





Bilaga 2.

Uppföljning av kvalitetsplan 2022 för personer med funktionshinder

Risker och egenkontroller





I tabellen nedan redovisas risker som verksamheten har identifierat i arbetet med målgrupperna samt egenkontroller som genomförs för att säkerställa att verksamheten lever upp till krav och mål. I tabellen visas även de åtgärder som genomförs under året för att minska riskerna eller för att komma tillrätta med brister som framkommit i egenkontrollerna.



För egenkontroller som visar på ett tillfredsställande resultat planeras inga åtgärder och för egenkontroller som nyligen genomförts som visar på brister planeras åtgärder i kvalitetsplanen för 2023.



Risk	Egenkontroll och resultat	Åtgärder och resultat
Myndighetsutövning för personer med funktionsnedsättning enligt LSS		
Risk att brukare inte får stöd, service, vård och omsorg utifrån bästa tillgängliga kunskap.  Risknivå 4		Åtgärd: Lyfta frågan för gemensam hantering inom förvaltningen då den berör fler målgrupper inom fler verksamhetsområden. Uppföljning: Risken har lyfts till förvaltningsledningsgruppen. Systemet SU reg ¹ har installerats inom en av individ- och familjeomsorgens enheter. Verksamheten kommer tillsammans med äldreomsorgen fortsätta att bevaka av hur detta fungerar. Ytterligare åtgärder nästa år är att tillsammans med övrig förvaltning undersöka möjligheten att använda Power BI för individbaserad systematisk uppföljning.
	Egenkontroll: Loggkontroller i verksamhetssystemet  Godkänd. Uppföljning: Genom löpande loggkontroller under året framkommer att biståndshandläggare till 100% hanterar uppgifter i verksamhetssystemet som de har behörighet till.	


¹ SU- verktygen är framtagna av Socialstyrelsen för systematisk uppföljning i socialtjänsten och möjliggör individbaserad systematisk uppföljning i den egna verksamheten för analys av klientarbetets kvalitet. SU reg är en programvara som gör det möjligt att registrera uppgifterna på ett säkert sätt och sammanställa dem på gruppnivå.

Risk	Egenkontroll och resultat	Åtgärder och resultat
	<p>Egenkontroll: Brukarundersökning för enheten funktionshinder</p> <p>◆ Delvis godkänd</p> <p>Uppföljning: Brukarundersökningen på enheten för myndighetsutövning FO gav ett resultat över de satta etappmålen för områdena tillgänglighet, bemötande och delaktighet. För etappmålet för god service var resultatet något under målvärdet. Svarsfrekvensen 34 % var lägre än etappmålet.</p> <p>Verksamheten ser att resultatet trots omständigheterna de senaste två åren, med pågående pandemi och den omställning som det har inneburit, är bra utöver att upplevelsen av service ligger något under etappmålet. Verksamheten kan även se att en möjlighet till utveckling skulle vara en ökad insyn och transparens för brukare under handlägningsprocessen.</p>	
Myndighetsutövning för äldre och personer med funktionsnedsättning enligt Sol		
<p>Risk att resurser inte används där de kommer målgruppen till störst nytta om det förekommer välfärdsbrott som inte uppmärksammas.</p> <p>■ Risknivå 8</p>		<p>Åtgärd: Öka medvetenhet och kunskap om välfärdsbrott hos biståndshandläggare</p> <p>Uppföljning: Enhetsmötet har löpande i det dagliga arbetet, på enhetsmöten och vid kollegiemöten, diskuterat förebyggande åtgärder så som noggrann granskning av intyg i syfte att förhindra välfärdsbrott. Vidare har ett metodstöd från Skatteverket om att förhindra välfärdsbrott presenterats av verksamhetsjurist.</p> <p>Åtgärden har gett ökad medvetenhet om välfärdsbrott och samsyn vid biståndshandläggning av ärenden. Arbetet kommer att fortgå på enheten för att kontinuerligt bevaka välfärdsbrott vid biståndsbedömning.</p>
Anhörigstöd för vuxna		
	<p>Egenkontroll: Statistik över könsfördelning</p> <p>◆ Delvis godkänd.</p> <p>Uppföljning: Etappmålet var att 20% av andelen anhöriga som hade kontakt med anhörigstödet under 2022 skulle vara män. I den sammanställda statistiken framkommer att andelen män var 16,5% vilket är för ett förväntat resultat, men på gränsen till godkänt. Nationell statistik visar på att majoriteten anhöriga som utför anhörigomsorg är kvinnor.</p>	

