



# Brukarsäkerhetsberättelse 2023

<i>Brukarsäkerhetsberättelse 2023</i>		<i>Datum 202Å-MM-DD</i>
<i>Författare Emelie Sundberg, SAS</i>	<i>Vård- och omsorgsförvaltningen, Mölnåls stad</i>	

# Brukarsäkerhetsberättelse

## Innehåll

<b>1</b>	<b>Sammanfattning .....</b>	<b>3</b>
<b>2</b>	<b>Inledning .....</b>	<b>6</b>
2.1	Övergripande mål och styrning .....	7
2.2	Strategier .....	8
2.3	Lex Sarah, rapporterings- och utredningsskyldighet.....	8
<b>3</b>	<b>Indikatorer för god vård och omsorg.....</b>	<b>9</b>
3.1	Kunskapsbaserad.....	9
3.1.1	Områden som följs upp .....	9
3.2	Säker.....	11
3.2.1	Områden som följs upp .....	11
3.3	Individanpassad.....	23
3.3.1	Områden från brukarsäkerhetsplan .....	23
<b>4</b>	<b>Utvecklingsarbete som pågått - 2023 .....</b>	<b>24</b>
<b>5</b>	<b>Strategier och utmaningar för kommande år.....</b>	<b>25</b>
5.1	Områden som kommer följas upp 2024 .....	25
5.2	Trygghetsskapande teknik.....	25
5.3	IBIC .....	25
5.4	Uppföljning av beslut .....	25
5.5	Statistik ur verksamhetssystem .....	25
<b>6</b>	<b>Bilaga 1 – avvikelsestatistik.....</b>	<b>26</b>
<b>7</b>	<b>Bilaga 2 – resultat och analys av granskning av den sociala dokumentationen .....</b>	<b>29</b>

# 1 Sammanfattning

Socialt ansvarig samordnare (SAS) har följt upp de områden som finns beskrivna i brukarsäkerhetsplan för 2023 genom ett flertal centrala egenkontroller under året. Egenkontrollerna har genomförts genom olika enkätfrågor som ansvarig enhetschef (EC) svarat på tre gånger under året; april, september och november. Dialoger har även förts med verksamhetschefer (VC) och uppdragschef (UC), i maj och december. Varje enkät har haft olika fokusområden utifrån brukarsäkerhetsplanen. De områden som SAS, utifrån brukarsäkerhetsberättelse 2023, sett som nya eller fortsatta utvecklingsområden är beskrivna i slutet av brukarsäkerhetsberättelse 2023 och resultatet av uppföljningen under 2024, kommer redovisas för nämnd i en kvalitetsberättelse i stället för en brukarsäkerhetsberättelse i februari 2025. Syftet med förändringen är att på ett bredare plan arbeta med uppföljning av kvalitet inom förvaltningen.

Områden som följts upp 2023 är:

- *Teamarbete och samverkan, beteendemässiga och psykiska symtom vid demens (BPSD), förebygga missförhållanden, systematiskt kvalitetsarbete – implementering efter utbildning, avvikelser/lex Sarah/synpunkter- och klagomål, social dokumentation samt brukarens delaktighet.*

## Teamarbete och samverkan

Vid egenkontroll och i dialogmöte med chefer har det framkommit att teamsamverkan mellan legitimerad personal och omsorgspersonal förbättrats men att det finns fortsatt utvecklingspotential. Vid utredningar av lex Sarah noterar SAS att bristen på samverkan/informationsöverföring är en av orsakerna till händelseförloppet och bedömningen är att teamsamverkan, där brukarens behov är i centrum, behöver utvecklas i vård- och omsorgsförvaltningen (VOF). Det är positivt med framtagen anvisning mellan myndighetsenheten LSS, myndighetssenheten socialpsykiatri och funktionsstödsområdena (FS). I den finns tydliggörande av vilka samverkansforum som ska finnas och vilka funktioner som ska samverka. Liknande behöver tas fram för myndighetsenheten SoL och äldreomsorgen (ÄO).

## BPSD

Under året har demensteamet genomfört 13 utbildningstillfällen kring grundkunskap inom demens för 150 omsorgspersonal inom äldreboende egenregi. Arbetet med BPSD har implementerats i högre utsträckning vid de enheter där omsorgspersonal fått utbildning men behöver utvecklas och implementeras ytterligare. Demensteamet har beskrivit att det efter BPSD-skattningar ofta saknas bemötande- och åtgärdsplaner och/eller avsaknad av information kring bemötande i genomförandeplaner vilket även SAS uppmärksammat vid lex Sarah utredningar. Befintliga styrgrupper behöver löpande följa upp arbetet och vidta åtgärder för att få till implementeringen. Utöver arbetet inom ÄO behöver plan för utbildning kring BPSD inom FS tas fram då det även där finns brukare med BPSD-symptom och omsorgspersonal behöver kunskap för att bemöta dessa brukare på rätt sätt.

## Förebygga missförhållande

I merparten av de lex Sarah utredningar som genomförts under året, liksom året innan, har en övervägande brist varit brist i bemötande. VOF har beslutat om obligatoriska och valbara roller. Dessa ombudsroller kommer ha en uppdragsbeskrivning. Värdegrundsombud är inte definierad som en obligatorisk eller valbar ombudsroll. Därför behöver systematik och struktur tas fram inom hela VOF. Vid enheter där brukare har beslut enligt socialtjänstlag (SoL) behöver den nationella värdegrunden implementeras och vid enheter där brukare har beslut enligt lag om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) samt inom myndighet behöver det finnas ett systematiskt arbete i avsatt forum för dialog kring bemötande, etiska dilemman samt övriga värdegrundsfrågor för att förebygga missförhållande och öka medarbetarens kunskap kring bemötande utifrån brukares olika behov och/eller funktionsnedsättningar.

Anvisningarna kring det förebyggande arbetet behöver implementeras vid samtliga enheter och riskinventering SoL/LSS behöver genomföras i ett tidigt skede när brukare får beslut enligt SoL eller LSS och åtgärder för att förebygga risker behöver dokumenteras i genomförandeplan.

### Systematiskt kvalitetsarbete – implementering efter utbildning

Det systematiska brukarsäkerhetsarbetet är ett fortsatt utvecklingsområde, även efter förvaltningens stora utbildningsinsats hösten 2022. SAS ser fortfarande flera brister i de utredningar av avvikelser som granskats. SAS ser ett stort behov av fortsatt stöd till förvaltningens chefer i det systematiska brukar- och patientsäkerhetsarbetet för att förebygga missförhållanden och säkerställa att brukare får en god vård- och omsorg. Flera chefer har beskrivit oklarheter kring utbildning, mål och uppföljning av dessa. Chefer i alla led behöver reflektera över hur implementeringsprocesser kring beslut ska genomföras för att ge tydlighet till chefer, personal samt ge effekt för brukare. Det är av stor vikt att nya chefer erbjuds och går utbildningen, enligt förvaltningsledningens beslut. Uppföljning behöver göras av närmsta chef.

### Avvikelse

Inom VOF har det totalt rapporterats 7934 avvikelser under 2023.

Av dessa är 2871 ej avslutade, 3771 ej uppföljda, 2831 ej färdigställda med åtgärder och 1433 är inte bedömda utifrån allvarlighetsgrad. Att bedöma allvarlighetsgrad, utreda händelsen, ta fram åtgärder och följa upp åtgärdernas effekt en tid efter inträffad händelse, är endast funktioner med chefsbehörighet som göra vilket i merparten av fallen innebär att chefer behöver få stöd i/säkerställa det systematiska kvalitetsarbetet. Ett steg i arbetet är att det sedan hösten 2023 finns hjälptexter inlagda i avvikelsemodulen. Under våren 2024 kommer SAS, medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) och medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS), även ta fram ett metodstöd för avvikelshantering och specifikt kring utredningsdelen. Samma funktioner kommer att revidera olika delar i avvikelsemodulen så det blir lättare för alla funktioner i avvikelsearbetet att rapportera, utreda och följa upp.

### Lex Sarah

18 händelser har bedömts som risk för missförhållande eller missförhållande, en ökning jämfört med 2022 då antalet uppgick till 14. Nio händelser har bedömts som påtaglig risk för allvarligt missförhållande eller allvarligt missförhållande och rapporterats till IVO (2022: 10 st).

SAS, MAS och MAR har vid fyra av händelserna som anmälts till IVO gjort gemensamma utredningar utifrån brister inom SoL, LSS och hälso- och sjukvårdslag (HSL).

Vanligt förekommande orsaker till bristerna har varit brist i rutin/avsaknad av rutin/följsamhet till rutin, brist i kompetens och säkerställande av kompetens inom olika områden. Bristfälligt fysiskt och/eller psykiskt bemötande är de mest vanliga konsekvenserna 2023 likt föregående år. Några åtgärder som vidtagits har varit kartläggningar av verksamheter, tillsättning av stödfunktioner och säkerställande av rutiner. Enheterna behöver prioritera att förebygga risk för missförhållande/missförhållande genom att inventera och säkerställa risker vid ny brukare samt följa upp dem enligt anvisning. Lärdomar från lex Sarah utredningar måste spridas inom och mellan enheter och verksamhetsområden i större omfattning då liknande inträffat på flera enheter under året.

### Synpunkter- och klagomål

Under 2023 registrerades 129 synpunkter inom VOF, i stadens synpunktssystem (2022: 187 st). Flera enheter hade fått en synpunkt, några hade mellan 4 - 5 synpunkter och ett fåtal hade fler. Chefer kan inte själva ta fram statistik ur systemet Artwise, utan det är enbart Kontaktcenter (KC) som kan göra det vid efterfrågan. Under 2023 har representanter från VOF och KC träffats för att systematisera och förbättra flödet för synpunkter som rör VOF. En process för synpunkter- och klagomålshantering och en anvisning som beskriver vad VOF respektive KC ansvarar för är beslutad.

## Social dokumentation

Myndighetsenheterna har granskat 10 - 20 ärenden per enhet i april och november.

De områden som granskats utgår från Individens behov i centrum (IBIC)<sup>1</sup>. I aprilenkäten har myndighetscheferna fått redovisa resultatet av granskningarna i procent, medelvärde eller liknande. I novemberenkäten har myndighetscheferna analyserat och jämfört resultatet från april och november. Även chefer i verkställighet har granskat den sociala dokumentationen i april och november, ca fem ärenden per chef. SAS har även gjort vissa stickprov av den sociala dokumentationen.

## Myndighetsenheterna

Granskningarna i april och analyserna i november visar att flera områden utvecklats till det bättre även om vissa utvecklingsområden kvarstår, exempelvis uppföljning av beslut. Förvaltningen behöver, precis som beskrivning i förra årets analys, ta beslut om på vilken nivå IBIC ska dokumenteras i såväl utredning som uppdrag och genomförandeplan. Det skiljer sig åt mellan myndighetsenheter och mellan verksamhetsområden i verkställighet vilket leder till otydlighet och brister i systematik. Samtliga myndighetsenheter har tagit fram en plan för att säkerställa uppföljning av beslut under 2024. Viktigt att den planen kommuniceras till verkställighet och att uppföljning av planen görs regelbundet under året. Under 2022 och under 2023 har dialog om enhetlig utredningsmall förts. Syftet har varit att förenkla, effektivisera samt säkerställa handlägningsprocessen. Dialog har även förts inför införandet av Mitt Treseva samt att systemet vid ett flertal tillfällen blivit försenat, vilket är orsaken till att utredningsmall inte kunnat implementeras under 2023. Planen är att det görs våren 2024.

## Verkställighet

Inom FS har granskning av den sociala dokumentationen genomförts i grupp och inte enbart av EC eller utifrån den egna enheten. Kollegial granskning har även i år genomförts inom äldreboende egenregi och i år till skillnad från förra året har kollegial granskning även genomförts i hemtjänst egenregi. Detta har vid uppföljning med SAS lyfts fram som positivt och utvecklande på enhets- och områdesnivå. Utbildningsinsatser, revidering och implementering av metodstöd inom FS och äldreboende har bidragit till en tydlighet inom den sociala dokumentationen. De enheter som haft stödpedagoger/omsorgshandledare har kommit längre i implementering och säkerställande vilket tydliggör vikten av pedagogiskt stöd vid samtliga utförarenheter.

