

TJÄNSTESKRIVELSE

2018-02-19

Social- och omsorgskontoret

Äldreomsorgsnämnden

Kvalitetsrapport - delrapport avvikelser, synpunkter, lex Sarah

Dnr: ÄON 18/013

Sammanfattning av ärendet

Socialstyrelsen har utfärdat föreskrift om ledningssystem för kvalitet, SOSFS 2011:9.

Socialstyrelsen definierar kvalitet enligt följande: *"att en verksamhet uppfyller de krav och mål som gäller för verksamheten enligt lagar och andra föreskrifter om hälso- och sjukvård, socialtjänst och stöd och service till vissa funktionshindrade och beslut som har meddelats med stöd av sådana föreskrifter. I föreskriften om ledningssystem framgår också att: "Arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet ska dokumenteras."*

Föreliggande rapport är en sammanställning av kvalitetsredovisningar från nämnden egna verksamheter, myndigheten för äldre och personer med funktionsnedsättning (MÄF), samt de externa verksamheterna som nämnden har avtal med.

Under 2017 har såväl myndigheten som nämndens egen verksamhet och de externa verksamheterna arbetat med en rad olika kvalitetshöjande aktiviteter och kompetensutveckling av personalen. Förbättringsarbetet har bl a resulterat i utveckling av arbetssätt och förbättrade rutiner. Det finns dock områden där verksamheterna behöver arbeta mer systematiskt och strukturerat för att ta kvalitetsarbetet till nästa nivå. Arbetet kring synpunkter/ klagomål och avvikelser behöver fortsätta under 2018 då det fortfarande är ett utvecklingsområde.

Beslutsunderlag

Tjänsteskrivelse daterad 19 februari 2018

Kvalitetsrapport daterad 19 februari 2018

Ekonomiska konsekvenser och finansiering

Ärendet ger inga ekonomiska konsekvenser.

Kontorets förslag till nämnden:

Äldreomsorgsnämnden godkänner Kvalitetsrapport 2017.



Lenita Granlund

Socialdirektör



Ann-Christine Mohlin

Verksamhetsstrateg

Handläggare: Ann-Christine Mohlin
Verksamhetsstrateg
Social- och omsorgskontoret/Staben
Telefon: 08-523 027 45
E-post: ann-christine.molin@sodertalje.se

Beslutet skickas till

Akten

Rapport | 2018-02-19

Kvalitetsrapport- delrapport avvikelser, synpunkter, lex Sarah

Äldreomsorg

Ann-Christine Mohlin
Verksamhetsstrateg
Kvalitets- och uppdragsenheten
ann-christine.molin@sodertalje.se

Innehållsförteckning

1. Sammanfattning	3
2. Inledning	3
3. Egenkontroll.....	3
4. Avvikelser	4
5. Klagomål och synpunkter	6
6. Missförhållanden enligt lex Sarah	7
7. Tillsyn	9
8. Kompetensutveckling och särskilda satsningar	9

1. Sammanfattning

Föreliggande rapport är en sammanställning av kvalitetsredovisningar från nämnden egna verksamheter inom äldreomsorg, myndigheten för äldre och personer med funktionsnedsättning (nedan kallad MÄF), samt för de externa verksamheterna som bedriver hemtjänst (Eveo, Attendo, Trea assistans) samt vård- och omsorgsboende (Ansvar&Omsorgs).

Under 2017 har såväl myndigheten som nämndens egna verksamhet och de externa verksamheterna arbetat med en rad olika kvalitetshöjande aktiviteter och kompetensutveckling av personalen. Förbättringsarbetet har bl a resulterat i utveckling av arbetssätt och förbättrade rutiner. Det finns dock områden där verksamheterna behöver arbeta mer systematiskt och strukturerat för att ta kvalitetsarbetet till nästa nivå. Arbetet kring synpunkter och klagomål och kvalitetsavvikelser behöver fortsätta under 2018 då det fortfarande är ett utvecklingsområde. Ett digitalt verktyg som hanterar avvikelser, klagomål och missförhållanden är en viktig framgångsfaktor för kvalitetsarbetet.

