

Kvalitetsberättelse 2023

Myndigheten för äldre och funktionsnedsättning

2024-04-30

Maria Söder
Socialt ansvarig samordnare

tyresö kommun 

Innehållsförteckning

Kvalitetsberättelse 2023	1
1 Sammanfattning	6
2 Inledning.....	7
2.1 Bakgrund och syfte.....	7
2.2 Definition av kvalitet.....	7
3 Styrning av verksamhetsuppdraget	7
4 Organisatoriskt ansvar för kvalitetsarbete	7
4.1 Äldre- och omsorgsnämnden	7
4.2 Förvaltningschef	8
4.3 Enhetschef med myndighetsansvar	8
4.4 Verksamhetschef och enhetschef med verksamhetsansvar.....	8
4.5 Ansvar för samverkan	8
4.6 Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS).....	8
4.7 Socialt ansvarig samordnare (SAS).....	8
4.8 Medarbetares ansvar.....	9
5 Systematiskt kvalitetsarbete	9
6 Processer, rutiner och riktlinjer	9
6.1 Samverkan.....	10
7 Systematiskt förbättringsarbete	11
7.1 Forum för kvalitetsarbete	11
7.2 Riskanalyser	11
7.3 Informationssäkerhet	12
7.4 Egenkontroller	12
7.4.1 Ej verkställda beslut	13
7.4.2 Undersökningar	14
7.4.3 Brukarundersökning myndighetsutövning	14
7.4.4 Utförarundersökning om myndighetsutövning, LSS och SoL ...	15
7.4.5 Systematisk individuppföljning	16

7.4.6	Anhörigstöd	18
7.4.7	Avtals- och verksamhetsuppföljningar.....	19
7.4.8	Bostadsanpassningsbidrag.....	20
7.5	Synpunkter och avvikelser.....	21
7.5.1	Synpunkter	21
7.5.2	Avvikelser	21
7.5.3	Lex Sarah	22
8	Nationella undersökningar av verksamhetens kvalitet	24
8.1	Brukarundersökning äldreomsorgen – Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?	24
8.2	Brukarundersökning funktionsnedsättningsområdet, LSS	25
8.3	Kommunens kvalitet i korthet (KKIK)	25
9	Medarbetarnas medverkan i kvalitetsarbetet	27
10	Dokumentation	27
10.1	Dokumentstyrning och dokumentation av kvalitetsarbetet	27
10.2	Kvalitetssäkring av styr- och stöddokument	28
10.3	Social dokumentation.....	28
11	Tillsyn/Granskningar.....	28
11.1	Uppföljande granskning av skydd mot assistansfusk	29
11.2	Uppföljningsgranskning av Lindalens boendestöd.....	29
11.3	Uppföljningsgranskning av Funkisgruppens boendestöd	29
11.4	Granskningsrapport Sköndalsvillan	29
11.5	Uppföljningsgranskning av Villa Strandvägen, LSS	29
11.6	Granskningsrapport Tärningens gruppbostad, LSS	30
11.7	Granskningsrapport Villa Linde, LSS	30
11.8	Granskningsrapport Nordisk hem och assistans AB	30
11.9	Granskningsrapport Myndighet LSS	30
11.10	Uppföljande granskning av kvaliteten i den kommunala hemtjänsten.....	30
11.11	Granskningsrapport hemtjänst, enhet 1	31
12	Mål- och utvecklingsområden 2024.....	31

1 Sammanfattning

Under 2023 har myndigheten haft en hög utvecklingstakt där medarbetarna har varit delaktiga och engagerade på olika sätt i förbättringsarbetet kring bland annat samsyn i rutiner och arbetssätt.

Under 2023 har det varit fortsatt fokus på att utveckla och förbättra myndighetens arbete med synpunkts- och avvikelshantering. Synpunkter och avvikelser ger viktig information om utvecklings- och förbättringsområden och är därmed en viktig del i myndighetens systematiska kvalitetsarbete. Under maj och juni månad genomfördes en workshop vid tre tillfällen gällande avvikelshantering för samtliga medarbetare på myndigheten. Efter genomförda workshops implementerades nya rutiner för avvikelshantering och en ny mall för avvikelserapportering.

Under året har det varit ett fortsatt arbete kring att säkerställa enhetliga arbetssätt och utveckla myndighetens kvalitetsarbete, att systematiskt arbeta med sammanställning och redovisning av resultat, analyser och åtgärdsplaner samt uppföljningar.

Samverkan är ett ytterligare utvecklingsområde som myndigheten fortsatt har arbetat med under 2023. Bland annat har interna och externa samverkansforum följts upp månadsvis i dialog med medarbetarna på myndigheten.

Ett annat fokusområde under 2023 har varit att inventera myndighetens och enheternas processer och rutiner för att förbereda inför implementering av ett digitalt kvalitetsledningssystem som är planerad att införas under 2024.

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

Resultaten av årets nationella brukarundersökningar har sammanställts och presenterats i verksamheterna och för äldre- och omsorgsnämnden.

Under året har det varit fortsatt fokus på socialtjänstens nya verksamhetssystem Alfa eCare. Under december månad meddelade styrgruppen att de tillsammans med Alfa eCare kommit fram till ett gemensamt beslut att avbryta införandet av socialtjänstens verksamhetssystem.

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 bedrivna verksamheter 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.

Medarbetarna på respektive enhet har under året kontinuerligt uppdaterat eller upprättat de rutiner som behövs för att säkra kvaliteten inom sitt ansvarsområde.

Under senare delen av 2023 har ett större arbete påbörjats med att kartlägga myndighetens processer och rutiner. Arbetet med att kartlägga processer och rutiner kommer att fortsätta under 2024 då äldre- och omsorgsförvaltningen ska införa ett digitalt kvalitetsledningssystem.

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 externt med föreningar samt organisationer.

Under 2023 har olika samarbetsformer ökat, främst för målgruppen med komplex problematik. Detta har bidragit till ett allt mer lösningsfokuserat arbetssätt och identifiering av förbättringsområden mellan myndighet och andra aktörer. Dock har medarbetare på myndigheten lyft upp att det finns brister i den interna samverkan med andra förvaltningar. Vissa brister har berott på att det finns en otydlighet i ansvarsfördelning samt olika roller. Förbättringsarbete under 2024 är att förtydliga processer som myndigheten delar med andra verksamheter och förvaltningar inom kommunen.

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.

Samverkan sker också kontinuerligt under året med Kommunala Pensionärsrådet (KPR) och Kommunens tillgänglighetsråd (KTR) och inom kommunens övriga förvaltningar.

Sedan hösten 2022 pågår ett kommunalt projekt, 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.

