

Kvalitetsrapport 2024

Verksamhetsområde

Omsorg SoL och LSS

Dokumenttyp	Dokumentägare	Beslutsinstans	Giltig till
Rapport	Omsorg	Kommunstyrelsen	
Upprättad av	Fastställd/uppriättad	Reviderad av	Senast reviderad
Jenny Söderström Strateg Omsorg	2025-03-11		
Dokumentet gäller för			Diarienummer
Omsorg, SoL och LSS			KS-25/00073



Innehållsförteckning

Inledning.....	3
Kvalitetsledningssystem.....	3
Kvalitetsledningsgrupp	4
Klagomålshantering	4
Inkomna klagomål 2024	4
Vidtagna åtgärder och fortsatt arbete.....	5
SoL/LSS-avvikelser och Lex Sarah.....	5
Inrapporteringen.....	6
Första kvartalet	6
Andra kvartalet.....	6
Tredje kvartalet.....	6
Fjärde kvartalet	6
Åtgärder	6
Analys av avvikelser	7
Egenkontroller.....	7
Omsorgens årshjul för systematiskt kvalitetsarbete och egenkontroller (inkl. HSL).....	8
Handläggning inom biståndsbedömning.....	8
Måluppfyllelse	9
Loggkontroller	9
Dokumentation och genomförandeplaner	9
Utvärdering av sommaren 2024.....	12
Undersökningar och jämförelser.....	13
Öppna jämförelser	13
Resultat	14
Ekonomisk uppföljning, tertialrapporter och årsbokslut.....	14
Revisioner.....	15
Kommunernas kvalitet i korthet – KKIK.....	15
Resultat	15
Analys.....	16

Inledning

Kommunens vision är *Världens bästa vardag*, och grunden i arbetet för världens bästa vardag är dialog, samverkan, medskapande och långsiktighet. Visionen är framtagen tillsammans med medborgarna. Till visionen finns sex gemensamma fokusområden att samlas kring för att nå visionen:

Människan i fokus

Hög service och gott värdskap

Attrahera, rekrytera och behålla arbetskraft

Vår miljö

En trygg bygd

En rik och attraktiv fritid

Norsjö kommun har ett antal mål kopplade till dessa fokusområden, vissa verksamhetsspecifika och vissa generella för hela organisationen. I denna kvalitetsrapport blir fokus på de mer verksamhetsspecifika målen och det är en del i arbetet med att mäta vilken kvalitet verksamheten har och att identifiera förbättringsområden.

Även lagstiftningen ställer krav på kvalitet. Av 3 kap. 3 § SoL och 6 § LSS framgår att insatser inom socialtjänsten och verksamheter enligt LSS ska vara av en god kvalitet. Det framgår också att verksamheten har en skyldighet att utveckla och säkra verksamhetens kvalitet systematiskt och fortlöpande (3 kap. 1 § SOSFS 2011:9).

Kvalitetsrapporten ger en bild av hur verksamhetsområde omsorg arbetat med det systematiska kvalitetsarbetet under 2024.

Kvalitetsledningssystem

Av Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2011:9) framgår att verksamheter som bedrivs i enlighet med socialtjänstlagen och LSS, ska ha ett ledningssystem. Ledningssystemet ska innehålla de processer och rutiner som behövs för att utveckla och säkra kvaliteten i verksamheternas samtliga delar.

Att arbeta med kvalitetsledningssystem innebär att säkra de rutiner och processer som verksamheten ska jobba efter, genomföra riskanalyser och egenkontroller samt utreda inkomna klagomål och avvikelser.

Norsjö kommun har byggt upp ledningssystemet på kommunens intranät för att det ska vara tillgängligt och känt hos alla medarbetare inom Omsorgen. Hela ledningssystemet reviderades i samband med detta under 2021. I ledningssystemet finns ansvar och roller, årshjul för systematisk uppföljning, verktygslåda med till exempel mallar för egenkontroller, riktlinjer, rutiner och manualer, länkar till stödsystem och verksamhetssystem, system för avvikelshantering, uppföljning av mål samt resultat av egenkontroller, uppföljningar samt undersökningar och jämförelser.

Kvalitetsledningsgrupp

Omsorgen har en kvalitetsledningsgrupp bestående av verksamhetschef omsorg, medicinskt ansvarig sjuksköterska, MAS (HSL), strateg Omsorg (SOL/LSS). I slutet av 2024 tillsattes en medicinskt ansvarig för rehabilitering, MAR, på 40 procent, som nu också ingår i kvalitetsledningsgruppen. Kvalitetsledningsgruppens uppdrag är att fungera som ett kontrollorgan för det systematiska kvalitetsarbetet och däribland en verksamhetsövergripande sammanställning, kontroll och uppföljning av avvikelser, klagomål och synpunkter. Kvalitetsledningsgruppen bistår MAS och verksamhetschef i bedömning av allvarlighetsgrad, det vill säga vilka avvikelser som kan bedömas som risk för missförhållande eller missförhållande enligt lex Sarah och risk för vårdskada eller vårdskada enligt Lex Maria.

