

Dnr: On 2025/179

Mikaela Olsson
Kvalitetsansvarig individ- och familjeomsorg

Christina Persson
Verksamhetscontroller vård och omsorg

Omsorgsavdelningens kvalitetsberättelse 2024

Omsorgsnämnden

1. Bakgrund.....	3
2. Kvalitetsledningssystem	3
2.1 Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.....	3
2.2 Processer och rutiner.....	3
3. Systematiskt kvalitetsarbete.....	4
3.1 Egenkontroll.....	4
3.1.1 IFO	4
3.1.2 Vård och omsorg.....	6
3.1.3 Målgruppsundersökning	8
3.2 Hantering av avvikelser	10
3.2.1 IFO	10
3.2.2 Vård och omsorg.....	12
3.3 Uppföljning och kontroll av kommunala och privata utförare.....	13
3.3.1 IFO	13
3.3.2 Vård och omsorg.....	14
3.4 Förbättrings- och utvecklingsarbete	15
3.4.1 IFO	15
3.4.2 Vård och omsorg.....	16
3.5 Ledningens genomgång och sammanfattande bedömning, vård och omsorg.....	21

1. Bakgrund

Den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt lag om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) bör varje år upprätta en sammanhållen kvalitetsberättelse enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS) om ledningssystem för kvalitetsarbete 2011:9, 7 kap. 1 §. Innehållet i kvalitetsberättelsen ska ge svar på hur det systematiska kvalitetsarbetet under året fortlöpt, vilka åtgärder som vidtagits samt vilka resultat som uppnåtts.

Syftet med omsorgsavdelningens kvalitetsberättelse är att synliggöra arbetet med kvalitetsutveckling inom omsorgsavdelningens verksamheter kopplade till socialtjänstlagen (SoL) och lag om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS). Kvalitetsarbetet utgår från bestämmelserna i SOSFS 2011:9.

Definitionen av kvalitet är att verksamheterna uppfyller de krav och mål som gäller för respektive verksamhet enligt lagar och föreskrifter. Utöver detta omfattar kvalitetsbegreppet även att verksamheterna följer och verkställer de politiska målsättningar och inriktningar som beslutats för omsorgsnämndens olika verksamheter.

2. Kvalitetsledningssystem

2.1 Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

Enligt Socialstyrelsens ovan nämnda föreskrift 2011:9 om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete ska den nämnd som bedriver socialtjänst ha ett ledningssystem som överensstämmer med föreskrifter och allmänna råd inom området. Genom ledningssystemet ska nämnden systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet.

Under 2021 gjordes en revidering av omsorgsnämndens kvalitetsledningssystem, dels för att nå högre överensstämmelse med Socialstyrelsens föreskrift, dels för att göra kvalitetsledningssystemet mer pedagogiskt och verksamhetsanknutet och därmed uppnå större förståelse hos alla medarbetare, för kvalitetsledningssystemets grundläggande syfte och beståndsdelar.

2.2 Processer och rutiner

Kvalitetsledningssystemet utgår ifrån processer och rutiner utifrån vilka man systematiskt och fortlöpande utvecklar och säkrar verksamhetens kvalitet. Den som bedriver verksamheten ska med stöd av ledningssystemet planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten. För att säkerställa att ledningssystemet är ändamålsenligt uppbyggt krävs ett fortlöpande systematiskt kvalitetsarbete.

Verksamheterna har arbetat löpande under året med att uppdatera sina processer och rutiner. Processerna dokumenteras i systemverktyget QPR (Quality PRocess designer). Inom vård och omsorg pågår arbete med att bygga en robust och hållbar digital struktur för såväl processer som rutiner, för att säkerställa hög tillgänglighet för alla medarbetare. Detta arbete fortsätter under 2025 och planeras vara slutfört under 2026.

3. Systematiskt kvalitetsarbete

Systematiskt kvalitetsarbete utgår ifrån processer och rutiner och sker genom ett ständigt förbättringsarbete med riskanalyser, egenkontroller och hantering av avvikelser i verksamheterna. Alla medarbetare ska involveras i det systematiska förbättringsarbetet.

3.1 Egenkontroll

Egenkontroller är en viktig del av det systematiska kvalitetsarbetet. Egenkontroll beskrivs i SOSFS 2011:9 som en systematisk uppföljning och utvärdering av den egna verksamheten samt kontroll av att den har bedrivits eller pågående bedrivs enligt de processer och rutiner som ingår i verksamhetens ledningssystem.

Egenkontroll kan t.ex. innebära jämförelser av verksamhetens resultat med uppgifter i nationella kvalitetsregister, jämförelser av verksamhetens nuvarande resultat med tidigare resultat, målgruppsundersökningar, granskning av journaler, akter och annan dokumentation, inhämtande av synpunkter från revisorer och andra intressenter etc.

Verksamheten arbetar löpande med egenkontroll utifrån de risker som identifierats i verksamhetens riskanalyser.

3.1.1 IFO

Barn och familj myndighet

Barn och familj myndighet har genomfört flertalet egenkontroller under 2024, bland annat gällande att handläggningstider på utredningar och förhandsbedömningar hålls, att ersättningsskyldigheten för placerade barn beaktas och att rutiner och gällande lag är välkända i arbetsgruppen. Egenkontrollerna har påvisat att utredningar ibland går över den lagstadgade handläggningstiden på fyra månader och att förhandsbedömningar överskrider lagstadgad tid om två veckors handläggningstid. Avvikelser upprättas vid varje tillfälle och utreds av verksamhetschef. Anledningen till att dessa handläggningstider inte hålls tros ha varit en högre arbetsbelastning jämfört med tidigare och att konsekvenserna från IT-attacken i början på året försvårat arbetet såväl som påverkat arbetsmiljön och den upplevda ärendemängden för varje enskild socialsekreterare.

Inför 2024 utökades mottaget med en person och tidigare vakant tjänst tillsattes, vilket var tänkt att skapa stabilitet i just mottagningsgruppen och möjliggöra en arbetsgrupp som kan ha utrymme att arbeta enligt rådande rutiner, även vid viss personalförändring vilket visade sig vara en viktig förstärkning under 2024. I dagsläget pågår rekrytering till arbetsgruppen för att lättare kunna tillgodose de behov som synliggjorts under 2024 och inte minst för att kunna skapa en flexibel arbetsgrupp och robust mottagningsgrupp i enlighet med nya socialtjänstlagen som träder i kraft 1 juli 2025. Samtliga avvikelser som upptäckts vid egenkontroller har meddelats verksamhetschef för att kunna arbeta vidare med i arbetsgrupperna.

Barn och familj utförare

Två olika egenkontroller har gjorts under 2024 i verksamheten Barn och familj utförare, dels gällande vikten av synliggörande av barnens åsikter i arbetet med genomförandeplanen och dels att ungdomar utanför den tilltänkta målgruppen riskerar att skrivas in på kommunens stödboende. Avseende barns åsikter har det utformats

mallar för dokumentationen i verksamhetens journalsystem Journal Digital och vid stickprovskontroller vid egenkontrollernas genomförande påvisas att målen för åtgärden uppnåtts enligt förväntat resultat. Gällande arbetet med stödboendet och risken att ungdomar med andra behandlingsbehov än stödboendet kan tillgodose placeras här, har man under 2024 kontrollerat följsamheten mot den nya rutin för inskrivning på stödboendet som upprättades 2023. I genomförda egenkontroller har man uppmärksammat att rutinen följs och det har under året även kunnat konstaterats att stödboendets föreståndare avvisat två (2) förfrågningar avseende placering då det vid bedömning påvisats att den unges inte uppfyllde kriterierna för placering vid stödboendet. Det pågår ett löpande samverkansarbete med Barn och familj Myndighet i detta avseende och föreståndare erhåller handledning tillsammans med förste socialsekreterare en gång i månaden för att säkerställa att ungdomarnas stödbehov stämmer överens med den insats som stödboendet är tänkt att vara enligt rådande lagstiftning och nationella föreskrifter.