Äldre uppdrag som upprättats av myndighetsenheterna LSS och socialpsykiatri och inte följts upp bidrar till svårigheter för utförare att upprätta genomförandeplaner utifrån brukarens behov. Detta behöver säkerställas av myndighetsenheterna utifrån framtagen plan för 2024. Nuvarande gemensamma metodstöd för hemtjänst, korttidsplats, dagverksamhet och trygg hemgång kommer revideras under 2024 och göras om till separata metodstöd för att säkerställa utförandet av de olika insatserna.

## Brukarens delaktighet

Brukarens delaktighet i utredningsprocessen fungerar över lag, men behöver utvecklas vid samsjuklighet. Process mellan förvaltningarna VOF och social- och arbetsmarknadsförvaltningen (SAF) är framtagen under året. Nästintill samtliga chefer inom FS har uppgett att de under året arbetat med att anpassa information så att brukare kan läsa, höra, se och förstå samt att brukaren ska kunna påverka hur och när stödet ska genomföras. Delaktigheten hos brukarna vid upprättande av genomförandeplanerna har ökat. De flesta genomförandeplaner upprättas tillsammans med brukarna i vardagen. Över hälften av cheferna inom ÅO har uppgett att de under året arbetat med att anpassa information så att brukare kan läsa, höra, se och förstå samt att brukaren ska kunna påverka hur och när stödet ska genomföras. Inom äldreomsorgen finns det i merparten av granskningarna en dokumentation om att brukaren varit delaktig inför upprättandet.

---

<sup>1</sup> IBIC är ett arbetssätt för social dokumentation framtaget av Socialstyrelsen. IBIC är ett stöd för både handläggare och utförare att beskriva och dokumentera uppgifter om brukarens resurser, behov mål och resultat.

Områden som kommer följas upp 2024, baserat på resultat av uppföljning 2023, är:

- *Teamarbete och samverkan, förebygga missförhållanden, avvikelser/lex Sarah/synpunkter- och klagomål, social dokumentation samt brukarens delaktighet.*

## 2 Inledning

Alla enheter inom vård- och omsorgsförvaltningen ska verka för att utföra tjänster av god kvalitet till invånare i Mölndals stad. Utgångspunkten för kvalitetsarbetet är bland annat Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

2021 införde förvaltningen ett nytt arbetssätt för att utvärdera följsamheten till ledningssystemet för kvalitet utifrån SoL och LSS. Nämnden fattade då beslut om att det skulle fattas en brukarsäkerhetsplan, diarienummer VON 332/2020. Syftet var att säkerställa och utveckla kvaliteten inom myndighetsenheterna och de utförarenheter som utför stöd enligt SoL och LSS. Planen skulle följas av EC och VC inom egenregi, privata utförare samt myndighetschefer och UC.

Brukarsäkerhetsplan skulle tillsammans med enhetens verksamhetsplan, bidra till ett systematiskt förbättringsarbete där målet är nöjda brukare och en verksamhet av hög kvalitet. Utgångspunkten för uppföljningen har varit Socialstyrelsens sex indikatorer för god vård och omsorg. Indikatorerna speglar de egenskaper som ska finnas för god vård inom hälso- och sjukvård och en god kvalitet inom socialtjänsten. Resultatet har under 2021 – 2023 redovisats årligen i en brukarsäkerhetsberättelse i syfte att bidra till utvecklingsarbete på verksamhets-, områdes- och förvaltningsnivå kommande år.

SAS har under 2023 följt upp de olika områdena i brukarsäkerhetsplanen genom ett flertal centrala egenkontroller under året. Egenkontrollerna har genomförts genom olika enkätfrågor som ansvarig EC svarar på tre gånger under året; april, september och november. Varje enkät har haft olika fokusområden utifrån brukarsäkerhetsplanen. I maj och december har SAS, tillsammans med MAS och MAR, haft dialogmöten med VC och UC kopplat till svar från enkäter samt utifrån stickprovskontroller. Redovisning av resultatet av enkäten i april redovisades i förvaltningsledning samt på nämnd. Redovisning av resultatet av enkäten i september redovisades i förvaltningsledning och resultatet av enkäten i november redovisas i förvaltningsledning samt på nämnd, i samband med redovisning av brukarsäkerhetsberättelsen i februari 2024.

De områden som SAS, utifrån brukarsäkerhetsberättelse 2023, sett som nya eller fortsatta utvecklingsområden är beskrivna i slutet av brukarsäkerhetsberättelse 2023 och resultatet av uppföljningen under 2024 kommer redovisas för nämnd i en kvalitetsberättelse i stället för en brukarsäkerhetsberättelse i februari 2025. Syftet med förändringen är att på ett bredare plan arbeta med uppföljning av kvalitet inom förvaltningen.

### Områden i brukarsäkerhetsplan 2023

- Teamarbete och samverkan
- BPSD
- Förebygga missförhållande
- Systematiskt kvalitetsarbete – implementering efter utbildning
- Avvikelser, lex Sarah samt synpunkter och klagomål
- Social dokumentation
- Brukarens delaktighet

*Fokusområden för respektive enkät:*

#### **April:**

- Brukarens delaktighet
- Social dokumentation

#### **September**

- Avvikelser, lex Sarah, synpunkter/klagomål
- Förebygga missförhållande
- Systematiskt kvalitetsarbete – implementering efter utbildning
- BPSD

#### **November**

- Social dokumentation
- Teamarbete och samverkan

## **2.1 Övergripande mål och styrning**

De enheter som bedrivs på uppdrag av vård- och omsorgsnämnden ska ha god kvalitet. Det inkluderar både privata utförare och utförare i egen regi.

Kvalitet innebär att en verksamhet uppfyller de krav och mål som gäller enligt lagar, föreskrifter och beslut. Kvalitetsarbetet utgår från Socialstyrelsens föreskrift **Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete SOSFS 2011:9**. Kvalitetsinriktningen beskriver de olika delarna i ledningssystemet samt visar vad kvalitetsarbetet består av. För vård- och omsorgsnämnden är det yttersta syftet med att uppfylla krav på systematiskt kvalitetsarbete att säkerställa kvaliteten för brukarna i de tjänster som nämnden ansvarar för.

Insatser inom socialtjänsten ska vara av god kvalitet.

För utförande av uppgifter inom socialtjänsten ska det finnas personal med lämplig utbildning och erfarenhet.

Kvaliteten i verksamheten ska systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras.

*Socialtjänstlagen 2001:453 3 Kap. 3 §*

Enligt Socialstyrelsens definition av kvalitet ska enheterna utformas i enlighet med gällande lagar, förordningar, föreskrifter och bästa tillgängliga kunskap. Kvalitet avser allt som enheten gör, hur det görs, vilka resultat som uppnås och hur resursanvändningen ser ut. Brukare har rätt att få adekvat vård och omsorg av god kvalitet. Det handlar om att ge brukare ett ökat värde och bästa nytta för varje krona. Brukare ska känna sig trygga och myndighetsutövningen ska vara rättssäker. En viktig aspekt i kvalitetsarbetet är bemötandet mot brukare och medborgare. Bemötandet ska vara professionellt, lyhört, icke-diskriminerande och respektfullt. Utifrån att brukare och medborgare ska få realistiska förväntningar är även tydlighet viktigt i bemötandet.

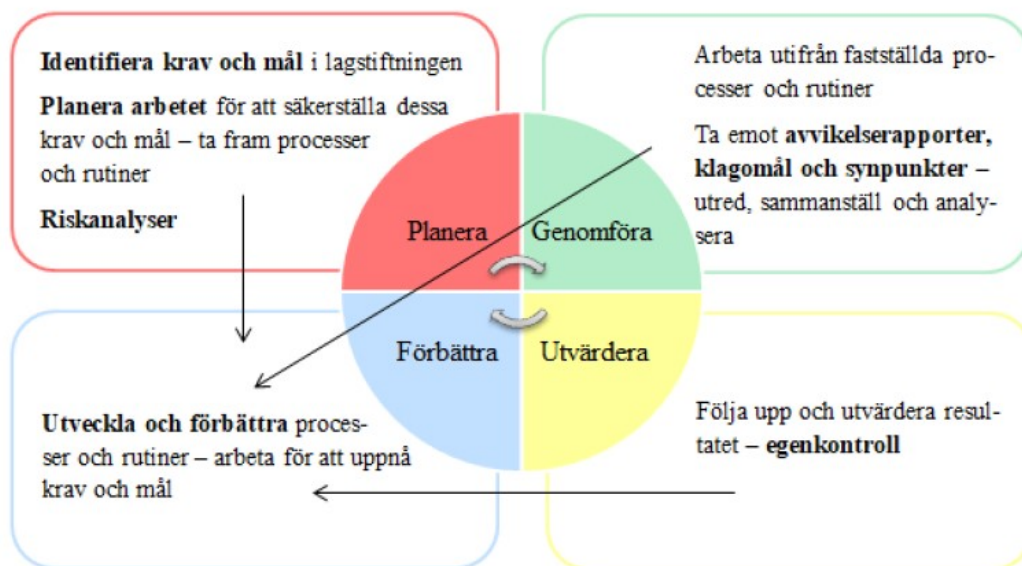
Vård- och omsorgsförvaltningens målbild är:

**Våra brukare/patienter ska vara nöjda med det vi levererar**

## 2.2 Strategier

Ledningssystemet för det systematiska kvalitetsarbetet innehåller en struktur för att styra, utveckla och dokumentera kvaliteten i verksamheten samt vad, hur och när uppföljning och utvärdering ska göras. Det är därmed ett verktyg för att säkra kvaliteten. Ett systematiskt kvalitetsarbete gör det till exempel möjligt att förebygga missförhållanden och andra avvikelser.

Nedanstående bild är Socialstyrelsens beskrivning av systematiskt kvalitetsarbete.



Enheten ska kontinuerligt dokumentera arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet. Kravet på dokumentation omfattar alla delar av det systematiska kvalitetsarbetet. Fastställda processer och rutiner ska vara dokumenterade. Detta gäller även arbetet med att planera och utföra riskanalyser, egenkontroller samt hantering av avvikelser, klagomål och synpunkter.

## 2.3 Lex Sarah, rapporterings- och utredningsskyldighet

Lex Sarah är en bestämmelse i SoL och LSS som reglerar anställdas och andras skyldighet att rapportera missförhållanden och påtagliga risker för missförhållanden som rör den som får eller kan komma i fråga för insatser inom de båda lagrummen.

Enligt bestämmelsen om lex Sarah ska:

- varje chef, vid anställning skriftligen och därefter löpande muntligt, minst en gång per år, säkerställa medarbetares kunskaper kring rapporteringsskyldigheten
- rapportering görs, även om brukaren motsäger sig en formell rapportering



- personal genast rapportera missförhållanden och påtagliga risker för missförhållanden till den som bedriver verksamheten.
- den som bedriver verksamheten, utreda och avhjälpa eller undanröja det rapporterade missförhållandet utan dröjsmål.
- den som bedriver verksamheten, om det visar sig att missförhållandet är allvarligt, snarast anmäla det till Inspektionen för vård och omsorg (IVO).

### 3 Indikatorer för god vård och omsorg

Socialstyrelsens sex indikatorer för god vård och omsorg är *kunskapsbaserad, säker, individanpassad, effektiv, jämlik* och *tillgänglig*. Indikatorerna speglar de egenskaper som en god kvalitet i socialtjänsten ska innehålla.

#### 3.1 Kunskapsbaserad

Vården och omsorgen ska baseras på bästa tillgängliga kunskap och bygga på både vetenskap och beprövad erfarenhet. Det innebär att rätt arbetssätt och metod ska användas utifrån brukarens individuella behov och förutsättningar. Att all personal har rätt kompetens är en förutsättning för att de ska kunna medverka i kvalitetsarbetet och ge god vård och omsorg.