Klagomålshantering

Av Socialstyrelsens handbok för Lex Sarah framgår att den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska ta emot och utreda klagomål och synpunkter på verksamhetens kvalitet från bland annat vård- och omsorgstagare och deras närstående samt från personalen (Socialstyrelsen 2014 s 16). Klagomål och synpunkter inkommer till kommunen på olika sätt, de kan inkomma skriftligt per post, mejl eller via webben, muntligt via telefon eller i samband med ett möte. De klagomål som redovisas i denna rapport är de som på ett eller annat sätt lämnats in till kommunens diaries.

	2021	2022	2023	2024
Public 360	5	3	4	1
LifeCare avvikelser	1	8	16	29

Inkomna klagomål 2024

Det inkommande klagomålet i Public 360 rör svårigheterna att få kontakt med färdtjänsthandläggare. I Public 360 finns fler klagomål som också är registrerade i LifeCare avvikelser och har därför inte räknats med en gång till.

Under 2024 registrerades 29 inkomna synpunkter och klagomål SoL och LSS i LifeCare. Då rutinerna för klagomål och avvikelser har förändrats, kommer det in fler klagomål i systemet vilket är positivt. Det finns indikationer på att antalet klagomål har ökat jämfört med året innan och detta gäller främst särskilt boende, Solbacka.

Av de inkomna klagomålen eller synpunkterna tillhör alla utom tre ärenden det särskilda boendet Solbacka. Klagomålen eller synpunkterna på Solbacka handlar bland annat om brister i omvårdnaden, hygien, kommunikation, språket, kontinuitet bland personalen, dokumentation och genomförandeplaner. Ett av de tre övriga klagomålen har kommit in

från regionen och rör handläggning. Övriga två klagomål rör en inhyrd personal respektive munvård.

Verksamheten känner till att det kommer in klagomål och avvikelser och de är hanterade, dock är de inte registrerade i något system. Verksamheten behöver bli bättre på att registrera inkomna avvikelser som kommer in muntligt, de behöver komma in i systemen för att verksamheten på ett bättre sätt ska få en mer samlad bild.

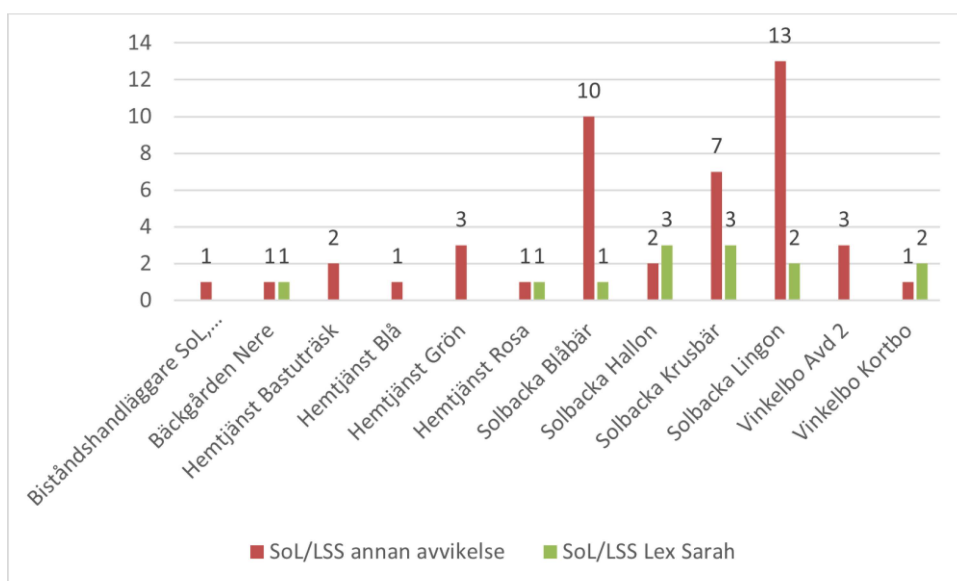
Vidtagna åtgärder och fortsatt arbete

Inkomna klagomål har utretts av enhetscheferna för de grupper det berört och där behov av åtgärder funnits har de vidtagit dem, återkoppling till den som lämnat klagomål har lämnats. Många ärenden är fortfarande under utredning, även om de kan vara åtgärdade, är de inte avslutade. Återkopplingen har i vissa fall kommit sent. Vid behov har Strateg och/eller MAS deltagit. Återkoppling sker även i träffar med anhöriga.

SoL/LSS-avvikelser och Lex Sarah

Om en verksamhet inte når upp till krav och mål i föreskrifter och beslut, föreligger en avvikelse som verksamheten måste hantera. Identifierade avvikelser ska dels åtgärdas, dels ska processer och rutiner ses över så att den som bedriver verksamheten med stöd av dem kan säkra att en inträffad avvikelse inte inträffar igen (Socialstyrelsen 2011, Handbok ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete s.25).

