

Kvalitetsberättelse 2018

Vård- och omsorgsförvaltningen

Dnr: VON/2019:43-700

Datum: 2019-04-25

Handläggare: Emma Odén och Lars Carlberg

Behandlad av vård- och omsorgsnämnden 2019-04-25

Sammanfattning

Kvalitetsberättelsen beskriver det övergripande kvalitetsarbetet inom vård- och omsorgsförvaltningen under kalenderåret 2018. I berättelsen framgår hur det systematiska och fortlöpande kvalitetsarbetet bedrivits under året, vilka åtgärder som vidtagits samt vilka resultat som uppnåtts. Ett arbete pågår med att revidera förvaltningens kvalitetsledningssystem samt det övergripande styrdokumentet. Arbetet omfattar bland annat fortsatt framtagande av processbeskrivningar och revidering av rutiner. Processer och rutiner behöver också åskådliggöras och göras lättare tillgängliga på intranätet. Underlag för risk- och konsekvensanalyser på organisatorisk nivå finns och har använts inför till exempel organisationsförändringar. Under året har stor vikt lagts vid att utveckla förvaltningens hantering av avvikelser. En uppföljning av den nya ledningsorganisationen som trädde i kraft i maj 2017 har genomförts under året. Resultatet används för att ta fram fokusområden inom kvalitetsarbetet.

Kvalitetsberättelsen belyser utvalda delar av genomförda egenkontroller och resultat utifrån kvalitetsmålen. Under året har det bland annat genomförts arbete med inriktning på att förbättra sociala aktiviteter bland annat genom att erbjuda fler aktiviteter på särskilt boende för äldre. Brukarnöjdheten har även ökat när det gäller upplevelsen av erbjudna sociala aktiviteter på särskilda boenden. Inom medborgarfunktionen har insatserna social tid, promenad och ledsagning granskats. Även inom funktionsstöd har en brukarenkät genomförts som bland annat handlar om hälsa och möjligheter till aktiviteter, just för att förbättra aktiviteter. Resultaten från olika egenkontroller visar att det finns stora skillnader mellan olika boenden och enheter vad gäller till exempel brukarnöjdhet. Under året har arbete inletts inom medborgarfunktionen med att systematiskt följa upp individärenden för att säkerställa god omvårdnad och insatser. På utförarsidan sker granskning av social dokumentation, utifrån bland annat delaktighet och nattperspektiv. Även andra former av egenkontroll har genomförts under året, och utifrån resultatet har förbättringsåtgärder tagits fram.

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) har gjort tillsyn under 2018. IVO avslutar ärendet och bedömer att redovisade åtgärder i lex Sarah anmälningar har genomförts tills största delen. Vidare bedömer IVO att nämnden behöver utveckla sitt arbete med uppföljningar av åtgärder från lex Sarah-ärenden med fokus på att de fått avsedd effekt, samt att arbetet med att sprida kunskap om händelserna och vidtagna åtgärder behöver utvecklas.

Innehåll

SAMMANFATTNING	2
INNEHÅLL	3
INLEDNING	4
Innehåll och upplägg.....	4
VÅRD- OCH OMSORGSFÖRVALTNINGENS KVALITETSARBETE	4
Övergripande mål och strategier.....	4
Organisation och ansvar för kvalitetsarbetet	4
Urval av årets viktigaste kvalitetshändelser och resultat.....	5
Ledningssystem	6
Samverkan	8
Systematiskt förbättringsarbete	9
RESULTAT OCH ANALYS	11
Egenkontroll	11
Riskanalys.....	23
Klagomål och synpunkter	23
Avvikelser.....	24
Lex Sarah	26
Tillsyn från Inspektionen för vård och omsorg (IVO).....	28
MÅL OCH AKTIVITETER FÖR KOMMANDE ÅR	29

Inledning

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

Innehåll och upplägg

Kvalitetsberättelsen beskriver vård- och omsorgsförvaltningens kvalitetsarbete under kalenderåret 2018. I berättelsen framgår vad förvaltningen har vidtagit för åtgärder för att säkra en god kvalitet samt för att minimera risker och negativa händelser. Kvalitetsarbetet redovisas på en förvaltningsövergripande nivå samt att det görs några fördjupningar inom ett par centrala områden i kvalitetsarbetet.

Vård- och omsorgsförvaltningens kvalitetsarbete

Övergripande mål och strategier

Kommunplan, vård- och omsorgsnämndens plan med budget 2018-2020 och kommunens värdegrund är verksamhetens övergripande styrande dokument. Vård- och omsorgsförvaltningen har även flera strategier att arbeta utifrån, som strategi för välfärdsteknik, läns gemensam strategi i samverkan för stöd till anhöriga, kulturstrategi för barn och unga och boendestrategi för äldre. Det finns också ett övergripande inriktningsdokument i form av en handlingsplan för jämställdhet enligt CEMR¹ som förvaltningen ska följa i sitt arbete. De långsiktiga strategierna och kvalitetsmålen stödjer verksamheten i att ständigt förbättra kvalitén på den vård- och omsorg som tillhandahålls brukarna. Insatser inom vård och omsorg ska vara av god kvalitet. Med kvalitet avses att verksamheten uppfyller de krav och mål som gäller enligt lagar och andra föreskrifter för verksamheten samt politiska beslut. Stöd, vård och omsorg ska vara utifrån den enskildes behov och förutsättningar, den enskilde ska vara delaktig och ha ett meningsfullt liv. Vård och omsorg är en relationell verksamhet där god kvalitet skapas i mötet mellan brukaren och medarbetaren.

Organisation och ansvar för kvalitetsarbetet

Kvalitetsarbetet ska ingå som en integrerad del i verksamheternas arbete och ha koppling till arbetsmiljöarbetet och budgetarbetet. Den som bedriver verksamheten har enligt SOSFS 2011:9, 3 kap. 1 §, ansvar för att det finns ett ledningssystem för verksamheten. Ledningssystemet ska användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet. Ledningssystemet ska möjliggöra för ledningen att styra verksamheten så att rätt sak görs vid rätt tillfälle och på rätt sätt. Det ska vara ordning och reda i verksamheten, där det finns en struktur för verksamhetens ledning och styrning samt ett kontinuerligt förbättringsarbete.

Vård- och omsorgsnämnden

Vård- och omsorgsnämnden fastställer kvalitetsledningssystemet.

¹ Katrineholms kommun har undertecknat CEMR-deklarationen (Den europeiska deklarationen för jämställdhet mellan kvinnor och män på lokal och regional nivå). CEMR-deklarationen ska ses som en fortsättning av Katrineholms kommuns arbete med genusmedveten styrning och är ett ytterligare verktyg i jämställdhetsarbetet.

Förvaltningschef

Förvaltningschef har det yttersta ansvaret för att med stöd av ledningssystemet planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten.

Verksamhetschefer

Verksamhetschefer har ett strategiskt och samordnande ansvar för sitt verksamhetsområde och ansvarar för att säkerställa att kvalitén i verksamhetsområdet är god. De ansvarar för att samordna kvalitetsarbetet och säkerställa att det systematiska förbättringsarbetet fungerar. Verksamhetscheferna ska kunna redogöra för hur respektive verksamhetsområde arbetar för att åtgärda och förebygga avvikelser och se möjligheter till förbättringar på organisatorisk och strukturell nivå.

Enhetschefer

Enhetschefer har ett strategiskt och operativt ansvar för sina enheter. Enhetscheferna ansvarar för att säkerställa att kvalitén på enheterna är god, driva det lokala kvalitetsarbetet och säkerställa att det systematiska förbättringsarbetet fungerar. Enhetscheferna ska åtgärda och förebygga avvikelser och se möjligheter till förbättringar på organisatorisk och strukturell nivå. Det kan till exempel handla om förändrade arbetsätt och rutiner.

Medarbetare

All personal ska medverka i och bidra till utveckling av kvalitetsarbetet. Följa riktlinjer och rutiner som styr verksamheten. Samtliga medarbetare har en skyldighet att rapportera avvikelser och tillbud.

Ansvarsfördelning finns beskriven i gällande styrdokument men det pågår en översyn av organisation och ansvar för kvalitetsarbetet. En omorganisation genomfördes 1 maj 2017. Den nya ledningsorganisationen följdes upp under hösten 2018 för att ta tillvara på medarbetares och chefers åsikter kring förändringen. I uppdraget ingår även att presentera olika förbättringsområden som framkommit. Under 2019 analyseras materialet i uppföljningen vidare, resultaten kommuniceras ut i organisationen och fokusområden tas fram att arbeta vidare med. Som en del i detta arbete kommer styrdokumentet *Kvalitetsledningssystem inom vård- och omsorgsförvaltningen* att revideras.

Urval av årets viktigaste kvalitetshändelser och resultat

- Under året har verksamhetsområdena fortsatt arbetet med att kartlägga processerna inom sina områden och arbetar med att ta fram processbeskrivningar för dessa.
- Det har varit fortsatt arbete med att förbättra den sociala dokumentationen, där det har genomförts kvalitetsgranskningar för att se vad som behöver förbättras. Arbetet med dokumentationsstödjare och enhetschefer har fortsatt under året. Dokumentationsstödjarna ska ge omvårdnadspersonal stöd i vardagen med den sociala dokumentationen.
- Enhetscheferna rapporterar månadsvis inom sitt område genomförda egenkontroller. Det pågår ett arbete med att se över vad som ska ingå i månadsrapporteringen och vilka egenkontroller som ska genomföras för att bättre följa och säkra kvaliteten i verksamheterna.

- Samtliga verksamhetsområden har infört kvalitetsråd under året. Utformningen kan se olika ut utifrån verksamheternas behov och förutsättningar. På kvalitetsråden hanteras bland annat frågor kring avvikelser, åtgärder, rutiner och systematiskt kvalitetsarbete.
- Det har varit ett utvecklingsarbete kring avvikelshantering under året med utbildning och stöd till enhetschefer, både enskilt och i grupp. Vidare har rutiner och avvikelshanteringsmodulen i verksamhetssystemet Treserva uppdaterats. Detta har medfört en bättre hantering och bearbetning av avvikelser i förvaltningen. Även analysstöd har tagits fram som stöd vid analys av avvikelser för att se trender och mönster.
- Strukturen för spridning av information har utvecklats för att förbättra kunskapen om händelser som har lett till missförhållanden eller risker för missförhållanden enligt lex Sarah och åtgärder kopplade till dessa. Dels genom att en sammanfattning av ärendet och åtgärder sprids till alla chefer. Vidare har summeringsmöte en gång per termin införts för chefer, legitimerad personal och den omvårdnadspersonal som är med i kvalitetsråden. Mötena syftar till att sprida kunskap om tidigare händelser och åtgärder samt arbeta utifrån olika teman varje gång. Kvalitetsråden ska därefter sprida informationen vidare i sina verksamheter.
- Både 2017 och 2018 har IVO genomfört verksamhetstillsyn och inspektion inom förvaltningens verksamheter som har berört det systematiska kvalitetsarbetet. IVO har avslutat ärendena och bedömt att det pågår ett förbättringsarbete inom nämndens ansvarsområde.
- En översyn av den interna hemtjänsten har genomförts under året som har resulterat i konkreta åtgärder kring bland annat planering av verksamheten och schemaläggning.
- Förvaltningen har påbörjat arbetet med nämndens åtaganden i den kommunövergripande handlingsplanen för jämställdhet enligt CEMR som började gälla 2018.

