	2	0	0	1
Hot och våld	0	2	0	0
<b>Totalt</b>	<b>2</b>	<b>10</b>	<b>5</b>	<b>2</b>

Källa: DF Respons

\* Utebliven insats SoL/LSS inkluderar brist i/utebliven personlig omvårdnad, tillsyn, mathållning, fritid och motion, servicetjänster, sociala aktiviteter

#### Lex Sarah 2023

Det har inte genomförts någon lex Sarah-utredning för insatsen Dagverksamhet SoL Södra strand under år 2023.

### 6.14.6. Synpunktshantering

Det finns inte några registrerade synpunkter om Dagverksamhet SoL Södra strand under 2023.



## 6.14.7. Uppdragsenhetens analys och slutsats

### Medborgarnöjdhet

Verksamheten redovisar genomförd medborgarundersökning och rapporterar att det finns en hög medborgarnöjdhet. Uppdragsenheten bedömer att medborgarnöjdheten är hög för de medborgare som har svarat. Det är dock en låg svarsfrekvens då endast 9 har svarat och det går därmed inte att göra en generell bedömning.

### Lagefterlevnad

Utifrån det material som inkommit finns inga indikationer på bristande kvalitet, även om det är svårt att dra några slutsatser då det inte har genomförts någon granskning under 2023. Uppdragsenheten ser att en Nivå 1-granskning av lagefterlevnad bör göras på enheten under 2024 för att få en bättre uppfattning om enhetens lagefterlevnad.

### Risk- och avvikelserapportering

Utifrån den statistik som redovisats i tabellerna högre upp kan Uppdragsenheten konstatera att det skett en minskning av inrapporterade SoL-avvikelser och HSL-avvikelser under år 2023. Vad det beror på kan i dagsläget inte fastslås men Uppdragsenheten bedömer att enheten behöver förstärka arbetet kring avvikelser.

## 6.15. Rådgivning och annat personligt stöd LSS

### 6.15.1. Verksamhetens uppdrag

Rådgivning och annat personligt stöd enligt 9§1 LSS innebär att den som tillhör lagens personkrets har rätt till ett kvalificerat expertstöd.

Insatsen ska vara av rådgivande och allmänt stödjande karaktär. Rådgivning och annat personligt stöd LSS är en begränsad insats som ges av socionom/kurator. Råd och stöd ska vara ett komplement till, och inte en ersättning för, till exempel habilitering, rehabilitering och socialtjänst.

I december 2023 hade 53 medborgare beslut om rådgivning och annat personligt stöd LSS.

### 6.15.2. Medborgarnas nöjdhet

Sektor funktionshinder genomför nationella medborgarundersökningar i vissa verksamheter vartannat år och arbetar med resultatet vartannat år. Egna interna medborgarundersökningar genomförs i de verksamheter som ej berörts av den nationella. Inom verksamheten Rådgivning och annat personligt stöd LSS genomförs egna interna medborgarundersökningar vartannat år.

### Egna medborgarundersökningar 2023

Verksamheten uppger att de inte har genomfört någon medborgarundersökning under 2023, men att resultatet från 2022 års medborgarundersökning var positiv och inte visade på något konkret att arbeta vidare med.

### 6.15.3. Lagefterlevnad

Verksamheten inom rådgivning och annat personligt stöd (LSS) uppger att de följer upp lagefterlevnaden genom att besvara egenkontrollfrågor en gång per år. Enhetscheferna har i sitt uppdrag att genomföra regelbundna uppföljningar och rapportera i Vård- och omsorgsförvaltningens olika verksamhetssystem. Aktuella frågor, arbetsmetoder och eventuella förbättringsområden utifrån olika uppdrag/krav diskuteras på verksamhetsledningar i olika typer av arbetsgrupper och även vid uppföljning/månadssamtal med verksamhetschefer.

### 6.15.4. Resultat kvalitetsgranskning

Det har inte genomförts någon kvalitetsgranskning/uppföljning av verksamheten Rådgivning och annat personligt stöd enligt LSS under 2023.

### 6.15.5. Risk- och avvikelserapportering

Det har inte rapporterats någon avvikelse för Rådgivning och annat personligt stöd enligt LSS under år 2021–2023. Detta är ett utvecklingsområde för enheten.

#### Lex Sarah 2023

Det har inte genomförts någon lex Sarah-utredning för insatsen Rådgivning och annat stöd enligt LSS under år 2023.

### 6.15.6. Synpunktshantering

Det finns inte några registrerade synpunkter om insatsen Rådgivning och annat personligt stöd enligt LSS under 2023.

### 6.15.7. Goda exempel från verksamheten

- Kuratorerna inom enheten har gjort fler besök på LSS-bostäder 2023 jämfört med tidigare år. Med medborgarens godkännande har kuratorerna i sina besök träffat personal och chef. Dialog har förts om det som framkommit i samtalen och kuratorerna har delat med sig av eventuella strategier/arbetsätt som har fungerat för den enskilde.
- Specialpedagog har under året även utbildat kuratorerna inom pedagogiska verktyg så att dom har kunnat använda dessa i kommunikation med medborgare och i framtagande av arbetsätt.

### 6.15.8. Uppdragsenhetens analys och slutsats

#### Medborgarnöjdhet

Verksamheten har inte genomfört någon medborgarundersökning under 2023 och uppger att resultatet av medborgarundersökningen 2022 var positiv och inte visade på några konkreta förbättringsområden att arbeta vidare med.

Uppdragsenheten noterar att 50 medborgare hade insatsen rådgivning och annat personligt stöd LSS i december 2022. I den medborgarundersökning som genomfördes

under hösten 2022 lämnade 21 medborgare sina svar, vilket motsvarar en svarsfrekvens på cirka 42%. Av de 21 medborgare som lämnat svar angav 100% att de upplevde att de fått ett bra stöd vid samtalet med kurator.

