



**Sölvesborgs
kommun**

Datum

2022-02-17

51

A handwritten signature in blue ink, located in the top right corner of the page.

Vård- och omsorgsförvaltningen
Hanna Johansson

Kvalitetsberättelse 2021



Innehållsförteckning

1	Inledning.....	3
2	Mål och målluppfyllelse	3
3	Systematiskt förbättringsarbete	4
3.1	Egenkontroll	5
3.2	Risikanalys	6
3.3	Utredning av avvikelser inom SoL och LSS.....	6
3.3.1	Klagomål och synpunkter	6
3.3.2	Avvikelser SoL och LSS	7
3.3.3	Rapportering enligt lex Sarah	9
4	Övrigt kvalitetsarbete	10
4.1	Internkontroll.....	10
4.2	Kvalitetspris	10
4.3	Långsiktig planering	11
5	Kvalitetsmätningar	11
5.1	Brukarundersökning "Vad tycker de äldre om äldreomsorgen"	11
5.2	Brukarundersökning funktionshinder	11
5.3	Kommunens kvalitet i korthet	12
6	Personalens medverkan i kvalitetsarbetet	13
7	Samverkan.....	14
8	Plan 2022 Vård- och omsorgsförvaltningen	15

1 Inledning

Att kvalitetsutveckla och kvalitetssäkra omsorgen är ett ständigt pågående arbete. Detta görs genom att identifiera och belysa verksamhetens processer, riktlinjer och rutiner utifrån socialtjänstlagen (SoL), lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS), Socialstyrelsens föreskrifter, allmänna råd samt nämndbeslut. Att säkerställa, följa upp gällande rutiner, samt verksamhetens behov och brister är ett kontinuerligt arbete som aldrig får stanna av.

Enligt Socialstyrelsens föreskrift ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9) 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 ingår i samtliga medarbetares uppdrag med individens fokus i åtanke.

Pandemin har fortsatt att påverka hela samhället under 2021 och inte minst omsorgsverksamheten och dess kvalitetsarbete. Att skydda de äldre och andra personer i riskgrupp har varit i fokus under i stort sett hela 2021. Utmaningen har varit att skapa trygghet, meningsfull vardag och delaktighet med bland andra förutsättningarna såsom minskad fysisk kontakt, skyddsutrustning och minskad möjlighet till social samvaro.

I flera lägen har de planerade aktiviteterna, ambitionerna för verksamheten och det systematiska förbättringsarbetet fått stå tillbaka för den påfrestning som pandemin har varit för äldreomsorgen och funktionshinderomsorgen.

Vid summeringen av 2021 kan dock konstateras att även om verksamheten i många lägen upplevt att mycket fått stå tillbaka så har det systematiska kvalitetsarbetet ändå varit en del i det vardagliga arbetet och de avvikelser och risker som uppmärksammas har hanterats enligt gällande rutiner.

Kvalitetsberättelsen för 2021 sammanfattar kvalitetsarbetet för omsorgsnämndens ansvarsområde. Vid årsskiftet 2021/2022 delas omsorgsnämndens ansvarsområde i två nya förvaltningar, vård- och omsorgsförvaltningen och arbete- och välfärdsförvaltningen. I aktuell kvalitetsberättelse berör plan 2022 vård- och omsorgsförvaltningen som innefattar kommunal hälso- och sjukvård samt äldreomsorg.

2 Mål och måluppfyllelse

Omsorgsnämnden beslutade om nya mål för innevarande år i juni 2021. Detta för att vidareutveckla mål- och resultatstyrningen inom nämndens ansvarsområde. I de tidigare antagna målen fanns ingen styrning kring



huruvida ett mål kunde anses uppfyllt eller inte. I beslutet av de nya målen för omsorgsnämnden finns förutom mål också indikatorer och indikatorsnivåer beslutade. Indikatorsnivåerna anger huruvida ett mål är uppfyllt, delvis uppfyllt eller ej uppfyllt. Detta är av stor vikt för att tydliggöra målstyrningen. Målstyrningen ska bidra till en kvalitetshöjning inom nämndens ansvarsområde.

Sedan ett par år tillbaka arbetar omsorgsförvaltningen med mål och resultatstyrningsverktyget Stratsys. Verktyget bidrar till att på ett systematiskt och ett transparent sätt arbeta på samtliga nivåer för att uppnå de övergripande målen. Under 2021 har omsorgsförvaltningen fortsatt arbeta i Stratsys, både med ekonomi och kvalitet.