Avvikelsehanteringen är både ett krav utifrån Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2011:9) och en del av kvalitetsarbetet enligt Lex Sarah lagstiftningen. Avvikelsernas syfte är att upptäcka brister i ett tidigt skede innan det gått så långt att situationen kan riskera att bli eller blir ett missförhållande.



Totalt har det kommit in 58 avvikelserapporter inom SoL och LSS under 2024, fyra av dessa är felaktiga avvikelser och ska inte räknas med i statistiken.

Varav - 41 annan avvikelse
- 13 Lex Sarah enligt SoL/LSS

Totalt har 54 avvikelser lett till utredning. Två av utredningarna har pekat på allvarligt missförhållande och anmälts enligt Lex Sara till Inspektionen för vård och omsorg (IVO).

I februari inkom en avvikelse, i maj inkom tio avvikelser. I övrigt är det ungefär jämnt fördelat, tre till fem avvikelser per månad. Flera åtgärder har satts in och många gånger är avvikelsen åtgärdad innan rapportering sker. Det flesta åtgärderna är redan utförda, några rapporteras som omedelbara, några som kortsiktiga och några som långsiktiga. Avvikelserna rör bland annat hot och våld, fall, brister i vården.

Inrapporteringen

Vård- och omsorgspersonal, den som upptäcker avvikelsen, rapporterar in i avvikelshanteringssystem. Närmaste chef tar emot avvikelsen och utreder. I det fall avvikelsen är felrapporterad (till exempel en HSL-avvikelse som rapporteras som SoL/LSS) avslutas avvikelsen utan utredning. Chef meddelar rapportören som får lägga in avvikelsen rätt. År 2024 har detta arbete lett till att de flesta avvikelser är rätt rapporterade. Avvikelserna utreds inte inom 7 dagar, många åtgärder sätts in omedelbart men själva utredningen kan dra ut på tiden och där vi har långsiktiga åtgärder kan avvikelserna ligga öppna i systemet under lång tid, även om de är utredda och klara i övrigt.

Kvalitetsledningsgruppen avgör om avvikelsen bedöms ha behov av djupare granskning eller utredning enligt lex Sarah. Strateg utreder enligt Lex Sarah och verksamhetschef rapporterar till IVO.

Första kvartalet

8 avvikelser rapporterades in, 6 kom från särskilt boende, 2 från hemtjänst.

Andra kvartalet

19 avvikelser rapporterades in varav 15 från särskilt boende, 3 från korttidsboende, 1 från biståndshandläggare SoL över 65 år.

Tredje kvartalet

12 avvikelser rapporterades in varav samtliga är från särskilt boende. Alla utom en avvikelse gäller Solbacka, den andra gäller Vinkelbo avd 2.

Fjärde kvartalet

15 avvikelser rapporterades in varav 10 från särskilt boende och 5 från hemtjänst.

Åtgärder

Åtgärderna planeras in i samband med utredning i verksamhetssystemet. Datum för uppföljning av åtgärderna planeras in samtidigt.

Bland de åtgärder som satts in under 2024 finns följande:

- Kompetenshöjande insatser för personal, som handledning, utbildning, information till arbetsgrupper eller enskilda medarbetare.
- Konkreta och enkla åtgärder som att upprätta rutiner, informera personal och säkerställa att inloggning och tillgång till system fungerar.
- Åtgärder på lång sikt som att upprätta och revidera rutiner, plan för egenkontroller, frigöra tid för chefer, plan för delegeringsbar personal.
- Hälsosamtal med brukare på särskilt boende.
- Samordnare på särskilt boende.
- Uppstart av demensteam.
- Läkemedelsautomater inom hemtjänsten.
- Språksamordnare på 25 procent.
- Medicinskt ansvarig för rehabilitering, MAR, 40 procent.
- Kvalitetssäkringssamordnare permanenteras på 100 procent.

Direkta åtgärder i direkt anslutning till händelsen räknas inte in i dessa åtgärder.

Många avvikelser åtgärdas av verksamheterna själva, även om det inte angetts på inlämnade rapporter. Det viktigaste arbetet med avvikelser är det som sker på plats i verksamheten, samt att enhetscheferna följer upp dem och lyfter dem till diskussion på arbetsplatsträffar.

Statistiken visar att verksamheterna har blivit bättre på att rapportera in avvikelser.

Analys av avvikelser

Avvikelser hanteras enligt *Riktlinjer för avvikelser* KS-20/01626. Kvalitetsledningsgruppen ansvarar för att göra en verksamhetsövergripande sammanställning av avvikelser. Dessa presenteras i denna kvalitetsrapport. Delårsrapport av avvikelser rapporterades in 2024 (där räknades även klagomål och synpunkter in).

Kvalitetsledningsgruppen har uppmärksammat att det finns behov av att sätta in stödinsatser till chefer för att arbetet med avvikelshanteringen ska bli mer effektivt. Medicinskt ansvarig sjuksköterska har regelbundet avsatt tid för att stötta cheferna i deras arbete med avvikelser, genomgång av avvikelshantering i storgrupp med alla chefer har skett och vikten av att ta emot och utreda avvikelser så snart som möjligt har påtalats.

