



Brukarsäkerhetsberättelse 2022

<i>Brukarsäkerhetsberättelse 2022</i>		<i>Datum 2023-02-23</i>
<i>Författare Emelie Sundberg, SAS</i>	<i>Vård- och omsorgsförvaltningen, Mölnåls stad</i>	

Brukarsäkerhetsberättelse

Innehåll

1	Sammanfattning	3
2	Inledning	5
2.1	Övergripande mål och styrning	6
2.2	Strategier.....	6
2.3	Lex Sarah, rapporterings- och utredningsskyldighet.....	7
3	Indikatorer för god vård och omsorg.....	7
3.1	Kunskapsbaserad	8
3.1.1	Områden från brukarsäkerhetsplan	8
3.2	Säker	9
3.2.1	Områden från brukarsäkerhetsplan	9
3.2.2	Resultat från nationella undersökningar.....	21
3.3	Individanpassad	23
3.3.1	Områden från brukarsäkerhetsplan	23
3.3.2	Resultat från nationella undersökningar.....	26
4	Utvecklingsarbete som pågått – 2022	28
4.1	Utvecklingsarbete inom uppdragsenheten.....	28
4.2	Utvecklingsarbete inom funktionsstödsområdena.....	29
4.3	Utvecklingsarbete inom äldreboende – egenregi.....	29
4.4	Utvecklingsarbete inom hemtjänst - egenregi	30
5	Strategier och utmaningar för kommande år.....	30
5.1	Brukarsäkerhetsplan 2023	30
5.2	IBIC	31
5.3	Uppföljning av beslut	31
5.4	Statistik ur verksamhetssystem.....	31
5.5	Strategiskt kvalitetsarbete inom SoL och LSS	31
5.6	Utbildning i brukar- och patientsäkerhetsarbetet.....	31

1 Sammanfattning

2021 var första året vård- och omsorgsförvaltningen hade en brukarsäkerhetsplan och en brukarsäkerhetsberättelse. Ingen jämförelse kunde därför göras med tidigare år vilket görs i brukarsäkerhetsberättelse för 2022. Områden som följts upp 2022 är:

- *Teamarbete och samverkan, avvikelser/lex Sarah/synpunkter- och klagomål, social dokumentation samt brukarens delaktighet.*

Teamarbete och samverkan

Under 2022 har lokala rutiner utifrån riktlinjen tagits fram inom flertalet verksamhetsområden. Vid dialogmöten har flertalet chefer lyft att teamsamverkan mellan legitimerad personal och omsorgspersonal har förbättrats men det finns fortsatt utvecklingspotential. Vid utredningar av lex Sarah har socialt ansvarig samordnare (SAS) ofta noterat att bristen på samverkan är en av orsakerna till händelseförloppet och bedömningen är att teamsamverkan, där brukarens behov är i centrum, behöver utvecklas i förvaltningen. Samverkansgrupp mellan myndighet och funktionsstöd har skapats och struktur kring vilka funktioner som ska samverka, mellan myndighet och funktionsstödsverksamheterna har tydliggjorts. Samverkan mellan myndighetsenheterna och utförarenheterna behöver utvecklas och säkerställas ytterligare, utifrån socialtjänstprocessen.

Avvikelse

Kunskapsnivån hos medarbetare varierar. Brukare görs oftast inte delaktiga i avvikelsearbetet. Analys utifrån statistik och dialog på olika nivåer har genomförts i olika utsträckning i förvaltningen. Brister vid rapportering av avvikelser och avsaknad vid utredning av avvikelser leder till konsekvenser för den enskilda brukaren men även för övriga brukare där lärdomar om det förebyggande arbetet uteblir. Revidering av riktlinjerna för avvikelshantering och lex Sarah har genomförts under 2022. Under vår och höst har SAS, medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) och medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) haft flera utbildningstillfällen för enhetschefer (EC) vid utförarenheterna kring avvikelshantering. Utbildningen innehöll både kunskap kring syftet med ett systematiskt avvikelsearbete och konkret genomgång av själva avvikelsemodulen i verksamhetssystemet. Alla EC fick efter utbildningen lathundar/manual kring avvikelshantering som stöd för fortsatt arbete på den egna enheten. Utbildning för myndighetschefer kommer genomföras våren 2023.

Lex Sarah

Lika många händelser 2022 som 2021 har bedömts som påtaglig risk för allvarligt missförhållande eller allvarligt missförhållande. Färre bedömningar av risk för missförhållande eller missförhållande har gjorts. Bristfälligt fysiskt och/eller psykiskt bemötande är de mest vanliga konsekvenserna 2022 likt 2021. Vanligt förekommande orsaker till bristerna har varit brist i rutin/avsaknad av rutin/följsamhet till rutin, brist i kompetens och säkerställande av kompetens inom olika områden. Andra vanliga orsaker har varit brist i dokumentation, samverkan mellan och inom olika lagrum samt mellan myndighetsenheterna och utförarverksamheterna. Några åtgärder som vidtagits har varit kartläggningar av verksamheter, tillsättning av stödfunktioner, säkerställande av rutiner och social dokumentation, utbildningsinsatser inom olika områden samt avslut och tillsättning av medarbetare. Regelbundna uppföljningar har genomförts, där SAS och ansvariga chefer för enheterna deltagit. Flera enheter har upplevt effekter efter åtgärder. Enheterna behöver bli bättre på att förebygga risk för missförhållande/missförhållande genom att inventera och säkerställa risker för brukare. Lärdomar från lex Sarah utredningar måste spridas inom och mellan verksamhetsområden i större omfattning.

Synpunkter- och klagomål

Under 2022 registrerades totalt 187 synpunkter inom vård- och omsorgsförvaltningens (VOF) enheter, i stadens synpunktssystem. Flera enheter hade en synpunkt. Några enheter hade fyra till fem synpunkter. Ett fåtal enheter hade mellan 4 - 23, där myndighetsenheten SoL hade 23. Ingen analys av statistik har efterfrågats av SAS under 2022, vilket kommer göras 2023. Under 2023 ska en utvecklingsgrupp för invånarkontakter mellan VOF och Kontaktcenter (KC) starta upp med syfte att systematisera och förbättra flödet för synpunkter som rör VOF.

Ansvar för respektive chef kommer bli tydligare och utbildning och stöd för chefer kommer att erbjudas från KC för det fortsatta arbetet med att kvalitetssäkra invånarkontakterna. KC har under 2022 fått bättre moduler för att hantera statistik vilket bidrar till en enklare hantering av registrerade synpunkter- och klagomål.

Social dokumentation

Myndighetsenheterna SoL, LSS och SP (socialpsykiatri) har gjort ärendegranskningar varje kvartal. Totalt 160 ärenden. Ärendegranskningarna visar att det finns fler individuella och mätbara mål än 2021 men att det är ett fortsatt utvecklingsområde. Brukarens delaktighet i handlägningsprocessen är högre vid myndighetsenheterna LSS och SP än vid myndighetsenheten SoL. Tidsbegränsade och tillsvidarebeslut behöver följas upp i högre omfattning och enligt den frekvens som är beslutad enligt riktlinje. Under 2022 har dialog om enhetlig utredningsmall för myndighetsenheterna förts. Syftet har varit att förenkla, effektivisera samt säkerställa handlägningsprocessen. 2023 måste beslut fattas och implementering påbörjas.

Utförarenheterna har granskat den sociala dokumentationen med olika frekvens och i olika omfattning. Inom funktionsstödsenheterna och inom äldreboendeenheterna har granskning av den sociala dokumentationen genomförts i grupp och inte enbart av EC eller utifrån den egna enheten. Detta har vid uppföljning med SAS lyfts fram som positivt och utvecklande på enhets- och områdesnivå. Inom område hemtjänst har granskning genomförts av EC och utifrån den egna enheten. Inom äldreomsorgen är kunskapsnivån kring Individens behov i centrum (IBIC)¹ låg. Inom funktionsstödsområdena är kunskapen högre. Förvaltningen behöver fatta beslut om utbildnings- och implementeringsplan för hela förvaltningen under 2023.

Granskning inom funktionsstödsenheterna visar att genomförandeplanerna blivit mer strukturerade och tydligt visar hur stödets ska ges. Delaktigheten hos brukarna vid upprättande av genomförandeplanerna har ökat. Kunskapen om skillnaden mellan daganteckningar och journalanteckningar har ökat. Äldre uppdrag som upprättats av myndighetsenheterna LSS och SP och inte följts upp bidrar till svårigheter för utförare att upprätta genomförandeplaner utifrån brukarens behov. Reviderat metodstöd har upprättats och implementerats.

Granskning inom äldreboendeenheterna visar att genomförandeplaner saknar tydlig beskrivning om "hur" och "när" stödet ska utföras, hur brukare vill bli bemötta samt avsaknad av individuella mål. Det har till viss del saknats tillräcklig information om hur brukare varit delaktig inför och under upprättande av genomförandeplan. Merparten av journalanteckningarna är väsentliga och respektfullt skrivna. Andelen egna bedömningar har minskat efter utbildning till samtliga personalgrupper. Reviderat metodstöd har upprättats och implementerats.

Granskning inom hemtjänstenheterna visar att journalanteckningarna generellt är respektfulla och väsentliga. Upplevelsen är även att fler medarbetare är medvetna om vad "händelse av vikt" är och att detta måste dokumenteras. Det händer mycket sällan att medarbetare anger tidsbrist som orsak till att man inte hunnit dokumentera händelse av vikt. Delaktigheten hos brukarna vid upprättande av genomförandeplanerna har ökat.

Brukarens delaktighet

Myndighetsenheterna och utförarenheterna behöver fortsätta arbeta med att öka brukares möjlighet till inflytande och delaktighet. Inom funktionsstödsenheterna finns en regelbunden struktur för att erbjuda medarbetare regelbundet metodstöd för att säkerställa bemötande, arbetssätt/metoder och kommunikationshjälpmedel. Inom äldreomsorgen behöver liknande säkerställas. VOF behöver göra ett omtag kring den nationella värdegrunden, speciellt inom äldreomsorgen, i form av regelbundna utbildningstillfällen och dialogträffar.

¹ IBIC är ett arbetssätt för social dokumentation framtaget av Socialstyrelsen. IBIC är ett stöd för både handläggare och utförare att beskriva och dokumentera uppgifter om brukarens resurser, behov mål och resultat.

Inom funktionsstödsenheterna finns stödpedagoger vid varje enhet för att kvalitetssäkra arbetssätt och metoder för att säkerställa brukarsäkerheten. Under 2022 har ett äldreboende haft en äldrepedagog i samma syfte. Positiva effekter har uppmärksammats inom de enheter som har ett pedagogiskt stöd. Inom äldreboendeenheterna är ambitionen att under 2023 anställa fyra omsorgshandledare för att säkerställa det pedagogiska stödet. Inom hemtjänstenheterna finns inget pedagogiskt stöd. Utbildningsinsatser för att säkerställa kommunikation, bemötande och delaktighet har gjort i större utsträckning inom funktionsstödsenheterna än inom äldreomsorgen. Bedömning utifrån lex Sarah utredningar och avvikelser är att samma behov finns inom äldreomsorgen vilket behöver säkerställas.

Områden som kommer följas upp 2023, baserat på resultat av uppföljning 2022, är:

- *Avvikelser/synpunkter och klagomål, social dokumentation, brukarens delaktighet, teamarbete och samverkan, förebyggande av missförhållande och implementering av det systematiska brukarsäkerhetsarbetet efter utbildning hösten 2022.*

2 Inledning

Alla enheter inom vård- och omsorgsförvaltningen ska verka för att utföra tjänster av god kvalitet till invånare i Mölndals stad. Utgångspunkten för kvalitetsarbetet är bland annat Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

2021 införde förvaltningen ett nytt arbetssätt för att utvärdera följsamheten till ledningssystemet för kvalitet utifrån Socialtjänstlag (SoL) och Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS). Nämnden har fattat beslut om att det ska finnas en brukarsäkerhetsplan. Syftet är att säkerställa och utveckla kvaliteten inom myndighetsenheterna och de utförarenheter som utför stöd enligt SoL och LSS. Planen ska följas av EC och verksamhetschefer (VC) inom egenregi samt av privata utförare.

