



Kvalitetsrapport 2010 för socialnämndens verksamheter

Socialnämnden

Innehållsförteckning

KVALITETS RAPPORT 2010	3
BEGREPPSFÖRKLARINGAR.....	3
FÖRKORTNINGAR	4
KVALITET I SOCIALNÄMNDENS INSATSER	5
SLUTSATSER OCH FÖRBÄTTRINGSFÖRSLAG.....	5
ÄLDREOMSORG	6
SOCIALPSYKIATRI	7
LSS-VERKSAMHET	7
INDIVID- OCH FAMILJEOMSORG.....	8
FOKUS PÅ FÖRBÄTTRING	8
SOCIALNÄMNDENS LEDNINGSSYSTEM FÖR SYSTEMATISKT KVALITETSARBETE	8
BRUKARPERSPEKTIVET	9
SAMMANFATTNING	9
KVALITETSKRITERIER	11
ÖVRIGA IAKTTAGELSER	17
MEDARBETARPERSPEKTIVET	19
SAMMANFATTNING	19
KVALITETSOMRÅDEN FÖR HELA SOCIALTJÄNSTEN	20
KVALITETSOMRÅDEN FÖR HÄLSO- OCH SJUKVÅRD	25
BESTÄLLARPERSPEKTIVET	27
FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR VERKSAMHETSUPPFÖLJNING	27
NATIONELL BRUKARUNDERSÖKNING INOM ÄLDREOMSORGEN	28
JÄMFÖRELSE MELLAN DEN NATIONELLA OCH KOMMUNALA BRUKARUNDERSÖKNINGEN	29
BILAGOR.....	31
BILAGA 1: SAMMANSTÄLLNING AV VERKSAMHETS- OCH AVTALSUPPFÖLJNING 2010	31
BILAGA 2: BRUKARUNDERSÖKNINGAR - JÄMFÖRELSE ÖVER TID	41
BILAGA 3: BRUKARUNDERSÖKNINGAR, METOD MM.....	43

Kvalitetsrapport 2010

I kvalitetsrapporten för 2010 redovisas de uppföljningar av kvalitet och kvalitetsarbetet som genomförts på övergripande nivå inom socialnämndens område under 2010. Syftet är att lämna en lägesrapport sett ur olika intressentperspektiv. Rapporten ska ge socialnämnden en övergripande bild av verksamhetens kvalitet samt av hur arbetet med att säkra och utveckla kvaliteten bedrivs.

Rapporten innehåller redovisning av

- brukares uppfattning av det stöd de får genom sin insats från socialtjänsten som det kommer fram i brukarundersökningar
- chefers och medarbetares egen uppfattning om hur väl deras rutiner inom valda fokusområden svarar mot kraven
- beställarperspektivet genom tillsynsenhetens verksamhets- och avtalsuppföljning samt uppföljning av valda fokusområden hos enskilda och kommunala leverantörer

Begreppsförklaringar

I socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd samt i deras handledningar om systematiskt kvalitetsarbete förekommer ett antal begrepp. En del av dessa används i det här dokumentet. I Täby finns därutöver några lokala begrepp. Aktuella begrepp förklaras nedan.

Begrepp	Förklaring
Allmänna råd (AR)	Utfärdas av socialstyrelsen med stöd av lagstiftning och är rekommendationer för hur en författning kan eller bör tillämpas
Arbets-/ tjänsteprocess	Består av ett antal aktiviteter som skall utföras i en bestämd följd och som skall ge ett bestämt resultat för medborgare/ grupper av brukare/ brukare, processen upprepas gång efter gång.
Enhet	Del av verksamhet, vanligen under ledning av en chef med ansvar för personalgrupp/arbetslag, sammanfaller ofta med begreppet arbetsplats
Föreskrifter (F)	Utfärdas av socialstyrelsen med stöd av lagstiftning och är bindande regler inom tillämpningsområdet
Insats	Handling som är inriktad på (visst) resultat. Insats och åtgärd används synonymt. Insats som ges enligt LSS, LVU och LVM är alltid individuellt inriktad och föregås av individuell behovsprövning. Insats som ges med stöd av SoL kan vara riktad till alla medborgare (strukturell), till grupper av med-

Begrepp	Förklaring
	borgare (generell) eller till enskild individ. Insats till enskild individ föregås av individuell behovsprövning
Kvalitetssystem	Metod för och dokumentation av systematisk kvalitetsarbete (lokalt begrepp i Täby)
Kvalitetsrapport	Är ett dokument med sammanställning av uppgifter från kvalitetssystem och andra källor som överlämnas till socialnämnden med viss regelbundenhet (lokalt begrepp i Täby)
Ledningssystem för kvalitet	System för att fastställa grundprinciperna för ledning av verksamheten och sätta upp mål samt för att uppnå dessa mål
Rutin	Är vanligen en skriftligt dokumenterad arbetsordning för hur en process ska genomföras för att säkra kvaliteten och nå önskat resultat; anger vad som ska göras, vem ska göra det, hur det ska göras och när
Social tjänst	Består av en eller flera insatser som har till syfte att tillgodose behov hos medborgare/grupper av brukare/enskilda brukare. <i>Ex. hemtjänst, försörjningsstöd, information om socialtjänsten i kommunen, medverkan i samhällsplanering</i>
Säkra kvalitet	Är att använda arbetsformer, metoder och rutiner som leder fram till att sociala tjänster får de egenskaper som krävs (enl. lag, författning, riktlinjer och mål)
Utveckla kvalitet	Är att uppnå bättre resultat inom existerande sociala tjänster därför att kvalitetsbrister och fel är åtgärdade, eller att konstruera en ny tjänst för att täcka ett nytt eller existerande behov
Verksamhet	Avser socialnämndens uppgifter riktade till grupper av medborgare där nämnden enligt lagstiftning har ett särskilt ansvar, ex. äldreomsorg, missbruksvård

Förkortningar

HSL	Hälso- och sjukvårdslag
LOU	Lag om offentlig upphandling
LOV	Lag om valfrihetssystem
LSS	Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade
LVU	Lag med särskilda bestämmelser om vård av unga
LVM	Lag om vård av missbrukare i vissa fall
SoL	Socialtjänstlag
SOS	Socialstyrelsen
SOSFS (M)	Socialstyrelsens författningssamling, medicinalförfattningar
SOSFS (S)	Socialstyrelsens författningssamling, socialförfattningar

Kvalitet i socialnämndens insatser

Kvaliteten i socialnämndens insatser är god sett i ett brukar- och anhörig perspektiv. Bedömningen grundar sig på resultat från brukarundersökningar. Denna typ av undersökningar ger en av flera aspekter på kvaliteten i verksamheten.

Sett i beställarperspektivet ska andra aspekter av kvalitet och kvalitetsarbete uppmärksammas. I detta perspektiv krävs ytterligare arbete i form av såväl kvalitetssäkring som kvalitetsutveckling för att kvaliteten i verksamheten som helhet ska kunna bedömas som god.

Kvalitet i verksamheten omfattar flera dimensioner, bl.a.

1. den kvalitet som uppstår i mötet mellan brukare och personal, som i hög grad handlar om profession och ett professionellt förhållningssätt
2. hur kunskap och erfarenhet dokumenteras, samlas in och struktureras för att sedan spridas i verksamheten, t.ex. i syfte att undvika att misstag upprepas
3. hur kunskap om verksamhet i form av effekter av olika åtgärder dokumenteras, samlas in och struktureras för att ge underlag för utveckling av verksamheten

Den första dimensionen är den kvalitet som huvudsakligen bedöms i brukarundersökningarna medan de två senare är exempel på systematiskt kvalitetsarbete. I Täby är det framförallt det systematiska kvalitetsarbetet som måste utvecklas.

Slutsatser och förbättringsförslag

Sammantaget visar uppföljningarna i kvalitetsrapporten 2010 att

- brukarna är nöjda med det stöd de får med socialnämndens insatser, Nöjd.-kund-Index ligger i spannet 61 – 77
- kunskap om systematiskt kvalitetsarbete varierar påtagligt hos chefer och medarbetare i verksamheterna
- förbättringar skett i verksamheterna sedan tillsynsenhetens granskning 2009

Förbättringsförslag

Social omsorg kommer att vidta följande åtgärder för att förbättra kvalitetsarbetet i socialnämndens verksamheter:

- Ta fram ett utbildnings- och stödmaterial riktat till verksamheterna för att förbättra kunskapen om systematiskt kvalitetsarbete.

- Ge snabbare återkoppling av resultat från uppföljningar till verksamheterna, exempelvis från NKI-undersökningar, avtals- och verksamhetsuppföljningar.

Social omsorg avser även att utveckla kvalitetsuppföljningarna från 2012 genom att:

- Söka kompletterande former till NKI-undersökningarna för uppföljning av brukarnas uppfattning om socialnämndens insatser
- Söka former för att följa upp kvaliteten i socialnämndens myndighetsutövning

Äldreomsorg

Äldreomsorgen är den verksamhet som har det mest utvecklade kvalitetsarbetet inom socialtjänsten enligt de uppföljningar som redovisas i kvalitetsrapporten. Inom äldreomsorgen finns flest enheter med rutiner som svarar mot kriterierna i socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd. Cheferna i verksamheten är relativt sett medvetna om i vilken utsträckning de svarar upp mot kraven inom de fokusområden som studerats (synpunkter och klagomål, fel och brister, avvikelshantering och riskhantering). Det finns dock stora variationer mellan enheterna och på några håll finns brister i såväl kunskap som innehåll i rutiner.

Det är inom områdena fel och brister (SoL) samt riskhantering (HSL) där behovet av förbättringar är störst. Generellt sett brister systematiken, dvs. metoder och rutiner för att samla in, strukturera och analysera samt för att återföra kunskapen till verksamheten. Utan kunskap finns heller ingen vägledning för kvalitetsutveckling.

Resultaten från brukarundersökningarna inom äldreomsorgen visar inte att brukarna nöjdare inom äldreomsorgen än inom socialnämndens övriga verksamheter. I det här sammanhanget kan det tolkas som att verksamhetens arbete med kvalitetssäkring i form av rutiner etc. inte gett någon omedelbar effekt på brukarnas nöjdhet med det stöd de får. I ett längre perspektiv är det ändå ett rimligt antagande att ett systematiskt kvalitetssäkringsarbete även bör ge utslag på upplevelsen av stödet.

2010 års brukarundersökning visar på något vikande nöjdhet med hemtjänst och anhörigstöd jämfört med 2009 års undersökning. För särskilt boende (vård- och omsorgsboende) syns istället en uppåtgående trend. Den nationella undersökningen för hemtjänst visar ett resultat som ligger nära den kommunala medan den för särskilt boende visar lägre värde.

Sammantaget är bilden av kvaliteten och kvalitetsarbetet inom äldreomsorgen inte entydig. Även om verksamheten generellt sett förefaller ha kommit en bit på väg med sitt kvalitetsarbete återstår ännu mycket arbete innan man

helt svarar upp mot ett systematiskt kvalitetsarbete enligt föreskrifter och allmänna råd.

Socialpsykiatri

Verksamheten inom socialpsykiatri bedrivs i allt väsentligt i kommunens egen regi till skillnad från övriga verksamheter som har större eller mindre inslag enskild regi.

Inom socialpsykiatrin uppfyller ingen enhet samtliga kriterier som ingår i tillsynsenhetens granskning av fokusområden. Samtliga enheter uppfyller dock kriterierna delvis. Förbättringar har gjort sedan föregående granskning men ytterligare åtgärder återstår. Även inom socialpsykiatrin är det systematiken som brister.

Brukarna är genomgående nöjda med det stöd de får. Det finns en uppgående trend från 2007 och flertalet kvalitetskriterier får bättre värden i 2010 års undersökning jämfört med 2007 och 2009.

Verksamheten har påbörjat en utveckling av sitt systematiska kvalitetsarbete som måste fortsätta i samma riktning. Liksom inom äldreomsorgen återstår en del innan man helt svarar upp mot socialstyrelsen föreskrifter och allmänna råd.

