

Kvalitetsberättelse 2016

Socialnämnden

Innehållsförteckning

Inledning	3
Kvalitetsberättelsens innehåll.....	3
Kvalitet i socialnämndens verksamheter	3
Systematiskt kvalitetsarbete	4
Systematiskt förbättringsarbete.....	4
Processtöd	5
Riktlinjer.....	5
Processbeskrivningar.....	5
Rutiner.....	6
Årets kvalitetsarbete	7
Samverkan	7
Riskanalys	7
Synpunkter och klagomål.....	8
Avvikelsehantering	9
Lex Sarah	10
Egenkontroll	11
Övrigt kvalitetsarbete	11
Kvalitetsbonus inom särskilda boendeformer	13
Avtals- och verksamhetsuppföljning.....	13

Inledning

Enligt Socialstyrelsens allmänna råd bör vårdgivare (7 kap 1 §, SOSFS 2011:9) varje år upprätta en kvalitetsberättelse. Socialnämnden har sedan 2009 upprättat en sådan berättelse. Att en årlig kvalitetsberättelse ska upprättas framgår även av socialnämndens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SON 2012/64 §). Från och med 2017 föreslås att socialnämndens kvalitetsberättelse ingår som en del av nämndens årsredovisning

Kvalitetsberättelsens innehåll

Kvalitetsberättelsen för 2016 innehåller ett urval områden för det systematiska kvalitetsarbetet inom socialnämndens verksamheter under året.

Kvalitet i socialnämndens verksamheter

Socialnämndens uppgift är att ge stöd utifrån bästa tillgängliga kunskap till de kommuninvånare som bedöms ha behov av det. Kunskapen ska vägas samman med den enskildes egen kunskap. Utifrån denna sammanvägning ska stödet utformas och på så sätt skapa grunden för kvalitet.

Kvalitetsbegreppet omfattar socialtjänstens verksamhet på alla nivåer: strukturinriktade, allmänt inriktade och individinriktade insatser. Kommuninvånarna har rätt att få adekvat stöd och hjälp av god kvalitet.

Kvalitet definieras i Socialstyrelsens författning om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, SOSFS 2011:9, genom att en verksamhet uppfyller de krav och mål som gäller för verksamheten enligt

- lagar och andra föreskrifter om hälso- och sjukvård, socialtjänst samt stöd samt service till vissa funktionshindrade, och
- beslut som har meddelats med stöd av sådana föreskrifter

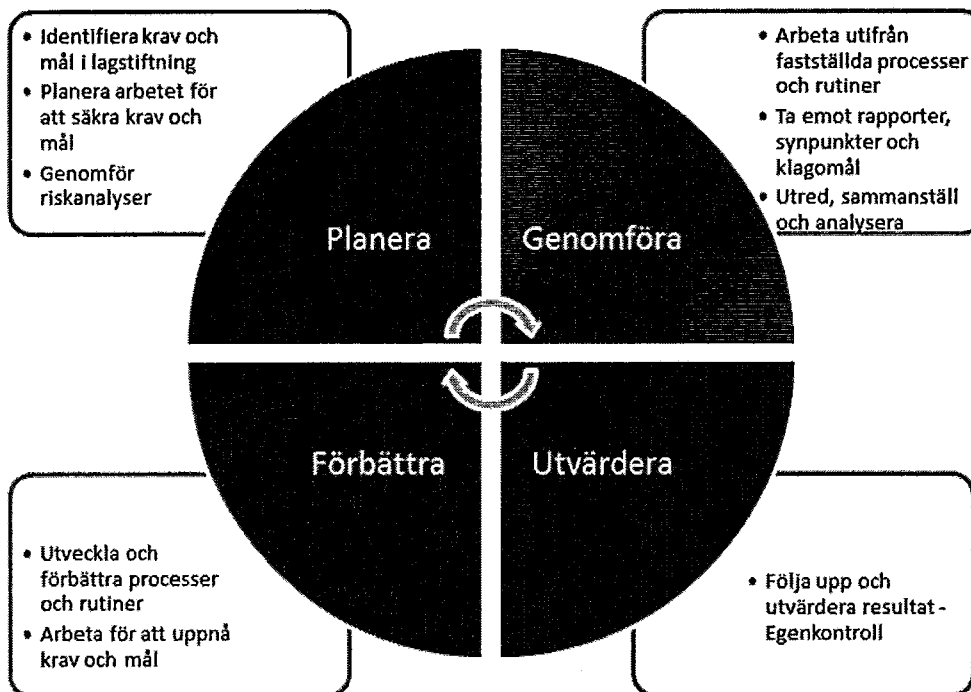
För att säkerställa kvaliteten i nämndens verksamheter ska rutiner och processer finnas dokumenterade. Kvalitet i verksamheten kan ses ur flera perspektiv och omfatta flera dimensioner, bland annat