#### 3.1.1 Områden som följts upp

##### 3.1.1.1 Teamarbete och samverkan

#### Styrning

I både SoL och LSS, regleras ansvar för att aktivt arbeta med samverkan. Bestämmelser om samverkan finns också beskrivet i HSL. Även om de olika professionernas ansvar skiljer sig åt handlar det ytterst om att tillsammans tillgodose brukarens aktuella behov och ha ett helhetsperspektiv. Riktlinjen ”teamarbete och samverkansplattformar” har reviderats under 2023 och bytt namn till ”teamarbete med och utan brukare och patient samt samverkansforum”. Syftet med anvisningen är att tydliggöra hur olika professioner behöver samverka för att ge brukarna bästa vård och omsorg.

#### Uppföljning

#### Resultat och analys - myndighetsenheterna SoL, LSS och socialpsykiatri

##### *Myndighetsenheten SoL*

Hemtjänstverksamheter har regelbundet bjudit in till teamträffar och socialsekreterare har närvarat månatligen. Socialsekreterare upplever att de har en bra kontakt med samordnare och EC i verkställighet.

##### *Myndighetsenheterna LSS och socialpsykiatri*

Samarbetet med SAF har även utvecklats. Under oktober har en anvisning tagits fram för att tydliggöra samverkansforum mellan myndighetsenheterna LSS och socialpsykiatri och FS. Båda myndighetsenheterna upplever att det finns etablerad och god samverkan med boendestödsenheterna och att samverkan med övriga utförarverksamheter behöver utvecklas.

##### *Myndighetsenheterna SoL, LSS och socialpsykiatri*

Under året har flera samverkansforum mellan myndighetsenheterna skapats. Samtliga 1:e socialsekreterare har regelbundna möten och socialsekreterare har deltagit vid kollegors metodmöten.

Möten mellan samtliga 1:e socialsekreterare och samtliga EC vid myndighetsenheterna har skapats och genomförts regelbundet för att skapa "en myndighet" (EMY). EMY-dagar har även genomförts under året där samtliga funktioner vid de tre myndighetsenheterna deltagit. Cheferna upplever positiva effekter av de nya forum som skapats under året. En effekt är ökad samverkan mellan myndighetsenheterna samt ökat lärande, viktigt med utvärdering under 2024. En lärdom inför förändringar inom eller mellan enheter är att ta fram en kommunikationsplan i ett tidigt skede för att tydliggöra olika delar.

Under våren 2024 delas arbetsgruppen vid myndighetsenheten LSS i två team, ett med fokus på barn och unga och ett med fokus på vuxna. Samtidigt utökas enheten med ytterligare en 1:e socialsekreterare. Syftet med förändringen är bland annat att stärka socialsekreterarnas kompetens och att få högre grad av kvalitet på beslut och på uppdragen till verkställighet.

## Resultat och analys - FS

### *Bostäder LSS*

Det finns en variation mellan hur ofta enheterna har teamsamverkan med legitimerad personal. Allt från att inga teamträffar är genomförda till månatligen. Samverkan fungerar bäst vid de enheter där brukare har stort omsorgsbehov. Flera enheter har haft teamträffar kring enskild brukare.

### *Korttidsverksamheter, personligt stöd och daglig verksamhet*

Det har inte funnits någon regelbunden teamsamverkan med legitimerad personal. Fåtal har haft teamträffar kring enskild brukare. Önskemål om ökad frekvens för daglig verksamhet och personlig assistans med legitimerad personal har framförts till HSL-området.

### *Socialpsykiatri*

Ett fåtal enheter har haft teamträffar med legitimerad personal. Fåtal har haft teamträffar kring enskild brukare. Stor brist på sjuksköterskans närvaro vid vissa enheter. Mer fungerade vid andra enheter.

### *Övergripande för FS*

Rutin finns framtagen mellan verkställighet och HSL på strategisk nivå. Det som behöver utvecklas är beskrivning av samverkan mellan EC så samverkan sker på rätt nivå, vilket kommer förtydligas 2024. Samverkan med myndighet är ett fortsatt utvecklingsområde men det har blivit en ökad tydlighet genom den anvisning som beslutades i oktober i syfte att tydliggöra olika samverksansforum mellan myndighetsenheterna LSS, socialpsykiatri och FS. Samverkan har funnits innan men utvecklats till mer strukturerad form med hjälp av anvisningen.

## Resultat och analys - äldreboende egenregi

Teamträffar en gång i månaden men alla professioner närvarar inte. Lokal rutin mellan äldreboende och kommunal primärvård är framtagen men det finns en variation av följsamhet. Vid några av enheterna har legitimerad personal haft utbildningsinsatser inom palliativ vård, förflyttning och läkemedelshantering samt munhälsövård.

## Resultat och analys - äldreboende privata utförare

De privata utförarna har egen legitimerad personal stationerad i verksamheten. Deras upplevelse är att detta skapar en helt annan möjlighet till teamsamverkan där man kan ta tag i olika frågeställningar direkt samt handleda och instruera medarbetare när behov uppstår.

## Resultat och analys - hemtjänst egenregi

Socialsekreterare och legitimerad personal bjuds in till månatliga träffar. Hög närvaro av legitimerad personal, lägre närvaro av socialsekreterare. Vid några av enheterna har legitimerad personal haft utbildningsinsatser inom munhälsovård, psykisk ohälsa och suicid. Ett fåtal enheter har haft teamträff kring enskild brukare.

## Resultat och analys - hemtjänst privata utförare

Teamträffar genomförs med olika regelbundenhet. Det finns inga framtagna rutiner mellan utförare och HSL och det finns stor variation på hur många brukare som har hälso- och sjukvårdsinsatser. Samverkan med rehab har utökats. Flertalet uttalar att det finns ett bra samarbete med myndighet men inte primärt via teamträffar utan via dialog i verksamhetssystemet.

## Resultat och analys - korttidsenheten Bifrost, Team SAMSA/Trygg hemgång och förebyggandeenheten

Förebyggandeenheten har inte teamträffar. Dagverksamheten har samverkat med demenssjuksköterskan. Korttidsenheten har månatliga teamträffar med legitimerad personal och socialsekreterare och anser att samverkan fungerar bra. Trygg hemgång anser att samverkan med myndighet SoL och Team Samsa är på god väg och att samverkan med hemtjänsten, korttidsenheten och legitimerad är bra.

## Analys

Vid egenkontroll och i dialogmöte med chefer har det framkommit att teamsamverkan mellan legitimerad personal och omsorgspersonal förbättrats men att det finns fortsatt utvecklingspotential. Vid utredningar av lex Sarah noterar SAS att bristen på samverkan/informationsöverföring är en av orsakerna till händelseförlopp och bedömningen är att teamsamverkan, där brukarens behov är i centrum, behöver utvecklas i VOF. Det är positivt med framtagna anvisning mellan myndighetsenheten LSS, myndighetssenheten socialpsykiatri och FS. Liknande behöver tas fram för myndighetsenheten SoL och ÄO. Samordnad individuell plan (SIP) behöver tas fram i större utsträckning. Från och med 1 januari 2024 är SAS SIP-samordnare och kommer genomföra utbildningsinsatser och nätverksträffar med SIP-kunniga inom VOF.

### **3.2 Säker**

Vården och omsorgen ska vara säker. Riskförebyggande arbete ska förhindra skador. Enhetens arbete ska också präglas av rättssäkerhet. Enheter ska vara trygga och säkra vilket innebär att tjänsterna utförs enligt gällande regelverk. Tjänsterna är transparenta vilket innebär förutsägbarhet och möjlighet till insyn. Risk för kränkning, försummelse, fysisk eller psykisk skada förhindras genom förebyggande arbete.

#### **3.2.1 Områden som följts upp**

##### **3.2.1.1 BPSD**

### **Styrning**

BPSD-registrets syfte är att genom ett strukturerat arbetssätt och tvärprofessionella vårdåtgärder minska förekomsten och allvarlighetsgraden av BPSD och därigenom ge ökad livskvalitet för personer med demenssjukdom. Förvaltning tog under våren 2018 beslut om att implementera ett systematiskt arbete enligt BPSD inom alla särskilda boenden för äldre samt inom alla hemtjänstverksamheter.

Implementeringen av BPSD stannade av under pandemin.

Hösten 2021 anställdes en demens-sjuksköterska och under hösten 2022 anställdes en undersköterska med specialistkunskap inom demens. De bildade då ett demensteam inom VOF.

## **Uppföljning**

### Resultat och analys - demensteamet

Under året har demensteamet:

- informerat om rutinen för BPSD-arbetet på äldreboendes ledningsgrupp
- genomfört 13 utbildningstillfällen kring grundkunskap inom demens för omsorgspersonal inom äldreboende egenregi
- totalt utbildat 150 personer varav tre är EC

Teamarbetet har ökat, men flera utvecklingsområden kvarstår, bland annat omsorgspersonals grundkunskap inom demens samt upprättande av bemötande- och åtgärdsplan efter BPSD-skattning. Några EC har inte administratörsutbildning. Planen för 2024 är att prioritera de äldreboenden i egenregi som ska bli stjärnmärkta under våren och hemtjänsten i egenregi under hösten.

### Resultat och analys - äldreomsorg egenregi

Inom område hemtjänst har merparten chefer redogjort för att samtliga omsorgspersonal genomfört utbildningsinsats inom demens. De har även uppgett att implementeringen av arbetet har påbörjats men behöver utvecklas samt att totalt sex brukare skattats enligt BPSD-registret. Det är oklart hur många brukare som har BPSD-symptom samt om bemötandeplan och åtgärdsplaner är framtagna. Några hemtjänstverksamheter har inte genomfört någon utbildningsinsats och arbetet med olika delar är inte påbörjat.

Inom område äldreboende finns en variation av hur många omsorgspersonal som genomgått grundutbildning inom demens under året. Fler omsorgspersonal har genomgått utbildning vid enheter där brukare med kognitiv sjukdom bor än vid övriga enheter. Arbetet har implementerats i högre utsträckning vid de enheter där omsorgspersonal fått utbildning men reflektionerna är över lag att arbetet behöver utvecklas och implementeras ytterligare. BPSD-skattning har genomförts i olika utsträckning på olika boenden och det finns en variation mellan enheter på samma boende. Det är oklart hur många brukare som har BPSD-symptom samt om bemötandeplan och åtgärdsplaner är framtagna.

### Resultat och analys - äldreomsorg privata utförare

Privata utförare har inte erbjudits utbildning av demensteamet. De privata utförarna inom hemtjänsten har redogjort för att omsorgspersonal i deras verksamheter inte genomgått någon grundutbildning i demens under året, ingen implementering av BPSD är genomfört och inte heller BPSD-skattningar hos brukare med kognitiv sjukdom. Samma redogörelse för ett av de två privata äldreboendena och för det andra boendet har utbildningsinsats genomförts för nästan hälften av omsorgspersonalen.

## **Analys**

Utbildning av BPSD-administratörer och implementering av BPSD behöver fortgå inom ÄO under 2024 och implementering och befintliga styrgrupper behöver löpande följa upp arbetet. Demensteamet har beskrivit att det efter BPSD-skattningar ofta saknas bemötande- och åtgärdsplaner och/eller avsaknad av information kring bemötande i genomförandeplaner. Detta är även något som SAS uppmärksammat vid lex Sarah utredningar. Framtagande av arbetssätt och metoder för att säkerställa bemötande behöver genomföras i team av olika professioner och det behöver finnas en struktur för genomförande. Utöver arbetet inom ÄO behöver plan för utbildning kring BPSD inom FS tas fram då det även där finns brukare med BPSD-symptom och omsorgspersonal behöver kunskap för att bemöta dessa brukare på rätt sätt.