2. Inledning

Grunden för att utveckla och säkra kvaliteten i verksamheten är ett väl fungerade och systematiskt kvalitetsarbete. I detta arbete ingår att uppmärksamma och förebygga kvalitetsbrister och ta hand om synpunkter och klagomål i syfte att förbättra verksamheten för brukarna och minska risken för missförhållanden. I Socialstyrelsens föreskrifter för ledningssystem SOSFS 2011:9 anges att kvalitetsarbetet ska dokumenteras och att en sammanhållen kvalitetsberättelse bör upprättas varje år.

Kvalitetsrapporten är en sammanställning av inkomna redovisningar från nämndens egna verksamheter, myndigheten (MÄF), samt från externa verksamheter inom hemtjänst och särskilt boende.

3. Egenkontroll

Den som bedriver verksamhet enligt socialtjänstlagen ska utöva egenkontroll för att säkerställa att man följer aktuella lagar och föreskrifter samt att verksamheten är av god kvalitet.

Egenkontrollen kan se ut på många olika sätt, den kan exempelvis innehålla:

- Granskning av journaler, akter och annan dokumentation
- Mottagning och hantering av synpunkter och klagomål från brukare och anhöriga
- Jämförelse av resultat med andra kommuner, t ex i Kolada, Öppna jämförelser, eller med verksamhetens resultat från tidigare år.

Nämndens egen verksamhet och extern verksamhet

Verksamheterna inom äldreomsorg har inget gemensamt system för egenkontroll utom för avvikelser. Nya mallar används och rapporteras in månatligen. Områdeschefen har följt upp avvikelshanteringen systematiskt på månadsuppföljningar och på ledningsmöten.

När det gäller övrig egenkontroll arbetar en del verksamheter med sk drifttavlor som utgör verksamheternas egenkontroll det vill säga ett sätt att konkret följa de viktigaste processerna i verksamheten.

På drifttavlor följs t ex ärendemängd, in- och utflöde, utredningstider, uppföljning av insats och att brukare får de insatser som är beslutat varje dag eller vecka. De verksamheter som inte använder drifttavlor arbetar med egenkontroll på annat sätt.

De externa verksamheterna arbetar med egenkontroll på olika sätt. Attendo och Anvar&Omsorg har kvalitetsutvecklare inom företaget som bl a arbetar med verksamheternas egenkontroll. Övriga verksamheter har skapat egna modeller för sitt arbete med egenkontroll.

Myndigheten MÄF

Inom myndigheten arbetar man enligt LEAN filosofin, där det ingår att arbeta med ständiga förbättringar. Man använder s k drifttavlor som en del av egenkontrollen för att följa t ex utredningsprocessen och för att upptäcka och rätta till avvikelser på dag- och veckobasis. På drifttavlor följer man pågående ärendemängd, utredningstider, uppföljning av insatser etc. Samtliga team har regelbundna s k tavelmöten där ständiga förbättringar är en punkt på agendan. Arbetsättet gör att medarbetare blir involverade och man har ett tydligt forum för att arbeta med detta. Under 2017 har 199 förbättringsförslag inkommit (gäller hela myndigheten). Exempelvis har ett av förslagen inneburit att möblering i väntrum och samtalsrum setts över så att dessa ska upplevas mer välkomnade för besökarna.

Andra typer av exempel på förbättringsarbete som ständigt pågår är regelbundna metodmöten inom enheten för äldre och enheten för funktionsnedsättning, där är sätts fokus på att säkerställa att utredningsarbetet bedrivs likartat inom respektive enhet.

Brukarundersökningen

Resultaten från 2017 års nationella brukarundersökning har återförts till verksamheterna och de frågor där Södertälje ligger under länets medel eller där verksamheternas resultat visar en nedåtgående trend har analysarbete påbörjats. Det är dock viktigt att bryta ner resultaten på enhetsnivå för att få en mer djupgående förståelse för var bristerna finns.

4. Avvikelser

I alla verksamheter inträffar kvalitetsavvikelser, d v s. händelser som avviker från det som är fastställt i rutiner och arbetssätt och som drabbat eller riskerar att drabba enskilda brukare. Det kan exempelvis vara en planerad aktivitet som inte genomförts, olämpligt bemötande mot brukare eller anhöriga, bristande samverkan mellan olika verksamheter eller huvudmän som drabbar brukare. Utöver avvikelser som personalen själv rapporterar inkommer även klagomål och synpunkter från brukare och anhöriga som ska hanteras som en del i det systematiska förbättringsarbetet. Det är viktigt att verksamhetschefen har en överblick över inträffade avvikelser och att man regelbundet tillsammans med arbetslaget analyserar orsaker till hur det kunde hända. Åtgärder kan handla om att se över arbetsprocesser och rutiner så att de är aktuella och att förutsättningar finns (t ex i bemanning, kompetens) för personalen att utföra dem.

