



Dnr ON 2018-505

# Kvalitetsberättelse omsorgsnämnden 2018



## **Återrapportering av kvalitetsuppföljningsplan 2018**

### **Innehåll**

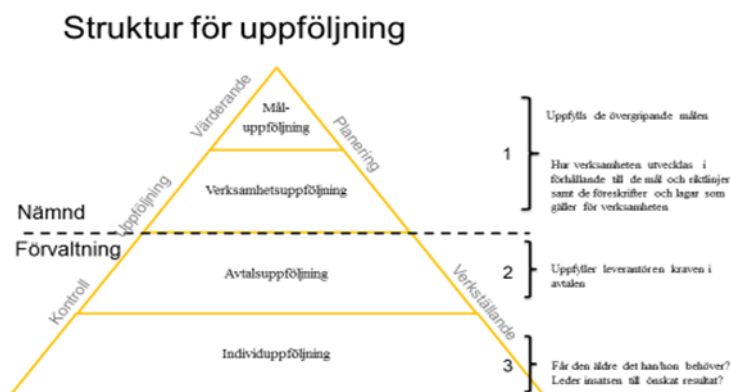
<b>Kvalitetsberättelse omsorgsnämnden 2018</b>	<b>1</b>
<b>Återrapportering av kvalitetsuppföljningsplan 2018</b>	<b>2</b>
<b>1. Bakgrund och upplägg</b>	<b>4</b>
<b>2. Genomförda uppföljningar 2018</b>	<b>5</b>
2.1 Verksamhetsspecifika uppföljningar	5
2.2 Övergripande uppföljningar	5
2.2.1 Personalbemanning Dnr ON 2017-652	6
Sammanfattning	6
2.2.2 Brukarnöjdhet inom LSS-verksamhet för utvecklingsstörda personer Dnr ON 2017-424	7
Sammanfattning	7
2.2.3 Uppföljning av delegeringar Dnr ON 2017-388	8
2.2.4 Uppföljning avvikelser ON 2018-180	9
2.2.5 Genomgång av verksamhetsberättelser	11
<b>3. Kvalitetsrapport HSL-gruppen</b>	<b>13</b>
3.1 Utvecklingsområden	14
3.2 Systematiskt kvalitetsarbete gällande avvikelser	15
3.3 Läkemedelsavvikelser 2017-2018	16
3.4 Fallprevention	16
3.5 Hygien och smittskydd	17
3.6 Samverkan mellan huvudmän	17
3.7 Avvikelser mellan huvudmän	17
<b>4. Övrig uppföljning och utvärdering</b>	<b>18</b>
4.1 IFO, Socialpsykiatri och ensamkommande barn	18
4.2 FoU Centrum	19
4.2.1 Uppföljning av socialt områdesarbete i Lambohov och Berga	19
4.2.2 Uppföljning av mottagningen av ensamkommande flyktingbarn i Linköpings kommun	19
4.3 Sammanställning: uppföljningar på individnivå Socialförvaltningen 2018	20
4.3.1 Brukarundersökningen 2018 på AFI	20

4.3.2 Brukarundersökningen 2018 på ÄoF	21
4.3.3 Brukarundersökningen 2018 på IFO	21
<b>5. Synpunkter och klagomål</b>	<b>23</b>
<b>6. Sammanfattning och analys</b>	<b>23</b>
6.1 Personalförsörjning	23
6.2 Brukares delaktighet	24
6.3 Trygghet	25
6.4 Avvikelser	25
<b>7. Trender och utmaningar</b>	<b>25</b>
7.1 Medborgares förväntningar	26
7.2 Psykisk ohälsa	27
7.3 Brister i vårdens övergångar – samverkan behöver utvecklas	28
<b>8. Avslutning</b>	<b>28</b>

## 1. Bakgrund och upplägg

Varje år beslutar omsorgsnämnden om en årlig uppföljningsplan. Planen innefattar vilka fokusområden uppföljningsarbetet kommer att ha under året samt fastställer hur många verksamheter som kommer att följas upp. Ett viktigt syfte med uppföljnings-arbetet är att säkra kvaliteten ur ett brukarperspektiv genom att granska hur utförarna genomför sina uppdrag men även hur kraven har utformats och hur brukarna upplever de tjänster som tillhandahålls av Linköpings kommun. I denna rapport redovisas utfallet av verkställandet av omsorgsnämndens kvalitetsuppföljningsplan 2018. Uppföljningsrapporter som gjorts under året och som inte tidigare redovisats för nämnden återfinns som bilagor till denna rapport.

Enheten för uppföljning och utvärdering (EUU) har det huvudsakliga ansvaret för omsorgs- och äldreomsorgens arbete med att säkerställa kvalitet i kommunens olika vård- och omsorgsverksamheter. Socialförvaltningen ansvarar för uppföljningar på individnivå. Strukturen för arbetet åskådliggörs i nedanstående figur:



Samtliga uppföljningar utmynnar i en skriftlig rapport där resultat redovisas. Beroende på resultatet kan uppföljningen avslutas med eller utan åtgärder. Om EUU begär att verksamheten ska vidta åtgärder följs detta upp i ett senare skede. Är bristerna av mer omfattande karaktär kan en vi begära att verksamheten inkommer med en skriftlig åtgärdsplan och en tidsram för när bristerna ska vara åtgärdade. Vid brister som är kopplade till sanktionsavgift kan vite utgå. Kommunen har även möjlighet att ytterst säga upp ett avtal om bristerna är omfattande och/eller att påtalade brister inte åtgärdas.

En gång per år redovisas omsorgs- och äldreomsorgens arbete med kvalitetssäkring till respektive nämnd. Resultatet utgör grund för fortsatt verksamhetsutveckling.

## 2. Genomförda uppföljningar 2018

### 2.1 Verksamhetsspecifika uppföljningar

Under 2018 har 13 olika verksamheter följts upp. Två inom socialpsykiatri, åtta inom LSS och tre inom IFO. I fyra av dessa har inga ytterligare åtgärder krävts. I sex fall har omsorgs- och äldreförvaltningen begärt att verksamheterna ska åtgärda uppdagade brister. I tre fall har bristerna varit av den karaktären att en åtgärdsplan begärts in hur man avser att komma tillrätta med hur påtalade brister ska åtgärdas.

De fall där verksamheten behöver vidta åtgärder men ingen åtgärdsplan behöver upprättas handlar vanligtvis om att Treserva avvikelsemodul inte hanteras enligt kommuns riktlinjer eller att det är få eller inga avvikelser alls registrerade. Verksamheterna behöver också registrera dessa korrekt och skilja mellan avvikelser enligt SoL och HSL. Det är även så att vissa registrerade avvikelser borde vara journalanteckningar istället.

I de tre fall där en åtgärdsplan begärts har bristerna varit av allvarigare karaktär. I det ena fallet saknade personal handledning och kompetensutveckling. I det andra handlade det om en mängd klagomål avseende brist på kommunikation och återkoppling gentemot socialförvaltningen samt säkerställande av personals tillgänglighet. I det tredje om personalbemanning inklusive arbetsledning på plats, kvalitetsledningssystem och teknikstöd.

Av de enskilda verksamheter som är uppföljda visar 10 av 13 endast mindre brister.

#### Uppföljning av verksamhetsspecifika uppföljningar 2017

Uppföljningar av enskilda verksamheter kan, beroende på utfall, avslutas med att omsorgs- och äldreförvaltningen begär att verksamheten ska vidta någon form av åtgärd. För att få en bättre systematik och förenkla analysarbetet har EUU för 2018 begärt in skriftliga svar på ett samlat sätt från alla verksamheter där uppföljningen avslutats med en begäran om åtgärder.

För omsorgsnämndens del rörde det sig om nio verksamheter där vi begärde att de skulle inkomma med en skriftlig redogörelse hur påtalade brister rättats till. Bristerna handlade framför allt om avvikelshantering och registrering av genomförandeplaner i Treserva. Avvikelseerna var företrädesvis inom HSL-området. I några fall handlade det om att säkerställa utlovade utvärderingskriterier såsom social gemenskap och kompetensutveckling.

Samtliga svar från verksamheterna har gått igenom och bedömts som tillfredställande.

### 2.2 Övergripande uppföljningar

Nedan återkopplas de övergripande uppföljningar som genomförts under året.

## 2.2.1 Personalbemanning Dnr ON 2017-652

### Sammanfattning

En övergripande uppföljning av personalbemanningen inom omsorgsnämndens boendeverksamheter har genomförts\*. Uppgifter om personalbemanning (dagtid) avseende februari, mars och april 2017 samlades in från berörda verksamheter. Uppgifterna har använts i två huvudsakliga syften. För det första har de använts för att kartlägga personaltätheten i berörda verksamheter. För det andra har materialet använts för att följa upp hur bemanningen i enskilda verksamheter överensstämmer med avtalade lägstanivåer.

