

# Kvalitetsberättelse 2022

Myndigheten för äldre och omsorgsförvaltningen

2023-05-30

Maria Söder  
Socialt ansvarig samordnare

tyresö kommun 



## Innehållsförteckning

<b>Kvalitetsberättelse 2022 .....</b>	<b>1</b>
<b>1 Sammanfattning .....</b>	<b>5</b>
<b>2 Inledning .....</b>	<b>5</b>
2.1 Bakgrund och syfte .....	5
2.2 Definition av kvalitet .....	6
<b>3 Styrning av verksamhetsuppdraget .....</b>	<b>6</b>
<b>4 Organisatoriskt ansvar för kvalitetsarbete .....</b>	<b>6</b>
4.1 Äldre- och omsorgsnämnden .....	6
4.2 Förvaltningschef .....	6
4.3 Enhetschef med myndighetsansvar .....	7
4.4 Verksamhetschef och enhetschef med verksamhetsansvar .....	7
4.5 Ansvar för samverkan .....	7
4.6 Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) .....	7
4.7 Socialt ansvarig samordnare (SAS) .....	7
4.8 Medarbetares ansvar .....	7
<b>5 Systematiskt kvalitetsarbete .....</b>	<b>7</b>
<b>6 Processer, rutiner och riktlinjer .....</b>	<b>8</b>
6.1 Samverkan .....	9
<b>7 Systematiskt förbättringsarbete .....</b>	<b>9</b>
7.1 Forum för kvalitetsarbete .....	10
7.2 Riskanalyser .....	10
7.3 Internkontroll .....	10
7.4 Egenkontroller .....	11
7.4.1 Verksamhetsuppföljningar .....	11
7.4.2 Ej verkställda beslut .....	11
7.4.3 Undersökningar .....	12
7.4.4 Brukarundersökning myndighetsutövning .....	13
7.4.5 Systematisk individuppföljning .....	13

7.4.6	Anhörigstöd.....	14
7.4.7	Avtals- och verksamhetsuppföljningar.....	15
7.4.8	Bostadsanpassningsbidrag.....	16
7.5	Synpunkter och avvikelser.....	16
7.5.1	Synpunkter.....	16
7.5.2	Avvikelser.....	17
7.5.3	Lex Sarah.....	18
<b>8</b>	<b>Nationella undersökningar av verksamhetens kvalitet .....</b>	<b>20</b>
8.1	Brukarundersökning äldreomsorgen – Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?.....	20
8.2	Brukarundersökning funktionsnedsättningsområdet, LSS.....	21
8.3	Kommunens kvalitet i korthet (KKIK).....	21
<b>9</b>	<b>Medarbetarnas medverkan i kvalitetsarbetet .....</b>	<b>22</b>
<b>10</b>	<b>Dokumentation .....</b>	<b>23</b>
10.1	Dokumentstyrning och dokumentation av kvalitetsarbetet.....	23
10.2	Kvalitetssäkring av styr- och stöddokument.....	24
10.3	Dokumentation av kvalitetsarbetet .....	24
10.4	Social dokumentation .....	24
<b>11</b>	<b>Tillsyn/Granskningar .....</b>	<b>25</b>
11.1	Granskning av skydd mot assistansfusk .....	25
11.2	Granskningsrapport Villa Fornudden, Vård- och omsorgsboende ...	25
11.3	Granskningsrapport boendestöd LOV.....	25
11.3.1	Lindalen.....	25
11.3.2	Funkisgruppen.....	25
11.3.3	Stora Sköndal.....	26
11.4	Granskningsrapport Gränsvägens gruppboende, LSS .....	26
11.5	Granskningsrapport Trollängens Vård- och omsorgsboende.....	26
<b>12</b>	<b>Mål- och utvecklingsområden 2023.....</b>	<b>26</b>

## 1 Sammanfattning

Under 2022 har fokus legat på att utveckla och förbättra myndighetens kvalitetsledningssystem. En ny struktur skapades för ledningssystemet under G: där enheterna på myndigheten ska samla styr- och stöddokument på ett gemensamt ställe.

Ett annat utvecklingsområde under året har varit att säkerställa enhetliga arbetssätt och utveckla myndighetens kvalitetsarbete, att systematiskt arbeta med sammanställning och redovisning av resultat, analyser och åtgärdsplaner samt uppföljningar.

Arbetet med processer och rutiner har inte varit ett prioriterat område under 2022, förutom de vanliga revideringar eller justeringar som görs löpande när behov uppstår.

Synpunkter och avvikelser ger viktig information om utvecklings- och förbättringsområden och är därmed en viktig del i myndighetens systematiska kvalitetsarbete. I början av 2022 implementerades en ny rutin för synpunkts- och avvikelshantering på myndigheten för äldre- och funktionsnedsättning.

Under året har kvalitetsgranskningar genomförts och återrapporterats till verksamheter och äldre- och omsorgsnämnden. Kvalitetsgranskningarna visade bland annat att områden som den sociala dokumentationen och rapporteringsskyldigheten enligt lex Sarah behöver förbättras och utvecklas inom de flesta verksamheter.

Analyser och åtgärdsplaner av årets brukarundersökningar har genomförts och presenterats i verksamheterna och för äldre- och omsorgsnämnden.

Samverkan är ett ytterligare utvecklingsområde som myndigheten har arbetat med under 2022. Bland annat har en samverkansmodell tagits fram mellan äldre- och omsorgsförvaltningen och arbetsmarknads- och socialförvaltningen.

Under året har det varit stort fokus på socialtjänstens nya verksamhetssystem Alfa eCare. Införandet skulle ske i 3 etapper med start under våren. Till följd av leveransföreningen blev införandet senarelagt till sista kvartalet 2023.

## 2 Inledning

### 2.1 Bakgrund och syfte

Enligt 3 kap 1 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete ansvarar vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS för att det finns ett ledningssystem för verksamheten. Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), Socialtjänstlagen (2001:453) och Lag (1993:387) om stöd och service till vissa

funktionshindrade har alla bestämmelser som innebär att kvaliteten i verksamheten systematiskt och fortlöpande ska utvecklas och säkras.

Enligt SOSFS 2011:9 bör nämnden årligen upprätta en kvalitetsberättelse där det ska framgå: Hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet har bedrivits, vilka åtgärder som vidtagits och vilka resultat som uppnåtts.

## **2.2 Definition av kvalitet**

Föreskrifterna och de allmänna råden fokuserar på hur ett systematiskt kvalitetsarbete ska bedrivas. Med kvalitet avses att en verksamhet uppfyller de krav och mål som gäller enligt lagar och andra föreskrifter för verksamheten samt beslut som har meddelats med stöd av sådana föreskrifter.

## **3 Styrning av verksamhetsuppdraget**

Styrdokument som ligger till grund för kvalitetsarbetet i kommunens verksamheter är Tyresö kommuns kommunplan 2022-2025, kommunens kvalitetsledningsmodell och styrprocess, äldre- och omsorgsförvaltningens delegationsordning, samt riktlinjer för systematiskt kvalitetsarbete för verksamheter inom äldre- och omsorgsförvaltningen och riktlinjer för lex Sarah.

## **4 Organisatoriskt ansvar för kvalitetsarbete**

I riktlinjen för systematiskt kvalitetsarbete för verksamheter inom äldre- och omsorgsförvaltningen finns en beskrivning av organisation och ansvarsfördelning för det systematiska kvalitetsarbetet.

### **4.1 Äldre- och omsorgsnämnden**

- Fastställer riktlinje för det systematiska kvalitetsarbetet samt följer upp att arbetet bedrivs i enlighet med denna riktlinje
- Ska försäkras sig om att det bedrivs ett systematiskt kvalitetsarbete i övrig yrkesmässigt bedriven verksamhet där nämnden upphandlar tjänster eller har avtal med privata utförare
- Ska årligen fastställa en övergripande granskningsplan för granskningar av verksamhet i både privat och kommunal regi

### **4.2 Förvaltningschef**

Förvaltningschef är processägare för äldre- och omsorgsförvaltningens huvudprocesser och förvaltningens stödprocess för systematiskt kvalitetsarbete.

