



Huddinge

# Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse 2023

För äldre inom Vård- och omsorgsnämndens  
verksamheter



<b>Inledning .....</b>	<b>3</b>
Syftet med kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsen .....	3
<b>Grundläggande förutsättningar för kvalitet samt säker vård och omsorg .....</b>	<b>3</b>
Verksamhetens uppdrag och organisation .....	3
Ansvar och roller i kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet .....	4
Definition av kvalitet och patientsäkerhet .....	4
<b>Underlag för bedömning.....</b>	<b>8</b>
Händelser och förutsättningar som påverkat verksamheten.....	8
Fokusområden för kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet under året som gått.....	9
Systematiskt förbättringsarbete/Agera för säker vård .....	13
Uppföljning och resultat.....	27
<b>Bedömning av kvalitet .....</b>	<b>38</b>
Förebyggande arbete .....	38
Biståndsbedömning för äldre .....	39
Utförande av insatser i egen regi .....	39
Utförande av insatser hos privata utförare.....	40
<b>Förbättringsområden .....</b>	<b>42</b>

# Inledning

## Syftet med kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsen

Syftet med kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet är att utveckla och förbättra stödet, vården och servicen som utförs inom vård- och omsorgsnämndens verksamheter.

Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsen redogör för det systematiska kvalitetsarbetet och det systematiska patientsäkerhetsarbetet som har genomförts under det gångna året med fokus på målgruppen äldre över 65 år.

Berättelsen innehåller information om hur verksamheten är organiserad, vilka förutsättningar som har funnits för att bedriva verksamheten samt vilka fokusområden eller mål som har funnits under året. Vidare redovisas det förbättringsarbete som har utförts för att säkerställa god kvalitet och patientsäkerhet. I detta ingår exempelvis hantering av avvikelser, risker och egenkontroller. Till sist beskrivs vilka resultat som har uppnåtts och en bedömning av hur kvaliteten ser ut i stödet till målgruppen samt en bedömning av hur patientsäker verksamheten är.

Att sammanställa en kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse ger verksamheten tillfälle att reflektera över och analysera hur stödet till målgruppen har genomförts och utvecklats under året samt ger underlag för att identifiera förbättringsområden inför nästkommande år. Rapporten ger även möjlighet till insyn i kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet för den ansvariga nämnden och andra intressenter.

## Grundläggande förutsättningar för kvalitet samt säker vård och omsorg

### Verksamhetens uppdrag och organisation

Äldreomsorgens målgrupp är personer över 65 år som får stöd och service i enlighet med socialtjänstlagen (SoL). Äldreomsorgen i Huddinge kommun består av förebyggande verksamhet, biståndsbedömning och utförande verksamhet och är uppdelad i fyra sektioner.

#### Sektionen för myndighetsutövning stöd i ordinärt och särskilt boende

I sektionens uppdrag ingår myndighetsutövning och förebyggande verksamhet för äldre.

Sektionen ansvarar för att utreda, besluta om och följa upp beviljade insatser för personer över 65 år med fysiska och psykiska funktionsnedsättningar som är i behov av stöd i sin dagliga livsföring. Besluten fattas utifrån socialtjänstlagen (SoL) samt i enlighet med kommunens och nämndens riktlinjer och policys.

Sektionen har även i uppdrag att arbeta förebyggande, uppsökande och samverkande för att identifiera och fånga upp äldre kommuninvånare i behov av förebyggande stöd och aktivitet. I uppdraget ingår bland annat att bedriva seniorträffar och anordna hälsofrämjande aktiviteter för målgruppen.

#### Sektionen för ordinärt boende över 65

Sektionen uppdrag är att i ordinärt boende utföra insatser enligt SoL för personer som inte själva kan tillgodose sina behov eller kan få dem tillgodosedda på annat sätt. Verksamheten utför stöd dygnet runt. Insatserna innefattar hemtjänst, dagverksamhet och hantering av trygghetslarm.

#### Sektionen för särskilt boende över 65

Sektionen uppdrag är att bedriva särskilt boende, korttidsboende och växelvård för personer med beslut enligt socialtjänstlagen (SoL). Genom särskilt boende ska den enskilde få tillgång till bostad med tillsyn, vård och omsorg under dygnets alla timmar. I sektionen ingår även kostenheten vars uppdrag är att tillhandahålla måltider till personer som bor på särskilt boende.

## Hälso- och sjukvårdsorganisationen

Hälso- och sjukvårdsorganisationens uppdrag är att erbjuda en god och säker vård inom det kommunala hälso- och sjukvårdsansvaret upp till och med sjuksköterskenivå. Det innefattar personer som bor på kommunens särskilda boenden för äldre eller vistas på biståndsbedömd dagverksamhet. Sektionen ansvarar även för hälso- och sjukvård till personer med funktionsnedsättning under 65 år som har vissa insatser enligt Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade samt till personer med psykisk funktionsnedsättning som får stöd enligt socialtjänstlagen.

## Ansvar och roller i kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet

Den nämnd som bedriver socialtjänst eller hälso- och sjukvård ska säkerställa att den enskilde får insatser av god kvalitet och att det finns ett upprättat ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Nämnden är huvudman för all hälso- och sjukvård, oavsett privat eller kommunal driftsform, som bedrivs enligt det kommunala hälso- och sjukvårdsansvaret inom Huddinge kommuns gränser. För den hälso- och sjukvård som bedrivs i egen regi är nämnden även vårdgivare.

Socialdirektören ansvarar för att ett ledningssystem upprättas och används inom verksamheter som bedrivs inom den egna regin, samt att uppföljning av privata utförare genomförs inom vilken det granskas att de uppfyller kraven i föreskriften om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, SOSFS 2011:9.

Vidare ansvarar varje chef för att det systematiska kvalitetsarbetet planeras, genomförs, följs upp och dokumenteras inom sitt ansvarsområde. Verksamhetschefen har utöver detta även ansvar för att besluta om allvarlighetsgraden av rapporterat missförhållande eller risk för missförhållande.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) har ett författningsreglerat ansvar för kvalitet och patientsäkerhet inom det verksamhetsområde som vårdgivaren beslutat. MAS ansvarar även för att göra anmälan enligt lex Maria till Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Verksamhetschefen för hälso- och sjukvården har det övergripande ansvaret för att tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet.

Alla medarbetare inom verksamheten ska bidra till god kvalitet och patientsäkerhet för den enskilde genom att följa de processer och rutiner som finns för verksamheten, rapportera brister och avvikelser samt att delta aktivt i utvecklings- och förbättringsarbete.

## Definition av kvalitet och patientsäkerhet

### Definition av patientsäkerhet

Patientsäkerhet definieras som "skydd mot vårdskada" i patientsäkerhetslagen (2010:659). Patientsäkerhet handlar om att patienter inte ska skadas i samband med hälso- och sjukvårdande åtgärder. Patienten ska inte heller komma till skada på grund av att vården inte genomför de åtgärder som behövs med hänsyn till patientens tillstånd. En vårdskada innebär "lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom samt dödsfall som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården".

### Definition av god kvalitet

Den verksamhet som bedrivs inom nämndens ansvarsområde ska vara av god kvalitet, vilket innebär att verksamheten uppfyller de krav och mål som gäller för verksamheten enligt lagar och andra föreskrifter.

Verksamheten ska arbeta utifrån följande kvalitetsfaktorer:

#### Kunskapsbaserad verksamhet

Socialtjänstens insatser och service ska utföras utifrån bästa tillgängliga kunskap och evidens. Den vård som ges ska utföras enligt vetenskap och beprövad erfarenhet. Medarbetarna ska ha den kompetens som krävs för sitt uppdrag. Verksamheten ska genom systematisk uppföljning säkerställa att det stöd och den vård som ges får önskat resultat för den enskilda individen. Det som vid uppföljningen inte visar sig ge resultat ska ersättas av andra arbetssätt.

### *Äldreomsorgens arbetssätt för att skapa en kunskapsbaserad verksamhet*

Äldreomsorgens verksamheter arbetar evidensbaserat genom att utgå från aktuell forskning, kunskap och beprövad erfarenhet.

#### *Säkerställa adekvat kunskap och kompetens*

Vid rekrytering ställs krav på adekvat utbildning för den aktuella tjänsten. Då undersköterska är ett bristyrke är det en stor utmaning för utförarverksamheterna att enbart rekrytera undersköterskor. Verksamheten följer Socialstyrelsens rekommendationer vid rekrytering och arbetar aktivt med att motivera de medarbetare som saknar undersköterskeutbildning att delta i utbildning.

Alla medarbetare har en individuell kompetensplan och erbjuds kontinuerlig fortbildning för att säkerställa aktuell kunskap. Kompetensutvecklingen styrs bland annat av nationella riktlinjer och av identifierade brister i verksamheten. Kompetensutvecklingen sker via bland annat föreläsningar, webbutbildningar och genom att lärande sprids inom organisationen.

Många medarbetare har behov av att stärka sina kunskaper i det svenska språket. För att hantera det samarbetar äldreomsorgen med den kommunala vuxenutbildningen vilket ger medarbetare möjlighet att studera svenska på arbetstid för att bättre klara sina arbetsuppgifter. Äldreomsorgen har också avtal med vård- och omsorgscollege.

Inom enheten för myndighetsutövning finns ett etablerat samarbete med Huddinge trainee-programmet. Genom programmet tar verksamheten emot socionomstudenter för praktik och traineeanställningar vilket bidrar till en god personalförsörjning.

#### *Bemanning och schemaläggning*

Vid schemaläggning och bemanning säkerställs att medarbetare med god kompetens och lång erfarenhet finns på plats vid varje arbetspass.

### **Hög delaktighet**

Verksamheter ska bedrivas med respekt för den enskildes självbestämmande och integritet. Hänsyn ska tas till den enskildes önskemål om när, var och hur insatser utförs. Verksamheter ska, genom att fråga den enskilde, systematiskt följa upp hur de som möter verksamheten upplever det stöd och den service de fått, med syftet att utveckla verksamheten.

#### *Äldreomsorgens arbetssätt för att skapa hög delaktighet*

Äldreomsorgen utgår från principen att den enskilde ska känna delaktighet i sin vård och omsorg utifrån att denne har en unik kunskap om sig själv, sina behov, förväntningar och resurser. Den enskildes delaktighet beaktas i alla delar av verksamheten, från de öppna och förebyggande insatserna, till ansökningsprocessen vid behov av biståndsbedömda insatser och vidare i utförandet av dessa.

Vid ansökan om biståndsbedömda insatser görs den enskilde delaktig genom personliga möten med biståndshandläggare. Dialogen säkerställer att individuella behov och önskemål beaktas i utredningen.

I de utförande verksamheterna är den enskildes delaktighet vid utformningen av insatsernas utförande av stor vikt. Detta tillgodoses vid upprättande och uppföljning av genomförandeplanen. Vidare har den fasta omsorgskontakten inom ordinärt boende och kontaktansvarig inom särskilt boende en central roll i att göra den enskilde delaktig i sin omsorg och att tillvarata personens intressen.

Inom särskilt boende finns flera olika mötesformer för att öka delaktigheten både för brukare och anhöriga och i syfte att öka insynen i verksamheten skickas informationsbrev regelbundet ut till anhöriga som så önskar.

Samtliga verksamheter tillvaratar de förslag, synpunkter och klagomål som inkommer och arbetar aktivt med åtgärder utifrån dessa.

#### *Patienten som medskapare*

En grundläggande förutsättning för en säker vård är den enskildes och anhörigas delaktighet i vården. Vården blir säkrare om patienten är välinformerad och deltar aktivt i sin vård. Vården ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med den enskilde.

Vid inflyttning till särskilt boende inhämtar sjuksköterska brukarens samtycke för att kunna arbeta med informationsöverföring med andra vårdgivare och med närstående. Brukaren är delaktig utifrån sin förmåga

i besluten som tas av hälso- och sjukvården genom information och samtal med sjuksköterska och läkare. Målet är att brukarens önskemål om vården i livets slutskede ska vara känd av all personal. När tiden för livets slut närmar sig erbjuder läkaren, oftast tillsammans med sjuksköterskan, brukaren (och eventuellt anhöriga) ett brytpunktssamtal där beslut för den sista tiden i livet fattas.

## Hög säkerhet, trygghet och gott bemötande

Den enskilde ska känna sig trygg med att beslut fattas på ett rättssäkert sätt och ska ges information om vad som ligger till grund för beslutet och vad det innebär.

Utförandet av insatser ska ske på ett sådant sätt att den enskilde känner sig trygg med att alltid få det som har beviljats samt att bli väl behandlad. Verksamheter ska sträva efter hög kontinuitet för den enskilde vad gäller såväl personal som arbetsmetoder.

### *Äldreomsorgens arbetssätt för att skapa hög säkerhet, trygghet och gott bemötande*

#### *Rättssäker handläggning*

En rättssäker handläggning innebär att utredningar och beslut utgår från gällande lagstiftning, föreskrifter och rättspraxis. I samtliga fall görs en individuell bedömning av den enskildes behov för att bedöma rätten till ansökt bistånd.

#### *Informationssäkerhet*

Verksamheten hanterar och förvarar sekretessbelagda uppgifter i enlighet med aktuella riktlinjer och regelverk. Regelbundna loggkontroller genomförs varje eller varannan månad för att säkerställa att eventuella avvikelser identifieras och åtgärdas. Vid misstänkta personuppgiftsincidenter rapporteras dessa i samverkan med kommunens dataskyddsombud.

#### *En god säkerhetskultur*

Samtliga medarbetare är skyldiga att rapportera avvikelser enligt både socialtjänstlagen (SoL) och hälso- och sjukvårdslagen (HSL). Information om rapporteringsskyldigheten och arbetssätt för att rapportera avvikelser utgör en del av introduktionen av nyanställda. Transparens avseende avvikelser är ett genomgående förhållningssätt och avvikelser, vårdskador och lex Sarah-ärenden diskuteras regelbundet på arbetsplatsträffar och i andra gruppsammanhang. Målet är att möjliggöra lärande och reflektion samt skapa en tillåtande kultur kring rapportering där avsikten med rapporteringsskyldigheten tydliggörs för medarbetarna.

#### *Bemötande och trygghet*

Inom äldreomsorgens verksamheter ska arbetet präglas av gott bemötande och utgå från den nationella värdegrunden för äldreomsorg. Målsättningen är att den enskilde ska känna sig respekterad, trygg och väl omhändertagen. Genom ett personcentrerat arbetssätt som utgår från den enskildes önskemål och individuella förutsättningar skapas delaktighet och trygghet i omsorgen. Synpunkter, förslag och önskemål från både brukare och anhöriga värderas högt och integreras aktivt i arbetet. Personalkontinuiteten är en viktig aspekt för den enskilde i våra utförande verksamheter. Hög personalkontinuitet skapar trygghet och stabilitet för den enskilde och är därför något samtliga verksamheter strävar efter. Även kontinuitet i vårdrelationer är betydande för patientens upplevelse av trygghet. Detta tillgodoses genom att samtliga personer som bor på särskilt boende tilldelas en omvårdnadsansvarig sjuksköterska.

## God tillgänglighet och insatser inom rimlig tid

Det ska vara lätt för kommuninvånarna att hitta information om och kontakta socialtjänstens verksamheter. Information och kontaktvägar ska vara anpassade för alla målgrupper och ge förutsättningar för jämlika villkor. Beslut och insatser ska ges inom rimlig tid utan att väntan innebär negativa konsekvenser för den enskilde.

### *Äldreomsorgens arbetssätt för att skapa tillgänglighet och ge insatser inom rimlig tid*

#### *Tillgänglig information och kontakt*

Äldreomsorgen strävar efter att ha en hög tillgänglighet och utvärderar regelbundet hur detta ska uppnås. För många äldre är tillgänglighet via telefon av stor vikt. Personal i de utförande verksamheterna är tillgängliga hela dygnet exempelvis genom telefon och larm inom ordinärt boende samt bemanning dygnet runt på särskilda boenden.

Genom en väl etablerad samverkan med kommunens servicecenter säkerställs att enskilda som önskar kontakt eller information behöver ringa så få samtal som möjligt. Huddingebor som fyller 75 år och inte har pågående insatser erbjuds även ett uppsökande hembesök där de får information om vilket stöd som finns att få hos kommunen, regionen och civilsamhället.

Information om verksamheter och enheter samt kontaktuppgifter till dessa finns tillgängliga på [huddinge.se](http://huddinge.se). Informationen kan ges både skriftligt och muntligt utifrån den enskildes behov. Det finns även möjlighet att ansöka om biståndsinsatser digitalt via [huddinge.se](http://huddinge.se).

#### *Insatser inom rimlig tid*

Ansökan om bistånd hanteras skyndsamt utifrån de lagkrav som finns. Beviljade insatser påbörjas skyndsamt eller så snart det finns plats på särskilt boende och dagverksamhet.

Gällande hälso- och sjukvård finns sjuksköterska, fysioterapeut och arbetsterapeut på plats på alla särskilda boenden under dagtid på vardagar, övrig tid finns en god tillgänglighet till jour-sjuksköterskor som arbetar mot samtliga enheter och dessa har en inställetid på 30 minuter vid behov av fysiskt besök. Det finns tydliga rutiner och riktlinjer hur personal ska agera vid förändrade hälsotillstånd för att säkerställa att hälso- och sjukvårdsinsatser ska ske på rätt sätt, rätt nivå och inom rimlig tid.

## Helhetssyn och samordning

Den enskilde ska uppleva att stödet är samordnat. Insatser och service ska präglas av en helhetssyn på individen och samordning med andra aktörer ska säkerställas.

