Plats och tid	Kommunhuset, rum Harrie, 15 mars 2022, klockan 18.30-19.45
Beslutande ledamöter	Se nästa sida
Ersättare	Se nästa sida
Övriga närvarande	Se nästa sida
Utses att justera	Jimmy Runesson (S)
Justeringens plats och tid	Digital justering
Paragrafer	§§ 11–30

Sekreterare

Anna Karin Johansson

Ordförande

Annsofie Thuresson (M)

Justerande

Jimmy Runesson (S)

Anslag/Bevis

Protokollet är justerat. Justeringen har offentliggjorts på kommunens anslagstavla.

Organ	Omsorgsnämnden
Sammanträdesdatum	2022-03-15
Anslag sätts upp	
Anslag tas ned	
Förvaringsplats för protokollet	Kommunkansliet

Underskrift

Utdragsbestyrkande

Signature reference: acf9c3f6-e21b-4a9e-b314-28345318321b

Beslutande ledamöter	Annsofie Thuresson (M), ordförande Mikael Brandt (C) Gunni Gustafsson Nilsson (S) Anna Elmvik (M) Ulla Nordström (M) Patrik Bengtsson (M) Jimmy Runesson (S) Birgitta Dahlén Mårtensson (S) Anne-Lis Paulsson (S) Thomas Borg (SD) Thomas Salomon (SD) Mari Tura (M) Tobias Gradén (L)
Ersättare	Anna-Maria Banck (C) Alexander Kjellman (KD) Mats Malmström (S) Karin Andersson (S) Anders Landin (S) Sara Dahlgren (S) Christer Andersson (SD)
Övriga närvarande	Leila Misirli, sektorchef Irini Papadopoulou, biträdande sektorschef Ann-Chatrine Ewald, medicinskt ansvarig sjuksköterska, §§ 11–16 Bengt-Inge Davidson, ekonom, §§ 11–15 Anna Karin Johansson, nämndsekreterare

Signature reference: acf9c3f6-e21b-4a9e-b314-28345318321b

Ärendelista

§11	Öppna nämndsammanträden
§12	Information från sektorchef
§13	Bokslut för omsorgsnämnden år 2021
§14	Fastställande av nämndplan för omsorgsnämnden år 2022
§15	Verksamhetsuppföljning till och med januari år 2022
§16	Patientsäkerhetsberättelse för omsorgsnämnden år 2021
§17	Kvalitetsrapport för omsorgsnämnden år 2021
§18	Justerat program för uppföljning och kontroll av egna och externa utförare samt plan för uppföljning under år 2022
§19	Uppföljning av externa utförare, servicetjänster
§20	Uppföljning av externa utförare, daglig verksamhet
§21	Revidering av omsorgsnämndens delegationsordning
§22	Informationssäkerhetssamordnare för omsorgsnämnden
§23	Redovisning av uppdrag om regelverk för föreningsbidrag
§24	Återrapportering av direktiv om tillfälligt riktat föreningsstöd för att främja psykisk hälsa
§25	Tillfälligt riktat föreningsstöd år 2022 för att främja psykisk hälsa hos seniorer
§26	Om- och nybyggnation vid Kullagården
§27	Redovisning av myndighetsbeslut för egenkontroll år 2021
§28	Redovisning av delegationsbeslut 15 mars 2022
§29	Redovisning av inkomna skrivelser 15 mars 2022
§30	Lex Sarah

Signature reference: acf9c3f6-e21b-4a9e-b314-28345318321b

§11

Dnr: ON 2022/32

Öppna nämndsammanträden

Beslut

Omsorgsnämndens beslut
Omsorgsnämnden beslutar att nämndsammanträdena ska vara öppna för allmänheten.

Omsorgsnämndens beslut i § 1/2022 om stängda nämndsammanträden upphävs.

Ärendebeskrivning

I omsorgsnämndens reglemente står det i § 21 att nämnden har möjlighet att öppna sammanträdena för allmänheten utom vid sekretessbelagda ärenden. Ett nämndbeslut krävs för att sammanträdena ska vara öppna.

Under pandemin har omsorgsnämnden flera gånger beslutat om öppna respektive stängda sammanträden när restriktionerna har förändrats, senast beslutade nämnden om stängda sammanträden i § 1/2022. Detta beslut föreslås nu upphävas.

Beslutsunderlag

- Öppna nämndsammanträden, tjänsteskrivelse

Beslutet skickas till

För verkställighet
nämndsekreterare

Signature reference: acf9c3f6-e21b-4a9e-b314-283453183211b

§12

Information från sektorchef

Leila Misirli, sektorchef, informerar om följande:

- Beredskap med anledning av kriget i Ukraina.
- Covid-19 och vaccination. Minskad smitta i verksamheterna. 96 % av personalen är vaccinerad.
- Resultat från medborgarundersökningen år 2021. Bra betyg för kommunens äldreomsorg.
- Färdtjänst. Uppdraget går över till Skånetrafiken den 1 april 2022.

Signature reference: acf9c3f6-e21b-4a9e-b314-28345318321b

§13

Dnr: ON 2022/39

Bokslut för omsorgsnämnden år 2021

Beslut

Omsorgsnämndens beslut
Omsorgsnämnden beslutar att godkänna bokslutsrapporten samt att skicka den vidare till kommunstyrelsen.

Ärendebeskrivning

Bokslutet avseende omsorgsnämnden visar ett positivt resultat för nämnden om 11,4 miljoner kr.

Det stora överskottet hänförs främst till en allmän försiktighet på grund av den pågående pandemin, statsbidrag har kunnat nyttjas för intern projektledning och det har arbetats effektivt med att anpassa personalstyrkan utifrån de förutsättningar som pandemin skapat.

Kommunstyrelsen förväntas besluta att resultatet, med avdrag för måltidsservice del, i sin helhet används för att återställa de kvarvarande 14,4 miljoner kr av underskottet från 2019. Detta enligt de ekonomiska styrprinciperna för Kävlinge kommun. I den avräkningen är liggande förslag att även tillgodoräkna nämnden centrala ej utnyttjade LSS-medel, samt den del av bemanningsenhetens positiva resultat som kommer från sektor omsorgs andel av beställningarna under 2021. Vilket skulle i sin helhet återställa sektorns eftersläpande negativa resultat.

Bokslutsresultatet innebär också att uppdraget ”Återställande av negativt resultat för 2021” anses utfört och återrapporterat i och med denna rapport.

Beslutsunderlag

- Bokslut för omsorgsnämnden år 2021, tjänsteskrivelse
- Årsbokslut för omsorgsnämnden, 2 mars 2022
- Protokollsanteckning

Yrkanden

Mikael Brandt (C), Anna Elmvik (M) och Thomas Salomon (SD) yrkar bifall till liggande förslag.

Signature reference: acf9c3f6-e21b-4a9e-b314-283453183211b

Protokollsanteckning

Gunni Gustafsson Nilsson (S) lämnar följande protokollsanteckning:

Socialdemokraterna godkänner rapporten och förslag till beslut men vill ha antecknat följande till protokollet:

- *Vi frågar oss varför 11,4 mkr i överskott?*
  Har vi verkligen gjort vad vi skulle? Med tanke på pandemin och de extra kostnader som den borde dragit med sig!
- *Det är bra att överskottet används för att betala nämndens underskott från tidigare år även om det inte täcker allt. Därför också bra att förslaget i avräkningen är att även tillgodoräkna nämnden centrala ej utnyttjade LSS-medel, samt den del av bemanningsenhetens positiva resultat som kommer från sektor omsorgs andel av beställningar 2021. Vilket i sin helhet återställer sektorns eftersläpande negativa resultat.*
- *Vi vill dock poängtera vikten av att när pengar tas från ej utnyttjade centrala LSS-medel måste det finnas nya pengar för satsningar inom LSS, så vi inte blir utan t ex gruppbostäder.*

Beslutet skickas till

För kännedom
kommunstyrelsen

Signature reference: acf9c3f6-e21b-4a9e-b314-28345318321b

Årsbokslut 2021

Årsrapport sektor

Omsorgsnämnden

Signature reference: acf9c3f6-e21b-4a9e-b314-28345318321b

Innehåll

Nämndens rapport årsbokslut 2
Sektorchef har ordet 2
Ekonomi 4
Sammanfattning nämnd 4
Utfall 4
Engångssatsningar 6
HR 7
Intern kontrollplan 10
Direktiv 11
Måluppföljning 12
Måluppföljning nämndmål 12
Nämndens bedömning av de gemensamma målen 12
Indikatorlista kommunövergripande mål (Bilaga) 16
Indikatorlista nämndsmål (Bilaga) 20

Signature reference: acf9c3f6-e21b-4a9e-b314-28345318321b

Nämndens rapport årsbokslut

Sektorchef har ordet

2021 blev ytterligare ett år som till stor del präglats av pandemin. Många olika åtgärder har vidtagits för att skydda omsorgstagarna från smitta och säkra kvaliteten i verksamheten trots det ovanliga läget. I början av året snabbtestades medarbetare inför sina arbetspass och man kom igång med att vaccinera de sköraste omsorgstagarna i samverkan med Region Skåne. Senare under året har alla omsorgstagare och medarbetare som arbetar i omsorgen erbjudits vaccindos två och tre. I slutet av året beslutade omsorgsnämnden om krav på vaccination för att arbeta omsorgsnära, för att ytterligare säkerställa tryggheten för omsorgstagarna. Under perioder med hög smittspridning har verksamheter varit tillfälligt stängda, anpassningar har gjorts och mycket fokus har legat på att säkerställa att hygienrutiner följs och skyddsutrustning finns och används. Inom måltidsverksamheten har verksamheten också behövt anpassas till pandemin, med anpassningar gällande maten under de perioder då skolans undervisning skett på distans.

Under hösten har samtal förts med samtliga chefer och nyckelpersoner kring behov av anpassningar av organisationen för att skapa kraft för att arbeta med utveckling av sektorns verksamheter. Ett antal förslag har tagits fram, och viss anpassning av verksamheterna har påbörjats. En ny ekonomimodell för fördelning av medel till enheterna som ansvarar för äldreomsorg har tagits fram under året, med syfte att skapa bättre förutsättningar för enhetscheferna att aktivt planera, styra och följa upp sin verksamhet. För att få ytterligare driv i arbetet med Heltid som norm har en projektledare utsetts och påbörjat sitt arbete.

Arbete har gjorts under året för att komma till rätta med att många av de biståndsbedömda servicelägenheterna har stått tomma. Riktlinjerna för vem som kan bli beviljad servicelägenheter i kommunen har ändrats, och beslut har fattats att ett antal lägenheter lämnas till det kommunala bostadsbolaget för uthyrning i deras vanliga kö.

Måltidsverksamheten har under året arbetat med projekt kring Nollvision undernäring, ett arbete som fortsätter 2022. Dialogmöten har tillsammans med hälsofrämjande enheten skett med föreningsliv kring träffpunkternas utveckling, och arbetet med att främja mötesplatser med liv och rörelse fortsätter under 2022. Samverkan har med lokala restauranger och caféer har fortsatt, med rabatterat pris för seniorer, och anslutande till konceptet måltidsvän. Digitalt anhörigstöd – ”En bra plats” - har startat, för att kunna nå fler och öka tillgängligheten.

I slutet av året fattade omsorgsnämnden beslut om att införa LOV gällande ledsagare och avlösare, vilket kommer att genomföras under 2022. En LOU-upphandling har genomförts gällande LSS-boendena på Solgatan och Kungsgatan i Furulund, och boendena drivs från 1 november av Humana. Ett beslut har också fattats att 2022 överlämna färdtjänstuppdraget till Skånetrafiken.

Under året fattades beslut om att stänga Tallgården, och boendet stänger i början av 2022.

Signature reference: acf9c3f6-e21b-4a9e-b314-28345318321b

Många olika statsbidrag har under året använts bland annat för att utveckla en god och nära vård och hållbart arbetsliv. Riktade insatser för att motverka ofrivillig ensamhet har genomförts, liksom satsningar på kompetensutveckling och välfärdsteknik.

Signature reference: acf9c3f6-e21b-4a9e-b314-28345318321b

Ekonomi

Sammanfattning nämnd

Sektorn lämnar ett resultat för helåret 2021 på 10,3 mkr för omsorgsverksamheten, samt 1,1 mkr avseende måltidsservice. Uppdraget för 2021 var att uppnå ett positivt resultat om minst 4,7 mkr. Under året har sektorn tillförts statsbidrag både i sektorns ramtilldelning och som riktade statsbidrag.

Utfall

Sektor omsorg redovisar för 2021 ett överskott med 11,4 mkr varav måltidsservice står för 1,1 mkr. I det positiva resultatet ingår utöver den tilldelade ramen även statsbidrag som tillkommit under 2021. Personalkostnaderna för året följer budgeterad kostnad även om det finns en viss osäkerhet i årets sista veckor då pandemin tog ny fart och påverkade sektorns verksamhet.

Under 2021 har inget separat statsbidrag för att täcka pandemikostnader beviljats, utan detta förväntas hanteras inom det statsbidrag som fördelades i samband med budget, och för Kävlinges del uppgår till totalt 11,9 mkr. Den beräknade kostnaden för pandemin som gjordes i inledningen av 2021 var 4,0 mkr vilket visade sig vara lite i underkant och beräkningen ökades på till 5,0 vilket också stämmer väldigt väl med de kostnader som slutligen summerades. Dessa kostnader är redovisade under raden för övriga kostnader. Det har under året prognostiserats försiktigt avseende statsbidragen då det var osäkert huruvida de planerade projekten och aktiviteterna skulle kunna genomföras, men vid slutet av året kunde konstateras att enheterna genomfört i princip alla planerade aktiviteter. Lokalkostnaderna för sektorn har varit högre för året vilket till stor del hänförs till de tomma lägenheter som funnits på kommunens trygghetsboenden och beslut har fattats om att överlämna radhuslägenheterna på Norrehed permanent till KKB, samt i samarbete med KKB erbjuda personer i åldern 70 år och äldre, registrerade i bostadskön, lägenheter ur det övriga beståndet av trygghetsboenden.

Enheternas ekonomi har i stort följt de prognoser som lämnats under året med mindre avvikelser. De enheter som lämnat negativa prognoser har upprättat handlingsplaner för att komma till rätta med sin ekonomi.

Under året har volymerna för LSS-verksamheten varit ganska följsamma till budget, på hemvårdssidan har det varit en förskjutning mellan särskilt boende och ordinärt boende, där särskilt boende har uppvisat ökade volymer och ordinärt boende det motsatta.

Sektorn har för 2021 haft ett uppdrag att generera ett överskott med 4,7 mkr som en del i att återställa det negativa resultatet för 2019, som ska återställas inom fyra år.

Investeringarna har legat på en nivå något under budgeterat, vilket får anses som normalt under rådande omständigheter. En del projekt är planerade men ej genomförda under året, detta bedöms dock inte vara en risk för väsentligt ökade kostnader under nästkommande år.

Signature reference: acf9c3f6-e21b-4a9e-b314-283453183 21b

Resultaträkning (mkr)	Utf 2021 Jan-Dec	Prognos helår 2021	Budget 2021	Utf 2020 totalt
Avgifter	74,5	72,1	-73,4	74,3
Statsbidrag och övriga bidrag	34,0	16,6	-7,6	26,1
kf-intäkt	419,0	419,0	-419,0	394,9
Övriga intäkter, överföringspost	29,8	24,0	-25,9	31,8
Summa Intäkter	**557,4**	**531,8**	**-525,9**	**527,2**
Personalkostnader	-324,2	-324,7	323,3	-322,7
Lokalkostnader	-52,9	-45,6	42,5	-51,0
Kapitalkostnader	-2,3	-2,7	2,1	-2,3
Köp av extern verksamhet	-77,4	-73,5	69,9	-66,0
Övriga kostnader städ kost	-89,1	-79,2	88,2	-83,7
Summa Kostnader	**-545,9**	**-525,8**	**525,9**	**-525,7**
Summa Resultat	**11,4**	**6,0**	**0,0**	**1,5**

År: *2021* ***Period:*** *December*

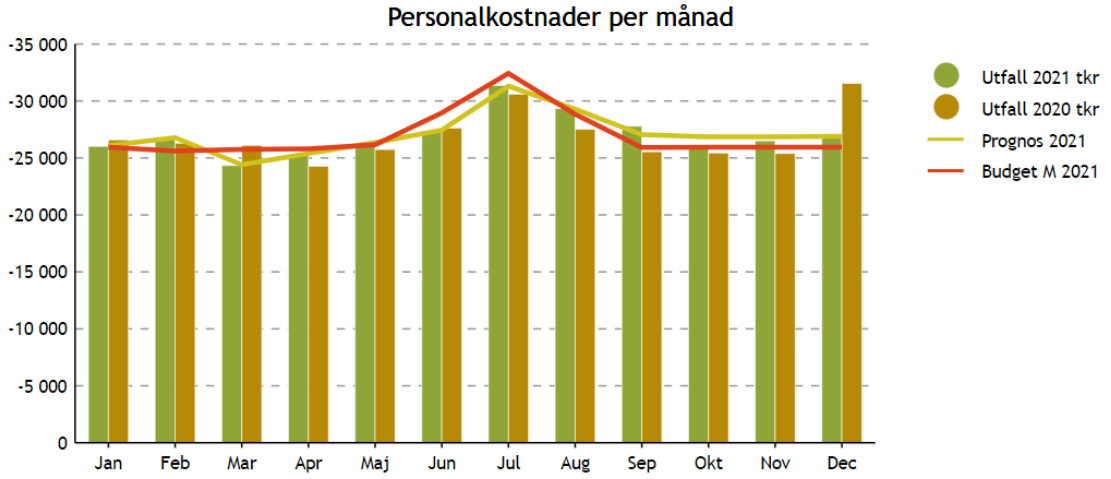
Investeringar	Budget 2021	Prognos 2021	Utf 2021 Jan-Dec
Hemvård hjälpmedel, sär bo	-600	-110	-336
Säkerhet, lås och förvaring	-400	-78	-25
Möbler och miljö Omsorg	-1 500	-284	-1 313
Måltidsservice, inventerier	-500	-97	
Inv. nytt LSS boende	-600	-50	
Total Summa	**-3 600**	**-618**	**-1 674**

Budgetansvar (mkr)	Utf 2021 Jan-Dec	Prognos helår 2021	Utf 2020 totalt
5000 - Sektorschef	2,9	4,0	0,3
5101 - Hälsofrämjande enhet	0,2	0,1	0,6
5201 - Handläggning SoL LSS	2,0	1,9	2,2
5301 - Samordnad hemsjukvård	0,8	0,6	-2,0
5401 - Hemtjänst Ligustern, Hemtagn	0,8	0,7	1,2
5402 - Hemtjänst Löddeköp Möllebacken	2,0	1,5	
5403 - Hemtjänst Kävlinge, Boendestöd	0,2	0,2	-0,7
5501 - Korttid och dagverksamhet	-0,4	0,0	-0,5
5502 - Daglig verksamhet, Eyragården	1,1	0,7	2,0
5602 - Möllebacken, Norrehed	-2,7	-2,3	-2,2
5604 - Billingshäll SÄBO	0,4	0,0	-1,1

Signature reference: acf9c3f6-e21b-4a9e-b314-28345318321b

5605 - Tallgården SÄBO, personlig ass	0,1	0,2	-1,3
5606 - Solg, Kungsg	-0,2	-0,7	-0,6
5607 - Odalvägen, Träningsvägen 6, 24	-1,5	-1,2	0,1
5608 - Bruksgat, kanslig, V långg	-0,3	0,2	
5800 - Måltidsservice	0,0	0,0	0,1
5801 - Måltidsgrupp 1	0,7	0,0	0,0
5803 - Måltidsgrupp 3	0,4	0,0	0,0
5999 - Beställare	4,9	0,0	3,7

Statsbidrag	Belopp
Ensamhet och demens	1,5 mkr
God och nära vård	1,8 mkr



Bilden visar hur sektorns personalkostnader utvecklar sig över tiden i jämförelse med budget, prognos och 2021. De ökade kostnaderna i dec 2020 hänförs till att semesterlöneskulden ökade kraftigt till följd av pandemin.

Engångssatsningar

Under 2021 tilldelades nämnden 1,5 mkr i engångssatsningar som avsågs utnyttjas till inköp av arbetskläder, elcyklar samt satsningar på utemiljön. Av dessa kunde endast ca 0,6 mkr utnyttjas under året, främst p g a svårigheterna att få leveranser kopplat till utemiljöerna eftersom detta till stor del bestod av säsongsbetonade produkter.

Signature reference: acf9c3f6-e21b-4a9e-b314-28345318321b

HR

Personalredovisning

Trots årets pandemi har sektorn klarat att sänka totala sjukfrånvaron något. Både den korta men även < 59 dagar har sjunkit. Långtidsjukfrånvaron ligger på samma nivå. Inom alla åldersgrupper har vi sänkt våra sjuktal och störst minskning är bland våra lite äldre medarbetare, 60-67 år. Mycket beror på att en del av personerna med långa sjukskrivningar har gått i pension, många har återgått i normalt arbete men en del har vi även gjort överenskommelser om avslut med. Bland de specifika yrkesgrupperna är det våra undersköterskor som står för den största frånvaron, men den är ändå lägre än förra året.

Frisknärvaron har under 2021 varit högre än under 2020. Friskast av våra operativa enheter har varit samordnad hemsjukvård och därefter våra omsorgsboenden.

Friskvårdsbidraget har utnyttjats av 185 personer inom sektor Omsorg till en summa av ca 210 tkr. Det innebär att var och en av dessa har haft friskvårsaktiviteter för 1 140 kr.
Friskvårdsbidraget har varit 1 200 kr under 2021.

I slutet av året ser vi att ca 87 procent av våra anställda är tillsvidareanställda, vilket innebär en viss minskning från 2020 och 2019. Att andelen visstidsanställda ökat jämfört med övriga år beror främst på att vi ökat antalet extratjänster och nystartsjobb. Vi ser även att det manliga antalet medarbetare ökar i organisationen jämfört med åren innan.

Personalomsättningen har åter ökat under året och den yrkesgrupp som står för största delen är fortsatt våra sjuksköterskor. En omorganisation är på gång under 2022 för att få en mer samlad enhet med bättre struktur. Våra chefer har även de en hög personalomsättning under året, med tanke på att de är så få.

Tillbuden har under året varit nästan lika många som arbetsskadorna och det är framförallt Omsorgsboendena som står för den största delen av alla anmälningar. Flest anmälningar gjordes i mars, och statistiken visar att flest händelser sker på tisdagar mellan klockan 9 och 10 på förmiddagen. Det är olycksfall som rapporteras, t ex att man blivit skadad av annan person. Tillbuden är övervägande hot- och våldsrelaterade.

Andelen Covid anmälningar under året har varit 12 stycken, hälften av alla anmälningar står våra Särskilde boende för. Endast två är anmälda till Arbetsmiljöverket, vilket till största del förmodligen beror på att de varit adresserade fel i organisationen.

Övertid har utnyttjats i större utsträckning än förra året. Vård av barn har också anmälts i större omfattning. Den totala frånvaron med alla frånvaroorsaker, har varit ca 5 000 timmar mer mot 2020.

Hållbart medarbetarengagemang (HME), ligger åter på samma nivå som för 2019. HME mäter motivation, ledarskap och styrning. 72 procent av medarbetarna har deltagit i undersökningen. eNPS – sannolikheten att rekommendera arbetsgivaren till andra var -5 %. Kävlinge kommun totalt låg på 13 %.

Signature reference: acf9c3f6-e21b-4a9e-b314-283453183321b

Antal medarbetare som idag har mer än 30 dagar sparad semester, uppgår till 56 st. Semesterplanering för dessa medarbetare bör påbörjas redan under våren om möjlighet finns för att minska semesterlöneskulden.

Projektet Hållbart arbetsliv har fortgått hela året med olika insatser på de enheter som haft högst frånvaro. Även Heltid som norm-arbetet har fortsatt under 2021. Projektgrupper har inriktat sig mot olika aktiviteter, såsom t.ex. pensionsinformation till alla medarbetare som i första hand arbetade deltid. Ny inventering av medarbetare som önskade arbeta mer i tid genomfördes för att få en dagsfärsk bild. Idag har vi 57 medarbetare som aktivt ansökt om högre tjänstgöringsgrad.

En översyn av organisationen påbörjades under hösten 2021 inför det nya budgetåret. Riskbedömningar och handlingsplaner är genomförda på berörda områden och beslut tas på samverkan under början av året. HR fortsätter med att delta i delårsbokslut för cheferna, vilket ger större möjlighet för cheferna att fatta beslut om sin personalsituation. Pandemins fortsatta utmaningar har resulterat i att sektorns chefer frågar medarbetare om de är vaccinerade, för att om möjligt anpassa arbetsuppgifter, samt att framtida rekryteringar kravställer endast vaccinerade medarbetare.

Sektor omsorgs målsättning är att tillsvidareanställd omsorgspersonal ska ha en formell utbildningsnivå som motsvarar det gymnasiala vård- och omsorgsprogrammet. För att säkra god kvalitet i verksamheten finns ett beslut om att anställda som inte har denna utbildningsnivå ska uppgå till högst 15 procent av de tillsvidareanställda. Har man inte formell utbildning är titeln stöd- och omsorgsbiträde inom sektor Omsorg (kallas ofta vårdbiträden i andra kommuner), eller måltidsbiträde inom måltidsverksamheten.

I början av året fanns 44 tillsvidareanställda stöd- och omsorgsbiträden i verksamheten. Samtliga har erbjudits vidareutbildning. Av dessa håller 23 personer nu på att läsa vård- och omsorgsprogrammet, och sju har avslutat utbildningen och har därmed fått anställning som undersköterska inom äldreomsorg eller stödassistent inom LSS-verksamheten. 14 personer har börjat läsa, men valt att inte fullfölja. Dessa personer kommer att ha fortsatt anställning som vård- och omsorgsbiträde, tills dess att de på egen hand eventuellt läst klart sin utbildning.

Vid slutet av 2021 har alltså 37 personer i sektorn anställning som stöd- och omsorgsbiträde, vilket motsvarar 8 procent. Det innebär att sektorn når upp till sitt mål att högst 15 procent av de tillsvidareanställda inte har en utbildning motsvarande det gymnasiala vård- och omsorgsprogrammet. Inom måltidsservice finns en formell kompetensnivå på 87 procent, vilket innebär att sektorn når sitt mål för utbildning även inom detta område.

Sektorn har fortsatt satsningen på specialistundersköterskor och stödpedagoger genom yrkeshögskoleutbildningar. Specialistundersköterska är en kvalificerad yrkesroll inom äldreomsorgen och innebär att du har fördjupad kompetens inom demens, somatik, hälso- och sjukvård eller funktionsbevarande insatser. Stödpedagog är en kvalificerad yrkesroll inom LSS, med fördjupad kompetens kring pedagogiskt stöd. Satsningar har under året även gjorts på högskoleutbildningar för legitimerad personal inom områdena handledning, medicinsk rätt och palliativ vård. Två sjuksköterskor har påbörjat vidareutbildning inom demens respektive psykiatri.

Signature reference: acf9c3f6-e21b-4a9e-b314-28345318321b

Samtliga dessa satsningar har under året finansierats av de statliga stimulansmedlen Äldreomsorgslyftet och Nära vård. Genom satsningarna säkerställer vi att vi har hög kompetens inom sektorn och en specialisering inom vissa relevanta områden. Satsningarna innebär också tydliga karriärvägar för våra medarbetare, vilket är en viktig del i att vara en attraktiv arbetsgivare.

NÄMND	Bokslut 2019	Bokslut 2020	Bokslut 2021
Sjukfrånvarostatistik i procent (N00090)	9,9	10,3	9,8
Korttidssjukfrånvaro <14 dagar (%)	3,8	5,1	4,6
Korttidssjukfrånvaro <59 dagar (%)	5,7	7,0	6,4
Långtidssjukfrånvaro 60 dagar eller mer (%)	4,1	3,4	3,4
Sjukdagar / per anställd	40,9	39,6	35,8
Sjukfrånvaro personer upp till 29 år (%)	9,4	10	8,8
Sjukfrånvaro Personer mellan 30–49 år (%)	8,7	9,9	9,8
Sjukfrånvaro Personer mellan 50–59 år (%)	9,3	9,7	9,2
Sjukfrånvaro Personer mellan 60–67 år (%)	17,8	14,7	12,3
Antal anställda med månadslön	706	677	676
Varav tillsvidareanställda	646	612	591
Varav visstidsanställda	60	65	85
Andel kvinnor, (%)	86	83,5	80,8
Personalomsättning, egen begäran, (%)	17,4	11,9	14,7
Andel årsarbetare, tillgänglig tid	463	461	460
Hållbart medarbetarengagemang (HME)	74	71	74

Signature reference: acf9c3f6-e21b-4a9e-b314-28345318321b

Intern kontrollplan

Kontrolluppdrag	Ansvarig
Kontroll av antal riskbedömningar gjorda i egna hemmet	Ann-Chatrine Ewald
Kontroll av följsamhet gällande rådande ramavtal vid inköp	Ulrika Johansson
Kontroll av antalet inskrivningar i Mobilt vårdteam	Ann-Chatrine Ewald

Signature reference: acf9c3f6-e21b-4a9e-b314-28345318321b

Direktiv

Organisation: *Omsorgsnämnden* ***Klar datum:*** *2021-01-01 - 2029-12-31*

Titel	Ansvarig	Klart	Politiskt avrapporterad
Direktiv - Ökad hälsa och välmående hos seniorer i ordinärt	Leila Misirli	2022-12-31	
Uppdrag - Belysa skillnader mellan Kävlinge kommuns eget förslag till regler, riktlinjer och kostnader jämfört med Skånetrafiken	Leila Misirli	2021-03-31	
Uppdrag - Strategi för seniorrestaurangerna	Leila Misirli	2022-12-31	
Uppdrag - Redovisning vid varje sammanträde av hur det generella statsbidraget på 10,2 miljoner kronor för år 2021 används för att förbättra omsorgen om äldre i Kävlinge kommun	Leila Misirli	2021-12-31	
Uppdrag - Delegationsbeslut för egenkontroll år 2021	Leila Misirli	2022-03-15	
Uppdrag - Återställande av negativt resultat för år 2021	Leila Misirli	2022-03-15	
Uppdrag - Utredning av möjlighet till ökad valfrihet (LOV) enligt kommunfullmäktiges beslut	Leila Misirli	2022-12-31	
Uppdrag - Norreheds servicelägenheter	Leila Misirli	2021-12-31	
Uppdrag - Ny modell för habiliteringsersättning	Leila Misirli	2021-12-31	
Uppdrag - Redovisa erfarenheter inom omsorgsnämnden efter covid-19	Leila Misirli	2022-06-30	
Uppdrag - Informera berörda föreningar om gällande regelverk för föreningsbidrag	Leila Misirli	2022-03-15	
Uppdrag - Vaccinering av personal	Leila Misirli	2021-12-09	

Signature reference: acf9c3f6-e21b-4a9e-b314-28345318321b

Måluppföljning

Symbol	Förklaring
Mål	
	Målet är delvis uppfyllt
	Målet är ej uppfyllt
	Målet är i hög grad uppfyllt
	Målet är helt uppfyllt
Indikatorer	
	Indikatorn kan ej bedömas eftersom det saknas resultat
	Visionsvärdet för indikatorn är delvis uppfyllt genom en förbättring eller likvärdigt jämfört med tidigare resultatet
	Visionsvärdet för indikatorn är ej uppfylld eller en försämring har skett jämfört med tidigare resultat
	Visionsvärdet för indikatorn är uppfylld

Måluppföljning nämndmål

Nämndsmål	Bedömning	Trend
3.1 Omsorgen bidrar till ökad hälsa, självständighet och välmående hos seniorer i ordinärt boende		→

Senaste kommentar (2021-12-31):
Under året har många insatser gjorts för att bidra till ökad hälsa, självständighet och välmående hos seniorer i ordinärt boende, och vi ser också en förbättring för de flesta indikatorer på området jämfört med förra året. Antalet personer som fått hembesök i den uppsökande verksamheten har ökat, liksom antalet personer som använt fixartjänsten. De personer som behöver tillsyn på natten får alla det genom en kamera, vilket innebär att de inte behöver vakna eller störas i sin sömn av att personal från nattpatrullen kommer in i deras hem mitt i natten. Antalet frivilla har minskat något, men den digitala volontärportal som planeras kommer att göra det enklare för fler kommuninvånarna att engagera sig som volontär.

Anhörigstöd erbjuds till kommuninvånare som vårdar eller stödjer en närstående som t ex är äldre och i behov av omsorg, sjuk eller har funktionsnedsättningar. Anhörigstödet underlättar vardagen för närstående, och genom att ett digitalt anhörigstöd har lanserats under året har förutsättningarna för stöd utifrån den enskildes behov förbättrats. Olika aktiviteter och evenemang som genomförts under året, vissa rent digitalt och vissa genom fysiska möten. Exempel är byvandringar, samverkan med bouleföreningen som erbjöd prova-på-tillfällen, Skåneveckan för psykisk hälsa. Dialogmöten har genomförts med föreningsliv kring träffpunkternas utveckling, och arbetet med att främja mötesplatser med liv och rörelse fortsätter under 2022. Samverkan har med lokala restauranger och caféer har fortsatt, med rabatterat pris för seniorer, och anslutande till konceptet måltidsvän.

Fokus har under hösten legat på hur den hälsofrämjande enheten ytterligare kan samverka med sektorns olika verksamheter, för att den kompetens som finns ska komma fler omsorgstagare till gagn. Under hösten har också en tjänst som MAR (medicinskt ansvarig för rehabilitering) inrättats, för att ytterligare lägga på ett förebyggande och rehabiliterande förhållningssätt i sektorn.

Nämndens bedömning av de gemensamma målen

Kommunövergripande mål	Bedömning	Trend
100% välkommen		

Signature reference: acf9c3f6-e21b-4a9e-b314-28345318321b

1. Kävlinge kommuns invånare har inflytande, erbjuds god service och ett gott bemötande		↗

Senaste kommentar (2021-12-31):
Som ett led i sektor Omsorgs arbete för att förenkla för kommuninvånarna och erbjuda service i andra kanaler än de traditionella har ett antal satsningar gjorts under 2021. I samverkan med elevhälsan i sektor Utbildning har en e-tjänst tagits fram för att vårdnadshavare enkelt ska kunna göra anmälan om specialkost och lägga in läkarintyg. Ett digitalt anhörigstöd har lanserats vilket innebär att tillgängligheten för stöd ökar och de närstående får en valmöjlighet när det gäller i vilken form de önskar stöd. Troligtvis innebär detta även att fler närstående i behov av stöd kan få detta. Under året har också förberedelser gjorts för att ta fram en volontärportal som lanseras 2022. Tanken är att portalen ska göra det enkelt för kommuninvånare som vill engagera sig som volontärer, och även förenkla möjligheten att ta uppdrag som passar utifrån de egna förutsättningarna.

Sektor Omsorg har under 2021 arbetat aktivt för att öka inflytandet för brukare och kommuninvånare, bland annat genom projektet "Prata mat med oss" där måltidsservice möter elever i samband med deras lunch för att ha en dialog om vad de tycker om maten. En dialog har förts med pensionärsföreningarna i kommunen kring hur vi kan arbeta tillsammans för att vidareutveckla träffpunkterna utifrån besökarnas behov och önskemål.

I samband med olika anpassningar av verksamheterna på grund av Covid har stort fokus lagts på dialog med kommuninvånare, brukare och anhöriga. Även internt samarbete har varit viktigt för att hantera pandemins konsekvenser, bland annat har Måltidsservice haft ett tätt samarbete med omsorgsverksamheterna, skola och förskola för att skapa säkra serverings- och måltidsanpassningar.

Sektorn har under 2021 fortsatt att stärka samarbetet med Kontakt Kävlinge, och påbörjat arbetet med att identifiera uppgifter som Kontakt Kävlinge kan ta över eller stötta sektorn med. Samtal har också förts kring vilka möjligheter som finns att erbjuda fler tjänster som e-tjänster. Syftet är att förbättra servicen för kommuninvånarna, effektiviteten i arbetet och ytterligare prioritera delaktighet och inflytande för kommuninvånarna.

Kommunens värdegrundsarbete ska bäras av alla medarbetare i sektor Omsorg, och särskilda värdegrundsledare har ett särskilt ansvar för att uppmuntra samtalen om bemötande och service utifrån värdegrunden "öppenhet, engagemang och utveckling". Under 2021 har ett samtal påbörjats för att säkerställa att värdegrundsledarnas kompetens nyttjas på bästa sätt, och att deras roll och uppdrag är tydliga i enheternas interna organisation.

Välfärdstjänster av högsta kvalitet		
3. Kävlinge kommuns omsorg tillhör de bästa i Sverige		↗

Senaste kommentar (2021-12-31):
Kävlinge kommuns omsorg ska tillhöra de bästa i landet och de kommuninvånare som har insatser inom Sektor omsorg ska erbjudas en god vård och omsorg som innefattar en bra kvalitet och ett gott bemötande. Verksamheten ska stärka människors egna resurser och därför är det förebyggande arbetet också prioriterat. Kävlinge kommun har även visionen "måltiden i centrum" där den goda måltiden ska vara en positiv helhetsupplevelse och bidra till ökat välbefinnande, god folkhälsa, bra omsorg och goda utbildningsresultat.

Även 2021 har präglats av pandemin, och fortsatt har stort fokus legat på att förhindra smittspridning i våra olika verksamheter och att säkerställa god kvalitet trots att arbetsrutiner och omständigheterna runt oss ibland har sett annorlunda ut än vanligt. Arbetet runt Covid har fortsatt inneburit en viktig och god samverkan med bland annat Region Skåne; lokala vårdcentralerna, smittskydd och vårdhygien.

Socialstyrelsen har under året inte genomfört den enkät till personer som har hemtjänst eller bor på särskilt boende, som annars brukar genomföras varje år. Detta gör att resultat för flera av nedanstående indikatorer saknas. Enkäten ska genomföras i början av 2022 och resultatet presenteras till sommaren. I flera av övriga indikatorer ser vi förbättringar. Personalkontinuiteten inom hemtjänsten har varit ett prioriterat område, och under hösten ser vi tydligt förbättrade resultat. Att inte träffa alltför många olika personal innebär ofta en trygghet för den enskilde som får stöd från hemtjänsten. En satsning har gjorts på att, i samverkan med vårdcentralerna, skriva in personer i mobilt vårdteam. Detta innebär en mer lättillgänglig vård, med ökade möjligheter att få professionell vård i hemmet. Resultatet gällande följsamhet till hygienrutiner har också förbättrats jämfört med året innan, även om arbete kvarstår innan målsättningen är nådd.

Inom LSS har planerad nationell enkätundersökning genomförts, och resultaten för kommunen är varierande. Trivseln på gruppboendena har minskat jämfört med tidigare mätning, medan möjligheterna till inflytande på daglig verksamhet har ökat. Under 2022 kommer ett fokusområde för sektorn vara att säkra och förbättra kvaliteten inom LSS.

Signature reference: acf9c3f6-e21b-4a9e-b314-28345318321b

Indikatorerna nedan visar att användandet av två kvalitetsregister, Palliativregistret och BPSD-registret (Svenskt register för beteendemässiga och psykiska symptom vid demens), har ökat under 2021 jämfört med året innan. Detta innebär både förbättrade förutsättningar för vård och omsorg om den enskilde, och att kommunen bidrar till ökad nationell kunskap inom områdena. Riskbedömningarna i senior alert har minskat något, men antalet ligger trots det över visionsvärdet.

En LOU-upphandling har genomförts gällande LSS-boendena på Solgatan och Kungsgatan i Furulund, och boendena drivs från 1 november av Humana. Ett nybyggt boende har öppnat inom LOV – Villa Fridsbo som drivs av Vardaga. Ett beslut har också fattats att 2022 överlämna färdtjänstuppdraget till Skånetrafiken, vilket kommer att innebära ökad service för resenärerna.

Projektet Nollvision undernäring har fortsatt under året. Satsningen syftar till att identifiera och skapa åtgärder för att förhindra undernäring, för personer som har insatser i sitt ordinära boende.

Många olika statsbidrag har under året använts för att förbättra kvaliteten i omsorgen, utveckla en god och nära vård och fortsatt fokusera på ett hållbart arbetsliv. Riktade insatser för att motverka ofrivillig ensamhet har genomförts, liksom satsningar på välfärdsteknik. Sektorn har också fortsatt arbeta för att säkerställa att vi har hög formell kompetens bland medarbetarna och satsningar har gjorts på att höja både spetskompetens inom vissa områden, och vidareutbildningar för olika yrkesgrupper. Arbetet gällande heltid som norm har fortsatt, och en projektledare har utsetts för att driva arbetet framåt.

Under året har alla enheter fortsatt arbeta för att nå en ekonomi i balans, och årets goda resultat ger en trygghet för att verksamheterna framöver ska kunna fokusera på utvecklings- och kvalitetsarbete för våra medborgare. Bilden av kommunens äldreomsorg är god bland de medborgare som deltagit i årets medborgarundersökning – 74 procent tycker att den fungerar bra eller mycket bra – vilket är en bra grund att stå på för att ytterligare vässa kvaliteten för att en av Sveriges bästa omsorgsverksamheter.

Goda livsmiljöer för en skönare vardag		
6. Kävlinge kommun arbetar för en hållbar utveckling och en hälsosam miljö		↗

Senaste kommentar (2021-12-31):
I sektor Omsorg har arbetet för en fossilbränslefri fordonsflotta fortgått under året. I samband med nyanskaffning ökar andelen fossilbränslefria fordon. Infrastrukturen för laddstolpar är i behov av utveckling för att möta kommunens mål, och under året har det kompletterats med laddstolpar vid hjälpmedelscentralens förråd. Dessa nyttjas flitigt av omsorgens verksamheter.

Måltidsservice arbetar löpande med hållbar utveckling bland annat genom minskat matsvinn som följs upp genom dagliga mätningar. Det samlade matsvinnet i kommunens skolor och förskolor är 31g/portion, fördelat mellan tallrikssvinn och serveringssvinn. Under 2022 kommer ytterligare fokus att ligga på att minska matsvinnet, särskilt inom omsorgens verksamheter.

Måltidsservice har under året arbetat med att klimatanpassa recept i menyerna genom att öka andelen vegetabilier och minska på animaliska produkter. I den mån det varit möjligt har ekologiska produkter valts vilket resulterat i en ekologiprocent på ca 37 procent. Under året infördes ett nytt digitalt system för egenkontrollprogram samt en e-tjänst tillsammans med elevhälsan som samlar all information för specialkost digitalt.

7. Alla kävlingebor med arbetsförmåga är självförsörjande		→

Senaste kommentar (2021-12-31):
I samarbete med skolor och sektor Arbetsliv och fritid ska sektor Omsorg ha en positiv inställning till att ta emot elever, studenter samt kommuninvånare som behöver olika arbetsmarknadsåtgärder i syfte att bli självförsörjande. Sektorn tog 2021 emot 68 elever/studenter, där de flesta bor i kommunen. Många av dem återkommer som timanställda och sommarvikarier vilket ger dem en försörjning.

Kommunen tar årligen emot cirka 100 sommarpraktikanter, 16-18 åringar. Sektorn tog emot 24 personer vilket var något färre än tidigare år på grund av Covid-restriktioner. Dessa 24 hade sin försörjning via sommarpraktiken och en del har fortsatt som timanställda.

Sektorn tar emot studenter som läser svenska för invandrare (SFI) och det gymnasiala vård- och omsorgsprogrammet. 28 personer har eller har haft extratjänster och nystartsjobb inom sektor Omsorg inkluderat Måltidsservice. Arbetet har gett dem förutsättningar till att bli självförsörjande.

Signature reference: acf9c3f6-e21b-4a9e-b314-28345318321b

9 av 10 personal är tillsvidareanställda inom sektor Omsorg. Förutom att en tillsvidareanställning ger en trygghet för den enskilde får detta positiva följder för vårdtagaren och verksamheten.

Daglig verksamhet inom LSS är sysselsättning för personer med funktionsnedsättning. Utifrån intresse och förmåga bildas verksamhetsgrupper med olika inriktningar. Arbetstiden varierar utifrån förmåga och ersättningen betalas ut som en habiliteringsersättning. Det finns personer som har förmåga att ha sin dagliga verksamhet i en så kallad individuell utflyttad sysselsättning. Det innebär att man får en individuell anpassad plats på ett företag eller i kommunen. 39 personer har i dagsläget individuellt utflyttad verksamhet.

Målet är att öka antalet platser inom individuell utflyttad sysselsättning och fyra nya personer, fick en plats i år. Det är en ökning från förra året med tre personer. Platserna ger personerna en möjlighet till en inblick i arbetslivet. Visionen är att kunna utföra ett lönearbete och bli anställd av företaget/kommunen.

Signature reference: acf9c3f6-e21b-4a9e-b314-28345318321b

Indikatorlista kommunövergripande mål (Bilaga)

Indikator	Utfall 2019	Utfall 2020	Utfall 2021	Vision 2022	Bedömning	Trend
1. Kävlinge kommuns invånare har inflytande, erbjuds god service och ett gott bemötande						
Kf: Nöjd Inflytande-Index - Helheten	47	47		55	○	→
Kf: Nöjd-Inflytande-Index för påverkan	44	46		53	○	↗
Kf: Nöjd-Medborgar-Index för bemötande och tillgänglighet	56	61		65	○	↗
Kf: Andel som får svar på en fråga vid första telefonsamtalet	69.0%	87.0%	54.0%	85.0%	◔	↘
Kf: Andel som får svar på e-post inom två arbetsdagar	96.0%	100.0%	100.0%	100.0%	●	↗
Kf: Nöjd-Medborgar-Index (NMI)	60	64		70	○	↗
Kf, Nöjd Inflytande-Index - Information	59	61		65	○	↗
Kf: Andel i servicemätningen som bedömer att bemötande är mycket gott	91%	86%	89%	90%	◑	↗
Kf: Andel ärenden som kan bevaras direkt i kundtjänst	47.0%	52.0%	50.2%	55.0%	◔	↗
3. Kävlinge kommuns omsorg tillhör de bästa i Sverige						
Kf: Personalkontinuitet antal vårdare i hemtjänst (U21401)	19	18	14	12	◑	↗
Kf: Brukarbedömning särskilt boende äldreomsorg - helhetssyn, % (U23471) - kommunnivå	87.0%	82.0%		95.0%	○	↘
Kf: Andel brukare som är nöjda eller mycket nöjda med sin hemtjänst, % (U21468) - kommunnivå	90.0%	85.0%		95.0%	○	↘
Kf: Nöjd-Medborgar-Index för äldreomsorg.	52	58		65	○	↗
Kf: Nationell Brukarenkät Särskilt boende, de äldres bedömning av trygghet på sitt äldreboende (Kommunnivå)	89%	90%		92%	○	↗
Kf: Nationell Brukarenkät Hemtjänst, de äldres bedömning av trygghet att bo hemma med hemtjänst (Kommunnivå)	88%	84%		91%	○	↘
Kf: Nationell Brukarenkät Särskilt boende, de äldres bedömning av bemötande (Kommunnivå)	96%	96%		100%	○	→

Signature reference: acf9c3f6-e21b-4a9e-b314-28345318321b

Kf: Nationell Brukarenkät Hemtjänst, de äldres bedömning av bemötande (Kommunnivå)	95%	96%		99%	○	→
Kf: Andel äldre inom särskilt boende som är mycket nöjda/ganska nöjda med de aktiviteter som erbjuds, nationell brukarenkät	55%	53%		69%	○	↘
Kf: Andel äldre särskilt boende som tycker att maten är mycket/eller ganska bra och måltidsmiljö är alltid eller oftast är en trevlig stund	63%	70%		85%	○	↗
Kf: Väntetid i antal dagar från ansökningsdatum till erbjudit inflyttningsdatum till särskilt boende	43	40	32	30	◐	↗
Kf: Brukarbedömning gruppbostad LSS - Brukaren trivs alltid hemma, andel (%)	75	81	76	85	◒	→
Kf: Brukarbedömning daglig verksamhet LSS - Brukaren får bestämma om saker som är viktiga, andel (%)	73		80	80	●	↗
On: Andel personal inom Omsorg som vid nationell mätning (SKL) följer basala hygienrutiner	54%	53%	71%	90%	◒	↗
On: Andel registreringar i BPSD av personer boende i demensboende (kommunnivå)	53.0%	52.0%	67.0%	90.0%	◒	↗
On: Nationell brukarenkät Funktionshinder DV. Brukarnas bedömning av trygghet med personalen	82%		85%	80%	●	↗
On: Nationell brukarenkät Funktionshinder Gruppbostad LSS. Brukarnas bedömning av trygghet med personalen (första mätning 2016)	73%	72%	78%	80%	◐	↗
On: Nationell brukarenkät Funktionshinder Servicebostad LSS. Brukarnas bedömning av trygghet med personalen (första mätning 2016)	79%	86%	64%	84%	◒	↘
On: Totalt antal riskbedömningar som gjorts i Senior Alert mäts rullande 12 månader 1/11-31/10		339	322	250	●	→
On: Utförd validerad smärtskattning enligt Svenska Palliativregistret	33%	28%	53%	70%	◒	↗

Signature reference: acf9c3f6-e21b-4a9e-b314-28345318321b

On: Andel personer erbjudna inskrivning i ny vårdform; Mobilt vårdteam, enligt inskrivningskriterier HS-avtal	68%			100%		↗
6. Kävlinge kommun arbetar för en hållbar utveckling och en hälsosam miljö						
Kf: Totala energiåtgången i kommunala fastigheter (Kwh/kvm/år, KKB)	141	120	128	133		↗
Kf: Totala energiåtgången i kommunala fastigheter (Kwh/kvm/år, KKL)	169	129	133	133		↗
Kf: Andelen icke-fossilt bränsle i kommunens verksamheter. (KKB)	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%		→
Kf: Andelen icke-fossilt bränsle i kommunens verksamheter. (KKL)	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%		→
Kf: Andelen fossilbränslefria fordon i kommunens verksamheter, mätning påbörjas 2015.	50.0%	61.1%	75.0%	90.0%		↗
Kf: Nöjd-Medborgar-Index för miljöarbete, kommunens insatser för att kommuninvånarna ska kunna leva miljövänligt	51	57		65		↗
Kf: Antal kilo restavfall per invånare	158	155	153	140		↗
Kf: Mängd matavfall i kommuninvånarnas restavfall. (kretsloppsplanen)	46.0%	33.0%		36.0%		↗
Kf: Förpackningar och tidningar i kommuninvånarnas restavfall. (Kretsloppsplanen)	58.0%	56.0%		45.0%		↗
Kf: Insamlat hushållsavfall totalt kg/person	602	595		500		↗
Kf: Matsvinn - Antal gram per portion	40	34	31	30		↗
Kf: Ranking placering i Aktuell hållbarhet	163	27	66	30		↘
Kf: Andel befolkning i kollektivtrafiknäraläge (Agenda 2030)	50.3%			79.0%		–
Kf: Genomsnittlig körsträcka med personbil, mil/inv (Agenda 2030)	689	652		670		↗
On: Andel omsorgstagare i ordinärt boende med tillsyn nattetid, som har e-tillsyn. Mäts 1/10 varje år	83%	80%	100%	100%		↗
7. Alla kävlingebor med arbetsförmåga är självförsörjande						

Signature reference: acf9c3f6-e21b-4a9e-b314-28345318321b

Kf: Total andel öppet arbetslösa (16-64 år) inkl i program med aktivitetsstöd	5.3%	6.6%	4.9%	4.5%		↗
Kf: Total andel öppet arbetslösa ungdomar (18-24 år) inkl i program med aktivitetsstöd	11.8%	14.6%	9.8%	9.0%		↗
Kf: Andel öppet arbetslösa utrikesfödda inkl i program med aktivitetsstöd	18.6%	19.5%	15.4%	15.0%		↗
Kf: Andel arbetslösa kommuninvånare som har fått en (subventionerad) anställning i kommunen	2%	5%	6%	5%		↗
Kf: Genomsnittligt antal bidragsmånader per hushåll	5.7	5.7	5.9	5.4		→
Kf: Kostnad utbetalt ekonomiskt bistånd, kr/inv (Kolada N31004)	401	355		400		↗
Kf: Kostnad utbetalt ekonomiskt bistånd kr/inv inkl flyktinghushåll (U31001)	520	427	280	430		↗
Kf: Väntetid i antal dagar från första kontakttillfället för ansökan vid nybesök till beslut inom försörjningsstöd, medelvärde (U31402).	26	8	14	10		→
Kf: Andel (%) av totalt antal deltagare som avslutats inom den kommunala arbetsmarknadsverksamhetens insatser som börjat arbeta eller studerat	41%	60%	57%	50%		↗
Kf: Lämnat etableringsuppdraget och börjat arbeta eller studera (status efter 90 dagar), andel (%)	31.0%	30.0%	34.0%	40.0%		↗
Kf: Antal hushåll med ekonomiskt bistånd, genomsnitt per månad (egen mätning)	160	142	94	135		↗
Kf: Andel avslutade biståndshushåll till egen försörjning (egen mätning	41%	53%	58%	60%		↗
Kf: Andel hushåll med långvarigt ekonomiskt bistånd (egen mätning)	26%	30%	29%	20%		→
Kf: Andel barn i familjer med långvarigt ekonomiskt bistånd (egen mätning)	0.5%	0.5%	0.6%	0.5%		→

Signature reference: acf9c3f6-e21b-4a9e-b314-28345318321b

On: Antal deltagare inom daglig verksamhet som går ut i individuellt utflyttad verksamhet inom daglig verksamhet	6	1	4	3		↗

Indikatorlista nämndsmål (Bilaga)

Indikator	Utfall 2019	Utfall 2020	Utfall 2021	Vision 2022	Bedömning	Trend
3.1 Omsorgen bidrar till ökad hälsa, självständighet och välmående hos seniorer i ordinärt boende						
On: Andel av befolkningen 80 år och äldre som inte har insats i ordinärt boende SoL med biståndsbeslut	66%	65%	75%	60%		↗
On: Andel omsorgstagare i ordinärt boende med tillsyn nattetid, som har e-tillsyn. Mäts 1/10 varje år	83%	80%	100%	100%		↗
On: Antal anhöriga (unika individer) inom Omsorgen (både Äldre och LSS) som deltagit i gruppverksamhet	161	37	108	161		↗
On: Antal frivilliga inom Omsorgen (både Äldre och LSS)	47	150	140	100		→
On: Antal personer 75 år och äldre som fått individuella hembesök inom Uppsökande verksamhet i Hemvården	91	46	109	100		↗
On:Fixartjänst, antal unika personer som gjort beställningar	97	99	140	97		↗

Signature reference: acf9c3f6-e21b-4a9e-b314-28345318321b

Socialdemokraterna
KÄVLINGE KOMMUN

Protokollsanteckning gällande ärende 05 , Bokslut för Omsorgsnämnden 2021

Omsorgsnämnden 2022 03 15

Socialdemokraterna godkänner rapporten och förslag till beslut men vill ha antecknat följande till protokollet:

- Vi frågar oss varför 11,4 mkr i överskott?
  Har vi verkligen gjort vad vi skulle? Med tanke på pandemin och de extra kostnader som den borde dragit med sig!

- Det är bra att överskottet används för att betala nämndens underskott från tidigare år även om det inte täcker allt. Därför också bra att förslaget i avräkningen är att även tillgodoräkna nämnden centrala ej utnyttjade LSS – medel, samt den del av bemanningsenhetens positiva resultat som kommer från sektor omsorgs andel av beställningar 2021. Vilket i sin helhet återställer sektorns eftersläpande negativa resultat.

- Vi vill dock poängtera vikten av att när pengar tas från avsatta ej utnyttjade centrala LSS medel måste det finnas nya pengar för satsningar inom LSS, så vi inte blir utan t ex grupp bostäder.

För den Socialdemokratiska gruppen, Omsorgsnämnden, Kävlinge kommun

Gunni Gustafsson Nilsson

Signature reference: acf9c3f6-e21b-4a9e-b314-28345318321b

§14

Dnr: ON 2021/173

Fastställande av nämndplan för omsorgsnämnden år 2022

Beslut

Omsorgsnämndens beslut
Omsorgsnämnden beslutar att fastställa den beslutade nämndplanen för 2022 tillsammans med tidigare beslut att ombudgetera 5 mkr avseende Hållbart arbetsliv och Heltid som norm.

Ärendebeskrivning

I samband med beslutet kring nämndplan för år 2022 beslutades även att nämndplanen skulle fastställas när resultatet för år 2021 var klart. I december fattades även ett beslut om att omfördela 5 miljoner kr kopplat till arbetet med heltid som norm samt hållbart arbetsliv. Då resultatet för år 2021 är positivt går det att fastställa liggande nämndplan.

Beslutsunderlag

- Fastställande Nämndplan 2022, tjänsteskrivelse
- Omsorgsnämndens beslut § 61/2021 Nämndplan år 2022
- Omsorgsnämndens beslut § 97/2021 Ombudgetering avseende Hållbart arbetsliv och Heltid som norm

Yrkanden

Mikael Brandt (C), Anna Elmvik (M), Thomas Salomon (SD) och Gunni Gustafsson Nilsson (S) yrkar bifall till liggande förslag.

Beslutet skickas till

För verkställighet
ekonom

Signature reference: acf9c3f6-e21b-4a9e-b314-28345318321b

§15

Dnr: ON 2022/40

Verksamhetsuppföljning till och med januari år 2022

Beslut

Omsorgsnämndens beslut
Omsorgsnämnden beslutar att godkänna rapporten.

Ärendebeskrivning

Månatlig redovisning av ackumulerade nyckeltal för verksamhetsuppföljning.

Beslutsunderlag

- Verksamhetsuppföljning 2022-01, tjänsteskrivelse
- Nyckeltalsrapport Omsorg 2022 Ack jan

Signature reference: acf9c3f6-e21b-4a9e-b314-28345318321b

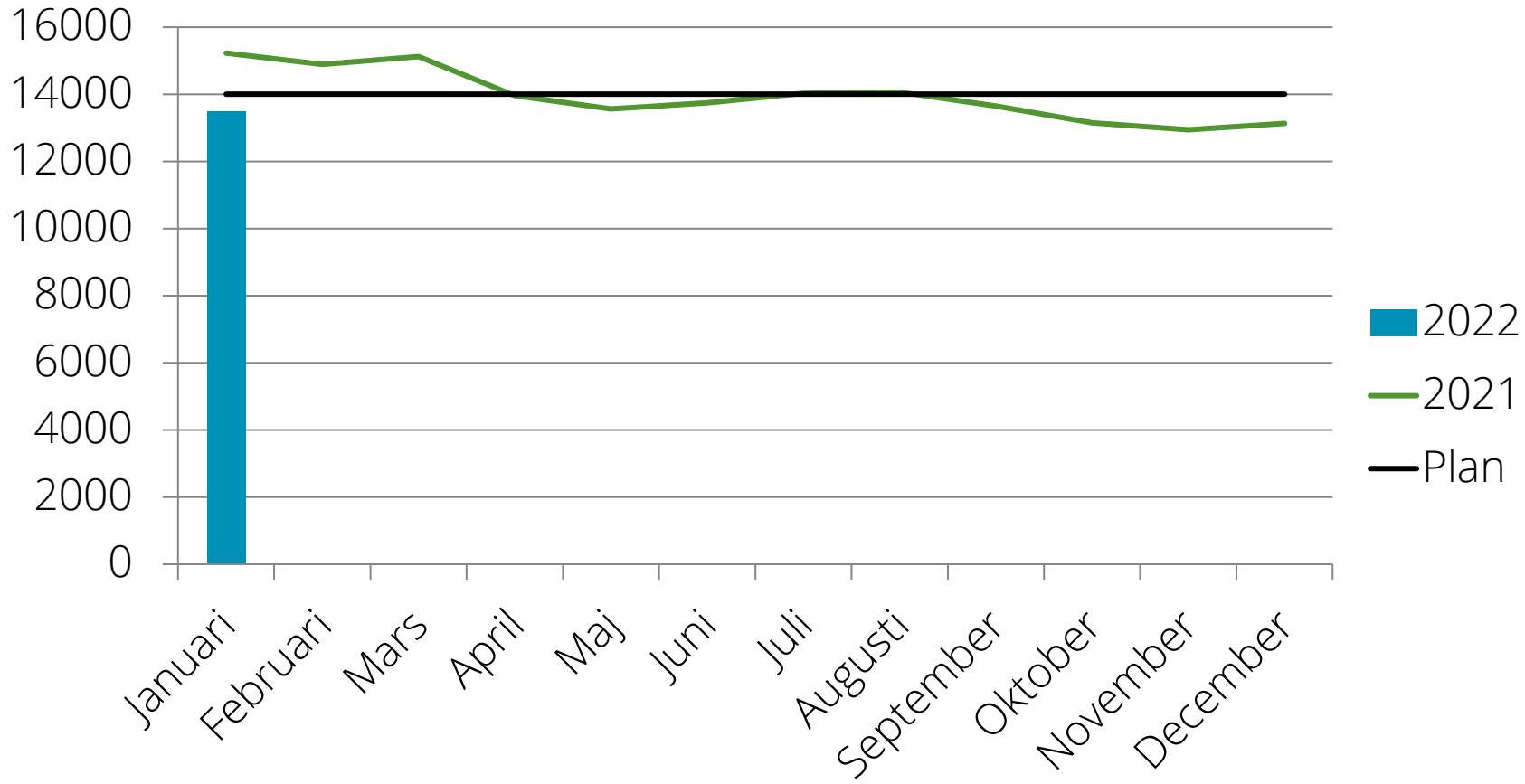
Omsorgsnämnden nyckeltalsrapport

2022-01

KÄVLINGE!

Signature reference: acf9c3f6-e21b-4a9e-b314-283453183321b

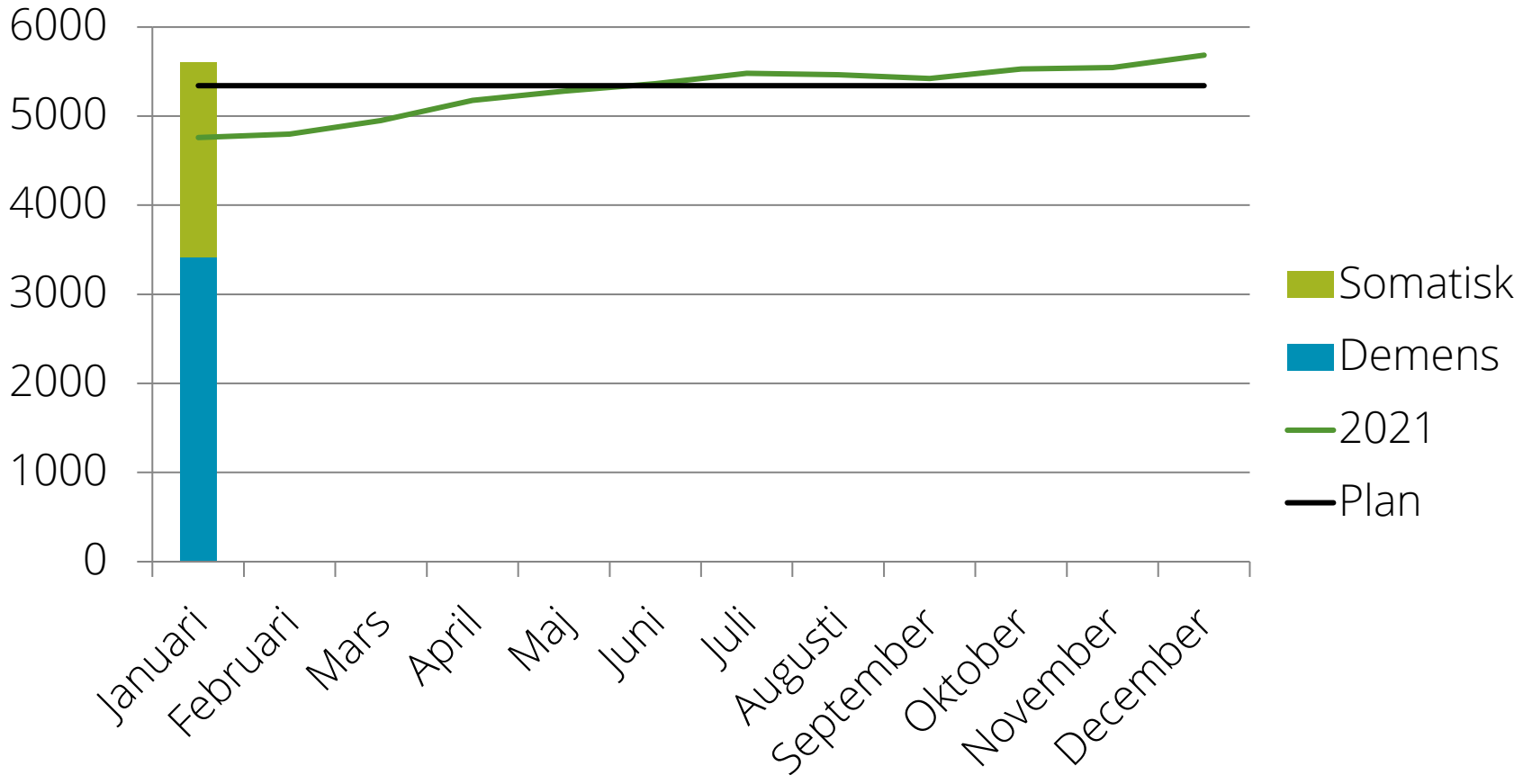
Hemtjänst
(timmar, resursfördelat)



Signature reference: acf9c3f6-e21b-4a9e-b314-2834531832 1b

KÄVLINGE!