LSS-verksamhet

I beställarperspektivet uppvisar LSS-verksamheten större brister än äldreomsorg och socialpsykiatri. Ingen enhet uppfyller alla kriterier som ingår i tillsynsenhetens granskning inom fokusområdena fel och brister och synpunkter och klagomål, flertalet uppfyller några medan ca en femtedel av enheterna inte alls uppfyller kriterierna. Samtidigt skattar man inom verksamheten sitt eget kvalitetsarbete i form av rutiner inom fokusområdena högre än inom övriga verksamheter. Det här tyder på att det i hög grad saknas kunskap om socialstyrelsen föreskrifter liksom insikt om innebörden av systematiskt kvalitetsarbete. I det här sammanhanget är det viktigt att skilja på kvalitet i det professionella stödet till den enskilde och det systematiska kvalitetsarbetet. Det individuella stödet kan mycket väl ha hög kvalitet trots att det systematiska kvalitetsarbetet har brister.

Brukare och anhöriga inom LSS-verksamheten är i stor utsträckning nöjda med det stöd verksamheten erbjuder. Samtliga undersökta insatser uppvisar klart godkända index för såväl kvalitetskriterier som Nöjd-kund-index totalt. Inte heller uppvisar de insatser som ingått i tidigare undersökningar (2005, 2007 och 2009) på några stora förändringar i nöjdheten över tid.

Sammantaget bedöms LSS-verksamhetens systematiska kvalitetsarbete inte uppfylla grundläggande krav. Verksamheten måste finna former för hur arbetet ska bedrivas samt satsa på kompetensutveckling inom området för så-

väl chefer som medarbetare. Däremot bedöms kvaliteten i verksamheten sett i ett brukarperspektiv som godkänt eller bättre.

Individ- och familjeomsorg

Inom individ- och familjeomsorg har varken brukarundersökningar eller granskning av tillsynsenheten genomförts under 2010. Underlag för att bedöma kvaliteten inom verksamheten saknas därmed. Chefer och medarbetare i verksamheten har genomfört en självskattning av sina rutiner inom områdena ”synpunkter och klagomål” och ”fel och brister”. Självskattningen visar en hög grad av insikt om de egna svagheterna vilket i sig är positivt. Individ- och familjeomsorgens verksamhet är delvis annorlunda till sin karaktär än övriga verksamheter. Inslaget av myndighetsutövning är stor och ställer krav på professionalitet hos chefer och medarbetare, detta gäller såväl i handläggningen som i mötet med den enskilde. I vissa fall avser myndighetsutövningen en intervention i den enskildes liv.

Uppföljning av kvalitet i individ- och familjeomsorg måste ske med andra metoder och bedömas på delvis andra grunder än socialnämndens verksamheter i övrigt. Ett av skälen är just graden av intervention i den enskildes liv som medför att det oftast inte finns något intresse att medverka i uppföljningar från dem som berörs.

Fokus på förbättring

Socialnämndens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

För att säkra och utveckla kvaliteten i socialnämndens verksamheter finns ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, "Fokus på förbättring". Ledningssystemet är fastställt av socialnämnden och bygger på Socialstyrelsens föreskrifter¹. Ledningssystemet omfattar all verksamhet inom socialtjänsten, dvs. även den del som avser hälso- och sjukvård. I socialnämndens uppdrag ingår att även att försäkra sig om att det bedrivs ett systematiskt kvalitetsarbete i enskild verksamhet som nämnden upphandlat tjänster av.

Ledningssystemet innehåller

- beskrivning av god kvalitet i socialtjänstens verksamheter och god vård i hälso- och sjukvården,
- ansvarsfördelning för kvalitetsarbetet,
- kvalitetsmål,
- kvalitetskriterier, samt
- formerna för hur kvalitetsarbetet ska följas upp och utvärderas

¹ SOSFS 2006:11 (S) och SOSFS 2005: 12 (M)

Uppföljningarna som redovisas i Kvalitetsrapport 2010 har skett med utgångspunkt från ledningssystemet.

Brukarperspektivet

Socialtjänsten omfattar en mängd olika insatser som ska tillgodose behov hos enskilda och grupper av kommuninvånare. De flesta av dessa insatser biståndsbedömda vilket innebär att det krävs ett beslut av en handläggare för att få tillgång till insatsen.

Inom flertalet insatsområden gäller kommunens valfrihetssystem. Det betyder att den enskilde kan välja vem som ska utföra insatsen bland de leverantörer som godkänts av kommunen. För att bli godkänd måste leverantören uppfylla de kriterier som Täby kommun fastställt. Tillsynsenheten följer sedan upp hur leverantörerna utför sitt uppdrag minst en gång per år.

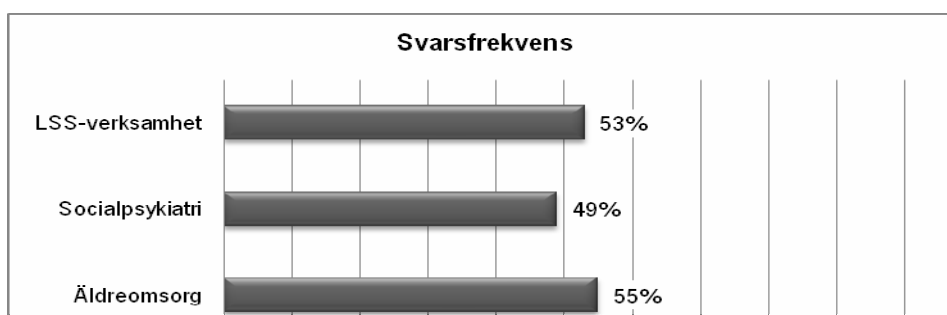
Socialnämnden har i sitt kvalitetssystem fastställt ett antal kvalitetskriterier. Dessa används som utgångspunkt för uppföljning av kvaliteten i nämndens tjänster. Genom att årligen fråga dem som använder nämndens tjänster hur de upplever sin insats får nämnden och övriga intressenter en bild av brukarperspektivet på kvaliteten i verksamheten.

Sammanfattning

Årets brukarundersökningar omfattar sammanlagt tolv insatser. Totalt omfattade undersökningarna ca 1 900 personer varav knappt 1 300 inom äldreomsorg, ca 400 inom LSS-verksamhet och ca 200 inom socialpsykiatri. Av dessa har ca 1 030 personer besvarat enkäterna (54,5 procent). Tidigare brukarundersökningar har genomförts 2005, 2007 och 2009. Jämförelser med tidigare undersökningar redovisas i bilaga 2.

Förutom vissa bakgrundsfrågor, har frågor huvudsakligen ställts utifrån socialnämndens kvalitetskriterier. Svaren har lämnats på en skala 1-10 och har därefter omräknats till ett index i intervallet 0-100. Generellt gäller att ett index som är 50 eller högre betraktas som godkänt, ett index som är 60 eller högre är bra medan 70 och däröver betraktas som mycket bra.

Svarsfrekvensen har minskat inom flertalet insatsområden jämfört med tidigare. Inom särskilt boende för äldre har närmare nio av tio enkäter besvarats av någon annan än brukaren själv, vilket innebär svaren i huvudsak avspeglar närståendes uppfattning och inte brukarens egen. Inom LSS-verksamheten har både anhöriga och brukare tillfrågats om sin uppfattning. Även här är det i huvudsakligen närstående som svarat i den enskildes ställe.



Brukarna är, liksom tidigare år, mest nöjda med "Bemötande". Insatsområdet avlösarservice inom LSS-verksamheten har det högsta värdet, medan anhörigstöd inom äldreomsorgen har det lägsta.

Nöjdheten med "Kontinuitet" har mätts inom äldreomsorg (samtliga insatsområden) samt hos anhöriga till brukare med stöd enligt LSS. Mest nöjda är brukare inom äldreomsorgens särskilda boenden. Minst nöjda är anhöriga till brukare som har avlösarservice och ledsagarservice inom LSS.

Kriteriet "Trygghet och säkerhet" avspeglar hur nöjda brukarna är med den information man har fått om möjligheten att lämna synpunkter och klagomål på de insatser man har. Minst nöjda är anhöriga till brukare med insatsen ledsagarservice enligt LSS. Mest nöjda är anhöriga till brukare med insatsen korttidsvistelse enligt LSS.

Nöjdheten vad gäller "Tillgänglighet" handlar dels om den generella information man fått om socialtjänsten, dels om information vid förändringar i det direkta stödet. Minst nöjda är de som har anhörigstöd inom äldreomsorgen. Mest nöjda är anhöriga till brukare med insatsen avlösarservice enligt LSS.

Den sammanvägda nöjdheten, Nöjd-Kund-Index (NKI), ligger inom samtliga verksamheter över 50, vilket är godkänt. NKI för äldreomsorgen hamnar på 70, LSS på 66 (anhöriga 69) och socialpsykiatri på 72.

Avlösarservice inom LSS har lägst NKI, 57 medan de mest nöjda brukare finns inom insatsområdet LSS ledsagarservice (89).

Sammanfattning – förändringar jämfört med 2009

- Svansfrekvensen har totalt sett sjunkit
- Nöjdheten har ökat inom fyra insatsområden och minskat inom sex
- Störst minskning av nöjdheten (fem enheter) noteras för brukare inom LSS dagliga verksamhet

Kvalitetskriterier

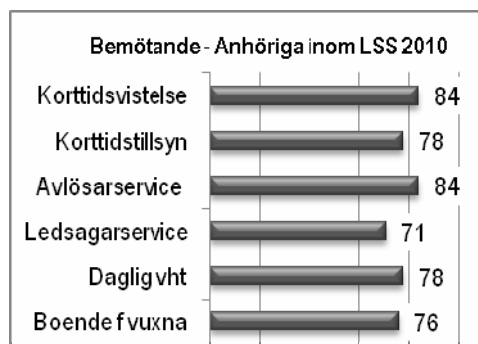
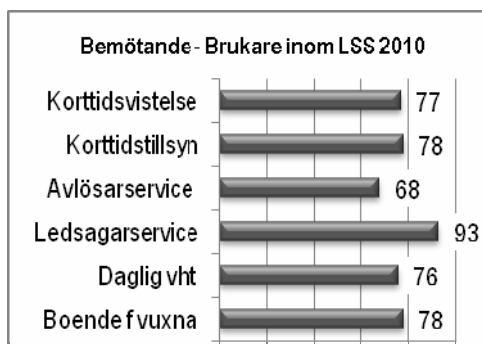
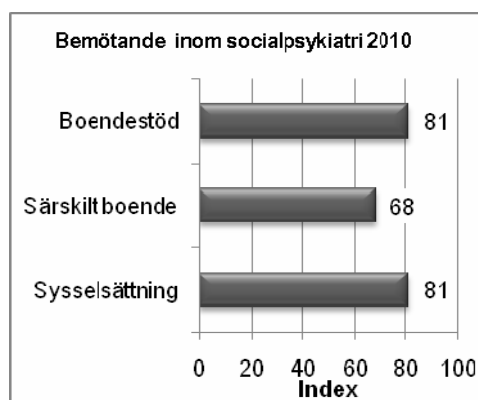
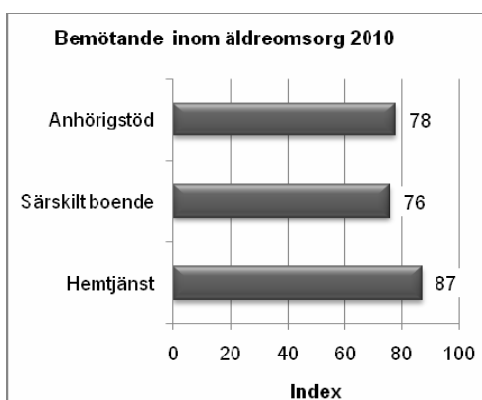
Socialnämndens kvalitetsuppföljning omfattar några av de kvalitetskriterier som socialnämnden beslutat om i ledningssystemet för kvalitet ”Fokus på förbättring”.

- *Bemötande* innebär att den enskilde blir bemött med respekt och hänsyn
- *Delaktighet* innebär att den enskilde är delaktig och kan påverka hur insatserna utförs
- *Kontinuitet* innebär att kontakterna med socialtjänsten innebär möten med så få personer som möjligt, att stödet ges på liknande sätt oavsett vem som ger stödet och att insatserna är samordnade.
- *Trygghet och säkerhet* innebär att det finns rutiner för hur och när anmälan om avvikelser och missförhållanden ska göras samt hur bedömning av risker ska göras
- *Tillgänglighet* innebär att information om socialtjänsten är tydlig och vägledande
- *Ändamålsenliga insatser* innebär insatserna tillgodoser den enskildes behov, att de enskilde är nöjd med både innehåll och omfattning av de insatser han/hon får.