Under 2023 har det varit fortsatt fokus på att arbeta mer strukturerat och systematiskt med kvalitetsarbetet inom myndigheten. Både på enhets- och verksamhetsnivå har ansvarig chef tillsammans med medarbetarna månadsvis följt upp risk- och handlingsplan, egenkontroller och inkomna synpunkter och avvikelser. Förbättringsarbete under 2024 är analysdelen, att få mer tid för dialog och diskussion kring resultaten samt utveckla arbetet med åtgärder och återkopplingar.

I väntan på ett digitalt kvalitetsledningssystem har en viss anpassning och utveckling för att stödja det systematiska kvalitetsarbetet pågått under 2023 och kommer att fortsätta under 2024.

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 myndigheten 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:

- Införande av nytt verksamhetssystem
- Införande av IBIC

- Välfärdsbrottslighet
- Platsbrist i särskilda boenden
- Försämrade arbetsmiljö
- Hög arbetsbelastning
- Otydlighet mellan beställare och utförare
- Tekniska problem (nätåtkomst på arbetsplats)
- Distansarbete
- Ökade kostnader för köpta platser
- Ej verkställda beslut

7.3 Informations säkerhet

Informations säkerhet 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 informations säkerheten. 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 informations säkerhet. Inom förvaltningen finns även tillgång till en webbaserad utbildning gällande informations säkerhet som medarbetare ska genomföra en gång per år. Risk-analyser är viktiga delar i det systematiska informations säkerhetsarbetet. 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

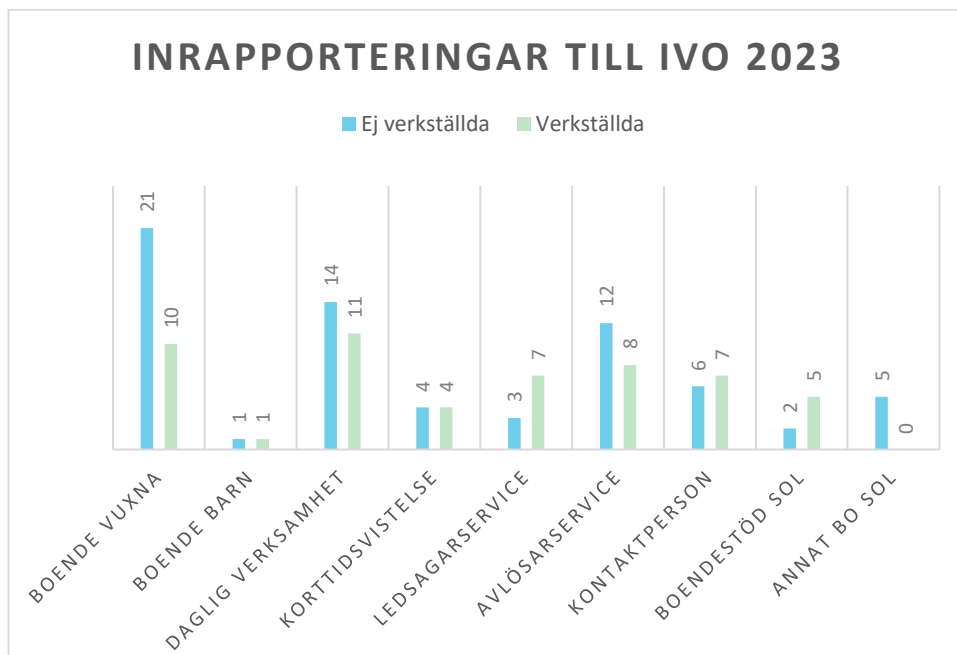
- Granskning av journaler, akter och annan dokumentation
- Verksamhetsuppföljningar

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.

7.4.1 Ej verkställda beslut

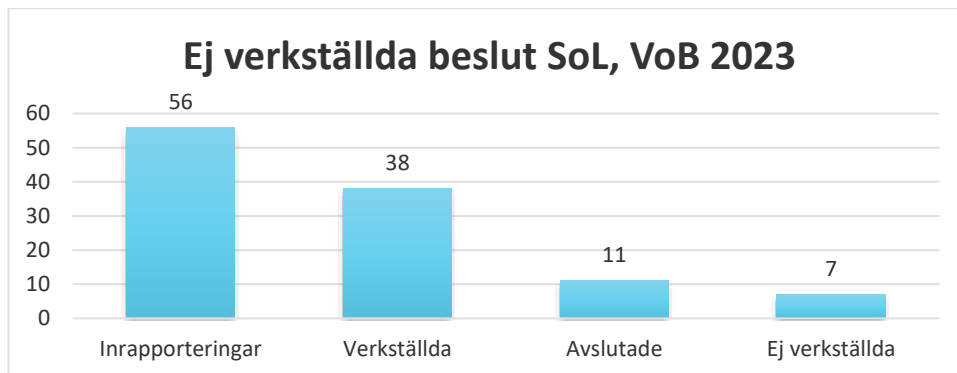
Nämnden är skyldig att rapportera till IVO om beviljat bistånd enligt 4 kap. 1§ SoL och insatser enligt 9§ LSS inte har verkställts inom tre månader efter beslut. Nämnden ska även rapportera om en insats har avbrutits och inte verkställts på nytt inom tre månader. Ej verkställda beslut ska fortsätta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

Funktionsnedsättningsområdet, LSS



Under 2023 har det inom funktionsnedsättningsområdet rapporterats in 68 ej verkställda beslut och 53 inrapporterade beslut har verkställts eller avslutats på egen begäran. På myndigheten LSS har man månadsvis följt upp ej verkställda beslut och arbetat med att erbjuda andra insatser i avvaktan på verkställighet.

Äldreomsorg, SoL



Inom äldreomsorgen är det endast beslut om vård- och omsorgsboenden som rapporterats in till inspektionen för vård och omsorg (IVO) under 2023. Under året har det rapporterats in 56 beslut på vård- och omsorgsboenden, varav 38 har verkställts och 11 avslutats under året. 7 beslut är fortsatt ej verkställda.

7.4.2 Undersökningar

Att ta del av brukarnöjdheten på olika sätt är en del av det systematiska kvalitetsarbetet inom myndigheten. Resultaten har använts till att förbättra och utveckla arbetet med uppföljningar. Under året har det varit fortsatt fokus på individuppföljningar inom både SoL- och LSS-enheten. Resultaten från den nationella brukarundersökningen ÄO har 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 åtgärder har vidtagits vid behov i form av åtgärdsplaner eller uppföljningar.

7.4.3 Brukarundersökning myndighetsutövning

Under 2023 har brukarundersökningen för myndighetsutövning SoL och LSS skickats ut kontinuerligt i samband med nytt beslut eller vid nyprövning av beslut. Förutom bakgrundsfrågor ställs 9 frågor inom områdena tillgänglighet, information, bemötande och synpunktshantering.

Resultatet i 2023 års brukarundersökning inom myndighetsutövning LSS visar en fortsatt positiv riktning. 78 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 78 procent positivt på frågan. Mindre nöjdhet ses inom synpunktshantering, endast 56 procent av de svarande vet var de ska vända sig för att lämna synpunkter på myndigheten. När det gäller bemötande uppger 85 procent av de svarande att de blivit bra bemötta. Hela 82 procent uppger att de har förtroende för myndigheten LSS.