Kartläggningen av personaltätheten redovisas i rapporten utifrån en indelning av berörda verksamheter i kategorier som gjorts utifrån i första hand de olika målgrupper som verksamheterna vänder sig till. Resultatet visar att verksamheter enligt LSS generellt har en högre personaltäthet än verksamheter enligt Socialtjänstlagen. Vidare har gruppboendestäder högre personaltäthet än serviceboendestäder, vilket också är tanken. Likaså har verksamheter för barn generellt högre personaltäthet än verksamheter för vuxna. Kartläggningen visar också att personaltätheten kan variera relativt kraftigt mellan verksamheter av liknande slag. Detta kan i de flesta fall förklaras av att verksamheter kan skilja sig åt även inom de kategorier som använts, t ex vad gäller antal platser, de boendes omvårdnadsbehov med mera.

\*Omsorgsnämndens EKB-verksamheter har inte inkluderats i denna uppföljning, då det vid tiden för uppföljningen pågick omstruktureringar inom området vilket bland annat innebar att flera verksamheter höll på att läggas ned.

Om det visar sig att en eller flera verksamheter brutit mot avtal genom att ha en för låg personaltäthet betyder detta inte nödvändigtvis att bemanningen varit för låg i förhållande till de boendes behov. Ändå är det viktigt att säkerställa avtalsefterlevnad för att inte skada konkurrensneutraliteten mellan utförarna. I de flesta fall har avtalskraven om lägstanivån för bemanningen utgjort så kallade utvärderingskriterier i konkurrensupphandlingar, där anbudsgivarna kunnat utlova mervärden utöver grundkraven, som en del i underlaget för anbudsutvärderingen. I många fall är också eventuella brister i uppfyllande av avtalskraven förknippade med sanktionsavgift/avtalsvite. Detta måste också anses välmotiverat då neddragningar på personal kan innebära stora ekonomiska besparingar för utföraren.

I samband med uppföljningen har det också kunnat konstateras att omsorgsnämndens avtal innehåller krav avseende lägstanivå för bemanning som formulerats på en rad olika sätt. Detta för med sig en komplexitet när avtalstexterna ska tolkas vilken torde försvåra utförarnas arbete såväl som förvaltningens uppföljningsarbete. Samtidigt står det klart att förekomsten av den typ av ”kvantifierade” avtalskrav om bemanning som används i princip är en förutsättning för att uppföljning av bemanning alls ska vara möjlig. Utan

dessa skulle t ex en misstanke/signal om att en utförare har för låg bemanning i en verksamhet vara mycket svår att ”leda i bevis”. Sammantaget finns det ett behov av tydliga och konsekventa avtalskrivningar gällande personalbemanning som alla berörda parter är överens om hur de ska tolkas.

### Åtgärder

De uppgifter som inhämtats i samband med uppföljningen är inte tillräckliga för att slå fast huruvida avtalskrav gällande lägstanivå för personalbemanning har uppfyllts eller ej. Däremot antyder resultatet av uppföljningen att flera av de verksamheter som omfattats tycks ha haft en personalbemanning under våren 2017 som inte är tillräcklig för att uppfylla aktuella avtalskrav. Uppföljningen visar att 22 av de 62 verksamheterna med avtalade lägstanivåer för bemanningen hade en bemanning som understeg lägstanivån under de tre granskade månaderna. Av dessa var det dock flera verksamheter som understeg nivån med så liten marginal att de i praktiken låg mitt på gräns-värdet. Ytterligare några verksamheter har i praktiken uppfyllt avtalad lägstanivå eftersom de under den aktuella perioden hade tom platser för vilka de inte fått debitera omsorgsnämnden fullt pris. Av de verksamheter som var föremål för verksamhetsuppföljningar under 2017 kunde det konstaterades att utföraren uppfyllde avtalskraven avseende bemanning. För resterande verksamheter gjordes en fördjupad avtalsuppföljning gällande bemanningen.

### Fördjupad uppföljning

Kvar blev åtta verksamheter där frågetecken fortfarande fanns. Till dessa skickades omsorgs- och äldreförvaltningens beräkningar ut med begäran att verksamheterna på nytt skulle gå igenom och beräkna sin bemanning. Samtliga åtta har inkommit med förtydliganden och förklaringar till sina beräkningar och varför det blivit fel vilket inneburit att även dessa verksamheter kunnat godkännas.

## **2.2.2 Brukarnöjdhet inom LSS-verksamhet för utvecklingsstörda personer Dnr ON 2017-424**

### Sammanfattning

En brukarundersökning i gruppbostad och servicebostad enligt LSS har under hösten 2017 genomförts i begränsad omfattning (pilot) med hjälp av en undersökning som tagits fram av SKL. Urvalet bestod av sex gruppbostad och fyra servicebostad. Därutöver valde två enskilda utförare att genomföra SKL:s undersökning i några av de verksamheter de bedriver i Linköping. Undersökningen består av nio frågor som besvaras i ett digitalt enkätverktyg där frågorna kan tolkas med ett bildstöd. Därutöver bistår SKL med diverse informationsmaterial samt sammanställer resultatet på kommun- och riksnivå. Själva genomförandet står deltagande kommuner/utförare för. I Linköping engagerades en logoped för att agera frågeassistent vid besvarandet av enkäten.

Svarsfrekvensen som uppnåddes i gruppbostad var 80 % (24 svar) och i servicebostad 63 % (32 svar). Resultatet för Linköpings kommun för såväl gruppbostad som servicebostad är i princip i nivå med resultatet för hela riket. Ingen i gruppbostad svarade ”nej” på frågan om de trivs hemma. Däremot är svaren något negativa vad gäller ”självbestämmande” jämfört med riket. Även i servicebostad är svaren på området ”självbestämmande” något negativa jämfört med riket, medan de för området ”trygghet” är positiva. Svaren för Linköping skiljer sig en hel del beroende på kön. I gruppbostad har kvinnorna generellt svarat mer positivt, även om männen uppgett att de trivs hemma i större utsträckning. I servicebostad är männen genomgående mer positiva. Den fråga som generellt fått minst andel positiva svar är ”är du rädd för något hemma?” I Linköping är det framför allt kvinnorna som svarat ”ja” eller ”ibland” på denna fråga. Samtidigt är resultatet för Linköping mer positivt än resultatet för riket för denna fråga.

Överlag är det viktigt att påpeka att underlaget för Linköpings resultat är litet och inte kan betraktas som generellt för Linköping. En utvärdering av projektet genomfördes under våren på omsorgs- och äldreförvaltningen där det blev bestämt att fortsätta delta med reservationen att personalresurs måste finnas.

### **2.2.3 Uppföljning av delegeringar Dnr ON 2017-388**

#### **Sammanfattning**

Kvalitets- och utvärderingskontoret, MAS och MAR har granskat delegeringsbeslut inom omsorgsnämndens ansvarsområde. Syftet med granskningen var att säkerställa att Socialstyrelsens föreskrift samt kommunens hälso- och sjukvårdsriktlinjer gällande delegeringar följs. I uppföljningen har delegeringar utfärdade av sjuksköterska och av fysioterapeut och/eller arbetsterapeut granskats. I resultatet framgick dock att det inte fanns delegeringar utfärdade av arbetsterapeut.

Utöver granskning av delegeringar har uppgifter om antal verksamheter, antal patienter samt antal delegeringsbeslut per patientansvarig sjuksköterska respektive fysioterapeut samlats in.

Resultatet av granskningen visar på brister rörande delegeringar utfärdade av såväl sjuksköterska som fysioterapeut. Av 136 granskade delegeringsbeslut utfärdade av sjuksköterska var 36 felaktiga. Av 57 granskade delegeringsbeslut utfärdade av fysioterapeut var 45 felaktiga. Felaktiga delegeringar innebär att de antingen är ogiltiga, det vill säga att de är utfärdade för mer än ett år sedan, eller att de är felaktigt dokumenterade.

Vidare visar uppföljningen att legitimerad personal har ett medicinskt ansvar för ett stort antal patienter samt för att utföra delegeringar och/ eller



instruktioner till ett stort antal omsorgspersonal, särskilt inom området daglig verksamhet enligt LSS. Baserat på de insamlade uppgifterna om antal verksamheter, patienter och delegeringsbeslut som berörda sjuksköterskor respektive fysioterapeut har ansvar för gör MAS/MAR bedömningen att det är tveksamt om viss legitimerad personal som omfattats av uppföljningen hade förutsättningar att följa Socialstyrelsens föreskrift och kommunens hälso- och sjukvårdsriktlinjer gällande delegeringar och samtidigt fullgöra de arbetsuppgifter som de i övrigt är ålagda att utföra.