Bemötande

För att kriteriet bemötande ska anses uppfyllt ska den enskilde uppleva att han/hon blir bemött med respekt och hänsyn.

Resultatet visar att såväl brukare och anhöriga är nöjda med det bemötande de får. Mest nöjda är brukare med insatsen ledsagarservice enligt LSS. Anhöriga är mer nöjda än brukarna med bemötandet inom insatsområdena korttidstillsyn och avlösarservice. Minst nöjda med bemötandet är man i särskilt boende inom socialpsykiatrin.



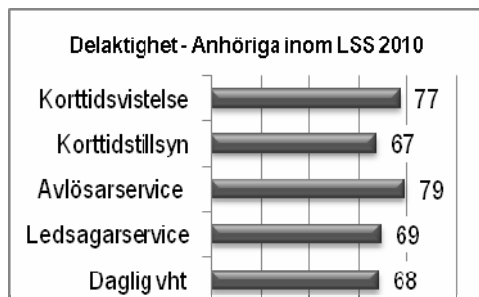
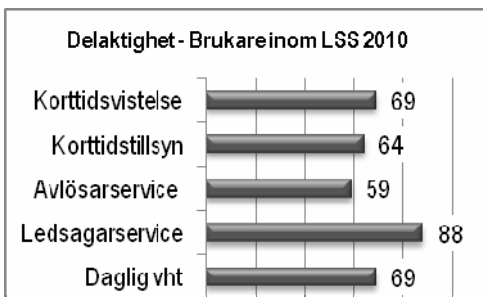
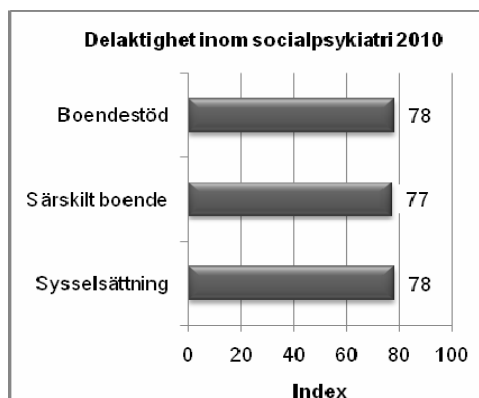
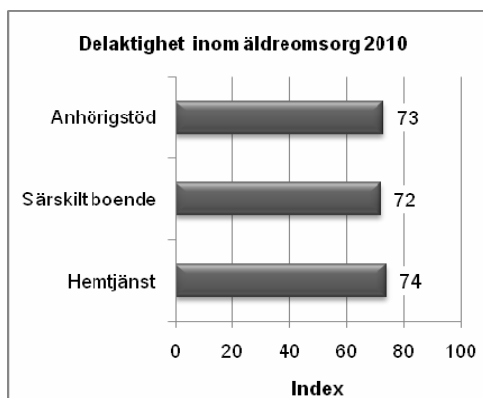
Jämförelse över tid

BEMÖTANDE	2005	2007	2009	2010
Särskilt boende äldreomsorg	78	67	79	76
Hemtjänst	75	82	87	87
Anhörigstöd äldreomsorg				78
Boende för vuxna LSS - brukare	85	72	84	78
Boende för vuxna LSS - anhöriga			76	76
Daglig verksamhet LSS - brukare	85	67	80	76
Daglig verksamhet LSS - anhöriga			75	78
Boendestöd	82	67	76	81
Sysselsättning	84	64	79	81
Särskilt boende socialpsykiatri	85	72	60	68

Delaktighet

Delaktighet innebär att den enskilde är delaktig och kan påverka hur insatserna utförs.

Kommunens socialpsykiatri har sammantaget de högsta värdena, samtliga tre insatsområden ligger nära index 80. Högst värde har ledsagarservice inom LSS, vilket kan förefalla naturligt eftersom insatsen bygger på att den enskilde får stöd att delta i olika aktiviteter som han eller hon väljer.



Jämförelse över tid

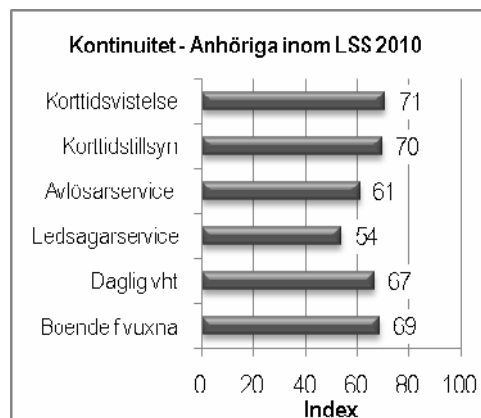
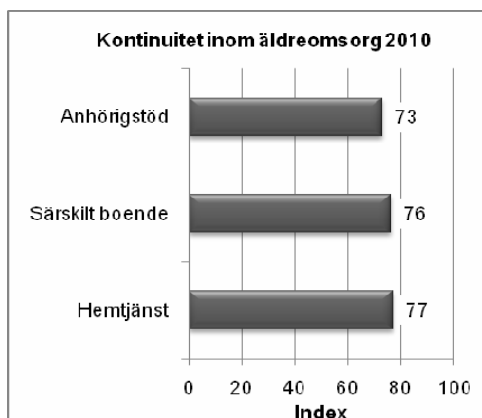
DELAKTIGHET	2005	2007	2009	2010
Särskilt boende äldreomsorg	71	47	64	72
Hemtjänst	80	69	80	74
Anhörigstöd äldreomsorg				73
Boende för vuxna LSS - brukare	70	71	72	71
Boende för vuxna LSS - anhöriga			71	70
Daglig verksamhet LSS - brukare	67	65	67	69
Daglig verksamhet LSS - anhöriga			60	68
Boendestöd	69	64	66	78
Sysselsättning	74	70	75	78
Särskilt boende socialpsykiatri	80	71	61	77

Kontinuitet

Kontinuitet betyder att kontakterna med socialtjänsten innebär möten med så få personer som möjligt och att stödet ges på liknande sätt oavsett vem som ger stödet samt att insatserna är samordnade.

Frågor har ställts inom hemtjänst, särskilt boende och anhörigstöd samt till anhöriga inom LSS-verksamheten.

Korttidstillsyn, korttidsvistelse och olika former av boenden är insatser som till sin natur innebär en viss kontinuitet. Dessa områden har följaktligen också fått de högsta värdena. Ledsagarservice och avlösarservice får låga värden.



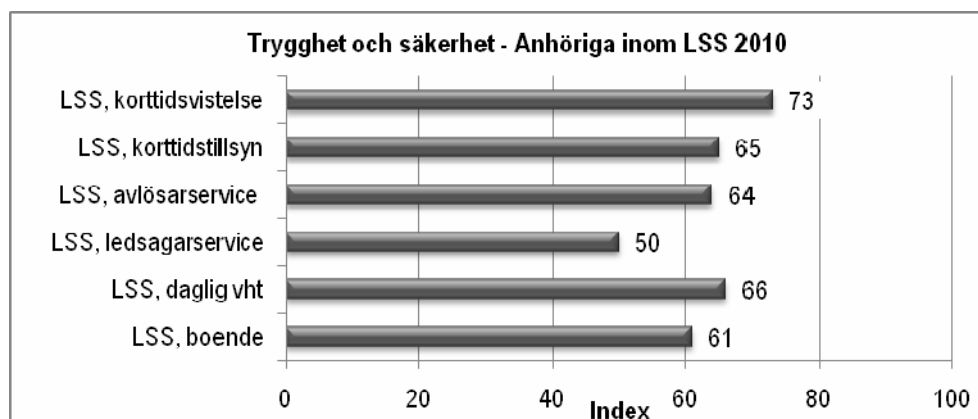
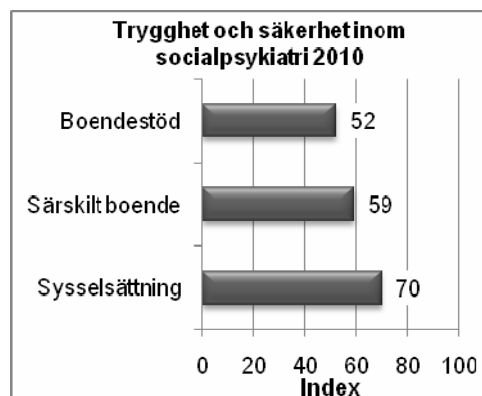
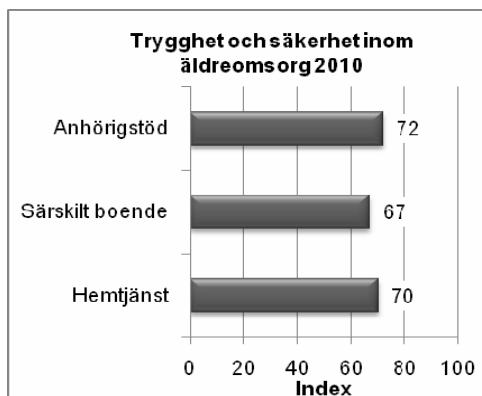
Jämförelse över tid

KONTINUITET	2005	2007	2009	2010
Särskilt boende äldreomsorg	65	67	78	76
Hemtjänst	69	78	81	77
Anhörigstöd äldreomsorg				73
Daglig verksamhet LSS - anhöriga			63	67
Boende för vuxna LSS - anhöriga			64	69

Trygghet och säkerhet

Trygghet och säkerhet avser i det här sammanhanget att få information om hur man gör när man har synpunkter eller klagomål på de insatser man får.

Anhöriga till brukare med ledsagarservice inom LSS och brukare med boendestöd inom socialpsykiatrin är minst nöjda med detta kriterium. Brukare med insatsen sysselsättning inom socialpsykiatrin och anhöriga till brukare med insatsen korttidsvistelse inom LSS är mest nöjda.



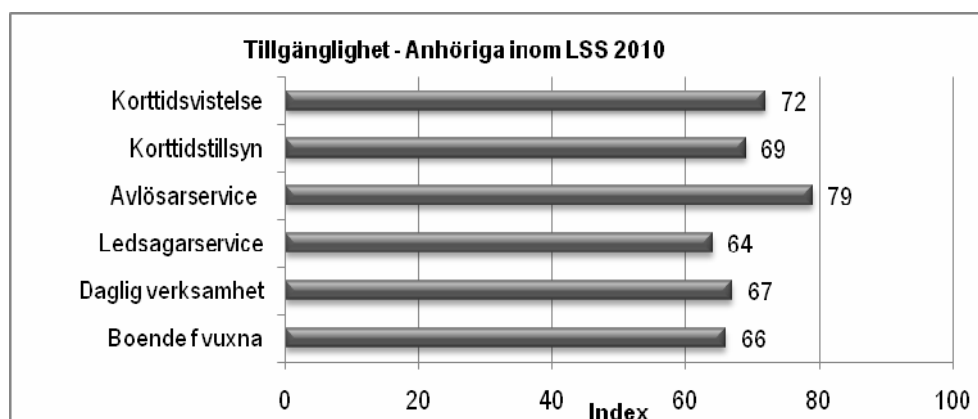
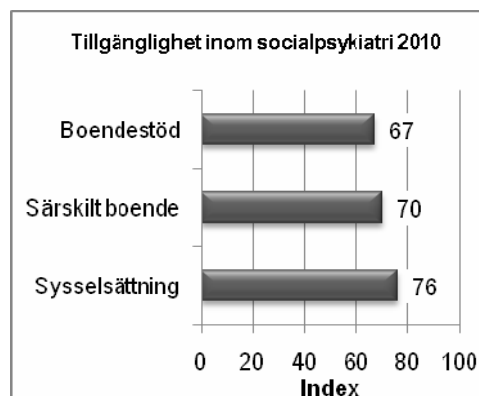
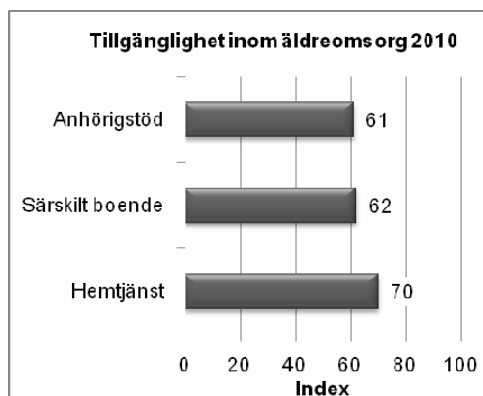
Jämförelse över tid

TRYGGHET OCH SÄKERHET	2005	2007	2009	2010
Särskilt boende äldreomsorg	69	62	66	67
Hemtjänst	72	73	84	70
Anhörigstöd äldreomsorg				72
Boende för vuxna LSS - anhöriga			69	61
Daglig verksamhet LSS - anhöriga			59	66
Boendestöd	73	61	54	52
Sysselsättning	75	63	66	70
Särskilt boende socialpsykiatri	75	67	51	59

Tillgänglighet

Tillgänglighet innebär att information om socialtjänsten är tydlig och vägledande. I detta ligger också att få information om förändringar i det direkta stödet.

