Plats och tid	Kommunhuset i sammanträdesrum Harrie kl. 18.30-19.46
Ajournering	
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	§§12-21

Sekreterare

Emma Jonsson

Ordförande

Patrik Bengtsson (M)

Justerande

Jimmy Runesson (S)

Anslag/Bevis

Protokollet är justerat. Justeringen har offentliggjorts på kommunens anslagstavla.

Organ	Omsorgsnämnden
Sammanträdesdatum	2023-03-14
Anslag sätts upp	
Anslag tas ned	
Förvaringsplats för protokollet	Kommunhuset, Kullagatan 2, 244 80 Kävlinge

Underskrift

Utdragsbestyrkande

Signature reference: 63c51f2b-7e1b-4c1f-a607-eef9d8f25f07

Beslutande ledamöter	Patrik Bengtsson (M), ordförande Anna Elmvik (M), första vice ordförande Jimmy Runesson (S), andra vice ordförande Kjell-Arne Ohlsson (M) Rigel Arvidsson (M) Andreas Lapouridis (SD) Alexander Kjellman (KD) Pia Ahnfelt (S) Maj-Elén Larsson (C) Markus Elmberg (L) Anna Kristensen (M) ersätter Mari Tura (M) Mats Malmström (S) ersätter Anders Landin (S) Ros-Marie Nilsson (MP) ersätter Iréne Steneram (LB)
Ersättare	Ulrika Douglies (M) Alexander Almström (M) Marie Edeheim (M) Cecilia Tillberg (SD) Lennart Ekström (SD) Anne-Lis Paulsson (S) Susanne Lund (S) Anneli Wellhag (L)
Övriga närvarande	Leila Misirli, sektorchef Irini Papadopoulou, biträdande sektorchef Magnus Lindvall, ekonom Charlotta Gyland, utvecklingschef Matilda Modig, koordinator sektor omsorg Anna Jungquist, §§ 12-14 Charlotta Everlöv, enhetschef, § 12 Jennie Klang, enhetschef, § 12 Daniel Ahlström, enhetschef, § 12 Emma Jonsson, nämndsekreterare

Signature reference: 63c51f2b-7e1b-4c1f-a607-eef9d8f25f07

Ärendelista

§12 Information från hemtjänstens enhetschefer
§13 Information om sektor omsorgs verksamhetsplan 2023-2024
§14 Patientsäkerhetsberättelse 2022
§15 Bokslut för omsorgsnämnden år 2022
§16 Verksamhetsuppföljning för omsorgsnämnden till och med januari 2023
§17 Information från sektorchef
§18 Kvalitetsrapport sektor omsorg 2022
§19 Egenkontroll av delegationsärenden år 2022
§20 Redovisning av delegationsbeslut 14 mars 2023
§21 Redovisning av inkomna skrivelser och meddelanden 14 mars 2023

Signature reference: 63c51f2b-7e1b-4c1f-a607-eef9d8f25f07

§12

Information från hemtjänstens enhetschefer

Ärendebeskrivning

Charlotta Everlöv, Daniel Ahlström och Jennie Klang informerar om förbättringsarbete inom hemtjänsten i kommunen.

Signature reference: 63c51f2b-7e1b-4c1f-a607-eef9d8f25f07

§13

Information om sektor omsorgs verksamhetsplan 2023-2024

Ärendebeskrivning

Utvecklingschef Charlotta Gyland presenterar sektor omsorgs verksamhetsplan för år 2023-2024. Fokus för sektorns arbete ligger inom områdena nära vård, digitalisering, tillgänglighet och service, attraktiv arbetsgivare, miljö och hållbarhet samt lokalförsörjning och ekonomi.

Signature reference: 63c51f2b-7e1b-4c1f-a607-eef9d8f25f07

§14

Dnr: ON 2023/20

Patientsäkerhetsberättelse 2022

Beslut

Omsorgsnämndens beslut
Omsorgsnämnden godkänner patientsäkerhetsberättelsen för 2022.

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 2022, tjänsteskrivelse
- Patientsäkerhetsberättelse 2022

Beslutet skickas till

För kännedom
Medicinskt ansvarig sjuksköterska
Medicinskt ansvarig för rehabilitering

Signature reference: 63c51f2b-7e1b-4c1f-a607-eef9d8f25f07

KÄVLINGE KOMMUN

Patientsäkerhetsberättelse för Kävlinge kommun År 2022



Datum 2023-02-17
Ansvarig för innehållet: Anna Jungquist, Yvonne Eriksson
Diarienummer: ON 2023/20

Signature reference: 63c51f2b-7e1b-4c1f-a607-eef9d8f25f07

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: 63c51f2b-7e1b-4c1f-a607-eef9d8f25f07

Innehåll

SAMMANFATTNING 4
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR EN SÄKER VÅRD 5
Engagerad ledning och tydlig styrning 5
Övergripande mål och strategier 5
Organisation och ansvar 6
Samverkan för att förebygga vårdskada 7
Informationssäkerhet 9
En god säkerhetskultur 9
Adekvat kunskap och kompetens 11
Patienten som medskapare 11
AGERA FÖR SÄKER VÅRD 11
Tillförlitliga och säkra system och processer 13
Säker vård här och nu 15
Riskhantering 15
Stärka analys, lärande och utveckling 15
Riskbedömningar och nationella kvalitetsregister 15
Avvikelser 17
Synpunkter och klagomål 18
Öka riskmedvetenhet och beredskap 19
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR 19

Signature reference: 63c51f2b-7e1b-4c1f-a607-eef9d8f25f07

SAMMANFATTNING

Den sammanfattande bedömningen är att patientsäkerheten under 2022 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 2023.

Covid-19 hade under 2022 fortsatt påverkan på sektorn och omvärlden. 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.

Ett stort fokusområde har varit att skapa förutsättningar för samverkan med primärvårdsenheterna i kommunen inom Nära vård. Den goda samverkan utgör en bra grund för vidare förbättringsarbete med konkreta handlingsplaner för 2023.

Journalgranskningar på Särskilt boende visade att vi behöver strukturera upp den palliativa vården och dokumentationen inom området. Planering inför införande av nationella vårdplaner för palliativ vård har startats.

Av de strategiska mål som presenterades i 2021 års Patientsäkerhetsberättelse har följande mål uppnåtts:

Nära vård
Under 2022 deltog sektorchef, utvecklingsledare och medicinskt ansvariga i ledarskapsprogrammet för Nära vård enligt planering. Samverkanmöten med primärvården har startats upp där omställningen till Nära vård är en stående punkt. Under 2022 fick kommunens sjuksköterskor omfattande utbildning i personcentrerad vård.

Omvårdnadshandledning
En ny tjänst har inrättats där en erfaren sjuksköterska handleder omsorgspersonal i bland annat hygienarbete och introduktion av nya medarbetare.

Basal hygien
Alla som arbetar inom omvårdnadsarbete och hälso- och sjukvårdsarbete har nu tillgång till och använder kommunens arbetskläder.

Inskrivning i mobilt vårdteam
Samtliga hemsjukvårdspatienter erbjuds nu inskrivning i mobilt vårdteam då kriterierna har ändrats till att omfatta samtliga hemsjukvårdspatienter i kommunen.

Säker läkemedelshantering
Externa läkemedelsgranskningar genomfördes enligt plan.

En händelse som berörde Apodoshantering av läkemedel anmäldes till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) enligt lex Maria under 2022. Läkemedelsrutin, signeringssystem och arbetssätt sågs över och gicks igenom med samtliga sjuksköterskor och undersköterskor som har ett hälso- och sjukvårdsuppdrag (HSL-usk). IVO har lämnat återkoppling att åtgärderna godkänts och ärendet avslutats.

Signature reference: 63c51f2b-7e1b-4c1f-a607-eef9d8f25f07

Av de strategiska mål som presenterades i 2021 års Patientsäkerhetsberättelse har följande mål inte uppnåtts:

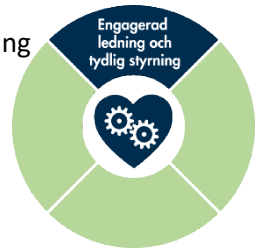
Basal hygien
Följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler har vid 2022 års nationella mätning visat på ett sämre resultat än tidigare år trots generella utbildningsinsatser och satsning på stöttning till personal via hygienombud. En uppföljande mindre mätning gjordes under hösten som visade på förbättrat resultat. Vidare arbete med följsamheten till basala hygienrutiner samt riktade utbildningsinsatser kommer ske under våren 2023.

Loggkontroller
Åtkomstkontroller har utförts i mindre skala under 2022 och behöver utökas under 2023. Rutin för åtkomst/loggkontroll kommer ses över av MAS (medicinskt ansvarig sjuksköterska) / MAR (medicinskt ansvarig för rehabilitering), IT samordnare och övriga dokumentationsansvariga inom Hälso- och Sjukvårdslagen, HSL.

GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

Nedan beskrivs mål och strategier, organisation och struktur för arbetet med att minska antalet vårdskador. För att kunna nå Socialstyrelsens Nationella vision ”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.

  Det långsiktiga och strategiska samverkansarbetet med primärvården fortsätter med regelbundna samverkansmöten med utgångspunkt utifrån hälso- och-sjukvårdsavtalet och tids- och aktivitetsplanen för Nära vård. Samverkan syftar till att förbättra kvalitet och möjliggöra en mer sammanhållen vård och omsorg inom de prioriterade områdena.

- För att möta förändringar och stödja omställningen till Nära vård behöver sektorns patientsäkerhetsarbete stärkas. En del av detta arbete kommer att vara att fortsätta arbetet med patientsäkerhetsanalyser inom hemvård, särskilt boende och LSS. Analyserna utförs tillsammans med enhetschef, omsorgspersonal, legitimerad personal, MAS, MAR 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.

Signature reference: 63c51f2b-7e1b-4c1f-a607-eef9d8f25f07

- Efter IVO:s granskning av Hälso- och sjukvårdsjournaler på Särskilt boende (SÄBO) framkommer att den palliativa vården behöver kvalitetssäkras. Detta planeras genomföras genom att arbetssättet med den Nationella vårdplanen för palliativ vård, NVP, implementeras. I detta arbetssätt ingår en tät samverkan med primärvårdens läkare och att på ett strukturerat sätt ha kontroll på symtomskattning. Utbildningsinsatser till all legitimerad personal och berörda läkare från primärvården är inplanerade under våren 2023.

- 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 strategiskt mål är att kvalitetsregister blir en integrerad del i sektorns kvalitets- och patientsäkerhetsarbete.

- En medicinsk ansvarig för rehabilitering (MAR) rekryterades under hösten 2021 och påbörjade 2022 arbetet med strategiskt och långsiktigt arbete att implementera rollen i sektorn samt att identifiera fokusområde gällande rehabilitering i den kommunala hemsjukvården.

- Under 2022 påbörjades rekrytering av rehabchef för att samla arbetsterapeuter och fysioterapeuter under en chef. Syftet med denna omorganisation är att skapa en likvärdig vård i hela kommunen.

Organisation och ansvar

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

Ansvaret för patientsäkerhetsarbetet har under 2022 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 och MAR 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

Signature reference: 63c51f2b-7e1b-4c1f-a607-eef9d8f25f07

- Patienten får den hälso- och sjukvård som läkare förordnat om
- Journaler förs i den omfattning som föreskrivs i patientdatalagen
- 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.

Medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR)
MAR ansvarar för patientsäkerhet och att aktivt arbeta för att patienter inom den kommunala hälso- och sjukvården får en god kvalitet avseende insatser inom området rehabilitering/ habilitering och hjälpmedel. Det sker genom att MAR utarbetar rutiner så att lagar och föreskrifter som berör rehabilitering/ habilitering och hjälpmedel kan följas. MAR deltar också i utvecklingsarbetet inom dessa områden genom exempelvis analyser och uppföljningar. MAR ansvarar också för att händelser som medfört eller riskerats medföra vårdskada anmäls enligt Lex Maria till Inspektionen för vård och omsorg (IVO).

Enhetschef
Enhetschefen ansvarar för att de rutiner och riktlinjer som verksamhetschef och MAS/MAR har fastställt är väl kända och följs i verksamheten. Enhetschef ansvarar även för att ny hälso- 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 fyra 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 har genomförts en gång/år inom

Signature reference: 63c51f2b-7e1b-4c1f-a607-eef9d8f25f07

särskilt boende och hemsjukvården.

Samverkan vid utskrivning (SVU)
Samverkanslagen vid utskrivning från slutenvårdens syfte är att patienten ska lämna slutenvården på ett tryggt och säkert sätt. För att 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. Under 2022 erhöll 247 personer insatser från hemtagningsteamet. Det är en markant ökning jämfört med föregående år, då 182 personer togs hem. Antalet vårddygn i hemtagningsteamet har minskat med ca. 2 dagar i genomsnitt, från 10,6 under 2021 till 8,34 dygn/person.

Ibland planeras personer hem till korttiden, under 2022 var det 216 personer som i snitt vistades 16,5 dygn, vilket är en ökning från föregående år. Kommunen har tagit hem patienter inom avtalad tid och inga betalningsviten har behövts betalats ut.

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 insatser, rådgivning och stöd samt fortbildning. Läkarsamverkan följs upp vid lokala samverkansmöten. Under 2022 var i genomsnitt 456 personer inskrivna i den kommunala hemsjukvården.

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 samverkan samt i tjänstemanna-beredningen 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.

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

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

Signature reference: 63c51f2b-7e1b-4c1f-a607-eef9d8f25f07

munhälsobefrämjande åtgärder både individuellt som generellt. Personer som har ett varaktigt behov av omfattande vård- och omsorgsinsatser, kan ha rätt till s.k. uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård. Ett intyg om rätt att få nödvändig tandvård utfärdas av biståndshandläggare, LSS-handläggare och sjuksköterskor i kommunen.

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 patient är i behov av ett hjälpmedel beställer Sodexo dessa och levererar dem till patienter i kommunen eller till kommunala förråd. Sodexo rekonditionerar och håller även 10- gruppens gemensamt ägda begagnade hjälpmedel. I de 9 kommunerna erbjuds kompetenshöjande fortbildning och produktvisningar. Rutinerna är delvis gemensamma för de 9 kommunerna.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §

Åtkomstkontroller (loggar)
Inom sektorn har inte systematiska åtkomstkontroller för omsorgspersonal och legitimerad personal i hälso- och sjukvårdsjournaler samt Nationell patientöversikt (NPÖ) genomförts enligt planering. Granskningen är tänkt att ske genom att slumpmässig personal väljs ut där en månads läsaktiviteter i hälso- och sjukvårdsjournaler granskas av enhetschefen. Ett omtag i detta arbete kommer göras under 2023 av medlemmar i dokumentationsgruppen samt MAS/MAR/It samordnare.

SITHS kort inloggning
SITHS (Säker IT Hälsa och Sjukvård) 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 områden; LSS, SÄBO och hemvården. En rutin finns upprättat för teamsmöte för att ge förutsättningar för samverkansformer, syftet för möten är multiprofessionell samverkan utifrån ett patientsäkerhetsperspektiv.

MAS/MAR-möten
Regelbundna möten tillsammans med MAS/MAR och legitimerad personal 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

Signature reference: 63c51f2b-7e1b-4c1f-a607-eef9d8f25f07

reflektion. Sjuksköterskorna hade utvecklingsdagar med fokus på patientcentrerad vård.

Introduktion

I syfte att bl.a. säkerställa nyanställdas introduktion skulle ett nytt digitalt verktyg som omfattar e-learning införts under 2022. Orsaken till förseningen är svårigheter som uppkommit i samband med integrationen mellan systemet och befintligt personalsystem. Det kommer att införas under 2023.

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 arbetsterapeuter och fysioterapeuters arbetsuppgifter har tagits fram i samverkan med Skånes kommuner och grundar sig på nationella riktlinjer. Under 2022 har prioriteringsordningen implementerats i syfte för att säkerställa patientsäkerheten när bemanningen varit låg. Sjuksköterskor i kommunen har prioriteringsordning sedan tidigare. Under 2022 fördes samtal om hur hälso- och sjukvården bäst skulle organiseras. Förslag togs fram att organisera samtliga arbetsterapeuter, fysioterapeuter och hjälpmedelsvaktmästare under en chef för att skapa samsyn, samordning och ge bättre förutsättningar för patientsäkerhetsarbete. Detta infördes i januari 2023.

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.

Fortbildning

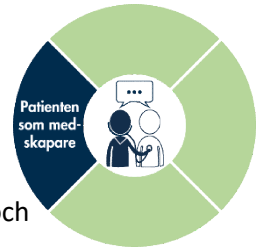
Kompetensutveckling ses som en självklar investering i sektorn och som anställd ska man ha den kompetens som uppdraget kräver. Samtliga medarbetare har möjlighet att utveckla och fördjupa sin kompetens i syfte att nå en god kvalitet i sektorn, och det nya verktyget med e-learning kommer bidra till att utveckla och förbättra kompetensen i sektorn. Huvudansvarig som planerar, genomför och utvärderar 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 utvecklingsstrateg har arbetat fram ett underlag utifrån modellen ”Yrkesresan” med tre möjliga utbildningssteg. Denna modell har lanserats i sektorn och lett till att högskoleutbildningar på 7.5 högskolepoäng erbjudits i handledning, medicinsk rätt och palliativ vård. Under 2022 har högskoleutbildning i palliativ vård genomgåtts av fyra legitimerade personal. Två sjuksköterskor har läst vidareutbildning inom demens respektive psykiatri.

Annan fortbildning som medarbetare har deltagit på är bland annat förskrivning av inkontinenshjälpmedel, basal hygien, sårvårdsutbildning, juridisk utbildning i dokumentation och sekretess, funktionellt sittande i rullstol, förflyttning med personlyft samt olika produktutbildningar inriktning medicintekniska hjälpmedel.

Signature reference: 63c51f2b-7e1b-4c1f-a607-eef9d8f25f07

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. Behov av ökad kunskap om SIP har identifierats under 2022 och arbete med detta kommer ske i samverkan med primärvården i Nära vårdarbetet under 2023.

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.

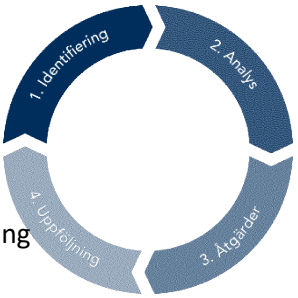
Hälsoplaner

En hälsoplan (vårdplan) ska upprättas av den legitimerade personalen tillsammans med patient och närstående. Hälsoplanen ska dokumenteras i Hälso- och sjukvårdsjournalen där åtgärder, mål och uppföljning ska framgå tydligt. Förbättringsarbete pågår med att tydliggöra dokumentationen av patientens delaktighet. Översyn av systemet för att förbättra mål och uppföljning är påbörjat och kommer fortsätta under 2023.

Synpunkts-och klagomålshantering

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

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 2022 påvisade att det fanns brister av följsamhet till upprättad rutin gällande förvaring av patientbundna läkemedel. MAS och läkemedelsansvarig sjuksköterska har haft dialog med

Signature reference: 63c51f2b-7e1b-4c1f-a607-eef9d8f25f07

samtliga sjuksköterskor om resultatet vid egenkontrollen.

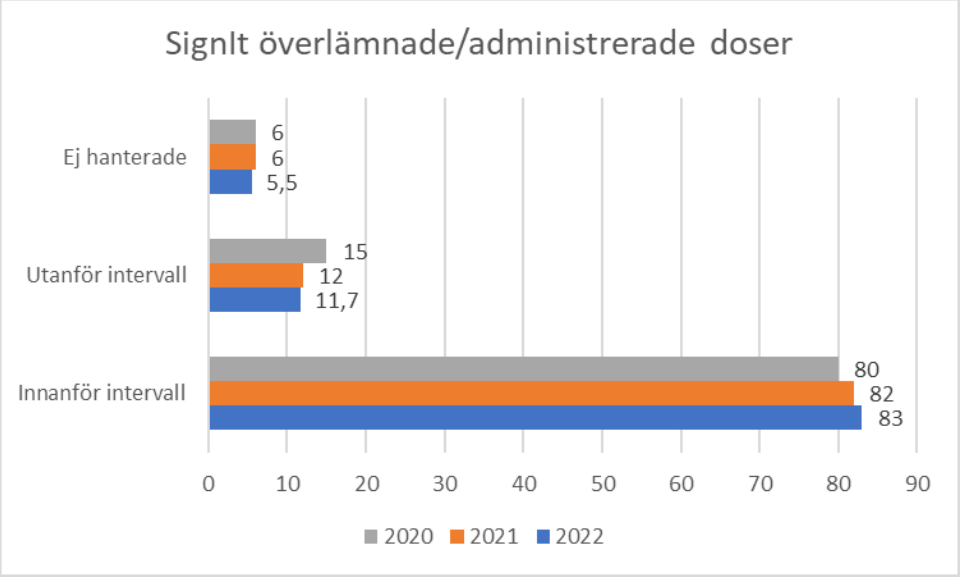
Läkemedelsansvarig sjuksköterska och MAS ska även utföra oanmälda tillsynsbesök och se över läkemedelsskåp och ordinationer. Besöken ska ske en gång om året på de olika enheterna. MAS har under 2022 gjort stickprovskontroller som har varit utan anmärkning.

Extern läkemedelsgranskning

Varje år genomförs läkemedelsgranskningar av extern aktör som utgörs av apotekare. Granskningen genomförs tillsammans med enhetschef, omvårdnadsansvarig sjuksköterska samt omvårdnadspersonal. MAS och läkemedelsansvarig sjuksköterska deltar också på granskningen. Under 2022 genomfördes tre granskningar där förbättringsbehov identifierades inom områden som tex. ökad tydlighet i signeringsverktyget SignIt genom att sjuksköterskan ska undvika att skriva ut läkemedelsdoser då detta ska kontrolleras i ordinationshandlingen av omvårdnadspersonalen. De förbättringsförslag som apotekaren tog upp genomfördes och informerades ut på kommande MAS möte med sjuksköterskor och HSL-undersköterskor.

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 2022 fanns sammanlagt 947 406 insatser avseende läkemedel inlagda för hantering i SignIt, vilket innebär en ökning med 227 226 doser från föregående år. 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.
Jämfört med tidigare år har statistiken förbättrats, fler läkemedel ges inom tidsatt intervall, färre är utanför och det är en mindre andel ej hanterade läkemedel.



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 på SÄBO.

Resultatet av mätningen: Totalt inkluderades 87 vårdtagare i HALT-mätningen (67 patienter boende på SÄBO för personer med demenssjukdom, 20 patienter boende på somatisk

Signature reference: 63c51f2b-7e1b-4c1f-a607-eef9d8f25f07

enhet). 9 procent antibiotikabehandlades på boende för demenssjukdom (jämförelsetal 2 procent för riket) och 15 procent på somatiska enheten (jämförelsetal 1 procent för riket). Flertalet var profylaxbehandlingar. Samverkan med primärvårdens läkare är god och ett proaktivt arbetssätt bedöms vara förklaringen till de höga förebyggande siffrorna.

Trycksårsmätning
PPM (Punkt Prevalens Mätning) är ett verktyg för att mäta förekomst av trycksår hos patienter i verksamheten. Resultatet för 2022 visade att inga nytillkomna trycksår hittades på mätdagen. Samtliga befintliga sår var bedömda av sjuksköterska och omläggningsordination fanns.

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 och MAR som har ansvaret att anmäla händelser som omfattas av anmälningsskyldigheten enligt lex Maria. När händelser som kan eller har bidragit 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 2022 anmäldes en händelse till IVO. Det var brister från apodoshanteringen som inte uppmärksammades av ansvarig sjuksköterska och delegerad omvårdnadspersonal. Åtgärder infördes i form av ändring i läkemedelsrutin samt tillägg i signeringsverktyget SignIt, personal är efter ändringen tvungna att uppge antalet givna tabletter. IVO godkände åtgärderna och avslutade ärendet.

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.

Signature reference: 63c51f2b-7e1b-4c1f-a607-eef9d8f25f07

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. Cirkulationstvätt av arbetskläder startade kvartal 1 2022. Samtlig personal har deltagit 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 som gjordes på våren v. 11 visar att följsamheten till basala hygienrutiner har minskat från 71 procent år 2021 till 65 procent år 2022. En uppföljande mindre mätning gjordes på hösten och visade en väsentlig förbättring. De områden där det fortfarande finns förbättringspotential är användandet av förkläden enligt rutin och spritning av händer innan arbetsmoment. Utbildningsinsatser och vidare arbete med följsamheten till basala hygienrutiner planeras under 2023.

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

Pandemin och det rådande kriget i Ukraina har lett till leveransförseningar av olika produkter. Ett flertal hjälpmedelsleverantörer har haft svårt att leverera hjälpmedel främst rullstolar och vårdsängar i tid. Det har inneburit att patienter har fått vänta längre än vanligt på hjälpmedel. För att säkra upp att de patienter som har störst behov av rullstolar erbjuds de begagnade rullstolarna medan de patienter som inte använder rullstol lika frekvent får vänta på nybeställda rullstolar. Både rullstolar och sängar har rekonditionerats och återanvänds i hög grad trots att de inte längre har något restvärde.

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 arbeta för att minska behovet av inhyrd personal och därmed öka patientsäkerheten. Sjuksköterskebemanningen har utökats under 2022 och planeras utökas även under 2023 med en resurssjuksköterska.

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.

Från och med 2023 är vaccination inte längre ett krav inom sektorn då Covid-19 inte klassas som en samhällsfarlig sjukdom. MAS och läkemedelsansvarig sjuksköterska gjorde 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-

Signature reference: 63c51f2b-7e1b-4c1f-a607-eef9d8f25f07

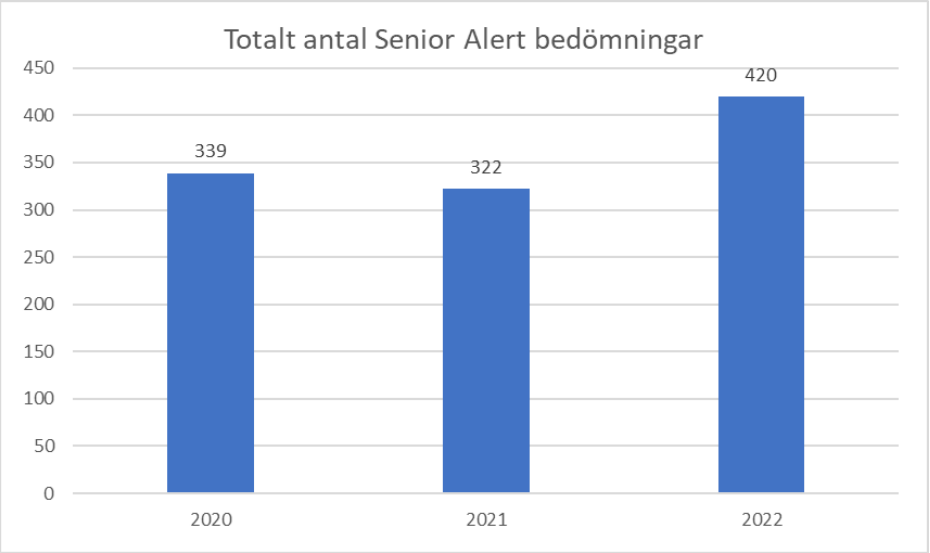
och sjukvården. När resultaten används för att förstå vad som bidrar till säkerhet, hållbarhet, önskvärd flexibilitet och goda resultat, kan verksamheten utvecklas så att kvaliteten och säkerheten ökar och risken för vårdskador minskar.

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/MAR och IT-samordnare. Syftet med journalgranskning är att säkerställa dokumentationen, kvalitetsutveckling samt tillförsäkra patienten en god och säker vård. Arbetet sågs över under 2022 då en medicinskt ansvarig för rehabilitering anställdes och involverades i arbetet. Resultatet av granskningen sammanställs, goda exempel lyfts fram och förbättringsområden identifieras. Målet för året var att samtliga team ska delta på minst en journalgranskning/år. Målet uppnåddes till stor del men inte fullt ut på grund av personalomsättningar. Ett flertal journalgranskningar genomfördes under våren vilka medförde att brister i systemet identifierades. Brister bestod främst av att arbetsterapeuter och sjukgymnaster inte dokumenterat patientens upplevda förmågor och det framgick inte att patienter varit delaktig när deras mål formulerats. Åtgärder vidtogs under tredje kvartalet 2022 genom att ett nytt arbetssätt implementerades. Arbetssättet är fokuserat på att det är patienten tillsammans med legitimerad personal som formulerar sitt mål och att uppföljningen bygger på patientens upplevda förmågor.

Riskbedömningar och Senior Alert: Senior Alert är ett nationellt kvalitetsregister och ett verktyg för att systematiskt arbeta med att identifiera och förebygga vårdskada avseende fall, nutrition, trycksår och ohälsa i mun. Riskbedömningar görs på individnivå, åtgärder och uppföljningar genomförs och planeras. I nedanstående diagram framgår att antal genomförda riskbedömningar som gjordes under 2022 har ökat jämfört med 2021 och 2020.



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 nedanstående tabell ses 2022 års resultat jämfört med föregående år angett i procent.

Signature reference: 63c51f2b-7e1b-4c1f-a607-eef9d8f25f07

Kvalitetsindikator	2020	2021 57 st. Väntade dödsfall	2022 68 st. Väntade dödsfall
Dokumenterat brytpunktsamtal	63,3	70,7	85,5
Ordinerad opiat vid smärtgenombrott	89,8	84,5	94,2
Ordinerad ångestdämpande vid behov	91,8	81	94,2
Smärtskattad sista levnadsveckan	34,7	53,4	59
Dokumenterad munhälsobedömning	51	60,3	60,3
Utan trycksår grad 2–4	91,8	89,7	82,6
Mänsklig närvaro vid dödsögonblicket	87,8	75,9	87

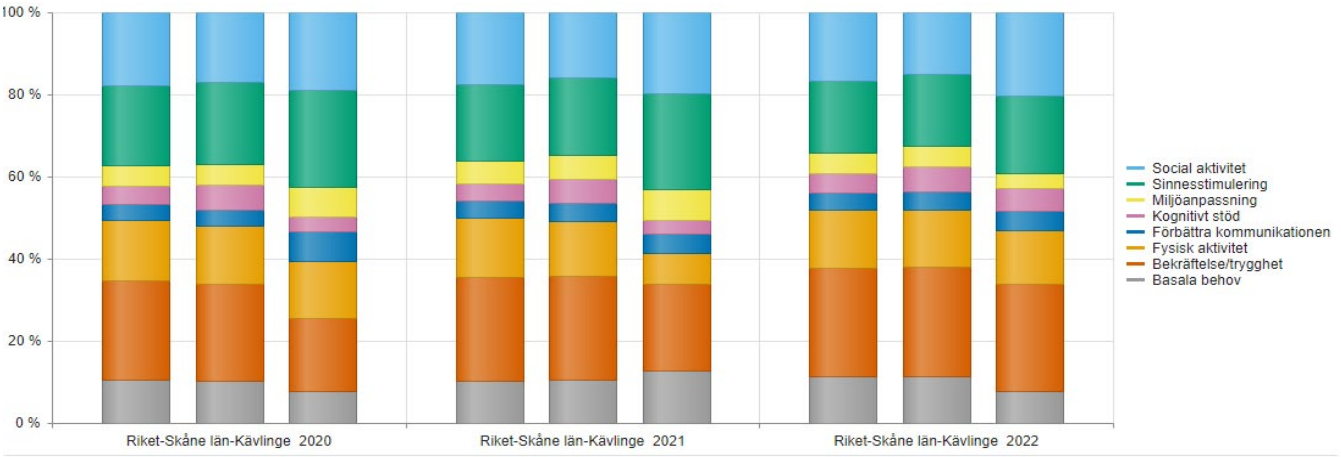
Jämfört med föregående år har kvalitetsindikatorerna förbättrats eller varit likvärdiga, ett undantag är närvaro av trycksår som ökat något. Under 2023 kommer ett mer långsiktigt och strategiskt arbete med nationell vårdplan för palliativ, NVP, öka kvaliteten i den palliativa vården genom bl. a. en förbättrad symtomkontroll och närvaro av sjuksköterska.

Beteendemässiga och psykiska symtom vid demens (BPSD): PSD drabbar någon gång ca 90 procent 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 utbildades två sjuksköterskor inom särskilt boende till att bli certifierade utbildare för BPSD-registret. Under 2023 genomför de administratörutbildningarna i kommunen. Inom ordinärt boende ska Silviasystrarna vara ett stöd för hemtjänstpersonalen i arbetet med registret.

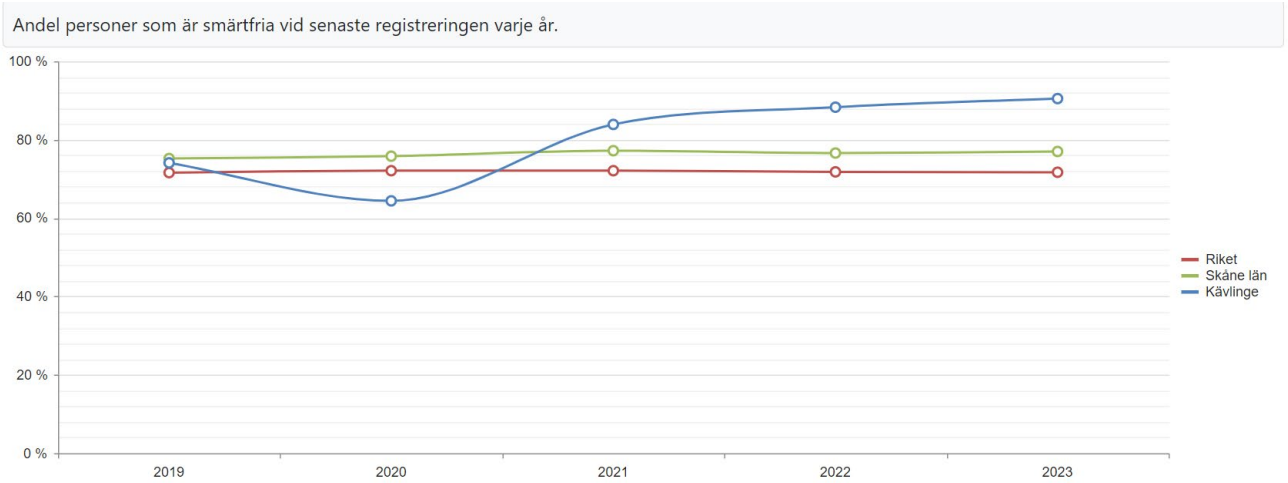
Under 2022 utfördes totalt 123 registreringar i BPSD-registret. Det är en minskning från Föregående år då 164 registreringar utfördes. Detta förklaras att tidigare rutin innebar att BPSD registreringar skulle göras på alla som bor på särskilt boende inriktning demens minst en gång per år. För att öka kvalitén på BPSD - utredningarna, värna om patientens integritet samt att sätta in resurserna där det bäst behövs togs beslut att endast de personer som uppvisar BPSD- syndrom ska omfattas av utredningen. De insatser som BPSD utredningarna lett till är främst insatser som bekräftelse/trygghet, sinnesstimulering och social aktivitet.

I tabellen nedan visas andel utförda åtgärder fördelat på följande indelning: Rikets resultat i första stapeln, Skånes resultat i andra och Kävlinges resultat i den tredje längst till höger. Årtal redovisas från 2020-2022. Skillnader visar att vi ökat åtgärder inom fysisk aktivitet och bekräftelse och trygghet. Åtgärder avseende miljöanpassning har minskat. Detta kan bero på att översyn av miljön görs löpande.

Signature reference: 63c51f2b-7e1b-4c1f-a607-eef9d8f25f07



Mätningar visar att antal smärtfria patienter har ökat och antal patienter med smärtstillande behandling av Paracetamol minskat.

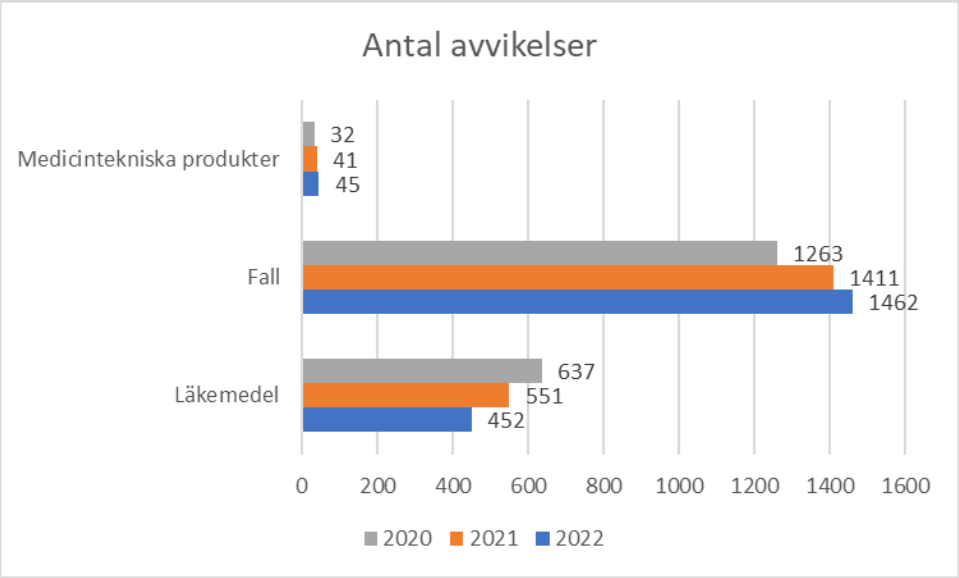


Avvikelser

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

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 eller MAR. I nedanstående tabeller framgår antal inrapporterade händelser avseende fall, läkemedel och medicinsktekniska produkter för 2020–2022 samt hur många procent av de rapporterade avvikelserna under 2022 som riskbedömdes.

