



Kvalitetsrapport

Vård och omsorg

2017

Östersunds kommun



Innehåll

Introduktion	3	Bostad med särskild service för vuxna LSS	28
Demografisk förändring	3	Granskningar	28
Nämndens mål	4	Reflektion.....	29
Rapportens upplägg	5	Slutsatser	31
Begrepp.....	5	Bostad med särskild service enligt SoL/ SoL bostad	31
Övergripande uppföljningar	7	Slutsatser	31
Patientsäkerhetsberättelse.....	7	Bostad med särskild service för barn och ungdomar LSS (elevhem)	31
Uppföljning och resultat 2017	9	Slutsatser	32
Senior alert 2017	11	Personlig assistans enligt LSS	32
Avvikelser hälso-och sjukvård.....	12	Slutsatser	32
Lex Maria 2017.....	13	Korttidsvistelse enligt LSS	33
Övergripande mål och strategier för patientsäkerhetsarbetet år 2018	14	Slutsatser	33
Avvikelser LSS och SoL.....	16	Daglig verksamhet enligt LSS och dagverksamhet enligt SoL.....	33
Slutsatser	17	Slutsatser	33
Synpunkter – beröm och klagomål.....	17	Återkoppling till diskussion 2016	34
Slutsatser	17	Kvalitetsenkät 2017.....	34
Uppföljning av verksamheterna	19	Kvalitetssäkrad inkludering i vård och omsorg (KIVO).....	36
Myndighetsenheten.....	19	Individens behov i centrum (IBIC).....	37
Slutsats	19	Diskussion	39
Hemtjänst och hemsjukvård.....	19	Metoder för kvalitetsuppföljning	39
Socialstyrelsens brukarundersökning	19	Egenkontroll	39
Slutsatser	21	Tidigt varningssystem	40
Boendestöd SoL	22	Personcentrerat arbete utifrån individens behov.....	40
Slutsats	22	Kompetens	41
Servicetjänster.....	22	Genomförda granskningar.....	42
Mötesplatser	23		
Slutsats	23		
Särskilt boende SoL.....	23		
Socialstyrelsens brukarundersökning	23		
Granskning	25		
Slutsatser	27		



Introduktion

Uppdragsenheten* sammanställer varje år en kvalitetsrapport och patientsäkerhetsberättelse som beskriver Vård- och Omsorgsnämndens verksamheter. Syftet med rapporten är i första hand att ge Vård- och Omsorgsnämnden och förvaltningsledningen en överblick över kvaliteten i de olika verksamheterna. Rapporten kan även användas av nämndens olika utförare som en del i verksamheternas planering och utvecklingsarbete tillsammans med resultat från egenkontroll och offentlig statistik såsom Socialstyrelsens öppna jämförelser.

Resultatet och slutsatserna av rapporten är ett av flera delunderlag i anslutning till.

- Måldiskussioner med VON inför kommande verksamhetsår (dvs. år 2019) och
- Förvaltningsledningens granskning av hur kvalitetsledningssystemet fungerar och vad som behöver förbättras

Kvalitetsledningssystemet syftar till att säkerställa och utveckla verksamhetens kvalitet. God kvalitet innebär att:

- 1) Vi följer gällande lagstiftning
- 2) Vi arbetar enligt kommunens kvalitetspolicy (tillgång och tillgänglighet, inflytande, bemötande, kompetens)
- 3) Vi har nöjda medborgare

Under året har Uppdragsenheten prioriterat arbetet med att utveckla metoderna för kvalitetsuppföljning och därför presenteras färre verksamheter än tidigare år. Ambitionen för kommande års kvalitetsuppföljningar är dels att verksamheternas egenkontroll lyfts fram som en viktig del i kvalitetsuppföljningen, dels att ett "tidigt varningssystem" ska tas fram och prövas. Målet med ett tidigt varningssystem är att Uppdragsenheten, och verksamheterna, tidigt ska uppmärksamma risker för kvalitetsbrister för att kunna genomföra lämpliga åtgärder och säkra verksamheternas kvalitet.

Demografisk förändring

Vård- och omsorgsnämndens uppgift är att äldre och funktionshindrade ska ges förutsättningar att leva ett självständigt och gott liv. Verksamhetens mål på väg mot visionen om ett hållbart Östersund är kopplade till demokratisk, social, ekologisk och ekonomisk hållbarhet. Vi står inför en demografisk förändring där det faktiska antalet liksom andelen äldre i befolkningen ökar, tabell 1. Det kommer därför vara viktigt att följa hur denna utveckling påverkar Vård- och omsorgsnämndens olika verksamheter och hur nämndens mål nås, tabell 2.

*Uppdragsenheten är Vård- och omsorgsförvaltningens enhet som bland annat arbetar med att utforma uppdrag till samtliga verksamheter inom Vård- och omsorgsnämndens ansvarsområde utifrån politiska direktiv, lagstiftning och riktlinjer. I uppdragen ingår beskrivning av vad uppdraget omfattar och vilka kvalitetskrav som ställs.

Tabell 1. Bakgrundsmått (antal personer och andel i befolkningen (%), per 31/12 resp. år)

	2015	2016	2017 (preliminärt)
Antal personer 65-79 år (SCB)	9397 (15.4 %)	9594 (15.5 %)	9806 (15.7 %)
Antal personer 80 år och äldre (SCB)	3250 (5.3 %)	3309 (5.4 %)	3356 (5.4 %)
Andel personer 65 år och äldre med hemtjänst (Kolada)	9.6 %	8.9 %	Uppgift saknas
Andel personer 65 år och äldre, särskilt boende (Kolada)	Uppgift saknas	4.1 %	Uppgift saknas
Antal personer med boende enligt LSS (Kolada/ egna uppgifter)	453	472	481
Antal personer med daglig verksamhet enligt LSS och SoL	435	448	450

Nämndens mål

Tabell 2. Nämndens mål enligt budget 2017, 2016 års resultat inom parentes

Nämndmål	Indikator	Måloppfyllelse
Under år 2017 ska minst 95 % av alla personer som har insatser inom äldreomsorg och LSS göras delaktiga i utformningen av sina individuella genomförandeplaner. Med delaktighet avses i detta sammanhang att personen har tillfrågats om hur, när och på vilket sätt de vill få sina beviljade insatser utförda.	Andelen personer med insats inom äldreomsorg och funktionshinderområdet som gjorts delaktiga i utformningen av sin genomförandeplan vid mätningar prognos 1, prognos 2 och vid årets slut.	Målet har inte uppnåtts.
Under år 2017 ska minst 50 % av alla personer som har insatser inom äldreomsorg och funktionshinderområdet ha mätbara individuella mål där den enskilde varit delaktig. (Enligt modellen Individens behov i centrum, IBIC).	Andel personer med insats inom äldreomsorg och funktionshinderområdet som har mätbara individuella mål där den enskilde varit delaktig (enligt IBIC) vid mätningar prognos 1, prognos 2 och vid årets slut.	Målet är uppnått
Antalet besökare på kommunens öppna mötesplatser ska öka med 10 % jämfört med antalet 2016.	Antalet besökare på kommunens öppna mötesplatser vid mätningar i april, augusti och december 2017.	Målet kan inte utvärderas* Apr 701 besökare Aug 595 besökare Dec 687 besökare
Minst 83 % av dem som bor på särskilt boende ska vara ganska nöjda eller mycket nöjda när de i Socialstyrelsens nationella brukarundersökning svarar på frågan: "Hur nöjd eller missnöjd är du sammantaget med ditt äldreboende?".	Andel personer som i Socialstyrelsens årliga undersökning anger att de ganska nöjda eller mycket nöjda med sitt boende.	Målet har inte uppnåtts 73 % (75 %)
Minst 91 % av dem som har hemtjänstinsatser ska vara ganska nöjda eller mycket nöjda när de i Socialstyrelsens nationella brukarundersökning svarar på frågan: "Hur nöjd eller missnöjd är du sammantaget med den hemtjänst du har?"	Andel personer som i Socialstyrelsens årliga undersökning anger att de är ganska nöjda eller mycket nöjda med sin hemtjänst.	Målet har uppnåtts 92 % (93 %)

* Vid årets mätning av antalet räknades även fika- och lunchgäster med till skillnad från 2016 då dessa besökare inte räknades. Därför är inte resultaten jämförbara med 2016 år och det går inte att säga hur stor procentuell skillnad det eventuellt är.

Tabell 2 (forts).

Nämndmål	Indikator	Måluppfyllelse
Brukarnöjdheten hos de boende i LSS bostäder ska bibehållas eller förbättras jämfört med 2016 års resultat.	Andelen boende i LSS-bostäder respektive personer som vid uppföljning i november 2017 svarar "ja" eller "nej" på följande frågor: 1. Får du byta kontaktman om du vill? 2. Pratar personalen med dej så du förstår var dom menar? 3. Vet du vem du kan prata med om personalen inte är snäll? 4. Är du rädd för någon personal?	Målet har inte uppnåtts 55% (55 %) 59% (71 %) 61% (92 %) 7% (20 %)
Brukarnöjdheten hos dem som har insatser inom daglig verksamhet ska bibehållas eller förbättras jämfört med 2016 års resultat. Mål 90 %	Andelen brukare i daglig verksamhet som vid uppföljning i november 2017 svarar "Ja" på frågan: "Lyssnar personalen på dig?"	Målet är inte uppnått 87.5 % svarade ja på frågan.
Brukarnöjdheten inom personlig assistans, elevhem, korttidsverksamhet och personliga ombud ska bibehållas eller förbättras jämfört med 2016 års resultat.	Andelen brukare inom personlig assistans, elevhem, korttidsverksamhet och personliga ombud som vid uppföljning i november 2017 anger att de är ganska nöjd eller mycket nöjd med stödet från verksamheten.	Målet har uppnåtts
Tidsomfattningen av stödet som ges till de enskilda medborgare som beviljats insatsen boendestöd i januari 2017 ska vid årets slut ha minskat med minst 20 %.	Tidsomfattningen av stödet till de medborgare som får boendestöd i januari 2017 jämfört med tidsomfattningen av stödet till samma grupp medborgare vid mätningar i april, augusti och december 2017.	Målet har uppnåtts. 1738 timmar jan 17 1409 timmar aug 17 1313 timmar dec 17 = 24,5% minskning

Rapportens upplägg

De verksamhetsområden som ingår i årets rapport presenteras i tabell 3 tillsammans med en redovisning av de underlag som ligger till grund för uppföljningen av kvaliteten.

Först i rapporten finns patientsäkerhetsberättelsen (inklusive avvikelser HSL), avvikelser LSS och SoL och synpunkter och klagomål.

I nästa del av rapporten presenteras varje område var för sig. I varje del beskrivs:

- de metoder som använts
- resultatet
- reflektion och slutsatser

I rapportens avslutande del diskuteras resultatet med särskilt fokus på vad som fungerar bra och mindre bra inom kvalitetskritiska områden och viktiga utvecklingsområden identifieras.

Begrepp

I rapporten förekommer en rad förkortningar som förklaras här:

FÖS	Förvaltningsövergripande sektor
HFE	Hälsofrämjande enheten
HSL	Hälso- och sjukvårdslagen
LSS	Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade
MAR	Medicinskt ansvarig för rehabilitering
MAS	Medicinskt ansvarig sjuksköterska
SAS	Socialt ansvarig samordnare
SoL	Socialtjänstlagen
Leg. personal	Legitimerad personal, d.v.s. distriktsköterska, sjuksköterska, arbetsterapeut och fysioterapeut/sjukgymnast

Tabell 3. Verksamhetsområden och underlag för uppföljning för kvalitets- och patientsäkerhetsrapporten 2017.

Område	Patient-säkerhets berättelse inkl nationella register*	Avvikelser	Uppföljning synpunkter och klagomål	Enhetens uppgifter	Socialstyrelsens brukarundersökning	Enkät från Uppdragsenheten	Granskning
Myndighetsenheten			X	X			
Hemtjänst och hemsjukvård	X	X	X		X	X	
Servicetjänster						X	
Mötesplatser				X			
Särskilt boende	X	X	X		X	X	X
Bostad med särskild service för vuxna LSS	X	X	X			X	X
SoL-bostad	X	X	X			X	
Bostad med särskild service för barn och ungdomar LSS (elevhem)		X	X			X	Genom IVO
Personlig assistans enligt LSS	X	X	X			X	
Korttidsvistelse enligt LSS		X	X			X	
Daglig verksamhet enligt LSS och dagverksamhet enligt SOL		X	X			X	
Boendestöd SoL	X		X			X	
Rehabilitering	X					X	

* Riskbedömning enligt Senior alert (trycksår, undernäring, fall) samt palliativa registret.

Övergripande uppföljningar

I följande del av rapporten redovisar vi Patientsäkerhetsberättelsen och avvikelser inom lagrummet HSL. Här redovisas också avvikelser inom lagrummen LSS och SoL samt därefter synpunkter och klagomål.

Patientsäkerhetsberättelse

Vårdgivare ska upprätta en patientsäkerhetsberättelse varje år. Den ska beskriva hur vårdgivaren har arbetat för att identifiera, analysera och minska riskerna i vården. I patientsäkerhetsberättelsen ska strategier, mål och resultat av arbetet med att förbättra patientsäkerheten redovisas.

Övergripande mål och strategier

SFS 2010:659,3 kap. 1 § och SOSFS 2011:9, 3 kap. 1 §

Vård- och omsorgsnämndens övergripande mål:

- Minst 83 % av dem som bor på särskilt boende ska vara ganska nöjda eller mycket nöjda när de i Socialstyrelsens nationella brukarundersökning svarar på frågan: "Hur nöjd eller missnöjd är du sammantaget med ditt äldreboende?".
- Minst 91 % av dem som har hemtjänstinsatser ska vara ganska nöjda eller mycket nöjda när de i Socialstyrelsens nationella brukarundersökning svarar på frågan: "Hur nöjd eller missnöjd är du sammantaget med den hemtjänst du har?".

Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet

SFS 2010:659,3 kap. 9 § och SOSFS 2011:9, 7 kap. 2 §, p 1

Vård- och omsorgsnämnden är vårdgivare och är ytterst ansvarig för patientsäkerheten. Verksamhetschef enligt hälso- och sjukvårdslagen 29§ samt MAS och MAR har huvudansvar för patientsäkerhetsarbetet. Chefer inom vård- och omsorgsnämndens olika verksamhetsområden där hälso- och sjukvårdsinsatser utförs har ett ansvar för att insatserna genomförs på ett patientsäkert sätt.

Struktur för uppföljning/utvärdering

SOSFS 2011:9 3 kap. 2 §

Vård- och omsorgsförvaltningen bedriver patientsäkerhetsarbete genom att följa upp kvaliteten på följande sätt:

- Resultat i nationella kvalitetsregister (Senior alert, Palliativa registret)
- Socialstyrelsens brukarenkät, öppna jämförelser
- Strukturerade kvalitetsuppföljningar med besök och intervjuer av ledning, leg. personal och vård- och omsorgspersonal.
- Enkäter till medborgarna i samband med kvalitetsuppföljningar
- Avvikelsesrapportering och Lex Maria anmälningar
- Klagomål och synpunkter
- Egenkontroll av följsamhet till hygienrutiner och funktionskontroll av hjälpmedel
- Journalgranskningar, stickprov

Brister i patientsäkerhetsarbete som uppmärksammas vid kvalitetsuppföljningar åtgärdas genom en handlingsplan och åtgärderna följs upp efter ca 3 mån. Avvikelser som berör samarbete med Region Jämtland/Härjedalen följs upp tillsammans med patientsäkerhetsenheten i regionen.

Uppföljning genom egenkontroll

SOSFS 2011:9, 5 kap. 2§, 7 kap. 2 § p 2

Verksamheterna utför egenkontroll av följsamhet till Hygienriktlinjer 4 ggr/år. Enhetschefer redovisar resultat och åtgärder till MAS i samband med kvalitetsuppföljning. Egenkontroll av hjälpmedel utförs 1 gång per månad. Då kontrolleras att hjälpmedlet är helt och fungerar som det ska. Resultatet rapporteras till förskrivande arbetsterapeut och fysioterapeut. Verksamheten arbetar med riskbedömningar i Senior Alert och kan där följa åtgärder och resultat på den egna enheten.

Samverkan för att förebygga vårdskador

SOSFS: 2011:9,4 kap. 6 §, 7 kap. 3 § p 3

Samverkan med andra aktörer sker i flera olika former:

- Regionalt kvalitetsråd, ett samverkansforum mellan patientsäkerhetsenheten Region Jämtland/Härjedalen och kommunerna i Jämtlands län. Gruppen träffas 4 gånger per år och har under året arbetat med avvikelsehanteringsprocessen, läkemedelsstrategier och smittskydd/hygien.

