

Sammanträdande organ

Vård- och omsorgsnämnden

Tid

2018-04-26 kl. 13:15

Plats

Vård- och omsorgsförvaltningen,
Upplandsgatan 2, Yngaren 1 & 2,

Ärende	Beteckning	Föredragande	Sidnr
1. Upprop			
2. Val av justerare			
3. Fastställande av dagordning			
4. <i>Information om nya Kommunallagen och Dataskyddsförordningen (GDPR) - Kanslichef Charlotte Arnell</i>			
5. Aktuell information från verksamhetschefer			
6. Rapportering av ej verkställda gynnande beslut första kvartalet 2018	VON/2018:20	Mona Kjellström	3.
7. Redovisning av delegationsbeslut			6.
8. Öppet för allmänheten från klockan 15.30. Allmänhetens frågestund.			
9. Yttrande över revisionsrapporten Redovisning av rapportering av LSS-verksamhet med fokus på myndighetsutövning	VON/2017:61	Pia Aalto	7.
10. Redovisning till IVO av åtgärder utifrån verksamhetstillsyn gällande systematiskt kvalitetsarbete inom äldreomsorgen	VON/2017:34	Lars Carlberg	37.
11. Kvalitetsberättelse för 2017	VON/2018:22	Lars Carlberg	51.
12. Anmälan om missförhållanden enligt LSS - lex Sarah (ekonomiskt övergrepp/misstänkt stöld) LS 1-18	VON/2018:7	Johanna Flood	82.
13. Föreningsbidrag till PRO i Sköldinge	VON/2017:54		85.
14. Förslag om ändringar i styrdokumentet KFS 4.13 och 4.22 Avgifter inom vård och omsorg (<i>Handlingar skickas ut senare</i>)	VON/2017:39	Pia Aalto	-

Ärende	Beteckning	Föredragande	Sidnr
15. Meddelanden			86.
<i>Ulrica Truedsson (S)</i> Ordförande			

Förhinder anmäls till Mona Kjellström 0150-578 14 mona.kjellstrom@katrineholm.se

**Kommande sammanträdesdagar år 2018**

Enskilt utskott klockan 13.15	Beredning (inför nämnd) klockan 10-12	Nämnd klockan 13.15
3/5	3/5, 24/5	7/6
14/6	14/6, 16/8	30/8
13/9	23/8, 13/9	27/9
4/10	20/9, 4/10	25/10
8/11	1/11, 15/11	6/12
13/12	13/12 kl. 10.30	



Vård- och omsorgsnämnden

Rapportering av ej verkställda beslut första kvartalet 2018

Vård- och omsorgsförvaltningens förslag till beslut

1. Vård- och omsorgsnämnden godkänner rapporteringen av ej verkställda gynnande biståndsbeslut.
2. Nämnden godkänner nedanstående statistikrapport och överlämnar den kommunfullmäktige och revisorerna.

Sammanfattning av ärendet

Vård- och omsorgsnämnden ska rapportera alla gynnande nämndbeslut enligt Socialtjänstlagen (SoL) och Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) som inte verkställts inom tre månader för dagen för beslut. Rapport ska ske till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) och revisorerna. En statistikrapport över samma beslut ska lämnas till kommunfullmäktige. Rapportering ska ske en gång per kvartal.

Vid fjärde kvartalets rapportering fanns följande ej verkställda beslut:

Äldreomsorg – särskilt boende 13 (10 kvinnor, 3 män)

Upplysning: 7 beslut (5 kvinnor och 2 män) var verkställda vid rapporteringstillfället.

3 beslut (1 man 2 kvinnor) kommer att verkställas 1 maj 2018.

2 kvinnor har tackat nej till ett erbjudande. 1 kvinna har tackat nej till två erbjudanden och återtagit ansökan.

Omsorg till personer med funktionsnedsättning LSS 5 (3 kvinnor, 2 män)

Upplysning: En man har tackat nej till ett erbjudande och har viss kompenserande insats.

En kvinna har tackat nej till ett erbjudande och har fått nytt erbjudande under april.

En kvinna har kompenserande insats i avvaktan på boende.

Ärendebeskrivning

Rapporteringsskyldighet

Enligt Socialtjänstlagen (SoL) ska vård- och omsorgsnämnden rapportera alla gynnande nämndbeslut enligt 4 kap 1 § SoL, som inte verkställts inom tre månader för dagen för beslut. Samma rapporteringsskyldighet gäller alla gynnande nämndbeslut enligt 9 § Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS), Rapport ska lämnas till IVO och revisorerna. En statistikrapport över samma beslut ska lämnas till kommunfullmäktige. Rapporteringen ska ske en gång per kvartal.