Arbete och etablering myndighet

Arbete och etablering myndighet genomförde flera egenkontroller under 2024. Dessa rörde dokumentation av genomförd arbetsmarknadsbedömning i ärenden med ekonomiskt bistånd, kontroll av beslutsunderlag avseende behov av missbruksvård vilka bedömts löpa risk för att vara otillräckliga, att beslut gällande ekonomiskt bistånd inte fattas inom 10 dagar från nybesök enligt rutin, samt att risken för välfärdsbrott inte kontrolleras tillräckligt i samband med utbetalning av försörjningsstöd. Samtliga mål med ovan nämnda egenkontroller har under kvartalsvisa kontroller under 2024 bedömts som uppnådda, bortsett från årets sista egenkontroll avseende beslut om försörjningsstöd inom 10 dagar från inskrivning. Vid denna kontroll uppmärksammades att antal dagar mellan inskrivning och beslut under kvartal 4 visade 23 dagar. Tidssnittet bedöms av verksamhetschef som förhöjt utifrån otydliga rutiner för hur ärenden dokumenteras och att detta därmed kan skapa en differens i hur dessa dagar mäts. I praktiken innebär det att man som socialsekreterare använder sig av olika sorters systemtekniska alternativ vilka i sig mäts på olika vis i uttagen statistik. Byte av mottagsekreterare samt vakant tjänst under en månads tid med olika vikarier har lett till att rutinen har tolkats olika och tidsramen har enligt kontroll inte hållits. Värt att nämna är att antalet dagar klienten väntat från en inkommen komplett ansökan *inte* har överstigit tidsramen om 10 dagar varför det kan konstateras att enskilda inte bedöms ha lidit men av det ej uppnådda målet. Dock finns behov av åtgärder utifrån att handläggare dokumenterar på olika vis och verksamhetschef har påbörjat ett arbete i frågan med att bland annat tydliggöra introduktion i tjänsterna, ärendehandleda vid behov av prioritering bland ärenden och förtydliga existerande rutiner för vikarierande handläggare. Arbetsgruppen lyfter även systemtekniska frågor i en IFO-övergripande verksamhetssystemgrupp som leds av kvalitetsansvarig och systemförvaltare.

Arbete och etablering utförare

Två egenkontroller genomfördes under 2024 vid verksamhet Arbete och etablering utförare utifrån arbetet med de identifierade riskerna gällande Arbetsförmedlingens reformerings påverkan på arbetsmarknadsinsatser kopplade till självförsörjning samt hur det minskade inflödet av nyanlända enligt bosättningslagstiftning kan komma att påverka verksamheten. Dessa risker identifierades och var föremål för egenkontroller även under 2023. Angående Arbetsförmedlingen och dess reformering används den upprättade överenskommelsen mellan Arbetsförmedlingen och 11 kommuner i sydvästra Skåne för att säkerställa att korrekta insatser erbjuds den enskilde i arbetet mot självförsörjning. Detta finns även med i samordningsförbundet Finsam där

Vellinge tillsammans med kommunerna Burlöv, Kävlinge och Staffanstorps deltar. Avseende risken med den minskade inflödet av nyanlända enligt bostättningslagen håller man regelbundna uppföljningsmöten med Migrationsverket och omsorgsavdelningens ekonomer för att säkerställa korrekta underlag för att på så vis undvika oväntade konsekvenser som riskerar att påverka den service som verksamheten bistår enskilda med. Båda områdena och dess mål konstateras vara uppnådda i 2024 års egenkontroller.

3.1.2 Vård och omsorg

LSS Daglig verksamhet

Verksamheten gjorde totalt 11 egenkontroller under året där de viktigaste var:

- Jämförelser och analys av resultatet i SKRs årliga brukarundersökning. Trots att verksamheten arbetat tillsammans med deltagarna för att identifiera utvecklingsområden var resultatet i 2024 års undersökning ej i nivå med förväntat resultat. För att få en bättre förståelse för resultatet och vad verksamheten behöver förbättra kompletteras SKRs brukarundersökning med en egen undersökning där frågorna omformuleras och förtydligas utifrån målgruppens behov. Denna undersökning ska genomföras vid flera tillfällen per år.
- Kontroll av vårdhygien vid två tillfällen per år; på Basen utan anmärkning och på Linden med anmärkning som resulterade i beslut om att personal framöver ska bära arbetskläder då de utför hygienära uppgifter .

LSS servicebostad, boendestöd och aktivitetshus

Under 2024 genomfördes 10 egenkontroller, där flertalet handlade om följsamhet till arbetssätt och rutiner t.ex:

- att genomförandeplaner är aktuella och följer gällande föreskrifter. Detta för att förhindra risken att insatser för den enskilde uteblir eller inte utförs enligt önskemål. Kontrollen genomfördes en gång per kvartal och påvisade att alla klienter/boende har aktuella genomförandeplaner.
- att det finns upprättade och uppdaterade introduktionspärmar så att verksamheterna håller rätt kvalitet och att den enskilde får rätt stöd från nyanställda och vikarier.
- följsamhet till framtagna handlingsplaner för avbokningar, för att säkerställa att klienter får stöd och hjälp även i perioder av sämre mående. För alla med boendestöd ska det finnas en individuell plan kring avbokningar. Alla klienter förutom de senast inkomna hade vid kontrolltillfället en upprättad plan.
- följsamhet till rutin gällande medicinhantering vilket bl.a. resulterade i att verksamheten upprättade lokal rutin för medicin som ska kasseras.

Gruppbostäder Storgatan, Länsmansgatan, Falsterbovägen samt boendestöd

Totalt genomfördes 9 egenkontroller, under 2024 varav de viktigaste var:

- Efterlevnad av nyupprättad insatsstruktur på Storgatan, då det fanns risk att det pedagogiska arbetet ej skulle tillvaratas och implementeras i verksamheten. Uppföljningarna har visat på gott resultat, arbetssättet har varit levande och reviderats vid behov. Fortsatt fokus krävs under 2025 bl.a. med ett kontinuerligt arbete med intern kommunikation.
- Följsamhet till rutiner för dokumentation, där kontroll gjordes var tredje månad (att all personal dokumenterar samt att dokumentationen håller god kvalitet)

och resultatet återfördes till personalen. På APT eller personalmöten har dialog förts om dokumentation, dess syfte och omfattning.

- Att uppföljning av genomförandeplaner genomförs enligt rutin, minst var 6:e månad. Då all tidigare dokumentation gick förlorad i IT-attacken i början av året fick arbetet med genomförandeplaner startas upp från grunden. Egenkontrollerna som genomförts en gång per kvartal har påvisat vissa brister på Storgatan samt inom boendestödet, vilket innebär att genomförandeplaner är ett prioriterat område även under 2025.

Gruppbostäderna Nyvångsvägen, Bäckahästen samt Ljungklockans korttids/fritids

Verksamheten gjorde totalt 12 egenkontroller under året där de viktigaste var:

- Följsamhet till rutiner för dokumentation, där kontroll genomfördes var tredje månad (att all personal dokumenterar samt att dokumentationen håller god kvalitet). En person har utsetts att hantera all introduktion med ny personal för att säkerställa kunskap hos personal, att alla får samma information och därmed har en god följsamhet till rutiner.
- Kontroll för att säkerställa att barn/ungdomar får det antal dygn på Ljungklockan som de är beviljade. Detta mot bakgrund av att det rent administrativt kan uppstå mindre differenser när man planerar beläggningen i långa perioder. Den långsiktiga planeringen görs främst för att ge vårdnadshavare en god framförhållning.