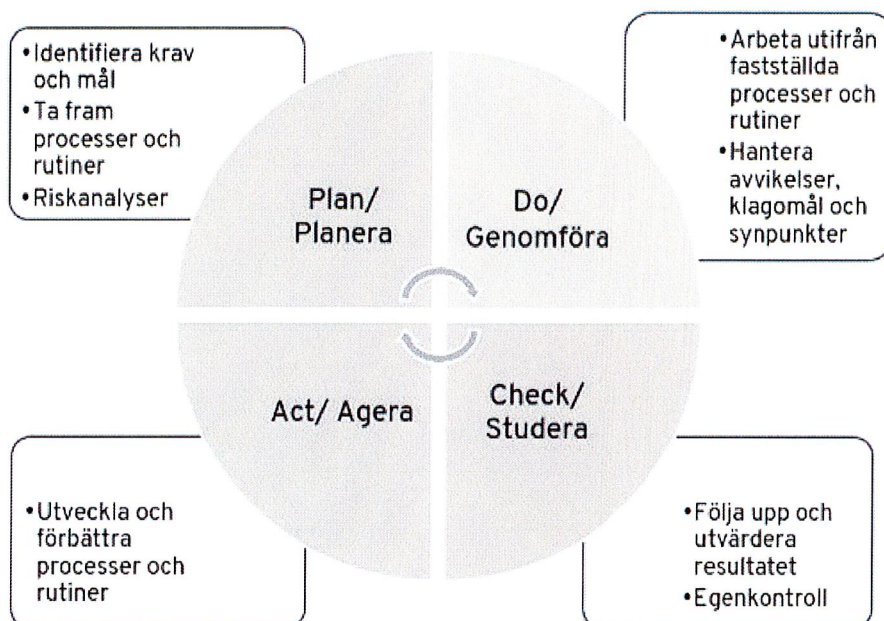
I Stratsys följs aktiviteter inom kvalitet och ekonomi upp varje månad. Under 2021 har sammanlagt 33 aktiviteter kring kvalitet pågått. Månatliga träffar genomförs med verksamhetschef, ekonom, kvalitetsutvecklare och enhetschefer för dialog och kollegialt lärande kring de pågående aktiviteterna.

Analysdagen 2021 genomfördes, utifrån pandemin, digitalt och enskilt per verksamhetsområde. Under analysdagen belystes resultat från året, aktiviteterna för 2021 utvärderades och en plan för 2022 började arbetas fram.

Det är flera områden där målen ännu inte har uppfyllts vid 2021 års bokslut men ett ständigt och strategiskt arbete pågår och är stadigt förankrat i verksamheten för att nå målen och genom det också kvalitetssäkra verksamheten.

3 Systematiskt förbättringsarbete

Ledningssystemet ska stödja verksamheten i att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet. Att identifiera processer och att säkerställa att verksamheten uppfyller de krav och mål som gäller för verksamheten är ständigt pågående. Ledningssystemet ska vara ändamålsenligt uppbyggt för att planera, leda, kontrollera, följa upp och förbättra verksamheten.



Att få innehållet i ledningssystemet till att vara tillgängligt och ett verktyg i vardagen är en viktig fråga, som har blivit extra viktigt under pandemiåren. Nya rutiner har skapats utifrån covid-19 och dessa har reviderats ofta, vilket har gjort att informationsflödet och tillgängligheten inte får brista. Då vissa verksamheter inte har tillgång till kommunens nätverk, har ledningssystemet även publicerats på Sölvesborgs kommuns hemsida och blivit tillgängligt för alla.

Under 2021 har ett digitalt verktyg för SOSFS 2011:9 köpts in, en ny modul i Stratsys. Modulen erbjuder möjligheter att analysera nuläge, bedöma risker och hantera egenkontroller i syfte att varje roll i organisationen ska veta vad den ska göra utifrån brukar-, verksamhets- och lagstiftande perspektiv. Verktögen ger verksamheten förutsättningar till att öka förståelsen för det systematiska kvalitetsarbetet genom att belysa strukturen och också leda till att säkerställa en långsiktig styrning.

3.1 Egenkontroll

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

Egenkontroll ligger i årshjulet under oktober månad och genomförs i hela verksamheten. Egenkontroller finns upprättade för olika verksamhetsområden, såsom verkställighet och myndighetsutövning. Varje enhetschef arbetar vidare med åtgärder utifrån egenkontrollen på sin enhet. Inom myndighetsutövningen genomförs ärendegranskning och

diskussioner kring beslut för att säkerställa en rättssäker behovsbedömning. Inom verkställigheten kontrolleras verksamheten genom en checklista med frågor som bland annat rör verksamhet, kompetens, brukare och bemötande. Varje enhet ansvarar för att skapa åtgärder utifrån de kontrollområden som visar eventuella brister. En samlad bedömning utifrån 2021 års egenkontroller är att inga övergripande riskområden har uppmärksammats och att de risker som uppmärksammats på enhetsnivå hanterats utifrån gällande rutin.