1. den kvalitet som uppstår i mötet mellan brukare och personal, som i hög grad handlar om profession och ett professionellt förhållningssätt (följs i första hand upp genom brukarundersökningar)
2. hur kunskap och erfarenhet dokumenteras, samlas in, struktureras och analyseras för att sedan spridas i verksamheten, t.ex. i syfte att undvika att misstag upprepas (kvalitetssäkring - ingår i det systematiska kvalitetsarbetet)

3. hur kunskap om verksamhet i form av effekter av olika åtgärder dokumenteras, samlas in, struktureras och analyseras för att ge underlag för utveckling av verksamheten (kvalitetsutveckling - ingår i det systematiska kvalitetsarbetet)

Systematiskt kvalitetsarbete

Socialtjänst och verksamhet enligt LSS är komplexa verksamheter. För att verksamheterna ska kunna genomföra tjänster med god kvalitet krävs ett systematiskt kvalitetsarbete. Det innebär bland annat att rutiner ska finnas så att åtgärder kan vidtas för att säkra verksamhetens kvalitet. Förbättringshjulet illustrerar processen för det systematiska kvalitetsarbetet.



Systematiskt förbättringsarbete

Det systematiska förbättringsarbetet är en viktig del av kvalitetsarbetet och består av riskanalyser, egenkontroller samt utredning av avvikelser, klagomål och synpunkter. Genom ett systematiskt arbetssätt skapas förutsättningar för ett lärande i organisationen.

Kommunens gemensamma kvalitetsledningssystem har införts under 2016. Samtliga chefer har deltagit i grundläggande utbildning om kvalitetsledningssystemet. Den gemensamma strukturen för dokumentation av kvalitetsarbetet finns i verktyget Stratsys i form av planering, uppföljning och utveckling. Strukturen

svarar mot de grundläggande krav på kvalitetsledningssystem som ställs i Socialstyrelsens författning. Ytterligare anpassning och utveckling för att stödja det systematiska kvalitetsarbetet inom socialnämndens område har pågått under 2016 och kommer att fortsätta under 2017.

Processtöd

För socialnämndens verksamheter finns olika former av stöd samlade i riktlinjer och rutiner på kommunens intranät, Insidan. Riktlinjer och rutiner är en förutsättning för kvalitetssäkring inom verksamheten och ett fungerande ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

De externa utförarna ska ha egna ledningssystem som uppfyller kraven i Socialstyrelsens författning. I tillämpliga delar ska kommunens riktlinjer följas även av externa utförare. Varje utförare ska fastställa egna rutiner.

Riktlinjer

Socialnämndens riktlinjer fungerar som styrdokument och vägledning för de handläggare som utreder och fattar beslut om insatser inom social omsorg. Riktlinjer som omfattar utförande av insatser gäller som styrdokument och vägledning både för kommunala och externa utförare.

Riktlinjerna innebär inte någon begränsning i den enskildes möjligheter att få sin ansökan individuellt prövad. Varje ansökan ska utredas och beslut ska baseras på individens behov. En ansökan kan inte avvisas med motiveringen att kommunens riktlinjer inte innehåller det sökta biståndet.

Under 2016 reviderades och förtydligades ett flertal av socialnämndens riktlinjer. Riktlinjerna för parboende i vård- och omsorgsboende inkluderades i riktlinjerna för äldre och personer med funktionsnedsättning. Riktlinjerna för högsta godtagbara bostadskostnad upphörde eftersom Försäkringskassans föreskrifter om genomsnittshyra och högsta godtagbara hyresnivå ska vara vägledande för nämnden.

Riktlinjerna ses över cirka en gång per år och revideras vid behov och finns tillgängliga på kommunens intranät.