Myndighet vård och omsorg

Under 2024 genomfördes 6 egenkontroller. De tre viktigaste genomförda kontrollerna var:

- handläggningstid enligt LSS och enligt SoL, som genomfördes en gång per kvartal. Egenkontrollerna påvisade att biståndshandläggare och LSS-handläggare håller politiskt beslutad handläggningstid, därmed har inga vidare åtgärder vidtagits.
- sjuklöner enligt LSS, där kontrollerna visade att assistansbolag felaktigt ansökt om sjuklön. Myndigheten framställde återkrav gentemot tre olika assistansbolag. Därefter har egenkontroll gällande folkbokföring genomförts i samtliga sjuklöneärenden. Under 2025 ska arbetet gällande sjuklöner utvecklas vidare.
- uppföljningar av beslut enligt SoL, som visade att samtliga SÄBO-beslut följts upp enligt rutin och att merparten av alla hemtjänstärenden är uppföljda. Ett stort antal ärenden behövde under året återskapas efter IT-attacken, vilket är förklaringen till att ett antal hemtjänstärenden inte kunde följas upp under 2024. Dessa ärenden prioriterades i början av 2025 för uppföljning.

St Knut/Aspen särskilt boende

Verksamheten har under året genomfört 9 egenkontroller, varav de viktigaste var:

- kontroll av nattfasta och följsamhet till fastställda arbetssätt. Kontrollerna har visat på förbättringar men att arbetet med att öka förståelsen hos personalen behöver fortsätta.
- Kontroll av mat och måltider, både hur maten smakar och hela måltidssituationen. Dessa kontroller har lett till flera insatser, dels har matleverantören bjudits in för att ge personalen tips kring beredning, servering och presentation av maten, dels har verksamheten diskuterat de nationella riktlinjerna för mat och måltider inom äldreomsorgen på APT. Insatserna har lett till att måltidssituationen förbättrats.

- Kontroll av vårdhygien, dels i form av att personalen skattade sig själv utifrån en skattningsmall, dels genom att enhetschef och samordnare skuggade personal i omvårdnadsarbetet. Brister i följsamheten till den basala hygienen identifierades och en grundläggande utbildning för samtlig personal har därför tagits fram.

3.1.3 Målgruppsundersökning

Äldreomsorg

Den senaste nationella brukarundersökningen inom äldreomsorgen genomfördes under våren 2024. Inom hemtjänstverksamheten hade den sammantagna nöjdheten ökat något sedan förra undersökningen, från 82% till 83%. Motsvarande siffra för riket var 85%. Inom särskilt boende hade den sammantagna nöjdheten minskat, från 82% till 77% (79% i riket). Utifrån resultatet identifierade respektive verksamhet viktiga utvecklingsområden och tog fram handlingsplaner, med syfte att öka brukarnöjdheten inför kommande undersökningar alternativt bibehålla goda resultat.

Vid biståndshandläggarnas individuella uppföljningar med personer på särskilt boende ställs frågor om trygghet, nöjdhet, känsla av ensamhet, sociala aktiviteter, måltider, bemötande, återkoppling från personal, bemanning, miljö och lokaler. Några frågor i den individuella uppföljningen överensstämmer med frågorna i den nationella brukarundersökningen 2024, vilket innebär att vissa jämförelser mellan resultaten går att göra.

I handläggarnas uppföljning upplevde 88% att det känner sig trygga på sitt boende (80% i brukarundersökningen) och 87% kände sig sammantaget nöjda med sitt boende (77% i brukarundersökningen).

SPF Seniorernas Hemtjänstindex¹

Sedan något år sammanställer SPF Seniorerna ett Hemtjänstindex som väger samman en rad data från kommunerna, som på olika sätt indikerar kvalitet i hemtjänsten. De olika delområdena som ligger till grund för indexet är Information, Biståndshandläggning, Utförande samt Stöd och utveckling. Vellinge kommun förbättrade 2024 sin placering i Hemtjänstindex från plats 29 till plats 14. I delindex Biståndshandläggning placerar sig Vellinge kommun som tvåa bland landets kommuner. Vellinge kommun förbättrade sitt index när det gäller delområdet Information men fick ett sjunkande index när det gäller Utförande samt Stöd och utveckling.

Funktionsstöd

Under hösten 2024 genomfördes SKRs (Sveriges Kommuner och Regioner) brukarundersökning inom funktionshinderområdet. I undersökningen ställs frågor om trygghet, trivsel, upplevelse av stöd, kommunikation m.m. Brukarundersökningen genomfördes i daglig verksamhet, gruppboende, servicebostad samt boendestöd. Resultaten analyseras i respektive verksamhet, tillsammans med boende och brukare. Handlingsplaner utifrån deltagarnas perspektiv upprättas vid behov.

Inom daglig verksamhet visade brukarundersökningen bl.a. att deltagarna skattar högt gällande kommunikation, men att resultatet generellt inte uppnådde önskad nivå. I individuella samtal med deltagare, samt i grupp på deltagarråd, framkommer att deltagarna har bristande förståelse för innebörden av brukarundersökningens frågor. Verksamheten har därför valt att komplettera brukarundersökningen med en egen enkät

¹ Mer information om Hemtjänstindex finns på sidan [Hemtjänstindex 2024 - Hemtjänstindex](#)

där frågorna är något förenklade, men lättare att förstå. Resultatet i den egna enkäten blev mer positivt.

Generellt inom funktionsstöd upplevs motsvarande problematik med SKRs brukarundersökning. I enlighet med riktlinjerna för enkätens genomförande försöker verksamheterna så långt det går att möjliggöra för den enskilde att med hjälpmedel svara för sig själv, utan hjälp av personal. Resultaten från brukarundersökningen motsvarar inte de omdömen som de boende framför på annat sätt. Det har framkommit att frågorna i enkäten upplevs som svåra och ibland abstrakta.

Som ett led i att möjliggöra ett mer anpassat underlag för målgruppen togs material fram i form av säsongssamtal. Detta är ett samtal mellan kontaktpersonen och den boende, med frågor om vilket stöd man vill ha i olika aktiviteter samt trivsselfrågor. Utvärdering av underlaget kommer kunna göras under 2025.

IFO

Under oktober månad 2024 deltog Individ- och familjeomsorgen i den nationella brukarundersökningen som är framtagna av Sveriges kommuner och regioner (SKR) i samarbete med Rådet för främjande av kommunala analyser (RKA). Undersökningen omfattade myndighetsutövning inom följande verksamhetsområden:

- Social barn- och ungdomsvård: Ungdomar 13 år och äldre.
- Social barn- och ungdomsvård: Vårdnadshavare för barn och ungdomar 0–18 år.
- Ekonomiskt bistånd.
- Vuxen - missbruk och beroende.

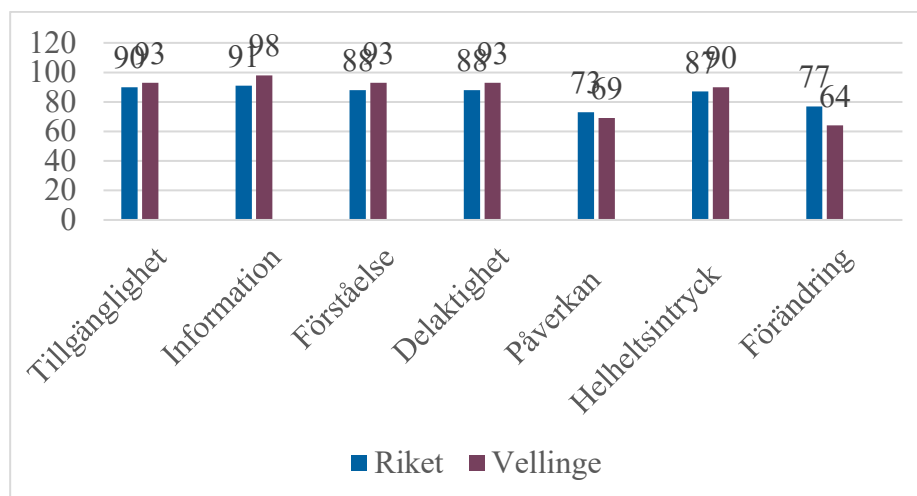
Även placerade barn och unga över 13 år erbjuds att svara i en enkätundersökning kopplat till deras upplevelser kring placeringen och kontakten med socialtjänsten.