3.2 Riskanalys

Riskanalys är ett arbete som syftar till att vidta förebyggande åtgärder för den enskilde brukarens säkerhet och trygghet, innan något har inträffat. Analyser ska göras för att identifiera händelser som kan inträffa och som gör att verksamheten inte kan leva upp till krav och mål som ställs i lagar, föreskrifter och beslut. Att genomföra riskanalyser i en komplex verksamhet och som ständigt är i rörelse kan vara en utmaning. Samtidigt som det just därför det är av stor vikt att arbeta proaktivt så är det där utmaningen ligger. Under pandemin har riskanalyser fått ett viktigt fokus utifrån nya rutiner och arbetssätt. Varje nyuppkommet scenario har krävt en riskanalys för att säkerställa den enskildes behov kontra smittorisk exempelvis.

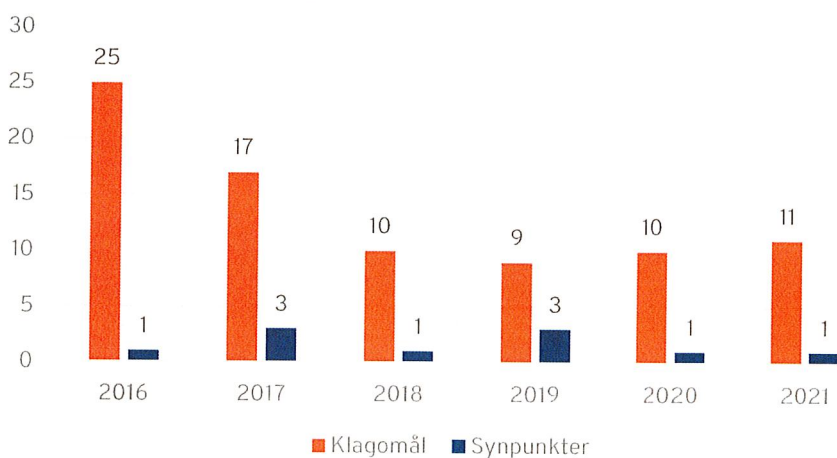
3.3 Utredning av avvikelser inom SoL och LSS

Avvikelsehanteringen är en del i det systematiska kvalitetsarbetet och syftar till att upptäcka och förebygga kvalitetsbrister. I omsorgsförvaltningen hanteras avvikelser skrivna av medarbetare inom egna organisationen som avvikelser enligt SoL och LSS och rapport enligt lex Sarah. Avvikelser inkomna från andra än från egna organisationen ska hanteras som klagomål och synpunkter.

3.3.1 Klagomål och synpunkter

Under 2021 inkom elva klagomål och en synpunkt. 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.

Klagomål och Synpunkter



Klagomålen under 2021 handlade bland annat om uttryckt missnöjde kring verksamhetens rutiner kring covid-19, bristande kontinuitet kring personalantal och bristande bemötande. Tre av klagomålen rörde privat verksamhet.

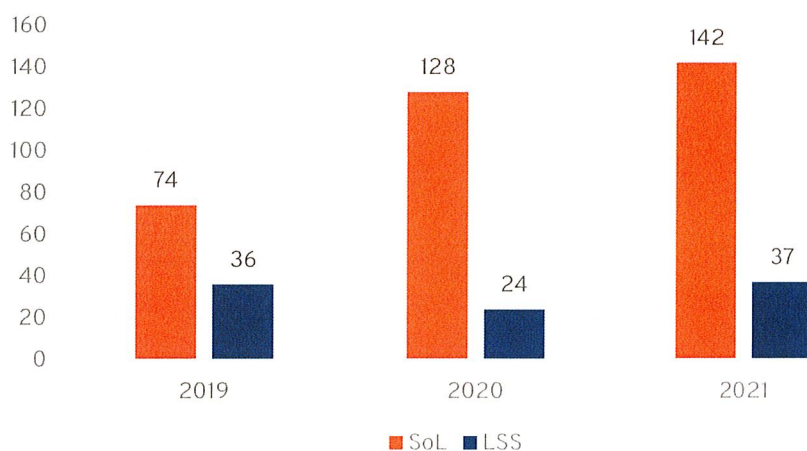
Klagomålen hanterades enligt gällande rutin där en ansvarig utredare, i de flesta fall enhetschefen på enheten, utsågs och svarade den som hade skickat in klagomålet eller synpunkten inom 14 dagar. Klagomålet eller synpunkten utreds och utifrån innehållet i klagomålet kan delar vara i behov av att även hanteras utifrån andra rutiner, exempelvis avvikelse enligt SoL eller LSS.

3.3.2 Avvikelser SoL och LSS

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. I början av 2019 började avvikelser enligt SoL och LSS rapporteras och hanteras i Life Care vilket gav verksamheten större möjlighet att följa avvikelser både per enhet, men också över hela verksamheten. Då verksamheten tidigare hanterade avvikelser via blankett finns ingen förvaltningsövergripande statistik före 2019.