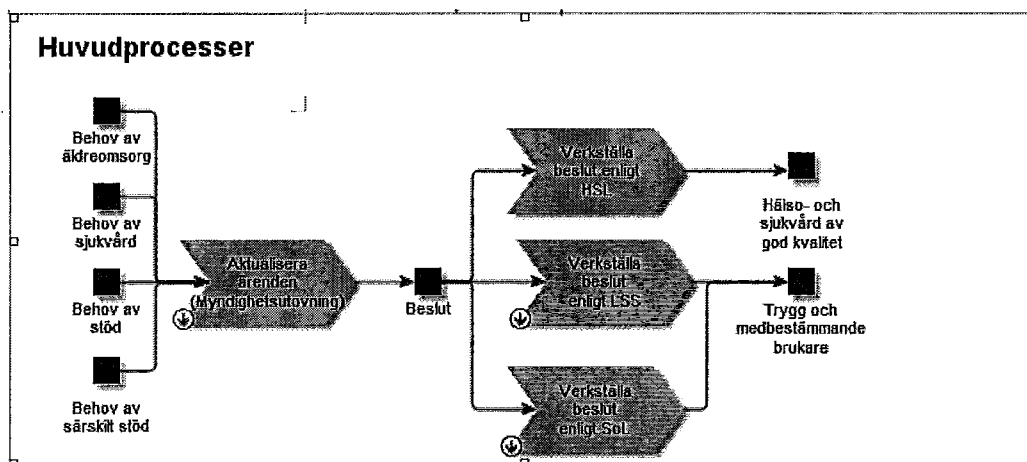
Processbeskrivningar

Processer och rutiner användas för att utveckla och säkra kvaliteten i verksamheten. För varje verksamhet ska en bedömning göras av vilka processer och rutiner som behövs. Aktuella processer inom socialnämndens ansvarsområde finns kartlagda, dokumenterade och fastställda med utgångspunkt från

- handläggning av ärenden och utförande av insatser kopplat till dokumentation i verksamhetssystemet Pulsen Combine
- dokumenthantering kopplat till kommunens informationshantering

Ytterligare ett steg har tagits för att beskriva arbetsprocesser med utgångspunkt från funktioner och roller i organisationen och koppla samman dessa med de rutiner som gäller för just den processen. Detta arbete har påbörjats under 2016 och kommer att fortsätta under 2017. Syftet är att underlätta för personalen att hitta och använda rutinerna i varje processteg och aktivitet genom att åskådliggöra processerna med processkartor.

Ett exempel på hur huvudprocesser kan illustreras som en processkarta visas i bilden nedan. Processtegen bryts sedan ned delprocesser och viktiga aktiviteter som ger information om ändamålet med processen eller vilket resultat som ska uppnås med processen. Till aktiviteterna knyts de rutiner som gäller för verksamheten för att säkerställa att fastställd kvalitet uppnås.



Rutiner

Rutinhandboken för socialnämndens verksamheter inom social omsorg är en samling "levande" arbetsrutiner. Handboken är ett komplement till kommunens riktlinjer och är ett stöd till medarbetarna.

1. Social omsorgs rutinhandbok har tre huvudsakliga indelningar:
2. *Allmän del*, som innehåller rutiner som berör samtliga inom social omsorg.
3. *Gemensam myndighet*, som innehåller rutiner gemensamma för social omsorgs myndighetsdel.
4. *Respektive avdelning/enhets egna rutiner*.

Årets kvalitetsarbete

Kravet på god kvalitet inom social omsorg gäller såväl myndighetsutövning som utförandet av insatser. I myndighetsutövningen handlar god kvalitet om rättssäkra och effektiva handlägningsprocesser samt att målsättningen med beslutade insatser uppnås. I utförandet innebär god kvalitet att insatser som beslutats av socialnämnden utförs enligt fastställda krav och inom fastställd ersättning/budget oavsett vem som är utförare.

Samverkan

För att säkerställa att brukaren får ett tryggt, säkert och professionellt omhändertagande ska det i verksamheterna finnas riktlinjer och rutiner för informationsöverföring och samverkansformer mellan olika verksamheter och yrkesgrupper. Samverkan och dialog mellan olika huvudmän och förvaltningar är en förutsättning för att säkra kvaliteten i de olika insatserna för brukaren. För att klargöra ansvarsfördelningen mellan olika huvudmän kan en samordnad individuell plan (SIP) upprättas.

En stor andel av socialnämndens verksamhet utförs av privata utförare. Regelbunden dialog mellan beställare och utförare har därför stor betydelse för en fungerande samverkan. Utförmöten har regelbundet hållits inom äldreomsorgen och omsorgen om personer med funktionsnedsättning i syfte att informera om aktuella händelser och frågeställningar. Avdelningen för äldreomsorg har även hållit särskilda möten och workshops, bland annat i samband med införandet av nya ersättningsmodeller inom hemtjänst och särskilt boende.

