

Kvalitetsberättelse 2021

Socialnämnden

Innehållsförteckning

Inledning	3
Kvalitetsberättelsens innehåll	3
Kvalitet i social omsorgs verksamheter	3
Systematiskt kvalitetsarbete	3
Systematiskt förbättringsarbete	4
Processtöd	4
Processbeskrivningar	4
Årets kvalitetsarbete	5
Samverkan	6
Riskanalys	6
Egenkontroll	6
Synpunkter och klagomål	7
Avvikelsehantering	8
Lex Sarah	9
Lex Sarah-rapportering och anmälan till Inspektionen för vård och omsorg (IVO)	9
Tillsyn från Inspektionen för vård och omsorg	10
Brukarundersökningar och brukarnöjdhet inom social omsorg	10
Kvalitetspeng inom bostad med särskild boende och hemtjänst	11
Avtals- och verksamhetsuppföljning	11
Fokus på systematisk individuppföljning	12
Hälso- och sjukvård	12

Inledning

Enligt Socialstyrelsens allmänna råd bör vårdgivare (7 kap 1 §, SOSFS 2011:9) varje år upprätta en kvalitetsberättelse. Att en årlig kvalitetsberättelse ska upprättas framgår även av socialnämndens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SON 2012/64 §).

Kvalitetsberättelsens innehåll

Kvalitetsberättelsen för 2021 innehåller ett urval av områden för det systematiska kvalitetsarbetet inom socialnämndens verksamheter under året.

Kvalitet i social omsorgs verksamheter

Kvalitetsdefinitionen är en del av social omsorgs ledning av kvalitetsarbetet och utgångspunkten för kvalitetsarbetet. Social omsorg fastställer definitionen för kvalitet i enlighet med definitionen i SOSFS 2011:9. Kvalitet i social omsorgs verksamheter är

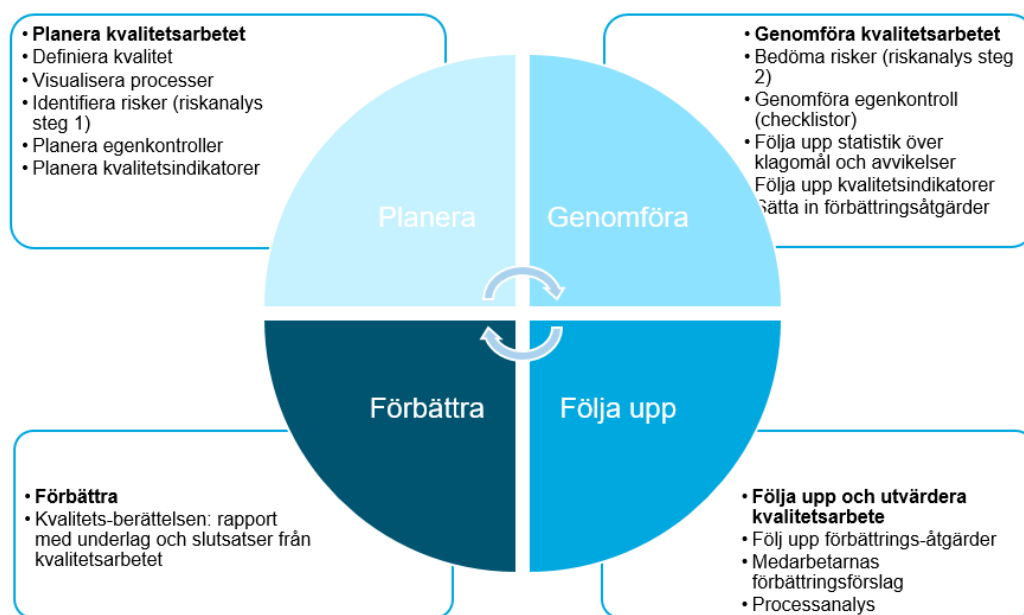
"Att en verksamhet uppfyller de krav och mål som gäller för verksamheten enligt lagar och andra föreskrifter om hälso- och sjukvård, socialtjänst och stöd och service till vissa funktionshindrade och beslut som har meddelats med stöd av sådana föreskrifter."