Signature reference: 63c51f2b-7e1b-4c1f-a607-eef9d8f25f07



Typ av avvikelse	Inrapporterat antal 2022
Läkemedel	452
Fallrapporter	1462
Medicinteknik	45

Antalet läkemedelsavvikelser har minskat, vilket kan ha att göra med ett välfungerande digitalt signeringssystem. Antalet fall har ökat. 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 Procapitas avvikelsesystem som sektorn hade 2022 gjorde det möjligt att hoppa över riskbedömningen. Införande av ett nytt avvikelsesystem påbörjades under 2022. Startdatum för nya avvikelsesystemet var 1 januari 2023, vilket innebär att detta moment är 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.

Möjliga 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 och MAR har också kontaktats direkt av patienter/närstående.

I alla kommuner ska det finnas en patientnämnd. Kävlinge kommun har avtal med 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: 63c51f2b-7e1b-4c1f-a607-eef9d8f25f07

och se till att de blir besvarade. Inga ärenden skickades vidare från Patientnämnden till sektorn för yttrande under 2022.

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. Det kom inga ärenden under 2022 så därför skedde inga utredningar.

Synpunkter kan även komma via Åsikt Kävlinge som finns tillgänglig på kommunens webbplats. Inga ärenden 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 sjuksköterskеtjänst har införts där en del av tjänsten innefattar omvårdnadshandledning. Tanken är att sjuksköterskan ska under perioder delta i omvårdnadsarbetet och handleda omvårdnadspersonalen i olika situationer.

MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

Under 2022 har omställningen till Nära vård påbörjats och en del insatser för legitimerad personal och chefer genomfördes under året. 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 som ex. hospitering i varandras verksamheter under kommande år vilket kan bidra till ökad samsyn. En större Workshop över vårdgivargränser och professioner i Januari 2023 blir ett startskott för det gemensamma arbetet och förväntas därefter leda till ett strukturerat arbete i olika projektgrupper utefter tids- och aktivitetsplanen som Region Skåne tagit fram tillsammans med Skånes kommuner.

Ett förbättringsområde är att skapa en gemensam bild gällande inskrivningsprocessen i hemsjukvården och egenvårdsförfarandet där remissförfarande kommer ses över. Detta kommer följas upp på samverkansmöten med primärvårdsenheterna där MAS, MAR och Sektorchef deltar.

Nationell vårdplan för Palliativ vård, NVP kommer tillsammans med primärvården i kommunen införas under våren 2023 för att förbättra kvalitén och det systematiska arbetet avseende palliativ vård.

Systematiskt patientsäkerhetsarbete är en viktig del av arbetet i sektorn, en ökad patientsäkerhet förväntas i samband med införandet av LifeCare avvikelser, där enhetschefens ansvar och delaktighet i utredningen av avvikelser tydliggörs och intensifieras. Samtliga avvikelser kommer att riskbedömas i det nya systemet.

En annan del av patientsäkerhetsarbete är arbetet med kvalitetsregister. Ett fokusområde har varit riskbedömningar av trycksår, undernäring, fallrisk och munhälsa. Det kan konstateras att andelen utförda riskbedömningar ökade under 2022, men sektorn behöver kommande år fortsätta arbetet med att kvalitetssäkra vården inom samtliga delar i kvalitetsregistren för att nå och upprätthålla de uppsatta målen.

Signature reference: 63c51f2b-7e1b-4c1f-a607-eef9d8f25f07

§15

Dnr: ON 2023/21

Bokslut för omsorgsnämnden år 2022

Beslut

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

Ärendebeskrivning

Bokslutet avseende omsorgsnämnden visar ett resultat i balans med budget för helåret 2022 på +/0 mkr. Omsorgsnämndens kärnverksamhet hade en positiv avvikelse om 0,5 mkr medan måltidsservice hade en negativ avvikelse om 0,5 mkr. Utfallet var en förbättring med 0,6 mkr då sektorn efter kvartal 3 prognostiserade en negativ avvikelse om 0,6 mkr.

Beslutsunderlag

- Bokslut för omsorgsnämnden år 2022, tjänsteskrivelse
- Årsbokslut 2022 Sektor omsorg

Beslutet skickas till

För verkställighet
Kommunstyrelsen

Signature reference: 63c51f2b-7e1b-4c1f-a607-eef9d8f25f07

KÄVLINGE!

Årsbokslut 2022

Årsrapport sektor

Omsorgsnämnden

100% välkommen!

Signature reference: 63c51f2b-7e1b-4c1f-a607-eef9d8f25f07

Innehåll

Nämndens rapport årsbokslut 2
Sektorchef har ordet 2
Ekonomisk analys 3
Sammanfattning nämnd 3
Ramförändringar 3
Överföringspost 3
Utfall 3
Resultaträkning 5
Enhetstabell 6
Investeringar 6
Åtgärder 7
Väsentliga personalförhållanden 7
Effektivitet 11
Hållbarhetsarbete – Agenda 2030 12
Intern kontrollplan 13
Direktiv 13
Måluppföljning 13
Mål 14
1. Kävlinge kommuns invånare har inflytande, erbjuds god service och ett gott bemötande 14
3. Kävlinge kommuns omsorg tillhör de bästa i Sverige 16
6. Kävlinge kommun arbetar för en hållbar utveckling och en hälsosam miljö 21
7. Alla kävlingebor med arbetsförmåga är självförsörjande 22

Signature reference: 63c51f2b-7e1b-4c1f-a607-eef9d8f25f07

Nämndens rapport årsbokslut

Sektorchef har ordet

En stor del av mandatperioden har präglats av pandemin. Mycket fokus har lagts på att skydda omsorgstagarna från smitta och säkra kvaliteten i verksamheten trots det ovanliga läget. En del utvecklingsarbete har fått stå tillbaka, och till viss del har fokus på kompetensutvecklingsinsatser legat på hygien, skyddsutrustning och smittskyddsåtgärder. Samverkan mellan kommunen och Region Skåne har förstärkts under perioden, något som vi nu kan dra nytta av i det gemensamma arbetet med Nära vård under kommande år.

Ett stort fokus under hela mandatperioden har legat på att utveckla det förebyggande och hälsofrämjande arbetet, som riktar sig både till kommuninvånare som finns i våra verksamheter och till äldre i kommunen i allmänhet, genom t ex projekt Nollvision undernäring, volontärverksamhet och träffpunkter. Under 2022 har särskilda satsningar gjorts på förbättrad omsorg om personer med demens, dels genom Stjärnmärkt som är en modell för personcentrerad demensomsorg dels genom projektet Music in mind, en metod för att med hjälp av musik skapa kontakt med personer med demens.

Vissa förändringar har under mandatperioden gjorts av både ekonomimodell och organisation, båda med syfte att skapa bättre förutsättningar för sektorledning och enhetschefer att aktivt planera, styra och följa upp verksamheten. Resultatet av medarbetarenkäten visar på ett förbättrat resultat under de senaste åren, och förhoppningen är att en ökad stabilitet och nöjdhet i organisationen ska fungera som en grund för förbättrad verksamhetskvalitet framöver. Bokslutet för 2022 visar på en budget i balans, trots kostnadsökningar på flera områden under senare del av 2022.

En stor utmaning för sektorn framöver, som också har blivit tydligare i det dagliga arbetet under det senaste året, är att säkra kompetensförsörjningen. Det har blivit svårare att rekrytera både tillsvidareanställda och vikarier, och att attrahera nya medarbetare, ge möjlighet till kompetens-utveckling för befintlig personal samt skapa förutsättningar för ett hållbart arbetsliv måste vara ett stort fokus framöver. En viktig del i detta arbete är att anpassa organisationen till att fler kan arbeta heltid.

Under mandatperioden har vissa verksamheter inom funktionshinderområdet lagts ut på externa utförare enligt LOU (lagen om offentlig upphandling), inom LOV (lagen om valfrihet) har Vardaga öppnat Villa Fridsbo, färdtjänstuppdraget har överlämnats till Skånetrafiken och LOV har införts gällande ledsagare och avlösare. För att säkerställa god kvalitet i alla verksamheter behöver både uppföljning av och dialog med externa utförare utvecklas. Men även internt i sektorn behöver än mer fokus framöver ligga på kvalitetsförbättringar, personcentrerad omsorg, ständig dialog med dem vi finns till för och en tydlig målsättning att Kävlinge kommuns omsorg ska vara en av landets bästa.

Signature reference: 63c51f2b-7e1b-4c1f-a607-eef9d8f25f07

Ekonomisk analys

Sammanfattning nämnd

Sektorn lämnar ett resultat i balans med budget för helåret 2022 på +/0 mkr. Sektorns kärnverksamhet hade en positiv avvikelse om 0,5 mkr medan måltidsservice hade en negativ avvikelse om 0,5 mkr.

Under året har sektorn tillförts statsbidrag både i sektorns ramtilldelning och som riktade statsbidrag.

Ramförändringar

Sektorns tilldelade ram uppgick till 431,8 mkr. Priserna på energi, råvaror och livsmedel har varit stigande under året. Detta har påverkat priset på varor och tjänster som konsumeras i kommunal verksamhet.

Överföringspost

Sektorn förfogade över 435,9 mkr. Resultatet för 2021 gav nämnden ett överskott vilket i sin tur genererat en överföringspost. Måltidsservice utnyttjade sin överföringspost om 0,8 mkr under 2022. Löneökningar har kompenserats med 3,3 mkr motsvarande under 9 månader för 2022.

Utfall

Sektorn lämnar ett resultat i balans med budget för helåret 2022 på +/0 mkr. Sektorns kärnverksamhet hade en positiv avvikelse om 0,5 mkr medan måltidsservice hade en negativ avvikelse om 0,5 mkr. Utfallet var en förbättring med 0,6 mkr då sektorn efter kvartal 3 prognostiserade en negativ avvikelse om 0,6 mkr.

Inom kärnverksamheten var personalkostnaderna enligt budget. Personalkostnaderna var lägre än budgeterat under första halvåret för att öka under andra halvåret och var vid årets slut i balans med budget. Måltidsservice personalkostnader var högre än budgeterat men kompenserades av högre intäkter.

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. Enheterna har i prognosen efter kvartal 3 varit försiktiga att räkna in intäkterna av heltid som norm. Orsak, utöver vanlig försiktighet, var sektorns krav på att klara ekonomi totalt och planeringen att projektet inte skulle vara kostnadsdrivande.

Måltidsservice hade vid årets slut en negativ avvikelse mot budget om 0,5 mkr. Prognos efter kvartal 3 var en negativ avvikelse om 0,6 mkr. Verksamheten har under året använt 0,8 mkr från överföringspost att täcka ökade kostnader. Avvikelsen beror främst på ökade kostnader av livsmedel och övriga kostnader. Verksamheten har under året gjort effektiviseringar för måltiderna i Sektor utbildning och inom Sektor omsorg gjort översyn av menyplanering och val av produkter för att minska kostnaderna.

Signature reference: 63c51f2b-7e1b-4c1f-a607-eef9d8f25f07

Enheten Sjuksköterskor, HSL, USK, Hjälpmedel hade vid årets slut en negativ avvikelse mot budget om 3,3 mkr. Kostnaderna för bemanningssjuksköterskor ökade under året till att vara 5,4 mkr och var den främsta orsaken till avvikelsen. Avvikelsen beror på vakanta tjänster och rekryteringssvårigheter där nyrekryteringar var på plats först vid slutet av året. Kostnaderna för befintlig personal var lägre, 2,4 mkr. Av högre kostnader för skyddsutrustning täcktes merparten av statsbidrag.

Särskilt boende var vid årets slut i balans med budget. Särskilt boende Kävlinge hade en positiv avvikelse om 0,9 mkr och särskilt boende Löddeköpinge en negativ avvikelse om 0,9 mkr. Den negativa avvikelsen beror på högre personalkostnader då antalet belagda platser varit färre under sommaren och hösten. Verksamheten har ej klarat att minska personal i motsvarande utsträckning som antalet belagda platser minskat.

Hemtjänst hade en positiv avvikelse mot budget om 5,1 mkr vid året slut. Enheterna inom hemtjänst och korttid hade positiva avvikelser om 0,4 till 0,7 mkr förutom hemtjänst Kävlinge som hade en positiv avvikelse om 3,4 mkr. Avvikelsen är av lägre personalkostnader och högre intäkter av ökade behov inom hemtjänsten.

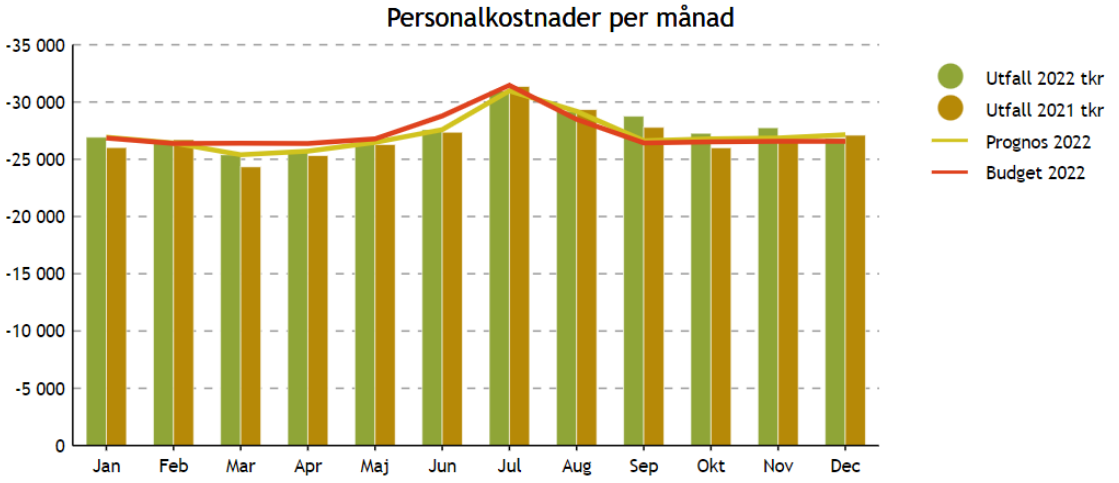
Enheterna inom LSS har en avvikelse om 0,1 mkr vid årets slut.

- Daglig verksamhet en mindre negativ avvikelse om 0,1 mkr.
- Enheten för korttid, tillsyn och stödfamilj visar en negativ avvikelse om 0,2 mkr. Avvikelsen är främst inom avlösare och kontaktpersoner enligt LSS där personalkostnaderna var högre och antalet personer med insatser ökade
- Kungsgatan visade en positiv avvikelse om 0,9 mkr av högre intäkter av personlig assistans
- Odalvägen/Träningsvägen visade en negativ avvikelse om 0,3 mkr av högre personalkostnader
- Västra Långgatan/Kansligatan/Bruksgatan visade en negativ avvikelse om 0,4 mkr av högre personalkostnader

Sektorn har som Beställare ansvaret att hantera sektorns volymer i resursfördelning till enheterna och ersättning till externa utförare. Beställaren visade en negativ avvikelse om 1,3 mkr vid årets slut. Volymerna inom särskilt boende och hemtjänst var högre än budgeterat. Inom särskilt boende var avvikelsen -4,4 mkr motsvarande 7 platser och inom hemtjänst -1,6 mkr motsvarande 4 500 timmar. Kostnaderna för färdtjänst ökade och var 0,7 mkr högre än budget. Kostnaderna för Heltid som norm var 3 mkr lägre än budgeterat och intäkterna av statsbidrag var 2,4 mkr högre.

Statsbidrag	Belopp
Riktat statsbidrag (ingår i Kf-intäkt)	11,9 mkr
Äldreomsorgslyftet	5,1 mkr
Nära vård	3,9 mkr
Hållbart arbetsliv	1,0 mkr
Motverka ensamhet och ökad kvalitet inom demens	1,8 mkr

Signature reference: 63c51f2b-7e1b-4c1f-a607-eef9d8f25f07



Bilden visar hur sektorns personalkostnader utfall 2022 utvecklar sig över tiden i jämförelse med budget, prognos och 2021 års utfall.

Resultaträkning

Resultaträkning (mkr)	**Utf 2022 Jan-Dec**	**Budget 2022**	**Utf 2021 totalt**
Avgifter	76,3	75,5	74,5
Statsbidrag och övriga bidrag	37,5	11,4	34,0
kf-intäkt	435,9	435,9	419,0
Övriga intäkter, överföringspost	34,4	29,0	29,8
Summa Intäkter	**584,2**	**551,7**	**557,4**
Personalkostnader	-329,3	-327,6	-324,2
Lokalkostnader	-51,9	-33,2	-52,9
Kapitalkostnader	-2,3	-1,9	-2,3
Köp av extern verksamhet	-99,6	-234,1	-77,4
Övriga kostnader städ kost	-101,1	45,1	-89,1
Summa Kostnader	**-584,2**	**-551,7**	**-545,9**
Summa Resultat	**0,0**	**0,0**	**11,4**

Signature reference: 63c51f2b-7e1b-4c1f-a607-eef9d8f25f07

Enhetstabell

Budgetansvar (mkr)	Utf 2022 Jan-Dec	Budget 2022	Utf 2021 totalt
Omsorgsledning	0,1	0,0	2,9
Omsorg övergripande	-3,3	0,0	3,0
Hemtjänst Furulund Nattpatrull	0,7	0,0	0,8
Hemtjänst Löddeköpinge	0,5	0,0	2,0
Hemtjänst Kävlinge	3,4	0,0	0,2
Korttid växelvård hemtagning	0,4	0,0	-0,4
SÄBO Löddeköpinge	-0,9	0,0	-2,7
SÄBO Kävlinge	0,9	0,0	0,4
LSS Korttid Tillsyn Stödfamilj	-0,2	0,0	0,1
LSS daglig verks. Eyragården	-0,1	0,0	1,1
LSS Kungsgatan	0,9	0,0	-0,2
LSS Odalv Träningsv	-0,3	0,0	-1,5
LSS V Långg Kanslig Bruksg	-0,4	0,0	-0,3
Måltidsservice	-0,1	0,0	0,0
Måltidsgrupp 1	-0,2	0,0	0,7
Måltidsgrupp 3	-0,2	0,0	0,4
Beställare	-1,3	0,0	4,9

Varje ansvar med totalt budgetansvar

Investeringar

Projekt	Utf 2022 Jan-Dec	Prognos 2022	Budget 2022
Hemvård hjälpmedel, sär bo	-843	-800	-800
Säkerhet, lås och förvaring	-730	-700	-700
Möbler och miljö Omsorg	-1 540	-1 500	-1 500
Måltidsservice, inventarier	-536	-500	-500
Inv. nytt LSS boende	-446	-600	-600
Total Summa	**-4 095**	**-4 100**	**-4 100**

Investeringar

Omsorgsnämndens budget för 2022 uppgick till 4 100 tkr. Av dessa var 500 tkr överförda medel från 2021. Investeringarna har för 2022 varit avsedda för hjälpmedel, inventarier, möbler och investeringar inom säkerhet, lås och förvaring. Inom projekten avviker utfall medan sammantaget har tilldelade medel använts. Inventarier nytt LSS boende har en positiv avvikelse om 154 tkr av att behov ändå tillgodosetts medan övriga projekt har mindre negativa avvikelser. Totalt har 4 095 tkr av totalt 4 100 tkr använts under året.

Signature reference: 63c51f2b-7e1b-4c1f-a607-eef9d8f25f07

Åtgärder

De enheter som uppvisat en negativ prognos eller en försämrad prognos jämfört med föregående prognostillfälle har ålagts att sammanställa de åtgärder som behövs för att uppnå ett 0-resultat, och återkoppla till sektorledningen.

Väsentliga personalförhållanden



Organisation

En större organisationsförändring trädde i kraft i början av 2022. Sektorn skapade en tydligare struktur genom att organisera omsorgens verksamheter utifrån Hemtjänst, SÄBO och LSS. En ny enhet skapades också för våra sjuksköterskor. En ny roll som utvecklingschef inrättades och i den organisationen finns våra utvecklingsstrateger/kvalitetscontroller, det hälsofrämjande arbetet och handläggarenheten. Med den nya organisationen har vi skapat en tydligare beslut- och ledningsstruktur för sektorn.

I januari 2022 lades Tallgården i Dösjebro ner. Inga uppsägningar följde nedläggningen utan medarbetarna som önskade vara kvar i organisationen har fått andra tjänster inom kommunen. Dessa förflyttningar gjordes efter enskilda samtal med alla berörda tillsammans med Kommunal. Riskbedömningar och handlingsplaner för alla förändringar är genomförda och är tagna på samverkan med fackliga organisationer i Nämndsamverkan, NÄSAM.

Pandemin resulterade i att sektorns chefer under 2022 aktivt behövde arbeta med vaccinations-information och erbjuda vaccination under arbetstid till sina medarbetare för att öka vaccinationsgraden hos våra medarbetare. Beslut togs också om att i nyrekryteringar ställa krav om att endast vaccinerade medarbetare fick anställas. Efter årsskiftet 2022/2023 togs detta krav bort.

Sektorn införde från oktober 2022 att alla nyanställda kravställdes att lämna in registerutdrag från polismyndigheten för att vara anställningsbar. En belastningsgrupp inrättades för att bistå beslut om det finns belastning i inlämnade registerutdrag.

Kompetensförsörjning

Sektor Omsorgs målsättning är att tillsvidareanställd personal ska ha en formell utbildningsnivå som för omsorgspersonal motsvarar det gymnasiala vård- och omsorgsprogrammet och för måltidsservice det gymnasiala restaurang- och livsmedelsprogrammet. För att säkra god kvalitet

Signature reference: 63c51f2b-7e1b-4c1f-a607-eef9d8f25f07

i verksamheten finns ett beslut om att anställda inom sektorn som inte har denna utbildningsnivå får uppgå till högst 15 procent av de tillsvidareanställda.

I slutet av 2023 hade vi 55 tillsvidareanställda stöd- och omsorgsbiträden i verksamheten vilket är en ökning sedan början av året (48). Ökningen beror på att det saknas sökande med formell utbildning till våra tjänster. Samtliga (utom 12 personer som anställts efter 1 juni) har under året erbjudits vidareutbildning. I dagsläget är 20 medarbetare inskrivna på Lärcentrum. 23 medarbetare har varit inskrivna men inte fullgjort sina studier inom 1,5 år och då avlutas de på Lärcentrum. Vård och Omsorg har 12,7 procent ej formellt utbildad personal vilket är inom vår målsättning på 15 procent.

Inom Måltidsservice hade vi i december 12 tillsvidareanställda medarbetare som saknade utbildning vilket motsvarar 17 procent vilket innebär att vi just nu inte når vår målsättning inom Måltidsservice. Totalt inom sektorn har vi 13,3 procent som saknar formell utbildning.

Sektorn har fortsatt sin satsning på specialistundersköterskor och stödpedagoger. Nio medarbetare påbörjade specialistundersköterskeutbildningen och sex medarbetare fullföljde en högskoleutbildning inom palliativ vård. Specialistundersköterska är en kvalificerad yrkesroll inom äldreomsorgen och innebär en fördjupad kompetens inom demens, somatik, hälso- och sjukvård eller funktionsbevarande insatser. Stödpedagog är en kvalificerad yrkesroll inom LSS med fördjupad kompetens kring pedagogiskt stöd.

Särskilda satsningar för legitimerad personal möjliggjordes med stöd av olika statsbidrag. Sex medarbetare läste palliativ vård och en sjuksköterska och två biståndshandläggare läser högskolekurs inom demens.

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

Heltid som Norm

Heltid som normarbetet har fortsatt under 2022. Heltidsresan är en mycket viktig framgångsfaktor för sektorn för att kunna möta utmaningen att ha tillräckligt med kvalificerad personal framöver. För att lyckas med ökad sysselsättningsgrad hos redan befintlig personal måste sektorn skapa en organisation som kan hantera fler årsarbetare på ett kostnadseffektivt sätt. Detta innebär att sektorn behöver fler gemensamma rutiner, ökat samarbete mellan enheterna och skapa hållbara scheman för medarbetarna.

Alla chefer, samordnare och stödresurser har under hösten fått utbildning i hur en heltids-organisation ska fungera utifrån perspektiven brukare, medarbetare och budget i balans. Sektorn har även tagit fram ett utkast på en gemensam bemanningshandbok för att skapa förutsättningar för både medarbetare och chefer att hantera ökad sysselsättningsgrad. Arbetet med bemanningshandboken och att skapa förutsättningar i organisationen för ökad sysselsättnings-grad kommer att fortsätta under 2023.

Alla medarbetare under Kommunals avtalsområde har fått en halvdagsutbildning/information för att kunna vara delaktiga i det fortsatta arbetet. Under 2023 kommer heltidsresan att fortsätta bland annat med workshops för alla enheter (chef/medarbetare) för att optimera bemannings-kravet för enheten.

Sektorn har också upphandlat ett digitalt schemaverktyg, Time Care, för att underlätta att ha kontroll på bemanningskrav och schemaläggning. Implementering av systemet pågår.

Signature reference: 63c51f2b-7e1b-4c1f-a607-eef9d8f25f07

De medarbetare som önskat ökad sysselsättningsgrad och fått det godkänt under året har tillsammans genererat drygt 8 årsarbetare. Antal medarbetare som idag arbetar 100 procent är 410 personer (392), en ökning med 18 personer vilket motsvarar 4,6 procentenheter fler heltidsanställda.

Hållbart arbetsliv

Hållbart arbetsliv har i Sektor omsorg ändrat fokus från att tidigare mest arbetat med den enskilde individens sjukfrånvaro till att nu mer fokusera på organisatoriska förutsättningar för ett hållbart arbetsliv. Sektorledningen har identifierat utvecklingsområden som att minska sjukfrånvaro, genomlysa antalet medarbetare per chef och att tydliggöra roller. Arbetet med att förbättra och följa upp de identifierade utvecklingsområdena kommer fortsätta under 2023.

Under året har ett flertal insatser på de enheter som haft högst frånvaro skett. Det har handlat både om gruppinsatser och individuella samtal. Som en del i detta arbete har ett APT-kit tagits fram för att stödja alla chefer att ha diskussion inom sina enheter kring arbetlivet och framför allt arbetsmiljön på enheten. APT-kit är under fortsatt utveckling och har mottagits mycket väl av cheferna.

Medarbetarundersökning

I årets medarbetarundersökning har sektorn ökat både svarsfrekvens och resultatet på Hållbart medarbetarengagemang, HME. Det sammanslagna HME resultatet har ökat till 77 (2021: 74). Delarna i det sammanslagna HME mäter motivation, 77 (74), ledarskap, 74 (71) och styrning, 78 (76). Även eNPS - sannolikheten att rekommendera arbetsgivaren till andra - ökade till 0 mot förra årets -5. Resultaten varierar mellan enheterna och enheter med lägre resultat är identifierade. eNPS är en viktig faktor att fortsätta att arbeta med då den påverkar vårt arbetsgivarevarumärke.

Anledningen till bättre resultat i årets resultat tolkas som att en tydligare organisation och ledningsstruktur har trätt i kraft under 2022.

Personalredovisning

Trots åren som gått med pandemin, har sektorn lyckats att sänka både totala, korta (59 dagar) och långa sjukfrånvaron. Sektorn har lyckats sänka både kort- och långsjukfrånvaron genom att aktivt och systematiskt arbeta med rehabiliteringsprocessen. Det är den riktigt korta sjukfrånvaron (<14 dagar) som ökat minimalt. Alla åldersgrupper har sänkt sjuktalen men störst minskning, är bland våra äldre medarbetare, 60 – 67 år (4,3 procent). Genom att följa rehabiliteringsprocessen har en del av medarbetarna med lång sjukskrivning gått i pension, en del har återgått i normalt arbete och några har fått en överenskommelse om avslut. Av specifika yrkesgrupper är det undersköterskorna som står för den största frånvaron. Även i den yrkesgruppen är dock sjukskrivningen lägre än tidigare år. Den totala frånvaron, med alla frånvaroorsaker, är 2022 ca 5 procent mindre än under 2021.

Användning av övertid är cirka en procent lägre än förra året och vård av barn har minskat med hela 24 procent jämfört med 2021.

Frisknärvaron har under 2022 varit högre än under 2021 framförallt inom SÄBO och LSS-verksamheterna.

Friskvårdsbidraget har nyttjats mer under 2022. Inom sektorn har 202 medarbetare nyttjat friskvårdsbidraget till en totalsumma av 371 162 kr vilket motsvarar ett genomsnittsbelopp på 1 837 kr, en ökning jämfört mot förra året med nästan 700 kr (38 procent). Friskvårdsbidraget ökades till 2 000 kr under 2022.

Andelen tillsvidareanställda har ökat från 88 procent till 93 procent under 2022. Ökningen beror på att vi under året samtidigt minskat antalet visstidsanställda med cirka fem procent. Sektorn har

Signature reference: 63c51f2b-7e1b-4c1f-a607-eef9d8f25f07

36 medarbetare som är anställda med någon form av nystartsbidrag genom Arbetsförmedlingen. Rekryteringsläget är svårt för sektorn vilket avspeglas i att antalet sökande till utannonserade tjänster minskar och det är svårare att anställa medarbetare med rätt kompetens. Inom sektorn har arbetet med rekrytering fått större fokus genom samarbete mellan enhetschefer, Bemanningsenheten och sektorledningen för att ta fram en strategi för att möta utmaningen att hitta rätt kompetenser. En handlingsplan är under framtagande kring annonsutformning, rekryteringsprocessen, marknadsföring och introduktion av nya medarbetare.

Personalomsättningen ökade under året. De yrkesgrupper som står för största ökningen, i procent räknat, är biståndshandläggare, fysioterapeuter och arbetsterapeuter. Biståndshandläggarna har saknat kontinuitet i chefskap under året och rekryteringen av den chefsrollen har varit utmanande. En ny chef är rekryterad och är på plats i början av 2023. Från 1 januari 2023 införs också en ny organisatorisk enhet med en gemensam chef för fysioterapeuter och arbetsterapeuter. Den nya enheten har som syfte att på ett tydligare sätt utforma och driva rehabiliteringsverksamheten.

Anmälda tillbud, arbetsskador och kränkningar uppgick till 266 under året. Tillbuden har under året varit nästan lika många som arbetsskadorna. Den största delen av anmälningarna är inom LSS verksamheter. Vid analys syns att anmälningar är fler vissa månader och vissa dagar i veckan. Den analysen använder cheferna för att utveckla bemanningen på ett förebyggande sätt. Olycksfall rapporteras om man blivit skadad av annan person. Tillbuden är övervägande hot och våldrelaterat till brukarnas problematik. Personal inom LSS verksamheter har genomfört utbildningar kring hot och våld i samarbete med företagshälsovården för att öka personalens kunskap hur de ska agera i utsatta situationer.

Antalet medarbetare som idag har mer än 30 dagar sparade semesterdagar uppgår till 57 personer. Enhetscheferna är påminda om att tidigt under året påbörja semesterplanering för dessa medarbetare för att på så sätt minska semesterlöneskulden.

Sektor Omsorg	**Bokslut 2020**	**Bokslut 2021**	**Bokslut 2022**
Total sjukfrånvaro (%)	10,3	9,6	9,1
Korttidssjukfrånvaro <14 dagar (%)	5,1	4,6	4,7
Korttidssjukfrånvaro <59 dagar (%)	7,0	6,4	6,0
Långtidssjukfrånvaro 60 dagar eller mer (%)	3,4	3,3	3,1
Sjukdagar / per anställd	39,6	35,8	32,7
Frisknärvaro, %	43,3	49,5	50,4
Sjukfrånvaro personer upp till 29 år (%)	10	8,2	7,6
Sjukfrånvaro personer mellan 30–49 år (%)	9,9	9,8	9,3
Sjukfrånvaro personer mellan 50–59 år (%)	9,7	9,2	9,2
Sjukfrånvaro personer mellan 60–67 år (%)	14,7	12,3	10,4

Signature reference: 63c51f2b-7e1b-4c1f-a607-eef9d8f25f07

Sektor Omsorg	Bokslut 2020	Bokslut 2021	Bokslut 2022
Antal anställda med månadslön	677	664	637
Varav tillsvidareanställda	612	583	590
Varav visstidsanställda	65	81	47
Andel kvinnor, (%)	83,5	80,8	81,1
Personalomsättning, egen begäran, (%)	11,9	14,7	17,1
Andel årsarbetare, tillgänglig tid	461	458	454
Hållbart medarbetarengagemang (HME)	71	74	77
HME, motivation	72	74	77
HME, ledarskap	68	71	74
HME, styrning	74	76	78

Effektivitet

En hög effektivitet för kommuner innebär att en så god välfärd som möjligt skapas för medborgarna utifrån de begränsade resurser som finns tillgängliga. Ett demografiskt tryck, kärvare ekonomiska förutsättningar och nya förväntningar på service ställer krav på att förändra sitt sätt att organisera, styra och leda så att nya arbetssätt för en högre effektivitet kan hittas.

Med begreppet effektivitet menar vi mesta möjliga värde för minsta möjliga kostnad. Det är förståelsen för samspelet mellan faktorerna resurs, volym och kvalitet som är nyckeln till att kunna öka effektivitet.

För att sätta fokus på vikten av effektivitet deltar kommunen i ett utvecklingsprojekt benämnt Effektivare kommun tillsammans med SKR (Skånes kommuner och regioner), RKA (Rådet för främjande av kommunala analyser) och 14 andra kommuner som löper under åren 2021 - 2022.

En ingång i det arbetet är de effektivitetsindex som RKA har tagit fram som bygger på ett kvalitetsindex samt ett resultatindex. Dessa index är bara ett sätt att hålla koll på verksamheternas effektivitet. Ett utvecklingsarbete för att öka effektiviteten och synliggöra de effektivitetsvinster som görs pågår inom ramen för projektet och organisationens good to great arbete såväl inom sektorn som på kommunövergripande nivå. Indexvärdet har justerats för strukturella förutsättningar och kan vara mellan 0 och 100 där 100 är bäst jämfört med andra.

effektivitetnyckeltal	2020	2021	2022
Effektivitetsindex äldreomsorg	65	67	
Effektivitetsindex LSS boende och daglig verksamhet	-	59	
Effektivitetsindex *) och andra effektivitetsnyckeltal			

Effektivitetsindex äldreomsorg

Kvalitetsindex bygger på nyckeltal

- Brukarnas bedömning av bemötande i hemtjänst
- Brukarnas bedömning av inflytande i hemtjänst
- Brukarnas bedömning av bemötande i särskilt boende
- Brukarnas bedömning av aktiviteter i särskilt boende

Signature reference: 63c51f2b-7e1b-4c1f-a607-eef9d8f25f07

- Personal med adekvat utbildning i särskilt boende
- Väntetid till särskilt boende

Resursindex bygger på nyckeltal

- Nettokostnadsavvikelse för äldreomsorg

Effektivitetsindex LSS boende och daglig verksamhet

Kvalitetsindex bygger på nyckeltal

- Brukarnas bedömning av självbestämmande i boende
- Brukarnas bedömning av den dagliga verksamhetens betydelse

Resursindex bygger på nyckeltal

- Kostnad per brukare i boende
- Kostnad per brukare i daglig verksamhet
- Nettokostnadsavvikelse för LSS

Hållbarhetsarbete – Agenda 2030

Under 2022 har det blivit ett större hållbarhetsfokus i kommunens verksamhet. Från uppstartsfasen under 2021 har arbetet under 2022 utvecklats vidare och börjat hitta sina former.

I januari startade Hållbarhetsrådet upp med syftet att stärka kommunens hållbarhetsarbete och nå ut i verksamheterna genom att bevilja medel för utvecklingsprojekt inom hållbarhetsområdet. I rådet sitter representanter från alla sektorer vilket borgar för att alla väsentliga hållbarhetsfrågor inom de olika sektorerna tas om hand.