### **4.3 Enhetschef med myndighetsansvar**

Enhetschef är processägare för de delprocesser som ingår i myndighetens ansvarsområde.

### **4.4 Verksamhetschef och enhetschef med verksamhetsansvar**

Verksamhetschef och enhetschef är processägare för de delprocesser som ingår i verksamhetens respektive enhetens ansvarsområden, det vill säga de delprocesser som avser utförande av omsorg/insatser.

Verksamhetschef med hälso- och sjukvårdsansvar enligt HSL 2017:30 ansvarar även för att säkra att en god och säker hälso- och sjukvård bedrivs inom de enheter där kommunen har ett hälso- och sjukvårdsansvar.

### **4.5 Ansvar för samverkan**

Chefer inom förvaltningen ska även identifiera var i processerna samverkan med andra aktörer/vårdgivare är nödvändig för att säkerställa kvaliteten. Processerna och rutinerna ska säkerställa att samverkan genomförs samt beskriva hur den genomförs.

### **4.6 Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)**

Har det övergripande ansvaret för att säkerställa att hälso- och sjukvården är säker, ändamålsenlig och håller god kvalitet enligt hälso- och sjukvårdslagen (HSL), hälso- och sjukvårdsförordningen och patientsäkerhetsförordningen inom de verksamhetsområden där kommunen har hälso- och sjukvårdsansvar som huvudman.

### **4.7 Socialt ansvarig samordnare (SAS)**

Har ett övergripande ansvar för att samordna och utveckla det systematiska kvalitetsarbetet, ge stöd i planering, uppföljning och analys av det systematiska kvalitetsarbetet.

### **4.8 Medarbetares ansvar**

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

## **5 Systematiskt kvalitetsarbete**

För att verksamheterna ska kunna genomföra tjänster med god kvalitet krävs ett systematiskt kvalitetsarbete. Det innebär bland annat att processer och rutiner ska finnas så att åtgärder kan vidtas för att säkra verksamhetens kvalitet.

Förbättringshjulet visar processen för det systematiska kvalitetsarbetet.



## 6 Processer, rutiner och riktlinjer

Verksamheter inom SoL och LSS ska enligt SOSFS 2011:9 4 kap 2-4§ identifiera, beskriva och fastställa de processer i verksamheten som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet. Det ska vara fastställt vilka processer som är nödvändiga för att uppfylla verksamhetens krav och mål enligt lagar och föreskrifter. Det ska också vara identifierat vilka aktiviteter som ingår i processerna och dess inbördes ordning samt vara tydligt vem som äger och ansvarar för processerna.

Det finns olika former av stöd samlade i riktlinjer och rutiner på kommunens intranät. De processer och rutiner som används för att utveckla och säkra kvaliteten på myndigheten för äldre och funktionsnedsättning (MÄF) finns samlade under G: eller i OneNote som är en digital anteckningsbok. Under 2022 har en ny struktur byggts upp för ett gemensamt kvalitetsledningssystem under G: Medarbetarna på respektive enhet har under året kontinuerligt uppdaterat eller upprättat de rutiner som behövs för att säkra kvaliteten inom sitt ansvarsområde. I nuläget saknas det processer vilket innebär att enheterna identifierar en stor del av sitt arbete utifrån specifika rutiner istället för att ha möjlighet att börja i processledet. Ett utvecklingsområde under 2023 är att fortsätta arbeta med processkartläggning.



## 6.1 Samverkan

Verksamheter inom SoL/LSS ska enligt SOSFS 2011:9 4 kap 5§ identifiera processer där samverkan behövs för att säkra kvaliteten på de insatser som ges i verksamheten.

Det finns riktlinjer och rutiner som stöd för informationsöverföring och samverkan mellan olika verksamheter och yrkesgrupper. Enheterna på myndigheten arbetar med årshjul för samverkan som sedan följs upp månatligen under måldialogen på enheterna. Under året har enheterna uppdaterat de rutiner som ska säkerställa att samverkan internt och med andra aktörer sker på ett effektivt sätt med brukaren i fokus. Det finns även etablerade former för det förebyggande arbetet inom enheternas ansvarsområden. Inom det förebyggande arbetet sker samverkan internt och med föreningar samt organisationer.

Samverkan med kommunens LOV-utförare har fortsatt genomförts i branschdialoger två gånger per år, under våren och hösten. Syftet med branschdialogerna är att utbyta information om aktuella händelser och frågeställningar samt dela erfarenheter och goda exempel med varandra.

Under året har MÄF tillsammans med arbetsmarknad- och socialförvaltningen (AoS) tagit fram en samverkansmodell som blev klar under november månad.

Under hösten 2022 startade ett kommunalt projekt upp gällande god och nära vård. Projektets uppdrag är bland annat att se över vilka samverkansöverenskommelser som finns inom förvaltningarna och mellan kommunen och regionen.

## 7 Systematiskt förbättringsarbete

Verksamheter inom SoL/LSS ska enligt SOSFS 2011:9 5 kap 1-2§ fortlöpande bedöma om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet samt utöva egenkontroll med den frekvens och i den omfattning som krävs för att kunna säkra verksamhetens kvalitet. Det systematiska förbättringsarbetet är en viktig del av kvalitetsarbetet och består av riskanalyser, egenkontroller samt utredning av synpunkter och avvikelser.

Fokus under 2022 har även varit att se över det systematiska kvalitetsarbetet på MÄF samt att uppdatera/upprätta saknade processer och rutiner. Det har också varit fokus på att driva utvecklingsarbetet framåt genom att arbeta mer strukturerat och systematiskt med kvaliteten i verksamheten.

I väntan på ett digitalt kvalitetsledningssystem har en viss anpassning och utveckling för att stödja det systematiska kvalitetsarbetet pågått under 2022 och kommer att fortsätta under 2023.

## 7.1 Forum för kvalitetsarbete

Det finns i nuläget inget digitalt kvalitetsledningssystem. Den gemensamma strukturen för dokumentation av kvalitetsarbetet finns sorterat i mappar under G: På MÄF arbetar enheterna kontinuerligt med kvalitetsarbetet i olika forum som bland annat i måldialoger, kvalitetsråd och förbättrings- och utvecklingsmöten. Dessa forum sker i genomsnitt en gång per månad.

## 7.2 Riskanalyser

Riskanalyser är ett proaktivt arbete och görs för att identifiera och värdera risker, identifiera de bakomliggande orsakerna och att föreslå åtgärder som minskar riskerna eller dess konsekvenser.

På MÄF genomförs årligen en riskanalys för att identifiera vilka tänkbara risker som kan komma att uppstå under kommande år. Vid analysen görs en bedömning av sannolikheten att händelsen inträffar och vilka konsekvenser detta skulle kunna leda till. Identifierade risker har gjorts på såväl enhets- som verksamhetsnivå. Identifierade risker har sammanställts i en risk- och handlingsplan som följts upp månatligen på enheternas och verksamhetens måldialoger.

Exempel på genomförda riskbedömningar är:

- Förändringar i arbetssätt
- Införande av nytt verksamhetssystem
- Införande av IBIC
- Ökat inflöde av brukare efter pandemin
- Platsbrist i särskilda boenden
- Försämrade arbetsmiljö
- Ny lagstiftning LSS
- Tekniska problem (nätåtkomst på arbetsplats)
- Distansarbete
- Ökade kostnader för köpta platser

## 7.3 Internkontroll

Exempel på internkontroll kan vara kontroll av säkrare hantering i system och informationssäkerhet.

Informationssäkerhet handlar om att skydda informationen mot oönskade händelser som kan medföra negativa konsekvenser för verksamheten och de invånare som berörs av verksamheten. Medarbetare inom myndigheten som hanterar informationstillgångar har ett ansvar att upprätthålla informationssäkerheten. De medarbetare som ges behörighet till säkerhetskänsliga uppgifter informeras om vad sekretessen omfattar. På myndigheten följer medarbetarna styrande dokument såsom policy, riktlinjer

och rutiner för informationssäkerhet. Inom förvaltningen finns även tillgång till en webbaserad utbildning gällande informationssäkerhet. Risk-analyser är viktiga delar i det systematiska informationssäkerhetsarbetet. Med hjälp av dessa identifieras de hot och oönskade händelser som kan leda till negativa konsekvenser för verksamheten och de invånare som berörs.