Risk	Egenkontroll och resultat	Åtgärder och resultat
	<p>Egenkontroll: Statistik över kommundelar</p> <p> Ej godkänd</p> <p>Uppföljning: Etappmålet var/är att andelen personer som får anhörigstöd inom varje kommun del ska uppnå minst 5 % av det totala antalet.</p> <p>I resultatet framgår att fem kommundelar (Trångsund, Skogås, Flemingsberg, Vårby och Segeltorp) inte når upp till 5 %.</p> <p>Centrala Huddinge (33,1 %) och Stuvstas (11,3 %) resultat är däremot betydligt högre än 5 %.</p>	
Uppsökande verksamhet för vuxna med psykisk ohälsa		
	<p>Egenkontroll: Systematisk uppföljning av den uppsökande verksamheten</p> <p> Godkänd</p> <p>Uppföljning: Etappmålet, risk för vräkning, är väl godkänt. Resultatet visar att vräkning har kunnat motverkas i 63% av de fall där risk för vräkning har förelegat. Det goda resultatet beror bland annat på en väl fungerande samverkan med hyresvärdar i kommunen.</p>	
	<p>Egenkontroll: Brukarundersökning uppsökande verksamhet</p> <p> Delvis godkänd</p> <p>Uppföljning: Svarsfrekvensen i brukarundersökningen är delvis godkänd med ett resultat på 21%. Brukare som var nöjda med kontakten med den uppsökande verksamheten var väl godkänt med ett resultat på 100%.</p>	
Tillhandahålla annan särskilt anpassad bostad		
<p>Svårt att få lägenheter som har en viss grundanpassning. Verksamheten beslutar om LSS-insatsen "annan särskilt anpassad bostad" men är beroende av andra aktörer för att få tillgång till anpassade lägenheter</p> <p> Risknivå 12</p>		<p>Åtgärd: Säkerställa informationsflödet om behov av anpassade lägenheter</p> <p>Uppföljning: Samverkan mellan funktionshinderomsorgen och förvaltningens ekonomienhet där lokalfrågor hanteras pågår löpande. Arbetet har inte gett någon större effekt på utbudet av annan särskilt anpassad bostad. Ambitionen är dock att med ökad samverkan internt kunna lyfta ett bra underlag gällande behov av annan särskilt anpassad bostad till kommunstyrelseförvaltningen för vidare hantering. Då åtgärden ännu inte gett resultat kommer frågan hanteras fortsatt under 2023.</p>

Risk	Egenkontroll och resultat	Åtgärder och resultat
För alla processer inom funktionshinderområdets egen regi		
<p>Risk för att kvaliteten i verksamheten försämras då ekonomiska åtgärder måste vidtas för att ha en budget i balans efter den kostnadsökning/ minskning av intäkter som covid-19 pandemin har medfört</p> <p> Risknivå 1</p>		<p>Åtgärd: Riskanalys vid ekonomiska åtgärder</p> <p>Uppföljning: Verksamhetschef samt utvecklingsledare har deltagit i framtagandet av en modell och process för effektivitetsanalyser. Funktionshinderomsorgens verksamheter var inte aktuella för effektivitetsanalyser under 2022.</p>
<p>Risk för att brukare utsätts för begränsningsåtgärder</p> <p> Risknivå 8</p>		<p>Åtgärd: Öka kunskap kring skydds- och begränsningsåtgärder.</p> <p>Uppföljning: Funktionshinderomsorgen har tagit fram stödmaterial för medarbetare om skydds- och begränsningsåtgärder som bygger på ett material från Socialstyrelsen. Chefer, arbetsledare, stödpedagoger och medarbetare erbjuds även metodhandledning om skydds- och begränsningsåtgärder och konsekvenspedagogik. Majoriteten av enheterna har tagit del av stödmaterialiet och jobbar vidare med lokala rutiner och arbetssätt för att undvika begränsningsåtgärder. Även vikarier tar del av rutinen för skydds- och begränsningsåtgärder i sin introduktion. Ett särskilt fokus på skydds- och begränsningsåtgärder läggs vid lex Sarah-utredningar. Satsningen har lett till en ökad medvetenhet och kunskap om skydds- och begränsningsåtgärder hos medarbetare, chefer och stödfunktioner. Inspektionen för vård och omsorg (IVO) genomförde en tillsyn på en boendeenhet under våren 2022. Vid tillsynen riktade IVO kritik mot att nämnden inte säkerställt att rutinen för hantering av skydds- och begränsningsåtgärder implementerats till fullo. Åtgärden bedöms delvis ha gett önskad effekt, men det krävs en fördjupad implementering och i vissa fall kartläggningar, över längre tid för att kunskap och arbetssätt ska nå ut till alla medarbetare på alla enheter.</p> <p>Åtgärd: Rutin för skydds- och begränsningsåtgärder</p> <p>Uppföljning: Rutin för att förhindra skydds- och begränsningsåtgärder har implementerats i utförarverksamheterna. Syftet med rutinen är att</p>