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

- 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)
- 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)
- 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

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 infördes under 2016. 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. Anpassning och utveckling för att stödja det systematiska kvalitetsarbetet inom socialnämndens område har pågått under 2021 och fortsätter under 2022.

Processtöd

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

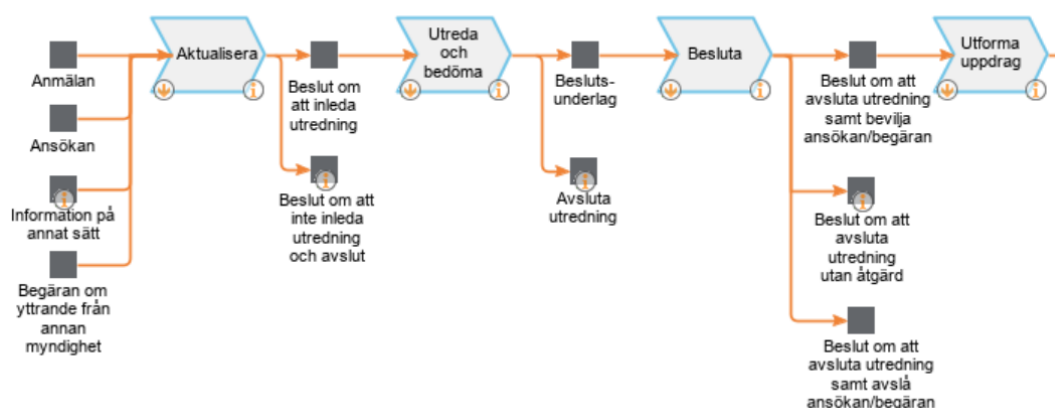
De externa utförarna ska ha egna ledningssystem som uppfyller kraven i Socialstyrelsens författning. I tillämpliga delar ska kommunens riktlinjer följas även av externa utförare. Varje utförare ska fastställa sina egna rutiner.

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.

Arbete pågår att beskriva arbetsprocesser med utgångspunkt från funktioner och roller i organisationen och koppla samman dessa med de rutiner som gäller för just den processen. 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 i 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.



Årets kvalitetsarbete

Årets kvalitetsarbete inom social omsorg har präglats av pandemin. Pandemin har gjort att verksamheterna har behövt justera i arbetssätt utifrån distansarbete och digitala möjligheter. Verksamheterna har även behövt ställa om aktiviteter snabbt utifrån nya rekommendationer. Ett kontinuerligt arbete att erbjuda insatser av god kvalitet har pågått trots ständiga förändringar under pandemin. Inom vård- och omsorgsverksamheter har bemanningsfrågor varit centrala eftersom pandemin har i perioder orsakat större sjukfrånvaro.

I det systematiska kvalitetsarbetet som bedrivs inom nämndens ansvarsområde har fokus legat på fortsatt implementering av kvalitetsledningssystem hos chefer inom social omsorg. Samtliga avdelningar deltar aktivt i arbetet med att se över och effektivisera rutiner och processer inom sina ansvarsområden. Kravet på god kvalitet inom social omsorg gäller såväl myndighetsutövning som utförandet av insatser. Fokus under året har varit på att driva utvecklingsarbetet framåt och arbeta ännu mer systematiskt med kvaliteten i verksamheterna. I myndighetsutövningen handlar god kvalitet om rättssäkra och effektiva handläggningsprocesser 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 avdelningar/enheter är en förutsättning för att säkra kvaliteten i de olika insatserna för brukaren. För att klargöra ansvarsfördelningen mellan olika huvudmän utifrån individens perspektiv kan en samordnad individuell plan (SIP) upprättas om brukaren så önskar.

En stor andel av socialnämndens verksamhet utförs av privata utförare. Regelbunden dialog mellan beställare och utförare har därför stor betydelse för en fungerande samverkan. Utförarmöten har regelbundet hållits i syfte att informera om aktuella händelser och frågeställningar. Under pandemin har dialogen med utförare varit extra viktig inom vård- och omsorgsverksamheter.

Kommunens verksamheter ska enligt lagstiftning verka för brukarinflytande och delaktighet, så att brukarnas egna resurser tas tillvara och förmågan att leva ett självständigt liv stärks. Det förebyggande arbetet för att utgå från enskildas och grupperns egna resurser är därmed väsentligt. Inom det förebyggande arbetet sker samverkan med föreningar och organisationer samt med olika enheter inom kommunen. Det finns etablerade former för förebyggande arbete inom socialnämndens ansvarsområde.