Ledningssystem

Ledningssystemet ska enligt SOSFS 2011:9, 4 kap. 1 §, anpassas till verksamhetens inriktning och omfattning. Det ska bestå av de processer och rutiner som behövs i verksamheten för att säkra verksamhets kvalitet. Slutrapporten för "Uppdrag praktiskt arbete med kvalitetsledningssystem inom vård- och omsorgsförvaltningen 2015-2017" redovisades våren 2017. I samband med denna genomfördes en GAP-analys för att se hur väl förvaltningen uppfyller kraven enligt SOSFS 2011:9. I denna konstaterades att ledningssystemet behöver integreras med befintliga system för uppföljnings- och planeringsprocessen enligt Katrineholms kommuns styrmodell. Grundprocesserna är satta för ledningssystemets grundläggande uppbyggnad (ledningprocess, huvudprocess, stödprocess) men processer för de olika delarna behöver både utvecklas och tas fram. Rutiner är inte kopplade till processerna. Vidare betonades att det systematiska förbättringsarbetet behöver utvecklas.

I IVO:s tillsyn hösten 2017 påtalades brister i det systematiska kvalitetsarbetet inom äldreomsorgen. I beslutet ställde IVO följande krav på åtgärder där vård- och omsorgsnämnden skulle säkerställa följande:

- Att det finns processer och rutiner i verksamheten för en fungerande informationsöverföring mellan hälso- och sjukvårdspersonal och omvårdnadspersonal samt att dessa processer och rutiner följs.
- Att verksamhetens processer och rutiner för egenkontroll är kända för ansvarig personal och att dessa processer och rutiner följs.

- Att verksamhetens processer och rutiner för avvikelshantering är kända och tillämpas av verksamhetens personal.

Förvaltningen redovisade åtgärder och fortsatt förbättringsarbete kring detta. Dessa åtgärder och slutrapporten har fungerat som underlag vid utformningen av det fortsatta arbetet med ledningssystemet. Under hösten 2018 specificerade förvaltningschef ett nytt uppdrag som syftar till att revidera och uppdatera vård- och omsorgsförvaltningens kvalitetsledningssystem. Målet är att förvaltningens ska ha ett identifierat och tydliggjort kvalitetsledningssystem, där det finns en plan som tydliggör implementering, underhåll och uppföljning av ledningssystemet. Uppdraget sträcker sig även under 2019.

Förvaltningen kommer att arbeta vidare med:

- Revidera och uppdatera styrdokumentet för kvalitetsledningssystemet inom vård- och omsorgsförvaltningen. Denna ska därefter antas av vård- och omsorgsnämnden.
- Tydliggöra ansvar och organisation för kvalitetsarbetet samt personalens medverkan i kvalitetsarbetet.
- Kvalitetsuppföljningssystemet för det systematiska förbättringsarbetet ska integreras med befintliga system för planerings- och uppföljningsprocessen enligt Katrineholms styrmodell.
- Tydliggöra arbetssätt och verktyg för att skapa och uppdatera processer och rutiner. En struktur för att presentera och visualisera processer och rutiner på ett lättillgängligt sätt för medarbetarna på intranätet ska tas fram. Som en del i detta kommer arbetet fortsätta med att identifiera, beskriva och fastställa de processer och rutiner som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet.

Processer och rutiner

Den som bedriver verksamheten ska enligt SOSFS 2011:9, 4 kap 2-4 § identifiera, beskriva och fastställa de processer i verksamheten som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet. Kvalitetsledningssystemets grundläggande beståndsdelar är processer och rutiner. En process är en serie aktiviteter som främjar ett bestämt ändamål eller ett avsett resultat. I varje process ska det tydligt framgå vilka aktiviteter som ingår och aktiviteternas inbördes ordning. För varje aktivitet ska verksamheten utarbeta och fastställa de rutiner som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet.

Rutinerna ska dels beskriva ett bestämt tillvägagångssätt för hur en aktivitet ska utföras, dels ange hur ansvaret för utförandet är fördelat i verksamheten.

Det pågår arbete med beskrivning och förtydligande av processer och processägare. Förvaltningen har under 2018 arbetat med att kartlägga sina huvudprocesser, där varje verksamhetsområde har arbetat med att ta fram processbeskrivningar för sitt område. Processerna ska visualiseras genom processkartor, som är kopplat till vilken funktion som har ansvar för varje del i processen. Bland annat har processkartor för ”särskilt boende äldre” och ”avvikelsehantering” arbetats fram. Dessa ska förfinas ytterligare och kommer därefter att speglas upp på intranätet. Det återstår arbete med att fortsätta kartlägga huvudprocesser, ledningsprocesser och stödprocesser i förvaltningen.

Enligt SOSFS 2011:9, 5 kap. 8 § ska processerna och rutinerna förbättras om resultaten av de aktiviteter som anges i 5 kap. 1–6 §§ visar att de inte är ändamålsenliga för att säkra verksamhetens kvalitet. Vid vissa kartläggningar av processer har det framkommit förbättringsområden under året vilket medfört att processerna har behövt justerats. Detta gäller bland annat processen kring avvikelshantering och lex Sarah, då verksamhetschef för myndighets- och specialistfunktionen sedan juni 2018 fattar beslut i ärenden på delegation av nämnden. Det återstår arbete med att ta fram en modell som alla ska arbeta efter och ha som utgångspunkt när verksamheterna tar fram och visualiserar sina processer.

Förvaltningen har skriftliga rutiner och många rutiner har tagits fram eller reviderats under året. Inom särskilt boende äldre har alla rutiner som är kopplade till omvårdnadspersonal setts över och uppdaterats. Det finns dock ett fortsatt behov av att uppdatera, omarbeta, ta bort eller skapa rutiner samt att revidering därefter görs systematiskt. Det behöver även ses över om likartade rutiner kan slås samman eller om de kan vara gemensamma för flera områden och yrkeskategorier. Detta för att arbetet blir mer lika i hela organisationen. Både processer och rutiner ska presenteras och struktureras på intranätet så att de blir lättillgängliga för medarbetarna. Det behöver även tas fram en struktur för hur rutiner ska tas fram och hur de ska uppdateras, samt hur remissrunda ska göras. Informationsflödet behöver tydliggöras hur spridningen av nya rutiner ska göras, så att alla berörda medarbetare får del av dessa. En förbättringsåtgärd i detta arbete är att framåt införa en förvaltningsövergripande grupp som diskuterar och bearbetar behov av gemensamma rutiner eller gemensamt arbete för utveckling av processerna.

Samverkan

Den som bedriver verksamheten ska enligt SOSFS 2011:9, 4 kap. 5 § identifiera de processer enligt 2 § där samverkan behövs för att säkra verksamhetens kvalitet. Det ska framgå av processerna och rutinerna hur samverkan ska bedrivas i den egna verksamheten. Det ska även säkerställas att samverkan möjliggörs med andra verksamheter inom socialtjänsten eller enligt LSS och med vårdgivare, myndigheter, föreningar och andra organisationer. I underlagen inför omorganisationen 2017 poängterades att samarbete mellan verksamheter och olika professioner i verksamheten är en förutsättning för att skapa god kvalitet och god effektivitet inom vården och omsorgen. För att förbättra kommunikationen mellan verksamheterna behövs det därför finnas nödvändiga mötesarenor. Samverkan såväl internt som externt är en förutsättning för att säkra kvaliteten på de insatser som ges inom förvaltningen. I uppföljningen av organisationen framkommer att en majoritet av cheferna tycker att samverkan fungerar bra inom verksamhetsområdena, men att samverkan inte fungerar bra mellan områdena. Merparten av medarbetarna tycker att de samverkar bra mellan enheter och professioner utifrån brukarens eller patientens bästa, medan vissa inte instämmer i detta.

Förvaltningen har en rutin för samverkan i olika forum inom vård- och omsorgsförvaltningen, där olika samverkansformer finns beskrivna. Utöver denna finns även specifika rutiner för olika samverkansformer. Det finns ett behov av att uppdatera den övergripande samverkansrutinen samt titta närmare på vilka funktioner som ska ingå i de olika forumen och vilka forum som behövs för att säkra kvaliteten i vården och omsorgen. Det finns ett behov av att fortsätta förbättra och identifiera hur samverkan internt ska fungera mellan olika verksamhetsområden och professioner, samt externt med andra aktörer. Det pågår ett arbete med att ta fram rutiner för olika mötesformer i

syfte att det ska se lika ut oavsett i vilken verksamhet personalen arbetar i. I uppföljningen av organisationen framkommer att flera samverkansformer som har skapats eller tydliggjorts under det senaste året täcker flera behov för att förbättra kvaliteten i vården och omsorgen. Bland annat har teamträffar, kvalitetsråd och chefsforum lyfts fram.

Samtidigt framkom i uppföljningen förslag på mötesforum som både chefer och medarbetare saknar, där de önskar nya mötesarenor eller att befintliga förbättras. Något som tydligt lyfts fram är att organiseringen och strukturen för samverkan mellan hälso- och sjukvård och de andra områdena skulle behöva förbättras. Både intern samverkan mellan chefer, hälso- och sjukvårdspersonal och andra funktioner, samt extern samverkan med Regionen behöver utvecklas. Ett exempel på åtgärder som redan genomförts är rapporttid inom hemtjänsten, där sjuksköterska träffar omvårdnadspersonalen 15 minuter varje vardag. Inom verksamhetsområdet funktionsstöd har sjukgymnaster och arbetsterapeuter påbörjat ett arbete med att besöka gruppbofästäder enligt LSS, för att genom teamarbete med omvårdnadspersonal vidareutveckla dokumentation kring rehabilitering och arbete med hjälpmedel. Under 2018 har detta teamarbete skett på två gruppbofästäder. Grunden är att vården och omsorgen ska utföras utifrån ett helhetsperspektiv kring brukaren.

Systematiskt förbättringsarbete

För att säkerställa att ledningssystemet är ändamålsenligt uppbyggt för att planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten krävs ett fortlöpande systematiskt förbättringsarbete. I förbättringsarbetet läggs vikt vid förebyggande åtgärder som riskanalyser för att kunna förhindra att missförhållanden och andra avvikelser inträffar. Verksamheten ska även utföra egenkontroller för att undersöka verksamhetens resultat och kontrollera kvaliteten. Därutöver ska inkomna avvikelser, lex Sarah rapporter, klagomål och synpunkter tas emot, utredas, sammanställas och analyseras för att säkerställa kvaliteten.

Risikförebyggande arbete och riskanalys

Riskanalyser innebär ett framåtblickande och förebyggande arbetssätt och syftar till att upptäcka brister i verksamheten kvalitet innan den har inträffat. Enligt SOSFS 2011:9 ska riskanalyser göras inför varje förändring av organisation eller arbetssätt. Riskanalyser och riskbedömningar görs på individnivå och på verksamhetsnivå. Vid organisationsförändringar eller förändrade arbetssätt och metoder används mallen för genomförande av risk- och konsekvensanalys på verksamhets- och enhetsnivå. Utifrån intern kontroll som regleras i kommunallagen upprättar förvaltningen årligen en internkontrollplan som följs upp i slutet av året. Internkontrollplanen revideras årligen utifrån en förnyad prövning genom risk- och konsekvensanalys.

Det har i uppföljningen av organisationen och i inkomna avvikelser uppmärksammats att samverkan ofta kan brista i samband med förändringar i verksamheten. Ett förbättringsområde till kommande år är att verksamheten säkerställer att alla berörda funktioner och områden deltar vid arbetet med risk- och konsekvensanalyser inför förändringar. Det kan i sin tur förbättra möjligheterna till fortsatt implementering och att organisationen har förutsättningar att ta emot dem. Det har även lyfts fram från de fackliga parterna som positivt när risk- och konsekvensanalyser genomförs tillsammans och att det förs en dialog.