En större ökning skedde mellan åren 2019 och 2020. Den ökningen beror troligtvis på att arbetssättet, att rapportera i system, blev mer tillämpat. Mellan 2020 och 2021 är inte ökningen lika stor.

Avvikelser SoL och LSS



Avvikelser som har rapporterats har handlat om att en insats inte har utförts, att insatser inte genomförts i enlighet med aktuell genomförandeplan eller brister i informationsöverföring med mera.

Avvikelserna har utretts och analyserats i verksamhetssystem Life Care av ansvarig enhetschef. Enhetschefen har ansvarat för att vidta nödvändiga och lämpliga åtgärder och att följa upp händelsen. Verksamhetschef och kvalitetsutvecklare har följt upp avvikelser på verksamhetsnivå. Detta för att uppmärksamma mer övergripande organisatoriska brister.

Som stöd vid utredning av avvikelser har följande riskmatris använts 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

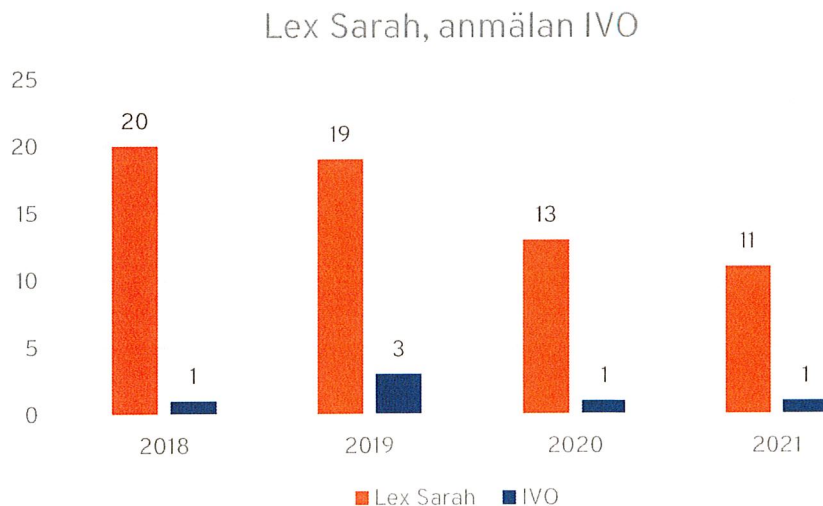
Mindre (1) Obehag eller obetydlig men/skador

Matrisen har använts vid olika typer av oönskade händelser, så som avvikelser, riskanalys och även avvikelser inom hälso-och sjukvården.

3.3.3 Rapportering enligt lex Sarah

Under 2021 har 11 rapporter enligt lex Sarah inkommit inom förvaltningen. Rapporterna under 2021 avser till störst del brister i omsorgen, varav tre rapporter avser uteblivna insatser och fyra avser brister i utförande av insatser. Tre av rapporterna avser misstanke om stöld och den elfte rapporten avser brister i kommunikation mellan verksamheten och annan vårdgivare.

En översikt av inkomna rapporter enligt lex Sarah de fyra senaste åren presenteras i tabellen här efter.



En, av de elva rapporterade händelserna under 2021, bedömdes som allvarligt missförhållanden och anmäldes därför till Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Missförhållandet avsåg en händelse i september 2021 där privata medel tillhörande tolv brukare på särskilt boende saknades i ett värdeskåp. Utredningen visade på brister som krävde åtgärder i form av

andra värdeskåp och revidering av rutiner. IVO godkände nämndens utredning och avslutade ärendet.

Slutsatserna och de planerade åtgärderna i en utredning efter en inkommen rapport enligt lex Sarah har spridits som information till verksamheten. Detta för att jobba förebyggande och arbeta för en lärande organisation, där oönskade händelser inte ska behöva ske mer än en gång.

4 Övrigt kvalitetsarbete

4.1 Internkontroll

Omsorgsnämnden beslutade i mars 2021 kontrollområden för året. De beslutade områdena var individens behov i centrum (IBIC), basal hygien och kompetensförsörjning. Områdena valdes ur den bruttorisklista som samlar de risker som kontinuerligt uppmärksammas inom nämndens ansvarsområde.

Under året har det interna kontrollarbetet redovisats enligt den beslutade kontrollplanen. Utifrån det arbetet som genomförts har analys och nya riskbedömningar kring områdena och dess risker kunnat göras.

Implementeringen av IBIC, som innebär ett förändrat arbetssätt, kan i sin tur föranleda risker. Genom att riskerna följts i den interna kontrollplanen har riskerna minimerats.

