2018-02-16
Tjänsteskrivelse

Kontor
Social- och omsorgskontoret

Handläggare
Lena Pinner
08-5230 2272

Omsorgsnämnden

Kvalitetsrapport
Delrapport avvikelser, synpunkter, lex Sarah

Dnr: OMS 2018/016

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 nämndens egna verksamheter för personer med funktionsnedsättning (nedan kallad VFF), myndigheten för personer med funktionsnedsättning (nedan kallad MÄF), samt för flertalet av de externa enskilda verksamheterna som nämnden har ramavtal 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 metoder för ökad delaktighet och inflytande 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.

Social- och omsorgskontoret föreslår att nämnden godkänner rapporten.

Beslutsunderlag
Social- och omsorgskontorets tjänsteskrivelse, daterad 2018-02-16
Kvalitetsrapport daterad 2018-02-16

Ekonomiska konsekvenser och finansiering
Ärendet har inga ekonomiska konsekvenser eller behov av finansiering.

Social- och omsorgskontorets förslag till nämnden:

1. Nämnden godkänner Kvalitetsrapport 2017.

Lenita Granlund
Socialdirektör

Lena Pinner
Kvalitetsutvecklare

Beslutet expedieras till:
Kommunstyrelsen
Kommundelsnämnderna
KHR
Akten

Social- och omsorgskontoret

Södertälje kommun

Rapport | 2018-02-16

Kvalitetsrapport 2017

Delrapport avvikelser, synpunkter, lex Sarah
Omsorg om personer med funktionsnedsättning

Lena Pinner
Kvalitetsutvecklare SK/Stab
Lena.pinner@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 8
7. Tillsyn 10
8. Kompetensutveckling och särskilda satsningar 11
9. Verksamhetsuppföljning 13

1. Sammanfattning

Föreliggande rapport är en sammanställning av kvalitetsredovisningar från nämndens egna verksamheter för personer med funktionsnedsättning (nedan kallad VFF), myndigheten för personer med funktionsnedsättning (nedan kallad MÄF), samt för flertalet av de externa enskilda verksamheterna som bedriver bostad med särskild service och daglig verksamhet enligt LSS.

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 metoder för ökad delaktighet och inflytande 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 (VFF), myndigheten (MÄF), samt från flertalet av de externa enskilda verksamheter som kommunen har ramavtal med. Två (av 15) enskilda verksamheter som bedriver bostad med särskild service enligt LSS har inte lämnat någon kvalitetsrapport till kontoret.

3. Egenkontroll

Den som bedriver verksamhet enligt socialtjänstlagen eller LSS 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. Kolada, Öppna jämförelser, eller med verksamhetens resultat från tidigare år.

Nämndens egen verksamhet
Verksamheten VFF har ett system för egenkontroll som innebär att enhetscheferna varje månad rapporterar in uppgifter till ett gemensamt kvalitetssystem enligt olika variabler. Status följs upp av resultatområdeschef och återkopplas till områdets ledningsgrupp där beslut fattas om förbättringsåtgärder vid behov. En annan egenkontroll utgörs av stickprovsgranskning av dokumentation och genomförandeplaner som görs en gång per år av verksamhetsutvecklaren.

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 drifttavlorna följer man pågående ärendemängd, utredningstider, uppföljning av insatser etc. Samtliga team har regelbundna s.k. tavelmöten där ständiga förbättringar är en punkt på agendan. Vid mötet framför medarbetare sina förbättringsförslag utifrån t.ex. avvikelser som inträffat. Förslagen sätts upp på tavlan och man beslutar vem som är ansvarig för att genomföra förbättringen och tidpunkt när det ska vara klart. Arbetssättet gör att medarbetare blir involverade och man har ett tydligt forum för att arbeta med detta. Under 2017 har 199 förbättringsförslag inkommit. Exempelvis har ett av förslagen inneburit att möblering i väntrum och samtalsrum setts över så att dessa ska upplevas mer välkomnade för besökarna.