Information är ett komplext område eftersom både sändare och mottagare påverkar resultatet. Lägst värde får anhörigstöd inom äldreomsorgen. Mest nöjda är anhöriga till brukare med insatsen avlösarservice enligt LSS och med insatsen sysselsättning inom socialpsykiatrin.



Jämförelse över tid

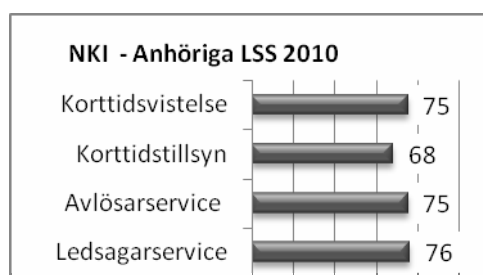
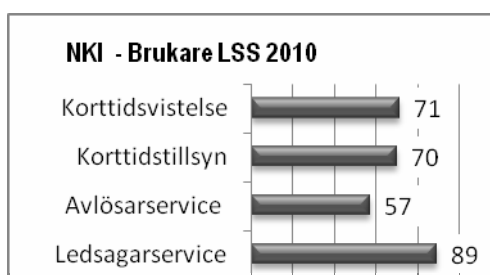
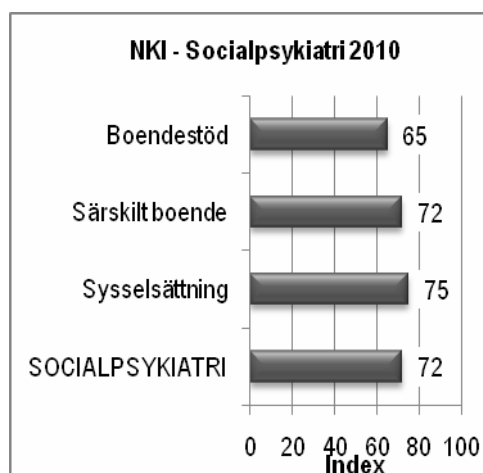
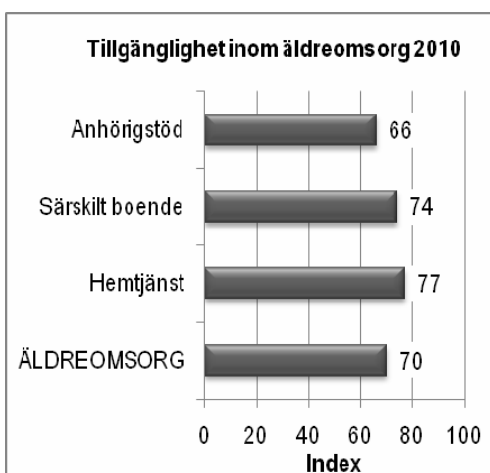
TILLGÄNGLIGHET	2005	2007	2009	2010
Särskilt boende äldreomsorg	58	55	58	62
Hemtjänst	64	65	73	70
Anhörigstöd äldreomsorg				61
Boende för vuxna LSS – anhöriga			62	66
Daglig verksamhet LSS – anhöriga			54	67
Boendestöd	73	63	54	67
Sysselsättning	75	71	76	76
Särskilt boende socialpsykiatri	80	76	58	70

Ändamålsenliga insatser - NKI

Ändamålsenliga insatser innebär insatserna tillgodoser den enskildes behov, att de enskilde är nöjd med både innehåll och omfattning av de insatser han/hon får. "Ändamålsenliga insatser" motsvarar också helhetsbedömningen av verksamheten och ligger till grund för värdet för ett samlat Nöjd-Kund-Index, NKI.

NKI totalt sett (sammanvägt) för äldreomsorgen är 70, för LSS 66 och för socialpsykiatri 72. Anhöriga till brukare inom LSS är mer nöjda än brukarna, värdet för deras nöjdhet är 69.

Per insats är brukare med ledsagarservice enligt LSS är mest nöjda med helheten, värdet är 89. I övrigt ligger värdet strax över eller under 70. Minst nöjda med helheten är brukare med avlösarservice och daglig verksamhet inom LSS



Jämförelse över tid

NKI	2005	2007	2009	2010
Särskilt boende äldreomsorg	67	61	72	74
Hemtjänst	75	75	80	77
Anhörigstöd			68	66
Boende för vuxna LSS - brukare	80	72	70	67
Boende för vuxna LSS - anhöriga			69	66
Daglig verksamhet LSS - brukare	78	73	66	61
Daglig verksamhet LSS - anhöriga			64	66
Boendestöd	74	70	72	72
Sysselsättning	71	63	73	75
Särskilt boende socialpsykiatri	72	71	62	65

Övriga iakttagelser*Brukare med hemtjänst bor oftast i lägenhet*

I hemtjänstenkäten ställdes en fråga om hur man bor. Av dem som svarat på frågan, bor 77 procent bor i lägenhet och övriga i radhus eller villa.

Nöjdhetsgrad tenderar att minska med stigande ålder

Resultatet visar att nöjdhetsgrad minskar med stigande ålder. I Socialstyrelsens NKI-undersökning 2010 visar resultaten på samma tendens. En tänkbar anledning är att ju äldre man blir och därmed får mer komplexa och omfattande behov, desto svårare blir det för utföraren - oavsett regiform - att matcha insatsen med brukarens upplevda behov. I detta ligger en utmaning för framtidens äldreomsorg!

Mat inom hemtjänsten

I årets enkät har några frågor lagts till om maten inom hemtjänsten. I Täby kommun finns inte tjänsten matdistribution, d.v.s. hemleverans av färdiglagad mat, som en biståndsbedömd insats. Istället beviljas "måltidshjälp",

som kan vara tillagning av enklare måltid eller uppvärmning av färdiglagad mat. I praktiken visar det sig dock av de 200 brukare som svarat på matfrågorna, har 125 svarat att de får hemlevererade matportioner. Nöjdhetsgrad för hur maten smakar, möjligheten att få det slag av mat man vill ha, storleken på portionerna och den hjälp man får vid måltiden ligger i spannet mellan 69 och 78.

Social samvaro och utevistelse

Det sociala innehållet är ett samlingsbegrepp för sådant som skapa meningsfullhet och livskvalitet för den enskilde. Det kan handla om att ha kontakt med släkt och vänner, att få göra sådant man trivs med och är intresserad av eller att få vistas utomhus när man vill. Inom hemtjänsten får "social samvaro" värdet 74, i särskilt boende för äldre 66 (här är det i huvudsak anhöriga som svarat). I särskilt boende är brukarna minst nöjda med möjligheten att få komma ut i friska luften.

Inom LSS-verksamheten är brukarna över lag nöjda med möjligheterna att få göra sådant som är roligt och meningsfullt. Bäst värde har ledsagarservice (91), minst nöjda är brukare som bor i bostad med särskild service.

Samtliga tre insatsområden inom socialpsykiatrin har höga värden. Lägst har särskilt boende. Sammanfattningsvis talar resultatet för att brukare som bor i någon form av särskilt boende är mindre nöjda med den sociala samvaron än de som bor i eget boende.

Anhöriga - en svåridentifierad målgrupp

Anhörigstöd kan bestå av såväl biståndsbedömda som frivilliga insatser. Detta faktum gör det svårt att ringa in gruppen anhöriga. I årets brukarundersökning har enkäten skickats till dem som har insatsen avlösning i hemmet. Det är alltså brukaren som fått enkäten men den anhörige som svarat.

Hälso- och sjukvård

Brukare i särskilt boende är mycket nöjda med den hälso- och sjukvård de får även 2010.

Skillnad på nöjdhet mellan brukare och anhöriga inom LSS

Trots att anhöriga i hög grad svarat i brukarens ställe inom LSS syns en tydlig skillnad i nöjdheten. Detta tyder på att anhöriga i hög grad kan skilja på sin egen och brukarens upplevelse av insatsen. Skillnaden följer också i stor utsträckning syftet med insatsen, så är t.ex. brukare betydligt nöjdare med insatsen ledsagarservice än anhöriga medan anhöriga i stället är mer nöjda med avlösarservice än brukare. Syftet med ledsagarservice är att ge den enskilde möjlighet att delta aktiviteter som han/hon själv väljer medan avlösarservice är avsett att tillfälligt avlasta den anhörige i omvårdnaden.

Medarbetarperspektivet

Socialtjänstlagstiftningarna och hälso- och sjukvårdslagen tar på olika sätt upp personal i verksamhet. Lagarna säger att det ska finnas

- personal med lämplig utbildning och erfarenhet (SoL)
- den personal som behövs för att ett gott stöd och en god service och omvårdnad skall kunna ges (LSS)
- den personal,, som behövs för att god vård ska kunna ges (HSL)

Personalens kunskap, kompetens och förutsättningar för att genomföra sitt uppdrag är avgörande faktorer för att säkra och utveckla verksamhetens kvalitet. Ledningens roll i detta är central. Genom att fråga hur chefer och personalgrupper själva upplever sitt kvalitetsarbete är avsikten att dels stimulera till reflektion över det egna kvalitetsarbetet och dels samla in de förbättringsområden som identifieras i verksamheten. Tanken är eventuella strukturella mönster ska kunna upptäckas. Det centrala är därmed inte de värden som levereras i självskattningen utan de reflektioner som självskattningen förhoppningsvis bidrar till.

Chefernas samlade bedömning av enhetens resultat på ett antal frågor/kriterier har skett på en skala från 1 till 10, där 1 betyder ”inte alls” och 10 betyder ”i högsta grad”. Resultaten som redovisas nedan är ett medelvärde av samtliga enheters bedömningar inom respektive verksamhet.

Tillsynsenheten har i sin granskning använt motsvarande fokusområden för fördjupad granskning under 2010. I de flesta fall kommenteras resultat från självskattningen i förhållande till resultat från tillsynsenhetens granskning. Tillsynsenhetens granskning har skett i dialog med chefer och i vissa fall även med anställda. Resultatet från granskningen dokumenteras och sammanställningar så att analyser kan göras på övergripande nivå. Granskningen av fokusområden har inte genomförts för individ- och familjeomsorgen.

Från 2011 föreslås att självskattningen upphör i verksamheter som omfattas av verksamhetsuppföljning med stöd av avtal och istället ersätts av tillsynsenheten granskning.

Sammanfattning

Den samlade bilden är att leverantörerna har rutiner för hantering av synpunkter och klagomål, fel och brister, avvikelser och riskanalys. Rutinerna upprättas oftast lokalt och finns antingen i skriftlig form eller på ett intranät. De flesta uppger att man resonerar kring dessa frågor på arbetsplatsmöten men att det borde finnas mer tid för reflektion och diskussion. Att snabbt introducera nyanställda anses också viktigt.

Leverantörerna arbetar med dessa frågor under vitt skilda förutsättningar. De större företagen har ofta egna kvalitetsavdelningar/kvalitetsutvecklare och använder ibland särskilda kvalitetssystem, t.ex. Qualimax eller ISO 9000. De mindre konstruerar egna rutiner och system.

När det gäller socialnämndens verksamhetsplan och de effektmål som berör samtliga, har majoriteten svarat att man har arbetat med detta. Det är dock oklart hur väl insatt man är och vilken information man har fått om socialnämndens verksamhetsplan och i vilken mån den styr över dessa områden. Här behöver social omsorgs ledning formera sig och på ett tydligt sätt kommunicera med leverantörerna.