Hållbarhet ingår på olika sätt i alla de kommunövergripande målen men adresseras mer specifikt genom förutsättning hållbarhet som under 2022 haft två prioriterade inriktningar:

- En inventering av hållbarhetsinsatser som görs inom varje sektor har slutförts och avrapporterats till förvaltningsledningsgruppen.
- Alla sektorers ledningsgrupper har genomfört workshops för att prioritera insatser med koppling till Agenda 2030 i sina verksamhetsplaner 2022. Detta kommer från och med 2023 att fortgå som en del av det kontinuerliga förbättringsarbetet

För att öka kunskapen kring begreppet hållbar utveckling och vad det innebär för oss som kommun har flera utbildningsinsatser genomförts under året. Som exempel hölls en halvdagsutbildning inom hållbarhet och Agenda 2030 med fokus på kommunens verksamhet på ledarforum i slutet av mars.

Omsorgsnämndens arbete inom olika verksamheter kan konkretiseras i följande punkter där arbete pågår med målet att minska miljöpåverkan och verka för en förbättrad social miljö.

- Utveckling av brukarnas utemiljöer med inspirerande grönytor och odlingar för hälsa och välmående.
- Bidra till information om hälsostigen, skapa aktiviteter kring den och öka nyttjandet.
- Minskning av matsvinn inom omsorgsverksamheten.
- Bättre utnyttjande av tomma ytor på Norrehed.
- Upprustning av gymnastiksal på Billingshäll, samt utegym.

Signature reference: 63c51f2b-7e1b-4c1f-a607-eef9d8f25f07

Intern kontrollplan

Kontrolluppdrag	Ansvarig
Kontroll av uppföljning vid individuellt förskrivna hjälpmedel	Yvonne Eriksson
Kontroll av att verksamheten anställer enligt gällande kravprofil	Lilian Gullberg
Kontroll av delaktighet under handläggningsprocessen inom LSS.	Ulrika Calling

Direktiv

Titel	Ansvarig	Klart	Politiskt avrapporterad
Uppdrag - Delegationsbeslut för egenkontroll år 2021 och 2022	Leila Misirli	2023-03-31	
Direktiv - Tillfälligt riktat föreningsstöd år 2022 för att främja psykisk hälsa hos seniorer	Leila Misirli	2023-03-31	
Uppdrag om handläggarenhetens tillgänglighet, service och kommunikation	Leila Misirli	2023-04-30	

Måluppföljning

Värderingsprinciper

Symbol	Förklaring
Mål	
	Målet är helt uppfyllt
	Målet är i hög grad uppfyllt
	Målet är delvis uppfyllt
	Målet är ej uppfyllt
Indikatorer	
	Visionsvärdet för indikatorn är uppfyllt
	Visionsvärdet för indikatorn är delvis uppfyllt
	Visionsvärdet är ej uppfyllt
	Indikatorn kan ej bedömas eftersom det saknas resultat

Signature reference: 63c51f2b-7e1b-4c1f-a607-eef9d8f25f07

Mål

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

Bedömning	Trend
	↗

Kommentar:

Tillgänglighet vid ansökan om bistånd

Under mandatperioden skapades handläggarenheten i Sektor omsorg i syfte att renodla processerna för biståndshandläggning enligt SoL (Socialtjänstlag 2001:453) och LSS (Lag 1993:387 om stöd och service till vissa funktionshindrade). Syftet var också att ge förutsättningar för professionalisering av service och bemötande. Enhetens arbete har sammantaget lett till förbättrad service och bemötande, ökad tillgänglighet samt ökad grad av rättssäkerhet i både ansöknings- och bedömningsprocess.

Informationen på Kävlinge kommuns hemsida har under de senaste tre åren förbättrats för att öka tillgängligheten till biståndshandläggare, som för många är den första kontakten med äldreomsorgen.

Tillgängligheten har också påverkats positivt av förenkling av förfarande vid ansökan om tex trygghetstelefon samt införande av e-tjänster för ansökan om bistånd enligt SoL och LSS.

Under 2022 har arbetet med att kontinuerligt se över tillgängligheten för medborgarna till biståndshandläggare resulterat i en översyn av telefontider och rutiner för telefoni. Detta har skett i samarbete med Kontakt Kävlinge.

Hälsofrämjande insatser

Under mandatperioden har det skett aktivt arbete för att tillgodose kommuninvånare i åldersgruppen 65+ med information om kommunens hälsofrämjande insatser, öka inflytande och ett gott bemötande. Utöver digitala informationstavlor, kontinuerliga annonser i lokaltidningen och sociala medier har det utformats ett nyhetsbrev som går ut en gång i månaden som sammanfattar månadens hälsofrämjande insatser i form av aktiviteter och evenemang. Totalt går nyhetsbrevet ut till 547 individer. Kvartalsdialoger med föreningarna som verkar på träffpunkterna har implementerats i syfte att öka samverkan och att utveckla träffpunkterna till det bättre utifrån kommuninvånarnas intresse och behov. En roll som träffpunktskoordinator har inrättats för att bidra till levande träffpunkter för god service och inflytande för medborgarna.

Ett digitalt anhörigstöd lanserades 2021 vilket innebär att tillgängligheten för stöd ökat och de närstående har fått en valmöjlighet när det gäller i vilken form de önskar stöd. Det gör också att fler närstående i behov av stöd kan få detta.

En volontärportal lanseras 2022 och har ökat tillgängligheten för kommuninvånare som vill engagera sig som volontärer, och även förenkla möjligheten att ta uppdrag som passar utifrån de egna förutsättningarna.

Brukarråd

Utveckling av innehåll och ökad delaktighet har skett för brukare i LSS-verksamheternas respektive Brukarråd. Även på SÄBO sker regelbundna träffar med boende och anhöriga.

Signature reference: 63c51f2b-7e1b-4c1f-a607-eef9d8f25f07

Kontinuerligt samarbete sker genom återkommande dialog i pensionärsråd och funktionsrättsråd.

Måltider

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.

Projektet ”Prata mat med oss” under 2021 innebar att måltidsservice möter elever i samband med deras lunch för att ha en dialog om vad de tycker om maten.

Konceptet Måltidsvän har också skapats där volontärer ges möjlighet att bidra till minskad ensamhet för personer som önskar sällskap vid måltiden.

E-tjänster

Under mandatperioden har samarbetet med Kontakt Kävlinge ökat liksom antalet e-tjänster och fokus har varit att förenkla för medborgarna att efterfråga de tjänster de behöver liksom öka tillgängligheten och förbättra service och inflytande genom detta.

Värdegrund

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”.

Pandemi

Mandatperioden har för omsorgen präglats i hög grad av pandemi och spridningen av Covid-19 vilket gjort att stort fokus lagts på dialog med kommuninvånare, brukare och anhöriga. Nära samverkan mellan omsorg, skola, förskola och måltidsservice har bidragit till säkra serverings- och måltidsanpassningar.

Prioriterade Inriktningar	Status
1. Servicelöftet	
Beskrivning: Uppdatera och förbättra bemötande, tillgänglighet och proaktivitet i kontakten med medborgaren utifrån kundresan.	
2. Medborgardialog	
Beskrivning: Utveckla strategi och nya arbetssätt med en naturlig koppling i kommunikationsplaner, målgruppsanpassa och använda fler kanaler för att bättre nå ut och skapa dialog	

Indikator	Utfall 2019	Utfall 2020	Utfall 2021	Utfall 2022	Vision 2022	Bedömning	Trend
Kf: Medborgarundersökningen - Att få svar på frågor till kommunen fungerar bra, andel (%)			74.5%	73.1%	75.0%		↘
Kf: Medborgarundersökningen - Bra bemötande vid kontakt med politiker i kommunen, andel (%)				69.3%			–
Kf: Medborgarundersökningen - Bra bemötande vid kontakt med tjänsteperson i kommunen, andel (%)			85.5%	83.4%	85.0%		↘

Signature reference: 63c51f2b-7e1b-4c1f-a607-eef9d8f25f07

Indikator	Utfall 2019	Utfall 2020	Utfall 2021	Utfall 2022	Vision 2022	Bedömning	Trend
Kf: Medborgarundersökningen - Invånarnas möjlighet till insyn och inflytande över kommunens beslut och verksamheter är bra, andel (%)			21.5%	21.7%	22.0%		→
Kf: Medborgarundersökningen - Kommunens information kring större förändringar fungerar bra, andel (%)			51.6%	49.5%	52.0%		↘
Kf: Medborgarundersökningen - Möjlighet att påverka inom de kommunala verksamheterna fungerar bra, andel (%)			50.7%	50.7%	51.0%		→
Kf: Andel ärenden som kan bevaras direkt i kundtjänst	47.0%	52.0%	50.2%	51.3%	55.0%		↗
Kf: Andel i servicemätning som upplever att det är enkelt att få hjälp med sin fråga i kontakt med kommunen, andel (%)				81.7%	82.0%		→
Kf: Andel i servicemätning som är nöjd med kommunens bemötande på telefon (%)				85.0%	85.0%		→
Kf: Andel i servicemätningen som fått återkoppling på e-post (%)				89.3%	89.0%		→
Kf: Andel i servicemätningen som upplevde att svaret på e-post från kommunen var tydligt (%)				88.6%	89.0%		→

3. Kävlinge kommuns omsorg tillhör de bästa i Sverige

Bedömning	Trend
	↘

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.

Mandatperioden har delvis präglats av pandemin, och fokus har under flera perioder legat på att förhindra smittspridning i de olika verksamheterna och att säkerställa god kvalitet trots att arbetsrutiner och omständigheterna varit ovanliga. Hantering av pandemi och smittspridning har inneburit en ökad och god samverkan med bland andra Region Skåne: lokala vårdcentraler, smittskydd och vårdhygien.

Socialstyrelsen har under mandatperioden genomfört de enkäter till brukare som brukar genomföras men med lägre regelbundenhet. Resultatet för äldreomsorgen i sin helhet visar att det för 2022 är en lägre andel än tidigare som anser att äldreomsorgen fungerar bra, detta gäller både särskilt boende och hemtjänst. Uppfattningen om kvalitet och förekomst av sociala aktiviteter är däremot väsentligt förbättrad liksom upplevelsen av måltider. Känslan av trygghet och upplevelsen av bemötande var dock bättre under den första halvan av mandatperioden än vad resultaten visar för 2022.

Signature reference: 63c51f2b-7e1b-4c1f-a607-eef9d8f25f07

Personalkontinuiteten inom hemtjänsten har varit ett prioriterat område, och under perioden ser vi ett förbättrat resultat. Att inte träffa alltför många olika personer innebär 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 förbättrades under 2021 jämfört med året innan, men försämrades återigen vid mätning 2022. En uppföljande mindre mätning under hösten visade på förbättrat resultat. Arbete kvarstår för att förbättra måluppfyllelse.

Resultaten för kommunen är varierande utifrån enkäterna om LSS. Trivseln på gruppboendena ökade fram 2021 jämfört föregående år, för att sedan minska 2022. Trivseln på serviceboende har ökat jämfört med föregående år. Brukares upplevelse av möjlighet till inflytande i daglig verksamhet ökade 2019 - 2021 för att sedan minska något 2022.

Projektet Nollvision undernäring har fortsatt under 2022 i syfte att öka hälsa, välbefinnande och motverka undernäring för personer som har insatser i ordinärt boende. Det har under mandatperioden omfattat utveckling av mer näringstäta måltider, insatser för ökad kunskap om måltidens betydelse och matlagningskurser för äldre. Införandet av kylda måltider för hemleverans har skett under 2022 och har ett ökande antal mottagande. Även personer som vistas på korttidsvistelse inom ramen för SoL kommer att vara möjliga mottagare av denna tjänst. Matlagningskurser har också utarbetats för att rikta sig till boende inom LSS.

Statsbidrag har under mandatperioden 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. Arbete har skett för att säkerställa fortsatt hög formell kompetens bland medarbetare och satsningar har gjorts på att höja såväl spetskompetens inom vissa områden som vidareutbildningar för olika yrkesgrupper. Målet med ökad sysselsättningsgrad har varit i fokus under 2022 och ökad takt har hållits i arbetet med att gå mot heltid som norm. Införandet av ett schemaläggningssystem som underlättar för gemensamma principer och sätt att schemalägga utifrån har förberetts under 2022. Utbildningsinsatser och dialog har involverat samtliga medarbetare i omsorgen för att förbereda för en samplanerad schemaläggning för ökad hushållning med tid och resurser.

Indikatorerna nedan visar att användning av två kvalitetsregister, Palliativregistret och BPSD-registret (Svenskt register för beteendemässiga och psykiska symptom vid demens) har ökat under mandatperioden. 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 återigen ökat under 2022, och antalet ligger väl över visionsvärdet. Utförd smärtskattning enligt svenska palliativregistret har ökat men når ännu inte visionsvärdet.

Under mandatperioden har LOU-upphandling genomförts för driften av LSS-boendena på Solgatan och Kungsgatan 39 i Furulund, och boendena drivs från november 2021 av Humana. Det särskilda boendet Villa Fridsbo har öppnats av Vardaga utifrån förfrågningsunderlag enligt LOV (Lag om valfrihetssystem). Under 2022 överlämnades färdtjänstuppdraget till Skånetrafiken, vilket har inneburit ökad service för resenärerna. Ett nytt förfrågningsunderlag enligt LOV om ledsagare och avlösarservice har publicerats under 2022, vid årsskiftet fanns inte någon utförare. En ytterligare utförare av daglig verksamhet har tillkommit, SKOA i Lund.

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.

Signature reference: 63c51f2b-7e1b-4c1f-a607-eef9d8f25f07

Prioriterade Inriktningar	Status
1. Påbörja förberedelser och analys av målgrupperna i samverkan med Region Skåne och Skånes kommuner för att kunna möta det utökade kommunala hälso- och sjukvårds-ansvaret	✓

Kommunen tog beslut 2009 att följa det beslutsstöd som Skånes kommuner (då KFSK) tagit fram. Syftet var då att ge stöd till förskrivare, få patienter delaktiga samt att man skulle få en rättvis och lika vård i hela Skåne. Beslutsstödet består i att säkerställa den enskildes delaktighet och självbestämmande i vården med möjlighet att påverka behandlingsmetod eller hjälpmedel. Att tydligare arbeta mot den enskildes egna mål och uppföljning av dessa. Även dokumentationen ska spegla den enskildes delaktighet. Vidare ingår det i beslutstödet att säkra upp lika tillgänglighet för alla enligt prioriteringsordningen i de nationella riktlinjerna för prioriteringar inom hälso- och sjukvården.

Under våren har det införts ökat samarbete för arbetsterapeuterna inom kommun och vårdcentral för kunskapsutbyte och information om varandras verksamheter, behandlingsmetoder och utveckling.

Under hösten har kommunen arbetat för att implementera Rehabiliteringsguiden vid MAR möten och ett nytt arbetssätt kopplat till guiden kommer arbetas fram.

Kommunen har infört ett utökat samarbete mellan biståndshandläggare och rehabilitering genom att redan vid första kontakt med handläggare även erbjuda en rehab bedömning. Vilket innebär att den sökande erbjudas alternativ till hemtjänstinsatser. Det ökar känsla av att vara delaktig, kunna påverka sin egen situation, öka eller behålla sin funktionsförmåga vilket påverka livskvalitén.

Ökad inskrivning i mobila team sker kontinuerligt.

2.	Säkerställa kontinuitet i vårt arbete med basala hygienrutiner	✓

2022 årliga mätning, under vecka 11 - 12, visade på ett försämrat resultat i förhållande till föregående år och varierar mellan de olika enheterna. En uppföljande mindre mätning under hösten visade på förbättrade resultat.

Under 2022 har Sektor omsorg arbetat med implementering av arbetskläder genom ett enhetligt och tillgängligt utbud som förvaras på enheten och inte är personlig. Sektorn har även infört cirkulationstvätt av kläderna för att säkerställa rätt hantering av dessa.

Sektor omsorg har under året arbetat för att alla enheter ska ha ett hygienombud samt att ombudet ska ha ett tydligt uppdrag och mandat.

3.	Utveckla arbetet med att förebygga ensamhet	✓

Sektor Omsorg har under 2022 arbetat aktivt för att förebygga ensamhet. Arbetet har utvecklats genom förstärkning och utveckling av uppsökande verksamhet samt av mötesplatser och sociala aktiviteter för äldre personer. Sektorn har även satsat på utveckling av aktiviteter på särskilda boende och inom vår LSS verksamhet.

För att öka och bidra till gemenskap har olika former av aktiviteter tagits fram som till exempel digitala spel, fysisk träning, musikarrangemang, material för ökad samvaro, arbete för attraktivare inne -och utemiljö samt marknadsföring. Sektor omsorg erbjuder konceptet måltidsvän som kopplar samman volontärer, äldre vuxna som söker en måltidsvän och lokala caféer, restauranger och andra måltidsställen i ett led att bryta isolering och känslan av ensamhet.

Signature reference: 63c51f2b-7e1b-4c1f-a607-eef9d8f25f07

Indikator	Utfall 2019	Utfall 2020	Utfall 2021	Utfall 2022	Vision 2022	Bedömning	Trend
Kf: Medborgarundersökningen - Äldreomsorgen fungerar bra i kommunen, andel (%)			74.3%	64.1%	74.0%		↘
Kf: Personalkontinuitet, antal personal som en hemtjänsttagare möter under 14 dagar, medelvärde	19	18	14	14	12		↗
Kf: Brukarbedömning särskilt boende äldreomsorg - helhetssyn, andel (%)	87.0%	82.0%		74.0%	95.0%		↘
Kf: Brukarbedömning hemtjänst äldreomsorg - helhetssyn, andel (%)	90.0%	85.0%		81.0%	95.0%		↘
Kf: Brukarbedömning särskilt boende äldreomsorg - sociala aktiviteter, andel (%)	55%	53%		75%	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	34	30		↗
Kf: Brukarbedömning gruppbostad LSS - Brukaren trivs alltid hemma, andel (%)	75.0%	80.6%	83.3%	72.0%	85.0%		↘
Kf: Brukarbedömning daglig verksamhet LSS - Brukaren får bestämma om saker som är viktiga, andel (%)	73		80	77	80		↗
Kf: Nationell Brukarenkät Hemtjänst, de äldres bedömning av bemötande (Kommunnivå)	95%	96%		95%	99%		→
Kf: Nationell Brukarenkät Särskilt boende, de äldres bedömning av bemötande (Kommunnivå)	96%	96%		91%	100%		↘
Kf: Nationell Brukarenkät Särskilt boende, de äldres bedömning av trygghet på sitt äldreboende (Kommunnivå)	89%	90%		83%	92%		↘
Kf: Brukarbedömning hemtjänst äldreomsorg - trygghet, andel (%)	88%	84%		82%	91%		↘
On: Andel personal inom Omsorg som vid nationell mätning (SKL) följer basala hygienrutiner	54%	53%	71%	65%	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%	81%	80%		↘
On: Nationell brukarenkät Funktionshinder Gruppbostad LSS. Brukarnas bedömning av trygghet med personalen (första mätning 2016)	73%	72%	78%	64%	80%		↘
On: Nationell brukarenkät Funktionshinder Servicebostad LSS. Brukarnas bedömning av trygghet med personalen (första mätning 2016)	79%	86%	64%	75%	84%		↘
On: Totalt antal riskbedömningar som gjorts i Senior Alert mäts rullande 12 månader 1/11-31/10		339	322	420	250		↗
On: Utförd validerad smärtskattning enligt Svenska Palliativregistret	33%	28%	53%	59%	70%		↗
On: Antal personer erbjudna inskrivning i ny vårdform; Mobilt vårdteam, enligt inskrivningskriterier HS-avtal							–

Signature reference: 63c51f2b-7e1b-4c1f-a607-eef9d8f25f07

Måluppföljning nämndmål

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

Under mandatperioden har det genomförts flertalet olika interventioner för att skapa förutsättningar för ökad hälsa, självständighet och välmående hos seniorer i ordinärt boende. Verksamhetsområdena som arbetats med är anhörigstöd, aktiviteter och evenemang, volontärverksamhet, hälsofrämjande samtal samt fixartjänst. Sammantaget har det genererat goda resultat i samtliga delar som tyder på att kommuninvånarna som tagit del av insatserna ökat sin hälsa och välmående.

Anhörigstödet syftar till att ge stöd och underlätta vardagen för en anhörig som vårdar eller stödjer en närstående. Stödet har innehållit t ex individuella samtal, utbildningar och må-bra-aktiviteter. Ett utvecklingsarbete med digitalt anhörigstöd har genomförts vilket genererat förutsättningar för stöd utifrån den enskildes behov. Olika aktiviteter och evenemang riktat till 65+ har genomförts under mandatperioden, både enskilda som återkommande. Exempel är Skåneveckan för psykisk hälsa, musikunderhållning, må-bra-café och Senior Sport School. Det har skett en konstant uppåtgående trend avseende deltagarantalet. En av anledningarna är det utökade samarbetet med föreningarna samt utvecklingen av träffpunkterna. Volontärverksamheten har utvecklats med en digital Volontärportal som syftar till att öka möjligheten till att engagera sig ideellt. Utöver det har fler uppdrag utformats samt samverkan med näringslivet i form av måltidvänsrestauranger och rabatterade seniorluncher. De hälsofrämjande samtalen har även utökats med Hälsolotsen vilket möjliggör det för samtliga 65+ i kommunen kan ta del av ett kostnadsfritt hälsofrämjande samtal som syftar till att stärka levnadsvanorna. Fixartjänsten har blivit en tillgång för kommuninvånarna och har en stor betydelse för att förebygga fallskador i ordinärt boende.

Ett prioriterat arbete avseende samverkan med sektorns olika verksamheter har genomförts som resulterat i att fler omsorgstagare getts möjligheten att ta del av de hälsofrämjande insatserna. Ett fokusområde har varit att minska ensamheten bland äldre, där Guldbussprojektet startades upp med goda resultat. Syftet var att bidra till en meningsfull vardag och ökad livskvalitet hos kommuninvånare som upplevde socialt utanförskap. Slutligen har ett gediget arbete påbörjats avseende Nära vård i samverkan med Region Skåne.

Indikator	Utfall 2019	Utfall 2020	Utfall 2021	Utfall 2022	Vision 2022	Bedömning	Trend
On: Andel av befolkningen 80 år och äldre som inte har insats i ordinärt boende SoL med biståndsbeslut	66%	65%	75%	62%	60%		↘
On: Andel omsorgstagare i ordinärt boende med tillsyn nattetid, som har e-tillsyn. Mäts 1/10 varje år	83%	80%	100%	100%	100%		→
On: Antal anhöriga (unika individer) inom Omsorgen (både Äldre och LSS) som deltagit i gruppverksamhet	161	37	108	168	161		↗
On: Antal frivilliga inom Omsorgen (både Äldre och LSS)	47	150	140	82	100		↘
On: Antal personer 75 år och äldre som fått individuella hembesök inom Uppsökande verksamhet i Hemvården	91	46	109	30	100		↘
On: Fixartjänst, antal unika personer som gjort beställningar	97	99	140	158	97		↗

Signature reference: 63c51f2b-7e1b-4c1f-a607-eef9d8f25f07

6. Kävlinge kommun arbetar för en hållbar utveckling och en hälsosam miljö

Bedömning	Trend
○	↗

För att bidra till goda livsmiljöer har en samverkan med bostadsföreningar påbörjats. Syftet med samverkan har varit att skapa naturliga mötesplatser där kommuninvånaren bor. Samarbetet har resulterat i att 65+ i ordinärt boende har haft möjlighet till aktiviteter i sitt närområde och på så sätt kunnat finna en social gemenskap som bidragit till en god livsmiljö. Sektor Omsorg har även varit delaktiga i framtagandet av Hälsans stig som tagits form i kommunen som uppmuntrar till ökad fysisk aktivitet.

I Sektor omsorg har arbetet för en fossilbränslefri fordonsflotta genomförts under mandatperioden. I samband med nyanskaffning ökar andelen fossilbränslefria fordon. Infrastrukturen för laddstolpar har byggts upp och numera finns laddningsmöjlighet 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 32 g/portion, fördelat mellan tallrikssvinn och serveringssvinn. Under 2022 har fokus legat på att minska matsvinnet ännu mer, särskilt inom omsorgens verksamheter.

För att sprida kunskap om hållbara måltider har det under 2022 ställts ut bordstalare och hängts upp affischer med varierande budskap i skolrestaurangerna. Det har bland annat handlat om matsvinn och hur vi kan äta mer klimatsmart.

Måltidsservice har under mandatperioden även 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 när den var som högst.

Under året infördes ett nytt digitalt system för egenkontrollprogram samt en e-tjänst tillsammans med elevhälsan som samlar all information för specialkost digitalt.

Prioriterade Inriktningar		Status
1. god folkhälsa	Inventera, synliggöra och möjliggöra förutsättningar för ett hållbart liv inkluderat	
2.	Stärka och förbättra förutsättningarna får hållbara transporter och resor.	

Signature reference: 63c51f2b-7e1b-4c1f-a607-eef9d8f25f07

Indikator	Utfall 2019	Utfall 2020	Utfall 2021	Utfall 2022	Vision 2022	Bedömning	Trend
Kf: Andelen fossilbränslefria fordon i kommunens verksamheter, mätning påbörjas 2015.	50.0%	61.1%	75.0%	80.0%	90.0%		↗
Kf: Andelen icke-fossilt bränsle i kommunens verksamheter. (KKL)	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%		→
Kf: Totala energiåtgången i kommunala fastigheter (Kwh/kvm/år, KKL)	169	129	141	137	136		↘
Kf: Antal kilo restavfall per invånare	158	155	153	146	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	587	531	500		↗
Kf: Matsvinn - Antal gram per portion	40	34	31	32	30		↗
Kf: Ranking placering i Aktuell hållbarhet	163	27	66	144	30		↘
Kf: Andel befolkning i kollektivtrafiknäraläge (Agenda 2030)	50.3%	50.8%			79.0%		→
Kf: Genomsnittlig körsträcka med personbil, mil/inv (Agenda 2030)	689	652	639		670		↗
On: Andel omsorgstagare i ordinärt boende med tillsyn nattetid, som har e-tillsyn. Mäts 1/10 varje år	83%	80%	100%	100%	100%		↗
Kf: Medborgarundersökningen - Information från kommunen om vad enskilda kan göra för att minska sin miljö- klimatpåverkan fungerar bra, andel (%)			46.8%	44.6%	47.0%		↘
Kf: Medborgarundersökningen - Hämtningen av hushållsavfall fungerar bra, andel (%)			90.9%	90.8%	90.0%		→

7. Alla kävlingebor med arbetsförmåga är självförsörjande

Bedömning	Trend
	→

Kommentar:

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. Sektor Omsorg tog emot fler elever/studenter än 2021. Sektorn gick från 68 till 86 studenter/elever viket är en positiv ökning. En anledning är att det finns en positiv grundsyn på att ta emot elever samt att andra vårdskolor har hört av sig för att få platser.

Kommunen tar årligen emot cirka 100 sommarpraktikanter, 16–18 åringar. Sektor Omsorg tog emot 26 st till särskilda boende/ hemtjänst, hjälpmedelsförråd och tio till måltidservice.

Sektorn inte tog emot några feriearbetare vecka 44.

Signature reference: 63c51f2b-7e1b-4c1f-a607-eef9d8f25f07

Sektorn tar emot studenter som kombinerar Svenska för invandrare (SFI) och Vård och omsorgsprogrammet. Det finns även möjlighet till extratjänster, nystartsjobb mm. Arbetet bidrar till att skapa förutsättningar till att bli självförsörjande.

Nio av tio 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.

Sektor Omsorg tog emot 25 tjänster totalt med nystartsjobbs finansiering, varav nio inom Måltidservice. Utvärderingen visar att

- 2 tjänster har gått mot tillsvidareanställning under året men har fortfarande stöd för nystartsjobb
- 1 tjänst är pågående tillsvidare med stöd till 230331
- 1 tjänst har avslutats i nystartsjobb och gått vidare till en SÄVA-anställning i ett år
- 1 tjänst på 75 procent tillkommer med egen finansiering efter 8 veckors praktik
- 1 tjänst har avslutats på egen begäran för att fokusera på studier till usk
- 1 tjänst har tillkommit genom att personen har lämnat skolan efter önskemål om arbete inom omsorg.

Målet är att öka antalet platser inom individuell utflyttad sysselsättning och 2022 års uppföljning visar på motsvarande nivå som året innan med i storleksordningen fyra personer.

Prioriterade Inriktningar	Status
1. Ställa krav i upphandlingar kring sociala klausuler om utbildning, praktik och anställningar.	
2. Tydliggöra ambitionsnivån i kommunens egna verksamheter när det gäller praktik och anställningar.	
3. Minska antalet unga arbetslösa genom att bland annat stärka samarbetet med näringslivet	

Indikator	Utfall 2019	Utfall 2020	Utfall 2021	Utfall 2022	Vision 2022	Bedömning	Trend
Kf: Total andel öppet arbetslösa ungdomar (18-24 år) inkl. i program med aktivitetsstöd i förhållande till riket		126%	124%	103%	100%		↗
Kf: Totalt andel öppet arbetslösa utrikesfödda inkl. i program med aktivitetsstöd i förhållande till riket		94%	92%	84%	80%		↗
Kf: Total andel öppet arbetslösa (16-64 år) inkl. i program med aktivitetsstöd i förhållande till riket***)		67%	73%	65%	65%		↗
Kf: Andel arbetslösa kommuninvånare som har fått en (subventionerad) anställning i kommunen	2%	5%	6%	6%	5%		↗

Signature reference: 63c51f2b-7e1b-4c1f-a607-eef9d8f25f07

Indikator	Utfall 2019	Utfall 2020	Utfall 2021	Utfall 2022	Vision 2022	Bedömning	Trend
Kf: Genomsnittligt antal bidragsmånader per hushåll	5.7	5.7	5.9	5.6	5.4		↗
Kf: Kostnad utbetalt ekonomiskt bistånd, kr/inv (Kolada N31004)	401	355	287		400		↗
Kf: Kostnad utbetalt ekonomiskt bistånd kr/inv inkl flyktinghushåll	520	427	280	272	430		↗
Kf: Väntetid i antal dagar från första kontakttillfället för ansökan vid nybesök till beslut inom försörjningsstöd, medelvärde.	26	8	14	15	10		↗
Kf: Andel (%) av totalt antal deltagare som avslutats inom den kommunala arbetsmarknadsverksamhetens insatser som börjat arbeta eller studerat	41%	60%	57%	63%	50%		↗
Kf: Antal hushåll med ekonomiskt bistånd, genomsnitt per månad (egen mätning)	160	142	100	94	135		↗
Kf: Andel avslutade biståndshushåll till egen försörjning (egen mätning	41%	53%	58%	51%	60%		↗
Kf: Andel barn i familjer med långvarigt ekonomiskt bistånd (egen mätning)	0.5%	0.5%	0.6%	0.4%	0.5%		↗
Kf: Andel hushåll med långvarigt ekonomiskt bistånd (egen mätning)	26%	30%	29%	27%	20%		→
On: Antal deltagare inom daglig verksamhet som går ut i individuellt utflyttad verksamhet inom daglig verksamhet	6	1	4	9	3		↗
Kf: Lämnat etableringsuppdraget och börjat arbeta eller studera (status efter 90 dagar), andel (%)	31.0%	30.0%	34.0%	27.0%	40.0%		↘

Signature reference: 63c51f2b-7e1b-4c1f-a607-eef9d8f25f07

§16

Dnr: ON 2023/22

Verksamhetsuppföljning för omsorgsnämnden till och med januari 2023

Beslut

Omsorgsnämndens beslut
Omsorgsnämnden beslutar att godkänna rapporten.

Ärendebeskrivning

Verksamhetsnyckeltal för omsorgsnämnden för 2023, värden till och med januari enligt bifogad rapport.

Beslutsunderlag

- Verksamhetsuppföljning för omsorgsnämnden till och med januari 2023, tjänsteskrivelse
- Nyckeltalsrapport Omsorg 2023 Januari

Beslutet skickas till

För verkställighet
Controller sektor omsorg

Signature reference: 63c51f2b-7e1b-4c1f-a607-eef9d8f25f07

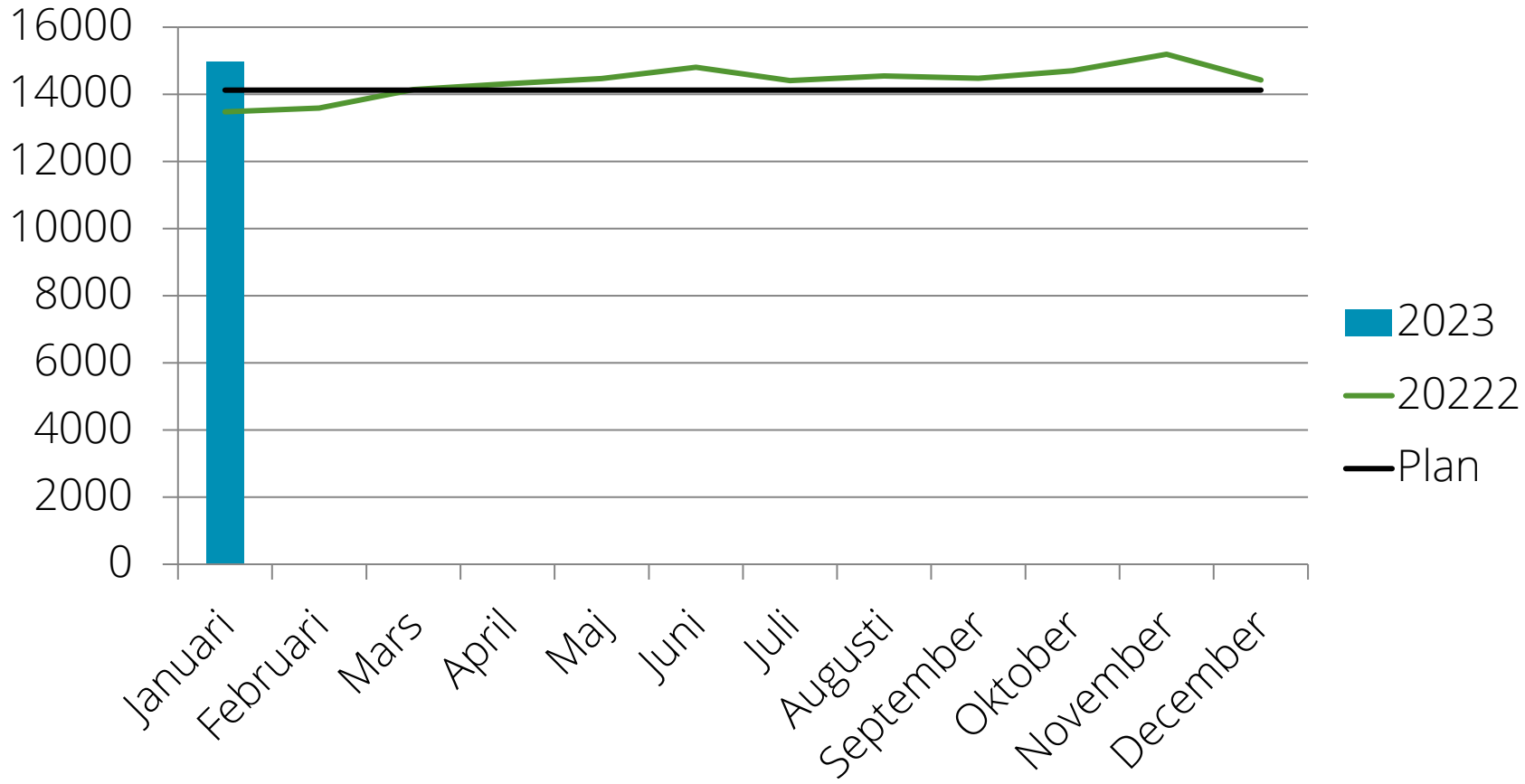
Omsorgsnämnden nyckeltalsrapport

2023-01

KÄVLINGE!