Avvikelser, klagomål, synpunkter och lex Sarah

Den som bedriver verksamheten ska enligt SOSFS 2011:9, 5 kap 3 § ta emot och utreda inkomna avvikelser, klagomål och synpunkter på verksamhetens kvalitet. Utredningen ska visa om det förekommit avvikelser mot de krav och mål som verksamheten har enligt lagar och föreskrifter.

Rutinen för avvikelser och lex Sarah har uppdaterats och avvikelshanteringsmodulen i verksamhetssystemet Treserva uppdaterades i maj 2018. Utredare har besökt alla ledningsgrupper för att visa själva hanteringen och för att diskutera avvikelshantering. En instruktion för den nya modulen togs fram i samband med uppdateringen och finns på intranätet Communis. I samband med uppdateringen uppdaterades även listan på definitioner av avvikelser i samråd med Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS). Listan för ”åtgärder” som är möjliga att använda sig av vid hanteringen av avvikelser har också utökats i avvikelsemodulen. Sedan december 2018 finns möjligheten att bifoga dokumentation i avvikelserna, till exempel för att kunna koppla riskanalyser och handlingsplaner direkt till avvikelsernas åtgärder. 16 utbildningar/genomgångar tillsammans med enhetschefer har gjorts under året, antingen enskilt eller i mindre grupp. Utgångspunkten har varit hur det ser ut på enheten som chefen ansvarar för. Vissa chefer har återkommit flera gånger utifrån behov. Förutom detta har utredare besökt Rehabenhetens arbetsplatsträff samt deltagit på stormöte för sjuksköterskor (tillsammans med MAS) och gått igenom modulen. Avvikelsehantering och rapportering av avvikelser har även tagits upp på dokumentationsstödjarträffar under hösten 2018. Dokumentationsstödjarna är omvårdnadspersonal ute på enheterna med särskilt uppdrag att arbeta med kvalitet kring den sociala dokumentationen och vara ett stöd för sina kollegor i detta.

Enhetschefer ska tertialvis sammanställa och analysera sina avvikelser för att se trender och mönster som indikerar brister i verksamhetens kvalitet. Eventuella brister som framkommer ska åtgärdas. Verksamhetschefer ansvarar därefter för att tertialvis och årligen sammanställa detta för området och vidta lämpliga åtgärder. Ett nytt verktyg har tagits fram i Excel så att enhetschefer och andra på ett översiktligt vis kan se statistik över avvikelser. Vidare har utredarna anordnat en workshop för chefer, där de i grupp fick arbeta med att sammanställa och analysera avvikelser på ett systematiskt sätt. Till detta togs det fram ett analysstöd och verktyg som cheferna kan använda sig av när de sammanställer och analyserar sina avvikelser. Det återstår arbete med att få till systematiken kring analys av avvikelser. Ett summeringsmöte har hållits under hösten där chefer och representanter från kvalitetsråden har medverkat, där allvarliga avvikelser och lex Sarah/Maria har diskuterats.

Utredare fick under 2018 i uppdrag av tillförordnad förvaltningschef att fortsätta arbetet med att kontinuerligt följa upp avvikelshanteringen på förvaltningsnivå. I analysen har fokus varit att titta på avvikelser som inte är hanterade eller ligger under bearbetning. Enhetschefer ansvarar för att meddela verksamhetschef för myndighets- och specialistfunktionen när personal rapporterat en avvikelse som ”föremål för eventuell lex Sarah-utredning”. Under året har en egenkontroll införts där utredare månadsvis kontrollerar att alla dessa avvikelser fångats upp.

Struktur för uppföljning och utvärdering

Det systematiska förbättringsarbetet utgår från förbättringshjulet (planera, genomföra, studera och agera). Analysprocessen består av att samla information, studera materi-

alet, söka orsaker och dra slutsatser för att därefter ta fram och vidta lämpliga åtgärder. I verksamheten förekommer olika metoder för att följa upp verksamhetens resultat. Uppföljning och utvärdering utgår i huvudsak ifrån verksamhetsplan, resultat från undersökningar, intern kontroller, egenkontroller, verksamhetstillsyn, riskanalyser, verksamhetsbesök, journalgranskning, aktgranskning, inkomna synpunkter, klagomål, rapporterade avvikelser samt lex Sarah utredningar.

Under året har verksamhetsområdenas månadsrapportering utvecklats som grundar sig på enhetschefernas genomförda egenkontroller under innevarande månad. Verksamhetscheferna sammanställer därefter en månadsrapport för sitt verksamhetsområde som lämnas till förvaltningschef. Förvaltningschef gör ett urval av inkommit material och lämnar en månadsrapport till vård- och omsorgsnämnden. Det återstår arbete med att tydligöra vilken information som ska lämnas till vård- och omsorgsnämnden så att det blir lättare att följa verksamhetens arbete utifrån de politiska målen. Även vilka egenkontroller som ska göras på enhetsnivå och lämnas månadsvis ska ses över.

Strukturen för kvalitetsgranskning av den sociala dokumentationen har utvecklats. Inför 2018 hade en mall för granskningen tagits fram och i februari började dokumentationsstödjarna på enheterna göra egna granskningar. Syftet är att få underlag till hur förvaltningen bäst ska kunna arbeta med kompetenshöjning kring social dokumentation. Det är samtidigt ett lärtillfälle för omvårdnadspersonalen. Fokus har legat på genomförandejournal enligt SoL/LSS och genomförandeplaner. Även uppdraget från myndighet och vårdplaner har funnits med i granskningen.

Analys av resultat och förbättringsåtgärder har skett kontinuerligt under året. Det återstår att få till en systematisk hantering och analys av resultaten. Upprättandet av kvalitetsberättelsen som komplement till patientsäkerhetsberättelsen ger underlag för att se hur verksamhetens patientsäkerhet- och kvalitetsarbete bedrivs samt vilka åtgärder som genomförts. Det ger även grund för vilka fortsatta kvalitetsförbättrande åtgärder som behöver vidtas framåt. Det finns behov av att förbättra förvaltningens analyser av resultat. Det är viktigt att analys av resultat sker kontinuerligt under året, men även att sammanställa resultat och analysera resultat för att få ett helhetsperspektiv. En åtgärd för att förbättra det systematiska förbättringsarbetet kan vara att återinföra de årliga analysdagar som tidigare genomförts i förvaltningen. Dessa skulle även kunna vara utspridda under året, för att få in systematiken i kvalitetsarbetet samt att de i sin tur ska utgöra underlag för verksamhetsplanering och plan med budget för kommande år. Syftet med analysdagarna var att få en helhetsbild av hur verksamheten fungerar samt ge ett underlag för att prioritera förbättringsområden och att styra verksamheten. Det ger ledningen underlag för att prioritera och besluta om förbättringsåtgärder.

Resultat och analys

Egenkontroll

Nedan redovisas resultat från egenkontroller och undersökningar som genomförts under året. Resultatmålen som presenteras är kvalitetsmål för brukarna utifrån hur insatser utförs. Även ett urval av andra indikatorer redovisas som inte finns i exempelvis årsbokslut. Under året har sociala aktiviteter varit en fråga som lyfts fram i olika sammanhang, och detta speglar sig även i kvalitetsberättelsen. Till exempel har ett tydligt mål inom särskilt boende för äldre varit att boendena ska förbättra sig när det gäller att erbjuda aktiviteter för de boende. Även myndighetsfunktionens aktgransk-

ning har fokuserat på insatser som rör social tid, ledsagning och promenader. Inom området funktionsstöd har en brukarenkät genomförts som bland annat handlar om möjligheter till aktiviteter. Gällande brukarundersökningen inom särskilt boende för äldre och hemtjänst är det viktigt att tänka på att svarsfrekvensen ligger på 49 procent respektive 59 procent. Svarsfrekvensen har sjunkit sedan tidigare år.

Kvalitetsmål för särskilt boende äldre 2018

Resultatmål: Fortsatt utveckling av vård och omsorg för äldre i särskilt boende

Indikatorer	Utfall	Utfall Kvinnor	Utfall Män
Andel brukare inom särskilt boende som svarar att personalen oftast/alltid tar hänsyn till åsikter och önskemål	83%	86%	73%
Andel brukare inom särskilt boende som svarar att de oftast/alltid kan påverka vilka tider de får hjälp av personalen	69%	72%	61%
Andel brukare som svarar att det känns ganska/mycket tryggt att bo på ett särskilt boende	92%	92%	93%
Andel brukare som svarar att personalen oftast/alltid brukar meddela i förväg om tillfälliga förändringar	54%	56%	46%
Andel brukare som svarar att de sammantaget är ganska/mycket nöjda med sitt särskilda boende	88%	89%	84%

Resultatmål: Förbättrade möjligheter att delta i sociala aktiviteter för brukare i äldreomsorgen

Indikatorer	Utfall	Utfall Kvinnor	Utfall Män
Andel boendeplatser i särskilt boende som erbjuder minst två organiserade och gemensamma aktiviteter på vardagar	98%		
Andel boendeplatser i särskilt boende som erbjuder minst en organiserad och gemensam aktivitet per dag under helgen	74%		
Andel äldre som svarar att de är ganska/mycket nöjda med de aktiviteter som erbjuds på sitt särskilda boende	81%	81%	81%
Andel äldre i särskilt boende som inte besväras av ensamhet	40%	40%	41%
Andel äldre i särskilt boende som svarar att de upplever att möjligheterna att komma utomhus är ganska/mycket bra	73%	75%	68%

Resultatmål: Ökat gästfokus i kommunens måltidsverksamhet inom förskola, skola och äldreomsorg

Indikatorer	Utfall	Utfall Kvinnor	Utfall Män
Andelen äldre som svarar att maten smakar ganska/mycket bra på sitt särskilda boende	82%	82%	79%
Andelen äldre som svarar att måltiderna på sitt särskilda boende oftast/alltid är en trevlig stund på dagen	79%	79%	82%
Andelen äldre på särskilt boende med en aktuell genomförandeplan som innehåller information om den äldres önskemål och behov i samband med måltiderna	29%		
Andel äldre på särskilt boende som har möjlighet att välja mellan olika maträtter	45%		

Generellt har resultaten i undersökningen ”Vad tycker de äldre om äldreomsorgen” inom särskilt boende för äldre förbättrats jämfört med 2017. 18 frågor har förbättrat resultat sedan förra året och fyra frågor har oförändrat eller försämrat resultat. Samtidigt är flera av resultaten tillbaka på de resultat som var 2016. De tre frågor som verksamheten förbättrat sig mest inom är frågan om brukarna är "nöjd med de aktiviteter som erbjuds på äldreboendet", där resultatet är 81 procent för Katrineholm (64 procent för riksgenomsnittet). Det är en ökning med nio procentenheter sedan 2017. Katrineholm har även förbättrat sig med åtta procentenheter på frågan om "fungerande

samarbete med närstående", vilket är en fråga som ställs till närstående. Resultatet är 90 procent för Katrineholm och 86 procent för riksgenomsnittet. När det gäller frågan om brukarna "har lätt att få träffa en sjuksköterska vid behov" har resultatet förbättrats med sex procentenheter och är nu 77 procent för Katrineholm (75 procent för riksgenomsnittet).