Resultatet i årets brukarundersökning inom myndighetsutövning SoL visar en positiv riktning. 83 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 89 procent positivt på frågan. Mindre nöjdhet ses inom synpunktshantering, endast 53 procent vet var de ska vända sig för att lämna synpunkter på myndigheten. När det gäller bemötande uppger 97 procent av de svarande att de blivit bra bemötta. Hela 80 procent uppger att de har förtroende för myndigheten SoL.

Resultatet i årets brukarundersökning för avgiftshandläggare visar att 57 procent upplever att senaste avgiftsbeslutet var enkelt att förstå, endast 2 procent svarade negativt och övriga 41 procent svarade vet ej/ingen åsikt eller har inte fått något beslut än. På frågan som handlar om senaste fakturan svarade 43 procent positivt, 3 procent negativt och 54 procent vet inte/ingen åsikt eller har inte fått någon faktura än.

Resultaten för myndighetsutövning SoL och LSS visar en positiv riktning i jämförelse med föregående års undersökning, andelen positiva svar har ökat i ett flertal frågor. Lägst resultat har frågan som handlar om att lämna synpunkter, trots en viss ökning av nöjdhet är resultat fortsatt lågt i denna fråga. Information gällande synpunktshantering är ett fortsatt utvecklingsområde att arbeta vidare med under 2024.

7.4.4 Utförarundersökning om myndighetsutövning, LSS och SoL **Utförarundersökning LSS**

En utförarundersökning om myndighetsutövning LSS genomfördes under vintern/våren 2023. Syftet var att undersöka hur utförare uppfattar myndighet LSS som beställare och få förslag på förbättringar. Det var totalt 37 verksamheter som svarade på enkäten. De tillfrågade var interna och externa utförare inom bostäder med särskild service, daglig verksamhet, korttidsvistelse, korttidsstillsyn, kontaktperson och avlösar- och ledsagarservice samt boendestöd. Det var fem fasta frågor och en öppen för övrig feedback.

Resultatet visar att 80 procent av de svarande upplever att det är mycket eller ganska lätt att få kontakt med myndighet LSS. På frågan som handlar om uppdragen till utförarna uppger 57 procent att de är mycket eller ganska tydliga. När det gäller uppföljningar från myndigheten LSS upplever 64 procent att de är mycket eller ganska bra. På frågan som handlar om samverkan med myndighet LSS uppger 61 procent att den är mycket eller ganska bra. 86 procent upplever att de har de rätta förutsättningarna som behövs för att bedriva verksamhet som tillförsäkrar den enskilde goda levnadsvillkor. Kommentarer som lämnades var bland annat, större förståelse för hur verksamheterna påverkas av låga prisjusteringar, ni är mycket trevliga att ha att göra med, ärenden gällande boende tar lång tid, önskar mer samverkan i form av möten och önskar mer uppföljningar av handläggare. Förbättringsområden att arbeta vidare med under 2024 är att se över hur uppdragen kan bli tydligare och med individuppföljningar.

Utförarundersökning SoL

Utförarundersökningen om myndighetsutövning SoL genomfördes under september månad 2023. 60 procent av de tillfrågade svarade på enkäten. De tillfrågade var interna och externa utförare inom hemtjänst, ledsagar- och avlösarservice, dagverksamhet, vård- och omsorgsboenden och korttidsplatser.

91 procent av de svarande upplever att det är mycket eller ganska lätt att komma i kontakt med myndighet SoL. På frågan som handlar om hur utföraren upplever uppdragen som de tar emot från myndigheten uppger 75 procent att de är mycket eller ganska tydliga. 66 procent av de svarande upplever att handläggarnas individuppföljningar är mycket eller ganska bra. När det gäller samverkan med myndighet SoL upplever 91 procent att den är mycket eller ganska bra. Kommentarer som lämnades var bland annat, tycker det mesta fungerar bra, vi har fått tagit emot uppdrag som ibland är flera år gamla, bra kommunikation, ibland saknas återkoppling, bemötande av dementa boende är inte alltid lätt och vi tycker allt fungerar väldigt bra. Förbättringsområden att arbeta vidare med under 2024 är att se över hur uppdragen kan bli tydligare och med individuppföljningar.

7.4.5 Systematisk individuppföljning

Inom myndighetsutövning för SoL och LSS har det varit fortsatt arbete kring systematisk individuppföljning. I samband med uppföljning på individnivå ställs specifika kvalitetsfrågor som sedan registreras i enkätverktyget, 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.

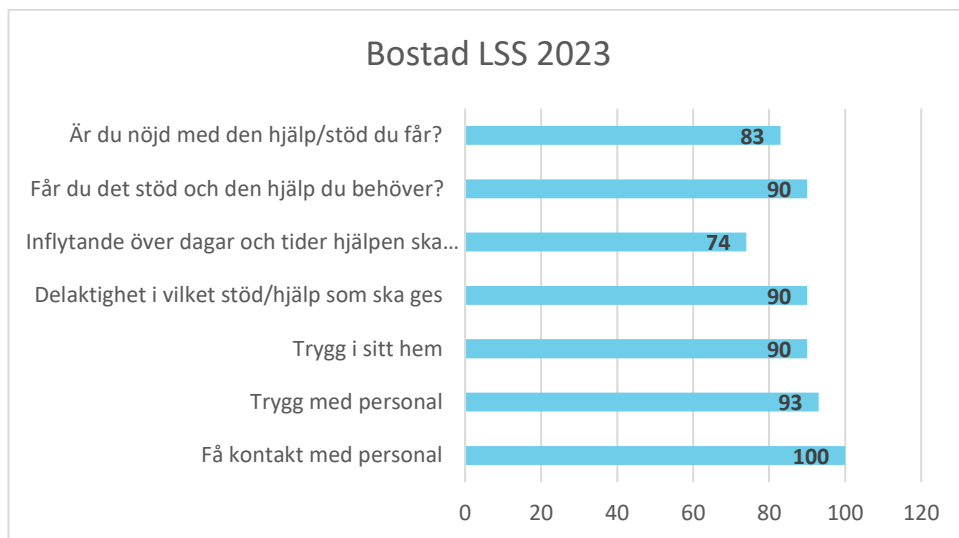
En systematisk uppföljning på individnivå innebär att:

- 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 endast 5 individuppföljningar registrerats. Resultatet för 2023 visar övervägande positiva resultat. Hela 100 procent uppger att de är nöjda och känner sig trygga med sin avlösare. Vidare anser 100 procent att de blir lyssnade på och känner att de har inflytande över utförandet av sin insats.