Inom myndigheten har medarbetarna möjlighet att använda sig av tjänsten säkra meddelanden i Outlook när de ska skicka känsliga uppgifter internt eller externt. Tjänsten gör det möjligt för medarbetarna att kommunicera säkert och säkerställer att informationen kommer till rätt mottagare.

## 7.4 Egenkontroller

Egenkontroller är en systematisk uppföljning och utvärdering av den egna verksamheten och kontroll av att den bedrivs enligt de processer och rutiner som ingår i verksamhetens ledningssystem. Egenkontrollen ska göras i den omfattning och frekvens som krävs för att verksamhetens kvalitet ska kunna säkras.

Egenkontroller kan innefatta:

- Jämförelser av verksamhetens resultat med uppgifter i kvalitetsregister
- Jämförelser av verksamhetens resultat med uppgifter i öppna jämförelser
- Jämförelser av verksamhetens nuvarande resultat med tidigare resultat
- Brukarundersökningar
- Granskning av journaler, akter och annan dokumentation
- Verksamhetsuppföljningar

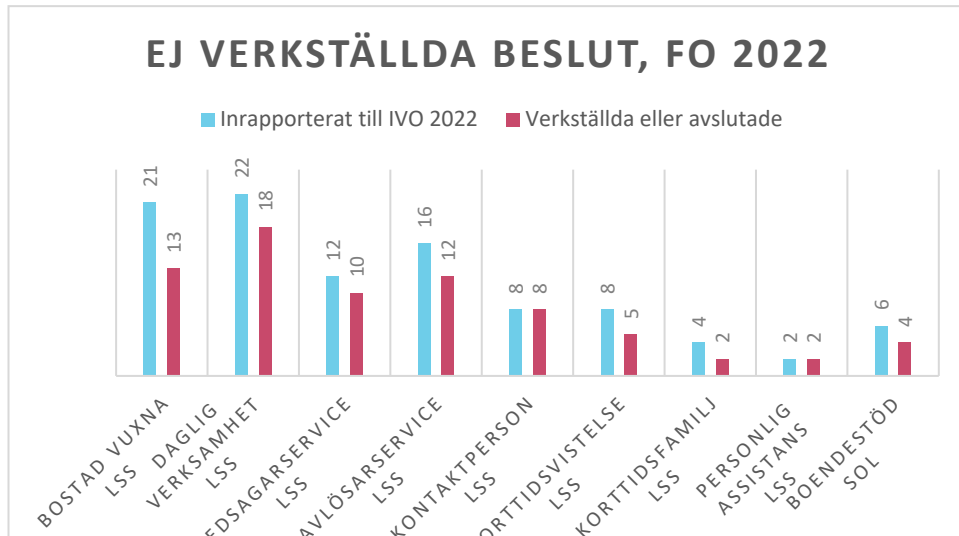
### 7.4.1 Verksamhetsuppföljningar

På myndigheten planeras egenkontroller av enheterna med utgångspunkt i riskanalysen, inkomna synpunkter och avvikelser, incidenter samt lagstiftade och politiska mål. Enhetsspecifika kontroller kan bland annat handla om att regelbundet följa upp volymer, ej verkställda beslut, utredningstider, antal individuppföljningar och ärendemängd samt antal ärenden per handläggare.

### 7.4.2 Ej verkställda beslut

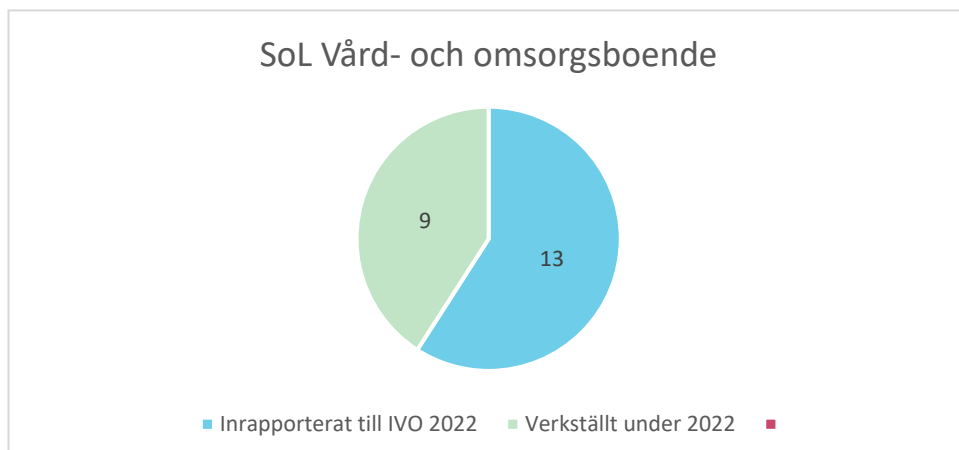
Nämnden är skyldig att rapportera till IVO om beviljat bistånd enligt 4 kap. 1§ SoL och insatser enligt 9§ LSS inte har verkställts inom tre månader efter beslut. Nämnden ska även rapportera om en insats har avbrutits och inte verkställts på nytt inom tre månader. Ej verkställda beslut ska fortsätta rapporteras in tills beslutet är verkställt eller avslutats av annan anledning, så kallad återrapportering.

## Funktionsnedsättningsområdet, LSS



Under 2022 har funktionsnedsättningsområdet haft 99 ej verkställda beslut varav 74 har verkställts eller avslutats på egen begäran.

## Äldreomsorg, SoL



Inom äldreomsorgen är det endast beslut om vård- och omsorgsboenden som rapporterats in. Under 2022 har det varit 13 ej verkställda beslut varav 9 verkställts under året.

### 7.4.3 Undersökningar

Att ta del av brukarnöjdheten på olika sätt är en del av det systematiska kvalitetsarbetet inom MÄF. Resultaten har använts till att förbättra och utveckla verksamheterna. Under hösten har MÄF bland annat arbetat med att prioritera individuppföljningar i vård- och omsorgsboenden och genomfört en fokusgrupp för anhöriga med temat, Vad utgör en god kvalitet i vård- och omsorgsboende? Resultaten från den nationella brukarundersökningen ÄO har också lyfts på branschdialogen tillsammans med verksamhetschefer från vård- och omsorgsboenden inom kommunen. Under året har även resultat från

kommunens kvalitet i korthet (KKIK), enhetsundersökningar och granskningar analyserats och åtgärdats i form av åtgärdsplaner eller uppföljningar.

#### **7.4.4 Brukarundersökning myndighetsutövning**

Under november till december 2022 genomfördes myndighetens brukarundersökning för enheterna SoL och LSS. Förutom bakgrundsfrågor ställs 9 frågor inom områdena tillgänglighet, information, bemötande och synpunktshantering.

Resultatet i 2022 års brukarundersökning inom myndighetsutövning LSS visar en positiv riktning. Inom de flesta frågorna har nöjdheten ökat. 70 procent upplever att det är lätt att komma i kontakt med handläggare och övrig personal på myndigheten. I frågan, hur lätt eller svårt är det att förstå informationen du får från oss på myndigheten svarar 85 procent positivt på frågan. Mindre nöjdhet ses inom synpunktshantering, endast 52 procent av de svarande vet var de ska vända sig för att lämna synpunkter på myndigheten. När det gäller bemötande uppger 81 procent av de svarande att de blivit bra bemötta.

Resultatet i årets undersökning inom myndighetsutövning SoL visar en negativ trend. Inom samtliga frågor är andel positiva svar något lägre eller till viss del oförändrat sedan senaste undersökningen 2021. 65 procent upplever att det är lätt att komma i kontakt med handläggare och övrig personal på myndigheten. I frågan, hur lätt eller svårt är det att förstå informationen du får från oss på myndigheten svarar 84 procent positivt på frågan. Mindre nöjdhet ses inom synpunktshantering, endast 43 procent vet var de ska vända sig för att lämna synpunkter på myndigheten. När det gäller bemötande uppger 83 procent av de svarande att de blivit bra bemötta.