- Lokal samverkansgrupp. Här möts representanter, 4 gånger per år, för regionens primärvård och den kommunala hälso- och sjukvården. Processer som varit aktuella under året är främst avtalet mellan kommun och region. Läkarkontinuitet/ tillgänglighet, avvikelser samt läkemedelsgenomgångar är andra områden som gruppen arbetat med.
- MAS och MAR i länets kommuner möts ca 10 gånger per år. Ett arbetsområde är att, så långt det är möjligt, skriva fram gemensamma riktlinjer. Exempel på sådana är riktlinjer för hygien, läkemedelshantering och delegering. Gruppen är också remissinstans för andra regionala samverkansföretag där hälso- och sjukvårdsfrågor tas upp
- Bättre sårvård. Ett samarbete med specialist-sjuksköterska har etablerats i syfte att förbättra processen för sårvård och då särskilt behandlingsstrategier för cirkulationssår. Registreringar görs i [Rikssår](#).

Riskanalys

SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §

Rapporterade avvikelser analyseras fortlöpande så snart de kommer till MAS/MARs kännedom. Enhetschefen gör en bedömning av om händelsen är allvarlig eller inte samt om den berör personnivå eller om den berör systemnivå. MAS och MAR sammanställer avvikelser och rapporterar till Vård- och omsorgsnämnden årligen.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §

Riskanalys har genomförts inför enhetschefernas åtkomst av hälso- och sjukvårdjournaler.

I övrigt har inget strukturerat arbete genomförts inom området för informationssäkerhet.

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

SFS 2010:659, 6 kap. 4 § och SOSFS 7 kap. 2 § p 5

All personal är skyldig att rapportera händelser och risker som medfört eller hade kunnat medföra vårdskada. Rapporterade händelser utreds av enhetschef och berörd leg. personal. Återföring av utredning och analys görs på enheten vid ärendemöten och/eller arbetsplatsträffar. Under året har ett IT stöd (Digital Fox) för rapportering av avvikelser införts inom kommunens egna verksamheter.

Klagomål och synpunkter

SOSFS 2011:9, 5 kap. 3 §, 7 kap 2 § p 6

Klagomål och synpunkter tas emot via telefon, brev eller mail av verksamheten. MAS och MAR kan också få kännedom om klagomål och synpunkter via kommunens kundcenter som registrerar klagomål i ett kommunövergripande IT stöd.

Utredning, analys och sammanställning

- Klagomål utreds av den chef som är ansvarig för berörd verksamhet.
- Klagomål som inkommer till mas/mar utreds av dessa om individen inte är nöjd eller inte fått återkoppling från ansvarig chef.
- Klagomål/synpunkter kan föranleda särskild kvalitetsuppföljning av verksamhet.
- Utredning efter klagomål/synpunkter redovisas till verksamhetschef HSL.
- Statistik över klagomål/synpunkter redovisas till vård- och omsorgsnämnden 1g/år.
- Den som lämnat ett klagomål till MAS/MAR får återkoppling både skriftligt och muntligt

Samverkan med patienter och närstående

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

Alla kontakter med patienter bygger på den enskildes självbestämmande och delaktighet.

Riktlinjer för planering av hälso- och sjukvård stödjer och uppmuntrar patientens och närståendes delaktighet i planeringen av hälso- och sjukvårdsinsatser. Vid de strukturerade kvalitetsuppföljningar som Uppdragsenheten genomför lämnas brukarenkät där patient och/eller närstående kan beskriva vad man anser behöver förbättras i verksamheten när det gäller hälso- och sjukvård.

Riktlinjen kring egenvård stärker den enskilde till att kunna utföra viss hälso- och sjukvård själv. I det fall-förebyggande arbetet engageras både den enskilde och anhöriga bland annat genom att informationsbroschyr "Stå på dig" lämnas ut och går igenom. I samband med utredning av allvarliga händelser träffar MAS och MAR alltid den enskilde och/eller närstående. Den enskilde ges alltid möjlighet att skriftligt lämna synpunkter.

Uppföljning och resultat 2017

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 1-3

Utveckla den kommunala rehabiliteringen och det rehabiliterande arbetssättet

Under perioden oktober 2016 till maj 2017 pågick ett pilotprojekt på tre särskilda boenden SoL där ett förtydligt professionsuppdrag för arbetsterapeuter och fysioterapeuter provades.

Resultatet visar att:

- Regelbunden och strukturerad uppföljning av personer som bor på särskilt boende SoL leder till snabbare insatser vid nya behov
- Ökade möjligheter till handledning och dialog med personalen kring ett rehabiliterande arbetssätt.
- Arbetsterapeutens och fysioterapeutens roll har blivit tydligare på boendena och kompetensen efterfrågas i högre utsträckning av omvårdnadspersonal.
- Teamarbetet har stärkts.

Antalet dokumenterade bedömningsunderlag i Procapita från legitimerad personal till biståndshandläggare var 232 stycken under 2017 vilket är 12 färre jämfört föregående år.

Under hösten har riktlinjen för bedömningsunderlag reviderats för att förtydliga när bedömningsunderlag ska lämnas till biståndshandläggaren. Det nya hemsjukvårdsavtalet kommer att påverka arbetssättet. Detta ska följas under 2018.

Inför vård- och omsorgsplanering på korttidsboende görs alltid ett bedömningsunderlag från legitimerad personal.

Under hösten 2017 genomfördes en enkätundersökning kring arbetsterapeutiska och fysioterapeutiska rehabiliteringsåtgärder i svenska kommuner. Arbetsterapeuter och fysioterapeuter dokumenterade åtgärder som genomfördes för personer som de påbörjade insatser för under perioden 170918–171006 fram till dess att ärendet avslutades eller som längst till 31/12. Delar av resultatet för Östersunds kommun presenteras nedan.



Tabell 4. Enkätundersökning rehabilitering i hemtjänst

	Arbetsterapi	Fysioterapi
Antal personer som fått insatser under perioden*	55 personer	58 personer
Medelålder (spridning)	80 år (32-102)	81 år (58-96)
Kön	35 kvinnor (64 %)	35 kvinnor (60 %)
Enbart larm/serviceinsats	13 personer	12 personer
Hemtjänstinsatser (t.ex. personlig omsorg, hygien, hjälp vid måltider)	39 personer	41 personer
Bedömningsinstrument/metod användes	17 personer	20 personer
Typ av åtgärd från arbetsterapeut/fysioterapeut**		
Träning i aktivitet	14 %	1 %
Styrketräning	0	8 %
Rörlighetsträning	8 %	9 %
Gång/ trappträning	3 %	18 %
Fallpreventiva åtgärder	28 %	15 %
Hjälpmedelsförskrivning	44 %	26 %
Omgivningsanpassning	30 %	6 %
Instruktion/rådgivning	34 %	24 %
Handledning av personal	22 %	13 %
Handledning av anhöriga	12 %	6 %
Samverkan med:		
Hemtjänstpersonal	36 %	30 %
Fysioterapeut/arbetsterapeut	35 %	32 %
Distriktssköterska	26 %	18 %
Biståndshandläggare	24 %	12 %
Chef/samordnare för hemtjänstpersonal	26 %	18 %

*Sannolikt underrapportering av det totala antalet personer som aktualiserats för rehabilitering då inte samtliga kommunens arbetsterapeuter och fysioterapeuter hade besvarat enkäten vid tidpunkten då denna tabell sammanställdes.

**Åtgärder som förekommer i liten utsträckning (och inte redovisas) bland båda professionerna är balansträning, stärräning, smärtbehandling, andningsträning.

Förbättra vården och omsorgen för personer med demenssjukdom

Demenssteamet har under 2017 inte kunna uppfylla kravet om att informera om riktlinjen för skydds- och begränsningsåtgärder på alla särskilda boenden SoL. Denna riktlinje syftar till att minska åtgärder som kan upplevas begränsande av den enskilde. Orsaken till detta är att demenssteamet tidvis under året inte varit fullt bemannat.

Förbättra vården och omsorgen för personer som vårdas i livets slut

Tabell 5 visar Socialstyrelsens prioriterade områden inom palliativ vård. Målet är att 70% av alla dödsfall ska registreras i Palliativa registret och för respektive fråga är målet 100 %. Resultaten visar en förbättring över tid men de nationella målen uppnås inte.

Tabell 5. Resultat från Palliativa registret Östersunds kommun, alla verksamheter

	2015	2016	2017
Antal registreringar	60,0 %	63,0 %	64,0 %
Dokumenterade smärtskattningar	41,9 %	51,8 %	54,7 %
Dokumenterade brytpunktssamtal	63,6 %	67,0 %	75,9 %
Dokumenterade erbjudanden om eftersamtal	80,8 %	82,0 %	75,4 %

Förebygga näringsbrist och säkerställa en god nutrition för personer inom särskilt boende SoL och ordinärt boende

Dietisten har under 2017 genomfört utbildning för

- 205 personal inom hemtjänst/hemsjukvård
- 203 personal inom LSS
- Vid kostombudsträffar för särskilda boenden SoL har 70 kostombud fått en kortare utbildning om berikning och kosttillslag

Under 2017 har munhälsobedömning enligt ROAG- Revised Oral Assessment Guide utförts på 554 personer inom alla verksamheter och utförare. Mätningen av nattfastans längd görs 1 ggr/år under en natt. Man mäter då andelen personer som har en nattfasta som är mer än 11-12 timmar. De förekommer stora variationer i resultatet förekommer mellan olika boenden. En nattfasta på 11-12 timmar eller längre varierar mellan 12% av de boende till 95 %. 97 % av de som är bosatta på särskilda boenden i Östersund deltog i mätningen.

Tabell 6. Nattfastemätning på särskilt boende

	2015	2016	2017
Nattfasta >11-12 timmar	71 %	67 %	67 %

Minska antal fallskador/fallhändelser

Antalet rapporterade höftfrakturer hos personer som bor på särskilt boende SoL minskade under 2017 jämfört med året innan. Då minskningen är så stor jämfört med tidigare år finns en risk att alla höftfrakturer inte rapporterats in.

Höftfrakturer särskilt boende

2013: 21 höftfrakturer, 2014: 14 höftfrakturer

2015: 30 höftfrakturer, 2016: 18 höftfrakturer

2017: 8 höftfrakturer

Uppföljning i början av 2017 visar att antalet höftfrakturer inte har minskat efter beslutet 2015 om att erbjuda kostnadsfria höftskyddsbyxor. Vid 336 fallhändelser har personer burit höftskyddsbyxor och inte fått någon höftfraktur. Det är rimligt att anta att några av dessa fallhändelser skulle ha resulterat i en höftfraktur om personen inte burit höftskyddsbyxa. Enligt evidens ger höftskyddsbyxan ett skydd på 60 % mot höftfraktur vid fallhändelse. Det finns stora skillnader i antalet förskrivna höftskyddsbyxor per år och boende. I övervägande antal rapporterade fallhändelser under 2016 har personer i särskilt boende inte använt höftskyddsbyxor.

Minska antalet olämpliga läkemedel för äldre

Under 2017 låg läkemedelsgenomgångarna på samma nivå som tidigare år medans de fördjupade läkemedelsgenomgångarna (PHASE20) har fördubblats jämfört med året innan. En gemensam rutin för primärvården och Östersunds kommun kring läkemedelsgenomgångar är klar och kommer att publiceras i början av 2018.

Tabell 7. Läkemedelsgenomgångar

	2015	2016	2017
Dokumenterade läkemedelsgenomgångar	91	87	87
PHASE 20 (fördjupad läkemedelsgenomgång)	147	127	245

Förbättra dokumentationen i patientjournalen

De journalgranskningar som genomförts har visat på både brister och olikheter i hur legitimerad personal dokumenterar. Under 2017 har en ny struktur i HSL-journalen enligt ICF tagits fram. All legitimerad personal kommer att få utbildning under februari 2018 i dokumentation enligt nya modellen. En person med uppdraget att utveckla HSL-dokumentation har anställts på Uppdragsenheten.

Senior alert 2017

Antal riskbedömningar i Senior alert har under 2017 minskat både inom särskilt boende SoL och hemtjänst/hemsjukvård, tabell 8 och 9. År 2016 genomfördes 1044 riskbedömningar för personer inom särskilt boende och 404 riskbedömningar för personer inom hemtjänst/hemsjukvård.

Tabell 8. Senior alert på särskilt boende SoL.

Antal personer med genomförd riskbedömning	Antal personer med trycksår	Antal personer med BMI <22 eller ofrivillig viktminskning	Antal personer som fallit/totalt antal registrerade fall	Antal personer med munhälsa grad 2 ROAG*
597	71	248	298/1147	193

Tabell 9. Senior alert inom hemtjänst/hemsjukvård.

Antal personer med genomförd riskbedömning	Antal personer med trycksår	Antal personer med BMI < 22 eller ofrivillig viktminskning	Antal personer som fallit/totalt antal fall	Antal personer med munhälsa grad 2 ROAG*
160	10	76	77/209	30

*= mätliga förändringar

Avvikelse hälso-och sjukvård

Med en avvikelse menas att en enskild person inte får insats enligt Hälso- och sjukvård, HSL. Avvikelsen är en händelse som medfört eller hade kunnat medföra något oönskat.

Den som upptäcker en avvikelse är skyldig att inom ramen för sitt yrkesansvar rapportera händelsen till ansvarig chef och/eller legitimerad personal beroende på händelsens karaktär. Rapporteringen sker i avsett IT-stöd (Digital Fox) beroende på vilket lagrum händelsen omfattas av. Rapporten lämnas till närmsta chef som ansvarar för bedömning av vilka åtgärder som behöver vidtas.

Vid en händelse som är av medicinsk karaktär ska legitimerad personal ta del av rapporten för bedömning av åtgärder. Om händelsen är av allvarlig

medicinsk karaktär ska personal alltid ta telefonkontakt med ansvarig sjuksköterska/distriktsköterska.

Rapportering till MAS/MAR ska ske senast inom en månad efter inträffad händelse. Respektive handläggare registrerar avvikelserna och bedömer om vidtagna åtgärder är tillräckliga. Vid tveksamheter ansvarar MAS/MAR för fortsatt utredning.

Mätperiod 1 december 2016–30 november 2017.

Avvikelse inom läkemedelsområdet visar att personal ofta glömmer att ge ordinerade läkemedel. Därför infördes under 2017 en påminnelse för HSL åtgärd i det digitala systemet "Life Care mobil hemtjänst" för hemtjänstpersonalens mobiltelefoner (intern utförare). Åtgärden har inte gett någon effekt på antalet avvikelser.

Tabell 10. Avvikelse inom hemtjänst/Hemsjukvård, 2016 års siffror inom parentes.

Totalt	Läkemedel	Varav dosettfel	Fall fraktur	Höft fraktur	Om-vårdnad	Ute-bliven behandlingsträning	Hjälp-medel, felaktig hantering	Hjälp-medel produktfel	Sam-verkan region	Övrigt
906 (966)	663 (763)	42 (52)	20 (41)	3 (22)	34 (14)	89 (70)	4	2	88	3 (53)

*= mätliga förändringar

Tabell 11. Avvikelse på särskilt boende, 2016 års siffror inom parentes.

Totalt	Läkemedel	Varav dosettfel	Fall fraktur	Höft fraktur	Om-vårdnad	Ute-bliven behandlingsträning	Hjälp-medel, felaktig hantering	Hjälp-medel produktfel	Sam-verkan region	Övrigt
1567 (1343)	1333 (1025)	97 (107)	22 (63)	8 (18)	61 (57)	35 (8)	47	1	56	4 (158)

*= mätliga förändringar

Tabell 12. Avvikelser på LSS bostad vuxna, 2016 års siffror inom parentes.

Totalt	Läke- medel	Varav dosett- fel	Fall fraktur	Höft fraktur	Om- vårdnad	Ute- bliven behand- ling träning	Hjälp- medel, felaktig hante- ring	Hjälp- medel pro- duktfel	Sam- verkan region	Övrigt
357 (192)	234 (138)	18 (5)	4 (5)	0 (1)	9 (14)	24 (0)	40	1	40	5 (28)

Lex Maria 2017

Vårdgivaren ska utreda och anmäla händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada till Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Denna regel kallas lex Maria.

Lex Maria-anmälningar på särskilda boenden SoL

Allvarlig vårdskada 1

Händelse där en person får en nackskada efter ett fall. Personens rörelselarm var inte aktiverat och blev därför liggande ett längre tag.