### 3.2.1.2 Förebygga missförhållande

#### Styrning

Enligt SOSFS 2011:9 ska det finnas ett systematiskt arbete för att säkerställa förebyggande av risker och missförhållanden. Det ska finnas rutiner för att identifiera, analysera, bedöma och åtgärda orsaker som kan leda till missförhållanden samt för ett lärande på olika nivåer. VOF har styrdokument som säkerställer detta. Anvisningen ”förebyggande arbete kring brukare/patient” beskriver att riskinventering ska göras för brukare med beslut om SoL eller omfattande stöd enligt LSS i samband med nytt beslut, vid förändrat behov/allmäntillstånd samt minst en gång per år. Anvisningen ”lex Sarah” beskriver tillvägagångssätt då ”risk för missförhållande” respektive ”missförhållande” uppmärksammas.

Alla enheter inom ÄO ska arbeta för att äldre personer får leva ett värdigt liv och känna välbefinnande. Detta regleras i nationell värdegrund, inskriven i SoL kap 5.4§, vilket också nämns i förvaltningens anvisning *värdegrund, lokala värdighetsgarantier och bemötande*. Särskilt betonas vikten av äldres möjlighet till integritet, delaktighet, självbestämmande samt insatser av god kvalitet och ett gott bemötande. Det finns ingen inskriven nationell värdegrund i LSS men det framgår i både SoL och LSS att verksamheten ska bygga på respekt för människors självbestämmanderätt och integritet.

#### Uppföljning

##### Resultat och analys - myndighetsenheterna SoL, LSS och socialpsykiatri

Vid myndighetsenheten socialpsykiatri finns regelbundna forum för dialog om värdegrundsarbete. Enligt EC finns inga utvecklingsområden. Inom myndighetsenheterna SoL och LSS finns inga regelbundna mötesforum för dialog inom detta område men inom myndighetsenheten LSS förs dialog om värdegrund och etiska dilemman i olika sammanhang. Det finns önskemål om att ta fram en policy/värdegrund som blir känd för alla i staden. Samtliga enheter har antingen gått igenom anvisningen för lex Sarah eller haft dialog med SAS vid funderingar kring rapportering av risk för missförhållande eller missförhållande.

##### Resultat och analys - FS

Inom FS och mellan enheter finns en variation av det systematiska värdegrundsarbetet. Dialog om etiska frågor och bemötande förs vid olika forum men generellt saknas systematik, struktur och utsedd funktion som nyutbildar och ansvarar för området. Merparten av enheterna inom FS har gått igenom anvisningen ”lex Sarah” men färre enheter har gått igenom anvisningen ”förebyggande arbete kring brukare och patient”. Merparten omsorgspersonal uppges delvis ha kunskap att uppmärksamma och dokumentera risker för att förebygga missförhållande, men att det är ett utvecklingsområde och att risker som uppmärksammas behöver tydliggöras i genomförandeplan.

##### Resultat och analys - äldreboende egenregi

Det finns generellt inga regelbundna forum för värdegrundsarbete och ingen funktion som ansvarar för systematiken. Merparten av enheterna har inte gått igenom anvisningen ”lex Sarah” och ännu färre enheter har gått igenom anvisningen ”förebyggande arbete kring brukare och patient”. Omsorgspersonal har delvis kunskap att uppmärksamma och dokumentera risker för att förebygga missförhållande men det är ett utvecklingsområde.

##### Resultat och analys - hemtjänst egenregi

Vid mer än hälften av enheterna uppges EC att det finns regelbundna forum för värdegrundsarbete. Merparten av enheterna har gått igenom anvisningen ”lex Sarah” men färre enheter har gått igenom anvisningen ”förebyggande arbete kring brukare och patient”. Merparten omsorgspersonal har delvis kunskap att uppmärksamma och dokumentera risker för att förebygga missförhållande. Ett utvecklingsområde är att arbeta mer personcentrerat och utifrån BPSD.

## Resultat och analys - äldreomsorg privata utförare

De privata utförarna har uppgett att de har regelbundna forum för värdegrundsarbete. De har gått igenom anvisningen ”lex Sarah” och ”förebyggande arbete kring brukare och patient”. Omsorgspersonal har delvis kunskap att uppmärksamma och dokumentera risker för att förebygga missförhållande.

## Resultat och analys - korttidsenheten Bifrost, Team SAMSA/Trygg hemgång och förebyggandeenheten

Team SAMSA/Trygg hemgång har inget pågående värdegrundsarbete. Det saknas funktion som utbildar och ansvarar för systematiken. Enheten har gått igenom anvisningen ”lex Sarah” och ”förebyggande arbete kring brukare och patient”. Omsorgspersonal har kunskap att uppmärksamma och dokumentera risker för att förebygga missförhållande. Korttidsenheten har beskrivit att det funnits ett värdegrundsarbete sedan tidigare som avstannat men specifik person är utsedd för att driva arbetet. Enheten har inte gått igenom de två anvisningarna under året. Omsorgspersonal har kunskap att uppmärksamma och delvis kunskap att dokumentera risker för att förebygga missförhållande. Förebyggandeenheten har inte tillfrågats.

## Analys

I merparten av de lex Sarah utredningar som genomförts under året, liksom året innan, har en övervägande brist varit brist i bemötande. VOF har beslutat om obligatoriska och valbara roller. Dessa ombudsroller kommer ha en uppdragsbeskrivning. Värdegrundsombud är inte definierad som en obligatorisk eller valbar ombudsroll. Därför behöver systematik och struktur tas fram inom hela VOF. Vid enheter där brukare har beslut enligt SoL behöver den nationella värdegrunden implementeras och vid enheter där brukare har beslut enligt LSS samt inom myndighet behöver det finnas ett systematiskt arbete i avsatt forum för dialog kring bemötande, etiska dilemman samt övriga värdegrundsfrågor för att förebygga missförhållande och öka medarbetares kunskap kring bemötande utifrån brukares olika behov och/eller funktionsnedsättningar. Anvisningarna kring det förebyggande arbetet behöver implementeras vid samtliga enheter och riskinventering SoL/LSS behöver genomföras i ett tidigt skede när brukare får beslut om stöd enligt SoL eller LSS och åtgärder för att förebygga risker behöver dokumenteras i genomförandeplan.

### **3.2.1.3 Systematiskt kvalitetsarbete – implementering efter utbildning**

## Styrning

Hösten 2022/våren 2023 genomfördes en tre dagars utbildning i det systematiska brukar- och patientsäkerhetsarbetet för samtliga chefer och stödfunktioner inom VOF. Utbildningen arrangerades via Göteborgsregionen (GR) och utgångspunkten var SOSFS 2011:9. För att följa upp och säkerställa fortsatt arbete utifrån kunskaper från utbildningen beslutade förvaltningsledningen i februari 2023 att varje EC skulle ta fram ett mål avseende brukarsäkerhet. Målet skulle dokumenteras i verksamhetsplanen som enheten skulle arbeta med under året. Detta följdes upp i egenkontrollsenkäten under september 2023.

## Uppföljning

### Resultat och analys - myndighetsenheterna SoL och LSS och socialpsykiatri

Myndighetsenheten socialpsykiatri har tagit fram mål som följts upp varje kvartal. Vid myndighetsenheterna SoL och LSS har inga mål tagits fram. Anledningar till avsaknad av mål har varit hög arbetsbelastning samt att nuvarande myndighetschefer inte själva gått utbildningen.

## Resultat och analys - FS

Samtliga chefer inom bostäder LSS har redogjort för att de tagit fram mål och över hälften har beskrivit att de följt upp dem månatligen eller kvartalsvis. Inom verksamhetsområdet korttidsverksamheter, personligt stöd och daglig verksamhet, har mindre än hälften av cheferna tagit fram mål. De som har tagit fram mål har följt upp dem månatligen eller kvartalsvis. Inom verksamhetsområdet socialpsykiatri har mer än hälften tagit fram mål och följt upp dem månatligen eller kvartalsvis. Tidsbrist, miss från tidigare chef och andra anledningar har uppgetts som orsaker till avsaknad av mål.

## Resultat och analys - äldreboende egenregi

Mindre än hälften av cheferna har uppgett att de tagit fram mål. De som har tagit fram mål har följt upp dem månatligen eller kvartalsvis. Anledningar som uppgetts vid avsaknad av mål har exempelvis varit att det varit oklart vilken utbildning som varit aktuell.

## Resultat och analys - hemtjänst egenregi

Mindre än hälften av cheferna har tagit fram mål och en enhet har gjort uppföljning månatligen. Anledningar till avsaknad av mål på övriga enheter är oklart.

## Resultat och analys - korttidsenheten Bifrost, Team SAMSA/Trygg hemgång och förebyggandeenheten

Team SAMSA/Trygg hemgång och korttidsenheten har inte tagit fram mål. Tidsbrist och att det saknats kännedom är orsaker som uppgetts vid avsaknad av mål. Förebyggandeenheten har inte varit tillfrågad.

## Analys

Det systematiska brukarsäkerhetsarbetet är ett fortsatt utvecklingsområde, även efter förvaltningens stora utbildningsinsats hösten 2022. SAS ser fortfarande flera brister i de utredningar av avvikelser som granskats. SAS ser ett stort behov av fortsatt stöd till förvaltningens chefer i det systematiska brukar- och patientsäkerhetsarbetet för att förebygga missförhållanden och säkerställa att brukare får en god vård- och omsorg. Flera chefer har beskrivit oklarheter kring utbildning, mål och uppföljning av dessa. Chefer i alla led behöver reflektera över hur implementeringsprocesser kring beslut ska genomföras för att ge tydlighet till chefer, personal samt ge effekt för brukare. Det är av stor vikt att nya chefer erbjuds och går utbildningen, enligt förvaltningsledningens beslut. Uppföljning behöver göras av närmsta chef.

### **3.2.1.4 Avvikelser, lex Sarah, synpunkter och klagomål**

#### **Styrning**

Enligt (SOSFS 2011:9) ska vård- och omsorgsnämnden (VON) säkerställa hantering av avvikelser, synpunkter- och klagomål och lex Sarah. Chef för enheten ska planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra enheten. VOF har anvisningar och digitala system som säkerställer dessa områden.

#### **Uppföljning avvikelser och lex Sarah**

Statistik redovisas i bilaga 1.

## Granskning av avvikelser

Samtliga EC i förvaltningen har granskat 10 avvikelser inom eget eller en kollegas ansvarsområde. Resultatet har de sedan beskrivit i egenkontrollen som genomfördes i september. De har granskat om utredningarna innehåller dokumentation av ”bakomliggande orsaker” till händelsen, om det finns dokumenterade ”åtgärder” samt om ”uppföljning” av rapporterad händelse och åtgärdernas effekt finns dokumenterat. I egenkontrollen har cheferna även fått beskriva hur de arbetar med avvikelshantering samt synpunkter och klagomål och vilka utvecklingsområden de ser.

## Resultat och analys - myndighetsenheterna SoL, LSS och socialpsykiatri

I november 2023 delades de tre myndighetsenheterna upp och blev separata enheter i verksamhetssystemet vilket bidragit till en bättre översikt och hanterbarhet i avvikelsearbetet.

### *Myndighetsenheten SoL*

Det fanns dokumenterade bakomliggande orsaker i ett fåtal av de granskade utredningar och dokumenterade åtgärder i hälften. Ingen uppföljning av händelserna var genomförd. EC har dialog med medarbetare om avvikelser och synpunkter och klagomål månatligen. Enheten har en rutin för att lämna information till brukare om hur de lämnar synpunkter och klagomål. Inkomna synpunkter och klagomål har bidragit till att enheten ändrat arbetssätt.

### *Myndighetsenheten LSS*

Det fanns inga bakomliggande orsaker, åtgärder eller uppföljning av händelsen dokumenterad i någon av de granskade utredningarna. Orsaken har varit hög arbetsbelastning. Synpunkter- och klagomål har omhändertagits då det upplevts som mer akut. EC har dialog med medarbetare om avvikelser och synpunkter och klagomål kvartalsvis. Det finns ingen rutin för att lämna information till brukare om hur de lämnar synpunkter och klagomål.