Kommunens verksamheter ska verka för brukarinflytande och egenmakt, så att brukarnas egna resurser tas tillvara och förmågan att leva ett självständigt liv stärks. Det förebyggande arbetet för att frigöra enskildas och grupper egna resurser är därmed väsentligt. Inom det förebyggande arbetet sker samverkan med föreningar och organisationer samt med olika enheter inom kommunen. Anhörigrupperna inom äldreomsorgen är t.ex. ett direkt resultat av denna samverkan liksom fältsekreterarens arbete med ungdomar i samverkan med Trygg i Täby, polisen och andra aktörer i samhället.

Risakanalys

Verksamheten ska fortlöpande bedöma om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet. Riskanalys ingår som en del i socialnämndens ledningssystem och har genomförts vid större organisationsförändringar, förändringar som medfört ett annat arbetssätt samt i vissa fall vid identifierade avvikelser. Även kommunens utförare ska genomföra riskbedömningar och vid behov riskbedömning rörande den enskilde brukaren.

Synpunkter och klagomål

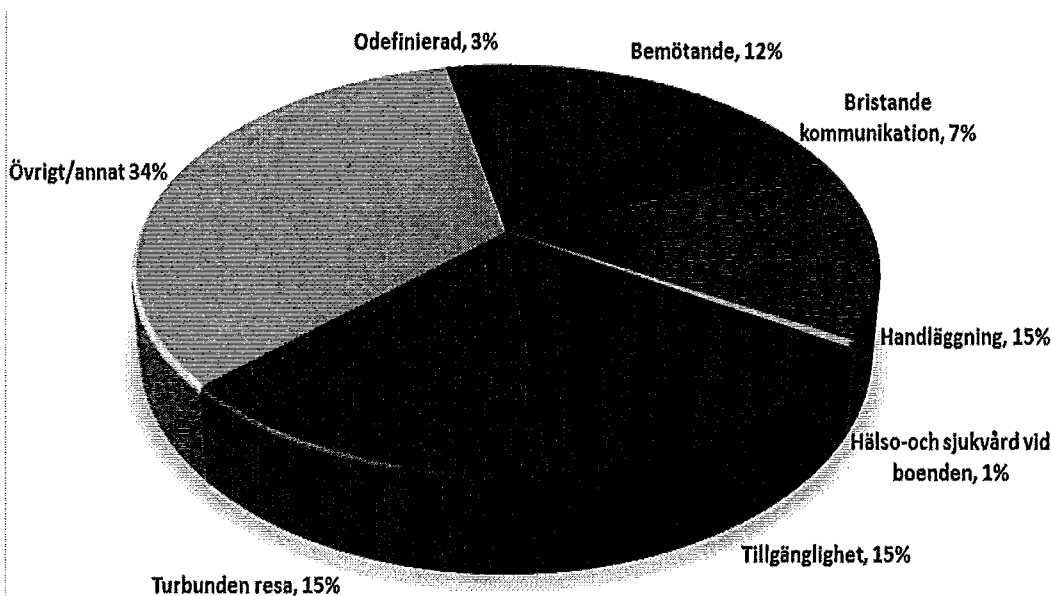
Verksamheten ska ta emot och utreda synpunkter och klagomål på verksamhetens kvalitet från bland annat vård- och omsorgstagare och deras närstående, personal, myndigheter, föreningar, andra organisationer och intressenter.

Syftet med socialnämndens hantering av synpunkter och klagomål är att fånga upp och så snabbt som möjligt åtgärda eventuella problem. Inkomna synpunkter och klagomål registreras från och med 2016 digitalt i kommunens system för detta. Åtgärder för att rätta till problem genomförs i förhållande till den enskilde och vid behov genom förbättring av verksamhetens processer och rutiner för att undvika att liknande problem uppkommer igen.

Genom att registrera och kategorisera inkomna synpunkter och klagomål skapas förutsättningar för ett systematiskt och ständigt förbättringsarbete. Detta förbättrar i sin tur förutsättningarna för medarbetarna att leverera en god och kostnadseffektiv service till kommuninvånarna.

Synpunkter och klagomål och hanteras av respektive verksamhet utifrån deras lokala rutiner. Inkomna ärenden kan tas upp på arbetsplatsträffar eller liknande för att på det sättet skapa ett lärande i organisationen.

Diagrammet nedan visar fördelningen efter typ av ärende för de 192 synpunkter och klagomål som registrerats under 2016.