Frågorna berör klienternas upplevelse av:

- Tillgänglighet.
- Information.
- Bemötande.
- Delaktighet.
- Helhetsomdöme.

2024 års brukarundersökning gav en total svarsfrekvens på 78 procent och är därmed den högsta svarsfrekvensen på tre år, motsvarande 71 procents svarsfrekvens 2023 och 39 procent 2022. Snittprocent för svarsfrekvens över riket var 47 procent 2024.

Resultatet visar på goda resultat med hög nöjdhet. Bäst resultat i undersökningen fick frågorna hur tydlig socialsekreteraren är i sin information, samt hur lätt det är att få tag på sin socialsekreterare och hur stor förståelse denna visar för ens situation. Lägst resultat fick frågan om hur mycket brukaren såg en förändring i sin situation, vilket stämmer väl överens med nationella trender.



Svarsfrekvens i procent jämfört med rikets

3.2 Hantering av avvikelser

Enligt SOSFS 2011:9 ska alla avvikelser sammanställas och analyseras. Avvikelser ska i detta sammanhang ses som ett samlingsbegrepp för såväl inrapporterade händelser från verksamheten som inlämnade klagomål och synpunkter.

Omsorgsavdelningen använder Lifecare Avvikelser som verksamhetssystem för rapportering av händelser, klagomål och synpunkter samt för utredning av dessa, inklusive lex Sarah. Med e-tjänsten *Klagomål och synpunkter* underlättas för vårdtagare, brukare och anhöriga att lämna synpunkter på verksamheterna.

I början av 2024 drabbades Vellinge kommun av en IT-attack vilket innebar att verksamhetssystemet Lifecare Avvikelser inte var tillgängligt under årets första kvartal. Under tiden verksamhetssystemet var under återuppbyggnad tillämpades reservrutiner för avvikelshantering d.v.s. rapportering och utredning genomfördes som vanligt men utan IT-stöd. När systemet åter var i bruk återgick verksamheterna till ordinarie arbetssätt och alla avvikelser från årets första månader har efterregistrerats i systemet.

3.2.1 IFO

Under 2024 registrerades det från april månad totalt 62 avvikelser, jämför med 34 avvikelser under de tre första kvartalen 2023 och totalt 36 avvikelser under hela 2022. Utifrån IT-attacken mot Vellinge kommuns IT-leverantör Tietoevry i januari 2024 saknas tyvärr underlag för avvikelser rapporterade under första kvartalet 2024. Mellan april till december månad såg fördelningen ut som följer på de rapporterade avvikelser som inkom:

Barn och familj Myndighet	40
Barn och familj Utförare	3
Arbete och etablering Myndighet	7
Arbete och etablering Utförare	4
Sociala jouren Syd	5
Administration och ledning	3

Den vanligaste anledningen till att incidenten som avvikelserapporterats kunnat inträffa bedömdes vara kopplat till dokumentation, vilket i sin tur ofta har en direkt koppling till den IT-attack som drabbade kommunens IT-leverantör i januari 2024 och som gav långsiktiga konsekvenser gällande bland annat dokumentationen och följderna kring detta. Detta förklarar även till viss del den ökning som syns bland rapporterade avvikelser och som främst tydliggjorts inom verksamhet Barn och familj Myndighet. Samtliga risker har hanterats när de påvisats.

Det pågår i verksamheterna en dialog med medarbetare genom kvalitetsansvarig och verksamhetschefer gällande avvikelserapportering och den löpande kvalitetssäkringen i verksamheterna. De rapporterade avvikelserna är en viktig del i det systematiska kvalitetsarbetet för att identifiera brister och därmed ha möjlighet att utveckla kvaliteten i verksamheterna. Under 2024 har antalet rapporterade avvikelser ökat inom flera verksamheter vilken utifrån den pågående dialogen kan anses vara ett resultat av ett mer uttalat arbete med risker och avvikelser i verksamheterna. Detta är ett löpande arbete som intensifierats under 2023 och 2024 och som numera är ett mer förekommande arbete ute i de olika verksamheterna vilket betraktas som positivt.

Lex Sarah

I de avvikelseutredningar som gjordes 2024 konstaterades påtaglig risk för missförhållanden i 17 av de 62 rapporterade avvikelserna (lex Sarah) direkt vid mottagandet av avvikelserapporten alternativt vid avslut av avvikelseutredning. Ingen de rapporterade avvikelserna 2024 klassades att innebära en påtaglig risk för allvarligt missförhållande. Ingen anmälan gällande sådant missförhållande, eller risk för sådant missförhållande, gjordes därmed inte heller till Inspektionen för vård och omsorg, IVO. Det gjordes dock två (2) sådana anmälningar till IVO i början på året. En anmälan avsåg händelser som rapporterades under slutet av 2023, gällande ett barn placerat i familjehem där familjehemmet till följd av ohälsa varit sjukskriven en stor del av 2023 utan att verksamheten gjort någon skyddsbedömning gällande det placerade barnet, där utredare sammantaget bedömde det föreligga påtaglig risk för allvarligt missförhållande. IVO godtog efter begärd komplettering verksamhetens utredning och avslutade ärendet 2024-03-05. Den andra anmälan till IVO gjordes 2024-02-06 och avsåg en sammantagen bedömning om att det som direkt följde av IT-attacken mot kommunens IT-leverantör och den informationsförlust som skedde i samband med denna, ansågs föreligga påtaglig risk för allvarligt missförhållandet. IVO beslutade att avsluta ärendet 2024-03-21 och meddelade att de inte ämnade vidta några vidare åtgärder utifrån att kommunen inte bedömdes kunna ha gjort något för att undvika händelsen.

Klagomål och synpunkter

Klagomål och synpunkter ska registreras via e-tjänsten klagomål och synpunkter och överlämnas för fortsatt hantering till den som ansvarar för verksamheten. Under perioden april till och med december 2024 registrerades totalt 32 klagomål och synpunkter, både internt och externt, inom Individ- och familjeomsorgens olika verksamheter. Av dessa berörde 14 av klagomålen Barn och familj Myndighet, 9 av dem berörde Arbete och etablering Myndighet, 1 berörde Barn och familj Utförare, 1 berörde Arbete och etablering Utförare, 1 berörde Social Jour Syd och 6 avsåg Individ- och familjeomsorgen i sin helhet. Värt att nämna är att en och samma rapportör kan anmäla klagomål vid flertalet gånger angående samma sakfråga. Samtliga klagomål utreds och dokumenteras, främst av verksamhetschef eller kvalitetsansvarig, och vid behov vidtas nödvändiga åtgärder.

3.2.2 Vård och omsorg

Under 2024 rapporterades drygt 200 avvikelser inom vård och omsorg. De flesta avvikelserna rapporterades inom St Knut/Aspens särskilda boende och bestod främst i brister kopplat till städning eller omvårdnad samt följsamhet till rutiner. Totalt inkom ett 40-tal klagomål under året, där de flesta berörde myndighetens arbete (synpunkter på den politiskt beslutade handläggningstiden, anvisad boendeplacerings, faktura, regelverk färdtjänst, beslut).

	Avvikelser SoL/LSS	Klagomål/ synpunkter
LSS Daglig verksamhet	10	4
Servicebostad Lillgården och boendestöd	5	1
Gruppboendestäder Nyvångsvägen, Bäckahästen samt Ljungklockans korttids/fritids	20	3
Gruppboendestäder Storgatan, Länsmansgatan, Falsterbovägen	12	1
Myndighet vård och omsorg	6	16
St Knut/Aspen särskilt boende	155	18

Uppföljningen av det systematiska kvalitetsarbetet 2024 visar att det i verksamheterna finns en tydlig struktur för hantering av avvikelser, från rapportering till bedömning av händelsens allvarlighetsgrad, utredning och beslut om åtgärder samt uppföljning av åtgärderna. Förutom att personalen rapporterar händelser är de delaktiga i avvikelshanteringen genom diskussion i grupper, på kvalitetsråd och på APT.