Brukarsäkerhetsplan ska tillsammans med en enhetens verksamhetsplan, bidra till ett systematiskt förbättringsarbete där målet är nöjda brukare och en verksamhet av hög kvalitet. Utgångspunkten för uppföljningen är Socialstyrelsens sex indikatorer för god vård och omsorg. Indikatorerna speglar de egenskaper som ska finnas för god vård inom hälso- och sjukvård och en god kvalitet hos socialtjänsten. Resultatet redovisas årligen i en brukarsäkerhetsberättelse och ska bidra till utvecklingsarbete på verksamhets-, områdes- och förvaltningsnivå kommande år.

Områden som redovisas från brukarsäkerhetsplan 2022

- Teamarbete och samverkan
- Avvikelser, lex Sarah samt synpunkter och klagomål
- Social dokumentation
- Brukarens delaktighet

Resultat från nationella undersökningar

I brukarsäkerhetsberättelsen, kopplat till områden från brukarsäkerhetsplanen, framkommer vissa data och analys utifrån de genomförda nationella undersökningarna.

Under 2022 har nedanstående nationella undersökningar genomförts:

- brukarundersökning funktionshinder (daglig verksamhet och daglig sysselsättning)
- brukarundersökning äldreomsorg
- enhetsundersökning äldreomsorg
- enhetsundersökning bostäder LSS
- kommunens kvalitet i korthet (KKiK)
- öppna jämförelser - myndighetsutövning

Enhetsundersökning LSS är ej besvarad av DV 2022.

2.1 Övergripande mål och styrning

De enheter som bedrivs på uppdrag av vård- och omsorgsnämnden ska ha god kvalitet. Det inkluderar både privata utförare och utförare i egen regi.

Kvalitet innebär att en verksamhet uppfyller de krav och mål som gäller enligt lagar, föreskrifter och beslut. Kvalitetsarbetet utgår från Socialstyrelsens föreskrift **Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete SOSFS 2011:9**. Kvalitetsinriktningen beskriver de olika delarna i ledningssystemet samt visar vad kvalitetsarbetet består av. För vård- och omsorgsnämnden är det yttersta syftet med att uppfylla krav på systematiskt kvalitetsarbete att säkerställa kvaliteten för brukarna i de tjänster som nämnden ansvarar för.

Insatser inom socialtjänsten ska vara av god kvalitet.

För utförande av uppgifter inom socialtjänsten ska det finnas personal med lämplig utbildning och erfarenhet.

Kvaliteten i verksamheten ska systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras.

Socialtjänstlagen 2001:453 3 Kap. 3 §

Enligt Socialstyrelsens definition av kvalitet ska enheterna utformas i enlighet med gällande lagar, förordningar, föreskrifter och bästa tillgängliga kunskap. Kvalitet avser allt som enheten gör, hur det görs, vilka resultat som uppnås och hur resursanvändningen ser ut.

Brukare har rätt att få adekvat vård och omsorg av god kvalitet. Det handlar om att ge brukare ett ökat värde och bästa nytta för varje krona. Brukare ska känna sig trygga och myndighetsutövningen ska vara rättssäker. En viktig aspekt i kvalitetsarbetet är bemötandet mot brukare och medborgare.

Bemötandet ska vara professionellt, lyhört, icke-diskriminerande och med respekt. Utifrån att brukare och medborgare ska få realistiska förväntningar är även tydlighet viktigt i bemötandet.

Vård- och omsorgsförvaltningens målbild är:

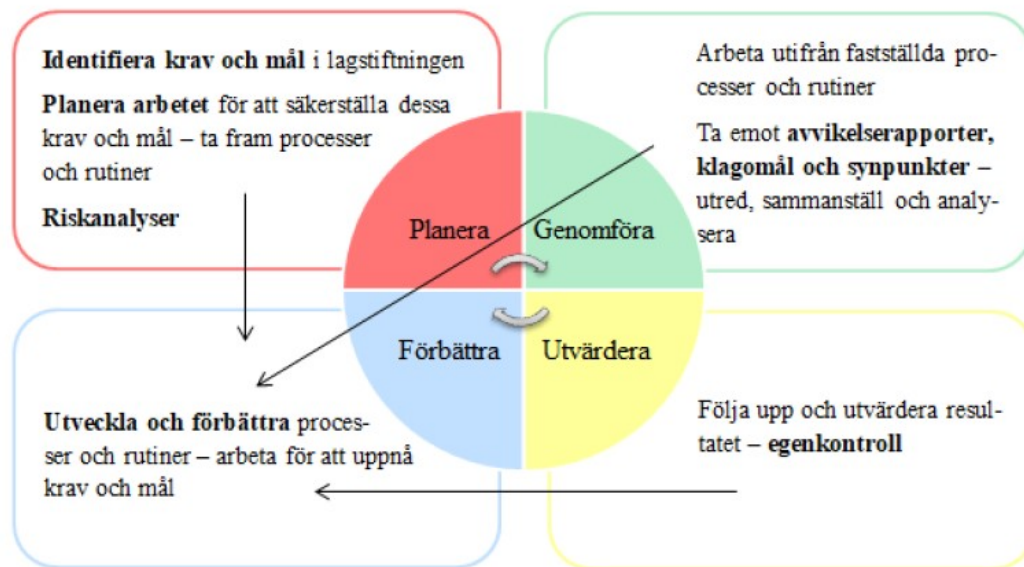
Våra brukare/patienter ska vara nöjda med det vi levererar

2.2 Strategier

Ledningssystemet för det systematiska kvalitetsarbetet innehåller en struktur för att styra, utveckla och dokumentera kvaliteten i verksamheten samt vad, hur och när uppföljning och utvärdering ska göras.

Det är därmed ett verktyg för att säkra kvaliteten. Ett systematiskt kvalitetsarbete gör det till exempel möjligt att förebygga missförhållanden och andra avvikelser.

Nedanstående bild är Socialstyrelsens beskrivning av systematiskt kvalitetsarbete.



Enheten ska kontinuerligt dokumentera arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet. Kravet på dokumentation omfattar alla delar av det systematiska kvalitetsarbetet. Fastställda processer och rutiner ska vara dokumenterade. Även arbetet med att planera och utföra riskanalyser, egenkontroller samt hantering av avvikelser, klagomål och synpunkter ska dokumenteras liksom vilka förbättrande åtgärder som dessa gett upphov till och dess resultat.

2.3 Lex Sarah, rapporterings- och utredningsskyldighet

Lex Sarah är en bestämmelse i SoL och LSS som reglerar anställdas och andras skyldighet att rapportera missförhållanden och påtagliga risker för missförhållanden som rör den som får eller kan komma i fråga för insatser inom de båda lagrummen.

Enligt bestämmelsen om lex Sarah ska:

- varje chef, vid anställning skriftligen och därefter löpande muntligt, minst en gång per år, säkerställa medarbetares kunskaper kring rapporteringsskyldigheten
- rapportering göras, även om brukaren motsäger sig en formell rapportering
- personal genast rapportera missförhållanden och påtagliga risker för missförhållanden till den som bedriver verksamheten.
- den som bedriver verksamheten, utreda och avhjälpa eller undanröja det rapporterade missförhållandet utan dröjsmål.
- den som bedriver verksamheten, om det visar sig att missförhållandet är allvarligt, snarast anmäla det till Inspektionen för vård och omsorg (IVO).

3 Indikatorer för god vård och omsorg

Socialstyrelsens sex indikatorer för god vård och omsorg är *kunskapsbaserad, säker, individanpassad, effektiv, jämlik* och *tillgänglig*. Indikatorerna speglar de egenskaper som en god kvalitet i socialtjänsten ska innehålla.

3.1 Kunskapsbaserad

Vården och omsorgen ska baseras på bästa tillgängliga kunskap och bygga på både vetenskap och beprövad erfarenhet. Det innebär att rätt arbetsätt och metod ska användas utifrån brukarens individuella behov och förutsättningar. Att all personal har rätt kompetens är en förutsättning för att de ska kunna medverka i kvalitetsarbetet och ge god vård och omsorg.

3.1.1 Områden från brukarsäkerhetsplan

3.1.1.1 Teamarbete och samverkan

Styrning

I både SoL och LSS, regleras ansvar för att aktivt arbeta med samverkan. Bestämmelser om samverkan finns också beskrivet i hälso- och sjukvårdslag (HSL). Även om de olika professionernas ansvar skiljer sig åt handlar det ytterst om att tillsammans tillgodose brukarens aktuella behov och ha ett helhetsperspektiv. Sedan oktober 2020 har förvaltningen en riktlinje som heter *teamarbete och samverkansplattformar*. Syftet med riktlinjen är att tydliggöra hur olika professioner behöver samverka för att ge brukare bästa möjliga vård och omsorg. Utifrån riktlinjen åligger det varje VC för SoL och LSS att tillsammans med VC för HSL att ta fram lokala rutiner för hur samverkan ska se ut mellan SoL, LSS och HSL. Myndighetsenheterna ska inkluderas.

Uppföljning

Resultat och reflektion – myndighetsenheterna SoL och LSS och SP

Myndighetsenheten SoL

Teamträffar med hemtjänst, både egenregi och privata utförare fungerar bra, bäst fungerar det med korttidsverksamheten. Pandemin har varit orsak till en del frånvaro vid teamträffar. Handläggare har en positiv upplevelse av teamträffar.

Myndighetsenheterna LSS och SP

Samverkan mellan myndighet och funktionsstödsverksamheterna har fram tills hösten 2022 varit bristfällig. Därefter har samverkan tydliggjorts vid inflyttningsprocess för insatsen Bostad med särskild service (BmSS). Samverkansgrupp mellan myndighet och funktionsstöd har skapats och struktur kring vilka funktioner som ska samverka, mellan myndighet och funktionsstödsverksamheterna har tydliggjorts.

Samverkan mellan VOF och Social och arbetsmarknadsförvaltningen (SAF) kommer ses över 2023.

Resultat och reflektion – funktionsstödsområdena

Inom de olika funktionsstödsenheterna har en del enheter mycket kontakt och samverkan med kommunal primärvård medan andra inte har någon kontakt. Upplevelsen hos de flesta som har tät kontakt är att samverkan fungerar väl. Sjuksköterskeorganisationen har utökats med en EC specifikt riktad mot funktionsstödsenheterna vilket uppges ha skapat snabbare kommunikationsvägar och utökad teamsamverkan. Samverkan med myndighet är ett fortsatt utvecklingsområde men struktur och mötesforum för samverkan är påbörjad.

Resultat och reflektion – äldreboende egenregi

Teamträffar en gång i månaden men alla professioner närvarar inte. Lokal rutin mellan äldreboende och kommunal primärvård är framtagen men det finns en variation av följsamhet.

Resultat och reflektion – äldreboende privata utförare

De privata utförarna har egen legitimerad personal stationerad i verksamheten. Upplevelsen är att detta skapar en helt annan möjlighet till teamsamverkan där man kan ta tag i olika frågeställningar direkt samt handleda och instruera medarbetare när behov uppstår.

Resultat och reflektion – hemtjänst egenregi

Teamträffar genomförs månatligen. Närvaron från sjuksköterskor har ökat men behöver förbättras ytterligare. Arbetsterapeut och fysioterapeut är i stort sett alltid närvarande. Myndighet bjuds in vid behov men har låg närvarofrekvens.

Resultat och reflektion – hemtjänst privata utförare

Teamträffar genomförs med olika regelbundenhet. Det finns inga framtagna rutiner mellan utförare och kommunal primärvård och det finns stor variation på hur många brukare som har hälso- och sjukvårdsinsatser. Flertalet uttalar att det finns ett bra samarbete med myndighet men inte primärt via teamträffar utan via dialog i verksamhetssystemet.

Resultat och reflektion – kommunal primärvård

Inom privat hemtjänst saknas teamträffar. Inom äldreboende finns rutin som över lag efterföljs, men ibland har EC inom SoL/LSS-enheter och legitimerad personal olika bilder av hur strukturen ska se ut. Sjuksköterskeorganisationen har utökats med en EC specifikt riktad mot funktionsstödsenheterna och struktur för teamarbete har tagits fram men är inte fullt ut implementerad.

Analys SAS

Under 2022 har lokala rutiner utifrån riktlinjen tagits fram inom flertalet områden. Vid dialogmöten med chefer lyfter flertalet att teamsamverkan mellan legitimerad personal och omsorgspersonal förbättrats men det finns fortsatt utvecklingspotential. Vid utredningar av vårdskador och lex Sarah noterar SAS, MAR och MAS att bristen på samverkan är en av orsakerna till händelseförloppet och bedömningen är att teamsamverkan, där brukarens/patientens behov är i centrum, behöver utvecklas i förvaltningen. Samverkan mellan myndighet och utförare behöver utvecklas och säkerställas ytterligare, utifrån socialtjänstprocessen.