Riskanalys

Under 2021 har fokus varit på att ta fram relevanta risker för arbetet inom social omsorg. Riskerna och förbättringsåtgärderna kommer systematiskt följas upp under 2022. Målet med arbetet är att arbeta ännu mer systematiskt med riskbedömningar och egenkontroller och förbättra kvaliteten för brukare både på kort sikt och lång sikt. Även kommunens utförare ska genomföra riskbedömningar och vid behov göra riskbedömning rörande den enskilde brukaren.

Verksamheterna 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 även genomförts vid större organisationsförändringar, förändringar som medfört ett annat arbets sätt samt i vissa fall vid identifierade avvikelser.

Egenkontroll

Under året har social omsorgs verksamheter arbetat med att utveckla det systematiska arbetet med egenkontroller. Syfte med egenkontroll är att säkerställa att tillämpliga lagar och föreskrifter följs samtidigt som den är ett medel för att arbeta med kvalitetsförbättringar. Inom social omsorg handlar övergripande egenkontroller till exempel om social dokumentation, genomförandeplaner och verkställighet av beslut. Egenkontroller genomförs även för att kvalitetssäkra hälso- och sjukvården, till exempel dokumentation i journal och följsamhet till basala hygienrutiner. Egenkontroller görs med den frekvens och i den omfattning som krävs för att verksamheten ska kunna säkra kvaliteten.

Synpunkter och klagomål

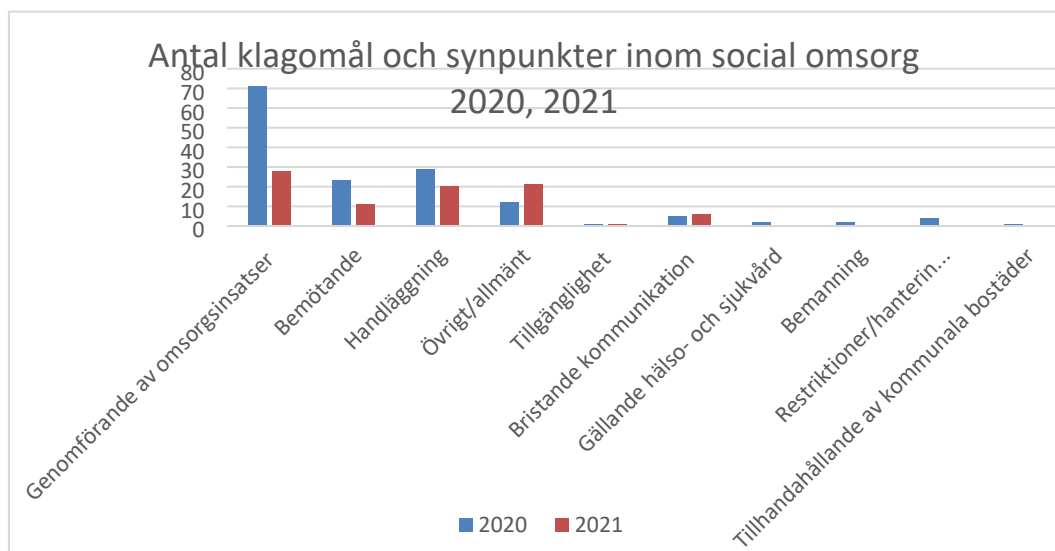
Alla verksamheter inom social omsorg ska ta emot och utreda synpunkter och klagomål på verksamhetens kvalitet från bland annat vård- och omsorgstagare och deras närstående, personal, myndigheter, föreningar, andra organisationer och intressenter.

Syftet med socialnämndens hantering av synpunkter och klagomål är att fånga upp och så snabbt som möjligt åtgärda eventuella problem. 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 ska 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 synpunkter och klagomål inom social omsorg som registrerats under 2020 och 2021. Antalet synpunkter har minskat från 2020 till 2021. Anledning till detta är coronapandemin som gjort att verksamheterna har behövt fokusera på att säkerställa kvaliteten och bemanningen på basnivå. Ett utvecklingsarbete har inletts för att sätta fokus på vikten av att rapportera och registrera synpunkter på alla nivåer.