### *Myndighetsenheten socialpsykiatri*

Det fanns bakomliggande orsaker, åtgärder och uppföljning dokumenterat i samtliga granskade utredningar. EC har dialog med medarbetare om avvikelser och synpunkter och klagomål månatligen och ser inga utvecklingsområden. Enheten har en rutin för att lämna information till brukare om hur de lämnar synpunkter och klagomål. Inkomna synpunkter och klagomål har bidragit till att enheten ändrat arbetssätt.

## Resultat och analys - FS

### *Bostäder LSS*

Det fanns en variation av utredningarnas kvalitet utifrån granskning. Dokumenterade åtgärder är det som funnits med i merparten av utredningarna. Dokumentation avseende uppföljning av händelserna fanns i lägst utsträckning. Samtliga EC har dialog med medarbetare om avvikelser och synpunkter och klagomål månatligen. Merparten har en rutin för att lämna information till brukare om hur de lämnar synpunkter och klagomål. Inkomna synpunkter och klagomål har bidragit till att arbetssätt ändrats vid några enheter.

### *Korttidsverksamheter, personligt stöd och daglig verksamhet*

Merparten av de granskade utredningarna innehöll dokumentation av bakomliggande orsaker och åtgärder. Dokumentation avseende uppföljning av händelserna fanns i lägst utsträckning. EC har dialog med medarbetare om avvikelser och synpunkter och klagomål månatligen. Ca hälften har en rutin för att lämna information till brukare om hur de lämnar synpunkter och klagomål. Några utvecklingsområden som uppgetts är samverkan med BmSS och HSL vid gemensamma avvikelser samt att skriva tydligare åtgärder och göra uppföljning av avvikelserna.



## *Socialpsykiatri*

Det fanns en variation av utredningarnas kvalitet utifrån granskning. Dokumenterade åtgärder är det som funnits med i merparten av utredningarna. Dokumentation avseende uppföljning av händelserna fanns i lägst utsträckning. En EC har månatlig dialog med medarbetare om avvikelser och synpunkter och klagomål och resterande har det halvårs- eller kvartalsvis. Samtliga har en rutin för att lämna information till brukare om hur de lämnar synpunkter och klagomål. Några utvecklingsområden som uppgetts är ökad dialog kring avvikelser och synpunkter- och klagomål vid ledningsgrupp samt att händelserna som rapporterats behöver följas upp i högre utsträckning.

### Resultat och analys - äldreboende egenregi

Bakomliggande orsaker och åtgärder fanns med i ca hälften av de granskade utredningarna. Dokumentation avseende uppföljning av händelserna fanns i lägre utsträckning. Över lag har EC månatlig dialog med medarbetare om avvikelser och synpunkter och klagomål. Samtliga har en rutin för att lämna information till brukare om hur de lämnar synpunkter och klagomål. Några utvecklingsområden som uppgetts är att EC behöver återkoppla utredning till rapportör i högre utsträckning samt att det finns ett mörkertal då avvikelser inte rapporteras inom alla områden.

### Resultat och analys - äldreboende privata utförare

Merparten av de granskade utredningarna innehöll samtliga delar. Chefer har dialog med medarbetare om avvikelser och synpunkter och klagomål månatligen. Enheterna har rutin för att lämna information till brukare om hur de lämnar synpunkter och klagomål.

### Resultat och analys - hemtjänst egenregi

Det fanns en variation av utredningarnas kvalitet utifrån granskning. Dokumenterade åtgärder och bakomliggande orsaker är det som funnits med i merparten av utredningarna. Dokumentation avseende uppföljning av händelserna fanns i lägst utsträckning. EC har dialog med medarbetare om avvikelser och synpunkter och klagomål månatligen. Samtliga har en rutin för att lämna information till brukare om hur de lämnar synpunkter och klagomål. Ett utvecklingsområde som uppgetts är ökad samverkan med legitimerad personal vid gemensamma avvikelser.

### Resultat och analys - hemtjänst privata utförare

Mer än hälften av de granskade utredningarna innehöll över lag bakomliggande orsaker och åtgärder. Dokumentation avseende uppföljning av händelserna fanns i lägst utsträckning. Chefer har dialog med medarbetare om avvikelser och synpunkter och klagomål månatligen och ett fåtal har det veckovis. Enheterna har rutin för att lämna information till brukare om hur de lämnar synpunkter och klagomål. En chef som hade mycket goda resultat vid granskning uppgav att flera funktioner tillsammans med omsorgspersonal hade flertal dialoger vid olika skeden från rapporterad avvikelse, vilket upplevdes som en framgångsfaktor.

### Resultat och analys - korttidsenheten Bifrost, Team SAMSA/Trygg hemgång och förebyggandeenheten

I mer än hälften av de granskade utredningarna fanns det över lag bakomliggande orsaker, åtgärder och uppföljning dokumenterat. EC har dialog med medarbetare om avvikelser och synpunkter och klagomål månatligen. Enheterna har rutin för att lämna information till brukare om hur de lämnar synpunkter och klagomål.

# Analys

## Lex Sarah

I lex Sarah utredningarna har det framkommit orsaker till händelserna, vilka konsekvenser det blivit eller kunnat bli för brukaren samt vilka åtgärder som vidtagits. Dessa beskrivs nedan.

*Orsaker* - vanligt förekommande orsaker till bristerna har varit brist i rutin/avsaknad av rutin/följsamhet till rutin/anvisning, brist i kompetens och säkerställande av kompetens inom olika områden. Andra vanliga orsaker har varit brist i dokumentation, samverkan mellan och inom olika lagrum samt mellan myndighetsenheterna och utförarverksamheterna.

*Konsekvenser* - Bristfälligt fysiskt och/eller psykiskt bemötande är genomgående konsekvenser. Brukare som blivit tvingad till att öppna munnen för medicinintag/nekad mat/lämnade ensamma lång tid/inte fått sitt stöd i olika omfattning är några exempel på brister i bemötande. Ytterligare exempel är två brukare som troligtvis avlidit till följd av bristfälligt stöd, en brukare som blivit av med pengar och en brukare som blivit utsatt för sexuella kränkningar.

*Åtgärder* - några åtgärder som vidtagits har varit kartläggningar av verksamheter, tillsättning av stödfunktioner, säkerställande av rutiner och social dokumentation, utbildningsinsatser inom olika områden, avslut och tillsättning av medarbetare. EC och medarbetare har fått handledning och regelbundna uppföljningar har genomförts, där SAS och ansvariga för verksamheterna deltagit.

*Effekter efter åtgärder* – olika omfattning av ökad kunskap och förståelse hos medarbetare och EC kring exempelvis social dokumentation, samverkan inom och mellan lagrum. Brukare som upplevt ökad delaktighet vid utförande av stöd och vid upprättande av genomförandeplaner.

*Fortsatta utvecklingsområden* - flera avvikelser som rapporterats som lex Sarah, avser brister inom hälso- och sjukvården eller då medarbetare varit delegerad hälso- och sjukvårdspersonal, där avvikelserna borde rapporterats som vårdskada. Enheterna behöver prioritera att förebygga risk för missförhållande/missförhållande genom att inventera och säkerställa risker vid ny brukare samt följa upp dem enligt anvisning. Lärdomar från lex Sarah utredningar måste spridas inom och mellan enheter och verksamhetsområden i större omfattning då liknande inträffat på flera enheter under året.

## Synpunkter- och klagomål

Under 2023 registrerades 129 synpunkter- och klagomål inom VOF, i stadens synpunktssystem. 2022 var siffran 187. Flera enheter hade fått en, några hade mellan 4 - 5 och ett fåtal hade fler synpunkter och klagomål. Chefer har inte behörighet att själva ta fram statistik vilket försvårar analysarbetet. Det är endast KC som har behörighet och lämnar ut statistik vid efterfrågan. Under 2023 har representanter från VOF och KC träffats för att systematisera och förbättra flödet för synpunkter som rör VOF. En process för synpunkter- och klagomålshantering mellan KC och VOF är framtagen och beslutad. En anvisning som beskriver vad VOF respektive KC ansvarar för är beslutad.

## Avvikelse

Inom VOF har det totalt rapporterats 7934 avvikelser under 2023.

Av dessa är 2871 ej avslutade, 3771 ej uppföljda, 2831 ej blivit helt åtgärdade och 1433 är inte bedömda utifrån allvarlighetsgrad. Att bedöma allvarlighetsgrad, utreda händelsen, ta fram åtgärder och följa upp åtgärdernas effekt en tid efter inträffad händelse, är endast funktioner med chefsbehörighet som kan göra vilket i merparten av fallen innebär att chefer behöver få stöd i/säkerställa det systematiska kvalitetsarbetet. Ett steg i arbetet är att det sedan hösten 2023 finns hjälptexter inlagda i avvikelsemodulen. Under våren 2024 kommer SAS, MAS och MAR även ta fram ett metodstöd för avvikelshantering och specifikt kring utredningsdelen. Samma funktioner kommer att revidera olika delar i avvikelsemodulen så det blir lättare för alla funktioner i avvikelsearbetet att rapportera, utreda och följa upp.

Fall och läkemedel är de två områden där det är flest rapporterade avvikelser (dessa presenteras i patientsäkerhetsberättelsen). *Brist i/utebliven handläggning eller dokumentation/utebliven insats* är det område där det är flest rapporterade avvikelser inom SoL och LSS och därefter området *bemötande*.

Under området ”övrigt” finns ett flertal avvikelser 2023 likt 2022. Under 2024 kommer området ”övrigt” inte längre vara valbart vid rapportering av avvikelser, övriga områden kommer revideras och nya läggas till för att tydligare ringa in inom vilket område bristen/risken för bristen finns.

### **3.2.1.5 Social dokumentation**

#### **Styrning**

Det finns tre lagar som reglerar kraven på social dokumentation. Förvaltningslagen, FL (2017:900), Socialtjänstlagen, SoL (2001:453), Lagen om stöd till vissa funktionshindrade, LSS (1993:387). Vidare finns även *Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om dokumentation i verksamhet som bedrivs med stöd av SoL, LVU, LVM och LSS* (SOSFS 2014:5). Förvaltningen har en anvisning för verkställighet och en för myndighetsenheterna. Det finns en lagstadgad *dokumentationskyldighet* för socialsekreterare, omsorgspersonal och chefer. Den avser beslut, genomförandeplan och journal. Syftet med social dokumentation är:

- rättssäkerhet för brukare för att följa beslut och utförande
- arbetsredskap för handläggare och utförare för att kunna följa den beviljade insatsen
- verktyg för att uppföljning, utvärdering och kvalitetssäkring

#### **Organisation**

I maj 2023 fattade förvaltningsledningen beslut om obligatoriska och valbara ombudsroller inom förvaltningen. Förvaltningsledningen fattade även beslut om vilka funktioner som skulle vara samordnare för de olika ombudsrollerna samt struktur för genomförande och uppföljning. En obligatorisk ombudsroll är dokumentationsombud som ska finnas i samtliga enheter inom VOF. Utsedd samordnare är SAS som bland annat ansvarar för att bjuda in dokumentationsombuden till nätverksträffar två gånger per år. Syftet med ombudsrollen är att säkerställa den sociala dokumentationen inom VOF. Under hösten 2023 har flera nätverksträffar genomförts. En träff per dokumentationsombud, uppdelning inom olika verksamhetsområden.

#### **Uppföljning av ärendegranskning– myndighetsenheterna SoL, LSS och socialpsykiatri**

Myndighetsenheterna har granskat mellan 10 - 20 ärenden per enhet i april och i november. De områden som granskats utgår från IBIC. I aprilenkäten har myndighetscheferna fått redovisa resultatet av granskningarna i procent, medelvärde eller liknande. I novemberenkäten har myndighetscheferna analyserat och jämfört resultatet från april och november.

Resultat av granskning i april och analys i november redovisas i bilaga 2.