3.2 Säker

Vården och omsorgen ska vara säker. Riskförebyggande verksamhet ska förhindra skador. Enhetens arbete ska också präglas av rättssäkerhet. Enheter ska vara trygga och säkra vilket innebär att tjänsterna utförs enligt gällande regelverk. Tjänsterna är transparenta vilket innebär förutsägbarhet och möjlighet till insyn. Risk för kränkning, försummelse, fysisk eller psykisk skada förhindras genom förebyggande arbete.

3.2.1 Områden från brukarsäkerhetsplan

3.2.1.1 Avvikelse, lex Sarah, synpunkter och klagomål

Styrning

Enligt (SOSFS 2011:9) ska VOF säkerställa hantering av avvikelser, synpunkter- och klagomål och lex Sarah. Chef för enheten ska planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra enheten. VOF har riktlinjer och digitala system som säkerställer dessa områden.

Uppföljning avvikelser och lex Sarah

Nedanstående tabeller innehåller redovisning av rapporterade avvikelser och lex Sarah 2021 och 2022,

Totalt antal rapporterade avvikelser inom samtliga lagrum, totalt antal rapporterade avvikelser inom SoL och LSS och utvalda områden inom SoL och LSS är redovisade nedan.	2021	2022
Totalt antal avvikelser inom SoL, LSS och HSL	6953	7474
Totalt antal avvikelser inom SoL och LSS*	3272	2404
Brist i/utebliven handläggning eller dokumentation/utebliven insats	621	937
Brist i bemötande	151	232
VOF IT	18	12
Personuppgiftsincident/sekretess	17	66
Samtycke från brukare	4	4
Övrigt	652	590

* Flera avvikelser är rapporterade inom både SoL och HSL där rapporteringen borde vara inom HSL. Därför innehåller siffran som är redovisad för enbart SoL och LSS flertalet felrapporteringar.

Totalt antal rapporterade avvikelser per område utifrån SoL och LSS	2021	2022
Bostäder LSS	355	361
Socialpsykiatri	241	272
Korttidsverksamheter, personligt stöd, daglig verksamhet	74	159
Äldreboende område 1	547	432
Äldreboende område 2		
Hemtjänst egenregi	716	621
Hemtjänst privata utförare	199	193
Äldreboende LOU Lackarebäck	33	258
Äldreboende LOU Förenade Care	3	0
Fallströmmen och Trygg hemgång	11	12
Myndighetsenheter	43	56

Brist i bemötande	2021	2022
Bostäder LSS	38	59
Socialpsykiatri	15	19
Korttidsverksamheter, personligt stöd, daglig verksamhet	7	12
Äldreboende område 1	50	36
Äldreboende område 2	19	
Hemtjänst egenregi	12	12
Hemtjänst privata utförare	3	1
Äldreboende LOU Lackarebäck	1	27
Äldreboende LOU Förenade Care	0	0
Fallströmmen och Trygg hemgång	3	6
Myndighetsenheter	0	0

Brist i/vid utebliven handläggning eller dokumentation/utebliven insats	2021	2022
Bostäder LSS	155	157
Socialpsykiatri	150	219
Korttidsverksamheter, personligt stöd, daglig verksamhet	37	49
Äldreboende område 1	121	63
Äldreboende område 2	57	
Hemtjänst egenregi	34	130
Hemtjänst privata utförare	11	5
Äldreboende LOU Lackarebäck	4	25
Äldreboende LOU Förenade Care	2	0
Fallströmmen och Trygg hemgång	11	2
Myndighetsenheter	41	54

Enheter	Rapporterade lex Sarah		lex Sarah utredningar SAS bedömt som risk för missförhållande eller missförhållande		Lex Sarah anmälningar som SAS skickat till IVO	
	2021	2022	2021	2022	2021	2022
År						
Bostäder LSS	22	35	9	5	1	1
Socialpsykiatri	6	13	4	1	3	3
Korttidsverksamheter, personligt stöd, daglig verksamhet	6	8	1	3	2	2
Äldreboende område 1	34	36	2	2	2	1
Äldreboende område 2	31		3		1	
Hemtjänst egenregi	17	27	2	1	1	1
Hemtjänst privata utförare	6	4	0	0	0	1
Äldreboende LOU Lackarebäck	2	17	0	0	0	0
Äldreboende LOU Förenade Care	0	0	0	0	0	0
Fallströmmen och Trygg hemgång	0	5	0	0	0	0
Myndighetssenheter	1	6	1	2	0	1
Totalt	125	151	22	14	10	10

Resultat och reflektion – myndighetsenheterna SoL, LSS och SP

Rapporterade avvikelser inom myndighet registreras hos samtliga tre EC. Det går inte att urskilja vilken enhet som ansvarar innan den är genomläst. 2023 kommer myndighet delas upp på tre enheter i avvikelssystemet. Det finns ett mörkertal av avvikelser avseende beslut som inte följs upp. Arbetet med dialog om avvikelshantering och lex Sarah har inte varit ett prioriterat område under 2021 eller 2022 och behöver därför säkerställas 2023.

Resultat och reflektion – funktionsstödsverksamheterna

Inom området bostäder LSS är upplevelsen att EC har blivit bättre på att i ett tidigt skede utreda avvikelser. Inom området korttidsverksamheter, personligt stöd, daglig verksamhet personligt stöd funktionsstödsområde har alla EC lagt in uppföljning av avvikelser i sitt årshjul. Inom området socialpsykiatri har EC har vid ett tillfälle 2022 haft fördjupning av avvikelshantering inom sina egna enheter. Inom samtliga tre funktionsstödsområden finns ett fåtal registrerade synpunkter/klagomål. Inom samtliga funktionsstödsområden har stödpedagoger stöttat medarbetare löpande när en avvikelse ska skrivas. Det finns en variation inom enheter och mellan enheter kring att rapportera avvikelser.

Resultat och reflektion – äldreboende egenregi

Verksamhetsområdet hade planerat att arbeta med avvikelshantering på ledningsnivå under hösten 2022 men det har av olika anledningar prioriterats bort.

VC har fångat upp bristande utredningar av EC där även analys saknas för att undvika att likande inträffar igen. Fall och läkemedel är mest frekvent rapporterat. Under 2023 planerar VC att tillsammans med EC, på ledningsnivå, arbeta med olika scenarion från verkligheten för ett mer konkret lärande kring avvikelshantering.

Resultat och reflektion – äldreboende privata utförare

Regelbunden dialog förs med personal om avvikelshantering. Synpunkt- och klagomålsblankett lämnas ut då brukare flyttar in.

Resultat och reflektion – hemtjänst egenregi

EC har under året arbetat med att uppmuntra och stötta medarbetare att rapportera avvikelser. Medarbetare anger inte längre tidsbrist som en orsak till att inte rapportera avvikelser. Fortsatt utveckling behövs för att medarbetare ska se/förstå syftet med att avvikelser är en del av det systematiska förbättringsarbetet samt att få bort skuld- och skamkulturen.

Resultat och reflektion – hemtjänst privata utförare

Variation mellan utförare om avvikelser rapporteras i verksamhetssystemet eller i pappersform. Utbildning för personal har genomförts vid vissa enheter. Flera chefer ser fortsatt utvecklingsarbete.

Uppföljning synpunkter och klagomål

Resultat och reflektion – myndighetsenheterna och utförarverksamheter

egenregi

Generell upplevelse av att hanteringen i synpunkts- och klagomålssystemet inte fungerat väl. Tekniska problem samt att ärenden hamnat hos fel handläggare har nämnts som orsaker.

De synpunkter- och klagomål som registrerats har omhändertagits men det finns ett mörkertal då mycket inkommer muntligt via telefon eller fysiskt samtal med brukare/anhörig/företrädare och registreras digitalt.

Resultat och reflektion – privata utförare

Tekniska problem har bidragit till att enheterna under långa perioder saknat behörigheter och tillgång till stadens system, vilket bidragit till att ärenden inte hanterats i tid. Enheterna har arbetat med det som kommit till deras kännedom.

Analys SAS

Lex Sarah

14 händelser som bedömts som risk för missförhållande eller missförhållande.

10 händelser som bedömts som påtaglig risk för allvarligt missförhållande eller allvarligt missförhållande och rapporterats till IVO.

Konsekvenser - Bristfälligt fysiskt och/eller psykiskt bemötande är genomgående konsekvenser. Brukare som har blivit puttade/lämnade ensamma under lång tid/nekade till toalettbesök/inte fått sitt stöd i olika omfattning är några exempel på brister i bemötande. Två brukare fick åka akut till sjukhus. En brukare blev lämnad ensam i 1,5 timma vid två olika tillfällen. Ärenden som inkommit till myndighet som inte omhändertagits skyndsamt.

Orsaker - vanligt förekommande orsaker till bristerna har varit brist i rutin/avsaknad av rutin/följsamhet till rutin, brist i kompetens och säkerställande av kompetens inom olika områden. Andra vanliga orsaker har varit brist i dokumentation, samverkan mellan och inom olika lagrum samt mellan myndighetsenheterna och utförarverksamheterna.

Åtgärder - några åtgärder som vidtagits har varit kartläggningar av verksamheter, tillsättning av stödfunktioner, säkerställande av rutiner och social dokumentation, utbildningsinsatser inom olika områden, avslut och tillsättning av medarbetare. EC och medarbetare har fått handledning och regelbundna uppföljningar har genomförts, där SAS och ansvariga för verksamheterna deltagit.

Effekter efter åtgärder – olika omfattning av ökad kunskap och förståelse hos medarbetare och EC kring exempelvis social dokumentation, samverkan inom och mellan lagrum. Brukare som upplevt ökad delaktighet vid utförande av stöd och vid upprättande av genomförandeplaner.

Fortsatta utvecklingsområden - flera avvikelser som rapporterats som lex Sarah, avser brister inom hälso- och sjukvården eller då medarbetare varit delegerad hälso- och sjukvårdspersonal, där avvikelserna borde rapporterats som vårdskada. Enheterna behöver prioritera att förebygga risk för missförhållande/missförhållande genom att inventera och säkerställa risker vid ny brukare samt följa upp dem enligt riktlinje. Lärdomar från lex Sarah utredningar måste spridas inom och mellan verksamhetsområden i större omfattning.

Systematisk uppföljning

Under 2022 har SAS, MAS och MAR följt upp handlingsplaner efter utredningar som genomförts 2021 avseende lex Sarah och vårdskador. Utredningarna omfattade två hela äldreboenden. SAS, MAS och MAR har efter händelserna haft regelbundna uppföljningar med berörda chefer inom SoL och HSL för att säkerställa att planerade åtgärder genomförts samt effekterna av dem. Enheterna har visat på flera goda exempel kring teamsamverkan och ansvarstagande kring händelserna. Exempel på åtgärder som vidtagits är tätare avstämningar mellan omsorgspersonal och legitimerad personal samt ett flertal utbildningsinsatser för omsorgspersonal med syfte att öka kunskapen inom de uppmärksammade utvecklingsområdena. Uppföljningsmötena visar att åtgärderna har gett viss effekt samtidigt som det är av stor vikt att enheterna fortsätter att utvärdera åtgärderna under 2023.

Synpunkter- och klagomål

Under 2022 registrerades totalt 187 synpunkter för VOF:s enheter, i stadens synpunktssystem. Flera enheter hade fått en synpunkt. Några enheter hade mellan 4 - 5 synpunkter. Enskilda enheter hade mellan 4 - 23, där myndighetsenheten SoL hade 23 registrerade synpunkter. Ingen analys av statistik har efterfrågats av SAS under 2022, vilket kommer göras 2023. Under 2023 ska en utvecklingsgrupp för invånarkontakter mellan VOF och KC starta upp med syfte att systematisera och förbättra flödet för synpunkter som rör VOF. Ansvar för respektive chef kommer bli tydligare och utbildning och stöd för chefer kommer att erbjudas från KC för det fortsatta arbetet med att kvalitetssäkra invånarkontakterna. KC har under 2022 fått bättre moduler för att hantera statistik vilket bidrar till en enklare hantering av registrerade synpunkter- och klagomål.