Kvalitetsområden för hela socialtjänsten

Synpunkter och klagomål

I socialnämndens ledningssystem för kvalitet, "Fokus på förbättring", framgår att det ska finnas rutiner för hur synpunkter och klagomål hanteras.

Här har verksamheterna haft att ta ställning till

- om det finns fungerande rutinerna för att samla in och använda information från synpunkter och klagomål
- om det enkelt att lämna synpunkter och klagomål vid enheten
- om det av rutinerna framgår vem som har ansvar för att vidta åtgärder med anledning av synpunkter och klagomål
- om det av rutinerna framgår vem som ansvarar för att följa upp resultatet av vidtagna åtgärder
- om det av rutinerna framgår hur återrapportering till den enskilde eller annan ska ske
- om man vid enheten ser synpunkter och klagomål som en tillgång i förbättringsarbetet

Resultat

Äldreomsorg

Självskattningen har besvarats av 36 av 40 chefer inom äldreomsorg som fått formuläret.

Synpunkter och klagomål (svar på skala 1-10, medelvärde)	Hem- tjänst	Särskilt boende	Dagverk- samhet
Samla in och använda information	7,7	8,7	7,5
Enkelt att lämna synpunkter och klagomål	9,1	9,5	8,0
Framgår ansvar för åtgärder	9,0	9,8	7,5
Framgår ansvar för uppföljning	8,9	9,0	7,5
Framgår hur återrapportering ska ske	8,4	8,8	7,5
Tillgång i förbättringsarbetet	9,7	9,6	7,5

Resultatet indikerar att enheterna bedömer att de i hög grad svarar mot kriterierna. Lägst värden visar "Samla in och använda information" vilket ligger i linje med resultatet från tillsynsenhetens granskning, där det framgår att 27 av 42 enheter, helt eller delvis, har rutiner för att samla in och strukturerar informationen. Rutiner (helt eller delvis) för att ta tillvara informationen i förbättringsarbetet finns hos 34 av 42 enheter.

Enligt tillsynsenhetens bedömning uppfyller samtliga 42 enheter inom äldreomsorgen helt (14 procent) eller delvis (86 procent) samtliga 13 kriterier inom området synpunkter och klagomål som bedömts.

Socialpsykiatri

Socialpsykiatri drivs inom kommunen egen regi och samtliga fyra enheter har lämnat svar avseende självskattningen.

Synpunkter och klagomål (svar på skala 1-10, medelvärde)	Boendestöd	Särskilt boende	Sysselsättning	Personlig assistans
Samla in och använda information	7,0	9,0	8,0	8,6
Enkelt att lämna synpunkter och klagomål	6,0	9,0	7,0	8,6
Framgår ansvar för åtgärder	7,0	9,0	7,0	9,6
Framgår ansvar för uppföljning	7,0	10,0	6,0	9,4
Framgår hur återrapportering ska ske	7,0	10,0	6,0	9,6
Tillgång i förbättringsarbetet	10,0	10,0	9,0	9,4

Av tillsynsenhetens bedömning framgår att ingen enhet inom socialpsykiatrin uppfyller samtliga 13 kriterier för synpunkter och klagomål. Alla enheter uppfyller kriterierna delvis.

LSS-verksamheten

Inom LSS-verksamheten har 29 av 33 enheter besvarat formuläret för självskattning.

Synpunkter och klagomål (svar på skala 1-10, medelvärde)	Boende för vuxna	Daglig verksamhet	Korttidstillsyn	Korttidsvisstelse	Boende för barn	Boende med LASS
Samla in och använda information	7,8	7,7	8,6	9,0	9,5	7,5

Enkelt att lämna synpunkter och klagomål	9,1	7,7	9,3	8,6	10,0	9,0
Framgår ansvar för åtgärder	9,8	7,3	9,3	8,4	10,0	9,0
Framgår ansvar för uppföljning	9,4	7,5	8,6	8,6	10,0	9,0
Framgår hur återrapportering ska ske	9,3	6,7	8,6	8,0	10,0	9,5
Tillgång i förbättringsarbetet	8,6	9,6	9,6	9,2	10,0	7,5

Inom LSS-verksamheten skattar man sitt eget kvalitetsarbete inom synpunkter och klagomål generellt sett högre än inom äldreomsorg och socialpsykiatri. Tillsynsenhetens bedömning avviker från enheternas egna bedömningar. Här bedöms ingen av de 27 enheterna som ingår i underlaget uppfylla samtliga 13 kriterier för synpunkter och klagomål, 21 uppfyller delvis kriterierna och 6 inte alls. Detta talar för att man inom LSS-verksamheten inte nått lika långt som övrig verksamhet när det gäller förbättringskunskap.

Övriga kommentarer till resultaten

Leverantörerna har rutiner för hantering av synpunkter och klagomål, vanligen skriftliga i en pärm. Brukarna informeras i samband med att insatsen startar om hur synpunkter och klagomål kan lämnas.

De flesta beskriver att man tar upp synpunkter och klagomål vid arbetsplatsmöten. Några leverantörer har en särskild brevlåda där synpunkter och klagomål kan lämnas. Rutinerna revideras kontinuerligt. Någon leverantör planerar att införa möjlighet att lämna synpunkter via e-post.

Exempel på förbättringsområden som rapporterats

- Förenkla rutinerna och förbättra dokumentationen
- Information till brukarna
- Uppmuntra brukare och anhöriga att faktiskt lämna synpunkter och klagomål
- Utbildning i till exempel etiskt förhållningssätt
- Bli identifiera, dokumentera och följa upp muntliga klagomål samt att utvärdera rutiner.

Individ- och familjeomsorgen

Inom individ- och familjeomsorgen är de avlämnade svaren inte kompletta varför resultat i form av bedömningsvärden inte redovisas. Av de egna bedömningar av hur man arbetar med synpunkter och klagomål framgår att verksamheterna kommit olika långt i sitt kvalitetsarbete. De flesta enheter har rutiner, men de fungerar inte överallt. Hur dokumentationen ska ske behöver utvecklas liksom i vissa fall ansvarsfrågor. Man ser de synpunkter

och klagomål som framkommit som något man använder för att förbättra sin verksamhet.

Någon granskning av fokusområden från tillsynsenheten har inte skett för individ- och familjeomsorgen.

Fel och brister i verksamheten

I socialnämndens ledningssystem för kvalitet, "Fokus på förbättring", beskrivs att det som en del i det systematiska kvalitetsarbetet ska finnas rutiner för hur man hanterar fel och brister i verksamheten.

Verksamheterna har därför fått bedöma hur man hanterar dessa frågor och de rutiner som finns. Självsfattning har gjorts inom

- hemtjänst, särskilt boende och dagverksamhet för äldre
- daglig verksamhet, boende för vuxna, boende för barn, boende enligt LASS, korttidsvistelse och korttidstillsyn
- boendestöd, sysselsättning, särskilt boende och personlig assistans.

Verksamheterna har tagit ställning till

- om rutiner för att identifiera fel och brister i verksamheten fungerar
- att det framgår vad som ska dokumenteras
- vem som har ansvar för att vidtagna åtgärder följs upp
- att tillfälle finns för att reflektera över arbetssättet och
- om man på arbetsplatsen lär av misstag

Resultat

Äldreomsorg

Resultatet baseras på svar från 36 av 40 tillfrågade enheter inom äldreomsorgen.

Fel och brister i verksamheten (svar på skala 1-10, medelvärde)	Hem- tjänst	Särskilt boende	Dagverk- samhet
Identifiera fel och brister	7,4	8,2	8,0
Framgår vad som ska dokumenteras	8,1	8,9	7,5
Framgår ansvar för åtgärder	8,5	9,2	8,0
Framgår ansvar för uppföljning	8,3	8,9	7,5
Tid för reflektion	8,2	7,7	7,5
Lär av misstag	8,3	9,1	8,0

Enheterna bedömer inte sitt kvalitetsarbete inom området fel och brister riktigt lika högt som inom synpunkter och klagomål. Detta överensstämmer med tillsynsenhetens bedömning, färre enheter uppfyller samtliga kriterier

inom detta område. Tillsynsenhetens bedömning är att 12 enheter av 42 uppfyller samtliga kriterier, 29 delvis uppfyller dem medan 1 inte alls uppfyller dem.

Socialpsykiatri

Resultatet baseras på svar från fyra enheter.

Synpunkter och klagomål (svar på skala 1-10, medelvärde)	Boendestöd	Särskilt boende	Sysselsättning	Personlig assistans
Identifiera fel och brister	7,0	9,0	8,0	9,2
Framgår vad som ska dokumenteras	6,0	8,0	3,0	8,2
Framgår ansvar för åtgärder	7,0	9,0	6,0	9,4
Framgår ansvar för uppföljning	7,0	9,0	5,0	9,2
Tid för reflektion	4,0	10,0	9,0	9,4
Lär av misstag	7,0	10,0	8,0	9,4

Inte heller inom socialpsykiatrin bedömer man det egna kvalitetsarbete med fel och brister som lika gott som det med synpunkter och klagomål. Tillsynsenhetens samlade bedömning är att samtliga enheter delvis uppfyller kriterierna för fel och brister.

LSS-verksamhet

Resultatet baseras på svar från 29 enheter.

Synpunkter och klagomål (svar på skala 1-10, medelvärde)	Boende för vuxna	Daglig verksamhet	Kort-tidstillsyn	Kort-tidsvistelse	Boende för barn	Boende med LASS
Identifiera fel och brister	7,4	6,2	7,9	7,0	8,5	7,5
Framgår vad som ska dokumenteras	8,1	6,2	8,0	7,6	8,0	9,0
Framgår ansvar för åtgärder	9,2	6,4	9,4	8,8	10,0	9,0
Framgår ansvar för uppföljning	8,9	6,4	7,7	7,6	10,0	9,0
Tid för reflektion	8,3	8,3	8,3	7,8	10,0	7,5
Lär av misstag	8,3	8,2	8,7	8,2	9,0	7,5

Även inom fel och brister bedömer enheterna inom LSS-verksamheten sitt kvalitetsarbete högt medan tillsynsenhetens bedömning visar att de inte når upp äldreomsorgens nivå. Tillsynsenheten anser att 4 av 27 enheter inte alls

uppfyller kriterierna medan 2 uppfyller kriterierna och den stora gruppen, 21 enheter, delvis uppfyller kriterierna.

Övriga kommentarer till resultaten

Rutiner och arbetsformerna för ”fel och brister” verkar fungera över lag och personalen dokumenterar, antingen digitalt eller med papper och penna. Rapporteringen är en del i kvalitetsarbetet, och det finns en stor spridning i hur detta är organiserat. Rutinerna går regelbundet igenom t.ex. på arbetsplatsträffar.

Flera leverantörer anger att de har ”fel och brister” som en stående punkt vid personalmöten. Rutiner ändras vid behov, de är ofta lätt tillgängliga på intranät eller i en pärm. Några leverantörer har en intern kvalitetsorganisation. Det finns också lokala datorsystem i vilka man kan dokumentera och ta ut statistik. En verksamhet uppger att man har ett avvikelssystem som är ISO-certifierat.

Exempel på gemensamma förbättringsområden

- Öka medarbetarnas kännedom om rutinerna
- Skapa tid för reflektion
- Öka förståelsen för syftet med händelserapportering

Individ - och familjeomsorg

Svaren visar att det i de flesta fall finns fungerande rutiner, men att rutinerna på vissa enheter behöver utvecklas vad gäller dokumentationen. Inom alla enheter vet man vem som ansvarar för att vidta åtgärder då fel och brister identifierats men att rutinerna i på vissa enheter kan utvecklas då det gäller hur vidtagna åtgärder ska följas upp. Alla enheter anser sig ha möjlighet att reflektera över och ifrågasätta sin arbetskultur och att man lär sig av misstag.

Kvalitetsområden för hälso- och sjukvård

Avvikelsehantering

I socialnämndens ledningssystem för kvalitet, "Fokus på förbättring", beskrivs de kriterier som kännetecknar en god kvalitet. Där finns bland annat kriterier "trygghet och säkerhet", som innebär att det ska finnas rutiner för hur negativa händelser och tillbud, avvikelser, ska dokumenteras, rapporteras och anmälas.

Självskattningen av hur man arbetar med avvikelsehantering har gjorts i särskilt boende och dagverksamhet inom äldreomsorgen samt inom särskilt boende inom socialpsykiatri.