Resultaten för myndighetsutövning SoL och LSS visar att det finns gemensamma utvecklingsområden att arbeta vidare med på myndigheten, dessa är tillgänglighet (att komma i kontakt och få svar på sina frågor) och synpunktshantering (var man kan lämna synpunkter).

#### **7.4.5 Systematisk individuppföljning**

Inom myndighetsutövning för SoL och LSS pågår ett fortsatt utvecklingsarbete kring systematisk individuppföljning. I samband med uppföljning på individnivå ställs specifika kvalitetsfrågor som sedan registreras i enkätverket, esMaker. Resultatet från individuppföljningarna följs sedan upp månatligen på enheterna för SoL och LSS. På sikt är målet att resultatet från individuppföljningar ska kunna aggregeras på en mer övergripande nivå. Detta utvecklingsarbete kommer att fortsätta under 2023.

En systematisk uppföljning på individnivå innebär att:

- Dokumentera arbetet med enskilda individer
- Mäta om målen uppnåtts
- Analysera resultatet
- Ge underlag för förbättrings- och utvecklingsåtgärder

Inom funktionsnedsättning registreras individuppföljningar som görs på insatserna avlösarservice, bostad med särskild service och daglig verksamhet. Inom avlösarservice har 23 individuppföljningar registrerats. Resultatet för 2022 visar att 96 procent anser att det är lätt att få kontakt med sin avlösare och 100 procent att de känner sig trygga med sin avlösare. Vidare anser 96 procent att de blir lyssnade på och 95 procent känner att de har inflytande över utförandet av sin insats. Inom bostad med särskild service har 65 registreringar gjorts. 91 procent anser att det är lätt att få kontakt med sin personal och 91 procent upplever att de känner sig trygga med personalen. Vidare visar resultatet att 88 procent upplever att de har inflytande över utförandet av sin insats, dock är endast 75 procent nöjda med den hjälp och stöd som ges från personalen. Inom daglig verksamhet har 84 registreringar gjorts. 96 procent upplever att det är lätt att få kontakt med personalen och 98 procent känner sig trygga med personalen. Vidare visar resultatet en hög nöjdhet kring inflytande, 100 procent upplever att de kan påverka den hjälp och stöd som de vill ha och 97 procent upplever att de kan påverka vilka arbetsuppgifter de vill utföra. 89 procent upplever att de är nöjda med sin dagliga verksamhet.

Inom äldreomsorgen registreras individuppföljning som görs inom hemtjänst och vård- och omsorgsboenden. Inom hemtjänst har 342 registreringar gjorts. 77 procent upplever att det är lätt att komma i kontakt med personal och 64 procent upplever att de varit delaktiga i att planera utförandet av sin insats. Vidare visar resultatet att 94 procent är nöjda med bemötandet och 91 procent är sammantaget nöjd med den hemtjänst de har. Inom vård- och omsorgsboenden har 139 registreringar gjorts. 59 procent upplever att personal tar hänsyn till åsikter och önskemål och 74 procent upplever att de blir bemötta på ett bra sätt. Vidare visar resultatet att 72 procent har förtroende för personalen och 50 procent upplever att det är lätt att få kontakt med personal vid behov. Endast 39 procent är nöjda med de aktiviteter som erbjuds på boendet. 61 procent är nöjda med hur maten smakar och endast 55 procent upplever att måltidstunderna är trivsamma. 69 procent känner sig trygga i sitt boende.

#### **7.4.6 Anhörigstöd**

Anhörigkonsulten erbjuder olika former av stöd för att underlätta för de personer som vårdar en närstående som är långvarigt sjuk, äldre eller som stödjer en närstående som har en funktionsnedsättning. Anhöriga som vänder sig till anhörigkonsulten kan få stöd i form av, informativa samtal, stödsamtal och vägledning. Annat som erbjuds är anhörigrupper och föreläsningar.

Under 2022 har anhängkonsulenten bland annat genomfört stöd till anhänga i form av anhänggrupper. Det blev sammanlagt fem anhänggrupper med olika inriktningar som anhäng till närstående med demenssjukdom, anhäng till boende på vård- och omsorgsboende och anhäng till ung vuxen med neuropsykiatrisk funktionsnedsättning. Anhänggrupperna har genomförts under 5 veckor, en gång per vecka under cirka 3 timmar. Efter avslutad anhänggrupp har en utvärdering genomförts. Syftet med utvärderingen är att följa upp om gruppens mående påverkats av att delta i en anhänggrupp samt för att kunna utveckla innehållet i träffarna. Resultaten från de olika anhänggrupperna har övervägande varit positiva gällande deltagande i anhänggrupperna och de teman som träffarna innehållit. Dock har deltagarna haft lite olika uppfattningar kring de övningar som genomförts och en del önskningar/förslag på förbättringar har lämnats.

Under oktober månad 2022 genomfördes den årliga anhängdagen i Tyresö centrum. Även i år medverkade olika utställare som informerade om sina verksamheter och det hölls föreläsningar riktade till anhänga som har närstående med en funktionsnedsättning eller som är äldre. På grund av att det var få deltagare vid föreläsningarna har anhängkonsulenten utvärderat bland annat innehåll och marknadsföring och kommer inför anhängdagen 2023 göra vissa förändringar.

#### **7.4.7 Avtals- och verksamhetsuppföljningar**

Avtalscontroller har under året kontinuerligt följt upp utförare som är direktupphandlade, ofta i samband med att handläggare ska följa upp beviljad insats och förlänga beslut eller när behov har initierats av handläggare eller utförare.

En gång per år, senast den 28 februari ska LOV-utförare inkomma med en verksamhets- och kvalitetsberättelse till äldre- och omsorgsförvaltningen. Under perioden mars-april 2022 granskades samtliga verksamhets- och kvalitetsberättelser. Inom funktionsnedsättning hade de flesta utförare en tydlig struktur som gav en bra beskrivning och redovisning av de arbete som skett i verksamheten under föregående år. Några utförare fick dock komplettera då det saknades uppgifter som enligt avtal ska redovisas. Inom äldreomsorgen var verksamhets- och kvalitetsberättelserna generellt undermåliga och ett flertal verksamheter fick inkomma med förtydliganden och kompletteringar.

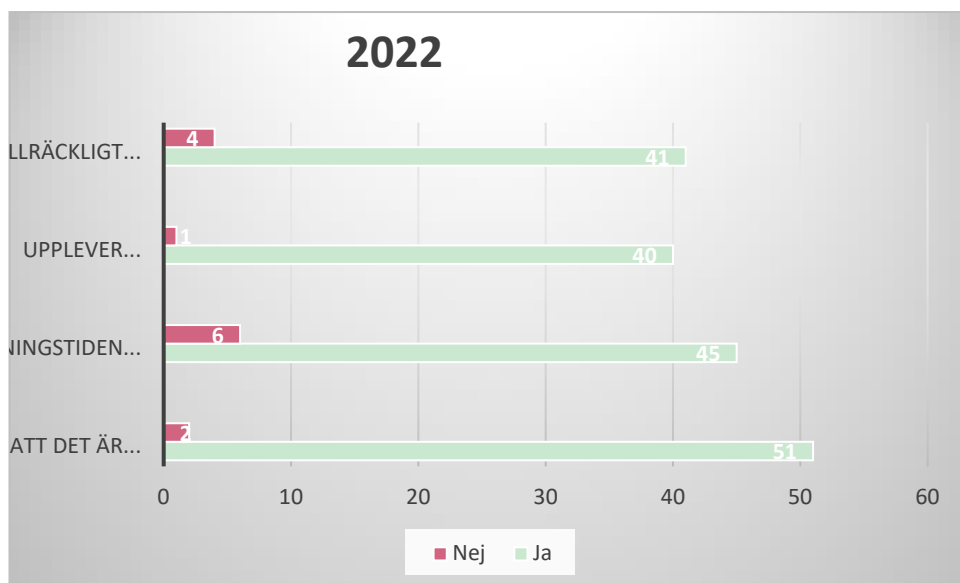
Under våren 2022 genomfördes en avtalsuppföljning av de åtta utförare som under aktuell period var anslutna till kommunens LOV för hemtjänst, avlösarservice och ledsagarservice för barn och vuxna enligt SoL och LSS. Avtalsuppföljningen syftade till att följa upp tillstånd från IVO, kontroll av personalens kompetens samt arbetsmiljö. Uppföljningen visade att samtliga utförare hade aktuella IVO-tillstånd. Sju av åtta utförare uppfyllde

kompetenskraven enligt avtal. Gällande uppföljningen av arbetsmiljö blev sju av åtta utförare godkända.