Avvikelser

Fall och läkemedel är de två områden där det är flest rapporterade avvikelser (dessa presenteras i patientsäkerhetsberättelsen). *Brist i/utebliven handläggning eller dokumentation/utebliven insats* är det område där det är flest rapporterade avvikelser inom SoL och LSS och därefter området *bemötande*. Ett fåtal avvikelser har rapporterats under sommaren, färre än vanligt jämfört med tidigare år samma period. En orsak, enligt VC, kan vara att vikarier anställdes sent och att de inte hann få tillräcklig introduktion. Troligtvis har inte färre incidenter inträffat under sommaren.

Utifrån statistikuppgifter finns ett troligt mörkertal av SoL och LSS-avvikelser. En orsak är att det mer handlar om att "sätta dit kollegan" än att identifiera en händelse. En annan orsak är okunskap kring vad som ska rapporteras. Enheterna behöver arbeta mer med att identifiera och rapportera avvikelser utifrån brister inom SoL- och LSS avseende alla områden. Under området "övrigt" finns ett flertal avvikelser 2022 likt 2021. Analys utifrån vad orsaken är att inget definierat område är valt behöver göras vid varje enhet.

Inom förvaltningen görs brukare oftast inte delaktiga i avvikelserarbetet. Kunskapsnivån hos medarbetare varierar mellan olika enheter. Flera delar av avvikelshantering behöver säkerställas. Brister vid rapportering av avvikelser och avsaknad vid utredning av avvikelser leder till konsekvenser för den enskilda brukaren men även för övriga brukare där lärdomar om det förebyggande arbetet uteblir. Revidering av riktlinjerna för avvikelshantering och lex Sarah har genomförts. Under vår och höst har SAS, MAR och MAS haft flera utbildningstillfällen för EC vid utförarenheterna, kring avvikelshantering. Utbildningen innehöll både kunskap kring syftet med ett systematiskt avvikelsearbete och konkret genomgång av själva avvikelsemodulen i verksamhetssystemet. Alla EC fick efter utbildningen lathundar/manual kring avvikelshantering som stöd för fortsatt arbete på den egna enheten. EC för myndighetsenheterna kommer få utbildning våren 2023.

3.2.1.2 Social dokumentation

Styrning

Det finns tre lagar som reglerar kraven på social dokumentation. Förvaltningslagen, FL (2017:900), Socialtjänstlagen, SoL (2001:453), Lagen om stöd till vissa funktionshindrade, LSS (1993:387). Vidare finns även *Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om dokumentation i verksamhet som bedrivs med stöd av SoL, LVU, LVM och LSS* (SOSFS 2014:5). Förvaltningen har en riktlinje för verkställighet och en för biståndsenheterna. Det finns en lagstadgad *dokumentationsskyldighet* för handläggare, omsorgspersonal och chefer. Den avser beslut, genomförandeplan och journal. Syftet med social dokumentation är:

- rättssäkerhet för brukare för att följa beslut och utförande
- arbetsredskap för handläggare och utförare för att kunna följa den beviljade insatsen
- verktyg för att uppföljning, utvärdering och kvalitetssäkring

Organisation

SAS har månatliga möten med samtliga metodutvecklare i förvaltningen (myndighetsenheterna och utförarenheterna i egenregi). Inom hemtjänstenheterna i egenregi har SAS månatliga möten med två EC som har samma funktion utifrån den sociala dokumentationen som metodutvecklarna inom VOF. Huvudsyftet med mötena är att utveckla den sociala dokumentationen. Metodutvecklare inom myndighetsenheterna har regelbundna forum med handläggare där de pratar om olika delar kring den sociala dokumentationen. Metodutvecklare inom utförarenheterna och de två EC inom hemtjänst egenregi träffar vissa utvalda medarbetare inom sitt verksamhetsområde (så kallade superanvändare) cirka fyra gånger om året. Vid dessa tillfällen får superanvändare utbildning och det förs dialog om vad som fungerar bra, mindre bra, förändringar i metodstöd med mera. Superanvändare i sin tur ansvarar för att utbilda, handleda och stötta sina kollegor vid den egna enheten, med stöd av EC som är ytterst ansvarig för att säkerställa den sociala dokumentationen.

Uppföljning av ärendegranskning– myndighetsenheterna SoL, LSS och SP

Myndighetsenheten SoL har gjort 20 ärendegranskningar per kvartal 2022. Urvalet har varit varierande per kvartal fördelat utifrån hemtjänst, särskilt boende, korttidsplats och dagverksamhet. Urvalet är 20 ärenden slumpvis utvalda utifrån totalen på ärendetyp varje kvartal.

Myndighetsenheten LSS och SP har gjort 10 ärendegranskningar vardera per kvartal 2022. Urvalet har varit var femte ärende per handläggare, främst enligt LSS men även enligt SoL. Ibland har även det senaste ärendet inom LSS tagits med i urvalet, om det varit färre än fem ärenden.

Under 2021 var LSS och SP en enhet och under 2022 blev det två. Därav gemensamma siffror för 2021 och separata för 2022 i tabellerna nedan.

Några av områden som granskats är: *brukarens/barnets delaktighet, kommunikering av utredning, dokumentation i journal, inhämtande av samtycke, individuella mål enligt IBIC* med mera. Nedan redovisas utvalda områden där jämförelse mellan myndighetsenheterna är av intresse.

Bedömt och avsett funktionstillstånd – 2021 och 2022	Kvartal 1	Kvartal 2	Kvartal 3	Kvartal 4
<i>Myndighetsenheterna LSS och SP</i> – i hur många av 20 ärenden (totalt per enhet) finns bedömt och avsett funktionstillstånd?	2021 – 18 2022 – LSS - 5 SP - 10	2021 – 19 2022 – LSS - 7 SP - 10	2021 – 17 2022 – LSS - 5 SP - 10	2021 – 20 2022 – LSS - 9 SP – 10
<i>Myndighetsenheten SoL</i> - i hur många av 20 ärenden finns bedömt och avsett funktionstillstånd?	2021 – 4 2022 - 0	2021 – 6 2022 - 0	2021 – 2 2022 - 0	2021 – 3 2022 – 0

Delaktighet – 2021 och 2022	Kvartal 1	Kvartal 2	Kvartal 3	Kvartal 4
<i>Myndighetsenheterna LSS och SP - I hur många av 20 ärenden (totalt per enhet) har brukaren varit delaktig i handlägningsprocessen?</i>	2021 - 19 2022 – LSS - 9 SP - 10	2021 – 16 2022 – LSS - 10 SP - 10	2021 – 20 2022 – LSS - 9 SP - 10	2021 – 17 2022 – LSS - 9 SP – 10
<i>Myndighetsenheten SoL - I hur många av 20 ärenden har brukaren varit delaktig i handlägningsprocessen?</i>	2021 - 12 2022 - 18	2021 – 14 2022 - 10	2021 – 14 2022 - 14	2021 – 18 2022 - 19

Individuellt mål enligt IBIC – 2021 och 2022	Kvartal 1	Kvartal 2	Kvartal 3	Kvartal 4
<i>Myndighetsenheterna LSS och SP – i hur många av 20 ärenden finns individuellt mål enligt IBIC?</i>	2021 – 18 2022 – LSS - 3 SP – 8	2021 – 4 2022 – LSS - 4 SP - 9	2021 – 18 2022 – LSS - 5 SP - 8	2021 – 19 2022 – LSS - 9 SP - 9
<i>Myndighetsenheten SoL - i hur många av 20 ärenden finns individuellt mål enligt IBIC?</i>	2021 – 11 2022 - 12	2021 – 10 2022 - 10	2021 – 4 2022 - 10	2021 – 7 2022 - 10

Samtycke – 2021 och 2022	Kvartal 1	Kvartal 2	Kvartal 3	Kvartal 4
<i>Myndighetsenheterna LSS och SP – i hur många av 20 ärenden (totalt 10 per enhet) finns ett dokumenterat samtycke till att inhämta uppgifter från andra, i utredningen?</i>	2021 – 15 2022 – LSS - 10 SP – 6	2021 – 16 2022 – LSS - 7 SP - 6	2021 – 16 2022 – LSS - 10 SP - 7	2021 – 16 2022 – LSS - 10 SP - 8
<i>Myndighetsenheten SoL - i hur många av 20 ärenden finns ett dokumenterat samtycke till att inhämta uppgifter från andra, i utredningen?</i>	2021 – 19 2022 – 17	2021 – 16 2022 - 13	2021 – 17 2022 - 15	2021 – 20 2022 - 18
<i>Myndighetsenheterna LSS och SP – i hur många av 20 ärenden (totalt 10 per enhet) finns ett dokumenterat samtycke till att inhämta uppgifter från andra, via samtyckesblankett?</i>	2021 – 13 2022 – LSS - 8 SP – 7	2021 – 16 2022 – LSS - 7 SP - 5	2021 – 11 2022 – LSS - 9 SP - 5	2021 – 7 2022 – LSS - 8 SP - 5
<i>Myndighetsenheten SoL - i hur många av 20 ärenden finns ett dokumenterat samtycke till att inhämta uppgifter från andra, via samtyckesblankett?</i>	2021 – 6 2022 - 13	2021 – 7 2022 - 7	2021 – 13 2022 - 8	2021 – 8 2022 - 12

Resultat och reflektion – myndighetsenheterna SoL, LSS och SP

Mål

Myndighetsenheten SoL

Under 2022 har antalet individuella mål ökat jämfört med 2021. Det finns nu beskrivet i mer än hälften de granskade utredningarna. Under året har även de individuella målen sparats i en ”målbank” som stöd till handläggarna. Ett fortsatt arbete behövs för att kunna följa upp de individuella målen på ett systematiskt sätt.

Myndighetsenheten LSS

Målformuleringarna har blivit mer konkreta under året. Delvis efter utbildning kring mål men även för att metodutvecklare och handläggare pratat om det vid strukturmöten under hösten. Handläggare har även haft månatliga möten för att delge varandra goda exempel på målformuleringar.

Myndighetsenheten SP

Målformuleringarna har mestadels fortsatt att vara konkreta under året. Allt oftare är de också uppföljningsbara.

Journal

Myndighetsenheten SoL

Granskningarna över året visar på en klar förbättring av dokumentationen i journalen. Ett fåtal journaler saknar dokumentation om att beslut är hemskickat. Dessa har identifierats främst under sommarperioden. Då det finns mycket autotext i journalen upplevs den som väldigt rörig och det är svårt att följa ärendet.

Myndighetsenheten LSS

Det förekommer fortfarande inklistrade mejl i journal samt avsaknad av viss dokumentation i en del ärenden men överlag är det lätt att följa ett ärende i journal samt korrekt information i journal.

Myndighetsenheten SP

Under året tycks *journalföringen* ha blivit mer kortfattad, möjligen beroende på tidsbrist. Dock fortsätter den överlag vara tillräckligt bra.

Skattning utifrån avsett och bedömt funktionstillstånd

Myndighetsenheterna SoL och LSS och SP

Vid myndighetsenheten SoL har inte skattningsskalan används under året. Detta på grund av stort inflöde av ärenden samt upplevelse av att det är ett tidskrävande moment. Inom samtliga myndighetsenheter upplever handläggare svårigheter med skattningsskalan avseende bedömning om brukarens funktionstillstånd (*ingen, lätt, måttlig, svår och total*). Handläggare har upplevt att skattningen varit tidskrävande, godtycklig och svår att förmedla till brukaren. Vid myndighetsenheterna LSS och SP har handläggare gjort skattningen i merparten av ärendena men inte involverat brukarna. Bedömningarna, har vid båda myndighetsenheterna, främst utgått från inhämtande av information. Exempelvis genom samtal med brukare och/eller närstående/företrädare, inhämtande av läkarintyg, samtal med utförarverksamheter med mera.

IBIC, brukarens delaktighet, resurser och samtycke

Myndighetsenheten SoL

Under året har IBIC inte använts fullt ut i handlägningsprocessen. I de ärenden där brukare varit delaktiga har det främst varit vid utredningssamtalet men även vid kontakter under handlägningsprocessen. Främsta orsaken till att brukare inte själva varit delaktiga i handlägningsprocessen har varit minnesproblematik och tal- och språksvårigheter. Närstående/företrädare har i stället varit delaktiga. Utredningar behöver inte kommuniceras om det är uppenbarligen obehövt och det ska då dokumenteras vilket görs i de flesta utredningar. Utredningarna har varit tydliga utifrån livsområde. Det finns fortfarande stora brister att använda samtyckesblanketten. Vid varje kvartalsalssammanställning har information givits till handläggarna om vikten av uppdaterade samtyckesblanketter.