Flertalet mätningar av följsamhet till basal hygien har genomförts under året och kompetenshöjande insatser har genomförts till viss del. Arbetet under året har inte bidragit helt till att riskerna minskat. Följsamhet till basal hygien kommer fortsätta att vara ett prioriterat område för förvaltningen.

Kompetensförsörjningen har i den interna kontrollen följts utifrån flera riskaspekter. Arbetet kring kompetensförsörjning är ett långsiktigt arbete som kommer att behöva fortsätta i förvaltningen.

4.2 Kvalitetspris

Under 2020 inrättades omsorgsnämndens kvalitetspris. Priset syftar till att uppmärksamma, uppmuntra och belöna kvalitetsutveckling och goda exempel inom vård- och omsorg i förvaltningen. Tanken med priset är också att synliggöra goda exempel som andra enheter kan få idéer och dra lärdomar av. I december 2021 delades omsorgsnämndens kvalitetspris för andra gången ut. Vinnare av kvalitetspriset var omsorgsförvaltningens öppna verksamhet. Motiveringen var bland annat att verksamheten hittat nya och unika lösningar för att nå ut målgruppen med musik och livesändningar under pandemin. Oavsett om hemadressen är på ett särskilt



boende eller i ett ordinärt boende ges kommuninvånaren möjlighet till att ta del av ett brett kulturutbud i form av musikunderhållning, bingo, gympa och trevliga fredagsövertaskningar med mera.

Nio nomineringar inkom till 2021 års kvalitetspris.

4.3 Långsiktig planering

I maj 2020 godkände omsorgsnämnden Verksamhetsplan 2020-2022. I planen presenteras omsorgsförvaltningens organisation och verksamhet ur ett treårigt perspektiv. Verksamhetsplanen är en del förvaltningens systematiska arbete i att på bästa sätt planera och fullfölja nämndens ansvar och prioriteringar.

Under 2021 togs även en äldreplan fram. Äldreplanen ska verka som en grund för den långsiktiga planeringen, styrningen och förbättringar för äldreomsorgen. Den synliggör olika faktorer, både interna och externa, som politik och förvaltning behöver förhålla sig till för att på bästa sätt planera framtidens äldreomsorg.

5 Kvalitetsmätningar

5.1 Brukarundersökning "Vad tycker de äldre om äldreomsorgen"

Under 2021 genomfördes av Socialstyrelsen inte brukarundersökningen "Vad tycker de äldre om äldreomsorgen". Detta på grund av att en ny upphandling av enkätleverantör behövde göras och upphandlingsprocessen drog ut på tiden. Det var därför senast 2020 som brukarundersökningen genomfördes och då för åttonde året i Socialstyrelsens regi.

Brukarundersökningen genomförs under första delen av 2022 nästa gång och då anger Socialstyrelsen att resultaten gäller för 2021 och 2022. Eftersom resultaten kommer kommunerna tillhanda i juni 2022, kan resultaten inte presenteras i kvalitetsberättelsen för 2021.

Brukarundersökningen, "Vad tycker de äldre om äldreomsorgen" skickas ut till personer som har insatserna särskilt boende och hemtjänst i ordinärt boende.

5.2 Brukarundersökning funktionshinder

Brukarundersökningen inom funktionshinderomsorgen, som sker i Sveriges kommuner och regioners (SKR) regi, genomfördes under hösten 2021.

Brukare med insatser enligt LSS, det vill säga bostad med särskild service, servicebostad, daglig verksamhet och personlig assistans hade möjlighet

att svara på enkäten. Resultatet i sin helhet per insats presenteras sist i kvalitetsberättelsen. Resultaten från årets brukarundersökning gav verksamheten underlag för vidare analys och möjlighet att skapa förbättringsåtgärder i verksamheten för att arbeta för en högre nöjdhet.

5.3 Kommunens kvalitet i korthet

Rådet för främjande av kommunala analyser (RKA) har på statens och SKR:s direktiv 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 nästan samtliga kommuner.

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. Sölvesborgs resultat gällande stöd och omsorg och de frågor som rör omsorgsnämndens ansvarsområde presenteras i tabellen nedan.