#### **Analys - myndighetsenheterna**

Utvecklingsområden för samtliga myndighetsenheter är att fortsätta konkretisera arbetet med att säkerställa socialtjänstprocessen samt att utveckla arbetet med ”en myndighet” (EMY). Myndighetsenheterna LSS och SoL behöver utveckla dokumentationen i utredningarna på olika sätt. Myndighetsenheterna socialpsykiatri och LSS förlänger inte utan uppföljning och SoL har, sedan införande av nytt arbetssätt i oktober, följt upp behov/beslut i högre utsträckning. I kommande utredningsmallar kan rubriken ”samtycke” läggas till för att där beskriva vad brukaren samtyckt till för att tydliggöra för verkställighet. Ett utvecklingsområde inom förvaltningen är att utveckla verksamhetssystemet för att kunna inhämta statistik vid exempelvis uppföljda/ ej uppföljda behov.

## Granskning - av SAS

SAS har granskat tre journaler, utredningar och uppdrag inom samtliga myndighetsenheter. Några observationer nedan.

- Avsaknad av dokumentation om uppföljning av mål, generellt
- Går att följa ärendena men mycket autotext från utredningsprocessen i journal, mer svårläst
- Olika rubrikval vid likvärdig information
- Inte alltid separata uppdrag vid olika insatser
- Mer övergripande mål inom SoL, mer specifika inom LSS och socialpsykiatri
- Uppdragen är inte alltid döpta efter insats, behöver öppnas för att se insatsen
- Skillnad i omfattning av text och tydlighet i utredning och uppdrag mellan enheterna

## Analys

Granskningarna i april och analyserna i november visar att flera områden utvecklats till det bättre även om vissa utvecklingsområden kvarstår, exempelvis uppföljning av beslut. Förvaltningen behöver, precis som beskrivning i förra årets analys, ta beslut om på vilken nivå IBIC ska dokumenteras i såväl utredning som uppdrag och genomförandeplan. Det skiljer sig åt mellan myndighetsenheter och mellan verksamhetsområden i verkställighet vilket leder till otydlighet och brister i systematik. Samtliga myndighetsenheter har tagit fram en plan för att säkerställa uppföljning av beslut under 2024. Viktigt att den planen kommuniceras till verkställighet och att uppföljning av planen görs regelbundet under året. Under 2022 och under 2023 har dialog om enhetlig utredningsmall förts. Syftet har varit att förenkla, effektivisera samt säkerställa handlägningsprocessen. Dialog har även förts inför införandet av Mitt Reserva samt att systemet vid ett flertal tillfällen blivit försenat, vilket är orsaken till att utredningsmall inte kunnat implementeras under 2023. Planen är att det görs våren 2024.

## Uppföljning - utförarverksamheterna

### Resultat och analys - FS

FS har granskat den sociala dokumentationen två gånger under året. Granskningen har genomförts av stödpedagoger med stöd av metodutvecklare. Återkoppling och dialog med EC har därefter genomförts vid respektive ledningsgrupp. Inom området bostäder LSS har granskning av samtliga genomförandeplaner och journaler genomförts. Inom övriga två områden har granskning av 50 – 80 genomförandeplaner genomförts. Enheterna har kommit olika långt. De enheter som kommit längre och där utveckling skett är framgångsfaktorn att stödpedagog finns på plats. Vissa medarbetare inom exempelvis ledsagning har inte behörighet till verksamhetssystemet.

### Uppdrag/uppföljning

Generellt saknas uppdrag enligt IBIC för de brukare som har äldre tillsvidarebeslut inom daglig verksamhet och bostad med särskild service. Myndighet har under 2022 påbörjat uppföljning av tillsvidarebeslut där uppdraget sedan tidigare inte varit utformat enligt IBIC. Av 133 brukare inom bostäder LSS har 74 uppdrag och av dess är 30 inte utformade som uppdrag utan är uppföljningar gjorda i en uppföljningsmall vilket innebär att det inte överförts mål från uppdrag till genomförandeplanen i systemet. Fortfarande så förekommer det att de uppföljningarna som läggs som uppdrag är blandade insatser vilket innebär att det är svårt att se vilka mål som tillhör vilken insats. Sammanfattningsvis ser det likadant ut inom alla områden i Funktionsstöd.

### Dokumentation

Utifrån granskningen av journalerna har enheter som fått sämre resultat haft repetition i social dokumentation och IBIC.

### Genomförandeplan

Granskningarna har visat att genomförandeplanerna blivit mer strukturerade och tydligt visar hur stödets ska ges under varje livsområde. Kompletterande mallar i verksamhetssystemet har gett möjlighet till tydlighet vid upprättande samt åtkomst efter upprättande. Granskningen visar även en ökad följsamhet till metodstöd samt mallar.

Delaktigheten hos brukarna vid upprättande av genomförandeplanerna har ökat. De flesta genomförandeplaner upprättas tillsammans med brukarna i vardagen.

Det har förekommit att genomförandeplaner inte har upprättats eller har skrivskyddats och reviderats utan att nya versioner skapas vilket bidrar till att det inte går att följa förändringar.

Utvecklingsarbete 2024 är upprättande av första genomförandeplan senast dag 21 samt uppföljning av delmål.

### Resultat och analys - äldreboende egenregi

EC inom äldreboende har i genomsnitt granskat fem genomförandeplaner med tillhörande journaler i april och november 2023.

### Övegripande

Under 2023 har fyra omsorgshandledare anställts inom område äldreboende. Ett av deras huvudområden är att stödja och handleda chefer och personal inom den sociala dokumentationen. Detta har påbörjats hösten 2023 och flera utvecklingsområden har ringats in och plan för åtgärder har tagits fram. Flera positiva effekter avseende omsorgspersonals kunskap är uppmärksammade sedan denna funktion tillkom.

### Uppdrag/uppföljning

I de fall beslut inte följs upp av myndighet är det upp till omsorgspersonal att följa upp och bedöma livsområden och mål, vilket är svårt då det finns medarbetare med språksvårigheter och/eller bristande kunskap inom social dokumentation, särskilt IBIC. Uppföljningsmaterial som stödjer omsorgspersonalen att göra bedömningen utifrån IBIC har tagits fram och implementerats under 2022. Uppföljningsmaterialet har följts upp 2023.

### Dokumentation

Granskningar av journalanteckningar visar att merparten av dessa är väsentliga och respektfullt skrivna. Under 2023 har område äldreboende och HSL-organisationen fortsatt med samverkansforum för att säkerställa dokumentationen i vårdplaner. Fortsatt utvecklingsområde är att dokumentera vilka åtgärder som vidtagits och kontakter som tagits i samband med händelse samt minska muntlig informationsöverföring som fortfarande sker i för stor utsträckning.

### Genomförandeplan

Granskningar visar att brukarens delaktighet inför eller vid upprättandet av genomförandeplaner i hög grad beskrivs i genomförandeplanen. Individuella och mätbara mål samt att första genomförandeplanen ska upprättas senast dag 14, är ett fortsatt utvecklingsområde. Beskrivning av hur brukaren vill/behöver bli bemött samt information om hur och när utevistelse och individuell tid ska erbjudas saknas ofta.

### Resultat och analys - äldreboende privata utförare

En av två chefer har redovisat resultat av granskningarna i april och november. Resultatet från det äldreboendet visar att det skett en utveckling av upprättande och uppföljning av genomförandeplanerna mellan april och november samt att de är enhetligt skrivna och aktuella. Den första genomförandeplanen upprättas vanligtvis senast dag 14, det är få genomförandeplaner som blir försenade. Dokumentationen har utvecklats men det finns fortfarande onödig/irrelevant dokumentation.

## Resultat och analys - hemtjänst egenregi

EC har i genomsnitt granskat ca. fem genomförandeplaner med tillhörande journaler i april och november. För första gången har kollegial granskning genomförts.

### Uppdrag

Generellt innehåller uppdragen aktuella uppgifter men ett fåtal som har individuella och mätbara mål.

### Dokumentation

Granskningarna visar att journalanteckningarna generellt är respektfulla och väsentliga. Det förekommer fortfarande hälso- och sjukvårdsdokumentation i social journal.

### Genomförandeplaner

Granskningarna visar att ett fortsatt utvecklingsområde är individuella och mätbara delmål. Ett annat är brukarens delaktighet vid utförandet av stödet samt upprättande av första genomförandeplanen senast dag 14 samt EC kunskap om genomförandeplaner.

### Övegripande

Det finns inga metodutvecklare eller andra stödfunktioner inom området vilket innebär att varje EC ansvarar för detta stöd till dokumentationsombuden och övriga medarbetare.

## Resultat och analys - hemtjänst privata utförare

EC har i genomsnitt granskat ca. fem genomförandeplaner med tillhörande journaler i april och november. Generella utvecklingsområden är att första genomförandeplanen ska upprättas senast dag 14, att samtliga medarbetare ska dokumentera händelser av vikt samt att det ska finnas individuella och mätbara mål. Det finns en variation av hur långt enheterna kommit inom den sociala dokumentationen.

## Resultat och analys - korttidsenhet Bifrost, Team SAMSA/Trygg hemgång och förebyggandeenheten

EC har i genomsnitt granskat fem genomförandeplaner med tillhörande journaler i april och november 2023. Uppdrag från myndighet till Trygg hemgång och dagverksamheten innehåller generellt aktuella uppgifter och individuella och mätbara mål, i hälften av de granskade vid korttidsenheten. Det finns ingen beskrivning av ”hur” stödet ska genomföras i de granskade genomförandeplanerna i dagverksamheten och i mindre än hälften av de granskade i korttidsenheten medan Trygg hemgång uppgett 100%. Dokumentationen i journal är väsentlig och respektfull i nästan samtliga av de granskade journalerna. Utvecklingsområden för samtliga enheter är individuella och mätbara delmål.

## Granskning - av SAS

SAS har granskat tre journaler och genomförandeplaner inom samtliga verksamhetsområden. Några utvecklingsområden nedan:

- Upprättande av första genomförandeplanen senast 14 dagar för ÄO respektive 21 för FS från att stödet verkställts – utvecklingsområde FS och ÄO
- Individuella och mätbara delmål i genomförandeplan – utvecklingsområde FS och ÄO
- Riskinventering SoL/LSS och dokumentation av åtgärder – utvecklingsområde FS och ÄO
- Uppföljning av mål, i journal – utvecklingsområde FS och ÄO
- Respektfull dokumentation – FS och ÄO
- Mer väsentlig och objektiv dokumentation inom FS än inom ÄO
- Information under rubriken ”bemötande”- utvecklingsområde ÄO

## Analys

Inom FS har granskning av den sociala dokumentationen genomförts i grupp och inte enbart av EC eller utifrån den egna enheten. Kollegial granskning har även i år genomförts inom äldreboende egenregi och till skillnad från förra året har kollegial granskning även genomförts i hemtjänst egenregi. Detta har vid uppföljning med SAS lyfts fram som positivt och utvecklande på enhets- och områdesnivå.

Utbildningsinsatser, revidering och implementering av metodstöd inom FS och äldreboendeenheter har bidragit till en tydlighet inom den sociala dokumentationen. De enheter som haft stödpedagoger/omsorgshandledare har kommit längre i implementering och säkerställande vilket tydliggör vikten av pedagogiskt stöd vid samtliga utförarenheter.

Äldre uppdrag som upprättats av myndighetsenheterna LSS och socialpsykiatri och inte följts upp bidrar till svårigheter för utförare att upprätta genomförandeplaner utifrån brukarens behov. Detta gäller även vid äldreboendeenheter där beslut inte följs upp. Detta behöver säkerställas av myndighetsenheterna utifrån framtagna plan för 2024. Nuvarande gemensamma metodstöd för hemtjänst, korttidsplats, dagverksamhet och trygg hemgång kommer revideras under 2024 och göras om till separata metodstöd för att säkerställa utförandet av de olika insatserna.

### **3.3 Individanpassad**

Vården och omsorgen ska ges med respekt för individens specifika behov, förväntningar och integritet. Individerna ska ges möjlighet att vara delaktiga. Det handlar om ett personcentrerat förhållningssätt där behov utifrån funktionsnedsättning tillgodoses och individens resurser tas tillvara.