Sedan uppföljningen har följande åtgärder vidtagits:

En övergripande uppföljning pågår på Omsorgs- och äldreförvaltningen utifrån resultatet av uppföljningen. MAS och planeringsledare på Omsorgs- och äldreförvaltningen ser över hälso- och sjukvårdsansvaret inom daglig verksamhet för personer med utvecklingsstörning. För de brukare som har daglig verksamhet enligt LSS och samtidigt bor i ett särskilt boende enligt LSS så är hälso- och sjukvårdsansvaret delat på två vårdgivare. Den pågående uppföljningen undersöker hur hälso- och sjukvården utförs utifrån ett patientsäkerhetsperspektiv.

När det gäller avtalet för rehabiliterings-/ habiliteringsinsatser och hjälpmedelsförskrivning så har Omsorgsnämnden under 2018 tillfört medel motsvarande en årsarbetare för rehabiliterande insatser utifrån ett ökat behov. Vidare så har förfrågningsunderlaget för detta avtal omarbetats och förtydligats inför den upphandling som skett under hösten 2018 exempel på detta är ökade krav på kompetensutveckling. Det nya avtalet träder i kraft under första kvartalet 2019.

## **2.2.4 Uppföljning avvikelser ON 2018-180**

### **Sammanfattning**

I det systematiska kvalitetsarbetet ingår avvikelshantering vars syfte är att öka kunskaperna om riskerna i vården och omsorgen genom att tillvarata erfarenheter och arbeta med förebyggande åtgärder för att tillse att avvikelser inte upprepas. En avvikelse är en icke förväntad händelse som medfört eller skulle ha kunnat medföra fysisk eller psykisk skada hos brukaren.

Enheten för uppföljning och utvärdering har gjort en uppföljning av avvikelshanteringen i kommunens verksamhetssystem Treserva. Avvikelser registrerade i systemet under 2017 har analyserats på verksamhetsområdes-, utförar- och verksamhetsnivå med avseende på följande parametrar: Antal

verksamheter i förhållande till mängd utförd verksamhet; huruvida avvikelser avslutats i systemet och om åtgärd registrerats; samt genomsnittligt antal dagar mellan händelse och registrering, registrering och avslut respektive avslut och avslutsregistrering.

Resultatet varierar för alla parametrar såväl mellan verksamhetsområdena som mellan utförare och verksamheter inom samma område. Till exempel är skillnaderna stora mellan olika områden vad gäller antal avvikelser per plats. Många avvikelser har inte avslutats i systemet av chef inom de två månader som aktuella riktlinjer föreskriver. Det saknas också registrerade åtgärder i många av de avvikelser som avslutas.

Så gott som alla utförare som omfattats av uppföljningen uppvisar brister gällande en eller flera parametrar. Det har påtalas för dem genom att denna rapport har delgivits dem. Dessutom har utförare med flera verksamheter inom ett verksamhetsområde fått ta del av resultaten på verksamhetsnivå, för att de själva ska kunna avgöra om avvikelshanteringen i Treserva brister i enskilda verksamheter.

## Diskussion

Uppföljningen visar på väsentliga skillnader i hur ofta avvikelser registreras såväl mellan som inom de olika verksamhetsområdena. Det är osannolikt att detta skulle bero på att faktiska avvikelser sker i lika varierande utsträckning. Istället handlar det med största säkerhet om att arbetssätt, rutiner och kultur vad gäller dokumentation skiljer sig åt mellan olika verksamheter och utförare. Det är viktigt att dessa skillnader jämnas ut för säkerställandet av en jämlik vård och omsorg i Linköpings kommun. Det är generellt ett positivt tecken när verksamheter har många avvikelser, för det tyder på ett fungerande kvalitetsledningssystem. Noggrann dokumentation ger underlag för bättre analys och mer träffsäkra åtgärder när oförväntade negativa händelser har inträffat. Det är dock viktigt att hela kedjan fungerar, d.v.s. att personal rapporterar/registrerar och att chef sedan utreder, analyserar, åtgärdar och följer upp. Denna uppföljning visar på stora oklarheter vad gäller de senare delarna, då en stor andel av avvikelserna som registrerades 2017 inte var åtgärdade en bra bit in på 2018, samt att inga åtgärder har registrerats för många av de avslutade avvikelserna.

Att en avvikelse inte avslutats i Treserva, respektive att ingen åtgärd registrerats, innebär inte nödvändigtvis att ansvarig chef inte arbetat med avvikelsen. Vissa utförare har till exempel egna dokumentationssystem som används parallellt med Treserva, och det har i flera av Omsorgs- och

äldreförvaltningens verksamhetsuppföljningar framkommit att den aktuella verksamheten i första hand använder sig av utförarens egna system. Denna typ av dubbeldokumentation kan inte rekommenderas av förvaltningen, då det innebär mer jobb och risk för förvirring för såväl chefer som personal, men kan inte heller förbjudas. Om avtalet föreskriver att verksamheten ska dokumentera i Treserva (vilket i princip gäller för alla verksamheter som omfattas av denna uppföljning), så ska Treserva vara det primära dokumentationssystemet som används. Detta innebär att personalen först och främst ska registrera inträffade avvikelser i Treserva, i så nära anslutning till händelsen som möjligt. Om ansvarig chef använder sig av ett annat system i arbetsprocessen gällande avvikelser ska ändå aktuella åtgärder registreras i Treserva och avvikelserna ska avslutas inom två månader. En annan anledning till att registrerade åtgärder kan saknas är att de dokumenterats på fel sätt. Stickprov som gjorts visar att det inte är helt ovanligt att chef noterat åtgärder som ”löpande text” eller i fliken ”åtgärdsförslag”, vilket är felaktigt.

### Åtgärder

Utifrån denna granskning av avvikelser registrerade i Treserva under 2017 kan konstateras att så gott som samtliga utförare som omfattas av uppföljningen brister i något eller några avseenden vad gäller avvikelshantering i Treserva. Det kan handla om att ett orimligt högt eller lågt antal avvikelser registrerats i förhållande till den mängd verksamhet som utförts; att det tar alltför lång tid från att avvikelser inträffar till att de dokumenteras i Treserva; att avvikelser inte avslutats i Treserva alls eller inom de föreskrivna två månaderna; eller att registrerade åtgärder saknas i avslutade avvikelser. Detta har påtalas för berörda utförare genom att denna rapport delgivits dem. Dessutom har utförare med flera verksamheter inom ett verksamhetsområde fått ta del av resultaten för dessa på verksamhetsnivå, för att de själva ska kunna avgöra om avvikelshantering i Treserva brister i enskilda verksamheter. Omsorgs- och äldreförvaltningen förutsätter att de brister som framkommit åtgärdas. Resultatet av denna granskning kommer att ligga till grund för förvaltningens urval av verksamhetsuppföljningar.

### 2.2.5 Genomgång av verksamhetsberättelser

I samtliga avtal och verksamhetsuppdrag finns krav på att utföraren en gång per år ska skicka in en verksamhet/kvalitetsberättelse senast 31/3. Berättelsen ska innehålla en sammanställning av utförda prestationer samt uppnådda mål. Samtliga verksamhetsberättelser är genomgångna och analyserade. Nedan redovisas några av resultaten för områdena

- uppföljning, utvärdering och resultat
- synpunkter och klagomål

- tillgänglighet

Den absolut vanligaste formen att följa upp resultat på individnivå är genomförandeplanen. Den ska minst följas upp årligen men många verksamheter gör tätare uppföljningar och/eller vid behov. Utöver genomförandeplanen gör flera utförare andra egna uppföljningar.

Verksamheterna rapporterar ett fåtal synpunkter och klagomål från brukare, anhöriga och gode män. Flera verksamheter har inte fått in några synpunkter och klagomål alls. Inom såväl IFO som LSS och socialpsykiatri har också flera positiva omdömen inkommit från enskilda personer. Synpunkter och klagomål är vanligt som en stående punkt vid arbetsplatsträffar (APT) som ett sätt att lära och för att rapporterat klagomål inte ska upprepas.

När det gäller tillgänglighet får man skilja mellan öppenvård och boende. Tillgänglighet till kommunens olika boendeformer avgörs av de köer som finns. För den som redan finns i ett boende handlar tillgänglighet om tillgången till personal.

Merparten av IFO-verksamheterna kan erbjuda en första tid/kontakt inom en till två veckor. Tillgängligheten är något bättre för vuxna än för barn/unga. Beroendemottagningen kan t.ex. erbjuda akut tid inom en till två dagar. För barn/unga rapporterar Helgkollo en väntetid på en termin eller längre och Ungdomsmottagningen har en kötid på sex till åtta veckor för ett nybesök. Inom socialpsykiatri har Fritidsverksamhet för barn/unga med neuropsykiatrisk diagnos minst en termins kö.

Verksamhetsberättelserna har/kommer att återrapporteras på verksamhetsråd. På verksamhetsråd för IFO och socialpsykiatri togs även upp en del som noterats under genomgången. Inom socialpsykiatri har flera verksamheter uppmärksammat det ökade behovet av omvårdnad hos de boende på grund av åldrande och tillkommande somatiska sjukdomar. Detta har lett till individuella tillbakagångar för vissa boende. Man påpekar även att det leder till ett ökat behov av kompetensförstärkning för personalen.