Förbättringar har framförallt skett inom områden som har varit prioriterade under året. Detta gäller bland annat frågan om aktiviteter, där det varit en satsning med att erbjuda mer aktiviteter på särskilt boende. Samtliga enheter inom särskilt boende för äldre erbjuder 2018, enligt undersökningen Kommunens Kvalitet i Korthet (KKiK), aktiviteter sju dagar i veckan. Boendena erbjuder två aktiviteter på vardagar och en på helgen. Alla enheter har en whiteboardtavla uppsatt där aktiviteterna annonseras i förväg. Att värdet i tabellen inte är 100 procent beror på att ett SoL-boende inom funktionsstöd också räknas in i statistiken, där förutsättningarna är annorlunda. Brukarnöjdheten med erbjudna aktiviteter har även ökat. Framförallt har ett enskilt boende fått ett mycket stort förbättrat resultat jämfört med tidigare år. Omvårdnadspersonal med extra uppdrag som så kallade kulturombud har varit viktiga i arbetet med att erbjuda mer aktiviteter.

De tre frågor där de positiva svaren har minskat något från förra året handlar om förtroendet för personalen, hur brukarna upplever bemötande och personalens hänsyn till åsikter och önskemål. Minskningen är mellan en och tre procentenheter, men Katrineholm ligger fortfarande bättre än riksgenomsnittet på alla tre frågorna.

Det är även viktigt att titta på skillnader mellan olika boenden utifrån hur brukarna upplever omvårdnadens kvalitet. Det här är frågor där svaren skiljer sig mest åt.

- På frågan "kan påverka vid vilka tider man får hjälp" skiljer det mellan 53 och 100 procent i hur positivt brukarna svarat för boendena med lägst och högst resultat.
- På frågan om "möjligheterna att komma utomhus är bra" skiljer det mellan 53 och 91 procent i hur positivt brukarna svarat för boendena med lägst och högst resultat.
- På frågan om "personalen tar hänsyn till den äldres egna åsikter och önskemål" skiljer det mellan 71 och 100 procent i hur positivt brukarna svarat för boendena med lägst och högst resultat.

När det är möjligt ska också all statistik redovisas könsuppdelat. Det finns även skillnader mellan mäns och kvinnors svar. Här är frågorna som skiljer sig mest åt.

- På frågan om "har lätt att få kontakt med personalen på äldreboendet vid behov", skiljer det 17 procentenheter (män 69 procent, kvinnor 86 procent) i hur positivt brukarna svarat. Detta tyder på att det för en kvinna upplevs lättare än för en man att få kontakt med personalen.
- På frågan om brukarna upplever att "personalen tar hänsyn till den äldres egna åsikter och önskemål", skiljer det 13 procentenheter (män 73 procent, kvinnor 86 procent) i hur positivt svaren är fördelade. Även här är upplevelsen bland brukarna att verksamheten är bättre på att ta tillvara kvinnors egna åsikter och önskemål.
- På frågan om brukarna upplever att de "kan påverka vid vilka tider man får hjälp." skiljer det 11 procentenheter (män 61 procent, kvinnor 72 procent).

Vid analys och verksamhetsplanering behöver det tas hänsyn till olika faktorer som kön, enhet och hälsotillstånd. Noterbart är att i statistiken för särskilt boende medräknas även servicehusen, vilket också bryts ut vid närmare analys.²

Dagtillsyn och utbildningsinsats på ett särskilt boende för äldre

En mer ingående tillsyn på ett särskilt boende för äldre (Malmgården) har genomförts av utredare under 2018. Detta gjordes dels för att det fanns behov av särskilt stöd och genomlysning på boendet men även utifrån vad som framkommit i utredning enligt lex Maria. Dels var det i led med ett pågående uppdrag att genomföra en pilot med dagtillsyn på ett boende. Två utredare gjorde besök på enheten vid olika tillfällen och tider för att träffa personal och följa dem i deras arbete. Utredarna deltog bland annat på överlämning mellan natt- och dagpersonal. Vid flera tillfällen erbjöd utredarna möjligheten för personal att få genomgångar i dokumentation och fördjupning i att hantera verksamhetssystemet, vilket var ett behov som snabbt uppmärksammades. Det fanns också ett behov av att stötta personal som inte har svenska som förstaspråk, när det gällde till exempel dokumentation. Det framkom att omvårdnadspersonal hade grundkunskaper kring dokumentation, men att förståelsen kring vad som ska skrivas i vårdplan och i den sociala dokumentationen behövde stärkas. Tillsynen avslutades med ett uppföljande besök på en arbetsplatsträff för enheten i början av 2019.

Kvalitetsmål för hemtjänsten 2018

Resultatmål: Ökad trygghet för hemtjänstens brukare

Indikatorer	Utfall	Utfall Kvinnor	Utfall Män
Personalkontinuitet inom hemtjänsten – antal personer som en hemtjänsttagare möter under 14 dagar, medelvärde	16	16	15

Resultatmål: Fortsatt utveckling av service och omvårdnad för hemtjänstens brukare

Indikatorer	Utfall	Utfall Kvinnor	Utfall Män
Andel brukare med hemtjänst som svarar att personalen oftast/alltid tar hänsyn till åsikter och önskemål	89%	89%	90%
Andel brukare med hemtjänst som svarar att de oftast/alltid kan påverka vilka tider de får stöd	57%	54%	64%
Andel brukare som svarar att personalen oftast/alltid brukar meddela i förväg om tillfälliga förändringar	66%	68%	63%
Andel brukare som svarar att de sammantaget är ganska/mycket nöjda med den hemtjänst de har	90%	91%	88%
Andel brukare som svarar att det vet vart de ska vända sig med synpunkter eller klagomål på hemtjänsten	61%	63%	56%

Generellt har resultaten från undersökningen ”Vad tycker de äldre om äldreomsorgen” inom hemtjänsten försämrats eller har ett oförändrat resultat jämfört med förra året. De flesta äldre uppger att de sammantaget är nöjda med sin hemtjänst, men i jämförelser med tidigare år har andelen positiva svar minskat något för de flesta frågor. Nio frågor har försämrats resultat för Katrineholm som helhet, jämfört med förra året. Tre frågor har oförändrat resultat och fyra frågor har förbättrat resultat. Den fråga som särskilt sticker ut är om personalen upplevs ha tid för sitt arbete, där det varit en sjunkande trend under tre år. Katrineholm ligger sammantaget strax under genomsnittet för riket.

² Brukare på servicehusen ingår i statistiken, då brukarna har beslut om särskilt boende för äldre, men insatserna utförs av hemtjänst.

Frågan om huruvida personalen meddelar förändringar i tid ligger på en oförändrad men låg nivå. Även riket har en låg nivå på denna fråga jämfört med andra frågor.

Katrineholm har förbättrat sig sex procentenheter sedan förra året på frågan om brukarna "fick välja utförare inom hemtjänsten". Utfallet är 79 procent för Katrineholm, 57 procent för riksgenomsnittet. I övrigt rör det sig om en procentenhets förbättring på två frågor; om "personalen tar hänsyn till brukarens egna åsikter och önskemål" samt "den sammantagna nöjdheten med hemtjänsten". Ingen av dessa frågor sticker ut jämfört med riksgenomsnittet.

De tre frågor som verksamheterna försämrat sina resultat mest i är frågan om "personalen har tillräckligt med tid för arbetet", som har sjunkit med sex procentenheter sedan förra året. Resultatet är 80 procent för Katrineholm, 82 procent för riksgenomsnittet. Det är också ett försämrat resultat på fyra procentenheter på frågan om brukarna "kan påverka vilka tider man får hjälp". Resultatet är där 57 procent för Katrineholm och 60 procent för riksgenomsnittet. På frågan om brukaren "känner sig trygg att bo hemma med stöd från hemtjänsten" har 84 procent för Katrineholm svarat positivt på frågan (85 procent för riksgenomsnittet) vilket är en försämring med tre procentenheter jämfört med 2017.

Det finns skillnader mellan de interna hemtjänstenheternas utfall, men även skillnader mellan hur män och kvinnor upplever hemtjänstens insatser.

- På frågan om "personalen brukar informera om tillfälliga förändringar" skiljer det mellan 45 och 88 procent för hemtjänstenheterna med lägst och högst resultat.
- På frågan om brukarna upplever sig kunna "påverka vid vilka tider man får hjälp" skiljer det mellan 44 och 73 procent för hemtjänstenheterna med lägst och högst resultat. Det skiljer sig där också 10 procentenheter mellan vad män och kvinnor har svarat, där männen är mer nöjda.
- På frågan om brukarna "har lätt att få kontakt med personalen vid behov" skiljer det mellan 63 och 95 procent för hemtjänstenheterna med lägst och högst resultat.
- På frågan om brukarna "vet vart man vänder sig med synpunkter och klagomål" skiljer det sju procentenheter (män 56 procent, kvinnor 63 procent).
- På frågan om brukarna upplever att "personalen kommer på avtalad tid" skiljer det 6 procentenheter (män 77 procent, kvinnor 83 procent).

Det är också stor skillnad utifrån faktorn hälsotillstånd för hur brukarna har svarat. En skillnad som sticker ut är frågan om brukarna "känner sig trygg att bo hemma med stöd av hemtjänsten". Brukare som upplever sig ha en sämre hälsa ligger 18 procentenheter lägre än de brukare som uppger att de har en ganska/mycket god hälsa. Brukare som upplever sig ha en sämre hälsa upplever sig också ha minst möjligheter att påverka den hemtjänst de har. Detta visar sig i flera av frågorna.

Utfallet för personalkontinuiteten inom hemtjänsten 2018 var 16 personer som en hemtjänsttagare möter under en tvåveckors mätperiod. En lägre siffra ses som ett bättre resultat, då tanken är att hög personalkontinuitet ger bättre kvalitet för brukaren som inte behöver möta olika personal i lika hög utsträckning. Genomsnittet för riket är 15 personer 2018. Även 2017 var medelvärde för Katrineholm 16 personer. Personalkontinuiteten har varierat år från år, 2016 och 2014 var den 13 personer och 2015 var den 15 personer. Under 2018 har fyra enheter i den interna hemtjänsten, försämrade resultat, som dessutom ligger över riksgenomsnittet. Två hemtjänstenheter har en personalkontinuitet på 19 personer, en enhet har ett resultat på 23 personer och en

annan enhet hade 17 personer. Två av de större externa hemtjänstutförarna som utför omvårdnads- och serviceinsatser inom kommunen har också försämrat sina resultat, det ena från 14 till 15, det andra från 11 till 13 personer. Detta är dock lägre eller i linje med riksgenomsnittet. Två enheter inom den interna hemtjänsten har oförändrat resultat, båda under riksgenomsnittet. En enhet har förbättrat personalkontinuitet från tio till åtta personer. Detta rör sig dock om en liten landsortsgrupp.

Det är även som tidigare stor variation mellan de olika hemtjänstenheterna i Katrineholm, där landsorten samt framförallt en enhet inom staden som visar på bättre resultat både när det gäller personalkontinuitet och brukarnöjdhet. Genom att det nu går att få resultat som sträcker sig över tid är det intressant att göra jämförelser både mellan enheter och sett över åren. Den nämnda hemtjänstenheten i centrala Katrineholm, Hemtjänst Norr, som tillhör den interna hemtjänsten, uppvisar en stabilitet både när det gäller brukarnöjdhet och personalkontinuitet. Mellan 2017 och 2018 års undersökningar ökade antalet brukare som fanns med i underlaget för beräkningarna av personalkontinuitet hos nämnd hemtjänstenhet från 24 till 39 ärenden. Detta tyder på att ökningen av ärenden med många insatser har varit stor, då beräkningarna för personalkontinuiteten bygger på brukare med ett visst antal insatser dagligen. Detta har dock inte påverkat personalkontinuiteten, utan den ligger fortfarande kvar på medelvärdet 14 personer. Som jämförelse ligger en annan hemtjänstenhet, jämförbar i storlek, på medelvärdet 19 personer. Som ytterligare jämförelse kan också nämnas att en extern hemtjänstutförare med liknande förutsättningar också har liknande siffror vad gäller personalkontinuitet.