Egenkontroller

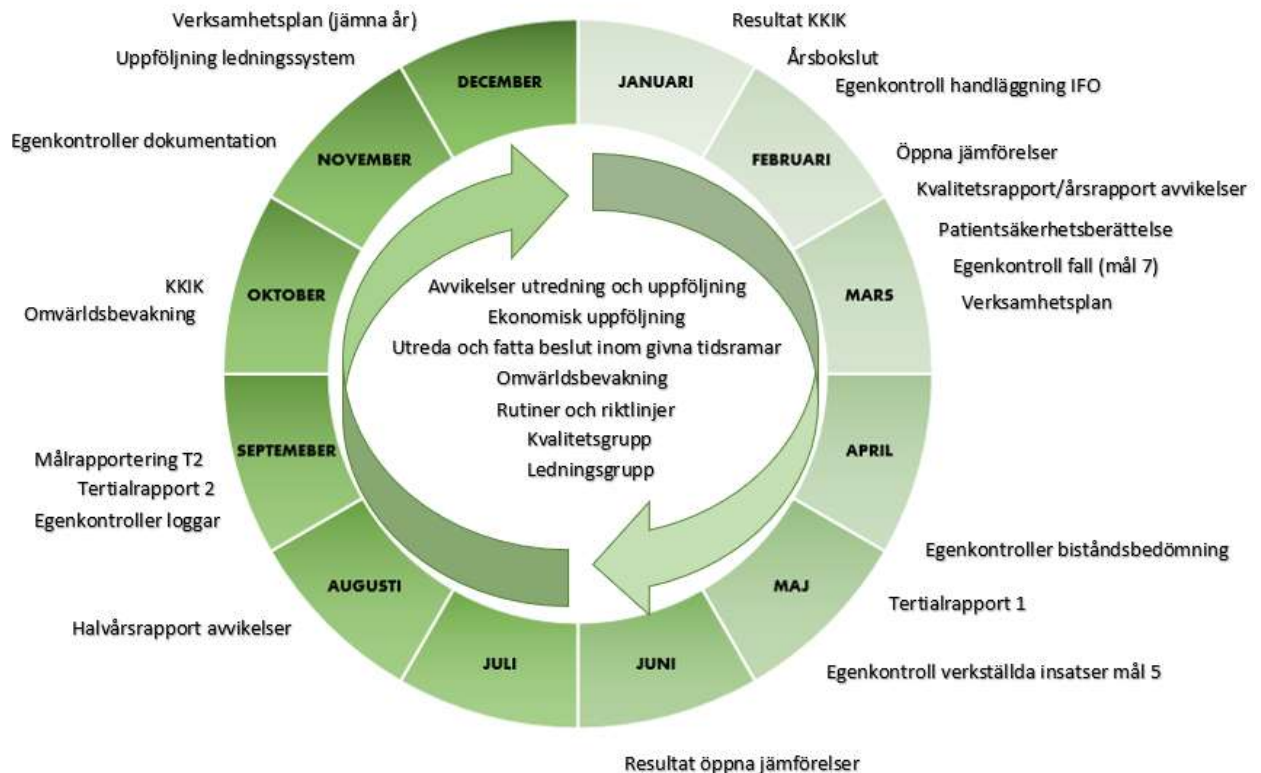
Den som bedriver verksamhet enligt socialtjänstlagen eller LSS ska utöva egenkontroll. Syfte med egenkontrollen är att säkerställa att verksamheten som bedrivs är av god kvalitet.

Egenkontrollen kan se ut på många olika sätt. Det kan exempelvis röra sig om:

- Jämförelse av resultat dels med andra verksamheter, dels med verksamhetens resultat från tidigare år.

- Granskning av journaler, akter, genomförandeplaner och annan dokumentation.
- Inhämtande av synpunkter från intressenter eller exempelvis revisorer.
- Analys av inkomna avvikelser på enhetsnivå och verksamhetsnivå.

Omsorgens årshjul för systematiskt kvalitetsarbete och egenkontroller (inkl. HSL)



Nedan redovisas de egenkontroller som är genomförda inom omsorgens verksamhet för SoL och LSS under 2024.

Handläggning inom biståndsbedömning

I augusti genomfördes senast aktgranskning av biståndshandläggning. 10 slumpvis utvalda akter granskades med frågeställningarna:

1. Har beslutet en tydlig målsättning?
2. Tydliggör målen den enskildes vilja och syftet med beviljade insatser?
3. Framgår det om brukaren haft möjlighet att vara delaktig i fastställda mål?
4. Finns koppling till IBIC
5. Biståndshandläggaren ska enligt gällande rutin följa upp fattade beslut inom hemtjänst 5–7 veckor efter beslutsdatum, därefter årligen. Övriga SoL beslut ska följas upp var sjätte månad.
Är beslut uppföljda enligt angiven tidsram?

Inga anmärkningar fanns på någon av de granskade akterna.