Myndighetsenheterna LSS och SP

Brukare har gjorts delaktiga i hög grad men utveckling av kommunikationshjälpmedel behövs. Samtliga utredningar skrivs utifrån IBIC. Utredningarna har under året kommuniceras i hög grad och där de inte kommunicerats har dokumentation att det varit uppenbart obehövt funnits. Samtycke i både utredning och blankett finns i de flesta ärenden inom LSS. Inom SP saknas samtyckesblanketter i hälften av de granskade ärendena trots påminnelser. Vad gäller delaktighet har handläggarna vid LSS-enheten utformat olika kallelser och informationsmaterial anpassat utifrån barn, unga och vuxna för att öka delaktigheten i utredningsprocessen.

Handläggningsprocess

Myndighetsenheten SoL

Om brukare, vid ansökan tydligt uttrycker sina behov av stöd ska brukarens formulering framgå och inte generellt använda begreppet hemtjänst, vilket inte alltid framgår. Bedömningarna innehåller en information om vilka föreskrifter som tillämpats samt innehåller en klargörande motivering som har förbättrats under året. I fåtal utredningar är det en del information som kommer från tidigare utredningar. Förenklat utredningsförfarande har tillämpats på grund av stor ärendemängd. Dokumentationen är övervägande gjord på livsområdesnivå men förekommer även på behovsnivå. Under året har man dokumenterat under de relaterade faktorerna och inte på den övergripande nivån, omgivningsfaktorer.

Under året har granskning skett utifrån den enskildes digitala förmåga. Här finns en förbättringspotential. I fem av de 80 granskade ärenden hade handläggaren kartlagt den digitala förmågan. Under 4:e kvartalet granskades enbart 20 hemtjänstärenden med syftet att kartlägga handläggningstiden. Resultatet visade mycket kort handläggningstid. Besluten togs i anslutning till ansökningsdatumet, antingen samma dag eller dagen efter. Det är hög kvalitet i beslutsmeddelandet som tydligt visar vad den enskilde är beviljad.

Myndighetsenheterna LSS och SP

Enligt ärendegranskningarna innehåller bedömningarna en klargörande motivering samt vilka föreskrifter som tillämpats. I flertalet utredningar är det en stor del information som kommer från tidigare utredningar. Bedömningar är gjorda både på livs- och behovsområdesnivå och relaterade faktorer är beskrivna utifrån samtliga områden. Tidigare var handläggare ansvariga utifrån när brukare är födda under året. Detta innebar en ojämn fördelning av ärenden mellan handläggare vilket bidrog till brister i ärenden beroende på ärendemängd per handläggare. Sedan september 2021 är denna fördelning ändrad och ärendemängden är mer jämnt fördelad mellan handläggare.

Kontinuitet av handläggare

Myndighetsenheten SoL

Granskning utifrån kontinuitet av handläggare har genomförts mot bakgrund av att myndighetsenheten SoL inte har en organisation som säkerställer kontinuitet av handläggare per ärende.

Vid fjärde kvartalets granskning följdes antal handläggare per ärende upp. Av de 20 granskade ärendena var det mellan en och fem handläggare som varit involverade i samma ärenden under 2022.

I sju ärenden var det endast en handläggare, i fem ärenden var det två handläggare, i sex ärenden var det tre handläggare och i två ärenden var det fem handläggare.

Myndighetsenheten LSS

Ingen granskning har gjorts utifrån kontinuitet av handläggare under 2022. Orsaken är att enheten har en organisation som i grunden utgår från att brukare endast har en handläggare. I slutet av 2022 har en omorganisering inom myndighetsenheten LSS genomförts. Handläggare ansvarar nu för specifika interna boenden i syfte att underlätta uppföljning av beslut som gäller tills vidare. Detta innebär att flertalet brukare fått nya handläggare. De flesta brukare har inte träffat sin handläggare sedan tidigare så förändringen borde inte vara märkbar för flertalet.

Myndighetsenheten SP

Ingen granskning har gjorts utifrån kontinuitet av handläggare under 2022. Orsaken är att enheten har en organisation som i grunden utgår från att brukare endast har en handläggare. Det har varit stor omsättning av handläggare under året och det har också skett flera omfördelningar av ärenden för att jämna ut arbetsbelastningen. Enheten har under stora delar av året varit underbemannad. Detta har bland annat lett till att många beslut har behövt förlängas i väntan på utredning. Många uppföljningar har också gjorts per telefon. Troligen har allt detta påverkat brukarnas känsla av kontinuitet och delaktighet negativt.

Uppföljning av beslut– myndighetsenheterna SoL, LSS och SP

Det går inte att ta fram siffror på antal uppföljda eller inte uppföljda beslut i verksamhetssystemet. Myndighetsenheterna har i vissa fall fört statistik manuellt, därav finns inga siffror alternativt ett ungefärligt antal i tabellen nedan.

Tidsbegränsade	Under 2021	Under 2022
Myndighetsenheterna LSS och SP – Hur många tidsbegränsade beslut har följts upp?	324	LSS: ca 86 SP: ca 245
Myndighetsenheterna LSS och SP – Hur många tidsbegränsade beslut har förlängts utan aktuell utredning?	Ca 20 - 50	LSS: ca 6 SP: ca 59
Myndighetsenheten SoL – Hur många tidsbegränsade beslut har följts upp?	Ingen statistik	Ingen statistik
Myndighetsenheten SoL – Hur många tidsbegränsade beslut har förlängts utan aktuell utredning?	31	93

Tillsvidarebeslut	Under 2021	Under 2022
Myndighetsenheterna LSS och SP – Hur många tillsvidarebeslut har följts upp?	2	LSS: ca 62 SP: 4
Myndighetsenheterna LSS och SP – Hur många tillsvidarebeslut har inte följts upp?	380	LSS: 382 SP: 45
Myndighetsenheten SoL – Hur många tillsvidarebeslut (trygghetslarm 4 kap 2a§) har följts upp?	91	5
Myndighetsenheten SoL – Hur många tillsvidarebeslut (trygghetslarm 4 kap 2a§) har inte följts upp?	0	Ca. 14

Resultat och reflektion – myndighetsenheterna SoL, LSS och SP

Tidsbegränsade beslut som förlängts utan uppföljning och tillsvidarebeslut som inte följts upp

Siffrorna är sannolikt högre. Inom myndighetsenheten socialpsykiatri och SoL är orsaken till ej uppföljda beslut att det varit ett högt inflöde av nyansökningar. Myndighetsenheten LSS har under hösten 2022 hanterat flera ärenden inom myndighetsenheten socialpsykiatri vilket inneburit färre uppföljningar inom den egna enheten. Under början av 2023 kommer myndighetsenheterna ta fram rutin/struktur för hur uppföljning av beslut, oavsett tidsbegränsade eller tills vidare beslut ska kunna genomföras mer effektivt.

Analys SAS

Ärendegranskningarna visar att myndighetsenheten SoL inte utreder enligt IBIC avseende ”bedömt och avsett funktionstillstånd, vilket övriga två myndighetsenheter gör även om myndighetsenheten LSS gjort det i mindre utsträckning än 2021. Under 2022 har dialog om enhetlig utredningsmall förts. Syftet har varit att förenkla, effektivisera samt säkerställa handlägningsprocessen. 2023 måste beslut fattas och implementering påbörjas.

2021 påbörjades kartläggning av socialtjänstprocess för samtliga tre myndighetsenheter. 2022 fortsatte kartläggningen för två av enheterna genom att säkerställa inflytningsprocess BmSS. Arbetet med att säkerställa socialtjänstprocessen, kring olika delar, måste fortsätta 2023 och även inkludera revidering av befintliga rutiner/skapandet av nya samt att ett implementeringsarbete påbörjas som leds av chefer inom myndighet och utförarverksamheter.

Myndighetsenheterna behöver arbeta mer med kommunikationshjälpmedel för att göra brukare mer delaktiga, säkerställa inhämtande av samtycke, individuella och mätbara mål samt uppföljning av mål. Myndighetsenheterna behöver säkerställa att inga beslut förlängs utan aktuell utredning. Regelbunden samverkan mellan myndighetsenheterna LSS och SP och utförarenheterna behöver utvecklas under 2023.

Myndighetssenheten SoL behöver säkerställa att tidsbegränsade beslut följs upp genom dialog med utförare och brukare samt ta fram rutiner för uppföljning. Myndighetssenheten SoL behöver säkerställa en hög kontinuiteten av handläggare per ärende. Myndighetssenheter behöver ta fram en plan för vilka tillsvidarebeslut som ska följas upp 2023 med anledning av att antalet tillsvidarebeslut som inte följs upp i år eller föregående år är lågt.

Uppföljning - utförarverksamheterna

Resultat och reflektion – funktionsstödsområdena

Samtliga tre funktionsstödsområden har vid ett tillfälle under 2022 granskat den sociala dokumentationen. Granskningen har genomförts av stödpedagoger med stöd av metodutvecklare. Återkoppling och dialog med EC har därefter genomförts vid respektive ledningsgrupp. Inom området bostäder LSS har granskning av samtliga genomförandeplaner och journaler genomförts. Inom övriga två områden har granskning av 50 – 80 genomförandeplaner genomförts. Enheterna har kommit olika långt. De enheter som kommit längre och där utveckling skett är framgångsfaktorn att stödpedagog finns på plats. Vissa medarbetare inom exempelvis ledsagning har inte behörighet till verksamhetssystemet.

Uppdrag/uppföljning

Generellt saknas uppdrag enligt IBIC för de brukare som har äldre tillsvidarebeslut inom daglig verksamhet och bostad med särskild service. Myndighet har under 2022 påbörjat uppföljning av tillsvidarebeslut där uppdraget sedan tidigare inte varit utformat enligt IBIC. 98 av 132 brukare inom bostäder LSS har inte ett uppdrag enligt IBIC. Utförare och myndighet har strukturerat upp ett arbetssätt för att uppföljning ska genomföras i samverkan. Det förekommer att myndighet efter uppföljning formulerat ett uppdrag avseende flera insatser, vilket försvårar upprättande av tydliga genomförandeplaner utifrån den specifika insatsen.

Dokumentation

Då flera utbildningsinsatser kring IBIC och social dokumentation genomförts under året, har kunskapen om skillnaden mellan daganteckningar och journalanteckningar ökat.

Genomförandeplan

Ett nytt metodstöd har upprättats och implementerats under året. Återkoppling från medarbetare har varit positiv och upplevelsen är att det är lättare att upprätta tydliga och konkreta genomförandeplaner. Granskningarna har visat att genomförandeplanerna blivit mer strukturerade och tydligt visar hur stödets ska ges under varje livsområde. Kompletterande mallar i Treserva har gett möjlighet till tydlighet vid upprättande samt åtkomst efter upprättande.

Delaktigheten hos brukarna vid upprättande av genomförandeplanerna har ökat. De flesta genomförandeplaner upprättas tillsammans med brukarna i vardagen.

Det har förekommit att genomförandeplaner inte har upprättats eller har skrivskyddats och reviderats utan att nya versioner skapas vilket bidrar till att det inte går att följa förändringar.

Utvecklingsarbete 2023 är upprättande och uppföljning av mål/delmål i genomförandeplanerna.

Resultat och reflektion – äldreboende egenregi

EC inom äldreboende har i genomsnitt granskat fem genomförandeplaner med tillhörande journaler varje kvartal 2022 genom kollegial granskning. Verksamhetsutvecklare har i maj och december 2022 gjort strukturerade granskningar av minst en brukares genomförandeplan med tillhörande journal från varje enhet. Revidering av metodstöd i social dokumentation har genomförts. Syftet var att tydliggöra strukturen och få mer lättlästa och tydliga genomförandeplaner. Samtliga superanvändare, personalgrupper och EC på äldreboende har fått utbildning i nya metodstödet. 2021 saknade hälften av enheterna superanvändare, i slutet av 2022 är det endast fyra enheter som saknar denna funktion.

Enheterna har kommit olika långt, bästa resultatet har varit vid de enheter som haft stöd av äldrepedagog och aktiva superanvändare. Samtidigt finns skillnader i förutsättningar och vana bland superanvändarna att stödja sina kollegor i dokumentationsfrågor.

Uppdrag/uppföljning

Då beslut inte följs upp av myndighet är det upp till omsorgspersonal att följa upp och bedöma livsområden och mål, vilket är svårt då det finns medarbetare med språksvårigheter och/eller bristande kunskap inom social dokumentation, särskilt IBIC. Nytt uppföljningsmaterial som stödjer omsorgspersonalen att göra bedömningen utifrån IBIC har tagits fram och implementerats.