MAR och MAS krav på åtgärder:

- Säkerställa att skriftliga ordinationer för rörelselarm är kommunicerade och tillgängliga för vård- och omsorgspersonal.
- Säkerställa att riktlinje för skydds- och begränsningsåtgärder är känd av all personal.
- Säkerställa att introduktion för sjuksköterskor genomförs så att de får kännedom om alla gällande riktlinjer.

Allvarlig vårdskada 2

Händelse där en person i samband med överflyttning med uppsyningslyft, förlorar balansen och faller ur lyften. Personen får som följd av händelsen en underbensfraktur.

MAR:s krav på åtgärder:

- Säkerställa att all personal har kännedom om aktuella ordinationer för användning av lyftselar.
- Säkerställa att all personal har genomgått utbildning in handhavande av personlyftar.
- Säkerställa att all personal har kännedom om riktlinje för hantering av personlyftar.

Allvarlig vårdskada 3

Person som glider ur rullstol under en promenad och drabbas av frakturer på benen. Avlider sedan på sjukhuset. Bedömning att diagnosen blivit fördröjd.

MAR och MAS krav på åtgärder:

- Riktlinje vid fallhändelse med uppföljande kontroller kommer att upprättas.

- All vårdpersonal får utbildning i dokumentation enligt S-bar.
- All vårdpersonal ska känna till rutinen när kontakt ska tas med sjuksköterska.

Risk för allvarlig vårdskada

Vid dosettindelning uppmärksammas inte att det saknas en sida i dosreceptet, där kortisonbehandling är ordinerad. Efter fem dagar upptäcks felet då journalsjuksköterskan kontaktas.

MAS krav på åtgärder:

- Säkerställa att läkemedelshantering och dokumentation sker på ett patientsäkert sätt.

Risk för allvarlig vårdskada

Person som uppvisat biverkan av ett läkemedel har fått läkemedel felaktigt under fyra dagar.

MAS krav på åtgärder:

- Vid utsättning av läkemedel i apodos ska sjuksköterska kontrollera att ändringen är gjord i apodosen.
- Rutinen när kontakt ska tas med sjuksköterska ska vara känd av all personal.
- Närstående ska kontaktas vid förändring av hälsotillståndet kring den boende.
- Informationsöverföring ska fungera både muntligt och skriftligt mellan personal.

Lex Maria-anmälningar inom hemtjänst/ Hemsjukvård

Allvarlig vårdskada

Händelse där en person faller ur en hemvårdssäng. Fallet inträffar när hen ska vända sig mot intilliggande säng. Hjulen är olåsta och hen faller mellan de båda sängarna. Personen får som följd av händelsen revbensfrakturer.

MAR:s krav på åtgärder:

- Säkerställa att all personal har grundläggande kunskaper om handhavande av hemvårdssängar.

Risk för allvarlig vårdskada

Händelse där en person ståtränar i ett hjälpmedel för ståträning. I samband med uppresning går selen till hjälpmedel sönder. Personen faller ner i rullstolen.

MAR:s krav på åtgärder:

- Lyftsele till Spacemaker ska alltid bytas ut vid retur och recond på hjälpmedelscentralen.
- Alla lyftselar till Spacemaker ska märkas med inköpsår på hjälpmedelscentralen.

Övergripande mål och strategier för patientsäkerhetsarbetet år 2018

Tabell 13. Utveckla den kommunala rehabiliteringen/habiliteringen.

Delmål	Aktiviteter	Ansvarig
Säkerställa att personer som bor i särskilt boende SoL ska erbjudas bedömning av rehabiliteringsbehov av arbetsterapeut och fysioterapeut.	Införa professionsuppdrag för arbetsterapeut och fysioterapeut på alla särskilda boenden SoL i Östersunds kommun. Detta ska ske genom att resurser för arbetsterapeut och fysioterapeut utökas från 0.7 % till 1.6 % per person som bor på särskilt boende.	Verksamhetschef HSL
Antalet dokumenterade bedömningsunderlag i Procapita från legitimerad personal till biståndshandläggare ska under året uppgå till minst 200 stycken.	Följa antalet bedömningsunderlag i Procapita under året och analysera om mängden förändras utifrån det nya hemsjukvårdsavtalet.	
Säkerställa att personer som vistas på korttidsboende ska erbjudas bedömning och insatser av arbetsterapeut och fysioterapeut. Rehabinsatser ska dokumenteras i en individuell plan och vara tillgänglig för personen.	Ta fram ett professionsuppdrag för arbetsterapeuter och fysioterapeuter som arbetar med personer som vistas på korttidsboende.	MAR
Säkerställa tillgången till insatser från arbetsterapeut och fysioterapeut för personer som bor på LSS-bostad.	Kartlägga behov av resurser för arbetsterapeut och fysioterapeut som arbetar med personer som bor på LSS-bostad.	Verksamhetschef HSL

Tabell 14. Förbättra vården och omsorgen för personer med demenssjukdom/kognitiv funktionsnedsättning.

Delmål	Aktiviteter	Ansvarig
All personal inom hemtjänst och särskilda boenden SoL ska ha kännedom om riktlinjen för användning av tvångs- och begränsningsåtgärder.	Demenssteamet följer sitt uppdrag kring information till alla särskilda boenden.	Sektorchef
All tillsvidareanställd personal vid särskilda boenden ska genomgå webbutbildningarna Demens ABC och Demens ABC Plus	Egenkontroller genomförs varje kvartal.	Enhetschefer
Minska användandet av olämpliga läkemedel för personer med demenssjukdom	Använda verktyget BPSD-registret för att hitta alternativa åtgärder till läkemedelsbehandling. Egenkontroller genomförs varje halvår.	Enhetschefer
Minska antalet tvångs- och begränsningsåtgärder	Egenkontroller genomförs varje kvartal.	
All personal på LSS-bostäder och inom daglig verksamhet ska ha kunskap om riktlinje för tvångs- och begränsningsåtgärder.	Revidera riktlinjen för tvångs- och begränsningsåtgärder så den tydligt innefattar personer som bor på LSS-bostad och personer inom daglig verksamhet. Informationsträffar för alla enhetschefer på daglig verksamhet och LSS-bostad	MAS, MAR, SAS och handläggare LSS

Tabell 15. Förebygga näringsbrist och säkerställa en god nutrition för personer inom särskilt boende SoL, ordinärt boende och LSS-bostad.

Delmål	Planerade aktiviteter	Ansvarig
Andelen personer på särskilda boenden SoL med nattfasta längre än 11 timmar ska vara högst 30 %	Egenkontroller genomförs varje kvartal.	Enhetschefer för SÄBO
Öka kunskapen hos personal inom LSS inom området kost och nutrition	Följa handlingsplanen för utbildning av dietist.	Enhetschef HFE
Öka antalet dokumenterade munhälsobedömningar i Senior Alert.	Egenkontroller genomförs varje kvartal.	Enhetschefer
Öka antalet riskbedömningar och åtgärder i Senior Alert	Egenkontroller genomförs varje kvartal.	Enhetschefer

Tabell 16. Minska antal fallskador/fallhändelser.

Delmål	Planerade aktiviteter	Ansvarig
Minska antalet höftfrakturer hos personer som bor i särskilt boende SoL.	Egenkontroller genomförs varje kvartal för att ha kontroll att höftskyddsbyxor förskrivs i rimlig omfattning.	Enhetschefer
Säkerställa att "Program för träning vid fallrisk" erbjuds alla personer med bedömd fallrisk i ordinärt boende, som kommunen har ansvar för hälso- och sjukvård.	Egenkontroller genomförs varje kvartal för åtgärder i Senior Alert.	Enhetschefer

Tabell 17. Minska antalet olämpliga läkemedel för äldre.

Delmål	Planerade aktiviteter	Ansvarig
Öka antalet dokumenterade Phase 20 i Procapitas bedömningsmodul. (fördjupad läkemedels-genomgång)	I samband med utbildning för nya ICF-strukturen i HSL-journal informera om att bedömningsinstrument ska dokumenteras i Procapitas bedömningsmodul.	Dokumentationsansvarig HSL

Tabell 18. Minska antalet tryckskador och trycksår.

Delmål	Planerade aktiviteter	Ansvarig
Minska antal personer 65 år och äldre, som har tryckskada/trycksår	Genom egenkontroller varje kvartal i Senior Alert ha kontroll att målet nås	Enhetschefer

Tryckskador och trycksår kommer att börja rapporteras via avvikelser under 2018. Detta kommer att ligga till grund för kommande förebyggande åtgärder.

Tabell 19. Förbättrad informationssäkerhet.

Delmål	Planerade aktiviteter	Ansvarig
Det ska finnas en känd metod för granskning av HSL-journaler.	Ta fram en metod för journalgranskning	Dokumentationsansvarig för HSL, MAS och MAR

Avvikelse LSS och SoL

De områden för vilka avvikelser inrapporterats presenteras i tabell 20 och 21. Med en avvikelse menas att en enskild person inte får den insats som är beviljad enligt biståndsbeslut, genomförandeplan eller insatser enligt Hälso- och sjukvård, HSL. Avvikelsen är en händelse som medfört eller hade kunnat medföra något oönskat.

Metod

Den som upptäcker en avvikelse är skyldig att inom ramen för sitt yrkesansvar rapportera händelsen till ansvarig chef och/eller legitimerad personal beroende på händelsens karaktär. Rapporteringen sker i avsett IT-stöd (Digital Fox) beroende på vilket lagrum händelsen omfattas av. Rapporten lämnas till närmsta chef som ansvarar för bedömning av vilka åtgärder som behöver vidtas.

Vid en händelse som är av medicinsk karaktär ska också legitimerad personal ta del av rapporten för bedömning av åtgärder. Om händelsen är av allvarig medicinsk karaktär ska personal alltid ta telefonkontakt med ansvarig sjuksköterska/distriktssköterska.

Rapportering till MAS/MAR/SAS/handläggare LSS ska ske senast inom en månad efter inträffad händelse. Respektive handläggare registrerar avvikelserna och bedömer om vidtagna åtgärder är tillräckliga. Vid tveksamheter ansvarar MAS/MAR/SAS/handläggare LSS för fortsatt utredning.

Vid risk för ett allvarligt missförhållande eller ett allvarligt missförhållande enligt Lex Sarah ska ansvarig chef alltid kontakta socialt ansvarig samordnare (SAS) eller handläggare LSS och informera om händelsen. Enheten ska därefter upprätta en Lex Sarah rapport.

Alla Lex Sarah eller Lex Maria ska utredas enligt gällande föreskrifter som innehåller tydliga mallar för respektive område. Uppdragsenheten ansvarar därefter för anmälan till inspektionen för vård och omsorg. Privat utförare utreder och bedömer själva missförhållanden som ska rapporteras enligt Lex Sarah.

Resultat avvikelser

Mätperioden för avvikelser var 1 december 2016–30 november 2017.

Tabell 20. Avvikelse LSS 2017.

Verksamhet	Totalt antal	Brist personlig omsorg	Brist stöd och service	Brist Psykosocialt	Övrigt
LSS bostad	358 (228)	38 (9)	199 (125)	79 (37)	40 (57)
Daglig verksamhet LSS	30 (30)	3 (0)	9 (0)	15 (11)	3 (19)
Korttidsvistelse LSS	4 (17)	1 (0)	1 (2)	2 (11)	0 (4)
Personlig assistans egen regi LSS	1 (2)	1 (1)	0 (0)	0 (1)	0 (0)
Bostad med särskild service, barn och unga LSS	0 (1)	0 (0)	0 (1)	0 (0)	0 (0)
SoL bostad	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)

Tabell 21. Avvikelse SoL 2017.

Verksamhet	Totalt antal	Brist i tillsyn	Brist i tillsyn	Trygghetslarm	Social aktivitet	Mat-hållning	Våld och hot	Övrigt
Hemtjänst inklusive boendestöd, kväll och natt	506	200	40	29	45	52	4	136
Särskilt boende inklusive korttidsboende	398	66	58	77	12	6	43	136

Under mätperioden har 7 händelser rapporterats som missförhållanden enligt Lex Sarah. Av dessa har 2 händelser bedömts som allvarliga missförhållanden och anmäls till IVO. Vård- och omsorgsnämnden har inte emottagit någon information från privata utförare om missförhållande enligt Lex Sarah under denna period.

Slutsatser

Inom LSS bostad har antalet avvikelser ökat vilket vi tolkar som en ökad medvetenhet att avvikelser är en del av kvalitetsarbetet. Det är tydligt att det är stor variation i antalet avvikelser mellan olika verksamheter och enheter. Därför är det fortsatt viktigt att jobba med att avvikelser är en naturlig del i det dagliga arbetet.

Synpunkter – beröm och klagomål

Synpunkter för samtliga verksamheter redovisas nedan.

Metod

Synpunkter på vård- och omsorgsförvaltningens verksamhet kan lämnas på olika sätt: via telefon, brev, e-post eller personliga möten riktade direkt till aktuell verksamhet. Inkomna synpunkter registreras av ansvarig chef för verksamheten via systemet Flexite hos Kundcenter. Synpunkter ska handläggas snabbt och tillförlitligt samt att den person som lämnat klagomål får vetskap om hur missnöjet kan rättas till. Statistik på inkomna synpunkter redovisas varje kvartal till respektive förvaltning från Kundcenter.

Resultat

Registrerade synpunkter från kundcenter för vård- och omsorgsförvaltningen under perioden 1 januari–31 december 2017 redovisas i tabell 22.

Tabell 22. Synpunkter på vård- och omsorgsnämndens verksamheter 2017.

Synpunkter	Klagomål	Beröm	Summa
Hemtjänst	70	2	72
Särskilt boende	34	1	35
Biståndsenhet	33	2	35
Stab	8	0	8
LSS bostad	6	1	7

Tabell 22. (forts).

Synpunkter	Klagomål	Beröm	Summa
Daglig verksamhet	0	0	0
Bemanningsenhet	0	0	0
Teknik och service	0	0	0
HSL	14	0	14
Boendestöd	1	0	1
Korttidsboende	3	2	5
Fakturor/hemtjänst	137	0	137
Övrigt	61	10	71
Totalt	367	18	385

Reflektion

Inom hemtjänsten handlar de flesta klagomålen om insatser som inte utförts t.ex. brister i personlig omvårdnad, tillgänglighet, serviceinsatser. Under oktober månad rörde ett flertal av dessa klagomål en av de privata utförarna inom hemtjänsten Attendo Care AB samt en av de privata utförarna för särskilt boende Förenade Care.

Totalt sett handlar de flesta klagomålen om missnöje med fakturor i hemtjänsten, att medborgaren inte förstår vad som står skrivet eller att den summa medborgaren ska betala inte överensstämmer med dennes bild av vad hen ska betala för tjänsten.

Slutsatser

Synpunkter och klagomål är tillsammans med avvikelser, viktiga delar för att tidigt uppmärksamma brister i kvaliteten och bör därför ingå i utvecklingen av ett tidigt varningssystem. Kvaliteten på arbetet med synpunkter och klagomål är därför viktigt att säkerställa. Det kan t.ex. handla om hur aktivt verksamheten arbetar med att informera medborgarna om möjligheterna att lämna synpunkter samt att synpunkter handläggs snabbt och tillförlitligt.



Uppföljning av verksamheterna

I följande del av rapporten redovisas de granskningar som gjorts plus andra uppföljningar och slutsatser för olika verksamheter inom Vård- och omsorgsförvaltningen.

Myndighetsenheten

Biståndshandläggare vid Myndighetsenheten utreder och fattar beslut om olika former av stöd. Det som framförallt styr verksamheten är SoL, LSS, Kommunallagen och Förvaltningslagen. Enhetens uppgifter visar att ca 3350 medborgare har olika former av stöd, se tabell 23.

Tabell 23. Statistik kring ansökningar och ärenden.

Antalet ansökningar SoL under året	4 697 SoL / 360 LSS
Antalet/andelen ansökningar som fått avslag	8 SoL / 44 LSS
Antal överklaganden	10
Antalet avgiftsbeslut som överklagats under året	2
Antal ärenden	1 027 LSS, 136 boendestöd enligt SoL, 2 212 SoL.
Medborgarnas nöjdhet	78 % svarade ja på frågan "Är handläggarens beslut anpassat efter dina behov?" i Socialstyrelsens brukarundersökning
Antalet avvikelser	LSS 0, avgifter 0, Sol 4 (3 brister i dokumentation, 1 bristande rutin vid vårdplanering).