Under slutet av 2022 påbörjades revidering av ramavtal för korttidsboende enligt SoL och korttidsvistelse enligt LSS.

#### 7.4.8 Bostadsanpassningsbidrag

Under 2022 har fyra brukarundersökningar genomförts av bostadsanpassningshandläggarna. Under april, maj, oktober och november månad har en enkät skickats ut till personer som ansökt om bostadsanpassningsbidrag. Under året har 101 personer haft möjlighet att delta i undersökningen varav 54 valde att svara på enkäten.



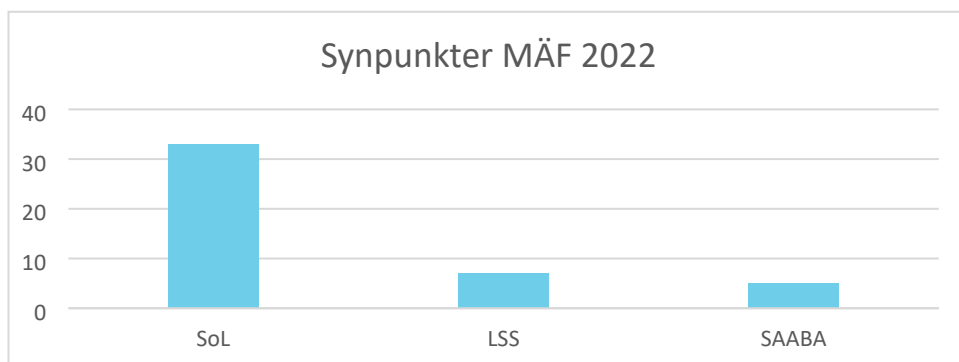
51 svaranden anser att besluten är skrivna så det är enkelt att förstå och 45 svaranden upplever att handläggningstiden är rimlig. 40 svaranden är nöjda med tillgängligheten och 41 svaranden uppger att de fått tillräckligt med stöd under ärendets gång.

### 7.5 Synpunkter och avvikelser

#### 7.5.1 Synpunkter

Synpunktshantering är en viktig del i kvalitetsarbetet och ger medborgare, brukare, anhöriga med flera möjlighet att bidra till förbättringar av verksamheterna.

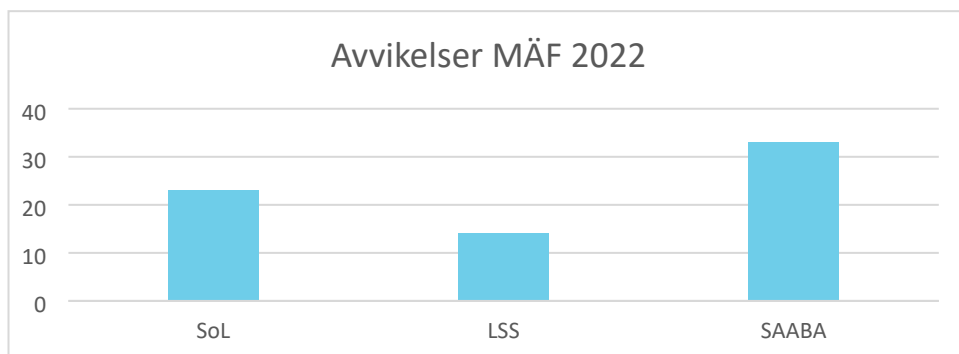




Under 2022 har 33 synpunkter inkommit till SoL-enheten, 7 till LSS-enheten och 5 till SAABA-enheten. Synpunkterna har till störst del avsett utförare. De synpunkter som lämnats på myndighetsutövning har avsett långsam handläggning, information och bemötande.

### 7.5.2 Avvikelser

Medarbetare inom socialtjänsten och inom hälso- och sjukvård ska medverka till att den verksamhet som bedrivs och de insatser som genomförs är av god kvalitet. Ett led i detta är att rapportera avvikelser som en del i det systematiska kvalitetsarbetet.



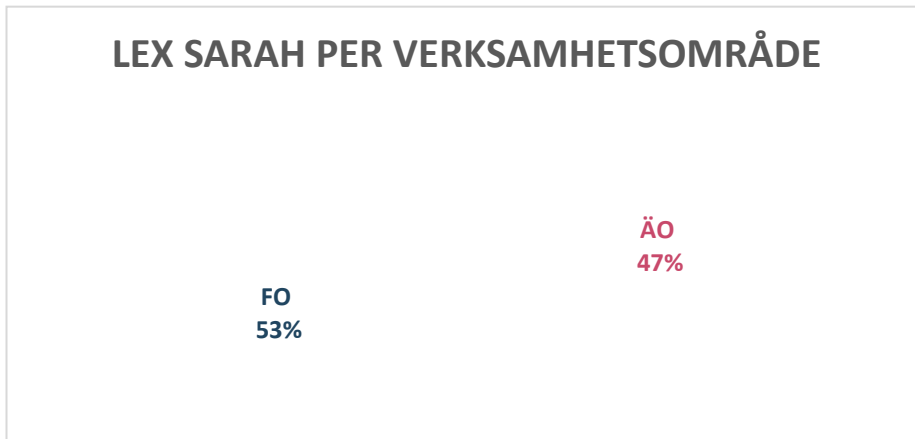
Under 2022 har 23 avvikelser inkommit till SoL-enheten, 14 till LSS-enheten och 33 till SAABA-enheten. 5 av dessa avvikelser avser myndighetsutövning, 3 på SoL-enheten och 2 på LSS-enheten. Avvikelserna har gällt bristande återkoppling och uppföljning, brister i verksamhetssystemet samt bristande bemötande. Övriga avvikelser som registrerats på myndigheten avser utförare och har övervägande avsett bristande utförande, bemötande, information och tillgänglighet.

På myndigheten har förbättringsarbetet med att registrera, sammanställa och analysera avvikelserna fortgått under året, dock med varierat resultat då det saknas ett gemensamt digitalt system att hantera dessa i. På myndigheten finns ett behov av att utveckla och förbättra rapporteringen av de interna avvikelser som sker. Syftet och vikten av att rapportera avvikelser som sker på myndigheten behöver både förankras och förtydligas för samtliga medarbetare.

Intern avvikelshantering är ett fortsatt utvecklings- och förbättringsområde under 2023.

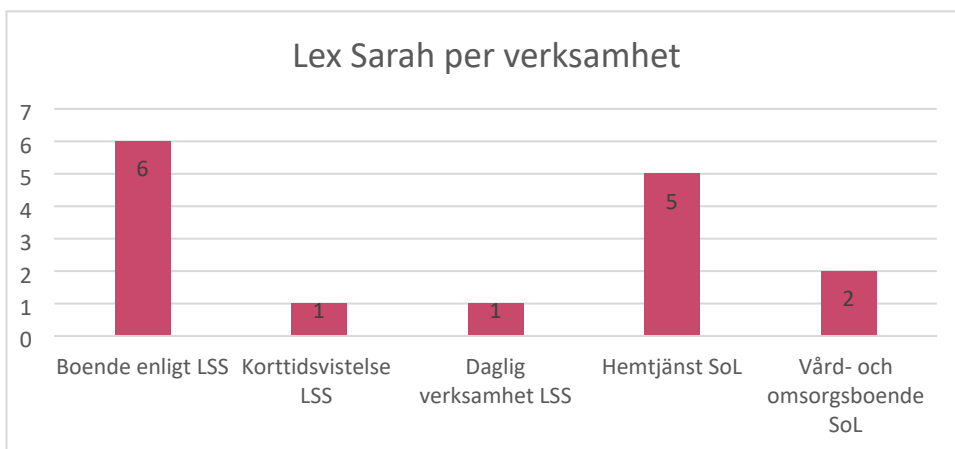
### 7.5.3 Lex Sarah

All personal som arbetar inom äldre- och omsorgsförvaltningen har skyldighet enligt lag att rapportera missförhållande eller risk för missförhållande. Ett allvarligt missförhållande eller risk för allvarligt missförhållande ska anmälas till inspektionen för vård och omsorg (IVO) snarast. Beslut om anmälan görs av förvaltningschefen.