Vårddygn SÄBO (utjämnad)



KÄVLINGE!

Signature reference: acf9c3f6-e21b-4a9e-b314-2834531832 1b

SÄBO – tomma lägenheter

(egen regi / Tallgården avräknad)

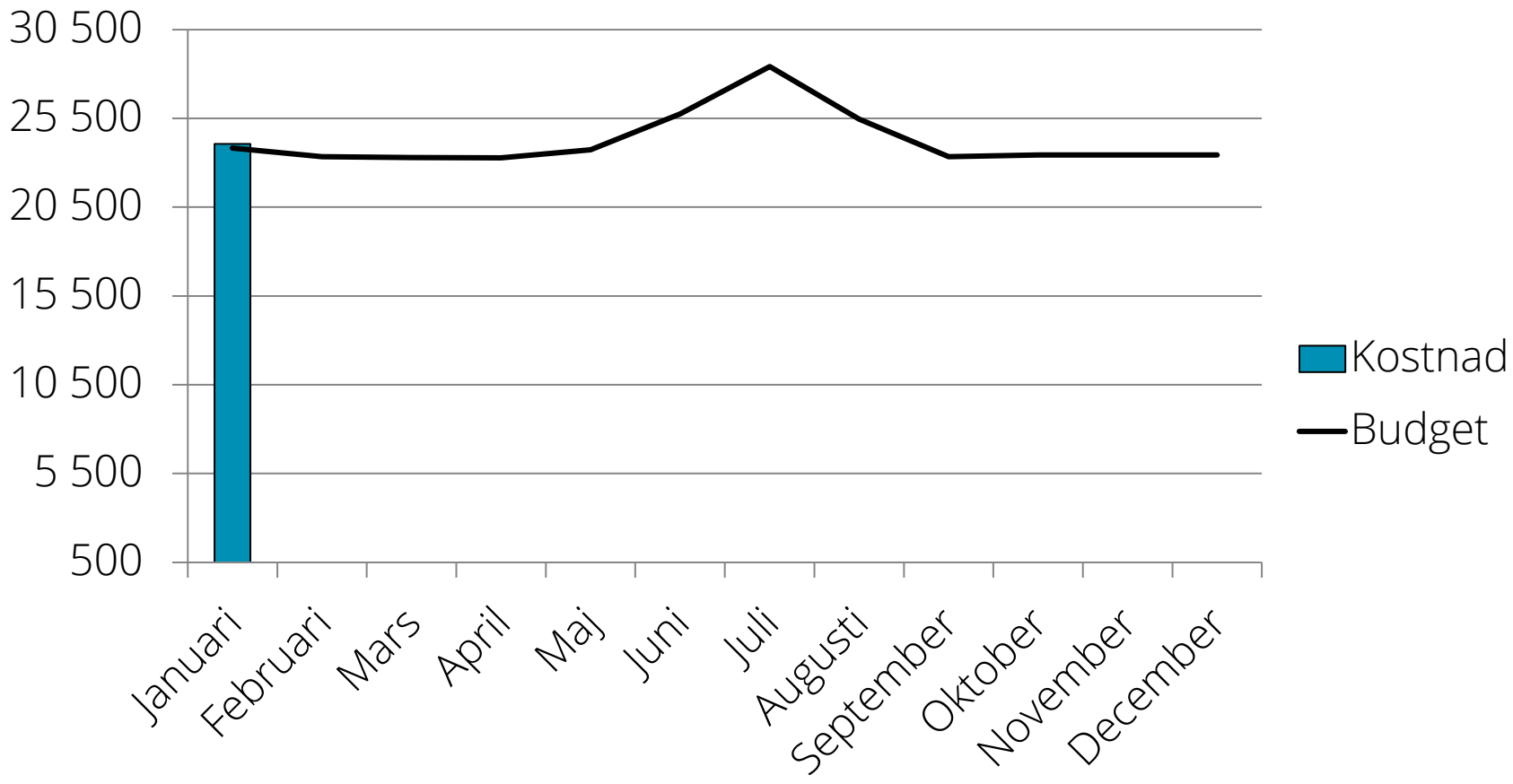
Månad	14:e	30:e
Januari	2	4
Februari		
Mars		
April		
Maj		
Juni		
Juli		
Augusti		
September		
Oktober		
November		
December		

KÄVLINGE!

Signature reference: acf9c3f6-e21b-4a9e-b314-2834531832 1b

Personalkostnad

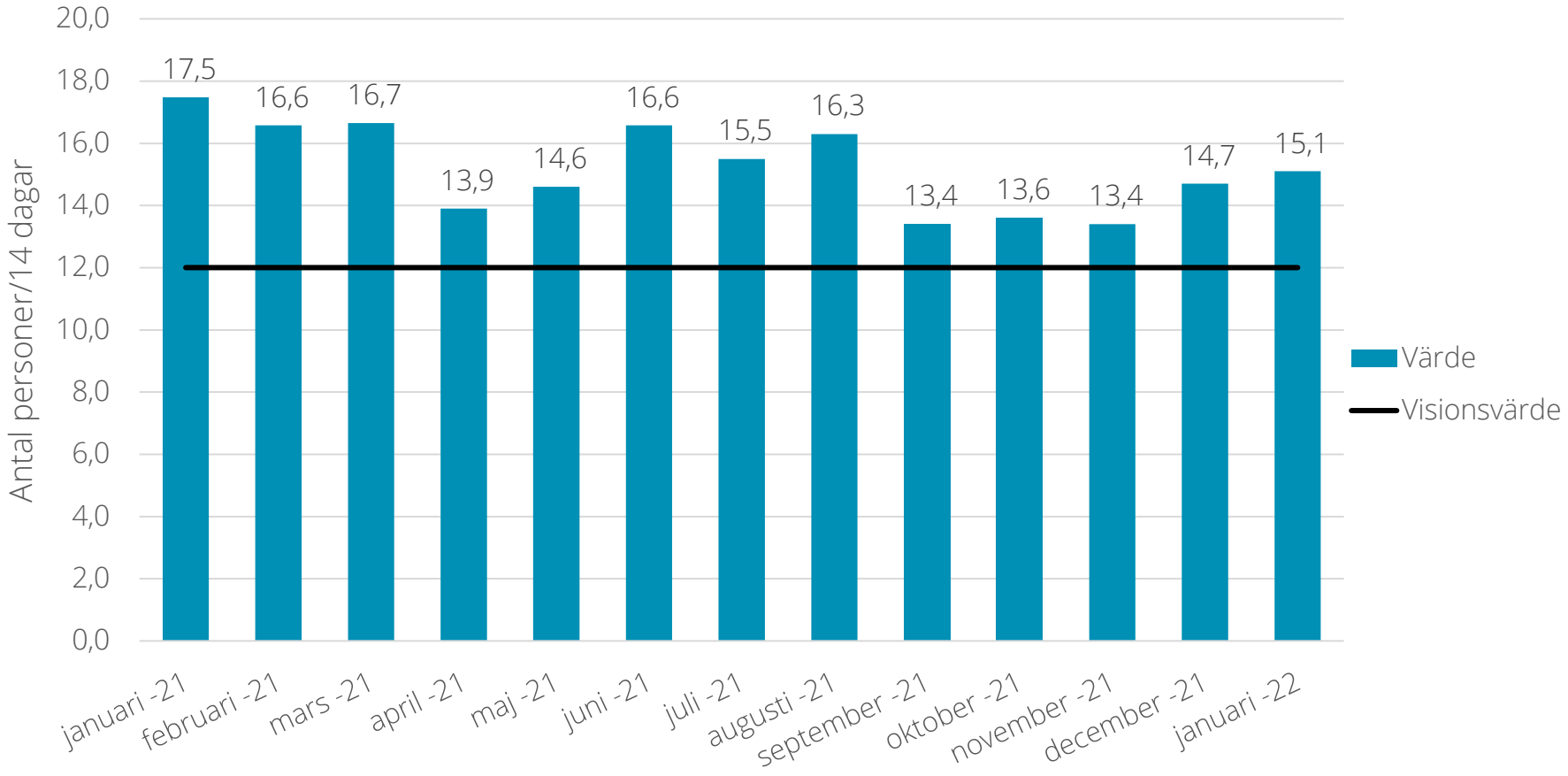
(exkl Måltidsservice, inkl interna köp vikarier)



Signature reference: acf9c3f6-e21b-4a9e-b314-2834531832 1b

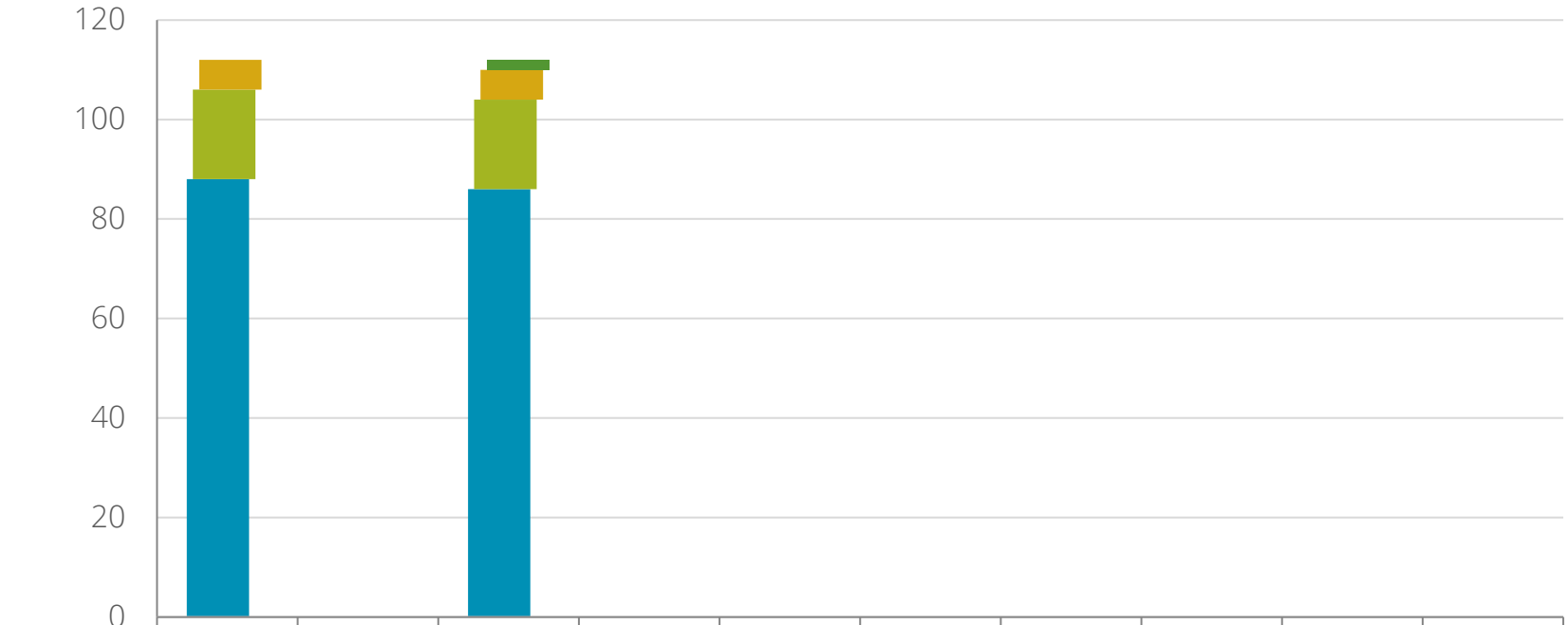
KÄVLINGE!

Personalkontinuitet hemtjänst



Signature reference: acf9c3f6-e21b-4a9e-b314-2834531832 1b

Servicelägenheter - SoL

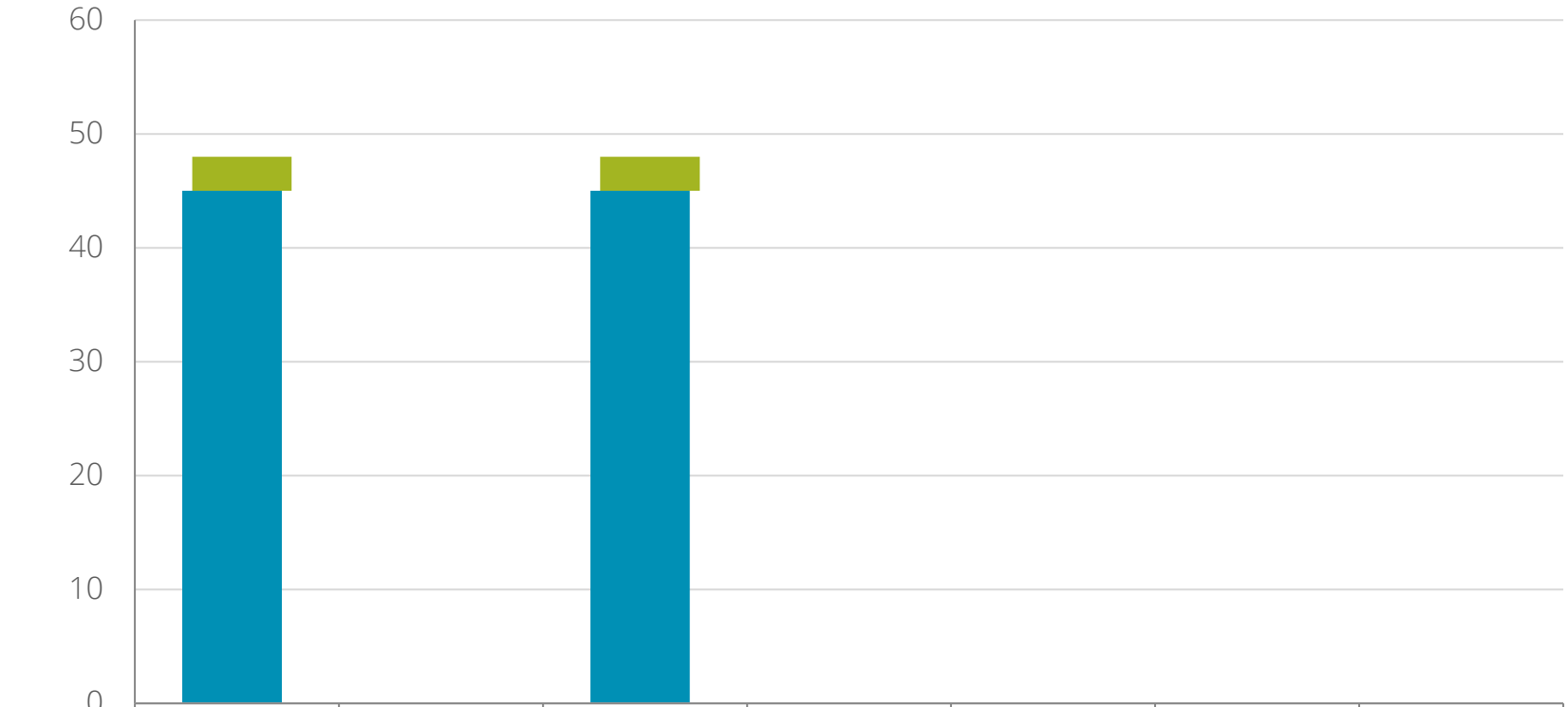


	December		Januari							
Pågående	0		2							
KKB	6		6							
Tomma	18		18							
Belagda	88		86							

KÄVLINGE!

Signature reference: acf9c3f6-e21b-4a9e-b314-2834531832 1b

LSS-boenden
(interna Gruppboende inkl Humana)

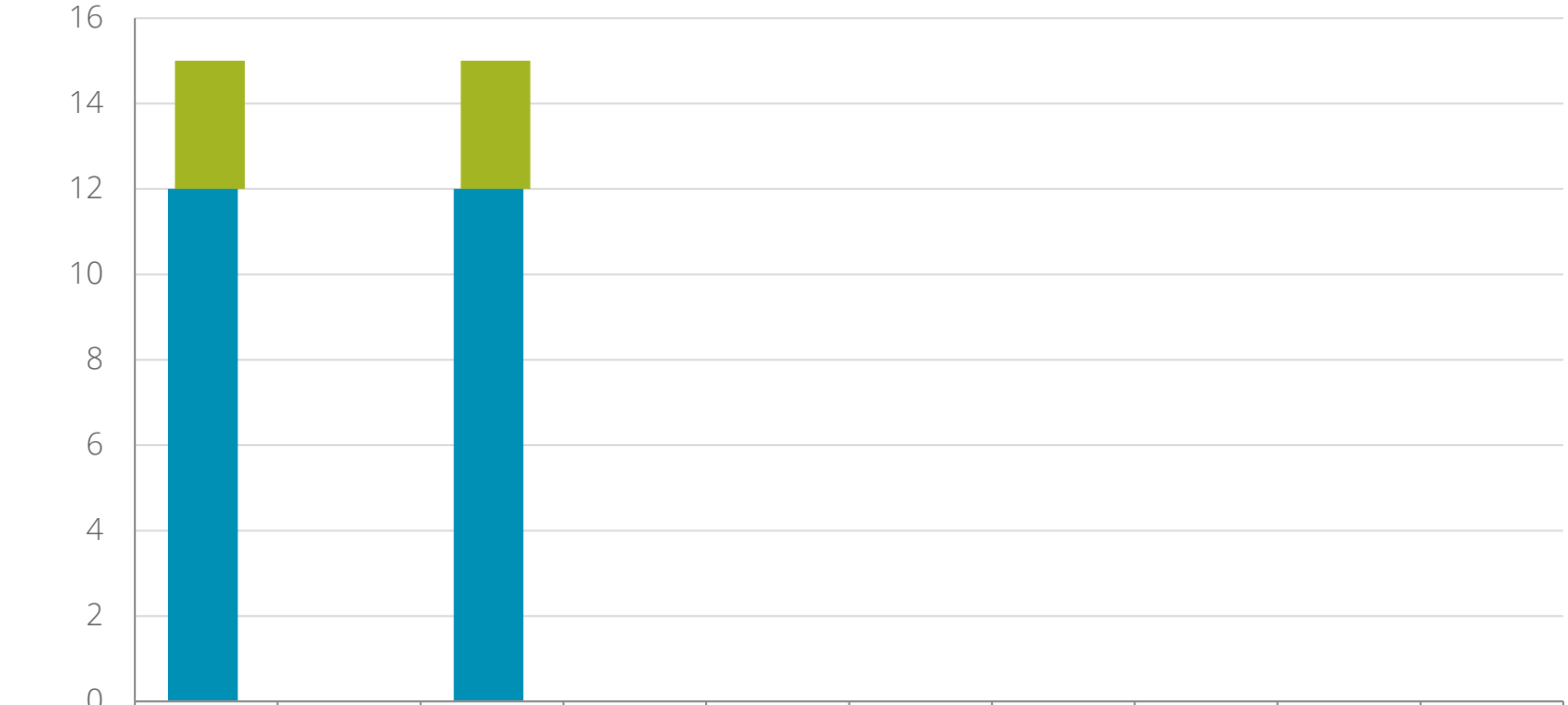


	December		Januari				
Tomma	3		3				
Belagda	45		45				

KÄVLINGE!

Signature reference: acf9c3f6-e21b-4a9e-b314-2834531832 1b

Servicebostäder enl LSS



	December		Januari							
Tomma	3		3							
Belagda	12		12							

KÄVLINGE!

Signature reference: acf9c3f6-e21b-4a9e-b314-2834531832 1b

100% välkommen!

KÄVLINGE!

Signature reference: acf9c3f6-e21b-4a9e-b314-2834531832 1b

§16

Dnr: ON 2022/42

Patientsäkerhetsberättelse för omsorgsnämnden år 2021

Beslut

Omsorgsnämndens beslut
Omsorgsnämnden godkänner patientsäkerhetsberättelsen.

Ärendebeskrivning

Enligt patientsäkerhetslagen (PSL 2010:659) ska vårdgivare dokumentera sitt patientsäkerhetsarbete i en så kallad patientsäkerhetsberättelse.

Patientsäkerhetsberättelsen är en del av det ledningssystem som vårdgivaren är skyldig att inrätta enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9)

Beslutsunderlag

- Patientsäkerhetsberättelse för omsorgsnämnden år 2021, tjänsteskrivelse
- Patientsäkerhetsberättelse 2021 220228

Beslutet skickas till

För kännedom
medicinskt ansvarig sjuksköterska

Signature reference: acf9c3f6-e21b-4a9e-b314-28345318321b

KÄVLINGE KOMMUN

Patientsäkerhetsberättelse

för Kävlinge kommun

År 2021



Datum 2022-02-28
Ansvarig för innehållet: Ann-Chatrine Ewald
Diarienummer: ON 2022/42

Signature reference: acf9c3f6-e21b-4a9e-b314-28345318321b

Inledning

PSL 2010:659, SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §

Enligt patientsäkerhetslagen ska vårdgivaren varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse. Syftet med patientsäkerhetsberättelsen är att öppet och tydligt redovisa strategier, mål och resultat av arbetet med att förbättra patientsäkerheten.

Patientsäkerhetsberättelsen ska 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 samt att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses.

Patientsäkerhetsberättelsen ska vara färdig senast den 1 mars varje år, finnas tillgänglig för den som vill ta del av del av den och den bör utformas så att den kan ingå i vårdgivarens ledningssystem för patientsäkerhet.



Källa:
Socialstyrelsen ”Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2020–2024”

Signature reference: acf9c3f6-e21b-4a9e-b314-28345318321b

Innehåll

SAMMANFATTNING 4
Engagerad ledning och tydlig styrning 5
Övergripande mål och strategier 5
Organisation och ansvar 5
Samverkan för att förebygga vårdskador 7
Informationssäkerhet 8
En god säkerhetskultur 9
Adekvat kunskap och kompetens 9
Patienten som medskapare 10
AGERA FÖR SÄKER VÅRD 11
Tillförlitliga och säkra system och processer 14
Säker vård här och nu 15
Riskhantering 15
Stärka analys, lärande och utveckling 15
Riskbedömningar och nationella kvalitetsregister 16
Avvikelser 18
Synpunkter och klagomål 19
Öka riskmedvetenhet och beredskap 20
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR 20

Signature reference: acf9c3f6-e21b-4a9e-b314-28345318321b

SAMMANFATTNING

Den sammanfattande bedömningen är att patientsäkerheten under 2021 varit god i sektor Omsorg. Patientsäkerheten har liksom tidigare år belysts genom samverkan, kompetensförsörjning, översyn och upprättande av rutiner. Detta är ett ständigt pågående arbete och kommer att fortsätta under 2022.

Covid-19 hade under 2021 stor påverkan på sektorn och omvärlden. Stort fokus har legat på minska/förhindra smittspridningen av covid-19. I perioder har hög personalfrånvaro medfört att vissa arbetsuppgifter har behövts prioriteras framför andra. Under hela året har omsorgen följt de riktlinjer som Folkhälsomyndigheten, Vårdhygien Skåne och Smittskydd Skåne rekommenderat. Regelbundna samverkansmöten med Vårdhygien och Smittskydd har genomförts under året. Lokal samverkan med Vårdhygien Skåne har också genomförts vid utbrott och smittspårningstillfällen.

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) utförde en granskning av hur sektorn hanterade säkra besök på några av enheterna. Granskningen genomfördes genom enkäter till personal, chefer och närstående. IVO avslutade ärendet då det inte framkom något som föranledde IVO att göra någon ytterligare granskning.

De strategiska mål som presenterades i 2020 års Patientsäkerhetsberättelse har delvis uppnåtts genom:

Basal hygien
Följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler har under året varit ett fokusområde. Hygienombudens strategiska roll har setts över och en arbetsbeskrivning togs fram. Resultatet från 2021 års nationella mätning visar på ett bättre resultat än tidigare år.

Nära vård
Omställningen till Nära vård är ett långsiktigt arbete, under 2021 påbörjades arbetet genom att chefer deltog på ledarskapsprogram för Nära vård som Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) anordnar. För legitimerad personal och chefer sattes ett utbildningspaket ihop innefattande Nära vård, personcentrad vård och omvårdnadsprocesser.

Inskrivning i mobilt vårdteam
Uppföljning av processen med att säkerställa att patienter erbjuds inskrivning i mobilt vårdteam har gjorts i samverkan med primärvården. Detta skedde genom samverkansmöte med sektorns enhetschefer och primärvårdens verksamhetschefer. Verksamhetschef och läkare från en hälsovalsenhet deltog på en yrkesträff med sektorns sjuksköterskor där bland annat inskrivningsprocessen gicks igenom för att skapa en samsyn kring den.

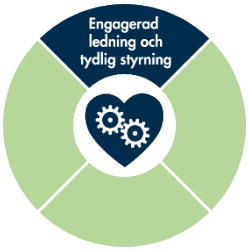
Säker läkemedelshantering
Två händelser som berörde läkemedel anmäldes till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) enligt lex Maria under 2021. Rutin och arbetssätt sågs över och gicks igenom med samtliga sjuksköterskor och undersköterskor som har ett hälso- och sjukvårdsuppdrag (HSL-usk). Externa läkemedelsgranskningar genomfördes enligt plan.

Signature reference: acf9c3f6-e21b-4a9e-b314-28345318321b

GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

Nedan beskrivs mål och strategier, organisation och struktur för arbetet med att minska antalet vårdskador. För att kunna nå den nationella visionen ”God och säker vård – överallt och alltid” och det nationella målet ”ingen patient ska behöva drabbas av vårdskada”, har fyra grundläggande förutsättningar identifierats i den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet.

Engagerad ledning och tydlig styrning



En grundläggande förutsättning för en säker vård är en engagerad och kompetent ledning och tydlig styrning av hälso- och sjukvården på alla nivåer.

Övergripande mål och strategier

PSL 2010:659, 3 kap. 1 §, SOSFS 2011:9, 3 kap. 1–3 §

- Ett långsiktigt och strategiskt mål för sektorn är omställningen till Nära vård. Nära vård innebär att sektorn tillsamman med patienten flyttar fokus till att arbeta mer personcentrerat, förebyggande och hälsofrämjande. Omställningen till Nära vård vävs in i samtliga strategier och mål som sektorn har för patientsäkerhetsarbetet. Under 2022 planeras att sektorchef, utvecklingsledare, medicinskt ansvariga deltar i Ledarskapsprogrammet för Nära vård. Nära vård kommer även tas upp på mötes forum med legitimerad personal. På samverkanmöten med primärvården kommer omställningen till Nära vård vara på agendan och gemensamma aktiviteter kommer tas fram utifrån den gemensamma målbilden och handlingsplanen.

- För att möta förändringar och stödja omställningen till Nära vård behöver sektorns patientsäkerhetsarbete stärkas. En del av detta arbete kommer att vara att genomföra patientsäkerhetsanalyser inom hemvård, särskilt boende och LSS. Analyserna utförs tillsammans med enhetschef, omsorgspersonal, legitimerad personal, MAS och utvecklingsledare. Genom analyserna framkommer en nulägesbild gällande patientsäkerheten samt brister och utmaningar identifieras. Insatser prioriteras och därmed stärks patientsäkerhetsarbetet i sektorn på lång sikt. Resultat från analyserna lyfts på sektorns ledningsmöte och på enhetsnivå samt kommer vara en grund för framtagande handlingsplan av sektorns omställning till Nära vård.

- Det långsiktiga och strategiska samverkansarbetet med primärvården fortsätter med regelbundna samverkansmöte med utgångspunkt utifrån hälso- och sjukvårdsavtalet och Nära vård. Samverkan syftar till att förbättra kvalitet och möjliggöra en mer sammanhållen vård och omsorg. Ett fokusområde kommer liksom tidigare vara inskrivning i mobilt vårdteam både i samverkan med primärvården och internt inom sektorn.

- Nationella kvalitetsregister ger en bild och kunskap om hur vården och omsorgen fungerar. Kvalitetsregister kan användas för uppföljning, kvalitetsutveckling, lärande och för att utveckla vård och omsorgen. Ett långsiktigt och strategisk mål är att kvalitetsregister blir en integrerad del i sektorns kvalitets- och patientsäkerhetsarbete.

- En medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) rekryterades under hösten 2021. Ett strategiskt och långsiktigt arbete kommer att påbörjas under 2022 med att

Signature reference: acf9c3f6-e21b-4a9e-b314-28345318321b

implementera rollen i sektorn samt att identifiera fokusområde gällande rehabilitering i den kommunala hemsjukvården.

Organisation och ansvar

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

Ansvaret för patientsäkerhetsarbetet har under 2021 varit organiserat enligt följande:

Omsorgsnämnden

Omsorgsnämnden är vårdgivare av hälso-och sjukvård och har ett övergripande ansvar för att planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god hälso- och sjukvård upprätthålls. Nämnden ansvarar för att det finns ett ledningssystem för det systematiska kvalitetsarbetet och att detta integreras med befintliga system för budget- och verksamhetsplanering. Detta innebär ansvar för att verksamheten är organiserad och ges förutsättningar i syfte att upprätthålla god kvalitet och hög patientsäkerhet.

Sektorchef

l sektorn är sektorchefen verksamhetschef för hälso- och sjukvård. Verksamhetschefen ska kommunicera och omsätta nämndens övergripande strategier och mål inom sektorn. Ansvaret avser att verksamheten tillgodoser hög patientsäkerhet och god kvalitet av vården samt främjar kostnadseffektivitet.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)

l varje kommun ska en medicinsk ansvarig sjuksköterska (MAS) finnas. I uppdraget som MAS ingår det att tillsammans med verksamhetschefen ansvara för att upprätthålla och utveckla verksamhetens kvalitet och patientsäkerhet. MAS planerar, leder, kontrollerar, dokumenterar och redovisar arbetet med verksamhetens kvalitet och säkerhet. MAS har ett särskilt ansvar för att:

- Patienten får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde
- Patienten får den hälso- och sjukvård som läkare förordnat om
- Journaler förs i den omfattning som föreskrivs i patientdatalagen (2008:355).
- Beslut om att delegera ansvar för vårduppgifter är förenliga med patientsäkerheten
- Att det finns ändamålsenliga och välfungerande rutiner för läkemedelshantering, rapportering av avvikelser och för att kontakt tas med läkare eller annan hälso- och sjukvårdspersonal när patientens tillstånd kräver det.

MAS ansvarar också för att händelser som medfört eller riskerats medföra vårdskada anmäls enligt Lex Maria till Inspektionen för vård och omsorg (IVO).

För externa utförare som är upphandlade enligt LOU (Lagen om offentlig upphandling) har sektorn hälso- och sjukvårdsansvaret på båda enheterna vilket innebär att MAS samverkar på samma sätt som med de kommunala enheterna. De utförare som är upphandlade enligt LOV (Lagen om valfrihetssystem) är egna vårdgivare med egen MAS. Sektorns MAS har varit med på uppföljning på en av enheterna under 2021.

Enhetschef

Enhetschefen ansvarar för att de rutiner och riktlinjer som verksamhetschef och MAS har fastställt är väl kända och följs i verksamheten. Enhetschef ansvarar även för att ny hälso-

Signature reference: acf9c3f6-e21b-4a9e-b314-28345318321b

och sjukvårdspersonal får den introduktion som krävs för att utföra hälso- och sjukvårdsuppgifter inom sin profession.

Hälso- och sjukvårdspersonal

Hälso- och sjukvårdspersonalen dvs. sjuksköterskor, fysioterapeuter/sjukgymnaster och arbetsterapeuter ansvarar för att hälso- och sjukvårdsarbetet följer vetenskap och beprövad erfarenhet. En patient ska ges sakkunnig och omsorgsfull hälso- och sjukvård och vården ska så långt det är möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Patienten ska visas omtanke och respekt. Även omvårdnadspersonal som har delegering för en hälso- och sjukvårdsuppgift är hälso- och sjukvårdspersonal när de utför delegerade uppgifter. Inom sektorn finns sex undersköterskor med ett hälso- och sjukvårdsuppdrag (HSL-usk) anställda. Dessa arbetar nära sjuksköterskorna och en arbetsbeskrivning finns upprättad.

Samverkan för att förebygga vårdskador

SOSFS 2011:9 4 kap. 6 § och 7 kap. 2 § p 3

Nedan beskrivs nuvarande samverkansformer och vilka områden som identifierats för att förebygga vårdskador:

Läkemedelsgenomgångar

Tvärprofessionella läkemedelsgenomgångar är en metod för analys, uppföljning och omprövning av patientens läkemedelsanvändning. Läkemedelsgenomgång genomförs på ett strukturerat och systematiskt sätt. Syftet med att genomföra läkemedelsgenomgångar är att öka kvalitén och säkerheten i läkemedelsbehandlingen. Läkemedelsgenomgång sker genom samverkan mellan läkare, farmaceut och omvårdnadsansvarig sjuksköterska. Läkemedelsgenomgångar initieras av primärvården och genomförs en gång/år inom särskilt boende och hemsjukvården.

Samverkan vid utskrivning (SVU)

Samverkanslagen vid utskrivning från slutenvården trädde i kraft 180101. Lagens syfte är att patienten ska lämna slutenvården på ett tryggt och säkert sätt. För säkerställa detta behöver berörda vårdgivare samverka i en planeringsprocess. I processen ingår flera olika moment som kartläggning, ställningstagande och planering för hemgång. Processen kan mynna ut i en samordnad individuell planering som i de flesta fall sker i hemmet efter utskrivningen. Kommunikationen mellan vårdgivarna sker i ett IT-stöd, Mina planer.
Gemensamma rutiner för processen är upprättade mellan Skånes kommuner och Region Skåne.

Ett hemtagningsteam som består av sjuksköterskor, undersköterskor, fysioterapeuter och arbetsterapeuter finns i sektorn. Teamets uppgift är att ge stöd och omsorg till personer som skrivs ut från sjukhus och behovet identifieras under planeringsprocessen. 182 personer fick insatser från hemtagningsteamet i genomsnitt 10,6 dygn/person.

Lokal samverkan med primärvården och läkarsamverkan

Lokal samverkan med vårdcentraler sker regelbundet en gång i månaden. Samverkan regleras i ett lokalt avtal mellan vårdcentralerna som agerar i kommunen och sektor Omsorg. Vårdcentralerna har det sammanhållande vårdansvaret. Läkarsamverkan med sektorns sjuksköterskor sker regelbundet varje vecka samt vid behov. Läkarinsatserna delas in sjukvårdande

Signature reference: acf9c3f6-e21b-4a9e-b314-28345318321b

insatser, rådgivning och stöd samt fortbildning. Läkarsamverkan följs upp på de lokala samverkansmöten.

Andra samverkansformer med Region Skåne
Samverkan med ASIH (Avancerad Sjukvård I Hemmet) och mobilt vårdteam som utgår från Lund har skett under året. Andra nätverk är exempelvis Vårdhygien och Smittskydd i Region Skåne. Syftet med dessa nätverk är att få råd, stöd, utbildning och omvärldsbevakning gällande frågor som rör kommunal hälso-och sjukvård.

MAS nätverk
MAS deltar i olika möten och utvecklings forum tillsammans med MAS:ar från andra kommuner i mellersta Skåne. Syftet med mötena är att lyfta och dela med sig av aktuell problematik och erfarenhet i sin egen verksamhet för att nå en samsyn över kommungränserna.

Oral Care
Samverkan sker med Oral Care för att förebygga sjukdomar relaterade till dålig munhälsa. Oral Care gör individuella planer och kommunicerar med/utbildar medarbetare i munhälsobefrämjande åtgärder både individuellt som generellt. Personer som har ett varaktigt behov av omfattande vård- och omsorgsinsatser, kan ha rätt till så kallad uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård. Ett intyg om rätt att få nödvändig tandvård utfärdas av biståndshandläggare, LSS-handläggare och sjuksköterskor i kommunen. Pandemin påverkade inte patienter tillgänglighet till Oral Care, beslut togs i samverkan med Oral Care att de patienter som var i behov av nödvändig tandvård skulle få det trots pandemi.

10-gruppen
10-gruppen (som består av nio skånska kommuner) har avtal med Sodexo avseende hjälpmedelstjänster. I uppdraget ingår bland annat att bevaka de avtal kommunerna har med hjälpmedelsleverantörer. Efter arbetsterapeut/fysioterapeut bedömt att en patienten är i behov av ett hjälpmedel beställer Sodexo dessa och levererar dem till kommunala förråd eller till patienter i kommunen. Sodexo rekonditionerar och håller även10- gruppens gemensamt ägda begagnade hjälpmedel. I de 9 kommunerna erbjuds kompetenshöjande fortbildning och produktvisningar. Rutinerna är delvis gemensamma för de 9 kommunerna.

Vårdsamverkan mellersta kommunerna och Region Skåne
Vårdsamverkan gällande hälso- och sjukvårdsfrågor mellan de mellersta kommunerna och Region Skåne sker på olika nivåer, delregionalt, i tjänstemannaberedning samt i central samverkan. Sektorchefen deltar på möten i delregional samt i tjänstemannaberedningen vars uppdrag är att beredda ärende till den Centrala samverkan. Central samverkan är ett beslutande organ och består av politiker från Region Skåne samt Skånes kommuner.

Informationssäkerhet
HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §

Åtkomstkontroller (loggar)
Inom sektorn har under året systematiska åtkomstkontroller för omsorgspersonal och legitimerad personal i hälso- och sjukvårdsjournaler samt Nationell patientöversikt (NPÖ) genomförts. Granskningen sker genom att slumpmässig personal väljs ut en gång per kvartal och en månads läsaktiviteter i hälso- och sjukvårdsjournaler granskas av enhetschefen.

Signature reference: acf9c3f6-e21b-4a9e-b314-28345318321b

SITHS kort inloggning
SITHS är en nationell elektronisk säkerhetslösning som uppfyller Patientdatalagens krav på säker identifiering. SITHS-kort används för inloggning i vårdtjänster på Internet, såsom Pascal, Mina planer, Nationell Patientöversikt (NPÖ), kvalitetsregister Senior Alert och Palliativa registret samt utfärdande av tandvårdskort. All legitimerad personal använder SITHS-kort för inloggning i befintligt journalsystem samt i olika kvalitetsregister.

En god säkerhetskultur



En grundläggande förutsättning för en säker vård är en god säkerhetskultur. Organisationen ger då förutsättningar för en kultur som främjar säkerhet.

Multiprofessionella team
Teamen består av legitimerad personal, chefer och kontaktmän från omsorgspersonal. Teamen finns inom alla sektorns område; LSS SÄBO och hemsjukvård. En rutin finns upprättat för teamsmöte för att ge förutsättningar för samverkansformer, syftet för möten är multiprofessionell samverkan utifrån ett patientsäkerhetsperspektiv.

MAS-möten
Regelbundna möten tillsammans med MAS och legitimerad har genomförts under året. Mötenas innehåll har baserats på aktuella patientsäkerhetsrelaterade frågor såsom återkoppling av utredningar, dokumentation, genomgång av reviderade rutiner, delegeringsprocessen, riskanalyser, förbättringsområden och planerade åtgärder samt dialog om olika frågeställningar och utmaningar. Vid dessa möten ges tid för lärande och reflektion.

APT och Planeringsträffar
Arbetsplatsträffar (APT) sker enligt fastställd överenskommelse. På APT ges möjlighet för lärande och reflektion. En del av den legitimerade personalen har genomfört utvecklingsdagar där bland annat suicid haft fokus. Kommunikationsövningar kring dilemma som missnöjda patienter och bemötande har också genomförts.

Introduktion
Introduktionsprogrammet för legitimerad personal har reviderats och stärkts i syfte att säkerställa nyanställdas introduktion. Ett nytt digitalt verktyg som även innefattar e-learning kommer att införas under 2022. Verktyget säkerställer introduktionen, tydliggör vilka utbildningar medarbetarna ska delta på och möjliggör uppföljning på individ- grupp- och organisationsnivå.

Adekvat kunskap och kompetens



En grundläggande förutsättning för en säker vård är att det finns tillräckligt med personal som har adekvat kompetens och goda förutsättningar för att utföra sitt arbete.

Bemanning och daglig drift
Gällande legitimerad personal och HSL-undersköterskor planerar enhetschef och samordnare den dagliga driften utifrån schemaläggning. På så sätt anpassas resurser och kompetens utifrån behovet. I de fall det varit hög frånvaro har digitala möten genomförts med gemensamma muntliga avstämningar. En prioriteringsordning av sjuksköterskornas arbetsuppgifter har arbetets fram för att säkerställa patientsäkerheten när bemanningen varit låg.

Signature reference: acf9c3f6-e21b-4a9e-b314-28345318321b

Under hösten 2021 fördes samtal om hur hälso- och sjukvården bäst skulle organiseras. Förslag togs fram att organisera samtliga sjuksköterskor och HSL-usk under en chef för att skapa samsyn, samordning och ge bättre förutsättningar för patientsäkerhetsarbete. Detta kommer införas 2022.

Strategiska roller

Sektorn har under flera år arbetet med strategiska roller som hygienombud, måltidsombud och dokumentationsombud. Rollerna sågs över under hösten 2021 och arbetsbeskrivning för hygienombuden togs fram för att stärka rollen.

Yrkesträffar

Legitimerad personal träffas regelbundet i så kallade yrkesträffar där yrkesrelaterade frågor, utmaningar och nya möjligheter diskuteras inom respektive profession. Implementering och uppföljning av arbetssätt lyfts i detta mötesforum. Yrkesträffarna planeras in med regelbundenhet och enhetscheferna är med på träffarna.

Fortbildning

Kompetensutveckling ses som en självklar investering i sektorn och som anställd ska man ha den kompetens som uppdraget kräver. Samtliga medarbetare har möjlighet att utveckla och fördjupa sin kompetens i syfte att nå en god kvalitet i sektorn, och det nya verktyget med e-learning kommer bidra till att utveckla och förbättra kompetensen i sektorn. Huvudansvaret för att planera, genomföra och utvärdera de olika utbildningarna är utvecklingsstrategen med särskilt ansvar för utbildningsfrågor. Underlag till utbildningsplanen kommer från sektorns mål samt från medarbetarsamtalen.

En arbetsgrupp med legitimerad personal och utvecklingsstrategen arbetade under 2021 fram ett underlag utifrån modellen ”Yrkesresan” med tre möjliga utbildningssteg. Denna modell, genererade bland annat att högskoleutbildningar på 7.5 högskolepoäng i handledning, medicinsk rätt genomfördes under året. Under 2022 kommer högskoleutbildning i palliativ vård ges.

Två sjuksköterskor har påbörjat vidareutbildning inom demens respektive psykiatri.

Annan fortbildning som medarbetare har deltagit på är bland annat förskrivning av inkontinenshjälpmedel, basal hygien, suicid, sårvårdsutbildning, juridisk utbildning i dokumentation och sekretess, positioneringshjälpmedel, vissa trycksårsförebyggande hjälpmedel samt överflyttningshjälpmedel.

Patienten som medskapare



PSL 2010:659

En grundläggande förutsättning för en säker vård är patientens och de närståendes delaktighet. Vården blir säkrare om patienten är välinformerad, deltar aktivt i sin vård och ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Att patienten bemöts med respekt skapar tillit och förtroende.

Samordnad individuell plan (SIP)

Samordnad individuell plan upprättas tillsammans med patienten och olika vårdgivare. Närstående är med vid behov. Syftet är att identifiera patientens behov och göra denna delaktig i planeringen. Patientens behov samordnas och blir tydliga och möjliggör en nära vård. Under 2021 var SIP ett fokusområde tillsammans med vårdcentralerna och flera genomförda planer sågs över och förbättrades.

Signature reference: acf9c3f6-e21b-4a9e-b314-28345318321b

Patientpärm

Samtliga patienter i den kommunala hemsjukvården har ordinationer, hälsoplaner och annan viktig information samlat i en pärm. Pärmen finns tillgänglig i patientens bostad. Syftet med innehållet i pärmen är att all personal runt patienten ska ha lättillgänglig information för att kunna ge rätt och säker vård och omsorg. Målsättningen är att patienten ska känna sig trygg och delaktig genom att ha sin aktuella planering och kontaktuppgifter lättåtkomligt.

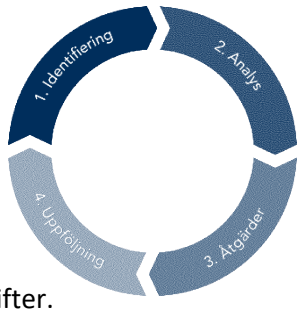
Synpunkts-och klagomålshantering

I samband med synpunkter, klagomål och avvikelser görs patienter och närstående delaktiga i samband med att utredningarna genomförs.

Hälsoplaner

En hälsoplan (vårdplan) ska upprättas tillsammans med patient och närstående. Hälsoplanen ska dokumenteras i journalen där åtgärden, mål och uppföljning ska framgå tydligt. Vid journalgranskningarna som genomfördes under hösten 2021 framkom att det finns vissa brister i dokumentationen av patientens delaktighet. Fysioterapeuter och arbetsterapeuterna var bättre på att dokumentera patientens delaktighet i hälsoplanerna än sjuksköterskorna. Gällande mål och uppföljning visade sig att systemet inte gav möjlighet att dokumentera detta. Översyn av systemet kommer ske under 2022 samt dokumentation kommer vara på agendan på yrkesträffar och MAS/MAR möten.

AGERA FÖR SÄKER VÅRD



SOSFS 2011:9, 5 kap. 2 §, 7 §, 8 §, 7 kap. 2 § p 2, PSL 2010:659, 3 kap. 10 §

Vårdgivaren ska utöva egenkontroll som ska göras med den frekvens och i den omfattning som krävs för att vårdgivaren ska kunna säkra verksamhetens kvalitet. Egenkontrollen kan innefatta jämförelser av verksamhetens nuvarande resultat med tidigare resultat, i jämförelse med andra verksamheter, nationella och regionala uppgifter.

Egenkontroll basläkemedelsförråd

Varje år görs egenkontroll gällande sektorns kommunala basläkemedelsförråd. Den utförda egenkontrollen granskas av apotekare. Egenkontrollen som utfördes under hösten påvisade att det fanns brister av följsamhet till upprättad rutin gällande uttag av läkemedel från basförrådet. Läkemedelsansvarig sjuksköterska har haft dialog med sjuksköterskor om resultatet vid egenkontroll.

Läkemedelsansvarig sjuksköterska och MAS ska även utföra oanmälda tillsynsbesök och se över läkemedelsskåp och ordinationer. Besöken ska ske en gång om året på de olika enheterna. Under 2021 genomfördes inte dessa kontroller på grund av pandemin och var en av de arbetsuppgifter som prioriterades bort.

Extern läkemedelsgranskningar

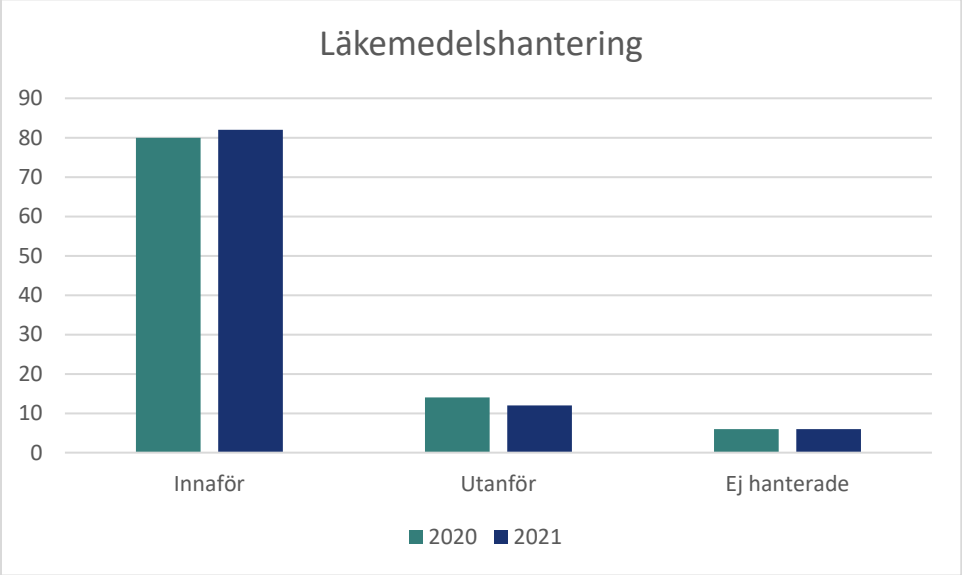
Varje år genomförs läkemedelsgranskningar av extern aktör. Granskningen genomförs tillsammans med enhetschef, omvårdnadsansvarig sjuksköterska samt omvårdnadspersonal. MAS eller läkemedelsansvarig sjuksköterska deltar också på granskningen. Under 2021 genomfördes fem granskningar där brister identifierades som tex. otydliga läkemedelslistor, signeringsnycklar saknades och otydlighet i

Signature reference: acf9c3f6-e21b-4a9e-b314-28345318321b

signeringsverktyget. Genomsyn av läkemedelshanteringen gjordes och samtliga sjuksköterskor och HSL-usk samlades där nya arbetssätt gicks igenom och förtydligades. Målet för 2021 var att fem läkemedelsgenomgångar skulle genomföras vilket också gjordes.

Läkemedelshantering

Läkemedel som hanteras i sektorn signeras i signeringsverktyget SignIt. Överlämnande och iordningsställande av läkemedel är exempel på insatser som signeras i SignIt. Stora mängder läkemedel hanteras dagligen i sektorn, under 2021 fanns sammanlagt 720 180 insatser avseende läkemedel inlagda för hantering i SignIt. I tabellen nedan tydliggörs andelen (procent) läkemedel som hanterades innanför och utanför de tidsintervallerna sjuksköterskor satt upp för patienternas läkemedel samt andelen läkemedel som inte hanterats alls i SignIt. Andelen ej hanterade läkemedel är relativt hög och behöver analyseras för att adekvata åtgärder ska vidtas för att säkerställa att patienten faktiskt får de läkemedel som de är ordinerade och inom rätt tidsintervall. Sjuksköterskorna behöver bland annat gå igenom de patienter som de har upplagda i systemet för att säkerställa att rätt information finns inlagt i systemet.



Användning av antibiotika

HALT (Healthcare-associated infections and Antimicriobial use i Long Term care facitlities) är ett verktyg för att samla data gällande vårdrelaterade infektioner, förekomst av riskfaktorer hos patienter, och antibiotikaanvändning hos vårdgivare. Mätningen är en stickprovsundersökning där mätningen sker på en förutbestämd dag en gång om året.

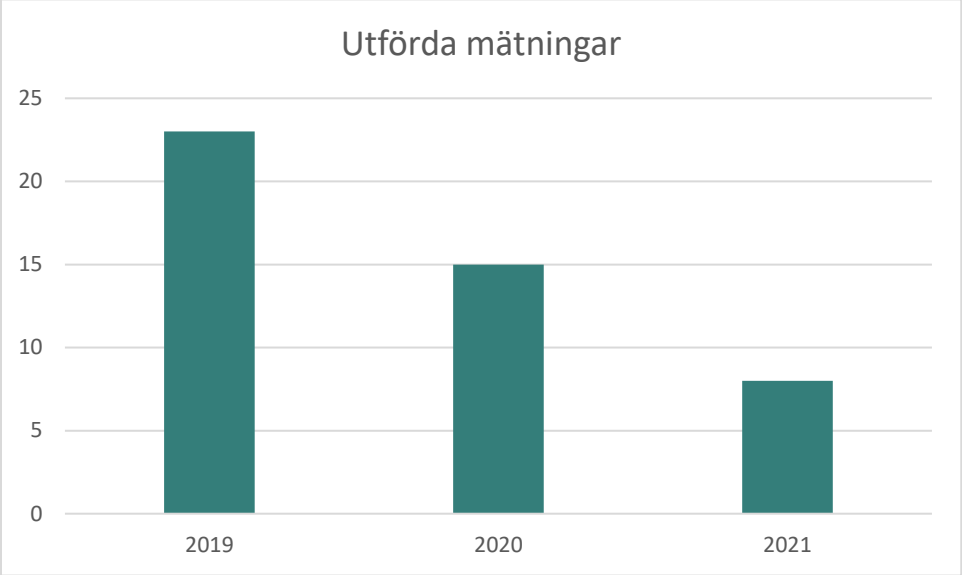
Sektorn har inte varit med i mätningarna under några år (sedan 2018), 2021 deltog sektorn igen i mätningen. Resultatet av mätningen presenteras under våren 2022, dock kan det konstateras att den vanligaste riskfaktorn för vårdrelaterad infektion är kvarliggande urinkateter, trycksår, andra sår och sår orsakade av kirurgiska ingrepp. Totalt inkluderades 111 vårdtagare boendes på särskilt boende i HALT-mätningen hösten 2021.

Inkontinenshjälpmedel

Sektorn är skyldig att erbjuda inkontinenshjälpmedel till personer med urininkontinens och fortlöpande behov av inkontinenshjälpmedel. Förskrivning av inkontinenshjälpmedel ska alltid föregås av en individuell utprovning och anpassas till resultatet av läckagemätning. För patienter med kommunal hälso- och sjukvård ansvarar omvårdnadsansvarig sjuksköterska för detta. För att säkerställa utprovningsprocessen kan

Signature reference: acf9c3f6-e21b-4a9e-b314-28345318321b

en speciell teknik används som för att underlätta inkontinensutredningen. Systemet registrerar och mäter och registreras en individs urinläckage under 72 timmar. Informationen kommer sedan som en rapport för den specifika individen. Rapporten ska användas för bedömning av lämpligt skydd. I tabellen ses hur många gånger systemet används i sektorn de senaste tre åren. Det är tydligt att utprovning inte har blivit ett arbetssätt i sektorn, en plan för hur systemet ska användas i sektorn kommer tas fram under 2022.



Öka kunskap om inträffade vårdskador

SOSFS 2011:9 7 kap. 2 § sista stycket, HSLF-FS 2017:40 3 kap. 1 §, PSL 2010:659 3 kap. 3 §



Genom identifiering, utredning samt mätning av skador och vårdskador ökar kunskapen om vad som drabbar patienterna när resultatet av vården inte blivit det som avsetts. Kunskap om bakomliggande orsaker och konsekvenser för patienterna ger underlag för utformning av åtgärder och prioritering av insatser.

Vårdgivare är skyldig att anmäla händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada till IVO. I sektorn är det MAS som har ansvaret att anmäla händelser som omfattas av anmälningsskyldigheten enligt lex Maria. Även MAR ska ha detta ansvar framåt. När händelser som kan eller har bidraget till vårdskada blir kända genomförs en händelseanalys enligt SKR:s (Sveriges kommuner och regioner) analysmetod. Händelseanalysen ger svar på:

- Vad har hänt?
- Varför hände det?
- Hur kan en upprepning förhindras?

Under 2021 anmäldes två händelser enligt lex Maria till IVO, båda händelserna handlade om brister i läkemedelshanteringen. I samband med att händelseanalyser genomfördes identifierades bakomliggande orsaker och åtgärder vidtogs. Gemensamma bidragande orsaker till vårdskador som inträffat i sektorn har varit låg följsamhet till rutiner och

Signature reference: acf9c3f6-e21b-4a9e-b314-28345318321b

mänsklig faktor. Även otydlig ansvarsfördelning och brister i teknisk utrustning identifierades. Översyn av arbetssätt och rutiner har reviderats och förtydligats i sektorn. Kontakt har tagits med leverantör av den tekniska utrustningen för en gemensam dialog för att åtgärda bristerna som identifierarats. Händelserna följdes upp sex månader efter de inträffade.

Tillförlitliga och säkra system och processer



Genom att inkludera systematiskt patientsäkerhetsarbete som en naturlig del av verksamhetsutvecklingen kan både de reaktiva och proaktiva perspektiven på patientsäkerhet bejakas. Genom att minska oönskade variationer stärks patientsäkerheten.

Tvärprofessionella läkemedelsgenomgångar

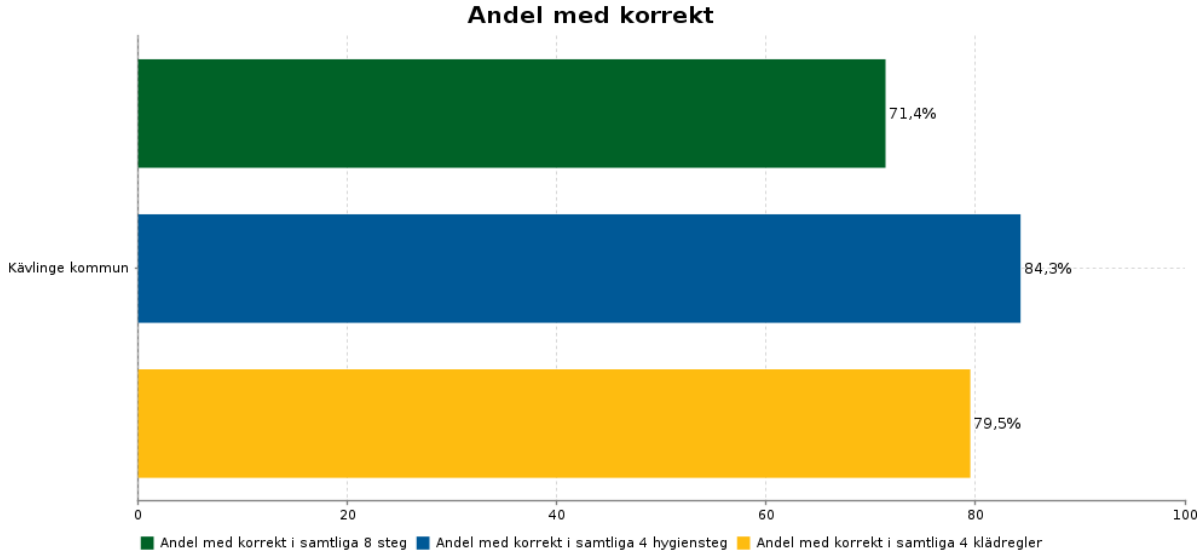
Läkemedelsgenomgångar är en metod för analys, uppföljning och omprövning av patientens läkemedelsanvändning. Läkemedelsgenomgång genomförs på ett strukturerat och systematiskt sätt. Syftet med att genomföra läkemedelsgenomgångar är att öka kvalitén och säkerheten i läkemedelsbehandlingen. Det kräver en god samverkan mellan behandlande läkare, farmaceut och omvårdnadsansvarig sjuksköterska.

Basal hygien

Arbetet med att förebygga vårdrelaterade infektioner och risken för smittspridning i vården är en viktig patientsäkerhetsfråga. I samband med pandemin har frågan ytterligare belysts Under 2021 har planering för införande av cirkulationstvätt av arbetskläder gjorts med start kvartal 1 2022. Samtlig personal ska delta på Socialstyrelsens utbildning i Basal hygien och skyddsutrustning.

Liksom tidigare år deltog verksamheterna i den nationella mätningen av basal hygien och arbetskläder.

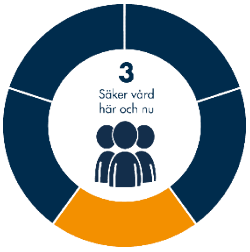
Resultat från mätningen vecka 11–12.



Jämfört med tidigare år är visar mätningen som genomfördes 2021 ett klart bättre resultat. Följsamhet i samtliga steg var 2020 på våren 48% och hösten 53%.

Signature reference: acf9c3f6-e21b-4a9e-b314-28345318321b

Säker vård här och nu



Hälso- och sjukvården präglas av ständiga interaktioner mellan människor, teknik och organisation. Förutsättningarna för säkerhet förändras snabbt och det är viktigt att agera på störningar i närtid.

Leveransproblem

Den rådande pandemin har lett till leveransförseningar av olika produkter. Sektorn har sedan 2020 ett lager av skyddsmaterial och ytdesinfektion. En enhetschef ansvarar för lagret och sektorns ledningsgrupp har fattat beslut om att det alltid ska finnas material för minst tre månaders användning.

Ett flertal leverantörer av hjälpmedel har emellan haft leveransförseningar. För att säkerställa att patienter fått nödvändiga hjälpmedel godkände sektorn att Sodexo rekonditionerade och reparerade de hjälpmedel som inte längre hade ett ekonomiskt värde, under förutsättning att de blev fullt funktionsdugliga och säkra.

Bemanningspersonal

Hög frånvaro bland främst legitimerad personal har medfört att sjuksköterskor har fått hyras in vid olika perioder under året. Enhetschef för samordnad hemsjukvård har fått i uppdrag att anställa fler sjuksköterskor för att minska behovet av inhyrd personal och därmed öka patientsäkerheten. Sjuksköterskebemanningen har utökats under 2021 och planeras utökas även under 2022.

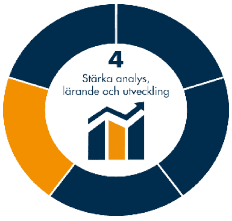
Riskhantering

SOSFS 2011:9, 5 kap. 1 §, 7 kap. 2 § p 4

Vårdgivare ska fortlöpande bedöma om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet. För varje sådan händelse ska vårdgivare uppskatta sannolikheten för att händelsen inträffar, och bedöma vilka negativa konsekvenser som skulle kunna bli följden av händelsen.

Verksamhetens pandemiplan reviderades och befintliga riskanalyser gicks igenom under året. En risk som identifierades 2021 var att ökad smittspridning bland patienter och en bakomliggande orsak kunde vara att personal var ovaccinerade mot covid-19. En riskanalys genomfördes. Omsorgsnämnden tog under hösten beslut om att vaccination är ett krav vid nyanställningar inom sektorn. MAS och läkemedelsansvarig sjuksköterska gjorde även riskanalyser gällande förvaring av läkemedel vilken ledde till förändringar i rutinen för Läkemedelshantering.

Stärka analys, lärande och utveckling



Analys och lärande av erfarenheter är en del av det fortlöpande arbetet inom hälso- och sjukvården. När resultaten används för att förstå vad som bidrar till säkerhet, hållbarhet, önskvärd flexibilitet och goda resultat, kan verksamheten utvecklas så att kvaliteten och säkerheten ökar och risken för vårdskador minskar.