Genom att utreda och analysera avvikelser har viktiga utvecklingsbehov kunnat identifierats som lett till förbättrande åtgärder i verksamheterna. Exempel på sådana verksamhetsinriktade åtgärder som vidtagits är:

- *LSS Daglig verksamhet* – utbildning och workshop om bemötande, upprättande av nya rutiner och ökad samverkan med andra verksamheter.
- *Servicebostad Lillgården och boendestöd* – förtydligande kopplat till brister i informationsöverföring och förbättrat arbetssätt gällande signering vid HSL-insats.
- *Gruppboendestäder Nyvångsvägen, Bäckahästen samt Ljungklockans korttids/fritids* – översyn av bemanning kopplat till beläggning.
- *Gruppboendestäder Storgatan, Länsmansgatan, Falsterbovägen* – förtydligade handlingsplaner, arbetssätt och rutiner kopplat till specifika situationer.
- *Myndighet vård och omsorg* – förtydligade arbetssätt och ansvarsområden, säkerställa att informationen till den enskilde är korrekt samt upprättande/revidering av rutiner.
- *St Knut/Aspen särskilt boende* – förbättrade planeringsverktyg för personalen som ska säkerställa att alla insatser genomförs och utvecklad rutin vid delegering för att säkerställa att personal har kunskap om läkemedelsrutinen.

I några verksamheter rapporteras relativt få avvikelser vilket tyder på att personalen har bristande förståelse för avvikelser och deras betydelse för kvalitets- och

förbättringsarbete. Detta är ett viktigt förbättringsområde 2025 och kommer att följas upp på ledningens genomgång av det systematiska kvalitetsarbetet i början av nästa år².

Lex Sarah

Under 2024 gjordes totalt åtta lex Sarah-utredningar inom de kommunala vård- och omsorgsverksamheterna; 6 st på St Knut och 2 st på gruppboestad Storgatan. Ingen av dem klassades som ett allvarligt missförhållande eller en påtaglig risk för allvarligt missförhållande. Därmed gjordes heller ingen anmälan till Inspektionen för vård och omsorg, IVO.

En IVO-anmälan gjordes efter IT-attacken med anledning av den informationsförlust som skedde i samband med denna. IVO beslutade att avsluta ärendet utan att vidta vidare åtgärder utifrån att kommunen inte bedömdes kunna ha gjort något för att undvika händelsen.

3.3 Uppföljning och kontroll av kommunala och privata utförare

3.3.1 IFO

Familjeteamet

Uppföljningen av Individ- och familjeomsorgens utförarverksamhet Familjeteamet påvisade goda resultat och personal väl insatt i gällande lagar, rutiner och riktlinjer. Förbättringsarbetet var tydligt vilket visas i viljan att använda uppföljningsverktyg, metodförbättringar och utförande av skattningar. De avvikelser som uppmärksammas åtgärdas och följs upp.

I slutet på 2023 beslutades om ett effektiviseringskrav där finansiering av drogterapeut och lokal för Ungdomscentralen togs bort, vilket resulterade i en avveckling av verksamheten Ungdomscentralen. Arbetet med att kunna tillgodose de behov som finns i kommunen fortsatte in i 2024 och resulterade bland annat i en tjänst som socionom med fokus på förebyggande arbete. Verksamheten kunde även rekrytera en vakant tjänst som familjebehandlare.

Stödboendet Duvslaget

Kvalitets- och verksamhetsuppföljning av Stödboendet Duvslaget visade att detta är en välfungerande verksamhet som levererar en fullgod vård i enlighet av de lagar, rutiner och riktlinjer som finns för sådan verksamhet. Identifierade utvecklingsområden hanteras och åtgärdas på ett tvärprofessionellt vis i samverkan och med transparens som riktmärke. Man arbetar aktivt med kvalitetsutveckling på olika sätt och ser till verksamhetens behov när det gäller att identifiera förbättringsområden, vilket bland annat resulterat i uppdaterade rutiner som förenklar samverkan med andra vilket i sin tur stärker barnperspektivet. Verksamheten har därtill ett tydligt barn- och brukarperspektiv. Under 2022 framkom påtalade brister från Inspektionen för vård och omsorg (IVO) vilket under 2023 resulterade i ett beslut som Vellinge kommun överklagade. Beslutet avsåg brister i de pågående placeringarna vid stödboendet utifrån att dessas behov var för omfattande och inte ansågs kunna tillgodoses genom placering vid stödboende och avsåg flytt av samtliga boende. Förvaltningsrätten beslutade att likt Vellinges önskemål upphäva IVO:s beslut och i domen som föll framhölls även att

² En gång per år (februari) redovisar respektive verksamhet sitt systematiska kvalitetsarbete under föregående år, för vård och omsorgs ledningsgrupp. Ledningsgruppen gör en bedömning kring följsamheten till kvalitetsledningssystemet och fattar beslut om ev åtgärder för att öka följsamheten.

Förvaltningsrätten inte kunnat finna några andra brister i verksamheten att bemöta. Under 2024 års tillsyn riktade IVO kritik mot verksamheten utifrån att den behandlare som vikarierat under ordinarie föreståndares semester ej uppvisat korrekt utdrag ur belastningsregistret. Denna behandlare har sin ordinarie tjänst inom Familjeteamet och i samband med sin anställning där uppvisat ett utdrag ur belastningsregister som inte avser arbete vid HVB-hem. Denna kritik resulterade i förtydligande av verksamhetens rutiner och samtliga som arbetar på Duvslaget, både ordinarie och som vikarier, har uppvisat korrekta utdrag utan anmärkningar.

3.3.2 Vård och omsorg

Under 2024 följdes all vård- och omsorgsverksamhet i kommunal och privat regi upp enligt fastställd plan. Resultatet av uppföljningarna redovisades löpande under året till omsorgsnämnden med slutredovisning av privat verksamhet i oktober och av kommunal verksamhet i december.

Kommunal regi

Slutredovisningen visade på att verksamheterna i kommunal regi överlag under året haft en god följsamhet avseende uppdrag, lagstiftning och granskade områden.

LSS Daglig verksamhet – under året har fokus varit förbättring och utveckling för att uppnå bästa effekt för den enskilde brukaren. Det finns ett närvarande och engagerat ledarskap som tillsammans med medarbetarna identifierar utvecklingsbehov vilket ger en engagerad personalgrupp som utgår ifrån brukarnas behov.

LSS servicebostad och boendestöd – året har präglats av positiv utveckling och det finns en stabilitet i verksamhetens bemanning. Verksamheten arbetar löpande med utbildningsinsatser till personalen i relation till brukarnas behov. Ett närvarande ledarskap fångar kontinuerligt upp utvecklingsbehov i verksamheten med fokus på god kvalitet i utförandet av insatserna till brukarna.

Gruppbostäder Nyvångsvägen, Bäckahästen samt Ljungklockans korttids/fritids – det finns en stabilitet i verksamhetens bemanning, ett personcentrerat arbetssätt i relationen till brukarna och ett närvarande ledarskap. Verksamheten genomsyras av stor samarbetsvilja, hög kompetens och fokus på god kvalitet i utförandet av insatserna till brukarna.

Gruppbostäder Storgatan, Länsmansgatan, Falsterbovägen - ett stort utvecklingsarbete genomfördes i verksamheterna under året vilket innebar en positiv utveckling med stort fokus på brukarna. En närvarande chef fångar upp och driver utvecklingsarbetet framåt, tillsammans med en engagerad personalgrupp.

St Knut/Aspen särskilt boende – årets utmaningar har till stor del handlat om rekrytering och kontinuitet i personalstyrkan. För att säkerställa god kvalitet i utförandet av insatserna har stort fokus varit på personalens grundläggande kompetens, olika utbildningssatsningar samt implementering av beslutade arbetssätt.