Risk	Egenkontroll och resultat	Åtgärder och resultat
		<p>beskriva arbetssätt och regelverk kring användning av skydds- och begränsningsåtgärder i verksamheten. Målet är att ingen som bor eller vistas i verksamheten ska utsättas för ofrivillig begränsning eller frihetsberövande.</p> <p>Frågor kring enheternas följsamhet av rutinen ställs vid lex Sarah-utredningar vid indikationer om att skydds- eller begränsningsåtgärder kan komma att användas.</p> <p>Åtgärden har gett ökad kunskap om rutin och arbetssätt hos medarbetare. Ökad kunskap hos medarbetare minskar risken för att brukare som bor eller vistas i verksamheten ska utsättas för ofrivillig begränsning eller frihetsberövande. Ytterligare åtgärder kan komma att behövas i form av mer anpassat pedagogiskt material.</p>
<p>Risk för att brukare påverkas negativt vid händelse av kris</p> <p> Risknivå 6</p>		<p>Åtgärd: Öka krisberedskapen</p> <p>Uppföljning: Funktionshinderomsorgen har tagit fram och sammanställt befintliga kontinuitetsplaner. Upprättandet av nya kontinuitetsplaner sker förvaltningsövergripande.</p> <p>Enheterna har sett över behovet och påbörjat införskaffandet av kritiska varor, i enlighet med framtagna rutiner och är nu bättre rustade inför en eventuell kris. Vid de tillfällen där verksamheten har fått testa krisrutinerna vid exempelvis det snökaos som inträffade i slutet av året upplevdes rutinerna fungera väl.</p> <p>Det är dock svårt att se resultatet av arbetet på en mer övergripande nivå ännu då enheterna inte haft möjlighet att arbeta med de uppdaterade rutinerna under en längre tid. Det förvaltningsövergripande arbetet med kontinuitetsplaner har påbörjats.</p> <p>På grund av att krisförberedelser i hela landet har ett flertal kritiska varor varit restnoterade med lång leveranstid.</p>
<p>Risk för att brukarna får otillräckligt stöd vid våld i nära relation då medarbetare saknar kunskaper</p> <p> Risknivå 4</p>		<p>Åtgärd: Öka kunskapen om våld i nära relation</p> <p>Uppföljning: Majoriteten av medarbetarna har genomfört en webbkurs om våld från Nationellt centrum för kvinnofrid (NKC).</p> <p>Inom delar av utförarverksamheten har kompetensen om mäns våld mot kvinnor och våld i nära relationer ökat. En effekt av ökad kompetens är att enheterna efter utbildningen har bättre möjlighet att fånga upp brukare och kollegor i behov av stöd. För några enheter syns ännu ingen effekt.</p> <p>Åtgärden har delvis gett önskat resultat. Det behövs kontinuerligt arbete för fortsatt medvetenhet om och rutiner på enheterna, gällande våld i nära relationer för att nå ett långsiktigt gott resultat.</p>