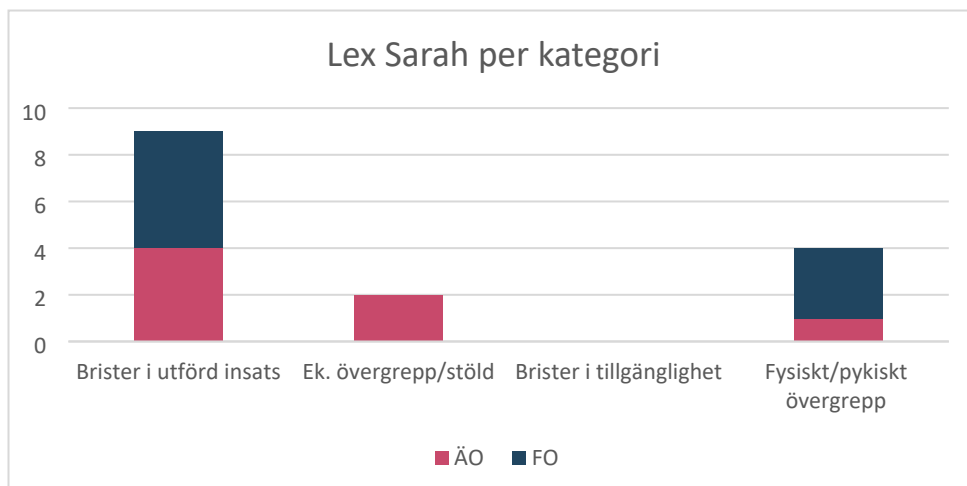
Under 2022 har det inkommit 15 lex Sarah-rapporter. 7 rapporter avser äldreomsorgen och 8 funktionsnedsättningsområdet. 9 av dessa har rapporterats från kommunal regi och 6 från privata utförare.

Av de inkomna lex Sarah-rapporterna har 2 anmälts till Inspektionen för vård och omsorg (IVO), en från äldre- och omsorgsförvaltningen och en från privat utförare. Inget beslut har ännu inkommit från IVO.



15 lex Sarah har inkommit under året, från kommunala och externa utförare. 4 rapporter har avsett bostad med särskild service i kommunal regi och 2 i extern regi. 1 korttidsvistelse har rapporterats från kommunal regi och en daglig

verksamhet från extern regi. 3 rapporter från hemtjänsten avser extern regi och 2 kommunal regi. Vad gäller vård- och omsorgsboende har 2 rapporter inkommit från entreprenader.



Av 15 lex Sarah-rapporter avser 9 rapporter brister i utförd insats, 2 ekonomiskt övergrepp/stöld och 4 fysiskt/psykiskt övergrepp. 9 av dessa har rapporterats från kommunal regi och 6 från privata utförare. Bakomliggande orsaker som har identifierats är bland annat ofölsamhet av rutiner, bristande dokumentation, bemötande, information och kommunikation.

Föregående år 2021 rapporterades det 15 lex Sarah-rapporter till äldre- och omsorgsförvaltningen. Även 2022 inkom 15 lex Sarah-rapporter och förvaltningen ser därmed en fortsatt trolig underrapportering i antalet rapporterade lex Sarah-rapporter. Samtliga lex Sarah-rapporter har upprättats av utförare i kommunal eller privat regi. Inom förvaltningens myndighetsutövning har ingen lex Sarah-rapport upprättats. Med anledning av en trolig underrapportering av lex Sarah ser förvaltningen att det finns ett behov av att öka kunskapen om skyldigheten att rapportera brister och att det ska ske i direkt anslutning till att en händelse upptäcks.

Kommunen kvalitetsgranskar årligen ett visst antal verksamheter och det som uppmärksammas under 2022 är att i de flesta verksamheterna är kunskapen i rapporteringsskyldigheten hos medarbetarna bristfällig. Detta har lett till att verksamheterna fått upprätta en åtgärdsplan för hur de ska komma till rätta med bristerna. Verksamheterna har även återrapporterat till förvaltningen och äldre- och omsorgsnämnden hur de ska komma till rätta med sina brister. Under 2023 finns ett behov av att förbättra arbetet med uppföljningar av genomförda åtgärder, både hos utförare men även inom förvaltningen.

Under hösten 2022 har äldre- och omsorgsförvaltningen påbörjat ett arbete med att utveckla processen och hanteringen av lex Sarah. En av

förbättringsåtgärderna är att socialt ansvarig samordnare (SAS) från och med januari 2023 ska utreda de lex Sarah-rapporter som upprättas inom äldre- och omsorgsförvaltningens verksamheter. Andra förbättringsområden att arbeta vidare med under 2023 är att kvalitetssäkra och utveckla arbetet med lex Sarah-utredningar samt att öka kunskapen gällande rapporteringsskyldigheten hos medarbetare inom äldre- och omsorgsförvaltningen.

## **8 Nationella undersökningar av verksamhetens kvalitet**

Årligen genomförs nationella kvalitetsundersökningar i Sverige. Äldre- och omsorgsförvaltningen använder sig av resultaten i sitt kvalitetsarbete. Resultaten för de nationella kvalitetsundersökningarna används och bryts ner inom respektive verksamhet. Utifrån resultaten tar respektive verksamhet fram olika åtgärder i form av aktiviteter/förbättringsarbeten.

### **8.1 Brukarundersökning äldreomsorgen – Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?**

Resultatet i 2022 års brukarundersökning har generellt förändrats i en negativ riktning eller till viss del förblivit oförändrat. 59 procent av de boende på särskilt boende är sammantaget nöjda med sitt boende. År 2020 var 79 procent sammantaget nöjda med sitt boende på särskilda boenden. För personer i ordinärt boende med hemtjänst är 84 procent sammantaget nöjda med hemtjänsten. År 2020 var 89 procent av hemtjänsttagarna sammantaget nöjda med hemtjänsten. Resultaten för 2022 är på många frågor främst in särskilda boenden mindre positiva än tidigare år. Inom SÄBO har nöjdheten med att komma utomhus och trivsel utomhus ökat. Nöjdheten med social aktiviteter har minskat något men Tyresö ligger dock bland de 50 procent kommuner med mittersta resultat. Större minskning har skett inom frågorna förtroende för personal, möjlighet att påverka tider och trivsamma gemensamma utrymmen. Inom ordinärt boende med hemtjänst har nöjdheten med att få kontakt med personal och välja utförare ökat. Nöjdheten med att kunna påverka tider har minskat något dock ligger Tyresö bland de 50 procent kommuner med mittersta resultat. Lägst resultat har information om tillfälliga förändringar, förtroende för personal och tillräckligt med tid fått.

Utifrån resultaten i 2022 års brukarundersökning bedömde äldre- och omsorgsförvaltningen att det fanns förbättringsområden som behövde utredas och analyseras vidare tillsammans med ansvariga. Åtgärder som vidtogs under hösten var att genomföra en fokusgrupp för anhöriga till personer som bor på vård- och omsorgsboende i kommunen. Annat som påbörjades under hösten var att prioritera individuppföljningar i vård- och omsorgsboendena. Fortsatt arbete kommer ske under våren 2023 då oplanerade platsbesök ska genomföras på samtliga vård- och omsorgsboenden i kommunen.