Signature reference: acf9c3f6-e21b-4a9e-b314-28345318321b

Journalgranskning

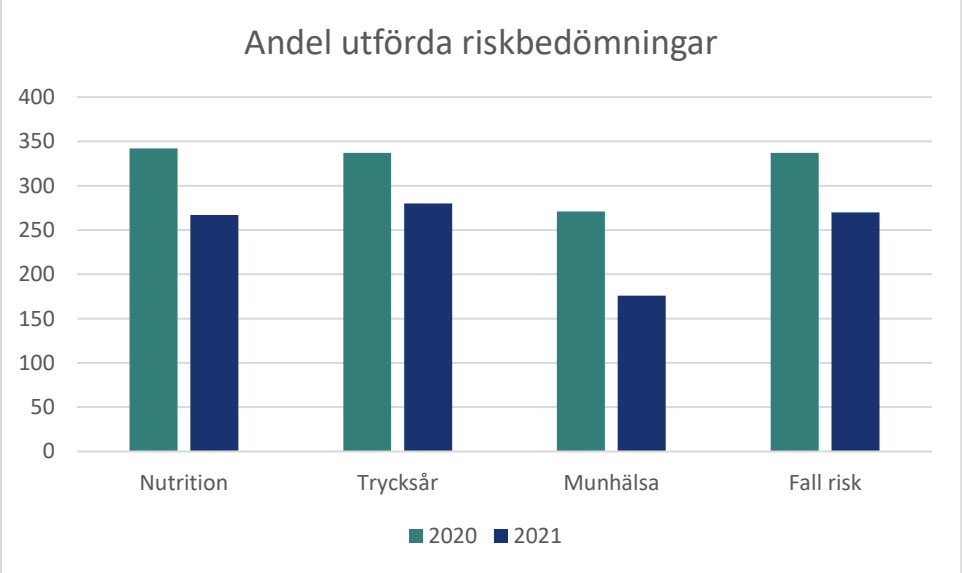
PSL 2010:659, 6 kap. 4 §, SOSFS 2011:9 5 kap. 5 §, 7 kap. 2 § p 5

Ett led i verksamhetens systematiska patientsäkerhetsarbete är journalgranskningar. Journalgranskningen sker genom att ett antal journaler väljs ut och avidentifieras och granskas av legitimerad personal tillsammans med MAS och IT-samordnare. Syftet med att journalgranskning är att säkerställa dokumentationen, kvalitetsutveckling samt tillförsäkra patienten en god och säker vård. Resultatet av granskningen sammanställs, goda exempel lyfts fram och förbättringsområden identifieras. Ett flertal journalgranskningar genomfördes under året vilka medförde att brister i systemet identifierades. Åtgärder kommer vidtas under första kvartalet 2022. Målet för året var att samtliga team ska delta på minst en journalgranskning/år. Målet uppnåddes delvis, alla team deltog inte på grund av pandemin. Arbetet kommer ses över under 2022 eftersom en medicinskt ansvarig för rehabilitering är anställd och kommer involveras i arbetet.

Riskbedömningar och nationella kvalitetsregister

PSL 2010:659, 6 kap. 4 §, SOSFS 2011:9 5 kap. 5 §, 7 kap. 2 § p 5

Riskbedömningar och Senior Alert är ett nationellt kvalitetsregister och ett verktyg för att systematiskt arbeta med att identifiera och förebygga vårdskador avseende fall, nutrition, trycksår och ohälsa i mun. Riskbedömningar görs på individnivå, åtgärder och uppföljningar genomförs och planeras. I nedanstående diagram framgår antal genomförda riskbedömningar som gjordes under 2021 jämfört med 2020. Under första halvåret 2021 uppmärksammades vid en kontroll att andelen riskbedömningar hade minskat kraftigt jämfört med föregående år. En anledning till att andelen utförda riskbedömningarna minskade uppgavs vara att det prioriterades bort på grund av pandemin.
Vikten av att utföra riskbedömningar och sätta in åtgärder för att minska risken för allvarlig vårdskada lyftes på yrkesträffar.



Svenska palliativregistret: i detta register sker registrering av alla dödsfall. Syftet med registreringen är att utifrån svar på ett antal frågor, utvärdera vården i livets slutskede. I diagrammet nedan framgår sektorns statistik över olika kvalitetsindikatorer jämfört med rikets resultat. Målvärdet sätts av registret.

Signature reference: acf9c3f6-e21b-4a9e-b314-28345318321b

Kvalitetsindikator	Målvärde	Riket	Sektor Omsorg
Dokumenterat brytpunktsamtal	98	79,7	70,7
Ordinerad opiat vid smärtgenombrott	98	95,2	84,5
Ordinerad ångestdämpande vid behov	98	94,4	81
Smärtskattad sista levnadsveckan	100	54,4	53,4
Dokumenterad munhälsobedömning	90	61,5	60,3
Utan trycksår grad 2–4	90	87,9	89,7
Mänsklig närvaro vid dödsögonblicket	90	81,0	75,9

I nedanstående tabell ses 2021 års resultat för sektorn jämfört med föregående år.

Kvalitetsindikator	2020	2021
Dokumenterat brytpunktsamtal	63,3	70,7
Ordinerad opiat vid smärtgenombrott	89,8	84,5
Ordinerad ångestdämpande vid behov	91,8	81
Smärtskattad sista levnadsveckan	34,7	53,4
Dokumenterad munhälsobedömning	51	60,3
Utan trycksår grad 2–4	91,8	89,7
Mänsklig närvaro vid dödsögonblicket	87,8	75,9

Jämfört med föregående år har de kvalitetsindikatorerna sektorn arbetat med förbättrats, däremot har andra indikatorer försämrats. Under 2022 kommer ett mer långsiktigt och

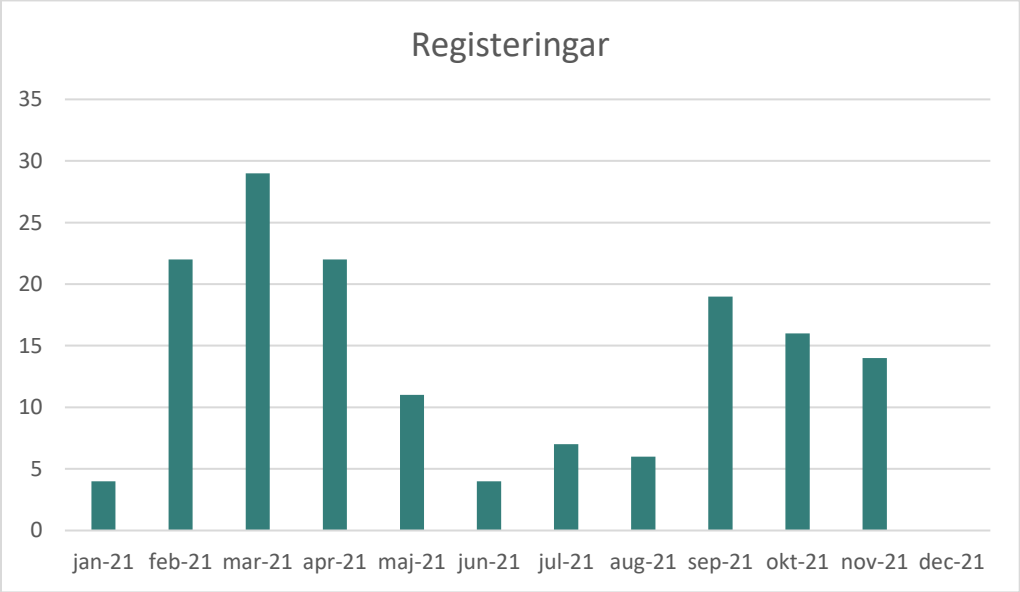
Signature reference: acf9c3f6-e21b-4a9e-b314-28345318321b

strategiskt arbete med kvalitetsregister påbörjas för öka kvaliteten i sektorn. Bland annat kommer resultatet från Palliativa registret tas upp regelbundet på samverkansmöten med primärvården för tillsammans hitta strategier för att förbättra resultatet på kvalitetsindikatorerna.

Beteendemässiga och psykiska symtom vid demens (BPSD). BPSD drabbar någon gång ca 90 % av alla som lever med en demenssjukdom. Dessa symtom kan exempelvis vara aggressivitet, oro, apati, hallucinationer eller sömnstörningar och de orsakar ett stort lidande framför allt för personen med demenssjukdomen, men även för närstående. BPSD-registret syfte är att genom tvärprofessionella vårdåtgärder minska förekomsten och allvarlighetsgraden av BPSD och därmed öka livskvalitén för personen med demenssjukdom på särskilt boende för personer med demensdiagnos. Registreringar har gjorts i kommunen på särskilda boende men det finns ett behov att fortsätta arbetet med registreringar i BPSD och att det ska ske fortlöpande i större utsträckning. För att förbättra användandet av BPSD kommer två sjuksköterskor inom SÄBO utbildas och bli certifierade utbildare för BPSD registret och därefter anordna egna administratörutbildningarna. Inom ordinärt boende ska Silviasystrarna i rollen som BPSD administratörer vara ett stöd för hemtjänstpersonalen i arbetet med registret.

Nedan framgår antal registreringar i BPSD-registret per månad under 2021 på samtliga särskilda boenden.

Totalt 164 registreringar gjordes under året.

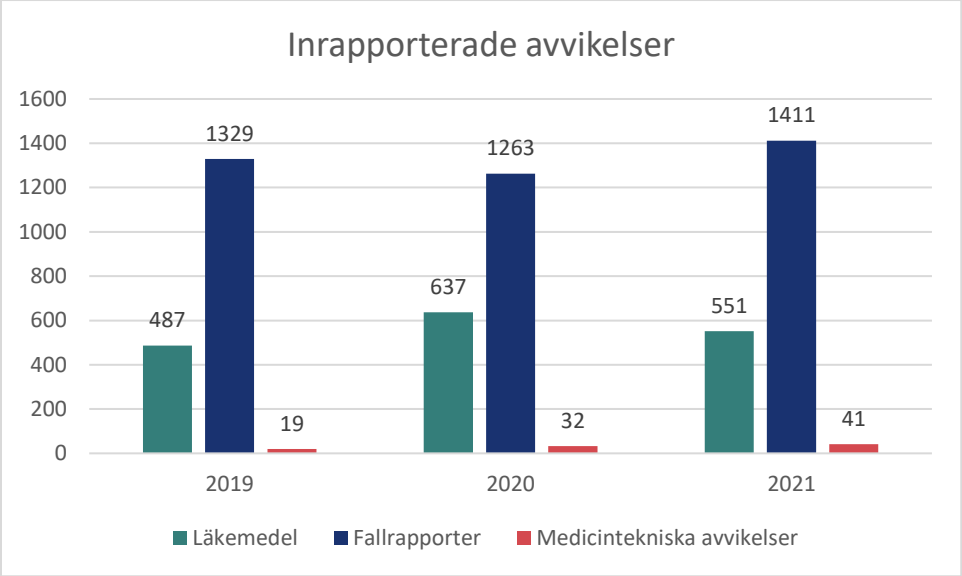


Avvikelser
PSL 2010:659, 6 kap. 4 §, SOSFS 2011:9 5 kap. 5 §, 7 kap. 2 § p 5

Fel och brister ska identifieras och de risker som kan medföra skada för patienten ska förebyggas. Avvikelser ska ses som en viktig del i sektorns patientsäkerhetsarbete. Målet med avvikelsehanteringen är att alla avvikande händelser ska rapporteras i befintligt system. När en avvikelse rapporteras utreds händelsen och åtgärder vidtas. En del i avvikelseprocessen är att riskbedöma händelsen bland annat utifrån allvarlighetsgrad. Enligt rutin ska alla hälso- och sjukvårdsavvikelser med allvarlighetsgrad 3 eller 4 lyftas med MAS. I nedanstående tabeller framgår antal inrapporterade händelser avseende fall,

Signature reference: acf9c3f6-e21b-4a9e-b314-28345318321b

läkemedel och medicinsk tekniska produkter för 2019–2021 samt hur många procent av de rapporterade avvikelserna som riskbedömdes.



Typ av avvikelse	Inrapporterat antal	Andel riskbedömda avvikelser
Läkemedel	551	35%
Fallrapporter	1411	8%
Medicinteknik	41	27%

Målet att samtliga avvikelser ska riskbedömas har inte uppfyllts. Jämfört med föregående år riskbedöms ungefär lika många avvikelser. En bidragande orsak till det dåliga resultatet kan vara att befintligt system gör det möjligt att hoppa över riskbedömningen. Ett nytt avvikelsesystem är under införande där detta moment blir tvingande. En risk med att inte riskbedöma är att avvikelser som bedöms med hög allvarlighet inte utreds och anmäls enligt lex Maria.

Synpunkter och klagomål
SOSFS 2011:9, 5 kap. 3 §, 3 a § och 6 §, 7 kap. 2 § p 6

En annan viktig del i sektorns systematiska kvalitetsarbete är att ta emot och utreda synpunkter och klagomål. Inkomna synpunkter och klagomål som är kopplade till enskilda patienter och som avser brister i hälso- och sjukvården utreds och besvaras av berörd chef.

Möjlig vägar för att lämna synpunkter och klagomål
Patienter och närstående kan kontakta verksamheten direkt för att lämna synpunkter och klagomål. Detta är det vanligaste sättet för att lämna klagomål i sektorn. MAS har också kontaktats direkt av patienter/närstående.

I alla kommuner ska det finnas en patientnämnd. Kävlinge kommun har avtal Skånes Patientnämnd som är en av Region Skånes förvaltningar. Det är en fristående opartisk instans som kan hjälpa patienten eller närstående att föra fram klagomål till verksamheten

Signature reference: acf9c3f6-e21b-4a9e-b314-28345318321b

och se till att de blir besvarade. Inga ärende skickades vidare från Patientnämnden till sektorn för yttrande under 2021.

Patienter och närstående kan även lämna klagomål till Inspektionen för vård och omsorg som sedan tar beslut om att inleda en utredning alternativt skicka klagomålet till sektorn för utredning. Inga klagomål gällande hälso- och sjukvården utreddes av IVO under 2021.

Synpunkter kan även komma via Åsikt Kävlinge som finns tillgänglig på kommunens webbplats. Inga ärende kom via Åsikt Kävlinge som berörde hälso- och sjukvården.



Öka riskmedvetenhet och beredskap

Alla delar av vården behöver planera för en hälso- och sjukvård som flexibelt kan anpassas till kortsiktigt eller långsiktigt förändrade förhållanden med bibehållen funktionalitet, även under oväntade förhållanden.

En ny tjänst kommer under 2022 införas där en del av tjänsten kommer innefatta omvårdnadshandledning. Tanken är att en sjuksköterska ska under perioder delta i omvårdnadsarbetet och handleda omvårdnadspersonalen i olika situationer.

MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

Pandemi och hög personalomsättning av legitimerad personal har medfört att sektorn tappade fart i kvalitet- och patientsäkerhetsarbetet. Under 2021 har omställningen till Nära vård påbörjats och en del insatser för legitimerad personal och chefer genomfördes under 2021. Omställningen till Nära vård berör hela vården och omsorgen och en utmaning för sektorn är att samtlig omsorgspersonal, legitimerad personal och chefer får en samsyn och förståelse för Nära vård. Gemensamma aktiviteter tillsammans med primärvården planeras tas fram under kommande år vilket kan bidra till öka samsynen.

Ett mål för kommande år är att erbjuda samtliga patienter inskrivning i mobilt vårdteam enligt uppsatta kriterier. Fokus under 2022 kommer vara att öka andelen inskrivna i mobilt vårdteam. En utmaning för sektorn är och har varit att få i gång arbetet och skapa en förståelse av vinsterna med mobilt vårdteam. Interna och gemensamma insatser med primärvården har genomförts under 2021 och kommer fortgå framåt. Ett fokusområde är att skapa en gemensam bild tillsammans med ansvarig läkare gällande inskrivningsprocessen. Detta kommer följas upp genom att enhetschef för sjuksköterskor följer antalet inskrivna samt har en dialog med sjuksköterskor på yrkesträffar.

Systematiskt patientsäkerhetsarbete är en viktig del av arbetet i sektorn, en del av detta är arbete med kvalitetsregister. Ett fokusområde har varit riskbedömningar av trycksår, undernäring, fallrisk och munhälsa. Det kan konstateras att andelen utförda riskbedömningar minskade under 2021. Ett kommande arbete för sektorn är skapa en förståelse för att kvalitetsregister bidrar till kunskap. Registren kan användas för att identifiera risker i vården som kan leda till allvarlig vårdskada om inte åtgärder sätts in. Detta kommer att följas upp genom journalgranskningar där fokusområde kommer att vara riskdiagnoser med åtgärder och uppföljningar.

Signature reference: acf9c3f6-e21b-4a9e-b314-28345318321b

§17

Dnr: ON 2022/41

Kvalitetsrapport för omsorgsnämnden år 2021

Beslut

Omsorgsnämndens beslut
Omsorgsnämnden godkänner redovisad kvalitetsrapport för år 2021.

Ärendebeskrivning

Sektor Omsorg har gjort en granskning av aktuella områden internt och externt.

Rapportens indelning är omsorg, måltidsservice och hälsofrämjande enhetens arbete under 2021. Redovisning av externa utförare inom Särskilt boende och servicetjänster SoL samt daglig verksamhet LSS -LOV och Gruppbostad LSS -LOU är även inkluderade i underlaget.

Beslutsunderlag

- Kvalitetsrapport för omsorgsnämnden år 2021, tjänsteskrivelse
- Kvalitetsrapport Sektor Omsorg 2021
- Bilaga 1, Verksamhets- och Kvalitetsberättelse för 2021, Attendo
- Bilaga 2, 2021 års verksamhetsberättelse from 8 nov tom 31 dec Villa Fridsbo
- Bilaga 3 Ars Kvalitetsredovisning IoF 2021 (Kungsgatan)
- Bilaga 4 Ars Kvalitetsredovisning IoF 2021 (Solgatan)
- Bilaga 5 Nytida 2021 års kvalitets och verksamhetsberättelse Stora Blå Syd
- Bilaga 6 Verksamhetsberättelse KÄVLINGE 2021 Hundstund
- Bilaga 7 Kvalitetsrapport HFE 2021_Fixartjänst
- Bilaga 8 Kvalitetsrapport HFE 2021_Evenemang
- Bilaga 9 Kvalitetsrapport HFE 2021_Anhörigstöd
- Bilaga 10 Kvalitetsrapport HFE 2021_Mottagare
- Bilaga 11 Kvalitetsrapport HFE 2021_Volontärer
- Bilaga 12 Kvalitetsrapport HFE 2021_Hälsofrämjande samtal

Signature reference: acf9c3f6-e21b-4a9e-b314-28345318321b

Beslutet skickas till

För kännedom

kvalitetscontroller

Signature reference: acf9c3f6-e21b-4a9e-b314-28345318321b

KÄVLINGE!

Kvalitetsrapport Sektor Omsorg 2021

Ulrika Johansson
Kvalitetscontroller

100% välkommen!

Signature reference: acf9c3f6-e21b-4a9e-b314-28345318321b

Innehåll

1. Inledning....4
   1.1 Syfte....5
   1.2 Tillvägagångssätt och upplägg....5
2. Intern kontroll....5
3. Brukarundersökningar, interna....6
   3.1 Boendestöd Socialtjänstlagen (SoL)....6
   3.1 Eyragården enligt Socialtjänstlagen (SoL)....8
   3.2 Handläggarenheten....9
4. Nationell brukarundersökning Socialtjänstlagen (SoL)....11
5. Nationella brukarundersökningar Lag om stöd och servicetill vissa funktionshindrade (LSS)11
   5.1 Gruppbostad....12
   5.2 Servicebostad....15
   5.3 Daglig verksamhet....17
5.4 Externa utförare LOV och LOU....20
   5.4.1 Särskilt boende -LOV....20
   5.4.2 Gruppboende–LOU....21
   5.4.3 Servicetjänster - LOV, flera företag....21
   5.4.4 Daglig verksamhet LSS – LOV, flera företag....21
6. Ej verkställda beslut....21
7. Ständiga förbättringar....23
   7.1 Avvikelser....23
   7.2 Lex Sarah....24
8. Samverkan....25
9. Kompetensförsörjning....25
10. Statsbidrag....28
11. Digitalisering....28
12. Barnkonventionen....28
13. Hälsofrämjande enheten....29
   13.1 Fixartjänst....29
   13.2 Evenemang....30
   13.3 Anhörigstöd....30
   13.4 Mottagare av volontär....30
   13.5 Volontärer....31

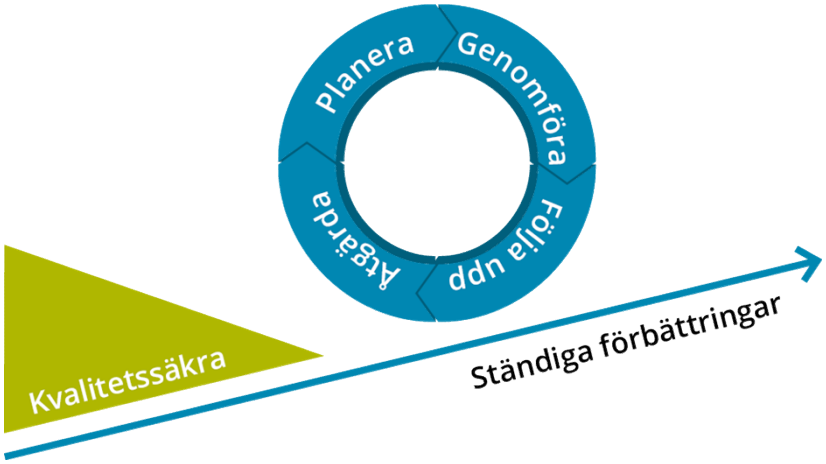
Signature reference: acf9c3f6-e21b-4a9e-b314-28345318321b

13.6 Hälsofrämjande samtal 31
14. Måltidsservice....31
14.1 Nollvisionen för undernäring hos äldre 31
14.2 Måltidskompetens....32
14.3 Kundenkät omsorgsrestaurang 33
14.4 Kundenkät skola....33
14.5 Hållbara måltider 34
14.6 Säkra måltider....34

Signature reference: acf9c3f6-e21b-4a9e-b314-28345318321b

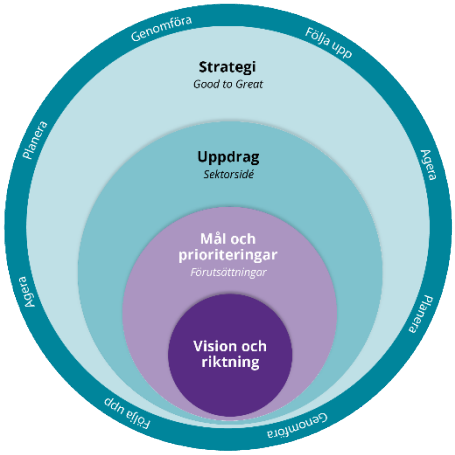
1. Inledning

Kävlinge kommuns systematiska kvalitetsarbete symboliseras av ett kvalitetshjul. De årliga kvalitetsrapporterna är en central del i denna systematik.



Kävlinge kommuns övergripande styrmodell innehåller fyra delar; vision och riktning, mål och prioriteringar, uppdrag och strategi. Bilden nedan representerar upplägget av modellen. De två innersta cirklarna utgör kärnan, vision och riktning tillsammans med mål och prioriteringar påvisar kommunens politiska styrning. De två yttersta cirklarna utgör verksamhetsstyrningen, där verksamheternas uppdrag och vilken strategi beskrivs i vårt arbete från Good to great.

Den yttersta cirkeln visar på vår systematik för genomförandet, på vilket sätt vi säkerställer en ständig förbättring i vårt kvalitetsarbete, hur vi planerar, genomför och följer upp och agerar. Det är genom vårt kvalitetsarbete som vi bidrar till att uppfylla mål och vision.



Signature reference: acf9c3f6-e21b-4a9e-b314-28345318321b

1.1 Syfte

Syftet med skriften är att sammanställa en lättillgänglig rapport med de olika kvalitetsmätningar som görs under ett år inom sektorn. Årets version omfattar kalenderåret 2021.

1.2 Tillvägagångssätt och upplägg

En arbetsgrupp bestående av sektorschef, biträdande sektorschef och kvalitetscontroller har tillsammans valt ut områden för kvalitetsrapportens innehåll.

Den ***interna*** kontrollen har fokuserat på tre olika områden som syns i kapitel 2.

För varje ***intern brukarundersökning*** har det gjorts ett urval av de målgrupper som inte redovisas i någon av de nationella brukarundersökningarna. Tanken är att vara restriktiv med egna, lokala brukarundersökningar, för att inte trötta ut brukare/vårdtagare med flera olika enkäter att svara på. Därav har Sektor Omsorg upprättat ett årshjul över de olika verksamheterna med olika redovisnings frekvenser som till exempel vissa enkäter genomförs vartannat år och vissa enkäter genomförs under våren alternativt hösten.

De ***nationella brukarundersökningarna*** genomförts av Socialstyrelsen där kommunen själv med stöd av SKR (Sveriges kommuner och regioner) genomför olika brukarundersökningar. 2021 har tre nationella brukarundersökningar riktade mot funktionshinder gruppboende, serviceboende samt daglig verksamhet enligt LSS genomförts.

Ett kort kapitel berör de ***externa utförare*** som finns inom sektorns verksamhetsområde samt bilagt är deras verksamhetsberättelser.

Ett kapitel redogör för resultat från ***nationella nyckeltalsjämförelser*** där man kan se jämförelser mellan Kävlinge och hela riket.

Ett kapitel kallat ***ständiga förbättringar*** beskriver synpunkts- och klagomålshantering, samt personalens rapportering om avvikelser och eventuella missförhållanden.

Kapitlet ***Samverkan*** redogör för samverkansparter och kapitlet ***Kompetensförsörjning*** sammanfattar åtgärder och status för året.

Måltidenheten redovisas i ett eget kapitel i år. Likaså den ***Hälsofrämjande enheten*** har fått ett eget kapitel. Deras rapporter presenteras som bilagor.

2. Intern kontroll

De interna kontrolluppdragen för år 2021 var tre stycken, och har redovisats i Omsorgsnämnden i november 2021.

Kontrolluppdragen berörde följande områden:

- Kontroll av rapporter av vårt verksamhetssystem för att säkerställa följsamheten
- Kontroll av följsamhet gällande rådande ramavtal vid inköp
- Kontroll av antal riskbedömningar gjorda i hemmet

Signature reference: acf9c3f6-e21b-4a9e-b314-28345318321b

3. Brukarundersökningar, interna

Brukarundersökningar är ett sätt att följa upp verksamheten, de vanligaste metoderna är enkäter, intervjuer och fokusgrupper. Sektor Omsorg har för kvalitetsrapportens period utfört lokala brukarundersökningar riktat till tre olika insatser, för vilka resultaten inte kan urskiljas ur de nationella brukarundersökningarna.

3.1 Boendestöd Socialtjänstlagen (SoL)

Syfte
Syftet med undersökningen är att följa upp kvaliteten för verksamheten 2021. Med kvalitet så menar vi i vilken utsträckning boendestödet når sitt huvudsakliga mål, vilket är att motivera och ge stöd för målgruppen i syfte att öka brukarens självständighet samt bidra till struktur i vardagen. Resultatet av undersökningen utgör underlag för att kunna identifiera förbättringsområden i Boendestödets verksamhet. Enkätundersökningen genomförs vartannat år.

Resultat
Totalt har 58 brukare beslut gällande Boendestöd. Av dessa 58 har 25 brukare valt att medverka i undersökningen.
Svarsfrekvensen uppgår till 43 %, vilket är lägre resultat i jämförelse med 2019 års undersökning 51%.

1. Boendestödet ger mig den hjälp och stöd jag behöver i min vardag.

Svarsalternativ:	Ja	Ibland	Nej, aldrig
Antal som svarat totalt: 25	20	5	
Svar i % utav samtliga svar	80%	20%	

2. Boendestödjarna har ett bra bemötande?

Svarsalternativ:	Ja	Ibland	Nej, aldrig
Antal som svarat totalt: 25	24	1	0
Svar i % utav samtliga svar	96%	4%	0%

3. Det är lätt för mig att komma i kontakt med boendestödjarna.

Svarsalternativ:	Ja	Ibland	Nej, Aldrig
Antal som svarat totalt: 25	19	6	0
Svar i % utav samtliga svar	76%	24 %	0%

4. Jag får vara med och bestämma hur boendestödjarna hjälper mig genom min genomförandeplan.

Svarsalternativ:	Ja	Ibland	Nej, Aldrig
Antal som svarat totalt: 25	24	1	0
Svar i % utav samtliga svar	96%	4%	0%

Signature reference: acf9c3f6-e21b-4a9e-b314-28345318321b

5 Det är lätt för mig att ändra tider för när boendestödjarna hjälper mig.

Svarsalternativ:	Ja	Ibland	Nej, aldrig
Antal som svarat totalt: 25	20	5	0
Svar i % utav samtliga svar	80 %	20%	0%

6. Boendestödet bidrar till att ge mig en meningsfull vardag.

Svarsalternativ:	Ja	Ibland	Nej, aldrig
Antal som svarat totalt: 25	23	2	0
Svar i % utav samtliga svar	92%	8%	0%

7. Boendestödet bidrar till att öka min självständighet i vardagen.

Svarsalternativ:	Ja	Ibland	Nej, aldrig
Antal som svarat totalt: 25	23	2	0
Svar i % utav samtliga svar	92%	8%	0%

8 Boendestödet bidrar till att jag får struktur så att vardagen fungerar bättre.

Svarsalternativ:	Ja	Ibland	Nej, aldrig
Antal som svarat totalt: 25	23	2	
Svar i % utav samtliga svar	92%	8%	

9. Utför du regelbundet någon aktivitet utanför hemmet?

Svarsalternativ:	Ja	Ibland	Nej
Antal som svarat totalt: 25	10	12	3
Svar i % utav samtliga svar	40%	48%	12%

10. Har du själv svarat på frågorna?

Svarsalternativ:	Ja	Nej
Antal som svarat totalt: 25	25	0
Svar i % utav samtliga svar	100 %	0%

Resultat och analys
Sammantaget visar undersökningen en upplevd nöjdhet hos brukarna beträffande boendestödets verksamhet. 92 procent av brukarna upplever att boendestödet bidrar till struktur samt ökar självständigheten i vardagen. Vidare upplever 96 procent att boendestödjarna har ett bra bemötande. 40 procent av brukarna uppger att de utför regelbunden aktivitet utanför hemmet.

Handlingsplan
Verksamheten ska arbeta aktivt för att motivera brukarna till aktiviteter utanför hemmet samt fortsätta arbeta med studiecirkeln Ett självständigt liv för att skapa kontaktytor mellan brukarna som deltar i kursen.

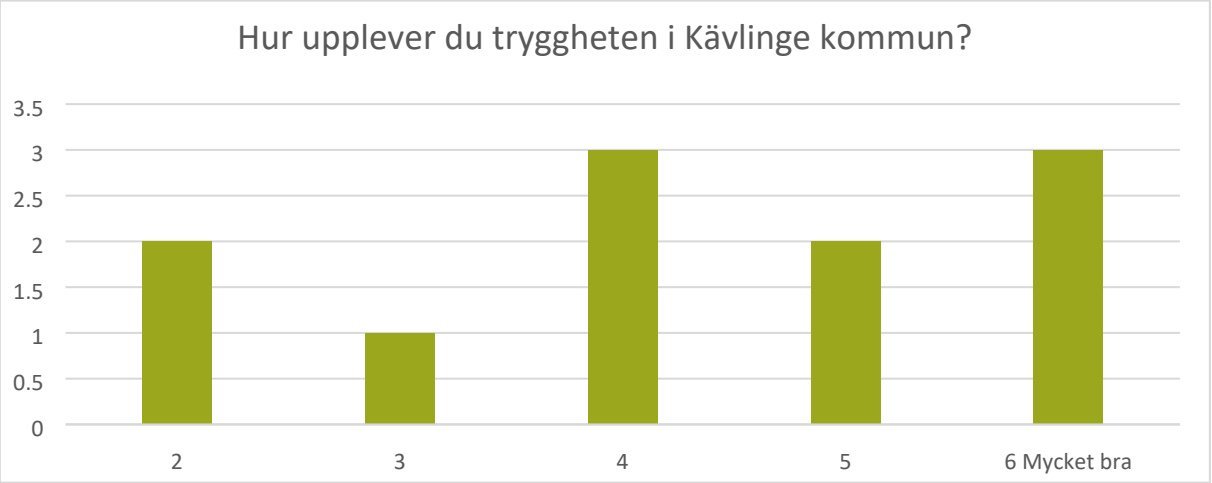
Signature reference: acf9c3f6-e21b-4a9e-b314-28345318321b

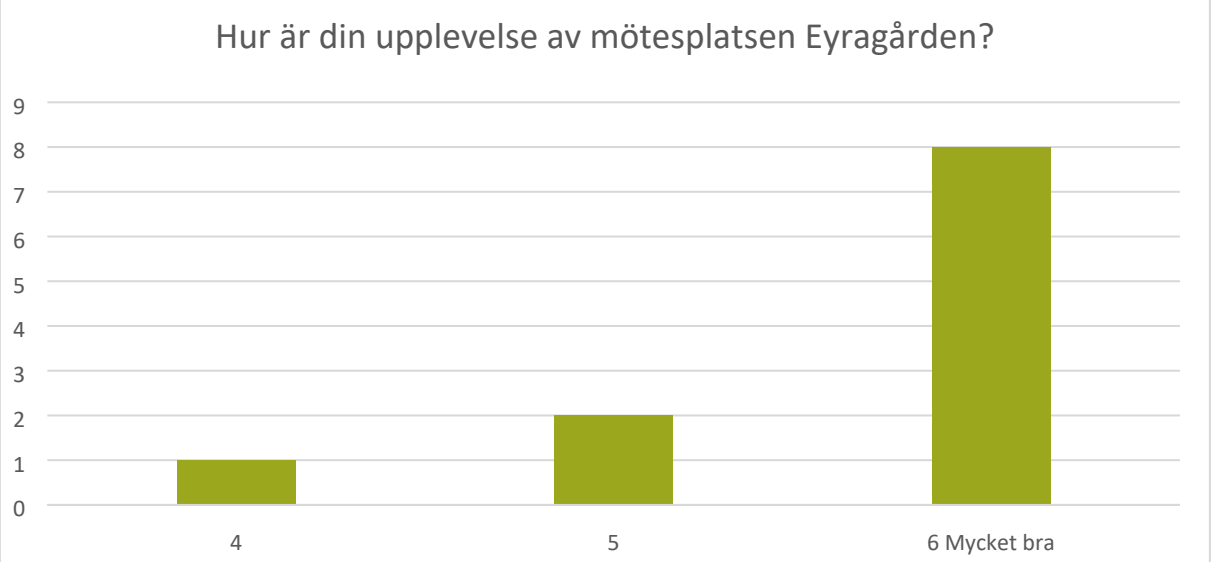
3.1 Eyragården enligt Socialtjänstlagen (SoL)

Eyragården är en öppen mötesplats personer som bor i kommunen och är mellan 18–65 år dit man är välkommen för att umgås med andra och delta i olika gruppaktiviteter.

Syfte
Att undersöka hur besökare på Eyragården upplever tryggheten i Kävlinge kommun samt under sin vistelse på Eyragården.

Metod
En digital enkät skickades ut via Eyragårdens egna Facebooksida under maj månad 2021. Enkäten innehöll två frågor, där man kunde gradera svarsalternativet mellan 1–6 där 1 (ett) var låg ranking och 6 (sex) högt rankat gällande trygghet. Respondenterna gavs möjlighet att skriva ner vilka tillfällen som de känner sig mindre trygga i Kävlinge Kommun och på mötesplatsen Eyragården.





Signature reference: acf9c3f6-e21b-4a9e-b314-28345318321b

Resultat och analys
Det är första året som besökare svarar på vår trygghetsmätning digitalt. Vi har fått in 11 svar från besökare. Hur många besökare som har fått möjlighet att besvara enkäten är inte möjligt att få fram, då enkäten har legat öppen för besökare via vår Facebooksida. Respondenterna har skrivit konkreta svar på när det känns otryggt i Kävlinge Kommun och på mötesplatsen Eyragården. Tryggheten i Kävlinge Kommun handlar främst om mörker samt att vistas ute kvällar och helger. Flera besökare har informerat, att de redan har svarat på den övergripande trygghetsfrågan då Kävlinge Kommun generellt går ut med liknande fråga till alla kävlingebor och har därför valt att inte besvara den frågan i denna enkät. På frågan om den sammanlagda upplevelsen av mötesplatsen Eyragården redovisas en hög trygghetskänsla kring både platsen Eyragården och med personal som arbetar där.

Handlingsplan
Under 2022 kommer Sektor Omsorg att arbeta med den digitala enkäten under längre period, dels för att nå ut till fler besökare, dels för att få fram antal personer som har fått enkäten och antal personer som har svarat för att få ett mer mätbart resultat.

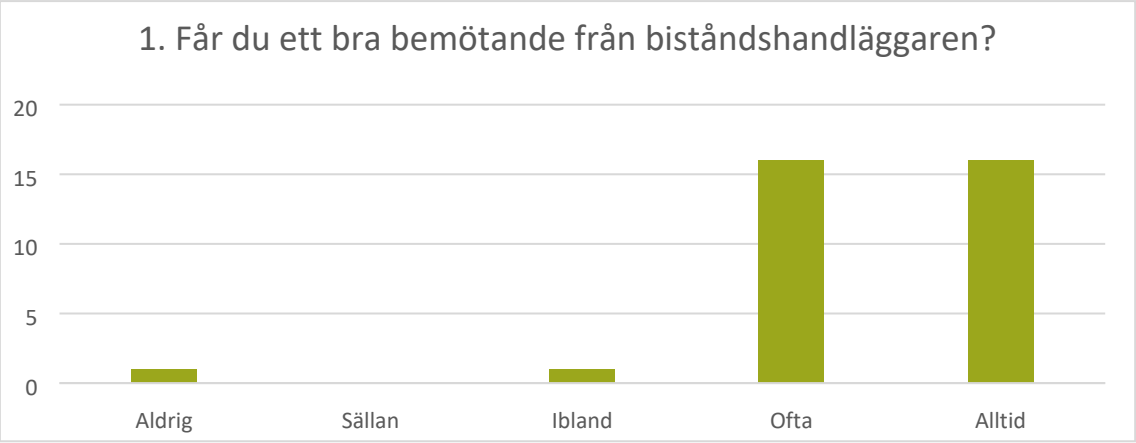
Eyragården kommer aktivt att uppmuntra besökare mer frekvent om vikten av att svara på trygghetsmätningen, detta kommer bland annat ske genom att informera på sociala medier och direktinformation på Eyragården, via planerade aktiviteter.

Under 2022 kommer Eyragården arbeta med att formulera om enkätunderlaget och se över om andra område är aktuella att inkludera i frågeformuläret.

3.2 Handläggarenheten

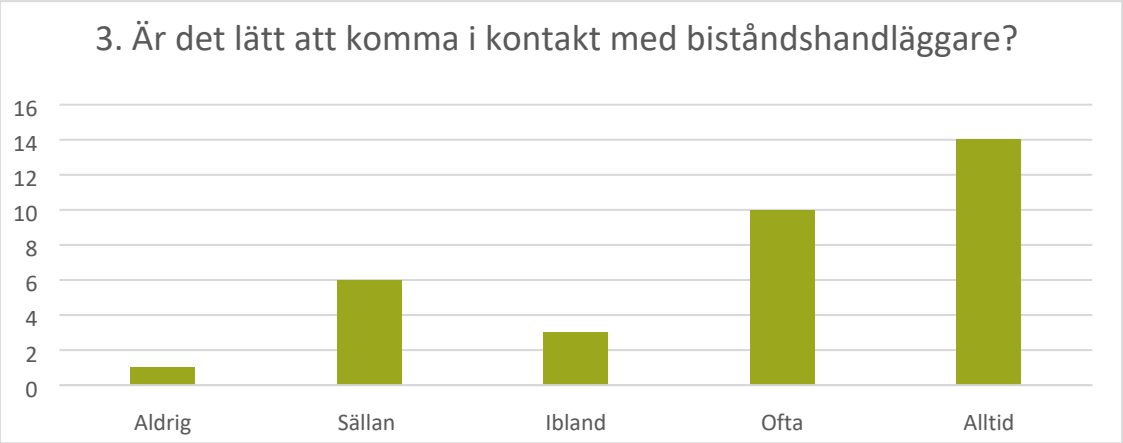
Metod
Enkät till de första 70 individerna som under oktober 2021 haft kontakt med enhetens handläggare och som resulterat i ett beslut. Enkäten skickades ut i november och innehöll åtta specifika frågor. Resultaten avser brukare som haft kontakt med biståndshandläggare både inom Socialtjänstlagen (SoL) samt Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS).

Resultat och analys
Av 70 skickade enkäter har 34 svar inkommit, vilket är svarsfrekvens på 49%. Nedan är ett urval av frågor som anses mest representativa för undersökningens resultat.

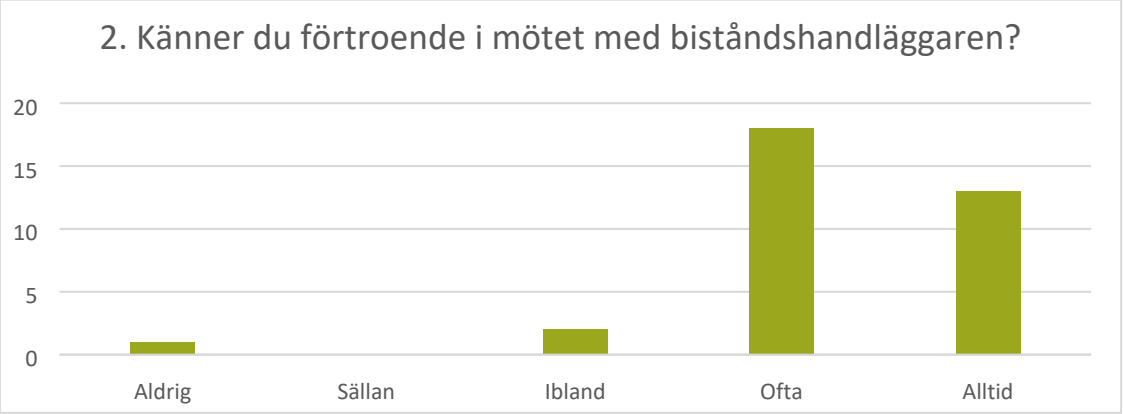


94 procent (32 individer) uppger att de fått ett bra bemötande, 3% svarar ibland och 3% uppger att de aldrig fått ett bra bemötande.

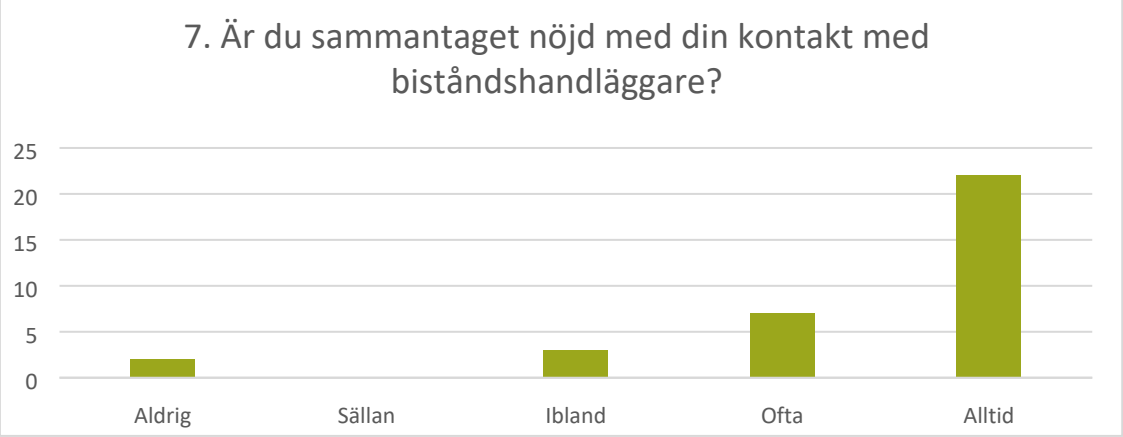
Signature reference: acf9c3f6-e21b-4a9e-b314-28345318321b



71% svarar att det är lätt att komma i kontakt med biståndshandläggare, 9% svarar ibland, 17% svarar sällan och 3% svarar nej, aldrig.



91% svarar att de känner förtroende för biståndshandläggare, 6% svarar ibland, 3% svarar nej, aldrig.



86 procent svarade att de är sammantaget nöjda med kontakten, 9% svarade ibland och 6% svarade nej, aldrig.

Signature reference: acf9c3f6-e21b-4a9e-b314-28345318321b

Sammantaget visar undersökningen en hög grad av nöjdhet hos de individer som svarat. Det finns även ett tydligt samband i svaren där de som fått avslag/delavslag generellt svarat negativa svar (sällan/nej, aldrig). Det som gav lägst resultat var möjligheten att komma i kontakt med biståndshandläggare, där sammantaget 20 procent uppgav att negativa svar. För att kunna fördjupa sig mer i vilket utvecklingsområde som finns bör kommande enkät skickas ut till fler individer under en längre tidsperiod.

Handlingsplan
Handläggarenheten kommer under 2022 starta implementeringen av medborgartjänst för att utöka kommunikationsvägarna och möjliggöra för kommuninvånare att välja hur de önskar ta kontakt samt även möjligheten att kontinuerligt följa sitt/sina ärende. Man kommer även göra ett bredare utskick av enkäterna, som även ska sträcka sig över längre tid.

För att framöver bättre kunna analysera resultaten kommer enheten att särskilja svaren inom SoL och LSS för att se om det finns skillnader inom gruppen.

4. Nationell brukarundersökning Socialtjänstlagen (SoL)

Socialstyrelsen (SoS) genomför en årlig nationell brukarundersökning till vårdtagare/brukare inom äldreboende och hemtjänst. Undersökningen för år 2021 uteblev på grund av att Socialstyrelsens upphandling gällande enkätverktyg, vilken drog ut på tiden. Undersökningen sker januari-mars år 2022 och kommer redovisas juni (troligtvis vecka 25) 2022.

5. Nationella brukarundersökningar Lag om stöd och servicetill vissa funktionshindrade (LSS)

Syfte
Att undersöka hur brukare som bor i gruppbostad enligt 9 § 9 LSS och/eller brukare som har en daglig verksamhet enligt 9 § 10 LSS upplever sin situation i sitt boende och/eller på sin dagliga verksamhet utifrån SKL:s nationella brukarundersökning.

Frågeställning
Hur upplever brukarna sin situation utifrån områdena självbestämmande, trygghet, trivsel och bemötande?

Metod
Sveriges Kommuner och Regioners (SKR) nationella brukarundersökningar inom socialtjänsten är årliga undersökningar som genomförs för fler olika målgrupper och verksamheter inom funktionshinderområdet. Undersökningen har hanterats av analysföretaget Enkätfabriken på uppdrag av medverkande kommuner och privata aktörer. Deltagandet i undersökningarna var frivilligt och kommunerna samt de privata aktörerna får själva bestämma vilka delar av verksamheterna de genomförde undersökningen inom.

Insamlingsmetoden är i grunden en webbenkät med unika inloggningskoder för varje brukare. Det innebär att en brukare enbart kan svara på respektive enkät en gång, vilket är en grund för att resultat och svarsfrekvens ska vara korrekt. Enkäten innehåller totalt tio frågor och avser att fånga fyra kvalitetsområden: självbestämmande, trygghet, trivsel samt bemötande.

Signature reference: acf9c3f6-e21b-4a9e-b314-28345318321b

Enkäten har gått att besvara i pappersform eller på webben via dator eller surfplatta, ett ljud- och bildbaserat webbenkätverktyg som presenterar och förtydligar frågeställningar och svarsalternativ för personer med olika former av kognitiv funktionsvariation. Både pappersenkäten och webbenkäten har kunnat besvaras med eller utan bildstöd (Pictogram/Inprint). Resultatet från pappersenkäter har matats in i webbenkätverktyget av antingen kommunernas stödpedagoger eller Enkätfabrikens personal.

I Webbenkäten är det valbart om den ska genomföras med eller utan ljud, det vill säga uppläsning av frågor. Möjlighet att köpa till tjänster i form av tecken som stöd, teckenspråk med mera har också varit tillgängligt att välja vid ansökan. För brukarna har det funnits möjlighet att få hjälp av en stödperson för att svara på enkäten vilka har bestått av stödpedagoger som varit ansvariga för genomförandet av undersökningen. De stödpedagoger som genomfört enkäten har varit placerad inom andra verksamheter än på den egna enheten/erna för att brukaren ska känna sig trygg i att svara fritt.

Personal har i god tid fått information om undersökningen i form av mejl med relevant information, länk till en demofilm samt länk till demoversion i läsplattan där brukaren kan testa på hur det går till att göra undersökningen. Informationen anpassades och skickades ut i en inbjudan med bildstöd för att få så stor förståelse som möjligt hos brukarna.

Urval
Urvalet har gjorts utifrån målgruppen med beslut om gruppbostad enligt 9 § 9 samt daglig verksamhet 9 § 10 LSS, både kommunal verksamhet och privata utförare. De svarande har svarat antingen själv eller med hjälp av legal företrädare. I de fall legal företrädare behövt hjälpa till har information och material skickats till dem.

5.1 Gruppbostad

Resultat, svarsfrekvens och bortfall
Totalt har 41 brukare beslut om gruppbostad enligt 9 § 9 LSS och har boende i kommunens egen regi. Av dessa 41 brukare har 36 deltagit. Utförare enligt LOU, vid tillfället för mätningen Attendo, får inte någon egen rapport från SKR då de vid mättillfället endast fanns 4 boende på enheten. Detta på grund av sekretess och spårbarhet. Attendos svar ingår inte nedan då enkäten genomförts inom egen organisation, Attendo avslutade sitt uppdrag i Kävlinge kommun den 31 oktober 2021. Däremot ingår Attendos svar i det totala resultatet för hela Kävlinge kommun.

Antal svarande är totalt 36 brukare, men i redovisningen varierar svaren mellan 35 och 36 brukare. Detta beror på att någon valde att inte svara på någon fråga alternativt avbröt enkäten under pågående undersökning. Det fanns även möjlighet att klicka förbi frågan om man inte förstod. Den totala svarsfrekvensen uppgår till 63 procent. Svarsfrekvensen på varje fråga kan variera utifrån att brukarna inte valt att svara på alla frågor.

Jämförande resultat för Kävlinge kommun tidigare år går att hitta på:
https://www.kolada.se/verktyg/jamforaren/?_p=jamforelse&focus=16637&tab_id=93286

1. Får du bestämma om saker som är viktiga för dig hemma? – Självbestämmande

Svarsalternativ:	Ja	Ibland	Nej
Antal som svarat totalt: 36	28	5	3
Svar i % utav samtliga svar	78%	14%	8%

Signature reference: acf9c3f6-e21b-4a9e-b314-28345318321b

Alla kommuner, ovägt medel	78%		

2. Får du den hjälp du vill ha hemma? – Självbestämmande

Svarsalternativ:	Ja	Ibland	Nej
Antal som svarat totalt: 35/36	26	6	3
Svar i % utav samtliga svar	74%	17%	9%
Alla kommuner, ovägt medel	81%		

3. Bryr sig personalen hemma om dig? – Bemötande

Svarsalternativ:	Ja	Ibland	Nej
Antal som svarat totalt: 35/36	29	4	2
Svar i % utav samtliga svar	83%	11%	6%
Alla kommuner, ovägt medel	83%		

4. Pratar personalen hemma med dig så att du förstår vad de menar? – Bemötande

Svarsalternativ:	Alla	Några	Ingen
Antal som svarat totalt: 36	27	8	1
Svar i % utav samtliga svar	75%	22%	3%
Alla kommuner, ovägt medel	72%		

5. Förstår personalen hemma vad du säger? – Bemötande

Svarsalternativ:	Alla	Några	Ingen
Antal som svarat totalt: 35/36	25	8	2
Svar i % utav samtliga svar	71%	23%	6%
Alla kommuner, ovägt medel	72%		

6. Känner du dig trygg med personalen hemma? – Trygghet

Svarsalternativ:	Alla	Några	Ingen
Antal som svarat totalt: 36	28%	6	2
Svar i % utav samtliga svar	79%	17%	6%
Alla kommuner, ovägt medel	77%		

7. Är du rädd för något hemma? – Trygghet

Svarsalternativ:	Aldrig	Ibland	Ofta
Antal som svarat totalt: 35/36	21	11	3
Svar i % utav samtliga svar	60%	31%	9%
Alla kommuner, ovägt medel	66%		

Signature reference: acf9c3f6-e21b-4a9e-b314-28345318321b

8. Vet du vem du ska prata med om något är dåligt hemma? – Trygghet

Svarsalternativ:	Ja	Nej
Antal som svarat totalt: 35/36	33	2
Svar i % utav samtliga svar	94%	6%
Alla kommuner, ovägt medel	85%	

9. Trivs du hemma? – Trivsel

Svarsalternativ:	Ja	Ibland	Nej
Antal som svarat totalt: 36	30	4	2
Svar i % utav samtliga svar	83%	11%	6%
Alla kommuner, ovägt medel	82%		

Analys
SKL:s nationella brukarundersökning genomförs för femte gången inom gruppbostad LSS i Kävlinge kommun. Undersökningen har utförts av stödpedagoger som bedömer att verktyget är användbart för att mäta brukarens upplevelse av omsorgens kvalitet. En viktig faktor för att mätningen ska kunna genomföras är att personal på gruppbostäderna är informerade om brukarundersökningens syfte och ges möjlighet att förbereda brukarna inför undersökningen.

Verksamheten har under 2021 ett totalt resultat som ligger över snittet för riket i de flesta frågor. Jämfört med förra året där vi låg under snittet för riket i de flesta frågor, har en tydlig förbättring skett. Det kan bero på att det anställts fler stödpedagoger ute i verksamheterna som stöttat och handlett kollegorna gällande bemötande och insatser och på så vis har kvalitén och tryggheten ökat i verksamheterna. En annan orsak kan vara att stödpedagoger inför årets undersökning tydliggjort frågorna ytterligare för brukarna.

På fråga 2 har vi lite lägre siffror än riket. Många brukare inom LSS-verksamheter har utmaningar gällande förmåga att utvärdera holistiska och långsiktiga perspektiv för sin tillvaro. Många svarsalternativ kan därför vara en ögonblicksbild eller påverkad av en händelse innan enkäten.

På fråga 7 som handlar om trygghet (Är du rädd för något hemma?) har vi fortfarande ett lägre snitt än riket men ökat från 45 procent 2020 till 60 procent i år på svaret att de *aldrig* räds något i bostaden. Många verksamheter har jobbat med denna fråga under året som gått vilket syns på resultatet. Stödpedagogerna har även detta år fått indikationer från svaranden att den mesta rädslan uppstår av exempelvis spindlar/mörker eller av att bli sjuk.

Handlingsplan
Det övergripande resultatet från enkätundersökningen är inte tillfredsställande för Sektor Omsorg då vi ser brister i självbestämmande, bemötande, trygghet, trivsel samt att enheterna generellt ligger under de nationella resultaten. För att angripa detta kommer verksamheterna att aktivt arbeta med resultaten och koppla dessa till vårt målarbete.

Vi ser att det kan finnas begreppsförvirring kring vad hemma är, om det är på boendet eller hos föräldrar/anhöriga. Under 2022 kommer varje enhet att jobba med att säkra upp definitionerna så att brukarna vet vad som menas med hemma.

Signature reference: acf9c3f6-e21b-4a9e-b314-28345318321b

Frågeställningen som handlar om brukaren upplever rädsla i sitt hem behöver analyseras djupare. Det negativa resultatet i den senaste mätningen indikerar starkt behov av att ytterligare utreda vad rädslorna består; när, hur ofta och för vem.

Övergripande avseende bemötande och trygghet är det av vikt att se kopplingen mellan upplevd trygghet, god kommunikation, ett gott bemötande, upplevd omtanke och känslan av förtroende. Generellt ligger Kävlinge kommun under snittet nationellt därför ska verksamhetsåret 2022 fokuseras på pedagogiska förhållningssätt, metodutveckling samt *empowerment*. Under 2021 har nyckelpersoner utbildats inom den evidensbaserade arbetsmodellen Delaktighetsmodellen, en modell som utvecklats under flera år inom LSS-verksamheter. Modellen innebär en mötesform mellan personal och brukare med utgångspunkt att stärka brukarnas inflytande över sin livssituation. Arbetet tillför även personalen en ny dimension i sitt uppdrag. Det finns även behov av att rusta medarbetarna kunskapsmässigt för att bemöta både en åldrande brukargrupp, brukare med psykisk ohälsa och neuropsykiatriska funktionsvariationer.

5.2 Servicebostad

Resultat, svarsfrekvens och bortfall
Totalt har 15 brukare beslut om servicebostad enligt 9 § 9 LSS, samtliga bor på samma boendeenhet. Av dessa 15 brukare har 14 brukare valt att medverka i undersökningen. Svarsfrekvensen uppgår till 93%, samma resultat som 2020 års undersökning.

Jämförande resultat för Kävlinge kommun tidigare år går att hitta på:
https://www.kolada.se/verktyg/jamforaren/?_p=jamforelse&focus=16637&tab_id=93286

1. Får du bestämma om saker som är viktiga för dig hemma? – Självbestämmande

Svarsalternativ:	Ja	Ibland	Nej
Antal som svarat totalt: 14	10	3	1
Svar i % utav samtliga svar	71%	21%	7%
Alla kommuner, ovägt medel	82%		

2. Får du den hjälp du vill ha hemma? – Självbestämmande

Svarsalternativ:	Ja	Ibland	Nej
Antal som svarat totalt: 14	9	4	1
Svar i % utav samtliga svar	64%	29%	7%
Alla kommuner, ovägt medel	79%		

3. Bryr sig personalen hemma om dig? – Bemötande

Svarsalternativ:	Ja	Ibland	Nej
Antal som svarat totalt: 14	11	2	1
Svar i % utav samtliga svar	79%	14%	7%
Alla kommuner, ovägt medel	84%		

4. Pratar personalen hemma med dig så att du förstår vad de menar? – Bemötande

Signature reference: acf9c3f6-e21b-4a9e-b314-28345318321b

Svarsalternativ:	Alla	Några	Ingen
Antal som svarat totalt: 14	8	4	2
Svar i % utav samtliga svar	57%	29%	14%
Alla kommuner, ovägt medel	68%		

5. Förstår personalen hemma vad du säger? – Bemötande

Svarsalternativ:	Alla	Några	Ingen
Antal som svarat totalt: 14	8	3	3
Svar i % utav samtliga svar	57%	21%	21%
Alla kommuner, ovägt medel	72%		

6. Känner du dig trygg med personalen hemma? – Trygghet

Svarsalternativ:	Alla	Några	Ingen
Antal som svarat totalt: 14	9	3	2
Svar i % utav samtliga svar	64%	21%	14%
Alla kommuner, ovägt medel	73%		

7. Är du rädd för något hemma? – Trygghet

Svarsalternativ:	Aldrig	Ibland	Ofta
Antal som svarat totalt: 14	11	3	0
Svar i % utav samtliga svar	79%	21%	0%
Alla kommuner, ovägt medel	66%		

8. Vet du vem du ska prata med om något är dåligt hemma? – Trygghet

Svarsalternativ:	Ja	Nej
Antal som svarat totalt: 14	12	2
Svar i % utav samtliga svar	86%	14%
Alla kommuner, ovägt medel	83%	

9. Trivs du hemma? – Trivsel

Svarsalternativ:	Ja	Ibland	Nej
Antal som svarat totalt: 14	8	5	1
Svar i % utav samtliga svar	57%	36%	7%
Alla kommuner, ovägt medel	78%		

Signature reference: acf9c3f6-e21b-4a9e-b314-28345318321b

Analys
SKR:s nationella brukarundersökning genomförs för femte gången inom servicebostad LSS i Kävlinge kommun. Undersökningen har utförts av stödpedagoger som bedömer att verktyget är användbart för att mäta brukarens upplevelse av omsorgens kvalitet. En viktig faktor för att mätningen ska kunna genomföras är att personal på servicebostaden är informerad om brukarundersökningens syfte och ges möjlighet att förbereda brukarna inför undersökningen.

Resultatet 2021 visar på siffror som ligger längre än riket i de flesta frågor. Anledningen kanske kan bero på en hög personalomsättning under året samt chefsbyte. Gällande frågan om trygghet till personal och upplevelsen av personalens förmåga att förstår brukarna kan också vara en effekt av ny personal som inte lärt känna brukarnas mönster och måendekurvor. Vidare kan en förklaring vara att personalen ej har tillräcklig kunskap inom TAKK/AKK (tecken som alternativ kompletterande kommunikation/alternativ kompletterande kommunikation). Därtill kommer också att en del av brukarna blivit äldre och kanske har försämrade förmågor att förstå frågornas innebörd. Orsaken till de nedgående resultaten angående om brukaren förstår vad personalen menar kan bero på fler brukare med ålderstecken och sviktande kognitiv förmåga. Covid är fortfarande ständigt närvarande och kan vara en faktor som ger upphov till ett större vikarie/personalomställning.

Generellt för undersökningar är att den för dagen rådande upplevelsen/känslan i stor utsträckning påverkar svaret. Många brukare inom LSS-verksamheter har även utmaningar när det gäller förmågan att se holistiska och långsiktiga perspektiv för sin tillvaro. Dock förefaller årets mätning följa en homogen, positiv trend vilket starkt indikerar generell nöjdhet hos målgruppen.

Handlingsplan
Eftersom verksamheten består av både yngre brukare och de som närmre pensionsåldern behövs individanpassning av förhållningssätt. Det finns behov av att rusta medarbetarna kunskapsmässigt för att bemöta både en åldrande brukargrupp samt brukare med psykisk ohälsa och neuropsykiatriska funktionsvariationer.

Särskilt fokus kommer att vara på bemötande. Begreppet kommer att vara en ständig punkt på samtliga verksamhetsmöten och arbetsplatsträffar. Återinförande av husmöten (en gång i månaden) med syfte att öka delaktigheten i beslutsprocesser för brukarna.

Personal på enheten kommer under 2022 utbildas inom ”Tidiga tecken” då brukare på enheten börjat påvisa tecken på demens. Parallellt kommer vår stödpedagog att genomgå utbildningen i ”åldern har sin rätt” som kombination/komplement till fokus på tidiga tecken. Båda utbildningarna kommer att presenteras på arbetsplatsträffar och samtliga medarbetare kommer att få del av utbildningskunskaper. Båda utbildningar kommer att implementeras i övriga arbetet.

5.3 Daglig verksamhet

Resultat, svarsfrekvens och bortfall
Totalt har 83 brukare beslut om daglig verksamhet enligt 9 § 10 LSS under september/oktober 2021. Av dessa 83 brukare har 60 brukare deltagit i denna brukarundersökning. Alla brukare har blivit erbjudna att delta i brukarundersökningen, men 23 brukare har tackat nej till att delta. Svarsfrekvensen uppgår till 72 procent och den kan jämföras med år 2019, då svarsfrekvensen var 55 procent.

Signature reference: acf9c3f6-e21b-4a9e-b314-28345318321b

Bortfallsanalys: Några brukare med individuellt utflyttad placering har tydligt avböjt att delta i brukarundersökningen, trots erbjudande om alternativt tillvägagångssätt. En hel del motiverande samtal har förekommit och anpassningar i distribution av brukarundersökningen. Gällande övriga brukare i gruppverksamhet inom daglig verksamhet som inte svarat, saknar vi kännedom om orsak till bortfallet.