Privat regi

Även för verksamheterna i privat regi visade årets uppföljningar på en god följsamhet avseende avtal, lagstiftning och flertalet granskade områden. Flertalet verksamheter lyfte fram sina utbildningssatsningar som viktiga framgångsområden och att de gett

goda effekter i verksamheten i form av höjd kvalitet i bemötanden och utförande av insatser.

Hemtjänstutveckling

Under 2024 tog Forenede Care tillsammans med omsorgsavdelningen fram en handlingsplan för hemtjänsten med syfte att skapa en mer relations- och kontinuitetsskapande hemtjänst för högre kvalitet i insatserna och en ökad trygghet för den enskilde. Förändringsarbetet som påbörjades 2024 och fortsätter under 2025 omfattar bl.a:

- Skapa mindre team kring varje vårdtagare
- En trygg uppstart vid nya ärenden
- En effektiv och verksamhetsfokuserad delegeringsprocess
- Skapa en relationsbaserad kultur gentemot vårdtagare och anhöriga, baserad på värdegrunden.

3.4 Förbättrings- och utvecklingsarbete

3.4.1 IFO

Under 2024 har det pågått flera sorters utvecklingsarbete inom Individ- och familjeomsorgens olika verksamheter, inte minst utifrån omställningen till den nya socialtjänstlag som förväntas träda i kraft den 1 juli 2025. Verksamheterna har omvärldsbevakat övriga kommuners planering inför denna omställning och deltagit i de samverkansforum som erbjudits på nationell och regional nivå. Verksamheterna har med stöd av kvalitetsansvarig och respektive verksamhetschef gjort nuläges- och behovsanalyser i sina befintliga verksamhetsområden för att kunna analysera de behov som är specifika för respektive verksamhet inför omställningsarbetet till den nya lagstiftningen. Information till brottsförebyggande rådet, BRÅ, gavs av Individ- och familjeomsorgens kvalitetsansvarig och det övergripande arbetet inför omställningen påbörjades i Individ- och familjeomsorgens ledningsgrupp. En processledare för omställningen anställdes och en plan för omställningsarbetet för 2025 påbörjades.

Efter nedläggningen av verksamheten Ungdomscentralen 2023 påbörjades naturligt ett utvecklingsarbete i hur Vellinge kommun ska kunna erbjuda förebyggande insatser utifrån de behov som finns hos kommuninvånarna, inte minst med tanke på den nya socialtjänstlagen. Detta resulterade bland annat i en förstärkning av en förebyggandetjänst inom Barn och familj Utförare och var även en vägledning i rekryteringarna som skedde under 2024. Behovet av särskild spetskompetens gällande missbruk bland barn och unga kvarstår dock och behöver beaktas under 2025.

Som en del i arbetet mot en mer tillgänglig socialtjänst, sammantaget med att Individ- och familjeomsorgens budget på placeringar av barn i samhällsvård fick ett allt större underskott tillsattes 2024 en arbetsgrupp med representanter från Barn och familj Myndighet, Barn och familj Utförare samt kvalitetsansvarig för att utforma en sammanhållen vårdkedja för barn i samhällsvård. Syftet var att få ner externa placeringar och minska de risker som dessa innebär, samt onödiga kostnader i samband med dessa, i linje med verksamhetens öppenvårdsperspektiv. Arbetet avslutades med ett förslag till rutin på en sammanhållande vårdkedja innan, under och efter själva placeringen vilket lämnades till verksamhetschefer inom Barn och familj Myndighet

och Barn och familj Utförare. Dessa har under 2024 fortsatt arbetet och tagit fram en gemensam, verksamhetsöverskridande rutin utifrån detta.

I verksamheten Barn och familj Myndighet har det sedan 2024 upprättats en handlingsplan utifrån en del av de förbättringsområden som påvisats under bland annat en genomlysning av arbetsgruppen barn i samhällsvård såväl som verksamhetsövergripande behov som synliggjorts i avvikelshanteringen. Denna handlingsplan reviderades efterhand och arbetades med i verksamheten på olika vis under 2024, bland annat utifrån organiseringen av arbetsgruppen Barn i samhällsvård och dess arbetsledning. Under 2024 upprättades och antogs även riktlinjer för Barn och familj Myndighet för att tillförsäkra en rättssäker, likvärdig och lagenlig handläggning av barnavårdsärenden i verksamheten som en del i detta förbättringsarbete. Ett behov som identifierades i verksamheten under 2024 var kunskap om en fullgod dokumentation och en rättssäker såväl som effektiv handläggning. Detta är ett behov som tas med in i 2025 med planerade insatser utifrån metodträffar, utbildningstillfällen och workshops i ämnet.

Kommunfullmäktige i Vellinge kommun fattade i december 2024 beslut om att anta ett framarbetat program för arbete mot välfärdsbrottslighet vilket därmed ska implementeras även inom Individ- och familjeomsorgen. Även detta arbete tas med in i 2025 för vidare implementering och utformning av verksamhetsspecifika åtgärder och kontrollområden för att kunna möta det ökade behov av sådana kontrollfunktioner som programmet tydliggör.

3.4.2 Vård och omsorg

Förbättrings- och utvecklingsarbete pågår kontinuerligt i verksamheterna, mot bakgrund av identifierade behov. Det handlar om allt från omfattande utbildningssatsningar för all personal till utveckling av arbetssätt för en mer personcentrerad och trygg vård och omsorg. Nedan följer exempel på utvecklingsarbete i verksamheterna under 2024.

Gemensamt funktionsstöd

- *Utbildningssatsning i PFA, Pedagogiskt förhållning- och arbetssätt³* – inom funktionsstöd har sju medarbetare utbildats; två till föreläsare och fem till handledare. En Vellingemodell av PFA har skapats med en gemensam kompetensutvecklingsplan, med målet att all personal ska utbildas i modellen. En första utbildning genomfördes under 2024 och fyra kommer att genomföras under 2025. Dessa utbildningar kommer att främja de boendes möjligheter till delaktighet och självständighet.
- *Fritidsgruppens arbete* – fritidsgruppen är en samverkan mellan LSS-verksamheterna. Varje månad planeras och erbjuds gemensamma aktiviteter för brukarna så som exempelvis tipspromenad, konstutställning, fika eller sommarspel. Under 2024 har fritidsaktiviteter erbjudits vid sju tillfällen samt ett stort 30-årsfirande av LSS. Aktiviteterna är anpassade för alla, innebär ett ökat utbud för målgruppen och skapar förutsättningar för en mer aktiv fritid.

³ Ett arbetssätt där man utgår från varje persons specifika färdigheter och svårigheter, för att skapa förutsättningar till en tillvaro där personens färdigheter används och svårigheter kompenseras.

LSS Daglig verksamhet

- Utveckling av en kommunikativ miljö för att främja delaktighet och självständighet hos deltagarna. Personalen har deltagit i utbildningar om kommunikation och verksamheten har säkerställt att denna kompetens tillämpas.
- Genomlysningen av processer inom arbetsinriktningen på Änga och Arbete med stöd slutfördes under året.
- Uppstart av en autisminriktning på Linden
- Uppstart av en ny utflyttad arbetsinriktning, på Söderslätts golfklubb.
- Genomfört bemötandebildning för all personal, en satsning som fortsätter framöver med regelbundna diskussioner utifrån ett utbildningsmaterial.

LSS servicebostad och boendestöd

- Kompetenshöjande insatser i form av utbildning i bl.a. bemötande, pedagogiskt förhållnings- och arbetssätt och suicidprevention.
- Personal på Lillgården har även genomfört utbildning i samtalsmatta⁴. Metoden har därefter implementerats i verksamheten vilket lett till tydligare och bättre kommunikation mellan personal och boende.
- Under året har regional samverkan kring suicidprevention påbörjats. Detta arbete kommer att fortgå och utvecklas vidare under 2025, bl.a. genom att all personal får möjlighet att gå utbildning i MHFA, Mental Health First Aid, för att minska psykisk ohälsa och suicid.
- I samverkan med övriga verksamheter inom funktionsstöd utvecklat ett större utbud av aktiviteter i Kornets lokaler, för boende i gruppboendena.
- En ökad besöksfrekvens på Kornet som en följd av marknadsföring, information via sociala medier, öppet hus m.m. Kornet har under året slussat vidare 6 personer till Nya vägar⁵ för arbetsinriktade insatser.