### *Äldreomsorgens arbetssätt för att skapa helhetssyn och samordning*

#### *Samverkan*

Inom äldreomsorgen värdesätts och prioriteras teamarbete och samverkan då detta är nödvändigt för att kunna utföra verksamhetens många olika uppdrag med god kvalitet och patientsäkerhet.

Allt fler äldre med omfattande vård- och omsorgsbehov bor kvar hemma. Kommunen, regionen och civilsamhället behöver samverka för att identifiera vilka personer som är i behov av insatser för att dessa ska kunna erbjudas i rätt tid. Vidare behöver samverkan ske i utförandet av stödet för att rätt insatser ska erbjudas utifrån behov. Samverkan sker internt inom och mellan enheterna och med andra förvaltningar i kommunen enligt upprättade rutiner. Verksamheterna samverkar löpande med externa aktörer, såsom civilsamhället och regionen.

Anhöriga utgör en viktig samverkanspart utifrån deras kunskap och erfarenhet om brukarna. Kontakt med anhöriga sker löpande och i olika forum exempelvis genom anhörigmöten på särskilt boende.

#### *Samverkan för att förebygga vårdskador*

En förutsättning för att kunna erbjuda god vård och omsorg är att legitimerad personal och ledningen på särskilda boenden har en god och nära samverkan. Omsorgspersonalen på boenden arbetar närmast brukarna och det är av yttersta vikt att de vet när och hur de ska ta kontakt med hälso- och sjukvården. Samverkan sker strukturerat mellan legitimerad personal och omsorgspersonal, bland annat genom vård- och omsorgsmöten där enskilda brukares vård och omsorg planeras, avvikelsemöten där ansvarsfördelningen i åtgärder tydliggörs samt på kvalitetsråd där avvikelser och förbättringsområden avhandlas. Även extern samverkan med andra vårdgivare som exempelvis läkarorganisationen, primärvården samt utförare inom tandvård, bidrar till utveckling och förbättring av patientsäkerheten samt för att förebygga vårdskador.

## Resurser används där de kommer målgruppen till störst nytta

Verksamheternas arbete ska sträva efter att uppnå högsta möjliga kvalitet i förhållande till resursanvändning. Detta innebär både effektivitet i hur insatser och service utförs och att arbetet möter målgruppens behov. Resurser ska användas där de kommer målgruppen till störst nytta.

### *Äldreomsorgens arbetssätt för att använda resurser där de kommer målgruppen till störst nytta*

Äldreomsorgen arbetar löpande mot målet att nyttja resurser effektivt för att kunna erbjuda de äldre stöd, vård och omsorg av god kvalitet. Rätt planering och fördelning av resurser bidrar till en välfungerande vård- och omsorg som svarar mot målgruppens behov. Uppföljning och utvärdering är nödvändiga moment för

att kunna forma stödet till målgruppen ändamålsenligt och resurseffektivt.

Digitala lösningar som kan frigöra tid för personalen utan att påverka kvaliteten för den enskilde utvecklas löpande. Exempel på digitala lösningar som nyttjas är automatiserad handläggning, digitala inköp av matvaror och digital tillsyn. En tjänst för bedömning av och kommunikation med brukare via videosamtal ska enligt planering införas under 2024. Denna tjänst förväntas minska jourhavande sjuksköterskors restider mellan enheterna.

En effektiv bemanning är grundläggande för att verksamheten ska vara resurseffektiv. Under 2023 påbörjades en upphandling av ett nytt schema- och bemanningssystem. Ett effektivt stöd för schemaläggning ger bättre förutsättningar för planering vilket leder till besparingar samtidigt som ett minskat behov av vikarier ökar personalkontinuiteten vilket är positivt för målgruppen.

## Underlag för bedömning

### Händelser och förutsättningar som påverkat verksamheten

#### Organisationsförändringar

##### *Ny sektion för hälso- och sjukvårdsorganisationen*

I april 2023 blev hälso- och sjukvårdsorganisationen en egen sektion efter att tidigare ha tillhört sektionen särskilt boende. Hela hälso- och sjukvårdsorganisationen leddes tidigare av en enhetschef med ansvar för drygt 70 medarbetare. En förändring var därför nödvändig. Under våren/sommaren genomfördes en översyn av den nya sektionens bemanning och kostnader. Översynen har lett till:

- Tjänsten som biträdande enhetschef omvandlades till enhetschef och ytterligare en tjänst som enhetschef för sjuksköterskeenheten inrättades. Idag ansvarar enhetscheferna för cirka 35 medarbetare var.
- En metodutvecklare anställdes under hösten med hjälp av statsbidrag med uppdrag att uppdatera och implementera processer och lokala rutiner i organisationen samt att utveckla dokumentationen med bland annat vårdplaner.

Utvärdering av organisationsändringen kommer att ske under andra kvartalet 2024.

##### *Flytt av färdtjänst och riksfärdtjänst*

Den 1 maj 2023 övergick ansvaret för färdtjänst och riksfärdtjänst till kommunstyrelseförvaltningens Servicecenter. Huddingebor som önskar ansöka om färdtjänst eller riksfärdtjänst kan nu vända sig direkt till Servicecenter för att få hjälp med detta.

#### Lagar/regelverk

##### *Skärpning av EU-direktiv gällande sammanhängande nattvila*

I och med en skärpning av EU-direktivet om dispens att frånga 11 timmars sammanhängande dygnsvila inte längre kan godkännas har verksamheten fått arbeta med nya scheman för omsorgspersonal och sjuksköterskor. Det nya kravet medför minskad flexibilitet avseende schemaläggning vilket kan komma att påverka verksamhetens ekonomi. Inom sjuksköterskeorganisationen har skärpningen inneburit att bemanningen minskats nattetid. Under natten ansvarar sjuksköterskorna endast för akuta insatser då bemanningsbehovet är mindre för att i stället möjliggöra högre tillgänglighet dagtid när planering av vården sker. En riskbedömning genomfördes inför förändringen och bedömningen var att det inte förelåg någon risk för patientsäkerheten.

##### *Fast omsorgskontakt*

Från och med den 1 juli 2023 ska alla enskilda i hemtjänsten ha en fast omsorgskontakt som är utbildad undersköterska, vilket har verkställts på samtliga enheter. Införandet av fast omsorgskontakt förväntas medföra ökad trygghet och delaktighet för den enskilde.



## *Nya föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2022:44) om smittförebyggande åtgärder i vissa verksamheter enligt SoL och LSS*

Socialstyrelsen beslutade i juni 2022 om nya föreskrifter och allmänna råd om smittförebyggande åtgärder i vissa verksamheter enligt SoL och lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS). Beslutet började gälla den 1 november. Under 2024 kommer en rutin tas fram som beskriver hur smitta ska förebyggas och smittspridning förhindras samt vem som ansvarar för att olika smittförebyggande åtgärder vidtas. Vidare kommer en utbildning i desinfektion att tillkomma som en påbyggnad till utbildning i basal hygien för att svara mot kraven på utbildning i att förebygga och förhindra smitta och smittspridning i verksamheten.

## Resurser

### *Ekonomi*

Det rådande ekonomiska världsläget med inflation och prisökningar som följd har haft en stor påverkan på verksamhetens ekonomi. Äldreomsorgen är en stor verksamhet där löneökningar, hyresökningar och ökade priser på drivmedel, livsmedel, skyddsutrustning ger en stor påverkan på budgeten.

### *Personalresurser*

Personalförsörjningen är en utmaning för äldreomsorgen. Det är svårt att hitta personer med rätt kompetens och att rekrytera både till tillsvidaretjänster och vikariat. Det är utmanande att upprätthålla en god kvalitet när det inte alltid går att bemanna med medarbetare som har adekvat kompetens. Flera medarbetare har under året genomgått utbildning till undersköterska genom den statliga satsningen äldreomsorgslyftet och medarbetare som är i behov av att stärka det svenska språket har fått möjlighet att göra det via ett samarbete med den kommunala vuxenutbildningen.

### *Volymer*

I början av året var det 14 lediga lägenheter inom särskilt boende. Antalet beslut om särskilt boende har ökat under året och under hösten 2023 fanns det inga lediga lägenheter inom egen regi.

## Nytt larmsystem

Upphandling av trygghetsskapande teknik slutfördes under 2022 och medförde en ny leverantör av larm (trygghetslarm, dörrlarm, rörelselarm, avvikelserlarm och personallarm) samt digitala lås och digital tillsyn. Komponentbrist hos leverantören medförde att implementeringen inte påbörjades förrän 2023. Inom särskilt boende genomfördes införandet av nytt larmsystem och nya digitala lås under våren. På grund av teknikproblem avbröts installationen inom ordinärt boende och de gamla larmen återinstallerades.

Implementeringen av nya larm och lås har varit mycket resurskrävande för verksamheten och har inom särskilt boende medfört en mängd avvikelser orsakade av handhavandeproblem men även teknikproblem.

## Fokusområden för kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet under året som gått

### Samverkan, helhetssyn och samordning

#### *SAMSAS*

Andel äldre i befolkningen ökar och det är viktigt att utveckla de förebyggande insatser för att möjliggöra självständighet för fler individer så länge som möjligt i livet. Den förebyggande enheten har medverkat i ett forskningsprojekt, Samsas<sup>1</sup>. Samsas syftar till att skapa ny kunskap om hur kommun, region och civilsamhälle kan samverka för att förebygga försämrad hälsa hos äldre personer.

---

<sup>1</sup> Forskningsprojektet bedrivs av Stockholms läns fyra forsknings- och utvecklingsenheter (FoU) inom äldreområdet

Projektet pågår under åren 2022 till 2025 och ska bland annat besvara frågor om:

- hur samverkan ser ut idag och vilka aktörer som är involverade
- hur samverkan skulle kunna se ut när den utvecklas gemensamt av äldre personer, närstående och personer inom kommun, region och civilsamhälle
- vilka faktorer som är viktiga för att samverkansmodeller ska kunna utvecklas gemensamt av olika aktörer
- hur samskapade modeller för samverkan omsätts i praktiken

### *Samverkan med Karolinska Institutet*

Under 2023 har Huddinge kommun tecknat ett samverkansavtal med Karolinska Institutet (KI) inom hälso- och sjukvårdsområdet. Samverkan avser att öka möjligheterna att genom forskning, utbildning, utveckling och innovation bidra till att människors hälsa förbättras på ett avgörande sätt. Samverkan kommer initialt att fokusera på jämlik hälsa och prevention för ett hälsosamt liv.

Äldreomsorgen i Huddinge kommer delta i ett projekt för utökad samverkan med KI samt utveckling av mottagandet av studenter i kommunens verksamheter. Inom ramen för projektet har samtlig legitimerad personal genomgått handledarutbildning.

I och med samverkansavtalet deltar hälso- och sjukvårdsorganisationen i ett projekt om samverkan kring verksamhetsförlagd utbildning, kompetensförsörjning och kompetensutveckling. Då efterfrågan på kompetens inom kommunal vård och omsorg är stor finns ett gemensamt intresse hos parterna att utveckla möjligheterna till ytterligare verksamhetsförlagd utbildning. Parterna kommer att föra dialog och arbeta för att stärka möjligheterna till forskningssamarbeten med ömsesidig nytta. Parterna ska även samverka kring nyttiggörande av kunskap och idéer för omsättning till praktiskt nytta för samhällsutvecklingen. Samverkan kommer att omfatta områden som exempelvis expertstöd, kommunikation av gemensamma samarbetsinsatser och deltagande i gemensamma innovationsprocesser.

### *Förebygga ensamhet*

Ofrivillig ensamhet drabbar allt fler äldre och kan leda till psykisk ohälsa som depression, ångest och oro. Det kan också leda till ökad alkoholkonsumtion, sämre matvanor, fysiska problem, nedsatt självkänsla och en för tidig död. Äldreomsorgen i Huddinge arbetar aktivt för att förebygga ohälsa orsakad av ofrivillig ensamhet.

### *Hälsopedagogens arbete*

Under året har Förebyggande enheten kunnat erbjuda fler hälsofrämjande aktiviteter där hälsopedagogen har haft en betydande roll. Flera temaföreläsningar har anordnats bland annat "Rörelsens betydelse efter pensionsåldern" och "Helhetshälsa-vikten av inre och yttre hållbarhet". Individuella motiverande samtal samt kurs i mindfulness har också erbjudits. Under våren 2023 invigdes träningsrummet på Serenadens seniorträff där seniorer varit välkomna att träna efter att de fått en introduktion.

### *Ipad-utbildning*

Under året har det genomförts flera Ipad-utbildningar där seniorer erbjuds lån av Ipads samt utbildning i olika digitala verktyg till exempel Skype, e-post och mobilt bank-ID. Utifrån önskemål från seniorer har en fortsättningskurs i smartphone tagits fram och erbjudits de som tidigare deltagit i Ipad-utbildningen.

### *Uppsökande hembesök*

Ett fortsatt arbete har bedrivits med att erbjuda uppsökande hembesök/hälsosamtal till personer över 75 år och som inte ha några andra insatser från äldreomsorgen. En biståndshandläggare informerar vid hembesöket om kommunens öppna insatser och vilka aktiviteter som civilsamhället erbjuder. Under året har samtliga personer över 75 år i alla kommundelar fått erbjudande om hembesök.

## Kunskapsbaserad verksamhet

### *Utbildningar inom psykisk ohälsa*

Flera utbildningssatsningar inom tema psykisk ohälsa har genomförts för biståndshandläggarna. Två biståndshandläggare är certifierade MHF-instruktörer<sup>2</sup> och har utbildat sina kollegor. Biståndshandläggarna har genomfört en utbildning i första hjälpen till psykisk hälsa samt en serie utbildningar genom Psyk-E bas<sup>3</sup>. Temat på utbildningarna har bland annat varit depression, personlighetsstörning, psykossjukdom och medicinering. Avsikten med dessa utbildningar har varit att sprida kunskap om psykisk ohälsa och sjukdom för att minska fördomar och stigmatisering.

### *Äldreomsorgslyftet*

Ett antal medarbetare från sektionen för ordinärt boende har under året färdigutbildats till undersköterskor genom satsningen äldreomsorgslyftet. Under hösten startade ett samarbete med Komvux där medarbetare i behov av stöd i svenska språket fått möjlighet att under arbetstid stärka sina kunskaper. Effekten av utbildningen kommer att utvärderas efter terminsslutet.

### *Hälsofrämjande hemtjänst*

En hemtjänstenhet deltar sedan januari 2023 i ett pilotprojekt kallad Hälsofrämjande hemtjänst. Projektet drivs av Nestor FOU<sup>4</sup> och ligger i linje med de förväntade lagändringarna (SOU 2020:47 och SOU 2022:41) där det betonas att socialtjänsten förväntas arbeta mer förebyggande och hälsofrämjande. Syftet med projektet är att se över arbetssätt som kan medverka till att äldre personer som har hemtjänst ska uppleva en ökad subjektiv hälsa i sin vardag både ur ett fysiskt och psykiskt perspektiv. Det kan röra sig om grundläggande hälsoaspekter och social stimulans. Projektet kommer att fortsätta under 2024.

### *Palliativa projektet*

Särskilda boenden och hälso- och sjukvårdsorganisationen har under året, med hjälp av Palliativt kunskapscentrum (PKC), utbildat palliativa ombud. Syftet är att utveckla och kvalitetssäkra den palliativa vården. Palliativa ombud ska finnas representerade från samtliga yrkesgrupper inom verksamheten. Vid årets slut kommer drygt hälften av enheterna ha färdigutbildade ombud. Ombud från resterande enheter kommer att utbildas under våren 2024.

### *Vård i livets slutskede*

Sedan 2022 delfinansierar Huddinge kommun, tillsammans med regionen och andra kommuner i Stockholms län, Palliativt kunskapscentrum som erbjuder kvalitativa utbildningar för både legitimerad personal och omsorgspersonal. De mål för patientsäkerhetsarbetet som sattes för 2023 har delvis uppnåtts och idag har exempelvis 90 procent av de personer som har befunnits sig i livets slutskede en dokumenterad vårdplan. Både legitimerad personal och omsorgspersonal har en kompetensutvecklingsplan för utbildning i palliativ vård. För att säkerställa att stödet upplevs samordnat kommer en process för vård och omsorg i livets slutskede att tas fram under 2024. I samverkan med läkarorganisationen diskuteras vården i livets slutskede regelbundet.

Andel brukare som inte har haft någon person närvarande vid dödsögonblicket har ökat jämfört med föregående år. Detta betyder att målet att minska andelen som dör ensamma inte har uppnåtts. Orsakerna tros vara att alla enheter inte följt de beslut som fattats och att det har varit svårt att bemanna så att särskild avdelad personal kunnat sitta vid den döendes sida, särskilt på helgerna.

Resultat av kvaliteten i vården vid livets slut följs upp via kvalitetsregister och de kvalitetsindikatorer som Socialstyrelsen beslutat om.

---

<sup>2</sup> MHFA - Mental Health First Aid, Första hjälpen till psykisk hälsa.

<sup>3</sup> Psyk-E bas - Utbildningsprogram bestående av webbutbildning i grundläggande psykiatri för personal som i sitt arbete kommer i kontakt med personer med psykisk ohälsa. Erbjuds av Karolinska Institutet på uppdrag av Stockholms läns kommuner och regionen.