Uppdragsenhetens bedömning är att svarsfrekvensen är låg och verksamheten behöver fortsätta att följa upp medborgarnöjdheten och att hitta sätt att tillgängliggöra medborgarundersökningen för målgruppen.

### **Lagefterlevnad**

Utifrån det material som inkommit finns inga indikationer på bristande kvalitet, även om det är svårt att dra några slutsatser då det inte har genomförts någon granskning under 2023. Uppdragsenheten ser att en Nivå 1-granskning av lagefterlevnad bör göras på enheten under 2024 för att få en bättre uppfattning om enhetens lagefterlevnad.

### **Risk- och avvikelserapportering**

Det har inte rapporterats några avvikelser för verksamheten år 2021–2023. Uppdragsenheten bedömer att verksamheten behöver arbeta med att förbättra avvikelserapporteringen som en del i kvalitetsarbetet.

## **6.16. Ledsagarservice LSS och Ledsagning SoL**

### **6.16.1. Verksamhetens uppdrag**

Ledsagarservice enligt LSS är en insats som kan underlätta för personer med omfattande funktionsnedsättningar att ha kontakt med andra och att delta i samhällslivet. Insatsen sker i form av en följeslagare och är knuten till aktiviteter utanför hemmet. Insatsen ska göra det möjligt att besöka vänner, delta i fritidsaktiviteter, kulturlivet eller bara komma ut på promenad. Det finns ingen begränsning i antalet timmar som beviljas.

I december 2023 verkställde kommunen beslut om ledsagarservice LSS för 89 medborgare.

Ledsagning enligt SoL kan för människor med funktionsnedsättningar möjliggöra ett mera aktivt liv ute i samhället. Insatsen innefattar ett personligt stöd till personer med nedsatt förmåga att klara sig själva. Den enskilde avgör själv vad ledsagningen ska användas till, det kan t.ex. vara bio, ärenden, restaurangbesök etc. Det finns begränsning i antalet timmar som beviljas.

I december 2023 verkställde kommunen beslut om ledsagarservice SoL för 141 medborgare.

### **6.16.2. Medborgarnas nöjdhet**

Sektor funktionshinder genomför de nationella medborgarundersökningar i vissa verksamheter vartannat år och arbetar med resultatet vartannat år. Egna interna medborgarundersökningar genomförs i de verksamheter som ej berörts av den nationella. Inom verksamheten ledsagarservice LSS och ledsagning SoL genomförs egna interna medborgarundersökningar vartannat år.

### **Egen medborgarundersökning 2023**

Verksamheten uppger att de inte genomfört någon medborgarundersökning under 2023, men att 2022 års resultat var positivt och inte visade på något konkret att arbeta vidare med.

### **6.16.3. Lagefterlevnad**

Verksamheterna inom ledsagning (SoL) och ledsagarservice (LSS) rapporterar att de följer upp lagefterlevnaden genom att besvara egenkontrollfrågor en gång per år. Enhetscheferna inom verksamheten har i sitt uppdrag att genomföra regelbundna uppföljningar och rapportera i Vård- och omsorgsförvaltningens olika verksamhetssystem.

Aktuella frågor, arbetsmetoder och eventuella förbättringsområden utifrån olika uppdrag/krav diskuteras på verksamhetsledningar i olika typer av arbetsgrupper och även vid uppföljning/månadssamtal med verksamhetschefer.

### **6.16.4. Resultat kvalitetsgranskning**

Det har inte genomförts någon kvalitetsgranskning/uppföljning av verksamheten Ledsagarservice LSS och Ledsagning SoL under 2023.

### **6.16.5. Risk- och avvikelserapportering**

Under 2023 har endast en avvikelse rapporterats från Ledsagarservice LSS och Ledsagning SoL. Denna avvikelse avser brist i information/kommunikation/ samverkan.

#### **Lex Sarah 2023**

Det har inte genomförts någon lex Sarah-utredning för Ledsagarservice LSS och Ledsagning SoL under år 2023.

### **6.16.6. Synpunktshantering**

Det finns inte några registrerade synpunkter om insatsen Ledsagarservice enligt LSS och insatsen Ledsagning enligt SoL under år 2023.

### **6.16.7. Goda exempel från verksamheten**

Inom Ledsagning enligt SoL rapporteras hög kontinuitet och medborgare behöver sällan byta personal. Många ledsagare inom SoL är bra på att täcka upp för varandra och hjälpa till.

### **6.16.8. Uppdragsenhetens analys och slutsats**

#### **Medborgarnöjdhet**

Verksamheten har inte genomfört någon medborgarundersökning under 2023. Man uppger att resultatet av medborgarundersökningen 2022 var positiv och inte visade på några konkreta förbättringsområden att arbeta vidare med.

Sektor funktionshinder konstaterar i sin slutrapport ”Vad tycker du? Medborgarundersökningar hösten 2022 Sektor funktionshinder” att svarsfrekvensen är för låg inom ledsagarservice LSS.

Uppdragsenheten noterar att 146 medborgare insatsen ledsagning enligt SoL och 61 medborgare hade insatsen ledsagarservice enligt LSS i december 2022.

I 2022 års medborgarundersökning erbjöds 50% av berörda medborgare att delta. Svarsfrekvensen för ledsagning enligt SoL var 53%, vilket innebär att 39 medborgare besvarade enkäten. Medborgarnöjdheten uppgick till 92,0%.

Med syfte att höja svarsfrekvensen avseende ledsagarservice enligt LSS provades en ny metod vid 2022 års medborgarundersökning. Sektorn konstaterade i 2022 års rapport att det nya arbetssättet inte lyckades och på grund av för få svarande redovisades inget resultat för ledsagarservice enligt LSS år 2022.