En central del i Myndighetsenhetens arbete är att säkerställa lagefterlevnad och rättssäkerhet när det gäller likvärdighet i bedömningar. Detta sker framförallt genom att enheten håller ärendeberedning varje vecka enligt en rutin som klargör där vilka typer av ärenden som ska tas upp för diskussion. Ärendeberedningen syftar till att handläggarna skapar en likvärdighet i sina bedömningar tillsammans med metodhandledare och chefer.

Enheten har även metodträffar som leds av enhetens metodhandledare. Dessa träffar syftar till att utveckla handläggarnas kompetens samt vara forum för diskussioner mellan handläggarna. Enheten genomför årligen ett antal kollegiegranskningar i grupp inom SoL. Detta

i syfte att utveckla dokumentationen samt kvalitets-säkra den. Enhetens chef har under 2017 genomfört en stickkontroll för kvalitetssäkring av utredningar genom att läsa igenom slumpmässigt utvalda utredningar.

Systematisk uppföljning av ärenden

Enhetens mål är att alla individbeslut enligt SoL och LSS ska följas upp en gång per år. Under hösten 2017 har biståndshandläggarna för SoL på grund av resursbrist arbetat efter en prioriteringsordning. Personer med enbart larm, serviceinsatser och matdistribution har därför inte prioriterats. För personer med mer omfattande hemtjänstinsatser har systematisk uppföljning genomförts. Gällande LSS så har enbart vissa typer av ärenden följts upp bl.a. ärenden som rör barn eller personlig assistans. Enheten arbetar nu med att ta fram en arbetsordning för enhetens handläggare inför 2018 för att klara målet om uppföljningar gällande både SoL och LSS.

Slutsats

Utifrån de uppgifter som presenteras i detta avsnitt samt genom Socialstyrelsens brukarundersökning konstaterar vi att drygt 20 % av medborgarna inte tycker det beslut de fått är anpassat efter deras behov. Att personer med mindre omfattande behov inte prioriteras när det gäller uppföljningar är fullt förståeligt men ur ett hälsofrämjande perspektiv är den bristande uppföljningen ett problem då ökade behov tidigare skulle kunna synliggöras och därmed förebyggas. När det gäller Myndighetsenheten tycker Uppdragsenheten att det finns ett otillräckligt underlag för att bedöma verksamhetens kvalitet.

Hemtjänst och hemsjukvård

Hemtjänsten är en praktisk, social och pedagogisk insats enligt SoL som syftar till att underlätta för den enskilde att hantera sin vardag. Hemtjänst och hemsjukvård har 5 utförare; Östersunds kommun, Omsorgskooperativet Brännagården, Attendo, Förenade Care, Lanterna. I tillägg finns även utförare av servicetjänster. Av de som har hemtjänst har ca 75 % också hemsjukvård.

Socialstyrelsens brukarundersökning

Socialstyrelsen genomför varje år en rikstäckande enkätundersökning där de frågar hur äldre uppfattar kvaliteten i hemtjänst och på äldreboenden.

Metod

I 2017 års undersökning deltog totalt 130 125 personer, varav 91 634 personer med hemtjänstinsatser. I Östersund deltog 753 personer i undersökningen, vilket motsvarande en svarsfrekvens på 60 %.

Resultat

Resultatet för Östersunds kommun presenteras med hela Sveriges resultat inom parentes. I tabell 24 presenteras även resultatet för åren 2013-2017 tillsammans med resultatet för hela Sverige.

Fler äldre i Östersund bedömer sin hälsa högre än i riket som helhet. Till exempel säger

- 38 % (30 %) att det allmänna hälsotillståndet är mycket eller ganska gott
- 56 % (10 %) besväras inte av ängslan, oro eller ångest
- 35 % (28 %) går utan svårigheter inomhus.

I Östersund bor 75 % personer ensamma (76 %), andelen som besvarade enkäten själv eller tillsammans med någon annan var 60 % (58 %). Av anhöriga som varit delaktiga i att svara på frågorna anger 90 % (89 %) att samarbetet med hemtjänsten är mycket eller ganska bra.

Personer som har hemtjänst är nöjda

Liksom tidigare år säger många äldre att de är nöjda med hemtjänsten, vissa skillnader förekommer mellan offentlig och privata utförare.

- 98 % (97 %) anser att personalen har ett bra bemötande
- 91 % (91 %) känner förtroende för alla eller de flesta av personalen som kommer hem till dem
- 92 % (89 %) är mycket eller ganska nöjda med hemtjänsten (94 % offentlig regi, 89 % privat regi)
- 89 % (86 %) uppger att det känns mycket eller ganska tryggt att bo hemma med stöd från hemtjänsten (91 % offentlig regi, 85 % privat regi)
- 89 % (87 %) anser att personalen utför sina arbetsuppgifter mycket eller ganska bra
- 82 % (79 %) uppger att det är mycket eller ganska lätt att få kontakt med hemtjänstpersonalen när de behöver det.

På frågor som berör beslut om hemtjänst och hur hemtjänsten genomförs är resultaten stabila över tid och för de flesta frågor visar Östersund ett bättre resultat än riket.

Tabell 24. Andel i procent som svarat Ja på frågor gällande biståndsbeslut och hemtjänst.

	2013 Ja %	2014 Ja %	2015 Ja %	2016 Ja %	2017 Ja %	Riket 201 Ja %
Är handläggarens beslut anpassat efter dina behov?	77	76	75	78	78*	73
Fick du välja utförare av hemtjänsten?	43	45	55	59	60	56
Vet du vart du ska vända dig om du vill framföra synpunkter eller klagomål på hemtjänsten?	66	64	66	71	68	64
Brukar personalen ta hänsyn till dina åsikter och önskemål om hur hjälpen ska utföras?	89	89	89	90	90**	87
Brukar du kunna påverka vid vilka tider personalen kommer?	73	68	69	73	68**	61
Brukar personalen komma på avtalad tid?	88	88	88	90	87	85
Brukar personalen ha tillräckligt med tid för att kunna utföra sitt arbete hos dig?	85	87	87	86	83**	82
Brukar personalen meddela dig i förväg om tillfälliga förändringar?	70	67	70	71	66**	68

I Socialstyrelsens uppgifter finns möjligheter att göra jämförelser kopplat till kön, ålder och utförare (privat eller offentlig regi). Värt att notera är att det förekommer synbara skillnader även om ingen statistisk analys har genomförts för att kontrollera att skillnaden inte är slumpmässig. För frågor markerade *har en lägre andel som är 80 år eller äldre svarat ja än de som är 65-79 år, och ** är det genomgående en högre andel män som svarat ja, likartade skillnader syns inte på nationell nivå.



Reflektion

Resultaten från Socialstyrelsens undersökning är överlag bättre än genomsnittet för riket och resultaten är stabila över flera års tid. Vård- och omsorgsnämnden har valt "nöjdhet med hemtjänsten" som en indikator för brukarnöjdhet, vilket är kopplat till ett socialt hållbart Östersund. Målet att minst 91 % av de som har hemtjänstinsatser ska vara ganska eller mycket nöjda uppnås. Totalt sett uppnås målet men inte när resultaten granskas specifikt för hemtjänst i privat regi.

I tabellen ovan är 5 svar fetmarkerade som på olika sätt handlar om medborgarens delaktighet. Även om resultatet genomgående är bättre än i riket är det värt för verksamheterna att reflektera över att en mindre andel än tidigare är svarat ja på de frågorna. Uppdragsenheten konstaterar även att resultatet tyder på att det finns skillnader i andelen positiva svar mellan män och kvinnor men också mellan olika åldersgrupper. Dessa skillnader kan tyda på risk för ojämlikheter vilket verksamheten bör reflektera över närmare.

Ungefär var femte person tycker att handläggarens beslut inte är anpassat eller endast delvis är anpassat efter de behov personen har. Resultatet gör att det finns skäl för verksamheten att få bättre kunskap om vilka behov det är som medborgarna tycker inte möts och om det är behov som skulle kunna mötas genom de beslut som biståndshandläggarna fattar. Under 2017 har införandet av Individens Behov I Centrum (IBIC) fortsatt. I vilken utsträckning det nya arbets sättet kommer att ha effekt på frågan om handläggarens beslut är anpassat efter personens behov kommer att följas under kommande år.

Slutsatser

Utifrån de uppgifter som presenteras i detta avsnitt, genom patientsäkerhetsberättelsen, avvikelser SoL, synpunkter och klagomål och kvalitetsenkäten drar vi följande slutsatser:

- Medborgarna är överlag nöjda med hemtjänsten

- Det förekommer skillnader mellan utförare, mellan olika åldersgrupper och män/kvinnor.
- 4 av 5 medborgare tycker att biståndsbeslutet är anpassat efter de behov hen har.
- Inom hemtjänst/hemsjukvård har antalet personer som fått riskbedömningar minskat från 404 under 2016 till 160 under 2017. Vad som kan ligga bakom denna kraftiga nedgång är oklart. Vi behöver få mer kunskap om orsaken till att det förebyggande arbetet inte prioriteras. Inför 2018 ställs krav på egenkontroller för att enheterna själva ska följa att det förebyggande arbetet genomförs.
- Antalet rapporterade avvikelser med frakturer har minskat kraftigt under 2017. Det finns en risk att det handlar om underrapportering. En orsak till detta kan vara övergången till digital rapportering av avvikelser då man inte inväntar svar från sjukhus innan avvikelserna handläggs i utredningen.
- I kvalitetsenkäten som skickades till verksamhetschef eller sektorschef uppges såväl hemtjänst egen regi som privata utförare att de arbetar aktivt med olika former av egenkontroll: brukarundersökning, medarbetarundersökning, efterlevnad av lagar och kvalitetskrav, granskning av medarbetarnas följsamhet till processer och rutiner, uppföljning och analys av avvikelser och synpunkter samt granskning av medarbetarnas dokumentation.

För området hemtjänst och hemsjukvård tycker Uppdragsenheten att det finns ett tillräckligt brett underlag för att bedöma verksamhetens kvalitet. Mot bakgrund av årets händelser med klagomål kopplat till kvalitetsbrister anser Uppdragsenheten att det påbörjade arbetet med ett tidigt varningssystem är ett viktigt utvecklingsområde (se sidan 45). En del i detta är att medborgare ska känna till hur de kan lämna synpunkter och klagomål. Även om fler medborgare i Östersund känner till hur de kan lämna synpunkter och klagomål än riket för övrigt är det 32 % som inte vet det. Detta kan sannolikt förbättras.

Boendestöd SoL

Boendestöd enligt Socialtjänstlagen är en insatsform för personer med olika grad av psykiska, neurologiska, neuropsykiatriska och intellektuella funktionsnedsättningar samt autism som bor i ordinärt boende. Boendestöd kan ges till vuxna personer i alla åldrar och kan vara ett alternativ till personer som tillhör personkrets LSS som bor i ordinärt boende. Enheten för Boendestöd ansvarar för utförandet av insatser under dygnets alla timmar och årets alla dagar.

Syftet med insatsen är att på ett pedagogiskt sätt ge stöd i syfte att stärka och utveckla den enskildes förmåga att klara sin dagliga livsföring. Stödet ska också tillgodose den enskildes behov av personlig omvårdnad och praktisk hjälp i och utanför hemmet, utifrån livssituation och behov. Målsättningen är att ge förutsättningar för den enskilde att kunna bo kvar i sitt ordinarie boende.

Enligt uppgifter i verksamhetssystemet 7 december 2017 var det 139 personer som hade insatsen Boendestöd.

Slutsats

Utifrån de uppgifter som presenteras genom avvikelser SoL, synpunkter och klagomål och kvalitetsenkäten drar vi följande slutsats:

- I kvalitetsenkäten uppges enheten att de arbetar aktivt med olika former av egenkontroll: brukarundersökning, efterlevnad av lagar och kvalitetskrav, uppföljning och analys av avvikelser och synpunkter samt granskning av medarbetarnas dokumentation.

För boendestöd enligt SoL tycker Uppdragsenheten att det finns otillräckliga underlag för att kunna bedöma verksamhetens kvalitet.

Servicejänster

Under hösten skickade Uppdragsenheten, på uppdrag av Vård- och omsorgsnämnden, ut en enkät till alla medborgare i Östersund kommun, som har servicejänster – det vill säga hjälp med exempelvis städ, tvätt och handling. Drygt hälften av alla som har servicejänster, 659 personer, svarade på enkäten. Enkätsvaren visar att 85 procent är nöjda eller mycket nöjda med den service de får. Överlag kan förvaltningen konstatera att leverantörerna av servicejänster mycket väl lever upp till Vård- och omsorgsnämndens krav vad gäller:

- Bemötande
- Tillgänglighet/Information
- Personkontinuitet
- Tidskontinuitet

Det framgår också att de flesta tycker att det är viktigt att kunna välja utförare. [Rapporten finns här](#) eller genom kundcenter.

För servicejänster tycker Uppdragsenheten att det finns tillräckliga underlag för att kunna bedöma verksamhetens kvalitet.

Mötesplatser

I kommunen finns 11 mötesplatser varav 4 drivs av företaget Attendo. Till mötesplatserna är personer i alla åldrar välkomna som vill ha sällskap eller vara med i olika aktiviteter. Lunch serveras vid 3 av mötesplatserna (Prästgatan, Lövberga, Valla) och 3 av Attendos (Hornsberg, Ljungen, Lugnvik). Kommunens enhet säger att man arbetar utifrån nationella värdegrunden och har organiserad reflektionstid för personalen på alla mötesplatser. Var 6e vecka träffas all personal från de mötesplatser som drivs i kommunens regi och 3-4ggr/år deltar även personal från de privata utförarna.

Nämndens mål att antalet besökare ska öka med 10 % har följts upp av enheten genom Stratsys. Uppföljningen visar en markant ökning av antalet besökare. En skillnad mot 2016 är dock att även antalet lunchgäster och fikagäster räknas med. Statistiken över antalet besökare är därför inte jämförbar med tidigare år och nämndens mål kan inte utvärderas.

Tabell 25. Antal besökare* på kommunens mötesplatser (egen regi)

Månad	2016	2017
April	296	701
Augusti	321	595
December	685	687

*Antalet är baserat på en vecka vid kommunens egna mötesplatser och inkluderar de som besökt mötesplatsen inklusive fikat eller ätit lunch.

Slutsats

Slutsatserna grundar sig enbart på enhetens egna uppgifter. Mötesplatserna är en viktig del i kommunens verksamhet, särskilt ur ett hälsofrämjande perspektiv. Underlaget för kvalitetsuppföljning bör därför breddas för att få en bättre bild av verksamhetens innehåll.

I förvaltningens arbete med en **hälsofrämjande kommun – med medborgarens fokus** finns flera mål som berör mötesplatserna bl.a. kopplat till ett större utbud av fysisk aktivitet, användande av ny teknik och mer samverkan med frivilliga.

I det hälsofrämjande arbetet är främjande av goda matvanor en viktig del. I dagsläget finns möjligheten

att äta lunch på endast 3 av kommunens mötesplatser. Därför anser Uppdragsenheten att mötesplatsernas arbete kring fysisk aktivitet, användande av ny teknik, samverkan med frivilliga och främjande av goda matvanor ska följas upp i kommande års kvalitetsrapporter.

För mötesplatserna tycker Uppdragsenheten att det finns otillräckliga underlag för att kunna bedöma verksamhetens kvalitet.

Särskilt boende SoL

I Östersunds kommun finns 22 särskilda boenden inklusive korttidsboende. Totalt finns 615 lägenheter med beslut om särskilt boende och ca 50 lägenheter avsedda för korttidsboende. Sexton boenden drivs i kommunal regi, 5 boenden i privat regi och 1 korttidsboende drivs som ett kooperativ.

Socialstyrelsens brukarundersökning

Socialstyrelsen genomför varje år en rikstäckande enkätundersökning där de frågar de äldre hur de uppfattar kvaliteten i hemtjänst och på äldreboenden.