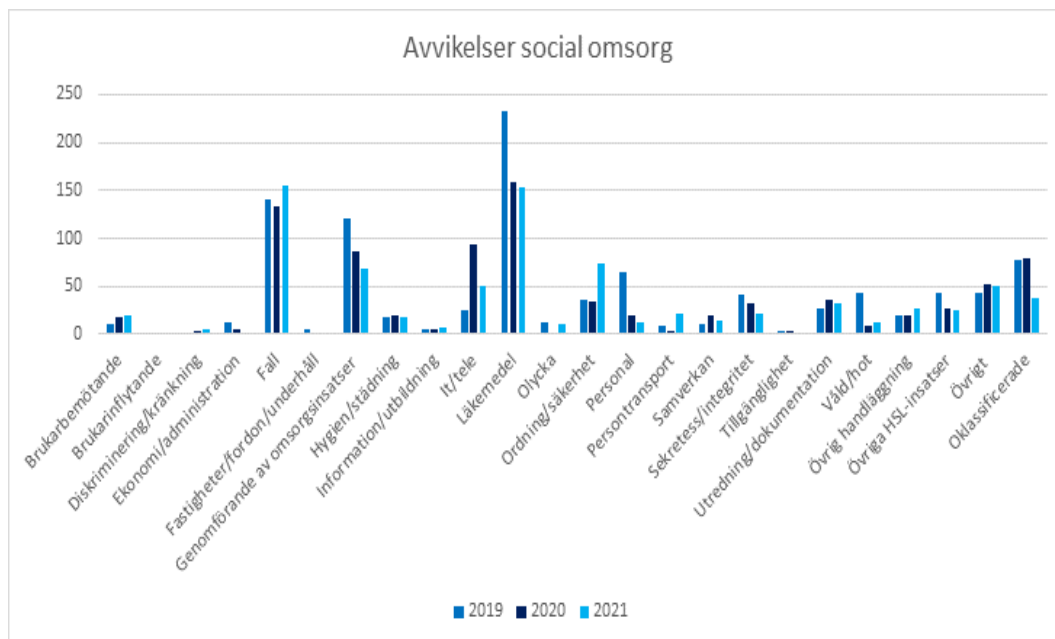
Under rubriken övrigt/allmänt samlas diverse synpunkter och klagomål gällande ledning, organisation, måltider och covid.

Avvikelsehantering

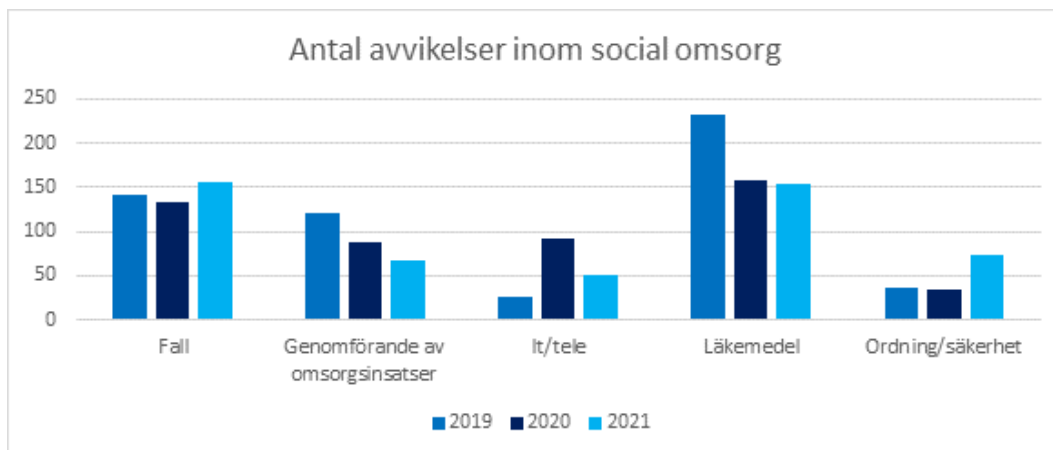
Socialstyrelsens föreskrift om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete säger att det i verksamheten ska finnas processer och rutiner för att identifiera, dokumentera, rapportera, analysera, åtgärda brister samt följa upp vidtagna åtgärder.