En annan fråga som uppvisar stor skillnad hos Hemtjänst Norr jämfört med genomsnittet, är ifall brukarna är nöjda med möjligheterna att kunna påverka vid vilka tider personalen kommer, där 73 procent svarat positivt, jämfört med 57 procent för hemtjänsten i Katrineholm, totalt. Det framkommer också att hemtjänst Norr, också är den mest kostnadseffektiva hemtjänstenheten inom den interna hemtjänsten och den enda som enligt uppgift klarar de ekonomiska målen. Denna enhet har också rapporterat långt färre avvikelser i verksamhetssystemet, 28 stycken, jämfört med andra enheter med liknande förutsättningar som rapporterat 100 till över 200 stycken avvikelser under året.

Innovationsprocessen inom den interna hemtjänsten

Arbetet med innovationsprocessen har pågått under fyra år. Satsningen med ett innovativt förhållningssätt ska nu vara implementerat i de interna hemtjänstenheterna, då projektet avslutades i december 2018. En slutrapport har inkommit från projektledaren som avslutade sin tjänst i början av året och en sammanfattning av det vidare arbetet under året har lämnats av verksamhetschef för stöd i ordinärt boende. Under året har särskilt fokus lagts på det lokala arbetet. Processledare har funnits på halvtid under hösten 2018 med syfte att stödja enheternas arbete med implementering i vardagen med fokus på bemötande. En kortversion av förfrågningsunderlag av valfrihetssystem inom hemtjänsten har tagits fram. Kortversionen har distribuerats och kommunicerats i nämnd, på facklig samverkan och på alla hemtjänstenheter. Under året har uppdrags-tiden för hemtjänstpersonal som arbetar dag förlängts med en timme, från 07.00-21.00 till 07.00-22.00, för att bättre kunna möta behov hos brukare kvällstid. Möten med arbetslagen inom hemtjänsten har genomförts antingen av enhetscheferna, eller med stöd av processledare eller verksamhetschef.

Verksamhetsbesök och översyn av intern hemtjänst

Under slutet av juli och början av augusti 2018 inkom ett stort antal avvikelser från en intern hemtjänstenhet. Avvikelserna rörde brister i hemtjänstens planering, brist på tillgänglig personal samt även i viss mån risker för brukare då delegerad omvårdnadspersonal inte fanns att tillgå för att utföra vissa insatser enligt Hälso- och sjukvårdslagen. Några medarbetare gick även ut och berättade om sin vardag via inlägg på sociala medier, vilket ledde till stor uppmärksamhet i lokal media. Under augusti genomförde därför tillförordnad förvaltningschef verksamhetsbesök i samtliga tio interna hemtjänstenheter på uppdrag av den politiska ledningen för att kartlägga hur verksamheten fungerade. Detta utmynnade i ett antal åtgärder, mer utförligt beskrivna i rapporten Översyn av intern hemtjänst i Katrineholms kommun.

I rapporten framkommer att det finns skiftande bilder av hur väl den interna hemtjänsten fungerar, då inte alla hemtjänstenheter instämmer i de problem som beskrevs. De huvudsakliga, gemensamma åtgärderna som framkommer, handlar om att grundförutsättningarna för en effektiv planering måste läggas in i IT-systemen. Det vill säga korrekta besöksplaner, positionering av brukarnas adresser, personalens kompetens, delegeringar samt andra förutsättningar. Vidare måste också enhetschefen ha ett tätt samarbete med planerare och arbetsgrupp. I rapporten lyfts värdet fram av att ha en närvarande chef som finns placerad på enheten. Omständigheterna ledde också till att försöket med så kallad central planering avstyrdes, för att istället fokusera på att planerna ska finnas nära verksamheterna. Verksamheterna ska styras mot mindre kontaktag där ett antal personal arbetar runt en mindre grupp äldre. Dock finns två planerare kvar som arbetar centralt med att fördela och planera nya ärenden.

Kvalitetsmål för funktionsstöd 2018

Resultatmål: Fortsatt utveckling av vård och omsorg för personer med funktionsnedsättning

Indikatorer	Utfall	Utfall Kvinnor	Utfall Män
Andel brukare inom omsorg till personer med funktionsnedsättning som upplever att de får bestämma om saker som är viktiga för dem själva i hemmet/daglig verksamhet/sysselsättning	74%*		
Andel brukare inom omsorg till personer med funktionsnedsättning som upplever att personalen bryr sig om dem	88%*		
Andel brukare inom omsorg till personer med funktionsnedsättning som upplever att personalen pratar med dem så att de förstår vad personalen menar	78%*		

* Observera att utfallet avser 2017.

Brukarundersökningar på området funktionsstöd har genomförts vartannat år. Den senaste brukarundersökningen genomfördes 2017 och därför finns inget utfall för 2018. Under kommande år kommer SKL:s nationella brukarundersökning att genomföras varje år, men då uppdelat så att den genomförs på daglig verksamhet/sysselsättning jämna år och grupp- och servicebostäder ojämbna år.

Under 2018 genomfördes däremot den årliga enhetsundersökningen för LSS-verksamheter och resultaten från den kommenteras här. En enkät riktar sig till grupp- och servicebostäder och en enkät till daglig verksamhet. Frågorna i enkäten besvaras av verksamheterna. Resultatet ska användas som underlag för uppföljning, utvärdering och utveckling i verksamheterna som kommer brukaren till godo. I undersökningen ställs frågor kring genomförandeplaner, delaktighet, brukarinflytande, rutiner i verksamheten samt personal och deras kompetens. Det framkommer att brukarna på grupp-

och servicebostäder i hög grad har aktuella genomförandeplaner, men att antalet enheter där *samtliga* brukare har aktuella genomförandeplaner är något lägre. När det gäller daglig verksamhet finns det aktuella genomförandeplaner för brukarna på enheterna. Behoven som framkommer är att det i framtiden behöver fokuseras ännu mer på hur delaktighet formuleras i genomförandeplanerna samt ett fokus på den enskildes individuella mål. Utifrån detta inför funktionsstöd ett krav på att det i genomförandeplanen ska finnas beskrivet hur brukaren har gjorts delaktig. Det ska också finnas ett individuellt mål beskrivet för varje enskild brukare.

När det gäller brukarinflytande ställs frågor kring hur många enheter som har gemensamma möten minst en gång i månaden. Där ligger Katrineholm betydligt bättre till än riksgenomsnittet både för boende och daglig verksamhet. Det framkommer att alla verksamheter inom daglig verksamhet har brukarmöten där den enskilde har möjlighet att påverka verksamheten. Resultaten från den tidigare nämnda nationella brukarundersökningen har också används i verksamhetsplanering. En viktig del i det fortsatta arbetet med brukarinflytande är införandet av den så kallade Delaktighetsmodellen (DMO) som kommer att ske under 2019. Vidare framkommer i undersökningen att daglig verksamhet i högre grad än grupp- och servicebostäder har implementerat och sett till att personalen har kännedom om olika rutiner. Inom verksamhetsområdet kommer ett framtida arbete under 2019 vara att säkerställa att det finns aktuella, gemensamma och implementerade rutiner för bland annat hälso- och sjukvård, samverkan kring hjälpmedel, misstankar om våld eller övergrepp samt missbruk. I många fall finns lokala rutiner, men det behöver skapas en helhet och samstämmighet.

Gällande personalens kompetens visar undersökningen att andelen övergripande planer för personalens kompetensutveckling är högre än i riket i genomsnitt, men att daglig verksamhet behöver arbeta mer med personalens individuella kompetensutvecklingsplaner. Framförallt vill verksamhetsområdet förbättra kompetensen och användande av det som kallas Alternativ och kompletterande kommunikation (AKK). AKK är kanske det enskilt viktigaste verktyget inom funktionsstöd och bygger på att personalen har kompetens att kunna anpassa kommunikationen på olika sätt till den enskilda brukarens förmågor och förutsättningar. AKK ökar också möjligheterna för brukaren att vara delaktig. Under 2018 har det funnits en arbetsterapeut som arbetat med detta på daglig verksamhet, vilket har lett till att alla enheter inom denna verksamhet har kunnat erbjudas kompetensutveckling inom AKK. Det finns stora möjligheter till intern kompetensutveckling inom området och för 2019 är planen att överföra resurser så att även grupp- och servicebostäder ska kunna erbjudas kompetensutveckling inom AKK. När det gäller personalhandledning i olika former har socialpsykiatri inom verksamhetsområdet funktionsstöd varit prioriterad utifrån behov, vilket lett till att LSS-verksamheterna inte erbjudits handledning i lika hög grad.

Sapere har återinförts inom funktionsstöd

Vård- och omsorgsförvaltningen har tillsammans med service och teknikförvaltningen återinfört arbetet med Sapere inom verksamhetsområdet funktionsstöd. Sapere handlar om att uppleva mat med alla sinnen och att träna sinnen. Utbildning i Sapere har genomförts för nyanställda och ombud. Nätverksträffar har anordnats, aktiviteter och träffar med dietister har genomförts under året ute på verksamheterna.

Enkät om upplevd hälsa

Inom socialpsykiatrins verksamheter har en enkät om upplevd hälsa genomförts. Enkäten besvarades av 59 brukare, vilket innebär en hög svarsfrekvens för målgruppen. Frågorna rörde det egenupplevda hälsotillståndet och hade även fokus på delaktighet och fritidsaktiviteter. Det framkom att brukarna inte hade kännedom fullt ut om det stöd de har möjlighet att få och åtgärder vidtogs utifrån detta av verksamheten. Enkätundersökningen har även utgått från CEMR-deklarationens artikel 14, för att se om det går att urskilja olikheter i hälsa mellan män och kvinnor. Resultatet visar att inga direkta skillnader framkom.

Kvalitetsgranskning av social dokumentation

Genomförandeplanen är väldigt grundlig så även om man inte varit hos den boende så vet man efter att läst genomförandeplanen hur boende vill ha det.

Citat från en granskning på verksamhetsområde särskilt boende äldre

Planen är skriven från observationsperspektiv, dock har brukaren varit delaktig både verbalt och genom observation vad den tar initiativ till. I journal syns det endast genom att personen upplevs positiv och att det är egna önskemål.

Citat från en granskning på verksamhetsområde funktionsstöd

Känslan jag får är att huvudmannen har dikterat eller skrivit genomförandeplanen själv, antagligen med stöd av personal.

Citat från en granskning på LSS daglig verksamhet

Den sociala dokumentationen består främst av två delar:

- *Genomförandeplanen:* hur omvårdnaden planeras av utförarna tillsammans med brukaren.
- *Genomförandejournalen:* hur förändringar och händelser i brukarens omvårdnad löpande journalförs och följs upp.

Förutom att beskriva insatser och händelser i den enskildes omvårdnad ska den sociala dokumentationen fokusera på delaktighet och på hur brukaren önskar att omvårdnaden ska utföras. All social dokumentation sker i verksamhetssystemet Treserva. För att säkra brukarnas delaktighet och kvaliteten i omvårdnaden krävs att omvårdnadspersonalen kontinuerligt får möjlighet att fortsätta höja sin kompetens inom detta område.