1. Får du bestämma om saker som är viktiga för dig i din dagliga verksamhet? – Självbestämmande

Svarsalternativ:	Ja	Ibland	Nej
Antal som svarat totalt: 60	48	10	2
Svar i % utav samtliga svar	80%	17%	3%
Alla kommuner, ovägt medel	77%	19%	4%

2. Får du den hjälp du vill ha i din dagliga verksamhet? – Självbestämmande

Svarsalternativ:	Ja	Ibland	Nej
Antal som svarat totalt: 60	53	7	
Svar i % utav samtliga svar	88%	12%	0%
Alla kommuner, ovägt medel	86%	11%	3%

3. Är det du gör på din dagliga verksamhet viktigt för dig? – Trivsel

Svarsalternativ:	Ja	Ibland	Nej
Antal som svarat totalt: 60	52	6	2
Svar i % utav samtliga svar	87%	10%	3%
Alla kommuner, ovägt medel	84%	12%	3%

4. Bryr sig personalen på din dagliga verksamhet om dig? Bemötande

Svarsalternativ:	Ja	Ibland	Nej
Antal som svarat totalt: 59	51	6	3
Svar i % utav samtliga svar	85%	10%	5%
Alla kommuner, ovägt medel	90%	8%	2%

5. Pratar personalen på din dagliga verksamhet med dig så att du förstår vad de menar? – Bemötande

Svarsalternativ:	Alla	Några	Ingen
Antal som svarat totalt: 59	41	16	3
Svar i % utav samtliga svar	68%	27%	5%
Alla kommuner, ovägt medel	78%	20%	2%

6. Förstår personalen på din dagliga verksamhet vad du säger? – Bemötande

Svarsalternativ:	Alla	Några	Ingen

Signature reference: acf9c3f6-e21b-4a9e-b314-28345318321b

Antal som svarat totalt: 57	39	15	3
Svar i % utav samtliga svar	68%	26%	5%
Alla kommuner, ovägt medel	79%	19%	2%

7. Känner du dig trygg med personalen på din dagliga verksamhet? – Trygghet

Svarsalternativ:	Alla	Några	Ingen
Antal som svarat totalt: 59	50	8	2
Svar i % utav samtliga svar	85%	12%	3%
Alla kommuner, ovägt medel	85%	14%	2%

8. Är du rädd för något på din dagliga verksamhet? – Trygghet

Svarsalternativ:	Aldrig	Ibland	Ofta
Antal som svarat totalt: 59	41	14	4
Svar i % utav samtliga svar	69%	24%	7%
Alla kommuner, ovägt medel	76%	20%	5%

9. Vet du vem du ska prata med om något är dåligt på din dagliga verksamhet – Trygghet

Svarsalternativ:	Ja	Nej	
Antal som svarat totalt: 60	56	4	
Svar i % utav samtliga svar	93%	7%	
Alla kommuner, ovägt medel	91%	9%	

10. Trivs du på din dagliga verksamhet? - Trivsel

Svarsalternativ:	Ja	Ibland	Nej
Antal som svarat totalt: 60	53	5	2
Svar i % utav samtliga svar	88%	8%	3%
Alla kommuner, ovägt medel	86%	11%	2%

11. Är du man eller kvinna

Svarsalternativ:	Kvinna	Man	Annat
Antal som svarat totalt: 60	31	29	0
Svar i % utav samtliga svar	51%	49%	0

Analys
SKR:s nationella brukarundersökning genomförs för tredje gången i Kävlinge kommun. Stödpedagoger och arbetskonsulenter som genomfört brukarundersökningen tycker över lag att det har varit ett bra verktyg att använda. I brukarundersökningen deltog 31 kvinnor och 29 män.

Brukarna i Kävlinge kommun är procentuellt sett i mer nöjda med sin dagliga verksamhet i hälften av frågeställningarna än nationellt, ovägt medel. Svarsfrekvensen på frågorna varierar

Signature reference: acf9c3f6-e21b-4a9e-b314-283453183321b

mellan 59–60 svar per fråga. Frågorna går i undersökningen att lämna obesvarade och det är oklart varför.

Analysen av resultatet är att även i år gjordes undersökningen både på bostad och daglig verksamhet samtidigt. Detta yttrade sig i att många brukare upplevde att de redan har svarat och inte förstod varför de ska svara igen. Något som kanske ska beaktas kommande år. Detta kan ha påverkat antalet brukare som ville svara på brukarundersökningen. Skulle vi få fler och andra resultat om man gjorde mätningarna vartannat år?

Flertalet frågor i brukarundersökningen är brett formulerade och kan vara svåra att besvara och förstå innebörden av. Till exempel frågan ”Är du rädd för något?” kan vara en svår fråga då den är svår att tolka vad den står för. Frågan om trivsel på daglig verksamhet kan handla om arbetsuppgifter som ingår på den dagliga verksamheten och som inte kan väljas bort eller en vilja att byta arbetsgrupp inom daglig verksamhet.

Frågan ”Bryr sig personalen på din dagliga verksamhet om dig?” är en tolkningsfråga, som kan handla om den enskildes upplevelse av att synas och behov av närhet till personal. Personal inom daglig verksamhet ska stärka individen att bli självständig och utvecklas. Deltagaren kan då uppleva att personal inte bryr sig på samma sätt längre i samma utsträckning i alla arbetsmoment.

Handlingsplan
Sektor omsorgs ledningsgrupp inom LSS ska analysera och diskutera vidare kring personalens kommunikation och förståelse av/med brukarna utifrån resultatet från SKR:s brukarundersökning. Frågeställningarna och resultatet bör därefter diskuteras i samtliga arbetsgrupper inom daglig verksamhet.

Antalet brukare som besvarade brukarundersökningen 2021 var 60 av 83, vilket är ett resultat som är högre än vid tidigare brukarundersökning 2019.

Åtgärder bör tas fram för att ytterligare öka antalet brukare som vill delta i brukarundersökningen. Till exempel genom att ha längre framförhållning, en ökad förberedelse och se över möjligheten att använda flera olika digitala verktyg/enkäter och tillvägagångssätt. Man behöver även analysera orsak till bortfallsfrekvensen samt arbeta motiverande för att höja svarsfrekvensen i brukarundersökningen.

Eventuellt behövs en dialog med SKR för att konkretisera vissa frågeställningar. Detta för att snabbare kunna arbeta med resultatet och utveckla de nedåtgående trenderna.

Verksamheterna behöver arbeta med svar i fritext vilket är möjligt i enkäten för förståelse vad brukarna syftar till.

5.4 Externa utförare LOV och LOU

5.4.1 Särskilt boende -LOV

Verksamhetsberättelse från Attendo- Lyckliga gatan, se bilaga 1.
Verksamhetsberättelse från Vardaga- Villa Fridsbo (november och december) se bilaga 2.

Signature reference: acf9c3f6-e21b-4a9e-b314-28345318321b

5.4.2 Gruppboende–LOU

Verksamhetsberättelse från Kungsgatan 39 (november och december), se bilaga 3.
Verksamhetsberättelse från Solgatan 4 (november och december, se bilaga 4).

5.4.3 Servicetjänster - LOV, flera företag

Kvalitetsuppföljning har genomförts på uppdrag av sektorchef, Sektor Omsorg.
Underlag

- Kreditvärdighet.
- Uppföljningsmöte med representant/er från respektive företag.
- Tillstånd från IVO.
- Avtal.

Bedömning

- Vid uppföljningstillfället gjordes en genomgång av företagens kreditvärdighet, där samtliga av de fem utförarna hade en kreditvärdighet över 40 procent.
- Samtliga företag har även inkommit med efterfrågat uppföljningsunderlag som ingår i avtalet som bland annat inkluderar rutiner och policys.
- Tillstånd från IVO är ett krav för att få bedriva verksamhet inom vård och omsorg, vilket det varit sedan 19-01-01. Samtliga verksamheter har tillstånd från IVO att bedriva verksamhet inom servicetjänster, hemtjänst. Tillstånden från IVO är inte tidsbegränsade.

5.4.4 Daglig verksamhet LSS – LOV, flera företag

Kävlinge kommun har 5 verksamheter inom LOV daglig verksamhet fördelade på 3 aktörer, Attendo LSS AB, Nytida AB samt Brokamp Development ekonomisk förening. Under hösten 2021 gjordes verksamhetsuppföljningar på enheterna Stora Blå (Nytida AB) och Hundstund (Brokamp Development ekonomisk förening), övriga verksamheter inom LOV daglig verksamhet har inte haft några brukare medverkande från Kävlinge kommun. Två verksamheter Stångby (Attendo AB) och SKOA (Nytida AB) har inte haft någon brukare aktiv på över ett år så därav avslutas avtalen enligt punkt 4.8: *" Har Utföraren saknat uppdrag under en period om minst tolv (12) månader, upphör avtalet att gälla efter 3 månaders uppsägningstid"*.

Verksamhetsberättelse Nytida - Stora blå Syd, se bilaga 5

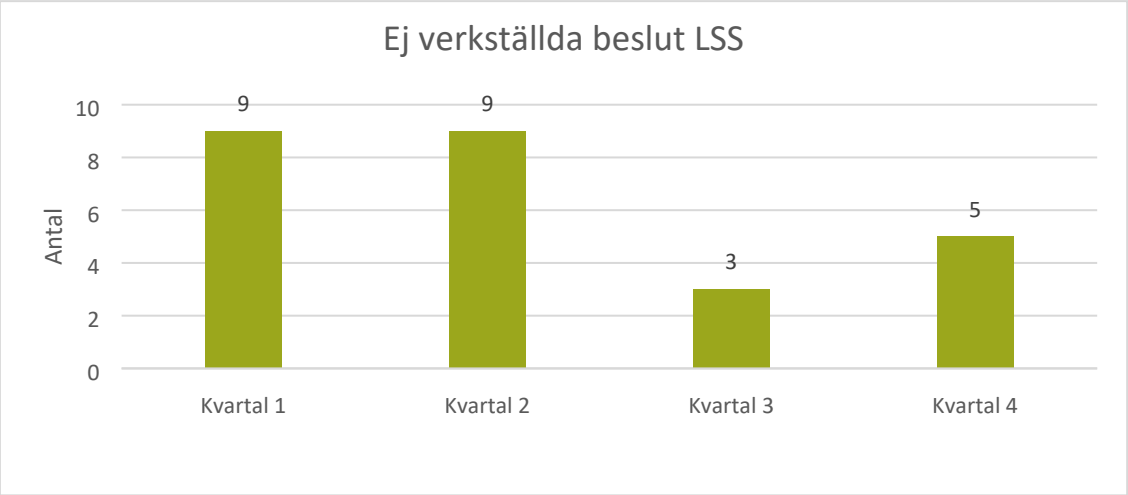
Verksamhetsberättelse Brokamp Development- Hundstund se bilaga 6

6. Ej verkställda beslut

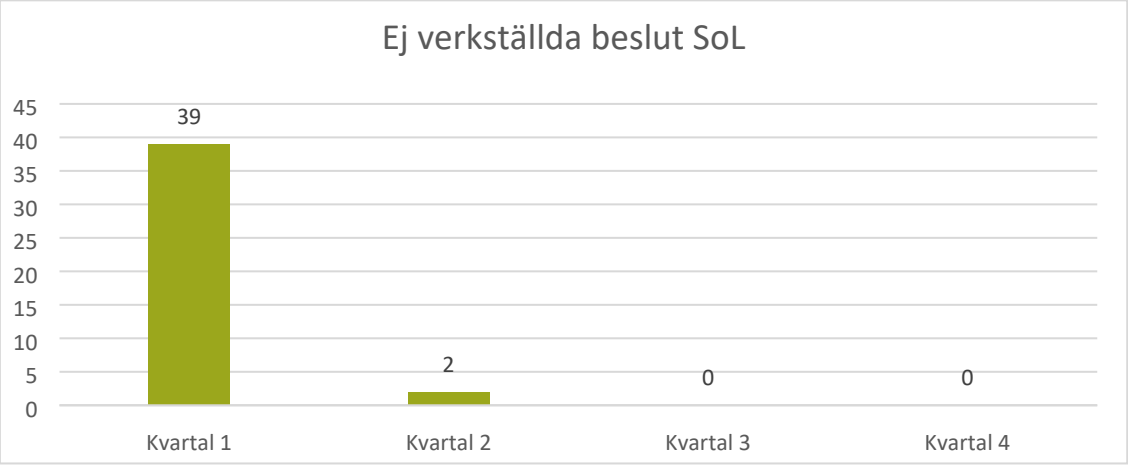
Ej verkställda beslut
Sektor Omsorg rapporterar till IVO (Inspektionen för Vård och Omsorg) de beslut som inte verkställts inom 3 månader (90 dagar) räknat per kvartal från januari till och med december.

Resultat

Signature reference: acf9c3f6-e21b-4a9e-b314-28345318321b



Beslut som ej blivit verkställda under året är ett ärende inom personlig assistans som ej varit verkställt fullt ut under hela 2021. Försäkringskassan avslutade ärendet under december månad 2021 enligt § 15 LSS eftersom det inte ansågs att det fanns behov av insatsen personlig assistans. Övriga insatser som ej verkställts under året har varit kontaktperson, ledsagare, avlösarservice och korttidsvistelse. Insatserna under kvartal 1 kan dels härledas till pandemin då kostidsvistelsen varit stängd periodvis samt att stödfamilj som utfört uppdrag valt att avsluta, dels eftersom det varit svårt att rekrytera kontaktpersoner, avlösare och ledsagare med hänvisning till att lämplig person saknas för uppdraget/en.



Insatserna under kvartal 1 kan härledas till pandemin, verksamheterna växelvård och dagverksamhet var nedstängda under perioden 201228–210406. Kvartal 2 var det beslut gällande kontaktperson som ej var verkställda.

Analys

Den absolut största delen av ej verkställda beslut härrör från effekter av åtgärder som gjorts för att motverka smittspridning av Covid-19. Till största delen är det beslut om att stänga vissa verksamheter, men även till viss del svårigheter att få tag på kontaktpersoner, ledsagare och avlösare. I mängden finns även komplicerade ärenden där det exempelvis varit svårt att få fram kontaktperson med rätt kompetens. Det finns dock inget som tyder på att antalet Ej verkställda beslut skulle varit anmärkningsvärt högt, om det inte varit en pandemi under året.

Handlingsplan

Signature reference: acf9c3f6-e21b-4a9e-b314-28345318321b

Under 2022 kommer ett nytt avvikelserapporteringssystem att implementeras i verksamheterna, det nya systemet Life Careavvikelse.

7. Ständiga förbättringar

För att fånga upp *avvikelser och missförhållanden* i organisationen som upptäcks och rapporteras av personal i organisationen, finns rutiner för avvikelsehantering, Lex Sarah och Lex Maria.

7.1 Avvikelser

I Socialstyrelsens Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete SOSFS 2011:9 finns föreskrifter som handlar om utredning av avvikelser och om personalens rapporteringsskyldighet.

Med avvikelse avses ”en icke förväntad händelse som medfört eller hade kunnat medföra skada för vårdtagare/brukare”. En viktig del i rutinen för avvikelsehantering är systematiken för att analysera händelser och för att vidta förbättringsåtgärder. På arbetsplatsträffar på de olika enheterna ska avvikelser vara en stående punkt. Erfarenheterna av negativa händelser som inträffat eller riskerar att inträffa ska användas i det systematiska kvalitetsarbetet för att förbättra de olika verksamheterna.

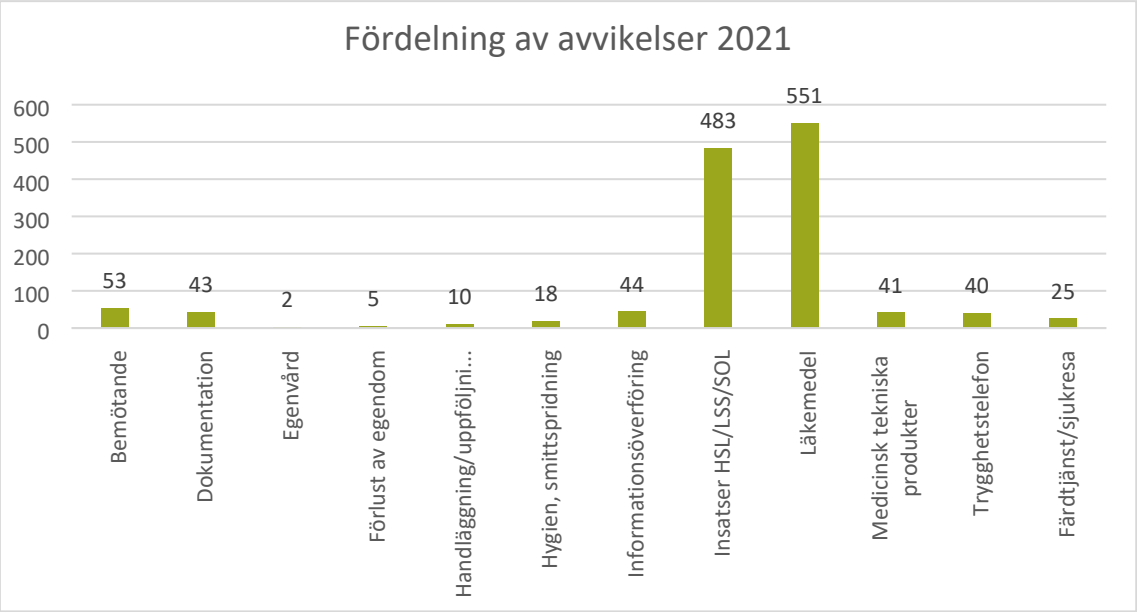
Arbetssätt och förhållningssätt ska vara inriktade på att:

- identifiera och förebygga risker som kan medföra skada för vårdtagare/brukare
- rapportera alla avvikelser, fel och brister
- avvikelser ska ses som en viktig del i en lärande organisation.

Personalen rapporterar direkt in i avvikelsemodulen i verksamhetssystemet ProCapita. Modulen har öppnats upp så att den personal som rapporterat en avvikelse kan följa utredningen av avvikelsen.

En riskbedömning ska göras avseende varje avvikelse. En händelseanalys utförs, åtgärdsbeskrivning görs samt återkoppling sker av händelsen som rapporterats. Efter riskbedömningen finns angivna nivåer (högre grad av allvarlighet och sannolikhet för upprepande) för att veta om det även ska göras en *riskanalys*.

Signature reference: acf9c3f6-e21b-4a9e-b314-28345318321b



Förbättrande åtgärder som genomförts under perioden

- uppdatering av rutiner och genomgång av dessa
- olika utbildningar, årliga webutbildningar
- förtydligat på APT var man hittar rutiner på INKA
- säkerställa introduktion och kunskap i hantering av verksamhetssystem för timvikarier
- uppgradera trygghetslarmen
- implementera olika rutiner
- personlig återkoppling och lärande.

7.2 Lex Sarah

I Socialtjänstlagen (SoL) och i Lag om Stöd och Service till vissa funktionshindrade (LSS) finns bestämmelser som anger att alla som är verksamma inom vård och omsorg har i uppgift att vaka över att enskilda får god omvårdnad, gott stöd och god service samt lever under trygga förhållanden. Missförhållanden ska rapporteras och allvarliga missförhållanden ska anmälas till Inspektionen för vård och omsorg (IVO).

I SOSFS 2011:5 finns föreskrifter om hur bestämmelserna om Lex Sarah ska tillämpas. För sektor Omsorg finns en lokal rutin för Lex Sarah-rapportering.

Lex Sarah-rapporter 2021
Under 2021 har nio lex Sarah rapporter utretts och tre händelser har lett till IVO-anmälan. En utredning innehåller två händelser. Antalet inlämnade rapporter och inskickade anmälningar till IVO är detsamma som förra året.

I utredningarna har bakomliggande orsaker identifierats samt åtgärder har kopplats till dessa. Syftet med åtgärderna, är att minska risken för nya missförhållanden genom att skapa lärdomar i verksamheten. Exempel på åtgärder är information, dialog, samverkan, rutinöversyn och utbildningsinsatser.

Omsorgsnämnden får kunskap och kännedom om utredningarna enligt den lokala rutinen. Resultatet från utredningarna tas även upp på olika lokala ledningsgrupper i syfte att få

Signature reference: acf9c3f6-e21b-4a9e-b314-28345318321b

kännedom om händelserna, ta lärdom samt att kunskaperna från händelserna, ska förhindra liknande situationer. Arbetssättet är en del i vårt arbete att kvalitetssäkra omsorgen.

Handlingsplan

- Arbetet med att sprida kunskap kring lex Sarah och rapporteringsskyldigheten gällande missförhållanden fortsätter och ett nytt digitalt verktyg för rapportering kommer införas 2022.

8. Samverkan

Sektor Omsorg samverkar på många områden både internt och externt. Här framhålls ett urval av områden.

Intern samverkan utifrån ansvarsfördelningen mellan kommunens sektorer; Arbetsliv och fritid, Utbildning och Omsorg. Samverkan gäller handläggning och insatser för personer med olika typer funktionsvariationer, för att ge bästa möjliga stöd till den enskilde.

Samverkan mellan sektor Omsorgs måltidsverksamhet och Sektor Utbildning. Verktyget Skolmat Sverige används i samarbetet med Sektor Utbildning för att säkerhetsställa att kommunen följer Skollagen om näringsriktiga måltider.

Ett av de viktigaste fokusområdena de närmaste åren är strategiska frågor gällande utvecklingen av E-hälsa. Detta arbete sker idag genom samverkan mellan Kommunförbundet Skåne, Region Skåne och kommunerna. Det finns flera avgörande områden som behöver utvecklas för att möta det framtida behovet av digital utveckling och kommunikation mellan olika vårdgivare för att kunna kommunicera digitalt med brukaren i centrum.

Handläggarenheten samverkar i olika forum utifrån bland annat lagstiftning, handläggning och erfarenhetsutbyte.

9. Kompetensförsörjning

Sektor Omsorg arbetar strategiskt tillsammans med HR-enheten med personal- och kompetensförsörjning.

Kompetens
Personal inom sektor Omsorg arbetar efter Socialtjänstlagen (SoL), Hälso- och sjukvårdslagen (HSL), Patientsäkerhetsförordningen samt Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS). Enligt lagarna ska personalen ha lämplig utbildning och erfarenhet för varje specifik uppgift samt inneha rätt kompetens.Sektor Omsorgs målsättning är att tillsvidareanställd omsorgspersonal ska ha formell utbildningsnivå som motsvarar Vård och omsorgsprogrammet. Det finns samtidigt ett beslut att antalet ej formellt tillsvidareanställda stöd- och omsorgsbiträde och måltidsbiträden, får max uppgå till 15 procent.

Resultat kompetens 2021
Antalet anställda inom sektor Omsorg skiftar utifrån de behov som vårdtagarna har. Vid mättillfälle i maj, fanns 443 tillsvidareanställda baspersonal.

De nyanställda får en introduktion enligt checklistor med information om arbetsuppgifterna samtidigt som de får en bild av verksamheten som det egna arbetet och arbetsplatsen ingår i.

Signature reference: acf9c3f6-e21b-4a9e-b314-28345318321b

Under det årliga medarbetarsamtalet framgår det vilket behov av kompetensutveckling som den enskilde medarbetaren har men även behov utifrån ett verksamhetsperspektiv. Dessa behov sammanställs i omsorgens utbildningsplan. I år påbörjades en del utbildningar som tex utbildning till undersköterska/stödassistent, delaktighetsmodell, brand, hjärt- och lungräddning, interna utbildningar som tex demens, ABC och tydliggörande, inspirationsföreläsningar, handledning, specialistutbildningar och högskoleutbildningar. På grund av det läge som Covid - 19-situationen skapat så genomfördes inte den mängd utbildningar som planerats.

Under året har det funnits 44 tillsvidareanställda stöd- och omsorgsbiträden i verksamheten. Av dessa läser 23 medarbetare Vård och omsorgsprogrammet och 14 st har avslutats. De 14 kommer ha fortsatt anställning som stöd- och omsorgsbiträde, tills de på egen hand läst klart sin utbildning. 7 outbildad personal blivit formellt utbildade, sex jobbar idag som undersköterskor (SoL) och en som stödassistent (LSS). Det innebär att sektor Omsorg (vård) har 37 tillsvidareanställda stöd- och omsorgsbiträden och det motsvarar 8,3 procent. Det innebär att den formella nivån gällande baspersonal ligger på 91,7 procent vilket är inom sektorns beslutade gränsvärde.

Måltidsservice har 70 tillsvidareanställd personal som arbetar som kock, köksmästare samt måltidsbiträde. De nio som är måltidsbiträde, räknas i detta sammanhang som icke formellt utbildade. Måltidsservice har därmed en formell kompetensnivå på 87,2 procent vilket är 1 procentenhet högre än förra året och inom det gränsvärde som gäller.

Sektor Omsorg har en fortsatt en mycket stor utmaning gällande personalförsörjning. Yrken inom sektorn är bristyrken och samtidigt ökar målgruppen äldre-äldre.

Karriär
För att öka attraktiviteten, höja status, behålla skickliga medarbetare samt rekrytera nya, är det viktigt och visa på olika utvecklingsmöjligheter inom sektor Omsorg. Möjlighet till utökat ansvar och specialisering ska finnas.

Resultat karriär 2021
En arbetsgrupp med legitimerad personal har tagit fram ett underlag utifrån modellen ”Yrkesresan” med tre möjliga utbildningssteg. Denna modell, genererade bland annat att tre olika högskoleutbildningar på 7.5 högskolepoäng har genomförts under året. Det är kurserna handledning, medicinsk rätt och palliativ vård. Detta ger en god kvalitetsökning och specialisering inom sektorn.

Två sjuksköterskor har påbörjat vidareutbildning inom demens respektive psykiatri. Sektorn har fortsatt satsat på specialistundersköterskor och stödpedagoger. Sex undersköterskor har påbörjat yrkeshögskoleutbildningar och två stödpedagoger blev klara med sin utbildning. Det finns några vakanta tjänster som kommer tillsättas under 2022/2023.

Utbildningssatsningarna och de strategiska rollerna visar att sektorn har ett stort fokus på god kompetens och därmed en ökad möjlighet för en bra kvalitét för den enskilde vårdtagaren. Satsningarna leder även till stärkt yrkesroll.

Marknadsföring
I samarbete med skolorna ska vi ha en positiv inställning till att ta emot elever och studenter under deras utbildningstid. Vår målsättning är att ta emot och erbjuda praktikplats för elever från gymnasieskolor, YH och vuxenutbildningar som gör sin praktik som undersköterskor, stödassistenter, kock mm. Vi tar även emot lärlingar på gymnasienivå. Sektorn ska också ta emot

Signature reference: acf9c3f6-e21b-4a9e-b314-28345318321b

blivande enhetschefer/socionomer, arbetsterapeuter, fysioterapeuter och sjuksköterskor med flera där praktik ingår som ett kursmoment i deras högskoleutbildning.

Sektor omsorg ska aktivt arbeta med att visa goda resultat, ”guldstunder i vardagen” men också aktivt och öppet arbeta med de förbättringar som identifieras i lex Sarah rapporter.

Resultat marknadsföring 2021
Sektor Omsorg har haft något färre antal elever/studenter vilket överensstämmer med den nationella situationen med få sökande till Vård- och omsorgsutbildningar men trots detta tog sektorn emot 68 elever/studenter under året. Kommunen tar årligen emot cirka 100 sommarpraktikanter, 16–18 åringar. Sektor Omsorg tar emot cirka 35 av dessa 100 men på grund av Covid (*klassas som en allmänfarlig sjukdom vilket innebär att sektorn inte får ta emot minderåriga*) tog sektor Omsorg emot något färre 2021. De som var fyllda 18 år fick plats inom sektor Omsorg/vård och sammanlagt tog sektorn emot 24 praktikanter.

Det sektorn kunde erbjuda, var platser inom Måltidsservice samt några färre antal platser inom vården dvs till dem som var över 18 år. Utvärderingen visar att majoriteten tyckte sommarpraktiken var bra alternativt mycket bra.

Bredda rekrytering
Vid anställning behövs medarbetare med olika kompetenser och erfarenheter. Traditionellt finns många kvinnor inom välfärdsyrken. En jämnare könsfördelning och tillvara ta nyanländas kompetens ger större mångfald och ökade möjligheter att möta framtidens rekryterings-utmaning.

Resultat bredda rekrytering 2021
Sektorn tar emot studenter som kombinerar svenska för invandrare (SFI) och Vård och omsorgsprogrammet samt vi tar emot extratjänster, nystartsjobb med mera. Fördelningen gällande anställda kvinnor och män är 19,2 procent män (16,5 procent 2020) och 80,8 procent kvinnor. Det är en jämnare fördelning än för ett år sedan.

Engagemang
Kommunens värdegrund ”Öppenhet-Engagemang-Utveckling” är riktlinje för hur ska vi arbeta tillsammans och den formar vår kultur, service och bemötande. Sektor Omsorgs förhållningssätt utgår från kommunens värdegrund och andra styrdokument som finns inom området. Sektor omsorg har en särskild strategisk roll som ska jobba som en god förebild och ansvarar för olika värdegrundsövningar. De syftar till ett gemensamt ansvar för ett bättre arbetsklimat och tar upp frågor om ett gott bemötande.

Sektorn eftersträvar att involvera medarbetarna exempelvis genom att vara delaktiga i innehåll på APT, arbetsgrupper. Det finns en årlig medarbetarenkät som mäter motivation, ledarskap och styrning och som följs upp i årliga handlingsplaner utifrån SAM processen.

Resultat engagemang 2021
17 nya värdegrundsledare har utbildats och befintliga ingår i ett nätverk. Den årliga HME (hållbart medarbetarengagemang) -enkäten visade följande resultat: Motivation 74/100 (förbättring 2 steg), ledarskap 71/100 (förbättring 3 steg) och styrning 76/100 (förbättring 2 steg) vilket gav ett sammantaget HME resultat på 74 (förbättring 3 steg). Utifrån resultaten upprättas handlingsplaner.

Signature reference: acf9c3f6-e21b-4a9e-b314-283453183 21b

10. Statsbidrag

Statsbidrag 2021
Sektor Omsorg har aktivt sökt statsbidrag för att fortsätta utveckla verksamheten. Bidragen har möjliggjort olika satsningar och flertalet av dem fortsätter 2022. De digitala satsningarna med olika nya digitala verktyg och nya arbetssätt, ger goda förutsättningar inför 2022. Äldreomsorgslyftet har möjliggjort utbildningssatsningar. Personer med daglig verksamhet har fått utbetalt en extra habiliteringsersättning och statsbidraget ”Ensamhet och ökad kvalitét inom demensomsorgen” har lett till olika aktiviteter för att minska ofrivillig ensamhet och förbättra livsvillkoren för de med demenssjukdom. Arbetet med omställningen till ”Nära vård” har påbörjats med en särskild tjänst, olika utbildningsinsatser, patientsäkerhetsanalys samt flertalet olika samverkansmöten i syfte att nå en ökad personcentrerad vård.

Handlingsplan
- att utveckla och förbättra anmälningar till utbildningar och ta fram statistik, genom att införa ett nytt digitalt verktyg som även innefattar e-learning
- att utveckla sektorns olika strategiska roller

11. Digitalisering

Under 2021 har arbetet med digitalisering fortskridit inom sektor Omsorg i samarbete med utvecklingsrådet. Sektorn arbetar strategiskt med digitala lösningar och för att personalen ska ha en god digital kompetens. Ett digitalt och mobilt arbetssätt kan ge bättre möjligheter att använda rätt kompetens. Effekten av en väl utvecklad digital arbetsmiljö kan även bidra till att kommunen ses som en mer attraktiv arbetsgivare. Den digitala transformationen fortsätter och ett antal digitala arbetssätt och verktyg har implementerats, dock har Covid-19-situationen delvis påverkat hastigheten av utvecklingen.

Personlig tjänstetelefon inom hemtjänst
Projektet Mobil 1:1 har varit en avgörande satsning för att fullt ut göra mobilen till omsorgspersonalens digitala arbetsplats. Under året har samtliga medarbetare med tillsvidareanställning inom hemtjänsten en personlig mobiltelefon.

Uppgradering av larm inom SÄBO
Uppgradering till nya Phoniro 6000-appen påbörjades under 2021. DECT-telefonerna avskaffas och i stället kommer allt att hanteras via mobiltelefoner.

Digitalt anhörigstöd
Närmre var femte person i vuxen ålder ger omsorg till sina nära och kära, det tyder på att den omsorg som anhöriga ger har en samhällsbärande funktion. Därmed har Kävlinge kommun ett stort ansvar att stötta de anhöriga för en stabil miljö och trygghet, genom detta kan vi öka folkhälsan i kommunen. Införandet av det digitala anhörigstödet ger kommunen stora möjligheter att möta kommuninvånarna på den plats och det stöd som är mest optimal utifrån individens förutsättningar.

12. Barnkonventionen

Kommunens handlingsplan 200518–210430 har utvärderats och under hösten 2021 har en ny handlingsplan tagits fram.

Signature reference: acf9c3f6-e21b-4a9e-b314-28345318321b

Arbetet med att lyfta barnkonventionen inom kommunen drivs av en central arbetsgrupp där varje sektor finns representerad. Målet för arbetet har inledningsvis varit att nå ökad kunskap i organisationen kring barnkonventionens innehåll och tillämpning.

En inventering av minderåriga barn visade att de finns inom måltidsservice verksamhet, i 13 hushåll inom hemtjänst och/eller boendestöd samt inom vissa insatser LSS.

Följande aktiviteter har genomförts

- En halvdags grundutbildning för kommunens chefer för att öka kunskapen kring barnkonventionens innehåll och inspirera till fortsatt arbete
- Sektor Omsorgs representant har gått en del utbildningar och omvärlds bevakat hur andra kommuner arbetar på området
- Dialog i ledningsgruppen hur kommande utbildningsinsatser ska genomföras under 2022
- Utbildning och information för förtroendevalda om barnkonventionen.
- Arbetsgruppen har publicerat en lättläst information på kommunens webbplats med länkar till Rädda barnen och Barnombudsmannen.
- På intranätet finns en sida med information om arbetsgruppen och handlingsplanen. Denna sida kommer det att fyllas på med upparbetade checklistor, verktyg för barnkonsekvensanalys samt goda exempel på barnrättsarbete som genomförts inom kommunen
- Måltidsservice arrangerade en omröstning på skolorna där eleverna fick rösta fram vilken maträtt som skulle serveras på Barnkonventionens dag. På förskolorna fick barnen rösta om vilket mellanmål som skulle serveras
- Dialog är påbörjad kring hur sektor Omsorg ska arbeta strukturerat med utredningar och beslut som rör barn, för att tillförsäkra sig om att man följer barnkonventionens principer samt dokumenterar underlagen

Handlingsplan

- Genomföra utbildningar om Barnkonventionen till personal inom sektor Omsorg
- Ta fram ett strukturerat arbetssätt kring beslut som rör barn

13. Hälsofrämjande enheten

13.1 Fixartjänst

Resultat och analys

Resultatet tyder på att fixartjänsten i stor utsträckning har underlättat vardagen för de som tagit del av tjänsten. Tjänsten är väldigt uppskattad bland de som beställer Fixartjänst och under mätperioden har 169 ärenden genomförts. Vidare tyder resultatet på att kommuninvånarna har olika behov av att beställa fixartjänsten, de mest vanliga behoven är upphängning av något slag samt byte av lampor eller batteri. Resultatet visar att det gavs information om Hälsofrämjande enhetens verksamhet och/eller aktiviteter ungefär vid hälften av ärendena.

Förbättringsområde

- Arbeta mer aktivt med att ge beställarna information om Hälsofrämjande enhetens verksamhet och/eller aktiviteter i samband med genomförandet av ärendet

Rapporten i helhet, se bilaga 7.

Signature reference: acf9c3f6-e21b-4a9e-b314-28345318321b

13.2 Evenemang

Resultat och analys
Hälsofrämjande enhetens aktiviteter/evenemang tenderar till att leda till ökat välbefinnandet hos deltagarna. Den största anledningen till att deltaga i Hälsofrämjande enhetens aktiviteter/evenemang var för att prova på något nytt alternativt att det var något som deltagaren tyckte om att göra. Vidare träffar flertalet nya bekantskaper genom sitt deltagande samt får en ökad fysisk aktivitet. Flera deltagare uttryckte en önskan om liknande aktiviteter men även fokus på aktiviteter i närområdet.

Förbättringsområde
- Skapa aktiviteter i närområdet alternativt skapa förutsättningar så att även de som inte kan ta sig till aktiviteter på egen hand kan bli erbjudna aktiviteter
- Genomföra och utvärdera pilotprojektet Guldbussen

Rapporten i helhet, se bilaga 8.

13.3 Anhörigstöd

Resultat och analys
Resultaten tyder på att anhörigstödet haft en betydande roll för anhöriga både gällande att underlätta vardagen och hjälp med att kunna göra någon sort av förändring. Anhörigstödet tenderar även att ha ökat välmåendet hos anhöriga samt stärkt deras självständighet. Utifrån fritextsvaren framkommer att anhörigstödet har kunnat bidra till en förändrad livssituation, ökad kunskap samt verkat som ett värdefullt stöd i de anhörigas situation.

Förbättringsområde
- Fortsatt spridningsarbete med digitalt anhörigstöd till kommuninvånarna samt influera verksamheter till att använda det i sitt dagliga arbete
- Undersöka behovet bland anhöriga att träffa nya bekantskaper

Rapporten i helhet, se bilaga 9.

13.4 Mottagare av volontär

Resultat och analys
Under 2021 har 78 unika mottagare tagit emot över 400 uppdrag. Uppdragen har uppfyllt mottagarnas förväntningar och även bidragit till ökad hälsa och välmående. Med en ny digital lösning på volontärsamordningen runt hörnet är förhoppningen att vi under nästa år ska kunna utföra fler uppdrag för kommuninvånarna.

Förbättringsområde
- Lansering och vidare arbete med webbapplikationen.
- Arbeta med att marknadsföra möjligheten för volontärinsatser

Rapporten i helhet, se bilaga 10.

Signature reference: acf9c3f6-e21b-4a9e-b314-28345318321b

13.5 Volontärer

Resultat och analys
Volontärsamordningen har åter startat upp sociala aktiviteter som måltidsvän, promenadvän och sällskapsvän vilket har gett en viss positiv effekt för både mottagare och volontärer. Med en ny digital lösning för volontärsamordningen runt hörnet är förhoppningen att öka volontärernas självständighet samt öka antalet genomförda uppdrag. Volontärsamordningen har under år 2021 rekryterat 5 nya volontärer. Under året har 25 volontärer avslutat sitt uppdrag vilket innebär att vi nu har totalt 140 registrerade volontärer.

Förbättringsområde
- Lansering och vidare arbete med webbapplikation
- Utveckla arbetet kring att engagera volontärer

Rapporten i helhet, se bilaga 11.

13.6 Hälsofrämjande samtal

Resultat och analys
De hälsofrämjande samtalen (HFS) erbjuds innevånare som blivit beviljade trygghetslarm och/eller serviceinsats. HFS kan ses som en uppföljning på den beviljade insatsen och syftar till att stärka individens hälsa och självständighet samt att informera och motivera individen att ta del av de hälsofrämjande tjänster och aktiviteter som erbjuds av och i kommunen. Sammantaget pekar analysen på att HFS under 2020/2021 sannolikt bidragit till att skapa förutsättningar för att främja målgruppens hälsa, samt att tjänsten upplevs som kvalitativ av deltagarna.

Förbättringsområde
- Se över utvecklingspotential kopplat till samtalen kring kost och måltidsvanor
- Undersöka möjligheten att erbjuda fler direkta åtgärder till målgruppen utöver samtalen och uppföljningssamtalen

Rapporten i helhet, se bilaga 12.

14. Måltidsservice

14.1 Nollvisionen för undernäring hos äldre

Bakgrund och metod
Nollvisionen för undernäring hos äldre är ett initiativ där privata företag, akademi och offentliga verksamheter arbetar tillsammans i ett partnerskap, med den äldre i centrum, för att ingen äldre ska behöva vara undernärd. Kävlinge kommun är en av två testbäddar. Målet är noll undernärda äldre i Sverige år 2030.

Nollvisionens olika delprojekt planeras och utförs efter Nollvisionens 5 delmål:
- Att tidigare kunna identifiera äldre i risk för undernäring
- Att öka de äldres tillgång till anpassade livsmedel och måltidstjänster
- Att minska de äldres ensamhet vid måltiderna
- Att öka kunskapen om mat och måltider hos personal och anhöriga, samt hos den äldre själv

Signature reference: acf9c3f6-e21b-4a9e-b314-28345318321b

- Att utveckla kostnadskalkyler som jämför kostnader för förebyggande insatser med faktiska kostnader för undernäring

Resultat
Under 2021 har idégenerering kring ämnet ägt rum och teman för en ny rutin för tidig identifiering av personer i riskzon för undernäring har tagits fram. Sektorns inledande resultat från pilotprojektet Måltidsservice med hemleverans av färdiga maträtter till ordinärt boende, har varit positivt och bidragit med lärdomar inför kommande projekt. Vissa inplanerade aktiviteter har fått skjutas fram på grund av pandemin. Under året har medarbetare i kommunen intervjuats och besvarat en enkät. Resultatet kommer att presenteras i en rapport och vidare aktiviteter kommer att kopplas till denna. Alla delprojekt i kommunen som är knutna till Nollvisionen hjälper till att lyfta och synliggöra ämnet, både för medborgare och medarbetare.
Under året har arbetet med framtagning av en hypotetisk kalkyl för beräkning av den ekonomiska effekten av en bättre hälsa i hemmet, påbörjats.

Framgångsfaktorer
Nollvisionen för undernäring är ett innovationsprojekt, finansierat av Vinnova. Innovationsstyrda projekt främjar utveckling och ger möjlighet till eftertanke och att kunna och våga testa nya idéer. Delprojekten ökar våra medarbetares och medborgares kunskap och intresse för måltider och undernäring. Medarbetarna i kommunen är mycket viktiga för projektet och deras insatser, erfarenheter och förslag är mycket värdefulla.

Mål
Målet är att nollvisionens delprojekt ska genomsyra hela Kävlinge kommun och hjälp till fortsatt arbete mot undernäring, och kunna erbjuda alla våra seniorer i ordinärt boende goda och näringsriktiga måltidslösningar. Målet inom fem år är att 72 kommuner och 2 regioner är engagerade i Nollvisionen och inom tio år är målet att samtliga Sveriges kommuner och regioner arbetar tillsammans för att nå huvudmålet Noll undernärda äldre i hemmet.

14.2 Måltidskompetens

Utbildning
På grund av Covid-restriktioner har utbildningsinsatser under 2021 till största delen genomförts digitalt. Det har genomförts inspirationsföreläsningar inom olika aktuella ämnen, utbildning i verksamheternas arbetsmiljö, konsistensanpassad kost riktad mot äldreomsorgen samt workshop i svinnhantering.

Integrerade måltider
En rad olika aktiviteter för att inkludera elever och barn i måltiden har genomförts och några har påbörjats för att fortgå under 2022. Bland annat besöker måltidsledning restaurangerna under lunchtid och samtalar med elever kring maten och måltiden, för att samla in idéer och synpunkter till förbättring. En temavecka, skördevecka, genomfördes 2021 där elever och barn fick delta genom att exempelvis hjälpa till att skala majskolvar. Olika aktiviteter hölls även i restaurangerna/avdelningarna, bland annat korsord/quiz. Måltidservice arrangerade "*måltidens dag*" där eleverna fick rösta fram vilken maträtt de ville skulle serveras vid firandet av barnkonventionens dag. På kommunens förskolor har barn *"småkockar"* hjälpt till att exempelvis förbereda/laga mellanmål.

Signature reference: acf9c3f6-e21b-4a9e-b314-28345318321b

14.3 Kundenkät omsorgsrestaurang

Under 2021 genomfördes ingen kundenkät för omsorgsrestaurangerna då de under större delen av året hållit stängt på grund av Covid.

14.4 Kundenkät skola

Skolmatsverige

SkolmatSverige är ett digitalt verktyg inom näringsriktighet, livsmedelssäkerhet, utbud och kundnöjdhet som måltidsservice använder för att definiera områden där kvalitetshöjande åtgärder behövs sättas in. Under 2021 genomfördes kundenkäten för elever och pedagoger i grundskolan.

Resultat kundenkät elever

59 % av eleverna anser att helhetsbetyget för måltiden och måltidsmiljön är "*bra*" eller "*mycket bra*". 27 % tycker att helhetsbetyget är "*mindre bra*" och 7 % svarar "Inte alls bra", resterande 7 % uppger att de inte vet.

Tabellen visar några av de frågorna som eleverna svarat på i enkäten och dess utfall.

	Ser maten god ut?	**Smakar maten gott?**	**Brukar du äta dig mätt?**	**Har du tillräcklig tid att äta på?**	**Är det rent i matsalen?**	**Är ljudnivån ok?**
Alltid	8 %	8 %	27 %	32 %	14 %	20 %
Oftast	56 %	60 %	44 %	39 %	43 %	50 %
Sällan	32 %	29 %	22 %	20 %	31 %	22 %
Aldrig	5 %	2 %	7 %	9 %	13 %	8 %

Ungefär två tredjedelar av eleverna är *"alltid"* eller *"oftast"* positiva eller nöjda utifrån de frågor som ställts kring måltiden varav cirka en tredjedel uppger att de *"sällan"* eller *"aldrig"* är nöjda maten eller miljön. Utifrån resultaten från elevernas svar i enkäten har Sektor utbildning tillsammans med respektive skolkök tagit fram individuella handlingsplaner för vidare förbättringsarbete utifrån svaren.

Resultat kundenkät pedagoger

Totalt 110 pedagoger svarade på enkäten. 97 % av pedagogerna anser att helhetsbetyget för måltiden och måltidsmiljön är "*bra*" eller "*mycket bra*". Resterande 3 % uppger att helhetsbetyget för måltiden är mindre bra eller inte alls bra.

Tabellen visar några av de frågorna som eleverna svarat på i enkäten och dess utfall.

	Ser maten god ut?	**Smakar maten gott?**	**Sitter du vid samma bord som elever när du äter ped. Lunch?**	**Är det rent i matsalen?**	**Är ljudnivån ok?**
Alltid	16 %	20 %	78 %	17 %	6 %
Oftast	70 %	70 %	13 %	57 %	60 %
Sällan	13 %	9 %	9 %	21 %	23 %
Aldrig	1 %	1%	1 %	1 %	5 %
Vet ej				4 %	6 %

Pedagogerna fick 20 påstående om hur de upplever restaurangen, exempelvis om det är en plats för avslappning, inspirerande, kamratlig plats, en smutsig plats eller en mobbingzon. De

Signature reference: acf9c3f6-e21b-4a9e-b314-28345318321b

fick välja 1 – 4 alternativ. Fem av de påstående som pedagogerna främst associerade med skolrestaurangen var att de upplevde den som en *stressig, trivsam, en bra plats för samtal med elever, miljö med fart och fläkt* och *bespisning.*

Pedagogerna svarade även kring hur de tyckte restaurangen skulle kunna förbättras, de fick välja 1 – 4 alternativ. De fem största punkter som pedagogerna anser kan generera i en förbättrad måltid är till exempel andra typer av grönsaker på salladsbordet, införa bullersänkande åtgärder, ha fler alternativa rätter, bättre städning och fler vuxna som äter pedagogisk lunch.

Trivsamma måltider
Måltidsservice har tillsammans med sektor Utbildning och sektor Omsorg genomfört olika aktiviteter för att uppmärksamma måltider och högtider för våra gäster.

14.5 Hållbara måltider

Under 2021 har fortsatta dagliga mätningar av serveringssvinn och tallrikssvinn genomförts. Däremot har förskolorna återgått till att endast mäta serveringssvinn. Det totala matsvinnet per portion i kommunen är 27 g. Den faktiska siffran är något högre då förskolans tallrikssvinn inte är medräknat. Skolan har ett serveringssvinn på 11 g/portion och 15 g tallrikssvinn vilket ger ett totalt matsvinn på 26 g/portion. Förskolans serveringssvinn ligger på 29g/portion.

Under hösten 2021 har planering för vidare matsvinnsmätningar påbörjats, varpå förskolor och skolor ska börja mäta sitt produktionssvinn dagligen med start 2022. Det har även beslutats att ett *hållbarhetstänk* ska genomsyras inom varje aktivitet och tema som genomförs framöver.

14.6 Säkra måltider

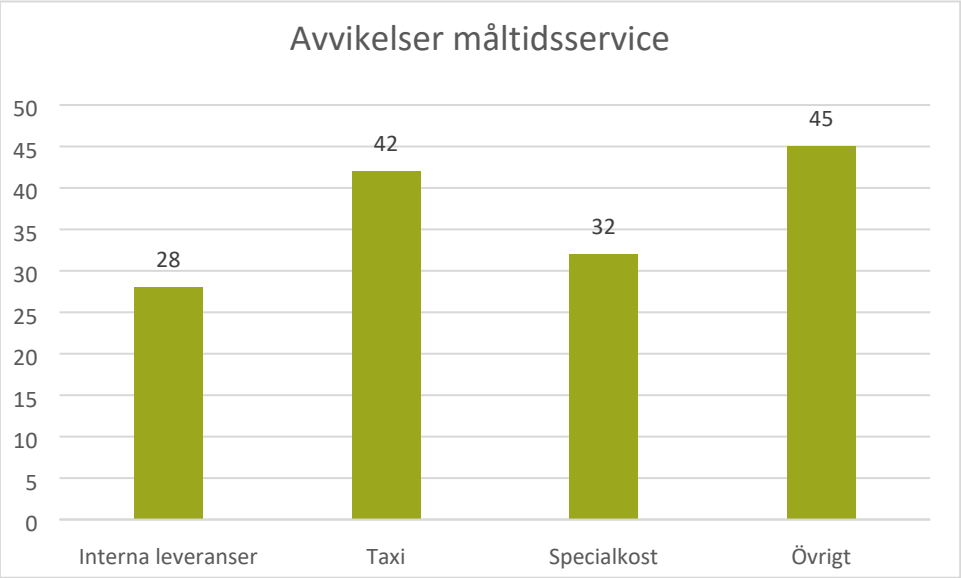
Livsmedelsinspektioner
Livsmedelsinspektioner genomförs av kommunens organisation för Miljö- och Hälsoskydd i syfte att granska om verksamheten har ett fungerande system för egenkontroll, att riskanalyser är gjorda, kritiska punkter identifierade samt att kontinuerliga provtagningar på rengöring, livsmedel och vatten görs. Antalet kontroller sker i proportion till riskerna i den verksamhet som kontrolleras.

Resultat
Under 2021 har Måltidsservice 23 kök haft 16 inspektioner. Vid 8 av inspektionerna rapporterades det avvikelser resterande var utan anmärkningar. Inga avvikelser har behövt någon åter inspektion. Totalt sett har Måltidsservice verksamheter goda resultat i de inspektioner som utförts vilket tyder på ett väl fungerande egenkontrollprogram och säker verksamhet.

Underhållsronder
2021 års underhållsronder är genomförda på samtliga verksamheter.

Avvikelser
Inom Måltidsservice har det under 2021 rapporterats 147 avvikelser, det vill säga oväntade händelse som medfört eller kunnat medföra obehag, risk eller skada för medarbetare, samarbetspart/kund eller matgäst. Vid varje avvikelse görs en omedelbar åtgärd. Vid behov upprättas det handlingsplaner eller ändras i rutiner. Arbetet med avvikelsehantering diskuteras på verksamheternas APT möten.

Signature reference: acf9c3f6-e21b-4a9e-b314-28345318321b



Av inkomna 147 avvikelser avser 48% mattransporter internt eller med Taxi, 22 % avser specialkost och resterande är under kategorin övrigt. Kategorin övrigt representerar 30% av de totala avvikelserna och bland dessa finns till exempel synpunkter av mer specifik karaktär så som måltids konsistens (segt, hårt, kallt, missfärgad råvara). Ingen allvarlig avvikelse som inneburit skada eller sjukdom hos gäst, personal eller verksamhet är inrapporterad.

Signature reference: acf9c3f6-e21b-4a9e-b314-28345318321b

Blankett

Version	Gäller för	Dokumentansvarig	Upprättad	Utarbetad av	Reviderad av
B0371-2	**Attendo Skandinavien – Sverige**	**Kvalitetschef**	2021-12-02	Lena Rosberg	**Lena Rosberg**

Verksamhets- och Kvalitetsberättelse för

Attendo *Lyckliga gatan*

År 2021



Andreas Evbäck, verksamhetschef

2022-02-15

Signature reference: acf9c3f6-e21b-4a9e-b314-28345318321b

Innehållsförteckning

KVALITETSBERÄTTELSE FÖR **1**
Sammanfattning 3
Övergripande mål 4
Ansvarsfördelning 4
Mät- och uppföljningsmetod 5
Hur det systematiska kvalitetsarbetet har bedrivits och vilka åtgärder som genomförts 6
Uppföljning genom lokala och externa kontroller och jämförelser 7
Samverkan 7
Riskanalys 8
Rapporteringsskyldighet 8
Synpunkter och klagomål 9
Sammanställning och analys 9
Resultat 10
Övergripande mål för kommande år 11

Signature reference: acf9c3f6-e21b-4a9e-b314-28345318321b

Sammanfattning

Coronapandemin har fortfarande haft oss i sitt grepp vilket påverkat verksamheten och varit utmanande i perioder när smittspridningen ökat i samhället. Trots detta har vi kämpat på och fortsatt arbeta för att ha en verksamhet med god kvalitet. Detta har dock inneburit att vi vissa perioder fått begränsa våra möten till mindre deltagare alternativt fått flytta/ställa in dem.

Verksamheten hade ett 100% resultat på egenkontrollen som genomfördes i maj.

Dokumentationsgranskningarna visade på en ökning/förbättring både avseende SoL och HSL.

Fortsatt arbete med vår app Appendo, som nu används som den enda skriftliga informationskanalen och i vilken det även ges möjlighet att göra utbildningar i.

All personal har gjort utbildning i Basala hygienrutiner.

Fyra medarbetare har påbörjar validering till undersköterskor via Kävlinge kommun.

Fortsatt arbete med att implementera insatssystemet Epsilon.

Verksamheten har i oktober bytt verksamhetschef.

Signature reference: acf9c3f6-e21b-4a9e-b314-28345318321b

Övergripande mål

SOSFS 2011:9, 3 kap. 1§

Målen 2021 bestod av att förbrättra kundnöjdheten genom att bland annat involvera medarbetare mer, skapa diskussioner på APT, samt få medarbetaren att skapa ett eget tänk kring kundens livskvalitet och förstå sambandet med deras arbete, bemötande och engagemang. Ändra synsättet till ett seviceyrke och inte enbart ett vårdande yrke.
Kost: Måltidsombud på varje avdelning, som ansvarar för kvalitén på det som serveras och som lär ut till sina kollegor, samt rapporterar till Kostombud.
Måltidsobservationer ska göras på varje avdelning, minst 1 gång i veckan och med minst 90 % godkänt.
Rullande meny på 6 veckor.

Kostråd 1 gång i månaden med kunderna på somatiken.

Aktiviteter: Skall anslås dagligen på tavlan på avdelningen.

Brukarråd med VC där vi går igenom önskemål.

VC i verksamheten/kunderna så att synpunkter kan fångas upp innan de blir klagomål.

Information om vår vision kring Lyckliga gatan till Kunder och dess närstående.

Ett annat mål var att öka kompetensen kring dokumentation. Både SoL och HSL.

Ansvarsfördelning

SOSFS 2011:9, 3 kap. 3 §

Verksamhetschefen har det övergripande ansvaret och ansvarar på enheten för patientsäkerhets- och kvalitetsarbetet och att det finns ett systematiskt kvalitetsledningssystem. Samanställer synpunkter/klagomål analyserar och åtgärdar. Verksamhetschefen ansvarar vidare för att medarbetarna skall känna till hur man arbetar med kvalitetsarbetet på Attendo Lyckliga gatan.

Sjuksköterskornas uppgift är att vara omvårdnadsansvariga, göra den första bedömningen, samt ordinera individuella åtgärder vid de olika händelserna och vid behov informera verksamhetschefen. Sjuksköterskan informerar fysioterapeut/arbetsterapeut vid behov.

Signature reference: acf9c3f6-e21b-4a9e-b314-283453183 21b

Arbetsterapeut och sjukgymnast finns på plats två dagar i veckan eller mer vid behov. Annars finns de tillgängliga via telefon eller mail.

Arbetsterapeuten handleder omvårdnadspersonal, ansvarar för hjälpmedelsutprovning i samband med ADL och måltider.

Sjukgymnast gör bedömningar och har individuell träning med de kunder som behöver detta, ordinerar träning så att omvårdnadspersonal kan utföra, provar ut rullstolar och andra hjälpmedel.

Arbetsterapeut och sjukgymnast håller gemensamt i utbildning ergonomi och förflyttning.

Kvalitetssamordnarens uppgift är att leda kvalitetsmötet, sammanställa statistiken, skriva och färdigställa kvalitetsprotokollet i kvalitetsprogrammet Add som sedan skickas till kvalitetsutvecklare på kvalitetsavdelningen i Attendo.

Kvalitetsombuden samlar in information gällande händelser på sina avdelningar och återkopplar detta på kvalitetsmötet. Informerar sina kollegor om vad som beslutats på mötet

Omvårdnadspersonal är skyldiga att följa de nya rutiner som tillkommer samt att uppmärksamma brister och skriva händelserapporter i kvalitetsystemet Add.

Attendos MAS/kvalitetsutvecklare är övergripande ansvarig i regionen och informerar om nyheter, lagförändringar och nya övergripande riktlinjer.

Mät- och uppföljningsmetod

SOSFS 2011:9 3 kap. 2 §

I Attendo har vi ett kvalitetsindex. I indexen sammanställer man ett antal parametrar för att mäta kvaliteten på sin egen verksamhet. Delarna som mäts är:

- Händelser/ Avvikelser
- Särskilda händelser
- Egenkontroll
- Externa granskningar
- Riskanalyser
- Genomförandeplaner
- Värderingsarbete

Signature reference: acf9c3f6-e21b-4a9e-b314-283453183 21b

De olika parametrarna är viktade på olika sätt och sammanställs sedan till ett index av månads och kvartalsrapporter där man kan följa dels de olika delarna och dels det totala värdet på kvalitén i verksamheterna 12 mån tillbaka. Man kan lätt se hur det utvecklas och man kan snabbt sätta in åtgärder om behov finns.

Genom statistik från vårt lokala kvalitetsarbete med händelserapporter mäter vi och följer upp aktuella förbättringsområden. Syftet med händelsehantering är att säkra och utveckla verksamhetens processer samt att vara ett redskap vid riskanalys och ständigt förbättringsarbete. En god kontroll av den egna verksamheten förutsätter bl.a. rutiner som kan förebygga och hantera avvikelser/händelser i organisationen.

Hur det systematiska kvalitetsarbetet har bedrivits och vilka åtgärder som genomförts

SOSFS 2011:9 7kap §1

Arbetssättet är förankrat i den nationella värdegrunden för äldreomsorgen och i Attendos värdeord, kompetens, engagemang och omtanke.

Vi mäter och följer upp händelser med hjälp av Attendo ADD. Alla händelser rapporteras i ADD och skickas vidare till verksamhetschef, som i sin tur

1. Läser igenom och följer upp att händelsen vidare har rapporterats till berörda medarbetare, exempelvis HSL-personal vid händelse av fall eller sjuksköterska vid händelse av ej överlämnat läkemedel.

2. Pratar med berörd medarbetare, exempelvis om någon har utsatts för våld från kund.

3. Kallar till kvalitetsmöte en gång per månad då den senaste månadens händelser övergripande utreds och åtgärdas. På kvalitetsmöte deltar verksamhetschef, kvalitetssamordnare, kvalitetsombud från de olika avdelningarna, sjuksköterska samt vid behov rehabpersonal.

4. Går igenom protokoll från kvalitetsmöte på avdelningsmöte samt följer upp nya arbetssätt och rutiner som har införts utifrån händelser och förbättringsförslag

Negativa händelser mäts genom att ta fram statistik från ADD samt genom att på kvalitetsmöten följa upp tidigare månads åtgärder.

Riskbedömningar nutrition, fall och trycksår, dokumenteras och följs upp i Senior Alert av sjuksköterska. Antal genomförda riskbedömningar kopplat till kundernas säkerhet rapporteras av verksamhetschef till kvalitetsledning en gång per kvartal.

Nya medarbetare erhåller introduktionsmaterial med checklista som betas av tillsammans med ansvarig för bredvidgång. Ny medarbetare informeras också fortlöpande om vilka fastställda rutiner som är utarbetade på verksamheten och vart man kan finna detta material.

Signature reference: acf9c3f6-e21b-4a9e-b314-28345318321b

Anhörigträffar har anordnats vid två tillfällen under året och dessa har fått genomföras på bästa sätt med tanke på pandemin. En sommarträff med grillning i trädgården samt ett ”glöggmingel” i slutet av november.

Uppföljning genom lokala och externa kontroller och jämförelser

SOSFS 2011:9, 5 kap. 2§

- Jämförelser av verksamhetens resultat med öppna jämförelser och jämförelser med andra verksamheter.
- Jämförelser mellan verksamhetens nuvarande och tidigare resultat.
- Målgruppsundersökningar/temperaturtagningar ex Attendos närstående och brukarundersökningar.
- Värderingsarbete- Attendo är ett värderingsstyrt företag och så ska även Lyckliga gatan vara. Värderingar ska diskuteras vid varje APT, vi har värderingsveckor ca två gånger per år där fokus på värderingar går djupare. Varje avdelning har utsedda värderingscoacher.
- Analys av synpunkter och klagomål.
- Resultat i den årliga interna revisionen kvalitet samt egenkontrollen.

Granskning av dokumentation

Granskning av individdokumentationen sker genom Attendos framtagna mallar.
Attendo Lyckliga gatan dokumenterar både enligt SoL och HSL. Granskning av SoL-dokumentation sker 2 gånger per år samt vid behov. SoL-dokumentationen har till viss del varit bristfällig förra året (2020 86% -> 2021 92%)
HSL-dokumentationen ser bättre ut.
1 gång/år granskar MAS HSL-dokumentationen. (2020 96% -> 2021 99%).

Analys

Dokumentationsstödjare finns på varje avdelning. Teamledarna tar ett stort ansvar kring dokumentationen och påminner och stöttar sina kollegor. Verksamhetschef har vid medarbetarsamtal samt APT pratat kring vikten av dokumentation för att skapa en större förståelse för varför vi dokumenterar.

Samverkan

SOSFS: 2011:9 4 kap. 5 §

Signature reference: acf9c3f6-e21b-4a9e-b314-28345318321b

• Samverkan har skett med Kävlinge kommun genom kontakt med boendeförmedlare, biståndshandläggare, kvalitetscontroller och sektorchef. Samarbetet fungerar väl och sköts främst genom kommunens system Lifecare, mail och via telefon.

• Samverkan har skett med Oral Care för att förebygga sjukdomar relaterade till dålig munhälsa.

• Samverkan har skett med Hälsomedicinskt center i Bjärred, kontakt med läkare som två gånger per vecka går rond och gör hembesök efter behov. Samarbetet fungerar väldigt bra.
• Samverkan har skett med Klara team som har sjuksköterskeansvar mellan kl.16.30-07.30 alla dagar samt från kl. 16.30 fredag- kl. 07.30 måndag.

• Samverkan sker med Minneskliniken vid individuella ärenden.

• Samverkan med representant från Attends angående inkontinensskydd

• Samverkan har skett med InvaCare som ansvarar för årlig service av vårdsängar och liftar.

• Samverkan har skett med Svenska kyrkan för att främja kundernas andliga hälsa.

• Samverkan har skett med närstående kontinuerligt. De erbjuds välkomstsamtal, det skickas månadsbrev och kontinuerlig information via Attendo Nära. Lyckliga gatan har även en egen Instagram för dem som vill följa vad som händer på verksamheten.

Riskanalys

SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §

Riskanalysen görs av verksamhetschef , sjuksköterska, rehabpersonal och medarbetare tillsammans. Riskernas allvarlighetsgrad och sannolikheten för att dessa inträffar bedöms och åtgärder upprättas för att minska och/ eller eliminera riskerna. Allvarlighetsgrad och sannolikhet mäts utifrån en riskmatris.

Vid allvarligare händelser görs händelseanalyser.