Uppdragsenhetens konstaterar att det är nödvändigt med ett fortsatt utvecklingsarbete för att följa upp medborgarnöjdheten och att tillgängliggöra medborgarundersökningen främst inom målgruppen med ledsagarservice LSS, men även inom ledsagning SoL.

#### **Lagefterlevnad**

Utifrån det material som inkommit finns inga indikationer på bristande kvalitet, även om det är svårt att dra några slutsatser då det inte har genomförts någon granskning.

#### **Risk- och avvikelserapportering**

Då det endast inkommit en enda avvikelse totalt under året är det svårt att göra en analys. Uppdragsenheten bedömer att verksamheten behöver arbeta med att förbättra avvikelserapporteringen som en del i kvalitetsarbetet.

## **6.17. Avlösarservice LSS och Avlösning i hemmet SoL**

### **6.17.1. Verksamhetens uppdrag**

Avlösarservice i hemmet enligt 9§5 LSS syftar till att ge föräldrar eller makar som lever tillsammans med någon som har stora funktionsnedsättningar möjlighet att koppla av och genomföra aktiviteter utanför hemmet. Insatsen innebär att en avlösare ger den funktionsnedsatta omvårdnad och stöd och utförs vanligtvis i det egna hemmet men kan också ges i samband med att den medborgaren och avlösaren är på en utflykt.

I december 2023 verkställde kommunen beslut om avlösarservice LSS för 36 medborgare.

Avlösning i hemmet SoL är en form av anhörigstöd som ska underlätta för personer som vårdar en närstående som är långvarigt sjuk eller äldre eller stödjer en närstående som har en funktionsnedsättning. Avlösning i hemmet som beviljas med stöd av socialtjänstlagen är en form av hemtjänstinsats.

I december 2023 verkställde kommunen beslut om avlösning i hemmet SoL för 58 medborgare.

### **6.17.2. Medborgarnas nöjdhet**

Sektor funktionshinder genomför de nationella medborgarundersökningar i vissa verksamheter vartannat år och arbetar med resultatet vartannat år. Egna interna

medborgarundersökningar genomförs i de verksamheter som ej berörs av den nationella. Inom verksamheten avlösarservice enligt LSS och avlösning i hemmet enligt SoL genomförs egna interna medborgarundersökningar vartannat år.

### **Egen medborgarundersökning 2023**

Verksamheten uppger att de inte genomfört någon medborgarundersökning under 2023 och att 2022 års resultat var positivt och inte visade på något konkret att arbeta vidare med.

### **6.17.3. Lagefterlevnad**

Verksamheterna inom avlösarservice (LSS) och avlösning i hemmet (SoL) uppger att de följer upp lagefterlevnaden genom att besvara egenkontrollfrågor en gång per år. Enhetscheferna har i sitt uppdrag att genomföra regelbundna uppföljningar och rapportera i Vård- och omsorgsförvaltningens olika verksamhetssystem.

Aktuella frågor, arbetsmetoder och eventuella förbättringsområden utifrån olika uppdrag/krav diskuteras på verksamhetsledningar i olika typer av arbetsgrupper och även vid uppföljning/månadssamtal med verksamhetschefer.

### **6.17.4. Resultat kvalitetsgranskning**

Det har inte genomförts någon kvalitetsgranskning/uppföljning av verksamheten Avlösarservice och Avlösning i hemmet SoL under 2023.

### **6.17.5. Risk- och avvikelserapportering**

Under 2023 har endast en avvikelse rapporterats in från Avlösarservice LSS och Avlösning i hemmet SoL. Avvikelse avser utebliven insats.

### **Lex Sarah 2023**

Det har inte genomförts någon lex Sarah-utredning för Avlösarservice LSS och Avlösning i hemmet SoL under 2023.

### **6.17.6. Synpunktshantering**

Det finns inte några registrerade synpunkter för insatsen Avlösarservice enligt LSS eller insatsen Avlösning i hemmet enligt SoL under 2023.

### **6.17.7. Goda exempel från verksamheten**

Inom avlösning i hemmet enligt SoL rapporteras hög kontinuitet och medborgare behöver sällan byta personal. Många avlösare i hemmet enligt SoL är bra på att täcka upp för varandra och hjälpa till.

### **6.17.8. Uppdragsenhetens analys och slutsats**

#### **Medborgarnöjdhet**

Verksamheten har inte genomfört någon medborgarundersökning 2023.

Verksamheten uppger att resultatet av medborgarundersökningen 2022 var positiv och inte visade på några konkreta förbättringsområden att arbeta vidare med.

Sektor funktionshinder konstaterar i sin slutrapport ”Vad tycker du? Medborgarundersökningar hösten 2022 Sektor funktionshinder” att svarsfrekvensen är för låg inom avlösarservice LSS.

Uppdragsenheten noterar att 76 medborgare hade insatsen avlösning i hemmet enligt SoL och 32 medborgare hade insatsen avlösarservice enligt LSS i december 2022.

I 2022 års medborgarundersökning erbjöds 50% av berörda medborgare att delta. Svarsfrekvensen för Avlösning i hemmet enligt SoL var 59% vilket innebär att 22 medborgare besvarade enkäten. Medborgarnöjdheten uppgick till 70,9%.

Med syfte att höja svarsfrekvensen avseende Avlösarservice enligt LSS provades en ny metod vid 2022 års medborgarundersökning. Sektorn konstaterade i 2022 års rapport att det nya arbetssättet inte lyckades och på grund av för få svarande redovisades inget resultat för Avlösarservice enligt LSS år 2022.

Uppdragsenhetens bedömning är att det behövs ett fortsatt utvecklingsarbete när det gäller att följa upp medborgarnöjdheten och att tillgängliggöra medborgarundersökningen främst inom målgruppen med avlösarservice LSS, men även inom avlösning i hemmet SoL är nödvändigt.