Inom IFO rapporterade en verksamhet att många barn vid första skattningstillfället hos dem uppger att de inte vet varför de ska komma till verksamheten. Detta togs upp som en enskild diskussionspunkt under verksamhetsrådet och flera verksamheter instämde i detta. Generellt kan sägas att det knappast går att underskatta vikten av barns delaktighet. Barn måste veta, utifrån sin ålder och kognitiva förmåga, vad de deltar i för aktiviteter. Orsak och syfte med insatsen/aktiviteten är också väsentligt att barnet

informerar om. Delaktigheten måste genomsyra hela processen; utredning-  
insats-avslut.

Lite av vad som grupperna reflekterade kring vid dessa diskussioner:

Boendestödsärenden- det finns många barn i dessa hushåll.

Vi måste arbeta och samarbete parallellt med föräldrar och barn.

Mer samarbete behövs. Vi behöver att koll på familjens kontakter och nätverk.  
Vikten av att våga se och ta hand om det som sägs, prata och lyssna på barnen.  
Detta gäller både socialförvaltningen och utförare.

Barn finns på så många arenor, hur kan vi samarbeta och samverka?

Det är viktigt med kontinuitet, att barnen få träffa samma.

Önskemål om att barnet får vara med vid inskrivningssamtalet på  
socialförvaltningen. Barnet ska involveras direkt i genomförandeplan.

Verktyg och metod för att följa upp (FIT) för att följa upp barnets upplevelse.  
Det är ibland svårighet med språket då tolk behövs.

Det behövs en barnvänlig folder och barnvänlig information

### **3. Kvalitetsrapport HSL-gruppen**

Kommunalt finansierad hälso- och sjukvård

Med anledning av den demografiska utvecklingen och den allt snabbare  
förskjutningen av hälso- och sjukvård från sjukhusvård ut till öppen vård,  
förväntas kommunerna ta allt större ansvar för hälso- och sjukvård oavsett  
boendeform.

Området rehabilitering lyfts fram som en betydelsefull del. Det är viktigt att  
förutsättningar finns för att patienter erhåller rehabilitering utifrån individuella  
behov av arbetsterapeut och fysioterapeut/sjukgymnast.

Omsorgsnämnden

Omsorgsnämnden ska erbjuda patientsäker och trygg hälso- och sjukvård,  
habilitering, rehabilitering samt hjälpmedel och förbrukningsartiklar.

Kommunal hälso- och sjukvård måste också ha förutsättningar och resurser att  
erbjuda förebyggande insatser för att identifiera risker för ohälsa som till  
exempel fall, undernäring, vårdrelaterade infektioner, nedsatt mun- och  
tandhälsa, trycksår och blåsdysfunktion samt för att stödja personer i deras  
dagliga livsföring.

Vårdbehoven hos personer med multisjuklighet tillgodoses i allt större  
omfattning och i allt snabbare takt av primärvård och kommunal hälso- och  
sjukvård.

Den kommunala hälso- och sjukvården blir allt mer avancerad och behandlar allt sjukare patienter. Vård som tidigare bara kunde ges på sjukhus sker i dag hemma hos patienten och i öppenvården.

Det är nödvändigt att möta framtiden för omsorgsnämndens målgrupper med insatser såsom specifik rehabilitering, åtgärder vilka leder till ökad självständighet i vardagen och ökad livskvalitet samt minskade samhällskostnader. Oavsett när åldrandet inträder så drabbas målgruppen personer med funktionsnedsättning av det naturliga åldrandet med behov av rehabiliterande insatser tillhandahållna av arbetsterapeut och fysioterapeut.

Omsorgsnämnden i Linköping ansvarar under 2018 för hälso- och sjukvård inom funktionshinderområdet, LSS, socialpsykiatri, IFO samt inom psykiatrisk hemsjukvård.

### Kompetens och resurser

Hälso- och sjukvårdens medarbetare är dess viktigaste resurs och en förutsättning för en god och jämlik vård av hög kvalitet. Det är i dag en utmaning att rekrytera utbildad personal till flera yrken och verksamheter inom hälso- och sjukvård.

Kommunal hälso- och sjukvård är i ständig utveckling och får fler avancerade uppdrag. Behov av fler specialistutbildade sjuksköterskor krävs men också andra yrkeskategorier såsom dietist, logoped, kurator. Ny kunskap behöver implementeras samtidigt som föråldrade metoder mönstras ut. Det ställer krav på en lärande organisation där medarbetarna kan utvecklas.

## 3.1 Utvecklingsområden

### Rehabiliterings-/habiliteringsinsatser inom omsorgsnämndens ansvarsområde

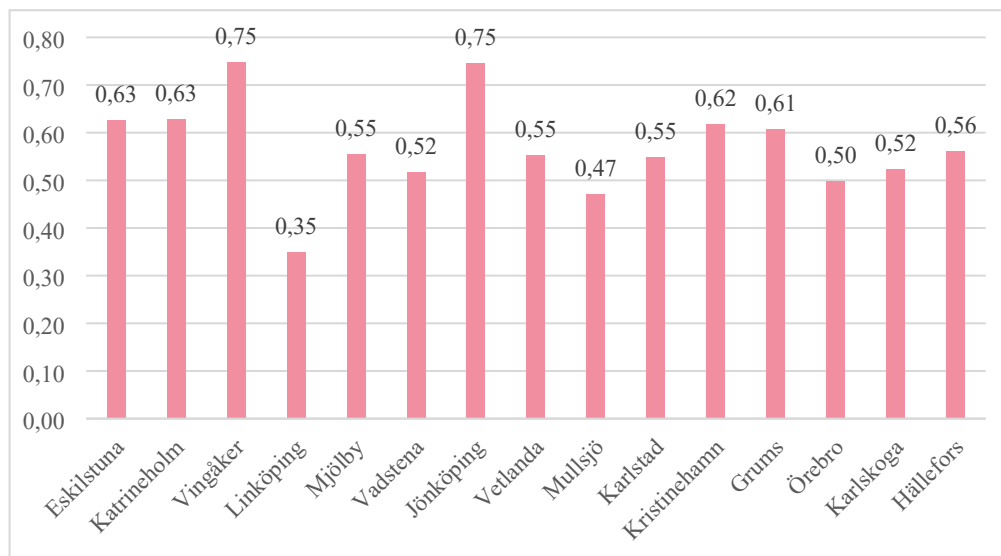
Under 2017 fick Omsorgskontoret i uppdrag att göra en översyn av rehabiliterings-/ habiliteringsinsatser inom omsorgsnämndens ansvarsområde. Resultatet av översynen presenterades för omsorgsnämnden i juni 2018.

En sammantagen bedömning utifrån översynens resultat är att rehabilitering/habilitering behöver lyftas fram som en betydelsefull del inom omsorgsnämndens ansvarsområde där utrymme ges till samtliga berörda professioner för en individcentrerad vård och omsorg.

Uppdraget har inneburit att området rehabilitering har kommit i fokus på Omsorgs- och äldreförvaltningen och exempel på det är att när det gäller avtalet för rehabiliterings-/ habiliteringsinsatser och hjälpmedelsförskrivning så har Omsorgsnämnden under 2018 tillfört medel motsvarande en årsarbetare för rehabiliterande insatser utifrån ett ökat behov. Vidare har förfrågningsunderlaget för detta avtal omarbetats och förtydligats inför den

upphandling som skett under hösten 2018. Exempel på detta är ökade krav på kompetensutveckling. Det nya avtalet träder i kraft under första kvartalet 2019.

I resultatet av översynen framkommer det att Linköpings kommun ligger lägre jämfört med andra kommuner, såväl i landet, som i Östergötlands län, avseende antal årsarbetare arbetsterapeut och fysioterapeut för rehabilitering och hjälpmedelsförskrivning.



Stapeldiagram 1. Antal årsarbetare arbetsterapeut och fysioterapeut verksamma inom kommunal vård och omsorg/ 1000 invånare.

Vidare framgår ett behov av att specifika rehabiliterande insatser sätts in på ett tidigt stadium för att de ska få så stor effekt som möjligt. Med anledning av det anser MAR att personer som flyttar in i särskilt boende bör erbjudas en bedömning av arbetsterapeut och fysioterapeut vid inflyttning.