Metod

I 2017 års undersökning deltog totalt 38 491 personer som bor i särskilt boende vilket var

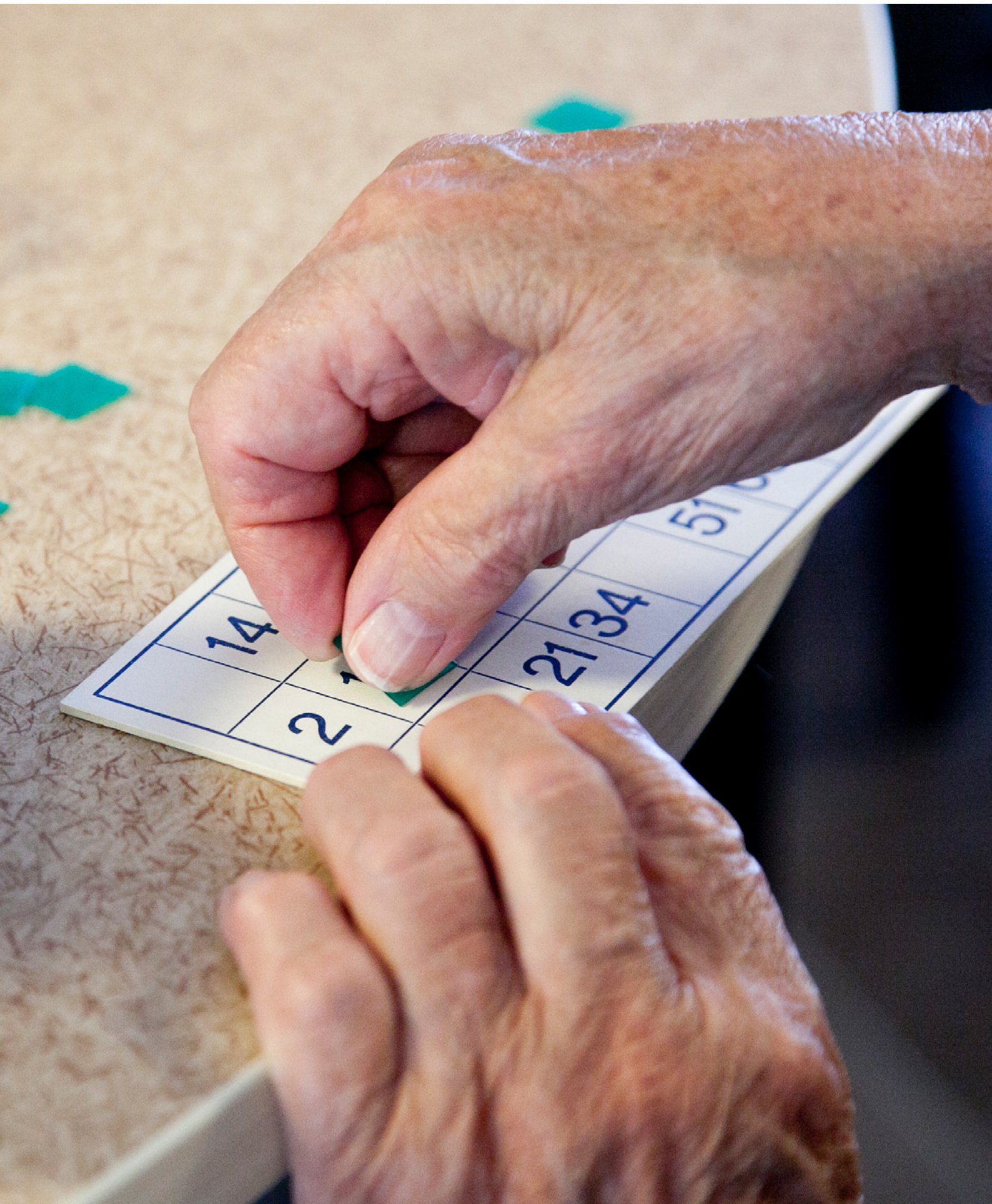
54 % av de tillfrågade. I Östersund deltog 298 personer i undersökningen om särskilt boende, vilket var 55 % av de tillfrågade.

Resultat

Här nedanför presenterar vi resultatet för Östersunds kommun med hela Sveriges resultat inom parentes.

Trettioen procent av de som besvarade enkäten gjorde det själva eller tillsammans med någon annan, övriga enkäter besvarades av någon annan. Äldre som bor i särskilt boende i Östersund skattar sin hälsa ungefär jämförbart med övriga Sverige.

- 31 % (33 %) säger att hälsan är ganska eller mycket dålig
- 65 % (62 %) besväras av ångslan, oro eller ångest
- 23 % (18 %) besväras ofta av ensamhet
- 43 % (46 %) har stora svårigheter eller kan inte förflytta sig självständigt inomhus



Upplevelse av boendet

I Östersund fick 91 % (88 %) plats på det äldreboende de ansökte om. 76 % (82 %) är mycket eller ganska nöjda med det särskilda boendet. När det gäller upplevelsen av boendet säger:

- 86 % (88 %) att det känns mycket eller ganska tryggt att bo på sitt äldreboende
- 69 % (74 %) att de trivs med sitt rum eller lägenhet
- 49 % (64 %) att de trivs med de gemensamma utrymmena
- 55 % (66 %) att de trivs med utomhusmiljön
- 43 % (58 %) att det är ganska eller mycket bra möjligheter att komma utomhus
- 47 % (64 %) att de är ganska eller mycket nöjda med de aktiviteter som erbjuds
- 41 % (47 %) vet var de ska vända sig om de vill framföra synpunkter eller klagomål på äldreboendet

Möjligheterna att komma i kontakt med olika personalgrupper varierar. 63 % (57 %) tycker det är ganska eller mycket lätt att få träffa läkare vid behov. 79 % (84 %) tycker det är ganska eller mycket lätt att komma i kontakt med personalen. 80 % (76 %) som tycker det är ganska eller mycket lätt att komma i kontakt med sjuksköterska. 81 % (87 %) tycker att samarbetet med äldreboendet fungerar bra.

Upplevelse av personalen

- 84 % (86 %) känner förtroende för alla eller de flesta av personalen
- 66 % (73 %) tycker att personalen har tillräckligt med tid för att utföra sitt arbete
- 79 % (80 %) tycker att personalen tar hänsyn till åsikter och önskemål om hur hjälpen ska utföras
- 57 % (61 %) tycker att de kan påverka vid vilken tid de får hjälp
- 39 % (49 %) svarade att personalen meddelar i förväg om det blir förändringar
- 76 % (75 %) tycker att maten smakar bra eller mycket bra
- 64 % (69 %) tycker att måltiderna är en trevlig stund på dagen

Reflektion

På de flesta frågor visar resultatet att Östersund ligger under genomsnittet för Sverige. Vård- och

omsorgsnämnden har valt "nöjdhet med det särskilda boendet" som indikator för brukarnöjdhet vilket är kopplat till ett socialt hållbart Östersund. Målet att minst 83 % av de som bor på särskilt boende ska vara ganska eller mycket nöjda uppnås inte. I år svarade 76 % att de är ganska eller mycket nöjda med sitt äldreboende.

Andelen som är nöjda är högre bland de som är äldre än 80 år, bland de som skattar en bättre hälsa, och bland de som bor på särskilt boende i kommunens regi jämfört med enskild regi. Det finns dock skillnader i hälsa där personer på boende i privat regi tycks ha en sämre hälsa. Därför är det svårt att med säkerhet dra slutsatser av resultatet utan mer kompletta statistiska analyser. Det är dock värt att notera de skillnader som finns i nöjdhet mellan kommunen och enskild regi (80 % nöjda jämfört med 66 %) men också mellan kommunens enheter (mellan 60–100 % nöjdhet) och privata enheter (mellan 50–100 % nöjdhet). Det tyder både på att det finns enheter som har ett mycket bra resultat och att det finns enheter som har stor förbättringspotential.

Resultaten visar att flera områden kan förbättras vilket i sin tur skulle kunna leda till att nämndens mål uppnås. Trivsel med gemensamma utrymmen och utomhusmiljö samt nöjdhet med aktiviteter är sådant som skulle kunna förbättra den sammantagna nöjdheten.

Eftersom en hög andel av enkäterna har besvarats helt eller tillsammans med någon annan än personen är det viktigt att hela tiden jobba för att skapa delaktighet med närstående. En del i att skapa delaktighet är att den enskilda personen och även närstående vet var de ska vända sig om de vill framföra synpunkter eller klagomål på äldreboendet. Detta är även något som är viktigt för att tidigt uppmärksamma kvalitetsbrister. Därför behöver verksamheterna se över både hur personen men också närstående blir mer medvetna om hur de ska göra för att lämna synpunkter och klagomål.

Granskning

Inför 2017 valde MAS, MAR, SAS ut fem särskilda boenden som inte granskats under de senaste två åren, eller där tidigare granskning, avvikelser, klagomål och andra faktorer ex öppna jämförelser visat på behov av ytterligare uppföljning. Dessutom granskades tre särskilda boenden som efter upphandlingen hösten 2016 bytte utförare, totalt granskades 8 av kommunens 24 särskilda boenden (inkl. korttidsenheter), se tabell 26.

Tabell 26. De boenden som granskades under våren 2017.

Särskilt boende	Antal boende	Utförare
Björkbacka	38	Förenade Care
Rådmansgatan	34	Förenade Care
Sjöängen	20	Förenade Care
Löjtnantsgården	19	Östersunds kommun
Slättergården	22	Östersunds kommun
Trossgränd	26	Östersunds kommun
Västervik	33	Östersunds kommun
Brunkullan	18	Vardaga
Totalt antal personer	210	

Procedur

Vid sektorsledning (egen regi) och utförarträffar (extern utförare), informerades cheferna muntligt om de kommande granskningarna, ca 6 veckor före de planerade granskningarna. De olika enheterna fördelades mellan handläggare och MAS/MAR. Skriftlig information om dag och tid skickades till respektive enhetschef ca 4 veckor före de planerade granskningarna. I samma i brev begärdes ett antal skriftliga rutiner (se nedan) in från enheten inför granskningen. Vidare beskrevs hur granskningen på plats skulle gå till. En adresslista på anhöriga till personer som bor på det aktuella boendet samt namn på de personer som själva kan besvara en enkät begärdes in till utsedd handläggare/MAS/MAR.

För att belysa nöjdhet bland enhetens boende skickades en enkät till brukarna/ anhöriga. Enkäten innehöll frågor om hur nöjd man var helhetsmässigt. Den innehöll också frågor om kontaktman samt personkontinuitet. I ett följebrev beskrevs granskningen samt sista datum för svar på enkäten. Utskicket gjordes ca 3 veckor före granskningsbesöket med bifogat svarskuvert. Svaren skulle inkomma 1 vecka före granskningsbesöket. Enkäterna sammanställdes av respektive handläggare.

MAS, MAR, SAS och handläggare förberedde besöket på enheterna genom att gå igenom de enkätsvar som inkommit samt de senaste granskningarna. MAS och MAR tog ut statistik från Senior Alert (riskbedömningar för fall, trycksår och nutrition). De som genomförde granskningarna träffade 2–3 vårdpersonal under ca 2 timmar, därefter legitimerad

personal och enhetschef i ca 2 timmar. Vid besöket på enheten genomfördes en strukturerad intervju med utgångspunkt i kvalitetskraven för särskilt boende och korttidsverksamhet. Svaren dokumenterades. Tid bokades med enhetschef för återföring. Beroende på resultat av granskningen kan även sektorchef/ regionchef kallas. Utifrån kvalitetskrav begärdes rutiner in, se tabell 27.

Tabell 27. Rutiner som begärdes in inför granskning.

1.1	Skriftlig handlingsplan för implementeringen av den nationella värdegrunden för äldre
1.2	Skriftlig beskrivning över på vilket sätt kontakt och samverkan sker med anhöriga
2.1	En lista över personal som har genomgått webbutbildningarna demens ABC samt Demens ABC plus för särskilt boende
2.6	Rutin för ärendemöten
5.2	Enhetens skriftliga informationsmaterial
7.8	Månadsvis statistik (senaste halvåret) avseende antal pågående ordinationer/ förskrivningar av skyddsåtgärder
7.11	Skriftlig rutin för läkemedelshantering
7.12	Senaste egenkontrollen hygien
7.18	Skriftlig rutin som säkerställer informationsöverföring mellan vård- och omsorgspersonal och legitimerade yrkesgrupper
8.1	Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9) inkl. presentation och resultat av enhetens egenkontroller, samt ev. resultat av enhetens egna systematiska uppföljningar (egenkontroll)
8.2	Skriftlig plan för hur verksamheten ska arbeta för att uppfylla samtliga kvalitetskrav i uppdraget. (mall bifogas)
10.5	Andelen vård- och omsorgspersonal som ej är tillsvidareanställda och som ej uppfyller kompetenskravet, från april 2016–mars 2017
10.12	En plan för kompetensutveckling för vård- och omsorgspersonalen. Planen ska vara tidsatt och beskriva planerade utbildningsinsatser för det kommande året
10.14	Skriftlig rutin som beskriver hur samtlig personal får tid för reflektion och handledning
10.15	Upprättad beskrivning hur leverantören ska säkerställa att personalen ska vara dimensionerad och organiserad så att de kan ha en överblick och hålla kontakt med de boende dygnet runt
11.1	Skriftlig rutin för hur privata medel handhas av leverantören

Analys

Efter de genomförda intervjuerna och granskningar av materialet gjorde handläggare och MAS/MAR/SAS en gemensam bedömning av hur väl kvalitetskraven uppfyllts. Efter intervjuerna poängsattes svaren enligt ett särskilt utvärderingsinstrument, tabell 33 (sist i rapporten). Uppdragsenhetens handläggare, MAS, MAR och SAS träffades därefter för att kvalitetssäkra granskningarna genom att tillsammans diskutera bedömningarna så att de var samstämmiga.

Resultat

Årets granskningar visar att 2 av de 8 granskade enheterna uppfyller kvalitetskraven på ett tillfredsställande sätt. Övriga enheter uppfyller inte kraven lika väl och åtgärdsplaner har redovisats över de områden där åtgärder behöver vidtas för att uppnå god kvalitet. Redovisade rutiner som utgår från kvalitetskraven är kända av personalen.

7 av 8 enheter uppger att de känner till och arbetar enligt rutinen för skydds- och begränsningsåtgärder. Enheterna beskriver att det förekommer att personal har vissa svårigheter med att förstå det svenska språket både muntligt och skriftligt. Hälften av enheterna uppger att kravet på språkkunskap uppfylls.

4 av 8 enheter uppger att de inte arbetar systematiskt enligt avvikelshanteringsprocessen.

2 av 8 enheter uppger att de inte använder sig av ny teknik, till exempel surfplattor och skype.

Enkäterna om nöjdhet med vård och omsorg visar en nöjdhet mellan 6,1 till 8,3 på en 10 gradig skala. Två enheter har 8 poäng eller mer i nöjdhet. Svarsfrekvensen varierar mellan 45 % och 69 %, medeltal är 51 %.

Reflektion

När det gäller rutinen för skydds- och begränsningsåtgärder kan vi konstatera att kännedom om rutinen och arbetssättet är god.

Avvikelsestatistiken visar att rapporteringen av avvikelser inom SoL ökar. Det är dock inte tillfredsställande att personalen vid hälften av de granskade enheterna uppger att de inte får en systematisk återkoppling på vidtagna åtgärder och dess resultat.

Slutsatser

Utifrån de uppgifter som presenteras i detta avsnitt och från patientsäkerhetsberättelsen, avvikelser SoL,

synpunkter och klagomål och kvalitetsenkäten drar vi följande slutsatser:

- Nämndens mål avseende nöjdhet uppnås inte. Egen regi har ett bättre resultat än privata utförare i genomsnitt men såväl bland egen regi som privat utförare är variationen mycket stor.
- Endast 4 av 10 säger att de vet var de ska vända sig om de vill framföra synpunkter eller klagomål. Då synpunkter och klagomål är en viktig del av ett tidigt varningssystem (se sidan 45) finns det anledning att mer aktivt sprida information till de som bor på särskilt boende och deras närstående om möjligheterna att lämna synpunkter och klagomål.
- 6 av 8 enheter uppfyllde inte kvalitetskraven vilket resulterat i att enheterna tagit fram åtgärdsplaner
- Antalet rapporterade avvikelser med frakturer har minskat kraftigt under 2017. Det finns en risk att det handlar om underrapportering. En orsak till detta kan vara övergången till digital rapportering av avvikelser då man inte inväntar svar från sjukhus innan avvikelserna handläggs i utredningen.
- Det har varit ett stort antal avvikelser kring felaktig hantering av hjälpmedel inom SÄBO jämfört med område hemtjänst. Utredningar i enskilda ärenden har visat på kompetensbrister hos personalen.
- Antal personer som fått riskbedömningar i Senior alert har minskat inom SÄBO från 1044 under 2016 till 597 under 2017. Orsaken till detta kan säkert variera. Vi tror att en anledning kan vara sjuksköterskebrist i kombination med nyrekryteringar som gör att sjuksköterskorna inte kan prioritera det förebyggande arbetet. Inför 2018 ställs krav på egenkontroller för att enheterna själva ska följa att det förebyggande arbetet genomförs.
- I kvalitetsenkäten uppger såväl egen regi som privata utförare (bortsett från en) att de arbetar aktivt med olika former av egenkontroll: brukarundersökning, medarbetarundersökning, efterlevnad av lagar och kvalitetskrav, granskning av medarbetarnas följsamhet till processer och rutiner, uppföljning och analys av avvikelser och synpunkter samt granskning av medarbetarnas dokumentation.