Andra exempel på egenkontroll är att MÄF vid två tillfällen under året har genomfört en enkät gällande bemötande gentemot brukare. Kollegiegranskning har också genomförts där handläggare granskat andra handläggares dokumentation och utredningar.

Brukarundersökning
Brukarnas upplevelse av delaktighet, trygghet och trivsel har mätts genom en nationell brukarundersökning som omfattar vuxna med insatserna bostad med särskild service (gruppbostad och servicebostad) och daglig verksamhet enligt LSS, samt boendestöd enligt Socialtjänstlagen. Enkäten har utarbetats av SKL och började användas i full skala 2016.

År 2017 deltog 102 av Sveriges kommuner i undersökningen, däribland Södertäljes kommunala verksamheter. Enkäten kan besvaras muntligt eller skriftligt, på dator eller på papper, med eller utan pictogrambilder som stöd. Enkäten innehåller frågor som t.ex. Får du den hjälp du vill ha? Får du bestämma om saker som är viktiga för dig? Känner du dig trygg hemma?

I de kommunala verksamheterna har totalt 338 brukare (48 % av alla) besvarat enkäten 2017. Resultat från alla deltagande kommuner i riket finns samlade i kommun- och landstingsdatabasen Kolada. Nämnden fått resultatet i separat utskick i samband med nämndmöte i feb 2018.

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 resultatenhetschefen/verksamhetchefen har en överblick över inträffade avvikelseer 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 179 avvikelser, varav störst antal gällde brister i utförande av insatser (68) samt rättssäkerhet (69).

Externa verksamheter

Från externa verksamheter med boende har sju verksamheter redovisat avvikelser och åtgärder utifrån detta. Fyra av verksamheterna redovisar 0 avvikelser och fyra har ej besvarat frågan, vilket kan bero på att de inte har rutiner och vana vid att dokumentera och analysera kvalitetsavvikelser. Från daglig verksamhet har 11 verksamheter redovisat avvikelser och åtgärder, medan 2 verksamheter redovisar 0 avvikelser.

Flest avvikelser i extern verksamhet rapporteras i kategorin brister i utförandet av insatser, följt av bemötande. Ett stort antal avvikelser är ospecificerade.

Antal redovisade avvikelser per kategori

Kategori	Kommunal verksamhet, alla insatser	Externa boenden och dv
Bemötande av anställda till brukare och anhöriga	26	90
Rättssäkerhet vid handläggning	69	6
Utförandet av insatser	68	294
Fysisk miljö, utrustning och teknik	9	73
Samverkan	7	34
Övrigt ospecificerat		633

Exempel på förbättringsåtgärder från kommunala och externa verksamheter

- Utbildning runt problemskapande beteende i bl a lågaffektivt bemötande.
- Ökad samverkan med bl a myndigheten och handläggare, samverkansmöten har genomförts.
- Myndigheten startade "Dom gruppen" som har uppgift att följa och förmedla rättsutvecklingen dvs. sammanställa domar och andra rättsliga ställningstaganden för att säkerställa en rättsäker handläggning och bedömningsprocess.
- Ökad delaktighet för brukarna vid anställning av nya medarbetare, delaktighet av de boende med individuella genomförandeplaner samt uppföljningar, gemensam planering för värdegrund och bemötande med de boende.
- De flesta avvikelserna står för att rutiner inte följts/missats. Det kan vara att det saknas journalanteckningar för utförd insats, aktivitet har blivit inställd pga att en vikarie inte har körkort, planerad insats har inte blivit utförd av olika anledning. Projekt för att höja kvalitén på journalföring pågår. Inför 2018 planeras projekt för att öka brukarnas delaktighet och utveckla genomförandeplanerna.
- Handledning, Utbildning i konflikthantering, Hot och våld, Åtgärd av fel i fysisk miljö, utrustning, Konflikthanteringsutbildning. Samtal i arbetsgrupp med handledning.
- Följer upp insatser som inte är gjorda. Nya insatsmätningar utifrån vad boenden behöver. Förbättrade rutiner kring möten och kontakter med boende och anhöriga/föräldrar.
- Förbättrad samverkan med skola/dagverksamhet och läkarkontakter.
- Satsning på förbättring av lokaler för att minska konflikter. Förbättrad struktur och förutsägbarhet för brukarna. Förbättrade rutiner samt veckoscheman för alla brukare.
- Handledning runt enskilda brukare och även i metoder och bemötande, Utbildning i konflikthantering, hot och våld, Åtgärd av fel i fysisk miljö, utrustning och teknik.
- Tar hjälp av stödkommunikation när det är ex fika. Förkortad arbetsdag för att orka dagen bättre. Lagt in små korta samtal med enskild person för att få en bättre start på dagen.
- Analys av samverkan, därefter samtal med berörda parter.
- Samtal angående förhållningssätt, bemötande och etik i det dagliga arbetet.