Totalt hade social omsorg cirka 822 avvikelser under 2021. Antalet avvikelser har minskat sedan 2019 vilket antagligen är en följd av coronapandemin. Gemensamt arbete för att utveckla rapporteringen och registreringen av avvikelser har inletts under 2021 och kommer fortsätta under 2022.

Avvikelser kring fall och läkemedel är de vanligaste avvikelserna under de senaste tre åren. Diagrammet nedan visar antal avvikelser efter händelsetyp under 2019, 2020 och 2021.



I diagrammet nedan presenteras de fem vanligaste avvikelsekategorierna inom social omsorg.



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.

Under året har avdelningarna inom social omsorg arbetat med att utveckla processen kring lex Sarah. Arbetet har resulterat i utbildningssatsningar, samverkansrutiner och lärande i nämndens verksamheter och leder därmed till bättre kvalitet för brukare både på kort och lång sikt.

Lex Sarah-rapportering och anmälan till Inspektionen för vård och omsorg (IVO)

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

Under året har 44 lex sarah-rapporter registrerats inom social omsorg. Antalet rapporter har ökat vilket visar att utvecklingsarbetet har gett önskat resultat. Lex sarah-rapporteringen bidrar till att missförhållanden åtgärdas på ett mer planerat sätt och på så sätt bidrar till en bättre kvalitet för brukare på sikt.

Om en händelse bedöms som ett missförhållande eller en påtaglig risk för missförhållanden och är allvarlig ska den som bedriver verksamheten snarast anmäla händelsen till Inspektionen för vård- och omsorg. Under året har 10 anmälningar enligt Lex Sarah gjorts till IVO.

Tillsyn från Inspektionen för vård och omsorg

IVO bedriver tillsyn inom hälso- och sjukvården, socialtjänsten samt verksamhet enligt lagen om stöd och service för vissa funktionshindrade (LSS). Tillsyn kan handla om skriftlig redovisning av uppgifter enligt IVOs begäran eller tillsynsbesök i verksamhet. Det har under året varit två anmälda tillsyner från IVO i nämndens verksamheter och fem begäran av skriftliga redovisningar. Varken de skriftliga redovisningarna eller tillsynsbesöken har föranlett några åtgärder.

Brukarundersökningar och brukarnöjdhet inom social omsorg

Brukarundersökningar och ta del av brukarnöjdheten på olika sätt är en del av det systematiska kvalitetsarbetet inom social omsorg. Socialstyrelsen genomförde ingen nationell brukarundersökning inom äldreomsorgen under 2021. En ny brukarundersökning inom det området genomförs i januari 2022 med resultat som redovisas i juni 2022.

Individ- och familjeomsorgen deltog inte i brukarundersökningen under 2021 med hänvisning till pandemin. Både äldreomsorgen och individ- och familjeomsorgen har på andra sätt arbetat med att ta del av brukarens upplevelser och åsikter. Avdelningen äldreomsorg har gjort 250 individuppföljningar inom hemtjänsten och ställt frågor om bland annat om bemötande och nöjdhet till brukare. Även individ- och familjeomsorgen arbetar med systematisk individuppföljning inom olika områden. Både inom ramen för arbete med relationsvård och på ekonomi- och mottagningsenheten, familjeenheten och arbetar systematiskt med att ställa frågor om klienternas uppfattning om beviljade insatser och till exempel bemötande. Fortsatt utvecklingsarbete och analys inom området fortsätter under 2022.

Avdelningen funktionsnedsättning deltog i följande delar i den nationella brukarundersökningen under 2021:

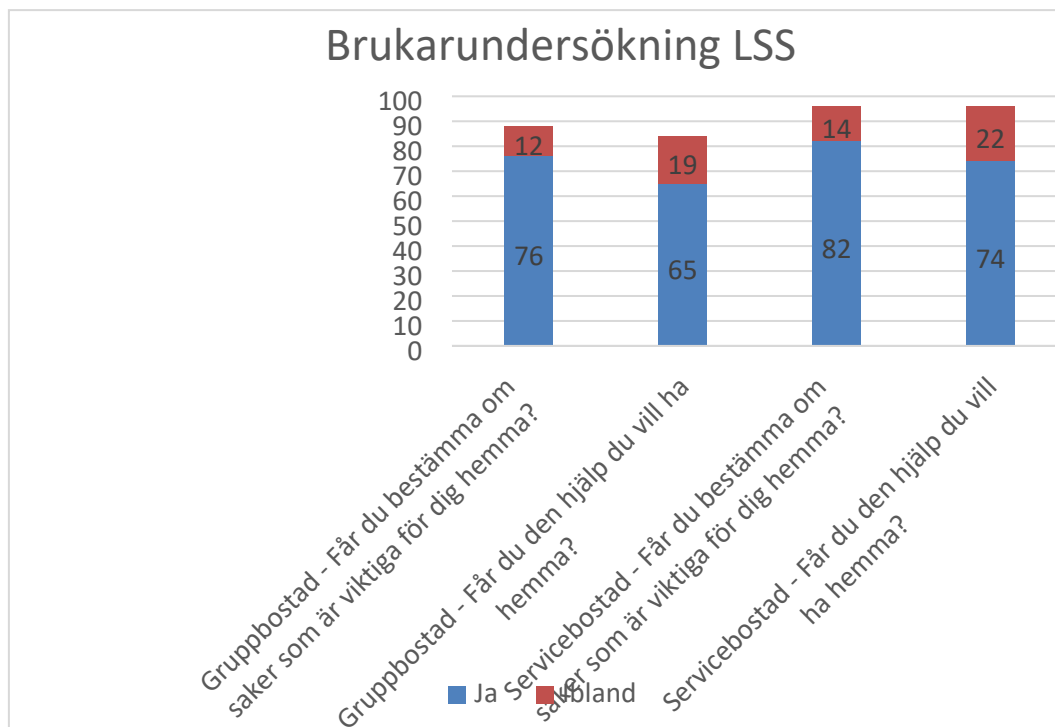
- bostad med särskild service enligt LSS
- bostad med särskild service enligt SoL
- boendestöd

Brukarundersökningen som är riktad till personer med funktionsnedsättning har historiskt sett haft en låg svarsfrekvens. Arbeta har verksamhet gjorts i egen regi för att höja svarsfrekvensen vilket har givit avsett resultat under 2021. För att kunna förstå och förbättra kvaliteten ytterligare har en anhörigenkät om bemötande och kvalitet skickats till anhöriga och legala företrädare till personer med funktionsnedsättning.

Resultatet från brukarundersökningar används till att utveckla verksamheten dels på enhetsnivå där brukarnära anpassningar och förändringar görs och på avdelningsnivå där avdelningsgemensamma utvecklingsområden tas fram. Utifrån

årets resultat kommer avdelningen funktionsnedsättning arbeta bland annat med brukardelaktighet på olika sätt.

I diagrammet nedan visas hur brukare inom service- och gruppboendestäder enligt LSS uppfattar stödet enligt årets brukarundersökning.



Kvalitetspeng inom bostad med särskild boende och hemtjänst

I syfte att stimulera kvalitetsutvecklingen tillämpas kvalitetspeng både inom särskilt boende för äldre och inom hemtjänst. Under 2021 reviderades modellerna för kvalitetspeng inom hemtjänst och särskilt boende för äldre så att de innefattar en bestämmelse om att utföraren garanteras 70 procent av förra årets ersättning, om utförare under innevarande år inte når upp till kriterierna. För det kommande året är motsvarande nivå 30 procent.

För 2021 fanns nio hemtjänstutförare varav sex fick kvalitetspeng enligt de beslutade kriterierna. Inom särskilt boende för äldre fick 10 av 11 utförare kvalitetspeng under 2021.

Avtals- och verksamhetsuppföljning

Efter en organisationsförändring ansvarar avdelningarna inom social omsorg sedan april 2020 att verksamheter drivs enligt gällande avtal, lagar, föreskrifter med flera. Detta ansvar gäller oavsett om verksamheten drivs i enskild eller kommunal regi.

Uppföljning av utförare har under pandemin gjorts per telefon eller via digitala möten. Under 2021 har en successiv återgång skett till fysiska besök. Avdelning-

arna inom social omsorg har haft olika fokusområden för avtals- och verksamhetsuppföljning under året. Individ- och familjeenheten har följt upp direktupphandlade avtal gällande insatser för barn och unga samt kvinnojourens verksamhet. Avdelningen funktionsnedsättning har följt upp privata utförare inom insatsen korttidsvistelse enligt LSS, bostad med särskild service för barn och ungdomar enligt LSS och bostäder med särskild service för vuxna enligt LSS.