För området särskilt boende tycker Uppdragsenheten att det finns ett tillräckligt brett underlag för att bedöma verksamhetens kvalitet. På samma sätt som för hemtjänst är utvecklingen av ett tidigt varningssystem för att upptäcka kvalitetsbrister ett viktigt utvecklingsområde.

Bostad med särskild service för vuxna LSS

Bostad med särskild service för vuxna enligt lag om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS (LSS-bostad) är en omfattande insats för människor med funktionsnedsättningar enligt lagens personkretsar. Insatsen ges enligt beslut om gruppboende, servicebostad eller särskild anpassad bostad. Insatsen omfattar allt det stöd som behövs för att kunna leva ett så normalt och självständigt liv som möjligt. I vissa speciella fall förekommer det att en LSS-bostad ger stöd till andra personer enligt socialtjänstlagen. Den 31 oktober omfattade verksamheten 76 LSS-bostäder som ger stöd till 481 personer enligt LSS och 51 personer enligt SoL. En LSS-bostad bedrivs av ett personalkooperativ. Övriga drivs av Vård och Omsorgsförvaltningen/Sektor LSS.

Lex Sarah

Under mätperioden har 11 händelser rapporterats på LSS-bostad som missförhållande enligt Lex Sarah. Av dessa har 8 händelser bedömts som allvarliga missförhållanden och därmed anmälts vidare till Inspektionen för vård och omsorg, IVO.

Granskningar

Målsättningen med kvalitetsgranskningen är att alla 76 LSS-bostäder ska följas upp en gång under en tvåårsperiod. Utgångspunkten vid uppföljningar är Vård- och omsorgsnämndens kvalitetskrav.

Procedur/tillvägagångssätt

Tabell 28. Tidplan för granskningar.

När	Aktivitet	Berörda
December 2016	Brev via e-post, information om vilka enheter som skulle granskas	Sektors chef, berörd enhetschef
Mars-April 2017	Granskning* av LSS-bostäder	Enhetschef, sjuksköterska/distriktssköterska, 2 personal från varje LSS-bostad
Mars-April 2017	Återföring av resultat, 6 tillfällen avser de LSS-bostäder som ej valdes ut för besök	Enhetschef fick återföring av handläggare, LSS, medicinskt ansvarig sjuksköterska och handläggare
April-Juni 2017	Besök på 6 LSS-bostäder med slutlig bedömning och dialog med chef och boende personal.	Handläggare LSS, Enhetschef och boendepersonal

*Granskning innebär strukturerade intervjuer med personal, chefer och sjuksköterska/distriktssköterska med kvalitetskraven som utgångspunkt vid 12 olika tillfällen. 6 tillfällen med boendepersonal och 6 tillfällen med enhetschef och sjuksköterska/distriktssköterska av handläggare, handläggare LSS, medicinskt ansvarig sjuksköterska eller medicinskt ansvarig rehabiliterare.

Metod

Ett underlag finns hos handläggare LSS på vilka LSS-bostäder som genom åren har granskats och tidpunkt för detta. För årets granskning valdes LSS-bostäder som inte tidigare varit föremål för granskning och/eller LSS-bostäder som har granskats för länge sedan. Berörda enhetschefer för de utvalda LSS-bostäderna fick själva välja ut 2 representanter av sin personal från varje LSS-bostad. Varje enhetschef hade 3 boendeenheter och det var 6 enhetschefer som var föremål för granskning. Totalt granskades 18 LSS-bostäder. En LSS-bostad var nyöppnad och därför redovisas inget resultat från den bostaden.

Först intervjuades 6 personal från 3 LSS-bostäder vid 1 tillfälle och sedan intervjuades deras enhetschef och sjuksköterska/distriktssköterska vid ett annat tillfälle. Detta genomfördes för 6 enhetschefer motsvarande 6 enheter sammanlagt 18 LSS-bostäder. Inför granskning begärde handläggare in vissa uppgifter från enhetschef:

- Anpassat material enligt kvalitetskrav 5.5, 5.6
- Enhetens skriftliga introduktionsplan, 10.3
- Informationsöverföringsrutin, 12.2
- Verksamhetsplan för 2017, 13.1
- Lokal rutin för läkemedelshantering
- Lokal rutin för analys och återföring av avvikelser. 9.2

Syftet var att gå igenom aktuella rutiner, verksam-

hetsplan och att läsa samtliga genomförandeplaner innan granskningen för att se om innehållet stämmer överens med ställda kvalitetskrav.

Analys

Efter genomförda intervjuer sammanställde MAS, MAR och handläggare LSS resultatet. En gemensam bedömning genomfördes, enligt beslutat utvärderingsinstrument, av hur väl kvalitetskraven uppfylls. Resultatet av granskningen redovisas i en skriftlig bedömningsmall med poäng och kommentarer. Återföring av resultatet skedde både skriftligt och muntligt till berörd enhetschef. Dessutom valdes en LSS-bostad ut hos varje enhetschef för besök av handläggare LSS. Vid besöket träffade handläggare LSS hela personalgruppen för genomgång av resultatet utifrån granskningen.

Resultat

Av totalt 46 kvalitetskrav uppfyller samtliga LSS-bostäder minst 34 krav och som mest 45 krav, se tabell 29. Utöver granskningen av kvalitetskrav beskriver

personal och chefer svårigheter i de fall de uppmärksammar behov av stödinsatser men individen väljer att tacka nej. En annan utmaning som enheterna beskriver är svårigheter att ge anpassat stöd vid behov som är relaterade till livsstil som t ex kost, motion, droger.

Förutom ovanstående exempel har det framkommit att enheterna har stora svårigheter att rekrytera utbildade vikarier. Av 17 LSS-bostäder uppfyller endast 7 LSS-bostäder det aktuella kvalitetskravet motsvarande högst 17 % utbildade vikarier. Majoriteten av de genomförandeplaner som var uppdaterade höll god kvalitet och hade dokumenterade individuella målsättningar, beskrivning av när, var och hur stöd ska ges. Beskrivning av kultur och fritid finns vilket ingår i insatsen Bostad med särskild service för vuxna eller annan anpassad bostad enligt LSS 9§9.

Reflektion

Kvaliteten bedöms sammantaget vara mycket god. Majoriteten av enheterna arbetar utifrån kvalitetskraven på ett bra sätt och de är väl kända av personalen.

Tabell 29. Ett urval av kvalitetskrav och i vilken utsträckning de var uppfyllda.

Kvalitetskrav		Kommentar
Kvalitetskrav uppfylls		
Personalen ska stärka brukares förmåga att leva ett självständigt liv och ta till vara sina egna resurser. Insatserna ska präglas av ett etiskt förhållningssätt. Rutiner och institutionsmönster ska minimeras.	17 av 17 LSS-bostäder	Genomgående goda exempel på individuellt anpassat stöd för att ge förutsättningar till ett självständigt liv.
Enheten ska ha den bemanning som erfordras för att kunna tillgodose varje enskild brukares behov. Antal personer som ger stöd och service ska vara så få som möjligt utan att ge avkall på nödvändig personaltätthet.	17 av 17 LSS-bostäder	Samtliga enheter upplever att bemanningen motsvarar behovet. Goda exempel på hur arbetsschema anpassas efter medborgarnas behov.
Löpande anteckningar ska föras av personal i Procapita och anteckningarna ska skrivas på ett lättförståeligt sätt med stor respekt för brukarens integritet.	17 av 17 LSS-bostäder	Samtliga enheter dokumenterar i händelse av betydelse enligt ny struktur i verksamhetssystemet procapita.
Otillräcklig kvalitet		
Enheten ska följa vård- och omsorgsförvaltningens bemötandepolicy och all personal ska ha god kännedom om dess innehåll. Enheten ska aktivt arbeta med begrepp i policyn och kartlägga risker för sämre bemötande mot personer med funktionsnedsättning.	7 av 17 LSS-bostäder	Ett aktivt arbete med bemötandefrågor och värderingar finns. 10 bostäder saknar systematisk kartläggning av risker för sämre bemötande.
Enheten ska följa vård- och omsorgsförvaltningens avvikelshanteringsrutiner avseende LSS, SoL och HSL. Enheten ska utforma en intern rutin som beskriver hur avvikelser analyseras och återförs i verksamheten.	11 av 17 LSS-bostäder	Arbetet och kunskap angående LSS-avvikelser behöver utvecklas. 6 bostäder har inte rapporterat in LSS-avvikelser.
Den enskilde eller god man ska sköta hanteringen av privata medel. I de fall privata medel handhas av enheten ska vård- och omsorgsförvaltningens rutin följas.	12 av 17 LSS-bostäder	Överenskommelse med den enskilde saknas på anvisad blankett enligt rutin

Begärda underlag från enheterna, i samband med kvalitetsgranskningarna håller i stor utsträckning hög kvalitet. Genomgående goda exempel har presenterats av arbetet med individuellt anpassat stöd. Vid intervjuerna med personal har det framkommit att verksamheten visar på lyhördhet och flexibilitet utifrån komplexa behov och utmaningar. Uppmärksammade brister avser i huvudsak brister i systematiskt arbete.

LSS-bostäder ger stöd och hjälp till 532 medborgare och antalet avvikelser har ökat från 228 till 358. En förklaring kan vara de granskningar som skett på LSS-bostad under våren 2017. Flera av LSS-bostäderna som inte tidigare rapporterade avvikelser har efter granskning börjat rapportera. Avvikelsehanteringen är trots ett aktivt arbete även fortsättningsvis ett utvecklingsområde och 11 av 17 bostäder fick någon form av anmärkning 2017. Man beskriver att det pågår ett aktivt arbete med att följa arbetet med att hantera situationer när individen väljer att tacka nej till insatser bland annat genom avvikelser och dokumentation samt uppföljningar av genomförandepanen. Uppföljning tillsammans med LSS-handläggare förekommer också.

7 av 17 bostäder har inte kartlagt risker för sämre bemötande men redovisar att de aktivt arbetar med bemötandefrågor. Vid uppföljningarna under hösten 2016 saknade 8 av 12 bostäder systematisk kartläggning. Detta skulle kunna visa på en eventuell förbättring.

I dialogen med personal och chefer på bostäderna framkommer ett stort behov av att utforma interna rutiner och se över personalens ansvar i hanteringen av privata medel. 12 av 17 bostäder saknar överenskommelse med den enskilde eller företrädare. Förvaltningens riktlinje behöver ses över.

En annan utmaning som enheterna beskriver är svårigheter att ge anpassat stöd vid behov som är relaterade till levnadsvanor som t ex kost, motion, droger. Ett utökat, medvetet förebyggande arbete kring en viss del av behoven som är relaterade till levnadsvanor skulle kunna ge målgruppen bättre förutsättningar. Komplexiteten i dessa behov ställer höga krav på verksamheten att bland annat arbeta med "Jag-stärkande arbetssätt" och Alternativ kompletterande kommunikation AKK.



I samtal med personalen framkommer vikten av löpande verksamhetsstöd utifrån evidensbaserade metoder. Detta stöd ges till stor del av Kommunala habiliteringsteamet i dag.

Förutom ovanstående exempel har det framkommit att enheterna har stora svårigheter att rekrytera utbildade vikarier.

Slutsatser

De LSS bostäder som granskades i år har inte granskats tidigare. Detta gör att det är svårt att dra jämförbara slutsatser. Underlagen som ligger till grund för kvalitetsgranskningen innehåller ingen uppföljnings av den enskildes nöjdhet/uppfattning om kvaliteten. Sektor LSS genomför dock en egen brukarundersökning med hjälp av verktyget Pict-o-stat som rapporteras i början av 2018 (se tabell 1).

Utifrån de uppgifter som presenteras i detta avsnitt, och genom patientsäkerhetsberättelsen, avvikelser LSS och SoL, synpunkter och klagomål och kvalitetsenkäten drar vi följande slutsatser:

- Kvaliteten bedöms sammantaget vara mycket god då majoriteten av enheterna arbetar utifrån kvalitetskraven på ett bra sätt och kvalitetskraven och är väl kända av personalen.
- Antalet avvikelser har ökat vilket tyder på en ökad medvetenhet om att avvikelsehantering ingår i det interna kvalitetsarbetet.
- Det har varit ett stort antal avvikelser kring felaktig hantering av hjälpmedel inom LSS-bostad jämfört med område hemtjänst. Utredningar i enskilda ärenden har visat på kompetensbrister hos personalen.
- I kvalitetsenkäten uppger enheten att de arbetar aktivt med olika former av egenkontroll: brukarundersökning, medarbetarundersökning, uppföljning och analys av avvikelser och synpunkter samt granskning av medarbetarnas dokumentation.

För området LSS-bostad tycker Uppdragsenheten att det finns ett tillräckligt brett underlag för att bedöma verksamhetens kvalitet. Sektor LSS kommer att få ny uppdragsbeskrivning och reviderade kvalitetskrav från 1 februari 2018.

Bostad med särskild service enligt SoL/ SoL bostad

Bostad med särskild service enligt socialtjänstlagen, SoL (SoL-bostad) för vuxna är en omfattande insats för vuxna med psykisk funktionsnedsättning. Verksamheten omfattar 4 SoL-bostäder som bedrivs av Vård och omsorgsförvaltningen/Sektor LSS. I december 2017 bodde 32 personer i SoL-bostad.

Slutsatser

Utifrån de uppgifter som presenteras genom avvikelser SoL, synpunkter och klagomål och kvalitetsenkäten drar vi följande slutsatser:

- Inga avvikelser SoL eller Lex Sarah rapporter har varit aktuella under mätperioden eller under föregående år. Det går därför inte att utesluta att verksamheten inte arbetar aktivt med avvikelsehantering och därmed en underrapportering.
- I kvalitetsenkäten uppger enheten att de genomfört 4 former av egenkontroll: brukarundersökning (liksom de senaste åren), medarbetarundersökning, uppföljning och analys av avvikelser och synpunkter samt granskning av medarbetarnas dokumentation.
- Det råder en otydlighet kring enhetens arbete med avvikelser då de tillgängliga uppgifterna är motstridiga.

För området bostad med särskild service enligt SoL/ SoL bostad tycker Uppdragsenheten att det finns otillräckliga underlag för att bedöma verksamhetens kvalitet. Kvalitetsenkäten tyder på att verksamheten arbetar aktivt med egenkontroll vilket är positivt.

Bostad med särskild service för barn och ungdomar LSS (elevhem)

Bostad med särskild service för barn och ungdomar är en insats för människor med funktionsnedsättningar enligt lagens personkretsar. Insatsen erbjuds till barn och ungdomar från länets övriga kommuner enligt avtal. Insatsen omfattar i de flesta fall elevens gymnasietid men kan även vara aktuell i vissa fall under elevens grundskoletid. Enheten tillhandahåller för närvarande elevhem på vardagar, förutom under skollov.

Verksamheten omfattade i december 2017 6 elevhem som bedrivs av Vård och omsorgsförvaltningen/Sektor FÖS, förvaltningsövergripande sektor. Enligt uppgifter verksamhetssystemet 7 december 2017 var det 29 barn och ungdomar som hade plats på elevhemmen.

Tillsyn IVO- Inspektionen för vård och omsorg

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) har under 2017 granskat bostad med särskild service för barn och ungdomar LSS. IVO har granskat samtliga bostäder och att ungdomarna får rätt till fritids- och aktiviteter. IVO har granskat att ungdomar får välja vilka aktiviteter man vill delta i och i vilken utsträckning man haft möjlighet att påverka innehållet. IVO bedömer att verksamheten erbjuder fritids- och kulturella aktiviteter i enlighet med 9 e § och 7 § 2 stycket, LSS. IVO bedömer dessutom att verksamheten bedrivs med god kvalitet i enlighet med vad som framgår av 6 §, LSS i de delar som tillsynen omfattade.

Lex Sarah

Ingen rapportering om allvarligt missförhållande, Lex Sarah har varit aktuell under mätperioden.