Inom bostad med särskild service har 62 individuppföljningar registrerats. Högst nöjdhet ses inom områdena tillgänglighet, trygghet och delaktighet. Mindre nöjda är de boende med inflytande över dagar och tider som hjälpen ska utföras.

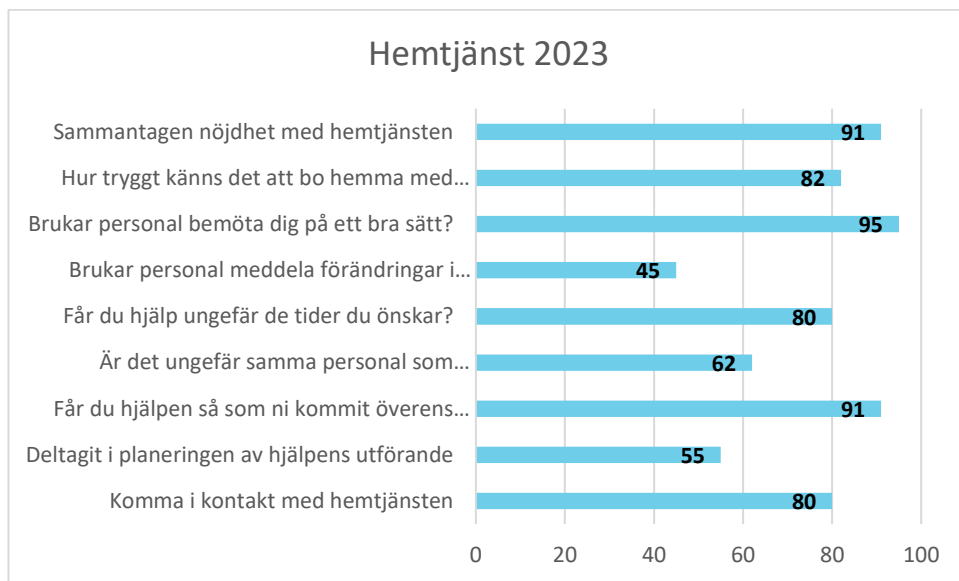


Inom daglig verksamhet har 43 individuppföljningar registrerats. Högst nöjdhet ses inom områdena tillgänglighet och inflytande. Mindre nöjda är deltagarna med delaktigheten i vilket stöd som ska ges.



Inom äldreomsorgen registreras individuppföljning som görs inom hemtjänst och vård- och omsorgsboenden.

Inom hemtjänst har 96 individuppföljningar registrerats. Hela 91 procent är sammantaget nöjda med sin hemtjänst. Högst nöjdhet ses inom områdena bemötande, inflytande och trygghet. Mindre nöjda är hemtjänsttagare med information och delaktighet.



Inom vård- och omsorgsboenden har 209 individuppföljningar registrerats. Svarefrekvensen ligger i snitt på 55 procent av de tillfrågade. Högst nöjdhet ses inom områdena trivsel och bemötande. Mindre nöjda är de boende med utevistelse, måltidssituation och inflytande.



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 anhörigcafé, anhöriggrupper och föreläsningar.

Anhörigcafé är en öppen verksamhet som erbjuds en gång per månad. Under året har det i snitt deltagit fem till sex personer vid de tillfällen som caféet varit öppet. Till anhörigcaféet bjuds olika föreläsare in med teman kopplat till anhörigrollen.

Under 2023 blev det sammanlagt 5 anhöriggrupper med olika inriktningar som anhörig till närstående med demenssjukdom, anhörig till boende på vård- och omsorgsboende och anhörig till ung vuxen med neuropsykiatrisk funktionsnedsättning. Under augusti månad anordnades en Må bra-dag för anhöriga på Notholmen med olika aktiviteter som NIA, yoga och klangmeditation.

Anhöriggrupperna har genomförts under 5 veckor, en gång per vecka under cirka 3 timmar. Efter avslutad anhöriggrupp har en utvärdering genomförts. Syftet med utvärderingen är att följa upp om gruppens mående påverkats av att delta i en anhöriggrupp samt för att kunna utveckla innehållet i träffarna. Resultaten från de olika anhöriggrupperna har övervägande varit positiva gällande deltagande i anhöriggrupperna och de teman som träffarna innehållit. När det gäller förväntningarna på gruppen har det varit varierande resultat. Ett önskemål som kommit upp vid flera utvärderingar är att det anordnas en återträff för anhöriggruppen. Dock har intresset för deltagande vid återträffar som anordnats varit av varierande resultat.

Den 6 oktober 2023 genomfördes den årliga anhörigdagen i Tyresö centrum. I år deltog nio organisationer/verksamheter som direkt/indirekt finns för att stötta anhöriga i Tyresö kommun. Dagen innehöll också fyra olika föreläsningar på biblioteket i Tyresö centrum. Överlag blev dagen lyckad, dock med en liten besvikelse över att så få medborgare tar del av dagens utbud, främst gällande föreläsningarna.

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.

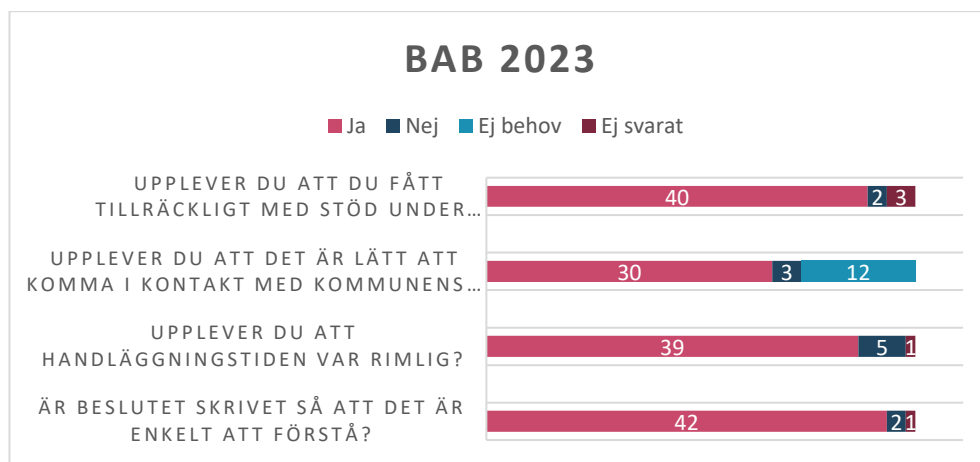
Under 2023 har en administrativ granskning av de vård- och omsorgsboenden som finns i kommunen genomförts. Granskningen visade att boendena i stort är välfungerande. Inför 2024 planeras en fortsatt avtalsuppföljning på enstaka köpta boendeplatser, LSS samt en fördjupad avtalsgranskning på vård- och omsorgsboende och hemtjänst.