Dokumentation

Granskningar av journalanteckningar visar att merparten av journalanteckningar är väsentliga och respektfullt skrivna. Andelen egna bedömningar har minskat efter utbildning till samtliga personalgrupper. Det finns stora skillnader i hur aktiva omsorgspersonalen är att skriva journalanteckningar, vilket i sin tur ger skillnader hur väl det går att följa stödet över tid. Fortsatt förekommer en hel del hälso- och sjukvårdsdokumentation i SoL/LSS-journal, även här finns stora skillnader mellan verksamheterna. Samtidigt syns en positiv trend att omsorgspersonal vid vissa enheter kommit i gång att skriva i vårdplanen. Under 2022 har område äldreboende och HSL-organisationen stärkt samverkan kring hälso-sjukvårdsdokumentationen.

Genomförandeplan

Granskningar visar att genomförandeplaner saknar tydlig beskrivning om "hur" och "när" stödet ska utföras, hur brukare vill bli bemött samt avsaknad av individuella mål. Det finns även brister i beskrivning av "hur" brukare är delaktiga vid utförande av stödet, alltså om medarbetare utför stödet *med* eller *åt* brukaren. Det har till viss del saknats tillräcklig information om hur brukare varit delaktig inför och under upprättande av genomförandeplan. Vid enstaka enheter har genomförandeplaner skapats och reviderats utan att upprättas i nya versioner vilket bidrar till att det inte går att följa förändringar. Samtidigt syns över lag en positiv trend att genomförandeplanerna är upprättade och att upprättade planer är nyare än 12 månader. Under 2023 bör effekten av förändrat metodstöd och utbildning kring dokumentation börja synas i granskningar av genomförandeplanerna.

Resultat och reflektion – äldreboende privata utförare

Chefer har gjort stickprov av genomförandeplan och journal under året. Genomförandeplanerna ser generellt ok ut, och är upprättade av ett fåtal personer i verksamheten. Det förekommer fortfarande mycket hälso- och sjukvårdsdokumentation i journal och delvis avsaknad av händelser av vikt. Det är variation av kunskap mellan medarbetare. Ett äldreboende har tillsatt en metodhandledare med schemalagd tid för att stötta medarbetare i att skriva genomförandeplaner och journalanteckningar. Brukarens önskemål tas tillvara vid inflyttningssamtalet och delaktigheten vid upprättande av genomförandeplan beskrivs i genomförandeplanen.

Resultat och reflektion – hemtjänst egenregi

EC har i genomsnitt granskat minst fem genomförandeplaner med tillhörande journaler varje kvartal. Ingen kollegial granskning har genomförts.

Uppdrag/uppföljning

Uppdragen har inte granskats men upplevelsen är att uppdrag från handläggare är tydliga utifrån beskrivning av de behov brukaren har, på livsområdesnivå. Det finns olika upplevelser av hur systematiken kring uppföljning av beslut fungerar.

Dokumentation

Granskningarna visar att journalanteckningarna generellt är respektfulla och väsentliga. Upplevelsen är även att fler medarbetare är medvetna om vad ”händelse av vikt” är och att detta måste dokumenteras. Det händer mycket sällan att medarbetare anger tidsbrist som orsak till att man inte hunnit dokumentera händelse av vikt.

Genomförandeplaner

Granskning av hur brukaren varit delaktig inför eller under upprättandet av genomförandeplan visar på mellan 80 – 97% de olika kvartalen. Granskning av om brukarens delaktig framgår vid utförandet av stödet visar på mellan 60 – 76%. Ett fortsatt utvecklingsområde är individuella och mätbara delmål.

Övegripande

Det finns inga metodutvecklare eller andra stödfunktioner inom området vilket innebär att varje EC ansvarar för detta stöd till superanvändare och övriga medarbetare.

Resultat och reflektion – hemtjänst privata utförare

Chefer har gjort stickprov av genomförandeplan och journal och generella utvecklingsområden är att första genomförandeplanen ska upprättas senast dag 14 samt att samtliga medarbetare ska dokumentera. Det finns en variation av hur långt enheterna kommit inom den sociala dokumentationen. Samtliga privata utförare har uppgett att brukare involveras och görs delaktiga vid upprättande av genomförandeplan.

Analys SAS

Inom funktionsstödsenheterna och inom äldreboendeenheterna har granskning av den sociala dokumentationen genomförts i grupp och inte enbart av EC eller utifrån den egna enheten. Detta har vid uppföljning med SAS lyfts fram som positivt och utvecklande på enhets- och områdesnivå. Positivt om även hemtjänstenheterna gjorde likvärdigt.

Utbildningsinsatser, revidering och implementering av metodstöd inom funktionsstödsenheterna och äldreboendeenheterna har bidragit till en tydlighet inom den sociala dokumentationen. De enheter som haft stödpedagoger/omsorgshandledare har kommit längre i implementering och säkerställande vilket tydliggör vikten av pedagogiskt stöd vid samtliga utförarenheter.

Äldre uppdrag som upprättats av myndighetsenheterna LSS och SP och inte följts upp bidrar till svårigheter för utförare att upprätta genomförandeplaner utifrån brukarens behov. Detta gäller även vid äldreboendeenheter där beslut inte följs upp. Detta behöver säkerställas av myndighetsenheterna utifrån prioriteringsplan 2023. SAS har haft grundutbildning i social dokumentation för privata utförare hösten 2022. Metodstöd för hemtjänstenheterna kommer revideras 2023.

3.2.2 Resultat från nationella undersökningar

3.2.2.1 KKiK – myndighet

Utredningstid för handlägningsprocessen LSS insatser

Utredningstid i antal dagar från ansökan till beslut om LSS insats (alla insatser), mått från KKiK.

Siffror registrerade första halvåret	2019	2020	2021	2022
Medelvärde för kommuner som registrerat	48	52	45	48
Medelvärde för Mölndal	82	86	96	141

Resultat och reflektion – myndighetsenheterna LSS och SP

Flera förändringar vid enheterna inklusive vakanser det senaste året har påverkat utredningstiden. Ansökan om personlig assistans tar oftast längre tid än ansökan om övriga insatser enligt LSS vilket bidrar till att medelvärdet höjs. Historisk okunskap (mänsklig faktor) i hantering i verksamhetssystem *kan ha* bidragit till att det finns ärenden som inte avslutats i systemet, vilket kommer ses över 2023. Individ AU har delegation på beslut om BmSS vilket bidrar till längre utredningstid.

Analys SAS

147 brukare vars data finns i underlaget för 2022. Den längsta har 954 dagar och den kortaste utredningstiden har en dag. Brukare i Mölndal får i genomsnitt vänta 100 dagar mer än snittet i riket. Pågående arbete med att förenkla/effektivisera handläggningsprocessen enligt IBIC har pågått 2021 och 2022 och behöver vara färdigt 2023. Motsvarande mått avseende handläggningstid för SoL insatser finns inte enligt KKiK. Ärendegranskningarna de första tre kvartalen för myndighetsenheten SoL visar att utredningstiden överlag varit 30 dagar men att det varje kvartal varit ca fem ärenden som överstigit 30 dagar, som mest med 88 dagar. Fjärde kvartalets ärendegranskningar utifrån utredningstid har varit max 30 dagar. Myndighetschefer behöver följa upp nyckeltal i till exempel KKiK för att förebygga och åtgärda brister.

Väntetid från ansökan till erbjudet inflyttningsdatum äldreboende

Väntetid äldreboende, mått från KKiK.

Siffror registrerade första halvåret	2020	2021	2022
Medelvärde för kommuner som registrerat	63	44	53
Medelvärde för Mölndal	61	21	72

Resultat och reflektion – myndighetsenheten SoL

Under 2020 var det färre ansökningar eftersom många av dem som skulle kunnat ansöka avled på grund av covid. Allt fler ansökningar till äldreboende med demensinriktning under 2022. Flera av dem som söker idag hade egentligen kunnat ansöka redan för två år sedan, men inte gjort det på grund av pandemin. Man har med hjälp av anhöriga försökt att klara av att bo kvar i ordinärt boende betydligt längre vilket medför att många har omfattande behov och inte längre klarar av att bo kvar. Brist på platser med demensinriktning bidrar till att det dröjer längre innan personer kan erbjudas plats vilket fördröjer väntetiden. Svårigheter att motivera personer med demens att flytta till äldreboende bidrar också till längre väntetider.

Analys SAS

Anledningen till ökning av medelvärde från 2020 – 2022 är tydlig. Däremot har Mölndal högre medelvärde än övriga kommuner som registrerat antal dagar. Under 2023 är det av stor vikt att planering för utökning av antal demensplatser genomförs.

Väntetid bostad med särskild service enligt LSS

Väntetid antal dagar från beslutsdatum till första erbjudna inflyttningsdatum, mått från KKiK. (erbjudande om BMSS första halvåret oberoende av vilket år brukaren fick sitt beslut)

Siffror registrerade första halvåret	2019	2020	2021	2022
Medelvärde för kommuner som registrerat	150	159	142	152
Medelvärde för Mölndal	185	336	342	468

Resultat och reflektion – myndighetsenheterna LSS och SP

De beslut som verkställdes första halvåret avsåg en del personer som väntat länge där intensivt arbete under våren pågick för att kunna verkställa besluten. Orsaker till lång väntetid har varit brist på lägenheter, olika målgruppsinriktning och kompetens vid olika enheter, fysisk utformning av enhet samt ottydlighet i process. Flera åtgärder är vidtagna och planerade för att minska väntetiden. Exempel på planerade åtgärder är en tydligare målgruppsinriktning för att säkerställa rätt kompetens och möjlighet att tillgodose behov samt långsiktig planering för variation i fysisk utformning av BmSS. Under början av andra halvåret har beslut verkställts inom några månader.

Analys SAS

Viktigt att implementeringen av delprocess för insats BmSS genomförs 2023 samt att rutiner revideras/tas fram och kopplas till processen för att tydliggöra olika delar i processen. Det har varit långa väntetider första halvåret men positivt är att åtgärder vidtagits så beslut kunnat verkställas snabbare andra halvåret. Myndighetschefer behöver följa upp nyckeltal i till exempel KKiK, regelbundet under året, för att förebygga och åtgärda brister.

3.3 Individanpassad

Vården och omsorgen ska ges med respekt för individens specifika behov, förväntningar och integritet. Individerna ska ges möjlighet att vara delaktiga. Det handlar om ett personcentrerat förhållningssätt där behov utifrån funktionsnedsättning tillgodoses och individens resurser tas tillvara.

3.3.1 Områden från brukarsäkerhetsplan

3.3.1.1 Brukarens delaktighet

Styrning

I SoL och LSS framgår det tydligt att enheter som utför stöd inom dessa lagrum ska bygga på respekt för brukarens självbestämmande och integritet. Brukare ska göras delaktiga i utredningsprocess och vid planering och genomförande av insats samt vid uppföljning. VOF ska arbeta med arbetssätt/metoder som säkerställer rättssäkerhet i beslut och utförande samt att brukare upplever delaktighet, begriplighet och hanterbarhet - muntligt och skriftligt.

Det innebär att medarbetare ska arbeta systematiskt på ett likartat sätt för att uppnå kvaliteten för brukare. Socialstyrelsen rekommenderar flera arbetssätt/metoder som säkerställer detta. Exempelvis IBIC, Alternativ och kompletterande kommunikation (AKK) och tydliggörande pedagogik.

Alla enheter inom äldreomsorgen ska arbeta för att äldre personer får leva ett värdigt liv och känna välbefinnande. Detta regleras i nationell värdegrund, inskriven i SoL kap 5.4§, vilket också nämns i förvaltningens riktlinje *värdegrund, lokala värdighetsgarantier och bemötande*. Särskilt betonas vikten av äldres möjlighet till integritet, delaktighet, självbestämmande samt insatser av god kvalitet och ett gott bemötande. Det finns ingen inskriven nationell värdegrund i LSS men det framgår i både SoL och LSS att verksamheten ska bygga på respekt för människors självbestämmanderätt och integritet.

Uppföljning – myndighetsenheterna SoL, LSS och SP

Resultat och reflektion – myndighetsenheterna SoL, LSS och SP

Brukarens delaktighet i handlägningsprocessen

Redovisas under området ”social dokumentation”.