Slutsatser

Utifrån de uppgifter som presenteras genom avvikelser LSS, synpunkter och klagomål drar vi följande slutsatser:

- Ingen avvikelse rapporterades 2017. Eftersom det sammantaget för 2016 och 2017 endast varit en avvikelse går det inte att utesluta att verksamheten inte arbetar aktivt med avvikelsehantering och att det finns en underrapportering av avvikelser.
- Enheten besvarade inte kvalitetsenkäten och därför saknas information om hur enheten arbetar med egenkontroll.

För området bostad med särskild service för barn och ungdomar enligt LSS tycker Uppdragsenheten att det finns otillräckliga underlag för att kunna bedöma verksamhetens kvalitet.

Personlig assistans enligt LSS

Personlig assistans enligt LSS är en insats för människor med funktionsnedsättningar enligt lagens personkretsar. Funktionsnedsättningen måste vara stor och orsaka betydande svårigheter i det dagliga livet. Det finns ingen nedre åldersgräns för att få assistansersättning men insatsen måste beviljas innan personen fyllt 65 år. Verksamheten bedrivs både i egen regi och av privata utförare.

Vård och omsorgsförvaltningen/ FÖS ansvarar för 15 ärenden i december 2017. I 9 ärenden har personen ersättning från Försäkringskassan men har valt kommunen som utförare. I 6 ärenden har personen stöd från kommunen enligt LSS. Utöver kommunen finns 37 privata utförare som ger insatser enligt LSS och 83 utförare enligt beslut från Försäkringskassan. Dessa ansvarar för sin egen verksamhet och uppföljning. De personer som har privat utförare redovisas inte i kvalitetsrapporten.

Lex Sarah

1 rapportering om allvarligt missförhållande, Lex Sarah har varit aktuell under mätperioden.

Slutsatser

Utifrån de uppgifter som presenteras genom avvikelser LSS, synpunkter och klagomål drar vi följande slutsatser:

- För både 2016 och 2017 har få avvikelser LSS rapporterats.
- Enheten besvarade inte kvalitetsenkäten och därför saknas information om hur enheten arbetar med egenkontroll.
- Antalet avvikelser är fortsatt lågt. Det kan vara ett tecken på att verksamheten inte arbetar aktivt med avvikelsehantering vilket bör analyseras ytterligare.

För personlig assistans tycker Uppdragsenheten att det finns otillräckliga underlag för att kunna bedöma verksamhetens kvalitet.

Korttidsvistelse enligt LSS

Korttidsvistelse utanför det egna hemmet enligt LSS är en insats som erbjuder avlastning till föräldrar i Östersunds kommun. Insatsen ges i form av korttidshem som företrädesvis tar emot barn och ungdomar i åldern från 0–20 år. Verksamheten bedrivs i egen regi av FÖS och består av tre korttidshem med 14 platser. Enligt uppgifter i verksamhetssystemet 7 december 2017 var det 43 barn och ungdomar som hade korttidsvistelse.

Lex Sarah

Ingen rapportering om allvarligt missförhållande, Lex Sarah har varit aktuell under mätperioden.

Slutsatser

Utifrån de uppgifter som presenteras genom avvikelser LSS, synpunkter och klagomål och kvalitetsenkäten drar vi följande slutsatser:

- Antalet avvikelser LSS har minskat från 17 (2016) till 4 (2017).
- I kvalitetsenkäten uppger enheten att de arbetar aktivt med olika former av egenkontroll: brukarundersökning, medarbetarundersökning, efterlevnad av lagar och kvalitetskrav, granskning av medarbetarnas följsamhet till processer och rutiner, uppföljning och analys av avvikelser och synpunkter samt granskning av medarbetarnas dokumentation.
- Det råder en otydlighet kring enhetens arbete med avvikelser då de tillgängliga uppgifterna är motstridiga.

För korttidsvistelse enligt LSS tycker Uppdragsenheten att det finns otillräckliga underlag för att kunna bedöma verksamhetens kvalitet.

Daglig verksamhet enligt LSS och dagverksamhet enligt SoL

Daglig verksamhet enligt LSS och dagverksamhet enligt SoL är en insats för personer i yrkesverksam ålder som saknar förvärvsarbete och utbildning. Insatsen är enligt Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade enligt personkrets 1 och 2 (LSS) samt Socialtjänstlagen (SoL) för personkrets 3.

Verksamheten bedrivs i egen regi av Vård och omsorgsförvaltningen, FÖS. Efter omorganisation under 2016 är verksamheten fördelad på fyra enheter (tidigare tre) och har benämningen Daglig verksamhet (DV, tidigare MICA). DV erbjuder sysselsättning enligt beslut om daglig verksamhet eller dagverksamhet i olika former. Den 7 december 2017 hade 386 personer Daglig verksamhet enligt LSS och 64 personer Dagverksamhet enligt SoL inom DV.

Lex Sarah

Ingen rapportering om allvarligt missförhållande, Lex Sarah har varit aktuell under mätperioden.

Slutsatser

Utifrån de uppgifter som presenteras genom patient-säkerhetsberättelsen, avvikelser LSS och SoL, synpunkter och klagomål och kvalitetsenkäten drar vi följande slutsatser:

- Det totala antalet avvikelser är få, liksom föregående år. Eftersom verksamheten ger stöd till 450 personer går det inte att utesluta en underrapportering.
- I kvalitetsenkäten uppger enheten att de arbetar aktivt med olika former av egenkontroll: brukarundersökning, medarbetarundersökning, efterlevnad av lagar och kvalitetskrav, uppföljning och analys av avvikelser och synpunkter samt granskning av medarbetarnas dokumentation.

Med tanke på att Daglig verksamhet är en omfattande och varierande verksamhet tycker Uppdragsenheten att det finns otillräckliga underlag för att kunna bedöma verksamhetens kvalitet.

Återkoppling till diskussion 2016

I 2016 års kvalitetsrapport lyftes ett antal kvalitetskritiska områden fram:

- arbetet med avvikelser
- att identifiera, dokumentera och arbeta utifrån individens behov
- arbetet med synpunkter och klagomål
- kompetens och rekrytering
- metoder för kvalitetsuppföljning

I nedanstående del presenterar vi underlag som tagits fram under året som är kopplade till dessa kvalitetskritiska områden samt pågående utvecklingsarbeten av betydelse.

Kvalitetsenkät 2017

En ny typ av kvalitetsenkät genomfördes under 2017. Enkäten bestod av 10 frågor som formulerats utifrån de diskussionsområden som lyftes fram i 2016 års kvalitetsrapport.

Metod

Enkäten skickades ut till sektorchefer eller verksamhetschefer i 19 verksamheter. Tid för att besvara enkäten var 4 veckor och påminnelser skickades ut vid 3 tillfällen. Enkäten besvarades av följande 17 verksamheter:

- Legitimerad personal egen regi
- Hälsofrämjande enheten
- Södra Strand, Anhörigstöd
- Hemtjänst egen regi
- Hemtjänst Attendo
- Hemtjänst Förenade Care
- Boendestöd
- Särskilt boende egen regi
- Särskilt boende Vardaga
- Omsorgskooperativet Brännagården
- Särskilt boende Strukturrutan
- LSS bostad
- SoL bostad
- Daglig verksamhet
- Korttids LSS.

För hemtjänst Attendo inkom två svar vilket medför att det finns 18 svar på årets kvalitetsenkät. För två verksamheter inkom inte svar: Personlig assistans LSS och LSS bostad för barn och ungdomar (Elevhem).

Resultat

Arbetet med riskanalyser

Av 18 verksamheter uppgav 12 att riskanalys hade genomförts under året. Av de kommentarer som lämnades beskrevs riskanalyser i relation till

- Medborgarna, t.ex. riskbedömning enligt Senior alert eller i samband med avvikelser
- Medarbetarna, t.ex. risker i arbetsmiljö såsom ökad stress på grund av svårigheter att rekrytera vikarier
- Verksamhetsplanering och verksamhetsförändring

Arbetet med egenkontroll

Sjutton av verksamheterna hade genomfört mellan 4-6 olika former av egenkontroll. En enhet (Brännagården) avviker genom att enbart ha angett Socialstyrelsens brukarundersökning som egenkontroll. När det gäller brukarundersökning hänvisar några svarande till att de syftar på den brukarundersökning som Socialstyrelsen gör varje år. Två privata utförare beskriver att företaget gör omfattande interna egenkontroller som rapporteras till företagets ledning. När det gäller granskning av medarbetarnas dokumentation i Procapita försvåras det av att det saknas mall för hur granskningen ska ske.

Tabell 30. Egenkontroller i verksamheten.

Typ av egenkontroll	Antal enheter (%)
Brukarundersökning	17 (94)
Uppföljning och analys av avvikelser	17 (94)
Granskning av medarbetarnas dokumentation i Procapita	16 (89)
Granskning av enhetens efterlevnad av lagar och kvalitetskrav	15 (83)
Medarbetarundersökning	13 (72)
Granskning av medarbetarnas följsamhet till processer och rutiner	12 (67)

Arbetet med avvikelser

Generellt har enheterna beskrivit hur avvikelser är tänkta att hanteras i sin verksamhet och inte vad som specifikt görs där det rapporteras få avvikelser. Tre chefer beskriver att de, inom sina verksamhetsområden, uppmanar all personal att rapportera avvikelser. En chef beskriver att avvikelser har varit sektorns prioriterade mål under 2017 samt att de också genomför egenkontroller 2 ggr/år. Införandet av ett IT stöd för avvikelser (egen regi) ses som positivt och man tror att det ökar viljan och benägenheten att skriva avvikelser inom alla lagrum.

Arbetet utifrån individens behov

Alla 18 verksamheter säger att de ger individanpassad stöd. Upprättande och uppföljning av genomförandeplanen anges som det viktigaste verktyget för att säkerställa att arbetet sker utifrån individens behov. Femton verksamheter svarar att de arbetar individuellt utifrån genomförandeplanen. Av de verksamheter som inte hänvisar till genomförandeplan arbetar två utifrån Hälso- och sjukvårdslagen. Andra exempel på hur man säkerställer individuellt stöd är genom Individens behov i centrum (IBIC), kontaktmannaskap, och ankomstsamtal. Löpande individuell uppföljning utifrån biståndsbeslut anses vara viktigt av flera svarande.

Arbetet med synpunkter och klagomål

Enheterna informerar muntligt vid olika informationsmöten där synpunktsblanketter lämnas. Skriftlig information sker genom informationsbroschyr/ foldrar som delas ut vid inflyttning till olika boenden eller i samband med påbörjan av en insats. Andra forum är närståendeträffar och individuella möten med medborgaren då exempelvis genomförandeplan upprättas eller revideras. Information finns också att tillgå om tillvägagångssättet på anslagstavlor, hemsidor och genom kommunens kundcenter.

Vid synpunktshantering hanteras varje synpunkt/ klagomål individuellt och dokumenteras i den enskildes sociala journal. Synpunkter och klagomål inkommer både skriftligt och muntligt och registreras för kommunens del i synpunktshanteringssystemet Flexite enligt upprättad rutin. De privata utförarna registrerar i sina egna kvalitets- och ledningssystem.

Arbetet för att säkra språklig kompetens

Ett flertal av de som svarat på enkäten beskriver att man på olika sätt tar reda på den språkliga kompetensen vid anställning. Alla utförare inom särskilt boende har metoder för att säkerställa språklig kompetens. Exempel på det är svenskundervisning och utbildade handledare för integration och språkstöd. En utförare av hemtjänst har ett test i det svenska språket. Utifrån resultatet ges stöd och hjälp med att kunna förmedla sig i tal och skrift. Inom Daglig verksamhet finns utsedda språkbud. Se även avsnittet om KIVO nedan.

Kompetens hos legitimerad personal

Av de 17 verksamheter som svarat på enkäten har 10 verksamheter legitimerad personal anställd. En verksamhet anger att det finns individuell kompetensutvecklingsplan och 3 verksamheter beskriver att man har kompetensplaner. En av dessa använder egenkontroll som grund för planering av kompetensbehov. Flera verksamheter beskriver att legitimerad personal får ta del av de kurser och utbildningar som erbjuds via kommunen och regionen.

Kompetens hos chefer

Flertalet av verksamheterna svarar att intern fortbildning och ledarprogrammet är viktigt. Andra exempel är introduktionsprogrammet för chefer, kompetensutvecklingsplaner och annan typ av anpassat chefstöd. En av de externa utförarna svarar att all rekrytering av chefer sker via ett rekryteringsföretag.

Reflektion över resultat

Resultatet visar att egenkontroll förekommer i stor utsträckning, förutom i en verksamhet. Det är ett lovande resultat som bekräftar att egenkontroll kan utgöra en del i uppföljningen av verksamhetens kvalitet. Några frågor är dock viktiga att diskutera vidare.

När det gäller brukarundersökningar hänvisar flera verksamheter till Socialstyrelsens brukarundersökning. För särskilt boende och hemtjänst är det relevant då frågorna ligger nära verksamhetens olika delar. För andra verksamheter bör man dock vara kritisk och ställa frågan hur nära just Socialstyrelsen brukarundersökning är. När det gäller legitimerad personal så skulle sannolikt en annan typ av undersökning behövas. Ett bra exempel på brukarundersökning är

den som sektor LSS genomfört under de senaste åren. Det finns sammantaget skäl att utveckla arbetet med brukarundersökningar om det ska utgöra en del av egenkontrollen i alla verksamheter. Ett annat område som är på väg att förtydligas är vad som ska ingå i granskning av medarbetarnas dokumentation.

Samtliga enheter som besvarat enkäten har beskrivit ett väl fungerande system för att informera och ta emot synpunkter och klagomål. Trots det säger 32 % av personerna med hemtjänst och mer än hälften av de som bor på särskilt boende (eller deras närstående) att de inte vet var de ska vända sig om de vill framföra synpunkter eller klagomål. Vi saknar även kunskap om hur och i vilken omfattning synpunkter och klagomål återförs till medborgarna.

Rekryteringsbehovet av personal är en stor utmaning för förvaltningen liksom för hela samhället. Alla verksamheter inom Vård- och omsorgsförvaltningen kommer därför att behöva arbeta med metoder för att personer som saknar tillräcklig kompetens i det svenska språket ska kunna anställas. Inom särskilt boende och hemtjänst har man redan börjat arbeta med metoder för att säkerställa språklig kompetens. Det kommer därför att vara viktigt att följa upp om de metoder som används leder till önskade förbättringar gällande språklig kompetens.

Individuella kompetensutvecklingsplaner saknas hos de flesta verksamheterna. Legitimerad personal ges möjlighet att gå de utbildningar som region och kommun erbjuder. Det finns ingen struktur för att säkerställa god kompetens hos legitimerad personal.

Kvalitetssäkrad inkludering i vård och omsorg (KIVO)

Kvalitetssäkrad inkludering i vård och omsorg, KIVO – metoden handlar om arbetet med att klara den framtida kompetensförsörjningen. Arbetet sker i samverkan mellan arbetsgivaren, Arbetsförmedlingen och Kommunal. Målet är att få utrikesfödda att bli anställningsbara som undersköterskor. Enligt prognos kommer 183 personer (undersköterskor, vårdbiträden, boendehandledare och personliga assistenter) gå i pension fram till 2021. Därför behövs ett intensivt och aktivt rekryteringsarbete för att rekrytera nya medarbetare. Metoden består bland annat av utbildade inkluderingshandledare på arbetsplatserna. Ambitionen för 2018 är att motivera verksamheterna

att utbilda minst två inkluderingshandledare per enhet samt att rekrytera fler deltagare i KIVO projektet.

Östersunds kommun har i projektet åtagit sig att ta emot minst 46 deltagare. Till och med november 2017 fanns 17 aktiva deltagare, vilket betyder att ytterligare minst 28 deltagare behövs för att uppnå ett av målen i projektet.

Utifrån samtal vid uppföljning av deltagare har 6 personer avslutats i KIVO. 23 personer som aktualiserades som tänkta inom vården, har av olika anledningar inte gått vidare inom projektet. Under 2016-2017 har individer aktualiserats genom

- Arbetsförmedlingen
- Organisationen Hej Främling
- Enheter som anmäler språksvaga vikarier
- Utbildningsanordnare som identifierar utbildade personer som är språksvaga
- Rekryterare på Bemanningenheten

Framgångsfaktorer (efter halva projektiden)

Resurser avsatta för att arbeta med KIVO deltagare, arbetsplatser och handledare, ger resultat. Det tar tid att träffa och stötta deltagaren, finna praktikplatser och handledare, introducera individen på arbetsplatsen och följa upp deltagarens utveckling.

Matchning, att identifiera rätt person – att arbetsgruppen har en gemensam samsyn och gör ett individuellt urval.