Rapporteringsskyldighet

SOSFS 2011:9 6 kap 2 § och 5 kap 4§

Samtliga medarbetare är medvetna om sin rapporteringsskyldighet. Information och uppmuntran att rapportera kommuniceras löpande på samtliga möten. Inträffar eller uppmärksammas en händelse som avviker ifrån gällande rutiner rapporteras detta elektroniskt i Attendo Add av medarbetarna.

Vid behov åtgärdas de direkt av verksamhetschef eller sjuksköterska och övriga händelser följs upp på kvalitetsmöten, där man utvärderar de riskbedömningar som gjorts.

Signature reference: acf9c3f6-e21b-4a9e-b314-283453183211b

Händelser, tillbud och synpunkter sammanställs till kvalitetsmötena som genomförs varje månad.

I Attendo Add beskrivs händelseförloppet tydligt och kortfattat av den person som uppmärksammat händelsen. När det inträffat en händelse och händelserapporten är ifylld skickas denna till verksamhetschefen som efter analys och e v åtgärder skickar vidare till kvalitetssamordnare.

Vikten av att rapportera händelser samt hur den lokala händelsehanteringen fungerar ingår i introduktionen av nya medarbetare samt att diskussion om vikten av att rapportera allt som avviker förs löpande på verksamhetens månatliga arbetsplatsträffar. Medarbetare uppmuntras att vara vaksamma på bristande rutiner eller tillfälliga belastningstoppar för att vi ska kunna anpassa verksamheten. Exempelvis kan detta innebära förändringar i personalfördelningen eller införande av nya rutiner.

Synpunkter och klagomål

SOSFS 2011:9 5 kap. 3 §

Synpunkter och klagomål lämnas antingen på blankett, mail eller i samtal med verksamhetschef. Verksamhetschef ansvarar för att utreda vidare, åtgärda och återkoppla.

När en synpunkt mottagits kontaktar verksamhetschef den som inlämnat synpunkten och informerar om att utredning påbörjas. Därefter utreder verksamhetschef tillsammans med berörda medarbetare, dokumenterar, för in i Add, och ansvarar för att åtgärder startas. Efter avslutad utredning kontaktas den som lämnat in synpunkt igen.

På kvalitetsmötena tas sammanställning av månadens inlämnade synpunkter fram och följs upp.
Samtliga synpunkter, klagomål och händelserapporter följsupp på kvalitetsmötena. Händelser som återkommer har följts upp vid nästkommande kvalitetsmöte. Om ingen förbättring sker görs vidare uppföljning till exempel genom riskanalyser eller riktade åtgärder exempelvis specifik avdelning.

Verksamhetschefen sammanställer synpunkter och klagomål årligen.

Signature reference: acf9c3f6-e21b-4a9e-b314-28345318321b

Sammanställning och analys

SOSFS 2011:9 5 kap. 6§

2021	Januari	Februari	Mars	April	Maj	Juni	Juli	Augusti	September	Oktober	November	December	Totalt
Fall, ej skada	9	7	6	4	4	2	2	3	4	4	4	6	**55**
Fall, sjukhusvård	1				1								**2**
Fall, skada	3	3	1	3		1		2	1		3	4	**21**
Hot och våld, hot brukare-medarbetare			1		3		1				3		**8**
Hot och våld, hot mellan brukare			1				1						**2**
Hot och våld, våld mellan brukare					1	1		1		1			**4**
Hot och våld, våld brukare-medarbetare				1	2			1		2	4	3	**13**
Information, externt				1									**1**
Information, internt				1	1	2		2			2	3	**11**
Kost och mathantering, kost och nutrition								1					**1**
Kost och mathantering, livsmedelshantering					1						1	1	**3**
Larm, fel på utrustningen		3		2									**5**
Larm, lång svarstid					1				2	2			**5**
Larm, obesvarat		1	1			2							**4**
Läkemedel glömt signera	1	1		14	6	2	8	4		1	1	8	**46**
Läkemedel, fel delat men ej givet			1	1				2					**4**
Läkemedel, fel dos/styrka	1	1	1									2	**5**
Läkemedel, fel info		1		1		1	2			1	3		**9**
Läkemedel, fel läkemedel	1			2					1				**4**
Läkemedel, glömt ge	3	4	7	10	6	3	6	11	6	7	9	2	**74**
Medicintekniska produkter	1	4		1		2	1	1	2	3	1	1	**17**
Omv. Brist i ordination		2					2		1	1			**6**
Omv. Brist i utförandet	5	2	4	3	1	4		14	5	11	7		**56**
Omv. Dokumentation		1				3	5						**9**
Omv. Utebliven insats HSL	9	5	4	5		1	4	8	7	3	7	2	**55**
Omv. Utebliven insats SoL		6	6	1			1		3	2	1	1	**21**
Synpunkter, förbättringsförslag			1				1	1		1	3	1	**8**
Synpunkter, klagomål					1			4	6	3	1	2	**17**
Utmanande beteende					2							1	**3**
Övrigt, avvikit				1	1	1	1						**4**
Övrigt, förkomna medel/ägodelar								1			3		**4**
Övrigt, leverantörer					1								**1**
Övrigt, rutiner	1	4	16	6	1	2	4	4	2	6	6	3	**55**
Totalt	**35**	**45**	**50**	**57**	**33**	**27**	**39**	**60**	**40**	**48**	**59**	**40**	

Händelserapporteringen under 2021 har dominerats av framförallt fall och läkemedelshantering.

Händelserapporter kring fall kommer sannolikt vara en av de kategorier som är dominerande då vi jobbar med äldre, sjuka och dementa kunder. Dock ska vi fortsätta att arbeta som vi tidigare gjort vilket innebär att vi riskbedömer och sätter in de åtgärder som behövs för att minimera fallen samt följer upp detta kontinuerligt. Dock ska vi arbeta än mer med de händelserapporter som handlar om att rörelselarm inte stått rätt/fattats eller liknande. Ingen ska falla på grund av att vi inte gjort vårt arbete och det som förväntas av oss.

Händelserapporter kring läkemedelshantering är också en vanligt förekommande händelserapport.

Här har sjuksköterskorna gjort ett stort jobb med att följa arbetet och tagit upp detta på gruppmöten och förtydligat vad som gäller och varför det är viktigt att sköta allt i kring läkemedelshanteringen. Detta är även något som både initieras i delegeringssamtal och vid uppföljningar.

Signature reference: acf9c3f6-e21b-4a9e-b314-28345318321b

Verksamheten har under 2021 haft två allvarliga händelser. Båda de allvarliga händelserna har utretts.

Den ena allvarliga händelsen handlade om hot- och våld mellan två kunder på en demensavdelning där utredarens bedömning är att händelsen är ett missförhållande. Ställningstagandet utifrån ovanstående är att det inträffade har medfört konsekvenser för den ena kundens känsla av trygghet och säker omsorg. Åtgärderna efter denna händelse var att noggrant skriva ner riskbedömningar, bemötandeplaner och handlingsplaner för att kunna säkra att inte händelsen upprepas och vad som ska göras om så är fallet.

Den andra allvarliga händelsen handlade om att personal under sommarmånaderna brustit i munvård vilket lett till att kunder fått kariesgenombrott. Detta är inget som tidigare inträffat i verksamheten. Efter genomförd utredning av händelsen så lades munvård in som en egen insats i vårt insatsprogram Epsilon, all personal fick en utbildning i munhälsovård av Oral Care, munhälsa tas upp kontinuerligt på verksamhetens gruppmöte/APT. Inför nästa sommar så kommer verksamheten att planera för en introduktionsdag för alla sommarvikarier där viktiga saker ska gås igenom, munvård är en av dessa.

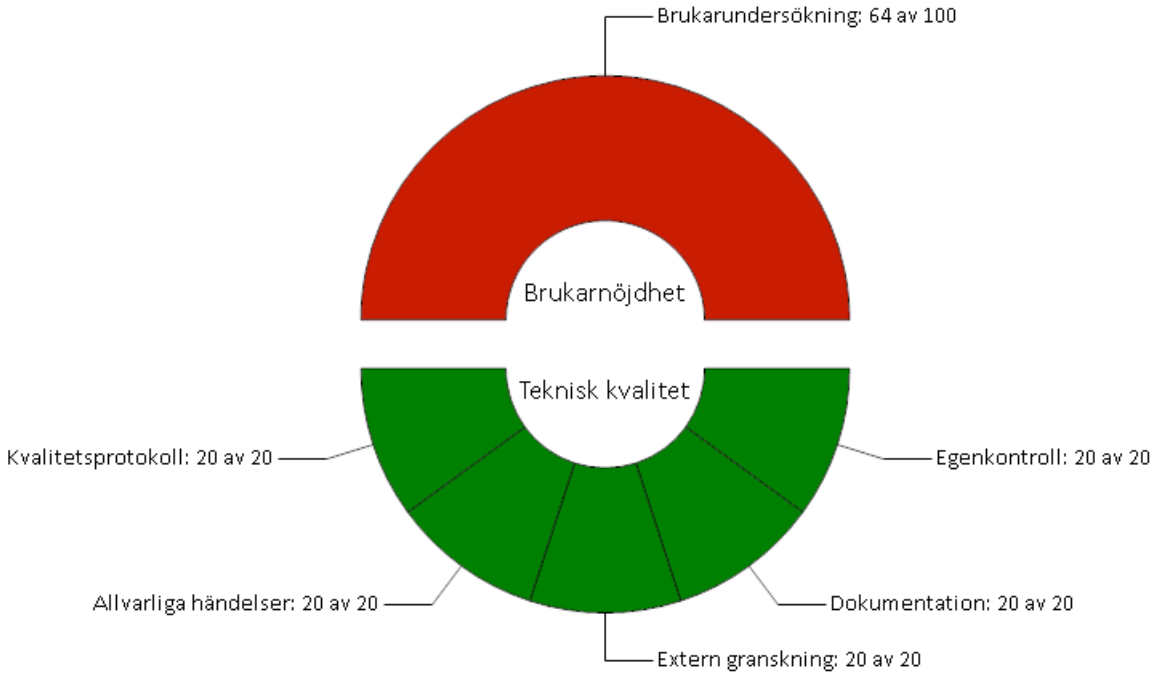
Utredarens bedömning är utifrån insamlat faktaunderlag att händelsen är ett missförhållande. Ställningstagandet utifrån ovanstående är att det inträffade hade medfört konsekvenser för kundernas känsla av trygghet och säker omsorg. Vidtagna och föreslagna åtgärder bedömdes vara tillräckliga för att säkerställa att liknande händelser inte inträffar igen.

Resultat

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3
År 2021 har fortsatt kantats av coronapandemin vilket påverkat verksamheten på olika sätt.

Signature reference: acf9c3f6-e21b-4a9e-b314-28345318321b

Under 2021 gjorde socialstyrelsen inte någon brukarundersökning och därför är resultatet som visas nedan 2020 års resultat.

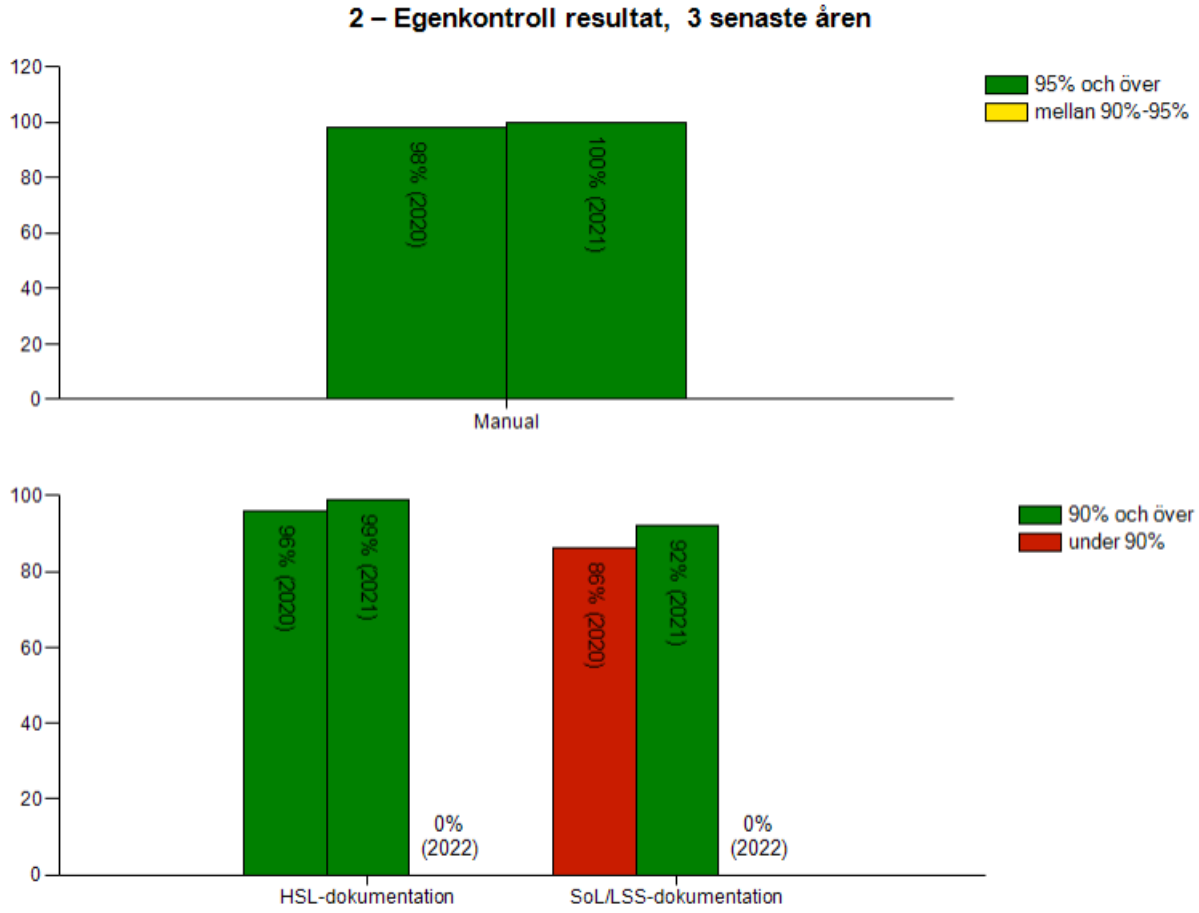


För att ändå få veta vad våra kunder tycker gjordes en tempmätning mellan 27/9-10/10 som visar på resultatet nedan. Det blev väldigt tydligt att vi behöver behöver arbeta ännu mer med- kost och aktiviteter.



Kost, måltider och miljön kring måltiderna har vi arbetat mycket med. Vi arbetar med måltidsobservationer och har även strukturerat upp matbeställningar, förvaring av mat och tillagning för att kunna göra kunderna nöjda. Vi har haft några brukarråd där kunderna fått komma till tals men eftersom pandemin påverkat har inte dessa möte blivit av med samma kontinuitet som önskvärt. Dock behöver vi generellt arbeta ännu mer med kost och måltider för att uppnå en högre kundnöjdhet.
Gällande aktiviteter så anordnas olika aktiviteter varje vecka i form av promenader, bingo, allsång, gym, spa, sittande zumba, högläsning, spel/pussel m.m det finns dock en känsla av att kunderna saknar aktiviteter där de kan umgås fritt med sina vänner/väninnor mellan planen och avdelningarna och i perioder så har vi försökt att göra aktiviteter i mindre grupper och på respektive avdelning för att minska risken för smittspridning vilket då i sin tur kan ha påverkat resultaten i temperaturmätningen.

Signature reference: acf9c3f6-e21b-4a9e-b314-28345318321b



Egenkontrollen som genomfördes i maj månad blev godkänd till 100% samt granskning av både SoL/HSL-dokumentation upnådde ett godkänt resultat. Det var en förbättring från tidigare år.

Övergripande mål för kommande år

Fler vårdbiträden ska genomgå valideringsutbildning till undersköterskor via Kävlinge kommun.
Fler BPSD-administratörer ska utbildas under Q1-Q2.
Genomföra en ny satsning på kvalitetsombud i verksamheten så kvalitetsarbetet kan stärkas upp.
Brand- och HLR-utbildning.
Utbildning i ergonomi- och förflyttningsteknik för nyanställda och vid behov.
Introduktionsutbildning för sommarvikarier där alla delar gås igenom.
Öka den sammantagna nöjdheten hos våra kunder ska ökas med bland annat arbete kring kost och aktiviteter.
Godkänt resultat för Intern revision 2022.

Signature reference: acf9c3f6-e21b-4a9e-b314-28345318321b

Verksamhetsberättelse from 8 nov tom 31 dec för Villa Fridsbo 2021

Datum och ansvarig för innehållet

2022-02-04 Stina Cederhag

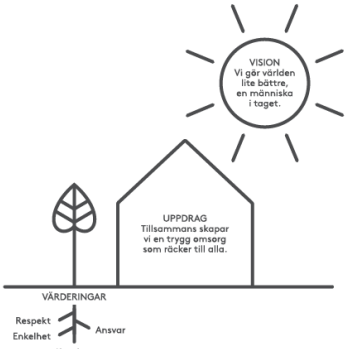
Signature reference: acf9c3f6-e21b-4a9e-b314-28345318321b

VERKSAMHETS och KVALITETSBERÄTTELSE FÖR 2021

Sammanfattning

Vardaga bedriver vård och omsorg i särskilt boende samt daglig verksamhet. De personer som bor och vistas på verksamheterna har biståndsbeslut enligt Socialtjänstlagen (SoL) och den övervägande delen av insatser är enligt SoL

Där Vardaga har ansvar att bedriva hälso- och sjukvård upprättas årligen även en patientsäkerhetsberättelse, som finns på respektive verksamhets hemsida.



Vision och värderingar

Vår Vision;
”Vi gör världen lite bättre, en människa i taget”

Vårt uppdrag;
” Tillsammans skapar vi en trygg omsorg som räcker till alla”.
Vårt konkreta uppdrag är att ge en god och trygg omsorg till varje person i våra verksamheter. Vi lyckas när vi arbetar tillsammans, både inom Ambea och i nära dialog med omsorgstagare, närstående och uppdragsgivare.

Våra värderingar
Respekt: Hos oss har alla har rätt till ett värdigt liv med såväl fysiskt, psykiskt som socialt välbefinnande.

Ansvar: Hos oss har vi medarbetare som vågar och vill och chefer som lyssnar och leder.

Enkelhet: Hos oss är det enkelt att påverka och att vara medarbetare eller omsorgstagare.

Kunskap: Hos oss reflekterar vi, lär av varandra och tar tillvara allas kompetens.

Vår vision och våra värderingar är vår ledstjärna såväl i mötet med de boende som finns i våra verksamheter som när det gäller hur våra medarbetare bemöter varandra. Det är dessa värderingar som ska ta oss mot visionen – varje dag. Det är utifrån dessa värderingar som Vardaga styrs.

Verksamhetens inriktning och mål för året

Verksamhetsbeskrivning

Vardaga driver sedan 2021-11-08 Villa Fridsbo i egen regi. Huset består av tre boendeplan med vardera 20 platser fördelat på två avdelningar per boendeplan, totalt 60 lägenheter. 20 demensplatser och 40 somatik. Inflyttning skedde redan första dagen, dvs den 8 nov. Därefter ca 2 kunder per vecka, varierat somatik och demens. Verksamhetens inriktning är att ge kvalificerad vård och omsorg till samtliga boende som är i behov av stöd och hjälp hela dygnet.

Signature reference: acf9c3f6-e21b-4a9e-b314-28345318321b

Mål för verksamheten

Verksamheten har inte varit igång tillräckligt länge för att få ut något resultat från brukarundersökning eller större delar av vårt kvalitetsledningssystem. Det formulerades inga mål från tiden 8 nov-31 dec

Den enskilde (Inflytande)

Normalt sett hålls boråd i kombination med aktivitetsråd fyra gånger per år. Där är samtliga boende är inbjudna att tillsammans med personal från olika professioner och aktivitetsansvarig lyfta frågor som är viktiga för dem. De kan i detta forum lyfta fram de synpunkter de har på verksamheten eller gällande huset. Vad är det som fungerat bra och mindre bra och vilka förslag på förändring som föreslås är saker som diskuteras. I detta råd diskuteras också aktiviteterna och vad man som boende är intresserad av att göra och vad som får ens dag att kännas meningsfull. Två gånger per år bjuds även anhöriga in till möte där även de får komma till tals med sina funderingar. På grund av att verksamheten precis startat har dessa mötesforum inte hunnit äga rum under 2021.

Delaktighet

Närstående

Rutinen är att närstående bjuds in att delta på verksamhetens samtliga aktiviteter och måltider för att få ta del av de boendes vardag. Närstående bjuds även in till möte två gånger per år för att lyfta synpunkter från de närståendes sida men även för att informera om vad som varit och vad som komma skall, vilka eventuella förändringar som är planerade etc. Utöver detta skickar verksamhetschefen ut ett månadsbrev/månadshälsning med information varje månad.

Enkätsvar på kund och Brukarundersökningen

Inga svar från kund- och brukarundersökning ha kunnat registreras under denna tid.

Genomförandeplaner

Samtliga boende har en genomförandeplan, vilken uppdateras två gånger per år eller vid behov.

Samverkan

Villa Fridsbo samverkar med Senior Hälsan gällande sjukvården till de boende. Samverkan sker även med Klara kompetens som försörjer verksamheten med sjuksköterskekompetens samtliga timmar och dagar som ordinarie sjuksköterska ej är på plats. Samverkan sker också med Kävlinge kommun som fördelar platser enligt LOV till Villa Fridsbo.

Övriga intressenter

Kvalitetsberättelse

SOSFS 2011:9,7 kap. 1§

Vårdgivaren som omfattas av 1 kap. 1§ 1 och 2 eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS bör med dokumentationen som utgångspunkt varje upprätta en sammanhållen kvalitetsberättelse. Arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet ska dokumenteras.

Kvalitetsledningssystemet är grunden i kvalitetsarbetet och gör att verksamheten systematiskt och fortlöpande kan utveckla och säkra kvaliteten. Ledningssystemet heter Qualimax och hjälper till

Signature reference: acf9c3f6-e21b-4a9e-b314-283453183321b

att systematisera allt stöd och alla rutiner för Vardagas kvalitets- miljö och arbetsmiljöarbete. Kvalitetsarbetet administreras i ledningssystemets IT-verktyg, Q-maxit. Från detta system sker veckovis återkoppling i form av statistik för arbetet med avvikelser och förbättringsområden.

Kvalitetstillsyn utförs regelbundet av Vardagas kvalitetsutvecklare. Kvalitetstillsynen är en kontroll av efterlevnaden av riktlinjer, rutiner och en uppföljning av vidtagna åtgärder utifrån identifierade risker och händelser. Vid uppstart av en ny verksamhet görs alltid en första kvalitetskontroll efter ca 1 månads tid. Denna kvalitetstillsyn utfördes den 8 december och gav ett kvalitetsindex på 1,43 av 2,0 möjliga.

Egenkontroller utförs annars två gånger om året, i maj och i november. Strax över 200 frågor ställs gällande kvaliteten i hela verksamheten och ska besvaras av personal och verksamhetschef. Besvaras någon av frågorna med ”Ej uppfyllt” eller ”Delvis uppfyllt” lägger sig denna fråga automatiskt som ett förbättringsområde i den förbättringslogg som också tillhör kvalitetsledningssystemet. Egenkontrollen utförs vanligtvis som kollegial granskning, dvs en verksamhetschef från en annan verksamhet inom Vardaga är den som kontrollerar. Denna verksamhetschef gör också stickprovskontroller i verksamheten.

I den löpande verksamheten finns olika mötesforum där vi diskuterar samtliga avvikelser, dels i lokala ledningsgruppen där sjuksköterska, gruppchef och verksamhetschef ingår men även på de månatliga kvalitetsråden där representanter från hela personalstyrkan ingår. Utifrån avvikelserna diskuteras olika åtgärder och förslag på förändringar. Om det exempelvis är en sorts avvikelse som upprepade tillfällen återkommer tas beslut om att skapa ett förbättringsområde med tillhörande handlingsplan. Ansvarig för förbättringsområdet utses och därefter sätts ett förmodat slutdatum på förbättringsåtgärden samt ett uppföljningsdatum för att fortskridande se så att arbetet med förändringen går framåt. När arbetet med ett förbättringsområde leder fram till gott resultat uppdateras den lokala rutinen kring området i fråga. Rutinen och förbättringsområdet kopplas direkt via ledningssystemet till protokoll till valda möten och tas därefter upp med personal på APT och teammöten. En viktig del av Vardagas sätt att arbeta är också att frågor som rör olika områden behandlas i olika råd. Exempel på det är det ovan nämnda kvalitetsrådet och utöver det finns även dokumentationsråd, inkontinensråd, matråd, aktivitetsråd, boråd mfl. Arbetet i råden gör att personal som är speciellt intresserade arbetar med viktiga frågor som rör ett visst område och får då möjlighet att bli speciellt kunniga inom ett visst område och kan driva frågor gällande området ex i förbättringsloggen. Representanter till de olika rådsfunktionerna utsågs redan under introduktionsdagarna

Totalt sett har det skett 114 avvikelser från tiden 8 november till och med 31 december under 2021. Läkemedelshantering 47 st, omvårdnad 6 st, fallavvikelser 9 st, stödfunktioner 1 st, arbetsmiljö tillbud 2 st, ej utförd insats(ej signerat att ordinerad träning är utförd) 23 st, arbetsmiljö olycka eller arbetsskada 1 st, synpunkter och klagomål 2 st, vårdkedjeproblematik 1 st, medicintekniska produkter 21 st.

Signature reference: acf9c3f6-e21b-4a9e-b314-28345318321b



Resultatet av förbättringsområden, egenkontroll och kvalitetsrådets arbete samt överenskommelser från APT dokumenteras i förbättringsloggen. På detta sätt kopplas uppföljning och förbättringsarbete ihop.

Varje månad följer regionchefen upp verksamhetens kvalitetsmål och ekonomiska mål med verksamhetschefen.

För att säkra kvaliteten på Villa Fridsbo har bl a följande genomförts:

- Introduktionsdagar innan öppning innehållande:
  Vardagas koncept, brandrutiner, dokumentation och dokumentationssystem, kontaktmannaskap, genomgång av säkerhetspärm, lokala rutiner rutiner för det praktiska arbetet, avvikelsehantering och kvalitetsledningssystem, matkonceptet ”Mat som hemma”, förflyttningsutbildning och boendes larm.
- Representanter till alla råd utsågs
- Utbildning till matansvariga
- Hygienombud utsågs
- Genomförande av Vardagas webbutbildningar i bl a:
  - Livsmedelshygien
  - Delegeringsutbildning
  - Vardagas olika koncept
  - Basala hygienrutiner
  - Arbetsmiljöutbildning
  - Social dokumentation
  - GDPR
  - Vård i livets slut

Hälso- och sjukvård

Ansvar

Bilaga – Patientsäkerhetsberättelse 2021

Medarbetare med Delaktighet och Målstyrning

Signature reference: acf9c3f6-e21b-4a9e-b314-28345318321b

På APT går man igenom målen för Villa Fridsbo och dessa skrivs upp på en måltavla. Personalen görs delaktiga genom att aktivt arbeta igenom de aktiviteter som ska göras för att uppnå målen. Målen följs sedan upp kontinuerligt på APT.

Antal anställda

På Villa Maria arbetade under denna period:

- 8 dag/kvällspersonal
- 4 nattpersonal
- 1 gruppchef
- 1 arbetsterapeut
- 1 fysioterapeut
- 1 verksamhetschef
-

Personaltäthet

Se ovan

Personalomsättning

Det har varit omsättning på personal från första början och svårt att få kontinuitet. Nyrekrytering har pågått sedan första dagen

Arbetsplatsträffar

Alla medarbetare kallas månatligen till APT. I god tid innan APT skickas dagordning ut. APT hålls av verksamhetschef. Någon deltagare utses vid mötets början till att skriva minnesanteckningar och närvaron registreras.

Planeringsdagar

I Vardaga har man en planeringsdag för personal varje höst.

Kompetensutveckling

Samtlig personal ska ha en utbildningsplan. Detta för att skapa rätt förutsättningar för personalen att göra det bästa jobbet med våra boende.

Utbildningar som genomförs är:

- Brandskyddsutbildning
- Lyftlicensutbildningar
- Delegeringsutbildningar
- Återkommande webbutbildningar i:
    - Livsmedelshygien
    - Basala hygienrutiner
    - Arbetsmiljöutbildning
    - Social dokumentation
    - GDPR

Signature reference: acf9c3f6-e21b-4a9e-b314-28345318321b

Enkätsvar på Teambarometern

Ingen teambarometer har registrerats på Villa Fridsbo mellan 8 november – 31 december

Övrigt

Signature reference: acf9c3f6-e21b-4a9e-b314-28345318321b

Års/Kvalitetsredovisning IoF 2021

Kungsgatan

Signature reference: acf9c3f6-e21b-4a9e-b314-28345318321b

Innehåll

1 Beskrivning av Humanas kvalitetsarbete 3

2 Kvalitativ verksamhet 6

2.1 Kvalitativ verksamhet 6

2.2 Kvalitativ verksamhet 6

2.3 Initiativ till förbättringar inför 2022 (Kvalitativ verksamhet) 8

3 Attraktiv arbetsgivare 9

3.1 Attraktiv arbetsgivare 9

3.2 Mått för attraktiv arbetsgivare 9

3.3 Initiativ till förbättringar inför 2022 (Attraktiv arbetsgivare) 9

4 Ansvarstagande samhällsaktör 10

4.1 Ansvarstagande samhällsaktör 10

4.2 Mått för ansvarstagande samhällsaktör 10

4.3 Initiativ till förbättringar inför 2022 (Ansvarstagande samhällsaktör) 10

Signature reference: acf9c3f6-e21b-4a9e-b314-28345318321b

1 Beskrivning av Humanas kvalitetsarbete

På Humana är kvalitetsarbetet införlivat i varje process, möte och beslut. Arbetet utgår från aktuella lagar och föreskrifter samt Humanas kvalitetspolicy. Humanas dagliga arbete utgår ifrån fyra huvudsakliga områden som tillsammans lägger grunden för en omsorg av hög kvalitet: individuella lösningar, hög kompetens, vår värdegrund och evidensbaserade metoder.

PARUS - Kvalitetsledningssystem

Humana har ett koncernövergripande kvalitetsledningssystem, PARUS (Processer, Aktiviteter, Rutiner, Uppföljning och Samverkan). I PARUS finns alla våra styrande dokument så som policys, riktlinjer och rutiner. Systemet används även för att planera och månadsvis följa upp kvalitetsarbetet där verksamheterna analyser utfall och arbetar med riskanalyser, egenkontroller mm.

HQI - Kvalitetsmodell för uppföljning av viktiga indikatorer

Humana har en kvalitetsmodell för att kunna mäta och följa utvecklingen inom verksamheterna. Modellen bygger på två parallella angreppssätt: kvantitativa nyckeltal som bildar ett index, Humana Quality Index, HQI, samt klientens individuella plan där fokus ligger på personliga mål som styr insatsen. Båda perspektiven är lika viktiga för att skapa en helhetsbedömning av kvaliteten. HQI sammanställs på affärsområdesnivå och koncernnivå. HQI mäter följande 8 områden:



Kundnöjdhetsundersökningar

Vi är angelägna om att få veta vad våra kunder/klienter anser om vår verksamhet och de insatser vi erbjuder. Att ta tillvara synpunkter på vården och omsorgen är viktigt för verksamhetens utvecklings- och förbättringsarbete. Resultaten ska användas för att utveckla och förbättra verksamheterna. Med kunder avses uppdragsgivare, den enskilde klienten, familjehem samt i vissa fall vårdnadshavare eller andra närstående beroende på verksamhet.

NKI - Nöjd kund index inhämtar och följer upp information direkt från uppdragsgivare. Vi använder en enkät under pågående placering (skickas ut löpande under pågående

Signature reference: acf9c3f6-e21b-4a9e-b314-28345318321b

placering) och en enkät som skickas ut efter avslut.

NBI - Nöjd brukar index inhämtar och följer upp information direkt från klienter/brukare som omfattas av insatser från Humana, kring deras upplevelse av trygghet, delaktighet och bemötande. Sker 2 gånger/år samt löpande inom våra HVB i form av en Barn/ungdomsenkät. Hösten 2021 deltog många av Humanas verksamheter inom Individ och Familj istället i SKR:s nationella brukarundersökningar för placerade barn och unga samt inom funktionshinderområdet.

NFI – Nöjd familjehemsindex inhämtar och följer upp familjehemmens upplevelse av det stöd, råd och handledning som de får via Humana. Sker 2 gånger/år

Resultat av insats

Via ledningsrapporter synliggörs verksamheternas antal genomförandeplaner, samt hur många som är uppföljda enligt plan med uppdragsgivaren. Uppföljningsmöten där måluppfyllelse utifrån de enskildes genomförandeplaner sker kontinuerligt utifrån överenskommelse med aktuell uppdragsgivare. Våra verksamheter genomför kartläggning i samband med placering/uppdrag och har idag verktyg som syftar till att följa resultatet av insatserna.

Systematiskt förbättringsarbete

Rapporteringsskyldighet - avvikelser, klagomål/synpunkter - Som ett led i att kvalitetssäkra vår verksamhet ser vi avvikelser, klagomål/synpunkter som en möjlighet och förutsättning till att lära och utvecklas. En förutsättning för framgångsrika verksamheter, är att bedriva en transparent vård där avvikelser tas på största allvar och lärande sker av händelser som inträffar. Vi bedriver också förebyggande arbete genom rapportering av risker.

Egenkontroll - Syftet med våra egenkontroller och interna kontroller är att höja kvalitén på våra enheter samt upptäcka och åtgärda eventuella brister och risker i verksamheten. Egenkontroll utförs av ansvariga chefer för verksamheten och internkontroll utförs av Humanas kvalitets- och metodorganisation.

Riskanalys - Syftet med Humanas arbete med riskhantering är att skapa medvetenhet, prioritera resurser och åtgärder, skapa en effektiv styrning och kontroll.

Attraktiv arbetsgivare

Grunden för att kunna leverera kvalitativ vård och behandling är att vi har nöjda medarbetare med rätt kompetens. Utifrån ett systematiskt arbetsmiljöarbete med mätning av viktiga nyckeltal inom vår medarbetarprocess, ett pågående värdegrundsarbete och kompetensutveckling vill Humana vara en attraktiv arbetsgivare för att attrahera och bibehålla personal.

Handledning/utbildning - Humana erbjuder handledning kopplat mot en specifik metod eller ärendehandledning där chef är med för att möjliggöra fortsatt stöd till personal mellan handledningstillfällena. Aktuell chef erbjuds också handledning via telefon/Teams vid ett kortare tillfälle mellan de ordinarie handledningstillfällena, vilket möjliggör stöd i att fullfölja eller justera planerade interventioner avseende ett ärende eller implementering av en specifik metod eller utbildning. Utbildning ges efter behov som varje division inventerat årligen. Merparten av utbildningsbehoven tillgodoses genom utbildad personal inom Humana, via KMU (kvalitets- och metodorganisationen) eller upphandlas externt då vi inte kan tillgodose utbildningsbehov med egna resurser

eNPS/Ledarskapsindex - eNPS används för att mäta medarbetarlojaliteten på ett effektivt sätt. eNPS hämtas från medarbetarundersökningen och bygger på frågan ”Hur troligt är det att du skulle rekommendera någon att arbeta på Humana?” Våra

Signature reference: acf9c3f6-e21b-4a9e-b314-28345318321b

medarbetare uppger sannolikheten på en skala från 0 (Inte alls sannolikt) till 10 (Extremt sannolikt). Sedan delas svarande in som Ambassadörer, Neutrala och ”Kritiker”. Skalan går från -100 till + 100 och på Individ och familj har vi haft +6 som är ett positivt och godkänt svar.

Genom att regelbundet fråga vår personal om deras upplevelse av ledarskapet men också genom samlade bedömningar av medarbetarnas arbetsmiljö och utvecklingsmöjligheter får vi bekräftat hur duktiga våra chefer är. Cheferna arbetar nära sina verksamheter och leder genom exempel. De står bakom sina anställda och är en garant för god kvalitet i allt vi gör, stort som smått. Vi följer och mäter nöjdheten med våra chefer i medarbetarundersökningen genom ett sk Ledarskapsindex. Skalan går från 0 till 100 och på Individ och familj har vi haft 79 under 2021 vilket är ett mycket bra resultat, dvs hög nöjdhet med våra chefer.

Frisktal - Frisktal mäts som andel av samtliga anställda som ej är korttidssjukskrivna. Varje månad följer vi vår frisknärvaro på våra verksamheter och på en övergripande nivå. Uppföljningen är ett verktyg för oss att snabbare kunna stötta och sätta in åtgärder för den medarbetare som är i behov av det. Under året har de verksamheter som haft hög sjukfrånvaro haft det särskilt påfrestande och trots goda förberedelser (stora rekryteringsinsatser och goda rutiner/ riskbedömningar) har de medarbetare som varit friska behövt ta ett stort ansvar. HR och företagshälsovården har funnits som stöd till de verksamheter som behövt göra extra satsningar för att förbättra sin frisknärvaro.

Rapportering av tillbud och arbetsskador - För att säkerställa en god arbetsmiljö för våra medarbetare arbetar vi förebyggande genom att göra årliga skyddsronder, fylla i hot- och våldschecklistor samt genom att hantera de tillbud och arbetsskador som uppstår i vår verksamhet.

Värdegrundsarbete - Humanas värdeord Glädje, Engagemang och Ansvar är en direkt återspegling av det arbetsklimat vi aktivt arbetar för. Våra värderingar slår vakt om alla människors lika värde. Aktivt värdegrundsarbete är ett återkommande affärsmål som följs upp månadsvis. Alla medarbetare får vid anställning genomgå värdegrundsutbildning via vår digitala utbildningsplattform. Som verktyg har Humana bland annat tagit fram en värdegrundskortlek och en applikation med olika frågeställningar och etiska dilemman där medarbetarna tillsammans får prata om svåra professionella situationer och gemensamt hitta lösningar. På detta vis säkerställer vi att organisationen ständigt tar tillvara nya erfarenheter, synpunkter och lärdomar, vilka kan användas när vi utvecklar arbetssätt och rutiner.

Medarbetarundersökning - Vi arbetar med vår medarbetarundersökning kallad för WeYouMe för att öka nöjdheten med Humana som arbetsgivare. Undersökningen fångar upp medarbetarnöjdhet, men även andra viktiga områden som; arbetssituation, arbetsförutsättningar, delaktighet och arbetsklimat. Utifrån våra målområden inom medarbetarprocessen övervakas viktiga personalnyckeltal för att löpande kunna vidta åtgärder under året. Utöver detta görs proaktivt arbete inom värdegrundsarbetet och en positiv skyddsrond för ett salutogent förhållningssätt.

Hållbarhetsarbetet

Vår övergripande ambition med hållbarhetsarbetet, relaterat till vår människocentrerade kärnverksamhet, är att bidra till att skapa ett bra liv för våra kunder. Humana vill ta en aktiv roll i samhället och bidra till en hållbar välfärd. Våra fokusområden är kvalitet, miljö, uppförandekod och värdegrund, arbetsmiljö, mångfald och inklusion och datasäkerhet. Som ett led i hållbarhetsarbetet har vi kopplat vårt hållbarhetsarbete till de globala hållbarhetsmålen

Signature reference: acf9c3f6-e21b-4a9e-b314-28345318321b

2 Kvalitativ verksamhet

2.1 Kvalitativ verksamhet

Under november och december 2021 har vi arbetat för att skapa goda kontakter med kommunens företrädare för en hållbar samverkan. Möten har genomförts med områdeschef, kvalitetsansvarig, handläggare, daglig verksamhet och KKB.

Dokumentationsutbildning för all personal genomfördes under november 2021 då enheten gick över till dokumentationssystemet LifeCare utförare. Samtliga brukare har genomförandeplaner införda i Lifecare och uppföljningar av dessa planeras löpande med LSS-handläggare. Stödpedagog arbetar kontinuerligt med uppföljning och utveckling av dessa.

Arbetsplatsträff genomförs ett tillfälle per månad med fokus på kvalité. Sjuksköterska och arbetsterapeut från kommunen har en stående inbjudan till dessa tillfällen för en god samverkan.

Ansvarsområden inom verksamheten är jämnt fördelade på personal och varje område följs upp kontinuerligt. Värdegrundsarbetet är påbörjat och utsedda värdegrundsledare gick utbildning i december och har numera en fast punkt på våra arbetsplatsträffar för att bedriva vårt värdegrundsarbete.

Utbildningar i LAB, AKK, TP och MI är planerade till vår och höst 2022. All personal ska även genomgå utbildning i HLR i Januari.

Brandombud på verksamheten är utsett och utbildning genomförs den 10 Januari 2022. Kontakt med Presto som sköter brandlarmet är genomförd och dem genomför utrymningsövning med samtlig personal i januari 2022. Brandskyddsarbetet är pågående och kontroller utförs månadsvis.

Egenkontroller för hygien, livsmedel, hygien, skyddsrond och systematiskt förbättringsarbete är genomförda under december månad.

Ett utvecklingsarbete med personalgruppen har varit i fokus sedan övertagandet. Ny personal har anställts och introducerats på arbetsplatsen. Schema har ändrats för att erbjuda våra boende en större tillgänglighet till personal och individuella aktiviteter.

2.2

Mål
IoF ska ha nöjda uppdragsgivare
IoF ska ha nöjda Klienter
Klienter ska ha uppföljda genomförandeplaner och medarbetarna ska aktivt arbeta för att förbättra dokumentationen
Klienternas insatser är slutförda enligt uppdrag i genomförandeplan
Arbeta aktivt med förbättringsarbete och förebygga allvarliga händelser

Mått	Målvärde	Utfall 2021	Utfall 2020
Nöjda kunder NKI - Kundnöjdhet under pågående uppdrag			
Nöjda kunder NKI -			

Signature reference: acf9c3f6-e21b-4a9e-b314-28345318321b

Mått	Målvärde	Utfall 2021	Utfall 2020
Kundnöjdhet efter avslutat uppdrag i verksamheten			

Mått	Målvärde	Utfall 2021	Utfall 2020
Nöjda klienter (NBI) Humanas gemensamma NKI			

Mått	Målvärde	Andel som har genomförandeplan	Andel som ej har gfp
Antal av våra kunder/klienter som har individuella planer och antal som inte är uppföljda enligt tidsplan.		100 %	0 %

Mått	Målvärde	Ackumulerat antal avslut totalt	Ackumulerad andel förtida avslut	Ackumulerat utfall 2021	Ackumulerat utfall 2020
Antal slutförda uppdrag och förtida utskrivningar					

Mått	Målvärde	Ackumulerat antal sammanbrott	Ackumulerat antal avslutade totalt	Ackumulerat utfall 2021	Ackumulerat utfall 2020
Antal sammanbrott och sammanbrottsanalyser					

Mått	Totalt antal Avvikelser
Totalt antal avvikelser	

Mått	Ackumulerat utfall
Antal inkomna klagomål	

Mått	Ackumulerat utfall
Antal förbättringsförslag	

Mått	Ackumulerat utfall
Antal anmälda lex Sarah till IVO	

Mått	Ackumulerat utfall

Signature reference: acf9c3f6-e21b-4a9e-b314-28345318321b

Mått	Ackumulerat utfall
Antal anmälda Lex Maria till IVO	

Mått	Ackumulerat utfall
Antalet tillsyner /revisioner	0 st

Mått	Ackumulerat utfall
Antal egenkontroller (checklistor) som genomförts	5 st

Egenkontroller för hygien, livsmedel, hygien, skyddsrond och systematiskt förbättringsarbete är genomförda under december månad.

Mått	Ackumulerat antal beslut utan brist	Ackumulerat antal beslut med brist
Antal tillsynsbeslut från IVO (med eller utan brist)		

Mått	Ackumulerat utfall
Antal yttranden från IVO	

2.3 Initiativ till förbättringar inför 2022 (Kvalitativ verksamhet)

Under 2022 planerar vi att genomföra våra utbildningar inom lågaffektivt bemötande (LAB), motiverande samtal (MI), tydliggörande pedagogik (TP) och alternativ kommunikation (AKK) för samtlig tills vidare anställd personal. Vår stödpedagog som är metodansvarig kommer löpande att handleda personal i vårt metodarbete. Individuella kompetensutvecklingsplaner ska även skapas för varje enskild personal.

För att uppnå en hög kvalité kommer ett utvecklingsarbete att genomföras med personalgruppen för att skapa en god arbetsmiljö och möjliggöra en trivsam arbetsplats med goda resultat. Vi ser ett stort behov av att arbeta för ett teambaserat arbete på enheten med gemensamma mål. För att uppnå detta mål kommer vi att anordna aktiviteter för personal där vi arbetar med samarbete och tillit. Vi kommer även lägga stort fokus på vårt värdegrundsarbete för att implementera vår värdegrund i enhetens grund, glädje-ansvar-engagemang.

Under 2022 är vår ambition även att varje brukare ska få ut ännu mer av sitt boende. Vi har utsett en aktivitetsansvarig som kommer att ansvara för att anordna aktiviteter som möter upp varje brukares behov och önskemål. Under sommaren kommer vi även att utföra större sådana som tex. resor med övernattning till bland annat spa eller Astrid Lindgrens värld.

Vidare sätter vi som mål för 2022 att ordna gemensamma aktiviteter tillsammans med Solgatan 4 för att främja en större gemenskap för våra boende. Givetvis med reservationer för rådande smittläge gällande Covid-19.

Signature reference: acf9c3f6-e21b-4a9e-b314-28345318321b

3 Attraktiv arbetsgivare

3.1 Attraktiv arbetsgivare

3.2 Mått för attraktiv arbetsgivare

Mål
Höja grundkompetensen hos anställda
Värdegrundsarbetet ska vara styrande i våra verksamheter
Vi eftersträvar nöjda medarbetare och att uppnå ett branschledande eNPS.
Förbättra arbetsmiljön genom systematiskt arbetsmiljöarbete

Mått	Ackumulerat utfall
Antal handledningstillfällen	0 st

Mått	Målvärde	Utfall
Nöjda medarbetare > 73% inhämtas från WeYouMe enkäten årligen.		

Mått	Ackumulerat utfall Tillbud	Ackumulerat utfall Arbetsskador	Ackumulerat antal anmälda till arbetsmiljöverket
Antal rapporterade tillbud/arbetsskador/antal anmälda till Arbetsmiljöverket i DF-respons			

Mått	Målvärde	Ackumulerat utfall
Frisktal		92,8 %

3.3 Initiativ till förbättringar inför 2022 (Attraktiv arbetsgivare)

Vår ambition för 2022 är att genom ett gott samarbete med kommunen nå full beläggning på enheten så att ytterligare arbete kan erbjudas våra duktiga vikarier. För att vara en attraktiv arbetsgivare kommer vi kontinuerligt erbjuda vår personal utbildningar och handledning efter önskemål och verksamhetens behov. Genom ett närvarande ledarskap kan vi även säkra upp att all personal känner att dem får det stöd dem behöver och önskar. Genom våra kompetensutvecklingsplaner kommer vi även att arbeta mot en kontinuerlig utveckling för våra medarbetare med möjlighet till vidareutveckling inom yrket och Humana.

Signature reference: acf9c3f6-e21b-4a9e-b314-28345318321b

4 Ansvarstagande samhällsaktör

4.1 Ansvarstagande samhällsaktör

4.2 Mått för ansvarstagande samhällsaktör

Mål
Arbeta mot en minskad miljöpåverkan

Mått	Målvärde	Utfall
Inventering har gjorts av vad som har störst negativ miljöpåverkan i verksamheten. Ja/Nej		Ja
Genomfört hållbarhetsutbildning ja/nej		Nej

4.3 Initiativ till förbättringar inför 2022 (Ansvarstagande samhällsaktör)

Vi kommer kontinuerligt att arbeta mot en minskad miljöpåverkan genom källsortering, tvätt av kläder, matinköp, samåkning, promenader m.m.

Signature reference: acf9c3f6-e21b-4a9e-b314-28345318321b

Års/Kvalitetsredovisning IoF 2021

Solgatan

Signature reference: acf9c3f6-e21b-4a9e-b314-28345318321b

Innehållsförteckning

1 Beskrivning av Humanas kvalitetsarbete 3

2 Kvalitativ verksamhet 6

2.1 Kvalitativ verksamhet 6

2.2 Mått för kvalitativ verksamhet 6

2.3 Initiativ till förbättringar inför 2022 (Kvalitativ verksamhet) 8

3 Attraktiv arbetsgivare 9

3.1 Attraktiv arbetsgivare 9

3.2 Mått för attraktiv arbetsgivare 9

3.3 Initiativ till förbättringar inför 2022 (Attraktiv arbetsgivare) 9

4 Ansvarstagande samhällsaktör 10

4.1 Ansvarstagande samhällsaktör 10

4.2 Mått för ansvarstagande samhällsaktör 10

4.3 Initiativ till förbättringar inför 2022 (Ansvarstagande samhällsaktör) 10

Signature reference: acf9c3f6-e21b-4a9e-b314-28345318321b

1 Beskrivning av Humanas kvalitetsarbete

På Humana är kvalitetsarbetet införlivat i varje process, möte och beslut. Arbetet utgår från aktuella lagar och föreskrifter samt Humanas kvalitetspolicy. Humanas dagliga arbete utgår ifrån fyra huvudsakliga områden som tillsammans lägger grunden för en omsorg av hög kvalitet: individuella lösningar, hög kompetens, vår värdegrund och evidensbaserade metoder.

PARUS - Kvalitetsledningssystem

Humana har ett koncernövergripande kvalitetsledningssystem, PARUS (Processer, Aktiviteter, Rutiner, Uppföljning och Samverkan). I PARUS finns alla våra styrande dokument så som policys, riktlinjer och rutiner. Systemet används även för att planera och månadsvis följa upp kvalitetsarbetet där verksamheterna analyser utfall och arbetar med riskanalyser, egenkontroller mm.

HQI - Kvalitetsmodell för uppföljning av viktiga indikatorer

Humana har en kvalitetsmodell för att kunna mäta och följa utvecklingen inom verksamheterna. Modellen bygger på två parallella angreppssätt: kvantitativa nyckeltal som bildar ett index, Humana Quality Index, HQI, samt klientens individuella plan där fokus ligger på personliga mål som styr insatsen. Båda perspektiven är lika viktiga för att skapa en helhetsbedömning av kvaliteten. HQI sammanställs på affärsområdesnivå och koncernnivå. HQI mäter följande 8 områden:



Kundnöjdhetsundersökningar

Vi är angelägna om att få veta vad våra kunder/klienter anser om vår verksamhet och de insatser vi erbjuder. Att ta tillvara synpunkter på vården och omsorgen är viktigt för verksamhetens utvecklings- och förbättringsarbete. Resultaten ska användas för att utveckla och förbättra verksamheterna. Med kunder avses uppdragsgivare, den enskilde klienten, familjehem samt i vissa fall vårdnadshavare eller andra närstående beroende på verksamhet.

NKI - Nöjd kund index inhämtar och följer upp information direkt från uppdragsgivare. Vi använder en enkät under pågående placering (skickas ut löpande under pågående

Signature reference: acf9c3f6-e21b-4a9e-b314-28345318321b

placering) och en enkät som skickas ut efter avslut.

NBI - Nöjd brukar index inhämtar och följer upp information direkt från klienter/brukare som omfattas av insatser från Humana, kring deras upplevelse av trygghet, delaktighet och bemötande. Sker 2 gånger/år samt löpande inom våra HVB i form av en Barn/ungdomsenkät. Hösten 2021 deltog många av Humanas verksamheter inom Individ och Familj istället i SKR:s nationella brukarundersökningar för placerade barn och unga samt inom funktionshinderområdet.

NFI – Nöjd familjehemsindex inhämtar och följer upp familjehemmens upplevelse av det stöd, råd och handledning som de får via Humana. Sker 2 gånger/år

Resultat av insats

Via ledningsrapporter synliggörs verksamheternas antal genomförandeplaner, samt hur många som är uppföljda enligt plan med uppdragsgivaren. Uppföljningsmöten där måluppfyllelse utifrån de enskildes genomförandeplaner sker kontinuerligt utifrån överenskommelse med aktuell uppdragsgivare. Våra verksamheter genomför kartläggning i samband med placering/uppdrag och har idag verktyg som syftar till att följa resultatet av insatserna.

Systematiskt förbättringsarbete

Rapporteringsskyldighet - avvikelser, klagomål/synpunkter - Som ett led i att kvalitetssäkra vår verksamhet ser vi avvikelser, klagomål/synpunkter som en möjlighet och förutsättning till att lära och utvecklas. En förutsättning för framgångsrika verksamheter, är att bedriva en transparent vård där avvikelser tas på största allvar och lärande sker av händelser som inträffar. Vi bedriver också förebyggande arbete genom rapportering av risker.

Egenkontroll - Syftet med våra egenkontroller och interna kontroller är att höja kvalitén på våra enheter samt upptäcka och åtgärda eventuella brister och risker i verksamheten. Egenkontroll utförs av ansvariga chefer för verksamheten och internkontroll utförs av Humanas kvalitets- och metodorganisation.

Riskanalys - Syftet med Humanas arbete med riskhantering är att skapa medvetenhet, prioritera resurser och åtgärder, skapa en effektiv styrning och kontroll.

Attraktiv arbetsgivare

Grunden för att kunna leverera kvalitativ vård och behandling är att vi har nöjda medarbetare med rätt kompetens. Utifrån ett systematiskt arbetsmiljöarbete med mätning av viktiga nyckeltal inom vår medarbetarprocess, ett pågående värdegrundsarbete och kompetensutveckling vill Humana vara en attraktiv arbetsgivare för att attrahera och bibehålla personal.

Handledning/utbildning - Humana erbjuder handledning kopplat mot en specifik metod eller ärendehandledning där chef är med för att möjliggöra fortsatt stöd till personal mellan handledningstillfällena. Aktuell chef erbjuds också handledning via telefon/Teams vid ett kortare tillfälle mellan de ordinarie handledningstillfällena, vilket möjliggör stöd i att fullfölja eller justera planerade interventioner avseende ett ärende eller implementering av en specifik metod eller utbildning. Utbildning ges efter behov som varje division inventerat årligen. Merparten av utbildningsbehoven tillgodoses genom utbildad personal inom Humana, via KMU (kvalitets- och metodorganisationen) eller upphandlas externt då vi inte kan tillgodose utbildningsbehov med egna resurser

eNPS/Ledarskapsindex - eNPS används för att mäta medarbetarlojaliteten på ett effektivt sätt. eNPS hämtas från medarbetarundersökningen och bygger på frågan ”Hur troligt är det att du skulle rekommendera någon att arbeta på Humana?” Våra

Signature reference: acf9c3f6-e21b-4a9e-b314-28345318321b

medarbetare uppger sannolikheten på en skala från 0 (Inte alls sannolikt) till 10 (Extremt sannolikt). Sedan delas svarande in som Ambassadörer, Neutrala och ”Kritiker”. Skalan går från -100 till + 100 och på Individ och familj har vi haft +6 som är ett positivt och godkänt svar.

Genom att regelbundet fråga vår personal om deras upplevelse av ledarskapet men också genom samlade bedömningar av medarbetarnas arbetsmiljö och utvecklingsmöjligheter får vi bekräftat hur duktiga våra chefer är. Cheferna arbetar nära sina verksamheter och leder genom exempel. De står bakom sina anställda och är en garant för god kvalitet i allt vi gör, stort som smått. Vi följer och mäter nöjdheten med våra chefer i medarbetarundersökningen genom ett sk Ledarskapsindex. Skalan går från 0 till 100 och på Individ och familj har vi haft 79 under 2021 vilket är ett mycket bra resultat, dvs hög nöjdhet med våra chefer.

Frisktal - Frisktal mäts som andel av samtliga anställda som ej är korttidssjukskrivna. Varje månad följer vi vår frisknärvaro på våra verksamheter och på en övergripande nivå. Uppföljningen är ett verktyg för oss att snabbare kunna stötta och sätta in åtgärder för den medarbetare som är i behov av det. Under året har de verksamheter som haft hög sjukfrånvaro haft det särskilt påfrestande och trots goda förberedelser (stora rekryteringsinsatser och goda rutiner/ riskbedömningar) har de medarbetare som varit friska behövt ta ett stort ansvar. HR och företagshälsovården har funnits som stöd till de verksamheter som behövt göra extra satsningar för att förbättra sin frisknärvaro.

Rapportering av tillbud och arbetsskador - För att säkerställa en god arbetsmiljö för våra medarbetare arbetar vi förebyggande genom att göra årliga skyddsronder, fylla i hot- och våldschecklistor samt genom att hantera de tillbud och arbetsskador som uppstår i vår verksamhet.

Värdegrundsarbete - Humanas värdeord Glädje, Engagemang och Ansvar är en direkt återspegling av det arbetsklimat vi aktivt arbetar för. Våra värderingar slår vakt om alla människors lika värde. Aktivt värdegrundsarbete är ett återkommande affärsmål som följs upp månadsvis. Alla medarbetare får vid anställning genomgå värdegrundsutbildning via vår digitala utbildningsplattform. Som verktyg har Humana bland annat tagit fram en värdegrundskortlek och en applikation med olika frågeställningar och etiska dilemman där medarbetarna tillsammans får prata om svåra professionella situationer och gemensamt hitta lösningar. På detta vis säkerställer vi att organisationen ständigt tar tillvara nya erfarenheter, synpunkter och lärdomar, vilka kan användas när vi utvecklar arbetssätt och rutiner.

Medarbetarundersökning - Vi arbetar med vår medarbetarundersökning kallad för WeYouMe för att öka nöjdheten med Humana som arbetsgivare. Undersökningen fångar upp medarbetarnöjdhet, men även andra viktiga områden som; arbetssituation, arbetsförutsättningar, delaktighet och arbetsklimat. Utifrån våra målområden inom medarbetarprocessen övervakas viktiga personalnyckeltal för att löpande kunna vidta åtgärder under året. Utöver detta görs proaktivt arbete inom värdegrundsarbetet och en positiv skyddsrond för ett salutogent förhållningssätt.

Hållbarhetsarbetet

Vår övergripande ambition med hållbarhetsarbetet, relaterat till vår människocentrerade kärnverksamhet, är att bidra till att skapa ett bra liv för våra kunder. Humana vill ta en aktiv roll i samhället och bidra till en hållbar välfärd. Våra fokusområden är kvalitet, miljö, uppförandekod och värdegrund, arbetsmiljö, mångfald och inklusion och datasäkerhet. Som ett led i hållbarhetsarbetet har vi kopplat vårt hållbarhetsarbete till de globala hållbarhetsmålen

Signature reference: acf9c3f6-e21b-4a9e-b314-28345318321b

2 Kvalitativ verksamhet

2.1 Kvalitativ verksamhet

Under november och december 2021 har vi arbetat för att skapa goda kontakter med kommunens företrädare för en hållbar samverkan. Möten har genomförts med områdeschef, kvalitetsansvarig, handläggare, daglig verksamhet och KKB.

Dokumentationsutbildning för all personal genomfördes under november 2021 då enheten gick över till dokumentationssystemet LifeCare utförare. Samtliga brukare har genomförandeplaner införda i Lifecare och uppföljningar av dessa planeras löpande med LSS-handläggare. Stödpedagog arbetar kontinuerligt med uppföljning och utveckling av dessa.

Arbetsplatsträff genomförs varannan vecka med fokus på kvalité. Sjuksköterska och arbetsterapeut från kommunen har en stående inbjudan till dessa tillfällen för en god samverkan.

Ansvarsområden inom verksamheten är jämt fördelade på personal och varje område följs upp kontinuerligt. Värdegrundsarbetet är påbörjat och utsedda värdegrundsledare gick utbildning i december och har numera en fast punkt på våra arbetsplatsträffar för att bedriva vårt värdegrundsarbete.

Utbildningar i LAB, AKK, TP och MI är planerade till vår och höst 2022. Handledning från vuxenhabiliteringen är planerad i Januari samt handledning genom Humana med fokus på utagerande beteende för att möta upp enhetens behov.

Brandombud på verksamheten är utsett och utbildning genomförs den 10 Januari 2022. Kontakt med Presto som sköter brandlarmet är genomförd och dem genomför utrymningsövning med samtlig personal i januari 2022. Brandskyddsarbetet är pågående och kontroller utförs månadsvis.

Egenkontroller för hygien, livsmedel, hygien, skyddsrond och systematiskt förbättringsarbete är genomförda under december månad.

Ett dynamiskt arbete med personalgruppen har varit i fokus sedan övertagandet. Ny personal har anställts och introducerats på arbetsplatsen. Teambaserade aktiviteter planeras för personal under vår 2022 med syftet att skapa god stämning och goda relationer.

2.2 Mått för kvalitativ verksamhet

Mål
IoF ska ha nöjda uppdragsgivare
IoF ska ha nöjda Klienter
Klienter ska ha uppföljda genomförandeplaner och medarbetarna ska aktivt arbeta för att förbättra dokumentationen
Klienternas insatser är slutförda enligt uppdrag i genomförandeplan
Arbeta aktivt med förbättringsarbete och förebygga allvarliga händelser

Mått	Målvärde	Utfall 2021	Utfall 2020
Nöjda kunder NKI - Kundnöjdhet under pågående uppdrag			

Signature reference: acf9c3f6-e21b-4a9e-b314-28345318321b

Mått	Målvärde	Utfall 2021	Utfall 2020
Nöjda kunder NKI - Kundnöjdhet efter avslutat uppdrag i verksamheten			

Mått	Målvärde	Utfall 2021	Utfall 2020
Nöjda klienter (NBI) Humanas gemensamma NKI			

Mått	Målvärde	Andel som har genomförandeplan	Andel som ej har gfp
Antal av våra kunder/klienter som har individuella planer och antal som inte är uppföljda enligt tidsplan.		100 %	0 %

Mått	Målvärde	Ackumulerat antal avslut totalt	Ackumulerad andel förtida avslut	Ackumulerat utfall 2021	Ackumulerat utfall 2020
Antal slutförda uppdrag och förtida utskrivningar					

Mått	Målvärde	Ackumulerat antal sammanbrott	Ackumulerat antal avslutade totalt	Ackumulerat utfall 2021	Ackumulerat utfall 2020
Antal sammanbrott och sammanbrottsanalyser					

Mått	Totalt antal Avvikelser
Totalt antal avvikelser	3 st

Avvikelser som har rapporterats inom Humana är relaterade till arbetsskador i form av våld mot personal. Som åtgärd har handledning beställts och planerats utifrån behov av ökad kunskap för att bemöta och hantera ett utagerande beteende.

Mått	Ackumulerat utfall
Antal inkomna klagomål	

Mått	Ackumulerat utfall
Antal förbättringsförslag	

Signature reference: acf9c3f6-e21b-4a9e-b314-28345318321b

Mått	Ackumulerat utfall
Antal anmälda lex Sarah till IVO	

Mått	Ackumulerat utfall
Antal anmälda Lex Maria till IVO	

Mått	Ackumulerat utfall
Antalet tillsyner /revisioner	0 st

Mått	Ackumulerat utfall
Antal egenkontroller (checklistor) som genomförts	5 st

Egenkontroller för hygien, livsmedel, hygien, skyddsrond och systematiskt förbättringsarbete är genomförda under december månad.

Mått	Ackumulerat antal beslut utan brist	Ackumulerat antal beslut med brist
Antal tillsynsbeslut från IVO (med eller utan brist)		

Mått	Ackumulerat utfall
Antal yttranden från IVO	

2.3 Initiativ till förbättringar inför 2022 (Kvalitativ verksamhet)

Under 2022 planerar vi att genomföra våra utbildningar inom lågaffektivt bemötande (LAB), motiverande samtal (MI), tydliggörande pedagogik (TP) och alternativ kommunikation (AKK) för samtlig tills vidare anställd personal. Vår stödpedagog som är metodansvarig kommer löpande att handleda personal i vårt metodarbete. Individuella kompetensutvecklingsplaner ska även skapas för varje enskild personal.