Värdegrundsarbete, arbetssätt och metoder

Myndighetsenheterna LSS och SP har flera dokument för att säkerställa barns rätt till förståelse och delaktighet, men har inget specifikt för övriga brukare. Samtliga myndighetsenheter skriver utredningar enligt IBIC, i olika omfattning. Myndighetsenheterna för dialog om brukarens delaktighet vid metodmöten och strukturmöten. Myndighetsenheten SoL har under hösten 2022 haft tre utbildningstillfällen tillsammans med förebyggandeenheten och demenssjuksköterskan i syfte att öka kunskapen kring kommunikation med personer med demenssjukdom. EC vid myndighetsenheterna anser att det behövs ett mer strukturerat kommunikationsstöd för dialog med brukaren. Kompetensutvecklingsplan för medarbetare inom myndighetsenheterna kommer tas fram 2023.

Analys SAS

Kompetensutvecklingsplan behöver tas fram och beslutas under våren 2023 för att kunna påbörjas samma år. Kommunikationshjälpmedel behöver implementeras för att möta brukarens behov av förståelse. Arbetssätt och metoder som bör implementeras är motiverande samtal (MI) eller liknande. FREDA-kortfrågor vid våld i nära relationer används i viss utsträckning.

Uppföljning - utförarverksamheterna

Resultat och reflektion - funktionsstödsområdena

Brukarens delaktighet vid upprättande av genomförandeplan

Redovisas under området ”social dokumentation”.

Värdegrundsarbete

Samtliga tre funktionsstödsområden arbetar aktivt för att öka brukarens delaktighet och självbestämmande. Exempel på det är bland annat husmöten för brukare både inom boenden, daglig verksamhet och daglig sysselsättning. Funktionsstödsområdena har skapat en struktur för intern metodhandledning som säkerställer att samtliga medarbetare ska ha tillgång till metodhandledning som leds av stödpedagog. Stödet ska vara tillgängligt och regelbundet vid samtliga enheter alla med olika frekvens, beroende på enhet och behov. Syftet med dessa är att få stöd i frågor som rör bemötande och arbetssätt i förhållande till brukarens behov. Undantag är ledsagning, avlösarservice, kontaktperson eller stödfamilj. Det bör göras en genomlysning av verksamheternas förutsättningar att bedriva ett systematiskt värdegrundsarbete.

Arbetssätt och metoder

Samtliga tre funktionsstödsområden arbetar utifrån en kompetensutvecklingsplan i vilken chefer och medarbetare förväntas kompetensutvecklas utifrån identifierade behov inom verksamheten. 2021 utbildades samtliga medarbetare inom AKK samt inom *lågaaffektivt bemötande*. IBIC används som en metod i genomförandeplan. Under 2022 har en mängd kompetensutveckling skett med fokus på att kvaliteten på bemötandet av brukare samt öka deras delaktighet. Några av de större utvecklingsåtgärder som gjorts under året har skett inom metoderna ”ett självständigt liv” (ESL), ”tydliggörande pedagogik” (TEACCH) och inom suicidprevention. Satsningar har även gjorts på ökad diagnoskunskap inom socialpsykiatri, chefsutbildning kring tvångs- och begränsningsåtgärder samt samverkansmodellen Vård- och stödsamordning.

Inom området bostäder LSS har ”medarbetarforum” genomförts. Dialog mellan medarbetare och chefer inom området fördes med syfte att utbyta erfarenheter och kunskaper kring att arbeta professionellt inom funktionsstödsverksamheter. Detta har fått positivt utfall, trolig fortsättning 2023.

Resultat och reflektion – äldreomsorg

Brukarens delaktighet vid upprättande av genomförandeplan

Redovisas under området ”social dokumentation”.

Värdegrundsarbete – äldreboende och hemtjänst egenregi

Inom äldreboende har det för flera år sedan funnits ett värdegrundsarbete med utsedda värdegrundsledare i varje verksamhet som ansvarat för att ha regelbunden schemalagd dialog med medarbetare. Dialoger som förts utifrån etiska dilemman och bemötandefrågor har utgått från Socialstyrelsens material. Samtliga medarbetare fick även en del föreläsningar inom området. Sedan 2020 har inget systematiskt värdegrundsarbete genomförts. Under 2022 har metodutvecklare handlett ett flertal personalgrupper med syfte att stärka personcentrerat arbetssätt.

Inom hemtjänsten har enheterna sedan 2019 arbetat med att implementera ett salutogent syn- och arbetssätt. Alla medarbetare har fått föreläsningar om detta två gånger om året vid planeringsdagar och de har sedan även fått möjlighet att arbeta vidare med detta själva. Den salutogena värdegrundsplattformen genom ett salutogent syn- och arbetssätt är sammanfattat i ett lättläst dokument som är tillgängligt för alla medarbetare.

Arbetssätt och metoder - äldreboende egenregi

Inga specifika arbetssätt och metoder används men flera åtgärder för att öka medarbetare kompetens kring vikten av att göra brukare delaktiga inför och vid utförande av stöd har genomförts. Under 2022 har kompetensutveckling genomförts utifrån specifika personalgruppers behov.

Arbetssätt och metoder - äldreboende privata utförare

Inga specifika arbetssätt och metoder används. Utgångspunkten är levnadsberättelse och annan inhämtad kunskap om brukaren för att säkerställa utförande av stöd. Frågan om hur privata utförarna arbetar för att säkerställa den nationella värdegrunden är inte ställd.

Arbetssätt och metoder – hemtjänst egenregi

Inga specifika arbetssätt och metoder används utöver BPSD där hälften av enheterna haft ett särskilt fokus på att arbeta med BPSD och bemötandeplaner. Andra hälften av enheterna kommer att utbildas, och igångsättas, under 2023.

Arbetssätt och metoder – hemtjänst privata utförare

En privat utförare beskriver att de arbetar med MI och utifrån lågaffektivt bemötande. Övriga beskriver att det inte finns specifika arbetssätt/metoder men att omsorgspersonal utgår från brukares behov vid utförande av stöd. Frågan om hur privata utförarna arbetar för att säkerställa den nationella värdegrunden är inte ställd.

Analys SAS

Samtliga områden behöver fortsätta arbeta med att öka brukares möjlighet till inflytande och delaktighet. Inom funktionsstödsområdena finns en regelbunden struktur för att erbjuda medarbetare ett regelbundet metodstöd för att säkerställa bemötande och arbetssätt. Inom äldreomsorgen behöver liknande säkerställas. Förvaltningen behöver göra ett omtag kring den nationella värdegrunden, främst inom äldreomsorgen, i form av regelbundna utbildningstillfällen och dialogträffar.

Utbildningsinsatser för att säkerställa kommunikation, bemötande och delaktighet har gjort i större utsträckning inom funktionsstödsenheterna än inom äldreomsorgen. Bedömning utifrån lex Sarah utredningar och avvikelser är att samma behov finns inom äldreomsorgen vilket behöver säkerställas.

3.3.2 Resultat från nationella undersökningar

3.3.2.1 Brukarundersökning äldreomsorg

Ingen brukarundersökning gjordes 2021 så jämförelse kan endast göras med 2020 års resultat. Brukarundersökningen 2022 avser hemtjänst och äldreboende för privata utförare och egenregi samt för hälso- och sjukvård på äldreboende. Nedan är utvald information utifrån delaktighet, trygghet och inflytande.

Hemtjänst

Högt resultat kring ”personalen brukar bemöta mig på ett bra sätt” (96%) och lägre resultat kring ”jag kan påverka vilka tider personalen kommer” (59%). Område hemtjänst i egenregi har valt två förbättringsområden att arbeta med framåt. Det ena är att öka brukarnas *förtroende* för personalen och det andra är att öka brukarnas *upplevelse av inflytande* att välja tider då personalen kommer.

Två områden med störst skillnad från 2020

- Personalen brukar ta hänsyn till mina åsikter och önskemål om hur hjälpen ska utföras
- 90% 2020 och 86% 2022
- jag känner förtroende för personalen som kommer hem till mig
- 92% 2020 och 86% 2022

Äldreboende

Högt resultat kring ”personalen brukar bemöta mig på ett bra sätt” (88%) och lägre resultat kring ”jag besväras inte av ensamhet” (35%) och ”jag besväras inte av ångslan, oro eller ångest” (42%). Resultatet överlag är något bättre i egenregi. Område äldreboende i egenregi har valt ut följande förbättringsområden att arbeta med framöver:

- öka brukarnas *upplevelse av trygghet*
- öka brukarnas *förtroende för personalen*
- förbättra *anhörigas uppfattning* om hur bra samarbetet mellan dem och äldreboendet fungerar
- *måltidssituationen*.

Två områden med störst skillnad från 2020

- Samarbetet mellan mig och äldreboendet fungerar bra (anhörigfråga)
- 80% 2020 och 69% 2022
- Det känns tryggt att bo på mitt äldreboende
- 84% 2020 och 78% 2022

3.3.2.2 Öppna jämförelser – myndighet

Mölnadal saknar personligt ombud vilket finns i 84% av landets kommuner. Ingen systematisk uppföljning av resultat från öppna jämförelser har gjorts 2022 men kommer genomföras 2023. IBIC används vid samtliga utredningar men används sporadiskt vid uppföljningar. Under 2023 kommer utredningsmallar utvecklas och IBIC kommer användas vid samtliga uppföljningar. Det genomförs ingen systematisk uppföljning av äldreboendebeslut. Under 2023 kommer det uppföljningar enligt prioriteringsordning att genomföras. FREDA används sporadiskt eftersom handläggare känner sig osäkra. Stödmaterial kommer ses över under 2023.

3.3.2.3 Enhetsundersökning - bostäder LSS, socialpsykiatri, äldreboende och hemtjänst

Utvalda områden från enhetsundersökningarna är utifrån ”självbestämmande och integritet” och ”delaktighet och inflytande”.

Bostäder LSS och socialpsykiatri

Inom området bostäder LSS var det låg svarsfrekvens då 11 av 22 enheter svarat. Inom området socialpsykiatri var det sju av 10 enheter som svarat. Inom området ”självbestämmande och integritet” har enheterna svarat på frågor kring genomförandeplan och brukarinflytande på verksamhetsnivå.

Hemtjänst

Hemtjänst egenregi valde att besvara enhetsundersökningen på områdesnivå. Därför finns inget resultat för respektive enhet. Tre av sex privata utförare av hemtjänst har besvarat enhetsundersökningen. Inom området ”delaktighet och inflytande” har frågor kring kontaktperson och genomförandeplan besvarats.

Äldreboende

Fem av sex enheter i egenregi har besvarat enhetsundersökningen och en av två privata utförare. Inom området ”delaktighet och inflytande” har frågor kring borådsmöten och genomförandeplan besvarats.

Områden som besvarats	Bostäder LSS	Socialpsykiatri	Hemtjänst egenregi	Hemtjänst privata utförare	Äldreboende egenregi	Äldreboende privata utförare
Kontaktperson - namngiven kontaktperson	Ingen fråga för detta område.	Ingen fråga för detta område.	80%	100%	Ingen fråga för detta område.	Ingen fråga för detta område.
Genomförandeplan - aktuell genomförandeplan, upprättad eller uppföljd senaste sex månaderna.	91%	86%	40%	100%	96 – 100%	98%
Genomförandeplan - dokumentation om delaktighet vid upprättande	64%	57%	34%	100%	81 – 100%	98%
Genomförandeplan - individuella mål	82%	86%	Ingen fråga för detta område.	Ingen fråga för detta område.	Ingen fråga för detta område.	Ingen fråga för detta område.
Gemensamma möten - enheten har gemensamma månatliga möten där brukare närvarar	64%	43%	Ingen fråga för detta område.	Ingen fråga för detta område.	100%	100%
Enskildas uppfattning används - enheten har använt enskildas uppfattning för att utveckla verksamheten	46%	43%	Ingen fråga för detta område.	Ingen fråga för detta område.	Ingen fråga för detta område.	Ingen fråga för detta område.

Analys SAS

Resultaten i de nationella undersökningarna bekräftar eller motsäger det som enheterna redogjort för efter sina egna granskningar. Där resultat från nationella undersökningar skiljer sig från enheternas egna granskningar behöver datainsamlingen säkerställas framöver så att underlaget är tillförlitligt vid kommande utvecklingsarbete. Bristfälligt att inte samtliga enheter besvarat enhetsundersökningen samt att svarsfrekvensen för brukarundersökning äldreomsorg var låg. Låg svarsfrekvens bidrar till att resultatet är mindre tillförlitligt. Inom funktionsstödsområdena, generellt, behöver brukarnas möjlighet att ha inflytande över verksamheten stärkas genom till exempel boråd och att tillvarata brukarnas synpunkter för utveckling av verksamheten. Stor skillnad på svar inom hemtjänsten mellan privata utförare och egenregi. Svårt att analysera mer ingående då endast tre av sex privata utförare besvarat samt att egenregin besvarat på områdesnivå. Myndighetsenheterna har en plan för utveckling kommande år där många av de brister som framkommer planeras att omhändertas.