5. Klagomål och synpunkter

Myndigheten har redovisat 17 inkomna synpunkter och klagomål under 2017, varav flera handlar om bristande samverkan. Myndigheten har påbörjat arbete med rutiner gällande samarbete mellan MÄF och Barn och Ungdomsenheten. Rutiner kommer vara klara januari 2018.
Arbete med rutiner för samarbete med Vuxenenheten har påbörjats och blir klara under 2018.

Verksamheten VFF har redovisat 21 inkomna synpunkter och klagomål.

Exempel på förbättringsåtgärder, kommunal verksamhet

Uppdaterade rutiner efter klagomål på städning

Samtal med berörda då klagomål handlade om bemötande

Samtal med fastighetsförvaltare och hyresvärd om gränsdragning som lett till bättre samverkan

Samtal med berörda för att tydliggöra vårt uppdrag, bättre samverkan med godeman

Klagomål från brukare på chefsomsättning. Information om situation, tät kontakt och plan för omstart av ärendet.

Externa verksamheter

Elva (11) av de enskilda verksamheterna har redovisat antal inkomna synpunkter och klagomål samt exempel på åtgärder. Antalet varierar stort, från 1 - 151 synpunkter/klagomål per verksamhet. Även positiv feedback ingår bland synpunkterna.

Tolv (12) verksamheter svarar att de inte har haft några (0) klagomål och synpunkter och några verksamheter har inte besvarat frågan. Liksom vid redovisning av avvikelser kan förklaringen vara att en del verksamheter inte har upparbetade rutiner för att dokumentera synpunkter och klagomål och vilka åtgärder man vidtagit.

Exempel på förbättringsåtgärder i extern verksamhet

- ”Företaget har inte haft en strukturerad dokumentation av klagomål/synpunkter före december 2017. Klagomål/synpunkter har inkommit till enhetscheferna på olika vägar och hanterats omgående, ev. åtgärdats och återkopplats snarast. Sedan december dokumenteras dessa systematiskt och samlas in av kvalitetsansvarig. För att skapa ännu en kanal för att säga sin mening har en drop box inrättats på företagets hemsida där man enkelt kan lämna synpunkter. De skickas vidare till berörd enhetschef för hantering och återkoppling om man så önskat.”

- Dokumenterade klagomål från de boende efter informationssatsning till anställda och brukare om att synpunkter och klagomål ska dokumenteras både i stort och smått. Klagomålen och synpunkterna gäller grannar, lokaler, mat, tider mm. Dessa har behandlats på boendemöten och gemensamma lösningar har hittats för förbättringar.

- Stärkta städrutiner, samtal med lokal vägförening kring belysning på vägen till verksamhet, förstärkt administrativ tid i boendena.