<sup>4</sup> FOU Nestor - Nestor arbetar med forskning och utveckling med äldre i fokus i nära samarbete med personal och chefer i äldreomsorgen och i hälso- och sjukvården. Nestor ägs av Region Stockholm och tio kommuner i södra Stockholm varav Huddinge är en av kommunerna

Resurser används där de kommer målgruppen till störst nytta

### *Digitalisering*

Under 2023 har arbete pågått med att implementera den automatiserade processen för förenklad biståndshandläggning. En ny e-tjänst är under framtagande där kommuninvånare ges möjlighet att ansöka om förenklad bistånd i form av städ, tvätt, inköp och trygghetslarm. Enheten har arbetat med att revidera rutiner och tagit fram nya för att kontrollera att den automatiserade processen och insatserna fungerar som det är tänkt.

### *Individanpassat stöd*

#### *Fast omsorgskontakt*

Ett omfattande arbete har pågått första halvåret med implementeringen av fast omsorgskontakt inom hemtjänsten. Syftet är (enligt Socialstyrelsen) att tillgodose den enskildes behov av trygghet, kontinuitet, individanpassad omsorg och samordning.

#### *Personcentrerade arbetssätt/vård- och omsorgsmöten*

Inom Sektionen för särskilt boende har arbetet utifrån den nya rutinen kring vård och omsorgsmöten pågått och utvecklats i syfte att förstärka det personcentrerade arbetssättet runt den enskilde.

### *Systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete*

Under hösten 2023 genomfördes en analys av kommunens patientsäkerhetsarbete med hjälp av ett analysverktyg, Agera för säker vård, baserat på Socialstyrelsens nationella handlingsplan för ökad patientsäkerhet. Ett antal områden med särskilda åtgärdsbehov identifierades och arbetet med dessa kommer att pågå under 2024–2025 i syfte att öka patientsäkerheten i kommunens hälso- och sjukvård.

#### *Processer och rutiner*

Verksamheten arbetar med att fortlöpande utveckla, följa upp och säkra kvaliteten i verksamheten. Som en del i detta har flera aktiviteter genomförts för att säkerställa att processer, rutiner och arbetssätt är aktuella och användbara. Bland annat har hemtjänsten arbetat med att tillgängliggöra rutiner för medarbetare i mobiltelefonen samt hälso- och sjukvårdsorganisationen och särskilda boenden har arbetat för att ta fram gemensamma processer och rutiner för att säkerställa att enskilda får samordnad vård och omsorg.

#### *Avvikelsehantering inom särskilda boenden samt hälso- och sjukvård*

Ett av målen för patientsäkerhetsarbetet 2023 var att ett metodstöd för kvalitetsråd<sup>5</sup> skulle upprättas och användas på alla enheter. Rutiner har därefter upprättats för kvalitetsråd och avvikelseavstämning i syfte att säkerställa att avvikelser följs upp på ett strukturerat sätt. Vidare har arbetet för att öka kunskap och förståelse kring systemet för avvikelsehantering lett till att nya rutiner har tagits fram och implementerats. Utredningstid, riskvärdering, klassificering och statistikhantering för avvikelserna har tydliggjorts och ett antal systemförändringar har gjorts i avvikelsemodulen i Life Care.

#### *Dokumentation HSL*

Som åtgärd efter IVO:s tillsyn av den medicinska kompetensen på särskilda boenden för äldre samt för att minska tiden för administration har ett flertal förbättringsåtgärder genomförts i dokumentationssystemet. Standardiserade vårdplaner har tagits fram för flera hälso- och sjukvårdsåkommor. Granskning av dokumentation inklusive vårdplaner sker regelbundet.

---

<sup>5</sup> Kvalitetsråd är ett månatligt forum på enhetsnivå inom särskilt boende för sammanställning och analys av avvikelser i syfte att säkerställa systematiskt förbättringsarbete.

## Systematiskt förbättringsarbete/Agera för säker vård

Det systematiska förbättringsarbetet innebär att identifiera risker, genomföra egenkontroller, utreda avvikelser och att utifrån det planera och genomföra förbättringsåtgärder för att säkerställa en god kvalitet i verksamheten.

För att stärka patientsäkerhetsarbetet och förebygga att patienter drabbas av vårdskada behöver verksamheten särskilt stärka upp de områden som identifierats i den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet, Agera för säker vård.

### Avvikelser

Alla som arbetar eller på annat sätt fullgör uppgifter inom socialtjänsten är skyldiga att rapportera om ett missförhållande eller en påtaglig risk för ett missförhållande sker för enskild som tar emot eller kan komma att ta emot stöd och insatser från verksamheten. Utöver detta hanterar verksamheten också andra avvikelser som inte har inneburit en risk eller ett missförhållande för en individ (så kallade interna avvikelser eller annan avvikelse).

Att avvikelser rapporteras är positivt eftersom det innebär en öppenhet och medvetenhet gällande brister som förekommer. Det är en förutsättning för att kunna utveckla och förbättra vården och omsorgen. Ett lågt antal rapporterade händelser i en verksamhet är således inte detsamma som att kvaliteten i verksamheten är hög, precis som att många rapporterade avvikelser inte är att betrakta som ett tecken på dålig kvalitet.

Även i patientsäkerhetsarbetet är avvikelshanteringen en grundläggande del. Vårdgivaren ska enligt patientsäkerhetslagen (2012:659) utreda händelser som har medfört eller hade kunnat medföra vårdskada. Syftet med utredningen är att så långt som möjligt klarlägga händelseförloppet och orsakerna till det. Utredning av avvikelser ska ge underlag för beslut om åtgärder som ska hindra att en liknande händelse inträffar på nytt. Det kan också handla om att begränsa effekterna, om händelsen inte helt går att förhindra. Efter utredningen är det viktigt att lämpliga åtgärder genomförs, följs upp samt att kunskap om händelsen och utredningen sprids i verksamheten.

Händelser som medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada (lex Maria) eller allvarligt missförhållande eller risk för allvarligt missförhållande (lex Sarah) ska anmälas till IVO.

### *Äldreomsorgens arbete med avvikelser*

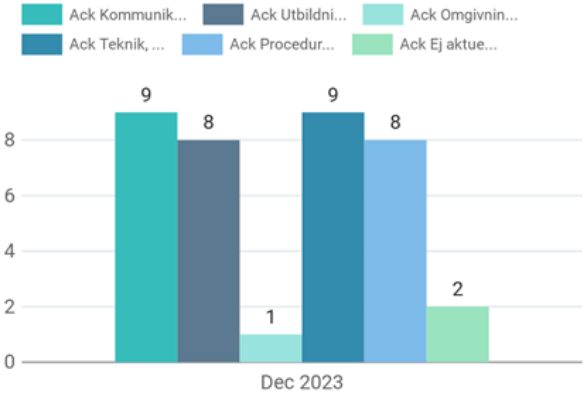

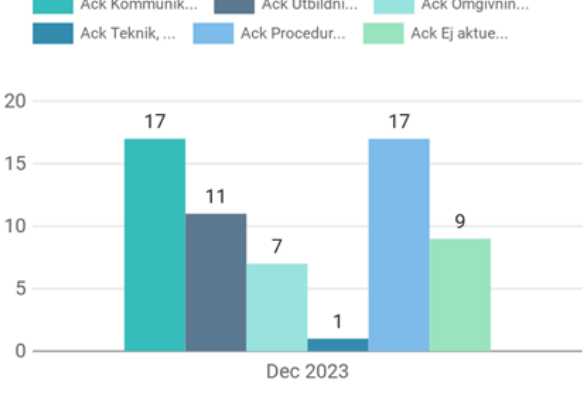
Avvikelser rapporteras och registreras i ett digitalt avvikelshanteringssystem. Närmast ansvarig chef på enheten tar emot avvikelser av typen Lex Sarah och "annan avvikelse" och HSL-avvikelser tas emot av sjuksköterskor. Utredning av avvikelser görs av enhetschef (annan avvikelse), sjuksköterska (HSL-avvikelse) och utvecklingsledare eller jurist (lex Sarah). Åtgärder beslutas och genomförs både direkt i anslutning till händelsen och i samband med att utredningen genomförs.

För att dra lärdom av avvikelserna sammanställs och analyseras de olika typerna av avvikelser vid flera tidpunkter under året.

Under 2023 genomförs jämförelser av antalet inrapporterade avvikelser i förhållande till föregående år i begränsad omfattning på grund av att rapporteringen 2023 har genomförts digitalt istället för i pappersformat som tidigare. Det har haft stor påverkan på antalet rapporterade avvikelser och jämförelser speglar därför inte vad som har skett i verksamheten för brukarna.

Nedan följer en sammanställning och analys av alla avvikelser som har rapporterats och utretts under 2023.

Lagrum	Typ av avvikelse	Antal avvikelse	Varav allvarliga	Bakomliggande orsaker (kan vara flera per avvikelse)
SoL/LSS	Lex Sarah	62	1	<div><div><div>Ack Kommunikation och information</div><div>Ack Omgivning och organisation</div><div>Ack Teknisk utrustning</div><div>Ack Utbildning och kompetens</div><div>Ack Annat (orsak)</div><div>Ack Ingen avvikelse / inget missförhållande</div></div><div><div><div>20</div><div>16</div><div>16</div><div>12</div><div>11</div><div>5</div></div><div>Dec 2023</div></div></div>
SoL/LSS	Intern avvikelse	220	0	<div><div><div>Ack Kommunik...</div><div>Ack Omgivnin...</div><div>Ack Processe...</div><div>Ack Teknisk ...</div><div>Ack Utbildni...</div><div>Ack Annat (o...</div><div>Ack Ingen av...</div></div><div><div><div>73</div><div>20</div><div>49</div><div>37</div><div>42</div><div>37</div><div>25</div></div><div>Dec 2023</div></div></div>
HSL	Fall	985	60	<div><div><div>Ack Kommunik...</div><div>Ack Utbildni...</div><div>Ack Omgivnin...</div><div>Ack Teknik, ...</div><div>Ack Procedur...</div><div>Ack Ej aktue...</div></div><div><div><div>60</div><div>5</div><div>430</div><div>31</div><div>104</div></div><div>Dec 2023</div></div></div>
HSL	Läkemedel	282	16	<div><div><div>Ack Kommunik...</div><div>Ack Utbildni...</div><div>Ack Omgivnin...</div><div>Ack Teknik, ...</div><div>Ack Procedur...</div><div>Ack Ej aktue...</div></div><div><div><div>79</div><div>71</div><div>49</div><div>3</div><div>117</div><div>21</div></div><div>Dec 2023</div></div></div>

Lagrum	Typ av avvikelse	Antal avvikelse	Varav allvarliga	Bakomliggande orsaker (kan vara flera per avvikelse)
HSL	Medicintekniska produkter	26	0	
HSL	Trycksår	7	2	
HSL	Vård och behandling	53	6	
HSL	Extern avvikelse	13	-	-

Informationen i tabellen ovan är baserad på antalet utredda avvikelser. Avvikelser som avslutats utan utredning redovisas inte. Antalet inkomna rapporter kan därför vara fler än de angivna siffrorna för vissa avvikelsetyper vilket gäller främst inom lagrummet HSL. Avvikelser kan avslutas utan utredning exempelvis på grund av att de är felrapporterade, samma händelse har rapporterats fler gånger, det finns många rapporter kopplade till en brukare där utredning redan pågår eller liknande orsaker.

Bakomliggande orsaker i diagrammen, sorteras efter kategorierna kommunikation och information, omgivning och organisation, processer och rutiner, teknisk utrustning, utbildning och kompetens, annat samt ingen avvikelse. En avvikelse kan ha flera bakomliggande orsaker.

## Analys av avvikelser

### SoL-avvikelser

Inom äldreomsorgen står utförarverksamheten för majoriteten av rapporterade avvikelser. Flest avvikelser rapporteras inom särskilt boende där medarbetarna bedöms ha en mycket god kännedom om rapporteringsskyldigheten samt hur man rapporterar interna avvikelser. Däremot är bedömningen att det sker en underreportering inom hemtjänsten och myndighetsutövningen och att åtgärder krävs för att lyfta rapporteringen för att säkerställa att brister inte upprepas flera gånger och påverkar brukarna negativt.

### *Lex Sarah*

De lex Sarah-rapporter som under året inkommit inom myndighetsutövningen handlade främst om fördröjning i hanteringen av information som inkommit till biståndshandläggare. Exempelvis fördröjd hantering av läkarintyg samt behov av utökade insatser. Åtgärder har vidtagits bland annat genom uppdaterade frånvarorutiner. Även rutiner för registervård har uppdaterats och implementerats. Verksamheten ser dock fortsatt en risk runt hanteringen av handlingar som inkommer fysiskt och bevakar utvecklingen av systemstöd.

Inom hemtjänst och dagverksamhet handlar avvikelserna ofta om brister i kommunikation och information samt brister i utförandet eller utebliven insats. Många aktörer är inblandade i omsorgen av den enskilde och medarbetare behöver kommunicera internt men även med externa aktörer som hemsjukvården och anhöriga. De dagliga rutinerna och arbetssätten har utvecklats för att säkerställa att information når fram. Extra fokus har legat på samverkan och informationsöverföring mellan hemtjänsten dagtid och nattpatrullen.

Inom särskilt boende har ett stort antal Lex Sarah-rapporter handlat om hantering av och funktionalitet kring det nya larm/låssystemet och om brukare som har avvikit från boendet till följd av brister med larmen. Larmsystemet har utvärderats och medarbetarna har fått utbildning och rutiner har tagits fram och förtydligats. Vidare tas personcentrerade arbetssätt fram runt personer som frekvent avviker från boendet. Antalet avvikelser som är relaterade till larmen har minskat under den senare delen av året.

### *Intern avvikelse*

Cirka 200 interna avvikelser har rapporterats och utretts under året. Inom hemtjänst och dagverksamhet är avvikelser inom området kommunikation och information återkommande. För särskilt boende handlar avvikelserna om det nya larm- och låssystemet. Flera åtgärder har vidtagits under året. Rapporteringen kopplat till larmen har minskat något under slutet av året.

En annan vanligt förekommande intern avvikelse inom särskilt boende är att medarbetare saknar kännedom om rutiner och arbetssätt vilket medför brister i utförandet av omsorgsinsatser. Utifrån detta kommer verksamheten se över medarbetarnas tillgång till och möjlighet att tillgodogöra sig information.

### *Hälso- och sjukvårdsavvikelser*

När avvikelser rapporteras kopplas de till den enhet där brukaren vistas. Ett strukturerat arbetssätt i samverkan mellan legitimerad personal, enhetschefer och personal på boendena har införts för att säkerställa att avvikelserna utreds inom rimlig tid. Möten där inkomna avvikelser fördelas till ansvariga sker veckovis mellan enhetschefen på boendet och den legitimerade personalen. Avvikelser, klagomål och eventuella förbättringsförslag diskuteras på månatliga kvalitetsråd där samtliga personalkategorier från boendet deltar. Bedömning av avvikelser på en aggregerad nivå sker på boendeenheterna.

### *Fall*

Fall är den vanligast förekommande avvikelserna. Den främsta orsaken till fall är en kombination av hög ålder, nedsatt fysisk förmåga och bristande (själv)insikt till följd av kognitiv svikt. Fallförebyggande åtgärder ordinerar och utförs när brukaren flyttar in. Därefter utvärderas och kompletteras bedömning och åtgärder löpande.

### *Läkemedelsavvikelser*

De flesta läkemedelsavvikelser handlar om utebliven signering och dessa avvikelser återkopplas alltid till berörd personal. Sedan införandet av digital signering har antalet avvikelser sjunkit.

### *Trycksår*

Sammanlagt sju trycksår rapporterades under året vilket är en ökning sedan föregående år. Sannolikt finns det dock fortfarande en underrapportering av trycksår. Verksamheten arbetar för ökad rapporteringsgrad. Trycksår som rapporteras uppges ha uppstått på grund av att förebyggande åtgärder initialt varit otillräckliga samt att personal i vissa fall inte följt rutiner för avlastning. Detta lyfts regelbundet i teamet för en ökad kunskap om vikten av prevention.

### *Medicintekniska produkter*

Avvikelser avser företrädesvis produkter som har gått sönder eller som har hanterats felaktigt. Arbetsterapeuter och fysioterapeuter följer löpande upp medicintekniska produkter i verksamheten och undervisar övriga yrkeskategorier i handhavande.



### *Vård och behandling*

Övervägande orsaker till avvikelser om vård och behandling är brister i följsamheten till aktuella ordinationer och felaktig hantering av medicintekniska produkter. Detta följs upp och åtgärdas löpande genom personliga samtal/undervisning och kompetenshöjande insatser i teamet.

### *Externa avvikelser*

En vårdavvikelse som inträffat hos annan vårdgivare ska förmedlas till berörd aktör.

Totalt registrerade externa HSL-avvikelser 2023 är 13.

När verksamheten upptäcker en vårdavvikelse som inträffat hos annan vårdgivare ska denna förmedlas till berörd aktör. Avvikelser har förmedlats till akut- och slutenvården, tandvård samt till den externa läkarorganisationen som utför läkarinsatser på särskilda boenden. Majoriteten av avvikelserna handlar om brister i överrapportering, tillgänglighet till läkare på jourtid samt uteblivet medskick av nyinsatta läkemedel. I samtliga fall svarar vårdgivarna att de haft bristande följsamhet till rutiner.

Vid upprepade avvikelser med externa vårdgivare upprättas särskild samverkan mellan Huddinge kommun och vårdgivaren för att diskutera bristerna samt lösningar för att förhindra liknande händelser.