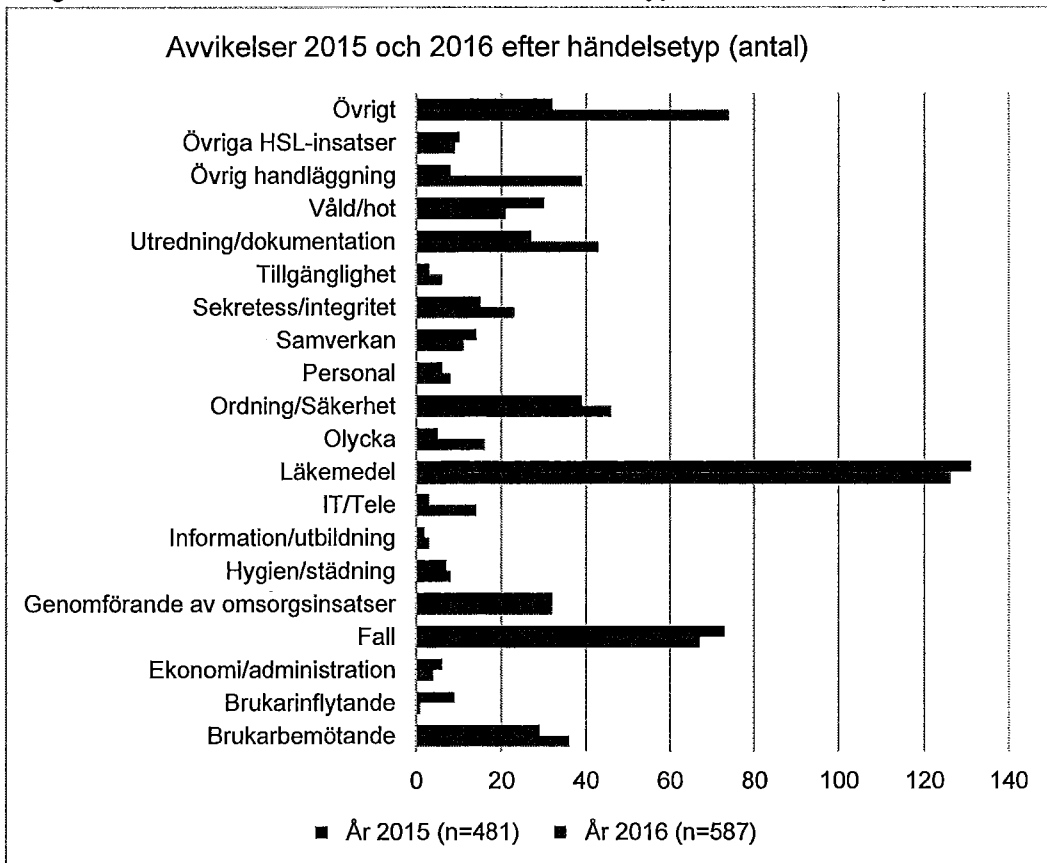
Källa: Easit

Avvikelsehantering

Socialstyrelsens föreskrift om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete säger att det i verksamheten ska finnas processer och rutiner för att identifiera, dokumentera, rapportera, analysera, åtgärda brister samt följa upp vidtagna åtgärder.

Avvikelse registreras digitalt i kommunens system för detta. I jämförelse med 2015 har antalet registrerade avvikelser ökat med drygt 100. Ökningen redovisas till stor del under händelsetypen Övrigt och avser till huvudsakligen systemfel avseende verksamhetssystemet Pulsen Combine som från 2016 registrerats som avvikelser då nödvändig dokumentation inte kunnat genomföras. Liksom för 2015 är den mest förekommande avvikelserna brister kring läkemedel och då oftast att läkemedel delats ut för sent eller inte alls.

Diagrammet visar antal avvikelser efter händelsetyp under 2015 respektive 2016.



Källor: 2015 InfoSoc och 2016 InfoSoc och Easit.

Lex Sarah

Bestämmelserna om lex Sarah omfattar flera skyldigheter som i de flesta fall riktar sig till den som bedriver en verksamhet inom socialtjänsten eller enligt lagstiftningen om stöd och service till vissa funktionshindrade.

Lex Sarah är en del av det systematiska kvalitetsarbetet. Syftet med bestämmelserna om lex Sarah är att verksamheten ska utvecklas och att missförhållanden ska rättas till. Det är viktigt att komma till rätta med brister i verksamheten och att förhindra att liknande missförhållanden uppkommer igen.