Inom äldreomsorgen har utförare av särskilda boenden för äldre och hemtjänsten följts upp under året. Uppföljningar inom äldreomsorgen visar att befintliga utförare uppfyller kraven i avtal med Täby kommun. Grunden för uppföljningsarbetet inom äldreomsorgen är en uppföljningsmatris där det framgår på vilket sätt avtalets olika delar följs upp. Matrisen innehåller områden som ekonomisk stabilitet, tillstånd, kvalitetsledningssystem och kontroll av inrapportering av utförda insatser inom hemtjänsten. Äldreomsorgen har även haft samverkansmöten med samtliga hemtjänstutförare där viktiga avtalsfrågor har diskuterats och informerats om.

Fokus på systematisk individuppföljning

Inom social omsorgs ansvarsområde pågår ett stort utvecklingsarbete kring systematisk individuppföljning. Uppföljningen på individnivå görs för att följa upp hur det går för den enskilde och att den enskilde får rätt stöd. På sikt kan resultatet från individuppföljningar aggregeras på en mer övergripande nivå.

En systematisk uppföljning på individnivå innebär att:

- dokumentera arbetet med enskilda individer, med uppsatta mål och delmål
- mäta om målen har uppnåtts
- analysera resultatet
- eventuellt anpassa insatserna utifrån resultatet av analysen.

På sikt kommer detta arbete bidra till en bättre förståelse för målgruppernas behov, hur insatserna fungerar på gruppnivå och hur nöjda brukare är både på individ- och gruppnivå. Detta utvecklingsarbete fortsätter även under 2021.

Hälso- och sjukvård

Ändrade rekommendationer och restriktioner på grund av pandemin har påverkat det systematiska kvalitetsarbetet inom den kommunala hälso- och sjukvården. Tillsynsarbetet har fokuserat framför allt på vårdgivare där det har funnits brister eller risk för brister. Samtidigt har en kontinuerlig dialog förts för att stödja vårdgivare i frågor som haft både koppling till pandemin och till det löpande hälso- och sjukvårdsansvaret.

Ett utvecklingsområde som har prioriterats särskilt under 2021 är uppdatering av hälso- och sjukvårdsriktlinjerna. Hälso- och sjukvårdsriktlinjerna är ett dokument som utgör ramverk och minimikrav inom det kommunala hälso- och sjukvårdsansvaret. Ett annat utvecklingsarbete som har initierats under 2021 och pågår även under 2022 är avvikelshantering och rapportering av avvikelser. Det har visat

sig att det finns en osäkerhet hos personal hur man rapporterar hälso- och sjukvårdsavvikelser. Därför har rapporteringen och anmälningsvägarna setts över.

Lex Maria

Hälso- och sjukvårdspersonal ska rapportera risker för vårdskador samt händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada till vårdgivaren. Om vårdskadan är allvarlig har vårdgivaren en skyldighet att snarast utreda och anmäla den till IVO. Under året har två händelser utretts enligt Lex Maria. Utredningarna har kommit fram till att det inte har funnits en allvarlig risk för vårdskada och då har händelserna inte anmälts till IVO. De risker och bedömda åtgärder som framkommit i utredningarna har tagits vidare till vårdgivarens kvalitetsarbete.

Patientnämnden

Patientnämnden är en fristående och opartisk instans som kan hjälpa till den enskilde genom få klagomål eller synpunkter besvarade av vårdgivarna. Täby kommun har inte haft några ärenden på patientnämnden under 2021.

Årets arbete med patientsäkerhetsberättelser

Varje år är samtliga vårdgivare skyldiga att upprätta en patientsäkerhetsberättelse. Patientsäkerhetsberättelsen beskriver hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits under föregående kalenderår, vilka åtgärder som har vidtagits för att öka patientsäkerheten och vilka resultat som har uppnåtts.

Patientsäkerhetsberättelserna finns tillgängliga för läsning:

<https://www.taby.se/naringsliv--foretagande/social-omsorg/halso--och-sjukvard/>