#### **Lagefterlevnad**

Utifrån det material som inkommit finns inga indikationer på bristande kvalitet, även om det är svårt att dra några slutsatser då det inte har genomförts någon granskning under 2023. Uppdragsenheten ser att en Nivå 1-granskning av lagefterlevnad bör göras på enheten under 2024 för att få en bättre uppfattning om enhetens lagefterlevnad.

#### **Risk- och avvikelserapportering**

Då det endast inkommit en enda avvikelse totalt under året är det svårt att göra en analys. Uppdragsenheten bedömer att verksamheten behöver arbeta med att förbättra avvikelserapporteringen som en del i kvalitetsarbetet.

## **6.18. Enheten för Infrastruktur**

### **6.18.1. Verksamhetens uppdrag**

Enheten för infrastruktur ger stöd när det gäller infrastrukturfrågor som lokaler, säkerhet, fordon, verksamhetssystem och välfärdsteknik.

Enhetens målgrupper är:

- Medborgare som får välfärdsteknik installerade i sina hem
- Interna och externa utförare av verksamhet
- Förvaltningsledningen
- Vård- och omsorgsnämnden

## 6.18.2. Risk- och avvikelserrapportering

I nedanstående tabell redovisas vilka typer av risker och avvikelser som rapporterats för Enheten för infrastruktur under år 2020–2023.

Tabell: Risker och avvikelser – Enheten för Infrastruktur 2020–2023				
Typ av händelse	2020	2021	2022	2023
Utebliven insats*	0	0	0	3
Brist i trygghet	0	1	0	7
Brist i information/kommunikation/samverkan	0	0	2	0
Brist i dokumentation	0	0	0	1
<b>Totalt</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>11</b>

Källa: DF Respons

\* Utebliven insats SoL/LSS inkluderar brist i/utebliven personlig omvårdnad, tillsyn, mathållning, fritid och motion, servicetjänster, sociala aktiviteter

De avvikelser som kommer till Enheten för Infrastruktur avser när tekniken brister på något sätt eller om verksamhetssystemen inte fungerar som de ska.

Enhetschefen för Enheten för Infrastruktur utreder avvikelserna, vidtar relevanta åtgärder för att minska risken att det ska hända igen samt har en pågående kontakt med systemleverantörerna.

### Lex Sarah och Lex Maria 2023 – Enheten för Infrastruktur

2 lex Sarah har utretts för Enheten för Infrastruktur under år 2023, avseende Brist i säkerhet.

#### Genomförda åtgärder Lex Sarah (sammanfattning)

Brist i säkerhet 1: En cyberattack inträffade mot Careiums larmcentral (dvs. den enhet som tar emot larmen från medborgare som larmar). Enheten för infrastruktur, som ansvarar för larmen på Vård- och omsorgsförvaltningen i Östersunds kommun blev varse att larmen inte gick fram till larmcentralen. Information kom senare från leverantören om att incidenten även medförde röjning av personuppgifter.

Brist i säkerhet 2: Under natten mellan den 10 juli till den 11 juli 2023 så har cirka 100 trygghetslarm i ordinärt boende varit "offline" och inte fungerat under en period av cirka fyra timmar.

Följande åtgärder har genomförts av berörd enhetschef med anledning av lex Sarah-utredningarna:

Brist i säkerhet – teknik:

- Tillförordnad enhetschef för enheten för Infrastruktur hade kontinuerlig kontakt med Careium under hela den aktuella tidsperioden.
- Careium har uppdaterat kontaktlistan vid incidentrapportering så den är överensstämmande och kommer hädanefter att skicka till rätt mejladress.
- Careium har infört tvåfaktorsinloggning för att försvåra intrång av obehöriga i systemet.
- Säkerhetssamordnare vid enheten för infrastruktur har upprättat en rutin för



inrapportering enligt NIS-direktivet.

- Enheten för infrastruktur håller på att utforma en rutin för hur information gällande incidenter ska spridas på ett mer effektivt sätt. Detta oavsett mottagare; dvs. det kan gälla såväl internt till medarbetare och chefer som externt till medborgare, anhöriga och vid behov media.
- Kontinuerlig information görs från enheten för Infrastruktur genom mejl och nyheter på Vård- och omsorgsförvaltningens intranät; Insidan, men även information på Östersunds kommuns hemsida.
- Enheten för infrastruktur arbetar med att säkra personuppgifter vid särskilda IT-händelser. En övergripande kris- och riskhantering håller på att tas fram av säkerhetsansvariga på enheten för Infrastruktur.

### 6.18.3. Uppdragsenhetens analys och slutsats

Uppdragsenheten ser att Enheten för infrastruktur har haft en ökning i avvikelser under 2023 samt två missförhållanden enligt lex Sarah gällande brist i säkerhet. Uppdragsenheten bedömer att enheten vidtagit relevanta åtgärder och har en kontinuerligt pågående kontakt med systemägarna för att minsta risken för liknande incidenter.

Enheten för infrastruktur har en kontinuerlig medborgarkontakt och Uppdragsenheten bedömer att de bör göra årliga medborgare undersökningar för att se hur nöjdheten ser ut samt kunna vidta relevanta åtgärder kopplade till detta.

## 7. Vård- och omsorgsnämndens avgiftsdebitering

### 7.1. Vilken lagstiftning styr Vård- och omsorgsnämndens debitering av avgifter?

Bestämmelserna om kommunernas rätt att ta ut avgifter inom omsorg av äldre och personer med funktionsnedsättning återfinns i Socialtjänstlagen (SoL). Kommunen får ta ut skäliga avgifter enligt grunder som kommunen bestämmer för bland annat hemtjänst, dagverksamhet, bostad i särskilt boende som inte upplåts genom ett hyresförhållande enligt Jordabalken (hyreslagen) och för annan liknande social tjänst. Avgifterna får enligt SoL inte överskrida kommunens självkostnader. Kommunerna får även ta ut vårdavgifter för kommunal hälso- och sjukvård enligt Hälso- och sjukvårdslagen (HSL).