### **Avvikelser från privata utförare**

Privata utförare ska informera nämnden om inkomna avvikelser genom att årligen delge nämnden en dokumenterad kvalitetsberättelse.

Nämnden ska även informeras om:

- Beslut om allvarligt missförhållande eller påtaglig risk för allvarligt missförhållande enligt bestämmelserna om lex Sarah samt om en anmälan skickas till tillsynsmyndigheten Inspektionen för vård och omsorg (IVO).
- Beslut om anmälan enligt bestämmelserna om lex Maria till tillsynsmyndigheten Inspektionen för vård och omsorg (IVO).

### *Analys av avvikelser från privata utförare*

Ingen av de externa utförarna har under året informerat kommunen om, eller anmält, ärenden till IVO enligt lex Sara eller lex Maria.

Det låga antalet inrapporterade lex Sarah-rapporter har tidigare lyfts i dialog med privata utförare i samband med verksamhetsuppföljning. Ett fortsatt arbete kommer att ske i samverkan med de privata utförarna för att säkerställa hanteringen och förståelsen för arbetet.

### **Synpunkter och klagomål**

Ett klagomål innebär att någon klagar på att verksamheten inte lever upp till god kvalitet. Med synpunkter avses övrigt som framförs som berör verksamheten, till exempel förslag på förbättringar. Verksamheten tar emot och utreder synpunkter och klagomål. Nedan följer en redogörelse för de synpunkter och klagomål som har inkommit under året.

### *Äldreomsorgens arbete med synpunkter och klagomål*

Verksamhetens förhållningssätt till synpunkter och klagomål lyder som följer:

- Vi tar alla klagomål och synpunkter från brukare, medarbetare och andra på allvar.
- Vi bemöter klagomål och synpunkter på ett positivt och konstruktivt sätt.
- Vi ser klagomål och synpunkter som en möjlighet att förbättra vår verksamhet.

Synpunkter och klagomål dokumenteras, registreras och hanteras därefter av närmaste ansvarig chef. Chefen analyserar klagomålet, planerar vid behov för åtgärder samt återkopplar till den som har klagat. Vid klagomål som gäller hälso- och sjukvård och som inkommer via IVO eller patientnämnden kopplas alltid MAS in.

Nedan följer en redogörelse av synpunkter och klagomål som har inkommit under 2023.

Verksamhet/Enhet	Antal
Förebyggande/myndighet ÄO	5
Ordinärt boende	15
Särskilt boende	34
Hälso- och sjukvårdsorganisationen	2
<b>Totalt</b>	<b>56</b>

### *Analys av synpunkter och klagomål*

#### *Myndighetsutövning*

Samtliga synpunkter och klagomål har handlat om bristande tillgänglighet. Enskilda upplever att de inte fått kontakt med sin biståndshandläggare inom rimlig tid. Myndighetsutövningen ser ett behov av att se över hur biståndshandläggarna är tillgängliga och åtgärder planeras för 2024.

#### *Ordinärt boende*

Synpunkter och klagomål från allmänheten handlar oftast om felparkerade bilar, sopor som slängts fel eller grannar som stör. Anhöriga tar oftast upp brister i bemötande eller utförande. Verksamheten hanterar klagomålen och synpunkterna och återkopplar via telefon eller e-post till den som framfört klagomålet eller synpunkten.

#### *Särskilt boende*

Samtliga klagomål och synpunkter har framförts av anhöriga. Det rör oftast bristande omsorg eller brister i städning och tvätt. Klagomålen hanteras och åtgärdas genom möten med anhöriga och omsorgsteamet.

Patientnämnden hanterar ett ärende på ett boende där anhörig har synpunkter kring bemötande, behandling och omvårdnad. Ärendet är pågående.

### Synpunkter och klagomål på privata utförare

Synpunkter och klagomål på privata utförare som inkommer till kommunen registreras och kommuniceras sedan till berörd utförare med begäran om svar. Svaret granskas sedan av förvaltningen och bedöms utifrån om utföraren har analyserat de bakomliggande orsakerna till händelsen och har angett relevanta åtgärder.

Vid klagomål som är av allvarlig karaktär eller vid upprepade klagomål av samma art bedöms om vidare uppföljning behövs. Ärendet avslutas när det inkomna svaret anses fullständigt och utföraren fullgjort sin skyldighet att hantera ärendet.

#### *Analys av synpunkter och klagomål gällande privata utförare*

Förvaltningen har under året mottagit 23 synpunkter och klagomål på privata utförare inom äldreomsorg. Dessa har inkommit via enskilda brukare och närstående. Flertalet synpunkter och klagomål berör hemtjänstutförare, men ett antal återfinns även inom särskilt boende för äldre.

De klagomål som inkommit har främst handlat om hur insatser utförs, kommunikation och information samt bemötande. De bakomliggande orsakerna har främst varit bristfällig struktur och organisering av arbetet. Förvaltningen har bedömt att samtliga klagomål som inkommit har hanterats adekvat genom att utföraren utrett och vidtagit åtgärder.

Det finns inga registrerade ärenden från IVO gällande klagomål på privata utförare där vidare utredning krävs.

## Riskhantering




Risker identifieras för att förebygga att händelser inträffar som kan medföra brister i kvaliteten för de som tar emot stöd och insatser från verksamheten.

### Äldreomsorgens arbete med att identifiera och hantera risker





Hantering av risker som kan ha påverkan på brukarna är ett arbete som är ständigt pågående. Risker identifieras och analyseras i början av året och går igenom samband med delårsrapporterna samt vid årets slut. Vid förändringar i verksamheten genomförs särskilda riskbedömningar. Utöver arbetet vid rapporteringsperioderna hanteras risker löpande när behov uppstår.

Nedan följer en redogörelse för identifierade risker för 2023 samt för de åtgärder som har planerats och/eller genomförts.




### Förebyggande arbete

Risk	Uppföljning av åtgärd
<b>Risk att förebyggande enheten inte erbjuder relevanta och efterfrågade aktiviteter för seniorer bosatta i Huddinge kommun</b>  <i>Riskenivå 4</i> 	<b>Systematisk uppföljning av förebyggande insatser</b>  <i>Genomförd</i> Under året har verksamheten arbetat vidare med utvärdering och uppföljning. Arbetet har fokuserat på enkäter och utvecklingen av dessa har pågått under året.  <b>Delta i lokal samverkan för att erbjuda aktiviteter för Seniorer i Skogås tillsammans med civilsamhället, regionen</b>  <i>Pågående</i> Den lokala samverkan har fortlöpt under året. Bland annat har en informationsbroschyr tagits fram. Utvärdering av samverkansformen ska ske under början av nästa år.








### Myndighetsutövning för äldre och personer med funktionsnedsättning enligt SoL

Risk	Uppföljning av åtgärd
<b>Risk att skattemedel används felaktigt om det förekommer välfärdsbrott som inte uppmärksammas</b>  <i>Riskenivå 8</i> 	<b>Samverkan mellan myndighetsutövningen och stöd- och utvecklingsenheten</b>  <i>Genomförd</i> Samverkan mellan stöd- och utvecklingsenheten SOF och upphandlingsenheten KSF har fortsatt under året. Bedömningen är att samverkan är god och möjliggör att välfärdsbrott kan upptäckas tidigare. Arbetssätt har utvecklats och en översyn av rutiner har genomförts. Risken kvarstår men sannolikheten bedöms ha minskat med anledning av god samverkan inom förvaltningen samt nya rutiner för att upptäcka välfärdsbrott.
<b>Risk att brukare som utsätts för våld i nära relationer inte uppmärksammas om biståndshandläggaren inte ställer FREDA-kortfrågor<sup>6</sup></b>  <i>Riskenivå 6</i> 	<b>Öka användning av FREDA-frågor på enheten</b>  <i>Pågående</i> En grupp för arbetet med våld i nära relationer har skapats. Gruppens syfte är att fördjupa arbetet samt vara ett stöd till kollegor. Gruppens medlemmar har fått utbildning och sprider kunskap vid exempelvis kollegiemöten och APT. Gruppen kommer att samverka med enheten för våld i nära relationer.

<sup>6</sup> FREDA-kortfrågor är ett stöd för att fråga om våld i enskilda ärenden.











<b>Risk att utvecklingen av arbetsmetoden IBIC avstannar samt att utredningarna håller ojämn kvalitet och inte är enhetliga</b>  <b>Riskenivå 6</b> 	<b>Metodmöten IBIC</b>   <i>Pågående</i> Arbetet med IBIC har fortlöpt bland annat i form av metodmöten. Metodmötena möjliggör diskussion och säkerställer en samsyn gällande utredningar och kvaliteten på dessa.
	<b>Enheten kommer att arbeta med målformulering i IBIC utredningar</b>   <i>Pågående</i> Samtliga biståndshandläggare har genomfört en halvdagsutbildning i bland annat behovsbedömning och mål. Arbetet med målformuleringar kommer att fortsätta under 2024 inom ramen för metodmöten.







## Hemtjänst, ledsagning och avlösning

Risk	Uppföljning av åtgärd
<b>Risk att kunderna inte hinner göras delaktiga i utformandet av sitt stöd då det inte finns förutsättningar för att kunna involvera kunden i framtagandet och uppföljningen av genomförandeplanen</b>  <b>Riskenivå 4</b> 	<b>Fast omsorgskontakt får i uppdrag att ha aktuella genomförandeplaner för sina kontaktpersoner</b>   <i>Genomförd</i> Sektionen har arbetat med implementeringen av fast omsorgskontakt. Effekten av arbetet är att alla kunder från den 1 juli -23 har en tilldelad fast omsorgskontakt med undersköterskekompetens samt att arbetet med att den enskilde ska ha en aktuell genomförandeplan påbörjats.
<b>Risk att bristande samverkan mellan utförare av hemtjänst och andra aktörer kan leda till att den enskildes insatser inte blir utförda enligt uppdrag</b>  <b>Riskenivå 6</b> 	<b>Fortsatt samverkan med övriga aktörer kring den enskilde</b>   <i>Pågående</i> Samverkansmöten mellan hemtjänst och myndighet har genomförts under året. Regelbundna möten mellan nattpatrullen och övriga hemtjänstgrupper har genomförts. Det finns ett behov av samverkan med regionen men detta har inte gått att få till stånd.
	<b>Säkra kommunikation genom översyn av rutiner</b>   <i>Genomförd</i> Rutin för att säkra informationsöverföring mellan enheter och arbetsgrupper har uppdaterats och implementerats.
<b>Risk att kunder blir otrygga när de får möta väldigt många olika medarbetare och inte får kännedom om förändringar</b>  <b>Riskenivå 4</b> 	<b>Fortsätta att arbeta med och införa fast omsorgskontakt</b>   <i>Genomförd</i> Implementering av fast omsorgskontakt är genomförd inom samtliga hemtjänstenheter. Rollbeskrivning är framtagen.
	<b>Införa KOMP<sup>7</sup> inom hemtjänsten-pilotprojekt</b>   <i>Genomförd</i> Deltagare i piloten uppgav att kontakt med anhöriga blev lättare. Pilotprojektet är dock avslutat och någon fortsättning är inte planerad.




<sup>7</sup> Enknappsdatorm KOMP är en dator med teknik som är framtagen för tekniskt ovana. Tekniken ska möjliggöra att ha kontakt med andra.

## Särskilt boende





Risk	Uppföljning av åtgärd
<b>Risk att den boende blir undernärld</b>  Risknivå 6 	<b>Säkra att samtliga kunder erhåller munhälsobedömning samt nödvändig tandvård</b>   <i>Genomförd</i>  Regelbundna egenkontroller visar goda resultat. Fungerande rutiner finns och efterlevs så att samtliga brukare på SÄBO får årlig munhälsobedömning och nödvändig tandvård.
<b>Risk att boende i palliativt skede inte får tillräckligt stöd</b>  Risknivå 6 	<b>Palliativt projekt</b>   <i>Pågående</i>  Palliativa ombud har utbildats inom kommunens särskilda boenden och fyra enhetschefer har genomgått ledarskapsutbildning i palliativ vård för att bättre kunna stödja ombuden. Alla i verksamheten har blivit mer medvetna om den palliativa vården och vikten av god vård i livets slutskede. Ombuden har delat med sig av sin nyförvärvade kunskap. Arbetet fortsätter under våren 2024.
<b>Risk att de boende inte får sina behov tillgodosedda då samverkan mellan medarbetare som ger hälso- och sjukvård och medarbetare som ger omsorgsinsatser inte fungerar</b>  Risknivå 12 	<b>Uppföljning och implementering av multiprofessionellt teamarbete</b>   <i>Pågående</i>  Det multiprofessionella teamarbetet fortgår enligt upprättade rutiner med regelbundna vård- och omsorgsmöten. Alla professioners kompetens tillämpas vid utformandet kring varje enskild brukares vård och omsorgsinsatser.  Enheterna rapporterar att detta har ökat känslan av samhörighet i teamet och att fler är delaktiga i vård och omsorgsmöten. Arbetet fortsätter.
	<b>Utveckla processen för särskilt boende</b>   <i>Pågående</i>  Kartläggning av processer och gemensamma rutiner för hälso- och sjukvårdspersonal och omsorgspersonal har påbörjats och fortgår under 2024.
<b>Risk att de boende inte får tillräcklig god vård och omsorg då vikarier inte har tillräcklig kunskap</b>  Risknivå 9 	<b>Utveckla samverkan och arbetssätt med Bemanningscenter</b>   <i>Pågående</i>  Sektionschefer har deltagit i gemensam handledning för att jobba fram samverkansstrategier på ledningsnivå.  Fokus har legat på större samsyn och ökad förståelse för varandras uppdrag. Ökad kontinuitet gällande kommunikation gör också att verksamheterna har fått ökat förtroende för varandra.
<b>Risk att de boende inte görs delaktiga i utformningen av sin vård och omsorg</b>  Risknivå 6 	<i>Hanteras genom egenkontroll</i>

<p><b>Risk att anhöriga inte upplever att de görs delaktiga kring sin närstående och därigenom inte känner sig trygga med att deras närstående får en god vård och omsorg</b></p> <p>Riskenivå 4 </p>	<p><b>Skapa Facebooksida eller annan informationskanal från enheter till anhöriga</b></p> <p> <i>Genomförd</i></p> <p>En öppen Facebooksida för Huddinges särskilda boenden har startats. Två administratörer som ansvarar för inlägg och uppdatering samt moderering har utsetts. Enheternas egna Facebook konton har stängts för allmänheten och endast anhöriga till boende har tillgång till informationen. Rutiner för hantering av Facebookkonton har tagits fram. Förändringarna har medfört en förbättrad och tydligare information till anhöriga.</p> <p><b>Bjuda in anhöriga till uppföljningssamtal 1–2 gånger per år</b></p> <p> <i>Genomförd</i></p> <p>Samtliga enheter har under året genomfört anhörgmöten.</p>
<p><b>Risk att den boende inte känner trygghet eller har förtroende för personalen på boendet</b></p> <p>Riskenivå 6 </p>	<p><i>Hanteras genom egenkontroll</i></p>
<p><b>Risk att det systematiska förbättringsarbetet utifrån rapporterade avvikelser uteblir på grund av felaktig hantering</b></p> <p>Riskenivå 6 </p>	<p><b>Översyn av avvikelshanteringen</b></p> <p> <i>Genomförd</i></p> <p>Utifrån en översyn av avvikelssystemet har funktioner och behörigheter anpassats så att användningen är mer optimerad. Nytt arbetssätt kring uppföljning av avvikelserna är också framtaget. Avvikelser blir nu hanterade fortare, enhetschefer upplever att de har mer möjlighet till överblick och ansvarstagande och arbetet har underlättat för HSL-personal.</p>

## Trygghetslarm

Risk	Uppföljning av åtgärd
<p><b>Risk att kunder far illa om trygghetslarmen drabbas av omfattande driftsstörning</b></p> <p>Riskenivå 8 </p>	<p><b>Ta fram kontinuitetsplan för trygghetslarm i ordinärt boende</b></p> <p> <i>Pågående</i></p> <p>Ett utkast till övergripande kontinuitetsplan har tagits fram. Det finns dock ett behov av att anpassa denna. Arbeta har påbörjats och beräknas vara klart under första kvartalet 2024.</p>
<p><b>Risk att kunder drabbas om installation av nya trygghetslarm fungerar dåligt</b></p> <p>Riskenivå 8 </p>	<p><i>På grund av komponentbrist och teknikproblem avbröts implementeringen av de nya trygghetslarmen inom ordinärt boende. En fortsatt implementeringen bedömdes även medföra stora risker i hanteringen av larmkedjan. Den avbrutna implementeringen innebär att risken inte längre kvarstår.</i></p>

## Kompetensförsörjning

Risk	Uppföljning av åtgärd
<p><b>Risk för att god vård och omsorg inte uppnås då det är svårt att attrahera medarbetare med rätt kompetens.</b></p> <p>Riskenivå 6 </p>	<p><b>Ta emot APL elever med syfte att påverka eleverna att arbeta i Huddinge kommuns äldreomsorg</b></p> <p> <i>Genomförd</i></p> <p>Samtliga enheter tar emot eller har erbjudit sig att ta emot elever kontinuerligt under året. Flera av eleverna har efter erbjudna timanställningar efter praktiken. En önskad effekt av åtgärden är att eleverna ska vilja arbeta i Huddinge kommun när de har avslutat sin utbildning. Eftersom flera har fått anställning efter praktiken ser vi ett bra resultat men vi skulle behöva utvärdera det ytterligare för att kunna utveckla verksamheten och kommande kompetensförsörjningsbehov.</p>
<p><b>Risk för att den enskilde inte får det stöd och omsorg den är i behov av på grund av medarbetares bristande kunskap i svenska språket.</b></p> <p>Riskenivå 6 </p>	<p><b>Samarbete med vuxenskolan</b></p> <p> <i>Pågående</i></p> <p>Samverkan med Kom Vux för att erbjuda medarbetare utbildning i svenska språket. 20 medarbetare har gjort språktest och personliga intervjuer med lärare för att identifiera språkkompetens. Under hösten 2023 startade utbildningen förstärkande yrkessvenska med stöd av valda delar i Socialstyrelsens "Språkförmåga inom äldreomsorgen".</p>

### Analys av riskarbetet

Inom äldreomsorgen identifieras risker inom alla organisatoriska nivåer. Riskarbetet, speciellt på enhetsnivå, är idag mycket omfattande. Ett stort antal risker hanteras och åtgärder planeras, även för risker med låg bedömd riskenivå. Prioriteringsarbete kommer att genomföras under 2024 för bättre nyttja resurserna till de största riskerna.