### 3.2 Systematiskt kvalitetsarbete gällande avvikelser

Hälso- och sjukvårdspersonal är enligt patientsäkerhetslagen skyldig att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls. Kommunen har riktlinjer gällande avvikelshantering och det systematiska kvalitetsarbetet som samtliga utförare ska följa. Syftet med att rapportera inträffade avvikelser är att dra lärdom av den negativa händelsen och att med riskförebyggande insatser förhindra att samma typ av avvikelse inträffar igen. Respektive verksamhetschef ansvarar för att bedöma allvarlighetsgraden/konsekvenser av inträffade avvikelser. Antal avvikelser har ökat från föregående år se tabell 1. Detta kan ses som positivt då antalet skrivna avvikelser tidigare varit lågt. MAS har under året uppmanat medarbetare att skriva avvikelser. Genom att fler händelser dokumenteras möjliggörs att ett systematiska arbete kan genomföras för att identifiera risker, sätta in åtgärder och förebygga att allvarliga händelser sker. Statistik för år 2018 kan ej redovisas.

**Tabell 1** Rapporterade avvikelser 2014-2017

	2014	2015	2016	2017
<b>Händelse</b>				
Läkemedelsavvikelser	209	272	499	691
Fallolyckor	91	154	259	296
Rehabilitering		4*	3	2
Övriga avvikelser	8	8	25	26
<b>Totalt</b>	<b>308</b>	<b>438</b>	<b>786</b>	<b>1 015</b>

\*Första året det mäts

### 3.3 Läkemedelsavvikelser 2017-2018

Under 2017 har länets kommuner och Region Östergötland samverkat för att uppdatera riktlinjen för läkemedelshantering utifrån Socialstyrelsens nya föreskrift som börjar gälla från 1 januari 2018. Syftet är att uppnå en enhetlig läkemedelshantering inom hälso- och sjukvård samt tandvård i Östergötland. Riktlinjen är gemensam för slutenvård, öppenvård, primärvård, kommunal vård och tandvård.

MAS har tydliggjort ansvarsfördelning gällande delegationsförfarande och delegationsutbildningen har kvalitetssäkrats. Vidare har en obligatorisk webbaserad e-learningutbildning införts. Under år 2017 rapporterades 691 läkemedelsavvikelser. Av dessa bedömdes ingen vara en allvarlig skada. I 26 fall bedöms att patienten fått en mindre skada, utan allvarlig konsekvens. Detta är en förbättring från föregående år. Statistik för år 2018 kan ej redovisas.

### 3.4 Fallprevention

Verksamheterna är ansvariga att riskbedöma enligt Senior alert och vidta nödvändiga åtgärder för att förhindra fallskador. Antal rapporterade fall har ökat mellan år 2016- 2017. År 2016 rapporterades 3 fall där brukaren drabbats av allvarlig skada. Detta kan jämföras med 6 stycken under år 2017. Antalen fall med mindre skada har minskat från 76 stycken år 2016 till 61 stycken år 2017. Statistik för år 2018 kan ej redovisas.

MAS och MAR ser allvarligt på fallskador. Verksamhetschef har en central roll genom att implementera systematiska arbetssätt för att förebygga fall i det dagliga arbetet. Sveriges kommuner och landsting (SKL) har tagit fram ett [åtgärds paket](#) som innehåller råd och anvisningar för hur verksamheterna kan arbeta systematiskt med att förebygga fall och fallskador. Även Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (MSB) ger ut [stödmaterial](#) om äldres säkerhet.



### 3.5 Hygien och smittskydd

Linköpings kommun har samverkansavtal med vårdhygienheten på Region Östergötland vilket innebär tillgång till specialistkompetens inom området. Enligt Region Östergötlands smittskydds-enhet och vårdhygiens mätningar blir fler och fler nya bärare av multiresistenta bakterier varje år. Det är oklart vilka som är bärare fram till infektionstecken uppstår och bakterieodling sker. Det är därför viktigt att basala hygien- och klädregler efterlevs i all kommunal vård- och omsorgsverksamhet. För att förebygga smittspridning inom kommunal verksamhet har MAS tydliggjort arbetsgivarens ansvar i att säkra följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler enligt gällande lagstiftning.

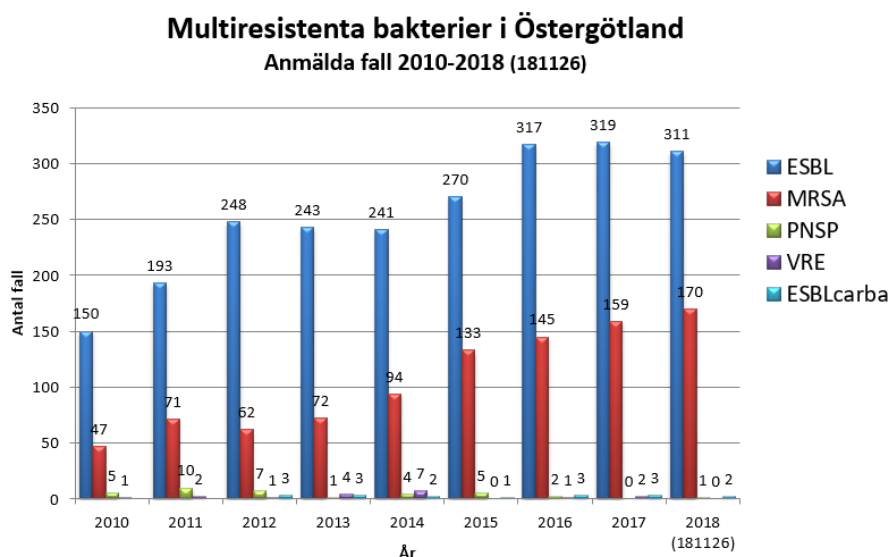


Bild från vårdhygien och smittskydd

### 3.6 Samverkan mellan huvudmän

Den 1 januari 2018 infördes Lagen (2017:16) om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård. Implementering i Östergötland har genomförts under år 2017 via projektet samordnad vård- och omsorgsplanering. För att möjliggöra kunskapsspridning skapade projektet en gemensam instruktörsutbildning. I Linköpingskommun finns 38 utbildade instruktörer. För att stärka samverkan och följsamhet till nya lagen har nätverksträffar för instruktörer skapats. Vidare pågår ett nära samarbete gällande införande av ett nytt kommunikationssystem mellan Region Östergötland och kommun. Brister i följsamhet till lagstiftning identifieras bland annat via avvikelser.

### 3.7 Avvikelse mellan huvudmän

MAS granskar samtliga avvikelser som skickas mellan Linköpings kommun och Region Östergötland för att snabbt kunna agera vid allvarliga händelser. Antalet avvikelser har ökat från Region Östergötland till Linköpings kommun från år 2017. Nya lagen stimulerar kortare ledtider vid utskrivning från

slutenvård. Detta kan innebära att mer avancerade hälso- sjukvårdsinsatser förväntas utföras i hemmet. Vidare signalerar sjuksköterskor att flera patienter har komplexa behov utifrån både ett somatiskt och psykiatriskt perspektiv. Det kräver en bred kompetens som inte alltid finns inom verksamheten. MAS anser att medarbetares möjlighet till kompetensutveckling är avgörande för att säkerställa en trygg och säker hälso- och sjukvård i hemmet.

MAS har efterfrågat ett tydligare samarbete med chefläkarfunktionen för att tillsammans stärka patientsäkerheten i Östergötland.

Bild 1 Avvikelser mellan Linköpings kommun och Region Östergötland

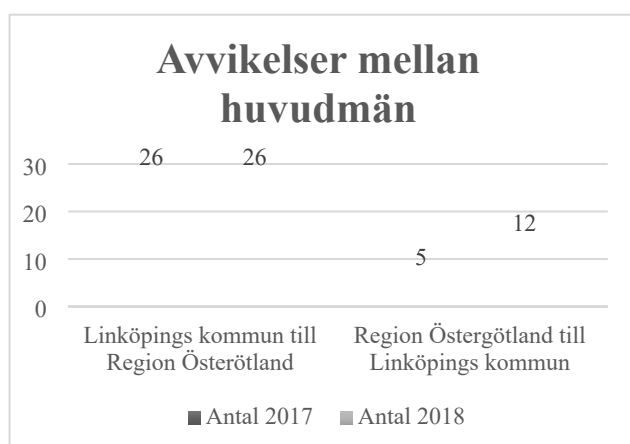


Diagram visar antal avvikelshantering mellan Linköpings kommun och Region Östergötland år 2017 och mellan 2018-01-01 t o m 2018-11-22

## Slutsats

För att säkerställa en trygg och säker vård och omsorg inom kommunal verksamhet krävs bra samverkan mellan olika huvudmän men även mellan olika professioner och inom den egna kommunen. Den nya förvaltningen kan skapa bra förutsättningar för personcentrerad vård och omsorg.

## 4. Övrig uppföljning och utvärdering

### 4.1 IFO, Socialpsykiatri och ensamkommande barn

Under 2018/2019 pågår en uppföljning avseende hur boendestöd inom socialpsykiatri och vuxna med beroendeproblematik beviljas bistånd, följs upp och ger resultat. En del av frågeställningen är om det finns andra sätt att möta dessa personers behov än utifrån hur insatsen är formulerad idag. Slutrapport planeras till kvartal 1, 2019 och kommer t ex beröra delar som tangerar boende med särskild service och hur boendestöd med tillgång till basverksamhet kan vara ett alternativ till en sådan insats.