Enheterna har haft att ta ställning till följande påståenden

- Våra rutiner för avvikelsehantering fungerar

- Av våra rutiner för avvikelshantering framgår hur negativa händelser och tillbud ska dokumenteras och rapporteras
- Av våra rutiner för avvikelshantering framgår vem som ansvarar för att fastställa och åtgärda orsakerna till negativa händelser
- Av våra rutiner framgår vem som ansvarar för att sammanställa och återföra negativa och positiva erfarenheter från avvikelshandlingen till personal och andra berörda

Resultat

Avvikelsehantering (Svar på skala 1-10, medelvärde)	Särskilt boende ÄO	Dagverksamhet ÄO	Särskilt boende socialps.
Rutiner fungerar	9,4	8,0	9,0
Dokumentation och rapportering	9,5	8,0	9,0
Fastställa och åtgärda orsaker	9,4	9,0	9,0
Sammanställa och återföra	8,9	8,0	9,0

Samtliga enheter har ett system och rutiner för att rapportera avvikelser. Rapportering görs oftast på en blankett. Samtliga enheter har höga värden.

Att arbeta vidare med och förbättra är t ex

- att ta upp avvikelser på arbetsplatsträffar
- återkomma till syftet med rapporteringen
- dokumentation av mindre avvikelser
- information till nyanställda

Även av tillsynsenheten granskning framgår att enheterna i hög grad uppfyller kriterierna för avvikelshantering.

Riskhantering

Självskattning angående rutiner för riskhantering har gjorts i särskilt boende och dagverksamhet inom äldreomsorgen samt inom särskilt boende inom socialpsykiatri.

Enheterna har gjort sina bedömningar utifrån följande påståenden:

- Våra rutiner för riskhantering fungerar
- Av våra rutiner för riskhantering framgår vem som ansvarar för att åtgärda orsakerna till riskerna
- Av våra rutiner för riskhantering framgår hur riskbedömning ska göras vid förändring i verksamheten

Resultat

Riskhantering (Svar på skala 1-10, medelvärde)	Särskilt boende ÄO	Dagverk- samhet ÄO	Särskilt boende socialps.
Rutiner fungerar	7,6	7,5	9,0
Ansvar för att åtgärda orsaker	7,8	8,0	9,0
Riskbedömning vid förändring	7,8	7,5	9,0

Den egna bedömningen av riskhantering är inte lika hög som för avvikelshantering. Detta bekräftas av tillsynsenhetens bedömning som visar att färre enheter uppfyller kriterierna jämfört med avvikelshantering.

Leverantörerna uppger att rutiner kring riskhantering i de flesta fall fungerar bra. När det gäller förbättringsområden anger flera att det finns behov av att analysera, reflektera och återrapportera i större utsträckning än vad man gör idag. I något fall behövs en mer övergripande rutin för riskhantering.

Inom socialpsykiatrin har olika förbättringsåtgärder vidtagits. Rutiner har förtydligats, verksamhetschefer har genomgått utbildning i att göra en förbättringsanalys. Inför 2011 planeras till exempel att ha riskhantering som en stående punkt på arbetsplatsträffar, att utbilda personal i att göra riskanalys, att arbeta mer aktivt med kontaktmannaskap.

Gemensamma förbättringsområden
Tid för att reflektera, analysera och återrapportera

Beställarperspektivet

Förutsättningar för verksamhetsuppföljning

Under 2009 och 2010 har socialnämnden successivt infört eller övergått till kundval inom flera insatsområden enligt den nya lagen om valfrihetssystem (LOV). Lagstiftningen innebär bland annat att ett konkurrensneutralt system för ekonomisk ersättning och för granskning och kontroll av verksamheten ska tillämpas.

Den 1 januari 2010 överfördes ansvaret för tillsyn av verksamhet inom socialtjänsten från länsstyrelserna till socialstyrelsen. Den sociala tillsynen är numera samordnad med tillsynen av hälso- och sjukvården. Samtidigt upphörde kommunernas löpande tillsynsansvar av verksamhet enskild regi. Det löpande tillsynsansvaret omfattade verksamhet som bedrevs inom en kommuns geografiska gränser.

Införandet av valfrihetssystem enligt LOV och socialstyrelsens övertagande av tillsynsansvaret innebär att förutsättningarna för verksamhetsuppföljning förändrats på ett påtagligt sätt för kommunen.

Kommunen har inte längre rätt att utöva tillsyn av enskild verksamhet. Begreppet tillsyn har fått en tydlig definition i lagstiftningen och bör inte användas för den uppföljning av enskild verksamhet som genomförs av kommunen. Kommunens uppföljning ska genomföras med stöd av avtal som tecknats enligt lagen om offentlig upphandling (LOU) eller enligt lagen om valfrihetssystem (LOV). Samma grund för uppföljning ska tillämpas för motsvarande verksamhet som drivs i kommunens egen regi. Hur kommunen följer upp verksamhet som upphandlats med stöd av LOU och LOV omfattas av socialstyrelsens tillsyn av kommunens socialtjänst och kommunala hälso- och sjukvård.

Införandet av LOV innebär att kommunens ansvar att följa upp verksamhet även omfattar verksamhet som finns utanför kommunens gränser.

För närvarande befinner sig kommunen i ett avtalslöst läge för vissa av de verksamheter som godkändes som utförare enligt auktorisationsvillkoren inom ramen för tidigare kundvalssystem. Denna verksamhet granskas i avvakten på upphandling med stöd av auktorisationsvillkoren.

Sammanställning av tillsynsenhetens verksamhets- och avtalsuppföljning för 2010 redovisas i bilaga 1 till kvalitetsrapporten.

Nationell brukarundersökning inom äldreomsorgen

I december 2010 presenterade Socialstyrelsen resultatet av den rikstäckande NKI-undersökningen av äldres uppfattning om kvaliteten inom hemtjänst och äldreboende. Enkäten har skickats ut till ett urval kommuninvånare och frågorna rör ett antal indikatorer som presenteras på www.aldreguiden.se.

Inom gruppen brukare med hemtjänst hade Täby en högre andel svarande än riket i genomsnitt. NKI totalt låg något högre i Täby. Inflytande, hjälpens omfattning och städning och tvätt fick lägre NKI i Täby än genomsnittet i riket. I övrigt får de olika indikatorerna högre värde i Täby än i riket. D v s kunderna är mer nöjda i Täby än vad man genomsnittligen är i landet som helhet.

I särskilt boende hade Täby en lägre andel svarande än riket i genomsnitt, det gäller även värdet på samtliga indikatorer. Information, inflytande och social samvaro ligger på värden som gränsar till ”icke godkänt” (50 eller mindre).

Resultat i index	Hemtjänst		Särskilt boende	
	Täby	Riket	Täby	Riket
Sammanvägt NKI	76	75	67	72
Trygghet i hemmet	84	83	76	83
Information	66	65	57	63

Bemötande	84	83	76	78
Inflytande	77	80	59	66
Trygghet	80	80	71	77
Hjälpens omfattning	78	79	71	77
Social samvaro	67	60	51	56
Hjälpens utförande	79	79	71	76
Maten	73	66	62	63
Städning och tvätt	73	74	65	75
Dusch och bad	84	82		
Vårdinsatser	84	79	83	84
Boendemiljö			75	80

	Hemtjänst		Särskilt boende	
	Täby	Riket	Täby	Riket
Antal svarande	300	60 906	124	32 979
Andel svarande	75 %	70 %	53 %	58 %

Jämförelse mellan den nationella och kommunala brukarundersökningen

Resultaten i den nationella undersökningen avviker något från kommunens undersökning. Detta kan delvis bero på att den nationella undersökningen omfattar ett urval av brukare medan den kommunala är en totalundersökning. Den nationella har även fler frågor än den kommunala vilket innebär att t.ex. bemötande mäts med fler frågor än i den kommunala undersökningen. Men den främsta orsaken är troligen att attityder kan förändras på relativt kort tid. Den nationella undersökningen genomfördes under våren 2010 medan den kommunala genomfördes under hösten 2010.

Nöjd-Kund-Index totalt är jämförbart mellan undersökningarna. Här är de tre frågorna som ger detta index så gott som identiska i den nationella och den kommunala undersökningen. Resultatet för hemtjänsten i den nationella undersökningen ligger nära den kommunala, det skiljer endast en enhet. För särskilt boende skiljer sig resultatet mer åt, där visar den nationella undersökningen sju enheter lägre värde jämfört med den kommunala.

Sammantaget belyser skillnaderna mellan resultaten från undersökningarna hur komplext det är att mäta kvalitet med attitydundersökningar. Varje undersökning ger en ögonblicksbild av situationen som den upplevs just då. Detta ger en vägledning och ett stöd för att vidta åtgärder inom områden som har identifierats som utvecklingsområden även i andra typer av upp-

följning, mätningar eller utvärderingar. Som enda underlag för att vidta åtgärder är attitydundersökningar inte tillräckliga.

Bilagor

Bilaga 1: Sammanställning av verksamhets- och avtalsuppföljning 2010

Inledning

Tillsynsenheten har av Socialnämnden uppdrag att följa upp verksamheter där social omsorg köper platser belägna i Täby. Verksamhetsuppföljningen gäller såväl enskild som egen regi. Samma förutsättningar ska gälla för samtliga verksamheter även om formen för avtal är olika LOU, auktorisationsvillkor eller LOV. Motsvarande krav och överenskommelse som finns i avtalen gäller även egen regi. Respektive lagområde har följts upp, SoL, LSS och HSL som gäller för respektive verksamhet.

Syfte

I tillsynsenhetens uppdrag ingår uppföljning av verksamheter som drivs på uppdrag av kommunen eller i kommunens egen regi samt uppföljning av enskild verksamhet utifrån de avtal socialnämnden tecknat.

Uppföljning ska ske med utgångspunkt från lagstiftning, föreskrifter, allmänna råd och gemensamma kvalitetskriterier oavsett driftsform och syfta till att säkerställa verksamheternas kvalitet och laglighet.

Metod

Den ordinarie verksamhetsuppföljningen genomförs via ett förannmält besök. Informationskällor som används är verksamhetsplan och verksamhetsberättelse, Socialstyrelsens tillsynsrapporter och information från respektive myndighet.

Särskild tonvikt har lagts vid hur verksamheterna uppfyller Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd då det gäller dokumentation vid genomförande av insatser enligt SOSFS 2006:5, ledningssystem för kvalitet i verksamhet enligt SOSFS 2006:11 och SOSFS 2005:12 där det är aktuellt.

Då det gäller verksamhet för barn och ungdom har tillsynsenheten även granskat att verksamheten har kunskap om och rutin för skyldigheten, att anmäla till socialnämnd omständighet som kan innebära att socialnämnden behöver ingripa till skydd för barnet/ungdomen, enligt 14 kap 1 § SoL och att verksamheten har rutiner för hur den unge ska ges förutsättning och möjlighet, att utöva inflytande över insatsens utformning och innehåll.

Tillsynsansvariga använder ett framtaget frågeformulär och granskning inom ledning/organisation, socialt innehåll, personal, seriositetsgranskning, dokumentationsgranskning samt mat och måltidsmiljö där det är aktuellt. Särskild fokus har varit inom synpunkter och klagomål, fel och brister samt där hälso- och sjukvård bedrivs, avvikelshantering och riskhantering. Särskilt frågeformulär används för hälso- och sjukvård. Genomgång av frågeformulären tillika granskning sker vid tillsynsbesöket tillsammans med verksamhetsansvarig och berörd personal. Även intervju med vårdpersonal har genomförts av aktuella områden och övriga frågor som personalen ska känna till. Som underlag för verksamhetsuppföljningen har även 2009 års tillsynsrapporter använts samt eventuella brister som har uppkommit. Re-

sultatet av verksamhetsuppföljningen har mynnat ut i enskilda rapporter för respektive enhet. Återkoppling och dialog sker till verksamheterna efter behov. De enskilda rapporterna har kommunicerats med respektive verksamhetsansvarig för faktagranskning. Inom äldreomsorgen publiceras rapporterna på kommunens hemsida.