Rapporteringsperioderna till IVO är:
1-30 april 2108 (för första kvartalet)
1 juli-31 augusti 2018 (för andra kvartalet)
1-31 oktober 2018 (för tredje kvartalet)
1-31 januari 2019 (för fjärde kvartalet).

En kommun som inte inom skälig tid tillhandahåller bistånd enligt 4 kap 1 § SoL eller insats enligt LSS 9 §, som någon är berättigad till enligt beslut av kommunen eller domstol, kan åläggas att betala en särskild avgift. Detsamma gäller om kommunen inte inom skälig tid på nytt tillhandahåller biståndet efter det att verkställigheten avbrutits. Avgiften tillfaller staten.

Med hänsyn till sekretessen sker muntlig rapportering till nämnden. Rapportering till IVO sker från och med december 2017 via e-tjänst. Till fullmäktige skickas protokollsutdrag med statistik. Revisorerna får, enligt eget önskemål, samma protokollsutdrag.

Statistikrapport första kvartalet 2018

Beslut - Äldreomsorg

Ej verkställda gynnande biståndsbeslut enligt 4 kap 1 § SoL avseende äldreomsorg

Särskilt boende	Beslutens ålder/väntetid			Totalt
	3-6 mån	6-12 mån	> 1 år	
Kvinnor	9	1		10
Män	3			3
Summa	12			12

Upplysning: 7 beslut (5 kvinnor och 2 män) var verkställda vid rapporteringstillfället.

3 beslut (1 man 2 kvinnor) kommer att verkställas 1 maj 2018

2 kvinnor har tackat nej till ett erbjudande. 1 kvinna har tackat nej till två erbjudanden och återtagit ansökan.

Dagverksamhet/sysselsättning

Kvinnor				0
Män				0
Summa				0

Beslut - Omsorg till personer med funktionsnedsättning

Ej verkställda gynnande biståndsbeslut enligt 4 kap 1 § SoL avseende omsorg till personer med funktionsnedsättning

	Beslutens ålder/väntetid			Totalt
	3-6 mån	6-12 mån	> 1 år	
Kvinnor				0
Män				0
Summa				0



Ej verkställda gynnande biståndsbeslut **enligt 9 § LSS** avseende omsorg till personer med funktionsnedsättning

<i>Bostad med särskild service för vuxna</i>	Beslutens ålder/väntetid			Totalt
	3-6 mån	6-12 mån	> 1 år	
Kvinnor		1	1	2
Män			1	1
Summa		1	2	3

*Uppllysning: En man har tackat nej till ett erbjudande och har viss kompenserande insats.
En kvinna har tackat nej till ett erbjudande och har fått nytt erbjudande under april.
En kvinna har kompenserande insats i avvaktan på boende.*

Ej verkställda gynnande biståndsbeslut **enligt 9 § LSS** avseende omsorg till personer med funktionsnedsättning

<i>Biträde av kontaktperson</i>	Beslutens ålder/väntetid			Totalt
	3-6 mån	6-12 mån	> 1 år	
Kvinnor	1			1
Män	1			1
Summa	2			2

Susanna Kullman
Förvaltningschef/
Chef myndighets- och specialistfunktion

Mona Kjellström
Nämndsekreterare

Beslutet skickas till: KF, revisorerna, akten



Vård- och omsorgsnämnden

Redovisning av delegationsbeslut 2018-06-26

Vård- och omsorgsförvaltningens förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden godkänner redovisningen av delegationsbesluten.

Sammanfattning av ärendet

Redovisas beslut som har fattats med stöd av gällande delegation på nämndens vägnar.