- Klagomål från brukare ang. mat: försökt ändra menyn, erbjuda alternativ, uppmuntra ta med matlåda. Klagomål från brukare om schema: ändrat gruppsammansättning/verkstad. Klagomål från brukare andras uppträdande: enskilda/grupp-samtal kring trivselregler, gränssättning mm. Klagomål från god man avseende bemötande från personal vid telefonsamtal – bjudit in till möte för att reda ut frågan, talat med personalen.

- Schemaändringar för vissa brukare. Anpassade arbetstider för vissa brukare, Tillgänglighetsanpassning. Planerat att inskaffa låsbara förvaringsskåp i verkstadshuset.

Anpassade matsituationer och rutiner vid lunch. Ökat deltagande i aktiviteter utanför verksamheten.

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

6. Missförhållanden enligt lex Sarah

Med missförhållande avses såväl utförda handlingar som handlingar som av försummelse eller av annat skäl underlåtits 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 LSS eller SoL informera sin personal om rapporteringsskyldigheten minst 1 gång/år. Inom kommunens verksamheter och myndighet har man under 2017 genomfört information om lex Sarah för alla anställda. I extern verksamhet svarar 16 av 24 verksamheter att de har genomfört utbildning under 2017, medan 8 verksamheter svarar att de inte har haft detta.

Det är mycket viktigt att information ges varje år i alla verksamheter för att all personal ska ha kännedom om anmälningsskyldigheten 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 20 rapporter om missförhållanden inkommit från Omsorgsnämndens egna verksamheter. Efter utredning bedömdes 13 av dessa som missförhållanden enligt lex Sarah, varav 4 var allvarliga som anmäldes till IVO. Att antalet missförhållanden är något högre i år än de senaste åren kan bero på ökad rapportering. Bedömningen om händelsernas allvarlighetsgrad är inte helt tydlig från Socialstyrelsen vilket kan göra att antalet missförhållanden som anmäls till IVO varierar något mellan åren.

Missförhållanden i kommunal verksamhet åren 2015 - 2017

Kategori	2015	2016	2017
Fysiska övergrepp (äv. våld mellan brukare)		3	1
Sexuella övergrepp		1	
Psykiska övergrepp			
Brister i bemötande		1	
Brister i rättssäkerhet vid handläggning och genomförande	2 (varav 1 allvarlig)	1	3
Brister i utförande av insatser	3	3	7 (varav 4 allvarliga)
Brister i fysisk miljö, utrustning och teknik	1		
Ekonomiska övergrepp (ex. stöld från brukare)	4		2
Annat (farligt beteende)			
Totalt	**10** (varav 1 allvarlig)	**9** (0 allvarlig)	**13** (varav 4 allvarliga)

Extern verksamhet

I enskild 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 7 missförhållanden i enskild verksamhet, varav 5 inom boendeverksamheter, samt 2 inom dagliga verksamheter.

Händelserna har gällt sexuella övergrepp (3), brister i bemötande (2), brister i utförande (1), samt farligt beteende (1). När kontoret får kännedom om upprepade missförhållanden i någon enskild verksamhet kan det föranleda en särskild uppföljning av verksamheten.

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

- 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.
- Genomgång av rutin för privata medel och uppdatering av rutiner för att säkra handhavandet av brukares medel.
- Nya rutiner införs med syfte att skydda både personal och brukare från (anklagelser om) sexuella övergrepp. Ökad egenkontroll. Förnyad utbildning av all personal kring bemötande och lex Sarah.
- En medarbetare har fått sluta. Handledning och samtal i grupp och enskilt med medarbetare. Genomgång av befintliga rutiner och metoder,
- Bättre och noggrannare uppföljningar på enskild brukares rutiner, Återkommande punkt/diskussioner på möten om hur vi förebygger missförhållanden.
- Utbildning i bemötande och förhållningssätt, Kartläggning och metodutveckling,
- En omfattande utredning med alla berörda parter har genomförts. Två brukare inblandade, den ene kränkte den andre.
- Bättre och noggrannare uppföljningar på den enskildes rutiner, Återkommande diskussioner på våra möten om hur vi kan förebygga missförhållande.

