



SÖLVESBORGS
KOMMUN

Datum

2020-02-19

Omsorgsförvaltningen
Hanna Johansson

Kvalitetsberättelse 2019

Vårdgivare som omfattas av 1 kap. 1 § 1 och 2 eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS bör med dokumentationen som utgångspunkt varje år upprätta en sammanhållen kvalitetsberättelse av vilken det bör framgå

- hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet har bedrivits under föregående kalenderår,*
- vilka åtgärder som har vidtagits för att säkra verksamhetens kvalitet, och*
- vilka resultat som har uppnåtts.*

Berättelsen bör ha en sådan detaljeringsgrad

- att det går att bedöma hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten har bedrivits i verksamhetens olika delar, och*
 - att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses.*
- Berättelsen bör hållas tillgänglig för den som önskar ta del av den.*

(SOSFS 2011:9)



1	Sammanfattning	3
2	Ledningssystem för kvalitet	4
2.1	Samverkan	4
2.2	Systematiskt förbättringsarbete.....	4
2.3	Utredning av avvikelser inom SoL och LSS.....	7
2.4	Personalens medverkan i kvalitetsarbetet.....	11
3	Kvalitetsmätningar	12
3.1	Brukarundersökning "Vad tycker de äldre om äldreomsorgen"	12
3.2	Brukarundersökning funktionshinder.....	13
3.3	Kommunens kvalitet i korthet.....	14
4	Plan 2019	16
5	Bilagor	17
5.1	Bilaga 1.....	17
5.2	Bilaga 2.....	19
5.3	Bilaga 3.....	20
5.4	Bilaga 4.....	21
5.5	Bilaga 5.....	22



1 Sammanfattning

Kvalitetssäkring inom omsorgen är ett ständigt pågående arbete med framtagande av processer, regler, riktlinjer och rutiner utefter Socialtjänstlagen, Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade, Socialstyrelsens föreskrifter, allmänna råd samt nämndbeslut. Att säkerställa, följa upp de rådande rutinerna samt verksamhetens behov och brister är ett kontinuerligt arbete som aldrig får stanna av.

Enligt SOFS 2011:9 1 § ska den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ansvara för att det finns ett ledningssystem för verksamheten. Ledningssystemet ska användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet.

Kvalitetssäkringen ska ingå i omsorgsverksamhetens samtliga medarbetares uppdrag med individens fokus i åtanke.

Under 2019 har fokus legat på att fortsätta utveckla ledningssystemet i form av rutiner och riktlinjer, att finna riskområden för verksamheten och att förekomma dessa.

Målarbetet har skett i mål och resultatstyrningsverktyget Stratsys vilket har gett många positiva effekter och den röda tråden i hela förvaltningens kvalitetsarbete har blivit tydligare.

På analysdagen i december där en mängd nyckeltal och resultat presenterades och tillsammans analyserades tog verksamheten avstamp utifrån resultaten in i nya förbättringsarbeten. Att en verksamhet som omsorgen jobbar systematiskt på olika håll, på olika nivåer, både kortsiktigt och långsiktigt kommer bidra till en rättssäkerhet och leverans av omsorg av god kvalitet.



2 Ledningssystem för kvalitet

2.1 Samverkan

Omsorgsnämnden säkerställer genom ledningssystemet att det finns riktlinjer och rutiner som klargör ansvaret för samverkan utifrån den enskildes behov av insatser. I ansvaret ligger att tydliggöra vem som har ansvaret för samverkan kring brukaren och hur samverkan ska gå till. Vem som har huvudansvaret för överföring av information vid samverkan gällande den enskilde ska också vara tydliggjort.

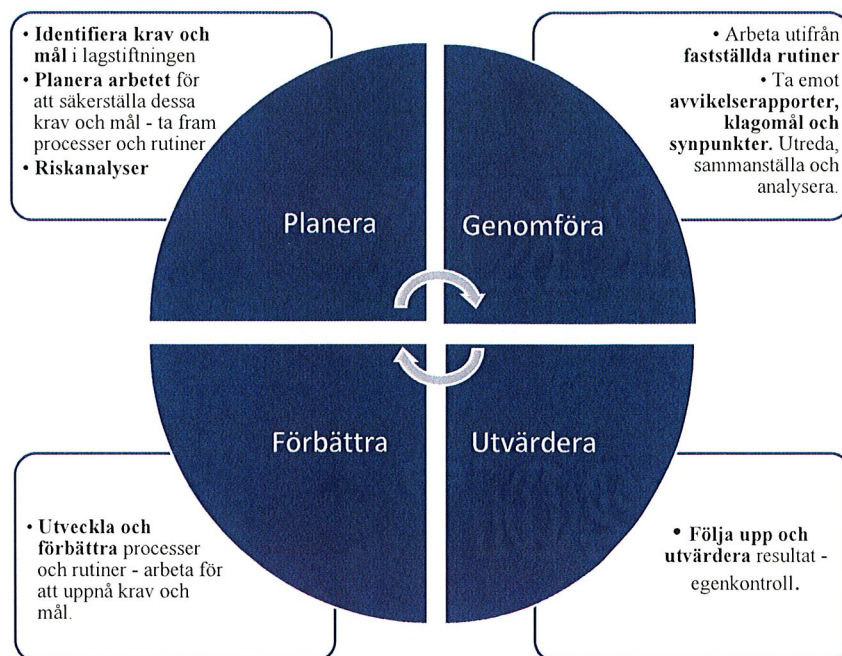
Bristande samverkan är en risk för brukare, därför ska rutiner finnas för att tydliggöra ansvaret för samverkan i gränssnitten mellan olika ansvarsområden och professioner.

2.1.1 Lagen om samverkan

Den 1 januari 2018 trädde Lagen om samverkan (LOS) i kraft med syftet att skapa en trygg, säker och smidig övergång från slutenvård till öppen vård och omsorg. Sölvesborgs kommun skapade ett hemgångsteam med sjuksköterska, biståndshandläggare och arbetsterapeut, för att så bra som möjligt vara rustade för förändringen, men också för att trygga och kvalitetssäkra för den enskilde brukaren. Från och med 1 januari 2019 gäller LOS även sluten psykiatrisk vård. I genomsnitt vistas mellan 40-50 personer per månad på sjukhus som är i behov av stöd och hjälp från omsorgen vid hemkomst. Vissa är nya brukare, medan flera är kända för oss sedan tidigare. Förändringen som LOS innebar, att kommunen har färre dagar för hemtagandet av personer från sjukhuset, kunde ha inneburit en stor kostnad utifrån betalningsansvar. Sölvesborg har inte några kostnader 2019 utifrån betalningsansvaret.