Utifrån upphandling och ny avtalsperiod inom boendestöd har även en intensiv dialog förts med de nya utförarna kring uppdraget utifrån kommunikation med uppdragsgivare, organisation och bemanning. Det finns svårigheter för utförarna att rekrytera personal för uppdragen, vilket är en återspeglning av de kompetensförsörjningsproblem som föreligger i vård och omsorgssektorn. Dialog kring hur utförarna ska kunna ta emot och hantera ärenden upp till den upphandlade volymen är fortgående.

Det pågår flera utvärderingsstudier i samverkan med FoU med syfte att kontinuerligt kunna stödja utvecklingsarbetet med resultat och rekommendationer. En av dessa är områdesbaserad socialtjänst, där en delrapport presenteras i dec 2018. En annan är kommunens mottagande av ensamkommande barn, där en delrapport lämnades vid halvårsskiftet.

Vidare har flera verksamheter inom IFO och socialpsykiatri följts upp i samband med ställningstagande om fortsatt uppdrag, avtal. Samtliga verksamheter lever upp till villkoren i uppdraget/avtalet”

## **4.2 FoU Centrum**

### **4.2.1 Uppföljning av socialt områdesarbete i Lambohov och Berga**

FoU Centrum genomför under perioden 2017 – 2019 en uppföljning av satsningen på socialt områdesarbete. Uppföljningen beskriver och analyserar utvecklingsarbetet utifrån flera aspekter och perspektiv. Exempelvis arbetsuppgifter och arbetsinnehåll för socialarbetarna och hur yrkesrollen förändras, hur arbetet bedrivs på och fördelas mellan individ -, grupp -, och områdesnivå, hur samverkan sker med andra parter i området. Halvtidsrapport beräknas presenteras i slutet av december månad 2018.

### **4.2.2 Uppföljning av mottagningen av ensamkommande flyktingbarn i Linköpings kommun**

FoU Centrum följer sedan vintern 2016 upp mottagandet av ensamkommande flyktingbarn i Linköpings kommun på uppdrag av omsorgsnämnden. Den första delen av uppföljningen presenterades i FoU rapporten 81:2017 och fokuserade framförallt på hur mottagningsstrukturen fungerat utifrån olika perspektiv och frågeställningar. Kortfattat kan resultaten sammanfattas i att det finns en mottagningsstruktur som fungerat över tid trots stora påfrestningar under 2015, att de ensamkommande barnen överlag är nöjda med mottagandet. Ett utvecklingsområde som tydligt identifierades var att det är stor skillnad på stödinsatser före och efter 18 årsdagen. På basis av dessa resultat utvecklade FoU Centrum och Omsorgskontoret Interreg Central Baltic projektet (EU) PRIME, promoting integration of young migrants, som syftar till utveckla en stödmodell för unga migranter med en förhöjd social risk.

Under 2018 har del 2 av uppföljningen påbörjats med följande syfte.

Hur går det för de ensamkommande barnen att etablera sig i samhället över tid? De variabler som antas beskriva etablering är: studier, inkomst, skuldsättning, brottsbelastning, körkort, flytt mönster, familjeförhållanden samt om de är aktuella för försörjningsstöd eller för stödinsatser hos IFO vuxna. Ett sammanvägt index över dessa variabler antas kunna ge en uppskattning av graden av etablering.

Studiens frågeställningar;

1. Finns det några samband/mönster vad gäller olika variabler som är kopplade till etablering?
2. Finns det några samband mellan olika bakgrundsvariabler som ålder, kön, ursprungsland, boende etc. och undersökta mått/parametrar på etablering?
3. Hur går det för de ensamkommande barnen i jämförelse med barn födda i Sverige inom samma områden?
4. Hur kan framkommen kunskap bidra till att utveckla mer ändamålsenliga insatser för den aktuella målgruppen?

Studien är kvantitativ och är en totalundersökning av målgruppen.

### **4.3 Sammanställning: uppföljningar på individnivå Socialförvaltningen 2018**

#### **4.3.1 Brukarundersökningen 2018 på AFI**

På Avdelningen för försörjningsinsatser (AFI) på Socialförvaltningen var det totalt 115 brukare som svarade på enkäten, en svarsfrekvens på 68 %.

Brukarna gav positiva svar gällande följande områden:

- Tillgänglighet
- Information
- Bemötande
- Stöd från socialtjänsten

Med positiva svar menas andel positiva svar över 80 %.

Gällande området delaktighet var det delvis positivt; 85 % av brukarna upplevde att socialsekreteraren efterfrågade deras synpunkter på hur situationen skulle kunna förändras. Dock upplevde endast 74 % av brukarna att de har kunnat påverka vilken typ av hjälp de har fått av socialtjänsten.

Endast 74 % uppskattade att situationen hade förbättrats sedan kontakt med socialtjänsten.

Ur ett jämställdhetsperspektiv kan inga större skillnader observeras mellan hur kvinnor och män har svarat på enkäten.

Vid jämförelse med resultatet från brukarundersökningen 2017 fördelade sig resultatet på liknande sätt. Andel positiva svar var dock högre år 2017, i jämförelse med år 2018. En bidragande faktor till detta är att mer än dubbelt så många svar har inkommit år 2018, i jämförelse med år 2017, något som i sig är positivt.

#### 4.3.2 Brukarundersökningen 2018 på ÄoF

I verksamhetsplanen för år 2018 har avdelningen för äldre och funktionsnedsatta (ÄoF) som mål att 80 % av brukarna ska vara nöjda med tillgängligheten, bemötandet samt informationen i kontakt med avdelningen.

Det övergripande syftet med brukarundersökningen 2018 är att undersöka hur brukarna upplever kvalitet och nöjdhet inom ovanstående områden. En enkät skickades ut med 10 frågor utifrån ovanstående områden till brukare som handläggare hade träffat under en fyraveckors period under hösten.

Ett delsyfte är att undersöka om de förbättringsprojekt som genomförts inom avdelningen även medfört en upplevd förbättring för brukarna över tid.

Inom målgruppen yngre (personer under 65 år med funktionsnedsättning som har insatser enligt Socialtjänstlagen eller LSS) var det 19 personer som valde att svara på enkäten. Av dessa var 92 % nöjda med bemötandet och 81 % var nöjda med informationen. Mindre nöjda var dessa brukare med tillgängligheten, enbart 60 % av dem som svarade på enkäten.

Ur ett jämställdhetsperspektiv kan inga större skillnader observeras mellan hur kvinnor och män har svarat på enkäten. Vid jämförelse med resultatet från brukarundersökningen 2017 fördelade sig resultatet på liknande sätt.

Andra brukarundersökningar som har genomförts på ÄoF under 2018 är utifrån målet ”Avdelningen ska genomföra tre aktiviteter med intresseorganisationer under 2018.” i verksamhetsplanen. Syftet med denna undersökning är att avdelningen ska få ökad förståelse för målgrupperna och deras behov i det systematiska förbättringsarbetet. För gruppen yngre under 65 år genomfördes brukarundersökningarna i form av träffar med RSMH (Riksförbundet för social och mental hälsa) och RFD (Råd för funktionshinder och delaktighet) för en dialog utifrån områdena bemötande, tillgänglighet och information. Deltagarna fick föra fram exempel på gott bemötande, god information och god tillgänglighet. Inom alla områden var det mest positiva erfarenheten som framkom och goda exempel, ett förbättringsområde är anpassad tillgänglighet utifrån målgrupperna.

#### 4.3.3 Brukarundersökningen 2018 på IFO

På Avdelningen individ- och familjeomsorg (IFO) var det totalt 82 brukare som svarade på enkäten. Enkätsvaren fördelade sig på målgrupperna enligt följande:

- Barn och ungdomar 18 inkomna svar
- Ensamkommande 35 inkomna svar
- Vårdnadshavare 23 inkomna svar
- Missbruk/beroende 6 inkomna svar

#### Social barn- och ungdomsvård (exklusive ensamkommande)

Det var 18 ungdomar som svarade på brukarundersökningen, 58 procent svarsfrekvens.

Ungdomarna upplever att det är lätt att få kontakt med sin socialsekreterare och att socialsekreteraren visar förståelse för ungdomens situation (fråga 2 och 4), svarsfrekvens på 93 respektive 100 procent. Däremot upplever enbart 57 procent av ungdomarna att de har kunnat påverka vilken typ av hjälp de har fått från socialtjänsten (fråga 6).

#### Social barn- och ungdomsvård (ensamkommande)

Det var 35 ensamkommande ungdomar som svarade på brukarundersökningen, 43 procent svarsfrekvens.

I en jämförelse med resultatet från förra årets brukarundersökning så framgår det att den positiva svarsfrekvensen överlag har ökat något.