Omfattning

Verksamhetsuppföljningar påbörjades i september 2010 och avslutades i januari 2011. Anledningen till att verksamhetsuppföljningarna kom igång först i september berodde på att föregående års arbete avslutades i månads-skiftet april/maj. Därefter påbörjades ett nytt datastöd för uppföljningar ”Mobil uppföljning” vilket krävde utbildningsinsatser och överföring av material från det gamla systemet till det nya. Tillsynsenheten har även förberett uppföljningarna av kvalitetskriterierna synpunkter och klagomål, fel och brister samt avvikelshantering och riskhantering som socialnämnden fastställt. Totalt har 65 verksamhetsuppföljningar och därutöver 28 granskningar av specifika kvalitetskriterier (fokusområden) genomförts. Granskningar har skett i hemtjänsten och LSS daglig verksamhet i enskild verksamhet.

Äldreomsorg

Hemtjänst (22) (granskning av fokusområden)

Vård och omsorgsboenden (7)

Vård och omsorgsboende för personer med demenssjukdom (7)

Korttidsboende (2)

Dagverksamhet (3)

LSS

Daglig verksamhet (14) (varav 6 granskning av fokusområden)

Bostad med särskild service för vuxna, grupp- och servicebostad (14)

Bostad med särskild service för barn/ungdom (2)

Korttidstillsynsverksamhet för skolungdom över 12 år (9)

Korttidshem ,barn respektive vuxna, (8)

Insatser enligt LSS med inriktning mot vuxna bedrivs i huvudsak inom verksamheter i egen regi.

Socialpsykiatrin

Bostad med särskild service (2)

Daglig sysselsättning (1)

Boendestöd (1)

Tillsynsenheten har även utfört enstaka oanmälda besök. Oanmälda besök har genomförts på förekommen anledning, när enstaka eller frekventa klagomål har kommit tillsynsenheten till känna. Det har då gällt klagomål på

individnivå men även när det har gällt en sammantagen information av klagomål på en verksamhet.

Avgränsningar

Platser/insatser belägna utanför Täby ingår inte i uppdraget. Myndigheten inom äldreheten, LSS och Psykiatrienheten samt individ- och familjeomsorgen IFO är ansvariga för att uppföljning sker på individnivå oavsett var insatsen sker. IFO utförarverksamhet i egen regi omfattas inte av verksamhetsuppföljningen. Den verksamheten följdes upp hösten 2009 och där pågår uppföljning som kommer redovisas tillsammans med övriga verksamhetsuppföljningar för 2011.

Resultat äldreomsorg vård- och omsorgsboende och dagverksamhet

Positiva resultat/förbättringar

Sociala dokumentationen

- majoriteten av brukarna har egna personakter
- flertalet brukare har en genomförandeplan jämfört med 2009
- flertalet brukare har aktuella beställningar jämfört med 2009
- flertalet brukare har tagit del av sina genomförandeplaner och är underskriven av den enskilde eller dennes legala företrädare
- en kopia av genomförandeplaner har inkommit till biståndshandläggaren, enligt auktorisationsvillkoren

Intervju med personalen

Av den intervju som genomfördes under 2010 framkom att majoriteten av personalen känner till:

- verksamhetens mål
- skriftliga rutiner för fel och brister och synpunkter och klagomål
- skriftliga rutiner för anmälan av allvarliga missförhållanden enligt Lex Sarah
- personal har fått introduktion vid nyanställning enligt verksamhetens rutiner för nyanställning och information om vad kontaktmanuskap innebär.

Synpunkter och klagomål och fel och brister

Samtliga särskilda boenden och dagverksamheter har skriftliga rutiner för hantering av synpunkter och klagomål och fel och brister.

Hälso- och sjukvård

Samtliga vård- och omsorgsboenden har genomfört förbättringar inom omvårdnadsdokumentationen. Förra året var medelvärdet mellan 9 – 21 poäng, i år har

7 av 10 boenden ett medelvärde på 20 poäng eller mer. Maximalt kan 29 (33) poäng uppnås.

Sjuksköterskor har en hög kontinuitet. Alla sjuksköterskor har genomgått någon kompetenshöjande kurs t.ex. inom geriatrik, demens och/eller deltagit i projektet "Palliativ vård".

Flertalet verksamheter har mer eller mindre ett försök till ledningssystem för kvalitet. De flesta verksamheter genomför riskbedömningar vid nyanländ brukare och vid förändring av tillstånd. Rutiner för att identifiera och analysera risker för vårdskador såsom trycksår, fall och undernäring genomförs.

Negativa resultat/brister som kvarstår

Verksamhetsberättelser från respektive leverantör ska skickas till Täby kommun. Det saknas ofta och får efterlysas av tillsynsansvarig. Det saknas verksamhetsberättelser i egen regi på verksamhetsnivå. Det har inte varit ett krav på att verksamheterna ska lämna verksamhetsberättelser i samband med årsredovisningen. Det kommer att gälla från 2011.

Bemannning

Flertalet vård- och omsorgsboende för personer med demenssjukdom lämnas obemannad nattetid för kortare eller längre tid. Personalen lämnar avdelningen för att hjälpa till på andra enheter. Social omsorg ska ta fram ett förslag på nattbemanning som socialnämnden får fatta beslut om.

Kompetens

Det saknas kunskap om nya riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom från Socialstyrelsen. Riktlinjerna anger att omvårdnaden ska vara kunskapsbaserad och personcentrerad. Det erbjuds inga regelbundna handledningstillfällen.

Flera av verksamhetscheferna uppfyller inte krav enligt de kompetenskrav som har fastställts av social omsorgs kvalitetsgrupp 2010-09-21 när det gäller avslutad högskolekurs i social förvaltningsrätt. Tillsynsenheten begär att leverantören ska inkomma med en åtgärdsplan för hur verksamheten ska komma till rätta med angivna brister av kompetens och tidplan för det.

Sociala dokumentation

Det finns fortfarande svårigheter med hur och vad som ska dokumenteras i den sociala journalen. Tillsynsenheten har begärt en åtgärdsplan för hur verksamheterna ska komma till rätta med angivna brister.

Hälso- och sjukvård

Det saknas rutiner för riskhantering för bland annat införande av ny teknik, planerad väsentlig förändring av verksamheten och ändrad vårdtyngd.

Omvårdnadsdokumentationen har behov av fortsatt utveckling.

Det saknas en skriftlig överenskommelse mellan verksamhet och läkarorganisation i några verksamheter.

Rutiner för nutritionsproblem saknas hos flera.

Omfattningen av delegeringar en sjuksköterska ansvarar för är allt för många. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska saknar ofta adekvat vidareutbildning.

Tillsynsenheten har begärt en åtgärdsplan för hur verksamheterna ska komma till rätta med angivna brister samt när de ska vara åtgärdade.

Resultat för hemtjänsten

Hemtjänsten har granskats enligt kvalitetsområden synpunkter och klagomål samt fel och brister. Övriga områden i hemtjänstens avtal ska följas upp 2011 och löpande, ett år efter upprättat avtal enligt LOV.

Positiva resultat/förbättringar

Resultatet visar att majoriteten av leverantörerna har skriftliga rutiner när det gäller synpunkter och klagomål och fel och brister. Personalen känner även till rutinerna.

Negativa resultat/brister som kvarstår

Granskningen visade att det saknas ingående kunskap och förståelse, varför och hur verksamheterna ska arbeta med fel och brister. Tillsynsenheten följer upp resultatet av angivna brister vid årets avtalsuppföljning.

Resultat LSS

Positiva resultat/förbättringar

- Fler ansvariga chefer uppfyller kompetenskraven enligt LSS
- Antalet genomförandeplaner har ökat betydligt
- Alla verksamheter för barn/ungdom har rutin för anmälan, enligt 14 kap. 1 § SoL, vid misstanke att ungdom riskerar att fara illa och kan vara i behov av socialtjänstens skydd
- Verksamheternas tillgänglighet, avseende öppettider, har förbättrats
- Den enskildes delaktighet i utformandet av insatsen har tydliggjorts
- Verksamheternas medvetenhet om skyldigheten att anmäla och rutiner för anmälan av missförhållande i verksamheten, enligt Lex Sarah, har förbättrats
- Verksamheterna har upprättat rutiner för hantering av situationer med hot, våld och utagerande beteende

Negativa resultat/brister som kvarstår

- Verksamhetsplan med uppföljningsbara mål utifrån LSS saknas
- Rutinen för hantering av fel och brister saknas eller är ofullständig
- Rutinen för hantering av synpunkter och klagomål saknas eller är ofullständig
- Dokumentationen av insatsens genomförande har brister i kvalitet

-Samverkan med landstingets primärvård fungerar mer eller mindre bra. Ansvar för delegeringar och uppföljningar samt avvikelshantering är bristområden.

Kvarstående brister inom egen regis verksamheter

- Plan saknas för uppföljning, utveckling och säkring av god kvalitet i verksamheten
- Fyra till fem (4-5) bostäder med särskild service, inom egen regi, är organiserade för fler brukare än vad socialstyrelsens riktlinjer anger
- Fem (5) ansvariga chefer saknar formell kompetens i LSS
- Daglig arbetsledning saknas. Ansvariga chefer har främst en administrativ funktion och träffar personal/brukare allt för sällan
- Ledningsfunktionen är inte tillräcklig för att kunna garantera stöd och service av god kvalitet
- De nämnder; kultur- och fritid, gymnasie- och vuxenutbildning respektive barnomsorg och grundskola som bedriver korttidstillsyn enligt LSS saknar uppdrag från kommunfullmäktige för detta. Verksamheterna bedrivs utanför respektive nämnds verksamhetsplan.

Sammanfattning resultat LSS

Resultatet för verksamhetsuppföljning 2010 visar, liksom verksamhetsuppföljning/tillsyn 2009, att enskild verksamhet sammantaget har en högre kvalitet enligt följande beskrivning..

Merparten av de verksamheter som bedrivs inom egen regi har brister i grundläggande kvalitetskrav för verksamhet enligt LSS och SoL.

Organisationen av egen regis verksamhet, enligt LSS, skiljer sig i förhållande till enskilt bedrivna verksamheter avseende antal brukare/bostad, sammansättning av brukare, graden/kvaliteten av arbetsledning samt kvalitet på lokaler. Hög personalkontinuitet och lång yrkeserfarenhet är ett positivt resultat som kännetecknar egen regi.

Tillsynsenheten har begärt en åtgärdsplan för hur verksamheterna ska komma till rätta med angivna brister. Tillsynsenheten och medicinskt ansvarig sjuksköterska har dialog med primärvården och Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning om säkerhetskrav för delegeringar och avvikelshantering.

Socialchef ska tillsammans med chef för kultur och fritid och utbildning initiera åtgärder som gör att uppdraget blir tydligt för dessa verksamheter där det idag saknas uppdragsbeskrivning för LSS. Kommunen har svarat i ett yttrande till KSL angående ett framtagna förslag att flytta ansvaret för hemsjukvården i LSS till kommunen. Svaret är att kommunen inte har någon möjlighet att ta över hemsjukvården i LSS med den ekonomiska ersättning som föreslås.

Socialpsykiatri/ kommunpsykiatri 2010

Positiva resultat

All personal har grundläggande kompetens som mentalskötare/undersköterska.

Verksamheterna har en hög personalkontinuitet

All personal ges extern handledning varannan vecka

Ansvariga chefer har hög närvaro i verksamheterna och personalen ges kontinuerlig arbetsledning

Kommunpsykiatrin och dess verksamheter har strukturerade former för samarbete med brukar- och intresseorganisationer

Kommunpsykiatrin har sedan hösten 2010 inrättat ett neuropsykiatriskt resursteam till stöd för brukare, med neuropsykiatrisk funktionsnedsättning, med behov av kognitivt stöd och hjälp med strategier i vardagen, kring boende, sysselsättning/arbete och studier.

Sysselsättningsverksamheten erbjuder ett brett utbud av sysselsättning inom hantverk, praktik/arbete och studier.

Negativa resultat/brister

Samverkan landsting och kommun

Sedan januari 2010 är landsting och kommuner skyldiga att ingå överenskommelser om samverkan när det gäller personer med psykiska funktionsnedsättningar. En övergripande överenskommelse mellan Täby kommun och landstinget saknas.