Stöd och omsorg				
Titel	2018	2019	2020	2021
Väntetid i antal dagar från beslut till första erbjudna inflyttningsdatum avseende boende enl. LSS § 9.9, medelvärde			34	50
Brukarbedömning boende LSS totalt - Brukaren trivs alltid hemma	78			81
Brukarbedömning daglig verksamhet LSS - Brukaren får bestämma om saker som är viktiga, andel (%)		75		71
Kostnad funktionsnedsättning totalt (SoL, LSS, SFB), minus ersättning från FK enl SFB, kr/inv	6 387	6 878	7 188	
Väntetid i antal dagar från ansökningsdatum till första erbjudet inflyttningsdatum till särskilt boende, medelvärde	61	33	45	27
Personalkontinuitet, antal personal som en hemtjänsttagare möter under 14 dagar, medelvärde	17	16	15	15
Kvalitetsaspekter särskilt boende äldreomsorg, andel (%) av maxpoäng		20	88	76
Brukarbedömning särskilt boende äldreomsorg - helhetssyn, andel (%)	80	82	83	



Brukarbedömning hemtjänst äldreomsorg - helhetssyn, andel (%)	90	92	92	
Sjuksköterskor/plats i boende för särskild service för äldre, vardagar, antal	0,05	0,03		
Kostnad äldreomsorg, kr/inv 80+	253 863	246 088	253 674	

Nyckeltalen i KKiK är en mix av nyckeltal direkt tagna från andra undersökningar med nyckeltal som direkt är förknippade med KKiK.

Resultat på vissa frågor saknas för 2021, då brukarundersökningen inom äldreomsorgen inte genomfördes under 2021. Kostnadsuträkningarna för kostnad funktionsnedsättning och äldreomsorg är inte klar vid kvalitetsberättelsens upprättande. Sjuksköterskor/plats i boende är ett för KKiK nytt nyckeltal och resultatet för 2021 har ännu inte presenterats. Resultat på brukarbedömning helhetssyn hemtjänst och särskilt boende som hämtas från brukarundersökningen saknas också. Resultaten från 2021 visar att Sölvesborg inte på något av nyckeltalen hamnar bland de 25 % med lägst resultat.

6 Personalens medverkan i kvalitetsarbetet

Medarbetare är enligt föreskrift skyldiga att delta i verksamhetens kvalitetsarbete. Av lagstiftningen framgår det att var och en som utför uppgifter inom socialtjänsten eller i verksamhet enligt LSS är skyldig att medverka i verksamhetens kvalitetsarbete genom bland annat rapporteringsskyldighet. Att aktivt i varje verksamhet arbeta med avvikelser, synpunkter och klagomål som en del i vardagsarbetet är ett sätt att arbeta förebyggande och kvalitetsförbättrande. Medarbetares delaktighet och kompetens är viktig för att uppnå god kvalitet i omsorgen. Under 2021 har viss kompetensutveckling fått skjutas fram, en hel del har kunnat genomföras enligt plan, men framförallt har fokus fått förändras.

Hantering av pandemin har varit det som upptagit mycket av förvaltningens tid och energi under året. Förvaltningen har ändå genomfört flera satsningar som på sikt kommer att bidra till att kvaliteten inom omsorgsverksamheten kommer att stärkas och säkerställas. Under hösten 2021 anställdes elva kvalitetsundersköterskor inom äldreomsorgen, en till varje enhetschefsområde. Kvalitetsundersköterskornas roll är att driva kvalitetsarbetet tillsammans med övriga professioner. Detta kommer att ge en extra kraft till verksamheten. Även en metodutvecklare har under året anställts inom äldreomsorgen. Metodutvecklaren har en stödjande funktion i att se till att medarbetarna har den kompetens och kunskap som krävs för att arbeta operativt på det sätt som krävs i det strategiska kvalitetsarbetet. Metodutvecklaren har påbörjat arbetet med att ta fram en metodbok för

äldreomsorgen, vilken syftar till att öka kvaliteten i verksamheten genom att stärka medarbetarna i sitt uppdrag och i mötet med brukare.

Omsorgsförvaltningen arbetar kontinuerligt med efterlevnad av beslutad värdegrund *"Allt vi gör i Sölvesborgs kommun ska genomsyras av engagemang, värme och närhet"*. Det är ett ständigt arbete att säkerställa att värdegrunden efterföljs på respektive enhet i förvaltningen.

Omsorgsförvaltningen har utöver värdegrunden värdighetsgarantier för äldreomsorgen.

- **Respekt** - Att personalen respekterar ditt privatliv oavsett din kultur, livsåskådning eller tro.
- **Trygghet** - Att du får veta i så god tid som möjligt om personalen inte kan komma på överenskommen tid. Att all personal alltid ska legitimera sig med omsorgens id-bricka.
- **Ansvar** - Att du får en personlig kontaktman i samband med att dina insatser startar. Att du tillsammans med din kontaktman upprättar en genomförandeplan, där tider anges när du ska få stödet utfört. Att din genomförandeplan följs upp minst två gånger per år tillsammans med dig.
- **Professionalism** - Att personalen inom äldreomsorgen alltid arbetar efter omsorgsnämndens värdegrund/bemötande i kontakt med dig. Att personalen du möter är professionell i sitt bemötande och vet sitt uppdrag när de kommer hem till dig.