Under 2018 genomfördes 204 granskningar av social dokumentation. Varje granskning rör en individs samlade dokumentation. Granskningarna har utförts av dokumentationsstödjare, som är omvårdnadspersonal med särskilt uppdrag kring den sociala dokumentationen. Då förhållandena ser olika ut inom de olika verksamheterna har enhetscheferna varit ytterst ansvariga för hur många granskningar som ska göras på varje enhet. Granskningar har genomförts inom verksamhetsområdena funktionsstöd och särskilt boende äldre. I granskningen framkommer bland annat att personal upplever brister i hur uppdragen från myndighet ser ut, särskilt i vissa delar av verksamheten. I flera förekommande fall så finns inga uppdragsdokument lättillgängliga i verksamhetssystemet, då brukarna fick sina beslut innan det nya systemet infördes 2014. Det finns även brister i hur omvårdnadspersonalen tar del av uppdraget och kopplar det till genomförandet. Representant från handläggarna har deltagit på dokumentationsstödjarträffar för att diskutera detta. Då lyftes även vikten vid återkoppling tillbaka till myndighet från verksamheterna. För att uppföljningar ska kunna förenklas är det viktigt att den sociala dokumentationen är fyllig och går lätt att följa. Det är

viktigt att det går att se den ”röda tråden” i den sociala dokumentationen, det vill säga kopplingarna mellan händelser, åtgärder och uppföljning i genomförandejournalen och vidare till genomförandeplanen.

För att delaktighet ska lyftas fram och för att den ska synas i dokumentationen, har verksamhetsområdet funktionsstöd börjat införa ett krav på att personalen ska formulera hur delaktigheten uppnåtts i genomförandeplanen. Det visar sig också att det finns stora skillnader i hur "huret" finns beskrivet. Det vill säga att personalen inte bara beskriver vilka insatser som utförs, utan också hur brukaren önskar att få sitt stöd utfört. Det finns också ett behov av att tydliggöra mål med insatserna. Utifrån granskningen och andra erfarenheter samt diskussioner med verksamhetschefer och enhetschefer, kommer arbetet med dokumentationsstöderna under 2019 att utvecklas mot workshops och mindre utbildningar inriktat mot gruppernas behov.

I samband med dokumentationsstödjarträffar och nattillsyn har utredare lyft frågan kring vårdplaner, som egentligen tillhör hälso- och sjukvårdens ansvar. Problemet har varit att mycket av dokumentationen kring brukarnas hälsotillstånd hamnar i genomförandejournalen i stället för i vårdplanerna från legitimerad personal. Under 2018 har stort fokus lagts på att vidareutbilda omvårdnadspersonal i att dokumentera hälso- och sjukvård i vårdplaner. Vårdplaner skrivs och fördelas av legitimerad personal, det vill säga sjuksköterskor, arbetsterapeuter och fysioterapeuter till omvårdnadspersonal som utför delegerade uppgifter. Även inom hälso- och sjukvårdens eget verksamhetsområde finns ett fortsatt behov av satsning på vårdplaner och dokumentation. Det har startats upp en dokumentationsgrupp vars arbete kommer att fortsätta under 2019.

Nattillsyn

En nattillsyn genomfördes på åtta enheter i december 2018 inom områdena funktionsstöd och särskilt boende för äldre. Tillsynen genomfördes på demensboende och vård- och omsorgsboende inom särskilt boende för äldre, gruppbostad LSS, servicebostad LSS samt gruppboenden SoL för socialpsykiatri. Det har tidigare inte genomförts någon nattillsyn inom socialpsykiatri. Årets tillsyn syftade i huvudsak till att följa upp insatser som gjorts kring social dokumentation, vårdplaner och avvikelser. I samband med tillsynen skulle personalen gå in i verksamhetssystemet Treserva för att visa hur de hanterar det. De skulle också kunna hänvisa till riktlinjen för kontakt med sjuksköterska och läkare samt SBAR³, vilket är ett systematiskt sätt att kommunicera förändrat hälsotillstånd till legitimerad personal.

Nattpersonalen på de enheter där tillsynen gjordes har en förhållandevis god förmåga att hantera dokumentationssystemet. I stort sett alla klarar av att göra sökningar av vårdplansanteckningar och journalanteckningar, och för de som var osäkra var själva tillsynen ett lärtillfälle att gå igenom detta. Det framkommer dock att det läggs stor vikt vid den muntliga överlämningen mellan dag- och nattpersonal. Ingen av den nattpersonal som förekom i nattillsynen hade några problem med att praktiskt klara av att skriva vårdplansanteckningar eller anteckningar i genomförandejournal. Poolpersonal som fanns på en enhet uppgav att hen inte fått information om riktlinjen för kontakt med sjuksköterska och läkare. Hen kände inte heller till SBAR. Vissa enheter har god kunskap om skillnaden mellan vårdplaner och genomförandejournal, och antecknar i båda om det behövs. Det finns dock flera enheter där mycket information kring läkemedel och hälso- och sjukvård skrivs i genomförandejournal för social dokumentation,

³ SBAR står för Situation, Bakgrund, Aktuellt tillstånd, Rekommendation.

även om vårdplaner finns. Personalen uppger dock att de känner till att de ska skriva i vårdplaner. Flera lyfter fram att systemet med vårdplaner är svårhanterligt. På några enheter finns det fortfarande inaktuella vårdplaner som gör det svårt att få överblick över brukarens hälso- och sjukvårdsinsatser.

De flesta av den intervjuade nattpersonalen menar att de inte själva varit delaktiga i att skriva brukares genomförandeplaner, men att de till exempel deltar på teamträffar eller på annat sätt kan vidarebefordra sådant som är av vikt att det står med i genomförandeplanen. Det förekommer dock att det ändå kan saknas nattperspektiv i genomförandeplanen. Personalen har kunskap om när och hur de ska skriva avvikelser. Vissa uppger att de har gjort det flera gånger, andra inte alls. Vissa upplever att de har fått återkoppling, för det mesta i samband med arbetsplatsträffar. På några enheter lyfter personalen fram att de inte fått återkoppling. På en enhet berättar personalen att det finns ett kvalitetsråd nu som bland annat arbetar med att hitta orsaker till avvikelser för att se eventuella mönster. Flera av nattpersonalen på de besökta boendena har inte ingående kunskap om lex Sarah, men vet var de ska söka information vid behov.

Kvalitetsmål för medborgarfunktionen

Aktgranskning av myndighetsbeslut

Under november 2018 genomfördes en aktgranskning på medborgarfunktionen, för att säkerställa kvalitet och rättsäkerhet rörande handläggning av enskilda ärenden inom myndighetsutövningen för vård- och omsorgsförvaltningen. Detta skiljer sig från den tidigare nämnda kvalitetsgranskningen av social dokumentation, då aktgranskningen riktar sig mot handläggarnas utredningar som ligger till grund för beslut om insatser. Kraven för detta finns i 11 kap. 5 § SoL och 21 a § LSS. Urvalet för granskningen gjordes för att täcka områdena "Tillväxt och välfärd" och kommunplanens mål om ett "aktivt liv och sociala aktiviteter" för medborgarna. Granskningen omfattade 52 ärenden. Granskade akter har valts ut utifrån de beviljade insatserna ledsagning LSS samt promenad och social samvaro inom ramen för hemtjänst.

I aktgranskningen framkommer att majoriteten av granskade utredningar har mallen för IBIC-strukturen använts och dessa utredningar är välskrivna. IBIC (Individens Behov I Centrum) är Socialstyrelsens verktyg för utredning samt social dokumentation i genomförande och uppföljning inom vård och omsorg, baserat på ICF⁴. Under varje livsområde (de rubriker för kartläggning av den enskildes funktionstillstånd och behov av stöd som används inom IBIC) har den enskildes behov beskrivits i förhållande till sökt insats. Det framgår behov och mål med insatserna. Resultatet av granskningen ger en riktning för fortsatt arbete med dokumentation, utredningar och utformning av beslut. Detta utifrån att ett antal utredningar och uppdrag som granskas inte håller fullgod kvalitet. Utöver ovan nämnda granskningsområden har granskningen också utgått från CEMR-deklarationens artikel 15, för att se om det i utredningarna går att urskilja olikheter i bedömningar och antal beviljade timmar för kvinnor och män. Resultatet visar att inga uppenbara skillnader finns i omfattningen av beviljade insatser.

Uppföljningar av beslut på särskilt boende för äldre

Under 2018 påbörjade en biståndshandläggare ett systematiskt arbete med att följa upp individuella myndighetsbeslut för särskilt boende för äldre. Uppföljningarna syftar till att säkerställa att den vård- och omsorg som myndighetsfunktionen beslutar om enligt

⁴ ICF (Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa)

SoL är god, och att de beviljade insatser som besluten gäller utförs i verksamheten. Det rör sig alltså inte om någon form av omprövning av beslut, däremot kan uppdraget från myndighet uppdateras om förutsättningarna för brukaren förändrats i hög grad. Arbete pågår också med att upprätta nya beslut för de brukare vars beslut togs i det tidigare verksamhetssystemet. Uppföljningarna genomförs genom att handläggaren träffar den enskilde brukaren, i de flesta fall tillsammans med anhöriga, samt brukarens kontaktpersonal och ställer frågor utifrån en mall. Handläggaren ser också över genomförarnas dokumentation, utifrån genomförandeplan och genomförandejournal.

Under 2018 genomfördes 33 uppföljningar på två olika boenden, Strandgården och Malmgården. I sex av dessa uppföljningar var besluten inaktuella, vilket ledde till att de avslutades och uppdaterades med nya beslut, insatser och uppdrag till verksamheten. I två fall skrev handläggaren avvikelser till verksamheten; i ett ärende utifrån att insats uteblivit samt i ett annat ärende att ett fall inte dokumenterats. Handläggaren har också kompletterat med insatser i befintliga beslut vid behov, samt kontaktat till exempel arbetsterapeuter eller sjukgymnaster kring hjälpmedel eller träning. I några fall har handläggaren vidarebefordrat synpunkter från brukare eller anhöriga till enhetschef för verksamheten. Mer övergripande erfarenheter från dessa uppföljningar som handläggaren gjort är bland annat att brukarna efterfrågar mer tid med sin kontaktpersonal på boendet. Brukarna och anhöriga är i stort mycket nöjda med personalen på boendena och med bemötande och omvårdnad. Dock beskriver ett flertal att de upplever att personalen har allt mindre tid, och att beslutade insatser som till exempel promenader och utevistelse, vid ett flertal tillfällen inte gått att utföra på grund av ett det inte funnits personal. På ett boende kände en brukare inte till att boråd genomfördes på enheten, på grund av att information om detta inte anslagits. Detta har dock rättats till.

Kartläggning av behov inom anhörigstödet

Anhörigstödet är en verksamhet som erbjuder stöd i form av service till vuxna anhöriga över 18 år. Med anhörig menas någon i familjen, en släkting, nära vän eller granne. Anhörigstödet riktar sig till olika målgrupper och efterfrågan styr olika teman. Exempelvis föräldragrupper och anhörigrupper för vuxna söner/döttrar, en anhörigutbildning för make/maka. För att bättre ha översikt av efterfrågan av aktiviteter har verksamheten under 2018 börjat föra statistik över exempelvis antal deltagare. Under året har anhörigstödet haft kontakt med 241 anhöriga, fördelat på 30 procent män och 70 procent kvinnor. Utifrån artikel 17 i CEMR-deklarationen tillämpar anhörigstöd ett genusperspektiv rörande ansvaret för vård av andra anhöriga än barn, bland annat genom att motverka den stereotypa uppfattningen att vård av anhöriga i första hand är ett ansvar för kvinnor. Vidare har en anhörigdag anordnats i samverkan med ungdomsenheten och Mercur, som erbjuder stöd till personer som är anhörig till någon med alkohol-, spel- och drogerberoende. Flera representanter för anhörigstödet deltog för att föreläsa om anhörigstödet verksamhet.