2.2 Systematiskt förbättringsarbete

Ledningssystemet ska användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet (SOFs 2011:9 3 kap 1§). Att identifiera våra processer och att säkerställa att verksamheten uppfyller de krav och mål som gäller för verksamheten är beständigt. Ledningssystemet ska vara ändamålsenligt uppbyggt för att planera, leda, kontrollera, följa upp och förbättra verksamheten. För att säkerställa det krävs att verksamheten arbetar med ett systematiskt förbättringsarbete.



Rutiner för egenkontroll, riskanalyser och hantering av avvikelser har reviderats och förtydligats under 2019. Att ofta återkomma och lyfta dessa rutiner är viktigt då nämnda rutiner är centrala och en viktig hörnsten i vår verksamhet.

Genom egenkontroll uppmärksammas riskområden som kräver handlingsplan. Målsättningen är att hitta arbetssätt för att jobba proaktivt och förekomma allvarigare brister eller missförhållanden.

Egenkontroll genomfördes i hela verksamheten under hösten 2019. Varje enhetschef jobbar vidare med åtgärder utifrån egenkontrollen på sin enhet. Inom myndighet genomförs ärendegranskning och diskussioner kring särskilt boendebeslut för att säkerställa en rättssäker behovsbedömning. Inom verkställigheten kontrolleras verksamheten genom en checklista med frågor som berör verksamhet, personal, brukare och bemötande. Vid en analys av samtliga egenkontroller inom verkställigheten kan ett par förbättringsområden urskiljas som förekommer på flera enheter, avvikelserapportering och social dokumentation.

Även att få innehållet i ledningssystemet till att vara ett verktyg i vardagen och att det i hela verksamheten ses som vår gemensamma grund är ett arbete som fortlöper i hela förvaltningen.

2.2.1 Mål och resultatstyrning

Under 2019 implementerade omsorgsförvaltningen mål och resultatstyrningsverktyget Stratsys. Detta för att systematiskt och på ett gemensamt sätt arbeta på flera nivåer för att uppnå de övergripande målen.



I Stratsys följs aktiviteter inom kvalitet och ekonomi upp varje månad på samtliga ledningsnivåer. Under 2019 har sammanlagt 53 aktiviteter (Se bilaga 1) fortlöpt och 36 indikatorer bevakats och följts upp, för att gemensamt bilda ett nätverk av ihärdigt arbete mot målen.

Under året har verksamhetschef, ekonom, kvalitetsutvecklare och enhetschefer träffats för månatliga träffar där kvalitet och ekonomi gemensamt har diskuterats. Stratsys som system och arbetssättet har bidragit till en större möjlighet till kollegialt lärande, transparens och systematik.

2.2.2 Internkontroll

Internkontrollplan för 2019 innefattade omsorgsnämndens årshjul med kontroll av att planerade aktiviteter redovisas. I december 2019 godkände nämnden årets internkontroll och konstaterade att aktiviteterna med vissa förklarliga undantag hade genomförts.

En av aktiviteterna i årshjulet är redovisning av svar gällande kvalitet och delaktighet. Biståndshandläggarna har bland brukarna inom hemtjänstens olika områden och inom verksamhet funktionshinder ställt frågor om kontaktmannaskap, genomförandeplan, tider för insatser och kontinuitet. Förutom redovisning till nämnden ger svaren verksamheten en visning om vilka områden som fungerar bra och vilka som fungerar mindre bra.

Resultaten från 2019 visar på att kontinuitet, genomförandeplaner och kontaktmannaskap är viktiga frågor som hela tiden kräver engagemang.

2.2.3 Analysdag

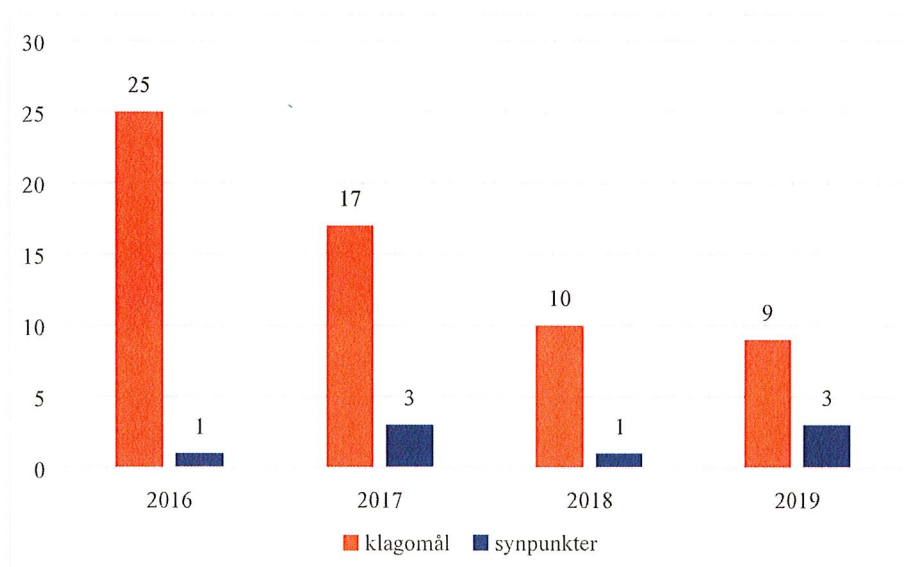
I december 2019 genomfördes en analysdag förvaltningsövergripande. Samtliga chefer inom alla verksamhetsområden deltog för en dag med syftet att tillsammans analysera och ta avstamp från resultat in i förbättringsarbeten. Analysdagen resulterade i nio förbättringsarbeten som kommer att genomföras under 2020. Förbättringsarbetena genomförs i grupper som skapats utifrån intresse och grupperna är till stor del sammansatta med chefer från olika verksamhetsområden. För att nämna några av de pågående arbetena: En grupp kommer att jobba kring att förbättra det tvärprofessionella arbetet och innehållet av en teamträff, en grupp kommer att jobba med det individuella sociala innehållet för brukare på särskilt boende och en grupp kommer att jobba med att stärka arbetet kring att se dygnet utifrån brukaren istället för utifrån verksamheten.



2.3 Utredning av avvikelser inom SoL och LSS.

2.3.1 Klagomål och synpunkter

Under 2019 inkom nio klagomål och tre synpunkter. Med klagomål avses att någon klagar på att verksamheten inte uppnår kvalitén. Med synpunkter avses övrigt som framförs som berör verksamhetens kvalitet, till exempel förslag på förbättringar. Statistik från de senaste åren syns i tabellen nedan.



Klagomålen under 2019 handlade bland annat om upplevelser av brister i omsorg, sjuksköterskas bedömning, undermålig städning, överträdelse av hastighetsbegränsningar och sophantering.

Klagomålen hanteras enligt gällande rutin och utifrån innehållet i klagomålet kan delar hanteras utifrån andra rutiner, exempelvis avvikelse enligt SoL eller LSS.