Verksamheter som rapporterar många avvikelser behöver inte betyda att de har sämre kvalitet, utan kan snarare vara ett tecken på att personalen är uppmärksam och noterar när insatser inte utförs med god kvalitet och enligt brukarnas genomförandeplan.

Under 2017 har nämndens egen verksamhet (utförare + myndighet) rapporterat 741 avvikelser, varav störst antal gällde brister i utförande av insatser (286) samt fysisk miljö, utrustning och teknik (257). Inom det sistnämnda området ses effekter av införande av digitalt system för tid- och insatsregistrering inom hemtjänsten. Det system som används fungerar inte alltid bra.

Externa verksamheter

Från externa verksamheter tre av fyra verksamheter redovisat avvikelser och åtgärder utifrån detta. En av verksamheterna redovisar noll avvikelser. Förklaringen kan vara att en del verksamheter inte har utarbetade rutiner för att dokumentera synpunkter och klagomål och vilka åtgärder man vidtagit. Vid uppföljningar både i intern och extern verksamhet diskuteras alltid arbetet med avvikelser och klagomål/synpunkter.

Flest avvikelser i extern verksamhet rapporteras i kategorin brister i utförandet av insatser, följt av bemötande.

Antal redovisade avvikelser per kategori

Kategori	Kommunal verksamhet, alla insatser	Externa boenden och dv
Bemötande av anställda till brukare och anhöriga	51	26
Rättssäkerhet vid handläggning	65	0
Utförandet av insatser	286	37
Fysisk miljö, utrustning och teknik	257	3
Samverkan	25	5
Övrigt ospecificerat	57	11

Exempel på förbättringsåtgärder från kommunala och externa verksamheter

- Handledning/utbildning i bemötandet till brukare/anhöriga
- Handledning kring enskilda brukare från demensteamet
- Dagplanering sammanställs och lämnas till chef varje vecka. Sammanställning tas också upp på APT, d v s resultat av planering/utfört arbete.
- Uppdatering av rutiner
- Möten om samverkan med myndigheten för att förbättrar kommunikationen och processflödet har påbörjats
- Avvikelser och förbättringar kommuniceras på brukarmöten, morgonmöten, APT – möten och på enskilda samtal med berörda medarbetare
- Handledning i omvårdnadsarbete
- Nya samverkansrutiner
- Nya samt omarbetade rutiner för att stärka rättssäkerheten.

5. Klagomål och synpunkter

Myndigheten har redovisat 3 inkomna synpunkter o klagomål under 2017, Intern verksamhet har redovisat 109 inkomna synpunkter o klagomål.

Exempel på förbättringsåtgärder, kommunal verksamhet

- Hembesök, ändrat i planeringen tid och dag
- Klagomål angående rökning och bilkörning från allmänheten – diskussion med medarbetare
- Klagomål angående sophantering från allmänheten – diskussion med medarbetare
- Diskuterat bemötande frågor och ordets betydelse i arbetsgruppen utifrån klagomål
- Hembesök och ny upprättad genomförandeplan
- Brukarmöten genomgång av brister för att få till förbättringar utifrån klagomål
- Diskussion på APT angående förhållningssätt

Externa verksamheter

Tre externa verksamheterna har redovisat antal inkomna synpunkter och klagomål samt exempel på åtgärder. Antalet uppgår till totalt 63 synpunkter/klagomål. En verksamhet svarar att de inte haft några klagomål och synpunkter. Liksom vid redovisning av avvikelser kan förklaringen vara att en del verksamheter inte har utarbetade rutiner för att dokumentera synpunkter och klagomål och vilka åtgärder man vidtagit. Vid uppföljningar både i intern och extern verksamhet diskuteras alltid arbetet med avvikelser och klagomål/synpunkter.