Måluppfyllelse

Inför 2024 har verksamheten beslutat om verksamhetsmål kopplat till mandatmålen. Från Kommunfullmäktige har man beslutat att vi ska förbättra helhetssyn på brukarenkäter inom särskilt boende och hemtjänst. Inom särskilt boende var det ett lågt antal svarande. Helhetssyn landade på 67 % och är ytterligare försämring jämfört med 2023 då helhetssynen låg på 74 %. Målet är 82 %. I hemtjänsten låg verksamheten bland de 25 % bästa i riket och helhetssyn ligger kvar på 93 %, precis som förra året med målet 95 %.

Loggkontroller

Loggkontroller har genomförts inom verksamhetsområde omsorg under maj-oktober 2024 enligt riktlinjer för loggkontroller KS-22/00022.

I den systematiska loggkontrollen kontrolleras brukarrelation kopplat till uppdrag, tidpunkt (inom schemalagd arbetstid), samt namn och släktskap (åtkomst som indikerar släktskap) samt brukare av lokalt eller medialt intresse. Loggkontrollerna ska ske två gånger per år och omfatta 10 % av medarbetarna vid varje tillfälle. Urvalet sker slumpmässigt.

Loggkontrollerna har skett en gång under 2024. Loggkontroller har genomförts på alla särskilda boenden, Medicinska enheten och Funktionshinderomsorgens gruppboenden/servicebostäder. Samtliga loggkontroller genomfördes utan anmärkningar. Hemtjänsten, Daglig verksamhet och Personlig assistans har inte genomfört loggkontroller. Hemtjänsten saknade chef fram till maj, vilket förklarar varför loggkontroller ej genomförts där.

De kontroller som gjorts på Individ och familjeomsorgen regelbundet under året är att man granskat och kontrollerat utredningstider på Barn och unga, BoU, och vuxen samt att man håller tider för förhandsbedömningar. Det har också kontrollerats att det finns vårdplaner och genomförandeplaner samt uppdragsbeskrivningar i BoU ärenden och beviljade insatser. Akter har kontrollerats så alla handläggare avslutar ärenden så alla journalanteckningar och dokument är låsta och handläggare har påmint om åtgärder när det inte har gjorts.

Dokumentation och genomförandeplaner

Vissa faktorer har enligt förarbetena till bestämmelserna i 3 kap. 3 § SoL stor betydelse för att verksamheten ska sägas ha en god kvalitet. Socialtjänstens insatser ska bland annat ges i enlighet med de mål och övriga bestämmelser som lagen anger, på ett sådant sätt att den enskildes behov av stöd och hjälp tillgodoses och syftet med insatsen eller verksamheten uppnås. För att uppnå god kvalitet i socialtjänsten krävs också rättssäkerhet, den enskildes medinflytande och en lättillgänglig vård och service. Dokumentationen är här ett viktigt redskap i det systematiska kvalitetsarbetet, för att säkerställa att individen får det stöd hen har behov av och rätt till.

Egenkontroller av social dokumentation och genomförandeplaner genomfördes under 2024.

Frågeställningar journalgranskning:

1. Står anteckningarna i kronologisk ordning och är de daterade och signerade med namn och tjänstetitel?
2. Har man dokumenterat när insatsen startade?
3. Har man dokumenterat när genomförandeplanen upprättats?
4. Har man dokumenterat när genomförandeplanen följts upp?
5. Har man registrerat kontaktperson för brukaren?
6. Har man dokumenterat händelser av betydelse, det vill säga beslut och åtgärder som har betydelser för insatsernas utförande?
7. Har man dokumenterat på vilket sätt den enskilde har utövat inflytande över praktiska genomförandet av insatsen?
8. Har man dokumenterat om det inträffat omständigheter som medfört att insatsen inte har kunnat genomföras som planerat?
9. Har man dokumenterat vad som har uppnåtts i förhållande till de uppsatta målen för insatsen?
10. Har man dokumenterat om den enskildes behov har förändrats?
11. Har man dokumenterat om den enskilde berörs av ett klagomål, en rapport om en avvikelse eller ett missförhållande
12. Innehåller dokumentationen enbart fakta, eller inryms "tyckande" och åsikter som inte stöds av fakta
13. Används formellt eller vardagligt språk?

Social dokumentation har granskats i samtliga verksamheter utom personlig assistans och daglig verksamhet. Överlag skrivs journalerna det datum som de avser. På en del individer har personal skrivit när insatsen startat men på många har man inte gjort det. Några har skrivit när genomförandeplan upprättats men många saknar den dokumentationen. Samma sak gäller uppföljning av genomförandeplan. De flesta individerna har registrerat kontaktman/fast omsorgskontakt men inte alla. Händelser av betydelse har dokumenterats. Det är få som dokumenterat på vilket sätt den enskilde har utövat inflytande över praktiska genomförandet av insatsen. Personalen har överlag dokumenterat om insatsen inte kunnat genomföras som planerat. Det är inte så väl dokumenterat vad som uppnåtts i förhållande till de uppsatta målen för insatsen. Där det varit aktuellt har man dokumenterat om en enskildes behov förändrats. Svårtolkat att svara på om det dokumenterats på den enskilde om denne berörs av ett klagomål eller avvikelse, då det kanske är få av de som granskats som det gjorts avvikelse på. Överlag grundar sig dokumentationen på fakta. På vissa individer finns få journalanteckningar.