Centrala skyldigheter i bestämmelserna om lex Sarah är rapporteringsskyldigheten, utredningsskyldigheten, skyldigheten att avhjälpa eller undanröja missförhållandet och anmälningsskyldigheten.

Lex Sarah-rapporter

När en händelse som bedöms som ett missförhållande eller en påtagliga risk för ett missförhållanden inträffar ska händelsen genast rapporteras till den som utsetts att ta emot lex Sarah-rapporter. Rapporteringsskyldigheten omfattar anställda med flera.

Under året har fem lex-rapporter registrerats¹.

Den som bedriver en verksamhet är skyldig att dels utreda en lex Sarah-rapport, dels att avhjälpa eller undanröja missförhållandet eller den påtagliga risken för ett missförhållande.

Anmälan Inspektionen för vård och omsorg

Om en händelse bedöms som ett missförhållande eller en påtagliga risk för ett missförhållanden och är allvarlig ska den som bedriver verksamheten snarast anmäla händelsen till Inspektionen för vård- och omsorg, IVO.

Under året har två anmälningar enligt Lex Sarah gjorts till IVO.

Klagomål Inspektionen för vård och omsorg

IVO kan ta emot klagomål från enskilda kring hur socialtjänstens insatser har utförts. IVO utreder och ställer krav på kommunen om återkoppling och handlingsplan.

Tre klagomålsärenden har inkommit till IVO som socialnämnden har besvarat. Beslut har meddelats i två ärenden. IVO har inte ställt några krav på åtgärder från nämnden med anledning av dessa ärenden.

¹ Källa: InfoSoc.

Tillsyn från Inspektionen för vård och omsorg

Det har under året varit tre anmälda tillsyner från IVO i nämndens verksamheter. En av tillsynerna föranledde IVO att ställa krav på nämnden om förbättringsåtgärder. De övriga två föranledde inga åtgärder.

Egenkontroll

Verksamhetsuppföljning och egenkontroll ska göras med den frekvens och i den omfattning som krävs för att verksamheten ska kunna säkra kvalitén. Syfte med egenkontroll är att säkerställa att tillämpliga lagar och föreskrifter följs och att de politiska målen för verksamheten nås, samtidigt som den är ett medel för att arbeta med kvalitetsförbättringar.

Övrigt kvalitetsarbete***Brukarundersökningar*****Äldreomsorg**

För fjärde året i rad har den nationella brukarundersökningen i nuvarande form genomförts inom hemtjänst och särskilt boende. Enkäten riktades till personer 65 år och äldre som den 31 december 2015 hade insatser i form av hemtjänst eller särskilt boende. Faktorer som kan påverka svarsfrekvens och resultat är de svarandes ålder och hälsa. Ytterligare en faktor som har betydelse för hur resultatet ska tolkas är vem som har svarat.

Resultat hemtjänst

Vid svarstidens utgång hade 564 enkäter (65 procent) inkommit. Av dessa hade 237 enkäter (42 procent) besvarats av någon annan än brukaren själv, vilket är en ökning med 13 procentenheter jämfört med 2014. Denna omständighet kan sannolikt kopplas ihop med de svarandes ålder (75 procent var 80 år eller äldre) samt upplevelsen av den egna hälsan, där andelen som upplever att hälsan är ganska eller mycket god har minskat med sex procentenheter under samma period.

Resultatet av frågorna sammanfattas inom ett antal områden: "Kontakt med kommunen", "Inflytande", "Hjälpens utformning", "Bemötande", "Trygghet och tillgänglighet" samt "Hemtjänsten i sin helhet". Inom samtliga områden ligger Täbys resultat högt och över eller i nivå med länets genomsnittliga resultat. Möjliga utvecklingsområden är information om förändringar, möjlighet att påverka tider när hjälpen ges, möjlighet att komma i kontakt med personal samt information om

valt man vänder sig med synpunkter och klagomål. Den sammantagna nöjdheten var dock fortsatt mycket god. 90 procent angav att man var mycket eller ganska nöjd med hemtjänsten som helhet.

Resultat särskilt boende

I särskilt boende fick 446 brukare en enkät varav 264 (59 procent) svarade på enkäten, av dessa svarade 35 procent själv eller med hjälp av någon annan. 65 procent (172 enkäter) besvarades helt av någon annan än brukaren själv. Upplevelsen av den egna hälsan har förskjutits något så att färre upplever god hälsa men fler att hälsan var någorlunda jämfört med tidigare år.