## Egenkontroller

En egenkontroll är en uppföljning av att verksamheten uppfyller de krav som finns samt att den bedrivs enligt verksamhetens processer och rutiner. Egenkontrollerna genomförs i den omfattning som verksamheten bedömer krävs för att säkerställa en god kvalitet och patientsäkerhet.

### Äldreomsorgens arbete med egenkontroller









I samband med att kvalitets- och patientsäkerhetsplanen fastställs planeras vilka egenkontroller som ska genomföras under året. Om behov uppstår kan nya egenkontrollplaner tillkomma under året.

Exempelvis kan det handla om att kontrollera utvecklingen av en risk eller för att säkerställa efterlevnad av nya krav eller rutiner. Några kontroller är gemensamma för alla inom verksamhetsområdet medan andra identifieras specifikt för en sektion eller en enhet.

Uppföljning av egenkontrollerna genomförs i olika intervall. Vissa kontroller genomförs en gång per år och andra oftare. I de fall en kontroll genomförs av flera enheter granskas dessa på sektionsnivå, verksamhetsnivå eller av MAS för att identifiera gemensamma förbättringsområden.








Nedan följer en redovisning av resultatet för egenkontroller som har genomförts under året, samt de eventuella åtgärder som har genomförts i de fall egenkontrollernas resultat inte har varit så bra som önskat.

## Gemensamma kontroller inom äldreomsorg



Egenkontroll	Uppföljning av egenkontroll	Uppföljning av åtgärd
 <b>Bedömning av det vårdhygieniska arbetet</b>	Samtliga enheter inom ordinärt och särskilt boende rapporterar godkända kontroller. Inget behov av åtgärder har identifierats.	<i>Inget behov av åtgärd</i>
 <b>Kontroll av social dokumentation inom äldreomsorg</b>	Egenkontrollen visar att det inom verksamheten behövs ytterligare arbete för att nå godkänt resultat. Exempel på utvecklingsområden i genomförandeplanen är att bättre beskriva den enskildes önskemål samt behov av tydligare målformuleringar. Även uppgifter om kontaktansvarig och den enskildes delaktighet behöver tydliggöras.	<i>Åtgärder planeras 2024</i>
 <b>Självskattning av basala hygienrutiner</b>	Samtliga enheter har gjort självskattningen och samtliga visar ett godkänt resultat.	<i>Inget behov av åtgärd</i>
 <b>Observation av basala hygienrutiner och klädregler</b>	Årets mätning visar att Huddinge ligger på samma nivå eller över det nationella medianvärdet. En tydlig förbättring har skett jämfört med de två senaste åren.	<i>Inget behov av åtgärd</i>
 <b>Egenkontroll av kontinuitetsplan samt kritiska varor</b>	Egenkontrollen visar att kontinuitetsplanen är uppdaterad och att kritiska varor finns. Bedömningen är att enheterna har kontroll och kunskap om kontinuitetsplanerna samt om vad de ska göra vid händelse av kris.	<i>Inget behov av åtgärd</i>
 <b>Loggkontroller i verksamhets-systemet</b>	Loggkontroller utförs inom myndighetsutövningen varje månad. Årets kontroller har inte visat någon avvikelse. Inom utförarverksamheten påbörjades arbetet med loggkontroller under hösten. Loggkontroller genomförs varannan månad och hittills har inga avvikelser upptäckts.	<i>Inget behov av åtgärd</i>
 <b>Loggkontroll nationell patientöversikt (NPÖ)</b>	Loggkontroller av NPÖ har utförts med godkänt resultat.	<i>Inget behov av åtgärd</i>
 <b>Loggkontroll i hälso- och sjukvårdsjournal Procapita</b>	Egenkontroll av och loggkontroller har utförts med godkänt resultat.	<i>Inget behov av åtgärd</i>










## Myndighetsutövning för äldre och personer med funktionsnedsättning enligt SoL

Egenkontroll	Uppföljning av egenkontroll	Uppföljning av åtgärd
 <b>Stickprov FREDA-kortfrågor</b>	<p>100 ärenden har granskats gällande nya brukare och uppföljningar av pågående beslut.</p> <p>Resultatet visar att det finns totalt sex utredningar där det dokumenterats att FREDA-kortfrågor har ställts, alternativt att de inte varit möjligt att ställa dem.</p> <p>94 utredningar saknade dokumentation om FREDA-kortfrågor.</p> <p>Granskningen har enbart sökt efter FREDA-kortfrågor som journalrubrik. Det finns således en möjlighet att dokumentationen finns under annan rubrik.</p>	<p><b>Öka användning av FREDA-kortfrågor</b></p> <p> <i>Pågående</i></p> <p>En grupp har skapats med syfte att några medarbetare ska fördjupa sig i arbetet med våld i nära relationer och vara ett stöd till kollegor. Medarbetarna har deltagit i utbildningar och kommer även ansvara för samverkan med enheten mot våld inom individ- och familjeomsorgen.</p>
 <b>Kösituation inom särskilt boende för äldre</b>	<p>Under året har det funnits tillgängliga SÄBO platser detta har lett till att alla som fått ett beslut på Särskilt boende under året har fått ett erbjudande om lägenhet på SÄBO inom 3 månader</p>	<p><i>Inget behov av åtgärd</i></p>
 <b>Brukarundersökning enheterna för stöd i ordinärt och särskilt boende</b>	<p>Brukarundersökning har genomförts under hösten enligt plan. Resultatet har analyserats av sektionens ledningsgrupp och åtgärder planeras utifrån resultatet. Resultatet har visat att förbättring behövs kring tillgänglighet. Vidare analys har visat att tillgänglighet via telefon är av särskild vikt.</p>	<p><b>Tillgänglighet och telefonsystem</b></p> <p> <i>Försenad</i></p> <p>Åtgärden har ej genomförts under 2023 utan flyttas till nästa år.</p>
 <b>Andel medarbetare med ifylld kompetensplan</b>	<p>Alla medarbetare har en dokumenterad kompetensplan som har tagits fram i samband med planerings- och uppföljningssamtal.</p>	<p><b>Implementering av kompetensmenyn</b></p> <p> <i>Pågående</i></p> <p>Samtliga basutbildningar är ännu inte överförda kompetensmenyn. Arbetet med det fortsätter 2024.</p>

## Hemtjänst, ledsagning och avlösning

Egenkontroll	Uppföljning av egenkontroll	Uppföljning av åtgärd
 <b>Egenkontroll av personalkontinuitet hos kund</b>  <i>Kopplad till: Risk för att kunder blir otrygga när de får möta väldigt många olika medarbetare och inte får kännedom om förändringar.</i>	<p>Vissa enheter har låg personalkontinuitet, det vill säga att enskilda träffar många olika medarbetare. Arbetet med fast omsorgskontakt och den nära planeringen under 2024 förväntas ge resultat i form av bättre kontinuitet.</p>	<p><b>Utforma arbetssätt för att personal-kontinuiteten ska ligga i nivå med riket</b></p> <p> <i>Pågående</i></p> <p>Anpassningar av planeringssystemet har genomförts som medfört bättre förutsättningar. Implementeringen av fast omsorgskontakt är färdig och förväntas ge en bättre kontinuitet. Uppföljning av detta genomförs löpande. Det är dock för tidigt att utläsa effekten.</p>


## Särskilt boende

Egenkontroll	Uppföljning av egenkontroll	Uppföljning av åtgärd
 <b>FAMM<sup>8</sup> egenkontroll</b> <i>Kopplad till: Risk att kunden blir undernär.</i>	Samtliga enheter har genomfört observationen och rapporterar att de hittat åtgärder som hanteras på arbetsplatsträff eller vård och omsorgsmöten vilket var kriterierna för godkänt.	<i>Inget behov av åtgärd</i>
 <b>Egenkontroll Palliativa registret</b>	Rutin finns och följs. Fler brukare som avlidit har haft brytpunktsamtal <sup>9</sup> med läkare.	<i>Inget behov av åtgärd</i>
 <b>Användning av checklista Demens</b> <i>Kopplad till Risk att de boende inte görs delaktiga i utformningen av sin vård och omsorg.</i>	Samtliga enheter har gjort egenkontrollen och rapporterar ett godkänt resultat	<i>Inget behov av åtgärd</i>
 <b>Dokumentation av att den boende erbjudits aktiviteter (utifrån överenskommen genomförandeplan)</b> <i>Kopplad till: Risk att de boende inte görs delaktiga i utformningen av sin vård och omsorg.</i>	Samtliga enheter har genomfört egenkontrollen. Alla rapporterar godkänt resultat förutom en som rapporterar delvis godkänt. Kontrollen visar att det finns stort behov av förbättring gällande vilka aktiviteter brukare är intresserade av, samt hur dessa ska tillgodoses rörande utförande. Det framkommer på en del kontrollerande genomförandeplaner, men inte på alla. Åtgärderna kommer påbörjas 2024 och följas i upp i nästkommande kontroll.	<i>Åtgärder planeras 2024</i>
 <b>Egenkontroll Senior alert</b>	Rutin finns och följs. Risker hos brukare bedöms och följs upp regelbundet. Åtgärder genomförs vid behov.	<i>Inget behov av åtgärd</i>
 <b>Egenkontroll SweDem målvärde</b>	Rutin finns och följs. Stjärnmärkningen kan behållas vilket är en viktig kvalitetsmarkör för verksamheten.	<i>Inget behov av åtgärd</i>
 <b>Mätning av ofrivillig nattfasta</b> <i>Kopplad till: Risk att kunder i palliativ skede inte får tillräckligt stöd.</i>	Samtliga enheter har gjort egenkontrollen dock har tre haft svårigheter att rapportera resultat. Samtliga enheter har brister och nattfasta som överstiger 11 timmar.	<i>Åtgärder planeras 2024</i>

<sup>8</sup> Metoden FAMM handlar om att arbeta med förbättringar kring måltidssituationen. En måltid enligt FAMM (Five Aspects Meal Model). Modellen FAMM har utvecklats inom forskningsområdet måltidskunskap, och belyser de fem aspekterna rummet, mötet, maten (och drycken), styrsystemet och stämningen. Syftet är att ge den enskilde inom särskilt boende och korttidsboende en måltidsupplevelse som kan jämföras med en trevlig familjemiddag. Tanken kring familjemiddagen är att de som deltar i måltiden har så trevligt att man sitter kvar, länge. Därför äter man lite mer än man skulle gjort annars.

<sup>9</sup> Brytpunktsamtal hålls mellan ansvarig läkare och patient och eventuellt andra berörda angående ställningstagandet att övergå till palliativ vård i livets slutskede. Innehållet i den fortsatta vården diskuteras utifrån patientens tillstånd, behov och önskemål.

## Utskrivning från sluten hälso- och sjukvård

Egenkontroll	Uppföljning av egenkontroll	Uppföljning av åtgärd
 <b>Utskrivningsklara inom Slutenvården</b>	Statistik saknas då Region Stockholm genomförde ett systembyte i november 2022 vilket innebar att den månatliga statistik som kommunen fått del av upphörde. Arbete pågår att ta fram nya underlag. Verksamheten har ett bra samarbete med regionen. Genom detta säkerställs att personer som är färdigbehandlade i sjukvården får rätt stöd i rätt tid efter utskrivning. Under året har det funnits god tillgång på korttidsplatser vilket har lett till personer med omfattande omsorgsbehov har kunnat få en plats omgående.	<i>Inget behov av åtgärd</i>

### Analys av arbetet med egenkontroller

Arbetet med egenkontrollerna har fungerat bra. Vissa egenkontroller har varit svåra att genomföra eller varit alltför tidskrävande, vilket åtgärdas inför 2024.

## Uppföljning och resultat

### Statistik och kvalitetsregister

Öppna jämförelser är en nationell undersökning som genomförs av Socialstyrelsen och som främst följer upp förekomsten av systematisk uppföljning, rutiner, samverkansdokument och handläggarnas utbildning. Öppna jämförelser har få indikatorer som visar resultat av insatser och stöd varför det inte ska betraktas som en mätning av verksamhetens kvalitet. Undersökningen används främst som en kunskapsstyrning där frågeställningarna beskriver vad Socialstyrelsen anser är viktigt.

Tidigare har det gått att följa andelen handläggare med socionomutbildning. Det var inte möjligt att göra i årets undersökning.

Öppna jämförelser för enheter inom hemtjänst och särskilda boenden undersöker:

- hur väl enheter lyckas individanpassa vården och omsorgen
- rutiner för samverkan
- läkemedelshantering
- personalresurser
- utbildningsnivå

## Hemtjänst

Huddinges hemtjänst i egen regi har redovisat ett bra utfall i förhållande till såväl riket som Stockholms län och jämförelsekommunerna när det gäller individanpassad vård och omsorg, delaktighet och inflytande. I årets enhetsundersökning har frågeställningen kring kontaktperson tagits bort varför resultat för detta inte redovisas.

	Andel personer med aktuell genomförandeplan	Andel personer med en plan som innehåller dokumentation om hur personen deltagit vid upprättande/förändring av sin genomförandeplan
Riket	75	Publiceras ej
Stockholms län	81	77
Järfälla	99	99
Haninge	84	70
Sollentuna	93	Publiceras ej
Nacka	95	95
Sundbyberg	88	95
Huddinge Hemtjänst i egen regi	97	Publiceras ej

## Särskilt boende

Även inom särskilt boende uppvisar Huddinge ett bra utfall jämfört med resten av landet och flertalet kommuner i länet.

Rike, län, kommun	Andel enheter som erbjuder varje person möjlighet att delta i borådsmöten	Andel personer med aktuell genomförandeplan	Andel personer med en plan som innehåller dokumentation om hur personen deltagit vid upprättande/förändring av sin genomförandeplan	Andel personer som har en dokumentation om varför de har en skyddsåtgärd	Andel personer med genomförandeplan om den äldres önskemål och behov i samband med måltiderna
Riket	61	91	80	87	79
Riket Offentlig	54	89	76	84	76
Riket Enskild	91	95	94	94	88
Stockholms län	82	94	92	92	87
Järfälla	100	96	80	Publiceras ej	75
Haninge	100	87	86	100	83
Sollentuna	92	93	80	86	84
Stockholm	84	96	86	96	91
Nacka	100	99	98	99	97
Sundbyberg	83	83	75	92	91
Huddinge	100	100	100	100	77

## Hälsö- och sjukvårdsorganisationen

### *Svenska palliativregistret*

Svenska palliativregistret är ett nationellt kvalitetsregister där syftet är att förbättra vården i livets slutskede för patienten och deras närstående. Resultatet för vården under livets sista vecka på särskilda boenden redovisas i tabellen nedan. Vården i livets slutskede har förbättrats avseende dokumenterade munhälsobedömningar, smärtskattning och brytpunktssamtal. Fokus har främst varit att upprätta vårdplaner och att tillsammans med läkare i ett tidigt skede planera vården i livets slut samt att säkerställa att en person närvarar vid dödsögonblicket. Arbetet med att förbättra vården i livets slutskede kommer att fortsätta under 2024 och målvärden kommer att följas upp regelbundet.

Vård i livets slutskede	Resultat 2022	Resultat nov 2023	Målvärde 2024
Ordination på smärtstillande läkemedel	93	92	98
Ordination på ångestdämpande läkemedel	94	91	98
Smärtskattning	62	73	80
Dokumenterad munhälsobedömning	61	73	80
Närvaro i dödsögonblicket	75	73	80
Avsaknad av trycksår	80	79	80
Dokumenterat brytpunktssamtal	77	81	85

### *BPSD-register (beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom)*

Syftet med BPSD-registret är att minska beteendemässiga och psykiska symtom hos personer med demenssjukdom och därigenom öka livskvaliteten. Statistiken för Huddinge visar att de åtgärder som vidtas kring individen ger resultat i form av minskad förekomst av beteendemässiga psykiska symtom.

#### *Senior Alert*

Senior Alert är ett nationellt kvalitetsregister som utgör ett verktyg för att bedöma risker för fall, undernäring, trycksår, munhälsa och inkontinens. Riskbedömning sker för samtliga brukare som bor på särskilda boenden för äldre.