Fortsatt införande av IBIC (Individens behov i centrum)

Förvaltningen arbetar med att fullt ut införa IBIC inom samtliga verksamheter som arbetar utifrån myndighetsbeslut enligt SoL eller LSS. Under 2018 har behov framkommit av att lyfta ICF i utbildningar och praktiskt användning för omvårdnadspersonal. I förvaltningen finns grundkunskaperna kring klassifikations-systemet, men för att ytterligare förbättra möjligheterna till användning av IBIC fullt ut är kompetens i ICF viktig. Medborgarfunktionen och utförarna använder IBIC-strukturen för att ut-

reda, dokumentera och följa upp. Det som främst är kvar att implementera är IBIC:s struktur gällande nuvarande och avsett funktionstillstånd, för att tydligare skapa riktning i insatserna. Vid deltagande i nationella och regionala nätverk kring IBIC, framkommer att detta generellt är en stor svårighet. En pilot kommer genomföras under 2019, för att i skarpt läge använda hela IBIC-modulen i verksamhetssystemet Treserva och genomföra hela processen enligt IBIC.

Kvalitetspris

Under 2018 delade vård- och omsorgsnämnden ut sitt årliga kvalitetspris, där aktiviteter uppmärksammas som leder till utveckling och förbättring utöver den dagliga driften.

Risکانالys

RisKFörebbyggande arbete genomförts både på individ- och organisatorisk nivå. Riskanalyser på individnivå tas inte upp i denna redovisning, men utförs kontinuerligt inom alla verksamhetsområden. Under 2018 har det genomförts risk- och konsekvensanalyser på organisatorisk nivå innan organisationsförändringar. Dessa har även tagits upp på facklig samverkan. Med utgångspunkt från genomförda riskanalyser har handlingsplaner upprättats där risker identifierats. Under året har det genomförts förändringar både mellan och inom områdena. Bland annat har personlig assistans ändrat verksamhetstillhörighet från verksamhetsområde stöd i ordinärt boende till funktionsstöd. De interna hemtjänstenheterna Öster och Centrum som utgår från samma lokaler har fått en gemensam planeringsvy för insatser som ska utföras samt tillhörande planering av personalresurser. I samband med detta fördelades även hemtjänstenheterna om inom området, utifrån en översyn av enhetschefernas uppdrag. Fördelningen av enheter per enhetschef inom verksamhetsområdet funktionsstöd fördelades också om under 2018. Ledsagarservice enligt LSS gick även över i sin helhet till området stöd i ordinärt boende. Alla avdelningar på Strandgårdens vårdboende omvandlades till demensavdelningar. Inför sommaren 2018 genomförde alla verksamhetsområden en risk- och konsekvensanalys där handlingsplaner togs fram med åtgärder. Dessa har följts upp inom områdena, men även på utvecklingsforum på förvaltningsnivå.

Klagomål och synpunkter

Två gånger per år redovisas klagomål och synpunkter för nämnden. I kvalitetsberättelsen redovisas sammanställningen för helår. Kommunikering och åsikter kring planering av enskilda brukares beviljade insatser, som ibland tangerar till att vara synpunkter, finns inte med i redovisningen.

Totalt antal inkomna klagomål och synpunkter för helår 2018

År	MYS	SOB	SBÅ	FS	HSV	Totalt
2018	3**	8**	12**	2**	1**	(26)
2017	4*	5*	11	1	0	20

År	Myndighets- och specialistavdelning	Utföraravdelning	Båda avdelningarna	Totalt
2016	6	14	1	21
2015	5	22	2	29
2014	7	29	2	38

* = En synpunkt berörde två verksamhetsområden och är redovisad i bådaskolumn.

** = En synpunkt berörde alla verksamhetsområden och är redovisad i allaskolumn.

Förkortning: MYS = Myndighets- och specialistavdelning, SOB = Stöd ordinärt boende, SBÅ = Särskilt boende äldre, FS = Funktionsstöd, HSV = Hälso- och sjukvård

Av inkomna klagomål och synpunkter har en registrerats som ett positivt omdöme, de andra som negativa. I ett fall har en lex Sarah-utredning gjorts utifrån innehållet i synpunkten. I alla fall som beskrivs i sammanställningarna har synpunktsgivaren besvarats på något sätt, antingen via telefon, möte, skriftligt via post eller i något enstaka fall via e-post. I de flesta fall är det ansvarig enhetschef som besvarat synpunktsgivaren, i sex fall verksamhetschef eller förvaltningschef. I ett fall som rör avgifter för trygghetslarm har synpunkten besvarats av avgiftshandläggare. I den sammanställning som gjorts noteras i tre fall särskilt att synpunktsgivaren är nöjd med svaret. Det går utifrån den årliga sammanställningen inte att se något specifikt mönster i de synpunkter som inkommit, men fem stycken innefattar bemanning och personalresurser, både rörande särskilt boende för äldre och hemtjänst.

Avvikelser

Under de första sex månaderna 2018 inkom mellan 250 och 300 avvikelser per månad för hela förvaltningen. Sommarmånaderna juli och augusti står sedan ut, då det inkom 360 avvikelser per månad. Detta beror till stor del på rapportering av avvikelser från hemtjänst rörande planering av insatser, ej fungerande larm på ett boende där många avvikelser inkom kring en och samma händelse, samt kring bemanningen på ett boende. Det förekommer även i andra fall att samma unika händelse resulterar i flera avvikelser, vilket behöver uppmärksammas vid analys av avvikelser. Även december månad sticker ut med 360 avvikelser. Av inkomna avvikelser är ungefär två tredjedelar avvikelser som rör hälso- och sjukvård, huvudsakligen läkemedelsavvikelser. Dessa beskrivs närmare i patientsäkerhetsberättelsen. Statistiken drogs ut 2 januari 2019 och beskriver hur det såg ut vid detta tillfälle.

Totalt antal avvikelser per verksamhetsområde för helår 2018

	SOB	FS	SBÄ	HSV	MYS	Totalt
Totalt	1155	625	1528	216	86	3610
Avslutade	786	426	1375	103	57	2747

Förkortning: MYS = Myndighets- och specialistavdelning, SOB = Stöd ordinarie boende, SBÄ = Särskilt boende äldre, FS = Funktionsstöd, HSV = Hälso- och sjukvård

I tabellen syns att det fortfarande är många avvikelser som är under bearbetning vid årsskiftet. Det syns över helår att vissa enheter rapporterar långt fler avvikelser än andra. För att ge ett exempel från funktionsstöd, har den gruppboende inom LSS som rapporterat flest avvikelser, rapporterat 70 avvikelser på ett år och den med näst flest har rapporterat 51 avvikelser. Som jämförelse har en serviceboende inom LSS bara rapporterat två avvikelser under hela 2018 och två andra gruppboende inom LSS har rapporterat fyra avvikelser vardera. Dessa stora skillnader i antal avvikelser kräver en djupare analys. Det syns också i att enhetschefen för de gruppboende med många avvikelser inte i samma grad hunnit med att bearbeta avvikelserna under slutet av året. Det finns även skillnader inom de andra verksamhetsområdena. Ytterligare ett exempel är inom området särskilt boende för äldre där ett boende bara har rapporterat 19 avvikelser under 2018, medan ett annat av jämförbar storlek har rapporterat 117 avvikelser. Under året har en övergripande genomgång inom området genomförts för att hantera och avsluta avvikelser. Även stora enheter med många avvikelser har mycket låg procent ej bearbetade avvikelser.

Avvikelser per rapporterad orsak

Då definitionerna för avvikelsetyp förändrades något i och med den nya avvikelsemodulen i maj 2018 så ges här statistik för de nya definitionerna, för juli-december 2018. Att definitionerna förändrades gör det också svårt att på ett överskådligt sätt redovisa förändringar jämfört med tidigare år. Statistiken syftar till att ge en bild över de vanligaste avvikelserna som rapporteras på förvaltningen under lagrummen för SoL och LSS. Avvikelsehantering är komplex, och kräver i många fall att olika professioner är inblandade. I den här sammanställningen tas inte avvikelser som rör till exempel enbart provtagning, nutrition, läkemedel eller medicintekniska produkter upp, då dessa faller under Hälso- och sjukvårdslagen.

Typ av avvikelse (område)	Juli-December 2018	
	Totalt	Procent (%) av totala antalet bedömda avvikelser (SoL/LSS)
Insatser/Omvårdnad	172	30 %
Fysisk miljö/utrustning/teknisk utrustning (inkl. Larm)	129	22 %
Fall utan skada*	76	13 %
Organisation/Arbetsrutiner	60	10 %
Våld och övergrepp	44	8 %
Dokumentation och information	43	7 %
Klagomål och synpunkter	24	4 %
Bemötande	22	4 %
Transport	11	2 %
Handläggning	1	0 %

* = Fall som lett till skador redovisas som HSL-avvikelser.

Förklaring: Bedömda avvikelser enligt SoL/LSS juli-december 2018. Ej bedömda avvikelser ingår inte i statistiken.

Det mest förekommande området är insatser/omvårdnad. Dessa avvikelser rör bland annat felaktigt utförda insatser och uteblivna/försenade insatser. Det andra största området är fysisk miljö/utrustning/teknisk utrustning, där larm ingår. Det är fortfarande ett förhållandevis stort antal avvikelser som rör larm på olika sätt (dörrlarm, rörelselarm, trygghetslarm). Det har då rört felfunktioner eller felhantering kring larm. 87 av avvikelserna har bedömts ha en ”betydande (3)” allvarlighetsgrad, enligt hur den som bedömer kan gradera allvarlighetsgraden från 1-4. Tre bedömdes ha allvarlighetsgraden ”katastrofal” (4). Den mest förekommande åtgärden som registrerats i systemet är arbetsplatsdiskussion eller arbetsplatsdiskussion i kombination med någon annan åtgärd, till exempel enskilt samtal och ändrade rutiner. Även åtgärden kontakt med sjuksköterska förekommer frekvent.

Verksamhetsområdet funktionsstöd har lämnat in en kortfattad övergripande analys av de avvikelser som bearbetats under året inför kvalitetsberättelsen. Det rör sig om den analys som verksamheterna själva ska göra för att lyfta sammanställningar av avvikelser och åtgärder till verksamhetsnivå inom ramen för det övergripande kvalitetsarbetet. Den största andelen avvikelser rör sig, enligt analysen, om läkemedelshantering. Analysen beskriver att övriga avvikelser består av hot och våld, brukare mot personal, mot andra brukare och andra grannar. Utmanande beteende förekommer samt självskadebeteende. I några arbetsgrupper har det funnits oro och konflikter, vilket resulterar i avvikelser i form av att personal inte följt rutiner men även att personal haft brister i bemötande som lett till utagerande beteende hos brukarna. I analysen framkommer att antalet avvikelser ökar under sommarmånaderna då det är fler vikarier på plats och den ordinarie personalen har sin semester.