7 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. Under pandemin har sättet att kommunicera och samverka fått hitta nya vägar, eftersom fysiska möten inte kunnat genomföras.

Teamträffarna är en viktig del i samverkan kring brukaren. Under pandemin har även här nya sätt för dialog fått tillämpas, eftersom vissa fysiska möten inte varit möjliga.

Samverkan med regionen sker på flera plan. Utifrån den enskilde brukaren är samverkan vid utskrivning kanske den mest centrala. När den enskilde har behov av insatser både från hälso- och sjukvården och från socialtjänsten ska regionen och kommunen tillsammans upprätta en individuell plan. Planen ska upprättas om regionen eller kommunen bedömer att den behövs för att den enskilde ska få sina behov



tillgodosedda och om den enskilde samtycker till det. Lagen om samverkan (LOS) trädde i kraft 2018 med syftet att skapa en trygg, säker och smidig övergång från slutenvård till öppen vård och omsorg. Omsorgsförvaltningen har ett hemgångsteam med sjuksköterska, biståndshandläggare och arbetsterapeut för att på bästa sätt trygga och kvalitetssäkra hemgången för den enskilde brukaren. I genomsnitt vistas mellan 40-50 personer per månad på regionens sjukhus som är i behov av stöd och hjälp från omsorgen vid hemkomst.

Samverkan med regionen sker även på fler nivåer och utgår från ledningssamverkan vård och omsorg (LSVO). LSVO:s gemensamma syn är att samarbete mellan regionen och kommunerna i Blekinge behövs bland annat för att brukare och patienter ska uppleva vård- och omsorgsinsatserna som en helhet utan gränser. Förutom LSVO som ansvar för den strategiska planeringen finns även samverkansgrupper, arbetsgrupper och projektgrupper som verkar mer operativt.

8 Plan 2022 Vård- och omsorgsförvaltningen

Vid årsskiftet 2021/2022 delades delar av omsorgsnämndens ansvarsområde upp till den nya nämnden arbete och välfärd. Det som kommer att tillhöra arbete och välfärd är funktionshinderomsorgen, både myndighetsdelen samt verkställigheten, och öppen verksamhet. Vård- och omsorgsnämnden kommer att ha ansvar för äldreomsorg och kommunal hälso- och sjukvård.

Vård- och omsorgsförvaltningen kommer att fortsätta sitt arbete med mål- och resultatstyrning. Detta för att säkerställa kvalitén på den service och de tjänster som medborgarna i Sölvesborgs kommun tillhandahåller från förvaltningen. Den grundläggande utgångspunkten är att resultat ska kunna mätas för att kunna skilja framgångar från misslyckanden. Förvaltningen ska vara en lärande organisation, vilket innebär att framgångar och misslyckanden ska identifieras för att säkerställa kvaliteten och att verksamhetsområdena lär av varandra. Det systematiska kvalitetsarbetet kommer att fortsätta att utvecklas strategiskt genom till exempel analysarbete.

Det systematiska kvalitetsarbetet kommer även understödjas av den nya modulen i Stratsys vad gäller ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Aktuella rutiner för egenkontroll och riskanalys följs, men dokumentationen kring dem kan utvecklas med verktyget och möjligheten att jobba systematiskt och strategiskt kommer att öka.

Kvalitetsarbetet i verksamheten innefattar många viktiga områden som exempel brukarperspektivet som grund för verksamhetens uppdrag ska

fortsätta utvecklas. Den enskildes delaktighet, möjlighet till påverkan och trygghet är viktiga utvecklingsområden. Som en ytterligare kraft i det operativa kvalitetsarbetet finns metodutvecklaren och kvalitetsundersköterskor.



LSS -
Gruppbostad

Nyckeltals-ID	Titel	2021	
		Sölvesborg	Alla kommuner
Inflytande			
U28518	Brukarbedömning gruppbostad LSS - Brukaren får bestämma om saker som är viktiga hemma, andel (%)	65	78
Rätt stöd			
U28519	Brukarbedömning gruppbostad LSS - Brukaren får den hjälp hen vill ha, andel (%)	90	81
Kommunikation			
U28521	Brukarbedömning gruppbostad LSS - Personalen pratar så brukaren förstår, andel (%)	80	72
U28641	Brukarbedömning gruppbostad LSS - All personal förstår brukaren, andel (%)	75	71
Omtanke			
U28520	Brukarbedömning gruppbostad LSS - Personalen bryr sig om brukaren, andel (%)	80	83
Förtroende för personalen			
U28522	Brukarbedömning gruppbostad LSS - Brukaren känner sig trygg med alla i personalen, andel (%)	80	77
Trygghet			
U28523	Brukarbedömning gruppbostad LSS - Brukaren är aldrig rädd för något hemma, andel (%)	60	66
Trivsel			
U28524	Brukarbedömning gruppbostad LSS - Brukaren trivs alltid hemma, andel (%)	89	82
Synpunkter			
U28560	Brukarbedömning gruppbostad LSS - Brukaren vet vem hen ska kontakta om något är dåligt hemma, andel (%)	65	85