En gång per år, senast den 28 februari ska LOV-utförare inkomma med en verksamhets- och kvalitetsberättelse till äldre- och omsorgsförvaltningen. Vad som ska redovisas i verksamhets- och kvalitetsberättelsen är fastställt i avtalet mellan kommunen och utföraren. För att säkerställa att innehållet enligt avtalet finns med i utförarnas verksamhets- och kvalitetsberättelse har samtliga granskats under perioden mars-april 2023. Granskningen visade att de flesta utförare har en tydlig struktur som gav en bra beskrivning och redovisning av det arbete som skett i verksamheterna under året. Några få utförare har dock fått inkomma med förtydliganden och kompletteringar då det saknats uppgifter som enligt avtal ska redovisas.

Under 2023 har två LOV-utförare avslutat sina avtal med Tyresö kommun. Hemtjänstföretaget Klippans omsorg blev uppsagda på grund av att de inte fått några kunder under första året. Nordisk Hem och Assistans AB (ledsagarservice och avlösarservice, LSS) valde kort efter att de kvalitetsgranskats av kvalitetcontrollers på Tyresö kommun att avsluta sitt avtal med Tyresö kommun.

7.4.8 Bostadsanpassningsbidrag

Under 2023 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 99 personer haft möjlighet att delta i undersökningen varav 45 valde att svara på enkäten.



42 av 45 svaranden anser att besluten är skrivna så det är enkelt att förstå och 39 av 45 svaranden upplever att handläggningstiden är rimlig. 40 av 45 svaranden uppger att de fått tillräckligt med stöd under ärendets gång. 30 av 45 svaranden uppger att det är lätt att komma i kontakt med bostadsanpassningshandläggare.

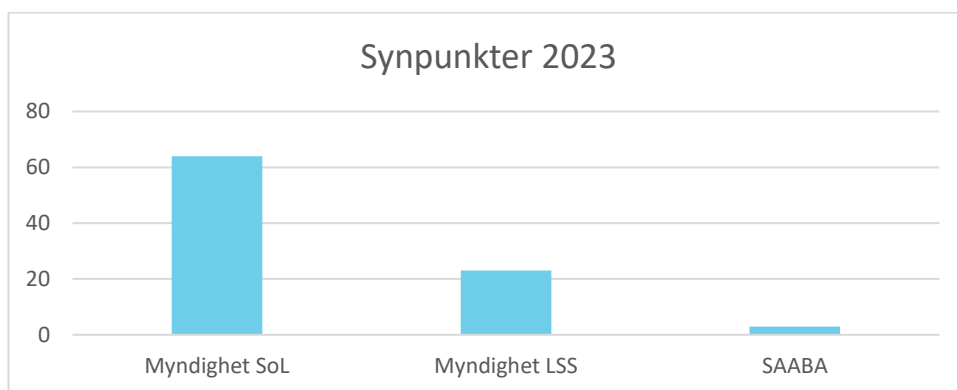
Under 2023 har myndigheten både på enhets- och verksamhetsnivå haft ett fortsatt arbete med att få in systematiken i att ta del av och redovisa resultaten

från till exempel undersökningar som genomförts internt och externt och statistik som tas fram på enheterna. Utvecklingsområde att arbeta vidare med under 2024 är analyser och åtgärder utifrån framtagna resultat.

7.5 Synpunkter och avvikelser

7.5.1 Synpunkter

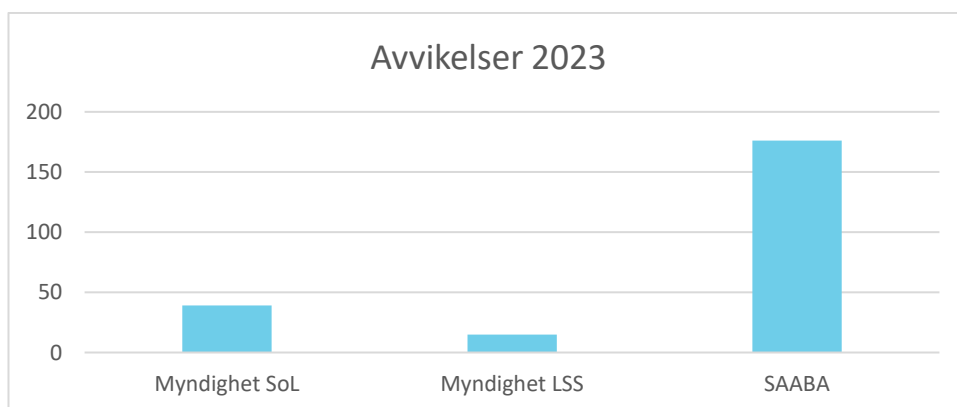
Synpunktshantering är en viktig del i kvalitetsarbetet och ger medborgare, brukare, anhöriga med flera, möjlighet att bidra till förbättringar av verksamheterna.



Under 2023 har 90 synpunkter inkommit till myndigheten, varav 64 till SoL-enheten, 23 till LSS-enheten och 3 till SAABA-enheten. Synpunkterna har till störst del avsett utförare. De synpunkter som lämnats på myndighetsutövning har avsett tillgänglighet, 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.



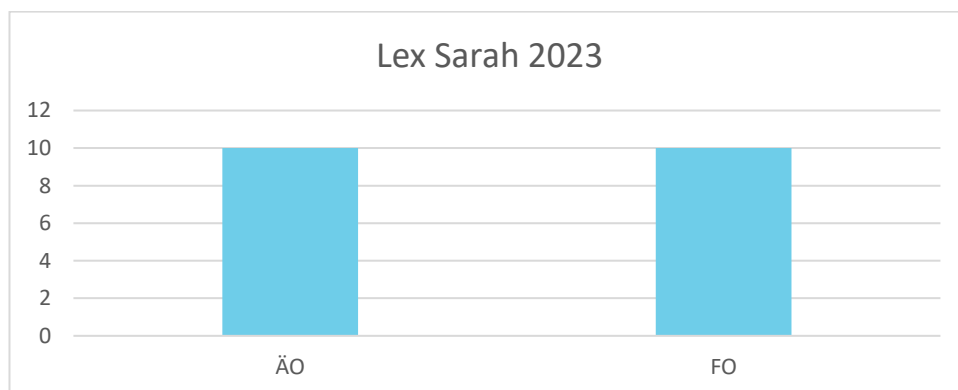
Under 2023 har 230 avvikelser registrerats på myndigheten, varav 39 på SoL-enheten, 15 på LSS-enheten och 176 på SAABA-enheten. 23 av dessa

avvikelser avser myndighetsutövning. Avvikelserna har avsett brister i information och samverkan samt bristande följsamhet till rutiner. Övriga avvikelser som registrerats på myndigheten avser utförare och har övervägande avsett brister i rapportering och brister i utförande, bemötande, information och tillgänglighet.