Frågeställningar granskning av genomförandeplan:

1. Framgår det vem uppdraget gäller?
2. Framgår datum för planens upprättande och för uppföljning av planen?
3. Framgår vem som har upprättat planen?
4. Framgår vilka som deltagit i upprättandet av planen?
5. Framgår vilka hänsyn/ önskemål från individen som har tagits med i planen?
6. Framgår vilka insatser som individen behöver stöd med?
7. Framgår hur stödet ska ges?
8. Framgår det om insatsen är ett stöd eller avlösning för en anhörig som vårdar eller stödjer närstående?
9. Framgår det om/hur arbetssättet styrker individens egna resurser och delaktighet?
10. Framgår ev. samverkan med andra utförare eller andra huvudmän?
11. Framgår relevanta livsområden?
12. Framgår relevanta mål?
13. Framgår hur målen ska uppnås?
14. Finns fritext kopplade till målen?
15. Framgår det om eventuella hjälpmedel bidrar till att nå målen?
16. När har genomförandeplanen senast följts upp?
17. Framgår det i uppföljningen av genomförandeplanen vilka mål som har uppnåtts?
18. Om genomförandeplanen inte har följts upp, vad är orsaken till detta?

Genomförandeplaner har granskats i samtliga verksamheter utom personlig assistans och daglig verksamhet. Totalt har 129 genomförandeplaner granskats vilket är en högre andel än de 10 procent som ska granskas enligt egenkontrollplan vilket beror på att man inom hemtjänst, LSS gruppboenden och Snäckan valt att granska samtliga genomförandeplaner.

Genomförandeplaner upprättas inte alltid inom sju dagar vilket verksamheten har som mål enligt verksamhetsplan för 2024. Omsorgens ledningsgrupp har under 2024 valt att ändra målsättningen till att genomförandeplaner ska upprättas inom 14 dagar då det kan vara svårt att upprätta en bra genomförandeplan redan inom sju dagar. Lagen anger ingen särskild tid för när en genomförandeplan ska upprättas, endast hur insatser ska utföras bör dokumenteras i en genomförandeplan. På kortbo ska genomförandeplan upprättas inom tre dagar enligt verksamhetens målsättning.

Uppföljning av genomförandeplaner inom sex månader är i många fall inte aktuellt på grund av att det exempelvis inte gått sex månader vid granskningstillfället, uppföljning är inplanerad eller så finns andra skäl som gör att det inte är aktuellt. Överlag bra resultat, ibland har man lagt in att man ska följa upp genomförandeplanen inom ett år, inte inom sex månader. En del personal har skapat en helt ny genomförandeplan då de följt upp den tidigare genomförandeplanen.

Det framgår vilka som deltagit vid upprättande av genomförandeplanen. Individerna har överlag varit delaktiga och inom LSS syns det extra tydligt att genomförandeplanerna är individanpassade och att brukarnas önskemål framgår. I något fall ej aktuellt och det står på

ett ställe att det beror på diagnos. Det framgår överlag tydligt vad individen behöver stöd med och hur stödet ska ges samt individens egna resurser och delaktighet och inom vilka relevanta livsområden stöd behövs, samt relevanta mål och hur dessa ska uppnås. I de fall det är relevant har hjälpmedel beskrivits i genomförandeplanen. Samverkan med andra huvudmän framgår i vissa genomförandeplaner, inte alla.

Utvärdering av sommaren 2024

Efter varje sommar genomförs en utvärdering av hur sommaren har gått utifrån att ordinarie personal har semester och verksamheten delvis bemannas med sommarvikarier. Utvärderingen skickas till såväl ordinarie personal som vikarier. Utvärderingen är anonym men kopplas till respektive arbetsplats. Nedan presenteras frågeställningar och en kort analys av resultatet. Läs *Sommarenkät 2024* för resultaten i sin helhet. Utvärderingen är ett viktigt redskap i arbetet inför planeringen av kommande sommar och en viktig grund för att bibehålla en god kvalitet inom omvårdnaden även under denna period.

Fanns sommarschemat på plats i god tid?

För ordinarie personal är det ungefär hälften av medarbetarna som inte tycker att schemat kommit i tillräckligt god tid. För vikarier tycker de flesta att schemat har kommit i god tid.

Vikarier – hur var inskolningen som helhet, samt hur upplevdes pre-boardingen?

De flesta tycker att de fått bra inskolning och att pre-boardingen var bra. Ett önskemål är att få fler inskolningsdagar med färre timmar åt gången. Ett annat önskemål är att få bättre inskolning och få veta mer vad som förväntas av en som vikarie.