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.

JO-ärenden aktuella under 2017 gällande myndigheten

- Klagomål ang. rättssäkerhet från brukarens anhöriga. Svar inkommer 2017-02-13 från JO: "…finner inte tillräcklig anledning att vidta någon ytterligare åtgärd eller att göra något uttalande i saken."

- Klagomål ang. handläggning av ärende (minskning av antalet assistanstimmar) från enskild. Svar inkommer 2017-02-10 från JO: "…det som du anfört ger inte tillräcklig anledning till någon annan åtgärd…".

- Klagomål ang gruppchef gällande handläggning av ärende. Svar inkommer 2017-02.03 från JO "..det som ni har anfört ger inte tillräcklig anledning till någon annan åtgärd".

- Klagomål ang. nämndens hantering av ansökan om personlig assistans. Anmälan gjordes av Elfa Assistans Inget beslut har kommit in.

Tillsynsärenden från IVO

- Tillsyn avseende rapportering under 2014 av ej verkställda beslut enl. SoL och LSS. Ärendet avslutat feb.2017. IVO konstaterar att nämnden har utarbetade rutiner för uppföljningen av beslutade insatser och rapporteringen av ej verkställda beslut.

- Verksamhetstillsyn gällande samverkan mellan socialtjänstens barn och ungdomsenhet och myndigheten LSS kring en brukare. Inkommer ett beslut från IVO den 2017-08-25 att ärendet avslutas utan åtgärd.

- En extern verksamhet har rapporterat att de har haft tillsyn utifrån två klagomål på utförandet av insatsen. Ett ärende är avslutat utan krav på åtgärd från IVO. Det andra ärendet har ännu ej avgjorts av IVO.

8. Kompetensutveckling och särskilda satsningar

Verksamheten för personer med funktionsnedsättning (VFF) har använt Forum Carpes utbud av utbildningar för att öka kompetensen hos medarbetare i olika ämnen. Forum Carpe är finaniserat av kommunerna i Stockholms län och har i uppdrag att anordna kurser och kompetensutveckling för personal på olika nivåer inom funktionshinderområdet. Dokumentationsutbildning har genomförts på enhetsnivå. Alla chefer har fått ökad kompetens runt Samordnad individuell plan (SIP). En utbildning genomfördes tillsammans med LSS-handläggare, vilket har medfört att fler brukare med behov av SIP har fått en sådan upprättad under året.

Verksamheten har under året fokuserat på arbetet kring att öka brukarnas möjlighet till delaktighet och självständighet. Det handlar om utveckling av metoder för att tydliggöra brukarnas vardag och ge dem möjlighet till alternativ kommunikation genom bilder, sociala berättelse och genom att använda digitala hjälpmedel. Satsning har gjorts på att få brukaren delaktig i framtagandet av sin genomförandeplan. Dokumentationen ska också bli bättre så att man kan följa brukarens väg mot de utsatta målen. Ökad kompetens runt genomförandeplan och dokumentation har lett till ökat fokus på att följa brukarens mål i dokumentationen. Verksamhetsutvecklare har varit ute i de olika arbetsgrupperna och handlett i specifika brukarfrågor och gett stöd i metodframtagande. Kommundoktorand har återkopplat till enheterna i olika forum om sin forskning runt brukardelaktighet och maktförhållande mellan medarbetare och brukare. Metodombud och stödpedagoger som finns i olika boendeenheter har arbetat med att ge varje brukare rätt förutsättningar för ökad delaktighet och inflytande.

Effekter av detta arbete har visat sig i att många brukare har fått ökad möjlighet till kommunikation och möjlighet att göra egna val, exempelvis på fritiden. Resultat syns även i minskat antal hot och våld situationer och ökat utbud av aktiviteter för brukare. Detta är ett långsiktigt arbete som förväntas förbättra resultaten om delaktighet och inflytande i brukarundersökningen framöver.