De avgifter en kommun debiterar för insatser inom äldreomsorg (som hemtjänst, dagverksamhet, bostad i särskilt boende) ska vara skäliga avgifter.

Inom Östersunds kommun har det tagits fram en ny taxa som heter ”Taxa inom Vård- och omsorgsnämnden”. Beslut om den nya taxan kommer att fattas av Kommunfullmäktige under våren 2024.

## 7.2. Så fungerar Vård- och omsorgsförvaltningens debitering av avgifter

Enheten för ekonomi och administration hos Vård- och omsorgsförvaltningen arbetar fortlöpande med att säkerställa att rätt avgifter debiteras medborgarna genom avstämning varje månad före och efter att fakturor skickas ut.

Enheten för ekonomi och administration rapporterar att fram till augusti 2023 inkom 101 synpunkter kopplat till avgiftsdebiteringen. Synpunkterna berörde främst frågor kopplat till hemtjänstfakturor. Många medborgare har fortsatt svårt att förstå de avgiftsfakturor som skickas ut från Östersunds kommun.

På grund av sjukskrivningar har avgiftshandläggarna tidvis varit underbemannade under året. För att avlasta dem har kommunens Kundcenter fått i uppdrag att utbilda en kommunvägledare till avgiftshandläggare. Målsättningen är att den aktuella kommunvägledaren ska arbeta 50% som avgiftshandläggare. Vidare kommer kommunvägledaren att utbilda kollegor på Kundcenter, så att Kundcenter på sikt ska besvara en högre andel avgiftsärenden.

Samarbetet med Kundcenter har utvecklats under 2023 och allt fler medborgare får nu svar på sina frågor via dem. Kundcenter har direkt svarat på cirka 44% av inkommande frågor som rör avgifter. Målet för Kundcenter är att de ska nå en svarsfrekvens på 60%.

Enheten för ekonomi och administration rapporterar att samverkan mellan förvaltningens staber också har utvecklats positivt och att många processer i form av dokumentation och systemlösningar har blivit bättre. Samverkan har även påverkat avgiftshanteringens på ett positivt sätt och antalet avvikelser har minskat jämfört med år 2022.

1 avgiftsbeslut har överklagats och ändrats under 2023, skickades därför inte vidare till Förvaltningsrätten.

## 7.3. Granskning av Vård- och omsorgsförvaltningens avgiftsdebitering

Det ska vartannat år genomföras en granskning av hur Vård- och omsorgsförvaltningens avgiftsdebitering fungerar. Resultatet ska redovisas i Kvalitetsrapporten. En sådan granskning har genomförts under 2023 av controller vid Kommunledningsförvaltningen. Utifrån granskningen har följande åtgärder vidtagits:

- Vård- och omsorgsförvaltningen har köpt en extra resurs från Kundcenter och den resursen är nu utbildad till avgiftshandläggare. Kundcenter svarar nu på de flesta frågorna om avgifter från kommunens medborgare, vilket har lett till färre ärenden i synpunktshanteringssystemet Flexite och resulterat i färre makulerade felaktiga fakturor.
- En ny taxa för avgifter inom äldreomsorgen har utarbetats och kommer att lyftas för beslut i Kommunfullmäktige under 2024.

## 8. Pågående utvecklingsarbeten

Under detta avsnitt redovisas några aktuella utvecklingsarbeten som syftar till att förbättra olika verksamheters kvalitet.

### 8.1. Individens behov i centrum

Individens Behov I Centrum (IBIC) är en modell som är framtagen av Socialstyrelsen på regeringsuppdrag.

Målet för modellen är att individen får sina behov beskrivna på ett likvärdigt och rättssäkert sätt oavsett vart man bor i landet. Det är ett systematiskt arbetssätt som omfattar handläggning, genomförande och uppföljning. Modellen innefattar både tankesätt, förhållningssätt och dokumentation där man utgår ifrån individens behov och målsättning.

Vård och omsorgsnämnden fattade beslut 2015 om att IBIC (som då hette ÄBIC – Äldres behov i centrum) skulle implementeras på Myndighetsenheten och i samtliga hemtjänstverksamheter och särskilda boenden.

#### 8.1.1. Uppdragsenhetens analys och slutsats

Strukturerad dokumentation görs enligt ICF (strukturerad dokumentation enligt IBIC modellen) under både utredning och genomförande hos både Myndighetsenheten och nämndens samtliga utförare. Dokumentationen är ibland bristfällig på grund av att tankesättet och förhållningssättet inte är implementerat fullt ut vare sig hos Myndighetsenheten eller hos utförarna. Detta gäller främst inom SoL-verksamheter.

På Myndighetsenheten följer man inte systematiskt upp om medborgarens mål har blivit tillgodosedda genom så kallad måluppfyllelse. Det saknas statistik/resultat som visar om vi uppnår medborgarens behov och mål. Måluppfyllelsen ska ses som en naturlig del utav individuppföljningen och ska göras av Myndighetsenheten minst en gång per år, i enlighet med lagstiftningen. Myndighetsenheten kommer att arbeta vidare med detta under 2024.

## 8.2. Barnkonventionen

Från den 1 januari 2020 är FN:s konvention om barnets rättigheter ("Barnkonventionen") i svensk lag. Barnkonventionen slår fast att alla barn har samma rättigheter att växa upp under trygga förhållanden, att utvecklas och att skyddas mot övergrepp och utnyttjande.