Lex Sarah

Bestämmelserna om lex Sarah gäller inom verksamhet enligt SoL och LSS. Enligt dessa ska anställda omedelbart rapportera missförhållanden eller påtagliga risker för missförhållanden till den som bedriver verksamheten. Den som bedriver verksamheten ska utreda och avhjälpa eller undanröja det rapporterade missförhållandet utan dröjsmål. Utredningen syftar till att ta reda på vilka bakomliggande orsaker i verksamheten som bidragit till missförhållandet eller risken för missförhållandet. Verksamheten ska vidta lämpliga åtgärder för att förhindra att liknande missförhållanden eller risker inträffar igen. Om missförhållandet är allvarligt eller det finns en påtaglig risk för ett allvarligt missförhållande ska en anmälan göras till IVO. IVO granskar inkommen utredning och om IVO bedömer att utredningen följer gällande bestämmelser och åtgärder för att förhindra att liknande händelser inträffar igen avslutar IVO ärendet. Enligt förvaltningens rutiner framgår att alla inkomna lex Sarah rapporter ska utredas, där berörd verksamhetschef beslutar om åtgärder kopplade till händelse. Enligt gällande delegationsordning är det verksamhetschef för myndighets- och specialistfunktionen som fattar beslut i lex Sarah ärenden.

Antal missförhållanden eller risker för missförhållanden enligt lex Sarah

	2014	2015	2016	2017	2018
Allvarligt missförhållande	4	2	5	5	1
Påtaglig risk för ett allvarligt missförhållande	1	4	1	0	0
Missförhållande	8	3	2	6	5
Påtaglig risk för ett missförhållande	-	1	2	0	1
Totalt	13	10	10	11	7

Antal rapporterade lex Sarah-rapporter som efter utredning inte betraktas som ett missförhållande eller risk för ett missförhållande

	2014	2015	2016	2017	2018
Totalt	8	10	2	2	4

Under 2018 har elva ärenden varit föremål för utredning enligt lex Sarah. Ett av dessa ärenden inträffade under slutet av 2017 men avslutades under 2018. Ett ärende bedömdes som ett allvarligt missförhållande och anmäldes till IVO. Fem ärenden bedömdes som ett missförhållande och ett ärende som en påtaglig risk för ett missförhållande. Fyra utredningar avslutades med delegationsbeslut då missförhållande inte bedömdes föreligga. Det kan även noteras att det under år 2018 varit färre ärenden som bedömts som ett missförhållande eller risk för ett missförhållande jämfört med tidigare år.

Lex Sarah ärendet som anmäldes till IVO handlade om flera rapporterade avvikelser som gällde handhavande av olika larm. IVO beslutade att ärendet skulle avslutas. Skälen för beslutet var att nämnden fullgjort sin utrednings- och anmälningskyldighet i enlighet med 14 kap. 6-7 §§ SoL. Flera liknande händelser som ärendet har inträffat förut i verksamheten och utretts enligt lex Sarah. Dessa har till stor del handlat om att larm varit avstängda och/eller felvända, men även att det varit tekniska problem med larm. Med anledning av det gjorts andra utredningar enligt lex Sarah där det i viss mån framkommit liknande brister, framkommer i utredningen att tidigare åtgärder inte gett önskvärda effekter. Noterbart är dock att vissa åtgärder initierats kort tid innan de aktuella händelserna inträffade, vilket kan tyda på att de inte hunnit implementerats.

De sex ärenden som bedömdes som ett missförhållande eller en påtaglig risk för ett missförhållande år 2018 handlar i två ärenden om ekonomiskt övergrepp (misstanke om stöld). Ett ärende rör brister i bemötande. Tre ärenden berör brister i utförande av insats i någon form, där ett ärende handlar om att beviljad insats inte blivit utförd, ett ärende handlar om en brukare som larmat inte hade fått den hjälp som efterfrågades samt ett ärende rörde brister i omvårdnaden.

Bakomliggande orsaker och åtgärder

Under 2018 har åtgärder inom områdena processer och rutiner, kommunikation och information, dokumentation samt kompetens varit mest förekommande. Dessa områden har även varit mest förekommande bakomliggande orsaker till att ett missförhållande inträffat. Inom området processer och rutiner är otydliga rutiner eller följsamhet till framtagna rutiner vanligt förekommande som bakomliggande orsaker. Det har handlat om att rutiner inte varit kända av omvårdnadspersonal och införandet av nya eller reviderade rutiner har inte fungerat. Rutinerna har inte gått igenom eller spridits på ett sådant sätt att de kom att efterföljas. Personal kan ha haft kännedom om själva rutinen, men har inte haft vetskap om allt dess innehåll. Det har även i flera lex Sarah ärenden vidtagits arbete med att uppdatera och förtydliga rutiner på verksamhets- och förvaltningsnivå. Detta i syfte att verksamheterna ska arbeta på ett mer likartat sätt och att alla verksamheter ska hålla en god kvalitet vid utförande av insatser.

Inom kommunikation och information har bakomliggande orsaker bland annat handlat om bristande kommunikation mellan olika yrkeskategorier. Inom dokumentation har det bland uppmärksammats att överenskommelser med brukare som rör omvårdnaden inte hade blivit tydligt dokumenterat i genomförandeplanen samt att vårdplaner inte har varit tydliga eller saknats. Detta har även medfört att dokumentation och uppföljning inte har förts på rätt sätt. Åtgärder har bland annat varit att förtydliga och förenkla hur förändringar ska dokumenteras i genomförandeplanen. Vidare har det handlat om att förtydliga hur vårdplaner skrivs. Inom området kompetens har det bland annat uppmärksammats att personal inte har full kännedom om eller känner osäkerhet kring innebörden av lex Sarah och rapporteringsskyldigheten. Som åtgärd har enhetschefen informerat personal om bestämmelserna och rutiner för avvikelshantering och lex Sarah, vilket också är i enlighet med förvaltningens rutiner att personal ska få information om detta årligen. Vidare har det uppmärksammats brister i kunskap om värdegrunden och att omsätta kunskapen i praktiken i det vardagliga arbetet och i mötet med brukaren.

Uppföljning av lex Sarah ärenden

Verksamhetschef där händelse inträffat ansvarar för att senast inom sex månader från det att lex Sarah ärendet avslutats med ett beslut följa upp ärendet. Uppföljningen syftar till att följa upp om åtgärderna har vidtagits och om de har fått avsedd effekt. Ytterligare följs det upp vad som har fungerat bra med implementeringen av åtgärderna samt hur kunskap om händelsen och vidtagna åtgärder har spridits i förvaltningen. Resultatet från uppföljningen rapporteras till kvalitetsrådet för myndighets- och specialistfunktionen som årligen följer upp inkomna uppföljningar. Årets sammanställning baseras på inkomna uppföljningar av lex Sarah ärenden som avslutades under månaderna juli 2017 till och med juni 2018. Sammanställningen baseras på nio inkomna uppföljningar. Vissa ärenden avslutades innan detta tidsspänn, men uppföljningen inkom under 2018 och tas därför upp i denna sammanställning.

Av de inkomna lex Sarah uppföljningarna kan konstateras att merparten av de åtgärder som angivits i åtgärdsplanen har genomförts. Åtgärderna har till stor del gett avsedd effekt. I de fall åtgärderna inte var fullt genomförda när uppföljningen genomfördes fortgår arbetet. Exempelvis för åtgärder som berört tekniska problem kring larm pågår fortsatt utvecklingsarbete för att säkerställa att förvaltningen har fungerande larmlösning. Åtgärderna har gått igenom på ledningsgruppen i det område där händelserna inträffade, men det återstår arbetet med att sprida kunskap om händelserna och vidtagna åtgärder till alla områden. Detta för att säkerställa att liknande händelser inte inträffar igen i verksamheten. Det handlar även om att åtgärderna systematiskt ska tas upp på förvaltningsledning och områdenas ledningsgrupper för alla ärenden. En sammanfattning av alla ärenden samt åtgärdsplanen skickas till alla chefer efter avslutad utredning. I flera ärenden har ytterligare åtgärder tillkommit efter avslutad utredning. I några fall har planerade åtgärder ändrats, då det framkommit att åtgärden inte har fått avsedd effekt och därför har en ny åtgärd tagits fram. Detta gäller bland annat åtgärden att förbättra kommunikationen när omvårdnadspersonal ska kontakta legitimerad personal vid förändrat hälsotillstånd. All personal har fått ett kort för SBAR, som omnämns ovan.

Faktorer som fungerat bra med implementeringen av åtgärder har bland annat handlat om att personal getts utrymme att diskutera åtgärden samt att enhetschefer har fått tid på ledningsgrupper att diskutera åtgärden och på så vis kunnat lära av varandra. Det har även byggts upp en struktur för att ta upp sammanfattningarna och åtgärderna från lex Sarah ärenden på kvalitetsråden för att därefter sprida informationen vidare i verksamheten. Utbildningsåtgärder som har genomförts i bred skala lyfts också upp som positivt för implementeringen, då all personal ges samma utbildning.

Tillsyn från Inspektionen för vård och omsorg (IVO)

Under våren 2018 besvarades IVO:s synpunkter från verksamhetstillsynen från föregående år. IVO avslutade ärendet och bedömde att nämnden hade redovisat en plan för att säkerställa att bland annat informationsöverföringen ska fungera. Nämnden hade redovisat att det pågår flera förbättringsåtgärder parallellt med varandra utifrån de krav på åtgärder som IVO ställt till nämnden.

Under hösten 2018 genomförde IVO en tillsyn på förvaltningen. IVO följde upp ett antal anmälningar enligt lex Sarah.⁵ I tillsynen följdes det upp om de åtgärder som redovisats i utredningarna har vidtagits och fått avsedd effekt samt hur kunskap om händelsen och åtgärderna har spridits i organisationen. I december 2018 inkom IVO med skriftligt beslut i ärendet. IVO:s tillsyn visade att de åtgärder som redovisades i anmälningarna har genomförts till största delen. IVO bedömer dock att nämnden behöver fortsätta utveckla arbetet med genomförande av åtgärder som redovisas i lex Sarah anmälningarna. Åtgärderna har följts upp och åtgärderna har till stor del gett avsedd effekt. IVO bedömer att nämnden behöver utveckla sitt arbete med uppföljningar av åtgärder med fokus på att de fått avsedd effekt. IVO bedömer att arbetet med att sprida kunskap om händelserna och vidtagna åtgärder behöver utvecklas. Vidare avser IVO att följa upp nämndens fortsatta arbete med lex Sarah anmälningar under 2019. Detta för att följa upp hur verksamheten arbetar med åtgärder, uppföljningar och spridning av händelser som lett till anmälningar enligt lex Sarah.

⁵ I samma tillsyn följde IVO även upp anmälningar enligt lex Maria, men beslutet från denna redovisas inte här utan i patientsäkerhetsberättelsen.

Mål och aktiviteter för kommande år

Nedan redovisas ett urval av de viktigaste målen och aktiviteterna framåt för förvaltningens kvalitetsarbete.

- Revidera och uppdatera vård- och omsorgsförvaltningens övergripande styrdokument för kvalitetsledningssystem. Fortsätta arbetet med att identifiera, beskriva och fastställa de processer och rutiner som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet. I samband med detta tydliggöra ansvar och organisation för kvalitetsarbetet samt personalens medverkan i kvalitetsarbetet.
- Ta fram en ny struktur för att presentera och visualisera processer och rutiner på ett lättillgängligt sätt för medarbetarna på intranätet.
- Införa ett kvalitetsuppföljningssystem för det systematiska förbättringsarbetet som integreras med befintliga system för planerings- och uppföljningsprocessen enligt Katrineholms styrmodell.
- Utveckla olika former av dagtillsyn på enheterna, i kombination med riktade utbildningsinsatser för enheter med behov av stöd i olika former.
- Fortsatt arbete med avvikelshantering och förbättringsåtgärder utifrån avvikelser, samt att säkerställa uppföljningar av åtgärder och kunskapsspridning från utredningar enligt lex Sarah.
- Fortsatt arbete med införandet av Individens behov i centrum (IBIC). Fortsatt arbete med att höja kompetensen och kvaliteten på den sociala dokumentationen utifrån granskningar och behov.