Ordinarie – hur fungerade introduktionen och inskolningen av vikarier på arbetsplatsen?

Sammanfattningsvis efterlyser man mer tid till inskolning och att den påbörjas tidigare.

Vikarier - Tycker du att du fick med dig tillräckliga kunskaper från introduktion och inskolning för att klara ditt uppdrag i sommar?

De flesta tycker att de fått tillräckliga kunskaper.

Ordinarie – I hur stor utsträckning hade vikarierna tillräckliga färdigheter att klara uppdraget? Vilka färdigheter tycker du är viktiga?

De flesta tycker att de inte har tillräckliga kunskaper. Viktiga färdigheter är främst svenska språket, bemötande, medicindelegering, dokumentation, intresse för omvårdnadsarbetet och att våga fråga.

Vikarier – Var det någon skillnad på de två semesterperioderna? Om det var någon skillnad - vad var skillnaden?

En del tyckte att första perioden var bättre men överlag var det inte någon större skillnad. En kommentar visar på att det var mest intensivt i början av sommaren, det var bättre stämning i början, även om det var lättare med brukarna på slutet. Fler ordinarie var borta sista perioden som också kan ha påverkat.

Ordinarie – Fanns det tillräckligt med personal med medicindelegering?

Nej.

Hur var sommaren 2024 som helhet?

Ordinarie personal var mer nöjda med sommaren 2024 jämfört med sommaren 2023. En del av ordinarie personal ansåg att schemat var dåligt, många turer var vakanta, problematiskt med delegering och ordinarie personal var tvungna att jobba, önskar få ha samma vikarier hela sommaren på enheten. Vikarierna upplevde i stort att det var en bra sommar. Vikarierna uttryckte att det skulle ha funnits mer personal med delegering, schemaplaneringen hade kunnat vara bättre, att det är dålig lön.

Undersökningar och jämförelser

Öppna jämförelser

Öppna jämförelser gör det möjligt att jämföra hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens kvalitet i hela Sverige med hjälp av indikatorer. Resultaten av jämförelserna ger insyn och kan användas för att följa upp, analysera och utveckla hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens verksamheter på olika nivåer. Verksamhetsområde omsorg deltar i Öppna jämförelser årligen och lämnar in underlag för statistiken i alla delar där det är möjligt. I vissa fall är det inte möjligt att rapportera in statistik. Det är när det finns ett för litet underlag vilket kan innebära att det blir för utpekande för någon enskild individ.

Öppna jämförelser syftar till att:

- skapa öppenhet och ge förbättrad insyn i offentligt finansierad hälso- och sjukvård och socialtjänst
- ge underlag för uppföljning, analys, förbättring och lärande i verksamheterna
- initiera lokala, regionala och nationella analyser och diskussioner om verksamheternas kvalitet
- ge underlag för styrning och ledning.

Norsjö kommun deltar i alla enkäter inom öppna jämförelser:

- ekonomiskt bistånd
- missbruks- och beroendevård
- motverka hemlöshet
- social barn- och ungdomsvård
- socialtjänstens krisberedskap

- stöd till personer med funktionsnedsättning – LSS
- stöd till personer med psykisk funktionsnedsättning – socialpsykiatri
- våld i nära relationer
- äldreomsorg
- kommunal hälso- och sjukvård

Omsorgen deltar även i brukarundersökningar för ordinärt boende och för särskilt boende. 2024 genomfördes brukarundersökning för ordinärt och särskilt boende.

Verksamheten tar del av resultaten från öppna jämförelser och identifierar förbättringsåtgärder. Resultaten från öppna jämförelser finns på www.kolada.se

Resultat

Brukarbedömning ordinärt boende, helhetssyn 93 % vilket är samma resultat som 2023. Överlag bra siffror för hemtjänsten, helhetssynen på hemtjänsten i Norsjö är bättre än riket. Dock mår många dåligt, känner sig ensamma och upplever ängslan och oro, vilket är ett område hemtjänsten bör fundera kring hur detta kan jobbas vidare med. Bemötandet är överlag bra, vilket är positivt, trots att förtroendet samtidigt upplevs som mindre bra och att hemtjänsten bör försöka bli bättre på att meddela förändringar till brukarna. Positivt att brukarna får tag på hemtjänsten vid behov. Språkutveckling är också ett område som behöver jobbas vidare med. Fast omsorgskontakt är ett utvecklingsområde som hemtjänsten jobbar på redan idag.

På särskilt boende har helhetssynen försämrats sedan 2023. Det är ganska få som har svarat på brukarundersökningen vilket gör att det är svårt att säga om resultatet är statistiskt signifikant. Mest positivt upplevs möjligheten att få kontakt med personal på boendet. Hälsotillståndet har försämrats något. Förbättring vad gäller ängslan, oro, ångest. Upplevelsen av att känna sig ensam har ökat jämfört med riket. Upplevelsen är att det inte är trivsamt i rum, gemensamhetsutrymmen och utemiljön, så även upplevelsen av maten.

Vad gäller ekonomiskt bistånd, inga större förändringar jämfört med föregående år, inget anmärkningsvärt.