De rättigheter som slås fast i barnkonventionen ska ses som en helhet men följande fyra artiklar anses vara dess grundprinciper:

- Barnet ska skyddas mot alla former av diskriminering (artikel 2)
- Barnets bästa ska beaktas i alla beslut (artikel 3)
- Barn har rätt till liv och utveckling (artikel 6)

- Barnet ska ha rätt att säga sin mening och få den respekterad (artikel 12)

Barns bästa ska sättas i förgrunden vid alla åtgärder som rör barn.

### **8.2.1. Myndighetsenhetens arbete utifrån**

#### **Barnkonventionen**

Alla handläggare vid Myndighetsenheten har genomgått Östersunds kommuns grundutbildning i Barnkonventionen.

Myndighetsenheten har även genomfört en organisationsförändring så att två utsedda LSS-handläggare fortsättningsvis enbart ska handlägga ärenden för barn och unga, i syfte att stärka kompetens kring barns behov/frågor.

I alla utredningar som görs av Myndighetsenheten ska det dokumenteras barnets bästa utifrån en särskild checklista.

### **8.2.2. Sektor Funktionshinders arbete utifrån**

#### **Barnkonventionen**

Under 2023 har samtliga enheter inom Korttidsvistelse för barn och unga LSS samt enheterna för Bostad med särskild service för barn och unga LSS/Elevbostad inom Sektor funktionshinder genomgått Östersunds kommuns utbildning i Barnkonventionen. Utbildningen i Barnkonventionen sker löpande för nya medarbetare på dessa enheter.

Personalen vid boende för enskild medborgare har också genomgått Östersunds kommuns grundutbildning i Barnkonventionen.

Ledsagarservice enligt LSS barn/ungdomar har inte gått grundutbildningen i Barnkonventionen men har sett en kort informationsfilm om vad den innebär. Kvalitetsansvarig i Sektor funktionshinder samt enhetschef och samordnare för Ledsagarservice enligt LSS för barn/ungdomar har även haft möten under december månad 2023 för att skapa ett årshjul inför 2024 för information och utbildningar till alla ledsagare/avlösare som omfattas av verksamheten.

### **8.2.3. Uppdragsenhetens analys och slutsats**

Myndighetsenheten och all personal inom verksamheter som utför insatser till barn enligt LSS ska gå den utbildning om Barnkonventionen som kommunledningsförvaltningen i Östersunds kommun tagit fram. Både Myndighetsenheten och sektor Funktionshinder har utbildat sin personal under året 2023 och har utbildningen inplanerad som en del av introduktion för nyanställda och vikarier. Uppdragsenheten ser att utöver utbildningarna så behöver Sektor funktionshinder arbeta vidare med hur de dokumenterar barnets egna åsikter i både social journal och genomförandeplanen, så barnets delaktighet och inflytande blir synligt.

## 8.3. Översyn av kommunens socialpsykiatriska insatser

På uppdrag av Vård- och omsorgsförvaltningens förvaltningsledning har det under år 2022-2023 genomförts en översyn av kommunens socialpsykiatriska verksamheter.

Översynen inleddes med att det genomfördes två workshoppar där cirka 30 deltagare medverkade. Vid workshopparna deltog enhetschefer inom de socialpsykiatriska verksamheterna hos Sektor funktionshinder, biståndshandläggare boendestöd och LSS-handläggare från Myndighetsenheten samt styrgruppen för den socialpsykiatriska översynen.

Vid workshopparna identifierades tolv utvecklingsområden när det gäller den kommunala verksamheten för personer med socialpsykiatrisk problematik:

1. **Sysselsättning** – Många i målgruppen saknar sysselsättning och är socialt isolerade. Utbudet av sysselsättning bedöms vara för litet.
2. **Tidsbestämda beslut/uppföljningar** – De flesta individbeslut är tillsvidarebeslut vilket innebär att det kan finnas medborgare som har insatser trots att de inte längre har behov av det. Uppföljningar behöver genomföras oftare för att säkerställa att varje medborgare har rätt stöd.
3. **Boendestöd** - Organisation, metod/arbetsätt och stöd natttid behöver ses över.
4. **Korttidsplatser/träningsboende/SoL-bostad** – Det är lång kö till SoL-bostad, det finns inte några platser på korttidsboende och det finns heller inga alternativa boendeformer.
5. **Unga vuxna** – Det finns behov av insatser riktade till den allt växande yngre målgruppen. De har andra behov än de som är äldre.
6. **Stora behov men avbokat stöd** – Det saknas samsyn mellan olika professioner kring hur man ska hantera medborgare med stort stödbehov, som avbokar sitt stöd.
7. **Uppsökande/motiverande/förebyggande** – Det finns behov av att se över hur kommunen hanterar sitt uppsökande ansvar.
8. **Kontaktperson** – De framgår om även biståndshandläggare inom Vård- och omsorgsförvaltningen kunde bevilja insatsen kontaktperson. I dagsläget är det en insats som beviljas via Social- och arbetsmarknadsförvaltningen.
9. **Legitimerad personal - Boendestöd** – De som har boendestöd beviljat har inte tillgång till sjuksköterska eller fysioterapeut. Det är lång väntetid för att få träffa en arbetsterapeut.
10. **Utbildning medarbetare** – Det förekommer viss kompetensbrist hos personal som träffar målgruppen och det saknas kompetensutveckling. Det finns även behov av att arbeta utifrån en gemensam värdegrund.
11. **Samarbete/samverkan** – Det finns behov av att förbättra både intern och extern samverkan samt behov av fler samordnade individuella planer för målgruppen.
12. **Anpassat informationsmaterial** – Det behövs bättre information till medborgare om vad de kan få för stöd.