4 Utvecklingsarbete som pågått – 2022

Nedan redovisas en del utvecklingsarbete som påbörjats/genomförts 2021/2022.

4.1 Utvecklingsarbete inom uppdragsenheten

Socialrättsjurist

Tillsammans med social- och arbetsmarknadsförvaltningen anställdes 2021 en socialrättsjurist på uppdragsenheten, vilket har tillfört kompetens och stöd i utvecklingen av rättssäkra bedömningar och beslut. Socialrättsjuristen har under hösten 2022 flyttats över till kanslienheten i förvaltningens stabsenhet i syfte att förtydliga arbetet mot hela förvaltningen, men fortsätter även fortsättningsvis att vara ett kompetensstöd i utvecklingen av rättssäkra bedömningar och beslut. Socialrättsjuristen har också bidragit till ökad förståelse mellan SAF:s och VOF:s uppdrag.

Individuella och mätbara mål enligt IBIC

Under hösten 2021 har handläggarna fått utbildning i att sätta individuellt utformade och mätbara mål. Myndighetsenheten SoL har under 2022 granskat 80 ärenden (journal och utredning). Ett område som granskats har varit om det funnits individuella och mätbara mål enligt IBIC. Granskningarna visar att det funnits i ca. hälften av ärendena. Myndighetsenheterna LSS och socialpsykiatri har granskat 40 vardera under året. Granskningarna för första till tredje kvartalet visar att det inom myndighetsenheten socialpsykiatri finns en högre grad av individuella och mätbara mål enligt IBIC än inom myndighetsenheten LSS. Fjärde kvartalet är det hög grad inom båda enheterna.

Riskhantering

Förvaltningens har en riktlinje för att säkerställa det förebyggande arbetet genom uppmärksammande av risker på individnivå (riskinventering SoL/LSS), men det har saknats stöd och information kring hur och när riskanalyser ska göras på gruppnivå och i andra situationer. Uppdragsenheten har under 2021 tagit fram mall för genomförande av riskanalys på enhets- och områdesnivå samt haft genomgång om tillämpning för samtliga verksamhetschefer under hösten 2021.

I januari 2022 tog varje VC i egenregi, tillsammans med EC, fram risker utifrån de fyra områdena i brukarsäkerhetsplanen. Risker och åtgärder för att eliminera riskerna beskrevs i handlingsplaner, på områdesnivå. Åtgärder och effekter har följts upp via dialogmöten mellan VC och SAS i maj, september och december. Privata utförare och myndighetsenheterna har tagit fram handlingsplaner på samma sätt. En handlingsplan för samtliga tre myndighetsenheter och en handlingsplan per privat utförarenhet. Uppföljning av risker och effekter av åtgärder har skett på samma sätt och med samma intervaller som med utförarverksamheter i egenregi.

4.2 Utvecklingsarbete inom funktionsstödsområdena

Under 2022 har utvecklingsarbete inom flera områden pågått inom samtliga tre funktionsstödområden. Nedan är några exempel.

- *Stödpedagoger* finns nu anställda på samtliga enheter. Det innebär att medarbetare har tillgång till dagligt metodstöd samt kompetens för att arbeta med utvecklingsfrågor för brukarna.
- *Verksamhetsutvecklare för digitaliseringsfrågor* är anställd. För brukarna innebär detta en större grad av självständighet och ökad delaktighet i samhällslivet. Ett praktiskt exempel är den digitala frågestund i vilken brukare fick chans att föra dialog med lokala politiker inför det då nära förestående valet.
- *Nya verksamheter/arbetsinriktningar* har skapats inom lägerverksamheterna, daglig verksamhet och daglig sysselsättning inom vilka brukarna får nya möjligheter att utvecklas i arbetslivet.
- *Insatsen "biståndsbedömt eget boende"* har bidragit till att brukare kunna flytta till egen lägenhet med stöd av boendestödet.

4.3 Utvecklingsarbete inom äldreboende – egenregi

Under 2022 har utvecklingsarbete inom flera områden pågått. Nedan är några exempel.

- *Projekt äldrepedagog* - det har genomförts en utvärdering av funktionen äldrepedagog där en person projektanställdes på ett äldreboende under perioden september 2021 till december 2022. Äldrepedagogen har utvecklat och kvalitetssäkrat arbetssätt, metoder inom bland annat bemötande, social dokumentation och förebyggande arbete utifrån riskinventering. Slutsatsen är att projektet äldrepedagog har varit framgångsrikt och att funktionen bör inrättas permanent. Beslut har därför fattats att fyra omsorgshandledare ska anställas under 2023 i syfte att ge ett kontinuerligt, verksamhetsnära stöd till personal i bland annat arbetssätt, bemötande, värdegrundsfrågor och dokumentation.
- *Pilotprojektet SPRÅKA* – har under hösten 2022, med gott resultat, prövats på ett äldreboende. Syftet är att medarbetare med annat modersmål än svenska får möjligheten att stärka yrkessvenska, samt att införa språkutvecklande arbetssätt i verksamheten.
- *Social dokumentation* – nytt metodstöd, utbildningsinsatsning för samtliga personal, ökat antal medarbetare med spetskompetens inom social dokumentation.
- Under 2022 har 30 medarbetare genomgått en utbildning som ingår i yrkeslyftet. Varje medarbetare har fått två heldagars teoretisk och praktisk utbildning. Innehållet i utbildningen innehållit både teoretiska och praktiskt delar utifrån områdena åldrande, bemötande, psykiatriska tillstånd och demens.

4.4 Utvecklingsarbete inom hemtjänst - egenregi

Under 2022 har utvecklingsarbete inom flera områden pågått. Nedan är några exempel.

- *Informationsöverföring till brukare* - för att skapa trygghet och delaktighet för brukare har de olika enheterna under 2022 fortsatt med de åtgärderna som påbörjades 2021.
 - En av åtgärderna var att brukare och anhöriga (om brukare önskar) fått kontaktpersonalens mobilnummer till den telefon hen använder under samtliga arbetspass. Detta har bidragit till ökad kommunikation mellan kontaktpersonal och brukare/anhöriga.
 - En annan åtgärd var att enheterna arbetat med att förbättra information till brukare om en insats blir försenad eller vid personalbyte. Positivt förbättrat resultat i brukarundersökningen 2022 relaterat till frågan om informationsöverföring.
- *Digitalt stöd från Förebyggandeenheten* - Under oktober deltog digital fixare på "Digitalisdagen" tillsammans med Ikea och Ericson. Under året har digital fixare och EC deltagit i ett nätverk med chefer och medarbetare på biblioteken. Dess medverkan har varit att samverka för ett ökat digitalt lärande för seniorer i Mölndals stad. Denna samverkan har lett till att Förebyggandeenheten nu har planerat in gemensamma aktiviteter under All Digital Week samt gemensamt kursutbud för seniorer. Först ut är kursen: "Handla säkert på nätet".

5 Strategier och utmaningar för kommande år

5.1 Brukarsäkerhetsplan 2023

SAS kommer följa upp hur enheterna arbetat utifrån nedanstående:

Områden

- Teamarbete och samverkan
- Avvikelser, lex Sarah och synpunkter och klagomål
- Social dokumentation
- Brukarens delaktighet
- Förebyggande av missförhållande
- Implementering av det systematiska brukarsäkerhetsarbetet efter utbildning hösten 2022

Genomförande

SAS har tagit fram en mall för risker och egenkontroller. I mallen har SAS beskrivit risker och egenkontroller som myndighetschefer och verksamhetschefer ska genomföra under 2023. De privata utförare som kommunen har avtal med enligt LOV och LOU) kommer att göra på samma sätt som egenregin. Mallen med framtagna risker och egenkontroller överlämnas till ansvariga chefer i januari 2023. Chefer kan även välja att beskriva ytterligare risker och egenkontroller som ska genomföras under året. SAS kommer följa upp egenkontrollerna via enkäter i maj, september och december 2023. I maj och december kompletteras enkätsvaren med dialogmöten. SAS kommer även genomföra stickprov inför dialogmöten. Redovisning på förvaltningsledningsgrupp och därefter till nämnd sker tertialvis efter varje uppföljning.

5.2 IBIC

IBIC är ett arbetssätt för social dokumentation framtaget av Socialstyrelsen. IBIC är ett stöd för både handläggare och utförare att beskriva och dokumentera uppgifter om brukarens resurser, behov mål och resultat. Uppgifterna blir mer enhetliga och myndighet och utförare använder samma begrepp och språk. När alla funktioner runt brukaren använder sig av gemensamt språk blir uppgifterna mer enhetliga vilket gör att det är lättare för brukaren att få rätt stöd. I VOF har utbildningsåtgärder avseende IBIC gjorts i olika omfattning för myndighetsenheterna och utförarenheterna. Inom myndighetsenheterna skrivs utredningar enligt IBIC, i olika omfattning och på olika nivåer. Kunskapsnivån varierar. Inom äldreomsorgen är kunskapsnivån kring IBIC mycket låg och därmed även dokumentationen av IBIC. Inom funktionsstödsområdena är kunskapen högre. VOF behöver fatta beslut om utbildnings- och implementeringsplan för hela förvaltningen under 2023.

5.3 Uppföljning av beslut

I slutet av 2021 gjordes en omfattande revidering av riktlinjen ”dokumentation och handläggning av ärenden enligt SoL och LSS”. Riktlinjen tydliggjorde därefter en beskrivning av att samtliga tillsvidarebeslut ska följas upp vartannat år med undantag från beslut om äldreboende som skulle följas upp efter tre månader och därefter vara händelsestyrt. Fokus 2022 har varit händelsestyrda uppföljningar utifrån signaler från utförare vilket bidragit till att planerade uppföljningar inte genomförts i den utsträckning som planerats. Det har inte funnits någon systematik kring planerad uppföljning av äldreboendebeslut.

Under 2023 behöver riktlinjen revideras avseende uppföljningar gällande *äldreomsorgen*. Riktlinjen behöver även revideras utifrån frekvens avseende uppföljning av övriga tillsvidarebeslut. Myndighetsenheterna kommer under våren 2023 göra en prioriteringsordning av frekvens och omfattning av beslut.

5.4 Statistik ur verksamhetssystem

Verksamhetssystemet behöver utvecklas då det inte är möjligt att ta fram all den statistik som uppdragsenheten, myndighetsenheterna och utförarenheterna är i behov av för att kunna följa resultat. Under 2023 kommer VOF utreda vilken statistik som behöver säkerställas och därefter göra en kravställning till leverantör av verksamhetssystemet.

5.5 Strategiskt kvalitetsarbete inom SoL och LSS

Under 2022 påbörjades ett utvecklingsarbete inom VOF för att säkerställa efterlevnaden av de krav som ställs enligt SOSFS 2011:9. Under 2023 och framåt fortsätter arbetet med ett nytt IT-stöd för ledningssystem för kvalitet och processer och arbetssätt ska utvecklas. Det pågår ständigt utvecklingsarbete inom varje verksamhetsområde men det saknas ett strategiskt kvalitetsarbete ur ett förvaltningsperspektiv. För att skapa en utveckling av kvalitetsarbetet inom SoL och LSS på en övergripande nivå behöver en tvärfunktionell konstellation där funktioner med olika kompetenser och mandat tillsätts, i likhet med den strategiska konstellation som skapats för att säkerställa HSL-perspektivet.

5.6 Utbildning i brukar- och patientsäkerhetsarbetet

Förvaltningen har under 2022 genomfört en stor utbildningsåtgärning för att ge förvaltningens chefer och dess stödfunktioner ökad kunskap i det systematiska brukar- och patientsäkerhetsarbetet. Alla chefer går utbildning tre heldagar och har möjlighet till individuell coaching mellan utbildningstillfällena. Sista utbildningstillfället blir i februari 2023. SAS, MAS och MAR kommer tillsammans med VC HSL och ytterligare strategiska funktioner ha ett konsultationstillfälle med kursledaren efter avslutad kurs för att ta del av vilka utvecklingsområden som hon ser behöver prioriteras i Mölndals stad.