- **Undernäring** - Andel personer med risk för undernäring har minskat från 63 till 60 procent. I riket är motsvarande andel 58 procent. Ett arbete har påbörjats under hösten för att uppmärksamma ofrivillig lång nattfasta och att erbjuda proteinrika mellanmål. En nutritionsvårdsprocess kommer att tas fram under 2024 för att ytterligare minska risker för undernäring.
- **Trycksår** - Trycksår definieras som en rodnad eller öppet sår i huden orsakat av tryck. Antal brukare med trycksår i Huddinges egen regi för särskilda boenden har minskat med 25 procent. Även antal brukare med risk för förekomst av trycksår har minskat med 3 procent. En trolig orsak till minskningen kan vara ett resultat av utvecklingsarbetet kring nutrition och måltider. Huddinges resultat ligger i nivå med resultatet i riket.
- **Fall** - Omsorgspersonal och legitimerad personal tillsammans med läkare arbetar strukturerat med fallförebyggande åtgärder. Fallrisk bedöms regelbundet och följs upp vid ändringar. 82 procent av brukarna på särskilt boende har risk för fall, vilket är samma resultat som föregående år. Resultatet är något sämre än rikets 76 procent.
- **Munhälsa** - Risk för ohälsa i munnen har ökat från 52 procent förra året till 58 procent i år. Fokus under nästkommande år är att följa upp bedömningarna av munhälsa och utbildning för omsorgspersonal. Målet för kommande år är att minska risken för ohälsa i munnen till 50 procent. För hela riket var resultatet 46 procent.

#### *SveDem*

SveDem är ett nationellt kvalitetsregister för kognitiva sjukdomar/demenssjukdomar. Genom att samla in data och följa patienter genom vårdkedjan hoppas man kunna förbättra kvaliteten på demensvården i riket och lokalt. Registrering i SveDem är en förutsättning för att en enhet ska kunna erhålla stjärnmärkning för demensvård.

## Brukarundersökningar

Den nationella brukarundersökningen genomfördes under mars till maj 2023. Resultaten som publicerades i oktober 2023 speglar därför främst upplevelsen av vården och omsorgen under 2022.

För hemtjänsten var svarsfrekvensen 52 procent (516 brukare), en försämring med fyra procentenheter jämfört med 2022 då 564 (56 %) brukare besvarade enkäten. Inom särskilt boende besvarade 215 personer enkäten vilket ger en svarsfrekvens på 40 procent, vilket är likvärdigt med föregående år.

### Hemtjänst

Indikatorn och år	Huddinges jämförelse-kommuner <sup>10</sup>	Huddinge Egen regi	Riket	Stockholms län (ovägt medel)
Andel mycket eller ganska nöjda sammantaget med den hemtjänst de har? (%)				
2020	87	80	88	86
2022	83	81	86	83
2023	83	78	86	83
Brukarbedömning hemtjänst äldreomsorg - bemötande, andel (%)				
2020	97	95	97	96
2022	96	95	96	95
2023	95	95	96	95
Andel som känner förtroende för alla eller flertalet av personalen (%)				
2020	88	85	89	87
2022	82	80	87	84
2023	83	87	88	85
Andel som upplever att personalen alltid eller oftast tar hänsyn till åsikter och önskemål, andel (%)				
2020	89	81	87	86
2022	84	79	84	83
2023	84	80	84	83
Andel som tycker det känns mycket eller ganska tryggt att bo hemma med hemtjänst (%)				
2020	83	79	86	83
2022	80	80	84	82
2023	79	77	85	82

Resultatet på frågan om hur nöjd man sammantaget är med sin hemtjänst har försämrats sedan 2022 års resultat. Resultatet är lågt i förhållande till övriga riket, detsamma gäller för flertalet kommuner i storstadsregionen. Det finns inga skillnader i resultat utifrån regiform. Huddinge kommun har under flera år haft en negativ trend när det gäller resultatet för helhetsynen på hemtjänst.

I årets undersökning framkom att andelen brukare som upplevde att de hade förtroende för alla eller flertalet av personalen har ökat med 7 procentenheter jämfört med resultaten från 2022.

Ett upplevt förtroende påverkas av flera samverkande faktorer varför det kan vara svårt att utröna exakt vad som bidragit till det förbättrade resultatet. Möjligtvis påverkar arbetet med fast omsorgskontakt, att utbildningsnivån på personalen har ökat och att sjukfrånvaron har minskat.

<sup>10</sup> Huddinges av kommunstyrelsen beslutade jämförelsekommuner är: Sollentuna, Sundbyberg, Järfälla, Nacka och Haninge

Upplevelsen av trygghet med hemtjänstinsatser har försämrats sedan undersökningen 2022. Att förklara denna nedgång är svårt, särskilt med tanke på att förtroendet för personalen har förbättrats. En möjlig förklaring kan vara att den upplevda tryggheten påverkas av faktorer som ligger utanför hemtjänstens kontroll. Även samhällsförändringar eller globala händelser som påverkar människors generella känsla av säkerhet och trygghet kan påverka resultatet i brukarundersökningen. Nedgången är relativt liten och kan också vara en produkt av felmarginaler.

Brukarna upplever att bemötandet är gott och resultatet för Huddinges egen regi är oförändrat jämfört med tidigare undersökningar.

## Särskilt boende

Indikator och år	Huddinges jämförelse-kommuner <sup>11</sup>	Huddinge egen regi	Riket	Stockholms län (ovägt medel)
Andel mycket eller ganska nöjda sammantaget med det SÄBO där de bor?				
2020	77	74	81	79
2022	74	69	77	73
2023	77	75	78	75
Andel som upplever mycket eller ganska gott bemötande från personalen (%)				
2020	92	92	94	92
2022	92	83	92	92
2023	92	84	92	91
Andel som känner förtroende för alla eller flertalet av personalen (%)				
2020	80	81	84	83
2022	80	70	81	79
2023	79	77	82	80
Andel som tar upplever att personalen alltid eller oftast tar hänsyn till åsikter och önskemål, andel (%)				
2020	77	75	79	77
2022	75	71	78	74
2023	77	66	79	78
Andel som tycker det känns mycket eller ganska tryggt på sitt SÄBO (%)				
2020	84	86	87	85
2022	87	79	86	85
2023	86	81	86	83

Resultatet för hur nöjd brukaren är med sitt särskilda boende har förbättrats under 2023 jämfört med 2022 års resultat. Sedan 2019 har trenden för särskilt boende varit negativ, men årets resultat tyder på att den nedåtgående trenden har brutits. Jämfört med övriga kommuner i Stockholms län står årets resultat sig väl och närmar sig riksgenomsnittet. Flera kommuner, inklusive Haninge, Järfälla, Sollentuna och Sundbyberg, samt länet och riket som helhet, har upplevt förbättringar. Det är troligt att 2022 års resultat var en effekt av coronapandemin och att dess påverkan nu avtagit.

Förtroendet har förbättrats inom kommunens boenden i egen regi vilket inte återspeglas lika tydligt bland de brukare som bor i privat boende. Trenden syns inte heller i övriga jämförelsekommuner vilket antyder att de positiva resultaten i första hand kan härledas till åtgärder som har genomförts i Huddinge. Exempelvis har egen regin genomfört åtgärder för att främja anhörigas delaktighet vilka verkar ha haft god effekt.

Även upplevelsen av trygghet har ökat något 2023 jämfört med 2022, även om det är en marginell skillnad.

<sup>11</sup> Huddinges av kommunstyrelsen beslutade jämförelsekommuner är: Sollentuna, Sundbyberg, Järfälla, Nacka och Haninge

Brukare på äldreboenden i Huddinges egen regi är dock mindre trygga än genomsnittet i Stockholms län och riket.

Upplevelsen av ett gott bemötande har ökat något.

## Myndighetsutövning

Vart annat år genomför sektionen för myndighetsutövning en egen brukarundersökning.

Brukarundersökningen sker i form av telefonintervjuer med personer som under första halvåret 2023 fått beslut om:

- avlösning
- hemtjänst ordinärt boende,
- hemvårdsbidrag
- korttidsboende
- ledsagning
- eller trygghetslarm.

Nettourvalet bestod av 537 personer, av dessa intervjuades 367 personer vilket ger en svarsfrekvens på 67 procent.

Resultatet på frågan om man upplever att man fick möjlighet att berätta vad man behöver hjälp med har försämrats sedan den senaste brukarundersökningen 2021. Försämringen består framför allt av att fler svarat att de delvis fått möjlighet att berätta vad det behöver hjälp med i stället för att de helt har fått möjlighet att berätta vad de behöver hjälp med. För att vända denna utveckling kommer verksamheten under 2024 genomföra ett arbete med att utveckla den enskildes möjlighet till delaktighet.

## Individbaserad systematisk uppföljning

Systematisk uppföljning innebär att arbetet med enskilda klienter eller brukare dokumenteras för att kunna följa upp hur det går för dem och för att kunna sammanställa och använda uppgifterna på gruppnivå för att utveckla och säkra kvaliteten i verksamheten.

Under 2022 deltog medarbetare från verksamheten i en utbildning i individbaserad systematisk uppföljning (ISU) arrangerad av SKR. Syftet var att få en bild av hur ISU kan användas för att utvärdera insatser och på så sätt utveckla och förbättra verksamhetens kvalitet.

I maj 2023 påbörjades ett pilotprojekt för att utvärdera ISU vid individuppföljning på särskilt boende. Data har samlats in och dokumenterats och identifierats för att möjliggöra analys på gruppnivå. Projektet har visat att arbetssättet fungerar bra och att den data som samlas in kan utgöra ett bra underlag för analys av verksamheten. Insamling av data kommer att fortsätta och nästa steg blir att besluta om vilka analyser som ska göras och arbetssätt för dessa. Slutmålet är att den individbaserade systematiska uppföljningen ska ligga till grund för utveckling av verksamheten.

## Revisioner och granskningar

### *Revisionsrapport: Granskning av äldreomsorgen*

KPMG har på uppdrag av kommunens revisorer granskat äldreomsorgen. Syftet var att bedöma om vård- och omsorgsnämnden säkerställt att äldreomsorgen uppfyller politiska mål både vad gäller god kvalitet och effektiv användning av resurser. KPMG:s bedömning är att nämnden inte helt säkerställt en kostnadseffektiv och ändamålsenlig äldreomsorg. Revisorerna menar att det inte kan uteslutas att underskottet inom äldreomsorgen kan kopplas till bristande ekonomiska förutsättningar. Analyser av äldreomsorgens budgetunderskott ska bli bättre och mer träffsäkra vad gäller kostnader i relation till kvalitet. Det gäller både äldreomsorgen som helhet och den egna regin.

### *Granskning av biståndsbedömningen*

Under hösten 2023 genomfördes en granskning av biståndsbedömningen för hemtjänsten. Granskningen visade att Huddinge hade fler beviljade timmar per brukare än genomsnittet för riket och skillnaden mellan beviljade och utförda timmar var hög.



Under hösten påbörjades åtgärder för att förbättra tidssättningen för hemtjänstinsatser inom myndighetsutövningen. En översyn av det stöd som biståndshandläggarna har vid tidsberäkningen genomfördes. Verksamheten kommer att följa utvecklingen av beslutad/verkställd tid i förhållande till utförd tid för att säkerställa att förändringarna leder till önskad effekt.

#### *Brandinspektion*

Kommunens trygghets- och säkerhetssektion och ett av hyresvärden anlitat konsultbolag har genomfört bedömning av en lokal för dagverksamhet utifrån brand - och utrymningsföreskrifter. Granskningen visade att lokalen inte var lämplig för verksamhet där personer med nedsatt rörelseförmåga vistas. Som åtgärd har verksamheten flyttats till annan lokal.

#### *Inspektion av livsmedelshantering*

Inspektion av livsmedelshantering har genomförts på dagverksamheten med inriktning demens. Det förekom en anmärkning och denna är anmäld till hyresvärden.

#### *Bedömning av vårdhygienisk standard*

Vårdhygien Stockholm genomförde under våren en inspektion på samtliga särskilda boenden. Bedömningen visade att den vårdhygieniska standarden är god förutom på ett boende där det föreligger behov av renovering. En handlingsplan har tagits fram för att komma till rätta med problemet.

#### *Nationell tillsyn av samtliga kommunala särskilda boenden för äldre i landet*

IVO har granskat kvaliteten på vården genom att genomföra intervjuer och granska journaler och för åren 2019–2023 i Huddinge kommuns kommunala särskilda boenden. IVO har därefter ställt krav på åtgärder för att säkerställa god och säker vård. Åtgärderna inom Hälso- och sjukvårdsområdet handlade om att säkerställa dokumentation, säker delegering, läkartillgång samt informationsöverföring mellan personalen. Åtgärderna inom omsorgen handlade om att säkerställa omsorgspersonalens kompetens, språknivå samt personalkontinuitet. Återkoppling från IVO gällande vidtagna åtgärder kommer ske under 2024.

#### *Granskning av läkemedelshantering*

Granskning av läkemedelshantering genomförs årligen av extern granskare i samtliga särskilda boenden för äldre. Genomförda granskningar visar att läkemedelshantering fungerar väl.

#### *Granskning av tillagningsköken*

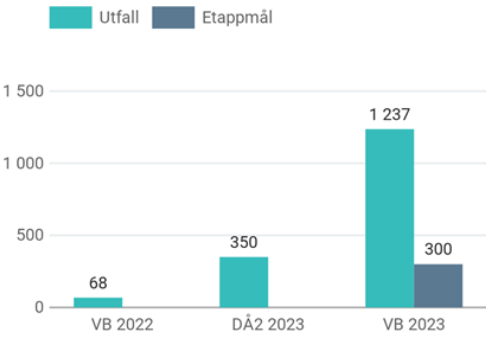
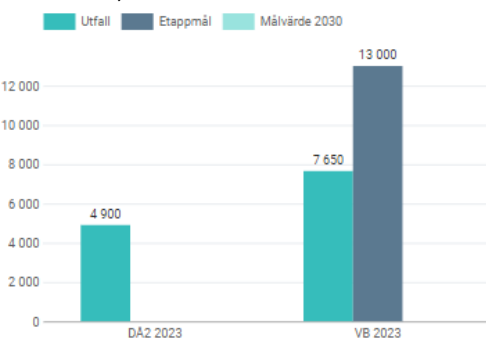
Köken och de egenkontroller som ska genomföras granskas årligen. Samtliga kök är godkända.

## Kvalitetsindikatorer

Verksamheten följer ett antal indikatorer för att bedöma hur arbetssätt, processer och rutiner fungerar för att skapa god kvalitet. I många fall används resultat från brukarundersökningar för detta syfte och ibland används andra mätningar som genomförs inom den egna verksamheten. Syftet med indikatorerna är att kunna följa hur händelser som sker, utvecklingsarbete och andra faktorer påverkar kvaliteten.

Nedan visas de indikatorer som verksamheten har följt under året.

### Förebyggande

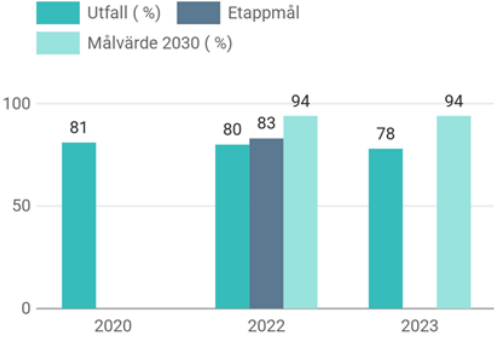
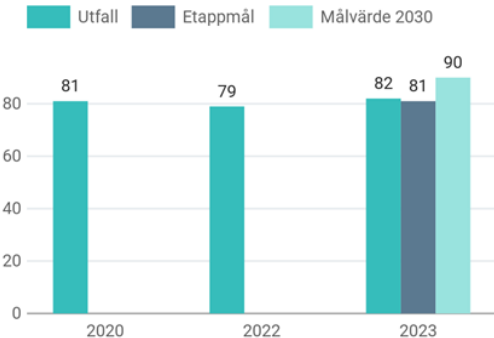
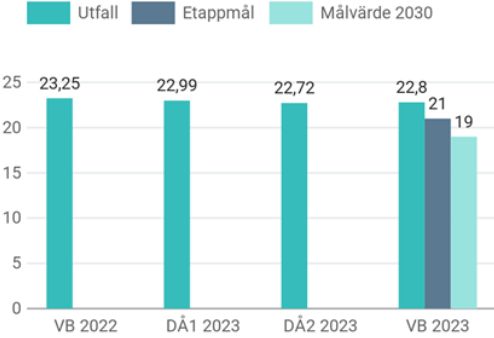
Kvalitetsindikator	Kommentar												
<p>Fler äldre deltar i de kurser och föreläsningar som genomförs inom förebyggandeenheten (antal deltagare) *</p>  <table><tr><th>Period</th><th>Utfall</th><th>Etappmål</th></tr><tr><td>VB 2022</td><td>68</td><td>0</td></tr><tr><td>DÅ2 2023</td><td>350</td><td>0</td></tr><tr><td>VB 2023</td><td>1 237</td><td>300</td></tr></table>	Period	Utfall	Etappmål	VB 2022	68	0	DÅ2 2023	350	0	VB 2023	1 237	300	<p>Verksamheten har under 2023 lyckats nå högt över förväntat mål gällande deltagare i kurser och föreläsningar. Under året har flera större föreläsningar genomförts samt utbildningar i exempelvis mindfulness och uteträning. Hälso pedagogen som är en ny tjänst har även bidragit till detta och även till ökad samverkan med bland annat pensionärsföreningarna PRO och SPF som efterfrågat föreläsningar samt bidragit till spridning av information.</p> <p>Genomförda Ipad-utbildningar, herrträffar och dans i balans har bidragit till hög närvaro.</p> <p>Utifrån samverkan med NSPH (Nationell samverkan psykisk hälsa) och Attention har verksamheten kunnat erbjuda Hälso spåret på seniorträffar i Skogås och centrala Huddinge, vilket riktar sig till 65+ med NPF diagnos. NSPH har även genomfört fokusgrupp gällande hälsosamt åldrande.</p> <p>I samverkan med SPF genomfördes en föreläsning om AI för 200 seniorer.</p> <p>Samtliga aktiviteter har varit kostnadsfria för seniorerna.</p>
Period	Utfall	Etappmål											
VB 2022	68	0											
DÅ2 2023	350	0											
VB 2023	1 237	300											
<p>Fler äldre deltar inom de öppna aktiviteterna som erbjuds inom förebyggandeenheten (besök på seniorträffar)</p>  <table><tr><th>Period</th><th>Utfall</th><th>Etappmål</th><th>Målvärde 2030</th></tr><tr><td>DÅ2 2023</td><td>4 900</td><td>0</td><td>0</td></tr><tr><td>VB 2023</td><td>7 650</td><td>13 000</td><td>0</td></tr></table>	Period	Utfall	Etappmål	Målvärde 2030	DÅ2 2023	4 900	0	0	VB 2023	7 650	13 000	0	<p>Verksamheten har under 2023 inte nått förväntat resultat. Det beror bland annat på brister i antagandet av hur många som skulle kunna delta då man föregående år har räknat besöken på ett annat sätt.</p>
Period	Utfall	Etappmål	Målvärde 2030										
DÅ2 2023	4 900	0	0										
VB 2023	7 650	13 000	0										
<p>Antal kommunalar där erbjudande har genomförts om hembesök till seniorer 75+ år **</p>  <table><tr><th>År</th><th>Utfall</th><th>Etappmål</th></tr><tr><td>2023</td><td>6</td><td>6</td></tr></table>	År	Utfall	Etappmål	2023	6	6	<p>Uppsökande hembesök har erbjudits till berörda seniorer i kommunens alla 6 kommunalar. Det har sedan hösten 2022 genomförts 254 besök.</p>						
År	Utfall	Etappmål											
2023	6	6											