Signature reference: 63c51f2b-7e1b-4c1f-a607-eef9d8f25f07

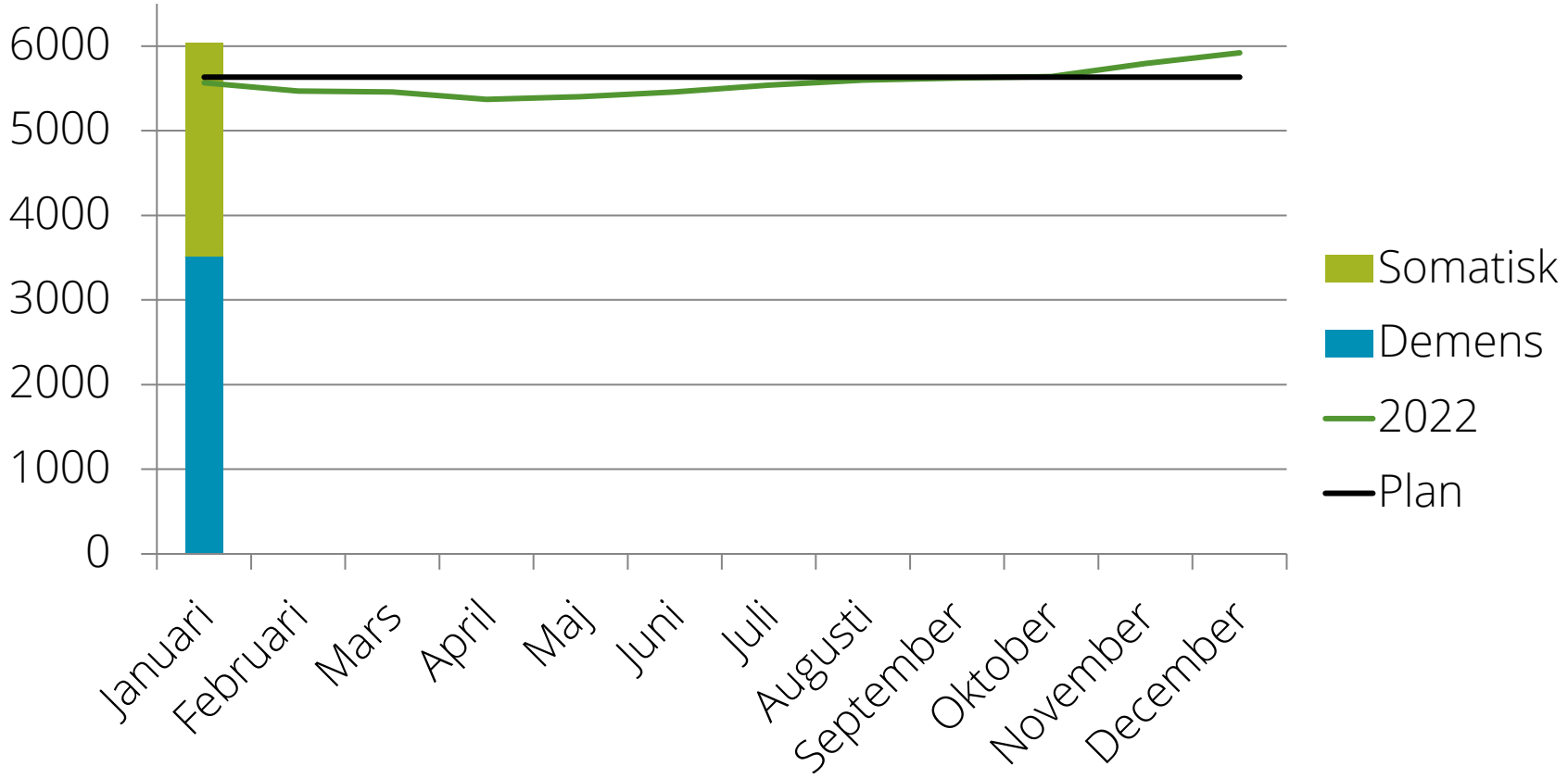
Hemtjänst
(timmar, resursfördelat)



Signature reference: 63c51f2b-7e1b-4c1f-a607-eef9d8f25f07

KÄVLINGE!

Vårddygn SÄBO (utjämnad)



Signature reference: 63c51f2b-7e1b-4c1f-a607-eef9d8f25f07

KÄVLINGE!

SÄBO – Lägenheter

Underlag per den 30 i månaden

Enhet	Antal lägenheter			Varav tomma		
	Somatik	Demens	Totalt	Somatik	Demens	Totalt
Billingshäll	23	35	58	0	0	0
Norrehed		16	16		1	1
Möllebacken		24	24		1	1
Villa Fridsbo/Vardaga*	40	20	60	9	20	29
Lyckliga gatan/Attendo*	35	35	70	2	3	5
Totalt	**98**	**130**	**228**	**11**	**25**	**36**

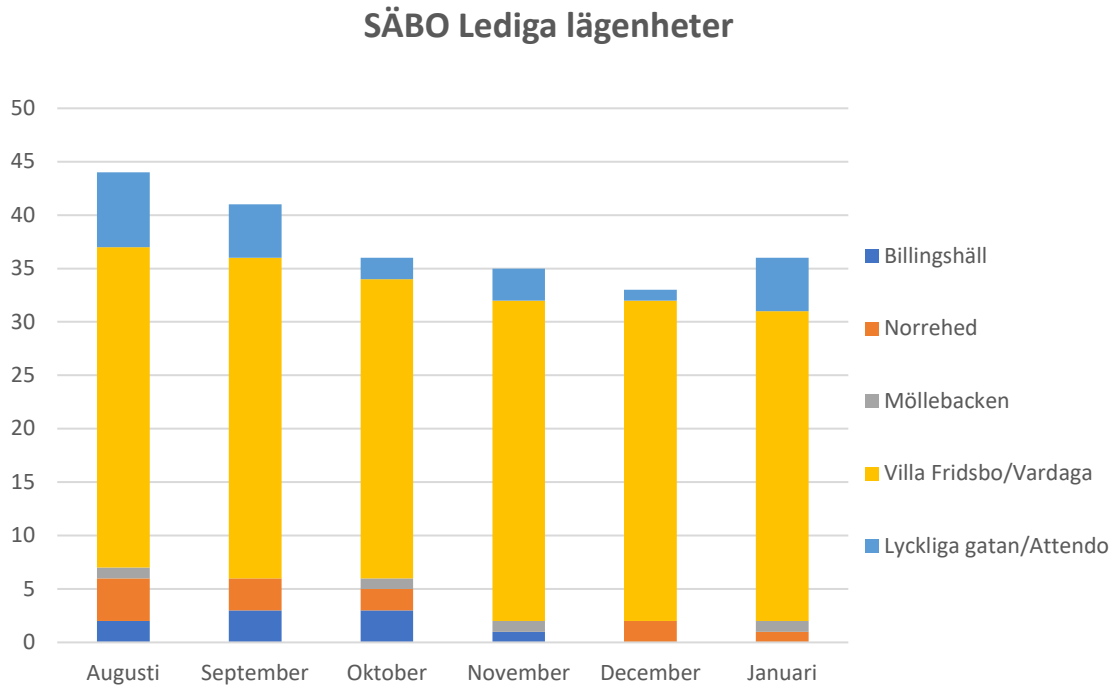
* Kävlinge kommun ansvarar ej för lediga platser

KÄVLINGE!

Signature reference: 63c51f2b-7e1b-4c1f-a607-eef9d8f25f07

SÄBO – Lägenheter

Underlag per den 30 i månaden



Signature reference: 63c51f2b-7e1b-4c1f-a607-eef9d8f25f07

KÄVLINGE!

Servicelägenheter

Underlag per den 30 i månaden

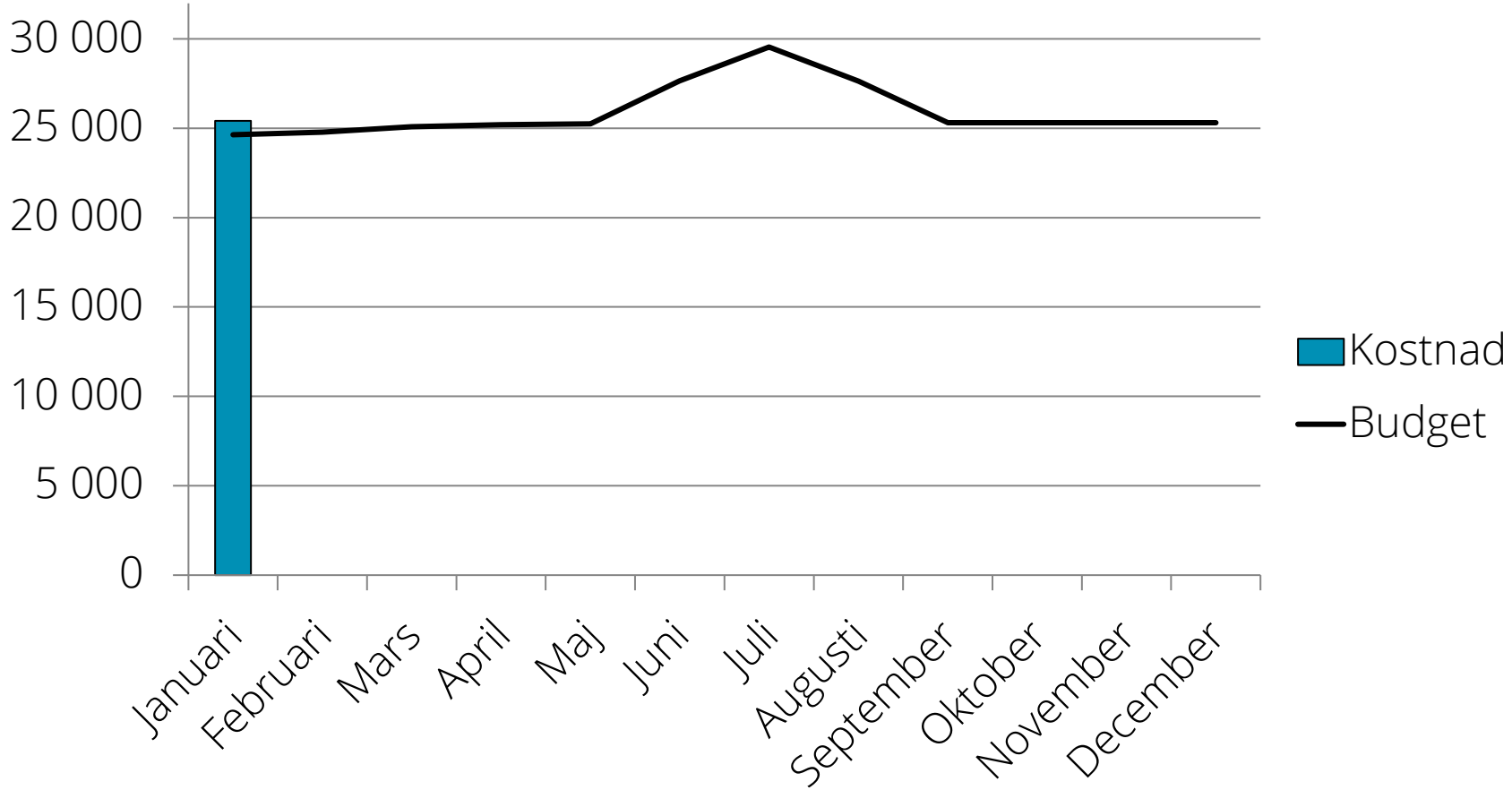
Enhet	Antal lägenheter	Varav tomma
Billingshäll	52	4
Kullagården	35	5
Ligustern	11	0
Totalt	**98**	**9**

Signature reference: 63c51f2b-7e1b-4c1f-a607-eef9d8f25f07

KÄVLINGE!

Personalkostnad

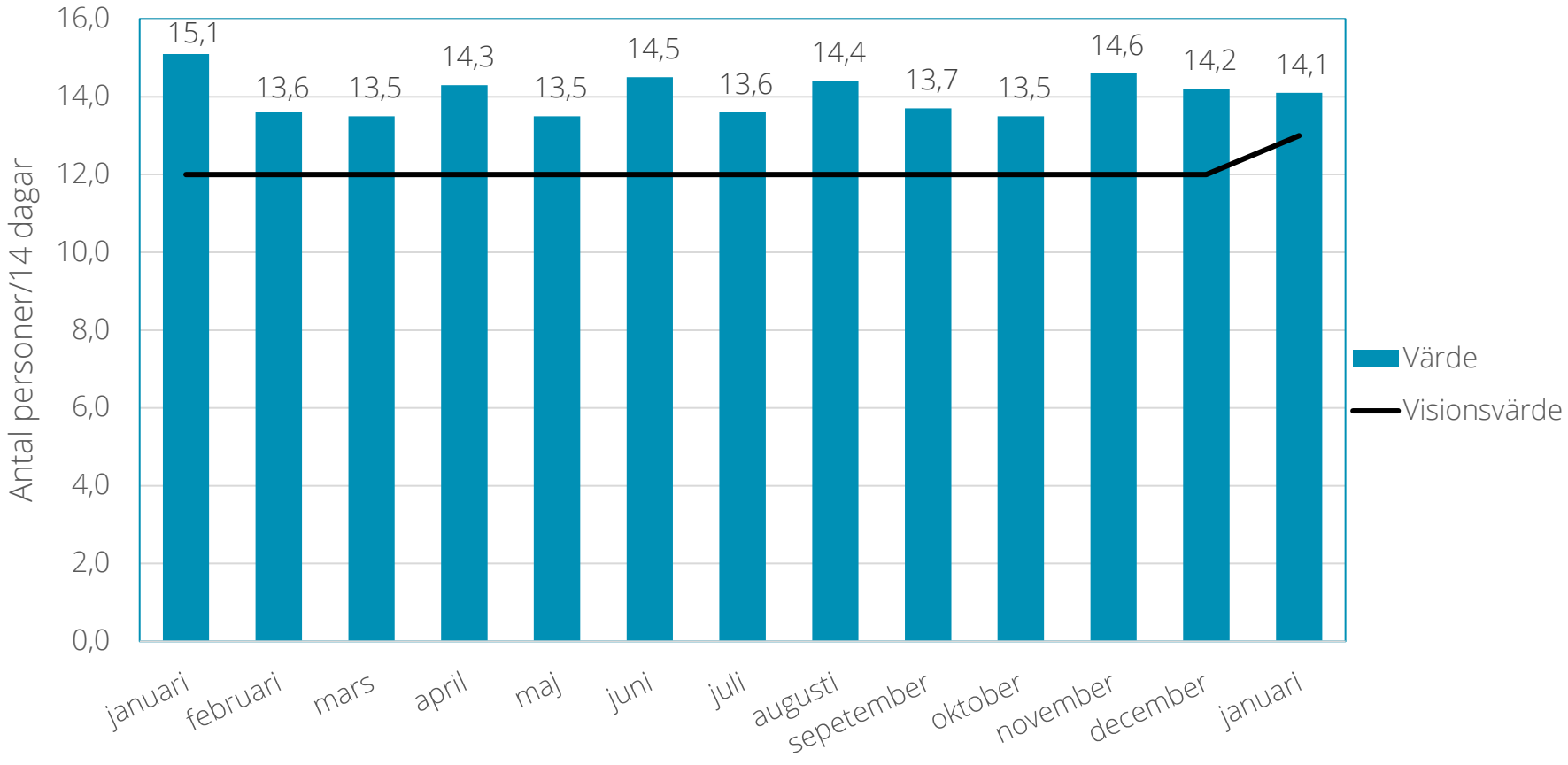
(exkl Måltidsservice, inkl interna köp vikarier)



KÄVLINGE!

Signature reference: 63c51f2b-7e1b-4c1f-a607-eef9d8f25f07

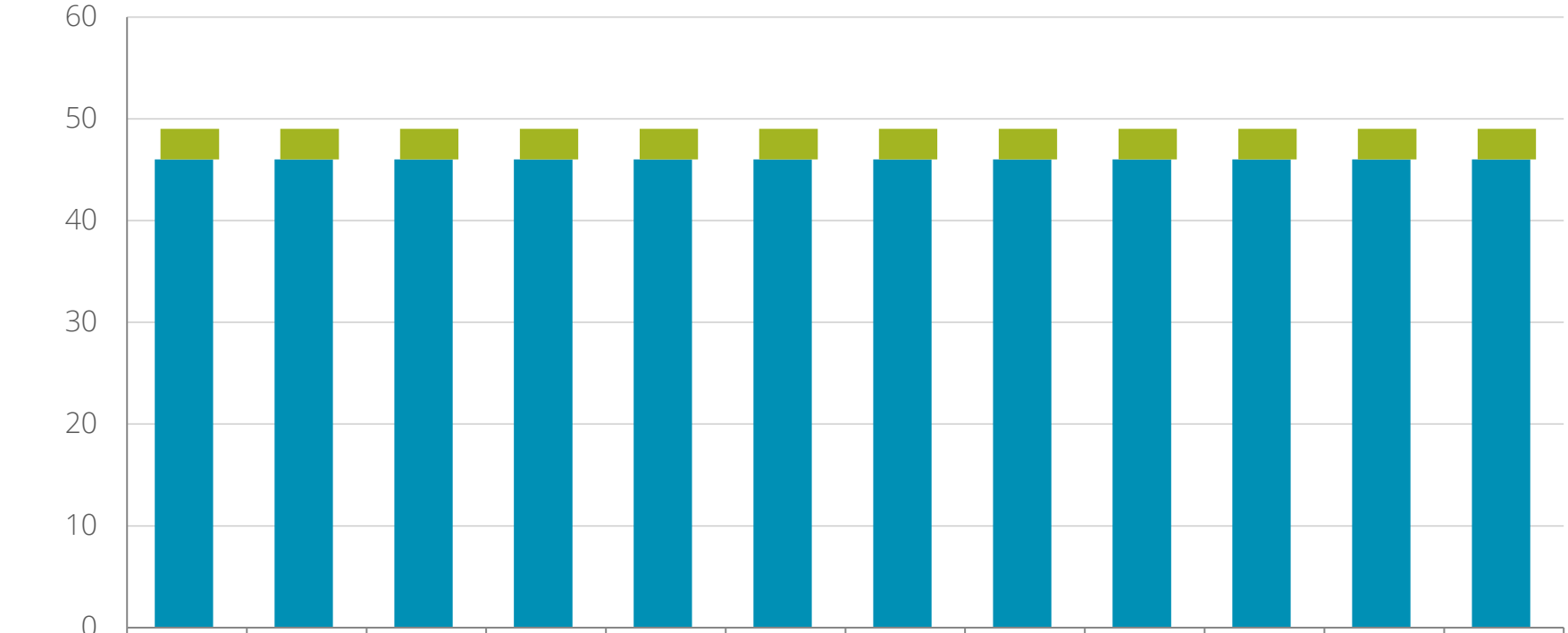
Personalkontinuitet hemtjänst



Signature reference: 63c51f2b-7e1b-4c1f-a607-eef9d8f25f07

KÄVLINGE!

LSS-boenden
(interna Gruppboende inkl Humana)

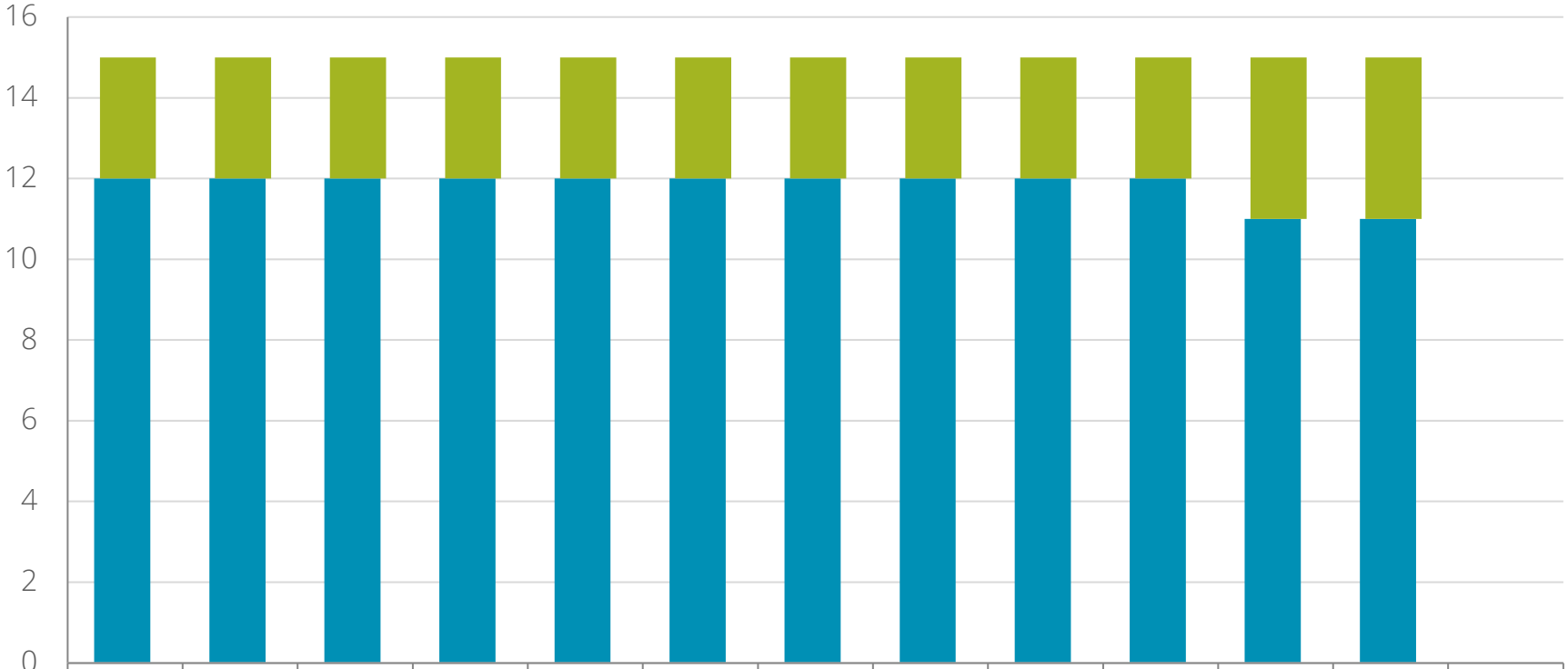


	Februari	Mars	April	Maj	Juni	Juli	Augusti	September	Oktober	November	December	Januari
Tomma	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
Belagda	46	46	46	46	46	46	46	46	46	46	46	46

KÄVLINGE!

Signature reference: 63c51f2b-7e1b-4c1f-a607-eef9d8f25f07

Servicebostäder enl LSS



	Februari	Mars	April	Maj	Juni	Juli	Augusti	September	Oktober	November	December	Januari	
Tomma	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	4	
Belagda	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	11	11	

KÄVLINGE!

Signature reference: 63c51f2b-7e1b-4c1f-a607-eef9d8f25f07

100% välkommen!

KÄVLINGE!

Signature reference: 63c51f2b-7e1b-4c1f-a607-eef9d8f25f07

§17

Information från sektorchef

Ärendebeskrivning

Sektorchef Leila Misirli informerar om:

- Statistik för färdtjänst: avtal med Skånetrafiken från 1 april 2022. Få synpunkter i förhållande till antal resor. De flesta klagomål handlar om förarens bemötande av kund eller att föraren rapporterat att kund uteblivit. Av de resor som görs är 52 % färdtjänst och 48 % arbetsresor med färdtjänst.

- Statistik för seniorresor: gratis resor inom Kävlinge kommun för alla som är över 70 år. Cirka 4900 biljetter finns hos medborgare i kommunen. Totalt sker det runt 1000 resor per månad.

- Kommande nämndsmöten: planering av frivilliga aktiviteter i samband med nämndsmöten samt informationspunkter på nämndsmöten. Under våren kommer nämnden få information om Lex Sarah/Lex Maria samt LSS och socialpsykiatri. Bussrundtur i kommunen planeras som aktivitet den 25 april innan nämndsmötet. Höstens preliminära planering innehåller besök ute i verksamheterna på Billingshäll, Lyckliga gatan och Villa Fridsbo.

Signature reference: 63c51f2b-7e1b-4c1f-a607-eef9d8f25f07

§18

Dnr: ON 2023/23

Kvalitetsrapport sektor omsorg 2022

Beslut

Omsorgsnämndens beslut
Omsorgsnämnden godkänner redovisad kvalitetsrapport för år 2022.

Ärendebeskrivning

Sektor omsorg har gjort en granskning av aktuella områden internt och externt. Rapportens indelning är omsorg, måltidsservice och hälsofrämjande enhetens arbete under 2022. Redovisning av externa utförare inom särskilt boende SoL-LOV och gruppbostad LSS-LOU är inkluderade i underlaget.

Beslutsunderlag

- Kvalitetsrapport sektor omsorg 2022, tjänsteskrivelse
- Kvalitetsrapport sektor omsorg 2022
- Verksamhetsberättelse Hundstund
- Verksamhetsberättelse Kungsgatan 39
- Verksamhetsberättelse Lyckliga gatan
- Verksamhetsberättelse Nytida Stora Blå Syd
- Verksamhetsberättelse Solgatan 4
- Verksamhetsberättelse Villa Fridsbo

Beslutet skickas till

För kännedom
Sektorchef
Kvalitetscontroller
Utvecklingschef

Signature reference: 63c51f2b-7e1b-4c1f-a607-eef9d8f25f07

KÄVLINGE!

Kvalitetsrapport Sektor Omsorg 2022

Ulrika Johansson
Kvalitetscontroller

100% välkommen!

Signature reference: 63c51f2b-7e1b-4c1f-a607-eef9d8f25f07

Innehåll

1. Inledning 4
2. Intern kontroll 5
3. Brukarundersökningar, interna 5
   3.1 Brukarundersökning korttidsvistelse LSS 6
   3.2 Brukarundersökning, korttidstillsyn LSS 7
4. Nationell brukarundersökning Socialtjänstlagen (SoL) 8
5. Nationella brukarundersökningar Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS).9
   5.1 Gruppbostad 10
   5.2 Servicebostad 12
   5.3 Daglig verksamhet 14
6. Externa utförare LOV och LOU 16
   6.1 Särskilt boende -LOV 16
   6.2 Gruppboende–LOU 16
   6.3 Servicetjänster - LOV 16
   6.4 Daglig verksamhet LSS – LOV 17
7. Ej verkställda beslut 17
8. Ständiga förbättringar 18
   8.1 Avvikelser 18
   8.2 Lex Sarah 19
9. Samverkan 19
10. Kompetensförsörjning 20
11. Statsbidrag 22
12. Digitalisering 22
13. Barnkonventionen 22
14. Hälsofrämjandeenheten 23
   14.1 Fixartjänst 23
   14.2 Evenemang 23
   14.3 Anhörigstöd 24
   14.4 Volontärverksamhet 24
   14.5 Hälsofrämjande samtal 24
15. Måltidsservice 24
   15.1 Nollvisionen för undernäring hos äldre 24
   14.2 Måltidskompetens 26

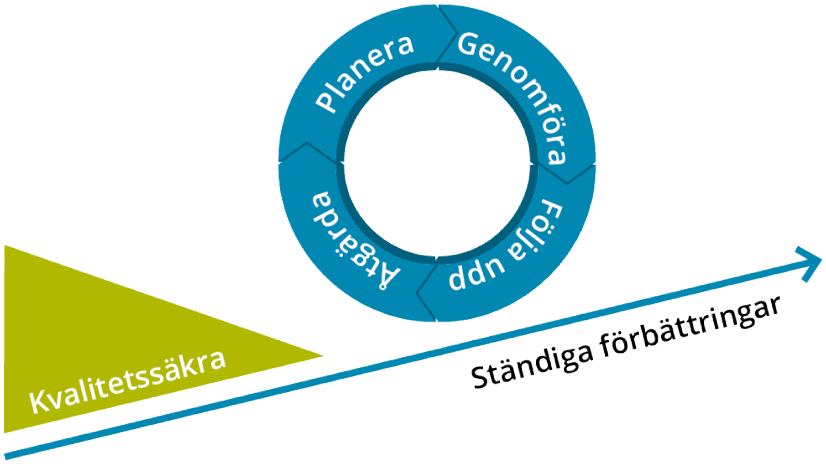
Signature reference: 63c51f2b-7e1b-4c1f-a607-eef9d8f25f07

14.3 Kundenkät omsorgsrestaurang 26
14.4 Kundenkät, barn i förskola 26
14.5 Kundenkät, pedagoger i förskola 26
14.6 Hållbara måltider 27
14.7 Säkra måltider 27
14.9 Trivsamma måltider 28

Signature reference: 63c51f2b-7e1b-4c1f-a607-eef9d8f25f07

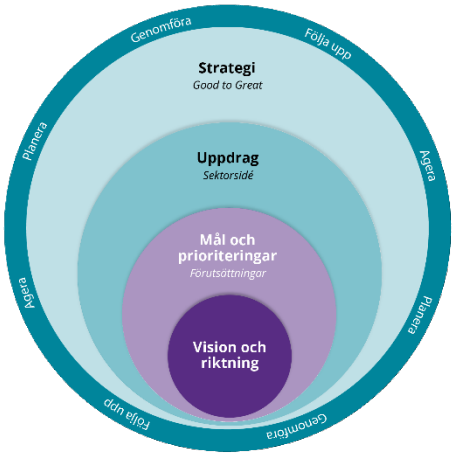
1. Inledning

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.



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 2022.

Signature reference: 63c51f2b-7e1b-4c1f-a607-eef9d8f25f07

Tillvägagångssätt och upplägg

Av de tre beslutade *interna* kontroll uppdragen för 2022 genomförts två vilka 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. 2022 har 3 (tre) nationella brukarundersökningar riktade mot funktionshinder gruppboende, serviceboende samt daglig verksamhet enligt LSS genomförts. Vidare har en nationell undersökning gällande ”-Vad äldre tycker om äldreomsorgen” genomförts under våren 2022.

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

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. Likaså den *Hälsofrämjande enheten* har fått ett eget kapitel.

2. Intern kontroll

De interna kontrolluppdragen för år 2022 var tre stycken, har redovisats i Omsorgsnämnden.

Kontrolluppdragen har varit att granska risken för bristande uppföljning av individuellt förskrivna hjälpmedel. Individuellt förskrivna hjälpmedel ska följas upp i en särskild mall enligt nämndbeslut. Det har funnits brister i denna process, under 2021 har genomgång för förskrivare genomförts för att öka kompetensen inom området.

Vidare har även sektorn granskat risker för att verksamheten inte anställer enligt gällande kravprofil. Yrkena är idag bristyrken. Syftet var att kontrollera att kravprofilerna följs och att personal har rätt formell behörighet vid anställning. En förberedelse inför införandet av skyddad yrkestitel.

Kontroll av brukarnas delaktighet under handläggningsprocessen inom LSS genomfördes ej.

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

Signature reference: 63c51f2b-7e1b-4c1f-a607-eef9d8f25f07

lokala brukarundersökningar riktat till två insatser enligt LSS (lag om stöd och service till vissa funktionshindrade), för vilka resultaten inte kan urskiljas ur de nationella brukarundersökningarna.

3.1 Brukarundersökning korttidsvistelse LSS

Syfte
Syftet med undersökningen är att mäta brukarnas trygghet och nöjdhet av omsorgen under tiden de vistats på korttidsvistelse samt att få fram förbättringsområden för enheten. Undersökningen görs för verksamheten, ledning och politiker.

Metod
Undersökningen görs genom enkäter med påståenden och är digital. En länk till enkäten har skickats via mejl till den vårdnadshavare där brukaren är folkbokförd. Insamlandet sker genom att enkäten fylls i, skickas in digitalt och sammanställs av systemet som används för enkätundersökningen.

Svarsfrekvens och bortfall

Av 12 beslut om korttidsvistelse har 5 svarat på enkäten = 42 %. 5 av 12 svarande (42 %) har svarat att de svarat på enkäten tillsammans med en vuxen.

Det finns ett (1) bortfall som förklaras med att vårdnadshavare bedömer att deras barn inte kan uttala sig och därför avböjt att svara på enkäten. Osäkerhet råder kring resterande bortfall.

Enkäterna sammanställs av systemstöd för enkätundersökningen. Uppdragssamordnare är oberoende och tar ut sammanställning ur systemet.

Resultat
1. Vem svarar på frågorna?
Jag själv 0%
Jag tillsammans med en vuxen 100%

2. Vad tycker du om korttidsvistelse?

Svarsalternativ:	Bra	Sådär	Dåligt
Antal som svarat totalt: 5	3	1	1
Svar i % utav samtliga svar	60%	20%	20%

3. Får du vara med och bestämma vad du vill göra på korttids?

Svarsalternativ:	Ja	Ibland	Nej
Antal som svarat totalt: 4	1	3	1
Svar i % utav samtliga svar	20%	60%	20%

4. Finns det personal när du behöver hjälp?

Svarsalternativ:	Alltid	Ibland	Aldrig
Antal som svarat totalt: 4	2	2	0
Svar i % utav samtliga svar	50%	50%	0%

Signature reference: 63c51f2b-7e1b-4c1f-a607-eef9d8f25f07

5. Jag känner mig trygg när jag är på korttids?

Svarsalternativ:	Ja	Ibland	Nej
Antal som svarat totalt: 4	0	3	1
Svar i % utav samtliga svar	0%	75%	25%

Får du hjälp av personalen på natten när du behöver?
Det finns inte tillräckligt många svar för att visa statistik för den här frågan

Jag vet vad jag ska göra när jag är på korttids
Det finns inte tillräckligt många svar för att visa statistik för den här frågan

Jag ser fram emot att vara på korttids
Det finns inte tillräckligt många svar för att visa statistik för den här frågan

Analys
Bästa resultaten är gällande vad brukaren tycker om korttids och att det finns personal när brukaren behöver hjälp. Lägsta resultatet är om brukaren känner sig trygg på korttids. Sammantaget går det att se att brukarna som svarat på enkäten är nöjda med insatsen.

Det interna bortfallet på fråga 6, 7, 8 påverkar möjligheten att fördjupa sig i frågan om brukaren känner sig trygg på korttids. Högre svarsfrekvens på fråga 6, 7, 8 hade kunnat ge en ökad förståelse för brukarens definition av trygghet.

Det råder fortsatt högt bortfall trots insatser för att förbättra svarsfrekvensen. Förbättringarna som gjorts är att enkäten är digital och anpassad med både bildstöd och talsyntes för att tillgänglighetsanpassa för målgruppen.

3.2 Brukarundersökning, korttidstillsyn LSS

Syfte
Syftet med undersökningen är att mäta brukarnas trygghet och nöjdhet av omsorgen under tiden de vistats på korttidstillsyn samt att få fram förbättringsområden för enheten. Undersökningen görs för verksamheten, ledning och politiker.

Metod
Undersökningen görs med hjälp av enkäter med påståenden. Enkäten är digital. En länk till enkäten har skickats via mejl till den vårdnadshavare där brukaren är folkbokförd. Insamlandet sker genom att enkäten fylls i, skickas in digitalt och sammanställs av systemet som används för enkätundersökningen.

Svarsfrekvens och bortfall
Av 11 beslut om korttidstillsyn har 3 svarat på enkäten = 27 %. Det finns ett omfattande bortfall som gör att det inte finns tillräckligt många svar för att visa statistik på frågorna i enkätundersökningen.

Enkäterna sammanställs av systemstöd för enkätundersökningen.

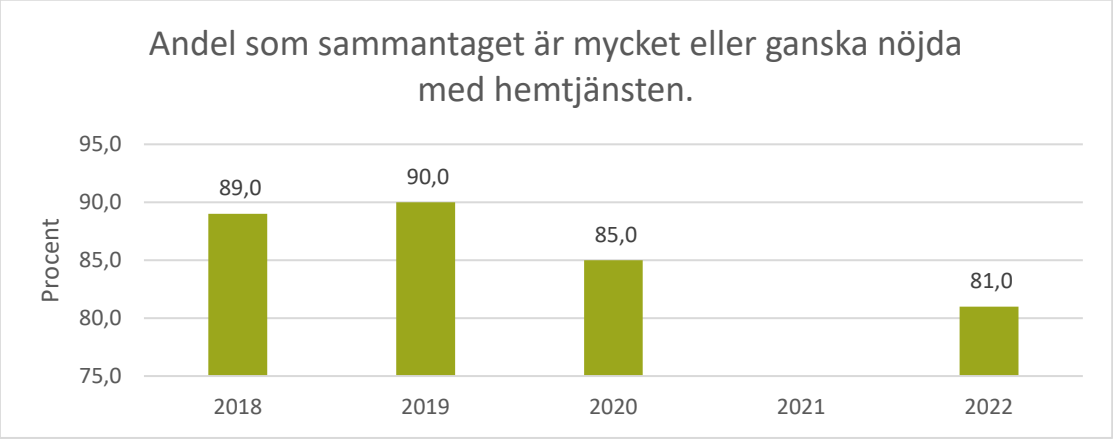
Signature reference: 63c51f2b-7e1b-4c1f-a607-eef9d8f25f07

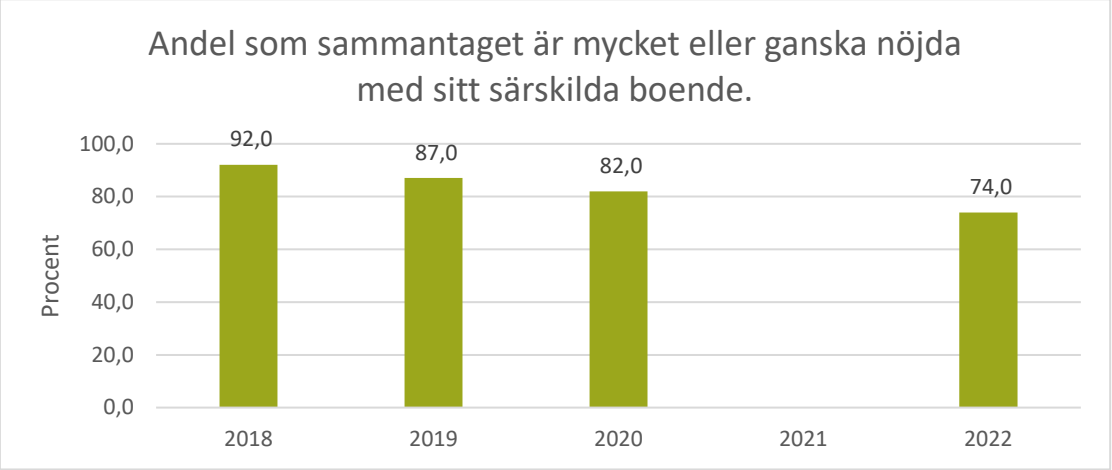
Analys
Det råder ett omfattande bortfall trots insatser för att förbättra svarsfrekvensen. Förbättringarna som gjorts är att enkäten är digital och anpassad med både bildstöd och talsyntes för att tillgänglighetsanpassa för målgruppen.