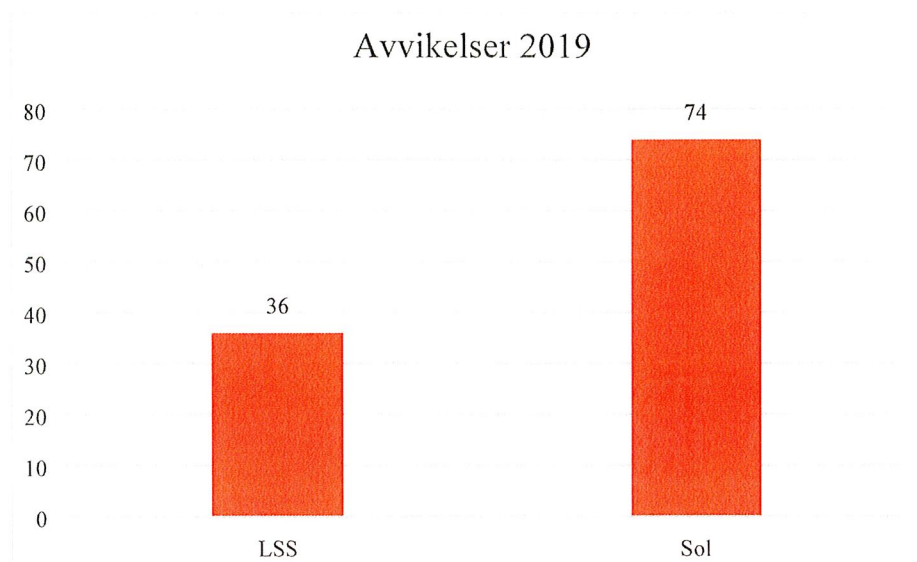
2.3.2 Avvikelser

Var och en som fullgör uppgifter inom socialtjänsten ska medverka till att den verksamhet som bedrivs och de insatser som genomförs är av god kvalitet.

Avvikelser har fram till början av 2019 hanterats på den aktuella enheten via en pappersblankett som heter "Fel och brist". Verksamheten hade inte något digitalt verktyg för avvikelshantering, därmed har inte någon gemensam statistik förts eller vidare analys gjorts. I början av 2019 började avvikelser enligt SoL och LSS rapporteras och hanteras i Life Care vilket ger verksamheten möjlighet att följa avvikelser både per enhet, men också över hela verksamheten.

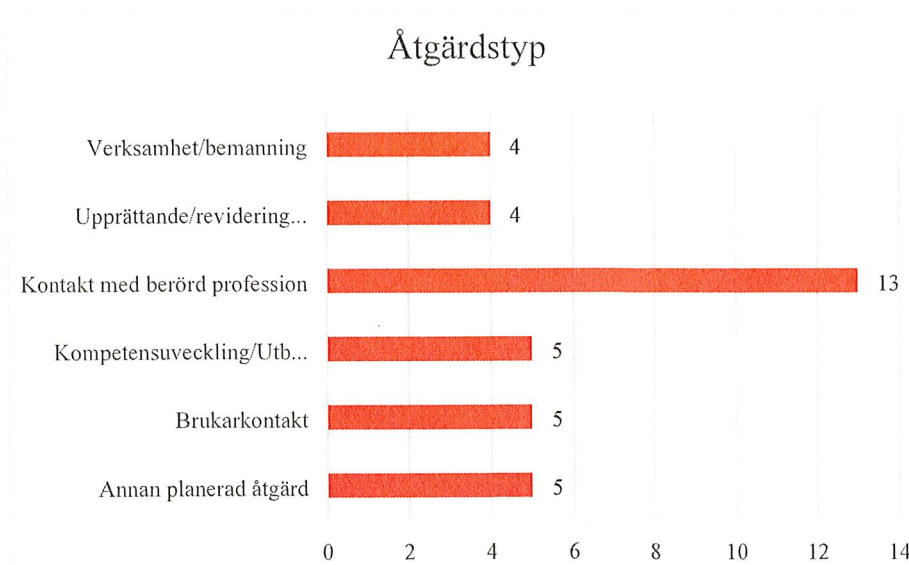


Sedan början av 2019 har 110 avvikelser enligt SoL och LSS rapporterats. Fördelning emellan SoL och LSS syns i tabellen nedan.



Avvikelserna utreds och analyseras i Life Care. Avvikelserna under 2019 har varierat innehållsmässigt och implementeringen av hanteringen av avvikelser via Life Care är inte helt i hamn. Många enheter och medarbetare har kunskap om när och hur avvikelser rapporteras, men en del enheter är kvar.

Ansvarig enhetschef skapar efter analys av avvikelserna åtgärder. Nedan sammanställning avser åtgärdstyper.





Som stöd vid utredning av avvikelser används följande riskmatris vid analys:

		Allvarlighetsgrad			
		Katastrofal (4)	Betydande (3)	Måttlig (2)	Mindre (1)
Sannolikhet	Mycket stor (4)	16	12	8	4
	Stor (3)	12	9	6	3
	Liten (2)	8	6	4	2
	Mycket liten (1)	4	3	2	1

Källa: *Department of Veterans Affairs, National Center for Patient Safety, USA*

Sannolikhet

Mycket stor (4)	Kan inträffa dagligen
Stor (3)	Kan inträffa varje vecka
Liten (2)	Kan inträffa varje månad
Mycket liten (1)	Kan inträffa 1gång per år

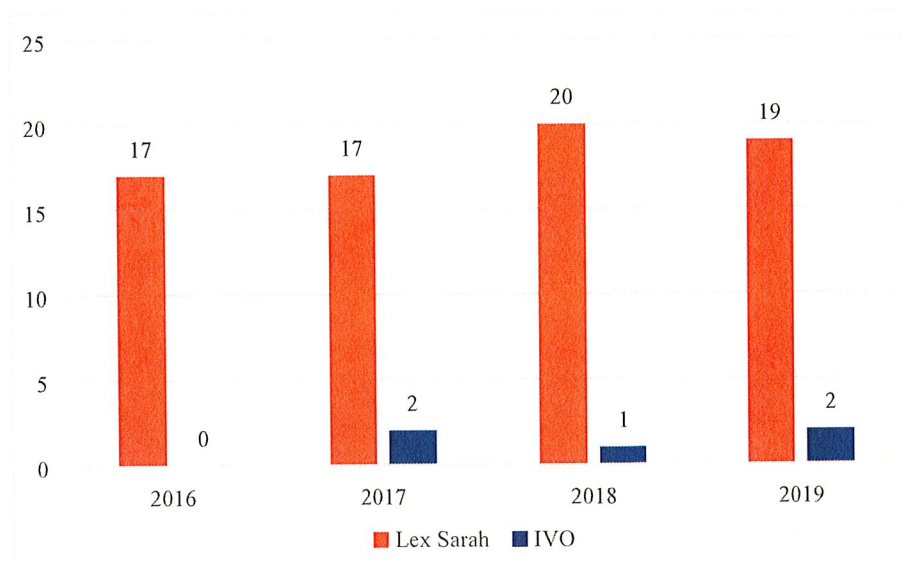
Allvarlighetsgrad

Katastrofal (4)	Dödsfall/Självmod/Övergrepp, omdömeslöst bemötande med allvarliga psykiska och fysiska men/skador
Betydande (3)	Bestående måttliga psykiska, fysiska men/skador
Måttlig (2)	Övergående men/skador
Mindre (1)	Obehag eller obetydlig men/skador

Matrisen används vid olika typer av riskbedömningar, vid avvikelser, vid riskanalys och även inom hälso-och sjukvården.