Liksom inom hemtjänsten grupperas resultatet inom ett antal områden: "Boendemiljö", "Mat och måltidsmiljö", "Hjälpens utformning", "Bemötande", "Trygghet", "Sociala aktiviteter", "Tillgänglighet" och "Hjälpen i sin helhet". Inom samtliga områden noterar Täby ett resultat i nivå med eller strax under länets resultat. När det gäller sociala aktiviteter noteras att andelen ganska eller mycket nöjda har ökat med 16 procentenheter jämfört med 2014.

Exempel på förbättringsområden: meddelande om tillfälliga förändringar, valt man ska vända sig med synpunkter och klagomål, möjlighet att påverka tid när hjälpen ges. Andelen brukare som svarade att man besväras av ensamhet var 34 procent, vilket också kan vara ett område som behöver uppmärksammas. Sammantaget var en majoritet (81 procent) av de svarande ganska eller mycket nöjda med boendet som helhet, vilket var i nivå med såväl länet, riket som föregående år.

Funktionshinderomsorg

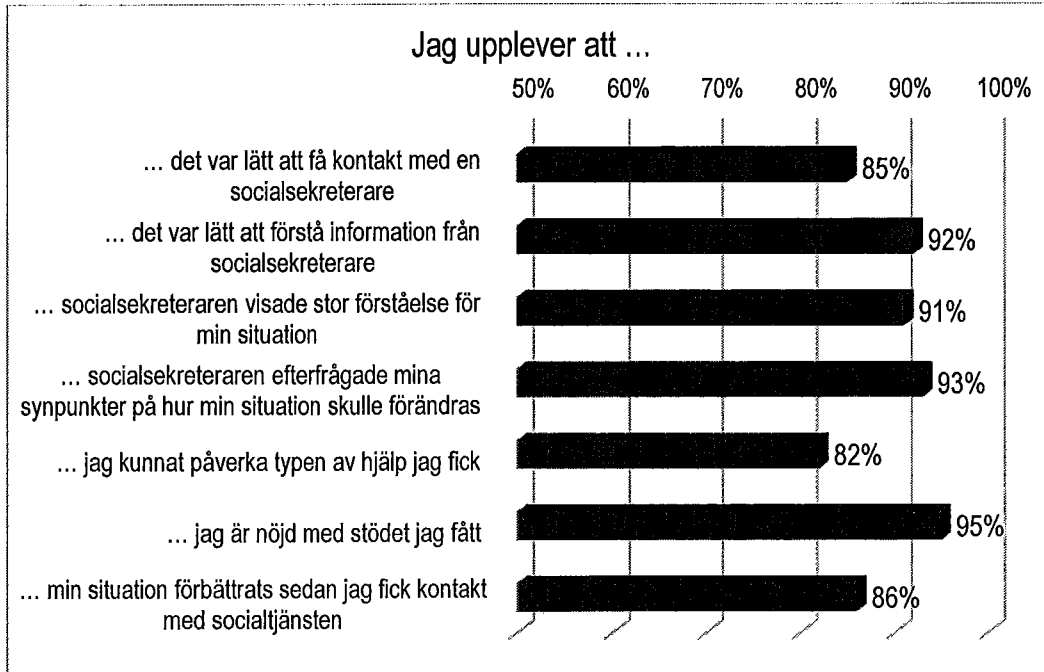
En nationell brukarundersökning har genomförts inom funktionsnedsättningsområdet med stöd av SKL (Sveriges kommuner och Landsting) och Rådet för främjande av kommunala analyser (RKA). Brukarundersökningen genomfördes med hjälp av det webbaserade enkätverktyget. Personer med flera insatser fick flera enkäter, det totala antalet enkäter var 573. Varje enkät innehöll åtta frågor, varav en fråga om kön.

Svarsfrekvensen var låg vilket gör att inga statistiska säkerställda slutsatser kan dras av resultatet. Resultatet ger dock en bild av hur en del av brukarna upplever sina insatser och utgör trots svarsfrekvensen väsentlig information för vidare utveckling av brukarundersökningen. Vissa enskilda verksamheter har kunnat få ett eget resultat att arbeta vidare med.

Individ- och familjeomsorg

En nationell brukarundersökning riktad till samtliga brukare inom individ- och familjeomsorgen genomfördes under hösten.

Resultatet visar att brukarna sammantaget är nöjda med det stöd de får.