4. Nationell brukarundersökning Socialtjänstlagen (SoL)

Socialstyrelsen (SoS) genomför en årlig nationell brukarundersökning till vårdtagare/brukare inom äldreboende och hemtjänst. Under 2022 genomfördes brukarundersökning inom äldreomsorgen: *"-Vad äldre tycker om äldreomsorgen."* under januari till mars och resultatet publicerades i juni.

Svarsfrekvensen för hemtjänst var år 52,6% (51,4% år 2020) och för särskilt boende svarade 52,3% (39,7% år 2020) av de tillfrågade.





År 2021 genomfördes ingen nationell brukarundersökning inom äldreomsorgen på grund av pandemin.

Resultaten för Kävlinge kommun i undersökningen är fallande. Vikande siffror syns dock både i Kävlinge kommun, Skåne och riket i stort. En stor del i det har pandemin som pågått i två år när enkäten skickades ut i våras.

Signature reference: 63c51f2b-7e1b-4c1f-a607-eef9d8f25f07

En hel del av resultaten i enkäten är bra: fyra av fem tycker äldreomsorgen är bra, 91% tycker att personalen bemöter dem på ett bra sätt, och 87% känner förtroende för personalen. Samtidigt finns det mycket som kan utvecklas. Flera projekt är redan igång för att arbeta mot den högt satta målsättningen. Den unika satsningen Music in mind är en, Nollvisionen för undernäring hos äldre än en och certifierade Stjärninstruktörer är en annan.

Särskilt boende
Kävlinge får högre betyg än riket som helhet i 10 av de 26 frågorna, vilka bland annat är trivsel i gemensamhetsutrymme, måltider och måltidsmiljö samt att man vet vart man ska vända sig vid synpunkter. Den sammantagna nöjdheten ligger på 74 procent, vilket är under riket (77 procent). Årets undersökning har utökats med två frågor kring pandemin en fråga om i vilken utsträckning man besvärats av ensamhet jämfört med tidigare (42% svarar mer än tidigare) och fråga gällande om man någon gång under pandemin avstått från sina hemtjänstinsatser under pandemin (86% svarar nej).

Mest och minst nöjda inom särskilt boende
Mest nöjda är personer i särskilda boenden med boendets aktiviteter där Kävlinge ligger en bra bit över riket. I Kävlinge kommun får man även i högre grad än riket plats på önskat boende. Exempel på områden med lägre nöjdhet är utemiljön, möjlighet att komma utomhus samt att kunna påverka vilka tider hjälpen fås.

Hemtjänst
Kävlinge får högre betyg än riket på 3 av 24 frågor, vilka bland annat gäller områdena hur personalen utför arbetsuppgifterna, möjlighet att få kontakt med personal samt information vid förändringar. Inom områdena gällande personalens utförande av arbetsuppgifter samt att personalen kommer på avtalad tid ligger på nivå likt riket i övrigt. 95 procent anser att man får ett bra bemötande, en positiv trend uppåt vilket är en ökning från 92 procent från 2020.

Mest och minst nöjda inom hemtjänst
Mest nöjda är personer med hemtjänst med bemötandet från personalen, att man känner förtroende för personalen samt hur insatserna utförs. En stor andel personer upplever att man besväras av ensamhet. Årets undersökning har även utökats med två frågor kring pandemin en fråga om i vilken utsträckning man besvärats av ensamhet jämfört med tidigare (30% svarar mer än tidigare) och fråga gällande om man någon gång under pandemin avstått från sina hemtjänstinsatser under pandemin (86% svarar nej).

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

Syfte
Att undersöka hur brukare som bor i gruppbostad samt serviceboende 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 SKR:s nationella brukarundersökning.

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

Signature reference: 63c51f2b-7e1b-4c1f-a607-eef9d8f25f07

För vem gjordes undersökningen?
För brukaren, för beslutsfattare inom Socialtjänsten (chefer och politiker) samt för verksamheten.

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.

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 inte 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/serviceboende enligt 9 § 9 samt daglig verksamhet 9 § 10 LSS, både kommunal verksamhet och privata utförare. Alla med boendebeslut har erbjudits att delta, 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 36 brukare beslut om gruppbostad enligt 9 § 9 LSS och har boende i kommunens egen regi. I årets undersökning/resultat är även en privat utförare, Nytida (6 brukare), inkluderad. Av dessa totalt 42 brukare är svarsfrekvensen 25 personer. Utförare enligt LOU, vid tillfället för mätningen Humana AB (2 verksamheter) svar ingår inte i nedan redovisad svarsfrekvens då

Signature reference: 63c51f2b-7e1b-4c1f-a607-eef9d8f25f07

enkäten genomförts inom egen organisation däremot ingår Humanas resultat i det nationella resultatet.

Den totala svarsfrekvensen uppgår till 60%. 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/?focus=16637&report=93286

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

Svarsalternativ:	Ja	Ibland	Nej
Antal som svarat totalt: 25	18	5	2
Svar i % utav samtliga svar	72%	20%	8%
Alla kommuner, ovägt medel	77%		

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

Svarsalternativ:	Ja	Ibland	Nej
Antal som svarat totalt: 25	19	4	2
Svar i % utav samtliga svar	76%	16%	8%
Alla kommuner, ovägt medel	81%		

3. Bryr sig personalen hemma om dig? – Bemötande

Svarsalternativ:	Ja	Ibland	Nej
Antal som svarat totalt: 25	18	4	3
Svar i % utav samtliga svar	72%	16%	12%
Alla kommuner, ovägt medel	82%		

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

Svarsalternativ:	Alla	Några	Ingen
Antal som svarat totalt: 25	16	6	2
Svar i % utav samtliga svar	67%	25%	8%
Alla kommuner, ovägt medel	69%		

5. Förstår personalen hemma vad du säger? – Bemötande

Svarsalternativ:	Alla	Några	Ingen
Antal som svarat totalt: 24/25	16	4	2
Svar i % utav samtliga svar	75%	17%	8%
Alla kommuner, ovägt medel	71%		

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

Svarsalternativ:	Alla	Några	Ingen
Antal som svarat totalt: 25	16	7	2
Svar i % utav samtliga svar	64%	28%	8%
Alla kommuner, ovägt medel	76%		

7. Är du rädd för något hemma? – Trygghet

Svarsalternativ:	Aldrig	Ibland	Ofta
Antal som svarat totalt: 24/25	9	10	5
Svar i % utav samtliga svar	38%	42%	21%
Alla kommuner, ovägt medel	67%		

Signature reference: 63c51f2b-7e1b-4c1f-a607-eef9d8f25f07

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

Svarsalternativ:	Ja	Nej
Antal som svarat totalt: 23/25	20	3
Svar i % utav samtliga svar	87%	13%
Alla kommuner, ovägt medel	86%	

9. Trivs du hemma? – Trivsel

Svarsalternativ:	Ja	Ibland	Nej
Antal som svarat totalt: 25	18	4	3
Svar i % utav samtliga svar	72%	16%	12%
Alla kommuner, ovägt medel	82%		

Analys
SKR:s nationella brukarundersökning genomförs för sjätte 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.

Svarsfrekvensen för antal erbjudna till faktiskt svarande har sjunkit från 36 brukare 2021 till 25 brukare i årets undersökning. Årets enkät utfördes av stödpedagogerna inom LSS verksamheterna.
En möjlig orsak kan vara att tidigare år har ett begränsat antal pedagoger utfört enkäterna, i årets undersökning har fler varit involverade.

Årets brukarundersökning visar generellt försämrat resultat i jämförelse med föregående årsresultat för Kävlinge kommun. Nationellt låg Kävlinge kommun i den nedre delen av det mellersta spannet.

På fråga 7 har vi lägre siffror än riket och även lägre siffror än föregående års undersökning gällande om man är rädd för något hemma. I fritextsvaren har det framkommit att man är rädd för höga ljud och skrik samt rädd för att bli sjuk. De senaste åren har präglats av pandemin vilket lett till att brukarnas rutiner och vardag varit föränderlig.

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.

5.2 Servicebostad

Resultat, svarsfrekvens och bortfall
Totalt har 16 brukare beslut om servicebostad enligt 9 § 9 LSS. Av dessa 16 brukare har 12 brukare valt att medverka i undersökningen.

Antal svarande är totalt 12 men i redovisningen uppgår siffran till (11 och 12) på frågorna. Det beror på att någon valde att inte svara på någon fråga alternativt avbröt mitt i enkäten. Det fanns även möjlighet att klicka förbi frågan om man inte förstod. Svarsfrekvensen uppgår till 75% totalt för verksamheten. Jämförande resultat för Kävlinge kommun tidigare år går att hitta på:
https://www.kolada.se/verktyg/jamforaren/?_p=jamforelse&focus=16637&tab_id=93286

Signature reference: 63c51f2b-7e1b-4c1f-a607-eef9d8f25f07

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

Svarsalternativ:	Ja	Ibland	Nej
Antal som svarat totalt: 12	8	3	1
Svar i % utav samtliga svar	67%	25%	8%
Alla kommuner, ovägt medel	82%		

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

Svarsalternativ:	Ja	Ibland	Nej
Antal som svarat totalt: 12	7	4	1
Svar i % utav samtliga svar	58%	33%	8%
Alla kommuner, ovägt medel	77%		

3. Bryr sig personalen hemma om dig? – Bemötande

Svarsalternativ:	Ja	Ibland	Nej
Antal som svarat totalt: 11	9	3	0
Svar i % utav samtliga svar	82%	18%	0%
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: 12	9	3	0
Svar i % utav samtliga svar	75%	25%	0%
Alla kommuner, ovägt medel	68%		

5. Förstår personalen hemma vad du säger? – Bemötande

Svarsalternativ:	Alla	Några	Ingen
Antal som svarat totalt: 14	9	3	0
Svar i % utav samtliga svar	75%	25%	0%
Alla kommuner, ovägt medel	70%		

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

Svarsalternativ:	Alla	Några	Ingen
Antal som svarat totalt: 12	9	2	1
Svar i % utav samtliga svar	75%	17%	8%
Alla kommuner, ovägt medel	71%		

7. Är du rädd för något hemma? – Trygghet

Svarsalternativ:	Aldrig	Ibland	Ofta
Antal som svarat totalt: 11	6	5	0
Svar i % utav samtliga svar	55%	45%	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: 11	11	0
Svar i % utav samtliga svar	100%	0%
Alla kommuner, ovägt medel	83%	

Signature reference: 63c51f2b-7e1b-4c1f-a607-eef9d8f25f07

9. Trivs du hemma? – Trivsel

Svarsalternativ:	Ja	Ibland	Nej
Antal som svarat totalt: 11	8	2	1
Svar i % utav samtliga svar	73%	18%	9%
Alla kommuner, ovägt medel	76%		

Analys
SKR:s nationella brukarundersökning genomförs för sjätte 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 brukar-undersökningens syfte och ges möjlighet att förbereda brukarna inför undersökningen.

Den totala svarsfrekvensen för Kävlinge kommun är lägre än föregående års svarsresultat. En anledning kan vara att detta år har enkäten gått ut till legala företrädare för de brukare som inte anses kunnat svara själv samt att det görs undersökning parallellt inom boende och daglig verksamhet.

Resultatet för 2022 inom Serviceboende i Kävlinge kommun visar på bättre siffor internt jämfört med föregående års brukarundersökning.

Flertalet frågor i brukarundersökningen är brett formulerad 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. Siffrorna både internt och nationellt har fått lägre resultat än föregående år. Frågan är om det kan vara en effekt av Covid, där brukarna behövt anpassa sig efter restriktioner.

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.

5.3 Daglig verksamhet

Resultat, svarsfrekvens och bortfall
Antal brukare som ingick i målgruppen för enkäten var 105. Totalt sett har 69 svar inkommit. Det innebär att svarsfrekvensen är 66 procent. Jämfört med antal brukare 2021 som var totalt 83 st varav 60 brukare valde att svara på enkäten (72 procent). Resultat visas inte för frågor färre än fem svar. En låg svarsfrekvens eller ett litet antal deltagare i undersökningen innebär att resultaten ska tolkas med försiktighet. Procenttalen avrundas mot närmast heltal uppåt alternativt nedåt.

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

Svarsalternativ:	Ja	Ibland	Nej
Antal som svarat totalt: 69	52	11	6
Svar i % utav samtliga svar	76%	16%	8%

Signature reference: 63c51f2b-7e1b-4c1f-a607-eef9d8f25f07

Alla kommuner, ovägt medel	78%		

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

Svarsalternativ:	Ja	Ibland	Nej
Antal som svarat totalt: 69	58	6	6
Svar i % utav samtliga svar	84%	8%	8%
Alla kommuner, ovägt medel	87%		

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

Svarsalternativ:	Ja	Ibland	Nej
Antal som svarat totalt: 68	63	2	3
Svar i % utav samtliga svar	92%	3%	5%
Alla kommuner, ovägt medel	85%		

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

Svarsalternativ:	Ja	Ibland	Nej
Antal som svarat totalt: 69	63	3	3
Svar i % utav samtliga svar	92%	4%	4%
Alla kommuner, ovägt medel	90%		

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: 69	57	8	3
Svar i % utav samtliga svar	83%	12%	5%
Alla kommuner, ovägt medel	80%		

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

Svarsalternativ:	Alla	Några	Ingen
Antal som svarat totalt: 68	52	12	5
Svar i % utav samtliga svar	76%	17%	7%
Alla kommuner, ovägt medel	80%		

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

Svarsalternativ:	Alla	Några	Ingen
Antal som svarat totalt: 69	58	8	3
Svar i % utav samtliga svar	84%	12%	4%
Alla kommuner, ovägt medel	86%		

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

Svarsalternativ:	Aldrig	Ibland	Ofta
Antal som svarat totalt: 68	52	11	5
Svar i % utav samtliga svar	77%	16%	7%
Alla kommuner, ovägt medel	76%		

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

Svarsalternativ:	Ja	Nej
Antal som svarat totalt: 69	62	7
Svar i % utav samtliga svar	90%	10%

Signature reference: 63c51f2b-7e1b-4c1f-a607-eef9d8f25f07

Alla kommuner, ovägt medel	90%	

10. Trivs du på din dagliga verksamhet? - Trivsel

Svarsalternativ:	Ja	Ibland	Nej
Antal som svarat totalt: 68	59	6	3
Svar i % utav samtliga svar	87%	8%	5%
Alla kommuner, ovägt medel	87%		

11. Är du man eller kvinna

Svarsalternativ:	Kvinna	Man	Annat
Antal som svarat totalt: 69	38	31	0
Svar i % utav samtliga svar	55%	45%	

Analys
SKR:s nationella brukarundersökning genomfördes för fjärde gången i Kävlinge kommun. Trenden är nedåtgående för 5 av 9 (jämfört med 7 av 9 frågor 2021). Resultatet har alltså förbättrats sedan förra året. Kävlinge resultat är sämre än rikets på 4 av 10 frågor, på 4 frågor bättre resultat och på två frågor samma som riket. Det är i överlag ett förbättrat resultat avseende Kävlinges trend i förhållande till 2021.

Analysen av resultatet är att även i år gjordes undersökningen både på bostad och daglig verksamhet samtidigt. Detta kan göra att många brukare upplevde att de redan svarat och inte förstod varför de ska svara igen, vilket ka ha påverkat antal brukare som ville svara på brukarundersökningen

Flertalet frågor i brukarundersökningen är brett formulerade och kan vara svåra att besvara och förstå. Frågeställningen rädd för något är en klurig fråga, då den är svår att tolka vad den står för utan fritext. Fråga trivsel på daglig verksamhet kan handla om arbetsuppgifter som ingår på sin dagliga verksamhet och ej kan väljas bort eller viljan att byta arbetsgrupp inom daglig verksamhet. Frågan bryr sig om 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 uppleva att personal inte bryr sig.

6. Externa utförare LOV och LOU

6.1 Särskilt boende -LOV

Verksamhetsberättelse från Attendo- Lyckliga gatan, se bilaga 1.
Verksamhetsberättelse från Vardaga- Villa Fridsbo, se bilaga 2.

6.2 Gruppboende–LOU

Verksamhetsberättelse från Kungsgatan 39, se bilaga 3.
Verksamhetsberättelse från Solgatan 4, se bilaga 4.

6.3 Servicetjänster - LOV

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

- Kreditvärdighet.

Signature reference: 63c51f2b-7e1b-4c1f-a607-eef9d8f25f07

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

Bedömning
Vid uppföljningstillfället gjordes en genomgång av företagens kreditvärdighet, där samtliga av de tre utförarna hade en kreditvärdighet över 40%. 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.

6.4 Daglig verksamhet LSS – LOV

Kävlinge kommun har 3 verksamheter inom LOV daglig verksamhet fördelade på 2 aktörer Nytida AB och Brokamp Development ekonomisk förening. Under hösten 2022 gjordes verksamhetsuppföljningar på enheterna Stora Blå (Nytida AB) och Hundstund (Brokamp Development ekonomisk förening), övrig verksamhet inom LOV daglig verksamhet har inte haft några brukare medverkande från Kävlinge kommun.

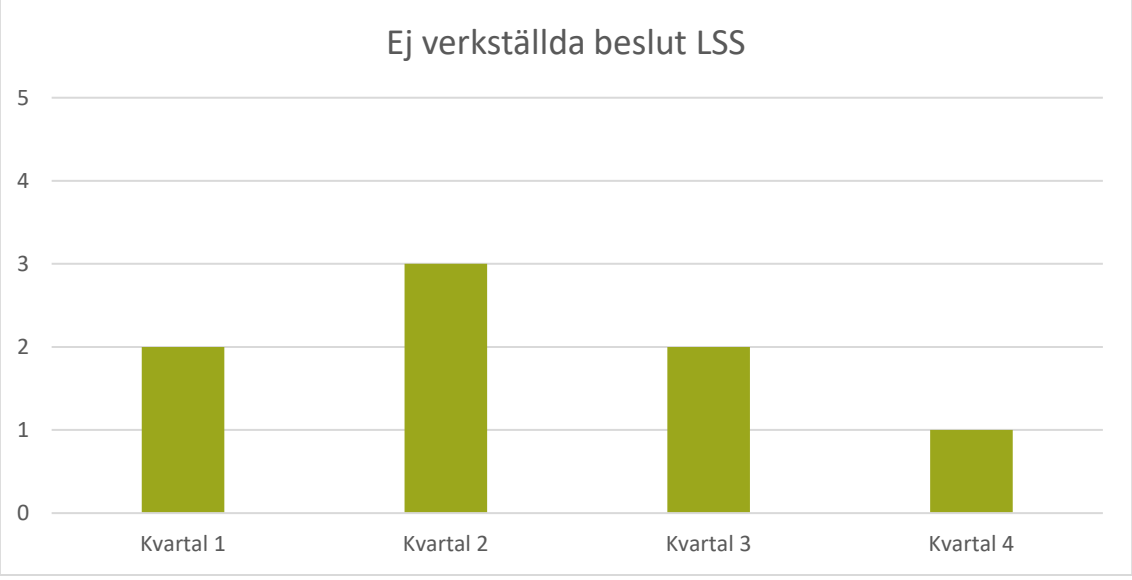
Verksamhetsberättelse Nytida - Stora blå Syd, se bilaga 5

Verksamhetsberättelse Brokamp Development- Hundstund, se bilaga 6

7. 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: 63c51f2b-7e1b-4c1f-a607-eef9d8f25f07

Beslut som ej blivit verkställda under året är 1 beslut om boende barn och ungdomar enligt 9 § 8 LSS som ej varit verkställt under hela 2022, kompenserande insatser i form av korttidsvistelse, korttidstillsyn och avlösarservice har erbjudits. Övriga insatser som ej verkställts under året har varit kontaktperson och ledsagarservice.

Inom SoL (socialtjänstlagen) har kommunen verkställt besluten inom 3 månader.

Analys
Kävlinge kommun har inget boende för barn och ungdomar, därav har en verkställighet varit problematisk. Brukaren har i januari 2023 fått behovet tillgodosett. Gällande insatserna kontaktperson och ledsagare har det varit svårt att rekrytera med hänvisning till att lämplig person har saknats för uppdraget.

8. Ständiga förbättringar

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

8.1 Avvikelser

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

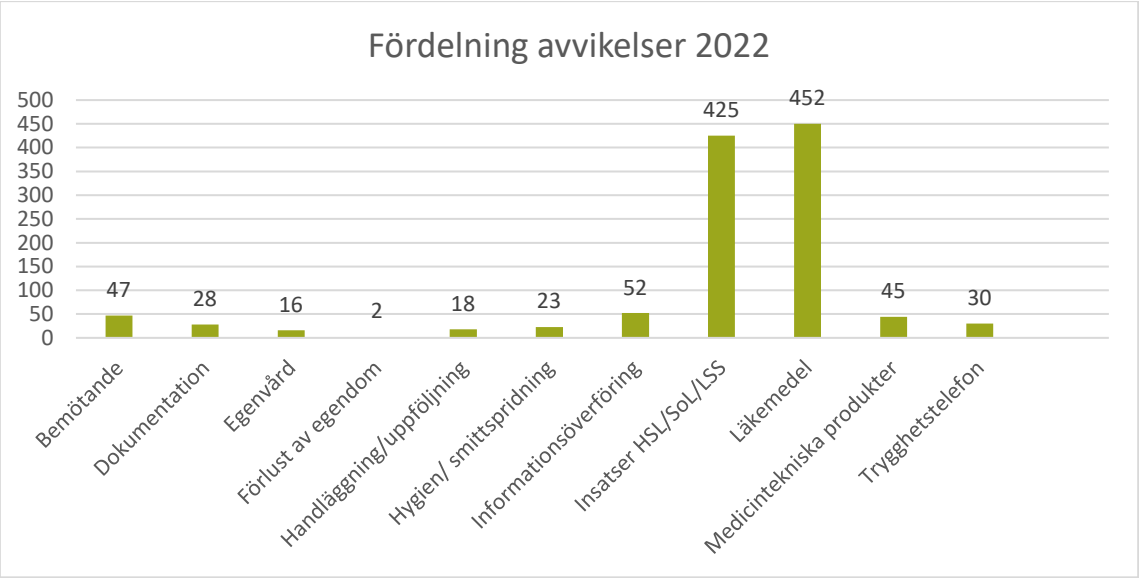
Med avvikelse avses ”en icke förväntad händelse som medfört eller hade kunnat medföra skada för vårdtagare/brukare”. En viktig del i rutinen för avvikelsehantering är systematiken för att analysera händelser och för att vidta förbättringsåtgärder. På arbetsplatsträffar på de olika enheterna ska avvikelser 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: 63c51f2b-7e1b-4c1f-a607-eef9d8f25f07



8.2 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).

Lex Sarah-rapporter 2022
Under 2022 har två lex Sarah rapporter har utretts och en händelse har lett till IVO anmälan. Antalet inlämnade rapporter och inskickade anmälningar till IVO är betydligt lägre än förra året (9).

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

9. Samverkan

Sektor Omsorg samverkar på många områden både internt och externt. 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.

För att klara av att bibehålla välfärden, och möjligheten till att fortsätta bedriva omsorg med kvalitet, är digitalisering och e-hälsa viktiga utvecklingsområden. Då det är stort fokus på

Signature reference: 63c51f2b-7e1b-4c1f-a607-eef9d8f25f07

egenvård och med brukarens behov i centrum är utvecklingen av säkert utbyte av information och kommunikation mellan brukaren och olika vårdgivare avgörande. Detta arbete sker till stor del i samverkan med andra kommuner, Skånes kommuner och Region Skåne.

Handläggarenheten samverkar i olika forum utifrån bland annat lagstiftning, handläggning och erfarenhetsutbyte. Externt sker detta genom erfarenhetsutbyte med andra kommuner. Internt är samverkan organiserad på lite olika sätt för olika målgrupper bland brukare och för olika delar av verksamheterna. Intern samverkan sker regelbundet för att möjliggöra och förbättra för välfungerande processer för brukare.

10. Kompetensförsörjning

Kompetens
Sektor Omsorg arbetar strategiskt tillsammans med HR-enheten med personal- och kompetensförsörjning. Sektorn har en fortsatt en mycket stor utmaning gällande personalförsörjning. Antalet anställda i välfärden, beräknas öka med cirka 132 000 under perioden 2019–2029. Det betyder att välfärden behöver öka med 13 200 medarbetare varje år och nästan hälften av ökningen är inom och omsorg i kommunerna.

Tidigare kompetensutmaningar har lösts genom att rekrytera, förändra arbetssätt och organisation. Eftersom vi kommer fattas arbetskraft så behöver ytterligare fokus riktas mot att ta vara på befintliga medarbetares kompetens och att arbeta strategiskt med omställning.

För att möta framtidens rekryteringsbehov behöver sektor Omsorg arbeta utifrån många perspektiv för att få ihop en helhet kring det komplexa området.

Det handlar om att tänka nytt och våga utmana det traditionella för att tillsammans hitta nya lösningar. Sveriges kommuner och regioner har tagit fram en modell med nio viktiga områden som vi behöver arbeta kring, se nedan. Det handlar bla om att utveckla arbetssätt och att hitta nya samarbeten så att varje medarbetare utvecklas och dess kompetens används rätt samt att den nya tekniken används smart.

Resultat
Ökad sysselsättningsgrad
Utifrån Kommunstyrelsens beslut 2017 och avtalet mellan SKR och Kommunal pågår ett arbete med att öka sysselsättningsgraden samt arbeta för vår vision ”Heltid som norm”. I detta arbete inkluderas ”Hållbart arbetsliv”. Nämnden har tillfört extra medel 2022 och arbetet har intensiverats genom att köpa in och påbörja implementering av ett digitalt schemaverktyg, för att underlätta ökad sysselsättningsgrad och hållbara schema. Workshops är planerade under våren 2023.

6 storföreläsningar med temat ”Hur kan vi tillsammans möta framtidens kompetensförsörjning?” har ägt rum samt en utbildning kring bemanningsekonomi för chefer, nyckelpersoner och samordnare.

Utökning av sysselsättningsgraden har skett under 2022. Personal har ökat sin tjänstgöringsgrad och ett 40-tal har gått upp till heltid. 2021 arbetade 58% heltid och 2022 var det 64%. En arbetsgrupp är under året tillsatt för att se över vad som kan göras lokalt inom detta område. Från hur sektorn kan attrahera sökande inklusive sommarvikarier, se över rekryteringsprocessen samt utveckla och behålla befintligt anställda.

Kompetens

Signature reference: 63c51f2b-7e1b-4c1f-a607-eef9d8f25f07

Personal inom sektor Omsorg arbetar efter Socialtjänstlagen, Patientsäkerhetslagen samt Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade. Enligt lagarna ska personalen ha rätt kompetens utifrån lämplig utbildning och erfarenhet för varje specifik uppgift.

Inom yrken som sjuksköterska, fysioterapeut och arbetsterapeut finns krav på legitimation och godkänd högskoleutbildning.

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.

Sektorn samverkar i övrigt med Lärcentrum som ansvarar för Vård och omsorgsprogrammet. Kring de cirka 25 studerande som finns på Lärcentrum, har ca 50% någon form av anställning inom sektorn.

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.

En arbetsgrupp med legitimerad personal tog 2021 fram ett underlag utifrån modellen ”Yrkesresan” med tre möjliga utbildningssteg. Denna modell, genererade bland annat att tre olika högskoleutbildningar på 7.5 högskolepoäng genomfördes. Utvärderingen efteråt visade att mängden studerande blev för många och det fanns en risk gällande underbemanning i vården. Beslutet blev att en minskning i antalet, skulle ske 2022.

Sektorn har fortsatt satsat på specialistundersköterskor och stödpedagoger. Nio undersköterskor har påbörjat yrkeshögskoleutbildningar och sektorn har 16 stödpedagoger.

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, vuxenutbildningar och högskola/universitet.

Sektor Omsorg tog emot fler elever/studenter än 2021. Sektorn gick under 2022 från 68 (2021) till 86 studenter/elever viket är en positiv ökning. En anledning är att grundsynen att vi ska ta emot elever är väl känd samt att andra vårdskolor har hört av sig för att få platser.

Kommunen tar årligen emot cirka 100 sommarpraktikanter, 16–18 åringar. Sektor Omsorg tog emot 26 st till särskilda boende/ hemtjänst, hjälpmedelsförråd och 10 st till måltidservice.
Sektorn inte tog emot några feriearbetare vecka 44.

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 rekryteringsutmaning. Sektorn tar emot studenter som kombinerar Svenska för invandrare (SFI) och Vård och omsorgsprogrammet samt vi tar emot extratjänster, nystartsjobb mm.

Signature reference: 63c51f2b-7e1b-4c1f-a607-eef9d8f25f07

11. Statsbidrag

Sektor Omsorg har aktivt sökt olika statsbidrag för att fortsätta få stöd att utveckla verksamheten. Bidragen har möjliggjort olika satsningar och några av dem, kommer troligtvis fortsätta 2023.

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.

Sektorns särskilda boende har under året utbildat stjärninstruktörer och satsar på en certifiering 2023. Ett bevis på god kompetens och kvalitet inom omsorgen.

Arbetet med omställningen till ”Nära vård” fortsätter med tex patientsäkerhetsanalyser och olika samverkansmöten i syfte att nå en ökad personcentrerad vård.

Inom psykisk hälsa och suicidprevention har en utvecklingsstrateg fått ett mer övergripande ansvar samt det har genomförts att antal olika aktiviteter inom området. Utvärderingarna sker under vården 2023.

12. Digitalisering

Sektor omsorg har under året jobbat vidare med att vidareutveckla arbetssätt och strategier för att öka digitaliseringen inom våra verksamheter och möjligheten till att införa nya välfärdstjänster samt ökat utbyte med t ex Lunds tekniska högskola, Region Skåne och andra kommuner. Bland annat har ett utvecklingsprojekt genomförts tillsammans med Institutionen för Designvetenskaper, LTH under 2022.

En sektorgemensam rutin framtagen för att hantera behov och utvecklingsförslag av nya digitala funktioner och tjänster inom sektorn på ett strukturerat sätt. En uppgradering av boendelarmen inom SÄBO slutförd, vilket innebär att DECT-telefonerna är avvecklade och i stället hanteras larmen via mobiltelefon även de nyckelfria låsen inom hemtjänsten och LSS är uppgraderade. Sektor Omsorg ska arbeta strategiskt med digitala lösningar och 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 bidra till att kommunen ses som en attraktiv arbetsgivare.

En digital prototyp som visar tydlig koppling mellan arbetad tid och intjänad ersättning för deltagare inom daglig verksamhet har tagits fram tillsammans med studenter och lärare. Projektet har upplevts som givande av både studenter och deltagare i daglig verksamhet. Förhoppningen är att prototypen så småningom ska kunna implementeras och användas.

13. Barnkonventionen

Arbetet med att lyfta barnkonventionen inom kommunen drivs sedan januari 2020 av en central arbetsgrupp där varje sektor ska vara representerad. Gruppen samordnas av sektor Styrning och stöd och det finns en kommunövergripande handlingsplan upprättad.

Signature reference: 63c51f2b-7e1b-4c1f-a607-eef9d8f25f07

Målet för arbetet med barnkonventionen är framför allt att nå ökad kunskap och förståelse i organisationen kring barnkonventionen, dess tillämpning och implementering.

Minderåriga barn finns inom måltidsservice verksamhet, i cirka 13 hushåll som har hemtjänst och/eller boendestöd samt inom vissa insatser inom LSS.

Sektorn har genomfört olika utbildnings- och informationsträffar kring barnkonventionen, både till ledning och förtroendevalda. Ett webbaserat material har tagits fram och ska läggas in i kursbokningssystemet 2023. Därefter ska samtlig personal ta del av innehållet. Tre personal går utbildning till barnrättsstrateger. Syftet är att ha en högre kvalitet gällande barnrättsperspektiv i utredningarna.

På barnkonventionens dag, serverade skolorna en maträtt som hade röstats fram av eleverna. Måltidservice hade också bjudit in till ett ”Chefs table” på varje skola. Där samlades utvalda elever, rektor/biträdande rektor och måltidspersonal till ett dukat bord under lunchen för att diskutera måltidsfrågo**r.**

14. Hälsofrämjandeenheten

14.1 Fixartjänst

Resultat och analys
Under år 2022 har totalt 267 fixartjänster utförts till kommuninvånarna, var av dem är det 158 unika individer som gjort beställningar. Statistiken tyder på att fixartjänsten i stor utsträckning underlättar vardagen för de som tagit del av tjänsten. Tjänsten är väldigt uppskattat bland de som tar del av den. Underlaget tyder 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. Det som ökat under år 2022 är digital support, kommuninvånarna visar på en större vilja till att använda digitala verktyg.

14.2 Evenemang

Resultat och analys
Under år 2022 har 64 enskilda aktiviteter och evenemang erbjudits till kommuninvånaren, 13 av dessa aktiviteter har pågått under en viss period med flera tillfällen. Det har även erbjudit 18 återkommande aktiviteter som drivits på veckobasis av volontär eller i samverkan med föreningar. Det kan antas att de erbjudna aktiviteterna tenderar till att ha ökat välbefinnandet hos deltagarna i form av ökad social gemenskap och rörelse. Under år 2022 har totalt 1565 deltagit under de olika aktivitetstillfällena, deltagarna är inte urskilda som unika utan det är det totala antalet på samtliga aktiviteter. Avsett de stora evenemangen, så som Skåneveckan för psykisk hälsa och Gammeldagsmarknad, har totalt 798 deltagit.

Under år 2022 har det fokuserat på att belägga aktiviteter och evenemang på kommunens träffpunkter med ambition att få dem levande och fyllda med rörelse. Det har synts en ökning i deltagandet under året och flera kommuninvånare har uttryckt sin tacksamhet för möjlighet till ökad rörelse, social gemenskap och kunskap. Två av de större projekten är Guldbussen och Senior Sport School. Guldbussens syfte var att bidra till en meningsfull vardag och ökad livskvalitet hos kommuninvånarna som upplevt socialt utanförskap. Resultatet var

Signature reference: 63c51f2b-7e1b-4c1f-a607-eef9d8f25f07

häpnadsväckande och en del av deltagarna har fortsatt kontakt för upprätthålla det sociala. Senior Sport School har fortsatt vara ett populärt inslag som bidragit till ökad rörelse och social gemenskap. Det har även skapats förutsättningar för fortsatt kontakt och gemenskap efter projektslut.

14.3 Anhörigstöd

Resultat och analys
Under år 2022 har 165 unika anhöriga haft kontakt med anhörigstödet. Anhörigstödet visar antydan till att ha en betydande roll för anhöriga i så väl att underlätta vardagen till hjälp med att göra någon sort av förändring. Baserat på ärendenas utfall tyder det på att anhörigstödet har en betydande roll för att skapa förutsättningar till ökat välmående samt stärkt självständighet. Utöver det fysiska anhörigstödet har det skett en ökning i användandet av det digitala anhörigstödet. Under år 2022 har totalt 84 anslutit sig vilket kan tyda på att en bredare målgrupp nås av stöd utifrån deras förutsättningar.

Utöver anhörigstödet i form av stöd och enskilda samtal har 5 anhörigaktiviteter erbjudits med totalt 228 deltagare under år 2022.

14.4 Volontärverksamhet

Resultat och analys
Under år 2022 har det varit totalt 82 registrerade volontärer varav 41 av dem varit aktiva med uppdrag. Totalt har 16 mottagare tagit del av de enskilda uppdraget måltidsvän, promenadvän och sällskapsvän, vilket löper på kontinuerligt. Volontärinsatserna har tenderat till ökad social gemenskap och minskad ensamhet för så väl volontärer som mottagare.