2.3.3 Lex Sarah

Under 2019 har 19 rapporter om lex Sarah inkommit till förvaltningen. Fyra rapporter rörde försvunna mediciner från brukare inom äldreomsorgens korttidsenhet. I samband med det första försvinnandet skärptes rutiner men trots detta fortsatte mediciner att försvinna. Nya rutiner upprättades och samverkan med polis har skapats. Sedan den senaste rapporteringen, den 27 oktober 2019, har inga läkemedel rapporterats saknade. Övriga rapporter om lex Sarah under 2019 avsåg 12 brister i omsorg, en brist i bemötande och två ekonomiska övergrepp.



Två rapport om lex Sarah bedömdes under 2019 som allvarliga missförhållanden och anmäldes därför till Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Det ena missförhållandet avsåg en händelse då ett barn skadade sig allvarligt under vistelse inom barnverksamheten. IVO godkände utredningen och avslutade ärendet. I december 2019 gjordes en andra anmälan gällande en händelse på Slottsgården, särskilt boende. Missförhållandet avsåg en händelse då en brukare ramlade ut sängen i samband med omvårdnad med allvarliga skador som följd. IVO tog beslut i februari 2020 om att godkänna utredningen och avsluta ärendet.

Som ett led i det systematiska förbättringsarbetet skapades nya rutiner kring trygghetslarm efter flera rapporterade händelser under 2018. Under 2019 har inga nya rapporter inkommit avseende insatsen trygghetslarm.

2.3.4 Inspektioner från IVO

Som en förlängning av en lex Sarah-anmälan kring långvariga brister i omsorgen och mathållningen på det särskilda boendet Svalan under 2018 så öppnade IVO ett granskningsärende istället. Under september och oktober 2018 besökte IVO verksamheten vid oanmälda inspektioner med syfte att granska verksamhetens systematiska kvalitetsarbete, hur de enskilda får sina behov tillgodosedda samt bemanningen nattetid. Tillsynen krävde flera svar och åtgärder från verksamheten. I juli 2019 avslutade IVO ärendet med bedömningen att de åtgärder som krävs för att säkra verksamheten har gjorts.

Under 2019 gjordes en förannämld inspektion av två enheter inom funktionshinderomsorgen. Inspektionen var en del av IVOs nationella granskning av bostad med särskild service. Inspektion skedde på två enheter,



Bokdungen och Skutan, och genomfördes genom att inhämta uppgifter från brukare, personal, enhetschef, verksamhetschef, förvaltningschef och omsorgsnämndens ordförande. IVO bedömde, efter en ingående inspektion, att verksamheterna sammantaget har ett fungerande systematiskt kvalitetsarbete och därmed säkerställer en god boendemiljö och omsorg.

2.4 Personalens medverkan i kvalitetsarbetet

Värdegrundsarbetet i Sölvesborgs kommun har pågått under flera år. Syftet är att alla medarbetare i kommunen har kunskap om värdegrunden och bedriver arbetet i dess anda. Sölvesborgs värdegrund är "Allt vi gör i Sölvesborgs kommun ska genomsyras av engagemang, värme och närhet."

"Kvartalets fråga" har av anhörigsamordnaren skickats ut i verksamheten fyra gånger om året som diskussionsunderlag för att utveckla medarbetares medvetenhet kring bemötande och etiska dilemman. Sedan sista kvartalet 2019 har "Kvartalets fråga" pausats då värdegrundsarbetet anses pågå utan inslaget.

2.4.1 Studiecirklar

Inom funktionshinderomsorgen hålls årligen studiecirklar inom olika aktuella ämnen. Detta är ett koncept där medarbetare inom funktionshinderomsorgen får anmäla sig till studiecirklar inom området som de vill fördjupa sig eller få ny kunskap inom. Utbildningsledare är till största delen medarbetare i den egna organisationen, vilket ger många positiva effekter. Ämnena har under 2019 bland annat varit att möta och bemöta personer med psykisk ohälsa, En "lyssnande" metod och förhållningssätt, Salutogent förhållningssätt och Social dokumentation. Arbetssättet är ett mycket uppskattat och lukrativt koncept. Konceptet har även börjat tillämpas inom hemtjänsten i mindre skala, men planeras att utökas under 2020.

2.4.2 Lågaffektivt bemötande

Sedan flera år har lågaffektivt bemötande varit ett ämne bland studiecirklarna inom funktionshinderomsorgen. Lågaffektivt bemötande som förhållningssätt genomsyrar idag stora delar av funktionshinderomsorgen. Även inom äldreomsorgen genomförs utbildningar kring lågaffektivt bemötande och då är det medarbetare från funktionshinderområden som utbildar. Flera enheter inom både särskilt boende och hemtjänst har under 2019 utbildats inom förhållningssättet och spridningen fortsätter under 2020.

2.4.3 Socialt innehåll

Arbetet med det sociala innehållet har varit en viktig del i kvalitetsarbetet i verksamheten de senaste åren. I samband med att en aktivitetssamordnare anställdes i mars 2019 har arbetet utvecklats ytterligare. Sociala innehållsombud finns på alla enheter. Sociala innehållsombud har uppgiften att vara en



drivande kraft på den egna enheten för att föra arbetet framåt. Med stöd från aktivitetssamordnaren anordnas aktiviteter för brukare både i form av gruppaktiviteter och utifrån individuella önskemål och behov.

2.4.4 Individens behov i centrum

Individens behov i centrum (IBIC) är ett behovsinriktat och systematiskt arbetssätt i arbetet med personer oavsett ålder eller funktionsnedsättning utifrån SoL och LSS. Implementeringen har påbörjats inom förvaltningen genom att vissa biståndsbeslut numera tas utifrån IBIC och medarbetare i verksamheten har gått utbildning för att tillgodogöra sig arbetssättet. Arbetssättet, som på många plan kommer att både stärka brukarens delaktighet och ge bättre stöd för verksamheten för att tillgodose brukarens behov, mottas väl i verksamheten. En förändring av detta slag, den positiva andan till trots, kräver mycket av organisationen. Implementeringen kräver engagemang, tålamod och inte minst resurser. Life Care som är ett verksamhetssystem som stödjer arbetssättet implementeras parallellt.