Kvalitetsbonus inom särskilda boendeformer

I syfte att stimulera kvalitetsutvecklingen inom särskilda boendeformer, med sikte på att äldreomsorgen i Täby ska vara i länets absoluta toppklass år 2018, tillämpas från och med 2016 en modell med kvalitetsbonus i särskilt boende. Utförare som valt att ansluta sig till modellen ska nå upp till två i förväg fastställda indikatorvärden för att erhålla bonus. Indikatorerna som mäts är

- Brukarnas helhetsomdöme av sitt särskilda boende (hämtas från den nationella brukarundersökningen)
- Utförarens rapportering av smärtskattning i Svenska palliativregistret (hämtas från det nationella kvalitetsregistret)

Modellen omfattar två bonusnivåer som är beroende av det sammanvägda resultatet av de två indikatorerna. Elva särskilda boenden ingick i underlaget. Åtta av dessa erhöll bonus, varav tre den högre bonusnivån. Totalt utbetalades 8,7 mkr i kvalitetsbonus för 2016.

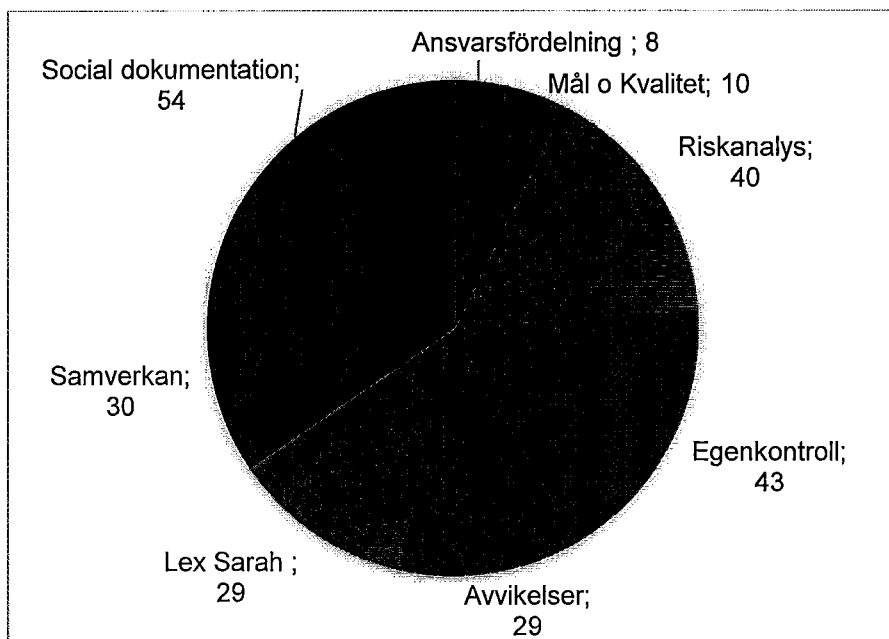
Avtals- och verksamhetsuppföljning

Under året har avtals- och verksamhetsuppföljningen fokuserat på ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete enligt SOSFS 2011:9. De områden som

granskats är riskanalys, egenkontroll, utredning av avvikelser, Lex Sarah, samverkan och granskning av social dokumentation enligt SOSFS 2014:5.

Uppföljning har gjorts inom daglig verksamhet, bostad med särskild service för vuxna, korttidsvistelse, korttidstillsyn, avlösarservice, ledsagarservice, hemtjänst, vård- och omsorgsboende, dagverksamhet, boendestöd, sysselsättning, stödboende, bostad med särskild service samt individ- och familjeomsorg.

Diagrammet nedan visar antal iakttagna brister inom de områden som granskats.



Sammantaget har 99 enheter kontrollerats. De vanligaste bristerna avser social dokumentation (54 enheter), egenkontroll (43) och riskanalys (40). Avseende social dokumentation så har flera verksamheter med brister inom detta område svårigheter med dokumentation av barnperspektivet. Brister som bedöms som allvariga inom något granskningsområde resulterar i ett återbesök. Under 2016 har omkring 20 enheter bedömts ha brister av sådan art att återbesök har gjorts.

Samtliga enheter har efter utförd granskning erbjudits ett återkopplingssamtal och 84 % av enheterna har tackat ja till detta. Återkopplingssamtal erbjuds alla och är en möjlighet till ytterligare kvalitetsutveckling. Återkopplingssamtalet har således inget med identifierade brister att göra.

Utöver de årliga inplanerade granskningarna kan socialnämnd, socialchef eller avdelningschef begära särskilda granskningar av en verksamhet. Under 2016 genomfördes tre särskilda granskningar.