Risk	Egenkontroll och resultat	Åtgärder och resultat
	<p>Egenkontroll: Social dokumentation</p> <p>Uppföljning: Egenkontroll av den sociala dokumentationen visar att dokumentationen är ett förbättringsområde inom hela verksamheten. Det behöver finnas en röd tråd mellan de olika delarna i den sociala dokumentationen, från beställning, genomförandeplan och till noteringar i journal samt förbättrad dokumentation kring samtycke.</p>	
<p>Risk för att brukares stöd inte ges utifrån evidens och beprövad erfarenhet</p> <p> Risknivå 6</p>		<p>Åtgärd: Implementera 9-D modellen</p> <p>Uppföljning: En majoritet av utförarenheterna har tagit del av verksamhetens utbildningsmaterial om 9D-modellen. Utbildningen har lett till att flera enheter har utvecklat sitt arbete utifrån modellen och bland annat genomfört självskattningar, sett över rutiner och arbetssätt och den fysiska miljön på enheten. Arbetet med att implementera 9D-modellen på enheterna har bidragit till en ökad tydlighet i arbetsfördelning, rutiner och de fysiska lokalerna, vilket förebygger hot- och våldssituationer. Enheterna har kommit olika långt i implementeringen och arbetet behöver pågå under längre tid för att få bästa möjliga effekt. Om arbetet resulterar i färre hot- och våldssituationer behöver följas upp på längre sikt genom arbetet med avvikelser och rapporterade missförhållanden enligt lex Sarah.</p> <p>-----</p> <p>Åtgärd: Öka användningen av stödmaterial utifrån evidensbaserade metoder</p> <p>Uppföljning:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Inköp av datorer till vissa enheter. - Riktat uppdrag till stödpedagoger på vissa enheter gällande implementering av stödmaterial. - Uppföljning av enhetschefer och utvecklingsledare i samtal med medarbetare. - Utbildning/metodhandledning till chefer <p>En ökad andel medarbetare känner nu till och använder framtaget stödmaterial om metoder.</p> <p>Åtgärden har gett önskat resultat men implementeringen av stödmaterial hos medarbetare är långsiktig och behöver följas över tid. Fler utbildningssatsningar kan bli aktuellt. Effekterna av att stödmaterial används kan ses på längre sikt genom högre kompetens hos medarbetare om vilka arbetssätt som är lämpliga utifrån evidens och bästa tillgängliga kunskap. Effekterna av implementeringen kommer bland annat följas upp i verksamhetens löpande arbete</p>

Risk	Egenkontroll och resultat	Åtgärder och resultat
		<p>med att hantera avvikelser, missförhållanden enligt lex Sarah och klagomål.</p> <p>-----</p> <p>Åtgärd: Analys av avvikelser kring evidensbaserade metoder</p> <p>Uppföljning: Ett första steg har varit att säkerställa att medarbetare har rätt kompetens och tillgång till stöd utifrån sina respektive roller, vilket verksamheten säkerställt på olika sätt. Det har bland annat handlat om:</p> <ul style="list-style-type: none"> - stödmaterial och handledning kring stöd- och begränsningsåtgärder - förtydligande av metoder som inte ska användas i verksamheten (ex konsekvenspedagogik) - utbildning i IBIC för biståndshandläggare - följa upp användandet av FREDA-kort frågor inom myndighetsutövningen för att upptäcka våld i nära relationer. <p>Arbetet med de planerade åtgärderna har påbörjats men är ett långsiktigt arbete som behöver fortgå över tid.</p> <p>Nästa steg är att se över och analysera inkomna avvikelser och rapporterade missförhållanden utifrån evidensbaserade metoder. Detta arbete har försenats då verksamheten istället behövt fokusera på att implementera den nya avvikelsemodulen i verksamheten. Analys av avvikelse kring evidensbaserade metoder är ett utvecklingsområde för verksamheten inför nästkommande år.</p> <p>-----</p> <p>Åtgärd: Extra fokus på att upptäcka användning av konsekvens-pedagogik</p> <p>Uppföljning: Frågor att ställa vid utredningar av avvikelser har tagits fram om implementerats i processen för avvikelshantering och utredningar enligt lex Sarah. Resultatet av åtgärden är en ökad kvalitet vid utredningar om missförhållanden enligt lex Sarah som handlar om hot och våld men behöver implementeras under längre tid för ett bestående resultat.</p>

Kompetensförsörjning inom funktionshinderområdets egen regi

Risk för att god vård och omsorg inte uppnås då det är svårt att attrahera medarbetare med rätt kompetens

 Risknivå 6

Åtgärd:

Ambassadörer i verksamheten

Uppföljning:

Som ett led i Funktionshinderomsorgens långsiktiga personalförsörjningsstrategi ingår att genom deltagande vid mässor och andra event förmedla en positiv bild av verksamhetsområdet för att trygga en god personalförsörjning.

Bemanningscenter har bland annat deltagit vid ett par rekryteringsmässor, Huddingedagarna samt Huddinges näringslivsdag. Flera enheter inom daglig verksamhet har deltagit i en mässa riktad till gymnasieelever.

Deltagandet på mässor har gett fler sökande vid rekryteringar.