3 Kvalitetsmätningar

3.1 Brukarundersökning "Vad tycker de äldre om äldreomsorgen"

Nationell brukarundersökning genomfördes 2019 för sjunde året i Socialstyrelsens regi. Undersökningen riktar sig till personer i särskilt boende/demensboende och med hemtjänst i målgrupp 65 år och äldre. Svarande är den enskilde själv, med hjälp av närstående eller enbart den närstående.

Resultat redovisas på enhetsnivå när det finns underlag med minst 7 svaranden. Resultatet från brukarundersökningen analyseras på verksamhetsnivå, men framförallt är analysen på enhetsnivå mycket viktig. Resultatet på verksamhetsnivå kan visa på ett resultat som är utan anmärkning, men på enhetsnivå kan resultatet variera kraftigt, vilket kräver en djupare analys. Att hitta förbättringsområden på den egna enheten och att hitta rätt lösningar är en utmaning. Varje enhetschef, tillsammans med sina medarbetare, analyserar resultatet och skapar handlingsplaner utifrån enhetens resultat.

Inom förvaltningen finns det ett viktigt lärande att använda oss av, vad som fungerar på en enhet kan ibland funka på en annan. Genom analysdagar kan enheterna hjälpas åt att hitta övergripande förvaltningsområden med problem, men också lösningarna.

Siffrorna behöver både sättas i relation till siffror över tid, men också i relation till nationella resultat, eller kommuner med liknande förutsättningar.



3.1.1 Särskilt boende

På särskilt boende i Sölvesborg svarade 81 personer, vilket är 50,3 procent av de tillfrågade, något fler än året innan. Dock är det endast åtta av 81 som svarat själv. Resultatet presenteras i sin helhet i bilaga 2.

Resultaten för 2019 visar både på förbättrade resultat men också resultat som har försämrats mot tidigare år. Det sociala innehållet och sociala aktiviteter inom särskilt boende ligger fortsatt i fokus och resultatet förbättras år till år.

Delaktigheten är en viktig fråga och både på frågan om personalen tar hänsyn till den enskildes åsikter och önskemål och om personal informerar om tillfälliga förändringar har resultatet sjunkit. Under 2020 kommer ett fokusområde att vara delaktighet i genomförandeplan. Genom grundligt arbete i dialogen med brukaren kring genomförandeplanen kan verksamheten få mer insikt om vad som är viktigt för brukaren.

Som tidigare nämnts kan resultaten på enhetsnivå variera kraftigt och därför krävs en djupare analys på enhetsnivå för att identifiera förbättringsområden.

3.1.2 Hemtjänst

Inom hemtjänsten i Sölvesborg svarade 174 personer, vilket är 64 procent av de tillfrågade. Antal svarande ökade med 35 personer från föregående år. Resultatet presenteras i sin helhet i bilaga 3.

Resultatet från 2019 visar på bra resultat, både i jämförelse med rikets resultat, men också avseende tidigare resultat. Att helhetssynen på hemtjänst åter stigit från att 2018 ha sjunkit är mycket glädjande. På alla frågor förutom två har hemtjänstens resultat förbättrats. Av de två frågor som har ett sämre resultat än tidigare år är det frågan om personalen brukar informera om tillfälliga förändringar som sticker ut. Gemensamt med verksamheterna inom särskilt boende så är detta en viktig fråga att analysera och arbeta med under 2020.

Ett större arbete pågår sedan hösten 2018 inom verksamhetsområdet som benämns "Sveriges bästa hemtjänst". Inom arbetet fångar verksamheten upp förbättringsområden och planerar flera verksamhetsövergripande förändringar som syftar till att skapa större nöjdhet och kvalitetssäkring. Under 2019 har medarbetare fått kompetenshöjning inom flera områden och sedan slutet av 2019 pågår en större förändring i områdesindelning. Detta för att skapa bättre förutsättningar i planering och underbygga kontinuitet.

3.2 Brukarundersökning funktionshinder

Brukarundersökningen inom funktionshinderomsorgen är tämligen ny och frivillig för kommuner, men antalet deltagande kommuner ökar. 2019 var 151 kommuner med i undersökningen. I Sölvesborg genomfördes undersökningen för första gången 2016 och då inom alla insatser inom funktionshinderomsorgen. Det resulterade i ett en brukare under en kort period skulle svara på



samma enkät utifrån olika insatser. Detta bedömdes som olämpligt och därför genomförs nu enkäten varje år, men skiftar mellan insatser. Under 2019 genomfördes enkäten inom daglig verksamhet och dagverksamhet. Resultaten från brukarbedömningen för LSS – daglig verksamhet presenteras i bilaga 4 och SoL dagverksamhet i bilaga 5.

Resultatet för daglig verksamhet visar på en högre nöjdhet än rikssnittet på samtliga frågor, vilket är glädjande. Även resultatet från 2019 kopplat till resultatet från 2016 visar på att nöjdheten ökat på de flesta av frågorna.

Resultatet för dagverksamhet är mer av varierande slag och en djupare analys pågår för att skapa rätt förbättringsåtgärder.

Inom daglig verksamhet och dagverksamhet har arbetsplatsträffar för brukare införts och kunskap kring alternativ och kompletterande kommunikation är i fokus. Detta för att öka brukarinflytandet.

3.3 Kommunens kvalitet i korthet

Rådet för främjande av kommunala analyser (RKA) har på statens och Sveriges kommuner och regioner (SKR) uppdraget att stimulera till kvalitetsjämförelser inom kommunsektorn. Kommunens kvalitet i korthet (KKiK) är ett projekt som har pågått sedan 2006. Nyckeltalen i undersökningen är framtagna i nätverk och idag omfattar projektet 260 kommuners resultat som bidrar till jämförelsen.

För varje nyckeltal rangordnas alla deltagande kommuner efter sina resultat och de 25 procent högsta resultaten får grön färg, de 25 procent lägsta får röd färg och de 50 procent i mitten får gul färg. Resultatet presenteras i tabellen nedan.

KKiK Stöd och omsorg			
Titel	2017	2018	2019
Brukarbedömning gruppboende LSS - Brukaren trivs alltid hemma, andel (%)		87	
Brukarbedömning daglig verksamhet LSS - Brukaren får bestämma om saker som är viktiga, andel (%)			75
Väntetid i antal dagar från ansökningsdatum till första erbjudet inflyttningsdatum till särskilt boende, medelvärde	52	61	33



Personalkontinuitet, antal personal som en hemtjänsttagare möter under 14 dagar, medelvärde	17	17	16
Kvalitetsaspekter särskilt boende äldreomsorg, andel (%) av maxpoäng			20
Brukarbedömning särskilt boende äldreomsorg - helhetssyn, andel (%)	76	80	82
Brukarbedömning hemtjänst äldreomsorg - helhetssyn, andel (%)	92	90	92

Flera av nyckeltalen är tagna ur andra undersökningar och frågorna är kommenterade i andra stycken av kvalitetsberättelsen, väntetid, personalkontinuitet och kvalitetsaspekter särskilt boende undantaget.