Gruppboendena Nyvångsvägen, Bäckahästen samt Ljungklockans korttids/fritids

- Fortsatt utveckling av "Det här är jag"-pärmarna, som nu är upprättade i alla verksamheter. Detta säkerställer att all personal, både tillsvidare- och timanställd, får information om hur den enskilde vill bli bemött och få sina insatser utförda. Pärmarna är ett komplement till genomförandeplanen.
- Inom gruppboendena har "säsongssamtal" införts, vilket är ett samtal som kontaktpersonen på gruppboende har tillsammans med den enskilde. I underlaget till samtalet finns frågor kring vilket stöd man vill ha i olika aktiviteter samt trivsselfrågor. Syftet med säsongssamtalen är att kunna mäta resultat under året samt att få en jämförelse med den nationella brukarundersökningen.
- Utveckling av inskolningsmetod på Ljungklockan, där pedagogerna idag arbetar mycket individanpassat och gör inskolningen i en takt som fungerar bra för både barn och vårdnadshavare.
- Utvecklat samarbete med skola/förskola/habilitering för att kunna arbeta så lika som möjligt utifrån barnets bästa och en ökad trygghet.

⁴ Metod som ger stöd till personer som har kommunikations- och/eller kognitiva svårigheter att uttrycka sina åsikter med hjälp av bilder

⁵ Arbetsmarknadsprojekt finansierat av Europeiska socialfonden och Vellinge kommun, riktar sig till personer mellan 18-64 år, med upplevd eller diagnostiserad psykisk ohälsa, med målet att minska avståndet till arbetsmarknaden.

Gruppbostäder Storgatan, Länsmansgatan, Falsterbovägen samt boendestöd

- Storgatans LSS-bostad har under året genomgått ett stort utvecklingsarbete för ett mer personcentrerat arbetssätt och bemötande med mål för ökad delaktighet och självständighet för de boende. Under 2025 behöver arbetet fortsätta implementeras med stort fokus på att hålla de nya arbetssätten levande.
- Arbetet med vikarietillsättning har effektiviserats och planeras mer verksamhetsövergripande med hjälp av Vikariebanken. För brukarna har det t.ex. inneburit att de i större utsträckning möter samma vikarierande personal både i sin dagliga verksamhet och i sin bostad vilket skapat kontinuitet och trygghet.
- Möten varje månad i gemensam arbetsgrupp för stödpedagoger tillsammans med omsorgspedagog, där stödpedagogernas uppdrag är att implementera fattade beslut från arbetsgruppen till personalgrupperna i verksamheten. Detta för att uppnå en likvärdig verksamhet med god kvalitet.
- Insatsen boendestöd enligt 4 kap 1 § SoL som riktar sig till målgruppen inom LSS har under året 2024 påbörjat ett förändringsarbete. Under 2025 är målet att tydliggöra insatsen och dess innehåll med målet att alla ska erbjudas likartat boendestöd med mål om självständighet.

Myndighet vård och omsorg

- Äldre- och anhöriglots har under året påbörjat uppföljande arbete av alla kommuninvånare med enbart insatsen trygghetslarm. Syftet är att informera om kommunens förebyggande insatser, erbjuda hembesök av seniorkontakter och senarelägga behov av mer omfattande insatser från vård och omsorg.
- Äldre- och anhöriglots har utvecklat samarbetet med seniorkontakterna.
- Myndighetens uppföljande arbetssätt uppnåddes under 2024 inom LSS. Inom SoL (såsom hemtjänst, särskilt boende, dagverksamhet) kvarstod vid årsskiftet uppföljning av 60 hemtjänstären, som prioriterades inför 2025.
- Under hösten rekryterades en Förste Biståndshandläggare med inriktning på metodutveckling.
- Nya uppföljningsrutiner har tagits fram inom myndigheten. Alla vårdtagare som får nya hemtjänstinsatser eller utökning av befintliga hemtjänstinsatser efter sjukhusvistelse och efter korttidsplacering ska följas upp inom 3 månader. Därefter sker årsuppföljning i varje ärende, i form av hembesök.
- Ett utvecklingsarbete har startat med målet att förenkla administration för att effektivisera myndighetsarbetet, vilket behövs för att kunna möta inflödet av ärenden. Målsättningen är minskad administration för att utöka det uppföljande arbetet.

St Knut/Aspen särskilt boende

- Verksamheten har genomfört omfattande utbildningsinsatser såsom stjärnmärkning, utbildningar i dokumentation, mat och måltider samt nutrition. Ett nytt introduktionsprogram för nyanställda är framtaget och implementerat.
- Mot bakgrund av identifierade brister i omvårdnadsarbetet har en särskild obligatorisk utbildning skapats. Omvårdnadsarbete, hygienrutiner, genomförandeplaner m.m. ingår i utbildningen.
- Under året har personalen erbjudits en rad lunchföreläsningar för att höja kompetensen t.ex. i palliativ vård, inhalationsteknik och munvård.
- Utveckling av ett metodrum, där personal utbildas i praktiska arbetsuppgifter och bl.a. får öva olika moment med en vårddocka.

Övrigt kvalitetsutvecklingsarbete

Fokusområden 2024

Riktningsskild dokument för vård- och omsorg syftar till att sammanställa och beskriva uppdrag och riktning samt ge en samlad bild för styrning och ledning av verksamheten. Riktningsskild dokumentet innebär att alla medarbetare får samma information om mål och prioriterade arbets-/utvecklingsområden för året. Utöver de politiska målen arbetade verksamheten med bl.a. följande fokusområden under 2024:

- *Implementering av värdegrundskoncept*, för en ökad trygghet, kundnöjdhet, gott bemötande och självbestämmande har ett koncept för värdegrundsarbete tagits fram. Utbildning och implementering i verksamheterna sker under 2025.
- *Mat och måltider på särskilda boenden*, där uppföljning av tidigare satsningar på utbildning och handledning genomförts bl.a. genom observationer under 2024. Dessa visade på en ökad medvetenhet hos personalen. Ytterligare utbildningssatsningar genomfördes under året, riktat till personal inom alla verksamheter.
- *Stjärnmärkning inom kommunens äldreomsorg*, alla verksamheter inom äldreomsorgen blev stjärnmärkta under 2024. Uppföljning av arbetssätt och effekter sker under 2025.
- *Nära vård*, en aktivitetsplan har tagits fram i lokal samverkansgrupp för hälso- och sjukvårdsavtalet, för fortsatt implementering av hälso- och sjukvårdsavtalet och den nära vården. Planen följs löpande upp i den lokala samverkansgruppen. Under 2024 har arbetet varit inriktat mot bl.a. implementering av nationell vårdplan för Palliativ vård, riktade hälsoundersökningar inom LSS, samordnad individuell plan (SIP) och gemensamma samverkansrutiner.
- *Framtidens bemanning inom särskilt boende*, med fokus på en trygg och god äldreomsorg. Under 2024 genomfördes ett projekt på St Knut med syfte att säkerställa ett arbetssätt med tydliga uppgifter för personalen vid varje arbetspass. Arbetssättet implementerades inledningsvis på en avdelning och därefter på resterande avdelningar. Den förtydligade ansvarsfördelningen kommer att kunna ligga till grund för framtida uppgiftsväxling.
- *Utveckling av biståndshandläggningen med fokus på uppföljning*, där ett förändrat arbetssätt under året togs fram. Syftet är en administrativt förenklad biståndshandläggning vid ansökan, utredning och beslut för att flytta resurser till en ökad kvalitetsuppföljning av biståndsbeslut på individnivå. Implementering påbörjades i slutet av 2024.
- *Digitaliseringsplan för vård och omsorg*, under året togs en handlingsplan fram för digitalisering av verksamheter inom vård och omsorg. Syftet är att genom digitalisering skapa goda förutsättningar trots minskade personalresurser. Implementering av handlingsplanen påbörjades under hösten 2024.
- *En handlingsplan för framtidens LSS verksamheter*, under 2023 togs handlingsplan för framtidens LSS-verksamheter fram, med fokus på nya och förändrade målgrupper, ökad kvalitet och samverkan. Under 2024 startade implementeringen av handlingsplanen som omfattar samtliga verksamheter inom verksamhetsområde funktionsstöd.