Under året har Volontärportalen utvecklats och lanserats. Det har bidragit till en ökad tillgänglighet och möjlighet för volontärerna att engagera sig samt ett underlättat arbetssätt för kommunen avseende att hantera volontärverksamheten. En reflektion som gjorts är att engagemanget från volontärerna och behovet från mottagarna har minskat, anledningen är att under pandemin var kommuninvånarna i behov av ett större stöd. Det fanns således även uppdrag som inköp av matvaror, vilket nu återgått till att individen handlar själv igen.

14.5 Hälsofrämjande samtal

Resultat och analys
Under år 2022 har 30 hälsofrämjande samtal genomförts till de kommuninvånare som blivit beviljade trygghetstelefon och/eller serviceinsats. Anledningen till en nedåtgående trend av samtal jämfört med andra år är på grund av tjänsten varit vakant men kommer att tillsättas under år 2023. Samtalen som genomförts pekar på att de sannolikt bidragit till att skapa förutsättningar för att främja målgruppens hälsa. Flertalet av samtalen har lett till att deltagare tagit del av fler hälsofrämjande insatser i form av aktiviteter, volontärinsats och anhörigstöd.

15. Måltidsservice

15.1 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

Signature reference: 63c51f2b-7e1b-4c1f-a607-eef9d8f25f07

ska behöva vara undernärd. Kävlinge kommun är en av två testbäddar och vi är mycket glada att få medverka i detta initiativ då vi inte på egen hand kan lösa problematiken med undernäring hos äldre. Målet är noll undernärda äldre i Sverige år 2030 – för att nå dit ämnar vi skapa en systeminnovation – en långsiktig förändring i samhället.
Under projektets första etapp har fokus legat på att arbeta i projektform i de två testbäddarna och under den andra etappen har fokus riktats mot att resultaten ska spridas samt skapa verktyg för andra kommuner. Nollvisionens olika delprojekt planeras och utförs efter Nollvisionens 5 delmål att öka samhällets förmåga att identifiera äldre som riskerar att bli undernärda, att öka äldres tillgång till anpassade livsmedel och måltidstjänster samt att minska ofrivillig upplevd ensamhet kopplat till mat och måltider. Delmål 4 och 5 handlar om att öka kunskapen i samhället om värdet av näringsrika och trivsamma måltider för ett friskt åldrande och påvisa nyttan av förebyggande åtgärder mot undernäring

Resultat
Delmål 1: under 2022 har idégenerering kring ämnet ägt rum och start av projekt med informationspåsar vid tidiga möten med medborgare i kommunen, Förhoppningen är att så ett frö till reflektion om den egna måltidssituationen. Uppdaterad rutin för förebyggande, upptäckt och behandling av undernäring inom hemtjänsten, ska arbetas med aktivt inom projektet under 2023. Samarbete med primärvården inom projektet.

Delmål 2: Resultat från pilotprojektet Individuell Måltidstjänst med hemleverans av kylda måltider till omsorgstagare i ordinärt boende, har gett positiva effekter såsom ökad vikt och energi för deltagare och en trygghet för personalen. Digitalt beställningssystem provades och var uppskattat. Planering inför projekt med erbjudande av Måltidstjänst för seniorer hemkommande från sjukhus med start 2023 har ägt rum.

Delmål 3: Inga aktiviteter har utförts i delområdet under 2022.

Delmål 4: Omsorgsledning har gått Socialstyrelsens utbildning "Ett näringsrikt samarbete" - om undernäring och gett sina tankar kring hur utbildningen ska användas i verksamheterna. Omsorgens medarbetare kommer att gå utbildningen (i olika utsträckning) under 2023. Alla delprojekt i kommunen som är knutna till Nollvisionen hjälper till att lyfta och synliggöra ämnet, både för medborgare och medarbetare, såsom Individuell Måltidstjänst samt test av ny utbildnings/informationsportal, identifiering av sjukdomar man vill veta mer om kopplat till måltider, medicin, aptit och önskemål om tydliga rutiner för hur man ska agera då man har omsorgstagare med liten aptit i hemtjänsten. Planering för alla medarbetare i omsorgen – Ett näringsrikt samarbete under 2023.

Delmål 5: Under projektet med Individuell Måltidstjänst användes en särskild enkät (ASCOT) i syfte att visa på nyttan av förbyggande insatser.

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.

Signature reference: 63c51f2b-7e1b-4c1f-a607-eef9d8f25f07

14.2 Måltidskompetens

Under 2022 har måltidspersonal fått göra en mängd olika studiebesök och föreläsningar med varierande inriktning. Bland annat har besök gjorts i andra måltidsverksamheter för inspiration och utbyte av idéer och tankar. Det har genomförts interna workshop bland annat kring specialkost. Inom specialkost har det även hållits en digital utbildning.

Måltidsmöten med personal från SÄBO, ordinärt boende och LSS har genomförts regelbundet. Från att ha kallats måltidsansvariga kallas de nu måltidsambassadörer och arbetsbeskrivningen är gemensam för alla områden inom omsorgen.

Föreläsning och matlagningskurser med seniorer har genomförts tillsammans med hälsofrämjande enhet för att nå ut till våra äldre medborgare utanför omsorgen, som förebyggande insats.

För kontinuerlig kompetensutbildning inom måltid har måltidsservice under 2022 använt sig av utbildningsverktyget Foodix, utbildningsmaterialet finns att tillgå både för måltidspersonal men även personal inom omsorg, skola och förskola. Vi kommer fortsatt under 2023 använda oss av verktyget.

14.3 Kundenkät omsorgsrestaurang

Under maj 2022 gjordes en enkät på Billingshälls restaurang. 29 svar inkom varav 17 av dessa personer åt i restaurangen minst 2 dagar per vecka. På frågan om hur maten smakade fick den 4,28 av 5 möjliga poäng. Trivsel i restaurangen fick 4,69 av 5 möjliga poäng och bemötandet från måltidspersonalen gav 4,83 poäng av 5.

14.4 Kundenkät, barn i förskola

39 procent av de blivande förskoleklassbarnen inom förskolan besvarade enkäten om måltiden i förskolan. Sammantaget visar resultatet i undersökningen på en stor nöjdhet kring maten både smak- och utseendemässigt bland blivande 6-åringar på förskolan. Det visar sig genom att barnen ger 4,17 stjärnor av 5 möjliga på matens utseende och 4,18–4,3 stjärnor på matens smak (beroende på om det är frukost, lunch eller mellanmål). Frukosten och mellanmålen får något högre betyg än lunchen. Maten som helhet i förskolan ges betyget 4,35 stjärnor. 91 % menar att de “alltid” eller “oftast” blir mätt av maten och 74 % upplever att de “alltid” eller “oftast” får lugn och ro när de äter.

14.5 Kundenkät, pedagoger i förskola

21 procent av kommunens pedagoger besvarade enkäten om måltiden på förskolan.
94 procent av pedagogerna tycker att maten alltid eller oftast är god varpå 91 procent anser att matens utseende alltid eller oftast är bra. Majoriteten tycker att de har god kontakt med måltidspersonalen i köken, att variationen på maträtterna är bra och att maten är tillräckligt varm när den serveras.

Vad gäller information om matens innehåll så uttrycker 34 procent att de sällan har tillräckligt med information om vad som ingår i rätten så att de kan förklara för barnen. Vilket är en ökning med 11 procentenheter jämfört med förgående mätning. Meny över dagens och veckans mat

Signature reference: 63c51f2b-7e1b-4c1f-a607-eef9d8f25f07

finns alltid att tillgå men här kan det handla om informationen kring vilka råvaror och ingredienser maträtten innehåller som pedagogerna saknar information om.

14.6 Hållbara måltider

Matsvinn
Under 2022 har fortsatta dagliga mätningar av serveringssvinn och tallrikssvinn genomförts och det har även genomförts verksamhetsbesök för att samtala kring svinn, vilka svårigheter som finns och hur vi kan bli ännu bättre. Det totala matsvinnet per portion i kommunen är 32 g/port

Kunskapsspridning i skolrestaurangen
För att sprida kunskap om hållbara måltider har det under 2022 ställts ut bordstalare och hängts upp affischer med varierande budskap i skolrestaurangerna. Det har bland annat handlat om matsvinn och hur vi kan äta mer klimatsmart.

14.7 Säkra måltider

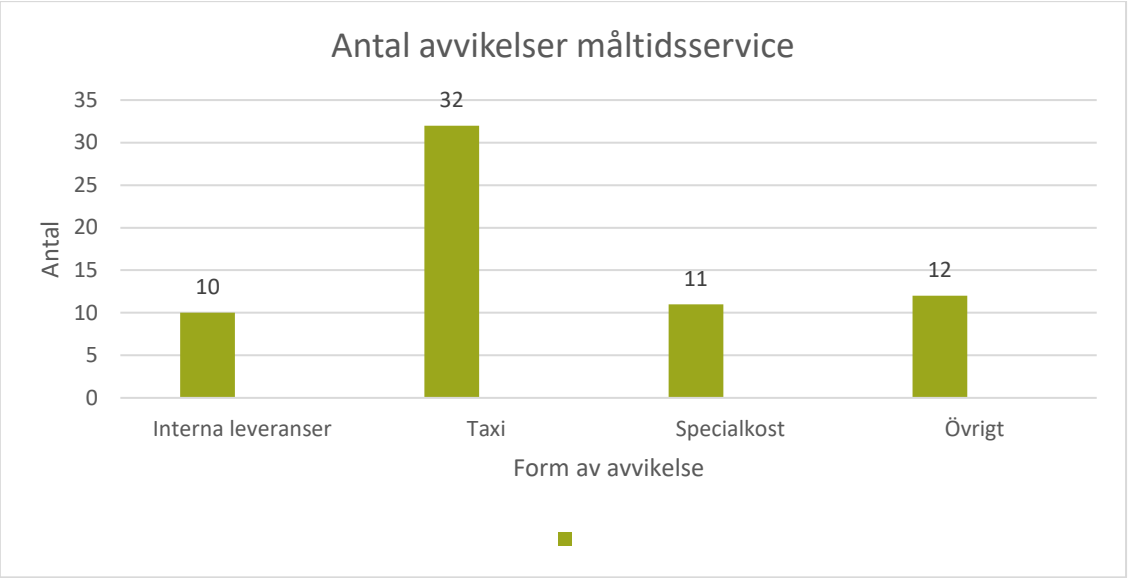
Livsmedelsinspektioner
Livsmedelsinspektioner genomförs av kommunens organisation för Miljö- och Hälsoskydd i syfte att granska om verksamheten har ett fungerande system för egenkontroll, att riskanalyser är gjorda, kritiska punkter identifierade samt att kontinuerliga provtagningar på rengöring, livsmedel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

Resultat
Under 2022 har Måltidsservices 23 kök haft 15 inspektioner. Vid 6 av inspektionerna rapporterades det avvikelser, resterande var utan anmärkningar. Inga avvikelser har behövt någon ytterligare inspektion. Totalt sett har Måltidsservice verksamheter goda resultat i de inspektioner som utförts vilket tyder på ett väl fungerande egenkontrollprogram och säker verksamhet.

Avvikelser
I Måltidsservice har det under 2022 rapporterats 65 avvikelser, oväntade händelse som medfört eller kunnat medföra obehag, risk eller skada för medarbetare, samarbetsparter/kund eller matgäster. Vid varje avvikelse görs en omedelbar åtgärd. Vid behov upprättas det handlingsplaner eller ändras i rutiner. Arbetet med avvikelsehantering diskuteras på verksamheternas APT möten.

Resultat

Signature reference: 63c51f2b-7e1b-4c1f-a607-eef9d8f25f07



Av inkomna 65 avvikelser rör 64% mattransporter internt eller med Taxi, 16 % specialkost och resterande är övrigt. Ingen allvarlig avvikelse som inneburit skada eller sjukdom hos gäst, personal eller verksamhet är inrapporterad.

14.9 Trivsamma måltider

Måltidsservice arbetar kontinuerligt med att öka trivsamheten kring måltiderna. Vi lyssnar på våra måltidsgäster i olika sammanhang och ser över inom respektive kök kring hur vi kan skapa trivsamma måltider i samverkan med beställare och gäst.

Signature reference: 63c51f2b-7e1b-4c1f-a607-eef9d8f25f07

Verksamhetsberättelse 2022

Daglig verksamhet Hundstund



Signature reference: 63c51f2b-7e1b-4c1f-a607-eef9d8f25f07

Innehållsförteckning

Verksamhet.....2

Verksamhetens uppdrag och innehåll 2

Händelser av väsentlig betydelse.....2

Fokusområde Delaktighet och Autonomi.....3

Utveckling …….3

Ökad kvalitet …….....4
Kvalitetsstyrning 5

Medarbetare.....5

Adekvat kunskap och kompetens 5
Personalomsättning 5

Sjukfrånvaro 5

Signature reference: 63c51f2b-7e1b-4c1f-a607-eef9d8f25f07

Verksamhet

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 med hund och tar på andra sätt hand om hundarna på hunddagiset. Brukarna får även möjlighet att träna på annat som kan vara till hjälp i deras vardag såsom att ta hand om lokaler, utemiljön, vuxenprat, avslappningsövningar och träning i socialt samspel i olika aktiviteter.

I verksamheten har vi inslag under veckan där brukarna ges möjlighet att få omvärldsinformation på ett anpassat sätt. Vi jobbar även med TAKK och olika bildstöd för att anpassa individuellt. I verksamheten jobbar vi utifrån ett lågaffektivt förhållningssätt men också som metod samt ett salutogent förhållningssätt där vi håller fokus på sådant som fungerar och förstärka detta.

Händelser av väsentlig betydelse

Vi har fortsatt jobba med de brukare som valt att jobba hemifrån under Covid 19 pandemin på ett sätt där vi jobbar med motiverande samtal och pedagogiska insatser för att säkerställa att deras återgång till verksamheten blir utformad efter individens behov och förutsättningar.

Verksamhetens anpassningar med anledning av corona och utfallet av dessa
Vi har fortsatt med kontinuerliga samtal med personal om vikten av hygienrutiner samt med våra brukare i verksamheten. Redan innan Covid-19 hade vi tydliga hygienrutiner eftersom brukarna jobbar med djur i verksamheten och detta arbete är ett pågående och fortlöpande sådant.

Signature reference: 63c51f2b-7e1b-4c1f-a607-eef9d8f25f07

Fokusområde
Delaktighet och Autonomi

Hundstund arbetar stödjande för att öka självständighet hos Hundskötarna.
För att främja självständighet har vi Vuxenprat, där vi pratar om olika delar av att vara vuxen.
Det kan handla om hur man är en bra kollega, hur man gör upp en budget eller sexuell hälsa. Vi har schemalagda arbetsuppgifter som syftar till att ge Hundskötarna kunskaper som är värdefulla för dem i sin vardag, bland annat träna på att bädda säng, ta hand om kök och städa i våra gemensamma lokaler.
Vi går dagligen på två promenader, en på förmiddagen och en på eftermiddagen. Alla deltagare har en promenadgrupp som är anpassad efter deras tempo och nivå, så att alla kan komma ut och röra på sig under dagens "soltimmar".
Vi arbetar mycket med närhet till hundarna i bland annat pälsvård och när vi sitter i Hundstunds Hundrum tillsammans med hundarna.
Vi jobbar mycket med delaktighet samt autonomi för hundskötarna genom morgonmöten, avslutningsmöten, personlig handledning och vuxenprat där det finns utrymme för hundskötarna att välja aktiviteter samt uttrycka åsikter och funderingar.

Hundstund samarbetar och samverkar med olika delar av civilsamhället.
Vår dagliga verksamhet har under året samarbetat med Erikshjälpen kring material.
Vi har även en dialog och samarbete med några av Lunds gymnasium kring studiebesök och praktikanter.
Då vi är ett hunddagis med H-märkning så samarbetar vi även med Lunds brukshundsklubb och olika hundföretagare. Vi medverkar även i ett nätverk för externa utförare

Alla våra Brukare/Hundskötare har tillgång till datorer och iPads. Dessa används i syfte att söka upp information till bland annat hundteori och vuxenprat.
Då vårat arbete i första hand är att ta hand om Hundstunds Dagishundar är stora delar av vår arbetsdag inte lämplig att digitalisera. Vi använder oss av vår SmartBoard för att visa filmer och bilder och vi har kunnat delta i uppföljningsmöten med mera via till exempel teams.
Vi har dessutom upplevt att en del av våra brukare trivts bättre med att ha uppföljningsmöten på distans.

Utveckling
Vår personal har under året fått ytterligare kunskaper inom rehabiliterande insatser och salutogent arbetssätt genom riktade handledningsteman, fortbildning genom Socialstyrelsens webutbildningar, diskussionsfrågor i personalgruppen och verksamhetsdagar

Signature reference: 63c51f2b-7e1b-4c1f-a607-eef9d8f25f07

Ökad kvalitet

På frågor som:

1. Får du göra saker som intresserar dig?
2. Har personalen stöttat dig att nå dina mål?
3. Brukar personalen bemöta dig bra?
4. Har du det bra på Hundstund?
5. Får du vara med och bestämma hur du vill att personalen ska hjälpa dig?

Så svarar majoriteten att de är 100 % nöjda

För att fortsätta hålla vår höga kvalitet inom verksamheten kommer vi fortsätta att arbeta med våra genomförandeplaner för att bibehålla hög nivå på dessa.
På Hundstund har vi löpande workshops med personal gällande dokumentation och IBIC där genomförandeplaner är med.
Vi arbetar kontinuerligt med att utveckla vår tydlighet i vår dokumentation och beskriva det faktiska stödet.

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.

En gång i månaden har vi APT där punkter som avvikelser, uppföljningar och arbetsmiljö (fysisk och psykosocial) lyfts och diskuteras.
En gång i månaden har vi Personlig handledning där kontaktpersonen pratar med den enskilde utifrån ett formulär.
Där ställs bland annat skattningsfrågor 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.

Signature reference: 63c51f2b-7e1b-4c1f-a607-eef9d8f25f07

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 salutogent förhållningssätt samt att de sköter dokumentation på korrekt sätt. Men även att de ser helheten kring dokumentation, avvikelser och åtgärder.
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 året haft två medarbetare som sagt upp sig för att studera vidare. De har båda ersatts med nya medarbetare. Under året har vi haft vikarier under rekryteringsprocessen som inte kommer fortsätta.

Sjukfrånvaro

Vi har under året haft en icke arbetsrelaterad sjukskrivning som i februari kom åter i arbete på heltid. Vi har på grund av rådande restriktioner haft fortsatt sjukfrånvaro, mer än vanligt då samtliga symptom tas på stort allvar.
Vi har strukturerat om delar av dagen för att fungera väl även när personal är frånvarande. När det pga personals frånvaro varit nödvändigt så har vi strukturerat om delar av dagen för att verksamheten ska fungera väl.
De förändringar vi gjort då har varit i hundpromenadgrupperna och de dagliga uppgifterna

Signature reference: 63c51f2b-7e1b-4c1f-a607-eef9d8f25f07

Års/Kvalitetsredovisning IoF 2022

Kungsgatan

Signature reference: 63c51f2b-7e1b-4c1f-a607-eef9d8f25f07

Innehållsförteckning

1 Beskrivning av Humanas kvalitetsarbete 3

2 Kvalitativ verksamhet 5

2.1 Kvalitativ verksamhet 5

2.2 Mål och mått för kvalitativ verksamhet 5

2.3 Initiativ till förbättringar inför 2023 (Kvalitativ verksamhet) 7

3 Attraktiv arbetsgivare 9

3.1 Attraktiv arbetsgivare 9

3.2 Mått för attraktiv arbetsgivare 9

3.3 Initiativ till förbättringar inför 2023 (Attraktiv arbetsgivare) 10

4 Ansvarstagande samhällsaktör 10

4.1 Ansvarstagande samhällsaktör ..... **Fel! Bokmärket är inte definierat.**

4.2 Mått för ansvarstagande samhällsaktör 10

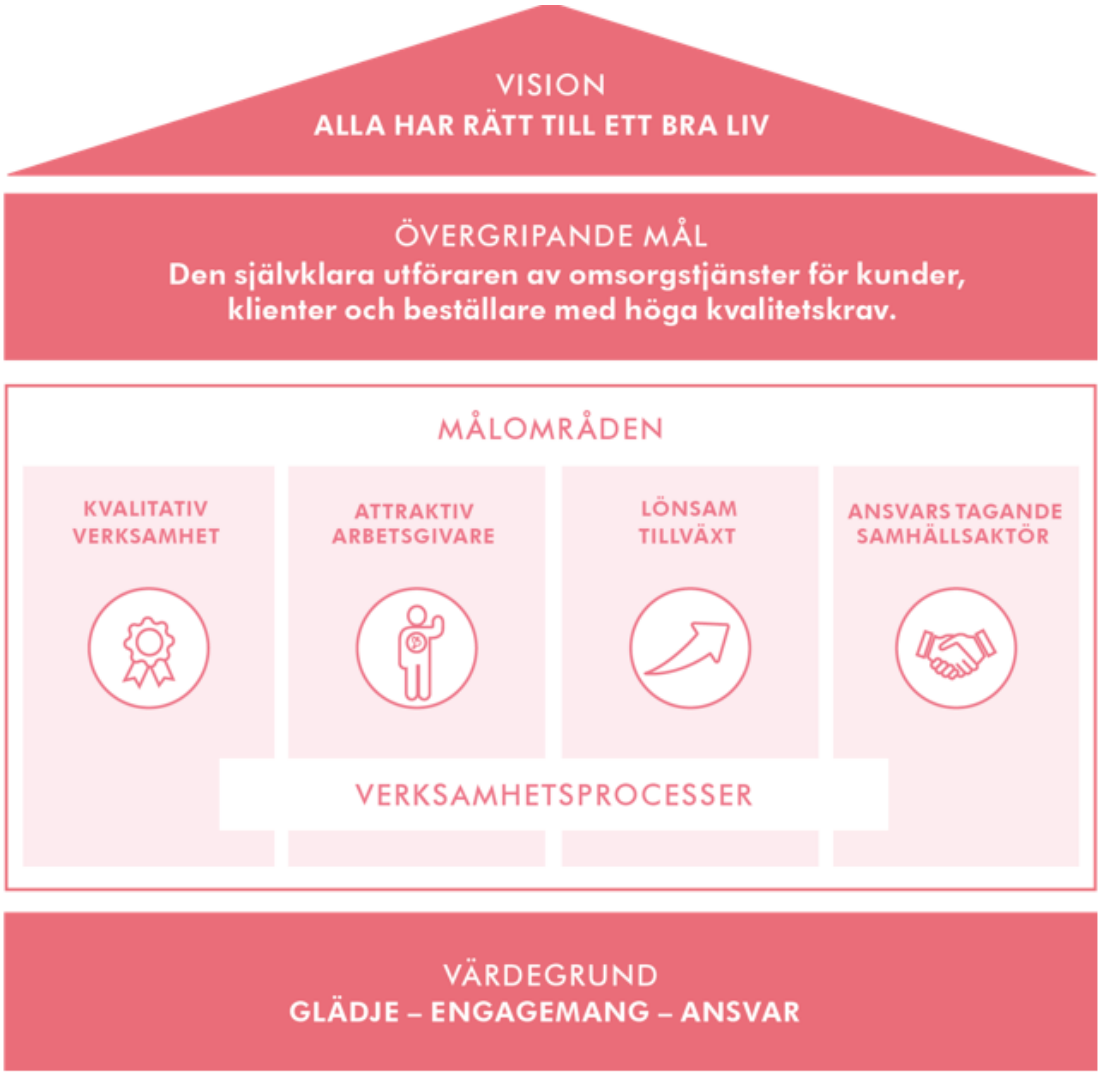
4.3 Initiativ till förbättringar inför 2023 (Ansvarstagande samhällsaktör) 10

Signature reference: 63c51f2b-7e1b-4c1f-a607-eef9d8f25f07

1 Beskrivning av Humanas kvalitetsarbete

Humanas övergripande mål är att vara det självklara valet för kunder och beställare med höga kvalitetskrav.

Vi brukar likna Humanas verksamhet vid ett hus. Huset vilar på en stabil grund som innefattar vår kultur, vår värdegrund och våra tidigare erfarenheter. Husets väggar, som håller samman huset och bär upp taket, utgörs av Humanas fyra målområden och taket symboliserar vår vision.



PARUS - Kvalitetsledningssystem

Alla verksamheter använder ledningssystemet PARUS (Processer, aktiviteter, rutiner, uppföljning, 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, måluppföljning mm. PARUS hjälper oss att följa alla lagar, föreskrifter, tillstånd, avtal och interna styrande dokument som vi i vår verksamhet måste förhålla oss till i vardagen.

ISO-certifikat 9001och 14 001

Individ och familj har ett mångårigt samarbete med Svensk certifiering AB som årligen granskar att vi arbetar enligt de fastställda krav som finns i ISO-standarder för 9001 och 14001.

Signature reference: 63c51f2b-7e1b-4c1f-a607-eef9d8f25f07

Egenkontroll och internkontroll

Egenkontroll innebär systematisk uppföljning och utvärdering av den egna verksamheten samt kontroll av att den bedrivs enligt de processer och rutiner som ingår i Humanas ledningssystem, vilka motsvarar kraven i ISO 9001, 14001, samt SOSFS 2011:9. Egen och internkontrollerna görs främst i form av olika checklistor som återfinns i ledningssystemet PARUS, där kvalitén skattas med olika färgkoder. Om en verksamhet avviker från rutin eller lagstiftning upprättas åtgärder, vilka noteras och följs upp direkt i checklistan. Egenkontroll utförs av ansvariga chefer för verksamheten och internkontroll utförs av kvalitetsorganisationen.

DF-respons – avvikelsesystem

För att åtgärda och förebygga fel och brister använder vi systemet DF-respons. Här kan alla medarbetare framföra avvikelser, Lex Sarah rapport, tillbud och arbetsskador, synpunkter och klagomål. Systemet används även för att lämna in förbättringsförslag. Via vår hemsida kan även utomstående lämna klagomål som sedan går direkt in i systemet för vidare hantering.

HQI - Kvalitetsmodell för uppföljning på affärsområdesnivå

Humana har en kvalitetsmodell för att kunna mäta och följa utvecklingen inom affärsområdena. Under 2022 har en utveckling av modellen ägt rum, där vi gått från att på affärsområdesnivå och koncernnivå mäta 7 indikatorer till 12 indikatorer. Att mäta ger i sig inte förbättring, men vi ser det som en förutsättning för att kunna veta var förbättringar behövs. Humanas nya HQI täcker inte alla delar och vi kommer fortsätta att systematiskt utveckla HQI, där ambitionen på en övergripande nivå är att mäta resultatet av insatserna för den enskilde. Nedan presenteras vilka nyckeltal som idag ingår i vår koncerngemensamma kvalitetsmodell.

Vad vi vill uppnå (syfte)	Vad mäts
1. Nöjda kunder och klienter	Nöjdbrukarindex och nöjd kundindex
2. Rätt stöd, vård eller insats till kunder och klienter	Andel uppföljda individuella planer
3. En säker tjänst levererad	Antal kritiska avvikelser som rapporteras till myndighet
4. Leverans i enlighet med lagstiftning	Andel av myndighetsinspektioner som ger allvarliga anmärkningar
5. Säkerställa systematiskt lärande	Andel avvikelser som upprepas
6. Korrekt hantering av personuppgifter	Andel personuppgiftsincidenter som rapporteras till myndighet
7. Nöjda medarbetare	Nöjd medarbetarindex
8. Medarbetarnas mående och hälsa	Sjukfrånvaro
9. Säker arbetsmiljö	Antal tillbud och arbetsskador som anmäls till myndighet
10. Kontinuerlig kompentensutveckling	Andel medarbetare som genomfört utbildning i lärportalen
11. Högkvalitativa utbildningar	Kvalitativ uppföljning av varje utbildning
12. Medarbetare bidrar till verksamhetsutveckling	Antal förbättringsförslag

Signature reference: 63c51f2b-7e1b-4c1f-a607-eef9d8f25f07

2 Kvalitativ verksamhet

2.1 Kvalitativ verksamhet

Övergripande kommentar och analys av året

Avvikelser utreds skyndsamt och åtgärder följs upp kontinuerligt. Förbättringsarbete för enheten utförs löpande och följs upp under återkommande arbetsplatsträffar.

Enheten har genomgått ärendehandledning under höstterminen och kommer fortsätta under vårterminen 2023.

Enheten har en full beläggning sedan november 2022.

Kontinuerlig kontakt har genomförts med kommunens företrädare för en hållbar samverkan. Möten har genomförts med kvalitetsansvarig, handläggare, daglig verksamhet och KKB.

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 2022 och har numera en fast punkt på våra arbetsplatsträffar för att bedriva vårt värdegrundsarbete.

Utbildningar i LAB, AKK, TP och MI är genomförda under vår och höst 2022. All personal har även genomgått utbildning i HLR i Januari 2022.

Brandombud på verksamheten är utsett och brandskyddsarbetet är pågående med kontroller som utförs månadsvis.

Egenkontroller för hygien, livsmedel, skyddsrond och systematiskt förbättringsarbete är genomfört enligt planering under året.

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 och 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

Signature reference: 63c51f2b-7e1b-4c1f-a607-eef9d8f25f07

Mått	Målvärde	Ackumulerat 2022	Utfall 2021	Utfall 2020
Nöjda kunder NKI - Kundnöjdhet under pågående uppdrag	100%			
Nöjda kunder NKI - Kundnöjdhet efter avslutat uppdrag i verksamheten				

Mått	Målvärde	Utfall 2022	Utfall 2021	Utfall 2020
Nöjda klienter (Nöjd brukarindex)		100 %		

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

Aktiviteter	Status
Dokumentationsutveckling	✔ Avslutad önskad effekt

Mått	Målvärde slutförda	Ackumulerat antal slutförda uppdrag	Andel stutförda 2022	Andel slutförda 2021	Andel slutförda 2020
Andel slutförda uppdrag och andel förtida avslut					

Mått	Ackumulerat antal avslut totalt	Antal förtida avslut 2022	Andel förtida avslut 2022	Andel förtida avslut 2021	Andel förtida avslut 2020
Andel slutförda uppdrag och andel förtida avslut					

Mått	Ackumulerat antal sammanbrott	Andel sammanbrott 2022	Andel sammanbrott 2021	Andel sammanbrott 2020
Andel sammanbrott				

Signature reference: 63c51f2b-7e1b-4c1f-a607-eef9d8f25f07

Mått	Totalt antal Avvikelser
Totalt antal avvikelser i DF respons	2

Mått	Ackumulerat utfall
Antal inkomna klagomål	

Mått	Ackumulerat utfall
Antal förbättringsförslag	

Mått	Ack antal anmälda	Ack antal rapporterade
Antal rapporterade och anmälda Lex Sarah		

Mått	Ackumulerat utfall
Antal anmälda Lex Maria till IVO	

Mått	Ackumulerat utfall
Antalet revisioner/tillsyn från myndigheter	0 st

Mått	Ackumulerat utfall
Antal egenkontroller som genomförts	19 st

Enheten arbetar systematiskt med egenkontroller. Enhetens egenkontroller har sett mycket bra ut under 2022.

Mått	Ackumulerat utfall
Antal tillsynsbeslut (med eller utan brist)	

Mått	Ackumulerat utfall
Antal yttranden till IVO	

2.3 Initiativ till förbättringar inför 2023 (Kvalitativ verksamhet)

Under 2023 ser vi fram emot att höja kompetensen hos samtliga av våra medarbetare genom handledning och ytterligare utbildningar. Vår målsättning är att skapa en ännu mer kvalitativ omgivning för våra boende på Kungsgatan 39.

Vår stödpedagog som är metodansvarig kommer löpande att handleda personal i vårt metodarbete. Individuella kompetensutvecklingsplaner ska även fortlöpa för all personal.

För att uppnå en hög kvalité kommer ett fortsatt 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 underhålla vår värdegrund i enhetens

Signature reference: 63c51f2b-7e1b-4c1f-a607-eef9d8f25f07

stomme, glädje-ansvar-engagemang. Under 2022 anordnades teambaserade personalaktiviteter så som utmaningarnas hus, restaurangbesök och julfirande.

På enheten anordnades det en rad med aktiviteter för både brukare och personal så som utflykter, teaterbesök, julfest och nyårsfirande.

Under 2023 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, ullared eller Astrid Lindgrens värld.

Samtliga aktiviteter genomförs givetvis med reservationer för rådande smittläge gällande Covid-19.

Signature reference: 63c51f2b-7e1b-4c1f-a607-eef9d8f25f07

3 Attraktiv arbetsgivare

3.1 Attraktiv arbetsgivare

Övergripande kommentar och analys av året

Samtliga medarbetare har genomgått utbildning i gällande metoder på enheten: lågaffektivt bemötande, MI samtal, tydliggörande pedagogik och alternativ kommunikation.

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	Målvärde	Utfall
Antal tillsvidareanställda med relevant eftergymnasial utbildning (2år) LSS/SÄBO gäller relevant gymnasial utbildning	100%	100%

Mått	Ackumulerat utfall	Ackumulerat antal deltagare heldagar/flerdagar	Ackumulerat antal deltagare halvdagar	Ackumulerat antal deltagare 1-2 tim
Antal deltagare som genomfört utbildning	48 st	8 st	20 st	20 st

Mått	Ackumulerat utfall
Antal handledningstillfällen	6 st

Mått	Målvärde	Utfall 2021	Utfall 2020
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		1 st	

Signature reference: 63c51f2b-7e1b-4c1f-a607-eef9d8f25f07

Mått	Målvärde	Utfall 2022	Utfall 2021	Utfall 2020
Frisktal		95,5 %	92,8 %	

3.3 Initiativ till förbättringar inför 2023 (Attraktiv arbetsgivare)

För att under 2023 fortsätta vara en attraktiv arbetsgivare kommer vi kontinuerligt att 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.

Vidare tar vi löpande emot praktikanter från utbildningar så som socionom, stödpedagog och vård utbildningar. Vi har under 2022 tagit emot en praktikant från Malmö Universitet socionomutbildning och en praktikant från Sverigehälsan, socialpedagog.

4 Ansvarstagande samhällsaktör

4.1

Övergripande kommentar och analys av året

Samtlig personal på enheten har genomgått hållbarhetsutbildning i Humana Academy.

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		Ja

4.3 Initiativ till förbättringar inför 2023 (Ansvarstagande samhällsaktör)

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

Signature reference: 63c51f2b-7e1b-4c1f-a607-eef9d8f25f07

Års/Kvalitetsredovisning IoF 2022

Solgatan

Signature reference: 63c51f2b-7e1b-4c1f-a607-eef9d8f25f07

Innehållsförteckning

1 Beskrivning av Humanas kvalitetsarbete 3

2 Kvalitativ verksamhet 5

2.1 Kvalitativ verksamhet 5

2.2 Mål och mått för kvalitativ verksamhet 6

2.3 Initiativ till förbättringar inför 2023 (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 2023 (Attraktiv arbetsgivare) 10

4 Ansvarstagande samhällsaktör 11

4.1 Ansvarstagande samhällsaktör 11

4.2 Mått för ansvarstagande samhällsaktör 11

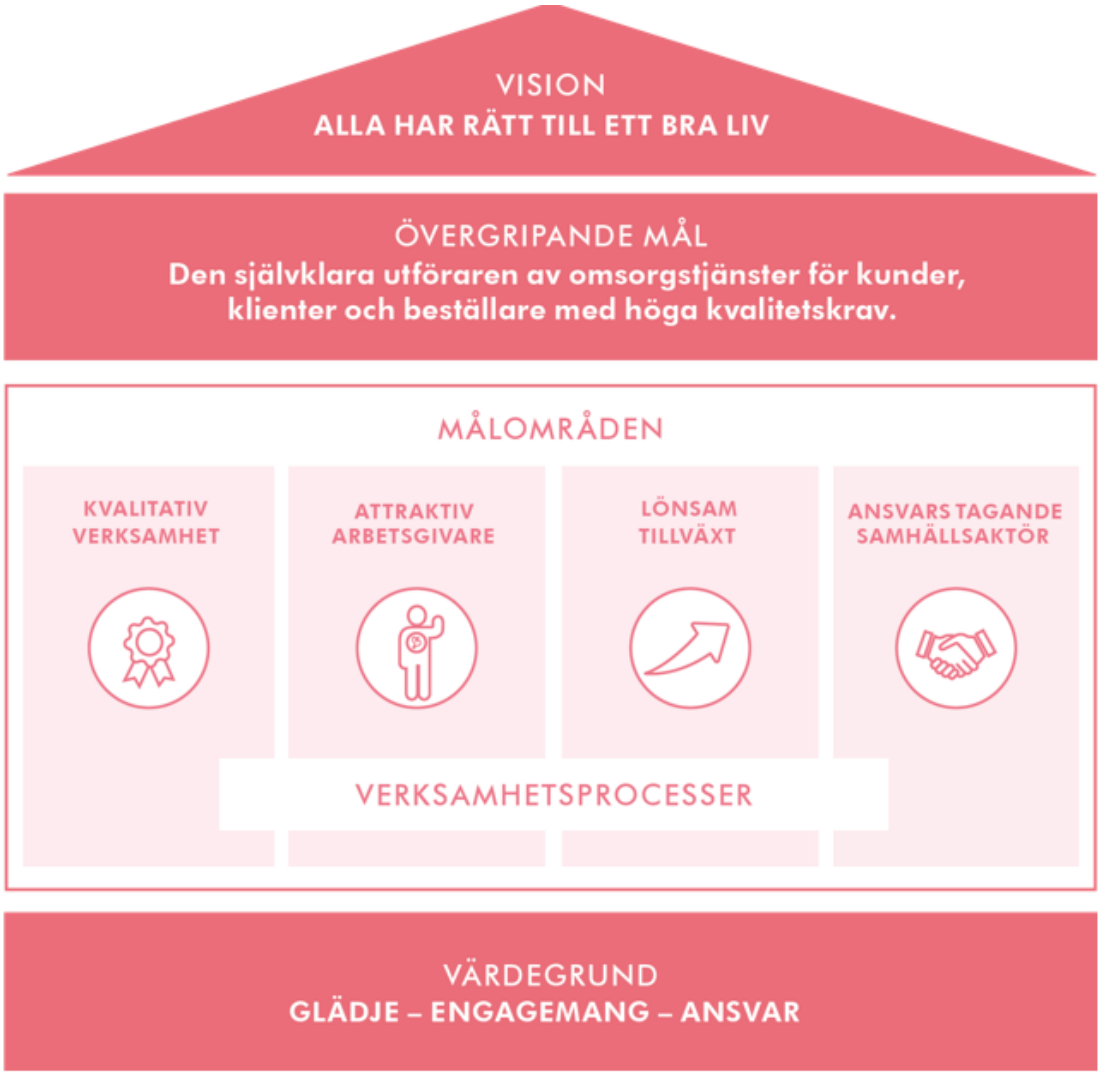
4.3 Initiativ till förbättringar inför 2023 (Ansvarstagande samhällsaktör) 11

Signature reference: 63c51f2b-7e1b-4c1f-a607-eef9d8f25f07

1 Beskrivning av Humanas kvalitetsarbete

Humanas övergripande mål är att vara det självklara valet för kunder och beställare med höga kvalitetskrav.