Åtgärden är ett led i funktionshinderomsorgens långsiktiga personalförsörjningsstrategi. Genom mässdeltagande förmedlas en positiv bild av verksamheten för att förbättra möjligheterna vid nyanställningar. Det är svårt att se de långsiktiga effekterna än, men kortsiktigt har åtgärden gett flera sökande vid rekryteringar vilket gör att åtgärden bedöms gett önskat resultat.



Åtgärd:



Ta emot elever för arbetsplatsförlagt lärande (APL)

Uppföljning:



Funktionshinderomsorgen har tagit emot ett flertal APL-elever. Kravet på vaccination påverkade dock antalet APL-elever som mottogs under våren. En boendeenhet mottog APL-elev tillsammans med vårdhund, vilket var mycket uppskattat. Genom praktikmottagandet har vissa enheter fått elever som anställts som tim- och sommarvikarier under sin utbildning. Att handleda en elev ger även personlig utveckling för medarbetaren.

Att ta emot APL-elever är en del i det långsiktigt strategiska arbetet att visa att verksamhetsområdet är viktigt och roligt, för att arbeta för en fortsatt god personalförsörjning inom Huddinge kommuns funktionshinderomsorg. Enheterna är positivt inställda till att ta emot elever på praktik och erbjuder en kvalitativ och utvecklande praktikperiod.

<p>Få sökande på grund av vaccinationskrav medför att verksamheten riskerar att ej kunna möta behov tim-vikarier vid korttidsfrånvaro och sommarsemester</p> <p> Risknivå 12</p>		<p>Åtgärd: Lyfta problematiken till beslutsfattarna</p> <p>Uppföljning: Våren 2022 infördes ett vaccinationskrav för nyanställda gällande Covid-19 vilket hade negativ påverkan på bemanningscenters rekryteringsarbete inför sommaren. Vaccinationskravet har lett till att vikarier tackade nej till anställning samt att det medförde svårigheter att rekrytera. Kravet ledde även till att vissa befintliga vikarier valde att avsluta sin anställning. Dessa effekter ledde i sin tur till att enheterna fick minskat antal vikarier. Detta antas ha varit bidragande till ökade kostnader exempelvis vad gäller övertid samt en försämrad arbetsmiljö för de vaccinerade medarbetare som fanns att tillgå. På grund av landsomfattande rekryterings svårigheter inom vård och omsorg är varje förlorad vikarie svår att ersätta. Vaccinationskravet är borttaget, men dess effekter fortsatte att vara märkbara en längre bit in på året vad gäller antalet tillgängliga vikarier hos bemanningscenter. Minskad tillgång till vikarier kan ha påverkat brukarnas insatser negativt vilket har kunnat utlösas exempelvis av inkomna klagomål.</p>
<p>Risk för att inte kunna möta kompetenskrav och tillgänglighetskrav på tim-anställda vid korttidsfrånvaro och sommarsemester</p> <p> Risknivå 9</p>		<p>Åtgärd: Utveckla kravställningen vid rekrytering</p> <p>Uppföljning: Pågående samarbete mellan enheterna gällande kravställningen vid rekrytering. Efter utvärdering av sommarrekryteringen arbetade bemanningscenter fram ett nytt sätt att kvalitetssäkra rekryteringsprocessen. Nya intervjumallar togs fram, en informationsfolder implementerades som skickas till kandidaten efter första steget som ger möjlighet ha dialog under andra steg i processen och kandidatens kunskaper i basala hygienrutiner säkras. Ordningsregler/arbetsgivarens förväntningar är tydliga och klara samt systemanvändning. Även språkfärdigheter säkerställs hos kandidaten. Arbetet utvärderas vår 2023 men uppfattningen är att kvalitén på nyrekryterade är högre nu än tidigare.</p>