Statsbidrag för att utveckla och höja kvaliteten i äldreomsorgen

En rad olika statsbidrag har under 2024 fördelats till landets kommuner. I Vellinge kommun har statsbidragen använts till utvecklingsprojekt och kvalitetshöjande insatser.

- *Statsbidrag för arbete med hälsosamtal för äldre*, vilket möjliggjorde fortsatt utveckling av seniorkontakternas arbetssätt genom ökad samverkan med andra

verksamheter inom vård och omsorg, bibliotek, primärvård, det lokala förenings- och näringslivet. Under året träffade seniorkontakterna totalt 174 seniorer, som riskerade att fastna i ofrivillig ensamhet. En övervägande del av dessa har gått vidare till social aktivering i nya sammanhang.

- *Statsbidrag för att säkerställa en god vård och omsorg om äldre*, som möjliggjorde ett stort antal insatser under 2025 såsom:
 - Implementering av arbetssättet för ett standardiserat insatsförlopp för personer med demenssjukdom, i samverkan mellan kommunala verksamheter, andra utförare inom vård och omsorg samt vårdcentraler.
 - Uppföljande handläggare vilket möjliggjorde uppföljning av samtliga individbeslut inom särskilt boende och nästan alla inom hemtjänst.
 - Ung Omsorg, vilket skapat generationsöverskridande möten, sociala aktiviteter och trevliga inslag under helgerna på samtliga särskilda boenden.
 - Två värdinnor på St Knut, med uppdrag att skapa guldkant i vardagen, samtala med de boende och arbeta med en trevlig boendemiljö.
 - Utbildningssatsningar för personal inom kost och nutrition, personcentrerat arbetssätt inom demensvården m.m.
 - Påbörjad implementering av hemtjänststrategin, delområde relation och kontinuitet.
 - Flertalet satsningar på sociala aktiviteter för personer boende på särskilt boende eller i ordinärt boende, med syfte att förebygga och minska ofrivillig ensamhet (mat- och kaffekalas på särskilt boende, olika guldchantsprojekt, bussutflykter, iordningsställande av nytt aktivitetsrum på Postgården, satsning på restauranginteriören på Bäckagården, Öppet hus på aktivitetshusen).
 - Projekt inom ramen för det förebyggande arbetet t.ex. genomförande av livskvalitetmätningar, framtagande av matbroschyr för äldre i ordinärt boende på temat god mat för förbättrad hälsa och hur undernäring kan förebyggas.
- *Äldreomsorgslyftet*, under 2024 deltog ett 50-tal personer i undersköterskeutbildning. Två undersköterskor specialistutbildades inom demens och äldrepsykiatri. Förutom längre utbildningar får äldreomsorgslyftet användas för kortare kurser som syftar till att höja kompetensen hos befintlig personal. Ca 180 personer deltog i en sådan kompetensutvecklingsinsats inom områdena värdegrund, måltid, mat och näring, hälso- och sjukvård, dokumentation, hygien, förflyttningsteknik och stöd i det dagliga livet.
- *Stärkt beredskap inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården*, utifrån sex nationellt prioriterade områden finns en utvecklingsplan för det fortsatta arbetet med att säkra verksamheternas krisberedskap. Under 2024 anordnades bl.a. en gemensam utbildningsdag med scenarioövningar och ett arbete med att revidera omsorgsnämndens krisberedskapsplan påbörjades. En utsedd arbetsgrupp följer upp arbetet enligt handlingsplanen.

Framtidssäkrad välfärd

Inom ramen för Framtidssäkrad välfärd har två utvecklingsprojekt bedrivits under 2024:

- *Språkutbildning för personal inom hemtjänst*, inventering av personalens behov genomfördes och språkutvecklande insatser i form av utbildning för ca 40 personer påbörjades och pågår fortsatt under 2025.
- *Utbildningsportal för vårdens medarbetare*, där man samlar kvalitetssäkrade webbaserade utbildningar, filmer etc som är relevanta för verksamheterna inom vård och omsorg. Utbildningsportalen blir en del av medarbetarnas introduktion och säkerställer kompetensen på en grundnivå. Utbildningsportalen lanseras under 2025.

Övergripande kvalitetsråd

Kommunal regi: Inom vård och omsorg finns ett övergripande kvalitetsråd bestående av verksamhetscheferna för St Knut/Aspen, för Funktionsstöd & Myndighet samt för Extern regi, kvalitet och verksamhetsstöd. I kvalitetsrådet ingår även verksamhetscontroller samt medicinskt ansvarig sjuksköterska.

Kvalitetsrådets syfte är att vara ett forum för stabens och verksamheternas arbete med kvalitet. Målet är att skapa lärande och utveckling både på kort och lång sikt genom övergripande analyser och diskussioner om avvikelser, riskanalyser och egenkontroller i de kommunala vård- och omsorgsverksamheterna. Det övergripande kvalitetsrådet fastställer övergripande egenkontroller som samtliga verksamheter ska genomföra.

Övrigt

Inom äldreomsorgen har samverkan och utvecklingsarbete med utförarna fortgått under 2024 bland annat i det gemensamma kvalitetsrådet med utförare för hemtjänst och hemsjukvård. Syftet med dessa möten är att föra en dialog kring kvalitetsfrågor, gemensamma pågående eller planerade utvecklingsområden, samt informera varandra om nyheter inom verksamheterna.

3.5 Ledningens genomgång och sammanfattande bedömning, vård och omsorg

Ledningsgruppen ska en gång per år gå igenom ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete (enligt SOSFS 2011:9) för att säkerställa dess funktion och uppbyggnad på övergripande nivå. Vid ledningens genomgång deltar enhetschefer för presentation av sitt systematiska kvalitetsarbete under föregående år. Ledningsgruppen utvärderar kvalitetsledningssystemet, om det leder till ständiga förbättringar eller det finns behov av revideringar av kvalitetsledningssystemet.

Ledningens genomgång av kvalitetsarbetet under 2024 ledde till slutsatsen att verksamheterna sammantaget visar en fortsatt utveckling framåt. Verksamheterna bedriver ett tydligt förbättringsarbete mot bakgrund av riskanalyser, egenkontroller, avvikelser samt synpunkter och klagomål. Arbetet med att faktiskt dokumentera alla riskanalyser och egenkontroller samt vilka eventuella förbättringsåtgärder som beslutas behöver dock utvecklas ytterligare.

Alla verksamheter redovisar att de löpande diskuterar avvikelser på APT. Det är viktigt att hålla fast vid detta arbetssätt för att på sikt skapa en förståelse för det systematiska kvalitetsarbetet hos alla medarbetare. I några verksamheter rapporteras dock få avvikelser vilket tyder på att personalens har bristande förståelse för avvikelser och deras betydelse för kvalitets- och förbättringsarbete.

Tre övergripande åtgärder för fortsatt utveckling av det systematiska kvalitetsarbetet under 2025 beslutades:

- Dokumentation av riskanalyser, egenkontroller och förbättrande åtgärder är ett prioriterat område och ska löpande följas upp av det centrala kvalitetsrådet.
- Utbildningsinsats i de verksamheter där relativt få avvikelser rapporteras, utifrån grunderna i det systematiska kvalitetsarbetet men med stort fokus på avvikelshantering kopplat till förbättringsarbete.
- Ökat fokus på behov av riskanalyser kopplat till samverkan mellan verksamheter.