Vi brukar likna Humanas verksamhet vid ett hus. Huset vilar på en stabil grund som innefattar vår kultur, vår värdegrund och våra tidigare erfarenheter. Husets väggar, som håller samman huset och bär upp taket, utgörs av Humanas fyra målområden och taket symboliserar vår vision.



PARUS - Kvalitetsledningssystem

Alla verksamheter använder ledningssystemet PARUS (Processer, aktiviteter, rutiner, uppföljning, 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, måluppföljning mm. PARUS hjälper oss att följa alla lagar, föreskrifter, tillstånd, avtal och interna styrande dokument som vi i vår verksamhet måste förhålla oss till i vardagen.

ISO-certifikat 9001och 14 001

Individ och familj har ett mångårigt samarbete med Svensk certifiering AB som årligen granskar att vi arbetar enligt de fastställda krav som finns i ISO-standarder för 9001 och 14001.

Signature reference: 63c51f2b-7e1b-4c1f-a607-eef9d8f25f07

Egenkontroll och internkontroll

Egenkontroll innebär systematisk uppföljning och utvärdering av den egna verksamheten samt kontroll av att den bedrivs enligt de processer och rutiner som ingår i Humanas ledningssystem, vilka motsvarar kraven i ISO 9001, 14001, samt SOSFS 2011:9. Egen och internkontrollerna görs främst i form av olika checklistor som återfinns i ledningssystemet PARUS, där kvalitén skattas med olika färgkoder. Om en verksamhet avviker från rutin eller lagstiftning upprättas åtgärder, vilka noteras och följs upp direkt i checklistan. Egenkontroll utförs av ansvariga chefer för verksamheten och internkontroll utförs av kvalitetsorganisationen.

DF-respons – avvikelsesystem

För att åtgärda och förebygga fel och brister använder vi systemet DF-respons. Här kan alla medarbetare framföra avvikelser, Lex Sarah rapport, tillbud och arbetsskador, synpunkter och klagomål. Systemet används även för att lämna in förbättringsförslag. Via vår hemsida kan även utomstående lämna klagomål som sedan går direkt in i systemet för vidare hantering.

HQI - Kvalitetsmodell för uppföljning på affärsområdesnivå

Humana har en kvalitetsmodell för att kunna mäta och följa utvecklingen inom affärsområdena. Under 2022 har en utveckling av modellen ägt rum, där vi gått från att på affärsområdesnivå och koncernnivå mäta 7 indikatorer till 12 indikatorer. Att mäta ger i sig inte förbättring, men vi ser det som en förutsättning för att kunna veta var förbättringar behövs. Humanas nya HQI täcker inte alla delar och vi kommer fortsätta att systematiskt utveckla HQI, där ambitionen på en övergripande nivå är att mäta resultatet av insatserna för den enskilde. Nedan presenteras vilka nyckeltal som idag ingår i vår koncerngemensamma kvalitetsmodell.

Vad vi vill uppnå (syfte)	Vad mäts
1. Nöjda kunder och klienter	Nöjdbrukarindex och nöjd kundindex
2. Rätt stöd, vård eller insats till kunder och klienter	Andel uppföljda individuella planer
3. En säker tjänst levererad	Antal kritiska avvikelser som rapporteras till myndighet
4. Leverans i enlighet med lagstiftning	Andel av myndighetsinspektioner som ger allvarliga anmärkningar
5. Säkerställa systematiskt lärande	Andel avvikelser som upprepas
6. Korrekt hantering av personuppgifter	Andel personuppgiftsincidenter som rapporteras till myndighet
7. Nöjda medarbetare	Nöjd medarbetarindex
8. Medarbetarnas mående och hälsa	Sjukfrånvaro
9. Säker arbetsmiljö	Antal tillbud och arbetsskador som anmäls till myndighet
10. Kontinuerlig kompentensutveckling	Andel medarbetare som genomfört utbildning i lärportalen
11. Högkvalitativa utbildningar	Kvalitativ uppföljning av varje utbildning
12. Medarbetare bidrar till verksamhetsutveckling	Antal förbättringsförslag

Signature reference: 63c51f2b-7e1b-4c1f-a607-eef9d8f25f07

2 Kvalitativ verksamhet

2.1 Kvalitativ verksamhet

Övergripande kommentar och analys av året

Avvikelser utreds skyndsamt och åtgärder följs upp kontinuerligt. Förbättringsarbete för enheten utförs löpande och följs upp under återkommande arbetsplatsträffar.

En kontinuerlig kontakt med kommunens företrädare har förts för en god och hållbar samverkan. Möten har genomförts med kvalitetsansvarig, LSS handläggare, daglig verksamhet och KKB.

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 2022 och har numera en fast punkt på våra arbetsplatsträffar för att bedriva vårt värdegrundsarbete.

Utbildningar i LAB, AKK, TP och MI har genomförts under vår och höst 2022. All personal har även genomgått utbildning i HLR i Januari 2022.

Brandombud på verksamheten är utsett och brandskyddsarbetet fortlöper pågående genom kontroller som utförs månadsvis.

Egenkontroller för hygien, livsmedel, 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.

NBI (Nöjd brukarindex) gav ett mycket gott resultat under våren med genomgående nöjda brukarsvar.

Arbetsmiljöverket har genomfört en tillsyn i oktober månad 2022 och inkom med krav på ergonomisk riskbedömning för personal. Riskbedömning genomfördes i samverkan med kommunens företrädare, arbetsterapeut och fysioterapeut, och arbetsmiljöverket ansåg sig nöjda och avslutade ärendet i december 2022.

Arbete har genomförts löpande med personalgruppen gällande kommunikation med varandra, anhöriga och externa aktörer.

Konflikthantering har genomförts med arbetsgruppen genom individuella samtal samt gruppsamtal för att främja en bättre arbetsmiljö. Kommunal har varit involverade i det systematiska arbetsmiljöarbetet genom information och inbjudningar till verksamheten.

Medarbetarenkäten visar på förtroende för ledning och ett starkt engagemang för verksamheten. Brister framställs i form av sammanhållning och trivsel i arbetsgrupp. Arbete och åtgärder genomförs löpande genom intern handledning.

Tecken som stöd är genomförd i form av handledning för personal för att främja kommunikationen med våra boende. Även process och ärendehandledning har

Signature reference: 63c51f2b-7e1b-4c1f-a607-eef9d8f25f07

genomförts under hösten och kommer att fortsätta under våren 2023.

2.2 Mål och 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	Ackumulerat 2022	Utfall 2021	Utfall 2020
Nöjda kunder NKI - Kundnöjdhet under pågående uppdrag				
Nöjda kunder NKI - Kundnöjdhet efter avslutat uppdrag i verksamheten				

Mått	Målvärde	Utfall 2022	Utfall 2021	Utfall 2020
Nöjda klienter (Nöjd brukarindex)		100 %		

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

Aktiviteter	Status
Samverkansmöten	✔ Avslutad önskad effekt

Mått	Målvärde slutförda	Ackumulerat antal slutförda uppdrag	Andel stutförda 2022	Andel slutförda 2021	Andel slutförda 2020
Andel slutförda uppdrag och andel förtida avslut					

Signature reference: 63c51f2b-7e1b-4c1f-a607-eef9d8f25f07

Mått	Ackumulerat antal avslut totalt	Antal förtida avslut 2022	Andel förtida avslut 2022	Andel förtida avslut 2021	Andel förtida avslut 2020
Andel slutförda uppdrag och andel förtida avslut					

Mått	Ackumulerat antal sammanbrott	Andel sammanbrott 2022	Andel sammanbrott 2021	Andel sammanbrott 2020
Andel sammanbrott				

Mått	Totalt antal Avvikelser
Totalt antal avvikelser i DF respons	28

Mått	Ackumulerat utfall
Antal inkomna klagomål	6 st

Mått	Ackumulerat utfall
Antal förbättringsförslag	0 st

Mått	Ack antal anmälda	Ack antal rapporterade
Antal rapporterade och anmälda Lex Sarah		

Mått	Ackumulerat utfall
Antal anmälda Lex Maria till IVO	

Mått	Ackumulerat utfall
Antalet revisioner/tillsyn från myndigheter	2 st

Mått	Ackumulerat utfall
Antal egenkontroller som genomförts	18 st

Mått	Ackumulerat utfall
Antal tillsynsbeslut (med eller utan brist)	

Ett tillsynsbeslut från arbetsmiljöverket gällande brist på ergonomisk riskbedömning. Brist tillgodosågs och AMV meddelade nöjdhet med insatt åtgärd.

Mått	Ackumulerat utfall
Antal yttranden till IVO	

Signature reference: 63c51f2b-7e1b-4c1f-a607-eef9d8f25f07

2.3 Initiativ till förbättringar inför 2023 (Kvalitativ verksamhet)

Under 2023 ser vi fram emot att höja kompetensen hos samtliga av våra medarbetare genom handledning och ytterligare utbildningar. Vår målsättning är att skapa en ännu mer kvalitativ omgivning för våra boende på Solgatan 4.

Vår stödpedagog som är metodansvarig kommer löpande att handleda personal i vårt metodarbete. Individuella kompetensutvecklingsplaner ska även fortlöpa för all personal.

För att uppnå en hög kvalité kommer ett fortsatt 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. Under 2022 anordnades teambaserade personalaktiviteter så som utmaningarnas hus, restaurangbesök och julfirande.

På enheten anordnades det en rad med aktiviteter för både brukare och personal så som utflykter, teaterbesök, julfest och nyårsfirande.

Under 2023 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.

Samtliga aktiviteter genomförs givetvis med reservationer för rådande smittläge gällande Covid-19.

Signature reference: 63c51f2b-7e1b-4c1f-a607-eef9d8f25f07

3 Attraktiv arbetsgivare

3.1 Attraktiv arbetsgivare

Övergripande kommentar och analys av året

Samtliga medarbetare har genomgått utbildning i gällande metoder på enheten: lågaffektivt bemötande, MI samtal, tydliggörande pedagogik och alternativ kommunikation.

Arbete med personalgruppen genomförs löpande för att skapa en god arbetsmiljö och trivsam arbetsplats.

Handledning har genomförts under hösten 2022 för samtliga medarbetare och kommer att fortsätta under våren 2023.

Arbete har genomförts med att förbättra strukturen med tydliga rutiner och handlingsplaner som i sin tur har skapat en grundtrygghet hos personalen med större handlingsutrymme.

Arbete har genomförts med personalgruppen gällande kommunikation med varandra, anhöriga och externa aktörer.

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	Målvärde	Utfall
Antal tillsvidareanställda med relevant eftergymnasial utbildning (2år) LSS/SÄBO gäller relevant gymnasial utbildning	100%	100%

Mått	Ackumulerat utfall	Ackumulerat antal deltagare heldagar/flerdagar	Ackumulerat antal deltagare halvdagar	Ackumulerat antal deltagare 1-2 tim
Antal deltagare som genomfört utbildning	97 st	22 st	29 st	46 st

Mått	Ackumulerat utfall
Antal handledningstillfällen	12 st

Mått	Målvärde	Utfall 2021	Utfall 2020
Nöjda medarbetare > 73% inhämtas från WeYouMe enkäten årligen.			

Signature reference: 63c51f2b-7e1b-4c1f-a607-eef9d8f25f07

Mått	Ackumulerat utfall Tillbud	Ackumulerat utfall Arbetsskador	Ackumulerat antal anmälda till arbetsmiljöverket
Antal rapporterade tillbud/arbetsskador/antal anmälda till Arbetsmiljöverket i DF-respons	8 st	7 st	

De tillbud och arbetsskador som har skett under året har gällt fysiska skador efter utåtagerande från boende samt skador på grund av ergonomiska svårigheter.

En ergonomisk riskbedömning har genomförts för att skapa trygghet för medarbetarna och ett säkert arbete utan risk för skador. Handledning och utbildning i utåtagerande beteende har genomförts för att skapa hållbara handlingsplaner i relation till ett säkert arbete vid utagerande beteende hos boende.

Stora förbättringar har setts i verksamheten efter utarbetande av handlingsplaner och arbetsmetoder.

Mått	Målvärde	Utfall 2022	Utfall 2021	Utfall 2020
Frisktal		94 %	92 %	

3.3 Initiativ till förbättringar inför 2023 (Attraktiv arbetsgivare)

Vår ambition för 2023 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.

Vidare tar vi löpande emot praktikanter från utbildningar så som socionom, stödpedagog och vård utbildningar.

3.4

Mål
Uppnå en rörelsemarginal på medellång sikt uppgående till cirka 6%
Uppnå en årlig intäktstillväxt på 8-10%

Mått
Uppnått EBIT % (resultatrapport kommer in 7:e arbetsdagen i månaden)

Mått
Upprätthåller den budgeterade beläggningsgraden

Mått	Ackumulerat utfall
Antal vårdflätor	

Signature reference: 63c51f2b-7e1b-4c1f-a607-eef9d8f25f07

4 Ansvarstagande samhällsaktör

4.1 Ansvarstagande samhällsaktör

Övergripande kommentar och analys av året

Samtlig personal på enheten har genomgått hållbarhetsutbildning i Humana Academy.

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		Ja

4.3 Initiativ till förbättringar inför 2023 (Ansvarstagande samhällsaktör)

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

Signature reference: 63c51f2b-7e1b-4c1f-a607-eef9d8f25f07

Blankett

Version	Gäller för	Dokumentansvarig	Upprättad	Utarbetad av	Reviderad av
B0371-2	**Attendo Skandinavien – Sverige**	**Kvalitetschef**	2023-01-31	Lena Rosberg	**Lena Rosberg**

Verksamhets- och Kvalitetsberättelse för

Attendo *Lyckliga gatan*

År 2022



Michelle Bernmarker Olssonk, verksamhetschef

2022-02-22

Signature reference: 63c51f2b-7e1b-4c1f-a607-eef9d8f25f07

Innehållsförteckning

VERKSAMHETS- OCH KVALITETSBERÄTTELSE FÖR **1**

Sammanfattning 3

Övergripande mål 4

Ansvarsfördelning 5

Mät- och uppföljningsmetod 6

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: **6**

• HÄNDELSER/ AVVIKELSER **6**

• SÄRSKILDA HÄNDELSER **6**

• EGENKONTROLL **6**

• EXTERNA GRANSKNINGAR **6**

• RISKANALYSER **6**

• GENOMFÖRANDEPLANER **6**

• VÄRDERINGSARBETE **6**

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. **6**

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 **6**

Hur det systematiska kvalitetsarbetet har bedrivits och vilka åtgärder som genomförts 7

Uppföljning genom lokala och externa kontroller och jämförelser 8

Granskning av dokumentation 8

Samverkan 8

Riskanalys 9

Rapporteringsskyldighet 9

Synpunkter och klagomål 10

Sammanställning och analys 10

Resultat 12

Signature reference: 63c51f2b-7e1b-4c1f-a607-eef9d8f25f07

Övergripande mål för kommande år 14

Sammanfattning

Coronapandemin har fortfarande haft oss i sitt grepp vilket påverkat verksamheten och varit utmanande i perioder när smittspridningen ökat i samhället i början av 2022, men lättade i början på mars.I början av maj skiftade man verksamhetschef. På grund av sjukdom blev det ingen överlappning eller introduktion, vilket hade stor betydelse för verksamheten. En låg beläggning under Q1, Q2 och Q3 hade också stor påverkan på verksamheten, då medarbetarna fick hjälpas åt mellan avdelningarna då beläggningen var väldigt ojämn. Detta påverkade kontinuiteten väldigt mycket.

Verksamheten hade ett 99,6% resultat på egenkontrollen som genomfördes i maj.

Det som brast i verksamheten var att det inte genomfört hygienkontroller 4 ggr/år. Detta åtgärdades direkt.

Dokumentationsgranskningarna visade på en försämring både avseende SoL och HSL.

HSL hade gått ner från 100% till 94% och detta berodde på att det hade bytts sjuksköterska och den nya granskningsmallen var hårdare och krävde mer.

SoL-dokumentationen hade gått ner till 74%, detta beror på att nya VC var sjukskriven 50%och det fanns ingen som tog dessa arbetsuppgifter under tiden. Detta är åtgärdat till 2023 och en biträdande VC finns på plats från 1/3-2023.

All information läggs i Appendo som nu används som den enda skriftliga informationskanalen och i vilken det även ges möjlighet att göra utbildningar i. Alla

Signature reference: 63c51f2b-7e1b-4c1f-a607-eef9d8f25f07

utbildningar registreras i ett system som heter Talents och det har blivit enkelt att ta ut utbildnngsintyg på samtliga medarbetare.

All personal har gjort utbildning i Basala hygienrutiner under 2022.

I december påbörjades implementering av APPVA, detta är ett system som registrerar HSL-insatser och säkerställer att kunden får samtliga mediciner och att detta signeras direkt när medarbetaren ger medicinen.

Övergripande mål

SOSFS 2011:9, 3 kap. 1§

Målen för 2022:

Åtta medarbetare ville påbörja validering i Kävlinge kommun, dock kunde man inte ta in dessa då det saknas lärare.

Fler vårdbiträden skulle genomgå valideringsutbildning till undersköterskor via Kävlinge kommun.

Detta blev inte av då Kävlinge kommun inte kunde erbjuda våra vårdbiträden detta på grund av lärarbrist. Istället höll vi kontaktmannaskapsutbildningar för alla medarbetare och detta är ett fortsatt arbeta att få alla nyanställda att gå denna utbildning.

Signature reference: 63c51f2b-7e1b-4c1f-a607-eef9d8f25f07

Fler BPSD-administratörer skulle utbildas under Q1-Q2, det blev under Q3 och Q4 istället och då utbildades 10 nya administratörer i BPSD.

Ett nytt kvalitetsombud skulle tillsättas i verksamheten så kvalitetsarbetet kunde stärkas upp. Detta blev gjort och Lyckliga gatan har nu ett kvalitetsombud och varje avdelning har en kvalitetsansvarig. Dessa har möte 1 ggr/månad och går igenom alla händelser och evetuella riskanalyser.

Brand- och HLR-utbildning var ett mål som sattes, detta blev dock inte av på grund av tidsbrist och att brandskyddsarbetet inte var gjort. Nya tag med start från Q1 2023.

Utbildning i ergonomi- och förflyttningsteknik för nyanställda och vid behov skulle göras, detta blev inte heller av då många medarbetare slutade. Under sommaren sattes det in extra utbildning en gång/vecka. Dock var där endast tre personer som gick utbildningen. Ny utbildning är beställd till 2023.

Introduktionsutbildning för sommarvikarier där alla delar skulle gås igenom var tänkt. Dock fanns det inga vikarier på plats när denna skulle hållas och ny VC fick rekrytera nya timvikarier fram till mitten av augusti.

Ett annat mål var att öka den sammantagna nöjdheten hos våra kunder. Arbetet skulle fokuseras kring kost och aktiviteter. Detta har vi arbetat med jättemycket och kommer att fortsätta att göra detta framöver. Vi ser redan ett resultat på både kund och närståendenöjdheten.

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.

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.

Signature reference: 63c51f2b-7e1b-4c1f-a607-eef9d8f25f07

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

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

Signature reference: 63c51f2b-7e1b-4c1f-a607-eef9d8f25f07

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.

Närståendeträffar har anordnats vid två tillfällen under året. I juni anordnades ett informationsmöte och i oktober anordnades en närståendeträff som blev väldigt lyckad.

Signature reference: 63c51f2b-7e1b-4c1f-a607-eef9d8f25f07

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 varit bristfällig förra året 2022 73%.
HSL-dokumentationen ser bättre ut.
1 gång/år granskar MAS HSL-dokumentationen. (2021 99% 2022 94%).

Analys

Dokumentationsstödjare finns nu på huset (5 st).BVC/Verksamhetschef tar stort ansvar kring att arbeta med att dokumentationen blir bättre. Vid medarbetarsamtal samt APT pratar vi kring vikten av dokumentation för att skapa en större förståelse för varför vi dokumenterar.

Samverkan

SOSFS: 2011:9 4 kap. 5 §

• 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.

Signature reference: 63c51f2b-7e1b-4c1f-a607-eef9d8f25f07

• 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.

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.

Signature reference: 63c51f2b-7e1b-4c1f-a607-eef9d8f25f07

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.

Sammanställning och analys

SOSFS 2011:9 5 kap. 6§

Händelserapporter 2022

Fall totalt: 70
Utan skada: 47
Med skada: 15

Hot och våld totalt: 13
Hot brukare-medarbetare: 2
Hot mellan brukare: 1
Våld brukare-medarbetare: 7

Information totalt: 8
Internt: 5
Externt: 3

Läkemedel totalt: 179
Fel dos/styrka: 8
Fel info:1
Fel läkemedel: 1
Glömt att ge: 126
Glömt att signera: 34

MPT totalt: 9
Handhavande: 9

Omvårdnad totalt: 166
Bemötande: 3
Brist i ordination: 1
Brist i utförande: 45
Dokumentation: 1
Utebliven insats HSL: 103
Utebliven insats SoL: 13

Signature reference: 63c51f2b-7e1b-4c1f-a607-eef9d8f25f07

Synpunkter totalt: 1
Förbättringsförslag: 1

Trycksår: 3

Utmanande beteende totalt: 5
Explosiva uttryck: 3
Skadegörelse: 2

Övrigt totalt: 51
Avvikande: 4
Rutiner: 47

Händelserapporteringen har även under 2022 har dominerats av fall och läkemedelshantering inom HSL.
Händelserapporter kring fall kommer sannolikt vara en av de kategorier som är dominerande då vi jobbar med äldre, sjuka och dementa kunder. Vi skall fortsätta att arbeta som vi tidigare gjort, vilket innebär att vi riskbedömer och sätter in de åtgärder som behövs för att minimera fall, samt följer upp detta kontinuerligt. Något vi skall fortsätta att arbeta mer med är de händelserapporter som handlar om att rörelselarm inte stått rätt/saknats eller liknande. Ingen kund skall 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 även detta år. Detta hoppas vi kommer elimenars bort mer och mer då vi inför APPVA (HSL-insatssystem). Vi följer upp dessa kontinuerligt och zoomar in dagar/pass om vi ser att det avviker ofta på vissa pass och personer. Genom att vi gör detta, har vi sett att vi kan lokalisera de medarbetare som ofta missar att ge eller signera läkemedelslistan.
Sjuksköterskorna gör ett stort arbete med att följa arbetet och tar upp detta på gruppmöten och APT där förtydligar de 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 av både sjuksköterskor och verksamhetschef.
Vi ser att händelser kring ej utförda omvårdnadsinsatser har ökat. Detta ser vi som positivt då vi arbetat mycket just med händelsehanteringen och varför man använder sig av den. Just för att belysa problemen och lösa dem tillsammans.

Verksamheten har under 2022 haft en allvarlig händelse. Denna allvarliga händelse har utretts av en av Attendos interna granskare.
Denna allvarliga händelse handlade om en kund som faller och reser sig obehindrat. Kunden blir undersökt av läkare och läkaren ser då inga tecken på att något skulle vara fel, då kunden går obehindrat. Efter ett par dagar blir kund sängliggande, läkare tillkallas igen och läkare önskar då att kund skall åka in till sjukhus med ambulanstransport, vilket kund absolut inte vill. Då läkaren inte kan se nåot som tyder på höft eller benfraktur ordineras en smärtlindrande salva. Kund blir liggande ytterliggare några dagar och till slut anser anhöriga att kund måste skickas in och hen skickas in med tvång från anhöriga. Där konstateras det att kund har en höftfraktur och kund opereras. Detta anmäls då av anhöriga och utredning påbörjas direkt.

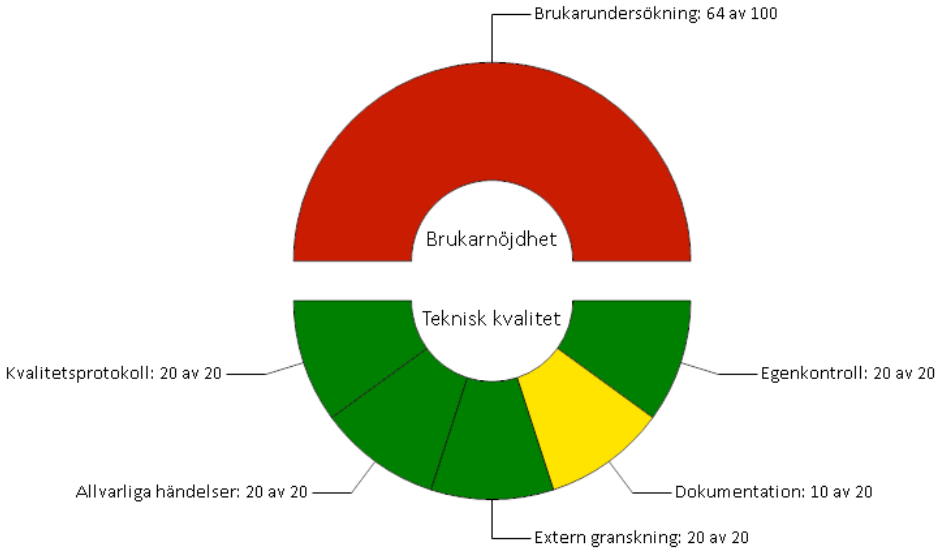
Signature reference: 63c51f2b-7e1b-4c1f-a607-eef9d8f25f07

Resultatet av utredningen visar att dokumentation från läkare och sjuksköterskor är mycket informativ, men att man saknar en del dokumentation från VB/USK. Detta leder inte till en IVO-anmälan, anhöriga har flera möten tillsammans med VC /SSK/läkare och sätter inte emot resultatet. Kund flyttas även efter önskemål till en demensavdelning och idag är både kund och anhöriga väldigt nöjda med all vård de får från Lyckliga gatan.
Åtgärder på detta ärende är dokumentation måste förbättras inom medarbetarna på avdelningarna. Detta har åtgärdats genom att vi utbildat dokumentationsstödjare, utsett nya dokumentationsombud, utbildat samtlig personal i CKM (Kontaktmannaskap) där vi lagt tyng på dokumentation, på varje APT finns en fast punkt med dokumentation och dess vikt och varje månad granskas dokumentationssystemet av BVC för att fånga upp de som inte dokumenterar, dessa kontaktas och blir erbjudna stöd direkt.

Resultat

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

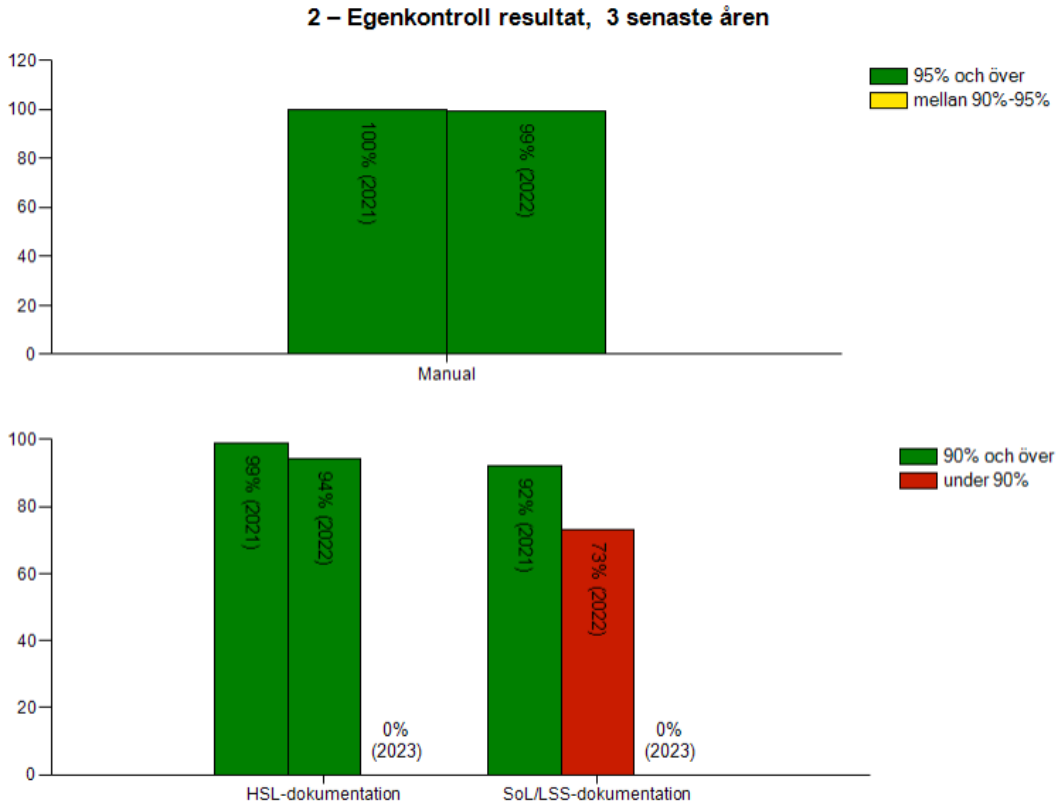
Under 2022 gjordes brukanundersökningen igen efter uppehåll 2021.Resultatet hade inte blivit bättre. Detta medförde att vi gjorde en handlingsplan som vi skickade in till kommunen. Denna följdes upp under hösten 2022.Under maj och oktober gjorde Attendo egna undersökningar som visade på att nöjdheten gått upp ordentligt. Det vi har arbetat med främst är kost, aktiviteter, bemötande och kontaktmannaskap.



Vi arbetar med måltidsobservationer och har även strukturerat upp matbeställningar, förvaring av mat och tillagning för att kunna göra kunderna nöjda. Det har anställts en administratör just för matbeställningar, inventering och uppackning av mat i slutet av 2022. Vi ser redan en stor skillnad efter vi har gjort denna förändring. Vi har haft några brukarråd där kunderna fått komma till tals. Vi kommer att fortsätta generellt att arbeta ännu mer med kost och måltider för att uppnå en högre kundnöjdhet.

Signature reference: 63c51f2b-7e1b-4c1f-a607-eef9d8f25f07

Gällande aktiviteter så anordnas olika aktiviteter varje vecka i form av promenader, bingo, allsång, gym, spa, sittande zumba, högläsning, spel/pussel m.m. En gång i månaden har vi större fester där vi äter extra gott och har olika tema varje gång. Detta har varit väldigt uppskattat.



Egenkontrollen som genomfördes i maj månad blev godkänd till 99,6%. Granskningen av av SoL visade en nedgång till 73% och /HSL-dokumentation upnådde ett godkänt resultat på 94%. Anledningen till att resultatet gått ner var att det kom en ny VC i Maj som var sjukriven 50% och det fanns inger som delegerades hennes uppgifter under tiden, men även att teamledare slutade och det var dem som hade det övergripande ansvaret kring dokumentationen. Detta är nu åtgärdat. Dokumentationsstödjare är utbildade, dokumentationsombud finns på varje avdelning, utbildning i dokumentation har utfört, en BVC är tillsatt och VC har gått upp itjänst igen.

Signature reference: 63c51f2b-7e1b-4c1f-a607-eef9d8f25f07

Övergripande mål för kommande år

Mat och måltidsmiljön skall förbättras

Utbildningar i de olika ansvarsområdena och även arbetsbeskrivningar skall skrivas

Förtydliga ansvarsområden genom att ha en organisationskarta i personalrummet som uppdateras kontinuerligt

Fortsatt arbete med dokumenation och kvalitet

Brand och HLR-utbildning för samtlig personal

Fortsatt arbete med BPSD

Fler vårdbiträden ska genomgå antingen validering hos Kävlinge kommun eller erbjudas distanswutbildning på 50% mot betalning.

Fler BPSD-administratörer ska utbildas under Q3-Q4..

Utbildning i ergonomi- och förflyttningsteknik för samtliga medarbetare.

Introduktionsutbildning för sommarvikarier i maj där alla vitiga rutiner gås igenom både inom SoL och HSL.

Fortsatt arbete för att den sammantagna nöjdheten hos våra kunder ska ökas.

Godkänt resultat för Intern revision 2023.

Signature reference: 63c51f2b-7e1b-4c1f-a607-eef9d8f25f07

2022 års kvalitets & verksamhetsberättelse

NYTIDA STORA BLÅ SYD



Datum och ansvarig för innehållet

2023-02-28 Rickard Sjöstedt

Signature reference: 63c51f2b-7e1b-4c1f-a607-eef9d8f25f07

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: 63c51f2b-7e1b-4c1f-a607-eef9d8f25f07

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.



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.

Signature reference: 63c51f2b-7e1b-4c1f-a607-eef9d8f25f07

2 Verksamhetsbeskrivning

Stora Blå Syd är en daglig verksamhet för personer med LSS-beslut. Verksamheten har tillstånd för att ha 30 deltagare med förbehållet att endast 22 deltagare ska vara på plats samtidigt. I nuläget har verksamheten totalt 23 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 ger dock möjligheter även för de av våra deltagare som vill arbeta med film, skrivande, bild i form av teckning eller måleri och enklare hantverk, broderi etc. 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 2022 löd:

1. **Under 2022 ska vi initiera och fullfölja minst ett större projekt som involverar flera deltagare och spänner över en längre tidsperiod. Syftet är att genom arbetsuppgifter förbättra en redan god sammanhållning i gruppen och ge deltagarna en känsla av att vara delaktiga i något större.**

2. **Under 2022 ska arbeta för att öka närvaron för de deltagare som har svårast att ta sig till verksamheten. Vi ska hitta framgångsfaktorer när det gäller att öka närvaron och reflektera över hur vi som arbetsgrupp är mest effektiva i arbetet med deltagare när de inte är på plats i verksamheten.**

Under årets första månader lättade pandemirestriktionerna och deltagarna kunde den 13/3 äntligen åka på en bokad spelning för ett av verksamhetens band på Kirsebergsdansen i Malmö. Det var en mycket lyckad kväll och alla deltagare som deltog var mycket nöjda.

Under 2022 har det varit en del omsättning på personal. Framförallt vetskapen om en förestående förändring påverkar deltagarna i verksamheten mycket med den känsla av osäkerhet för hur vardagen kommer att se ut som det innebär. Allt har dock fallit ut väl och när väl förändringen har ägt rum har deltagarna nästan utan undantag hanterat detta mycket bra och snabbt har nya fina relationer utvecklats.

Årets roligaste händelse var verksamhetens spelning på Malmöfestivalen den 16/8 och alla förberedelser inför denna. Mer än hälften av deltagarna framförde egna låtar eller covers på scen och de flesta andra var på plats i publiken eller var med och bar utrustning. Det var ca 100 personer i publiken på Gustav Adolfs Torg och alla var mycket nöjda efteråt.

Spelningen på Malmöfestivalen gav ringar på vattnet och under hösten fick några deltagare åka till Höör för att uppträda på föreningsevenemang och även göra ytterligare en spelning i Kirsebergsteaterns lokaler innan vi avslutade året med julkonsert för vänner och anhöriga på kvällen den 16/12.