Väntetiden som under 2018 hade ökat har 2019 sjunkit markant. Sölvesborg ligger nu bland de 25 procent kommuner med kortast väntetid.

Att kontinuiteten under 2019 sjönk till 16 personal i snitt under två veckor är glädjande, då arbetet pågått länge med att förbättra kontinuiteten. Verksamheten har en egen ambition att sänka kontinuiteten till 14, så arbetet stannar inte av. Personalkontinuiteten är en viktig fråga i det verksamhetsövergripande arbetet "Sveriges bästa hemtjänst".

Ett, för året, nytt nyckeltal är kvalitetsaspekter särskilt boende. Nyckeltalet består i sin tur av fem delnyckeltal. De fem delnyckeltalen är frågor ur enhetsundersökningen, se tabellen nedan.

	2019
Kvalitetsaspekter särskilt boende äldreomsorg, andel (%) av maxpoäng	20
Boendeplatser i särskilt boende där den äldre erbjuds daglig utevistelse, andel (%)	100
Boendeplatser i särskilt boende där den äldre har möjlighet att välja alternativ rätt vid huvudmål, andel (%)	0
Boendeplatser i särskilt boende där den äldre kan påverka TV-kanaler utöver basutbudet i gemensamhetslokal, andel (%)	0



Boendeplatser i särskilt boende som erbjuder minst en organiserad och gemensam aktivitet per dag under helgen, andel (%)

0

Boendeplatser i särskilt boende som erbjuder minst två organiserade och gemensamma aktiviteter under vardagar, andel (%)

0

Färgsättningen visar på att Sölvesborgs resultat är bland de 25 % sämsta resultaten i riket. En svårighet som är känd är tolkningen av frågorna. Under 2020 kommer Blekinge kompetenscentrum att anordna en analysdag länsgemensamt bland annat med syfte att skapa en gemensam syn på frågorna i olika enkäter.

4 Plan 2019

Att planera ett år utifrån att titta tillbaka på resultaten från ett tidigare år ger energi och engagemang. Men äldreomsorg och funktionshinderomsorg handlar inte bara om att skapa förändringar utan också om att jobba långsiktigt. Resultat och frukten av en förändring kan dröja och komma först efter att en håller i och håller ut. Verksamheten behöver kunna hantera snabba förändringar, vi måste absolut avhjälpa brister omgående, men också titta långsiktigt och göra rätt förändringar.

En treårig verksamhetsplan är under framtagande som en karta på var verksamheten är på väg och vad som vill uppnås. Jämsides med verksamhetsplanen kommer en äldreplan att skapas, med syftet att långsiktigt peka ut färdriktningen och styra utvecklingen samt för att ha en plan på hur vi ska möta och hantera behoven från en växande äldrebefolkning.

Genom mål- och resultatstyrningsverktyget Stratsys har förvaltningens systematiska kvalitetsarbete tydliggjorts och effektiviserats. En ny uppsättning av aktiviteter är planerade för verksamhetsåret 2020 i syfte att säkra omsorgens kvalitet och leva upp till omsorgsnämndens mål.

Implementeringen av IBIC som arbetssätt och Life Care som verksamhetssystem är påbörjad och det kommer att krävas mycket av organisationen för att ro implementeringen i hamn.

En förvaltningsgemensam analysdag kommer återigen att hållas under senhösten, för att tillsammans granska och analysera resultat och för att sedan ta avstamp utifrån dessa ut i ett nytt verksamhetsår.



5 Bilagor

5.1 Bilaga 1

Aktiviteter	Startdatum	Slutdatum
🕒 Delta och arbeta med brukarundersökningen som görs under september/oktober.	2018-02-22	2019-12-31
✅ Socialt innehållsombud	2018-02-26	2019-12-31
✅ Gemensam målsättning när det gäller aktivitetsutbud på särskilt boende.	2018-02-26	2019-12-31
🕒 Implementera sätt att synliggöra särskilda boendens aktiviteter på sociala medier	2018-05-28	2019-12-31
🕒 Arbeta med det sociala innehållet.	2018-05-28	2019-12-31
🕒 Uppföljning av sociala aktiviteter	2018-05-28	2019-12-31
🕒 Social aktivering och fritid	2018-05-28	2019-12-31
✅ Aktiviteter på öppna mötesplatser.	2018-02-26	2019-12-31
✅ Säkerställa att alla brukare med hemtjänst får information om planerade aktiviteter på de olika mötesplatserna	2018-05-28	2019-12-31
📊 Följa upp antalet aktiviteter	2018-05-31	2019-12-31
✅ Utbildning/Kompetensutvecklingsplan	2018-05-28	2019-12-31
🕒 Ta hand om elever	2018-05-28	2019-12-31
📊 Marknadsföring	2018-05-28	2019-12-31
🕒 Socialt innehållsombud på alla enheter	2018-05-28	2019-12-31
🕒 Medarbetare med rätt kompetens	2018-05-28	2019-12-31
🕒 Studiecirklar och kompetensutveckling	2018-05-28	2019-12-31
✅ Samordnare besöker och informerar pensionärsföreningar årligen.	2018-02-26	2019-12-31
✅ Genomföra omsorgsmässa 2019	2018-02-26	2019-12-31
✅ Årliga aktiviteter för frivilliga i frivilligverksamheten	2018-02-26	2019-12-31
📊 Vara en aktiv partner	2018-05-31	2019-12-31
✅ Delta i Finsam projektet	2018-02-26	2019-12-31
📊 Analys av aktiviteter	2018-05-28	2019-12-31
✅ It-café på mötesplatserna för att öka brukarens självständighet	2018-02-26	2019-12-31
✅ Bistånd prövas mot vardagshjälpmedel på öppna marknaden.	2018-02-26	2019-12-31
✅ Trygghetskamera istället för fysiskt besök.	2018-02-26	2019-12-31
🕒 Behovsinventering och omvärldsbevakning	2018-05-28	2019-12-31
🕒 Digitala upplevelser för brukare/anhöriga	2018-05-28	2019-12-31
🕒 Utökad tillgång till Wifi	2018-05-28	2019-12-31