För alla processer inom ordinärt boende		
<p>Risk för att brukaren inte får det stöd hen behöver då god social dokumentation inte uppnås</p> <p> Risknivå 9</p>		<p>Åtgärd: Planera för social dokumentation</p> <p>Uppföljning: Samtliga enheter har inventerat behovet av social dokumentation på sina enheter. Vid egenkontrollerna i social dokumentation har ett flertal diskussionsfrågor dykt upp vilket givit underlag för åtgärder framåt. Flera enheter har upprättat eller reviderat sina årshjul vad gäller social dokumentation. Andra har gått igenom strategier för att frigöra tid så att medarbetarna både kan gå webbaserade utbildningar och utföra dokumentationen. Behovet av utbildning är olika hos olika enheter och medarbetare. Vissa behöver baskunskaper medan andra önskar fördjupning.</p> <p>Verksamheten uppmärksammat en rad bekymmer för enheterna vilket det nu finns plan för att hantera.</p> <p>Verksamheterna inom ordinärt boende har nått ett bättre resultat vad gäller social dokumentation i år än tidigare. Dock kvarstår vissa åtgärder inför 2023.</p>
Daglig verksamhet		
<p>Risk för att brukare inte görs delaktiga i verksamheten om vi inte efterfrågar vad de tycker och/eller inte ställer öppna frågor</p> <p> Risknivå 9</p>		<p>Åtgärd: Följa upp arbetet med tjänstedesign</p> <p>Uppföljning: Ett projekt på daglig verksamhet har utförts där metoden tjänstedesign² har använts. De dagliga verksamheterna arbetar för att ständigt utvecklas men ser att man inte alltid lyckas erbjuda aktiviteter som gagnar alla deltagare. Det påverkar bland annat brukare på det sättet att de inte kommer till verksamheten och istället blir hemma utan aktivitet och den stimulans som det skulle kunna ge. Detta riskerar att leda till ökad psykisk ohälsa bland brukarna. Syftet med projektet var att bidra till att ökad psykisk hälsa och färre hemmasittare.</p> <p>I projektet framkom det att brukarna var nöjda med sina nuvarande aktiviteter. De fanns ett par förslag om hur verksamheten kunde bli bättre vilket handlade om inköp av datautrustning vilket enheten har utfört. Ingen av de som intervjuats har stannat hemma under eller efter projekttiden utan går till sin dagliga verksamhet. Framöver kommer verksamheten undersöka vad brukare som inte har daglig verksamhet ännu önskar sig för aktiviteter.</p> <p>Projektet har vidare lett till en insikt i att tjänstedesign kan användas till flera olika syften inom verksamheten.</p>

² Tjänstedesign är en metod som innebär att verksamhetens utvecklingsprocesser utgår från användarens behov och innebär att lösningar tas fram tillsammans med användare och utförare.

Bostad med särskild service för vuxna	
<p>Risk brukarna inte får den stöd och service vi ska tillhandahålla med få utbildade stödassistenter</p> <p> Risknivå 6</p>	<p>Åtgärd: Säkerställa grundkompetens</p> <p>Uppföljning: Flera medarbetare har blivit erbjudna att utbilda sig till undersköterska via äldreomsorgslyftet. Ca 15 personer har tackat ja och påbörjat sin utbildning. Enheterna arbetar med kompetensplaner för att inventera och göra en planering för att öka medarbetarnas kompetens. Det är ännu för tidigt att se effekten av åtgärden.</p>
<p>Långa ledtider vid ut- och inflyttning i bostad med särskild service kan leda till att brukare inte får tillgång till beviljad bostad inom rimlig tid samtidigt som lägenheter står tomma</p> <p> Risknivå 6</p>	<p>Åtgärd: Följa flödet i processen för in- och utflytt</p> <p>Vad har genomförts? Arbete med denna åtgärd pågår och förväntas ge en överblick i flödet från att en lägenhet blir ledig till att en brukare flyttar in. Exempelvis gäller det ledtider för besiktning, renovering samt erbjudande om plats. Målet är att kunna se vilka delar som tar tid och eventuellt kan effektiviseras.</p>