För att uppnå en hög kvalité kommer ett gediget arbete att genomföras med personalgruppen för att skapa en god arbetsmiljö och möjliggöra en trivsam arbetsplats med goda resultat. Vi ser ett stort behov av att arbeta för ett teambaserat arbete på enheten med gemensamma mål. För att uppnå detta mål kommer vi att anordna aktiviteter för personal där vi arbetar med samarbete och tillit. Vi kommer även lägga stort fokus på vårt värdegrundsarbete för att implementera vår värdegrund i enhetens grund, glädje-ansvar-engagemang.

Under 2022 är vår ambition även att varje brukare ska få ut ännu mer av sitt boende. Vi har utsett en aktivitetsansvarig som kommer att ansvara för att anordna aktiviteter som möter upp varje brukares behov och önskemål. Under sommaren kommer vi även att utföra större sådana som tex. resor med övernattning till bland annat spa eller Astrid Lindgrens värld.

Vidare sätter vi som mål för 2022 att ordna gemensamma aktiviteter tillsammans med Kungsgatan 39 för att främja en större gemenskap för våra boende. Givetvis med reservationer för rådande smittläge gällande Covid-19.

Signature reference: acf9c3f6-e21b-4a9e-b314-28345318321b

3 Attraktiv arbetsgivare

3.1 Attraktiv arbetsgivare

3.2 Mått för attraktiv arbetsgivare

Mål
Höja grundkompetensen hos anställda
Värdegrundsarbetet ska vara styrande i våra verksamheter
Vi eftersträvar nöjda medarbetare och att uppnå ett branschledande eNPS.
Förbättra arbetsmiljön genom systematiskt arbetsmiljöarbete

Mått	Ackumulerat utfall
Antal handledningstillfällen	0 st

Mått	Målvärde	Utfall
Nöjda medarbetare > 73% inhämtas från WeYouMe enkäten årligen.		

Mått	Ackumulerat utfall Tillbud	Ackumulerat utfall Arbetsskador	Ackumulerat antal anmälda till arbetsmiljöverket
Antal rapporterade tillbud/arbetsskador/antal anmälda till Arbetsmiljöverket i DF-respons			

Mått	Målvärde	Ackumulerat utfall
Frisktal		92 %

3.3 Initiativ till förbättringar inför 2022 (Attraktiv arbetsgivare)

Vår ambition för 2022 är att genom ett gott samarbete med kommunen nå full beläggning på enheten så att ytterligare arbete kan erbjudas våra duktiga vikarier. För att vara en attraktiv arbetsgivare kommer vi kontinuerligt erbjuda vår personal vidareutbildningar och handledning efter önskemål och verksamhetens behov. Genom ett närvarande ledarskap kan vi även säkra upp att all personal känner att dem får det stöd dem behöver och önskar. Genom våra kompetensutvecklingsplaner kommer vi även att arbeta mot en kontinuerlig utveckling för våra medarbetare med möjlighet till vidareutveckling inom yrket och Humana.

Signature reference: acf9c3f6-e21b-4a9e-b314-28345318321b

4 Ansvarstagande samhällsaktör

4.1 Ansvarstagande samhällsaktör

4.2 Mått för ansvarstagande samhällsaktör

Mål
Arbeta mot en minskad miljöpåverkan

4.3 Initiativ till förbättringar inför 2022 (Ansvarstagande samhällsaktör)

Vi kommer kontinuerligt att arbeta mot en minskad miljöpåverkan genom källsortering, tvätt av kläder, matinköp, samåkning, promenader m.m.

Signature reference: acf9c3f6-e21b-4a9e-b314-28345318321b

2021 års kvalitets & verksamhetsberättelse

Stora Blå Syd



2022-01-28 **Rickard Sjöstedt**

Signature reference: acf9c3f6-e21b-4a9e-b314-283453183211b

Innehållsförteckning

1. Inledning
2. Verksamhetsbeskrivning
3. Individen i centrum
   - 3.1 Målgrupp
   - 3.2 Verksamhetens arbete utifrån Nytidas pedagogiska ramverk
   - 3.3 Verksamhetens individanpassade aktiviteter
   - 3.4 Forum för delaktighet
   - 3.5 Sammanfattning
4. Samverkan
   - 4.1 Samverkan anhöriga/företrädare
   - 4.2 Samverkan med kommun, landsting, intresseorganisationer
   - 4.3 Samverkan internt
5. Kvalitet och hållbarhet
   - 5.1 Sammanställning avvikelser, synpunkter och klagomål
   - 5.2 Synpunkter och klagomål
   - 5.3 Egenkontoller, tillsyner och förbättringslogg
   - 5.4 Resultat av undersökningar
   - 5.5 Sammanfattning, systematiskt förbättringsarbete
6. Hälso- och sjukvård
7. Medarbetare
   - 7.1 Antal anställda
   - 7.2 Personaltäthet
   - 7.3 Personalomsättning
   - 7.4 Sjukfrånvaro
   - 7.5 Systematiskt arbetsmiljöarbete
   - 7.6 Arbetsplatsträffar
   - 7.7 Planeringsdagar
   - 7.8 Kompetensutveckling
   - 7.9 Likabehandling och mångfald
8. Sammanfattande analys av årets resultat

Signature reference: acf9c3f6-e21b-4a9e-b314-28345318321b

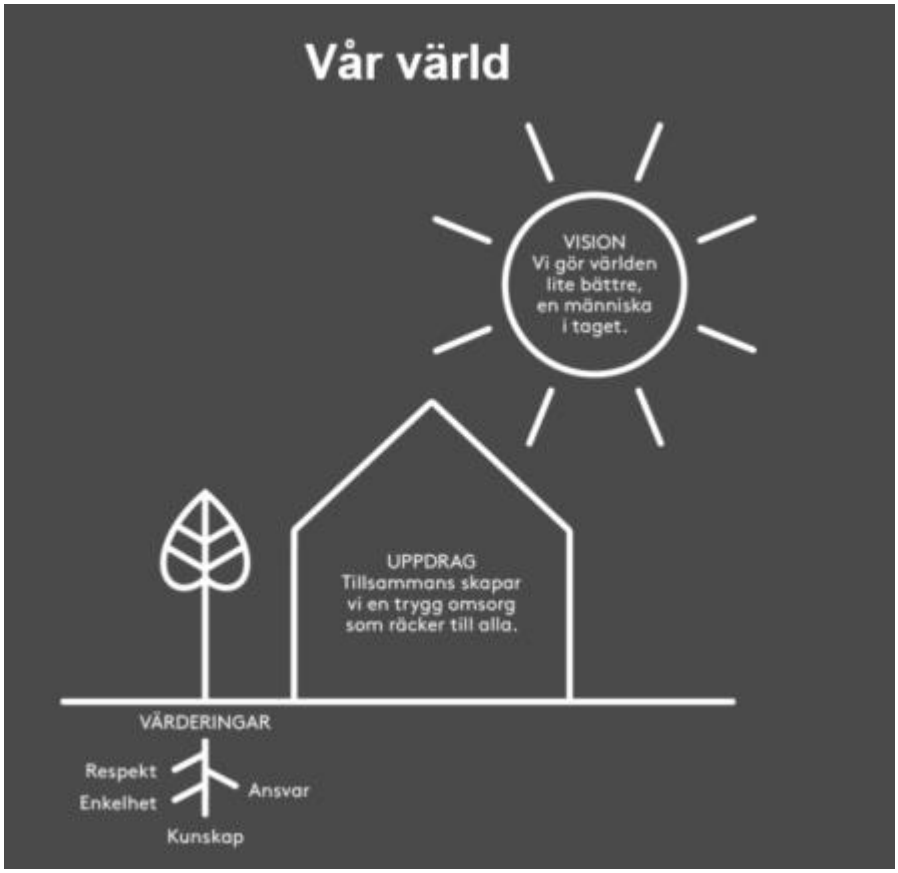
1. Inledning

Nytida är Sveriges ledande aktör inom funktionsnedsättning och psykosocial problematik. Nytida är en del av Ambeakoncernen.

Utgångspunkten för vårt arbete är varje människas unika förutsättningar och individuella behov. Nytida erbjuder insatser för människor som av olika anledningar behöver stöd, omsorg eller behandling.

Nytida ger stöd till barn, unga och vuxna för hela livets behov inom funktionsnedsättning och psykosocial problematik. Vi har cirka 400 verksamheter runt om i landet och 8 500 medarbetare.

”Vår värld” är samlingsbegreppet för vår vision, våra värderingar och vårt uppdrag. Vår värld har sin grund i FN:s deklaration om mänskliga rättigheter och ger tillsammans med aktuell lagstiftning ramar för vår verksamhet.



Signature reference: acf9c3f6-e21b-4a9e-b314-28345318321b

För att omsätta Vår värld- vision, värdegrund och uppdrag, använder vi oss av något vi kallar Nytidas ramverk för pedagogik. Ramverket utgår från evidensbaserad praktik och sätter individen i centrum.

2 Verksamhetsbeskrivning

Stora Blå Syd är en daglig verksamhet för personer med LSS-beslut. Verksamheten har nyligen fått tillstånd för att ha 30 deltagare men har i nuläget totalt 22 deltagare från 6 olika kommuner.

Stora Blå Syd har en musik och kulturprofil. De som söker sig till verksamheten spelar ofta något instrument eller har ett stort musikintresse. Vi har dock även deltagare som vill arbeta med film, skrivande eller bild i form av teckning eller måleri. Vi har två musikstudios och en stor scen i verksamheten samt ett antal replokaler med tillhörande instrument. Personalen undervisar i instrument, ger stöd i studioarbete eller filmredigering eller annat som deltagaren behöver och önskar. Verksamheten har ett antal fasta ensembler som repeterar regelbundet samt har spelningar i och utanför verksamheten.

Verksamhetsmål för 2021 löd:

1. **Vi ska öka antalet publiceringar på våra sociala medier per månad. Syftet med detta är att fortsätta utveckla vårt arbete med att synliggöra deltagarnas arbete i våra digitala kanaler som kompensation för uteblivna livespelningar.**
2. **Som personal ska vi dagligen reflektera över hur respektive deltagare kan vara mer delaktiga i sitt eget arbete. Syftet är att problematisera begreppet delaktighet och minska risken att vi som personal arbetar mer kompenserande än vi behöver på ren ”autopilot”.**
3. **Vi ska skapa minst en ny mindre ensemble samt lägga grunden för en instrumentverkstad där vi bygger olika saker som ”låter”. Syftet är att utveckla nya former för våra deltagare att uttrycka sig konstnärligt.**

Under våren och sommaren har verksamheten i stort fortsatt som vanligt. Eftersom det i det läget var omöjligt med livekonserter med publik arbetade vi vidare med att hitta digitala forum för våra artister att visa upp sig i. Vi har haft digitala livekonserter på sociala medier och flera av våra deltagare har släppt låtar på Spotify. I november kunde vi, tack vare lättade restriktioner, arrangera en efterlängtad livekonsert med publik i verksamhetens rymliga lokaler. Konserten lockade drygt 50 besökare.

Flera deltagare har återkommit i verksamheten i takt med vaccinationerna. För en del sitter dock oron kvar och vi arbetar mycket med motiverande insatser för att hjälpa personerna tillbaka till att fysiskt delta i verksamheten som det var före pandemin. Vi har dock fortfarande överenskommelser om arbetsuppgifter på distans för de som inte kommit upp i tid. Att motivera personer som vant sig vid att vara hemma att komma tillbaka i verksamheten fullt ut är för närvarande en av våra svårare utmaningar.

Vi har under året arbetat med deltagarnas fysiska arbetsmiljö och gjort förbättringar för deltagarna inom en rad områden såsom rumsbokningar, samlingsrum, enhetlighet i uppmärkning av lokaler, arbetsredskap och dess platser.

Utflykter har tidigare främst varit aktuella under sommarmånaderna. Vi har i enlighet med deltagarnas önskemål nu fortsatt ha utflykter även under årets övriga månader och planerar att fortsätta med detta under 2022.

Signature reference: acf9c3f6-e21b-4a9e-b314-28345318321b

3 Individen i centrum

3.1 Målgrupp

Beskrivning av målgruppen i verksamheten, antal platser, åldersspridning, fördelning kön etc.

Verksamheten har i dagsläget 30 platser och av dessa är 22 bemannade. 16 män och 6 kvinnor. Åldersspannet är mellan 19 och dryga 60.

3.2 Verksamhetens arbete utifrån Nytidas pedagogiska ramverk

Varje deltagare i verksamheten har en individuell genomförandeplan där verksamhetens personal tillsammans med deltagaren beskrivit vilket stöd den aktuella personen behöver för att kunna utföra sina arbetsuppgifter. Arbetsuppgifterna ska också vara utformade utefter Verksamhetens uppdrag är att se till att personen får det stöd som vi kommit överens om i genomförandeplanen. Variationen på stödets utformning är stor och sträcker sig allt från personlig omvårdnad till pedagogiskt och socialt stöd.

Flera av deltagarna har utmaningar gällande att ta sig till verksamheten. Det kan vara ångestframkallande att röra sig i samhället. Oftast märker vi inte av denna problematik alls när vederbörande väl är på plats i verksamheten. Med anledning av denna problematik måste verksamhetens personal arbeta närapå lika mycket med kontakter och motiverande arbete med de deltagare som inte är på plats som med de som kommer till verksamheten.

Utifrån deltagarnas individuella behov ser detta ut på olika sätt. Under året har vi bland annat fört diskussioner med en deltagare kring att träna på att åka buss tillsammans med personal. Personal har även pågående samarbete med några deltagare och deras personliga nätverk (god man och boendepersonal) för att motivera dem att komma till verksamheten.

3.3 Verksamhetens individanpassade aktiviteter

Verksamheten har individuella instrument- och sånglektioner med de deltagare som önskar detta. Flera av deltagarna har också studiotid enskilt tillsammans med personal där man arbetar med de musikaliska alster eller filmprojekt som man önskar jobba med. Vidare erbjuds varannan vecka utflykter med verksamhetens buss och på mer vardaglig basis erbjuder vi promenader och annan rörelse. Mer sociala aktiviteter som spel och samtal erbjuds också. Det är viktigt att betona att alla aktiviteter är frivilliga för den som vill delta i dem och det är en helt individuell avvägning huruvida vi arbetar mer motiverande för att få någon att delta i en specifik aktivitet eller utflykt.

Signature reference: acf9c3f6-e21b-4a9e-b314-28345318321b

3.4 Forum för delaktighet

Verksamheten har inflytandemöte en gång i halvåret där personal och deltagare tillsammans diskuterar och ger varandra inspiration att förändra verksamheten. Dock gör personal och deltagare överenskommelser i vardagen som förändrar verksamhetens innehåll på ett individuellt plan. Det är inte personalen som utformar verksamheten, det är deltagarna som är verksamheten.

3.5 Sammanfattning

Under året som gått har vi arbetat oförtrutet med vårt verksamhetsmål gällande den enskilde deltagarens delaktighet i sitt i eget arbete och varje dag har det förekommit samtal där Stora Blå Syds personal påminner deltagaren om att det är hen som är i centrum för det vi gör. Det har gått bra och allt eftersom året gått har vi också märkt att deltagarna blir mer vana vid tanken på att vara i centrum eller åtminstone en vana vid att personalen på Stora Blå Syd arbetar så. Dock finns ett motstånd inbyggt i flera av våra deltagare. Det kan handla om dåligt självförtroende eller en önskan att slippa ta beslut. Vi möter varje individ där den är och försöker hitta de små stegen framåt även där det är svårt. Arbetet med individen i centrum som är delaktig i sitt eget arbete har ingen deadline utan fortsätter varje dag med små steg framåt.

4 Samverkan

4.1 Samverkan anhöriga/företrädare

Under 2021 har enhetschefen upprättat en maillista där företrädarna för varje deltagare i verksamheten lätt kan kontaktas. Samtliga kan också kontaktas på en gång när det finns behov av detta vilket varit mycket uppskattat under året. Vi kan nu säga att vi har god kontakt med samtliga anhöriga/företrädare där det är aktuellt med en kontakt.

Stora Blå Syd arrangerade en konsert/anhörigkväll den 24/11 som lockade ett 50 tal anhöriga och legala företrädare.

4.2 Samverkan med kommun, landsting, intresseorganisationer

Vi har god samverkan med de kommuner där vi har avtal och tar emot deltagare från. Varje vecka behöver vi någon form av kontakt med LSS-handläggare, kvalitetsutvecklare, färdtjänsthandläggare etc i ärenden som gäller våra deltagare och dessa kontakter fungerar mycket bra. Att följa upp och skapa personliga relationer med de respektive funktionerna hos samverkansparten är avgörande för att samarbetet ska flyta på bra. Vi har även regelbunden samverkan med kommunens LSS-boenden för kunskapsutbyte. Då hälso- och sjukvårdsinsatser inte förekommer i verksamheten har Stora Blå Syds personal inte haft någon regelbunden samverkan med landstinget men goda kontakter i enskilda ärenden där vi gett stöd till våra

Signature reference: acf9c3f6-e21b-4a9e-b314-28345318321b

deltagare i respektive persons vårdkontakter. Utöver detta har vi även samverkat med FUB, Consensum gymnasieskola och Kvarnby folkhögskola (mentor för praktikanter).

4.3 Samverkan internt

APT för Stora Blå Syds personalgrupp genomförs regelbundet under ledning av enhetschefen. Stora Blå Syds enhetschef har utöver detta regelbunden ledningsgrupp och kvalitetsråd tillsammans med verksamhetschef och övriga enhetschefer och gruppchefer i närliggande verksamheter.

5 Kvalitet och hållbarhet

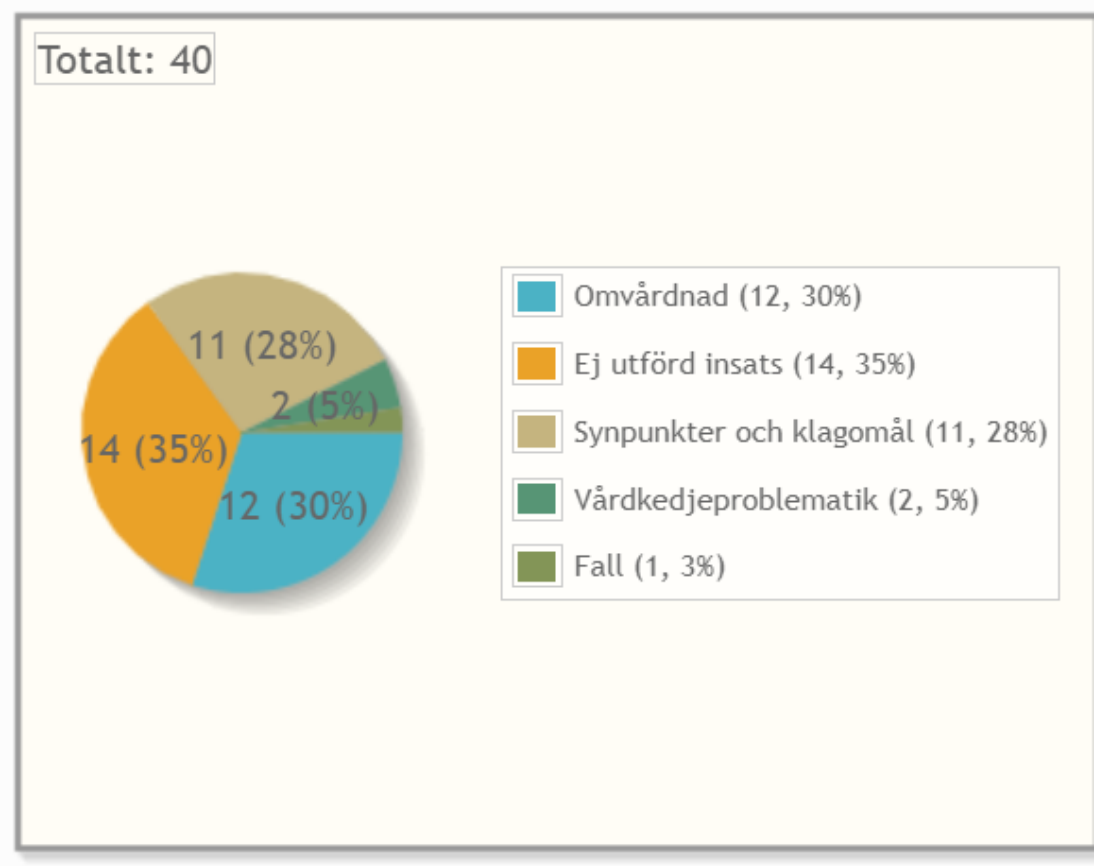
Vi har under året fokuserat på att hitta metoder för göra den sociala dokumentationen, arbetet med avvikelser och arbetet med genomförandeplanen på ett sätt så att det blir en tillgänglig och bekväm arbetsuppgift för all personal oavsett vilka förutsättningar man har att skriva berättande text. All personal måste kunna dokumentera och känna att det är en lätt sak att göra. På så vis säkerställer vi att allt som behöver dokumenteras blir dokumenterat.

Vi har nått goda resultat i vår egenkontroll och i Lunds kommuns dokumentationsgranskning. Med kvalitetsarbetet kommer vi dock aldrig i mål utan det handlar om att oförtrutet hålla den höga nivån oavsett vilken personal som är i tjänst.

Signature reference: acf9c3f6-e21b-4a9e-b314-28345318321b

5.1 Sammanställning avvikelser, synpunkter och klagomål

Se diagram nedan ang LSS-avvikelser och Synpunkter/Klagomål. Noterbart är en ökning med 75% i antal avvikelser sedan 2019. Vi drar dock slutsatsen att detta är ett resultat av ett noggrannare kvalitetsarbete och inte av ett egentligt större antal avvikelser.



5.2 Synpunkter och klagomål

Samtliga synpunkter som inkommer oavsett avsändare dokumenteras i Qmaxit och gås igenom med hela personalgruppen på personalmöte. Utifrån det överväger vi om avvikelsen genererar ett förbättringsområde som då dokumenteras i förbättringsloggen med en ansvarig personal och en tidplan för arbetet.

Under 2021 kom samtliga synpunkter och klagomål från verksamhetens deltagare och ingen från annan person. Synpunkterna gällde i mer än hälften av fallen om fysisk arbetsmiljö för deltagarna

Signature reference: acf9c3f6-e21b-4a9e-b314-28345318321b

såsom trasigt trädgårdsbord, trösklar i verksamheten, dåligt wifi, trasiga gitarrer etc. Således förhållandevis lätta att åtgärda vilket antingen gjort till fullo eller befinner oss i en process där problemet står i begrepp åtgärdas.

Övriga synpunkter har berört områden där deltagare blivit irriterade på personals/praktikanters arbetssätt eller yttre faktorer som att en i personalen haft ett plåster som gjorde deltagaren rädd. Vi har arbetat med alla synpunkter enligt gängse rutin i Qmaxit och gjort förbättringsområden där så har krävts.

5.3 Egenkontroll, tillsyner och förbättringslogg

Egenkontrollerna under året gav 1,95 och 1,96 i resultat. De förbättringsområden vi konstaterade behandlade bland annat att de timvikarier som anställts under pandemin inte har kunnat göra den praktiska brandutbildningen då sådan varit svår att få till under pandemin samt att all fast personal vid tillfället för egenkontrollen inte hunnit gå den obligatoriska utbildningen för stödpersoner.

5.4 Resultat av undersökningar

2021 års brukarundersökning från SKR (Sveriges kommuner och regioner) bestod av en enkät där var och en av deltagarna besvarade ett antal frågor kring hur de trivs i verksamheten och om deltagarna får den hjälp de behöver. Resultatet visade en 95% nöjdhet. Personalgruppen har arbetat med resultatet och tittat på de utvecklingsområden som fanns även om resultatet var överväldigande positivt. Lunds kommuns kvalitetsintervjuer (sker efter varje individuell brukaruppföljning) har gett 100% kundnöjdhet.

5.5 Sammanfattning, systematiskt förbättringsarbete

På samma sätt som med synpunkter och klagomål gås samtliga avvikelser och utvecklingsområden från egenkontrollen igenom med hela personalgruppen på personalmöte. Utifrån det diskuterar vi hur vi arbetar vidare med åtgärder på avvikelserna samt förbättringslogg där det är tillämpligt. Allt dokumenteras qmaxit med en ansvarig personal och en tidplan för det vidare arbetet med respektive avvikelse eller förbättringsområde.

Signature reference: acf9c3f6-e21b-4a9e-b314-28345318321b

6. Hälso- och sjukvård

Verksamheten har ej hälso- och sjukvårdsinsatser.

7. Medarbetare

7.1 Antal anställa

Enheten har 2 heltidsanställda och 2 halvtidsanställda medarbetare. En av halvtiderna är en trygghetsanställning från Arbetsförmedlingen där ersättningen är 65%. Således har verksamheten 4 anställda.

7.2 Personaltäthet

Enheten har 2 heltidsanställda och 2 halvtidsanställda medarbetare. En av halvtiderna är en trygghetsanställning från Arbetsförmedlingen.

7.3 Personalomsättning

Ingen personalomsättning utav den ordinarie personalen under 2021. Verksamheten förlorade några timvikarier som avslutade studier och fick heltidsarbete. I takt med att pandemin klingade av under sommaren och tidiga hösten fick även de av våra vikarier som har sina ordinarie arbeten som frilansmusiker fler uppdrag i sina ordinarie arbeten. Trots detta har verksamheten haft god tillgång på timvikarier och inte haft några problem att bemanna upp vid ordinarie personals frånvaro. Under 2022 väntas två i den ordinarie personalstyrkan gå i pension varav den ena 31/3. Rekrytering är gjord för denna tjänst.

7.4 Sjukfrånvaro

Beskriv sjukvårdfrånvaro under året och hur verksamhetens förebyggande och rehabiliterande insatser.

Under året har vi periodvis haft en högre sjukfrånvaro samt frånvaro pga vård av barn. Delvis har detta varit en följd av de striktare restriktionerna för när man ska stanna hemma vid symptom men det har utöver detta även funnits anledning att följa upp viss frånvaro i enlighet med rutin för rehabilitering och förebyggande insatser.

Vid de tillfällen som sjukfrånvaron varit hög har dock den goda tillgången på vikarier gjort att verksamhetens kvalitet till stor del kunnat bibehållas. Inte vid något tillfälle har personalen varit decimerad på ett sätt som gjort att verksamhetens aktiviteter fått planeras om och att deltagarna drabbats på det sättet.

Signature reference: acf9c3f6-e21b-4a9e-b314-28345318321b

7.5 Systematiskt arbetsmiljöarbete

Vi har utgått från arbetsmiljöhandboken och genomfört skyddsronder och gjort riskbedömningar enligt rutin.

7.6 Arbetsplatsträffar

Vi har under året genomfört 10 APT. Dessa har genomförts enligt rutin.

7.7 Planeringsdagar

Vi genomförde en planeringsdag under våren 2021 med fokus på fysisk arbetsmiljö då vi arbetat med att förbättra arbetsmiljön på scenen i verksamheten samt att skapa struktur för förvaringen och ökad trivsel då lokalen i grunden är ganska kal.

7.8 Kompetensutveckling

Personalen på Stora Blå Syd har under 2021 gått följande utbildningar för att stärka yrkeskompetensen.

- **Seminarium i motiverande samtal (MI).**
- **Utbildning i suicidförebyggande arbete.**
- **HLR-utbildning.**

Personalen har kompetensutvecklingsbehov och planerade utbildningsinsatser inom följande områden:

- **Lågaffektivt bemötande för att bemöta och förebygga utåtagerande beteenden.**
- **Motiverande samtal utbildning med fokus på NPF.**

7.9 Likabehandling och mångfald

Området är en stående punkt på APT och något vi eftersträvar vid nyrekrytering.

Signature reference: acf9c3f6-e21b-4a9e-b314-28345318321b

8. Sammanfattande analys av årets resultat

Under 2021 har vi haft en stabil vardag trots pandemin och kunnat anpassa verksamheten efter det rådande läget. Deltagarantalet har legat stadigt runt 21 deltagare. Vi har haft en balanserad budget och ett stabilt personalläge trots att restriktionerna lett till en högre korttidsfrånvaro än tidigare.

Deltagarnas delaktighet och självständighet i sitt arbete har varit vårt stora fokus för året och detta arbete kommer naturligtvis att fortsätta även om vi fokuserar på andra verksamhetsmål framöver. Vi har haft ett fortsatt gott arbete med dokumentationen och arbetat mer aktivt med avvikelser och förbättringslogg än tidigare i det systematiska kvalitetsarbetet.

Signature reference: acf9c3f6-e21b-4a9e-b314-28345318321b

Verksamhetsberättelse 2021 Hundstund Daglig Verksamhet i Lund

Verksamhetens uppdrag och innehåll

Hundstund Daglig Verksamhet är en daglig verksamhet som riktar sig till personer inom LSS, personkrets 1. Verksamheten erbjuder en meningsfull sysselsättning för målgruppen, där brukarna, tillsammans med professionell personal, driver ett hunddagis.

Brukarna går promenader med hundarna, utför pälsvård, träning och tar på annat sätt hand om hundarna. Brukarna får också möjlighet att träna på annat som kan komma till gagn i deras vardag så som att ta hand om lokaler och utemiljön. Personal stöttar i alla moment, mer eller mindre aktivt och direkt, så att brukaren hela tiden ska känna sig trygg, samtidigt som de får en lagom svår utmaning som bidrar till utveckling av färdigheter och erfarenheter.

Vi har utvecklat vår praktikverksamhet för att i ännu större utsträckning kunna möta våra brukares önskemål och behov. I nuläget samarbetar vi med andra dagliga verksamheter för att säkerställa gott bemötande på praktikplatserna.

Händelser av väsentlig betydelse

Då det är extra viktigt att hålla avstånden har vi fortfarande pausat en del av våra vanliga aktiviteter så som hundteori och vuxenprat. Dessa brukar ske vardagar mellan 13.15-14.00 men då vi vill undvika att samla våra deltagare i ett och samma rum pausar vi nu dessa. Vi har vid behov vuxenprat i ett annat rum, där deltagarna kan sitta mer utspritt.

Vi har haft kontinuerliga samtal med personal om skyddsutrustning och hygienrutiner. Vi har också haft temadagar för våra deltagare där vi pratat om smittspridning, handhygien och liknande.

Då Hundstund alltid haft djur i verksamheten har vi haft tydliga hygienrutiner för våra deltagare redan innan Covid 19, dessa har dock förtydligats ytterligare, men vi upplever att deltagarna haft nytta av att hygienrutiner inte är nytt för dem.

Vi upplever att de brukare som valt att arbeta hemma under en period haft svårt att återgå till daglig verksamhet igen. Vi har arbetat en hel del med hemuppgifter kopplade till Hunddagiset och hur brukarna redovisar sitt arbete.

Under året har en brukare från Kävlinge kommun avslutat sin plats hos oss då denne flyttat från kommunen. Vi har således en ledig plats för Kävlinge kommun hos oss.

Kvalitetsstyrning

Ungefär varannan månad genomförs dokumentationskontroll utifrån vår egen matris. Där går vi igenom genomförandeplaner, löpande dokumentation samt de fysiska akterna för att säkerställa att vi följer gällande rutiner. Utifrån resultaten på detta uppdateras rutiner och detta används också som underlag för framtida workshops och utbildningar.

Signature reference: acf9c3f6-e21b-4a9e-b314-28345318321b

En gång i månaden har vi Personlig handledning där kontaktpersonen pratar med den enskilde utifrån ett formulär. Där ställs bland annat skalfrågor till våra brukare för att kunna följa hur de trivs i verksamheten. Där ställs också mer öppna frågor där brukaren har möjlighet att utveckla om det är något annat de önskar lyfta.

En gång i månaden har vi stormöte på Hundstund. Där ges våra brukare möjlighet att lyfta frågor, komma med förslag eller kritik. De som vill får hjälp att skriva ner vad de önskar lyfta i förväg.

Medarbetare

Adekvat kunskap och kompetens

På hundstund sker kontinuerlig handledning med extern handledare. Vi har workshops och interna utbildningar för att säkerställa att samtlig personal arbetar utifrån lågaffektivt bemötande och sköter dokumentation på korrekt sätt.

På Hundstund har samtlig personal heltidstjänster och är därför på plats i verksamheten samtidigt. Därför krävs ingen specifik schemaläggning utifrån kompetens.

Mycket kunskap på Hundstund är så kallad tyst kunskap och vi jobbar med att personal ska kunna sätta ord på de metoder och stöd de använder. Detta för att tydliggöra det arbete vi dagligen gör genom dokumentationen. Vi arbetar med att personal ska känna samma självförtroende och kompetens i dokumentationen som i det brukarnära arbetet.

Personalomsättning

Vi har under vintern haft en personal som sagt upp sig för att studera vidare. Därav befinner vi oss nu i en rekryteringsprocess och hoppas på att ha en ny personal på plats i vår.

Vi har under året haft en vikarie som inte kommer fortsätta nästa år då medarbetaren som vikarien ersatt planerar komma tillbaka till arbete.

Sjukfrånvaro

Vi har under året haft två icke arbetasrelaterade längre sjukskrivningar. Därav har vi haft en vikarie under längre tid.

Vi har på grund av rådande restriktioner haft högre sjukfrånvaro än normalt då samtliga symptom tas på stort allvar. Vi har strukturerat om delar av dagen för att fungera väl även när personal är frånvarande. Bland annat har vi gjort förändringar i våra hundpromenadgrupper och dagliga uppgifter.

Hållbarhet

Ekologisk hållbarhet

Hundstund erbjuder bland annat veganska alternativ till vår gemensamma frukost. Vår mjölkkonsumtion har gått ner då många föredrar det havrebaserade alternativet.

Vi har sopsortering där våra brukare hjälper till att sortera och återvinna. Vi anordnar

Signature reference: acf9c3f6-e21b-4a9e-b314-28345318321b

också dagar där vi plockar skräp i närområdet och återvinner/sorterar.

Hundstund använder sig i första hand av kollektivtrafik eller cykel för transport.

Signature reference: acf9c3f6-e21b-4a9e-b314-28345318321b

Författare: Ebba Lindström, Hälsoutvecklare Datum: 20211230

Kvalitetsrapport Fixartjänst

1. Inledning

Fixartjänst är en av Hälsofrämjande enhetens tre verksamhetsdelar. Fixartjänst erbjuds kostnadsfritt till kommuninvånaren som är 65 plus eller har sjukersättning. Kommuninvånaren kan få hjälp med enklare saker i hemmet så som byte och upphängning av lampor och batteri, hjälp med att ta ner en mindre mängd material från till exempel vind samt personlig digital support.

Fixartjänstens syfte är att underlätta för kommuninvånarna och förebygga fallolyckor i bostaden samt bidra med en ökad trygghet.

Syfte

Syftet är att undersöka hur väl Hälsofrämjande enhetens fixartjänst främjar kommuninvånarnas upplevda hälsa utifrån de politiska direktiven och som till följd fördröjer hemvårdsinsatserna, samt kvaliteten på fixartjänsten.

För vem gjordes undersökningen

Undersökning av måluppfyllelser för politikerna och för verksamheten samt kvaliteten på enhetens tjänster för kommuninvånarna.

2. Metod

Metod och urval

Metoden som valdes var enkäter som är utformade i Office365 Forms. Utvärderingsenkäten skickades ut brevledes med svarspost till totalt 106 kommuninvånare som tagit del av fixartjänsten under mätperioden. Utvärderingsenkäten var frivillig och anonymitet garanterades då svaren är anonyma och svaren kan inte kopplas till enskilda individer.

Utvärderingsfrågorna utgår från de politiska direktiven från Omsorgsnämnden:

- Att få en ökad hälsa och välmående hos våra seniorer i ordinärt boende.
- Att öka tryggheten och minska ensamhet.
- Att motverka undernäring i ordinärt boende.
- Att rusta hemvården för framtidens välfärdsutmaning.

Samt frågor som undersöker kvaliteten och utvecklingspotential på fixartjänsten. Vid fritextsvar kodas enkätsvaren i teman som bildar övergripande svar. Fritextsvaren redovisas endast till verksamheten.

Signature reference: acf9c3f6-e21b-4a9e-b314-28345318321b

Svarsfrekvens och bortfall

Svarsfrekvens

58% (62 svar av 106) (82% kvinnor, 15% män, 3% annat alternativ)

Bortfall

42%. En eventuell förklaring till bortfallet är att respondenterna aktivt valt att inte svara och deltaga i kvalitetsundersökningen samt att samtliga som nyttjat tjänsten under hela mätperioden fick undersökningen skickad till sig vilket kan uppfattas som avlägset att svara på.

Internt bortfall

Det finns inget internt bortfall. Samtliga respondenter har besvarat samtliga obligatoriska frågor.

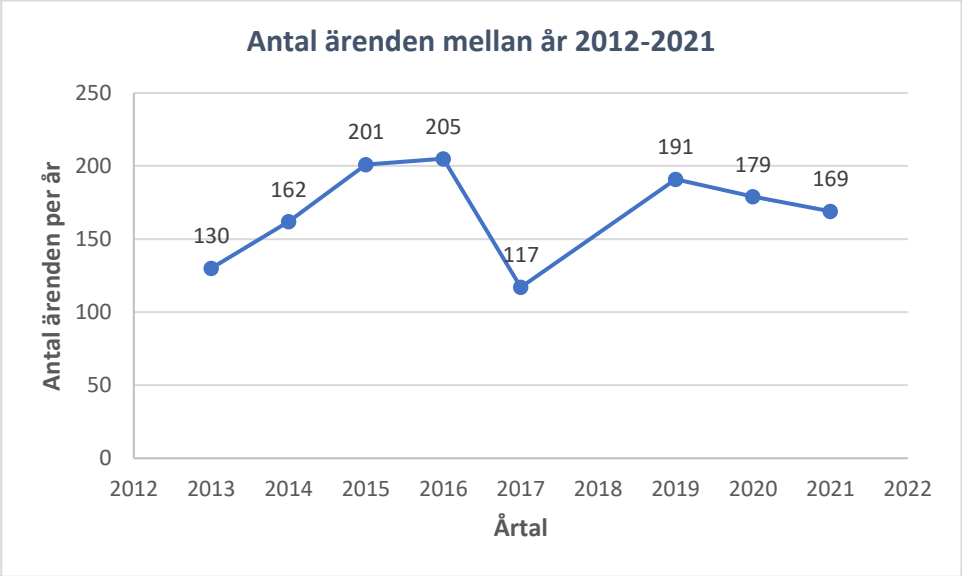
Anonymitet

Anonymitet garanterades då svaren är anonyma och svaren kan inte kopplas till enskilda individer. Respondenterna svarade på enkäten enskilt och fick den skickad till sig brevledes med svarspost.

3. Resultat

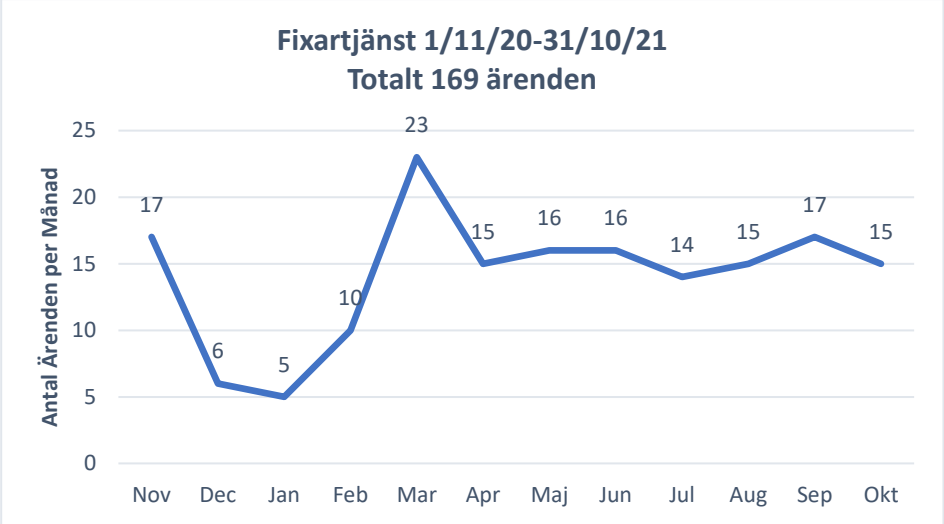
Nedan redovisas resultaten av samtliga skattningsfrågor i kvalitetsundersökningen följt av medelvärde (μ).
Skattningsfrågornas tolkning: 1 = Instämmer inte alls, 4 = Instämmer helt.
Resultatet baserar sig på svarsfördelning på 82% kvinnor, 15% män och 3% annat alternativ med ett medelvärde på 79,7 år.

Antal ärenden mellan år 2012–2021

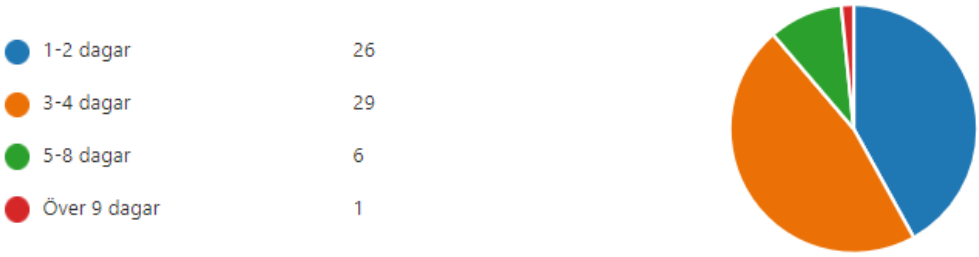


Signature reference: acf9c3f6-e21b-4a9e-b314-28345318321b

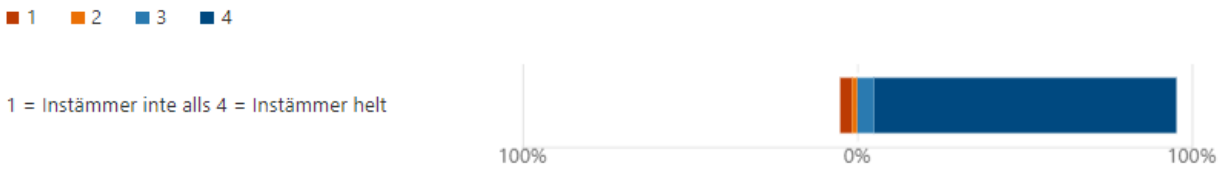
Fördelningen på ärenden under mätperiod 20201101–20211031



(3). Hur lång tid fick du vänta från det du beställde till att du fick tjänsten utförd?



(5). Jag är nöjd med hur fixartjänsten utförde min beställning (μ=3,82).



(6). Jag är nöjd med fixartjänstens bemötande (μ=3,89).

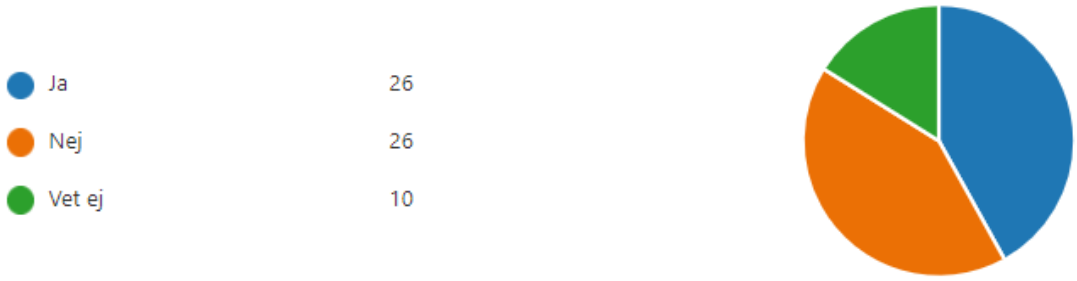


(7). Fixartjänsten har underlättat min vardag (μ=3,73).

Signature reference: acf9c3f6-e21b-4a9e-b314-28345318321b



(8). Fick du information om Hälsofrämjande enhetens verksamhet och/eller aktiviteter?



(9). Vad fick du för hjälp av fixartjänsten?



Tematiserade svar utifrån nedanstående frågor

Fråga med fritextsvar: (10) Övriga synpunkter om Fixartjänsten
Vänligt och professionellt bemötande.
Fantastisk tjänst för kommuninvånarna.
Nöjda över genomförandet.
Kunniga människor.
Åldern som sätter stopp för att gå upp för stegar – tjänsten kanon.

4. Analys

Medelvärdet sträcker sig mellan värdena 1–4 där 1 symboliserar ”Instämmer inte alls” och där 4 symboliserar ”Instämmer helt”. μ = medelvärde.

Under mätperioden 20201101–20211031 har fixartjänsten genomfört 169 ärenden (föregående mätperiod 20191101–20201031, 174 ärenden).

Signature reference: acf9c3f6-e21b-4a9e-b314-28345318321b

Resultatet tyder på att fixartjänsten i stor utsträckning har underlättat vardagen för de som tagit del av tjänsten (μ=3,73 fråga 7). Enligt resultatet har fixartjänsten haft ett gott bemötande (μ=3,89, fråga 6) samt tillgodosett behovet i ärendet (μ=3,82, fråga 5).

Vidare tyder resultatet på att kommuninvånarna har olika behov av att beställa fixartjänsten, de mest vanliga behoven är upphängning av något slag samt byte av lampor eller batteri (fråga 9). Men enligt svaren har det infunnit sig ett behov även av digital support (fråga 9). Utifrån fritextsvaren uttrycks en tacksamhet över tjänsten samt en stor betoning på det vänliga och professionella bemötandet. Vidare i fritextsvaren kan det identifieras att beställarna är nöjda över kompetensen (fråga 10).

Resultatet visar på att det tar oftast 1–4 dagar från det ärendet är lagd tills det är genomfört, med vissa undantag (fråga 3). Resultatet kopplat till om det gavs information om Hälsofrämjande enhetens verksamhet och/eller aktiviteter tyder på att det är ungefär hälften av gångerna som beställaren får den informationen (fråga 8).

5. Förslag till förbättringsområden

Resultaten visar på en stor tacksamhet och nöjdhet med Fixartjänsten. Ett tänkt förbättringsområde, kopplat till resultatet, är att arbeta mer aktivt med att ge beställarna information om Hälsofrämjande enhetens verksamhet och/eller aktiviteter i samband med genomförandet av ärendet. Detta bidrar till informationsspridning av kommunens övriga tjänster och skapar fler förutsättningar för kommuninvånarna att öka sin hälsa och välmående.

Signature reference: acf9c3f6-e21b-4a9e-b314-28345318321b

Författare: Ebba Lindström, Hälsoutvecklare Datum: 20211230

Kvalitetsrapport Evenemang

1. Inledning

Hälsofrämjande enheten arbetar med att främja och bevara hälsan för äldre vuxna och anhöriga, ambitionen är att stärka invånarnas resurser för hälsa. Ett av arbetsområdena i enheten är aktiviteter och evenemang, och syftar till att stärka kommuninvånarnas hälsa och bidra med ett ökat välmående. Under år 2021 har enheten kunnat erbjuda betydligt fler aktiviteter än föregående år med tanke på lägesbilden i samhället kopplat till Coronapandemin. Evenemangen har som syfte att stärka kommuninvånarnas hälsa.

Syfte

Syftet är att undersöka hur väl Hälsofrämjande enhetens aktiviteter/evenemang främjar kommuninvånarnas upplevda hälsa utifrån de politiska nämnddirektiven och som till följd fördröjer hemvårdsinsatserna, samt utforska kvaliteten på aktiviteterna/evenemangen.

För vem gjordes undersökningen

Undersökning av måluppfyllelser för politikerna och för verksamheten samt kvaliteten på enhetens tjänster för kommuninvånarna.

2. Metod

Metod och urval

Metoden som valdes var enkäter som utformades i Office365 Forms. Deltagare med e-postadress har fått utvärderingsenkäten skickat till sig digitalt, november 2021, efter avslutad mätperiod. Totalt 90 deltagare. E-postadresserna samlades in vid anmälan till aktiviteten/evenemanget. Utvärderingsenkäten var frivillig och anonymitet garanterades då svaren är anonyma och svaren kan inte kopplas till enskilda individer.

Utvärderingsfrågorna utgår från de politiska direktiven från Omsorgsnämnden

- Att få en ökad hälsa och välmående hos våra seniorer i ordinärt boende.
- Att öka tryggheten och minska ensamhet.
- Att motverka undernäring i ordinärt boende.
- Att rusta hemvården för framtidens välfärdsutmaning.

Samt frågor som undersöker kvaliteten och utvecklingspotential på evenemangets upplägg. Vid fritextsvar kodas enkätsvaren i teman som bildar övergripande svar. Fritextsvaren redovisas endast till verksamheten.

Signature reference: acf9c3f6-e21b-4a9e-b314-28345318321b

Svarsfrekvens och bortfall

Svarsfrekvens

68% (61 svar av 90) (87% kvinnor, 13% män)

Bortfall

32%. En eventuell förklaring till bortfallet är att deltagarna aktivt inte valt att svara och deltaga i kvalitetsundersökningen samt att samtliga deltagare under hela mätperioden fick undersökningen skickad till sig vilket kan uppfattas som avlägset att svara.

Internt bortfall

Det finns inget internt bortfall. Samtliga respondenter har besvarat samtliga frågor.

Anonymitet

Anonymitet garanterades då svaren är anonyma och svaren kan inte kopplas till enskilda individer.

3. Resultat

Nedan redovisas resultaten av samtliga skattningsfrågor i kvalitetsundersökningen följt av medelvärde (μ).
Skattningsfrågornas tolkning: 1 = Instämmer inte alls, 4 = Instämmer helt.
Resultatet baserar sig på svarsfördelning på 87% kvinnor och 13% män med ett medelvärde på 66 år.

(4). Evenemanget har gett mig ökat välbefinnande (μ= 3,72).
Definition välbefinnande: Fokus på den upplevda hälsan – Detta har fått mig att må bra

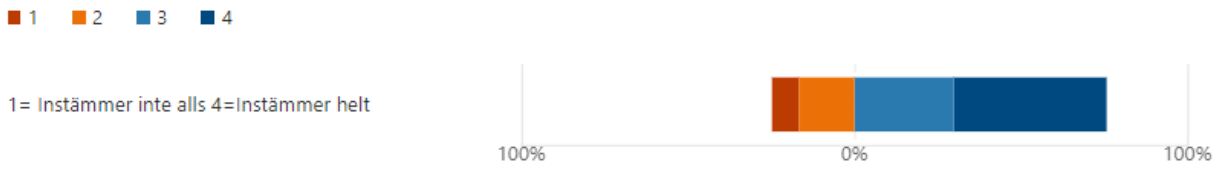


(5). Evenemanget har bidragit till att jag har träffat bekanta alternativt skapat nya bekantskaper (μ= 2,92).

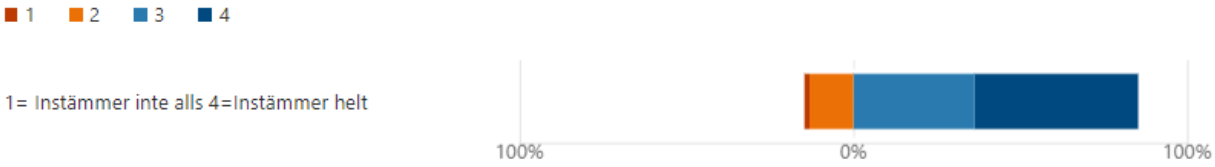


Signature reference: acf9c3f6-e21b-4a9e-b314-28345318321b

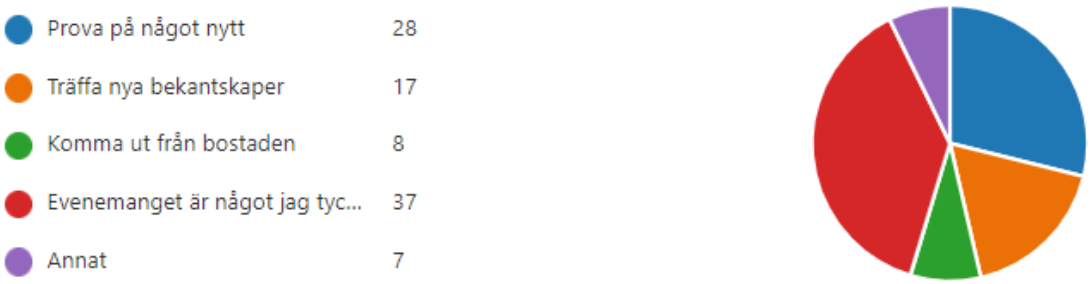
(6). Evenemanget har bidragit till ökad fysisk aktivitet (μ= 3,13).
Definition fysisk aktivitet: All form av kroppslig rörelse



(7). Evenemanget har gett mig insikt och/eller kunskap som jag har användning av (μ= 3,33).



(8). Vad var största anledningen till att du gick på evenemanget?



Signature reference: acf9c3f6-e21b-4a9e-b314-28345318321b

Tematiserade svar utifrån nedanstående frågor

Fråga med fritextsvar: (9) Beskriv din upplevelse av evenemanget, vad har uppskattats och vad finns det för utvecklingsmöjligheter
Får nya kunskaper och insikter.
Bidragit med frisk luft och motion.
Har bidragit med sociala sammanhang.
Har bidragit med fortsatt rörelse utanför aktiviteten.
Social aktivitet där generationer kunde mötas.
Rogivande för den mentala hälsan och mot stress.
Kunskapshöjande kring digitala verktyg.

Fråga med fritextsvar: (10) Vad skulle du önska att kommunen arrangerade för aktiviteter
Mer av liknande aktiviteter.
Utöka byavandringarna till fler orter i kommunen.
Prova på aktiviteter i olika idrotter.
Fler aktiviteter i närheten pga. svårt att ta sig till vissa aktiviteter.
Yoga för seniorer.

4. Analys

Resultatet tyder på att aktiviteterna/evenemangen som genomförts av Hälsofrämjande enheten har ökat välbefinnandet hos deltagarna med definitionen att evenemanget fått deltagaren att må bra (μ= 3,72, fråga 4). De största anledningarna till att deltaga i aktiviteter/evenemang var för att prova på något nytt alternativt att det var något som deltagaren tyckte om att göra (fråga 8). Resultatet tyder även på att deltagarna söker aktiviteter för att träffa nya bekantskaper.

Med tanke på att deltagarna angett ovan att de deltar i aktiviteter för att träffa nya bekantskaper kan det antas att en av flera aspekter som kan vara bidragande till det ökade välbefinnandet (fråga 4) är just för att deltagarna träffat bekanta eller skapat nya bekantskaper till följd av aktiviteter/evenemang (μ= 2,92, fråga 5).

Vidare tyder resultatet på att den fysiska aktiviteten ökat genom de aktiviteter/evenemang som erbjudits (μ= 3,13 fråga 6), vilket bidrar till att nå målet en ökad hälsa och välmående hos deltagarna. En parameter som ökat från föregående år är att aktiviteterna/evenemangen bidragit till insikt och/eller ny kunskap som deltagarna kan ha användning av i framtiden (μ= 3,33, fråga 7 jämfört med år 2020 μ= 2,97).

Fritextsvaren (fråga 9 och 10) visar att deltagarna upplevt att de fått nya kunskaper och insikter samt att det bidragit till ökad fysisk och psykisk hälsa. Vidare kan det tydas att deltagarna vill ha fler liknande aktiviteter men även lite nytt i form av prova-på-aktiviteter i olika idrotter samt fler aktiviteter i närområdet.

Signature reference: acf9c3f6-e21b-4a9e-b314-28345318321b

Föregående kvalitetsrapport pekade på utvecklingspotential kring att erbjuda aktiviteter och evenemang som bidrog med nya kunskaper eller insikter. Enligt årets kvalitetsundersökning kan vi se att detta tillgodosetts och varit uppskattat av deltagarna (μ= 3,33, fråga 7).

5. Förslag till förbättringsområden

Utifrån resultatet finns där en utvecklingspotential kring att skapa aktiviteter i närområdet alternativt att skapa förutsättningar så att även de som inte kan ta sig till aktiviteter på egen hand kan bli erbjudna aktiviteter. Det som nyligen haft uppstart och inte finns med i denna rapport är konceptet Guldbussen samt samverkan med bostadsområden för att bidra med just ovannämnda faktorer. Förhoppningsvis kan dessa koncept bidra med förbättring inom önskade områden.

Signature reference: acf9c3f6-e21b-4a9e-b314-28345318321b

Författare: Ebba Lindström, Hälsoutvecklare Datum: 20211230

Kvalitetsrapport Anhörigstödet

1. Inledning

Anhörigstödet är en av Hälsofrämjande enhetens tre verksamhetsdelar. Anhörigstödet vänder sig till den som vårdar eller stödjer en närstående där både anhörig och närstående är över 18 år. Den närstående kan till exempel vara sjuk under en längre tid, vara äldre och i behov av omsorg eller ha funktionsvariationer. Anhörig eller närstående kan vara en i familjen eller släkting men även granne eller vän.

Anhörigstödets syfte är att underlätta i vardagen, öka tryggheten och främja en god hälsa. Detta görs genom bland annat anhöriggrupper, må-bra-café, enskilda samtal, utbildning, stöd i kontakt med kommun eller andra myndigheter.

Syfte

Syftet är att undersöka hur väl Hälsofrämjande enhetens anhörigstöd främjar de anhörigas upplevda hälsa utifrån de politiska direktiven och som till följd fördröjer hemvårdsinsatserna.

För vem gjordes undersökningen

Undersökning av måluppfyllelser för politikerna och för verksamheten samt kvaliteten på enhetens tjänster för kommuninvånarna.

2. Metod

Metod och urval

Metoden som valdes var enkäter som är utformade i Office365 Forms. 98 av de anhöriga fick utvärderingsenkäten digitalt, oktober 2021, resterande 51 anhöriga fick det brevledes med svarspost. E-postadresserna samlades in vid kontakt med anhörigstödet och med deras samtycke. Utvärderingsenkäten var frivillig och anonymitet garanterades då svaren är anonyma och svaren kan inte kopplas till enskilda individer.

Utvärderingsfrågorna utgår från de politiska direktiven från Omsorgsnämnden:

- Att få en ökad hälsa och välmående hos våra seniorer i ordinärt boende.
- Att öka tryggheten och minska ensamhet.
- Att motverka undernäring i ordinärt boende.
- Att rusta hemvården för framtidens välfärdsutmaning.

Samt frågor som undersöker kvaliteten och utvecklingspotential på anhörigstödet. Vid fritextsvar kodas enkätsvaren i teman som bildar övergripande svar. Fritextsvaren redovisas endast till verksamheten.

Signature reference: acf9c3f6-e21b-4a9e-b314-28345318321b

Svarsfrekvens och bortfall

Svarsfrekvens
37% (55 svar av 149) (69% kvinnor, 31% män)

Bortfall
63%. En eventuell förklaring till bortfallet är att kvalitetsundersökningen gick ut även brevledes till dem som inte angett sin e-postadress, detta blir ett naturligt bortfall då det även ska skickas tillbaka via ett svarskuvert.

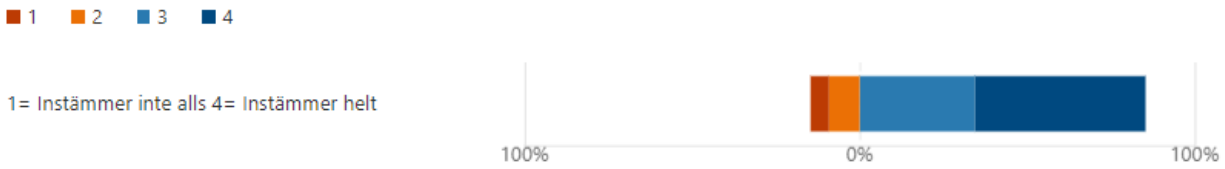
Internt bortfall
Det finns inget internt bortfall. Samtliga respondenter har besvarat samtliga frågor.

Anonymitet
Anonymitet garanterades då svaren är anonyma och svaren kan inte kopplas till enskilda individer. Respondenterna svarade på enkäten enskilt och fick den skickad till sig via sin e-postadress alternativt brevledes med svarspost.

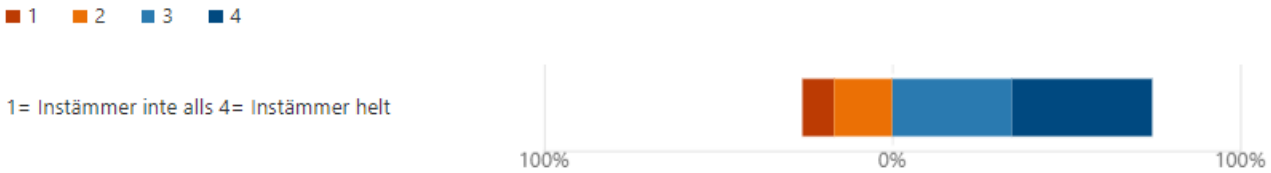
3. Resultat

Nedan redovisas resultaten av samtliga skattningsfrågor i kvalitetsundersökningen följt av medelvärde (μ).
Skattningsfrågornas tolkning: 1 = Instämmer inte alls, 4 = Instämmer helt.
Resultatet baserar sig på svarsfördelning på 69% kvinnor och 31% män med ett medelvärde på 75,4år.

(4). Anhörigstödet/Silviasyster har underlättat min vardag (μ=3,31).



(5). Anhörigstödet/Silviasyster har hjälpt mig att göra en förändring i min vardag (μ=3,05).

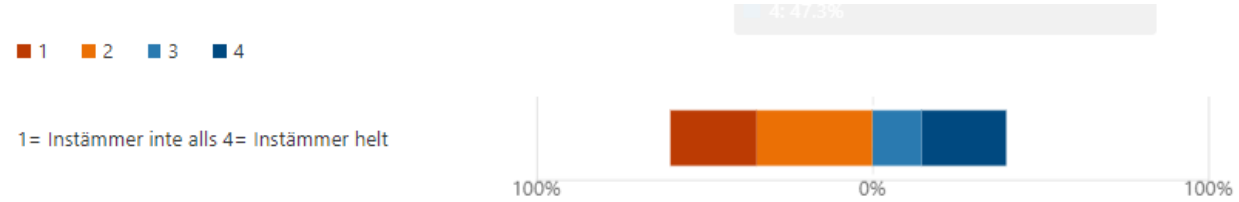


Signature reference: acf9c3f6-e21b-4a9e-b314-28345318321b

(6). Anhörigstödet/Silviasyster har stärkt min självständighet som anhörig (μ=3,27).



(7). Anhörigstödet/Silviasyster har bidragit till att jag träffat nya bekantskaper (μ=2,4).



Tematiserade svar utifrån nedanstående frågor

Fråga med fritextsvar: (8) Övriga synpunkter om Anhörigstödet
Fått insikter, kunskap och ovärderlig hjälp.
Bidragit till en helt ny livssituation.
Kurser, kommunikation som hjälpte och gav stöd.
Värdefullt stöd och bollplank.

4. Analys

Medelvärdet sträcker sig mellan värdena 1–4 där 1 symboliserar "Instämmer inte alls" och där 4 symboliserar "Instämmer helt". μ = medelvärde.

Utifrån resultaten kan det tolkas att anhörigstödet har haft en betydande roll i att underlätta vardagen för anhöriga (μ=3,31, fråga 4). Vidare har anhörigstödet, enligt resultatet, bidragit till att många av de anhöriga kunnat göra någon sort av förändring i vardagen som troligtvis bidragit till ett bättre välmående (μ=3,05, fråga 5). Utifrån fritextsvaren har anhörigstödet kunnat bidra till en förändrad livssituation, ökad kunskap samt verkat som ett värdefullt stöd de anhörigas situation (fråga 8).

Vidare resultat tyder på att de anhöriga till viss del stärkt sin självständighet, vilket är ett av anhörigstödets mål (μ=3,27, fråga 6). Anhörigstödet har, i jämförelse med de andra resultaten, i mindre utsträckning bidragit till att träffa nya bekantskaper (μ=2,4, fråga 7).