## Myndighetsutövning

Kvalitetsindikator	Kommentar												
<p>Fick du möjlighet att berätta vad du behöver och vad du vill ha hjälp med? (Myndighetsutövningen) (%)</p> <table><tr><th>År</th><th>Utfall (%)</th><th>Etappmål (%)</th><th>Målvärde 2030 (%)</th></tr><tr><td>2021</td><td>90</td><td></td><td></td></tr><tr><td>2023</td><td>86</td><td>91</td><td>95</td></tr></table>	År	Utfall (%)	Etappmål (%)	Målvärde 2030 (%)	2021	90			2023	86	91	95	<p>Resultatet har försämrats sedan den senaste brukarundersökningen. Försämringen består i att en större andel upplever att de delvis har fått möjlighet att berätta vad de behöver och vad de vill ha hjälp med i stället för att de har svarat att de helt har fått möjlighet att berätta. Verksamheten kommer under 2024 göra ett arbete med att utveckla den enskildes möjlighet till delaktighet.</p>
År	Utfall (%)	Etappmål (%)	Målvärde 2030 (%)										
2021	90												
2023	86	91	95										

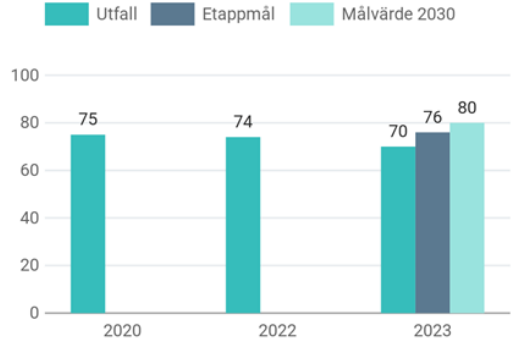
## Hemtjänst

Kvalitetsindikator	Kommentar																
<p>Brukarbedömning hemtjänst - bemötande, andel %</p> <table><thead><tr><th>År</th><th>Utfall (%)</th><th>Etappmål (%)</th><th>Målvärde 2030 (%)</th></tr></thead><tbody><tr><td>2020</td><td>94</td><td></td><td></td></tr><tr><td>2022</td><td>93</td><td></td><td></td></tr><tr><td>2023</td><td>94</td><td>95</td><td>100</td></tr></tbody></table>	År	Utfall (%)	Etappmål (%)	Målvärde 2030 (%)	2020	94			2022	93			2023	94	95	100	<p>Etappmålet för 2023 var att 95% av brukarna skulle uppleva ett gott bemötande från hemtjänsten. Verksamheten nådde inte etappmålet utan hamnade på 94% vilket gör att etappmålet står kvar på 95% inför 2024.</p> <p>För att nå etappmålet kommer verksamheten att arbeta vidare med kontinuiteten hos den enskilde genom fast omsorgskontakt och den nära planeringen kring den enskilde.</p>
År	Utfall (%)	Etappmål (%)	Målvärde 2030 (%)														
2020	94																
2022	93																
2023	94	95	100														
<p>Brukarbedömning hemtjänst - förtroende för personalen, andel %</p> <table><thead><tr><th>År</th><th>Utfall (%)</th><th>Etappmål (%)</th><th>Målvärde 2030 (%)</th></tr></thead><tbody><tr><td>2020</td><td>83</td><td></td><td></td></tr><tr><td>2022</td><td>81</td><td></td><td></td></tr><tr><td>2023</td><td>84</td><td>83</td><td>90</td></tr></tbody></table>	År	Utfall (%)	Etappmål (%)	Målvärde 2030 (%)	2020	83			2022	81			2023	84	83	90	<p>Verksamheten har nått etappmålet då resultatet visar att 84% av de svarande har förtroende för personalen. Inför 2024 höjs etappmålet till 85%.</p> <p>För att säkerställa att verksamheten når upp till detta kommer fortsatt arbete ske med att utveckla den fasta omsorgskontaktsrollen samt minska antalet medarbetare som den enskilde möter.</p>
År	Utfall (%)	Etappmål (%)	Målvärde 2030 (%)														
2020	83																
2022	81																
2023	84	83	90														
<p>Brukarbedömning hemtjänst - trygghet, andel %</p> <table><thead><tr><th>År</th><th>Utfall (%)</th><th>Etappmål (%)</th><th>Målvärde 2030 (%)</th></tr></thead><tbody><tr><td>2020</td><td>79</td><td></td><td></td></tr><tr><td>2022</td><td>79</td><td></td><td></td></tr><tr><td>2023</td><td>77</td><td>80</td><td>90</td></tr></tbody></table>	År	Utfall (%)	Etappmål (%)	Målvärde 2030 (%)	2020	79			2022	79			2023	77	80	90	<p>Verksamheten har inte nått upp till etappmålet på 80%, brukarundersökningen visar ett resultat på 77%.</p> <p>Analysen visar att den upplevda tryggheten kan beror på det rådande världsläget. Ett högt resultat syns gällande förtroende för personalen vilket borde bidra till upplevd trygghet i relation till den hemtjänst man har, detta speglas dock inte i resultatet på upplevd trygghet.</p> <p>Verksamhetens fortsatta arbete innefattar att minska antalet personer som besöker den enskilde samt att personal som är nya legitimerar sig.</p> <p>Trygghet är individuellt och innefattar många olika delar som kan vara svåra att komma åt och påverka varför detta är utmanande för verksamheten.</p>
År	Utfall (%)	Etappmål (%)	Målvärde 2030 (%)														
2020	79																
2022	79																
2023	77	80	90														

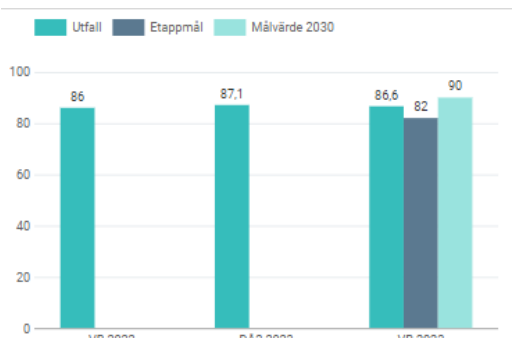
Kvalitetsindikator	Kommentar																				
<p>Brukarbedömning hemtjänst äldreomsorg - helhetssyn, andel (%)</p>  <table><thead><tr><th>År</th><th>Utfall (%)</th><th>Etappmål</th><th>Målvärde 2030 (%)</th></tr></thead><tbody><tr><td>2020</td><td>81</td><td></td><td></td></tr><tr><td>2022</td><td>80</td><td>83</td><td>94</td></tr><tr><td>2023</td><td>78</td><td></td><td>94</td></tr></tbody></table>	År	Utfall (%)	Etappmål	Målvärde 2030 (%)	2020	81			2022	80	83	94	2023	78		94	<p>Brukarundersökningen för 2023 visar att resultatet på frågan om hur nöjd man sammantaget är med sin hemtjänst har försämrats sen 2022. 78 procent uppger sig vara nöjda med sin hemtjänst. Resultatet är lågt i förhållande till övriga riket, detsamma gäller för flertalet kommuner i storstadsregionen. Det finns inga skillnader i resultat utifrån regiform, utan resultatet är samma både för hemtjänst som bedrivs i egen regi eller den som bedrivs i privat. Trots att resultatet är negativt är förvaltningen försiktigt optimistisk när det gäller den upplevda kvaliteten inom hemtjänsten då resultaten har förbättrats på en rad andra frågeställningar. Bland annat har förtroendet för personalen ökat jämfört med 2022. Man mer nöjd med hur väl personalen utför sina arbetsuppgifter, upplevelsen av ett gott bemötande är på en fortsatt högnivå, och personal tar större hänsyn till brukarens åsikter och önskemål jämfört med tidigare år.</p>				
År	Utfall (%)	Etappmål	Målvärde 2030 (%)																		
2020	81																				
2022	80	83	94																		
2023	78		94																		
<p>Brukarbedömning hemtjänst - hänsyn till åsikter och önskemål, andel (%)</p>  <table><thead><tr><th>År</th><th>Utfall (%)</th><th>Etappmål</th><th>Målvärde 2030 (%)</th></tr></thead><tbody><tr><td>2020</td><td>81</td><td></td><td></td></tr><tr><td>2022</td><td>79</td><td></td><td></td></tr><tr><td>2023</td><td>82</td><td>81</td><td>90</td></tr></tbody></table>	År	Utfall (%)	Etappmål	Målvärde 2030 (%)	2020	81			2022	79			2023	82	81	90	<p>Resultatet för 2023 uppgick till 82%, vilket överstiger etappmålet. Verksamheten kommer att fortsätta utvecklingsarbetet genom de fasta omsorgskontakterna. Deras ansvar inkluderar att säkerställa att den enskildes önskemål och åsikter reflekteras i genomförandeplanen och att planen hålls uppdaterad.</p>				
År	Utfall (%)	Etappmål	Målvärde 2030 (%)																		
2020	81																				
2022	79																				
2023	82	81	90																		
<p>Personalkontinuitet, antal personal som en hemtjänsttagare möter, medelvärde per månad</p>  <table><thead><tr><th>Period</th><th>Utfall (%)</th><th>Etappmål</th><th>Målvärde 2030 (%)</th></tr></thead><tbody><tr><td>VB 2022</td><td>23,25</td><td></td><td></td></tr><tr><td>DÅ1 2023</td><td>22,99</td><td></td><td></td></tr><tr><td>DÅ2 2023</td><td>22,72</td><td></td><td></td></tr><tr><td>VB 2023</td><td>22,8</td><td>21</td><td>19</td></tr></tbody></table>	Period	Utfall (%)	Etappmål	Målvärde 2030 (%)	VB 2022	23,25			DÅ1 2023	22,99			DÅ2 2023	22,72			VB 2023	22,8	21	19	<p>Kontinuiteten i hemtjänsten är en viktig aspekt för att skapa trygghet och stabilitet för den enskilde och för att nå en kvalitativ vård och omsorg. Verksamheten förväntar att resultatet av fast omsorgskontakt och nära planering bör påverka indikatorerna från och med 2024.</p>
Period	Utfall (%)	Etappmål	Målvärde 2030 (%)																		
VB 2022	23,25																				
DÅ1 2023	22,99																				
DÅ2 2023	22,72																				
VB 2023	22,8	21	19																		

## Särskilt boende

Kvalitetsindikator	Kommentar																
<p>Brukarbedömning särskilt boende - bemötande andel %</p> <table><tr><th>År</th><th>Utfall</th><th>Etappmål</th><th>Målvärde 2030</th></tr><tr><td>2020</td><td>91</td><td></td><td></td></tr><tr><td>2022</td><td>85</td><td></td><td></td></tr><tr><td>2023</td><td>86</td><td>87</td><td>95</td></tr></table>	År	Utfall	Etappmål	Målvärde 2030	2020	91			2022	85			2023	86	87	95	<p>Utfallet i brukarundersökningen gällande bemötande hamnade en procent under etappmålet. Under året behöver de särskilda boendena analysera vilka faktorer som skulle kunna förbättra upplevelsen av bemötandet.</p>
År	Utfall	Etappmål	Målvärde 2030														
2020	91																
2022	85																
2023	86	87	95														
<p>Brukarbedömning särskilt boende - förtroende för personalen, andel (%)</p> <table><tr><th>År</th><th>Utfall</th><th>Etappmål</th><th>Målvärde 2030</th></tr><tr><td>2020</td><td>78</td><td></td><td></td></tr><tr><td>2022</td><td>73</td><td></td><td></td></tr><tr><td>2023</td><td>78</td><td>75</td><td>90</td></tr></table>	År	Utfall	Etappmål	Målvärde 2030	2020	78			2022	73			2023	78	75	90	<p>I brukarbedömning förtroende för personalen har de särskilda boendena överskridit etappmålet med tre procent. Bedömningen är att resultatet till viss del baseras på att det i många fall är anhöriga som svarar på enkäten. Arbetet har därför fokuserats mot anhörigdelaktighet så att de anhöriga har god kännedom om och känner förtroende för medarbetare och den vård- och omsorg deras anhöriga får på boendet.</p>
År	Utfall	Etappmål	Målvärde 2030														
2020	78																
2022	73																
2023	78	75	90														
<p>Brukarbedömning särskilt boende - trygghet, andel %</p> <table><tr><th>År</th><th>Utfall</th><th>Etappmål</th><th>Målvärde 2030</th></tr><tr><td>2020</td><td>83</td><td></td><td></td></tr><tr><td>2022</td><td>81</td><td></td><td></td></tr><tr><td>2023</td><td>82</td><td>83</td><td>90</td></tr></table>	År	Utfall	Etappmål	Målvärde 2030	2020	83			2022	81			2023	82	83	90	<p>Resultat har ökat med en procent men når inte etappmålet. De särskilda boendena behöver göra en djupare analys av vilka aktiviteter som behöver kopplas mot indikatorn för att nå ett bättre resultat nästa år.</p>
År	Utfall	Etappmål	Målvärde 2030														
2020	83																
2022	81																
2023	82	83	90														
<p>Brukarbedömning särskilt boende äldreomsorg - helhetssyn, andel (%)</p> <table><tr><th>År</th><th>Utfall (%)</th><th>Etappmål (%)</th></tr><tr><td>2019</td><td>77</td><td></td></tr><tr><td>2020</td><td>70</td><td></td></tr><tr><td>2022</td><td>72</td><td>75</td></tr><tr><td>2023</td><td>75</td><td></td></tr></table>	År	Utfall (%)	Etappmål (%)	2019	77		2020	70		2022	72	75	2023	75		<p>Resultatet för hur nöjd brukaren är med sitt särskilda boende på totalen har förbättrats under 2023 jämfört med 2022, vilket innebär att det är tredje året sen 2020 som särskilt boende redovisar ett förbättrat resultat. Resultatet är linje med genomsnittet bland övriga kommuner i Stockholms län och börjar närma sig riksgenomsnittet. Särskilt boende förbättrar även sitt resultat på alla övriga indikatorer förutom om brukaren tar hänsyn till dess åsikter och önskemål. Egen regins strategi att införa åtgärder som riktar sig till anhöriga och deras upplevelse av delaktighet tycks ha haft effekt. 2022 svarade 73 procent av svarsgruppen där någon annan än brukaren själv svarat på enkäten att de var mycket eller ganska nöjda sammantaget med boendet. I årets undersökning upplever 80 procent av samma svarsgrupp att de var mycket eller ganska nöjda.</p>	
År	Utfall (%)	Etappmål (%)															
2019	77																
2020	70																
2022	72	75															
2023	75																
<p>Brukarbedömning särskilt boende - hänsyn till åsikter och önskemål, andel (%)</p>	<p>Brukarbedömning hänsyn till åsikter och önskemål minskar med fyra procent och etappmålet för 2024 kvarstår således. Verksamheten har arbetat med förändrade arbetssätt och nya scheman. En slutsats skulle kunna vara att denna omställning</p>																

Kvalitetsindikator	Kommentar
	tar tid att genomföra och det kan ha påverkan på möjligheten att utföra personcentrerad vård och omsorg.

## Kompetensförsörjning

Kvalitetsindikator	Kommentar
<p>Andel medarbetare med adekvat utbildning för uppdraget</p> 	<p>Andelen tillsvidareanställda inom äldreomsorgen med befattning som motsvarar adekvat utbildning är 86,6 procent vilket överstiger etappmålet.</p> <p>Verksamheten har erbjudit medarbetare att studera till undersköterska via äldreomsorgslyftet, vilket har bidragit till en högre andel utbildade undersköterskor i verksamheten.</p>

## Bedömning av kvalitet

### Förebyggande arbete

Förebyggande arbete genomförs inom äldreomsorgens alla verksamheter. Det inkluderar seniorträffar och öppna aktiviteter för att förebygga ensamhet och ohälsa, rätt biståndsbedömd insats utifrån behov och ett förebyggande förhållningssätt inom utförandet av omsorgsinsatser. Inom särskilt boende pågår också arbete för att förebygga vårdskador.