Signature reference: 63c51f2b-7e1b-4c1f-a607-eef9d8f25f07

Utöver ovanstående har vi arrangerat ett disco på kvällstid fredagen den 3/5 samt en utflykt i genomsnitt varannan vecka. Utflyktsmål har exempelvis varit Lödde Sandskog, Habo Gård, teaterföreställning på Diabasen samt bowlinghallen.

Verksamheten in house har fortsatt som tidigare och deltagarna är fortsatt trygga. Vi har arbetat en del med att skapa en mysigare och mer funktionell fysisk miljö i en del av lokalen där vi nu bygger lounge och två replokaler med heltäckningsmatta och förbättrad ljudisolering.

3 Individen i centrum

3.1 Målgrupp

Verksamheten har i dagsläget 30 platser och av dessa är 23 bemannade. 18 män och 5 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.

Under 2022 har det varit ett av våra verksamhetsmål att deltagarnas närvaro i verksamheten ska öka. Våra metoder är individuellt anpassade och fungerar därför på olika sätt beroende på vem vi arbetar med. I en del fall har vi med deltagarens godkännande kontakt med deltagarens nätverk utanför verksamheten (goda män, anhöriga, boendestöd etc) som kan stötta och motivera deltagaren att komma till verksamheten. I de flesta fall har dock den mest effektiva metoden för att deltagarnas närvarotillfällen ska bli fler varit att personal på ett metodiskt och förutsägbart sätt kontaktar personen och uppmärksammar hen på att vi ser att personen inte är på plats som planerat och diskutera med deltagaren när hen ska komma nästa gång och vad som ska ske då.

Under året har vi märkt att flera deltagare med hemmasittarproblematik också ställer höga krav på sig själva gällande hur man ska vara när man är i verksamheten vilket gör att deltagaren väljer att inte ta sig till verksamheten om man känner sig ”nere”. Med dessa deltagare lyfter vi ofta vikten av att känna sig trygg med hur man mår oavsett om man mår bra eller dåligt. Man måste inte må perfekt för att komma till verksamheten. Vi upplever att deltagarna tycker att detta känns bra och att det på har en positiv effekt på våra deltagares närvaro i verksamheten.

Signature reference: 63c51f2b-7e1b-4c1f-a607-eef9d8f25f07

3.3 Verksamhetens individanpassade aktiviteter

Verksamheten har varje vecka vecka 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.

Några av deltagarna har under året visat särskilt intresse för att hjälpa till att förbättra och ta hand om verksamhetens lokaler. Dessa deltagare har därför blivit engagerade i ett pågående projekt att rusta upp en del av lokalen samt att åka till tippen med skräp. Vi märker en särskild stolthet hos de deltagare som har detta intresse.

Ett av årets verksamhetsmål var att försöka starta större projekt som involverar flera deltagare och spänner över en längre tidsperiod. Det har varit svårt och ibland gör vårt fokus på individen detta arbetssätt ännu svårare. Vi planerar att förlänga mål över 2023 då vi tror att den typen av projekt skulle kunna ge ett stort mervärde för många av våra deltagare.

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

Även under 2022 har vi arbetat på med 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 varit ett fantastiskt lyft att pandemins restriktioner har lättat och att deltagarna åter fått möjlighet att spela inför publik utanför verksamhetens lokal. Gällande våra verksamhetsmål har vi nått viss framgång i att arbeta med de av våra deltagare som har svårt att ta sig till verksamheten och vi arbetar på med vårt mål att skapa större projekt.

Signature reference: 63c51f2b-7e1b-4c1f-a607-eef9d8f25f07

4 Samverkan

4.1 Samverkan anhöriga/företrädare

Att ha en fungerande samverkan med anhöriga och företrädare är nödvändigt då dessa personer i många fall har stor påverkan på våra deltagares liv och också är viktiga personer för dem. God samverkan med dessa personer ger oss större möjligheter att göra deltagarnas liv bättre då det ger deltagaren en känsla av trygghet.

Till vår julfika/julkonsert den 16/12 fick våra deltagare möjlighet att bjuda in sina anhöriga och företrädare och vänner. Vi hade en fin kväll tillsammans och god uppslutning av gruppen.

Vi håller också regelbunden kontakt med anhöriga/företrädare då dessa får våra utskick inför vår/sommar/höst/vinter där vi skriver om vad som är på gång i verksamheten.

4.2 Samverkan med kommun, landsting, intresseorganisationer

Att ha god och välfungerande samverkan underlättar och utvecklar vårt arbete och ger oss möjligheter att utöka vårt nätverk. Vi har under 2022 haft fortsatt god samverkan med de kommuner där vi har avtal och tar emot deltagare från. Via god samverkan har vi också fått ny bra personal och möjligheter för våra deltagare att komma ut och spela sin musik utanför verksamheten.

Tidigt på året fick våra deltagare möjlighet att spela på intresseorganisationen FUBs årsmöte. Efter vår spelning på Malmöfestivalen tog vi emot studiebesök från en daglig verksamhet i grannkommunen Arlöv samt haft kontakt med en verksamhet i Malmö. Representanter från del andra föreningar och företag som varit intresserade av vår verksamhet har besökt oss och initierat samarbete. Vi har inlett ett samarbete med Mix IF vilket är en idrottsförening för personer med funktionsvariation. Utöver det har det inte passat att starta något ytterligare än så länge men vi är glada för det intresse som skapats efter spelningen och skapar oss nu ett nätverk för framtida projekt.

Utöver ovanstående har vi i enlighet med våra avtal tagit emot praktikanter. Under 2022 kom dessa från Consensum gymnasieskola.

4.3 Samverkan internt

APT för Stora Blå Syds personalgrupp genomförs var fjärde vecka under ledning av verksamhetschefen samt kvalitetsråd med samma intervall då vi går igenom avvikelser. Utöver det har vi personalmöte varje vecka med fokus på olika delar av verksamheten.

Signature reference: 63c51f2b-7e1b-4c1f-a607-eef9d8f25f07

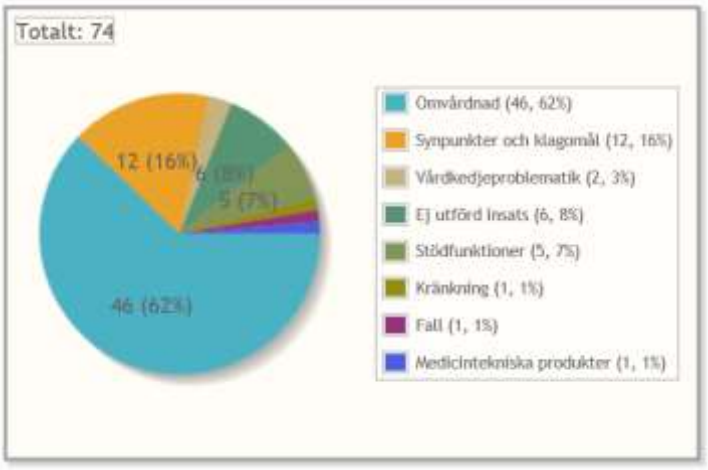
5 Kvalitet och hållbarhet

Under 2022 har vi haft en del personalomsättning vilket i en liten personalgrupp oundvikligen utsätter kontinuiteten i kvalitetsarbetet för prövningar. Vi har dock varit beredda på detta och varit noggranna med introduktionen för den nya personalen i kvalitetsarbetet. Vår nya personal har också haft med sig bra erfarenheter och därför också kunnat komma snabbt in i våra arbetsmetoder gällande arbetet med genomförandeplaner, avvikelser och förbättringslogg. Vi fortsätter arbeta med målet att det ska vara lätt för all personal att dokumentera så att allt som behöver dokumenteras också blir dokumenterat.

Vi har även under 2022 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.

5.1 Sammanställning avvikelser, synpunkter och klagomål

Se diagram nedan ang LSS-avvikelser och Synpunkter/Klagomål. Vi noterar även en fortsatt ökning sedan 2021 gällande antal avvikelser. Vi är dock övertygade om att orsaken till detta är ett noggrant kvalitetsarbete och höjd kompetens i personalgruppen avseende dokumentation.



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

Signature reference: 63c51f2b-7e1b-4c1f-a607-eef9d8f25f07

förbättringsområde som då dokumenteras i förbättringsloggen med en ansvarig personal och en tidplan för arbetet.

Även under 2022 kom de flesta av de 13 inrapporterade synpunkter och klagomål från verksamhetens deltagare med två undantag. När vaktmästaren efter att deltagarna åkt hem inte blev insläppt i verksamheten för att vår personal arbetade ensam i studion och inte hade koll på att han skulle komma samt en legal företrädare som lämnade klagomål på när den avdelning som hanterar utbetalning av habiliteringsersättning drabbades av tekniska problem och utbetalningen inte kom som aviserat.

Synpunkterna som inkommit från verksamhetens deltagare handlade om när vi som personal agerat otydligt eller inkonsekvent i olika sammanhang eller om fysisk arbetsmiljö avseende ljudisolering i våra replokaler. Samtliga synpunkter avseende fysisk arbetsmiljö har varit snabbt åtgärdade. Samtliga synpunkter avseende bemötande har vi tacksamt tagit emot och tagit lärdom av. Exempel är bristande kunskap kring begreppet transperson och synpunkter på att personal slutat eller gått på ledighet och ersatts med ny personal.

5.3 Egenkontroll, tillsyner och förbättringslogg

Under 2022 har Stora Blå Syds personal registrerat 25 förbättringsområden i förbättringsloggen. Utöver detta har ytterligare ett tiotal förbättringsområden registrerats automatiskt efter att vi besvarat frågor i vår egenkontroll med delvis genomfört. Förbättringsområdena avser en stor bredd av områden alltifrån att vi ska införskaffa hjälmar till verksamhetens cyklar till att ljudisolera rum och skapa nya rutiner för informationsöverföring när vi hittar brister i densamma. Vi har ett öppet och transparent klimat i arbetsgruppen och goda förutsättningar att utveckla arbetet genom förbättringsloggen.

Egenkontrollerna under året gav 1,94 och 1,89 i resultat. De förbättringsområden vi konstaterade i egenkontrollen behandlade bland annat att vi behöver utvecklas avseende att använda de praktiska verktyg som det pedagogiska ramverket erbjuder och att vi behöver säkerställa att ny personal sätts in i alla de rutiner som finns avseende risker i arbete med kund. I personalomsättningen har vi inte kunnat fånga upp att samtliga rutiner följs av tillträdande personal och i några få fall har vi missat uppföljningen av riskbedömningarna. Samtliga punkter är dock åtgärdade när detta skrivs.

5.4 Resultat av undersökningar

2022 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 97,3% nöjdhet och en 86% svarsfrekvens.

Signature reference: 63c51f2b-7e1b-4c1f-a607-eef9d8f25f07

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 under 2022 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.

Under 2022 har det totala antalet tillfällen då personalen arbetat med avvikelser och förbättringslogg ökat kraftigt. Anledningen är att den nyanställda personalen har lättare än den avgående att arbeta i systemen även om den grundläggande förståelsen för kvalitetsarbetet är lika bra.

6. Hälso- och sjukvård

Verksamheten har ej hälso- och sjukvårdsinsatser.

7. Medarbetare

7.1 Antal anställa

Enheten har under 2022 haft 1 heltidsanställd enhetschef som också arbetar i verksamheten, 2 arbetshandledare a 75% och en på 50%. Således har verksamheten 4 anställda fördelat på 3 årsarbetare.

7.2 Personaltäthet

Personaltätheten enligt föregående punkt.

Signature reference: 63c51f2b-7e1b-4c1f-a607-eef9d8f25f07

7.3 Personalomsättning

En pensionsavgång 31/3 samt en anställd som gick på tjänstledighet för studier i september. Således stor omsättning som dock fallit väl ut med uppskattad ny personal.

7.4 Sjukfrånvaro

Betydligt mindre sjukfrånvaro/korttidsfrånvaro efter förändringarna 2022. Positiv trend.

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 har under 2022 haft två planeringsdagar. Vårens med fokus på dokumentation och höstens med fokus på att förbättra arbetsmiljön för våra deltagare samt genomföra praktisk brandutbildning för all personal.

7.8 Kompetensutveckling

Personalen på Stora Blå Syd har under 2022 gått följande utbildningar för att stärka yrkeskompetensen.

- **Utbildning i psykisk ohälsa.**
- **Grundläggande utbildning om missbruk.**
- **Praktisk brandutbildning.**

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.**

Signature reference: 63c51f2b-7e1b-4c1f-a607-eef9d8f25f07

7.9 Likabehandling och mångfald

Området är en stående punkt på APT och något vi eftersträvar vid nyrekrytering.

8. Sammanfattande analys av årets resultat

Vi ser tillbaka på 2022 med stolthet över hur verksamheten utvecklats och att vi lyckats bibehålla och även höja kvaliteten ur flera aspekter trots utmaningarna som uppstår som konsekvens av personalomsättning i en liten personalgrupp. Under 2023 vet vi att vi kommer att ha ytterligare förändringar pga. pensionsavgång och föräldraledighet men vi är stärkta i att vi klarat förändringarna bra under föregående år. **Det som flera av våra deltagare har gemensamt är glädjen i att få komma ut och spela inför publik och i skrivande stund vet vi redan att vi kommer att få flera möjligheter att göra detta under 2023 vilket alla, deltagare och personal, ser mycket framemot.**

Signature reference: 63c51f2b-7e1b-4c1f-a607-eef9d8f25f07

2022 års verksamhetsberättelse och 2023 års verksamhetsplan
för
Villa Fridsbo Löddeköpinge

Datum och ansvarig för innehållet

2023-02-26

Benny Andersson Verksamhetschef

Signature reference: 63c51f2b-7e1b-4c1f-a607-eef9d8f25f07

VERKSAMHETS och KVALITETSBERÄTTELSE FÖR 2022

Sammanfattning

Villa Fridsbo är ett särskilt boende upprättat av Vardaga som ligger under företagskoncernen Ambea. De personer som bor och vistas på Villa Fridsbo har biståndsbeslut enligt Socialtjänstlagen (SoL) och den övervägande delen av insatserna är enlig SoL. Utifrån detta så upprättas denna verksamhetsberättelse i enighet med företagets ansvarstagande inom området och på uppdrag av Kävlinge kommun.

Vision och värderingar

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

Vårt uppdrag;
” Tillsammans skapar vi en trygg och hållbar 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.

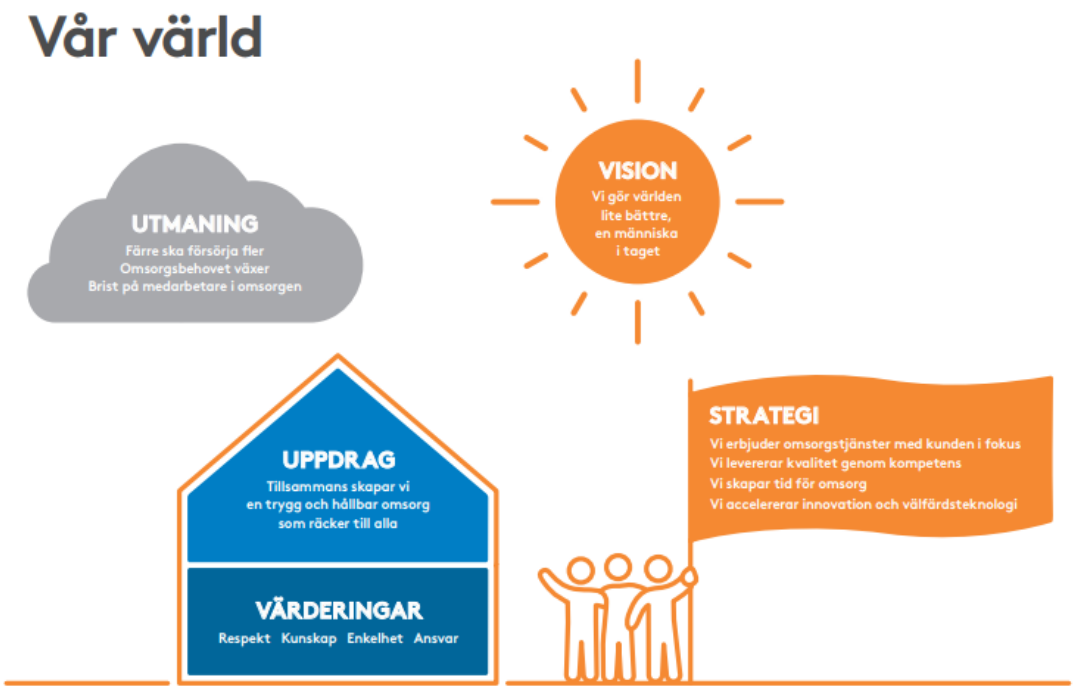
Ansvar: Hos oss har vi medarbetare som vågar och vill och chefer som lyssnar och leder.

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.

Signature reference: 63c51f2b-7e1b-4c1f-a607-eef9d8f25f07



Verksamhetens inriktning och mål för året

Verksamhetsbeskrivning

Villa Fridsbo har gjort sitt första hela kalenderår på Norrevångsvägen 60, under 2022. Huset består av 3 plan varvid 40 somatiska platser till antalet finns på plan 1 och 2. Demensavdelningarna består av 20 platser och förlagda på plan 3. Alla plan är i bruk, men inte alla avdelningar. Beläggningen är runt 50% efter årets sista månad och ligger i fas med den kalkyl som tagits fram. Könsfördelningen är ungefär 60% kvinnor och 40% män. Boendet har en fantastisk omgivning och har trädgård och utemiljö som inriktning.

Mål för verksamheten

Det övergripande målet är att bedriva en omvårdnad och ett boende av högsta möjliga kvalité. Verksamheten har som ett mål att få i gång alla olika mötes forum och råd där flera viktiga delar avhandlas och arbetas vidare med. Dessa ska i sin tur få arbeta med att öka kvalitén på den erbjudna omvårdnaden och säkerställa att de som bor på adressen har ett stort inflytande över sin egen tillvaro och vardag. Vi utgår från personcentrerad omvårdnad och möjlighet till påverkan av sin dag och boendesituation. Regelbunden avstämning med boende underlättar arbetet att nå våra mål och till detta har vi bland annat egna enkäter som går ut till den enskilde under året.

Signature reference: 63c51f2b-7e1b-4c1f-a607-eef9d8f25f07

Utifrån resultaten på boendeenkäter så har det satts upp mål enligt nedan:

Område	2022	Mål 2023
Total kundnöjdhet	76/100	**80**/100
Bemötande	82/100	**85**/100
Aktiviteter	38/100	**75**/100
Måltider	88/100	**88**/100

Den enskilde (Inflytande)

Året som gått har haft sina utmaningar. De oliks råden har inte varit i full gång och det är målet för 2023. Men det har varit några boendemöten under 2022. Här diskuteras och avhandlas alla tänkbara frågor gällande aktiviteter, miljö och måltider. Dessa forum är viktiga att ha återkommande och hela tiden se till att de som bor och lever här, kan påverka sin omgivning, vardag och miljö.

Delaktighet

Detta skapas genom att ha en bra och nära kontakt med verksamhetens kontaktperson. Utifrån denna relation så upprättas genomförandeplan och bemötandeplaner. Även anhöriga är en viktig del i att få uppleva delaktighet.

Närstående

Under förra åter hölls ett möte för anhöriga på våren. Höstens möte blev inte av men verksamhetschef skickade varje månad ut ett månadsbrev där information om verksamheten delades. Ett uppskattat och bra sätta att lyfta aktuella frågor och gå ut med information. Det har bjudits in till välkomstsamtal där verksamheten belyser arbetet och tar emot förväntningar av anhöriga.

Enkätsvar på kund och Brukarundersökningen

Förra året under hösten så genomfördes en enkät till husets kunder. Nedan kommer resultatet från senaste och bedöms i en skala från 1-100

Nöjdhet: 76
Bemötande: 82
Aktiviteter: 38
Måltider: 88

Resultatet blev starten till att aktivitetsansvarig utsågs och att detta blev en prioriterad fråga under sista delen på året. Detta blev verkligen ett lyft för verksamheten och huset.

Signature reference: 63c51f2b-7e1b-4c1f-a607-eef9d8f25f07

Genomförandeplaner

Under året som gått har genomförandeplaner granskats för att säkerställa bra kvalité och att samtliga har en aktuell. Alla boende har en genomförandeplan som är upprättad i samförstånd och där även anhöriga varit delaktiga i flera. Upprättandet av dessas kunde variera lite men i de absolut flesta fall, var en genomförandeplan inskriven i social dokumentation inom de 2-3 veckor som gäller.

Samverkan

APT är ett givet forum för samverkan och utveckling av en arbetsplats. Dessa genomförs regelbundet och har en till stor del given agenda. Villa Fridsbo fick under slutet av året fram 2 arbetsplatsombud och 3 skyddsombud. Dessa personer kommer kläs för uppdragen under kommande år.

Övriga intressenter

I övrigt sker samverkan med andra aktörer i form av möten och annan kommunikation. Målet är att tydligt beskriva var och ens ansvar och fördelning av arbetsuppgifter. Det finns idag samarbete med både städ, vaktmästeri och olika funktioner ifrån kommunen såsom räddningstjänst och handläggare.

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.

Hälso- och sjukvård

Se bilaga i form av patientsäkerhetsberättelse

Medarbetare med Delaktighet och Målstyrning

Som medarbetare i verksamheten så är engagemang och delaktighet viktigt. Nästan all ordinarie personal besitter ett ansvarsområde och funktion. Uppgifterna och aktiviteterna som skapas är utifrån där brister eller utveckling finns att göra.
Via Teambarometern får personalen uppskatta sin arbetssituation och får lämna förslag på förbättringar. Likaså på APT och på Team-möten som är tillsammans med HSL-personal.
Måltavlan ska belysa vilka områden och mål för dessa som verksamheten har. Utifrån resultat från enkäter, får personalen ta del av hur arbetet upplevs och framskrider.

Signature reference: 63c51f2b-7e1b-4c1f-a607-eef9d8f25f07

Antal anställda

Antalet anställda varierar eftersom det är ett uppstartsår och har under 2022 varit en del av utmaningen för Villa Fridsbo. Det har varit stor personalomsättning och detta har varit växlande och tufft. Under 2022 har det funnits ungefär 6-7 dagpersonal och lika många på kvällen. Natten har bemanningen varit 2 per arbetspass under hela perioden. Det har under sista delen på året stabiliserat sig med personalen. Då hade verksamheten ungefär 24 omvårdnadspersonal, 2 gruppchefer, 1 arbetsterapeut, 1 fysioterapeut och 1 ordinarie sjuksköterska. Sen har bemanningsföretag stöttat upp med det övriga. Ny verksamhetschef anslöt i slutet på november.

Personaltäthet

På varje avdelning räknas i grundbemanningen 2 undersköterskor på en 10 avdelning. Detta gäller båda dag och kväll. På dagen så finns även aktivitetsansvarig mellan måndag och fredag. Denna tjänst stöttar upp i morgonarbetet på avdelningarna.
Under året som gått anställdes även en måltidsansvarig tillfälligt som skulle hjälpa och stötta i både beställningar och tillagningen.

Personalomsättning

Omsättningen på personal har varit stor under 2022. Detta då verksamheten inte riktigt fått i gång allt och det kan upplevas som rörigt. Många avvikelser och felaktigheter har varit försvårande för verksamheten.

Arbetsplatsträffar

Arbetsplatsträffar har hållits i vanlig ordning. På ett 6-veckors schema så är det mötesdag 1 gång. Mötena följer vardagas årshjul och viktiga dokument tas upp och avhandlas. Kartläggning och förhållningssätt har också varit en viktig del av arbetet. Arbetsplatsombud och skyddsombud valdes in på årets näst sista apt. En viktig kugge i att få arbetsplatsen på en bra plats igen.

Planeringsdagar

Under 2022 genomfördes inga planeringsdagar.

Kompetensutveckling

Genom kunskaps och utbildningsforumet Lära, har personalen fått en bra introduktion och har också kunnat få rätt kunskap och verktyg för olika ansvarsområden. Arbetet har gått trögt och förväntas tar fart under 2023.

Enkätsvar på Teambarometern

Vardaga har en egen enkät dom går ut till medarbetare var 3:e månad. På så vis får våningarna en aktuell blid av hur arbetssituationen upplevs för tillfället. Det är ett bra underlag för ledningsgruppen att titta på, analysera och sedan arbeta med. Det är viktigt att medarbetare tar ansvar och även är med och påverkar utvecklingen på arbetsplatsen.

Signature reference: 63c51f2b-7e1b-4c1f-a607-eef9d8f25f07

Snittet på det samlade resultatet kommer nedan:

Svarsfrekvens:	58 av 100
Index:	56 av 100
Sjukfrånvaro (kort)	7,7 (mål 3,9)
eNPS	+22 (från -100 till +100)

Övrigt

Villa Fridsbo anmäldes in till IVO och fick en granskning på sig. Representanter från Kävlinge kommun kom ut och gjorde en tillsyn. Denna resulterade sedan i att verksamheten fick en ”röd” flagg i eget bolag och att en gedigen handlingsplan gjordes och följdes upp. Under sista mötet med kommunen så var frågorna åtgärdade och en ny uppföljning planerades in. Utifrån mötena så var alla parter överens om att utvecklingen varit tillfredställande och att arbetet kommer fortgå med att förbättra och bibehålla läget.

VERKSAMHETSPLAN FÖR 2023
Villa Fridsbo

Område - exempel	Mål	Delmål	Aktiviteter	Ansvarig	Tid	Uppföljning
Vardagas koncept						
Den enskilde - **delaktighet** - **kund/närståendeundersökning** - **genomförandeplan** - **samverkan** - **övrigt**	Boendemöten, SIP-möten och uppföljningar, ska bidra till inflytande och att få vara högst delaktig i sin omvårdnad	Alla ska ha aktuell genomförandeplan inom 2 veckor från inflytt. Avstämningsmöte inom 3 veckor.	Möten och kontakt med Kontaktman, HSL-personal och chefer.	VC, GC och medarbetare	Löpande	Kontinuerligt
Närstående och/eller företrädare	Få del av verksamheten och känna sig trygga med boendet.	Ska förståelse för arbetet och ta emot förbättringsförslag.	Månadsbrev skickas ut. Anhörigträffar vår och höst. Uppföljningsmöte efter inflytt. SIP-möten m läkare.	VC, HSL-personal och kontaktman	Våren 2023 samt hösten 2023	Vår och höst

Signature reference: 63c51f2b-7e1b-4c1f-a607-eef9d8f25f07

Övriga intressenter, frivilligorganisationer m.m.	Att stimulera och skapa intresse för arbetet hos unga.	Att erbjuda ett bra alternativ till aktiviteter	Ung omsorg fortsätter att komma på helgerna och hjäler.	Aktivitetsansvarig samt VC	Varje vecka	Var annan månad
Kvalitetsplan – enligt SOSFS 2011:9 - **hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet kan förbättras under kommande kalenderår** - **vilka åtgärder som ska vidtas för att säkra verksamhetens kvalitet** - **vilka resultat som verksamheten vill uppnå**	I Q-maxit som är Vardagas kvalitétssystem, arbetas det i förbättringsloggen. Nya områden identifieras och arbetas med. Detta för att hela verksamheten ska fungera tillfredställande och målinriktat.	Arbeta ner antalet förbättringsområden från 24 till 10.	Med hjälp av kvalitetsavdelningen.	VC, GC och HSL-personal	Under våren 2023	löpande
Hälso- och sjukvård – se patientsäkerhetsplan						
Medarbetare - **antal, täthet, omsättning** - **APT, Måltavlan** - **Planeringsdagar** - **Kompetensutveckling** **Övrigt**	Bemanningen ska vara anpassad efter behoven. APT och måltavlan ska bidra till utveckling och strukturerat arbetssätt.	Utbilda personalen i de olika uppdrag som tilldelats.	Utbildning via Lära. Uppföljning med GC och VC.	VC, GC	Under 2023	Löpande
Marknadsföring – om relevant	Villa Fridsbo kommer att marnadsföras lite extra här under våren 2023.	Under våren upplysa kommunnvånare om Villa Fridsbo och arbetet som bedrivs.	Öppet hus Marknadsföring via sociala medier.	VC	Våren 2023	Juni 2023

Signature reference: 63c51f2b-7e1b-4c1f-a607-eef9d8f25f07



Signature reference: 63c51f2b-7e1b-4c1f-a607-eef9d8f25f07

§19

Dnr: ON 2021/59

Egenkontroll av delegationsärenden år 2022

Beslut

Omsorgsnämndens beslut
Omsorgsnämnden godkänner redovisningen.

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 N 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.

Omsorgsnämnden förlängde 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.

Granskningen visar att antal ärenden som under 2022 resulterat i avslag gällande ansökan om insatser enligt lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade och som sedan överklagats är tretton. Se tabell i bilaga till tjänsteskrivelsen. Av dessa tretton ärenden har förvaltningsrätten avgjort två ärenden, där båda domar avslår överklagandet. Ett ärende har omprövats efter att nya uppgifter inkommit.

Beslutsunderlag

- Egenkontroll av delegationsärenden år 2022, tjänsteskrivelse
- Egenkontroll av delegationsärenden år 2022

Signature reference: 63c51f2b-7e1b-4c1f-a607-eef9d8f25f07

Beslutet skickas till

För kännedom

Enhetschef handläggarenheten

Signature reference: 63c51f2b-7e1b-4c1f-a607-eef9d8f25f07

2023-03-01 | Dnr: ON 2021/59

Egenkontroll av delegationsärenden år 2022

Ärende	Ärendetyp	Utfall
2022/142	Boende 9:9 2 ½ månad	Dom i ärendet har ännu inte kommunicerats.
2022/44	KP 9:4 3 mån	Dom i ärendet har ännu inte kommunicerats.
2022/35	9:2 PA 5 månader, omfattande ärende, många intyg har behövts krävas in.	Dom i ärendet har ännu inte kommunicerats.
2022/80	Korttidsvistelse 9:6 5 månad	Dom i ärendet har ännu inte kommunicerats.
2022/110	Boende 9:9 5 månader	Omprövad vid inkommen överklagan pga nya uppgifter. Bifall.
2022/119	9:6 korttidsvistelse 6 månader	Dom i ärendet har ännu inte kommunicerats.
2022/130	9:3 Ledsagare 5 månader	Dom i ärendet har ännu inte kommunicerats.
2022/62	9:3 ledsagare 2 månader	Förvaltningsrätten avslår överklagandet.
2022/76	9:9 boende, förhandsbesked	Dom i ärendet har ännu inte kommunicerats. Avslag gällande personkretstillhörighet

Omsorgsnämnden
Charlotta Gyland
• Charlotta.Gyland@kavlinge.se

Kävlinge kommun
Kullagatan 2, 244 80 Kävlinge
046 - 73 90 00 • kommunen@kavlinge.se • www.kavlinge.se

Signature reference: 63c51f2b-7e1b-4c1f-a607-eef9d8f25f07

2022/24 2023/30 2023/31 2023/32	9:6 Korttidsvistelse 3 st som inte låg i platina sedan tidigare 1. Avlösarservice 9:5 2. Kontaktperson 9:4 3. Boende för barn 9:8 3 månader för 9:4, 9:5 och 9:6 1 månad 9:8	Förvaltningsrätten avslår överklagandet.

Ej avgjorda	10
Förvaltningsrätten avslås överklagan	2
Omprövas	1
Förvaltningsrätten bifaller överklagan	0

Signature reference: 63c51f2b-7e1b-4c1f-a607-eef9d8f25f07

§20

Dnr: ON 2023/6

Redovisning av delegationsbeslut 14 mars 2023

Beslut

Omsorgsnämndens beslut
Omsorgsnämnden godkänner redovisningen.

Ärendebeskrivning

Redovisning av delegationsbeslut enligt omsorgsnämndens delegationsordning 2022:75–84.

Beslutsunderlag

- Redovisning av delegationsbeslut 14 mars 2023, tjänsteskrivelse
- Redovisning av delegationsbeslut 14 mars 2023

Signature reference: 63c51f2b-7e1b-4c1f-a607-eef9d8f25f07

Redovisning av delegationsbeslut för omsorgsnämnden 14 mars 2023

Nr	Datum	Ärenderubrik	Delegat	Beslut/Notering	Dnr
11	2022-02-01	Delegationslista bostadsanpassningsbidrag, januari 2023	Handläggare	Sekretessbilaga 2023.9	
12	2023-02-17	Beslut om att ej anmäla enligt Lex Sarah	Sektorchef		ON 2023/3
13	2023-02-07	Återkallelse av tilldelningsbeslut samt fattande av nytt tilldelningsbeslut avseende upphandling av distribution av inkontinenshjälpmedel	Sektorchef		ON 2023/26
14	2023-03-01	Delegationslista avgiftsbeslut, januari 2023	Handläggare	Sekretessbilaga 2023.10	
15	2023-03-01	Delegationslista LSS, januari 2023	Handläggare	Sekretessbilaga 2023.11	
16	2023-03-01	Delegationslista SOL, januari 2023	Handläggare	Sekretessbilaga 2023.12	
17	2023-03-01	Delegationslista avgiftsbeslut, februari 2023	Handläggare	Sekretessbilaga 2023.13	
18	2023-03-01	Delegationslista LSS, februari 2023	Handläggare	Sekretessbilaga 2023.14	
19	2023-03-01	Delegationslista SOL, februari 2023	Handläggare	Sekretessbilaga 2023.15	

Signature reference: 63c51f2b-7e1b-4c1f-a607-eef9d8f25f07

§21

Dnr: ON 2023/5

Redovisning av inkomna skrivelser och meddelanden 14 mars 2023

Beslut

Omsorgsnämndens beslut
Omsorgsnämnden godkänner redovisningen.

Ärendebeskrivning

Kommunstyrelsens beslut §37/2023 Återrapportering av intern kontrolluppdrag 2022
KS 2022/494
2023-01-18

Kommunstyrelsens beslut § 38/2023 Handlingsplan för intern kontroll 2023
KS 2022/597
2023-01-18

Kommunstyrelsens beslut § 39/2023 Mål och riktlinjer för det minoritetspolitiska arbetet
KS 2022/501
2023-01-18

Kommunfullmäktiges beslut § 76, Avsägelse från uppdraget som ersättare i omsorgsnämnden, Philip Ek (M)
KS 2023/54
2022-02-13

Kommunfullmäktiges beslut § 77, Valärende Karin Andersson (S) ledamot i omsorgsnämnden
KS 2023/25
2023-02-13

IVO Beslut i tillsyn av ej verkställt beslut
Inspektionen för vård och omsorg avslutar ärendet.
2023-01-27

IVO beslut om Humana Assistans AB
2023-01-31

Signature reference: 63c51f2b-7e1b-4c1f-a607-eef9d8f25f07

Överenskommelse God och nära vård 2023 – en omställning av hälso- och sjukvården med primärvården som nav
2023-02-10

Förvaltningsrättens dom i överklagat ärenden om bistånd enligt socialtjänstlagen. Förvaltningsrätten avslår överklagandet.
ON 2022/166
2023-02-03

Beslutsunderlag

- Redovisning av inkomna skrivelser och meddelanden 14 mars 2023, tjänsteskrivelse
- Beslut Humana Assistans AB (sekretessmarkerad version)
- 02-2023-Överenskommelse God och nära vård
- KS beslut §39 2023 Mål och riktlinjer för det minoritetspolitiska arbetet
- Kommunstyrelsens beslut §38 2023 Handlingsplan för intern kontroll 2023
- Kommunstyrelsens beslut §37 2023 Återrapportering av intern kontrolluppdrag 2022
- Kommunfullmäktiges beslut § 77, Valärende Karin Andersson (S) ledamot i omsorgsnämnden
- KF beslut § 76, Avsägelse från uppdraget som ersättare i omsorgsnämnden, Philip Ek (M)

Signature reference: 63c51f2b-7e1b-4c1f-a607-eef9d8f25f07

KÄVLINGE KOMMUN

Detta dokument är elektroniskt signerat och juridiskt bindande.

Signed by: PATRIK BENGTSSON
Date: 2023-03-16 09:28:59
BankID refno: 8fd14f6a-8718-42e1-b4f8-61776228694f

ordförande: Patrik Bengtsson

Signed by: JIMMY RUNESSON
Date: 2023-03-15 14:52:19
BankID refno: 11ea8faf-e1ca-4812-bd3d-7afe3cb84661

ledamot: Jimmy Runesson

Signed by: EMMA JONSSON
Date: 2023-03-16 11:18:22
BankID refno: 5f50fee0-5e3c-408d-b4f5-627e3bc66215

nämndsekreterare: Emma Jonsson

Signature reference: 63c51f2b-7e1b-4c1f-a607-eef9d8f25f07

Kopia/bekräftelse på e-signerat dokument.