Under 2023 har det varit fortsatt fokus på att utveckla och systematisera arbetet med synpunkts- och avvikelshantering på myndigheten. Bland annat genomfördes en workshop för medarbetarna under våren/sommaren 2023 gällande intern avvikelshantering. Efter avslutad workshop upprättades nya rutiner och en mall för avvikelserapporter togs fram. Under 2023 har det registrerats 23 avvikelser som avser myndigheten. Trots en ökning ses en fortsatt underrapportering av avvikelser. I sammanställningen av avvikelserna är det skillnad mellan de olika enheterna på myndigheten vilket innebär att det påbörjade arbetet med intern avvikelshantering inom myndigheten kommer fortsätta under 2024. Enheterna på myndigheten behöver också utveckla arbetet med att analysera, hantera och följa upp de åtgärder som vidtas utifrån upprättade avvikelser.

7.5.3 Lex Sarah

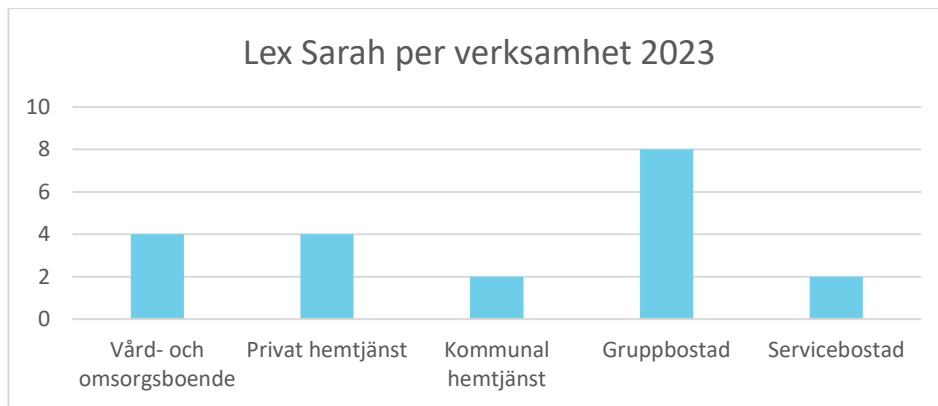
All personal som arbetar inom äldre- och omsorgsförvaltningen har skyldighet enligt lag att rapportera missförhållande eller risk för missförhållande. Ett allvarligt missförhållande eller risk för allvarligt missförhållande ska anmälas till inspektionen för vård och omsorg (IVO) snarast. Beslut om anmälan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



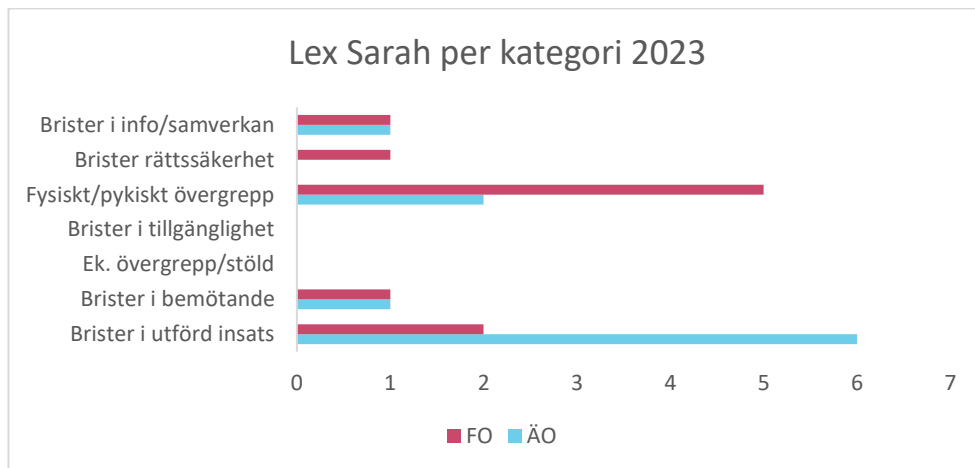
Under 2023 har det registrerats 20 lex Sarah-rapporter. 10 rapporter avser äldreomsorgen och 10 funktionsnedsättningsområdet. 12 av dessa avser kommunal regi och 8 avser privat regi.

Av de inkomna lex Sarah-rapporterna har 2 anmälts till Inspektionen för vård och omsorg (IVO), av privata utförare inom vård- och omsorgsboenden. IVO har handlagt ett ärende som avslutades med bedömningen att huvudmannen

har fullgjort sin utrednings- och anmälningskyldighet och att IVO avslutar ärendet.



20 lex Sarah har registrerats under året som avser både kommunala och privata utförare. 9 rapporter har avsett bostad med särskild service i kommunal regi och 1 i privat regi. 4 rapporter från hemtjänsten avser privat regi och 2 kommunal regi. Vad gäller vård- och omsorgsboende har 4 rapporter inkommit från entreprenader.



Av 20 lex Sarah-rapporter avser 8 brister i utförd insats, 2 brister i bemötande, 7 fysiskt/psykiskt övergrepp, 1 brister i rättssäkerhet och 2 brister i information/samverkan. 12 av dessa har rapporterats från kommunal regi och 8 från privata utförare. Bakomliggande orsaker som har identifierats är bland annat bristande följsamhet till riktlinjer och rutiner, bristande dokumentation, bemötande, information och kommunikation.

Föregående år 2022 rapporterades det 15 lex Sarah-rapporter till äldre- och omsorgsförvaltningen. Under 2023 har det registrerats 20 lex Sarah-rapporter och trots en ökning ser förvaltningen en fortsatt trolig underrapportering i antalet rapporterade lex Sarah-rapporter. Inom förvaltningens myndighetsutövning har ingen lex Sarah-rapport upprättats under året. Med

anledning av en trolig underrapportering av lex Sarah ser förvaltningen att det finns ett fortsatt behov av att öka kunskapen om skyldigheten att rapportera brister och att det ska ske i direkt anslutning till att en händelse upptäcks.

Sedan hösten 2022 har äldre- och omsorgsförvaltningen haft ett pågående arbete med att utveckla processen och hanteringen av lex Sarah. En av förbättringsåtgärderna som genomförts under 2023 är att socialt ansvarig samordnare (SAS) utreder de lex Sarah-rapporter som upprättas inom äldre- och omsorgsförvaltningens verksamheter. Andra förbättringsområden att arbeta vidare med under 2024 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 2023 års brukarundersökning inom äldreomsorgen har generellt förändrats i en positiv riktning, främst inom särskilt boende. Inom ordinärt boende med stöd av hemtjänst är nöjdheten något lägre och till viss del oförändrat. 72 procent av de boende på särskilt boende är sammantaget nöjda med sitt boende, i föregående undersökning var siffran 60 procent nöjdhet. För personer i ordinärt boende med hemtjänst är 86 procent sammantaget nöjda med hemtjänsten. Även 2022 var den totala nöjdheten 86 procent.