## 8.2 Brukarundersökning funktionsnedsättningsområdet, LSS

Resultatet för 2022 års brukarundersökning inom funktionsnedsättningsområdet, LSS har generellt förändrats i en negativ riktning och till viss del förblivit oförändrat. Resultatet är på många frågor främst inom gruppboende mer negativa än tidigare år. Inom serviceboende är det en viss minskning av nöjdhet och till viss del oförändrat sedan senaste undersökningen. Högst nöjdhet ses inom daglig verksamhet, i vissa frågor ligger även Tyresö över snittet för andra deltagande kommuner.

Utvecklingsområden att arbeta vidare med under 2023 är att öka brukarnas inflytande och trygghet samt skapa bättre förutsättningar och möjligheter för kommunikation.

## 8.3 Kommunens kvalitet i korthet (KKIK)

Att jämföra sig med andra och sig själv bakåt i tiden är en bra grund för förbättringsarbete. I KKIK har man tagit fram olika mått som beskriver kommunernas kvalitet och effektivitet. Det har tagits fram utifrån fem perspektiv;

- Tillgänglighet
- Trygghet
- Delaktighet och information
- Effektivitet
- Samhällsutveckling

Resultat enligt KKIK för funktionsnedsättningsområdet, LSS

Nyckeltal Tyresö	2020	2021	2022
<b>Boende</b>			
Brukaren känner sig trygg med alla i personalen, andel (%)	78	85	73
Brukaren känner sig trygg med några i personalen, andel (%)	19	12	14
Brukaren känner sig inte trygg med någon i personalen, andel (%)	3	3	14
Brukaren får bestämma om saker som är viktiga hemma, andel (%)	86	88	81
Utredningstid i antal dagar från ansökan till beslut om LSS-insats (alla insatser)	61	65	53
<b>Daglig verksamhet</b>			
Brukaren trivs alltid på sin dagliga verksamhet, andel (%)	91	92	91
Deltagit i daglig verksamhet LSS och fått arbete på den reguljära arbetsmarknaden, (Ja=1, Nej=0)	0	1	
Deltagit i daglig verksamhet LSS och fått skyddat arbete, (Ja=1, Nej=0)	0	1	
Habiliteringsersättning till personer med funktionsnedsättning som deltar i daglig verksamhet enligt LSS, (Ja=1, Nej=0)	1	1	

Inom funktionsnedsättningsområdet LSS visar resultatet att de boendes nöjdhet har minskat från 85 procent till 73 procent gällande känslan av

tryggheten med alla i personalen. Även nöjdheten över att få bestämma om saker som är viktiga hemma har minskat från 88 procent till 81 procent. Positivt är att utredningstiden har minskat från 65 dagar till 53 dagar och att 91 procent av brukarna trivs på sin dagliga verksamhet.

Resultat enligt KKIK för äldreomsorgen

Nyckeltal Tyresö	2020	2021	2022
<b>Leva och bo självständigt</b>			
Brukarbedömning hemtjänst äldreomsorg - helhetssyn, andel (%)	89		84
Brukarbedömning särskilt boende äldreomsorg - helhetssyn, andel (%)	79		59
<b>Trygga förhållanden</b>			
Väntetid i antal dagar från ansökningsdatum till första erbjudet inflyttningsdatum till särskilt boende, medelvärde	58	14	56
Fallskador bland personer 80+, 3-årsm, antal/1000 inv.	69	66	
<b>Aktiv och meningsfull tillvaro</b>			
Brukarbedömning hemtjänst äldreomsorg - hälsotillstånd, andel (%)	31		30
Brukarbedömning hemtjänst äldreomsorg - besvär av ensamhet kommun, andel (%)	45		52

Inom äldreomsorgen visar resultatet att helhetssynen på hemtjänst minskat från 89 procent till 84 procent och inom vård- och omsorgsboende har nöjdheten minskat från 79 procent till 59 procent. En negativ riktning har även väntetiden i antal dagar från ansökan till erbjudande om inflyttningsdatum som ökat från 14 dagar till 56 dagar.

## 9 Medarbetarnas medverkan i kvalitetsarbetet

Verksamheter inom SoL/LSS ska enligt SOSFS 2011:9 6 kap 1§ säkerställa att personal arbetar i enlighet med processer och rutiner som ingår i ledningssystemet.

### Måldialog

Under 2022 har enheterna på myndigheten arbetat i enlighet med den målstyrningsmodell som finns inom kommunen. Medarbetarna har aktivt deltagit genom att utforma mål och indikatorer som enheten sedan har följt upp månatligen tillsammans med enhetschef. Innehållet i måldialogen är, viktiga händelser, mål, riskhantering, uppdrag och årshjulet. I den månadsvisa måldialogen har man tillsammans tittat på vilka effekter som uppnåtts i förhållande till de uppsatta målen och hur utfallet behöver påverka kommande planering och förbättringsarbete.

### Kvalitetsråd

Under året har enhetschefer tillsammans med medarbetare och verksamhetsutvecklare haft månadsvisa kvalitetsråd. I början av 2022

påbörjades även månadsvisa kvalitetsråd på verksamhetsnivå och det upprättades en gemensam agenda som har använts på både enhets- och verksamhetsnivå. Innehållet i kvalitetsråden är; synpunkter och avvikelser, lex Sarah och Lex Maria, egenkontroller, avtalsuppföljningar, processer, rutiner och riktlinjer samt återkoppling av åtgärder.

### **Förbättrings- och utvecklingsarbete**

En gång per månad arbetar verksamhetsutvecklare/gruppledare och medarbetare tillsammans med åtgärder/brister som uppmärksammas och behöver utvecklas eller förbättras inom respektive enhet.

### **Planeringsdagar och strategi- och analysdagar**

Under året har medarbetare på myndigheten för äldre och funktionsnedsättning haft två gemensamma planeringsdagar. Utöver detta har enheterna haft separata planeringsdagar.

I slutet av 2022 hade ledningsgrupp, verksamhetsutvecklare, avtalscontroller och SAS två strategi- och analysdagar för att summera året som gått och vilka utmaningar vi står inför 2023.

## **10 Dokumentation**

Enligt SOSFS 2011:9 7 kap 1§ ska arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet dokumenteras.

### **10.1 Dokumentstyrning och dokumentation av kvalitetsarbetet**

Styrning av dokument är att sätta upp regler och definitioner för hur dokumentationen ska upprättas, revideras och förvaras. Dokumentstyrning är en grundförutsättning för systematiskt kvalitetsarbete och processbaserad verksamhetsutveckling. MÅF:s ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete omfattar dokument som finns tillgängliga i mappar under G: för alla medarbetare. Ett aktivt användande av G: samt följsamhet mot rutinen ska säkerställa att dokument som är väsentliga för att upprätthålla arbetssätt som främjar hög kvalitet, är aktuella, legitima och tillgänglig för alla som behöver dem.

Kvalitetsarbetet ska också dokumenteras. Det innebär att avvikelsehantering, riskanalyser, egenkontroller, åtgärder och utfallet av dessa, ska göras skriftligen. Dokumentationen ska kunna hämtas i för ändamålet avsett system eller mapp. Riskanalyser, egenkontroller samt åtgärder med anledning av dessa, dokumenteras och förvaras i mappar under G: Även processkartor, styr- och stöddokument samt mallar för klagomål och synpunkter förvaras i mappar under G: och på kommunens intranät.

## 10.2 Kvalitetssäkring av styr- och stöddokument

Under 2022 har ett arbete påbörjats med att se över styr- och stöddokument, dock finns ett behov av att inventera och granska myndighetens styr- och stöddokument och att skapa gemensamma rutiner för gemensamma processer. Under 2022 har enheterna på myndigheten löpande reviderat/upprättat nödvändiga styr- och stöddokument. Arbetet med styr- och stöddokument är ett fortsatt utvecklingsområde som fortsätter under 2023.