Inkluderingshandledaren är viktig för att stödja KIVO deltagaren i en aktiv språkutveckling.

Språkstöd i form av språkombud och/eller samarbete med utbildningsanordnare för SFI är viktigt för att ge stöd till inkluderingshandledare.

Kulturstöd – Enhetschefen är viktig och huvudansvarig för att man arbetar med jämställdhet, icke-diskriminering och tillgänglighet på arbetsplatserna

Sömlös kedja – Genom samverkan mellan arbetsgivare, arbetsförmedling och kommunal kan en kedja av insatser för att nå målet anställningsbarhet skapas för individen. Detta för att undvika och minimera paus i flödet av insatser.

Uppföljning av individen under de olika insatserna är viktigt för att det ska gå bra för den enskilde och arbetsplatsen.

Utmaningar

Engagemang från arbetsledningen så att det finns tid och energi att driva frågorna på arbetsplatsen och på arbetsplatsträffar samt att ge stöd till inkluderingshandledaren och deltagaren. Att göra arbetet med inkludering till hela arbetsplatsens uppgift.

Förankring på arbetsplatserna. Motivera de anställda om vikten att ta emot praktikanter och att se det som en rekryteringsväg. Personer som blir bra mottagna på arbetsplatserna kan bli de nya arbetskamraterna i framtiden. Att det finns tid för handledarna samt att arbetsplatserna är inkluderande både när det gäller ickediskriminering och jämställdhet.

Resurser när projektet är slut nästa år, att hålla arbetssättet i KIVO vid liv. Att det finns personella resurser.

Individens behov i centrum (IBIC)

Under 2016–2017 har en omfattande utbildnings-satsning genomförts för att stödja införandet av IBIC. Utbildningsplanen för hemtjänst- och särskilt boende omfattar samtlig personal inklusive legitimerad personal och biståndshandläggare. Planen för LSS omfattar LSS-handläggarna och samtlig personal inom LSS-verksamheter. De genomförda utbildningarna till och med november 2017 presenteras i tabell 31.

Utöver de genomförda och planerade utbildningarna ger metodutvecklarna fortsatt stöd och handledning bl.a. genom kontinuerliga nätverksträffar fyra gånger per år för nyckelpersoner och chefer där vi har olika teman som ska stärka dem i sitt hälsofrämjande arbete. Teman hittills har varit social dokumentation och samverkan. I december 2017 skriver samtliga biståndshandläggare (SoL och LSS) endast enligt IBIC strukturen förutom när det gäller personlig assistans.

Tabell 31. Genomförda och planerade utbildningar i IBIC (171130).

Utbildning	Målgrupp	Innehåll	Genomfört
Introduktion Ca 3 timmar	Samtlig personal inom Vård- och Omsorgsförvaltningen	Bakgrund till IBIC (regeringsuppdrag till socialstyrelsen osv). Varför vi ska gå in i IBIC. Vad IBIC står för Ärendeprocessen. Information om språket och strukturen samt Reflektions och diskussionsövningar	1769 personer har gått utbildningen.
Dokumentation (SOL)	Nyckelpersoner, biståndshandläggare och chefer	Genomgång av samtliga livsområden samt strukturen i ICF	Samtliga biståndshandläggare SoL och LSS och nyckelpersoner och chefer.
Arbetsplatsförlagd utbildning, dokumentation (SOL och LSS)	Vård- och omsorgspersonal	Genomgång på arbetsplatsen om hur personalen dokumenterar i procapita. Praktisk hjälp att skriva i genomförandeplanerna enligt IBIC strukturen	Alla inom SoL. All personal på sammanlagt 27 stycken LSS boenden. 5 elevhem 2 korttidsboenden

Reflektion

Förvaltningen har genomfört en massiv utbildningsinsats som lägger en god grund för att utgå från individens behov i samband med bedömning, beslut och planering av genomförande av insatser.



Diskussion

Liksom föregående år lyfter Uppdragsenheten fram några områden som har betydelse för verksamheternas kvalitet och hur uppföljningar sker.

Metoder för kvalitetsuppföljning

Vård- och omsorgsnämndens olika verksamheter är varierande såväl till innehåll som omfattning. Metoder för kvalitetsuppföljning har under året diskuterats inom Uppdragsenheten och bl.a. har en ny typ av kvalitetsenkät genomförts som i större utsträckning än tidigare är fokuserat på egenkontroll. Balansgången mellan rutinmässiga kontroller av verksamheterna (t.ex. genom granskning) och egenkontroll är inte enkel och handlar både om balansen mellan kontroll/tillit och balansen mellan behovet av kontroll och tillgängliga resurser för arbetet med kvalitetsuppföljning.

Bland nämndens verksamheter så är det även stor variation i vilket underlag som finns för att bedöma verksamhetens kvalitet. Det är framförallt 6 verksamheter som möter ett större antal medborgare där 4 bedöms ha tillräckliga underlag för att bedöma verksamhetens kvalitet, tabell 32.

Utöver de verksamheter som ingår i årets rapport lyfter Uppdragsenheten fram följande verksamheter där underlagen är otillräckliga för att bedöma kvaliteten: legitimerad personal, habiliteringsteamet, demensteamet, personligt ombud, fritid och rekreation, anhörigstöd och anhörigavlösning.

I det framtida arbetet med kvalitetsuppföljning rekommenderar Uppdragsenheten följande:

- Att egenkontrollen ska utvecklas i alla verksamheter
- Att ett tidigt varningssystem ska utvecklas och testas
- Att en tydlig prioritering och planering sker för kommande års kvalitetsuppföljningar så att det är tydligt (1) vilka verksamheter som ska följas upp och (2) med vilka underlag.

Egenkontroll

Resultatet av kvalitetsenkäten tyder på att de flesta enheter har ett aktivt arbete med egenkontroll. Det finns ändå skäl att reflektera över de olika formerna av egenkontroll och hur väl de ger tillräcklig information.

Tabell 32. Slutsatser om underlag för att bedöma verksamheters kvalitet.

Verksamhet	Antal medborgare som verksamheten möter	Tillräckliga underlag	Otillräckligt underlag
Myndighetsenheten	3350		X
Hemtjänst och hemsjukvård	Ca 1600	X	
Servicetjänster	659	X	
Mötesplatser	Stort antal		X
Särskilt boende	615 (lägenheter)	X	
Korttidsverksamhet	50 (lägenheter)		X
Bostad med särskild service för vuxna LSS	481	X	
SoL-bostad	32		X
Bostad med särskild service för barn och ungdomar LSS (elevhem)	29		X
Personlig assistans enligt LSS	15		X
Korttidsvistelse enligt LSS	43		X
Daglig verksamhet enligt LSS och dagverksamhet enligt SOL	450		X
Boendestöd SoL	139		X

När det gäller brukarundersökningar har många enheter hänvisat till Socialstyrelsen brukarundersökning. Den är utan tvekan relevant när det gäller hemtjänst och särskilt boende men för t.ex. legitimerad personal skulle en mer specifik brukarundersökning kunna ge mer detaljerad information om medborgarnas uppfattning om de uppgifter legitimerad personal ansvarar för.

En brukarundersökning inom Myndighetsenheten skulle kunna ge svar på vilka behov som finns bland de drygt 20 % av medborgarna som inte tycker beslutet möter deras behov.

Antalet personer som fått riskbedömning i kvalitetsregistret Senior Alert har minskat kraftigt inom hemtjänst/hemsjukvård och inom särskilt boende SoL under 2017. Vilka eventuella konsekvenser det får för den enskilde går inte att se i dagsläget. Det förebyggande arbetet är dock viktigt och ytterligare en omständighet som behöver följas under kommande år är hur det nya hemsjukvårdsavtalet påverkar arbetet med tidiga förebyggande insatser.

Tidigt varningssystem

Uppdragsenheten gör kontinuerliga granskningar av enheternas kvalitet. Målet är att varje enhet ska granskas minst vart annat år. Två år är dock en lång tid och om det börjar brista i rutiner eller liknande hos en utförare kan det snabbt få allvarliga konsekvenser för målgrupperna. Uppdragsenheten kommer därför att under 2018 börja tillämpa rutiner för att kontinuerligt hålla kontroll på tidiga varningssignaler om att brister kan komma att uppstå hos enheterna. Varje månad analyseras ett antal parametrar för samtliga enheter bl. a:

- Avvikelse (inte minst om det inte kommer in några)
- Allvarliga händelser
- Synpunkter från medborgare och/eller verksamheterna
- Byten och vakanser av chefer och/eller legitimerad personal
- Hög personalomsättning

Var för sig kan dessa parametrar vara otillräckliga för att signalera om det finns risk för kvalitetsbrister. Målet är dock att få en bättre samlad bild med kort tidsintervall. Om den samlade bilden då tyder på att det finns brister eller risk för brister kontaktas region/ sektorledning för genomgång och eventuell åtgärdsplan i ett första skede.

Uppföljningen av avvikelser visar att vissa enheter har få rapporterade avvikelser. Det kan bero på att det inte har varit några avvikelser men det kan också vara ett tecken på bristande kvalitetsuppföljning. Årets resultat från LSS-bostad visar att en ökad medvetenhet hos personal i samband med granskningar sannolikt ökar antalet avvikelser vilket är positivt då det innebär ett starkare arbete med att säkra kvaliteten. Det är dock flera verksamheter inom LSS som har ett väldigt lågt antal avvikelser. När det gäller synpunkter och klagomål säger verksamheterna att de informerar medborgarna men samtidigt säger få medborgare att de vet var de ska vända sig om de har synpunkter.

Sammantaget är det viktigt att arbetet med avvikelser och synpunkter och klagomål fortsätter att utvecklas då båda kan fungera som tidiga signaler på att det finns brister i verksamheternas kvalitet.

Personcentrerat arbete utifrån individens behov

De första faserna i införandet av IBIC är genomförda och de flesta medarbetare har gått utbildning. Fortsättningsvis kommer det att vara viktigt att säkerställa ett personcentrerat arbete där utgångspunkten i biståndsbedömning, beslut och planering och genomförande av insatser utgår från individens behov. Den tillgängliga forskningen visar att ett teambaserat arbete ger bättre resultat för den enskilde medborgaren. Där har verksamheterna ett stort ansvar för att hitta former att få teamarbete och det personcentrerade arbetssättet att fungera. Hur det kommer påverkas av det nya hemsjukvårdsavtalet är i skrivande stund oklart.

Det nya hemsjukvårdsavtalet som började tillämpas den 1 december 2017 innebär att målgruppen för det kommunala hälso- och sjukvårdsansvaret förändras.

De tidiga riskbedömningarna är därmed inte längre ett kommunalt ansvar. Det finns därför risk att den enskilde erbjuds riskbedömningar i så sent skede att skada redan uppstått. Hur verksamheten förändras efter det nya avtalet behöver följas av Förvaltningsledningen. Liksom tidigare kommer samverkan med regionen att vara viktig för att säkerställa att medborgarnas behov möts.

Kompetens

Inom en överskådlig framtid kommer personalförsörjning vara en fråga som påverkar verksamhetens kvalitet. Genomgående är det svårt att rekrytera utbildad personal inom flera yrkesgrupper. Ett ökat antal pensionsavgångar i kombination med att fler personer får behov av kommunens insatser gör att det finns ett fortlöpande rekryteringsbehov. På senare år har andelen ny personal med annan härkomst än Sverige ökat. Samtidigt som det är en stor tillgång att fler personal kommer från andra länder har svårigheter med det svenska språket blivit vanligt. Svårigheter med det svenska språket riskerar att få konsekvenser för hur personal kan läsa och förstå skriftlig information som är kopplat till hur olika arbetsuppgifter ska utföras. Med direkt koppling till verksamheternas kvalitet är därför språklig kompetens en mycket viktig fråga för verksamheten att arbeta vidare med.

Utöver språkkompetens finns många andra områden där man också behöver planer för att säkerställa en god kompetens. Det finns till viss del idag men det finns yrkesgrupper exempelvis bland legitimerad personal, där det inte finns någon sammanhållen plan. Att stärka kompetensen kring metoder med god evidens samt att vidmakthålla arbetet med dessa metoder, exempelvis genom handledning, är avgörande för att hålla en god kvalitet i verksamheten. Det har varit ett stort antal avvikelser kring felaktig hantering av hjälpmedel inom särskilt boende SoL och LSS-bostad jämfört med område hemtjänst. Utredningar i enskilda ärenden har visat på kompetensbrister hos personalen kring hantering av hjälpmedel.

Sammantaget ser Uppdragsenheten att personalförsörjning och kompetensutveckling är strategiskt viktiga frågor för att säkra verksamheternas kvalitet och vara en attraktiv arbetsgivare. Behovet av arbeta med dessa frågor uppmärksammas genom en rad aktiviteter i Vård och omsorgsförvaltningens handlingsplan för hälsofrämjande arbetsplatser. En förvaltningsövergripande arbetsgrupp ansvarar för att genomföra/förverkliga aktiviteterna i handlingsplanen. Förvaltningsledningen följer upp arbetet två gånger per år och en gång per år sker återrapportering till Vård- och omsorgsnämnden.

Genomförda granskningar

Så här fungerar poängsättningen vid granskningarna, tabell 33.

Tabell 33. Utvärderingsinstrument vid granskning.

0	Ok	Utmärkt kvalitet, systematik i utförande och rutiner	Inga åtgärder
1	Vissa brister	Bra kvalitet men ej helt systematisk	Följs upp vid nästa planerade uppföljning. Brist som inte åtgärdas föranleder anmärkning (2:a).
2	Anmärkning	Fel och brister i större omfattning	Åtgärdsplan inom två veckor viktiga kriterier omedelbart. Brist som inte åtgärdas föranleder stor anmärkning (3:a)
3	Stor anmärkning	Stora brister, ingen systematik och/eller allvarlig kritik från MAS/MAR/SAS Socialstyrelsen	Omgående rättelser, åtgärdsplan för löpande uppföljning, Vid återkommande stora anmärkningar

Samlad bedömning vid olika poängintervall:

Poäng Åtgärd

0-10 Ingen åtgärd

11-20 Samlad åtgärdsplan

>20 Samlad åtgärdsplan samt omedelbar rättelse

Tabell 34. Genomförda granskningar 2017.

Verksamhet	Enhet	Utförare	Total poäng skala 0-3, vid granskning	Antal 1:or	Antal 2:or	Åtgärdsplan
Särskilt boende						
	Björkbacka	Förenade Care	10	6	2	Ja
	Brunkullan	Vardaga	2	2	0	Inte aktuellt
	Löjtnantsgården	Kommunen	5	5	0	Inte aktuellt
	Rådmansgatan	Förenade Care	8	6	1	Ja
	Sjöängen	Förenade Care	9	7	1	Ja
	Slättergården	Kommunen	23	15	4	Ja
	Trossgränd	Kommunen	11	9	1	Ja
	Västervik	Kommunen	11	7	2	Ja

Tabell 34. (forts).

Verksamhet	Enhet	Utförare	Total poäng skala 0-3, vid granskning	Antal 1:or	Antal 2:or	Åtgärdsplan
LSS-bostad						
	Biblioteksgatan 3	Kommunen	3	3	0	Inte aktuellt
	Fagerbacken 28	Kommunen	5	5	0	Inte aktuellt
	Faktorvägen 31	Kommunen	5	5	0	Inte aktuellt
	Fritzhemsgatan 2	Kommunen	1	1	0	Inte aktuellt
	Hagvägen 27	Kommunen	13	11	1	Ja
	Mariebyvägen 10	Kommunen	5	1	2	Ja
	Nekvägen 94	Kommunen	13	11	1	Ja
	Ringvägen 7	Kommunen	10	8	1	Ja
Ny verksamhet	Ryttarvägen 83	Kommunen	Ej bedömd	–	–	–
	Rödhavevägen 3	Kommunen	4	2	1	Ja
	Storfjällsvägen 22	Kommunen	4	2	1	Ja
	Storågränd 16	Kommunen	11	9	1	Ja
	Strandgatan 1 A	Kommunen	5	3	1	Ja
	Stöttingvägen 13	Kommunen	4	4	0	Inte aktuellt
	Stöttingvägen 19	Kommunen	5	3	1	Ja
	Sollidenvägen 38	Kommunen	9	7	1	Ja
	Västfjällsvägen 23	Kommunen	3	3	0	Inte aktuellt
	Önevägen 174	Kommunen	2	2	0	Inte aktuellt

Östersunds kommun

Östersunds kommun, 831 82 Östersund.

Telefon: 063-14 30 00. Fax: 063-14 40 00. www.ostersund.se