SÖLVESBORGS KOMMUN

Datum

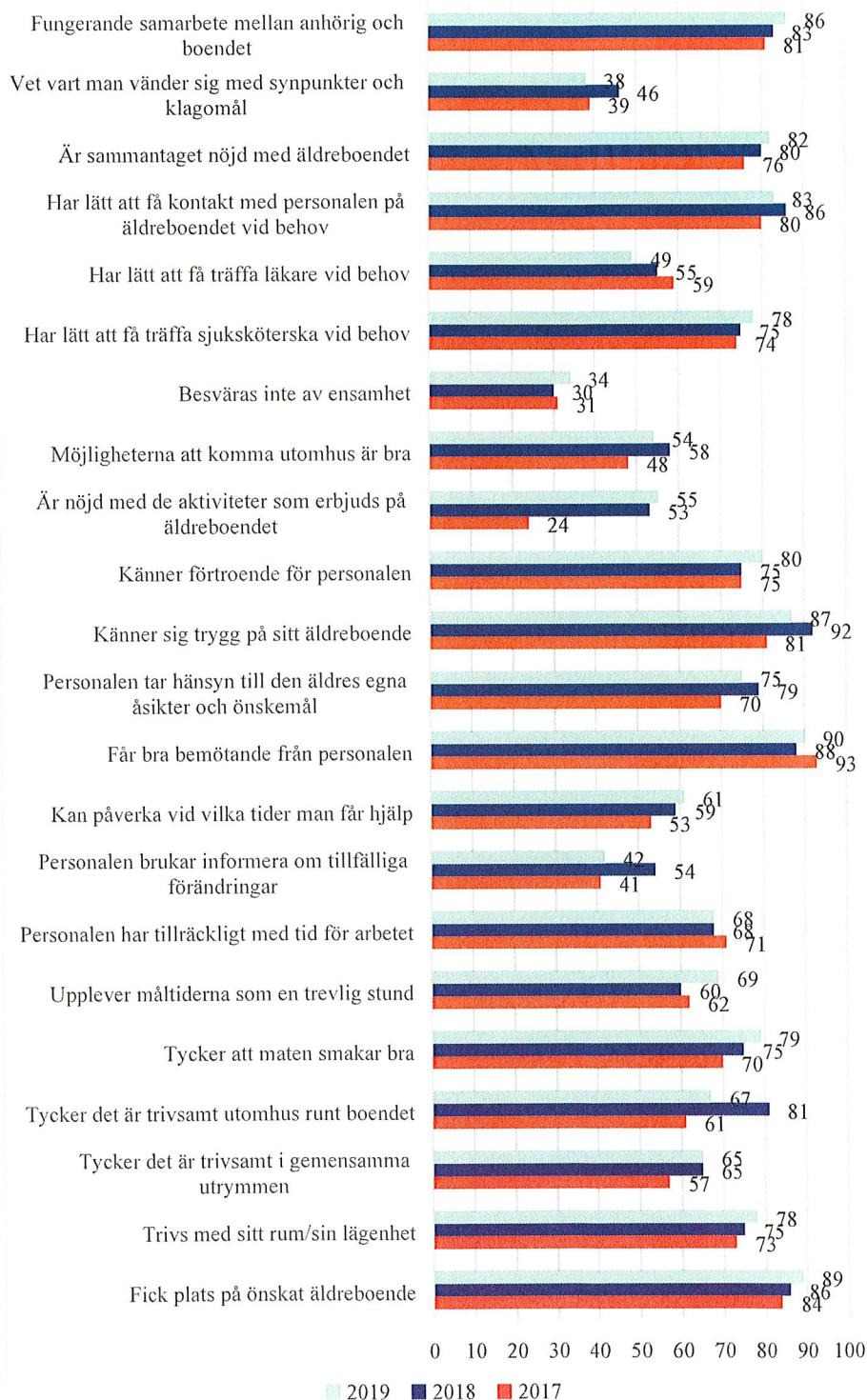
2020-02-19

Aktiviteter	Startdatum	Slutdatum
Undersöka möjligheten att utöka informationen i personalens handenheter	2018-05-31	2019-12-31
Ökad tillgänglighet	2018-05-31	2019-12-31
✓ Digitala larm och lås	2018-05-31	2019-12-31
Genomförandeplaner ska vara aktuella och den enskilde brukaren delaktig	2019-04-04	2019-12-31
Medborgardialog/fokusgrupper inom aktuella utvecklingsområden	2018-02-27	2019-12-31
Uppsökande verksamhet till samtliga invånare över 80 år som inte har insatser.	2018-02-27	2019-12-31
✓ Värdegrundsarbete på varje enhet	2018-05-28	2019-12-31
✓ Alla brukare har en namngiven kontaktperson och är delaktig i upprättandet av sin genomförandeplan	2018-05-28	2019-12-31
✓ Förbättra kontinuiteten	2018-05-28	2019-12-31
Förändringsprocesser inom identifierade målområden utifrån brukarundersökningen	2018-05-28	2019-12-31
Gynnsam måltidsmiljö	2018-05-28	2019-12-31
Anhörigräffar	2018-05-28	2019-12-31
Brukarråd, utveckla brukarinflytandet	2018-05-28	2019-12-31
✓ Anhörig/brukarträffar	2018-05-31	2019-12-31
Riskbedömning enligt Senior alert.	2018-11-19	2019-12-31
✓ Riskbedömning enligt Senior alert	2018-11-19	2019-12-31
Riskbedömningar enligt Senior alert	2018-11-19	2019-12-31
BPSD	2018-11-19	2019-12-31
✓ Implementering av IBIC	2019-04-11	2019-12-31
✓ Egenkontroll inom myndighet	2019-08-13	2019-12-31
Egenkontroll inom verkställigheten	2019-08-13	2019-12-31
✓ Vi ska arbeta med salutogena personalmöten.	2018-02-27	2019-12-31
✓ Kontinuerlig fortbildning ska erbjudas inom relevanta identifierade utvecklingsområden.	2018-02-27	2019-12-31
Medarbetarenkäten	2018-05-28	2019-12-31
✓ Delaktighet och påverkan för medarbetare	2018-05-31	2019-12-31