Den öppna verksamheten har under året breddat utbudet av aktiviteter och arbetat för att nå ut till och vara tillgänglig för nya seniorer. Det är en utmaning att nå de som bäst behöver de förebyggande insatserna. Genom uppdaterad information, samverkan, seniordagar, deltagande i mässor och andra aktiviteter har verksamheten arbetat för att synliggöra seniorträffar och träfflokaler samt de aktiviteter som erbjuds.

Genomförandet av uppsökande hembesök som påbörjades under 2022 har fortsatt och 171 hembesök har genomförts under 2023. Äldre har genom hembesöken fått individuell information om vilka aktiviteter både kommunen och civilsamhället kan erbjuda. I vissa kommundelar har det varit svårare för verksamheten att nå de äldre och därför planeras för ett riktat uppdrag under 2024 för att nå även dessa.

Under föregående år anställdes en hälsopedagog vars uppdrag bland annat är att nå ut till fler och kunna erbjuda tidiga insatser för att på så sätt höja livskvaliteten för målgruppen. Hälsopedagogen har arrangerat föreläsningar och olika typer av aktiviteter. Utvecklingen har medfört att fler yngre seniorer har tagit del av utbudet.

## Biståndsbedömning för äldre

Myndighetsutövningen har genomfört flera aktiviteter som syftat till att förbättra verksamhetens förmåga att möta enskildas behov av en effektiv och rättssäker handläggning.

Bedömningen är att det finns goda förutsättningar för att arbeta kunskapsbaserat. En hög andel biståndshandläggare har socionomutbildning och de organisatoriska förutsättningarna för att sprida och bevara kunskap i organisationen är goda. Det finns ett nära ledarskap och handläggarna har tillgång till dagligt stöd av jurist och metodutvecklare. Under året har en satsning genomförts för att öka medarbetarnas kompetens inom området psykisk ohälsa. Ett arbete med individbaserad systematisk uppföljning har också påbörjats och kommer att fortsätta under 2024.

Verksamheten ser ständigt över arbetssätt och rutiner för att ha en effektiv och kvalitativ myndighetsutövning. I början av året implementerades en automatisering av processen för förenklad biståndshandläggning. Den automatiserade handläggningen har medfört att enskilda får det stöd de ansökt om snabbare och att handläggningen har blivit mer rättssäker. Verksamheten har också arbetat med rutiner och arbetssätt för att motverka välfärdsfusk.

Den brukarenkät som genomförts under året visar på ett generellt försämrat resultat i förhållande till den enkät som genomfördes 2022. Biståndshandläggarnas tillgänglighet, den enskildes delaktighet i utredningen samt informationen som biståndshandläggarna lämnar till den enskilde och anhöriga behöver förbättras.

## Utförande av insatser i egen regi

### Särskilt boende samt hälso- och sjukvårdsorganisationen

Under 2023 tillträdde en ny sektionschef för hälso- och sjukvårdsorganisationen som tidigare har organiserats under sektionen för särskilt boende. De två sektionerna har arbetat med samverkan och helhetssyn runt den enskilde som bor på särskilt boende för att kunna bedriva samordnad vård och omsorg. Som ett led i detta har verksamheterna påbörjat framtagandet av nya gemensamma processer och rutiner för att uppnå ökad förståelse för det gemensamma arbetet med den enskilde.

Ordinarie medarbetare har under året erbjudits kompetensutveckling vilket har bidragit till en ökad kunskapsnivå. Bristande kunskaper och erfarenhet hos vikarier är dock ett fortsatt problem. Vidare finns brister i svenska språket hos delar av omsorgspersonalen, vilket bland annat medför svårigheter gällande informationsöverföring och dokumentation. Samarbetet med den kommunala vuxenskolan i språkförstärkande utbildning förväntas på sikt kunna bidra till en kunskaps- och kvalitetshöjning.

För att kvalitetssäkra den palliativa vården och omsorgen har verksamheterna deltagit i det palliativa projektet, genom vilket palliativa ombud från samtliga yrkesgrupper utbildats. Frekvensen av brytpunktssamtal har ökat under året, vilket innebär att fler patienter och anhöriga gjorts delaktiga i beslut rörande vården i livets slutskede.

Inom egen regis särskilda boenden har den enskildes upplevelse av att personalen tar hänsyn till åsikter och önskemål sjunkit i årets brukarenkät. Utveckling planeras för att säkerställa kommunikation och information mellan kontaktansvarig medarbetare och den enskilde.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska bedömer att kvaliteten inom hälso- och sjukvården överlag är god och brukare inom samtliga enheter där kommunen har hälso- och sjukvårdsansvar erbjuds god och patientsäker vård. Inom hälso- och sjukvårdsområdet har förbättrande åtgärder gällande avvikelshantering vidtagits under 2023. Arbetet med att identifiera och hantera risker både på individnivå och på verksamhetsnivå pågår kontinuerligt.

### Ordinärt boende

Verksamhetens bedömning är att tillgängligheten till personal, arbetsledare och chefer är god för brukare och anhöriga. För att ytterligare förbättra tillgängligheten har information om bland annat viktiga kontaktvägar för varje enskild brukare uppdaterats under året. Inom hemtjänsten har rollen fast omsorgskontakt implementerats. Den fasta omsorgskontakten möjliggör en närmare relation med den enskilde och bättre insyn i hur dennes behov utvecklas, vilket underlättar möjligheten att säkerställa att de beviljade insatserna överensstämmer med den enskildes behov.

I brukarenkäten nås inte etappmålet på frågan om upplevd trygghet hos den enskilde. Resultatet på frågorna om förtroende för personal och upplevelse av bemötande är bra. Förhoppningen är att den fasta omsorgskontakten på sikt kan bidra till ökad känsla av trygghet hos den enskilde.

Verksamheten strävar efter att ha en hög andel medarbetare med undersköterskeutbildning och ett krav i förfrågningsunderlaget är att minst 50 procent av stödet ska utföras av utbildade undersköterskor. Då undersköterska är ett bristyrke uppstår perioder under året då vikarier behöver nyttjas i högre utsträckning och det är då svårare att säkerställa personal med rätt kompetens för uppdraget.

Under det gångna året har åtgärder för att förbättra den interna samverkan genomförts, särskilt med fokus på identifierade brister som framkommit i lex Sarah-rapporter. Samverkan med regionen och primärvården är fortfarande ett förbättringsområde där brister förekommit i informationsöverföring och kommunikation i samband med utskrivning från sjukhus samt vid hjälpmedelsförskrivning för personer i ordinärt boende.

## Utförande av insatser hos privata utförare

Varje nämnd ska följa upp de avtal som kommunen tecknat med privata utförare. Uppföljningen av utförare har två övergripande syften, dels att kontrollera att verksamheten utförs i enlighet med avtal och uppdragsbeskrivningar, dels för att utgöra ett underlag i kommunens förbättringsarbete med att utveckla och förbättra verksamhet och tjänster.

Under 2023 utfördes hemtjänst, särskilt boende för äldre samt dagverksamhet för äldre i enlighet med lag om valfrihetssystem inom Huddinge kommuns äldreomsorg och granskades med anledning av detta.

### Avtalsuppföljning

Avtalsuppföljning har genomförts för utförare inom särskilt boende (22 privata, fem i egen regi) och hemtjänst (sex privata, en i egen regi). Samtliga utförare uppfyller kraven i avtalen.

### Fördjupad uppföljning

#### *Särskilt boende för äldre*

Under 2023 genomfördes fyra fördjupade uppföljningar.

- En fördjupad uppföljning genomfördes med anledning av upprepade klagomål från närstående. Klagomålen handlade om bristande rutiner för hälso- och sjukvårdsinsatser, läkarinsatser och bemanning. Verksamheten följdes upp och tilldelades en åtgärdsplan. Förvaltningen har bedömt att ärendet kan avslutas då utföraren påvisat ett gott resultat utifrån de åtgärder som vidtagits.
- En annan uppföljning genomfördes på grund av upprepade klagomål om utförandet av insatser, både sociala och delvis serviceinsatser samt hälso- och sjukvårdsinsatser. Verksamheten visade positivt utvecklingsarbete baserat på vidtagna åtgärder, och ärendet kunde avslutas efter ett uppföljande platsbesök.
- En uppföljning initierades efter indikationer på bristande struktur och styrning hos en utförare. Mindre brister noterades angående personalkontinuitet, närvarande ledning för verksamhetens personal samt former för att driva det systematiska kvalitetsarbetet i verksamheten. Utföraren kunde vid uppföljningen visa en planering för hur bristerna skulle åtgärdas. En uppföljning av åtgärderna kommer att genomföras under första kvartalet 2024.
- I slutet av 2023 initierades en fördjupad uppföljning efter information från biståndshandläggare om brister som upptäckts vid individuppföljning. Brister i personalkontinuitet, journalföring och problem med trygghetslarm identifierades. Verksamheten tilldelades en åtgärdsplan och ett uppföljande platsbesök planeras.



## Hemtjänst

Under 2023 har två fördjupade uppföljningar genomförts inom hemtjänst.

- Förvaltningens månadskontroller av utförarens stämplingar påvisade brister som föranledde en fördjupad uppföljning. Uppföljningen påvisade brister i verksamheten, orsakade av bristfällig struktur och styrning i flera av verksamhetens kritiska processer. Utföraren delgavs en åtgärdsplan och vid efterföljande uppföljning kunde utföraren påvisa ett förbättringsarbete, som gett resultat inom flera av verksamhetens processer. Ärendet avslutades.
- Den andra uppföljningen initierades med anledning av upprepade klagomål från brukare. Klagomålen har främst handlat om brister i kommunikation från utföraren till brukare vid förändringar, bristfällig planering av de insatser som ska utföras samt bristfälligt utförande av insatser. Utföraren har kunnat redogöra för resultat av vidtagna åtgärder. Förvaltningen har bedömt att utföraren uppfyller de krav som finns varpå uppföljningen avslutats utan ytterligare åtgärder.

## Månadsuppföljning

Inom LOV för hemtjänst genomförs månatliga uppföljningar av utförarnas tids- och insatsregistrering.

Vid uppföljningarna har avvikelser påvisats inom följande områden:

- Sammanslagningar av insatser som inte är förenligt med de riktlinjer som finns.
- I vissa fall förekommer det att personal utför insatser hos enbart en brukare, så kallad objektsanställning eller att det finns risk att beroendeförhållanden uppstår mellan personal och brukare.
- Stämplingar vid besökens slut saknas i högre utsträckning än kvittenser vid start av besök.

I samtliga fall där avvikelser noterats har dessa kommunicerats till respektive utförare med begäran om svar med åtgärdsplan. Med anledning av att avvikelserna inte varit av systematisk karaktär, utan mer handlat om enstaka, individuella förhållanden, har även biståndshandläggare informerats för bedömning av vidare hantering inom ramen för individuppföljning.

## Kvalitetsundersökning - om teambaserat arbete på särskilda boenden för äldre, inriktning demens

Förvaltningen har granskat det teambaserade arbetet inom särskilda boenden för äldre med inriktning demenssjukdom. Enligt Socialstyrelsens nationella riktlinjer är ett teambaserat arbetssätt en metod som har stöd i forskningen och det finns evidens för att det gynnar både brukare, närstående och personal. I Socialstyrelsens allmänna råd SOFS 2012:3 om värdegrund i socialtjänstens omsorg för äldre beskrivs att teambaserade arbetssätt bidrar till kontinuitet i vård och omsorg samt gör det lättare att identifiera behov hos brukaren och överbrygga gränser mellan yrkesgrupper.

Kvalitetsundersökningen har identifierat viktiga faktorer som bidrar till ett framgångsrikt arbetssätt och som leder till att omsorgen blir mer personcentrerad. De mest framträdande framgångsfaktorerna är:

### Strukturer och förutsättningar i verksamheten

- Styrande dokument såsom rutiner och checklistor för det teambaserade arbetet hjälper till att organisera arbetsuppgifterna och ger teamet ett verktyg för att följa processen.
- Tydlig ansvarsfördelning/roller i teamet vilket gör att samtliga yrkeskategorier vet vem som ska göra vad och vad som förväntas av respektive medlem. Det gör det även lättare att identifiera behov och problem och vilka åtgärder som krävs.

### Den boendes roll i teamet

- Att den boende ses som en del i det teambaserade arbetet är en förutsättning för att arbetet med den boende blir mer personcentrerat. Att främja delaktighet för personer med demenssjukdom är en utmaning, men bidrar till att helhetslösningen blir mer individanpassad och behovsriktad.

### *Högt i tak och likvärdigt mandat*

- Tilliten till varandra ökar om teammedlemmarnas upplevelse av att det är ”högt i tak”, och att allas kompetens tas tillvara. Det ökar förmågan att tillsammans hitta personcentrerade och individuella åtgärder.
- Undersköterskans roll i det teambaserade arbetet lyfts som en central framgångsfaktor, där undersköterskan har den mest kompletta bilden av den boendes behov och förutsättningar.

## Förbättringsområden

### *Verksamhetens förbättringsområden på övergripande nivå*

- Inom äldreomsorgen är skriftlig och muntlig kommunikation grundläggande för att kunna upprätthålla en god kvalitet. Behov finns av förbättrade kunskaper i svenska språket och samarbetet med kommunala vuxenutbildningen kommer fortsätta med nya grupper i vårdsvenska.

### *Förebyggande arbete*

- I samverkan med civilsamhället och primärvården planeras utveckling av de uppsökande hembesöken/hälsosamtalen samt att nå ut till fler äldre och särskilt i kommunens socialt utsatta områden.
- Utbudet av förebyggande aktiviteter samt tillgängligheten till dessa behöver utökas. För detta krävs ökad samverkan mellan verksamheten, kultur- och fritidsförvaltningen och civilsamhället.
- Under 2024 kommer verksamheten att utveckla det hälsofrämjande arbetet, bland annat genom att genomföra ett hälsoprogram för seniorer som bygger på en särskild metod, fingermetoden<sup>12</sup>.

### *Myndighetsutövning*

- Förbättringsarbetet utgår ifrån resultatet på brukarundersökningen och kommer fokusera på åtgärder som rör biståndshandläggarnas tillgänglighet, den enskildes delaktighet, samt information som lämnas till den enskilde eller till anhörig.
- Verksamheten kommer under 2024 utveckla arbetet med Individbaserad systematisk uppföljning.
- Utifrån granskningen av biståndsbedömning för äldre kommer det påbörjade arbetet gällande rätt insatser samt rätt nivå på hemtjänst fortsätta.
- Arbetet med att motverka välfärdsbrott kommer fortsatt utvecklas under 2024.

### *Sektionen för ordinärt boende*

- Funktionen fast omsorgskontakt infördes i hemtjänsten under året och implementeringen och arbetet runt detta kommer att fortgå under år 2024.
- Utifrån att det under året varit väntetider för plats på dagverksamhet är målet att hitta arbetssätt/metod för att minska väntetiderna.
- Förbättra arbetssättet runt avvikelser och uppföljningen av dessa.
- Vidareutveckla processer och rutiner samt säkerställa att dessa implementeras och efterlevs.

### *Sektionen för särskilt boende*

- För att kunna öka tillgängligheten till social dokumentation och genomförandeplaner för medarbetarna pågår ett test med dokumentation i mobiltelefon. Arbetet kommer att fortsätta 2024.
- Framtagandet av en gemensam process för särskilt boende och hälso- och sjukvårdsorganisationen kommer att fortgå under 2024.

<sup>12</sup> Fingermetoden är en forskningsbaserad modell som lyfter de fem viktigaste faktorerna för att motverka minnesproblem: Hälsosam och mångsidig kost, fysisk aktivitet, hjärngymnastik och kognitiv träning, deltagande i sociala aktiviteter och att ha koll på sitt blodtryck, kolesterol och blodsocker.

- Fortsatt arbete med att utveckla det personcentrerat arbetssättet runt den enskilde kommer att bedrivas genom att befästa det påbörjade arbetsformen med veckovisa teambaserade vård- och omsorgsmöten.
- Den med hälso- och sjukvårdsorganisationen gemensamma processen för det palliativa arbetet kommer att färdigställas och implementeras under 2024.

#### *Hälso- och sjukvårdsorganisationen*

- Fortsatt arbete med att öka kvaliteten i hanteringen av hälso- och sjukvårdsavvikelser.
- Ta fram en kompetensstege för sjuksköterskor i syfte att möjliggöra utveckling och på längre sikt förbättra kompetensförsörjningen.

#### **Mål för patientsäkerheten**

- Mål: Minska risken för att patienter blir undernärda  
För att uppnå detta kommer verksamheten revidera och implementera rutiner för nutrition.
- Mål: Säkerställa patientsäkra hälsobedömningar vid förändrat hälsotillstånd.  
För att uppnå detta ska verksamheten implementera en digital tjänst som möjliggör videosamtal mellan sjuksköterska och patient i syfte att möjliggöra mer patientsäkra bedömningar på distans.
- Mål: God vård och omsorg i livets slutskede  
För att uppnå detta kommer fortsatt arbete bedrivas, med utgångspunkt i målvärdena i palliativa registret för 2024.