Resultaten för år 2020 kvalitetsundersökning i jämförelse med år 2021 visar på snarlika resultat. Det som ökat något är frågan kopplat till om anhörigstödet bidragit till ökad självständighet hos den anhöriga, år 2020 (μ=3,06) i jämförelse med år 2021 (fråga 6, μ=3,27). Detta var även ett prioriterat förbättringsområde i år 2020.

Signature reference: acf9c3f6-e21b-4a9e-b314-28345318321b

5. Förslag till förbättringsområden

Anhörigstödet implementerade ett digitalt anhörigstöd under vintern 2020, med officiellt start januari 2021, vilket syftar till att verka som ett komplement till det ordinarie anhörigstödet. Med det digitala anhörigstödet skapas en ökad tillgänglighet samtidigt som anhöriga självständigt kan söka råd, tips och stöd utifrån sina förutsättningar. Fortsatt arbete är spridningsarbetet ut till kommuninvånaren samt att influera verksamheter till att använda det digitala anhörigstödet i sitt dagliga arbete.

Anhörigstödet bör undersöka vidare behovet av att träffa nya bekantskaper utifrån resultatet på fråga 7. Detta behöver inte innebära att de anhöriga eftersöker nya bekantskaper men det behöver således undersökas och vid ett upptäckt behov arbetas aktivt med. Detta område var även en del av år 2020 förslag till förbättring men varit svårt att dra en slutsats alternativt arbeta med till hänsyn av coronapandemin.

Signature reference: acf9c3f6-e21b-4a9e-b314-28345318321b

Författare: Simon Welander, Hälsopedagog Datum: 20211230

Kvalitetsrapport Mottagare

1. Inledning

Hälsofrämjande enhetens volontärverksamhet utgör en del av kommunens folkhälsoarbete. Volontärverksamheten utformas utifrån invånarens, både mottagarens och volontärens behov och förutsättningar. Tillsammans med ideella organisationer, näringslivet, idrotts- och kulturföreningar och andra verksamheter utvecklas volontärverksamheten kontinuerligt. Syftet är att uppmuntra och bidra till gemenskap, delaktighet, självständighet samt erbjuda meningsfullhet för kommunens invånare, vilka alla är viktiga faktorer för en god hälsa.

Kvalitetsundersökningen avser både perioden under pandemin då befolkningen inte var vaccinerade och fullvaccinerade. För volontärsamordningen har detta inneburit en del förändringar och restriktioner gällande somliga volontäruppdrag.

Syfte

Syftet är att undersöka hur mottagarna upplevt volontärinsatsen, samt om volontärverksamheten främjar kommuninvånarnas upplevda hälsa utifrån de politiska direktiven. Ytterligare ett syfte är att undersöka den upplevda kvaliteten på samordningen.

För vem gjordes undersökningen

Undersökning av måluppfyllelser för politikerna och för verksamheten samt kvaliteten på enhetens tjänster för kommuninvånarna.

2. Metod

Metod och urval

Metoden som valdes var enkäter som är utformade i Microsoft Forms. 33 av 78 deltagare fick utvärderingsenkäten brevledes i oktober 2021. 45 deltagare fick enkäten digitalt. Utvärderingsenkäten var frivillig och anonymitet garanterades då svaren är anonyma och ej kan kopplas till enskilda individer.

Utvärderingsfrågorna utgår från de politiska direktiven från Omsorgsnämnden:

- Att få en ökad hälsa och välmående hos våra seniorer i ordinärt boende.
- Att öka tryggheten och minska ensamhet.
- Att motverka undernäring i ordinärt boende.
- Att rusta hemvården för framtidens välfärdsutmaning.

Samt frågor som undersöker kvaliteten och utvecklingspotential på volontärsamordningens upplägg.

Signature reference: acf9c3f6-e21b-4a9e-b314-28345318321b

Svarsfrekvens och bortfall

Svarsfrekvens
28% (22 svar av 78) (77% kvinnor,18% män och 5% annat)

Bortfall
72%. En anledning till det stora bortfallet kan vara att somliga deltagare inte hade något att tycka till om volontärinsatsen.

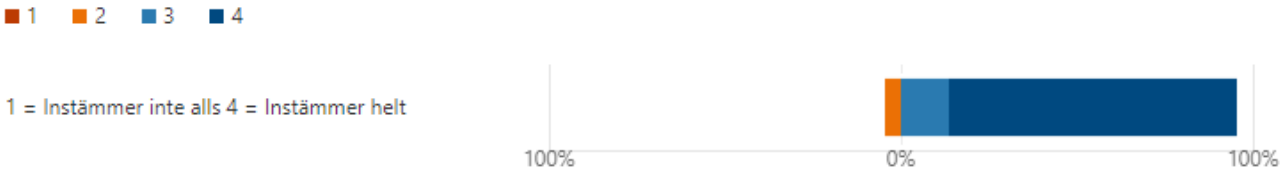
Internt bortfall
Det fanns inget internt bortfall då samtliga respondenter svarade på alla frågor.

Anonymitet
Anonymitet garanterades då svaren är anonyma och svaren kan inte kopplas till enskilda individer. Respondenterna svarade på enkäten enskilt och fick den skickad till sig via sin e-postadress eller brevledes. Respondenter som skrivit ut sin e-postadress informeras om att deras svar inte längre är anonyma.

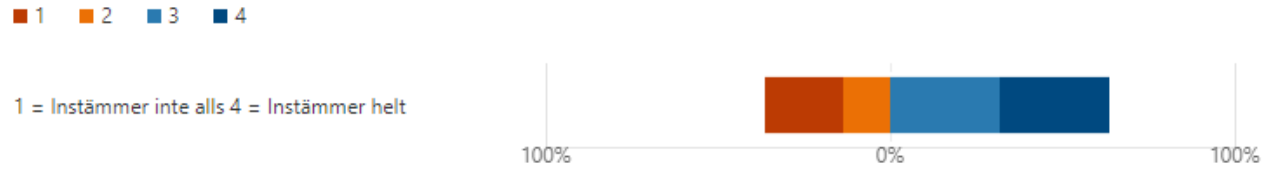
3. Resultat

Nedan redovisas resultaten av kvalitetsundersökningen, skattningsfrågornas redovisning följt av medelvärde (μ). Skattningsfrågornas tolkning: 1 = Instämmer inte alls, 4 = Instämmer helt. Resultatet baserar sig på svarsfördelning på 77 % kvinnor, 18% män och 5% annat med ett medelvärde på 78 år. Antal insatser som genomförts till respondenterna (n=22) är 409, ett medelvärde på 18 insatser per respondent.

(6). Volontärinsatsen har uppfyllt mina förväntningar (μ=3,77)

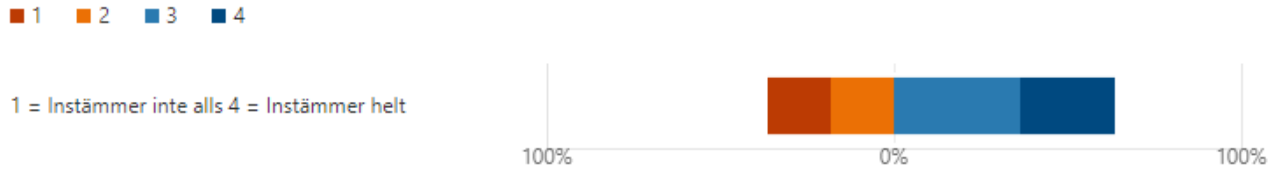


(7). Volontärinsatsen har ökat mitt välmående och hälsa (μ=3,18)

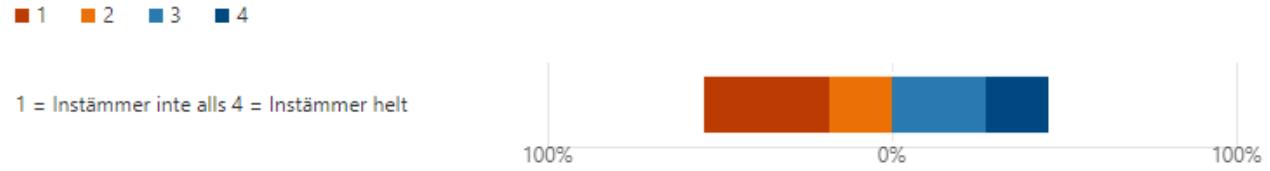


Signature reference: acf9c3f6-e21b-4a9e-b314-28345318321b

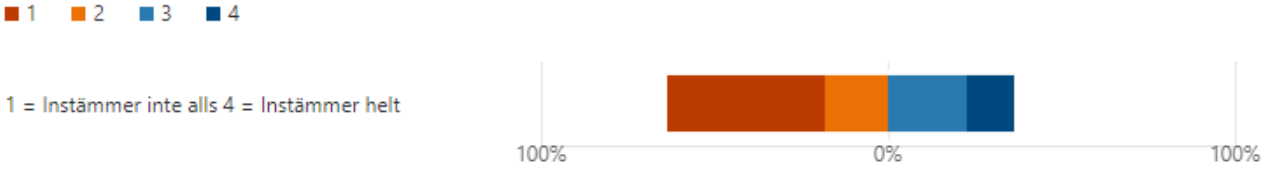
(8). Volontärinsatsen har gjort att jag ökat min självständighet (μ=2,09)



(9). Volontärinsatsen har ökat min känsla av gemenskap (μ= 2,73)



(10). Volontärinsatsen har bidragit till goda måltidsvanor för mig (μ=2,73)



(11). Volontärinsatsen har bidragit till ökad fysisk aktivitet för mig (μ= 2,27)



Tematiserade svar utifrån nedanstående frågor.

Fråga med fritextsvar: (12) Har du fått den vägledning/stöttning du önskat av Hälsofrämjande enheten?
Jag är så tacksam att jag kunnat få behålla samma volontär. Min volontär har verkligen stämt fint ihop med mig. Jag kunde inte önskat mig en bättre person.
Utomordentlig
Jag är nöjd
Ja det gick snabbt att få fram någon som gjorde mina inköp. Helt nöjd under den korta tid jag använde mig av det sedan tog barnen över.
Nej det rann ut i sanden
Vi fick fantastisk hjälp
De har gjort vad de kunnat Jag tycker också det är helt fel att når dom hjälper till med bil så måste dom själva betala bensin

Signature reference: acf9c3f6-e21b-4a9e-b314-28345318321b

Tematiserade svar utifrån nedanstående frågor

Fråga med fritextsvar: (13) Övriga kommentarer gällande volontärinsatsen
Bra initiativ
Utmärkt hjälp för att undvika smitta
Det är trevligt att träffas en gång i veckan, man snackar litegrann. Socialt umgänge.
En positiv människa med för mitt tyckande goda idéer och ett bra sätt att hantera uppgiften det gjorde gott för kropp och själ.

4. Analys

Medelvärdet sträcker sig mellan värdena 1–4 där 1 symboliserar ”Instämmer inte alls” och där 4 symboliserar ”Instämmer helt”. μ = medelvärde.

Till att börja med finns det en viss problematik i den låga svarsfrekvensen då det är svårt att generalisera resultatet för hela populationen. Resultatet visar att volontärinsatserna har uppfyllt mottagarnas förväntningar i hög grad (μ= 3,78). Resultatet på denna fråga har ökat från föregående år där μ=3,58, däremot är det inte säkert att det är en signifikant skillnad då svarsfrekvenserna skiljer sig markant. Resultatet styrks även när vi utläser fritextsvaren från fråga 13 då en del mottagare uttrycker sig positivt om volontärinsatsen.

Vidare visar resultatet att volontärinsatserna bidrar till en ökad hälsa och välmående hos mottagarna. Eftersom perioden för enkäten var både före och efter vaccination under pandemin går det att tolka resultatet som att volontärinsatserna fortsätter att bidra till en ökad hälsa och välmående även efter pandemin.

Resultatet från fråga 9 och 10 berör gemenskap och goda måltidsvanor. Mottagarna upplever att volontärinsatsen till viss del har bidragit till en ökad gemenskap (μ=2,73, fråga 9) och goda måltidsvanor (μ=2,73, fråga 10). Volontärinsatser som berör dessa frågor är exempelvis måltidsvän, promenadvän och sällskapsvän. Under pandemin pausades måltidsvän, promenadvän och sällskapsvän för att undvika fysisk kontakt och startades upp igen i april 2021. Eftersom dessa volontärinsatser precis börjat igen kan det vara svårt att dra några slutsatser av resultatet på fråga 9 och 10.

På fråga 8 redovisas resultatet för om mottagarna upplever att volontärinsatsen ökat deras självständighet. Resultatet visar att mottagarna varken instämmer eller ej då μ=2,09. Det går att tolka resultatet på fråga 8 som att mottagarna får hjälp av en volontär och därmed inte upplever att de är mer självständiga på grund av just volontärinsatsen. Däremot tyder resultatet på att mottagarna inte heller upplever att volontärinsatsen minskar deras självständighet.

Mottagarna fick på fråga 11 svara om volontärinsatsen har bidragit till en ökad fysisk aktivitet för de själva. Resultatet visar att μ= 2,27 vilket innebär att volontärinsatsen har bidragit till en ökad fysisk aktivitet hos mottagarna, om än lite. För somliga mottagare kan volontärinsatsen inneburit att de exempelvis suttit hemma och väntat på matvaror som en volontär inhandlat i stället för att själv gå i väg och handla. Under sista delen av perioden för kvalitetsundersökningen har vi startat upp promenadgrupper och promenadvänner har åter fått träffas. Med tanke på den svaga indikationen för

Signature reference: acf9c3f6-e21b-4a9e-b314-28345318321b

att volontärinsatsen bidragit till en ökad fysisk aktivitet kan resultatet ha påverkats positivt av dessa volontärinsatser.

Sammanfattningsvis visar resultaten av kvalitetsundersökningen på att volontärinsatserna som gjorts under 2020 och 2021 har underlättat för mottagarna samt bidragit till ökad hälsa och välmående. Vidare visar resultaten av kvalitetsundersökningen även på att förväntningarna på volontärinsatsen uppfyllts och att döma av fritextsvaren har mottagarna till största del fått vägledning och stöttning av Hälsofrämjande enheten.

5. Förslag till förbättringsområden

Hälsofrämjande enheten har tillsammans med WeknowIT tagit fram en webbapplikation för att förkorta den administrativa processen och förenkla volontärsamordningen. När webbapplikationen är i gång krävs det att samtliga volontärer registrerar sig i webbapplikationen. I framtiden kommer digitaliseringen möjligtvis attrahera fler åldersgrupper samt spara tid. Tid som lagts på administration kan nu läggas på att marknadsföra volontärsamordningen så att fler kan ta del av volontärinsatserna och där med öka kommuninvånarnas hälsa och välmående. I förlängningen finns det förhoppningar på att fler sektorer vill använda webbapplikationen och på så sätt nå fler målgrupper än 65+ med volontärsamordningen. För mottagarnas del kommer detta inte innebära särskilt stor skillnad förutom att det möjligtvis kommer gå fortare att matcha en volontär med uppdraget.

Signature reference: acf9c3f6-e21b-4a9e-b314-28345318321b

Författare: Simon Welander, Hälsopedagog Datum: 20211230

Kvalitetsrapport Volontär

1. Inledning

Hälsofrämjande enhetens volontärverksamhet utgör en del av kommunens folkhälsoarbete och riktar sig till alla som vill engagera sig ideellt. Främsta syfte med volontärverksamheten är att bland kommuninvånarna- öka följande faktorer: Meningsfullhet, gemenskap, delaktighet och självständighet. Nämnda faktorer är alla viktiga för en god hälsa, genom volontärverksamheten får både volontärer och mottagare av volontäruppdrag möjligheten att öka dessa faktorer.

Volontäruppdragen bygger på en social insats och sker utan ekonomisk kompensation. Som volontär blir personen i fråga någon som bidrar till att det sociala nätverket växer både för sig själv och sin medmänniska. Insatsen utformas efter volontärens förutsättningar samt mottagarens och verksamhetens behov.

Syfte

Syftet är att undersöka hur volontärerna upplevt uppdragen, samt om volontärverksamheten främjar kommuninvånarnas upplevda hälsa utifrån de politiska direktiven. Därtill undersöks den upplevda kvaliteten på samordningen.

För vem gjordes undersökningen

Undersökning av måluppfyllelser för politikerna och för verksamheten samt kvaliteten på enhetens tjänster för kommuninvånarna.

2. Metod

Metod och urval

Metoden som valdes var enkäter som är utformade i Microsoft Forms. Samtliga deltagare fick utvärderingsenkäten digitalt, oktober 2021. Det saknades e-postadress till 8 deltagare, därav ingick de inte i urvalet, e-postadresserna samlades in vid volontärregistreringen. Utvärderingsenkäten var frivillig och anonymitet garanterades då svaren är anonyma och ej kan kopplas till enskilda individer.

Utvärderingsfrågorna utgår från de politiska direktiven från Omsorgsnämnden:

- Att få en ökad hälsa och välmående hos våra seniorer i ordinärt boende.
- Att öka tryggheten och minska ensamhet.
- Att motverka undernäring i ordinärt boende.
- Att rusta hemvården för framtidens välfärdsutmaning.

Samt frågor som undersöker kvaliteten och utvecklingspotential på tjänstens upplägg.

Signature reference: acf9c3f6-e21b-4a9e-b314-28345318321b

Svarsfrekvens och bortfall

Svarsfrekvens
21% (30 svar av 140) (80% kvinnor,20% män)

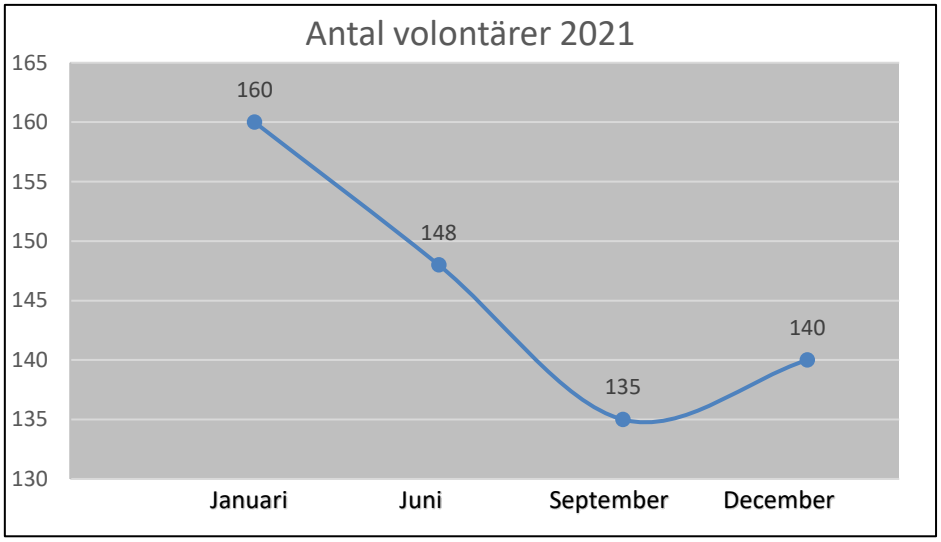
Bortfall
79%. En anledning till det stora bortfallet kan vara att somliga deltagare inte hade något att tycka till om volontärinsatsen. Bortfallet kan även förklaras med att det finns en större grupp volontärer som inte är aktiva och där med inte kan svara på kvalitetsundersökningen.

Internt bortfall
Det fanns inget internt bortfall då samtliga respondenter svarade på alla obligatoriska frågor.

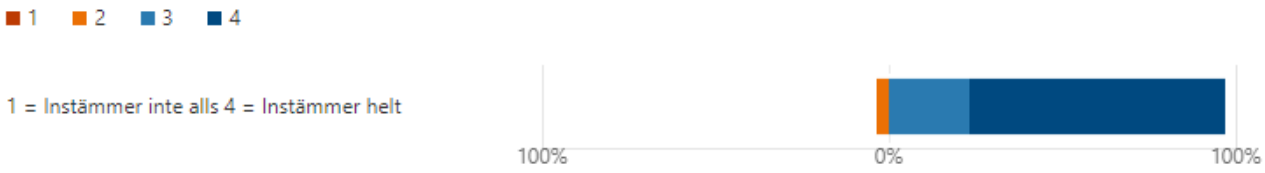
Anonymitet
Anonymitet garanterades då svaren är anonyma och ej kan kopplas till enskilda individer. Respondenterna svarade på enkäten enskilt och fick den skickad till sig via sin e-postadress eller brevledes. Respondenter som skrivit ut sin e-postadress informeras om att deras svar inte längre är anonyma.

3. Resultat

Nedan redovisas resultaten av kvalitetsundersökningen, skattningsfrågornas redovisning följt av medelvärde (μ). Skattningsfrågornas tolkning: 1 = Instämmer inte alls, 4 = Instämmer helt. Resultatet baserar sig på svarsfördelning på 80% kvinnor och 20% män med en medelålder på 56 år. I genomsnitt har vardera respondenterna (n=30) gjort 16 volontäruppdrag.

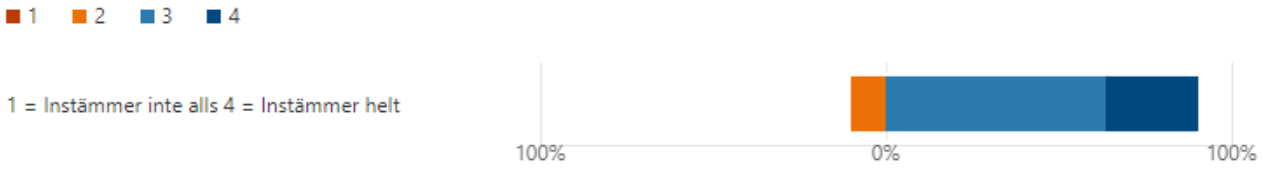


(6). Volontärinsatsen har uppfyllt mina förväntningar (μ=3,7)

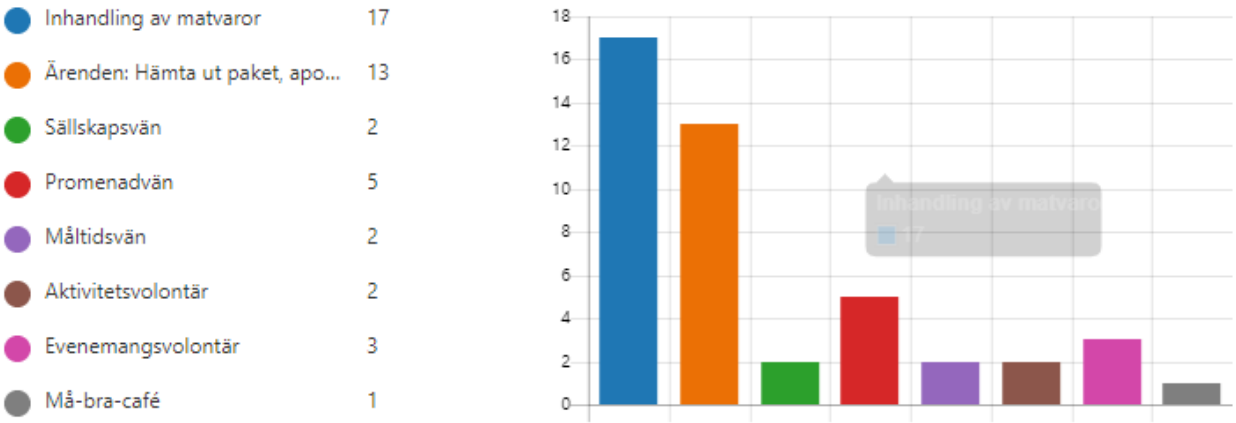


Signature reference: acf9c3f6-e21b-4a9e-b314-28345318321b

(7). Volontärinsatsen har ökat mitt välmående och hälsa (μ=3,2)



(3). Vilken volontärinsats har du genomfört



(4). Anledning till att jag valde att engagera mig som volontär



Fråga med fritextsvar: (12) Har du fått den vägledning/stöttning du önskat av Hälsofrämjande enheten?
Ja verkligen!
Brukar gå på era träffar och träffa andra volontärer. Får lite information. Har varit med och grillat korv vid några tillfällen
Kontakten med Therese som bjud in mig att ha kursen har varit förnämlig och tydlig
Absolut, men har inte behövt eller använt det.
Har inte önskat någon stöttning

Signature reference: acf9c3f6-e21b-4a9e-b314-28345318321b

Fråga med fritextsvar: (13) Övriga kommentarer gällande volontärinsatsen
Det är tillräckligt
Aktiviteter som tidigare, d v s föredrag/bildvisning och studiecirkel/bildvisning
Jag har som sagt inte varit så aktiv utan anmälde mig i samband med att pandemin bröt ut och fick kontakt med en kvinna i närheten av där jag bor. Visade sig sen att hon inte behövde hjälp då hon hade sin dotter i närheten. Men ni gör ett fantastiskt jobb och jag är verkligen imponerad av ert värdefulla engagemang.
Fortsätter gärna med skapande aktiviteter i mindre form.

4. Analys

Medelvärdet sträcker sig mellan värdena 1–4 där 1 symboliserar ”Instämmer inte alls” och där 4 symboliserar ”Instämmer helt”. μ = medelvärde

Till att börja med redovisar linjediagrammet att det i början av år 2021 fanns 160 registrerade volontärer i volontärverksamheten. Under pandemin ökade antalet volontärer med 300 procent då många människor ville hjälpa till. I takt med att befolkningen vaccinerade sig öppnade samhället upp och fler yrkesverksamma gick tillbaka till att arbeta heltid. Under denna tid avslutade en del volontärer sitt uppdrag vilket resulterar i att antalet volontärer minskade. Linjediagrammet visar att vi i september 2021 var nere på 135 registrerade volontärer. Under de senaste månaderna har vi registrerat fem nya volontärer vilket gör att vi nu har 140 registrerade volontärer.

Vidare visar resultatet av kvalitetsundersökningen att volontärinsatsen har uppfyllt volontärernas förväntningar vilket syns i svaren på fråga 5 (μ=3,7) och i fritextsvaren.

Resultatet av kvalitetsundersökningen visar att 41% av volontärerna väljer att engagera sig för att hjälpa andra människor men 26% av volontärerna anger att det engagerar sig för att det känns meningsfullt för dem själva (fråga 4). Resultatet i fråga 4 går att koppla till resultaten i fråga 7 där volontärerna upplever att volontärinsatsen har ökat deras hälsa och välmående. Volontärinsatsen har bidragit till en ökad hälsa och välmående hos mottagarna men det har även påverkat volontärernas hälsa och välmående positivt. Vid framtida rekrytering av volontärer går det att påvisa detta resultat.

Resultatet på fråga 3 visar att den mest frekventa volontärinsatsen var vardagsärenden så som matinhandling och post- och apoteksärenden, 67% av alla volontärinsatser. Vardagsärenden underlättar vardagen för mottagarna då risken minskar för smittspridning samt fallolyckor ute i butikerna. Andra volontärsuppdrag som också visas i resultatet är de sociala volontärinsatserna, så som måltidsvän, promenadvän och sällskapsvän utgör 20%.

Sammanfattningsvis visar resultatet av kvalitetsundersökningen att trots färre respondenter har det totala antalet volontärinsatser ökat, och där med även antal volontärinsatser per volontär. Volontärsamordningen försöker matcha volontärer med mottagare de tidigare hjälpt, på grund av

Signature reference: acf9c3f6-e21b-4a9e-b314-28345318321b

trygghetsskapande. Med detta i åtanke behöver resultatet inte betyda att volontärverksamheten har fler aktiva volontärer än tidigare år. Det kan betyda att en mindre grupp volontärer har fått utföra fler uppdrag. För att motivera och behålla så många volontärer som möjligt kan det vara en god idé att försöka involvera och tillfråga fler volontärer. Denna aspekt kan även förklara det stora bortfallet i kvalitetsundersökningen då det kan finnas en större grupp volontärer som inte är aktiva.

5. Förslag på förbättringar

Hälsofrämjande enheten har tillsammans med WeknowIT tagit fram en webbapplikation för att förenkla volontärsamordningen samt förkorta den administrativa processen. När webbapplikationen är i gång krävs det att samtliga volontärer registrerar sig i webbapplikationen, där med krävs ett arbete kring att engagera volontärerna. I framtiden kommer digitaliseringen möjligtvis attrahera fler åldersgrupper och tid som tidigare lagts på administration kan nu läggas på att marknadsföra volontärsamordningen så att fler kan ta del av volontärinsatserna. I förlängningen finns det förhoppningar på att fler sektorer vill använda webbapplikationen och på så sätt nå fler målgrupper än 65+ med volontärsamordningen.

Signature reference: acf9c3f6-e21b-4a9e-b314-28345318321b

Författare: Mikael Derakhti, Hälsoutvecklare Datum: 2022-01-07

Kvalitetsrapport Hälsofrämjande samtal 2021

1. Inledning

De hälsofrämjande samtalen (HFS) är en del av hälsofrämjande enheten (HFE) och kommunens folkhälsoarbete. HFS är en del av enhetens uppsökande verksamhet och erbjuds till innevånare som blivit beviljade trygghetslarm och/eller en serviceinsats utan andra insatser. Målgruppen är ny sedan år 2020 och ambitionen är att så många som möjligt i målgruppen ska bli erbjudna samtal (inklusive tillhörande uppföljningssamtal) samtidigt som individer över 65+år prioriteras.

HFS kan ses som en uppföljning på den nyligen beviljade insatsen och syftar till att stärka individens upplevda hälsa och självständighet samt att informera och motivera individen att ta del av de hälsofrämjande tjänster och aktiviteter som erbjuds av kommunen samt föreningslivet. Vid HFS finns även möjlighet till tidig upptäckt av sjukdom – exempelvis minnesproblematik – något som vid upptäckt vidarebefordras till den det vederbör inom eller utanför enheten. Under HFS ges tips på hur livskvalitén kan stärkas, levnadsvanor förbättras samt hur individen kan minska risken för olyckor och sjukdomar. Detta görs bland annat genom att diskutera hur individen kan stärka de fyra hörnpelarna – fysisk aktivitet, goda måltidsvanor, social gemenskap samt meningsfullhet – för ett hälsosamt åldrande.

HFS är kostnadsfritt, frivilligt och sker under tystnadsplikt. Samtalet baseras på samtalsmetodiken motiverande samtal (MI), är individcentrerat och utgår från individens livssituation och önskningar. Eftersom individens egna tankar och önskningar står i fokus läggs det under samtalen stor vikt vid att respektera individens autonomi.

Syfte

Syftet med undersökning är att säkerställa kvaliteten på enhetens tjänster för kommuninvånarna samt att undersöka om samtalen främjar målgruppens upplevda hälsa. Syftet är också att undersöka om samtalen leder till att målgruppen får information om HFE och de tjänster/aktiviteter som HFE erbjuder. Detta, för att kunna prioritera och vid behov justera tjänsten samt kunna kommunicera resultat till sektor och politiker.

För vem gjordes undersökningen?

Undersökning av måluppfyllelser för politikerna och för verksamheten samt kvaliteten på enhetens tjänster för kommuninvånarna.

2. Metod

Metod och urval

Metoden som valdes var digitala enkäter som utformades i Microsoft Forms. Av 113 tillgängliga deltagare var det 43 som fick utvärderingsenkäten, 73 deltagare hade inte/ville inte uppge sin e-postadress och ingick därav inte i urvalet. E-postadresserna samlades in vid de hälsofrämjande samtalen. Utvärderingsenkäten var frivillig och anonymitet garanterades då svaren var anonyma och svaren ej kan kopplas till enskilda individer.

Signature reference: acf9c3f6-e21b-4a9e-b314-28345318321b

Utvärderingsfrågorna utgår från de politiska direktiven från Omsorgsnämnden:
• Att få en ökad hälsa och välmående hos våra seniorer i ordinärt boende.
• Att öka tryggheten och minska ensamhet.
• Att motverka undernäring i ordinärt boende.
• Att rusta hemvården för framtidens välfärdsutmaning.

Samt frågor som undersöker kvaliteten och utvecklingspotential på tjänstens upplägg.

Svarsfrekvens och bortfall
Svarsfrekvens
56% (24 svar av 43 tillfrågade) (71% kvinnor 29% män) Procentsats av skillnaden mellan antal svar och antal utskickade enkäter.

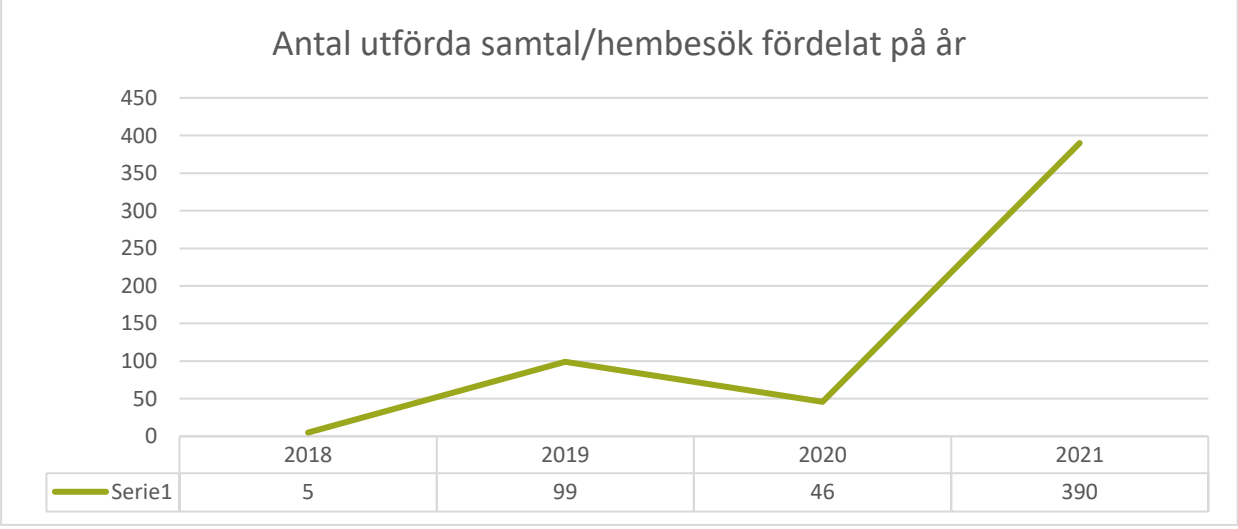
Bortfall
44%. En trolig anledning till bortfallet är målgruppens självuttalade brist på erfarenhet med digital teknik, i detta sammanhang kan även nämnas att flertalet i målgruppen även har begränsade fysiska förmågor (så som delvis- eller helt nedsatt syn) vilket även det kan bidra till ett visst bortfall. Ytterligare en eventuell anledning är att enkäten är anonym vilket bidrar till att de tillfrågade inte känner att de behöver svara på enkäten pga. social önskvärdhet.

Internt bortfall
Det finns inget internt bortfall. Samtliga respondenter svarade på samtliga frågor.

Anonymitet
Anonymitet garanterades då svaren är anonyma och svaren kan inte kopplas till enskilda individer. Respondenterna svarade på enkäten enskilt och fick den skickad till sig via sin e-postadress.

3. Resultat

Nedan redovisas resultaten av kvalitetsundersökningen, skattningsfrågornas redovisning följt av medelvärde (μ). Skattningsfrågornas tolkning: 1 = Instämmer inte alls, 4 = Instämmer helt. Resultatet baserar sig på svarsfördelning på 71% kvinnor och 29% män med en medelålder på 79,5 år.



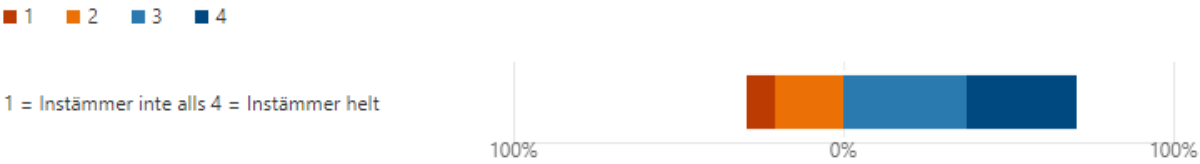
Figur 1: Antal genomförda hälsofrämjande samtal (första samtal inklusive uppföljningssamtal).

Signature reference: acf9c3f6-e21b-4a9e-b314-28345318321b

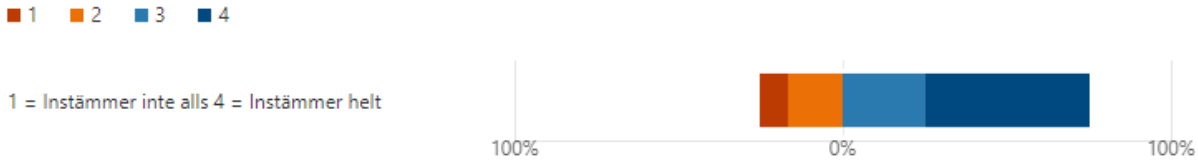
(3) Det hälsofrämjande samtalet har gett mig insikter om hur jag kan bibehålla eller öka mitt välbefinnande (μ=3,1).



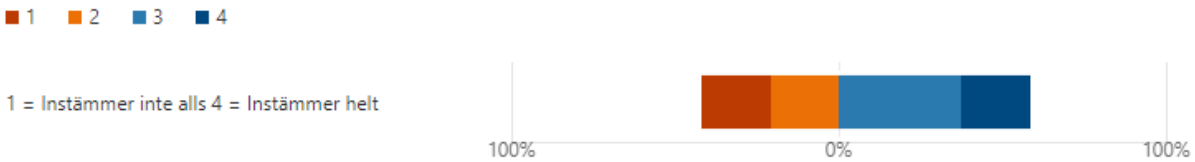
(4) Samtalet har gett mig kunskap om hur jag kan bibehålla eller stärka min självständighet (μ=3,0).



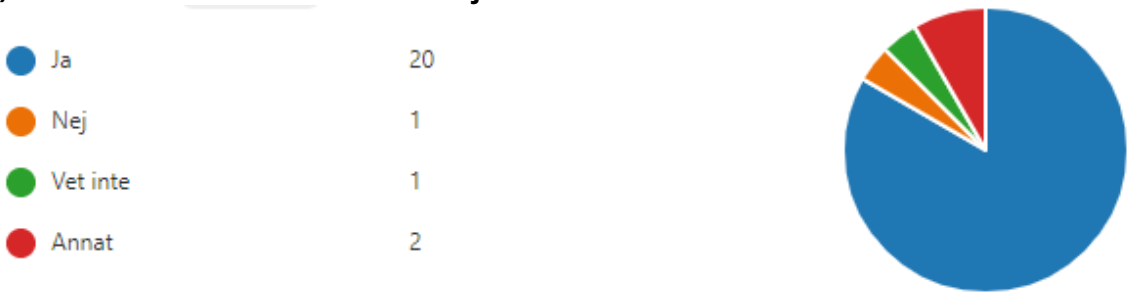
(5) Samtalet har gett mig kunskap om hur jag kan bibehålla eller öka min fysiska aktivitet (μ=3,2).



(7) Samtalet har gett mig kunskap om hur jag kan främja mina måltidsvanor (μ=2,6).



(9) Fick du information om Hälsofrämjande enhetens verksamhet och/eller aktiviteter?



Signature reference: acf9c3f6-e21b-4a9e-b314-28345318321b

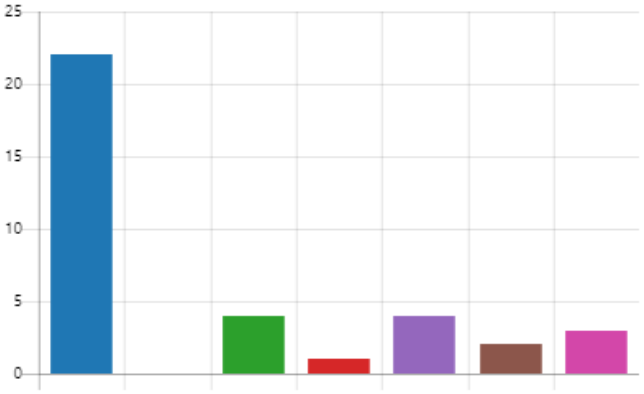
(10) Upplever du att du blev respekterad och sedd som en självständig individ under samtalets gång?

Ja	24
Nej	0
Vet inte	0
Annat	0



(11) Upplevelsen av det hälsofrämjande samtalet var

Positivt	22
Negativt	0
Välbehövligt	4
Onödigt	1
Ny information	4
Gammal information	2
Annat	3



Fråga med fritextsvar: (12) Beskriv gärna din upplevelse av det hälsofrämjande samtalet, vad har uppskattats och vad finns för utvecklingsmöjligheter?
Eftersom jag följt verksamheten från början, varit aktiv som föreläsare och studiecirkelledare och dessutom deltagit i en studiecirkel känns det bra att aktiviteterna och resultaten följs upp.
Telemötet var mycket bra. Kändes som man kände varandra. Vet inte vad mer. har fått info. Om en del grejor, som jag arbetar med.
Upplevde framförallt att det var en medarbetare från Hälsobefrämjande enheten med ett stort engagemang. En ros till honom.
Att jag fick ett bra träningsprogram
Bli friskare
Mycket trevlig o bra kontakt, många goda råd o bekräftelser samt uppgifter om sysselsättning o hjälp.
Bra idé att kontakta de personer i kommunen som har beviljats trygghetstelefon. Det var ett bra samtal i lättsam ton, men som sagt alla tänkta ämnen hanns inte med. Det vi talade om gällande matvanor, det var att lägga till fler mellanmål. Det har fungerat. Dessutom har jag fått en laddning med näringspreparat.
Informativt mycket bra Tack så mycket

Signature reference: acf9c3f6-e21b-4a9e-b314-28345318321b

Jag känner mig sedd som den person jag är. Det påverkar mig positivt. Överraskande positivt!
Upplevde samtalet som positivt!
Mycket informativt och pedagogiskt

4. Analys

Antalet samtal har ökat avsevärt de senaste åren vilket är positivt eftersom HFE når ut till fler individer. En anledning till den stora ökningen år 2021 är att det genomförts fler första samtal jämfört med föregående år men framför allt fler uppföljningssamtal än både 2020 och 2019. Uppföljningssamtalen infördes i mitten av 2020 eftersom det har visats sig vara av vikt med uppföljningssamtal vid denna typ av samtal samt vid beteendeförändringar.

Om HFS främjar målgruppens upplevda hälsa kan delvis tolkas via svaren på fråga (3), (4) och (5). Analysen av svaren på dessa frågor pekar på att HFS i sin helhet sannolikt bidrar till att skapa förutsättningar för att främja målgruppens hälsa. Fråga (3) och (4) – med ett medelvärde på 3,1 respektive 3,0 – indikerar att HFS troligen bidrar positivt till målgruppens välbefinnande och självständighet, både när det gäller att bibehålla och öka dessa. Det tydligaste resultatet återfinnes på fråga (5) med ett medelvärde på 3,2 vilket tyder på att samtalet har gett respondenterna kunskaper kring hur de kan bibehålla eller öka sin fysiska aktivitet. Även om vår förståelse för kopplingen mellan fysisk aktivitet och hälsa är under ständig utveckling har den samlade forskningen under de senaste decennierna tydligt visat att de positiva hälsofördelarna av fysisk aktivitet är många och effektfulla. Det råder idag konsensus om att stora delar av populationerna – oavsett ålder – i många länder, inklusive Sverige, inte är tillräckligt fysiskt aktiva samt att vår fysiska status och kondition försämras. Samtidigt är det väletablerat att fysisk aktivitet och träning är en frisk- och skyddsfaktor mot välfärdssjukdomar så som diabetes, högt blodtryck, hjärt- och kärlsjukdomar, fetma samt vissa former av cancer. Fysisk aktivitet och träning har även en stressdämpande effekt, positiva effekter på kognition och kan agera som skydd mot psykisk ohälsa. Utöver detta bidrar fysisk aktivitet och träning till bevarandet av kroppslig funktion och kapacitet och i förlängningen en högre självständighet och livskvalitet för individen under hela livscykeln. Om HFS – som svaren antyder – bidragit till att öka kunskaperna för målgruppen kring hur de kan bibehålla eller öka sin fysiska aktivitet är detta givetvis fördelaktigt.

Svaren på fråga (9) visar att 83% av respondenterna fått information om de tjänster och aktiviteter som HFE erbjuder, vilket får tolkas som ett gott resultat. Vidare tyder svaren på fråga (10) och (11) och fritextsvaren på fråga (12) att respondenterna till största del upplevde HFS som positivt samt att de blev respekterade som självständiga individer, något som bekräftar HFS som en kvalitativ tjänst från HFE.

5. Förslag till förbättringsområden

Lägst medelvärde (μ=2,6) av alla frågor i enkätundersökningen fick fråga (7) som berör främjandet av måltidsvanor. Detta är inget alarmerande medelvärde men kan indikera att det finns ett förbättringsområde inom kost och måltidsvanor. Hur detta ska ske är inte säkert men en idé är upprepad informationsaktiviteter eller studiecirklar rörande hälsosamma måltidsvanor samt näringsbehov för äldre med god- respektive nedsatt aptit. Det finns pågående aktiviteter och projekt med kostfokus – exempelvis mot undernäring bland äldre – i kommunen och eventuellt går det att hitta någon samverkan kring dessa frågor. Dock ska här nämnas att diskussioner eller förändringar kring den personliga kosthållningen inte sällan är ett laddat ämne vilket många –

Signature reference: acf9c3f6-e21b-4a9e-b314-28345318321b

bland annat med erfarenhet från HFS – gärna undviker eller har cementerade åsikter kring. Detta bör beaktas vid utformande av metod för att förbättra främjandet av måltidsvanor.

Ett utvecklingsområde skulle kunna vara att erbjuda flera direkta åtgärder till målgruppen utöver samtalen och uppföljningssamtalen. Exempelvis utför/utförde en stor andel av deltagarna under 2021 inte någon form av styrke- eller balansträning, även om deltagarna uttryckt viss önskan att göra detta. Eventuellt är tröskeln att på egen hand genomföra denna typ av träning relativt hög, bland annat på grund av bristande kunskap i ämnet, men även på grund av motivationsfaktorer. Att erbjuda målgruppen en cirkel där de tillsammans med en ledare kan genomföra denna styrke- och balansträning hade varit både angeläget och troligen effektivt. Även åtgärder som redan initierats av HFE, likt ”guldbussen” är troligen av värde för målgruppen och hade kunnat utvidgas. Dock krävs här en avvägning, om resurser ska prioriteras till fler aktiviteter samt tillhörande administrering av dessa kan antalet enskilda hälsofrämjande samtal komma att bli färre.

Ett annat utvecklingsområde är att inkludera även fysiska pappersenkäter utöver den digitala enkäten. På detta sätt kan vi få fler svarande samt ett bättre underlag för generalisering av målgruppens åsikter.

Signature reference: acf9c3f6-e21b-4a9e-b314-28345318321b

§18

Dnr: ON 2022/14

Justerat program för uppföljning och kontroll av egna och externa utförare samt plan för uppföljning under år 2022

Beslut

Omsorgsnämndens beslut
Omsorgsnämnden godkänner program för uppföljning och kontroll av egna och externa utförare samt planering för uppföljningar år 2022.

Ärendebeskrivning

Sektor Omsorg har skapat ett program och en modell för uppföljning av egna och externa utförare. Programmet omfattar alla utförare, såväl egna som externa, och med samma krav.

Antalet punkter i programmet är reviderat från tidigare 13 kontrollområden till 10 områden. De tre borttagna kontrollområdena följs upp i kontrollområde 1. Avtalsuppföljning samt 2. Kvalitetsenkät och verksamhetsbesök, där personalkontinuitet inom alla sektorns verksamheter belyses. Efter riskbedömning kommer att beslutas vilka typer av insatser, till exempel boende, daglig verksamhet, hemtjänst, servicetjänster, som ska omfattas av vilka kontrollområden.

Reviderat program gäller från och med 2022, och en tidsplan för 2022 har tagits fram. När programmet är fullt utbyggt kommer uppföljningar på samtliga insatser att göras kontinuerligt.

Beslutsunderlag

- Justerat program för uppföljning och kontroll av egna och externa utförare samt plan för uppföljning under år 2022, tjänsteskrivelse
- Version 2022 Program för kvalitetsuppföljning
- Årshjul uppföljning externa och interna utförare

Signature reference: acf9c3f6-e21b-4a9e-b314-28345318321b

Beslutet skickas till

För verkställighet
kvalitetscontroller

Signature reference: acf9c3f6-e21b-4a9e-b314-28345318321b

Version 2022-01-24

Program för uppföljning och kontroll av egna och externa utförare.

Respektive kontrollområde belyser olika delar av insatserna. Syftet är att följa upp såväl egna som externa utförares följsamhet gentemot avtal, lagar och föreskrifter och vid avvikelser begära in åtgärdsplaner, men också att som huvudman för vård och omsorg skapa en helhetsbild av hur väl insatserna fungerar.

All uppföljning görs på enhetsnivå, med utgångspunkt från Socialstyrelsens enhetsenkäter.

1. Avtalsuppföljning

Avtalsuppföljning görs en gång per år med verksamheterna inom särskilt boende äldre SoL, grupp- och servicebostad LSS, daglig verksamhet LSS samt servicetjänster SoL. Detta gäller *externa* utförare.

För *externa* utförare ingår här även en ”Inre kontroll”, där kommunen samarbetar med Skatteverket. Samarbetet gäller kontroll av svenska juridiska och fysiska personers skatteekonomi, både inför upphandling/godkännande av leverantör och löpande under avtalstiden. Utförarna ska ha fullgjort sina skyldigheter när det gäller lagenligt ställda krav avseende registrering, inbetalning av skatter och socialförsäkringsavgifter i Sverige eller i hemlandet lagenligt ställda krav på skatte- och avgiftsskyldigheter.

Hur: Möte för avtalsuppföljning.
Ansvarig: KCO, med lämpliga adjungerade.
Frekvens: En gång per år.
Redovisas till nämnd: En gång per år.

2. Kvalitetsenkät och verksamhetsbesök

Syftet är att analysera om verksamheten bedrivs enligt gällande lagstiftning, författningar och driftsavtal i de fall det är aktuellt. Verksamheten svarar på frågorna och i samband med verksamhetsbesök går man igenom och ställer kontrollfrågor till verksamhetschef och personal. Kontroll sker även genom Socialstyrelsens enhetsenkäter.
Enkätfrågorna berör områdena 2–5, 8

Hur: Beställarens enkät, verksamhetsbesök samt Socialstyrelsens enhetsenkäter och kommunenkäter.
Ansvarig: KCO med bistånd av MAS/MAR.
Frekvens: Kvalitetsenkät en gång per år. Verksamhetsbesök en gång per år.
Redovisas till nämnd: En gång per år.

Sektor Omsorg
Ulrika Johansson
O46-280 41 46 • ulrika.johansson2@kavlinge.se

Kävlinge kommun
Kullagatan 2, 244 80 Kävlinge
046-73 90 00 • kontakt@kavlinge.se • www.kavlinge.se

Signature reference: acf9c3f6-e21b-4a9e-b314-28345318321b

3. Bemanning

Bemanningen kontrolleras genom Socialstyrelsens enhetsenkäter samt ytterligare frågor i beställarens kvalitetsenkät.

Hur: Socialstyrelsens enhetsenkäter samt beställarens kvalitetsenkät.
Ansvarig: KCO.
Frekvens: Ingår i kvalitetsenkät en gång per år.
Redovisas till nämnd: En gång per år.

4. Systematiskt kvalitetsarbete

Analys av följsamhet i det systematiska kvalitetsarbetet gällande avvikelsehantering, förbättringar och kvalitetssäkring, Lex Sarah och Lex Maria. Enkätfrågor i beställarens enkät/enkäter som bygger på *SOSFS 2011:9 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd gällande Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, kapitel 5 och 6.*
Kan ersättas av utförarens egna kvalitetsledningssystem, efter bedömning.

Hur: Beställarens enkät.
Ansvarig: KCO med bistånd av MAS/MAR.
***Frekvens*:** Ingår i kvalitetsenkät en gång per år.
Redovisas till nämnd: En gång per år.

5. Kompetensutveckling

Enheterna/utförarna ska redovisa sina planer för kompetensutveckling på samma sätt som i Socialstyrelsens kommunenkäter myndighetsutövning.

Hur: Beställarens enkät.
Ansvarig: KCO.
***Frekvens*:** Ingår i kvalitetsenkät en gång per år.
Redovisas till nämnd: En gång per år.

6. SoL/LSS-dokumentation och genomförandeplaner

Kontroll och analys av SoL/LSS-dokumentation; förekomst och följsamhet mot föreskrifterna i SOSFS 2014:5. Kontroll att brukarna ges inflytande, delaktighet och självbestämmande utifrån genomförandeplaner. Kontroll och analys av genomförandeplaner; förekomst och följsamhet mot föreskrifterna i SOSFS 2014:5.

Hur: Slumpmässigt urval (stickprov) av ett antal akter per enhet enligt checklista.
Ansvarig: För urval IT samordnare.
Ansvarig: För granskning enhetschef handläggningsenheten.
Frekvens: En gång per år.
Redovisas till nämnd: En gång per år.

7. HSL-dokumentation

Kontroll och analys av hälso- och sjukvårdsdokumentation; förekomst och följsamhet mot Patientdatalagen.

Signature reference: acf9c3f6-e21b-4a9e-b314-283453183 21b

Utförare med eget HSL-ansvar ska själva göra detta. För externa utförare där kommunen har kvar HSL-ansvaret utförs detta enligt kommunens rutin.

Hur: Enligt befintlig rutin.
Ansvarig: MAS/MAR och IT-samordnare.
Frekvens: En gång per år och team.
Redovisas till nämnd: En gång per år.

8. Informationssäkerhet

Syftet är att skapa säkra IT-system och kontrollera inloggningar så att inte obehöriga läser akter eller journaler.
Åtkomstkontroll enligt rutin för lagrummen SoL, LSS och HSL.

Hur: Egna utförare: enligt rutin.
Externa utförare: eget ansvar, de får frågan vid verksamhetsuppföljning om de har rutin för detta.
Ansvarig: Egna utförare, urval IT-samordnare.
Ansvarig: Egna utförare, granskning enhetschef.
Frekvens: En gång per år.
Redovisas till nämnd: En gång per år.

9. Kvalitetsobservationer

En fördjupad kvalitetsuppföljning görs i form av kvalitetsobservationer i *äldreboenden, LSS-boenden samt daglig verksamhet LSS.* Observationerna ska spegla kvaliteten i förhållande till avtal (externa) och uppdrag (egna), gällande exempelvis bemötande, dokumentation, aktiviteter, mat och måltider.

Hur: En halv dag i verksamheten, checklista.
Ansvarig: KCO med bistånd av MAS/MAR.
Frekvens: En observation per kvartal.
Redovisas till nämnd: En gång per år.

10. Brukarenkäter

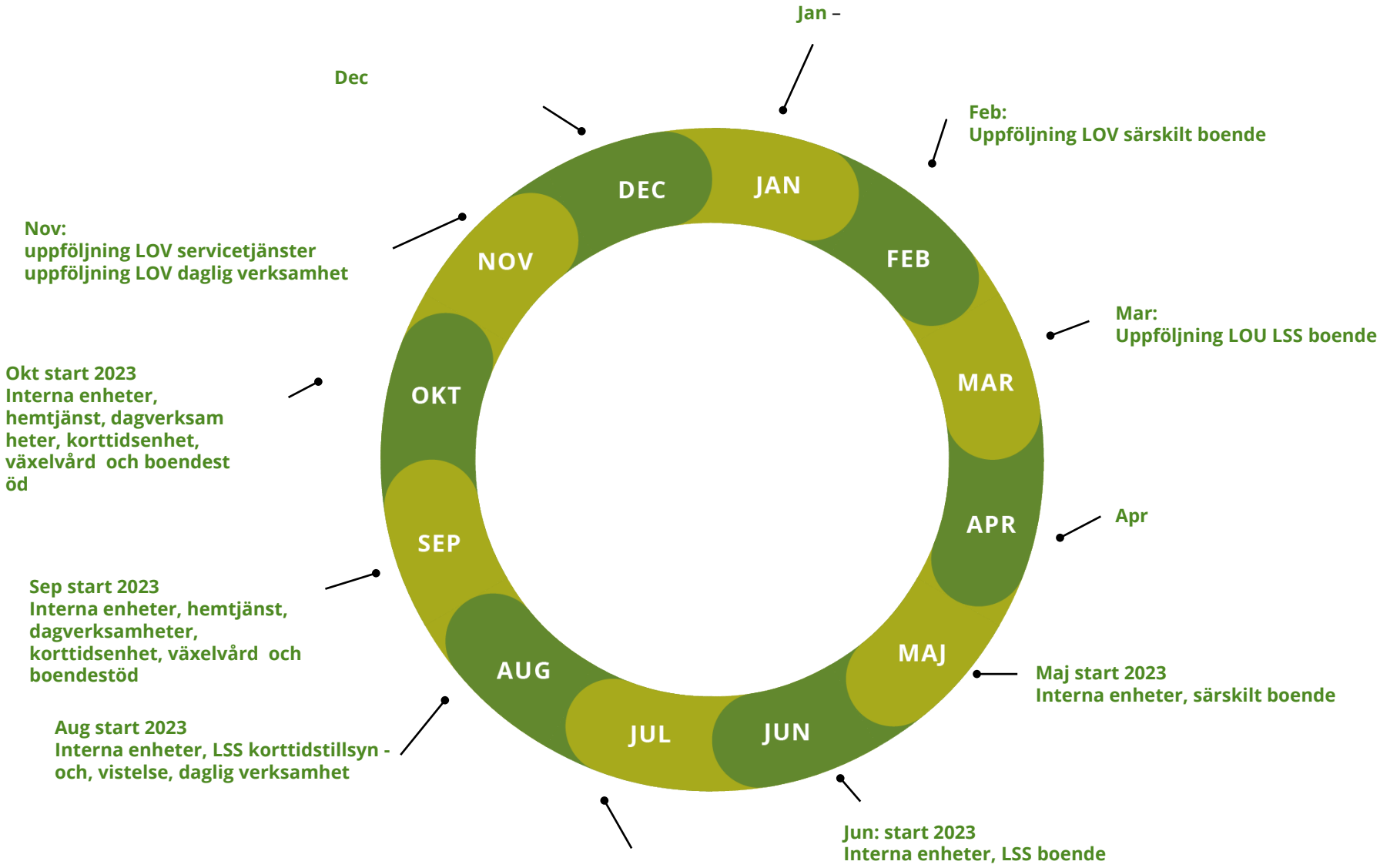
Sektor Omsorg gör lokala, egna, brukarenkäter enligt frekvenstabeller avseende ca 20 egna insatser samt till Servicetjänster LOV.

På nationell nivå skickar Socialstyrelsen enkäter till äldre, även till brukare i externa verksamheter. SKL erbjuder ett nationellt enkätmaterial som egna och externa utförare använder och själva hanterar inom LSS-insatserna särskilt boende, serviceboende och daglig verksamhet.

Hur: I enkätform
Ansvarig: För samordning och handledning KCO. För utförande respektive chef/enhetschef eller delegat.
Frekvens: Se frekvenstabeller.
Redovisas till nämnd: En gång per år.

Signature reference: acf9c3f6-e21b-4a9e-b314-28345318321b

Tidplan
Process uppföljning externa och interna utförare



Återrapportering till omsorgsnämnden sker nästkommande nämnd efter varje deluppföljning.

Signature reference: acf9c3f6-e21b-4a9e-b314-283453183321b

§19

Dnr: ON 2022/15

Uppföljning av externa utförare, servicetjänster

Beslut

Omsorgsnämndens beslut
Omsorgsnämnden godkänner uppföljningarna.

Ärendebeskrivning

Sektor Omsorg har gjort uppföljningar av externa utförare av servicetjänster under år 2021.

Beslutsunderlag

- Uppföljning av externa utförare, servicetjänster, tjänsteskrivelse
- Verksamhetsuppföljning Vardagshjälten Servicetjänster SoL
- Verksamhetsuppföljning Serviti Servicetjänster SoL
- Verksamhetsuppföljning Femtiofem + Servicetjänster SoL
- Verksamhetsuppföljning Ekens Omsorg Servicetjänster SoL
- Verksamhetsuppföljning Davego Servicetjänster SoL

Beslutet skickas till

För kännedom
kvalitetscontroller

Signature reference: acf9c3f6-e21b-4a9e-b314-28345318321b

§20

Dnr: ON 2022/45

Uppföljning av externa utförare, daglig verksamhet

Beslut

Omsorgsnämndens beslut
Omsorgsnämnden godkänner uppföljningarna.

Ärendebeskrivning

Sektor Omsorg har gjort uppföljningar av externa utförare av daglig verksamhet under år 2021.

Beslutsunderlag

- Uppföljning av externa utförare, daglig verksamhet, tjänsteskrivelse
- Verksamhetsuppföljning Nytida Stora Blå Daglig verksamhet LSS
- Verksamhetsuppföljning Nytida SKOA Daglig verksamhet LSS
- Verksamhetsuppföljning Brokamp Hundstund Daglig verksamhet LSS
- Verksamhetsuppföljning Attendo Stångby Daglig verksamhet LSS
- Verksamhetsuppföljning Attendo Skjutbanevägen Daglig verksamhet LSS

Beslutet skickas till

För kännedom
kvalitetscontroller

Signature reference: acf9c3f6-e21b-4a9e-b314-28345318321b

§21

Dnr: ON 2022/37

Revidering av omsorgsnämndens delegationsordning

Beslut

Omsorgsnämndens beslut
Omsorgsnämnden godkänner ny delegationsordning enligt bilaga att gälla från och med 1 april 2022.

Ärendebeskrivning

Förslag till reviderad delegationsordning för omsorgsnämnden har tagits fram.

Delegationen som gäller färdtjänst stryks eftersom färdtjänstuppdraget går över till Skånetrafiken den 1 april 2022.

MAR (medicinskt ansvarig för rehabilitering) får delegation att lämna ut journalhandlingar.

Eftersom belopp för direktupphandling har ändrats ändras det även i delegationsordningen.

Beslutsunderlag

- Revidering av omsorgsnämndens delegationsordning, tjänsteskrivelse
- Förslag till revidering av omsorgsnämndens delegationsordning, 1 april 2022

Beslutet skickas till

För kännedom
berörda tjänstepersoner
För verkställighet
nämndsekreterare

Signature reference: acf9c3f6-e21b-4a9e-b314-28345318321b

Delegationsordning för omsorgsnämnden 2022-04-01

ON § 21/2022

Signature reference: acf9c3f6-e21b-4a9e-b314-28345318321b

Om delegationsordning

Genom delegation har nämnden gett beslutanderätt till någon annan.

Delegationsordning för nämnd

Bestämmelser om delegation av ärenden inom en kommunal nämnd finns i kommunallagen (2017:725) 6 kap 37 – 39 §§.

Enligt 37 § får kommunal nämnd uppdra åt:

1) presidiet
2) ett utskott
3) en ledamot eller ersättare
4) en anställd

att besluta på nämndens vägnar i ett visst ärende eller en viss grupp av ärenden.

Enligt kommunallagen 6 kap 38 § får följande slag av ärenden inte delegeras:

1. ärenden som avser verksamhetens mål, inriktning, omfattning eller kvalitet
2. framställningar eller yttranden till fullmäktige liksom yttranden med anledning av att beslut av nämnden i dess helhet eller av fullmäktige har överklagats
3. ärenden som rör myndighetsutövning mot enskilda, om de är av principiell beskaffenhet eller annars av större vikt
4. ärenden som väckts genom medborgarförslag och som lämnats över till nämnden
5. ärenden som enligt lag eller annan författning inte får delegeras

Förbudet mot att delegera vissa ärenden beror på intresset av att nämnden behåller sitt övergripande ansvar för sitt verksamhetsområde.

I delegationens natur ligger att ärenden av principiell karaktär inte bör delegeras. Ett ärende, som vid fastställandet av delegationsordningen har betraktats som rutinärende, kan dock i en viss given situation få en principiell betydelse. I sådant fall ankommer det på delegaten att överlämna ärendet till nämnden för beslut.