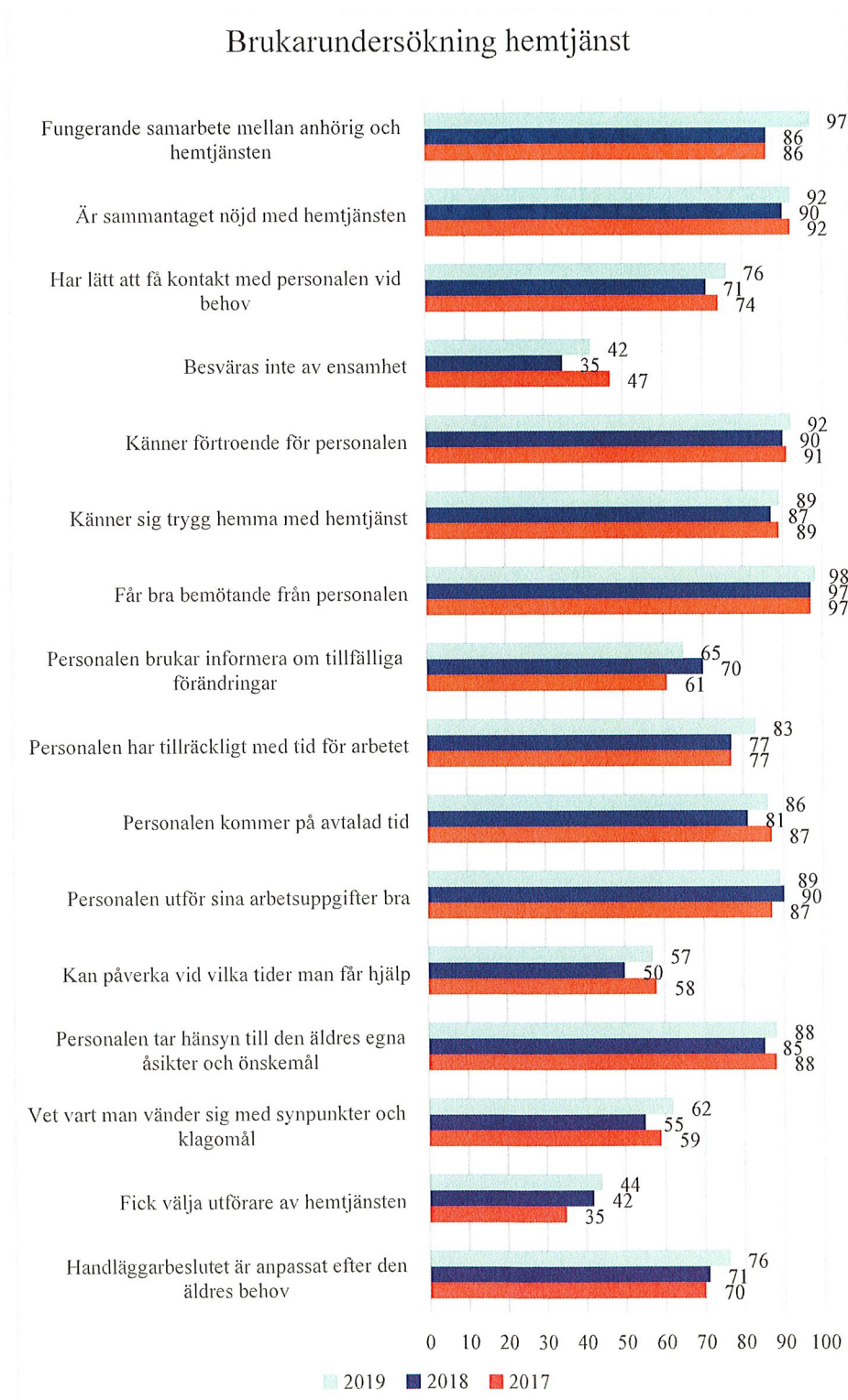


5.2 Bilaga 2

Brukarundersökning Särskilt boende

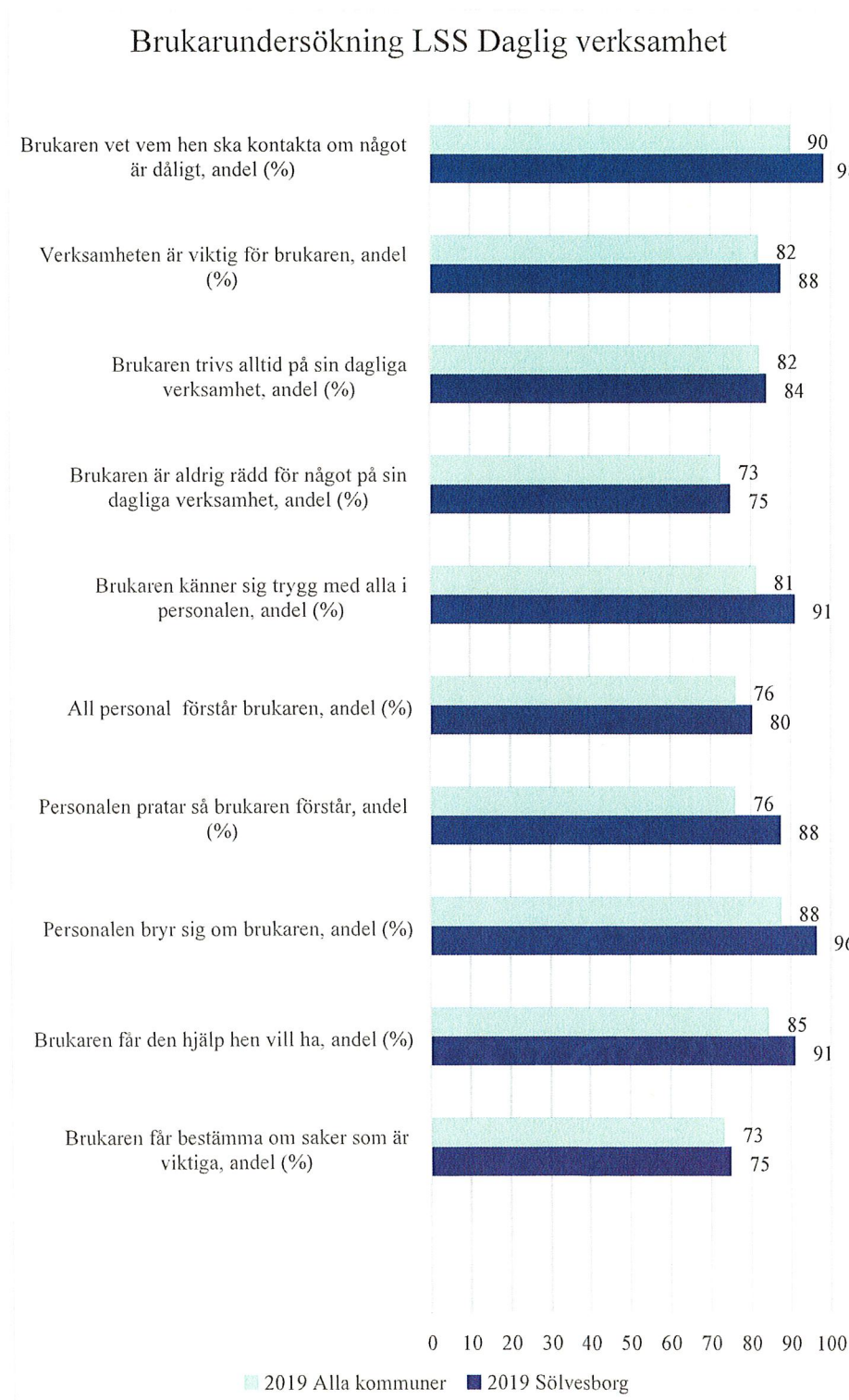


5.3 Bilaga 3





5.4 Bilaga 4





5.5 Bilaga 5

Brukarundersökning SoL Sysselsättning