Tjänstemannabeslut

<i>Datum, §</i>	<i>Typ av beslut</i>	<i>Beslutande</i>
2018-03-01--31	Bostadsanpassningsbidrag	Handläggare
2018-03-01--31	Färdtjänst/riksfärdtjänst	Handläggare
2018-03-01--31	Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade	Biståndshandläggare
2018-03-01--31	Socialtjänstlagen	Biståndshandläggare
	Förordnande av verksamhetschef för stöd ordinärt boende Patrik Sikt att jämte egen tjänst upprätthålla tjänsten som förvaltningschef under perioden den 19-26 april 2018.	Susanna Kullman, tf. förvaltningschef

Utskottsbeslut

<i>Datum, §</i>	<i>Typ av beslut</i>	<i>Beslutande</i>
2018-03-08, §§ 7-10	Individärenden	Enskilda utskottet
2018-04-12, §§ 11-22	Individärenden	Enskilda utskottet



Vård- och omsorgsnämnden

Förslag till yttrande över revisionsrapporten Redovisning av rapportering av LSS-verksamhet med fokus på myndighetsutövning

Vård- och omsorgsförvaltningens förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden ställer sig bakom förvaltningens svar på bedömningarna och översänder dem till revisorerna.

Sammanfattning av ärendet

PwC har på uppdrag av revisorerna i Katrineholms kommun granskat att vård- och omsorgsnämnden säkerställer en ändamålsenlig styrning inom verksamheten för funktionsnedsättning.

Resultat av granskningen redovisas i revisionsrapport, daterad januari 2018.

Den sammanfattande bedömningen är att nämnden delvis säkerställt en ändamålsenlig styrning inom verksamheten för funktionsnedsättning. Det finns flera områden med utvecklingspotential för nämnden vad gäller strategisk styrning inom LSS-området. Rapporten har överlämnats till vård- och omsorgsnämnden för yttrande och åtgärder. Svar önskas senast 1 maj 2018.

I rapporten lämnar revisorerna tre rekommendationer till vård- och omsorgsnämnden.

- Nämnden bör revidera aktuella riktlinjer och tydliggöra dessa. Speciellt vill vi påpeka att riktlinjerna eller vägledning för arbete med barn bör tydliggöras så att det framgår att dessa beslut skall följas upp snabbt. Vi anser att kriterier för daglig verksamhet bör tydliggöras då vi idag ser att riktlinjerna ger utrymme för godtycklighet.
- Handläggarna bör få tid att arbeta fram tydliga mål i LSS-besluten. Detta kommer innebära att insatser blir tydligare och man har en helt annan möjlighet att följa upp insatser för den enskilde individen.
- Nämnden bör arbeta fram en internkontrollplan som följer upp enskilda områden inom LSS. Internkontrollplanen bör inriktas mot att följa upp verksamheten och myndighetsutövningen

Vård- och omsorgsförvaltningens svar framgår under respektive rekommendation. Bedömningen är att samtliga delar av revisorernas rekommendationer är uppfyllda.

Ärendets handlingar

- Missiv – Granskning av redovisning och rapportering av LSS-verksamhet med fokus på myndighetsutövning, 2018-01-30



- Revisionsrapport - Redovisning och rapportering av LSS-verksamhet med fokus på myndighetsutövning, januari 2018

Vård- och omsorgsförvaltningens svar

Nämnden bör revidera aktuella riktlinjer och tydliggöra dessa. Speciellt vill vi påpeka att riktlinjerna eller vägledning för arbete med barn bör tydliggöras och det framgår att dessa beslut skall följas upp snabbt. Vi anser att kriterier för daglig verksamhet bör tydliggöras då vi idag ser att riktlinjerna ger utrymme för godtycklighet.

Inom handläggningen finns riktlinjen Rättssäker myndighetsutövning daterad 2015-06-08. Riktlinjen är övergripande och gäller all myndighetsutövning för handläggarna. I riktlinjen framgår hur handlägningsprocessen ska ske kopplat till lagstiftningen. Riktlinjen gör inte skillnad på om handläggningen avser ärenden enligt Socialtjänstlagen (SoL) eller Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) då förvaltningslagens bestämmelser gäller. I riktlinjen framgår dokumentationsskyldigheten för handläggning utifrån gällande lagstiftning.

Det finns i dag riktlinjer och en vägledning för LSS-insatser men dessa har inte reviderats eller uppdaterats på flera år. Därför påbörjades redan innan revisionen ett arbete inom handläggargruppen med att revidera riktlinjer för handläggningen av LSS-insatser. Lagstiftningen gällande LSS-insatser har inte förändrats nämnvärt sedan riktlinjerna togs fram men däremot har rättsläget förändrats stort under åren. Syftet med handläggargruppens arbete är att på ett mer utförligare sätt beskriva rättstillämpningen av lagstiftningen och de enskilda insatserna enligt LSS. Meningen är att alla handläggare ska tolka lagstiftningen på liknande sätt utan att inskränka på de enskildas rätt till en objektiv bedömning av rätten till insatser enligt LSS. Det ska inte finnas utrymme för godtycklighet.