Myndigheten har gjort en satsning på kompletterande utbildningar inom socialrätt och LSS 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. Rutingruppen på enheten för funktionsnedsättning har uppmärksammats för detta genom att få Omsorgsnämndens innovationsutmärkelse. Enheten har även inrättat en förbättringsgrupp med fokus på rättspraxis som ska säkerställa att handläggarna är uppdaterade om rättsläget och aktuella domar inom området.

Enskilda verksamheter – Bostad med särskild service och daglig verksamhet
Flertalet av de enskilda verksamheterna som nämnden har ramavtal med har redovisat sina utbildningar och särskilda satsningar under 2017. Nedan följer exempel på genomförd kompetensutveckling:

- Autismutbildning- uppföljning, Kognitiva kartläggningar, "Mitt Liv" utbildning – evidensbaserad metod, Handledning "Mitt Liv"
- En samordnare och en chef har gått utbildning i LSS 7,5 hp på Ersta Sköndal högskola, Fem enhetschefer har gått en utbildning i PFA, Pedagogiskt Förhållnings och Arbetssätt,
- Utbildning i Konflikthantering, hot och våld, Extern handledning, Läsutbildning,
- LSS utbildning 7,5 hp (Husansvarig)
- Föreläsningsserien Spira utbildningar (alla medarbetare erbjuds deltaga)
- Konflikthanteringsutbildning för några arbetsgrupper,
- Utbildning ADHD och Asperger,
- Kurs i hot och våld, fortbildningskurs.
- Social dokumentation,
- Lågaffektivt bemötande och kommunikationsutbildning,
- Läkepedagogisk och socialterapeutisk fortbildning,
- Gemensamt teaterprojekt boende och medarbetare
- Extern handledning kontinuerligt under hela året, MI-utbildning - "Motiverade samtal"
- LSS-utbildning 7,5 hp 2 pers
- Konflikthantering, hot och våld, Extern handledning, LÄS utbildning
- Kurs Lex Sara och dokumentation, handledning
- Grundkurs i lågaffektivt bemötande, Handledning 5 gånger under året för medarbetargruppen

9. Verksamhetsuppföljning

I nämndens plan för uppföljning finns en rullande planering för vilka insatser som ska följas upp under året. Genom ramavtal med externa verksamheter samt lagstiftning och övriga regelverk regleras formerna för kommunens insyn och hur verksamheterna ska bedrivas. Uppföljningen av verksamheter med insatsen Bostad med särskild service enligt LSS har skett under november - december 2017. En särskild rapport om uppföljningen ska lämnas till nämndens i mars 2018. Totalt besöktes 17 verksamheter och ansvarig chefer intervjuades, varav 15 externa verksamheter och två från kommunens egna verksamheter. Fokus i uppföljningen var hur man arbetar med inflytande, delaktighet och kommunikation med brukarna. Uppföljningen omfattade också en granskning av genomförandeplaner (två exempel per verksamhet har samlades in).

Alla som blivit intervjuade har varit engagerade och visat ett stort intresse att ge sina brukare en god omsorg. Frågorna om inflytande och delaktighet upplevs som viktiga och intressanta att arbeta med, liksom att utveckla kommunikationen med alla brukare oavsett funktionsnivå. Övergripande bedömning är att verksamheterna, såväl interna som externa, håller en god kvalitet och har fokus på brukarnas behov. Vad som skiljer verksamheterna åt är hur man väljer att utforma verksamheten beroende på ideologi (t.ex. socialterapi) och värdegrund.

Alla verksamheter kommer att få en kortare skriftlig återkoppling utifrån uppföljningen. Under 2018 kommer kontoret att anordna utförarmöte där både kommunens egen verksamhet och externa boendeverksamheter bjuds in för att diskutera aktuella och gemensamma frågor, exempelvis hur man kan förbättra arbetet med genomförandeplaner.