Resultaten för 2023 är på många frågor främst in särskilda boenden mer positiva än tidigare år. Inom SÄBO har nöjdheten ökat mest i frågorna som handlar om sociala aktiviteter, hänsyn till åsikter och önskemål och att kunna påverka tider. Lägre nöjdhet ses inom frågorna trivsel utomhus, att lämna synpunkter och information om tillfälliga förändringar.

Inom ordinärt boende med hemtjänst har nöjdheten ökat mest i frågorna som handlar om tillräckligt med tid, hänsyn till åsikter och önskemål samt förtroende för personal. Lägre nöjdhet ses inom frågorna information om tillfälliga förändringar, påverka tider och komma i kontakt med personalen.

Utifrån resultaten i 2023 års brukarundersökning bedömde äldre- och omsorgsförvaltningen att det fanns förbättringsområden som behöver utredas

och analyseras vidare tillsammans med ansvariga. Åtgärder som vidtogs från äldre- och omsorgsförvaltningen var att begära in åtgärdsplaner från verksamheterna inom vård- och omsorgsboende som beskriver vad som behöver åtgärdas utifrån resultaten i den nationella brukarundersökningen.

8.2 Brukarundersökning funktionsnedsättningsområdet, LSS

Resultatet för 2023 års brukarundersökning inom funktionsnedsättningsområdet, LSS har generellt förändrats i en positiv riktning, främst inom gruppboende och serviceboende. Inom daglig verksamhet är nöjdheten något lägre och till viss del oförändrat. Resultatet är på många frågor främst inom gruppboende och serviceboende mer positiva än tidigare år.

Inom gruppboende har de boendes nöjdhet ökat mest inom områdena kommunikation, rätt stöd och omtanke. Även inom serviceboende har nöjdheten ökat mest gällande kommunikation och rätt stöd samt inom frågan som handlar om att lämna synpunkter. Mindre nöjda är de boende både i gruppboende och serviceboende med tryggheten i sitt hem. Inom daglig verksamhet ses en ökad nöjdhet inom området trygghet. Mindre nöjdhet ses inom områdena trivsel och förtroende för personal.

Utifrån resultaten i 2023 års brukarundersökning bedömde äldre- och omsorgsförvaltningen att det fanns förbättringsområden som behövde utredas och analyseras vidare tillsammans med ansvariga. Åtgärder som vidtogs från äldre- och omsorgsförvaltningen var att begära in åtgärdsplaner från verksamheterna inom kommunal regi som beskriver vad som behöver åtgärdas utifrån resultaten i den nationella brukarundersökningen.

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 KKIK för äldreomsorgen

Nyckeltal	2021	2022	2023
Leva och bo självständigt			
Brukarbedömning hemtjänst äldreomsorg - helhetssyn, andel (%)		84	86
Brukarbedömning särskilt boende äldreomsorg - helhetssyn, andel (%)		59	72
Aktiv och meningsfull tillvaro			
Brukarbedömning hemtjänst äldreomsorg - hälsotillstånd, andel (%)		30	34
Brukarbedömning hemtjänst äldreomsorg - besvärar av ensamhet kommun, andel (%)		52	51

Inom äldreomsorgen visar resultatet att helhetssynen på hemtjänst ökat med 2 procentenheter från 84 procent till 86 procent och inom vård- och omsorgsboende har nöjdheten ökat med 13 procentenheter från 59 procent till 72 procent.

Resultat KKIK för funktionsnedsättningsområdet, LSS

Nyckeltal	2021	2022	2023
Boende			
GB LSS - Brukaren känner sig trygg med alla i personalen, andel (%)	85	73	82
SB LSS - Brukaren får bestämma om saker som är viktiga hemma, andel (%)	88	81	86
Utredningstid i antal dagar från ansökan till beslut om LSS-insats (alla insatser), medelvärde	65	53	40
Daglig verksamhet			
DV LSS - Brukaren trivs alltid på sin dagliga verksamhet, andel (%)	92	91	75

Inom funktionsnedsättningsområdet LSS visar resultatet att de boendes nöjdhet har ökat med 9 procentenheter från 73 procent till 82 procent gällande känslan av tryggheten med alla i personalen. Även nöjdheten över att få bestämma om saker som är viktiga hemma har ökat, från 81 procent till 86 procent. Positivt är att utredningstiden har minskat från 53 dagar till 40 dagar. Inom daglig verksamhet ses en negativ riktning när det handlar om brukarnas trivsel på sin dagliga verksamhet. Nöjdheten har minskat med 16 procentenheter från 91 procent till 75 procent.

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.

Medarbetarnas medverkan i kvalitetsarbetet är nödvändigt och en förutsättning för god kvalitet. Under året har medarbetare inom myndigheten deltagit i månadsvisa möten som bland annat måldialoger, kvalitetsråd och förbättrings- och utvecklingsarbete. I dessa forum arbetar medarbetarna aktivt med att bland annat följa upp resultat från undersökningar och egenkontroller samt att förbättra processer och rutiner för att kunna utveckla och säkra kvaliteten på enheterna. Då myndighetens ledningssystem är uppbyggt på G: i mappar är det svårt att få en överblick och förståelse för hur de olika delarna påverkarna varandra, dvs att se helheten av det systematiska förbättringsarbetet. Arbetet med att öka förståelsen för det systematiska kvalitetsarbetet kommer fortsätta under 2024.

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. Myndighetens 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 avvikelshantering, 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.

Under 2023 har rapportering och dokumentation av kvalitetsarbetet förbättrats. Enheterna på myndigheten har månatligen sammanställt och

redovisat olika resultat som bland annat synpunkter, avvikelser, undersökningar och statistik. Det som inte dokumenteras i en tillräcklig omfattning är analysen av resultaten och vilka åtgärder som vidtas eller behöver vidtas. För att kunna använda resultaten för att strategiskt förbättra arbetet behöver analysarbetet förbättras inom samtliga enheter på myndigheten. Även åtgärder till följd av identifierade risker eller avvikelser dokumenteras i alltför liten omfattning. Dokumentation av kvalitetsarbetet är ett fortsatt utvecklingsområde som behöver arbetas vidare med under 2024.

10.2 Kvalitetssäkring av styr- och stöddokument

Under 2023 har ett fortsatt arbete pågått med att inventera och granska myndighetens styr- och stöddokument och att skapa gemensamma rutiner för gemensamma processer. Under året har enheterna på myndigheten löpande reviderat/upprättat nödvändiga styr- och stöddokument. Arbetet med styr- och stöddokument kommer att vara ett fokusområde under 2024 då ett digitalt kvalitetsledningssystem ska införas på förvaltningen.

10.3 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 2023 har ingen akt- eller journalgranskning genomförts inom myndighetsutövningen. Dessa är mycket viktiga för att säkra att rättssäkerheten upprätthålls genom korrekt dokumentation i handläggningen. Under 2024 kommer en dokumentationsgranskning genomföras inom myndighetsutövning, SoL.