#### Vårdnadshavare

Det var 23 vårdnadshavare som svarade på brukarundersökningen, 37 procent svarsfrekvens.

I en jämförelse med resultatet från förra årets brukarundersökning så framgår det att den positiva svarsfrekvensen överlag har minskat. Den enkätfråga som minskat mest i positiv svarsfrekvens från 2017 till 2018 är frågan om hur situationen har förändrats sedan de fick kontakt med socialtjänsten.

#### Missbruks- och beroendevård

Det var 6 brukare som svarade på brukarundersökningen, 25 procent svarsfrekvens.

Under förra årets brukarundersökning så besvarades samtliga enkätfrågor av denna målgrupp med en positiv svarsfrekvens på 80 procent eller högre, vilket indikerade att brukarna överlag var nöjda med socialförvaltningens bemötande inom alla de områden som brukarundersökningen riktat in sig på att undersöka. I årets undersökning upplever brukarna en mindre nöjdhet kring hur mycket de kunnat påverka vilken typ hjälp de får av socialtjänsten och de är mindre nöjda med det stöd som de får av socialtjänsten.

## 5. Synpunkter och klagomål

Under året (2017-11-01 – 2018-11-30) har 29 olika synpunkter och klagomål från brukare, anhöriga eller gode män inkommit till och diarieförts hos omsorgsnämnden (36 för föregående period). Merparten av klagomålen gäller boendeformer för vuxna inom LSS. Klagomålen hanteras enligt kommunens fastställda rutin.

Det är en stor bredd på inkomna klagomål t.ex. synpunkter som rör personal; bemötande, hög personalomsättning och låg personalbemanning. Andra synpunkter som lämnats handlar om mat; kostnaden för maten och dess näringsinnehåll. Synpunkter har även lämnats avseende lokaler; städning, snöskottning och avsaknad av wifi. I och med att synpunkterna spänner över vitt skilda frågor och inte är många som tillhör samma/liknande kategori går det inte att göra en djupare analys eller dra några säkra slutsatser i någon riktning. Ett antal synpunkter och klagomålsärenden som inkommit från personal och socialförvaltningen har också hanterats och diarieförts.

## 6. Sammanfattning och analys

Redogörelsen av ovan aktiviteter visar sammantaget att verksamheterna till största delarna fungerar väl. Det är generellt få synpunkter och klagomål, brukarundersökning LSS med bra resultat och en omfattande bemanningsundersökning som visar att utförarna når upp till utlovade bemanningsnivåer.

Det är dock viktigt att komma ihåg att omsorgsnämndens ansvarområde spänner över flera verksamhetsområden; individ och familjeomsorg (IFO) och funktionshinderområdet som även innefattar socialpsykiatri. Detta innebär att det blir vanskligt att dra långtgående slutsatser som gäller för samtliga dessa verksamhetsområden. Merparten av 2018 års olika uppföljningar har gjorts inom funktionshinderområdet inklusive socialpsykiatri. Dessa områden innehåller också väsentligt fler särskilda boenden till skillnad från IFO där merparten utgörs av öppna verksamheter.

Det finns dock ett antal beröringspunkter mellan verksamhetsområdena som kommer till uttryck på olika sätt i materialet ovan, personalförsörjning, brukares delaktighet och trygghet samt avvikelser.

### 6.1 Personalförsörjning

En närmare analys av bemanningsundersökningen visar att även om man når upp till utlovad nivå under en begränsningsperiod så säger den dock inget om t.ex. omsättningen av vård/omsorgspersonal och chefer. Uppgifter om dessa faktorer finns inte att hämta på ett ställe utan måste samlas från flera källor och på olika sätt. T.ex. verksamhetsberättelser, enskilda avtalsuppföljningar och samtal med verksamhetsföreträdare och i viss mån också synpunkter och klagomål från anhöriga/gode män.

Vi vet inte i dagsläget hur stor omsättningen av personal och chefer är men i och med att problemet med kompetensförsörjning mer och mer aktualiserats kan vi anta att personalomsättningen inte är obetydlig.

Av tidigare erfarenheter och t.ex. avtalsuppföljningar vet vi att det har en negativ påverkan på brukare men även personalen. För personalens del framför allt vid täta chefsbyten. Vid chefsbyten får vanligtvis en eller flera chefskollegor ta på sig ett större ansvar under tiden rekrytering pågår med en ökad belastning för deras del. Den processen kan också dra ut på tiden och för vissa verksamheter måste ny tilltänkt chef även godkännas av IVO som har sina handläggningstider.

På verksamhetsnivå kan brist på kontinuitet på chefssidan ge flera oönskade effekter t.ex. sämre servicekvalitet och måluppfyllelse. Det kan göra det svårare att attrahera och behålla kompetent personal. I sämsta fall kan det leda till konflikter och försämrade relationer inom personalgruppen vilket i förlängningen kan drabba brukarna.

För brukarnas del har omsättning och bristande kontinuitet av den nära vårdpersonalen större betydelse än byte av chef. Bristande kontinuitet hotar brukarens trygghet, säkerhet och delaktighet i vården på den plats där man ska vara som mest trygg; det egna boendet.

## 6.2 Brukares delaktighet

Delaktighet, trygghet och kontinuitet är viktiga begrepp i mötet och i arbetet med personer oavsett om man bor i särskilt boende eller deltar i en öppen verksamhet. Begreppen är tätt sammanflätade och utgår från ett gott bemötande och synen på den enskildes rätt till självbestämmande och integritet. Självbestämmande handlar om att den enskilde ska ha ett direkt inflytande på allt som rör honom eller henne. Integritet kan det närmast beskrivas som en personlig gräns eller sfär som kan vara psykisk eller fysisk.

Ett gott bemötande är en förutsättning för delaktighet och självbestämmande för alla personer som på något sätt kommer i kontakt med socialtjänsten. Socialtjänstens bemötande ska präglas av respekt, ödmjukhet och empati. Mötet mellan personalen och enskilda personer är avgörande för att skapa en förtroendefull relation.

Den enskilde bör så långt som möjligt kunna vara delaktig i sin planering. I praktiken innebär det att så långt möjligt möta den enskilde på personens villkor. I kommunens avtal och verksamhetsuppdrag lyfts vikten av delaktighet fram. Ute i de olika verksamheterna kommer delaktighet till uttryck vid upprättande av genomförandeplan, olika enskilda samtal och på de olika boendena i någon form av "husmöte".

Husmötena skiljer sig naturligtvis åt från den ena verksamheten till den andra beroende på målgrupp och funktionshinder. De skiljer sig även åt till sin struktur från lite mer lösa möten till prokollförda möten med ordförande och närvaron från brukarna varierar. Det väsentliga är dock att dessa möten finns och att personal motiverar brukarna att närvara. Det finns många exempel från



våra verksamheter där brukare fått igenom större förändringar utifrån kollektiva önskemål.

Vissa saker kan den enskilde inte vara med och påverka eller bestämma och det är viktigt att den enskilde får information om hur ramarna ser ut. Det kan vara saker som personalens arbetstider och vem av personalen som ska arbeta. Även här har personalens bemötande och arbetssätt en avgörande roll.

### 6.3 Trygghet

Trygghet handlar om en mängd olika faktorer. Lite har nämnts ovan. Personalen har givetvis stor inverkan på i vilken mån den enskilde känner sig trygg i sin bostad. Andra faktorer som påverkar är de närmaste grannarna men även den yttre och inre miljön torde ha betydelse för att känna sig trygg. Av dessa är den inre miljön enklast att påverka för verksamheterna. Den yttre miljön beror av var det särskilda boendet är beläget. Vi vet t.ex. inte i vilken mån personer som bor i särskilt boende i så kallade utsatta områden känner större otrygghet än andra.

### 6.4 Avvikelser

Ovan finns en övergripande uppföljning av avvikelser. Uppföljningen avser 2017 och visar på flera brister. Det mönstret har fortsatt även under 2018 vilket framkommer av de enskilda verksamhetsuppföljningarna. Det absolut vanligaste påtalet som görs i dessa uppföljningar handlar om avvikelser och registreringar i Treserva. Det MAS kan se är att den förbättring av hanteringen som kan ses på äldre sidan inte ses inom omsorgsnämndens ansvarsområden.

Möjliga förklaringar kan vara att inom omsorgsnämndens ansvarsområde är verksamheterna uppdelade i mindre enheter. En gruppboende får t.ex. inte vara större än sex platser. De som bor i gruppboenden och serviceboenden bor ofta lång tid och det blir en hemlik miljö på ett annat sätt än ett äldreboende. Den hemlika miljön och närheten mellan personal och brukare kan göra det svårare att se vad som borde betraktas som en avvikelse. Man blir hemmablind som personal och kanske tänjer på gränser för vad som borde betraktas som en avvikelse. Det kan även vara så att det uppstår ”kulturer” där man av olika skäl är mindre benägen att dokumentera.