#### **3.3.1 Områden från brukarsäkerhetsplan**

##### **3.3.1.1 Brukarens delaktighet**

### **Styrning**

I SoL och LSS framgår det tydligt att enheter som utför stöd inom dessa lagrum ska bygga på respekt för brukarens självbestämmande och integritet. Brukare ska göras delaktiga i utredningsprocess och vid planering och genomförande av insats samt vid uppföljning. VOF ska arbeta med arbetsätt/metoder som säkerställer rättssäkerhet i beslut och utförande samt att brukare upplever delaktighet, begriplighet och hanterbarhet - muntligt och skriftligt. Det innebär att medarbetare ska arbeta systematiskt på ett likartat sätt för att uppnå kvalitet för brukare. Socialstyrelsen rekommenderar flera arbetsätt/metoder som säkerställer detta. Exempelvis IBIC, Alternativ och kompletterande kommunikation (AKK) och tydliggörande pedagogik.

### **Uppföljning**

#### **Resultat och analys - myndighetsenheterna SoL, LSS och socialpsykiatri**

Brukarens delaktighet i utredningsprocessen fungerar över lag väl. Vid 80–100% av de granskade ärendena har brukarna varit delaktiga. Brukarens delaktighet i utredningsprocessen behöver utvecklas vid samsjuklighet. Process mellan förvaltningarna VOF och SAF är framtagna under året. Det har varit mycket digitala besök de senaste åren men de fysiska hembesöken har ökat under 2023.

Socialekreterare behöver bedöma vad brukaren har behov av för möten/samtal, vilket är ett fortsatt utvecklingsområde. Under hösten 2023 har flera socialekreterare fått utbildning inom MI (motiverande samtal) och AKK (alternativ och kompletterande kommunikation).

## Resultat och analys - FS

Nästintill samtliga chefer inom samtliga tre verksamhetsområden har uppgett att de under året arbetat med att anpassa information så att brukare kan läsa, höra, se och förstå samt att brukaren ska kunna påverka hur och när stödet ska genomföras. Dialoger kring detta har förts i olika forum. Effekterna har varit positiva och uppmärksammats i möten med brukarna. En orsak till ett strukturerat arbete har varit ett mer etablerat stödpedagognätverk samt att merparten av medarbetare fått utbildning i AKK.

## Resultat och analys - hemtjänst och äldreboende egenregi

Över hälften av cheferna har uppgett att de under året arbetat med att anpassa information så att brukare kan läsa, höra, se och förstå samt att brukaren ska kunna påverka hur och när stödet ska genomföras. Skriftligt material är ett exempel som uppges ha tagits fram för att anpassa förståelse och delaktighet hos brukarna. Lika många chefer som uppgett att de anpassat ovanstående har uppgett att det gett effekt. Det är oklart på vilket sätt det följts upp och vilken effekt som åtgärderna givit. Inom båda verksamhetsområdena finns fortsatta utvecklingsområden, bland annat behövs kompetensutveckling för att öka medarbetarens kunskap inom AKK, lågaffektivt bemötande och bemötande för brukare med BPSD-symptom.

## Resultat och analys - hemtjänst och äldreboende privata utförare

Nästintill samtliga chefer har uppgett att de under året arbetat med att anpassa information så att brukare kan läsa, höra, se och förstå samt att brukaren ska kunna påverka hur och när stödet ska genomföras. Lika många chefer som uppgett att de anpassat ovanstående har uppgett att det gett effekt. Det är oklart på vilket sätt det följts upp och vilken effekt. En chef har beskrivit att en brukare har varit delaktig i framtagandet av en enkät. En annan chef har beskrivit att enheten köpt in digitala hjälpmedel som gör att brukare lättare kan se och höra och vara delaktig och en tredje har beskrivit att brukarna har direktnummer till ansvarig personal, om de vill byta datum eller tid för stöd.

## Resultat och analys - korttidsenheten Bifrost, Team SAMSA/Trygg hemgång och förebyggandeenheten

Förebyggandeenheten har uppgett att de under året arbetat med att anpassa information så att brukare kan läsa, höra, se och förstå samt att brukaren ska kunna påverka hur och när stödet ska genomföras. Detta uppges ha gett effekt. Det är oklart på vilket sätt det följts upp och vilken effekt. Korttidsenhet och trygg hemgång har inte besvarat dessa frågor då frågor och svar utgår från brukarundersökningen där de enheterna inte varit med.

## **Analys**

Samtliga områden behöver fortsätta arbeta med att öka brukares möjlighet till inflytande och delaktighet. Inom FS finns en regelbunden struktur för att erbjuda medarbetare ett regelbundet metodstöd för att säkerställa bemötande och arbetssätt. Inom äldreomsorgen behöver liknande säkerställas. Utbildningsinsatser för att säkerställa kommunikation, bemötande och delaktighet har genomförts i större utsträckning inom funktionsstödsenheterna än inom ÄO. Bedömning utifrån lex Sarah utredningar och avvikelser är att samma behov finns inom ÄO vilket behöver säkerställas.

## **4 Utvecklingsarbete som pågått - 2023**

Utvecklingsarbete som pågått i nämndens verksamheter inom SoL och LSS beskrivs i VOF:s verksamhetsberättelse.



## **5 Strategier och utmaningar för kommande år**

### **5.1 Områden som kommer följas upp 2024**

De områden som SAS kommer följa upp 2024 är:

#### **Områden**

- Teamarbete och samverkan
- Avvikelser, lex Sarah och synpunkter och klagomål
- Social dokumentation
- Brukarens delaktighet
- Förebyggande av missförhållande

Uppföljning kommer ske genom egenkontroller i nämndens verksamheter. Egenkontrollerna följs upp via enkäter två ggr/år och resultatet av enkäterna följs upp vid dialogmöten med VC/UC.

Resultatet redovisas för förvaltningsledningen i juni 2024 och februari 2025.

Från och med 2024 kommer helårsresultatet redovisas i nämndens kvalitetsberättelse.

### **5.2 Trygghetsskapande teknik**

Beslut om användande av trygghetsskapande teknik, hantering och inhämtande av samtycke är viktiga delar som behöver säkerställas och tydliggöras inom hela förvaltningen. Riktlinje för hantering av trygghetsskapande teknik föreslås träda i kraft före sommaren 2024. Som ett komplement till riktlinjen kommer det att finnas stödjande dokument som ska bidra till att vägleda chefer och övrig personal inom nämndens verksamheter så de på ett likvärdigt och rättssäkert sätt kan använda trygghetsskapande teknik på bästa sätt för brukarna.

### **5.3 IBIC**

IBIC är ett arbetssätt för social dokumentation framtaget av Socialstyrelsen. IBIC är ett stöd för både handläggare och utförare att beskriva och dokumentera uppgifter om brukarens resurser, behov mål och resultat. Uppgifterna blir mer enhetliga och myndighet och utförare använder samma begrepp och språk. När alla funktioner runt brukaren använder sig av gemensamt språk blir uppgifterna mer enhetliga vilket gör att det är lättare för brukaren att få rätt stöd. Kunskapsnivån och användningen av IBIC varierar och förvaltningen aktivt behöver arbeta för att alla som arbetar med brukare använder sig av IBIC i dokumentationen. VOF behöver fatta beslut om utbildnings- och implementeringsplan för hela förvaltningen under 2024.

### **5.4 Uppföljning av beslut**

Uppföljning av brukares behov har under tidigare år varit nedprioriterat på grund av stort inflöde av nya ansökningar/nya brukare samt allt fler komplicerade ärenden. Uppföljning av den enskildes behov är av yttersta vikt för att brukare ska få rätt stöd, i rätt omfattning och till rätt kostnad. Nya riktlinjer för myndighetsutövning ska under våren 2024 kompletteras med stödjande dokument liksom införandet av Mitt Treserva i syfte att bidra till effektivare handläggning och därmed frigöra tid för fler uppföljningar. Rambeslut i hemtjänsten införs successivt vilket kommer att bidra till större inflytande och delaktighet för brukare. Samtliga myndighetsenheter har uppföljning av brukares behov som prioriterat område 2024.

### **5.5 Statistik ur verksamhetssystem**

Verksamhetssystemet behöver utvecklas då det inte är möjligt att ta fram all den statistik som verksamheten är i behov av för att kunna följa resultat. Under 2024 kommer VOF arbeta med att tydliggöra statistiken samt fortsätta med att se över möjlighet att förenkla och automatisera fler processer för att frigöra personals tid vilket kommer till nytta för brukare.

## 6 Bilaga 1 – avvikelsestatistik

Nedanstående är statistik på rapporterade avvikelser och lex Sarah 2021, 2022 och 2023. Verksamheter med SoL-beslut som är eller har varit inom HSL-området redovisas även här (Korttidsenhet Bifrost och Fallströmmen, Team SAMSA/Trygg hemgång och förebyggandeenheten).

<b>Totalt antal rapporterade avvikelser inom samtliga lagrum, totalt antal rapporterade avvikelser inom SoL och LSS och utvalda områden inom SoL och LSS är redovisade nedan.</b>	<b>2021</b>	<b>2022</b>	<b>2023</b>
Totalt antal avvikelser inom SoL, LSS och HSL	6953	7474	7934
Totalt antal avvikelser inom SoL och LSS*	3272	2404	2113
Brist i/utebliven handläggning eller dokumentation/utebliven insats	621	937	732
Brist i bemötande	151	232	209
Brist inom VOF IT	18	12	13
Personuppgiftsincident/sekretess	17	66	26
Samtycke från brukare	4	4	10
Övrigt	652	590	628

\* Flera avvikelser är rapporterade inom både SoL och HSL där rapporteringen borde vara inom HSL. Därför innehåller siffran som är redovisad för enbart SoL och LSS flertalet felrapporteringar.

<b>Totalt antal rapporterade avvikelser per område utifrån SoL och LSS</b>	<b>2021</b>	<b>2022</b>	<b>2023</b>
Bostäder LSS	355	361	113
Socialpsykiatri	241	272	223
Korttidsverksamheter, personligt stöd, daglig verksamhet	74	159	182
Äldreboende område 1	547	432	442
Äldreboende område 2			
Hemtjänst egenregi	716	621	511
Hemtjänst privata utförare	199	193	163
Äldreboende LOU Lackarebäck	33	258	64
Äldreboende LOU Förenade Care	3	0	4
Korttidsenhet Bifrost och Fallströmmen Team SAMSA/Trygg hemgång och förebyggandeenheten	Inga resultat	Inga resultat	55
Myndighetsenheterna	43	56	50

<b>Brist i bemötande</b>	<b>2021</b>	<b>2022</b>	<b>2023</b>
Bostäder LSS	38	59	10
Socialpsykiatri	15	19	13
Korttidsverksamheter, personligt stöd, daglig verksamhet	7	12	15
Äldreboende område 1	50	36	19
Äldreboende område 2			
Hemtjänst egenregi	12	12	14
Hemtjänst privata utförare	3	1	1
Äldreboende LOU Lackarebäck	1	27	25
Äldreboende LOU Förenade Care	0	0	2
Korttidsenhet Bifrost och Fallströmmen Team SAMSA/Trygg hemgång och förebyggandeenheten	Inga resultat	Inga resultat	1
Myndighetsenheterna	0	0	0

<b>Brist i/vid utebliven handläggning eller dokumentation/utebliven insats</b>	<b>2021</b>	<b>2022</b>	<b>2023</b>
Bostäder LSS	155	157	37
Socialpsykiatri	150	219	124
Korttidsverksamheter, personligt stöd, daglig verksamhet	37	49	53
Äldreboende område 1	121	63	76
Äldreboende område 2	57		
Hemtjänst egenregi	34	130	85
Hemtjänst privata utförare	11	5	9
Äldreboende LOU Lackarebäck	4	25	13
Äldreboende LOU Förenade Care	2	0	0
Korttidsenhet Bifrost och Fallströmmen Team SAMSA/Trygg hemgång och förebyggandeenheten	Inga resultat	Inga resultat	3
Myndighetsenheterna	41	54	26

Enheter	Rapporterade lex Sarah			lex Sarah utredningar som bedömts som risk för missförhållande eller missförhållande			Lex Sarah anmälningar som skickats till IVO		
	2021	2022	2023	2021	2022	2023	2021	2022	2023
År									
Bostäder LSS	22	35	9	9	5	8	1	1	1
Socialpsykiatri	6	13	17	4	1	0	3	3	0
Korttidsverksamheter, personligt stöd, daglig verksamhet	6	8	16	1	3	2	2	2	0
Äldreboende område 1	34	36	26	2	2	5	2	1	4
Äldreboende område 2	31			3			1		
Hemtjänst egenregi	17	27	37	2	1	1	1	1	3
Hemtjänst privata utförare	6	4	6	0	0	1	0	1	0
Äldreboende LOU Lackarebäck	2	17	13	0	0	0	0	0	0
Äldreboende LOU Förenade Care	0	0	4	0	0	1	0	0	0
Korttidsenhet Bifrost och Fallströmmen Trygg hemgång och förebyggandeenheten	Inga resultat	Inga resultat	4	Inga resultat	Inga resultat	0	Inga resultat	Inga resultat	0
Myndighetssenheter	1	6	3	1	2	0	0	1	1
<b>Totalt</b>	<b>125</b>	<b>151</b>	<b>135</b>	<b>22</b>	<b>14</b>	<b>18</b>	<b>10</b>	<b>10</b>	<b>9</b>

SAS/MAS/MAR har vid fyra av händelserna som anmälts till IVO gjort gemensamma utredningar utifrån brister inom både SoL/LSS och HSL.