Exempel på förbättringsåtgärder i extern verksamhet

- Tätare uppföljning med personal.
- Tydligare överrapportering mellan dag och kvällspersonal.
- Kontaktperson har tätare kontakt/uppföljning med brukare
- Förbättring av rutiner och medvetandet kring rutiner gällande klagomål och synpunkter.
- Klagomål på mat. Samtal med anhöriga. Vi har matråd och representanter från boende är med, anhöriga var nöjda med samtal och senare uppföljning.
- Klagomål för utemiljö, växter, markplattor osv. Möte med fastighetsägare, markarbeten pågår

6. Missförhållanden enligt lex Sarah



Figur: Basen i kvalitetsarbetet är arbetet med avvikelser, synpunkter och klagomål.

Med missförhållande avses såväl utförda handlingar som handlingar som av försummelse eller av annat skäl underlåtit att utföras. Att rapportera missförhållanden och utreda händelser som *inneburit hot mot eller har medfört konsekvenser för enskildas liv, säkerhet eller fysiska och psykiska hälsa* (definition enl SOSFS 2011:5) tillhör det systematiska kvalitetsarbetet. Det kan exempelvis vara fysiska, psykiska och sexuella övergrepp, ekonomiska övergrepp (t ex stölder), brister i bemötande, rättsäkerhet vid handläggning eller brister i utförandet av insatser.

Nämnden har i oktober 2017 antagit Riktlinjer för avvikelser och missförhållanden enligt lex Sarah. Av riktlinjerna framgår att varje verksamhet ska ta fram en lokal rutin för rapportering av avvikelser och missförhållanden. Förbättringsarbete kring det praktiska arbetet med synpunkter och klagomål och kvalitetsavvikelser kommer att fortsätta under 2018 då det fortfarande är ett utvecklingsområde.

Alla som arbetar i verksamheten, både inom myndighet och utförarverksamhet oavsett regi, har en skyldighet att rapportera missförhållanden och påtagliga risker för missförhållanden. Enligt föreskriften ska den som bedriver verksamhet enligt SoL informera sin personal om rapporteringsskyldigheten minst en gång/år. Inom kommunens verksamheter utom myndigheten har man under 2017 genomfört information om lex Sarah för alla anställda. I extern verksamhet har tre av fyra verksamheter genomfört utbildning under 2017. Det är mycket viktigt att information ges varje år i alla verksamheter för att all personal ska ha kännedom om anmälningskyldigheten och kunskap om vad missförhållanden enligt lex Sarah innebär.

Rapporter som gäller händelser inom nämndens egna verksamheter utreds och bedöms av kvalitetsutvecklare i staben. Händelser som har medfört allvarliga konsekvenser eller risk för allvarlig konsekvens för brukaren ska anmälas till IVO. Under 2017 har nio rapporter om missförhållanden från äldreomsorgsnämndens egna verksamheter bedömts vara missförhållanden enligt lex Sarah, varav fyra var allvarliga som anmäldes till IVO.

Bedömningen om händelsernas allvarlighetsgrad är inte helt tydlig från Socialstyrelsen vilket kan göra att antalet missförhållanden som anmäls till IVO varierar något mellan åren.

I externa verksamhet är det verksamheten själv som ansvarar för att utreda missförhållanden och anmäla dessa till IVO. Verksamheten ska också informera den nämnd som är ansvarig för den drabbade brukaren. Under 2017 har nämnden fått kännedom om totalt sju missförhållanden i externa verksamheter. När kontoret får kännedom om upprepade missförhållanden i någon extern verksamhet kan det föranleda en särskild uppföljning av verksamheten.

Missförhållanden i kommunal verksamhet och extern verksamhet 2017

Kategori	Intern	Extern
Fysiska övergrepp (äv. våld mellan brukare)		1
Sexuella övergrepp		
Psykiska övergrepp		
Brister i bemötande		
Brister i rättssäkerhet vid handläggning och genomförande	4 (varav 3 allvarlig)	
Brister i utförande av insatser	2	4
Brister i fysisk miljö, utrustning och teknik	1 (varav 1 allvarlig)	1
Ekonomiska övergrepp (ex. stöld från brukare)	1	1
Annat (farligt beteende)		
Totalt	9 (varav 4 allvarlig)	9 (0 allvarlig)

Exempel på vidtagna åtgärder utifrån missförhållanden, både kommunala och externa verksamheter