11 Tillsyn/Granskningar

Under 2024 har det genomförts 9 kvalitetsgranskningar i enlighet med äldre- och omsorgsförvaltningens granskningsplan för privat och kommunal verksamhet.

På uppdrag av de förtroendevalda revisorerna har 2 granskningar genomförts under året. Granskningarna har avsett skydd mot assistansfusk och kvaliteten i den kommunala hemtjänsten.

11.1 Uppföljande granskning av skydd mot assistansfusk

Ernst & Young AB har på uppdrag av de förtroendevalda revisorerna följt upp den fördjupade granskningen av skydd mot assistansfusk som genomfördes under revisionsåret 2021. Syftet var att följa upp i vilken utsträckning åtgärder vidtagits utifrån lämnade rekommendationer, samt vilket resultat som uppnått. Inom ramen för granskning av skydd mot assistansfusk lämnade revisionen totalt 21 rekommendationer. Av dessa bedöms 8 vara åtgärdade och 8 delvis åtgärdade. Kommunen bedöms inte ha vidtagit åtgärd utifrån 5 av rekommendationerna.

11.2 Uppföljningsgranskning av Lindalens boendestöd

Kvalitetcontroller från Tyresö kommun har under december 2022 och januari 2023 genomfört en uppföljande granskning av Lindalens boendestöd, med anledning av tidigare granskning av verksamheten som genomfördes under våren 2022. Bedömningen utifrån den uppföljande granskningen är att det finns stora brister i ledning och styrning. Gällande den sociala dokumentationen har det skett en viss förbättring, dock kvarstår vissa brister som verksamheten behöver åtgärda.

11.3 Uppföljningsgranskning av Funkisgruppens boendestöd

Kvalitetcontroller från Tyresö kommun har under januari 2023 genomfört en uppföljande granskning av Funkisgruppens boendestöd, med anledning av tidigare granskning av verksamheten som genomfördes under våren 2022. Bedömningen utifrån den uppföljande granskningen är att åtgärder vidtagits enligt den framtagna planen och lett till förbättringar inom samtliga tidigare påtalade utvecklingsområden. Dock finns mindre kvarstående utvecklingsområden som verksamheten behöver arbeta vidare med.

11.4 Granskningsrapport Sköndalsvillan

Kvalitetcontrollers från Tyresö kommun har under februari och mars 2023 genomfört en kvalitetsgranskning av Sköndalsvillans vård- och omsorgsboende. Granskningen visade att verksamheten inte hade några brister att åtgärda.

11.5 Uppföljningsgranskning av Villa Strandvägen, LSS

Kvalitetcontrollers från Tyresö kommun har under mars och april 2023 genomfört en uppföljande granskning av Villa Strandvägens gruppboende, med anledning av tidigare granskning av verksamheten som genomfördes under andra kvartalet 2021. Bedömningen utifrån den uppföljande granskningen är att åtgärderna som vidtagits har utvecklat verksamheten och lett till förbättringar inom samtliga tidigare påtalade utvecklingsområden. Dock finns

mindre kvarstående utvecklingsområden som verksamheten behöver arbeta vidare med.

11.6 Granskningsrapport Tärningens gruppbostad, LSS

Kvalitetcontrollers från Tyresö kommun har under april och maj 2023 genomfört en kvalitetsgranskning av Tärningens gruppbostad. Granskningen visade att verksamheten har brister som åtgärdas och områden som behöver utvecklas. Granskningen visade också goda exempel som med fördel kan spridas till andra verksamheter. Till följd av granskningen begärde äldre- och omsorgsförvaltningen in en åtgärdsplan från verksamheten.

11.7 Granskningsrapport Villa Linde, LSS

Kvalitetcontrollers från Tyresö kommun har under maj och juni 2023 genomfört en kvalitetsgranskning av Villa Lindes gruppbostad. Granskningen visade att verksamheten inte hade några brister som behöver åtgärdas.

11.8 Granskningsrapport Nordisk hem och assistans AB

Kvalitetcontrollers från Tyresö kommun har under maj och juni 2023 genomfört en granskning av Nordisk Hem & LSS assistans AB. Granskningen visade att verksamheten hade brister som behövde åtgärdas. Till följd av granskningen begärde äldre- och omsorgsförvaltningen in en åtgärdsplan från verksamheten.

11.9 Granskningsrapport Myndighet LSS

Kvalitetcontrollers från Tyresö kommun har under september och oktober 2023 genomfört en kvalitetsgranskning av myndighet LSS på myndigheten för äldre- och funktionsnedsättning. Granskningen visade att enheten hade brister som behövde åtgärdas och områden som behöver utvecklas. Granskningen visade också goda exempel och att enheten har goda förutsättningar för att utföra sitt uppdrag. Till följd av granskningen begärde äldre- och omsorgsförvaltningen in en åtgärdsplan från verksamheten.

11.10 Uppföljande granskning av kvaliteten i den kommunala hemtjänsten

Ernst & Young AB (EY) har på uppdrag av Tyresö kommuns revisorer genomfört en granskning med syftet att bedöma om äldre- och omsorgsnämnden säkerställer ett ändamålsenligt arbete med att utveckla och säkra kvaliteten inom kommunens hemtjänst. EY:s sammanfattande bedömning i den uppföljande granskningen är att äldre- och omsorgsnämnden sedan den tidigare granskningen 2021 har tydliggjort uppföljningen av kvalitetsmålen och sett över kraven som kommunen ställer på de privata

utförarna. I den uppföljande granskningen lämnar EY fem rekommendationer till äldre- och omsorgsnämnden att svara på.

11.11 Granskningsrapport hemtjänst, enhet 1

Kvalitetcontrollers från Tyresö kommun har under november och december månad 2023 genomfört en granskning av hemtjänst i egen regi, enhet 1. Granskningen visade att enheten är framåtsträvande och arbetar lösningsfokuserat när olika utmaningar uppkommer. Annat som granskningen visar är att enheten överlag bedöms vara välfungerande utifrån undersökta kriterier, dock finns olika utmaningar som påverkar personalens arbetsmiljö och brukarnas upplevda kvalitet av hemtjänsten.

12 Mål- och utvecklingsområden 2024

Under 2024 kommer myndigheten arbeta vidare med:

- Implementering av ett digitalt kvalitetsledningssystem
- Processkartläggning
- Fortsatt utveckling av avvikelshantering
- Följa upp genomförda förändringar för att kvalitetssäkra resultaten
- Fortsatt utveckling av analyser, dokumentation och uppföljning av vidtagna åtgärder
- Fortsatt utveckling av kvalitetsrådet som sammanhållande forum för systematiskt kvalitetsarbete
- Fortsatt utveckling av samverkan
- Fortsatt utveckling av arbetssätt kring välfärdsbrott
- Fortsatt utveckling inom digitalisering för att uppnå en ökad effektivitet för verksamheten
- Förberedelse/planering för införande av ny socialtjänstlag