## 10.3 Dokumentation av kvalitetsarbetet

Vad gäller dokumentation av kvalitetsarbetet har en stor del av arbetet under 2022 riktats mot att få en systematik i kvalitetsarbetet. Rapportering och dokumentation av kvalitetsarbetet har förbättrats, men egenkontroller, analys av synpunkter och avvikelser samt planerade åtgärder dokumenteras inte på ett sammanhållet eller ändamålsenligt sätt. Dokumentationen av kvalitetsarbetet är ett fortsatt utvecklingsområde som behöver arbetas vidare med under 2023.

Enheterna på myndigheten redovisar månatligen en sammanställning av sina synpunkter och avvikelser. Det som inte dokumenteras i en tillräcklig omfattning är analys av dessa. För att kunna använda synpunkter och avvikelser för att strategiskt förbättra arbetet behöver analysarbetet förbättras inom samtliga enheter på myndigheten. Även åtgärder till följd av identifierade risker eller inkomna synpunkter/avvikelser dokumenteras i alltför liten omfattning och behöver förbättras inom enheterna på myndigheten.

## 10.4 Social dokumentation

Verksamheter inom SoL/LSS ska dokumentera allt som händer i ett ärende. När det gäller handläggning är det viktigt att ett ärende hanteras rättssäkert och att man kan följa stegen i processen via dokumentationen. När det gäller verkställigheten gäller kravet på dokumentation att det finns en genomförandeplan som talar om brukarens behov av insatser och hur omvårdnaden ska ges. Det ska även finnas journalanteckningar som följer ärendet över tid samt uppföljningar av insatsen från både handläggare och verkställare.

Under 2022 har ingen akt- eller journalgranskning genomförts inom myndighetsutövningen. Dessa är mycket viktiga för att säkra att rättssäkerheten upprätthålls genom korrekt dokumentation i handläggningen. Detta är ett förbättringsarbete som behöver arbetas vidare med under 2023.



## **11 Tillsyn/Granskningar**

### **11.1 Granskning av skydd mot assistansfusk**

Ernst & Young AB genomförde under vintern 2021/2022 på uppdrag av de förtroendevalda revisorerna i Tyresö kommun en granskning av intern kontroll för att motverka, upptäcka och förhindra assistansfusk i verksamheten. Den övergripande bedömningen var att äldre- och omsorgsnämnden inte säkerställer en ändamålsenlig intern kontroll för att motverka, upptäcka och förhindra assistansfusk i verksamheten. Rapporten lämnade ett stort antal rekommendationer till äldre- och omsorgsnämnden.

### **11.2 Granskningsrapport Villa Fornudden, Vård- och omsorgsboende**

Under perioden november-december 2021 kvalitetsgranskades Villa Fornudden av kommunens kvalitetshetenhet. Av granskningen framkom att det fanns brister i den sociala dokumentationen som behövde åtgärdas. Kvalitetshetenhetens bedömning var att verksamheten behöver säkerställa att personalen dokumenterar i enlighet med de krav som ställs. Utifrån den granskning som kvalitetshetenhet gjort av Villa Fornudden bedömde Äldre- och omsorgsförvaltningen att en åtgärdsplan ska begäras in.

### **11.3 Granskningsrapport boendestöd LOV**

#### **11.3.1 Lindalen**

Kvalitetcontrollers från enheten juridik och utredning har under februari och mars 2022 genomfört en kvalitetsgranskning av Lindalens boendestöd. Granskningen visade att verksamheten har brister som behöver åtgärdas. Verksamheten måste säkerställa att den sociala dokumentationen genomförs enligt gällande lagstiftning, att verksamhetens rutiner implementeras i personalgruppen samt att personalen har kännedom om vad rapporteringsskyldigheten enligt lex Sarah innebär. Utifrån den granskning som kvalitetshetenhet gjorde av Lindalens boendestöd bedömde äldre- och omsorgsförvaltningen att en åtgärdsplan ska begäras in.

#### **11.3.2 Funkisgruppen**

Kvalitetcontrollers från enheten juridik och utredning har under april och maj 2022 genomfört en kvalitetsgranskning av Funkisgruppens boendestöd. Granskningen visade att verksamheten har brister som behöver åtgärdas. Verksamheten måste säkerställa att den sociala dokumentationen genomförs enligt gällande lagstiftning samt att personalen har kännedom om vad rapporteringsskyldigheten enligt lex Sarah innebär. Utifrån den granskning som kvalitetshetenhet gjorde bedömde äldre- och omsorgsförvaltningen att en åtgärdsplan skulle begäras in.

### **11.3.3 Stora Sköndal**

Kvalitetcontrollers från enheten juridik och utredning har under maj och juni 2022 genomfört en kvalitetsgranskning av Stora Sköndals boendestöd. Granskningen visade att verksamheten har brister som måste åtgärdas. Verksamheten måste säkerställa att sociala journaler innehåller händelser av betydelse för insatsens genomförande samt att det finns aktuella genomförandeplaner. Den ska även säkerställa att personalen har kännedom om vad rapporteringsskyldigheten enligt lex Sarah innebär. Utifrån den granskning som kvalitetsenheten gjorde bedömde äldre- och omsorgsförvaltningen att en åtgärdsplan skulle begäras in.

### **11.4 Granskningsrapport Gränsvägens gruppboende, LSS**

Kvalitetcontrollers har under september månad 2022 genomfört en kvalitetsgranskning av Gränsvägens gruppboende. Granskningen visade att verksamheten har utvecklingsområden som behöver förbättras, dock visades inga brister som behöver åtgärdas. Utifrån granskningen bedömde äldre- och omsorgsförvaltningen att det inte behövde begäras in en åtgärdsplan då verksamheten är av god kvalitet och har arbetssätt som med fördel kan spridas till andra verksamheter.

### **11.5 Granskningsrapport Trollängens Vård- och omsorgsboende**

Kvalitetcontrollers från enheten juridik och utredning har under oktober och november 2022 genomfört en kvalitetsgranskning av Trollängens vård- och omsorgsboende. Granskningen visade att verksamheten har brister som behöver åtgärdas. Verksamheten måste säkerställa att personalen dokumenterar i enlighet med de krav som ställs, att verksamheten får en bättre struktur för utevistelse och utveckla de gemensamma aktiviteterna samt att måltider och måltidsmiljön blir en trevlig stund på dagen. Annat som verksamheten behöver förbättra är anpassningarna i miljön inomhus för målgruppen samt att förtydliga och utveckla rutiner och strukturen i det dagliga arbetet så att personal arbetar på lika sätt oavsett vem som arbetar. Goda exempel som med fördel kan spridas till andra verksamheter är att verksamhetschefen på Trollängen är närvarande och tillgänglig för boende, anhöriga och personal. Utifrån granskningen bedömde äldre- och omsorgsförvaltningen att en åtgärdsplan skulle begäras in.

## **12 Mål- och utvecklingsområden 2023**

- Implementera ett nytt verksamhetssystem – Alfa eCare
- Implementera IBIC – fortsatt arbete kring utbildning och support

- Implementera nytt avvikelssystem – DF respons
- Inköp av och implementering av ett digitalt kvalitetsledningssystem
- Processkartläggning – fortsatt arbete kommer ske under 2023
- Fortsatt utveckling av avvikelshantering
- Utveckla arbetet med att analysera, dokumentera och följa upp vidtagna åtgärder
- Fortsatt arbete med att utveckla kvalitetsrådet som sammanhållande forum för systematiskt kvalitetsarbete
- Fortsatt arbete med att utveckla samverkan
- Digital utveckling – förenklad handläggning, e-tjänster mm
- Risk- och sårbarhetsanalys – under 2022 har alla enheterna gjort riskanalyser som satts samman till en övergripande risk- och sårbarhetsanalys. Fortsatt arbete kommer ske under 2023
- Verksamhetsuppföljning – som kommer genomföras av kvalitetcontrollers. Fokus under 2023 är nystartsgranskningar av ett VoB och två Gruppbestäder, LSS, verksamhetsgranskning av kommunala hemtjänsten och uppföljande granskningar av en gruppbestad, LSS, och tre boendestödsutförare samt en temagranskning av myndighetsutövning LSS.