Kvalitetsindikatorer

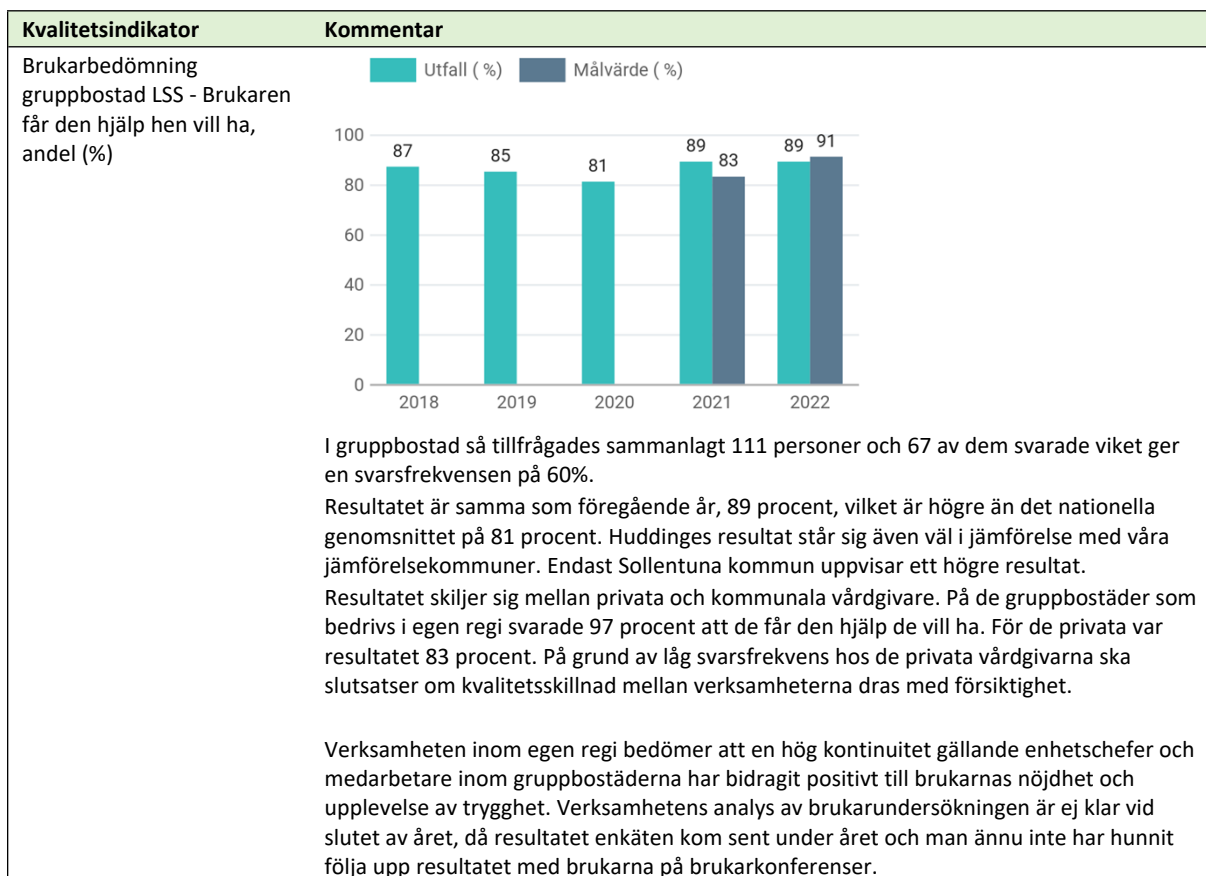
Här visas de indikatorer som verksamheten har följt för att kunna mäta resultatet av det arbete som genomförs.

Utföra boendestöd

Kvalitetsindikator	Kommentar												
Brukarbedömning boendestöd SoL - Brukaren får den hjälp hen vill ha, andel (%)	<table border="1"><caption>Utfall (%) och Målvärde (%) för brukarbedömning boendestöd SoL</caption><thead><tr><th>År</th><th>Utfall (%)</th><th>Målvärde (%)</th></tr></thead><tbody><tr><td>2018</td><td>100</td><td>-</td></tr><tr><td>2021</td><td>86</td><td>-</td></tr><tr><td>2022</td><td>85</td><td>88</td></tr></tbody></table> <p>Av 136 tillfrågade så svarade 60 brukare på enkäten vilket innebär en svarsfrekvens på 44 procent.</p> <p>Resultatet liknar tidigare år och når inte upp till det satta etappmålet. Huddinges resultat på 85 procent är sämre än både riksgenomsnittet, genomsnittet för Stockholms läns kommuner, samt samtliga jämförelsekommuner. Det resultat som redovisas för Huddinge är enbart det boendestöd som funktionshinderomsorgen utför, medan socialpsykiatrins boendestöd (som utförs av socialnämnden i Huddinge kommun), kan ingå i andra kommuners resultat. Det är svårt att dra slutsatser av Huddinges resultat i jämförelse med andra kommuner eftersom svarspopulationen skiljer sig åt.</p> <p>En orsak som verksamheten ser till det försämrade resultatet är att alla brukare inte känner sig trygga med alla boendestödjare, vilket framkommer i brukarundersökningen. En möjlig anledning till det kan vara att verksamheten har inlett ett förändringsarbete för att öka antalet boendestödjare som träffar samma brukare, från en till två. Syftet är att säkerställa kontinuitet i utförandet även vid personals sjukfrånvaro. En bidragande orsak kan även vara att en andel av ordinarie medarbetare har påbörjat studier för att uppnå den grundkompetens som enheten kräver. Detta har inneburit att vikarier har introducerats på enheten vilket initialt kan försämma brukares känsla av trygghet. Trots att dessa åtgärder till en början kan ha en negativ påverkan på brukares upplevelser bedöms den på längre sikt bidra till att öka brukares känsla av trygghet och insatsens kvalitet.</p>	År	Utfall (%)	Målvärde (%)	2018	100	-	2021	86	-	2022	85	88
År	Utfall (%)	Målvärde (%)											
2018	100	-											
2021	86	-											
2022	85	88											