Efter workshoparna har det genomförts en kartläggning av varje utvecklingsområde för att precisera utvecklingsbehovet samt ta fram förbättringsförslag. Dessa kartläggningar bestod av intervjuer med berörda verksamheter och andra professioner, dialog med föreningar samt omvärldsbevakning.

Det genomfördes även en enkätundersökning riktad till målgruppen och deras anhöriga i mars-april 2023. Det var en digital enkät som marknadsfördes via kommunala verksamheter, regionens verksamheter, berörda intresseorganisationer samt via kommunens hemsida och sociala medier. Det inkom 67 svar varav 25,4% var från anhöriga.

Resultatet av hela översynen har sammanställts i en skriftlig rapport där det även presenteras förslag på förbättringsåtgärder. Förvaltningsledning VOF kommer att ta ställning till förslagen i början av år 2024.

## 9. Diskussion och förslag till prioriterade utvecklingsområden för kvalitetsarbetet

Under detta avsnitt förs en diskussion om några delar av kvalitetsarbetet som Uppdragsenheten bedömer behöver fortsätta utvecklas.

- **Egenkontrollarbetet inom Vård- och omsorgsnämndens verksamheter behöver fortsätta utvecklas**

Uppdragsenheten ser att Vård- och omsorgsförvaltningens båda sektorer, framför allt Sektor funktionshinder, behöver öka antalet enheter som fyller i sina egenkontroller kring lagefterlevnad. Uppdragsenhetens granskning år 2023 visar att 29 av 80 enheter inom Sektor funktionshinder inte har genomfört egenkontrollen av lagefterlevnad. Det försvårar analysen av hur dessa verksamheter uppfyller kvalitetskritiska krav.

Av de enheter inom sektorerna, Sektor hemtjänst och särskilt boende och Sektor funktionshinder, som har genomfört egenkontrollen kan Uppdragsenheten se att det finns några vanligt förekommande brister och utmaningar. Exempelvis social dokumentation, förebyggande arbete, introduktion kring habilitering/rehabilitering, bemanning samt kännedom om kvalitetsledningssystem. Eftersom utmaningarna tycks vara gränsöverskridande mellan enheter, verksamheter och sektorer kan utvecklingsarbetet med fördel ske på sektorsövergripande nivå under kommande år, i stället för att enheterna ska arbeta enskilt med dessa.

När det gäller externa utförare har de flesta själva uttryckt att de behöver förbättra sin egenkontroll, inklusive lagefterlevnad. De redovisar även en rad aktiviteter för de identifierade förbättringsområdena. Uppdragsenheten ser att både de externa och kommunala utförarna, har ett utvecklingsarbete att göra avseende egenkontroll under 2024.

- **Arbetet med avvikelshantering behöver fortsätta utvecklas**

Såväl kommunala som externa utförare, samt Myndighetsenheten, redovisar att de arbetar för en ökad avvikelserapportering. Uppdragsenheten ser dock att det finns utvecklingsbehov inom området, då det fortfarande rapporteras in förhållandevis få SoL- och LSS-avvikelser inom både Vård- och omsorgsförvaltningen och hos de externa utförarna.

Av de lex Sarah-utredningar och SoL- samt LSS-avvikelser som inkommit under året gör Uppdragsenheten en sammantagen bedömning att både kommunala och externa aktörer har ett utvecklingsarbete framför sig. Uppdragsenheten ser att det framför allt gäller arbetet med social dokumentation, värdegrund och tydliggörande av befintliga rutiner. De flesta av verksamheterna har exempelvis uppmärksammat att de behöver dokumentera i större utsträckning och redovisa vilka iakttagelser, åtgärder och uppföljningar de gjort.

När det gäller HSL-avvikelser är det fortfarande händelser kopplat till läkemedel som är den vanligast förekommande avvikelserna. Antalet rapporterade avvikelser när det gäller felaktig hantering av hjälpmedel har också ökat kraftigt inom särskilt boende. Det har även ökat kraftigt vad gäller fallhändelser och fallskador.

Det saknas uppgifter om det genomförts några utbildningsinsatser under år 2023. Det gör att det inte går att veta om utbildningsinsatserna eventuellt minskat och om det kan ligga bakom den stora ökningen av felaktig hantering av hjälpmedel. Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och Medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) lyfter att orsaker till den kraftiga ökningen av fallhändelser och fallskador kan bero på att det under 2023 har varit flera vakanta tjänster för legitimerad personal, vilket påverkat det teambaserade fallförebyggande arbetet.

- **Antalet synpunkter (framför allt klagomål) har ökat under 2023**

Antalet synpunkter har ökat under 2023. Framförallt ser Uppdragsenheten att det berör klagomål kopplat till fakturor och klagomål gällande bristande tillgänglighet på Myndighetsenheten. Båda enheterna har under året arbetat med att förbättra bristerna utifrån klagomålen.

När det gäller fakturor redovisar Enheten för ekonomi och administration att de har vidtagit åtgärder genom bland annat ett utökat samarbete med Kundcenter. Samarbetet med Kundcenter förväntas resultera i att fler antal medborgare får svar på sina frågor kopplat till avgiftsärenden. Uppdragsenheten bedömer att åtgärden är positiv och ökar tillgängligheten samt svarsfrekvensen till medborgarna. Däremot kvarstår ett förbättringsområde kopplat till fakturor och blanketter för avgiftsdebitering. Dessa behöver bli mer begripliga då det är vad de flesta klagomålen handlar om.