LSS -
Servicebostad

Nyckeltals-ID	Titel	2021	
		Sölvesborg	Alla kommuner
Inflytande			
U28525	Brukarbedömning servicebostad LSS - Brukaren får bestämma om saker som är viktiga hemma, andel (%)	83	82
Rätt stöd			
U28526	Brukarbedömning servicebostad LSS - Brukaren får den hjälp hen vill ha, andel (%)	78	79
Omtanke			
U28527	Brukarbedömning servicebostad LSS - Personalen bryr sig om brukaren, andel (%)	89	84
Kommunikation			
U28528	Brukarbedömning servicebostad LSS - Personalen pratar så brukaren förstår, andel (%)	67	68
U28644	Brukarbedömning servicebostad LSS - All personal förstår brukaren, andel (%)	67	72
Förtroende för personalen			
U28529	Brukarbedömning servicebostad LSS - Brukaren känner sig trygg med alla i personalen, andel (%)	72	73
Trygghet			
U28530	Brukarbedömning servicebostad LSS - Brukaren är aldrig rädd för något hemma, andel (%)	50	66
Trivsel			
U28531	Brukarbedömning servicebostad LSS - Brukaren trivs med alla i boendepersonalen, andel (%)	72	78
Synpunkter			
U28571	Brukarbedömning servicebostad LSS - Brukaren vet vem hen ska kontakta om något är dåligt hemma, andel (%)	72	83



LSS - Daglig
verksamhet

Nyckeltals-ID

Titel

2021

Alla
Sölvesborg kommuner

Inflytande

U28532	Brukarbedömning daglig verksamhet LSS - Brukaren får bestämma om saker som är viktiga, andel (%)	71	75

Rätt stöd

U28533	Brukarbedömning daglig verksamhet LSS - Brukaren får den hjälp hen vill ha, andel (%)	91	86

Omtanke

U28534	Brukarbedömning daglig verksamhet LSS - Personalen bryr sig om brukaren, andel (%)	96	89

Kommunikation

U28535	Brukarbedömning daglig verksamhet LSS - Personalen pratar så brukaren förstår, andel (%)	78	77
U28658	Brukarbedömning daglig verksamhet LSS - All personal förstår brukaren, andel (%)	79	77

**Förtroende för
personalen**

U28536	Brukarbedömning daglig verksamhet LSS - Brukaren känner sig trygg med alla i personalen, andel (%)	82	83

Trygghet

U28537	Brukarbedömning daglig verksamhet LSS - Brukaren är aldrig rädd för något på sin dagliga verksamhet, andel (%)	76	73

Trivsel

U28538	Brukarbedömning daglig verksamhet LSS - Brukaren trivs alltid på sin dagliga verksamhet, andel (%)	85	85

Betydelse

U28561	Brukarbedömning daglig verksamhet LSS - Verksamheten är viktig för brukaren, andel (%)	76	83

Synpunkter

U28562	Brukarbedömning daglig verksamhet LSS - Brukaren vet vem hen ska kontakta om något är dåligt, andel (%)	80	90



Personlig
Assistans

Nyckeltals-ID

Titel

2021

Alla

Sölvesborg kommuner

Valfrihet

U28616 Brukarbedömning Personlig assistans
- Brukaren har varit med och bestämt
alla sina assistenter, andel (%)

75

49

Rätt stöd

U28619 Brukarbedömning Personlig assistans
- Brukaren får den hjälp hen vill ha av
assistenterna, andel (%)

92

87

Omtanke

U28622 Brukarbedömning Personlig assistans
- Assistenterna bryr sig om brukaren,
andel (%)

92

87

Kommunikation

U28625 Brukarbedömning Personlig assistans
- Alla assistenter pratar så brukaren
förstår, andel (%)

92

77

U28628 Brukarbedömning Personlig assistans
- Alla assistenter förstår brukaren,
andel (%)

92

74

**Förtroende för
personalen**

U28631 Brukarbedömning Personlig assistans
- Brukaren känner sig trygg med alla
sina assistenter, andel (%)

100

80

Frihet

U28634 Brukarbedömning Personlig assistans
- Brukaren kan göra det hen vill med
hjälp av sina assistenter, andel (%)

83

78

Trivsel

U28638 Brukarbedömning Personlig assistans
- Brukaren trivs med sina assistenter,
andel (%)

83

83

Synpunkter

U28637 Brukarbedömning Personlig assistans
- Brukaren vet vem hen ska prata
med om något fungerar dåligt med
assistenterna, andel (%)

92

85