Den som är jävig i ett ärende får inte besluta i det eller ens delta vid handläggningen. Bestämmelser om jäv finns i kommunallagen 6 kap 28 – 32 §§. Om någon delegat är jävig överlämnas ärendet för avgörande till nämnden eller till sektorchef.

Signature reference: acf9c3f6-e21b-4a9e-b314-283453183 21b

Beslutsfattande

Delegationen innebär att nämnden har gett delegaten i uppdrag att fatta beslut på nämndens vägnar i de ärenden som anges i delegationsordningen.

Eftersom delegaten därigenom träder in i nämndens ställe, får besluten samma rättsverkan som nämndens egna beslut.

Delegat har rätt att överlämna beslut i ärende till nämnden.

Delegation enligt delegationsordningen gäller tills vidare och kan återkallas eller ändras av nämnden.

Beslutanderätt som delegerats till viss befattningshavare utövas vid anställnings upphörande, tjänstledighet eller sjukskrivning av den som i delegatens ställe förordnats på tjänsten. Finns det ingen som har förordnats på tjänsten bör beslutanderätten övergå till annan befattningshavare.

Överordnads rätt att fatta beslut

I denna delegationsordning anges vilken lägsta nivå som beslutet får fattas på. Vid förhinder för den person som uppgetts som delegat får överordnad tjänsteman fatta beslutet. Det gäller enhetschefer och sektorchef inom den enhet som ursprungsdelegaten arbetar inom.

Det innebär att delegationen går vidare enligt följande:

Delegat	**Beslut är även i stigande ordning delegerat till**
MAS	Sektorchef
Enhetschef	Sektorchef
Biståndshandläggare	Enhetschef handläggarenhet, Sektorchef
Vårdansvarig sjuksköterska	Enhetschef, Sektorchef
Assistent/avgiftshandläggare	Sektorchef
Arbetsterapeut	Enhetschef, Sektorchef

Delegering i brådskande ärenden

Ibland kan det vara viktigt med snabba beslut, exempelvis i ärenden som gäller att överklaga en dom eller avge yttrande. I kommunallagen 6:39 finns det därför en regel om delegering i brådskande fall. Den ger nämnden rätt att till ordföranden eller annan ledamot som nämnden utser delegera beslut i brådskande ärenden som inte kan avvakta nämndens avgörande. Sådana beslut måste anmälas vid nästa nämndsammanträde.

Signature reference: acf9c3f6-e21b-4a9e-b314-28345318321b

Ärenden som inte återfinns i delegationsordningen

En delegationsordning kan aldrig bli heltäckande. Nya frågor och förändringar i författningssystemet kräver ständig revidering av den.

Beslut av förberedande eller verkställande art får inte överklagas och faller därmed utanför delegationsrätten. Utanför delegationsordningen faller också ärenden som ska behandlas av nämnden utifrån kommunallagen 6 kap 38 §, såsom fastställande av budget och bokslut.

Anmälan om delegationsbeslut

6 kap 40 § kommunallagen reglerar i vilken utsträckning beslut som fattas enligt 37 § ska anmälas till nämnden.

Verkställighet

Med ren verkställighet avses åtgärder som normalt vidtas i tjänstemannens dagliga arbete. Verkställighet omfattar beslut som:

- inte ger utrymme för självständiga bedömningar
- följer av arbetsfördelningen mellan de anställda och de förtroendevalda för att den kommunala verksamheten ska fungera
- interna beslut som rör den inre verksamheten och inte påverkar förhållandet utåt
- rutinärenden med tillämpning av riktlinjer/principbeslut/ tillämpningsföreskrifter
- beslut av förberedande art

Gränsdragning mellan beslut enligt delegation och verkställighet är inte alltid helt lätt. Verkställighetsbeslut ska inte anmälas till nämnden.

Överklagande

Delegationsbeslut kan överklagas antingen med stöd av 13 kap kommunallagen eller med stöd av bestämmelserna i 21 – 25 § förvaltningslagen eller annan författning.

Överklagande enligt förvaltningslagen innebär att överklagandet ska göras hos den instans som anges i respektive specialförfattning. Ett överklagande av sådana beslut innebär också att beslutet prövas i sak och att prövande myndighet kan ändra beslutets innehåll. Överklagande ska ske inom tre veckor från det den klagande fått del av beslutet. Beslutet ska vara försett med

Signature reference: acf9c3f6-e21b-4a9e-b314-28345318321b

upplysning om hur man överklagar, en så kallad överklagandehänvisning. Överklagandet ska lämnas till den myndighet som fattat beslutet, som prövar om överklagandet har skett i rätt tid. Överklaganden, som inkommer för sent, ska avvisas. Om överklagandet inte avvisas, ska myndigheten först ta ställning till om beslutet ska tas upp till omprövning. För de fall det inte finns anledning att ompröva beslut ska myndigheten överlämna det med eget yttrande till den överprövande myndigheten.

Övriga ärenden kan överklagas enligt kommunallagen. Det innebär att klagande får en laglighetsprövning av beslutet, vilket kan leda till att beslutet upphävs. Något annat beslut kan inte sättas i det överklagade beslutets ställe. Överklagandet ska ha kommit in till förvaltningsrätten inom tre veckor från den dag då det tillkännagetts på kommunens anslagstavla att protokollet över beslutet justerats.

Kammarrätten prövar som första domstolsinstans beslut som gäller frågor om någon har rätt att ta del av en allmän handling, så kallade sekretessmål. Överklagandet ställs till Kammarrätten i Göteborg.

Överprövning enligt lagen om offentlig upphandling (LOU)

En leverantör kan begära överprövning av en pågående upphandling vid förvaltningsrätt. När kommunen meddelat tilldelningsbeslut elektroniskt i en upphandling inträder en avtalsspärr under minst 10 dagar. Inom denna tid ska överprövning begäras (tidsspärren är 15 dagar om tilldelningsbeslutet skickas på annat sätt).

Signature reference: acf9c3f6-e21b-4a9e-b314-28345318321b

Förklaringar

Sektorchef omsorg är ansvarig verksamhetschef för hälso- och sjukvård.

Förkortningar som används i delegationsordningen

AML	Arbetsmiljölagen
BrB	Brottsbalken
FB	Föräldrabalken
FL	Förvaltningslagen
HSLF-FS	Författningssamlingen för hälso- och sjukvård, socialtjänst, läkemedel, folkhälsa
HSL	Hälso- och sjukvårdslagen
HV	Hemvård
IVO	Inspektionen för vård och omsorg
KL	Kommunallagen
LoS	LSS och socialpsykiatri
LOV	Lagen om valfrihetssystem
LSS	Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade
MAS	Medicinskt ansvarig sjuksköterska
ON	Omsorgsnämnden
OSL	Offentlighets- och sekretesslagen
PDL	Patientdatalagen
PSL	Patientsäkerhetslagen
SFB	Socialförsäkringsbalken
SKR	Sveriges Kommuner och Regioner
SOF	Socialtjänstförordningen
SoL	Socialtjänstlagen
SOSFS	Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd
SoL	Socialtjänstlagen
ssk	Sjuksköterska
TF	Tryckfrihetsförordningen
TvL	Tandvårdslagen

Signature reference: acf9c3f6-e21b-4a9e-b314-28345318321b

A. Allmänna ärenden

	Ärende	Lagrum	Delegat	Kommentar
1.	Beslut i ärenden som är så brådskande att nämndens avgörande inte kan avvaktas	6 kap. 39 § KL	Omsorgsnämndens ordförande eller vid förhinder 1:e eller 2:e vice ordförande	Beslutet ska anmälas vid nämndens nästa sammanträde
2.	Kurser och konferenser för omsorgsnämndens ordförande < tre dagar per kurs och/eller utom Norden		Omsorgsnämndens 1:e eller 2:e vice ordförande	
3.	Kurser och konferenser för förtroendevalda i < tre dagar per kurs inom Norden och/eller utom Norden		Omsorgsnämndens ordförande	
4.	Utse representant att föra nämndens talan i allmän domstol och förvaltningsdomstol		Sektorchef	
5.	Teckna samverkansavtal och likande med kommuner, regionen m fl		Sektorchef	
6.	För omsorgsnämndens räkning skriva under avtal som faller inom verkställighetsbegreppet		Sektorchef	
7.	Avvisande av ombud/biträde	14 § FL	Sektorchef	
8.	Utse systemförvaltare inom omsorgsnämndens verksamhetsområde		Sektorchef	
9.	Avslå ansökan om utförande av verksamhet enligt LOV	LOV 8:1	Sektorchef	
10.	Beslut om att helt eller delvis begära förskottsbetalning för kopiering av allmän handling - Journalhandlingar - Övrigt	OSL 6:1A	- MAS, MAR, Enhetschef handläggarenheten - Administrativ chef, Nämndsekreterare, Kommunsekreterare	

Signature reference: acf9c3f6-e21b-4a9e-b314-28345318321b

	Ärende	Lagrum	Delegat	Kommentar
11.	Beslut om mindre ändringar av informationshanteringsplanen		Nämndsekreterare, Kommunsekreterare	Med mindre ändring avses till exempel byte av digital eller fysisk förvaringsplats, tillägg av enstaka nya handlingar, leveranstid till centralarkiv eller andra mindre redaktionella ändringar, dock aldrig beslut om gallring

B. Sekretess

	Ärende	Lagrum	Delegat	Kommentar
1.	Beslut om att allmän handling inte ska lämnas ut eller lämnas ut med förbehåll	2 kap 2, 12 o 14 §§ TF 6 kap 2-5 §§ +10 kap OSL 12 kap 6§ SoL	Administrativ chef, Nämndsekreterare, Kommunsekreterare	
2.	Lämna yttrande vid överklagande av beslut att inte lämna ut eller med förbehåll (sekretessprövning) lämna ut handling		Administrativ chef	
3.	Beslut om att journalhandling eller uppgifter ur journalhandling inte ska lämnas ut eller lämnas ut med förbehåll. - HSL - Övriga		 - MAS, MAR - Sektorchef, Enhetschef handläggarenhet	
4.	Polisanmäla brott som hindrar nämndens verksamhet eller vissa brott som riktar sig mot minderåriga	10 kap 2 § o 16-22 §§ OSL	Omsorgsnämndens ordförande, Enhetschef	Gäller även beslut att inte polisanmäla.
5.	Tilldelning av behörighet för elektronisk åtkomst med hjälp av SITHS-kort	4 kap 2 § PDL	Enhetschef Samordnare	

C. Personal

	Ärende	Lagrum	Delegat	Kommentar
1.	Ledighet enligt lag om uppdrag som facklig förtroendeman		HR-avdelningen	

Signature reference: acf9c3f6-e21b-4a9e-b314-28345318321b

	Ärende	Lagrum	Delegat	Kommentar
2.	Samråd, MBL-frågor och förhandling enligt MBL		Berörd chef med personalansvar	

D. Upphandling

	Ärende	Lagrum	Delegat	Kommentar
1.	Direktupphandling där beloppet ligger mellan 100 000 kr - 700 000 kr av varor och tjänster. Besluta om att teckna tilldelning, avbryta direktupphandlingen samt teckna och häva avtal.		Sektorchef	
2.	Upphandling över tröskelvärdet där beloppet överstiger 700 000 kr av varor och tjänster. Besluta om att ge fullmakt till andra organisationer att före att företräda kommunen vid upphandlingar, teckna tilldelning, avbryta upphandling samt teckna, förlänga och häva avtal		Sektorchef	
3.	Lämna uppdrag till ombud att föra talan i domstol avseende överprövning av upphandling.		Sektorchef	
4.	Förlängning av avtal gällande punkt D2.		Inköpsstrateg	

E. Överklaganden, yttranden och remissvar

(gäller enligt samtlig lagstiftning inom omsorgsnämndens ansvarsområde)

	Ärende	Lagrum	Delegat	Kommentar
1.	Överklaga domstols dom och myndighets beslut.		Sektorchef	
2.	Beslut om avvisning om överklagandet har kommit in för sent	45 § FL	Delegat i ursprungsbeslutet Sektorchef	I de fall som omsorgs-nämnden eller dess beredning fattat beslutet får prövningen göras av sektorchef
3.	Rättelse av skrivfel	36 § FL	Delegat i ursprungsbeslutet	I de fall som omsorgs-nämnden eller dess beredning fattat beslutet får rättelse göras av sektorchef

Signature reference: acf9c3f6-e21b-4a9e-b314-28345318321b

	Ärende	Lagrum	Delegat	Kommentar
4.	Omprövning av beslut	37 § FL	Biståndshandläggare, Assistent/avgiftshandläggare	
5.	Yttrande till förvaltningsrätten i överklagat beslut - individärende - övergripande ärende		-Biståndshandläggare, Assistent/avgiftshandläggare -Sektorchef	
6.	Yttrande till kammarrätten i överklagat beslut		ON ordförande och/ eller sektorchef	
7.	Yttrande till Högsta förvaltnings-domstolen i överklagat beslut		ON ordförande och/ eller sektorchef	
8.	Ärenden enligt utdömande av särskild avgift för ej verkställda beslut enligt SoL 4 kap 1 § och LSS 28 a-d § - remissvar till Socialstyrelsen - yttrande till förvaltnings- och kammarrätt, samt högsta förvaltningsdomstol - överklagande av domar		- Sektorchef - Omsorgsnämndens ordförande och/eller sektorchef - Sektorchef	
9.	Yttrande/redovisning till IVO		Sektorchef MAS (HSL)	
10.	Yttrande till tillsynsmyndighet		Sektorchef	
11.	Anmälan till tillsynsmyndighet		Sektorchef	

Signature reference: acf9c3f6-e21b-4a9e-b314-28345318321b

F. Överförmyndare

	Ärende	Lagrum	Delegat	Kommentar
1.	Anmälan till överförmyndare om behov av förmyndare, förvaltare eller god man	5 kap 3 § SOF och 15 § 6 p LSS	Biståndshandläggare	
2.	Anmälan till överförmyndare att behov av förmyndare, förvaltare eller god man inte längre finns	5 kap 3 § SOF och 15 § 6 p LSS	Biståndshandläggare	
3.	Yttrande till överförmyndare i ärenden som rör förmyndare, förvaltare eller god man		Enhetschef	
4.	Anmälan till överförmyndaren om förhållanden beträffande förvaltning av underårigs egendom.	5 kap 3 § 3p SoF	Biståndshandläggare	

G. Lex Sarah

	Ärende	Lagrum	Delegat	Kommentar
1.	Beslut som klargör om Lex Sarah-rapport var ett allvarligt missförhållande/påtaglig risk för allvarligt missförhållande	14 kap 7 § SoL 24 f § LSS	Sektorchef	
2.	Ta emot information från enskild verksamhet om deras gjorda Lex Sarah-anmälningar till IVO	14 kap 7 § SoL 24 f § LSS	Sektorchef	

H. Tandvård

	Ärende	Lagrum	Delegat	Kommentar
1.	Bedömning till tandvårdsintyg	8A § Tand-vårdslagen	Biståndshandläggare Vårdansvarig ssk	

Signature reference: acf9c3f6-e21b-4a9e-b314-28345318321b

I. Bostadsanpassningsbidrag

	Ärende	Lagrum	Delegat	Kommentar
1.	Bevilja bostadsanpassningsbidrag - akuta behov, högst 5000 kronor - högst 100 000 kronor - högst 200 000 kr - högst 500 000 kronor - över 500 000 kronor	Lag (2018:222) om bostads-anpass-ningsbidrag	- Arbetsterapeut - Arbetsterapeut inom HV som tilldelats uppgiften efter beslut av enhetschef - Enhetschef område öst - Sektorchef - ON beredning	

J. Hemsjukvård

	Ärende	Lagrum	Delegat	Kommentar
1.	Anmälningar enligt Lex Maria	3 kap 5 § PSL och 2010:659 PSL HSLF-FS 2017:40 HSLF-FS 2017:41	MAS	
2.	Utse ansvarig för läkemedelsförråd samt rekvirent av läkemedel	SOSFS 2000:1	MAS	
3.	Utse medicinsk ansvarig sjuk-sköterska (MAS)	11 kap 4 § HSL	Sektorchef	
4.	Beslut om kvarstående hemsjukvårdsbidrag		Vårdansvarig sjuksköterska	
5.	Utse person som ansvarig för informationssäkerhetsarbetet inom HSL	HSLF-FS 2016:40	Sektorchef	
6.	Beslut om medicintekniska produkter	SOSFS 2008:1	MAS	
7.	På begäran lämna uppgifter till smittskyddsläkare	6 kap 9-10 §§ smitt-skyddslagen	MAS	
8.	Anmälningsskyldighet enligt smittskyddslagen	6 kap 12§ smittskydds-lagen	MAS	
9.	Ansvarsfördelning medicintekniska produkter grupp 1		MAS	

Signature reference: acf9c3f6-e21b-4a9e-b314-28345318321b

	Ärende	Lagrum	Delegat	Kommentar
10.	Ansvarsfördelning medicintekniska produkter grupp 2 och 3		Enhetschef	
11.	Anmälan till tillverkaren samt till Läkemedelsverket vid negativ händelse eller tillbud med medicintekniska produkter	SOSFS 2008:1	Sektorchef med rätt att delegera	Hjälpmedelsleverantören kompletterar och skickar in anmälan till Läkemedelsverket. MAS är kontaktperson för anmälan.

K. Avgifter

	Ärende	Lagrum	Delegat	Kommentar
1.	Beslut om avgifter	8 kap 2 § SoL	-Assistent/avgifts-handläggare	
2.	Reglering av förbehållsbelopp och avgift	8 kap 2 § SoL	Enhetschef handläggarenhet	

L. Ekonomi

	Ärende	Lagrum	Delegat	Kommentar
1.	Investeringar utöver investeringsbudget, högst 7 basbelopp/projekt, dock högst 14 basbelopp totalt		Sektorchef	
2.	Utse beslutsattestanter och ersättare för omsorgsnämndens verksamheter		Sektorchef	
3.	Ansökan om medel för projekt inom omsorgsnämndens ansvarsområde		Sektorchef	
4.	Ansökan om statsbidrag		Utvecklingsstrateg	
5.	Avskrivning av debiterade avgifter och skulder - högst 100 000 kronor - överstigande 100 000 kronor		- Sektorchef - ON beredning	
6.	Nedsättning av debiterade avgifter		Sektorchef	

Signature reference: acf9c3f6-e21b-4a9e-b314-28345318321b

	Ärende	Lagrum	Delegat	Kommentar
7.	Godkänna hyreskontrakt (verksamhetslokaler) understigande 100 000 kr/år eller kortare tid än 5 år		Sektorchef	
8.	Avvikelser från avgifter och uthyrningsföreskrifter på grund av särskilda skäl		Sektorchef	Avser riktlinjer och priser för uthyrning av lokaler
9.	Omfördelning av budget mellan och inom verksamhetsramarna men inom av kommunfullmäktige fastställd ram		Sektorchef	

M. Beslut enligt SoL

	Ärende	Lagrum	Delegat	Kommentar
1.	Inleda utredning	11 kap 1 § SoL	Biståndshandläggare	
2.	Inte inleda utredning	11 kap 1 § SoL	Biståndshandläggare	
3.	Avsluta utredning utan åtgärd	11 kap 1 § SoL	Biståndshandläggare	
4.	Bistånd i form av boendestöd	4 kap 1 § SoL	Biståndshandläggare	Enligt kommunala riktlinjer för mål-grupperna.
5.	Bistånd i form av bostad i särskilt boende - Medboende	4 kap 1 § SoL 4 kap 1 C § SoL	Biståndshandläggare Biståndshandläggare	
6.	Bistånd med anledning av ansökan enligt 2 kap 8 § SoL om insatser enligt 4 kap 1 § SoL	2 kap 8 § och 4 kap 1 § SoL	Biståndshandläggare	Ansökan om särskilt boende från boende i annan kommun
7.	Bistånd i form av boende i annan kommun eller hos annan vårdgivare (köp av plats)	4 kap 1 § SoL	Enhetschef handläggarenheten	Endast vuxna
8.	Bistånd i form av korttidsplats	4 kap 1 § SoL	Biståndshandläggare	
9.	Bistånd i form av korttidsplats för växelvård	4 kap 1 § SoL	Biståndshandläggare	

Signature reference: acf9c3f6-e21b-4a9e-b314-28345318321b

10.	Bostad i form av psykiatriboende inkl korttidsplats till personer med psykisk funktionsnedsättning - Externt (köp av plats)	4 kap 1 § SoL	- Enhetschef handläggarenheten	Finns inget internt boende idag
11.	Bistånd i form av hemtjänst (hjälp i hemmet)	4 kap 1 § SoL	Biståndshandläggare	
12.	Trygghetstelefon genom förenklat biståndsbeslut	4 kap 2 § SoL	Biståndshandläggare	
13.	Bistånd i form av serviceinsatser - Genom förenklat biståndsbeslut	4 kap 1 § SoL 4 kap 2 § SoL	Biståndshandläggare	
14.	Bistånd i form av ledsagare	4 kap 1 § SoL	Biståndshandläggare	
15.	Bistånd i form av kontaktperson	4 kap 1 § SoL	Biståndshandläggare	
16.	Bistånd i form av dagverksamhet	4 kap 1 § SoL	Biståndshandläggare	
17.	Bistånd i form av utflyttad strukturerad sysselsättning	4 kap 1 § SoL	Biståndshandläggare	
18.	Bistånd utöver riktlinjer under förutsättning av att ärendet inte är av principiell beskaffenhet eller av större vikt - högst ett basbelopp - överstigande ett basbelopp	4 kap 1 § SoL	- Sektorchef - ON beredning	Exempel på bistånd som varit aktuella är behandling samt kontaktpersontimmar över riktlinje
19.	Tillfälligt frångå riktlinjer för handläggning enligt socialtjänstlagen gällande biståndsbedömda trygghetsboenden (servicelägenheter) genom att erbjuda lediga servicelägenheter till personer som är 85 år och äldre via KKB:s bostadskö. Finns inte underlag görs erbjudandet till personer som är 84, 83, 82, 81 och 80 år.	4 kap 1 § SoL	Sektorchef efter dialog med omsorgsnämndens presidium	Vid situationer med ett större antal outhyrda servicelägenheter erbjuda cirka 60% av dessa till KKB:s bostadskö.

N. Beslut enligt LSS och SFB

	Ärende	Lagrum	Delegat	Kommentar
1.	Personkretsbedömning	1 § LSS	Biståndshandläggare	
2.	Biträde av personlig assistans	9 § 2 LSS	Biståndshandläggare	

Signature reference: acf9c3f6-e21b-4a9e-b314-28345318321b

	Ärende	Lagrum	Delegat	Kommentar
3.	Ekonomiskt stöd till skäliga kostnader för personlig assistent (utöver assistansersättning enligt lagen 1993:389)	9 § 2 LSS	Biståndshandläggare	
4.	Ersättning för merkostnader vid personlig assistents sjukdom	9 § 2 LSS	Biståndshandläggare	
5.	Ledsagarservice	9 § 3 LSS	Biståndshandläggare	
6.	Biträde av kontaktperson	9 § 4 LSS	Biståndshandläggare	
7.	Avlösarservice i hemmet	9 § 5 LSS	Biståndshandläggare	
8.	Korttidsvistelse utanför det egna hemmet	9 § 6 LSS	Biståndshandläggare	
9.	Korttidstillsyn för skolungdom över 12 år i anslutning till skoldagen samt lov	9 § 7 LSS	Biståndshandläggare	
10.	Boende i familjehem eller bostad med särskild service för barn eller ungdomar som behöver bo utanför föräldrahemmet - Bifall upp till 6 månader - Bifall till mer än 6 månader - Avslag	9 § 8 LSS	- Sektorchef - ON beredning - Enhetschef handläggarenhet	Var 6:e månad ska ON beredning ha en uppföljningsrapport för placeringen.
11.	Bostad med särskild service för vuxna eller annan särskilt anpassad bostad för vuxna - Internt - Externt (köp av plats)	9 § 9 LSS	-Biståndshandläggare -Enhetschef handläggarenhet	
12.	Daglig verksamhet för personer i yrkesverksam ålder som saknar förvärvsarbete och inte utbildar sig	9 § 10 LSS	Biståndshandläggare	
13.	Förhandsbesked om rätten till insatser enligt LSS för person som inte är bosatt i kommunen	16 § 2 st LSS	Biståndshandläggare	

Signature reference: acf9c3f6-e21b-4a9e-b314-28345318321b

	Ärende	Lagrum	Delegat	Kommentar
14.	Anmäla behov av ersättning för personlig assistent när grundläggande behoven överskrider 20 timmar enligt 9 § 2 LSS	51 kap 2 § SFB	Biståndshandläggare	
15.	Återbetalningsskyldighet för felaktig assistansersättning	51 kap 2 § SFB	Sektorchef	

O. Arvodes- och omkostnadsersättningar

	Ärende	Lagrum	Delegat	Kommentar
1.	Arvodes- och omkostnads-ersättningar till ledsagare - enligt riktlinjer - utöver riktlinjer	9 § 3 LSS 4 kap 1 § SoL	 -Enhetschef -Sektorchef	
2.	Arvodes- och omkostnads-ersättningar till kontaktpersoner - enligt riktlinjer - utöver riktlinjer	9 § 4 LSS 3 kap 6b § SoL	 -Enhetschef -Sektorchef	
3.	Arvodes- och omkostnads-ersättningar till avlösare - enligt riktlinjer - utöver riktlinjer	9 § 5 LSS	 -Enhetschef -Sektorchef	
4.	Arvodes- och omkostnads-ersättningar till stödfamiljer - i enlighet med SKL´s rekommendationer - utöver SKL´s rekommendationer	9 § 6 LSS	 -Enhetschef -Sektorchef	
5.	Arvodes- och omkostnads-ersättningar till familjehem - i enlighet med SKL´s rekommendationer - utöver SKL´s rekommendationer	9 § 8 LSS	 -Enhetschef -Sektorchef	

Signature reference: acf9c3f6-e21b-4a9e-b314-28345318321b

§22

Dnr: ON 2022/56

Informationssäkerhetssamordnare för omsorgsnämnden

Beslut

Omsorgsnämndens beslut
Omsorgsnämnden utser IT-samordnare Annika Stråth till informationssäkerhetssamordnare för nämndens verksamheter.

Ärendebeskrivning

Kommunstyrelsen har i § 149/2019 föreslagit nämnderna att uppdra till sektorschef att utse en informationssäkerhetssamordnare med uppdrag att företräda sektorn och nämnden i informationssäkerhetsfrågor.

Omsorgsnämnden utsåg i § 67/2019 dåvarande IT-samordnare Åsa Holmqvist till informationssäkerhetssamordnare. På grund av att hon slutat sin anställning föreslås nu IT-samordnare Annika Stråth till ny informationssäkerhetssamordnare för omsorgsnämnden.

Beslutsunderlag

- Informationssäkerhetssamordnare för omsorgsnämnden, tjänsteskrivelse

Beslutet skickas till

För kännedom
Annika Stråth
säkerhetsenheten
För verkställighet
nämndsekreterare

Signature reference: acf9c3f6-e21b-4a9e-b314-28345318321b

§23

Dnr: ON 2021/129

Redovisning av uppdrag om regelverk för föreningsbidrag

Beslut

Omsorgsnämndens beslut
Omsorgsnämnden godkänner redovisningen av uppdraget.

Ärendebeskrivning

Omsorgsnämnden betalar varje år ut föreningsbidrag till ett antal föreningar som ansökt om detta.

Omsorgsnämnden beslutade i § 81/2021 att ge sektorchef i uppdrag att informera berörda föreningar om gällande regelverk för föreningsbidrag med anledning av att alla föreningar inte söker enligt de regler som finns.

Hälsofrämjande enheten har nu varit i kontakt med berörda och informerat om regelverket. Uppdraget är därmed utfört.

Beslutsunderlag

- Redovisning av uppdrag om regelverk för föreningsbidrag, tjänsteskrivelse
- Omsorgsnämndens beslut § 81/2021 Föreningsbidrag år 2022

Beslutet skickas till

För kännedom
enhetschef hälsofrämjande enheten

Signature reference: acf9c3f6-e21b-4a9e-b314-28345318321b

§24

Dnr: ON 2020/169

Återrapportering av direktiv om tillfälligt riktat föreningsstöd för att främja psykisk hälsa

Beslut

Omsorgsnämndens beslut
Omsorgsnämnden godkänner återrapporteringen.

Ärendebeskrivning

Omsorgsnämnden beslutade i § 75/2020 om ett tillfälligt föreningsstöd för att främja psykisk hälsa hos seniorer och motverka en ökad psykisk ohälsa till följd av isolering under pandemin. Alla föreningar som är aktiva i Kävlinge kommun har kunnat söka.

Hälsofrämjande enheten har i bilaga gjort en uppföljning och en sammanställning av de aktiviteter som genomförts med hjälp av bidraget.

Beslutsunderlag

- Återrapportering av direktiv om tillfälligt riktat föreningsstöd för att främja psykisk hälsa hos seniorer, tjänsteskrivelse
- Utvärdering av tillfälligt riktat föreningsbidrag
- Omsorgsnämndens beslut § 75/2020 Direktiv om tillfälligt riktat föreningsstöd för att främja psykisk hälsa hos seniorer

Beslutet skickas till

För kännedom
enhetschef hälsofrämjande enheten

Signature reference: acf9c3f6-e21b-4a9e-b314-28345318321b

Uppföljning tillfälligt riktat föreningsstöd

I oktober 2020 erbjöd Kävlinge kommuns Omsorgsnämnd ett tillfälligt riktat föreningsstöd för att möta utmaningen med en ökad psykisk ohälsa hos äldre med följd av Coronapandemin.

Föreningarna kunde ansöka om upp till 5 000 kronor för en aktivitet som bryter isolering och främja psykisk hälsa hos seniorer. Ansökan skulle skickas in senast den 1 november 2020 och innehålla de uppsatta kriterierna. Beviljat föreningsstöd betalades ut 30 december 2020 och aktiviteten skulle genomföras någon gång under år 2021. Hälsofrämjande enheten fick i uppdrag av sektorchef att genomföra arbetet kring det tillfälligt riktade föreningsstödet.

Totalt ansökte 17 föreningar om föreningsstödet och samtliga föreningar blev beviljade föreningsstöd vilket resulterade i 17 olika aktiviteter, vissa med flera tillfällen. Den sammanlagda summan som betalades ut blev 85 500 kronor.

Hälsofrämjande enheten har bistått med att stötta föreningarna med marknadsföring och viss anmälan till de olika aktiviteterna. 14 av 17 aktiviteter har genomförts och 3 aktiviteter har fått förlängt genomförandedatum till 31 december 2022 på grund av rådande restriktioner.

Sammanlagt har aktiviteterna haft 1 949 deltagare. Vidare i skrivelsen finns en sammanfattande tabell utifrån uppföljningen.

Ebba Lindström
0462804127 • SMS: Klicka här för att ange text.
Ebba.Lindstrom@kavlinge.se

Kävlinge kommun, Hälsofrämjande enheten, 244 80 Kävlinge
Besöksadress: Högalidsvägen 33, Kävlinge
046-73 90 00 • kontakt@kavlinge.se • www.kavlinge.se

Signature reference: acf9c3f6-e21b-4a9e-b314-283453183211b

Föreningens namn	Vad för aktivitet genomfördes?	Berätta kort om resultatet
Kävlinge Popkör	Konsert i Silverforsen park.	En timmes konsert och dans. Ca 75 st i publiken.
Mopedsällskapet Kävlinge	Från och med den 30 maj till den 24 okt sista söndagen i var månad Hade vi öppet hus för alla 65+ allmänheten	La ner mycket jobb för att sprida informationen och ha typ bra fika eller aktivitet för de som skulle komma men det blev ca 3-4 personer under hela sommaren som dök upp. Kanske blir bättre framöver när alla är vaccinerade och läget har lugnat sig. Vi har även haft dåligt deltagande överhuvudtaget även från våra ordinarie medlemmar i år.
PRO-Furulund	Grilleftermiddag på Ljungvalla Idrottsplats men info grillad korv, kaffe och underhållning av Magnus Elvis Mårtensson.	Mycket uppskattat av medlemmarna och även styrelsen kände sig nöjd efter väl genomförd aktivitet.
Sånggruppen OneTwoSing	Musikquiz och körkonsert på Mejerigränd i Kävlinge. Sång i bostadsområden i Kävlinge.	Det var ett uppskattat quiz där vi hade fått förstapriset sponsrat från Peggys i Lödde. Väldigt uppskattat. Sång runt om i bostadsområden.
Hembygdsföreningen	Inköp av nytt material, ersättningsmaterial efter branden som drabbade Hembygdsföreningen, en bärbar dator och en projektor.	Inköpt på Radio Nilsson i Kävlinge. Det har bidragit med att Hembygdsföreningen kan hålla i föreläsningar i fortsättningen och det är en bit för att komma tillbaka till den förening som det var innan branden. Det har bidragit med att bland annat att vi kan ta upp de föreläsningar Hälsofrämjande enheten beställde av oss.
Barsebäck Golf and Country Club	Golfträning med golfpro och lunch	Alla var nöjda med förmiddagens aktivitet + lunch. Aktiviteten var utomhus.
PRO Kävlinge	Vi har bjudit alla på särskilt boende i kommunen på tårta. Vi har öppet i lokalen fredagar och bjudit på fika Tipsrunda med korvgrillning på Högalids IP 5ggr, Friluftsdag på Högalids IP, Stavgång, zumba, vinprovning, jul- och höstpyssel, kortspel har vi startat kurser i.	Vi har fått stor uppslutning och det har varit väldigt uppskattat av deltagarna.
Föreningen Viking Foundation	Hälsofrämjande kåserivandringar för kommunens äldre - guidning och fika	Vandringarna var mycket uppskattade av deltagarna som fick en möjlighet att röra på sig, lära sig något nytt och inte minst få träffa andra, allt i en trygg och smittsäkrad utomhusmiljö. Stort tack!
Kävlinge Boulesällskap	Boulespel i inomhushall.	Alla var nöjda med att vi kunde hyra hallen under hösten och att vi kunde fortsätta med spel inomhus efter sommarens ute spel. 14 tillfällen 25 deltagare/tillfälle.
Ligusterns Biljardklubb, Furulund	Korvgrillningcup. Först biljard sedan korvgrillning och mingel. Säsongens Nystart med mycket skratt och glädje.	Korvgrillningscupen, Elsa Lind vann över Sune Steneram. I november-cupen tog Sune revansch och vann

Signature reference: acf9c3f6-e21b-4a9e-b314-28345318321b

	Novembercup med gulaschsoppa och biljard så klart. Julcup med 3 rätters middag inför julen enl tradition. Mycket uppskattat. Klubben bjöd alla medlemmar.	över Bertil Bergström. I Julcupen vann Roland Magnusson över Eva Ahlm. 3-rättersmiddagen var en succé, tyvärr har man stängt Ligusterns matsal, men medlemmarna fick en utsökt cateringmiddag från en restaurang i Lödde.
Friluftsfrämjandet	Släppt en digital tipsrunda som finns tillgänglig på 4 ställen i kommunen; Sandskogen i Lödde, Högalids idrottsplan i Kävlinge, slingan vid Vikenbadet i Furulund och på Järavallen”	Verkar varit en aktivitet som uppmuntrat till fysisk aktivitet och glädje.
Kävlinge Pistolskytteklubb	Testa på pistolskytte. Presentation av föreningen, vår verksamhet och de olika vapentyper följt av en säkerhetsgenomgång. Bekantade oss med de vanligaste tävlingsvapnen i kaliber .22lr. Efter det till större kalibrar där den som ville fick prova att skjuta ett par skott med vardera ända upp till Dirty Harry's .44 magnum revolver. Efter genomförd skjutning avslutas det med en fika på altanen. Hela eventet tog 3h/tillfälle.	Var populärt och roligt att se kommuninvånarna testa på pistolskytte.
Friskis & Svettis	Byavandringar med tema träning – kultur - social gemenskap. Varje tillfälle tog 1.5 -2.0 tim och innehöll en promenad i raskt tempo på max 5 km, med 2-3 stopp för intressant information om platser och händelser i vår kommun, såväl dåtid som nutid. Träningen i samband med stoppen bestod av enkla övningar för rörlighet och styrka. Efter vandringen avslutades det med en kortare fikapaus då tillfälle gavs att ställa frågor och diskutera.	Väldigt populärt. Det var flera som ville ha exakt samma aktivitet vid andra tillfällen.
Studiecirkel för musiker: MIK	Musikbingo på Norrehed (musikanläggning och gage)	Var ett uppskattat musikbingo som genomfördes på Norrehed
Lions Club Löddeköpinge	Utflykt i maj-sept, till Vikhög med bussar och nödvändig medföljande personal för boende på Norrehed, Möllegården och Tallgården (dvs "gamla" Lödde kommun) efter intresse och möjlighet. Tält med lunch och live-musikunderhållning, frågesport, bingo och liknande.	Bidraget är oförändrat kvar på bankkontot, för senare användning. Samtal förs även med ansvariga om flera, enklare aktiviteter ute/inne på boendena, med liknande inriktning; musik, frågesport o liknande.
Musikförening Kävlinge	Prova på att spela instrument tillsammans.	Bidraget inte nyttjat än. Kommer att användas under år 2022 för avsedd aktivitet.
Zwing it	Konsert	Bidragit inte nyttjat än. Kommer att användas under år 2022 för avsedd aktivitet.

Signature reference: acf9c3f6-e21b-4a9e-b314-28345318321b

§25

Dnr: ON 2022/57

Tillfälligt riktat föreningsstöd år 2022 för att främja psykisk hälsa hos seniorer

Beslut

Omsorgsnämndens beslut
Omsorgsnämnden uppdrar till sektorchef att införa ett tillfälligt riktat föreningsstöd för att främja psykisk hälsa hos seniorer enligt följande:

- För detta föreningsstöd tillfälligt frångå beslutade regelverk och riktlinjer för föreningsstöd fram till som längst 2022-12-31.
- Detta föreningsstöd tilldelas efter att förening, baserad i Kävlinge kommun, gjort en skrivelse till omsorgsnämnden med ansökan och beskrivning av aktivitet.
- Föreningsstödet ska marknadsföras på kommunens hemsida och i sociala medier.
- Beslut att betala ut föreningsstödet delegeras till sektorchef eller av sektorchef utsedd delegat.
- Föreningsstödet kan ges upp till 5 000 kr per förening och aktivitet.
- Föreningsstödet ska finansieras med balanserade medel föreningsstöd.

Ärendebeskrivning

Omsorgsnämnden beslutade i § 75/2020 om ett tillfälligt riktat föreningsstöd för att främja psykisk hälsa hos seniorer. Nu föreslås att detta föreningsstöd erbjuds även under år 2022.

Syftet med föreningsstödet är att möjliggöra aktiviteter för att bryta isolering och främja psykisk hälsa hos seniorer. Alla föreningar som är aktiva i kommunen kan söka detta bidrag, inte enbart pensionärsföreningar eller LSS-föreningar.

Beslutsunderlag

- Tillfälligt riktat föreningsstöd för att främja psykisk hälsa hos seniorer år 2022, tjänsteskrivelse

Signature reference: acf9c3f6-e21b-4a9e-b314-283453183211b

Yrkanden

Mikael Brandt (C), Anna Elmvik (M), Thomas Salomon (SD) och Gunni Gustafsson Nilsson (S) yrkar bifall till liggande förslag.

Beslutet skickas till

För verkställighet

sektorchef

enhetschef hälsofrämjande enheten

Signature reference: acf9c3f6-e21b-4a9e-b314-28345318321b

§26

Dnr: ON 2019/266

Om- och nybyggnation vid Kullagården

Beslut

Omsorgsnämndens beslut
Återrapportering av förstudien godkänns.

Omsorgsnämnden ger KKB i uppdrag att göra en planansökan.

I detaljplanarbetet ska det säkerställas att lägenhetsstorlekar 1 rum och 2 rum och kök tas fram.

Byggprocessen ska planeras utifrån att de som redan bor på Kullagården ska kunna flytta in i ny lägenhet utan att annan omflyttning behöver ske.

Ärendebeskrivning

I juni 2020 fattade omsorgsnämnden beslut om att beställa förstudie genom KKB. Förstudien har syftat till att undersöka de initiala möjligheterna och förutsättningarna för renovering och nybyggnation av Kullagården samt komplettera med KKBs egna hyresrätter för att till fullo nyttja tomten. Målsättningen med förstudien är att klargöra ifall det så väl tekniskt som ekonomiskt är möjligt samt om det går att skapa något som även gestaltningsmässigt passar in i omgivningen. För att klargöra detta har flertalet tidiga utredningar gjorts, men endast till en sådan nivå att det går att avgöra om projektet är möjligt. Exempel på detta är en tillfredsställande lösning för personalutrymme och dagverksamhet samt antal nyskapade lägenheter till rimliga hyror för så väl verksamhet som KKBs egna bestånd. KKB har under förstudien haft dialoger med planenheten och som menar att det nu finns tillräckligt med underlag från förstudien för att gå vidare med en planansökan som nästa steg.

I ett kommande detaljplanarbete ska det säkerställas att både 1 o 2 rum och kök ska planeras in som bostäder för omsorgsnämndens del.

Byggprocessen behöver planeras utifrån att de som redan bor på Kullagården ska kunna flytta in i ny lägenhet utan att annan omflyttning behöver ske under byggtiden.

Den ekonomiska delen som beskrivs i förstudien innebär att omsorgsnämnden får en ny hyra för verksamhets- och personalutrymmen. Grundtanken är att nämnden genom befolkningskompensationen täcker hyror för nytillkomna ytor/funktioner och ges tillskott för standardhöjning av befintliga ytor, dock kan stora projekt och dess nya hyreskostnader hanteras i budgetberedningen för alla nämnder och kan läggas som förslag om hyreskompensation i

Signature reference: acf9c3f6-e21b-4a9e-b314-28345318321b

budget. Lägenhetshyror och eventuella gemensamhetsutrymmen kopplade till lägenheterna ska täckas av hyresgästen alternativt nämnden.

Beslutsunderlag

- Om- och nybyggnation vid Kullagården, tjänsteskrivelse
- Förstudie om och nybyggnation Kullagården ON mars 2022
- Kullagården kostnadsbedömning 220114
- Kullagården bilder ON mars 2022

Yrkanden

Mikael Brandt (C), Anna Elmvik (M), Thomas Salomon (SD) och Gunni Gustafsson Nilsson (S) yrkar bifall till liggande förslag.

Beslutet skickas till

För kännedom
enhetschef Kullagården
utvecklingsledare
För verkställighet
sektorchef
VD KKB

Signature reference: acf9c3f6-e21b-4a9e-b314-28345318321b

2022-01-31

Om- och nybyggnation vid Kullagården

Inledning

Kullagården då kallat Kävlingehemmet upprättades som ålderdomshem. På 1980-talet byggdes boendet om till fullvärdiga lägenheter, nybyggnation av lägenheter i nytt punkthus samt tillbyggnad för träffpunkt och restaurang. KKB upprättade även ett punkthus med lägenheter på tomten, Villa Fridhem.
Utifrån att Kullagården har behov av renovering, verksamhetens behov förändras över tid och den demografiska utvecklingen kring att andelen äldre ökar har diskussioner påbörjats kring hur man kan förändra innehåll av bostäder och lokaler för omsorgsnämndens verksamheter i samarbete med fastighetsägaren KKB.
Tomten har även förutsättningar för förtätning.

Kullagården är idag en stor arbetsplats, motsvarande ca 70 medarbetare som har uppdrag i hemtjänst, boendestöd, LSS-boende samt ledning, administration och legitimerad personal. Lokalerna för medarbetarna är undermåliga och små. Det saknas personalrum för rast och måltider, omklädningsrum, förvaring arbetskläder med mera.

Beställning av förstudie

Under 2019 presenterade KKB för omsorgsnämnden förslag om förnyelse gällande renovering och nybyggnation på Kullagården. Förslaget innebär bland annat nyproduktion av lägenheter för målgruppen seniorer, dagverksamhet och personallokaler för omklädning/kontor.
I november 2019 beslutade omsorgsnämnden att låta KKB ta fram ett kostnadsförslag för att genomföra en förstudie för det presenterade förslaget. I juni 2020 fattade omsorgsnämnden beslut om att beställa förstudie genom KKB.
Förstudien har syftat till att undersöka de initiala möjligheterna och förutsättningarna för renovering och nybyggnation av Kullagården samt komplettera med KKBs egna hyresrätter för att till fullo nyttja tomten. Målsättningen är att klargöra ifall det så väl tekniskt som ekonomiskt är möjligt samt om det går att skapa något som även gestaltningsmässigt passar in i omgivningen. För att klargöra detta har flertalet tidiga utredningar gjorts, men endast till en sådan nivå att det går att avgöra om projektet är möjligt. Exempel på detta är

Signature reference: acf9c3f6-e21b-4a9e-b314-28345318321b

en tillfredsställande lösning för personalutrymme och dagverksamhet samt antal nyskapade lägenheter till rimliga hyror för så väl verksamhet som KKBs egna bestånd. Av vikt är även att visa hur det går att lösa parkeringsbehovet.

Arbetsgång

En arbetsgrupp tillsattes med representanter från KKB samt externt stöd i form av arkitekt, projektledare med flera. För Kävlinge kommun har också tjänstepersoner varit delaktiga från sektor Omsorg samt från sektor Styrning och Stöd.
KKB har informerat och fört dialog med planenheten under förstudien. Planenheten menar att de underlag som är framtagna under förstudien är tillräckliga underlag för att göra en planansökan.

Förslag till förändring utifrån förstudie

Omsorgsnämndens verksamheter:

Längorna kring huvudbyggnaden rivs	– 30 (23+7) lägenheter
2 nya punkthus upprättas	+ 55 lägenheter
Befintliga lägenheter	+ 13 lägenheter
Totalt	68 lägenheter

1 ny dagverksamhet
Tillbyggnad huvudbyggnad, lokaler för personal

KKBs bostäder

5 nya lamellhus	+80 lägenheter
(varav 2 av lamellhusen 55+ boende)	
befintliga Villa Fridhem	+18 lägenheter
Totalt	98 lägenheter

Totalökning volym av bostäder, hela området +118 lägenheter

Kostnadsbild av förslag utifrån förstudie

En mycket tidig kalkyl har tagits fram av KKB men där flertalet reservationer görs då denna behöver uppdateras under detaljplanearbetet i takt med att fler förutsättningar blir klara. I detta tidiga skede är det mesta schablonkostnader. Slutsatsen som gjorts är att bästa sättet att skapa ett attraktivt Kullagården för såväl boende som för personal som samtidigt bär sig ekonomiskt är att riva äldre delar och skapa nya byggrätter.

Lägenheter, biståndsbedömda trygghetsboende:
1990 kr/m2/år
De nyproducerade biståndsbedömda lägenheterna i förslaget är 2:or på ca 55 kvm och då motsvarar 1990 kr/m2 en hyra på 9120 kr/månad. Förvaltningen har även framfört att det ska finnas 1:or, det får diskuteras vidare i nästa steg efter förstudien.

Signature reference: acf9c3f6-e21b-4a9e-b314-28345318321b

Nedan tabell visar beräkning med hyresnivå 9120 kr/månad och den enskildes påverkan – ekonomiska effekter. Har insatser i form av hemtjänst, beräknat på 2022 års nivåer. Exempel från Kullagården. Nuvarande boendestorlek i tabell är 55-60 m2.

Vårdtagare nr 1	Idag	Efteråt	I plånboken idag	I plånboken efteråt
Pension netto	10000	10000	10000	10000
Bostadstillägg	3500	4900	3500	4900
Bostadskostnad	-5516	-9120	- 5516	-9120
Minimibelopp	-5653	-5653		
Avgiftsutrymmet	2331	127	-2170 (vård)	-127 (vård)
Kommunens avgift	2170	127	5 814 (kvar i plånboken)	5 653 (kvar i plånboken)
Vårdtagare nr 2	Idag	Efteråt	I plånboken idag	I plånboken efteråt
Pension netto	16000	16000	16000	16000
Bostadstillägg	0	3200	0	3200
Bostadskostnad	-5516	-9120	-5516 (hyra)	-9120
Minimibelopp	-5653	-5653		
Avgiftsutrymmet	4831	4427	-2170 (vård)	-2170 (vård)
Kommunens avgift	2170	2170	8314 (kvar i plånboken)	7910 (kvar i plånboken)

Motsvarar 1990 kr/m2 annan av er nyproduktionskostnad av lägenheter?
- Har adderat 10% på byggkostnaden för anpassning av vanliga lgh till era omsorgsboenden.

Vad är hyran /m2 för lägenheterna vi blockförhyr idag på Kullagården?
- Hyrorna ligger mellan 1000 -1150 kr/m2, där de flesta ligger runt 1100 kr/m2.

Vad kan eventuell investeringsstöd /m2 ge?
Det finns idag investeringsstöd som man kan ansöka genom Boverket.
KKB har lämnat indikativa hyresnivåer exkl. investeringsstöd av följande anledningar:

- Vi vet inte om det kommer att finnas investeringsstöd för den här produkten när det är dags att starta projektet, förutsättningarna kan ändras fort.
- Vi har mkt svårt att beräkna stödet så här tidigt i projektet, vi behöver arbeta mer i detalj med produkten för att förstå vilka stödnivåer vi skulle kunna tillgodoräkna oss.

Signature reference: acf9c3f6-e21b-4a9e-b314-28345318321b

Ny dagverksamhet:
Yta ca190 m2 till en ca kostnad 2200kr/m2 och år= 418 000 kr/år

Tillbyggnad personalutrymmen:
Yta ca 750 m2 till en ca kostnad 2200kr/m2 och år= 1 650 000 kr/år

Sektorns kostnad/hyra idag för gemensamhet/personalutrymmen mm: ca 2 000 000 kr/år.
Ny hyra efter om och nybyggnation för gemensamhets och personalutrymme: ca 4 000 000.

Vet vi något kring avskrivning /kvarvarande värde för det som föreslås rivas?
– det ingår i kalkylen med 6Mkr.
Det nämns i inledningen i bilagan ”ingår ej” belastar något av det samhällsbyggnad eller annan part?
- nej som KKB ser det behöver det bäras av projektet men ingår inte i kalkylen. Möjligtvis anpassning av befintliga gator och belysning, men gissar att samhällsbyggnad tycker att projektet ska bära den kostnaden.

Möjlig beslutsgång:

ON beredning 24/1
Sektorchef informerar omsorgsnämnden 2022 02 01 om status i ärendet.
KS beredning 7/2
Ärende till Omsorgsnämnden för beslut 15 mars 2022; ON har tagit del av förstudien och beslutar/föreslår att gå vidare med att ge KKB i uppdrag att göra en formell planansökan för Kullagården.

Detaljplanarbete, innebörden

Om omsorgsnämnden väljer att gå vidare med att KKB gör en formell planansökan och projektet beviljas positivt planbesked påbörjas detaljplanearbetet. Under arbetets gång kommer flertalet studier som gjorts under förstudien att behöva fördjupas samt att nya tillkommer. Som exempel kan ges att parkeringslösningen, bevarande av träd samt våningshöjder och byggnadernas exakta placering behöver studeras närmre samt att det kan komma att behöva göras geotekniska undersökningar på fastigheten och diskussioner kring lösningar för att hantera höjdskillnader och ledningar. Arkitekterna kommer att få i uppdrag att fördjupa sina skisser och ta fram tidiga programhandlingar för att försäkra oss om att den byggrätt som tillskapas i detaljplanen är tillräckligt stor för de behov som finns och att kommande bestämmelser fungerar ihop med det tänkta ändamålet. Likaså att det blir tillfredställande planlösningar för trygghetsboendet. Utöver detta kommer både allmänheten och olika myndigheter och instanser få lov att komma med synpunkter under

Signature reference: acf9c3f6-e21b-4a9e-b314-28345318321b

processen vilket också kan påverka projektet. Under detaljplanearbetet kan den initiala kalkyl som togs fram under förstudien uppdateras löpande för att säkerställa att projektets ekonomiska förutsättningar fortfarande håller.

Signature reference: acf9c3f6-e21b-4a9e-b314-28345318321b

§27

Dnr: ON 2021/59

Redovisning av myndighetsbeslut för egenkontroll år 2021

Beslut

Omsorgsnämndens beslut
Omsorgsnämnden godkänner redovisningen.

Omsorgsnämnden förlänger uppdraget under år 2022 med redovisning senast mars år 2023. Redovisningen ska även innehålla information om huruvida beslut har fattats inom lagstadgad tid i de aktuella ärendena.

Ärendebeskrivning

Omsorgsnämnden beslutade i § 53/2019 att fram till och med år 2022 årligen granska delegationsbeslut inom strategiska områden i omsorgsnämndens verksamhet.

Omsorgsnämnden beslutade sedan i § 20/2021 att uppdra till sektorchef att undersöka om beslut enligt LSS (avsnitt O i delegationsordningen) sker inom lagstadgad tid samt att analysera överklaganden av beslut enligt LSS (antal, andel som går kommunens väg och andel som inte gör det). Egenkontrollen ska avse beslut som fattas år 2021 och ska återrapporteras till omsorgsnämnden i mars 2022.

Granskningen visar att antal ärenden som under 2021 resulterat i avslag gällande ansökan om insatser enligt lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade och som sedan överklagats är tolv. Se tabell i bilaga till tjänsteskrivelsen. Av dessa tolv ärenden har förvaltningsrätten avgjort tre ärenden, där samtliga domar fastslår omsorgsnämnden beslut. Av de nio ärenden som ännu inte är avgjorda har det, av den enskilde, begärts inhibition i två. Förvaltningsrätten har avslagit båda dessa.

I kontakt med förvaltningsrätten framför de att deras handläggningstid just nu är cirka 12–18 månader. Inför nästa delegationskontroll lämnas därför förslag att i stället göra en granskning av de ärenden som avgjorts under den specifika kontrollperioden, i stället för både beslut och dom som var gällande vid årets granskning.

Signature reference: acf9c3f6-e21b-4a9e-b314-28345318321b

Beslutsunderlag

- Redovisning av myndighetsbeslut för egenkontroll år 2021, tjänsteskrivelse
- Bilaga till tjänsteskrivelse om återrapportering av egenkontroll av delegationsärenden år 2021

Beslutet skickas till

För verkställighet
enhetschef handläggarenheten

Signature reference: acf9c3f6-e21b-4a9e-b314-28345318321b

2022-01-31 | Dnr: ON 2021/59

Bilaga till tjänsteskrivelse om återrapportering av egenkontroll av delegationsärenden år 2021

Ärende	Ärendetyp	Utfall
2021/282	PA	Dom i ärendet har ännu inte kommunicerats.
2021/266	PA	Förvaltningsrätten avslår yrkandet om interimistiskt beslut. Dom i ärendet har ännu inte kommunicerats. Avser samma person som ärende 2021/155.
2021/247	Korttidsvistelse	Förvaltningsrätten avslår överklagandet. Omsorgsnämndens beslut står fast.
2021/167	Boende 9:9	Dom i ärendet har ännu inte kommunicerats.
2021/157	Boende 9:9	Dom i ärendet har ännu inte kommunicerats.
2021/155	PA	Förvaltningsrätten avslår yrkandet om interimistiskt beslut. Dom i ärendet har ännu inte kommunicerats.
2021/154	Ledsagarservice	Dom i ärendet har ännu inte kommunicerats.
2021/149	Boende 9:8	Dom i ärendet har ännu inte kommunicerats.
2021/132	PA	Dom i ärendet har ännu inte kommunicerats.
2021/102	Ledsagarservice	Förvaltningsrätten avslår överklagandet. Omsorgsnämndens beslut står fast.
2021/81	Korttidsvistelse	Omsorgsnämnden avvisar överklagan då den inkommer efter besvärstidens utgång. Förvaltningsrätten upphäver avvisning och hänvisar tillbaka till Omsorgsnämnden för erfoderlig handläggning. Ingen omprövning görs gällande beslutet, utan sänder överklagan vidare till Förvaltningsrätten för prövning. Dom i ärendet har ännu inte kommunicerats.
2021/77	Ledsagarservice	Förvaltningsrätten avslår överklagandet. Omsorgsnämndens beslut står fast.

Omsorgsnämnden
Robin Sverin
• Robin.Sverin@kavlinge.se

Kävlinge kommun
Kullagatan 2, 244 80 Kävlinge
046 - 73 90 00 • kommunen@kavlinge.se • www.kavlinge.se

Signature reference: acf9c3f6-e21b-4a9e-b314-28345318321b

Ej avgjorda	9
Förvaltningsrätten avslås överklagan	3
Förvaltningsrätten bifaller överklagan	0

Signature reference: acf9c3f6-e21b-4a9e-b314-28345318321b

§28

Dnr: ON 2022/9

Redovisning av delegationsbeslut 15 mars 2022

Beslut

Omsorgsnämndens beslut
Omsorgsnämnden godkänner redovisningen.

Ärendebeskrivning

Redovisning av delegationsbeslut enligt omsorgsnämndens delegationsordning 2022:18–33.

Beslutsunderlag

- Redovisning av delegationsbeslut 15 mars 2022, tjänsteskrivelse
- Redovisning av delegationsbeslut 15 mars 2022

Signature reference: acf9c3f6-e21b-4a9e-b314-28345318321b

Redovisning av delegationsbeslut för omsorgsnämnden 15 mars 2022

Nr	Datum	Ärenderubrik	Delegat	Beslut/Notering	Dnr
18	2022-02-02	Tilldelningsbeslut i upphandling av schemaläggningsverktyg	Sektorchef		ON 2022/31
19	2022-01-20	Tilldelningsbeslut i upphandling av enteral nutrition och förbrukningsvaror	Sektorchef		ON 2021/175
20	2022-01-20	Tilldelningsbeslut i upphandling av biståndshandläggare	Sektorchef		ON 2022/27
21	2022-01-03	Beslut om att ej anmäla enligt Lex Sarah	Sektorchef		ON 2021/283
22	2022-01-21	Avskrivning av skulder	Sektorchef	Sekretessbilaga 2022.12	
23	2022-03-01	Delegationslista bostadsanpassningsbidrag, februari 2022	Handläggare	Sekretessbilaga 2022.13	
24	2022-02-09	Delegationslista avgiftsbeslut, januari 2022	Handläggare	Sekretessbilaga 2022.14	
25	2022-02-09	Delegationslista färdtjänst, januari 2022	Handläggare	Sekretessbilaga 2022.15	
26	2022-02-09	Delegationslista LSS, januari 2022	Handläggare	Sekretessbilaga 2022.16	

Signature reference: acf9c3f6-e21b-4a9e-b314-28345318321b

27	2022-02-09	Delegationslista riksfärdtjänst, januari 2022	Handläggare	Sekretessbilaga 2022.17
28	2022-02-09	Delegationslista SoL, januari 2022	Handläggare	Sekretessbilaga 2022.18
29	2022-03-02	Delegationslista avgiftsbeslut, februari 2022	Handläggare	Sekretessbilaga 2022.19
30	2022-03-02	Delegationslista färdtjänst, februari 2022	Handläggare	Sekretessbilaga 2022.20
31	2022-03-02	Delegationslista LSS, februari 2022	Handläggare	Sekretessbilaga 2022.21
32	2022-03-02	Delegationslista riksfärdtjänst, februari 2022	Handläggare	Sekretessbilaga 2022.22
33	2022-03-02	Delegationslista SoL, februari 2022	Handläggare	Sekretessbilaga 2022.23

Signature reference: acf9c3f6-e21b-4a9e-b314-28345318321b

§29

Dnr: ON 2022/8

Redovisning av inkomna skrivelser 15 mars 2022

Beslut

Omsorgsnämndens beslut
Omsorgsnämnden godkänner redovisningen.

Ärendebeskrivning

Rapport över ej verkställda beslut kvartal 4 år 2021 SoL
ON 2021/5
2022-02-03

Rapport över ej verkställda beslut kvartal 4 år 2021 LSS
ON 2021/6
2022-02-03

Information till nämnder om rapportering av ej verkställda beslut, IVO
2022-02-15

Valnämndens beslut § 4/2022 Studiecirkel Mitt val år 2022
ON 2019/6
2022-02-22

Patientsäkerhetsberättelse Villa Fridsbo
ON 2022/46
2022-03-02

Patientsäkerhetsberättelse Lyckliga gatan 2021
ON 2022/46
2022-03-02

Kommunstyrelsens beslut § 5 2022 Handlingsplan för intern kontroll 2022
ON 2021/172
2022-01-24

Signature reference: acf9c3f6-e21b-4a9e-b314-283453183 21b

Kommunstyrelsens beslut § 4 2022 Återrapportering av intern kontrolluppdrag 2021
ON 2021/34
2022-01-24

Arbetsliv- och fritidsnämndens beslut § 2/2022 Utredningsuppdrag gymnasiesärskolans individuella program
ON 2021/34
2022-01-24

Förvaltningsrätten i Malmös dom i ärende om bostadsanpassningsbidrag. Förvaltningsrätten avslår överklagandet, omsorgsnämndens beslut står fast.
ON 2021/281
2022-02-21

Förvaltningsrätten i Malmös dom i överklagat ärende om bistånd enligt socialtjänstlagen. Förvaltningsrätten avslår överklagandet, omsorgsnämndens beslut står fast.
ON 2021/273
2022-02-07

Förvaltningsrätten i Malmös dom i överklagat ärende om färdtjänst. Förvaltningsrätten avslår överklagandet, omsorgsnämndens beslut står fast.
ON 2021/174
2022-03-08

Beslutsunderlag

- Redovisning av inkomna skrivelser 15 mars 2022, tjänsteskrivelse
- Rapport över ej verkställda beslut kvartal 4 år 2021 SoL
- Rapport över ej verkställda beslut kvartal 4 år 2021 LSS
- 220215 Information till nämnder om rapportering av ej verkställda beslut, IVO
- Valnämndens beslut § 4 2022 Studiecirkel Mitt val år 2022
- Patientsäkerhetsberättelse Villa Fridsbo
- Patientsäkerhetsberättelse Lyckliga gatan 2021
- Kommunstyrelsens beslut § 5 2022 Handlingsplan för intern kontroll 2022
- Kommunstyrelsens beslut § 4 2022 Återrapportering av intern kontrolluppdrag 2021
- AFN § 2 2022 Utredningsuppdrag gymnasiesärskolans individuella program

Signature reference: acf9c3f6-e21b-4a9e-b314-28345318321b

§30

Dnr: ON 2021/260

Lex Sarah

Beslut

Omsorgsnämndens beslut
Omsorgsnämnden lägger informationen till handlingarna.

Ärendebeskrivning

Information om allvarligt missförhållande vid särskilt boende som anmäldes till IVO enligt Lex Sarah.

Beslutsunderlag

- Lex Sarah, tjänsteskrivelse
- Rapport om missförhållande eller risk för missförhållande
- Anmälan
- Bekräftelse
- Utredning
- Beslut

Beslutet skickas till

För kännedom
utvecklingsstrateg

Signature reference: acf9c3f6-e21b-4a9e-b314-28345318321b

KÄVLINGE KOMMUN

Detta dokument är elektroniskt signerat och juridiskt bindande.

Signed by: ANNSOFIE THURESSON
Date: 2022-03-16 14:42:28
BankID refno: e1e95022-a727-4089-aed1-a1e3d5f1c1e7

ordförande: Annsofie Thuresson

Signed by: JIMMY RUNESSON
Date: 2022-03-16 15:29:28
BankID refno: 6a060d48-4254-465c-a205-204a7e08b126

ledamot: Jimmy Runesson

Signed by: ANNA KARIN JOHANSSON
Date: 2022-03-16 15:36:47
BankID refno: a8d8f7b5-a4ca-48ec-a1ed-000a85af1bb9

nämndsekreterare: Anna Karin Johansson

Signature reference: acf9c3f6-e21b-4a9e-b314-28345318321b

Kopia/bekräftelse på e-signerat dokument.