Utföra bostad med särskild service för vuxna

Kvalitetsindikator	Kommentar																		
<p>Brukarbedömning boende LSS totalt - Brukaren får bestämma om saker som är viktiga hemma, andel (%)</p>	<table border="1"> <caption>Brukarbedömning boende LSS totalt - Brukaren får bestämma om saker som är viktiga hemma, andel (%)</caption> <thead> <tr> <th>År</th> <th>Utfall (%)</th> <th>Målvärde (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2018</td> <td>69</td> <td>-</td> </tr> <tr> <td>2019</td> <td>86</td> <td>-</td> </tr> <tr> <td>2020</td> <td>79</td> <td>-</td> </tr> <tr> <td>2021</td> <td>85</td> <td>81</td> </tr> <tr> <td>2022</td> <td>78</td> <td>81</td> </tr> </tbody> </table> <p>Indikatorn är ett totalresultat för svar från boende i både Gruppboendestad LSS och Serviceboendestad LSS. Huddinges negativa trendutveckling beror framförallt på svar från serviceboendestäderna. Det är få svar från serviceboendestäderna vilket beror på att alla brukare inte fick ta del av enkäter på grund av glapp vid chefsbyte i organisationen. Verksamheten arbetar för att åtgärda bristen inför nästa år.</p> <p>Verksamhetens analys av brukarundersökningen är ej klar vid slutet av året, då resultatet enkäten kom sent under året och man ännu inte har hunnit följa upp resultatet med brukarna på brukarkonferenser.</p>	År	Utfall (%)	Målvärde (%)	2018	69	-	2019	86	-	2020	79	-	2021	85	81	2022	78	81
År	Utfall (%)	Målvärde (%)																	
2018	69	-																	
2019	86	-																	
2020	79	-																	
2021	85	81																	
2022	78	81																	
<p>Brukarbedömning serviceboendestad LSS - Brukaren får den hjälp hen vill ha, andel (%)</p>	<table border="1"> <caption>Brukarbedömning serviceboendestad LSS - Brukaren får den hjälp hen vill ha, andel (%)</caption> <thead> <tr> <th>År</th> <th>Utfall (%)</th> <th>Målvärde (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2018</td> <td>73</td> <td>-</td> </tr> <tr> <td>2019</td> <td>68</td> <td>-</td> </tr> <tr> <td>2020</td> <td>76</td> <td>-</td> </tr> <tr> <td>2021</td> <td>71</td> <td>78</td> </tr> <tr> <td>2022</td> <td>66</td> <td>73</td> </tr> </tbody> </table> <p>71 boende tillfrågades och av dessa svarade 26 personer. Det ger en svarsfrekvens på 36% vilket är lågt i jämförelse med tidigare år. Förra året svarade 86% på enkäten. Med det i åtanke, ska analys av resultatet göras med försiktighet eftersom felmarginalen är stor och innebär att det är svårt att säga om någon förändring har skett sedan tidigare år. Samtidigt måste det tas i beaktande att detta är det tredje året i rad där resultatet har försämrats. Huddinge uppvisar lägst resultat bland våra jämförelsekommuner och även mot riksgenomsnittet.</p> <p>Resultatet för året behöver analyseras djupare. Verksamhetens analys av brukarundersökningen är ej klar vid slutet av året, då resultatet enkäten kom sent under året och man ännu inte har hunnit följa upp resultatet med brukarna på brukarkonferenser.</p>	År	Utfall (%)	Målvärde (%)	2018	73	-	2019	68	-	2020	76	-	2021	71	78	2022	66	73
År	Utfall (%)	Målvärde (%)																	
2018	73	-																	
2019	68	-																	
2020	76	-																	
2021	71	78																	
2022	66	73																	



Utföra daglig verksamhet