Våld i nära relationer, det finns inget anmärkningsvärt i det som rapporterats in.

Vad gäller funktionshinderområdet har verksamheten få ärenden vilket gör det svårt att rapportera då det kan bli utpekande.

Ekonomisk uppföljning, tertialrapporter och årsbokslut

Ekonomisk uppföljning sker varje månad och vid behov sätts åtgärder in. Detta rapporteras till utbildnings- och omsorgsutskottet och vidare till kommunstyrelsen, tillika nämnden som följer upp åtgärderna. Verksamheten lämnar in tertialrapporter på för tertial ett och två, samt verksamhetsrapport för hela året vid årsbokslut.

Revisioner

I syfte att följa upp efterlevnaden av kraven som följer med kvalitetsmärket Svensk E-legitimation har Inera 2024 genomfört revision av Norsjö kommun som är direktanslutna till Identifieringstjänst SITHS. Revisionsprocessen täcker de områden som finns upptagna i SITHS Tillitsramverk och har godkänts av myndigheten för digital förvaltning (DIGG) SITHS Policy Authority (SITHS PA). Styrkor:

- SITHS-organisation med hög redundans och gott inbördes samarbete
- Hög medvetenhet om vikten av ett systematiskt säkerhetsarbete
- Riktlinje för informationssäkerhet uppdelat i tre delar: Medarbetare, ledning och tekniker
- Tydligt och tillgängligt intranät

Mindre avvikelser som att se över delar i riskhantering och informationssäkerhet och tydliggöra rutin vad gäller frekvens för när riskanalys ska genomföras, samt att rutin för utbildning för ID-administratörer skulle tydliggöras och rutin för utgivning av kort och certifikat skulle anpassas för vårt lokala verksamhetsområde upptäcktes och dessa har nu åtgärdats.

Kommunernas kvalitet i korthet – KKIK

Norsjö kommun och verksamhetsområde Omsorg deltar i KKIK - Kommunens Kvalitet i Korthet. Det innebär att kommunen redovisar och jämför resultat inom områden som är av stort intresse för invånarna. Det är i huvudsak den politiska ledningens underlag och verktyg för att styra och bidra till en demokratisk dialog med medborgarna. Resultaten har ambitionen att i ett övergripande perspektiv beskriva kommunens kvalitet och effektivitet i jämförelse med andra kommuner.

Resultat

- Ej återaktualiserade inom försörjningsstöd inom ett år – de få individer som har försörjningsstöd står långt ifrån arbetsmarknaden och därmed blir de i högre grad återaktualiserade. Generellt har få individer försörjningsstöd. Det är 40 procent som inte återaktualiseras.
- Väntetid i antal dagar från ansökan vid nybesök till beslut inom försörjningsstöd, är fyra arbetsdagar.
- Väntetid i antal dagar från ansökningsdatum till första erbjudet inflyttningsdatum till särskilt boende, är 154 dagar, vilket beror på ovanligt högt tryck på ansökningar till särskilt boende.
- Personalkontinuitet, antal personal som en hemtjänsttagare möter under 14 dagar, medelvärdet 19 olika personer per 14 dagarsperiod, vilket är för mycket.

Analys

Det finns förbättringsområden inom omsorgens verksamhet. De klagomål som inkommer hanteras men verksamheten behöver bli bättre på att samla klagomål och synpunkter så att det går att jobba mer systematiskt med dessa. När det gäller avvikelser har verksamheten en god inrapportering och ser en förbättring att man rapporterar in på rätt sätt. Det är för långa ledtider i hanteringen av avvikelser. Två Lex Sarah har lett till utredning hos IVO.

Bland de stora åtgärderna är det kompetenshöjande insatser hos personalen den största och där verksamheten lägger ner stort arbete.

Verksamheterna har genomfört en del egenkontroller, granskat genomförandeplaner och social dokumentation. Ingen av dessa egenkontroller har visat på brister.

Utvärdering av sommaren har gjorts och det finns många åtgärder som behöver hanteras, som exempelvis introduktionen, andelen delegeringsbar personal, schema, vilket verksamheten jobbar med.

Vad gäller öppna jämförelser för särskilt boende och ordinärt boende, har verksamheten försämrats inom vissa områden och förbättrats inom vissa områden. KKiK resultat visar på långa väntetider på särskilt boende, vilket kan bero på en effekt av pandemin då många avvaktat med att söka stöd. Personalkontinuiteten är låg inom hemtjänst och den har blivit lägre även på särskilt boende vilket beror på att verksamheterna arbetar aktivt med personalplanering och nyttjande av resurstid. En konsekvens är att personalkontinuiteten blir lägre då personal jobbar på fler avdelningar och enheter.

Revisionen från Inera på SITHS visade på goda resultat.

Sammanfattningsvis jobbar verksamheten med egenkontroller och uppföljning men det är viktigt att bli bättre på att följa upp resultaten. Det som är positivt är att där verksamheten gör uppföljningar, ses förbättringar.