- Bemanningen på enheten har setts över och nyrekrytering av handläggare har gjorts för att på så sätt minska arbetsbördan.
- Enheten har skapat en rutin för introduktion av konsulter.
- Enheten har skapat en checklista som fylls i av konsulter vid handläggning och sedan lämnas till ansvarig gruppleddare. Konsulternas arbete följs också på enhetens drifttavlor.
- Ny rutin för handläggning av asylärenden har upprättats
- Vikten av att dokumentera nogsamt då en brukare väljer att återta sin ansökan har förtydligats på APT. Handläggare ska i görligast mån försöka få in skriftligt återtagande av ansökan för att undvika oklarheter. Handledning i specifika frågor som missförhållandet handlat om, utbildning runt problemskapande beteende i bl a lågaffektivt bemötande samt genomgång av rutin gällande begränsningsåtgärder som lett till ökad kunskap och alternativ metoder istället för begränsningsåtgärder.
- Information angående hot och våld i nära relationer
- Förvaring av brukares medel i säkrare skåp, dit endast kassaansvarig har tillträde.
- Hantering av brukares privata medel följs enligt rutiner/riktlinjer som finns i Södertälje kommun. Uppföljning av dessa rutiner har gjorts med personalgruppen på ett APT.

7. Tillsyn

Inspektionen för Vård- och Omsorg (IVO) bedriver tillsyn ur ett brukarperspektiv och inriktar sig på sådant som är angeläget för enskilda och för grupper av människor. Klagomål på myndighet eller verksamhet kan också lämnas till JO som kan begära nämndens yttrande i ärendet. Omvårdnadsdelen inom interna och externa verksamheter har 2017 inte varit föremål för tillsyner från IVO eller JO-ärenden.

8. Kompetensutveckling och särskilda satsningar

Hemtjänsten internt har erbjudit chefer att gå utbildning i socialrätt och ledarskapsutbildning inom äldreomsorg. På vård- och omsorgsboenden har särskilda satsningar genomförts inom följande områden:

- Social dokumentation

Samtlig tillsvidareanställd personal har gått utbildning i social dokumentation. Utbildningens upplägg har gjorts med metodutvecklare och resultatenhetschefer. Utbildningen har varit mycket uppskattad av medarbetare. Dokumentationen görs på nytt sätt för verksamheten, enligt livsområden med en ny digital genomförandeplan och dokumentationsmall som sätter individens behov i fokus. Förhoppningen är att vi kommer att kunna dokumentera digitalt i ett system enligt IBIC under nästa år. Till i dag har den sociala dokumentationen och upprättande av genomförandeplan skett med penna och papper.

- **Mat och måltidssituation**

I stort sett all personal har gått utbildningen om mat och måltidssituation och stort fokus kommer 2018 att ligga på äldres hälsa och kost. Utbildningen syftar till vad personal behöver göra för att brukarens upplevelse kring måltiden ska bli god.

En dietist anställdes i början av året. Dietisten har gjort inventeringar på köken samt haft ett projekt gällande att erbjuda två måltider samt ett projekt kommer utföras i januari 2018 kring att öka antalen näringsriktiga mellanmål. Dietisten har även haft utbildning och träffar med kostombud.

Myndigheten har gjort en satsning på kompletterande utbildningar inom socialrätt för att säkerställa att medarbetarna har rätt kompetens för uppdraget. MÄF har svårt att rekrytera personal med socionomutbildning till handläggartjänsterna vilket har inneburit att medarbetare med annan utbildning som bedömts likvärdig har rekryterats, t ex jurist, statsvetare, beteendevetare. Ett fortsatt fokus har varit på att säkerställa en rättssäker handläggning genom att arbeta aktivt med att utveckla rutiner i ledningssystemet för kvalitet. Enheten har även inrättat en förbättringsgrupp med fokus på rättspraxis som ska säkerställa att handläggarna är uppdaterade om rättsläget och aktuella domar inom området.

Externa verksamheter

Flertalet av de externa verksamheterna har redovisat sina utbildningar och särskilda satsningar under 2017. Nedan följer exempel på genomförd kompetensutveckling

- Demens ABC.
- Anhörighetsstöd utbildning, tre har gått på denna utbildning och sedan utbildat övrig personal.
- Språkhandledningsutbildning, fyra från personalen har gått denna utbildning och sedan utbildat övrig personal.
- Värdegrundsutbildning.
- Kravmärkt yrkesroll, validering under våren.
- Information gällande avvikelser, hot/våld, Lex Sarah.