En ytterligare förklaring skulle kunna vara omsättning av personal. Det är mycket man måste sätta sig in i som nyanställd och hantering av och vad som ska betraktas som en avvikelse är sannolikt inte första prioritet under en introduktion av ny personal.

## 7. Trender och utmaningar

Om vi tittar på det nationella perspektivet så blir det tydligt att kompetensförsörjning i allmänhet är en utmaning för hela landet och inte på något sätt unikt för vår kommun.

Flera nationella aktörer SKL, IVO, fackliga organisationer pekar ut just kompetensförsörjningen som den främsta utmaningen socialtjänsten står inför eller är mitt uppe i om man så vill.

IVO menar att bristerna i många av vårdens och omsorgens olika områden är gemensamma. Det handlar bland annat om svårigheter med kompetensförsörjning och att stora insatser behövs för att vård- och omsorgskedjan ska hålla samman.

Den absoluta majoriteten av IVO:s iakttagelser under 2018 handlar om kompetensförsörjningen. IVO ser många exempel på att bristen på personal med rätt kompetens kan få allvarliga konsekvenser för patienter och brukare.

IVO ser samtidigt att ett stort arbete görs för att förbättra situationen, inte minst inom socialtjänsten där det exempelvis handlar om satsningar för att rekrytera och behålla socionomer.

### 7.1 Medborgares förväntningar

SKL resonerar i *Vägval för socialtjänsten* om medborgares förväntningar och pekar på den ökade individualiseringen och fria val som utmaningar för socialtjänsten. Det menar man kommer att innebära att det inte är standardiserade lösningar som gäller. Det ställer krav på flexibilitet och kompetens i socialtjänstens verksamheter. Evidensbaserad praktik och dess förhållande till det fria valet av insatser är komplicerat. Det fria valet förutsätter att det finns alternativ och att individerna kan, eller får stöd att, värdera och bedöma dessa.

Brukares och anhörigas kompetens och engagemang kommer att öka och med det ökar även ifrågasättandet av socialtjänstens utbud av insatser. I tidigare resonemang ovan har vi pekat på vikten av delaktighet för brukare vilket ligger i linje med vad SKL pekar på. Här kommer även faktorer som ny teknik in och vi har fått in flera synpunkter och klagomål på t.ex. avsaknad av WiFi i våra boenden. Hur kan detta tas tillvara som en positiv förändringskraft? Fler brukare och anhöriga kommer att ha högre utbildning och internationella erfarenheter. När exempelvis gruppen arbetslösa ungdomar ökar ställs nya krav på socialtjänsten. Samtidigt har den ett särskilt ansvar för utsatta grupper, som inte alltid kan ta vara på sina rättigheter och göra de ofta komplicerade val som förväntas av dem. Socialtjänsten måste hitta vägar för att inte utesluta de grupper som mest behöver samhällets stöd.

Socialstyrelsen menar i sin lägesrapport *Insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning* att förutsättningarna för delaktighet kan bli bättre.

Enligt socialstyrelsen har de flesta brukare i daglig verksamhet och i bostad med särskild service för vuxna enligt LSS har genomförandeplaner (omkring 90 procent), men alla planer innehåller inte individuella mål. Det framgår inte heller alltid hur den enskilde varit delaktig.

Av rapporten framgår att många brukare inom särskilda boendeformer och daglig verksamhet själva bedömer att de har möjlighet att bestämma över sådant som är viktigt. Å andra sidan uppger knappt hälften av verksamheterna att de använder några särskilda metoder för brukarinflytande. Detta menar socialstyrelsen indikerar att förutsättningarna för inflytande kan stärkas ytterligare. Personalens kompetens i alternativ kompletterande kommunikation

(AKK) pekas ut som en viktig förutsättning för att möjliggöra självbestämmande och inflytande för brukare.

Socialstyrelsen har identifierat några förbättringsområden kring delaktighet på särskilda boendeformer:

- internetuppkoppling i den egna lägenheten
- möjligheten att bli sambo på boende (när båda har ett beslut)
- kvällsaktiviteter efter klockan 21 med personalstöd.

Det saknas aktuell kunskap på nationell nivå om möjligheter för barn med funktionsnedsättning att komma till tals. Tillsynens tidigare iakttagelser visar emellertid att barn med funktionsnedsättning inte alltid kommer till tals, detta gäller såväl i samband med handläggningssituationer som i verksamheter.

I rapporten pekar också socialstyrelsen på att många kommuners LSS-verksamheter fortfarande saknar rutiner för hur de ska agera vid indikation på våldsutsatthet. Den låga andelen är bekymmersam eftersom personer med funktionsnedsättning har en hög utsatthet för våld, i synnerhet kvinnor. Utsattheten förstärks många gånger av beroendeställningen gentemot vårdpersonal inom socialtjänsten med flera.

## 7.2 Psykisk ohälsa

Ett annat område som också lyfts fram nationellt är psykisk ohälsa särskilt bland barn och unga. Både folkhälsomyndigheten och socialstyrelsen pekar på detta som stort problem. Psykisk ohälsa hos barn i åldern 10-17 år har ökat med över 100 procent på tio år. För unga vuxna, 18-24 år, är ökningen närmare 70 procent. Socialstyrelsen kallar siffrorna alarmerande i sin rapport om utvecklingen av den psykiska ohälsan hos barn och unga, åren 2006-2016.

Totalt handlar det om närmare 190 000 barn och unga vuxna i Sverige som lider av någon form av psykisk ohälsa. Den enskilt största gruppen, drygt 63 000 personer, är unga kvinnor i åldern 18-24 år.

Det är framför allt diagnoser för depressioner och olika ångestsyndrom som bidrar till ökningen av den psykiska ohälsan, och eftersom antalet nya sjukdomsfall ökar och även tenderar att bli mer långvariga kommer ökningen inte att mattas av den närmaste tiden.

Barn och unga vuxna som tidigt får psykiatriska diagnoser som depression och ångestsyndrom riskerar att bli sjuka under lång tid och då ökar också risken för självmordsförsök och självmord. Insjuknande i tidig ålder påverkar också förmågan att tillgodogöra sig högre studier.

Det finns inga säkra svar på varför den psykiska ohälsan ökar. Socialstyrelsen menar att det delvis kan ha att göra med en ökad medvetenhet och att fler vågar berätta. Men eftersom hela ungdomsgruppen har drabbats av ökad psykisk ohälsa kan det även ha att göra med ungas livsvillkor.

Som orsaker pekar både socialstyrelsen och folkhälsomyndigheten på de miljöer där alla barn och unga vistas, som under skolperioden. Särskilt folkhälsomyndigheten pekar ut brister i skolans funktion men också en större

medvetenhet hos unga om de ökade kraven på arbetsmarknaden och inträdandet i vuxenlivet.

### **7.3 Brister i vårdens övergångar – samverkan behöver utvecklas**

Vård- och omsorgsgivare samverkar i stor utsträckning över verksamhets- och huvudmannagränser. Ändå ser IVO i tillsynen att patienter och brukare upplever stora brister i vårdens övergångar. Det kan resultera i bland annat långa väntetider, uteblivna insatser, felaktig medicinering eller oro då den enskilde inte vet vem som bär ansvaret för vad.

Den enskilde och dess närstående får själva i stor utsträckning samordna och koordinera olika vård- och omsorgsinsatser, vilket ställer höga krav både vad gäller kunskap, handlingskraft och förmåga att uttrycka sina behov.

IVO ser återkommande i tillsynen att ansvaret för helheten genom vård- och omsorgskedjan brister. Beslutsfattare inom kommuner och landsting kan bidra genom att i större utsträckning än idag utforma gemensamma mål och uppdrag för vård och omsorg över huvudmannagränser.

Bristerna i vård- och omsorgskedjan blir i tillsynen särskilt tydliga för personer med samsjuklighet, barn och unga med psykisk ohälsa samt de mest sjuka äldre. Samordningen kring barn och unga med psykisk ohälsa och personer med samsjuklighet är därför två av IVO:s prioriterade riskområden för 2018-2020.

## **8. Avslutning**

Förvaltningens verksamhetsplan anger riktningen för förvaltningen i sin helhet där kvalitets- och uppföljningsarbetet är en viktig del. I förvaltningens verksamhetsplan finns aktiviteter där uppföljningsarbetet kommer att gå i linje med tidigare år, exempelvis genom att följa brukarundersökningar. Andra aktiviteter, exempelvis brukardialoger, öppnar upp för möjligheten att utforska och fördjupa kunskap om trender som är avgörande för utvecklingen av vård- och omsorg.

Som underlag för planering av kommande års kvalitetsuppföljningar kommer vi att utgå från aktuella samhällstrender – dels utifrån ett nationellt perspektiv, och dels nedbrutet till ett kommunperspektiv och resultatet av genomförda uppföljningar. Resultatet av genomförda uppföljningar ska vara ett underlag för förvaltningens utvecklingsarbete i sin helhet.