En samverkansöverenskommelse har upprättats mellan Täby kommun/social omsorg och PRIMA vuxenpsykiatri. Överenskommelsen saknar uppgift om att kommunen, i boende och daglig verksamhet, även ansvarar för insatser enligt hälso- och sjukvårdslagen till och med sjuksköterskenivå. Överenskommelsen behöver kompletteras med en lokal rutin för respektive verksamhetsområde inom social omsorg där det framgår vem/vilka som ska kallas till vårdplanering kring den enskilde. Tillsynsenheten föreslår att avtalet med PRIMA vuxenpsykiatri ska kompletteras med kommunen, i boende och daglig verksamhet, ansvarar för hälso- och sjukvård till och med sjuksköterskenivå.

När den enskilde har behov av insatser både från socialtjänst och från hälso- och sjukvården ska kommunen tillsammans med landstinget upprätta en individuell samordnad plan. Planen ska upprättas om kommunen eller landstinget bedömer att den behövs för att den enskilde ska få sina behov tillgodosedda, och om den enskilde samtycker till att den upprättas. Arbetet med planen ska påbörjas utan dröjsmål. Kommunpsykiatrins personal känner endast till att en (1) brukare av 196 har (har erbjudits) en individuell samordnad plan. Det pågår ett arbete i KSL med att ta fram krav på att en sam-

ordnad plan måste upprättas när den enskilde har givit sitt tillstånd. Lands-
ting och kommun är ansvariga för att en samordnad plan upprättas.

Brister inom kommunpsykiatrins verksamheter

- Två av tre ansvariga chefer saknar högskolepoäng i social förvaltningsrätt
 - Verksamhetsplan, för respektive enhet, med uppföljningsbara mål utifrån SoL saknas
 - Rutinen för hantering av fel och brister är ofullständig
 - Rutinen för hantering av synpunkter och klagomål är ofullständig
 - Dokumentationen av insatsens genomförande har brister i kvalitet
 - En bostad med särskild service är organiserad för 21 brukare vilket inte är förenligt med normalitetsprincipen i SoL. I bostaden gäller även vissa rutiner som ger boendet prägel av institution i stället för hem.
 - I bostad med särskild service är personal endast tillgänglig på telefon mellan 22.00-08.00 trots att många brukare har ett omfattande behov av personaltöd dygnet runt.
- Tillsynsenheten har begärt en åtgärdsplan för hur verksamheterna ska komma till rätta med angivna brister samt när det ska vara åtgärdade.

Myndighetens ansvar äldreheten och Lss/psykiatri

- Beslut/beställningar om insatser har ökat
- Det finns fortfarande bristfälliga avtal enligt LOU med svårighet att följa upp verksamheten.
- Myndighet och leverantör har upprättat en handlingsplan för information dem emellan. Av handlingsplanen framgår inte att beställningen till leverantören ska innehålla information om den enskildes diagnos/funktions- nedsättning samt behov av stöd, service och omvårdnad.
- I bostad med särskild service är sammansättningen av personer med psykisk funktionsnedsättning allt för vid och omfattar bland annat även personer med begåvningshandikapp och förvärvad hjärnskada.
- Ett flertal av de brukare som är beviljad insatsen bostad med särskild service enligt SoL har stora och varaktiga psykiska funktionsnedsättningar/sjukdom som förorsakar betydande svårigheter i den dagliga livsföringen och därmed ett omfattande behov av stöd eller service. Det innebär att de omfattas av målgruppen och personkretsen för LSS. Det bör beaktas i kommunens boendeplan.
- Verksamheterna bostad med särskild service och boendestöd har en övre åldersgräns på 65 år. Detta är inte förenligt med lagstiftningen. Insatsen ska kopplas till funktionsnedsättning, och den enskildes behov av stöd och service inom motsvarande kompetensområde, och ej till ålder.

Tillsynsenheten har framfört resultatet av verksamhetsuppföljningen och synpunkter till myndigheten äldreheten och LSS/psykiatri.

Vad gör tillsynsenheten med resultatet

Där det finns brister begär tillsynsenheten en åtgärdsplan av ansvarig chef. Beroende på allvarlighetsgrad, samt omfattning av bristerna följs de upp vid tidpunkt som bestäms av tillsynsenheten efter en viss tid eller vid nästa verksamhetsuppföljning.

Vård och omsorgsboende för personer med demenssjukdom får inte lämnas obemannade. Social omsorg ska ta fram ett förslag på nattbemanning som lämnas till socialnämnden att fatta beslut.

Informera egen regi om kravet på verksamhetsberättelse inom respektive område.

Informera myndighet äldreheten och LSS/psykiatri om brister som framkommit vid verksamhetsuppföljningen.

Samverka med Husläkarmottagningarna (HLM) tillsammans med Hälso- och sjukvårdens förvaltning beträffande hälso- och sjukvårdsinsatser vid hemsjukvård där brukaren samtidigt har hemtjänst och i boenden inom LSS och daglig verksamhet. Det pågår en dialog med SLL om samverkan mellan HLM och hemtjänst och LSS där hemsjukvård är aktuellt.

Det saknas rutiner för arkivering av den sociala dokumentationen som verksamheterna utför. Myndigheten bör ta fram en tydlig rutin för arkivering av den sociala dokumentationen. Det arbetet pågår.

Överenskommelsen mellan Täby kommun och PRIMA vuxenpsykiatri saknar ansvarsfördelning i boendet och sysselsättning. Överenskommelsen bör kompletteras med dessa områden.

Fortsatt granskning av kvalitetskriterier synpunkter och klagomål, fel och brister, avvikelshantering och riskhantering kommer att ske inför 2011 års verksamhetsuppföljning.

Upprätta förtydligande av mottagande av verksamhetsberättelser från leverantörer. Det står angivet i avtalet att leverantören ska skicka en verksamhetsberättelse till kommunen. Information till vem leverantören ska skicka verksamhetsberättelsen behöver förtydligas. Tillsynsenheten och myndighet ska förtydliga rutinen.

Tillsynsenheten ska i sitt förbättringsarbete återkoppla resultat till verksamheterna efter en verksamhetsuppföljning. Det ska skrivas en rapport inom 2 – 3 veckor efter en verksamhetsuppföljning.

Tillsynsenheten planerar även att stödja verksamheterna genom att ta fram förslag på förbättringar inom vissa områden som framkommit i resultaten av verksamhetsuppföljningen.

Eventuellt kommer tillsynsenheten kontakta brukar och anhörigorganisationer i syfte att ta reda på vad de har för synpunkter i verksamheten och vad de efterfrågar.

I LOV finns upprättat sanktioner när en leverantör inte uppfyller kraven. Det är inte aktuellt med sanktioner för 2010 års verksamhetsuppföljning.

Bilaga 2: Brukarundersökningar - jämförelser över tid

NKI	2005	2007	2009	2010
Särskilt boende äldreomsorg	67	61	72	74
Hemtjänst	75	75	80	77
Anhörigstöd äldreomsorg			68	66
Boende för vuxna LSS - brukare	80	72	70	67
Boende för vuxna LSS - anhöriga			69	66
Daglig verksamhet LSS - brukare	78	73	66	61
Daglig verksamhet LSS - anhöriga			64	66
Boendestöd	74	70	72	72
Sysselsättning	71	63	73	75
Särskilt boende socialpsykiatri	72	71	62	65

BEMÖTANDE	2005	2007	2009	2010
Särskilt boende äldreomsorg	78	67	79	76
Hemtjänst	75	82	87	87
Anhörigstöd äldreomsorg				78
Boende för vuxna LSS - brukare	85	72	84	78
Boende för vuxna LSS - anhöriga			76	76
Daglig verksamhet LSS - brukare	85	67	80	76
Daglig verksamhet LSS - anhöriga			75	78
Boendestöd	82	67	76	81
Sysselsättning	84	64	79	81
Särskilt boende socialpsykiatri	85	72	60	68

DELAKTIGHET	2005	2007	2009	2010
Särskilt boende äldreomsorg	71	47	64	72
Hemtjänst	80	69	80	74
Anhörigstöd äldreomsorg				73
Boende för vuxna LSS - brukare	70	71	72	71
Boende för vuxna LSS - anhöriga			71	70
Daglig verksamhet LSS - brukare	67	65	67	69
Daglig verksamhet LSS - anhöriga			60	68
Boendestöd	69	64	66	78
Sysselsättning	74	70	75	78
Särskilt boende socialpsykiatri	80	71	61	77

KONTINUITET	2005	2007	2009	2010
Särskilt boende äldreomsorg	65	67	78	76
Hemtjänst	69	78	81	77
Anhörigstöd äldreomsorg				73
Daglig verksamhet LSS - anhöriga			63	67
Boende för vuxna LSS - anhöriga			64	69

TILLGÄNGLIGHET	2005	2007	2009	2010
Särskilt boende äldreomsorg	58	55	58	62
Hemtjänst	64	65	73	70
Anhörigstöd äldreomsorg				61
Boende för vuxna LSS – anhöriga			62	66
Daglig verksamhet LSS – anhöriga			54	67
Boendestöd	73	63	54	67
Sysselsättning	75	71	76	76
Särskilt boende socialpsykiatri	80	76	58	70

TRYGGHET OCH SÄKERHET	2005	2007	2009	2010
Särskilt boende äldreomsorg	69	62	66	67
Hemtjänst	72	73	84	70
Anhörigstöd äldreomsorg				72
Boende för vuxna LSS - anhöriga			69	61
Daglig verksamhet LSS - anhöriga			59	66
Boendestöd	73	61	54	52
Sysselsättning	75	63	66	70
Särskilt boende socialpsykiatri	75	67	51	59

Bilaga 3: Brukarundersökningar, metod mm

Om metoden

Kommunfullmäktige har beslutat att brukarundersökningar ska göras varje år bland dem som har kontakt med socialtjänsten. Undersökningen görs på hösten och resultatet presenteras i den årliga kvalitetsrapporten. De leverantörer som har tillräckligt många svar (fler än fem personer) får ta del av resultatet för sin enhet.

Årets brukarundersökning är den fjärde i nuvarande form. Undersökningen syftar till att återkommande "ta temperaturen" på verksamheten genom att fråga brukare om hur nöjda de är. Brukarundersökningen görs en gång per år och resultatet presenteras i ett Nöjd-Kund-Index, NKI. 2010 års undersökning omfattar följande insatsområden:

- Äldreomsorg (hemtjänst, särskilt boende och anhörigstöd)
- LSS-verksamhet (boende för vuxna, daglig verksamhet, ledsagarservice, avlösarservice, korttidstillsyn och korttidsvistelse)
- Socialpsykiatri (boendestöd, särskilt boende och sysselsättning)

Brukarundersökningen görs i enkätform och innehåller frågor som i huvudsak baseras på socialnämndens kvalitetskriterier. Brukaren svarar genom att beskriva hur nöjd han eller hon är på en skala 1 - 10.

Exempel:

Hur nöjd är du med...		Inte alls nöjd										I alla högsta grad nöjd	Ingen åsikt/ Inte aktuellt	
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			
5	... hur väl personalen bemöter och respekterar dig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0	<input type="checkbox"/>

Resultatet räknas om i ett index.

Enkätformulären utvecklas ständigt, frågor tas bort, tillkommer eller formuleras om. Det innebär att resultatet inte är jämförbart i alla delar. NKI-värdet, d.v.s. hur nöjd brukaren är med helheten, tas dock alltid fram på ett enhetligt sätt som gör jämförelser möjliga över tid.

Svarsfrekvens

Det finns en rad faktorer som är avgörande för hur resultatet kan tolkas. Hur många som har svarat, svarsfrekvensen, är en sådan faktor. Tendensen i årets brukarundersökning är att svarsfrekvensen med några få undantag sjunker. Bortfallet kan dock inte betecknas som systematiskt (kön, ålder, le-

verantör). Svarsfrekvensen är dock på en sådan nivå att resultatet kan användas, om än med viss försiktighet.

En annan faktor som påverkar hur resultatet kan tolkas är vem som har svarat. I hemtjänst och anhörigstöd har majoriteten av enkäterna besvarats av brukaren själv. I särskilt boende har däremot mindre än 10 procent svarat själva på enkäten. Drygt 60 procent av enkäterna har besvarats av någon annan än brukaren, vanligen en anhörig.

Inom LSS-verksamheten har frågor ställts dels till brukare, dels till anhöriga. Lägst svarsfrekvens har avlösarservice, flest svar har anhöriga och brukare med ledsagarservice lämnat.