## 7 Bilaga 2 – resultat och analys av granskning av den sociala dokumentationen

Myndighetsenheten socialpsykiatri förkortas SP i tabellerna nedan.

<b>Aktualisering</b>	<b>April</b>	<b>November</b>
<i>I hur stor andel av de granskade ärendena framgår en ursprunglig frågeställning/ansökan?</i>	LSS - 100% SP - 100% SoL - 100%	<u>LSS, SP och SoL</u> Likvärdigt resultat.
<i>I hur stor andel av de granskade ärendena framgår en förtydligande frågeställning/ansökan?</i>	LSS - 100% SP - 100% SoL - 100%	

<b>Samtycke</b>	<b>April</b>	<b>November</b>
<i>I hur stor andel av de granskade ärendena framgår om samtycke inhämtats och på vilket sätt?</i>	LSS - 90% SP - 50% SoL - 80%	<u>LSS</u> Likvärdigt resultat.  <u>SP</u> Bättre resultat. Inhämtat i samtliga granskade ärenden. Olika uppfattningar inom VOF när samtycke ska inhämtas och informationsöverföring mellan myndighet och verkställighet.  <u>SoL</u> Sämre resultat.

<b>Inhämtande av uppgifter</b>	<b>April</b>	<b>November</b>
<i>I hur stor andel av de granskade ärendena framgår det hur information inhämtats?</i>	LSS - 100% SP - 100% SoL - 100%	<u>LSS och SoL</u> Likvärdigt resultat.  <u>SP</u>
<i>I hur stor andel av de granskade ärendena framgår det om ett informerande samtal hållits?</i>	LSS - 100% SP - 100% SoL - 100%	Bättre resultat avseende beaktande av barnperspektivet men fortsatt kompetens-utveckling behövs inom området.
<i>I hur stor andel av de granskade ärendena framgår det tydligt vem som uppgett vad?</i>	LSS - 100% SP - 100% SoL - 100%	För övrigt likvärdigt resultat.

<i>I hur stor andel av de granskade ärendena framgår brukarens uppfattning om behov av stöd?</i>	LSS - 80% SP - 100% SoL - 70%	
<i>I hur stor andel av de granskade ärendena framgår andras uppfattning om brukarens behov av stöd?</i>	LSS - 100% SP - 17% SoL - 100%	
<i>Berörs minderåriga barn i några av de granskade ärendena?</i>	LSS - ja SP - ja SoL - nej	
<i>Om ja på frågan ovan – I hur stor andel av de granskade ärendena framgår det om barnet kommit till tals?</i>	LSS - 100% SP - 0%	

<b>Relaterade faktorer</b>	<b>April</b>	<b>November</b>
<i>I hur stor andel av de granskade ärendena framgår personfaktorer?</i>	LSS - 100% SP - 100% SoL - 60%	<u>LSS, SP och SoL</u> Resultatet är likvärdigt. Kroppsfunktioner och kroppsstrukturer är inget som undersöks eller beskrivs.
<i>I hur stor andel av de granskade ärendena framgår omgivningsfaktorer?</i>	Samtliga 100%	<u>SoL</u> Sämre resultat inom området avseende information om brukarens resurser.
<i>I hur stor andel av de granskade ärendena framgår kroppsfunktioner?</i>	Samtliga 0 %	
<i>I hur stor andel av de granskade ärendena framgår kroppsstrukturer?</i>	Samtliga 0 %	
<i>I hur stor andel av de granskade ärendena framgår hälsotillstånd?</i>	Samtliga 100%	
<i>I hur stor andel av de granskade ärendena framgår brukarens resurser?</i>	LSS - 100% SP - 50% SoL - 70%	
<i>I hur stor andel av de granskade ärendena framgår vad som leder till svårigheter för brukaren?</i>	Samtliga 100%	

<b>Bedöma behov</b>	<b>April</b>	<b>November</b>
---------------------	--------------	-----------------

<i>I hur stor andel av de granskade ärendena framgår bedömt och avsett funktionstillstånd?</i>	LSS - 100% SP - 100% SoL - 10%	<u>LSS</u> Likvärdigt resultat.
<i>I hur stor andel av de granskade ärendena finns individuella och mätbara mål?</i>	LSS - 100% SP - 17% SoL - 70%	<u>SP</u> Bättre resultat då samtliga granskade ärenden har individuella och mätbara mål.  <u>SoL</u> Sämre resultat då fler granskade ärenden saknar individuella och mätbara mål.

<b>Beslut</b>	<b>April</b>	<b>November</b>
<i>I hur stor andel av de granskade ärendena framgår hur beslutet kommunicerats</i>	LSS - 100% SP - 33% SoL - 100%	<u>LSS</u> Till skillnad från i våras skrivs inte längre specifikt datum ut för när uppföljning ska ske, enbart att det ska följas upp.
<i>I hur stor andel av de granskade ärendena framgår hur och när uppföljning ska genomföras?</i>	LSS - 100% SP - 0% SoL - 50%	<u>SP</u> Bristar i hur beslut meddelas samt hur de hanteras i verksamhetssystemet.
<i>I hur stor andel av de granskade ärendena framgår namn och kontaktuppgifter till ansvarig socialsekreterare?</i>	LSS - 100% SP - 83% SoL - 100%	<u>SoL</u> Sämre resultat inom kommunikering.

<b>Handläggningstid</b>	<b>April</b>	<b>November</b>
<i>Hur många dagar har det tagit i snitt från inkommen ansökan/begäran till inledd aktualisering/utredning? Ange medelvärde.</i>	LSS - 15 dagar SP - 11 dagar SoL - 10 dagar	<u>LSS och SP</u> Sämre resultat. Utvecklingsområde.
<i>Hur många dagar har det tagit från inledd utredning till fattat beslut? Ange medelvärde.</i>	LSS - 37 dagar SP - 12 dagar SoL - 14 dagar	<u>SoL</u> Bättre resultat.

<b>Kontinuitet</b>	<b>April</b>	<b>November</b>
<i>Hur många socialsekreterare har i snitt hanterat varje granskat ärende från inledd utredning till fattat beslut? Ange medelvärde.</i>	Samtliga - 1	<u>LSS, SP och SoL</u> Likvärdigt resultat.

<b>Brukarens delaktighet</b>	<b>April</b>	<b>November</b>
<i>I hur stor andel av de granskade ärendena framgår det hur brukaren varit delaktig i utredningsprocessen?</i>	LSS - 80% SP - 100% SoL - 90%	<u>LSS och SoL</u> Förbättrat resultat.  <u>SP</u> Likvärdigt resultat.

<b>Journal</b>	<b>April</b>	<b>November</b>
<i>I hur stor andel av de granskade ärendena går det att följa ärendet?</i>	Samtliga - 100%	<u>LSS, SP och SoL</u> Likvärdigt resultat.

<b>Uppföljning av tillsvidarebeslut</b>	<b>April</b>	<b>November</b>
<i>I hur stor andel av de granskade uppföljningarna har uppföljning skett enligt tidsangivelse i beslut?</i>	LSS - 100% SP - 100% SoL - 0%	<u>LSS</u> Utvecklingsområde är uppföljning av tillsvidarebeslut. Under 2023 har 175 av 420 följts upp. Planen är att följa upp resterande 2024. Inga tidsbegränsade beslut förlängs utan uppföljning.  <u>SP</u> 2023 finns tillsvidare- och tidsbegränsade beslut som skulle följts upp. Oklart hur många. Plan för att säkerställa detta 2024 är framtagen.  <u>SoL</u> Fortsatt utvecklingsområde med uppföljning av tillsvidare- och tidsbegränsade beslut.  Uppföljning av köpta platser har genomförts.
<i>I hur stor andel av de granskade uppföljningarna framgår brukarens beskrivning av sin aktuella situation och funktionsnedsättning?</i>	LSS - 80% SP - 100% SoL - 0%	
<i>I hur stor andel av de granskade uppföljningarna framgår om information hämtats från annan vid uppföljning?</i>	LSS - 100% SP - 100% SoL - 0%	
<i>I hur stor andel av de granskade uppföljningarna framgår eventuella förändringar utifrån relaterade faktorer?</i>	LSS - 100% SP - 100% SoL - 0%	
<i>I hur stor andel av de granskade uppföljningarna framgår brukarens uppfattning om insatsens kvalitet?</i>	LSS - 60% SP - 0% SoL - 0%	
<i>I hur stor andel av de granskade uppföljningarna framgår den sammanvägda bedömningen av funktionstillstånd efter uppföljning?</i>	LSS - 100% SP - 100% SoL - 0%	
<i>I hur stor andel av de granskade uppföljningarna framgår om målen är uppnådda?</i>	LSS - 100% SP - 0% SoL - 0%	



		Från 1 januari till 31 oktober var det 267 tidsbegränsade beslut som inte följts upp. 2 oktober 2023 införde enheten nytt arbetssätt för att effektivisera handläggningen.
<i>I hur stor andel av de granskade uppföljningarna har nytt uppdrag skickats till utförare efter uppföljning?</i>	LSS - 100% SP - 0% SoL - 0%	

<b>Uppföljning av tidsbegränsade beslut</b>	<b>April</b>	<b>November</b>
<i>I hur stor andel av de granskade uppföljningarna har uppföljning skett enligt tidsangivelse i beslut?</i>	LSS - 100% SP - 60% SoL - 60%	<u>LSS, SP och SoL</u> Se resultat under rubriken "uppföljning av tillsvidarebeslut".
<i>I hur stor andel av de granskade uppföljningarna framgår brukarens beskrivning av sin aktuella situation och funktionsnedsättning?</i>	LSS - 80% SP - 100% SoL - 100%	
<i>I hur stor andel av de granskade uppföljningarna framgår om information hämtats från annan vid uppföljning?</i>	LSS - 100% SP - 100% SoL - 60%	
<i>I hur stor andel av de granskade uppföljningarna framgår eventuella förändringar utifrån relaterade faktorer?</i>	LSS - 100% SP - 100% SoL - 80%	
<i>I hur stor andel av de granskade uppföljningarna framgår brukarens uppfattning om insatsens kvalitet?</i>	LSS - 80% SP - 20% SoL - 20%	
<i>I hur stor andel av de granskade uppföljningarna framgår den sammanvägda bedömningen av funktionstillstånd efter uppföljning?</i>	LSS - 100% SP - 100% SoL - 100%	
<i>I hur stor andel av de granskade uppföljningarna framgår om målen är uppnådda?</i>	LSS - 100% SP - 0% SoL - 0%	
<i>I hur stor andel av de granskade uppföljningarna har nytt uppdrag skickats till utförare efter uppföljning?</i>	LSS - 100% SP - 100% SoL - 100%	