Vad gäller Myndighetsenheten har enheten redovisat att de arbetat med tillgänglighet under 2023. Myndighetsenheten har bland annat kartlagt kontaktvägarna till handläggarna och infört funktionsbrevlådor i verksamhetssystemet. De har även sett över rutiner och ökat samarbetet med Kundcenter för att samtal inte ska kopplas vidare till frånvarande handläggare. Uppdragsenheten bedömer att åtgärderna med stor sannolikhet kommer öka tillgängligheten. Uppdragsenheten bedömer samtidigt att det kvarstår förbättringsområden inom tillgänglighet, då det inte fungerar helt tillfredställande. Uppdragsenheten ser att Myndighetsenheten behöver fortsätta effektivisera kontaktvägarna och upprätta eller revidera befintliga rutiner i syfte att fortsätta öka tillgängligheten.

När det gäller inkomna synpunkter har de ökat under 2023, dock bedömer Uppdragsenheten att det sannolikt förekommer en fortsatt underrapportering av synpunkter inom vård- och omsorgsnämndens verksamheter. Det resulterar för närvarande i svårigheter för Förvaltningsledningen och Vård- och omsorgsnämnden att bedöma om det finns systematiska brister som skulle kunna åtgärdas.

Förvaltningsledningen inom Vård- och omsorgsförvaltningen har under år 2023 gett ett uppdrag till kvalitetsansvariga inom sektorerna, medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och socialt ansvarig samordnare (SAS) att de tillsammans ska analysera inkomna avvikelser och synpunkter på förvaltningsövergripande nivå. Det förväntas bidra till mer tillförlitliga analyser och öka möjligheten till att bedöma systematiska brister.

När det gäller externa utförare hanterar de sina egna synpunkter varpå det inte går att analysera eller dra några slutsatser av synpunkterna som berör deras verksamheter.



- **Aktuella medborgarundersökningar visar varierande resultat**

Som en del i arbetet att kvalitetssäkra Vård- och omsorgsnämndens verksamheter genomförs regelbundna medborgarundersökningar. Resultatet ska analyseras, åtgärder ska vidtas och följas upp.

Uppdragsenheten har uppmärksammat att medborgare som har hemtjänst är nöjda med insatsen generellt sett, och att de framför allt är nöjda med bemötandet från personalen. Även om den sammantagna nöjdheten är god finns det delområden som visar på utvecklingsbehov.

Inom särskilt boende har den sammantagna medborgarnöjdheten inom verksamheten i kommunal regi i Östersunds kommun sjunkit kraftigt, från 79 procent år 2022 till 65 procent år 2023.

Motsvarande andel för externa utförare var 64 procent år 2022 och 62 procent år 2023. Det innebär att särskilt boende i kommunens regi och särskilt boende för externa utförare nu har ungefär samma andel nöjda medborgare.

I den egna undersökning riktad till anhöriga som gjordes av Sektor hemtjänst och särskilt boende 2023 var medelvärdet för sammantagen nöjdhet 7,5 på en 10-gradig skala. Detta är ungefär samma nivå som 2022 års undersökning till anhöriga, som visade 7,8 på en 10-gradig skala.

Det är svårt att dra några slutsatser av utvecklingen över tid utifrån ovanstående medborgarundersökningar. Uppdragsenhetens bedömning är att det är viktigt att fortsätta följa, åtgärda och analysera resultatet av medborgarnöjdheten, både de nationella och de egna medborgarundersökningarna.

Uppdragsenheten bedömer att Sektor funktionshinder kontinuerligt och strukturerat genomför, följer upp och åtgärdar egna och nationella medborgarundersökningar inom de flesta av sina verksamheter. Bedömningen är att det stödmaterial som sektorn tagit fram för uppföljning av resultat kommer att förbättra uppföljningsarbetet generellt.

Uppdragsenheten har uppmärksammat att några verksamheter inom Sektor funktionshinder behöver göra ett fortsatt utvecklingsarbete för att hitta ett sätt att tillgängliggöra medborgarundersökningar för målgruppen. Det gäller exempelvis verksamheterna inom ledsagarservice LSS, Avlösarservice LSS och Rådgivning och annat personligt stöd LSS.

Kommunens externa utförare inom funktionshinderområdet, Östersunds korttidshem för vuxna, har redovisat en egen medborgarundersökning under 2023.

Uppdragsenheten bedömer att man har vidtagit relevanta åtgärder kopplat till resultatet av medborgarundersökningen.

- **Att säkerställa personalens kompetens kommer att vara en stor utmaning framöver**

God kompetens och tillräcklig bemanning är grundförutsättningar för att kunna upprätthålla god kvalitet, trygghet och säkerhet för våra medborgare.

Den demografiska utvecklingen är i detta sammanhang en stor utmaning som både kommuner, regioner och privata aktörer befinner sig i. Med en allt äldre befolkning och färre personer i yrkesverksam ålder, kommer konkurrensen om personal att bli

allt större. Det finns många bristyrken och branscher i Sverige som har behov av arbetskraft, inte enbart vård och omsorg. Det är därför inte möjligt att enbart rekrytera sig ur kompetensbristen, då efterfrågan på personal överstiger tillgången. Uppdragsenheten ser att Vård- och omsorgsnämndens verksamheter redan i nuläget har svårt att rekrytera personal inom samtliga yrkeskategorier.

För att kunna möta denna utmaning kommer både nämnden och förvaltningen att behöva tillämpa flera olika strategier och nya arbetssätt. Det pågår redan ett stort utvecklingsarbete inom detta område, som kommer att behöva prioriteras ännu mer de kommande åren.

- **Socialpsykiatrins verksamheter behöver vidareutvecklas.**

Den översyn av socialpsykiatrin som genomförts under 2023 (se *avsnitt 8.3*) har visat att det finns flera förbättringsområden kopplat till dessa verksamheter. Översynen har också resulterat i ett antal förbättringsförslag som kommer att lyftas för beslut i början av 2024. Verksamheterna inom socialpsykiatrin kommer att bli involverade i ett stort förändringsarbete under det kommande året.