Revideringen av riktlinje och vägledning beräknas vara klar under 2018.

Revisorerna rekommenderar även att det i riktlinjer, framför allt för barn, bör tydliggöras att besluten ska följas upp snabbt och anser att nämnden bör överväga att inte använda tillsvidarebeslut utan istället sätta kortare tid för beslutet för en tätare uppföljning.

Revisorernas rekommendation ger ett tolkningsutrymme utifrån om de anser att beslutet ska följas upp eller omprövas. I denna fråga har JO uttalat sig och ”JO har ansett att tidsbegränsade beslut - med hänsyn till den enskildes behov av trygghet - bör användas endast då särskilda skäl föranleder det. Även ur administrativ synvinkel bör tidsbegränsade beslut användas med försiktighet.”

Inom handläggargruppen har frågan om datum för beslut diskuterats. Med hänsyn till enskildas behov ska ett beslut omprövas i de fall behovet bedöms kortvarigt, antas variera över tid och om behovet är svårbedömt och en tillräcklig utredning saknas. Det ska inte regelmässigt sättas ett datum för beslutets upphörande om behovet inte finns. Däremot ska beslut som inte anger stoppdatum föras med ett förbehåll om att beslutet kan omprövas då ändrade förhållanden påkallar det. Vid en uppföljning av beslutet, som kan påkallas av såväl utförare av insatser som av enskild eller på handläggarens eget initiativ, kan omprövning ske om det finns skäl för det.



Det framgår i skrivelsen att nämnden måste ha kännedom om riktlinjerna för handläggning och bör revidera dessa.

Vård- och omsorgsförvaltningen vet inte på vilket sätt revisorerna tagit ställning till om vård- och omsorgsnämndens har kännedom om riktlinjer eller om detta är ett antagande.

Tjänstemän inom vård- och omsorgsförvaltningen upprättar de riktlinjer och rutiner som behövs för handläggningen. Riktlinjerna beslutas på chefsnivå beroende på vilka delar av förvaltningen som berörs av en riktlinje. Övergripande styrdokument, som delegationsordning som styr handläggarnas beslutsrätt, beslutas av vård- och omsorgsnämnden.

Vård- och omsorgsnämnden sammanträder regelbundet månadsvis. Många frågor lyfts till nämndnivå. Vid en granskning av nämndens protokoll för 2016-2017 har förvaltningens tjänstemän informerat nämnden om verksamheten inom funktionsnedsättningsområdet vid sju tillfällen. Informationen som getts i nämnd har bland annat varit att ge nämndens ledamöter information om lagstiftning och förvaltningens riktlinjer.

Månadsvis sammanträder också enskilda utskottet som är en mindre sammanträdesform med politiker där enskilda personärenden föredras av handläggare för beslut enligt delegationsordningen. Vid dessa sammanträden diskuteras principfrågor som rör handlägningsrutiner och riktlinjer i förhållande till lagstiftning. Enskilda utskottet är ett tillfälle för diskussion inför beslut, vilket ger den politiska organisationen kunskap om LSS-lagstiftningen, rättssäkerhet och myndighetsutövning. Vård- och omsorgsförvaltningen anser att revisorernas rekommendation i denna fråga är uppfyllt.

Handläggarna bör få tid att arbeta fram tydliga mål i LSS-besluten. Detta kommer att innebära insatser som blir tydligare och man har en helt annan möjlighet att följa upp insatser för den enskilde individen.

När det gäller frågan om att handläggarna bör få tid att arbeta fram tydliga mål i LSS-besluten så arbetar handläggarna redan enligt metoden IBIC (Individens behov i centrum). Det är ett verktyg framtaget av Socialstyrelsen för att strukturera dokumentation både för myndighetsutövning och verkställighet. Utveckling av arbetet med IBIC pågår löpande, och i detta ingår att på ett systematiskt sätt beskriva mål med de insatser som den enskilde har behov av. När det gäller LSS har övergripande mål för respektive insats utifrån den gällande lagstiftningen använts. Mer detaljerade mål kring hur insatsen skall utföras skall sedan framgå av den genomförandeplan som upprättas i utförandet.

Arbetet med den sociala dokumentationen, som genomförandeplaner, genomförandejournal och uppföljning av dessa, är ett pågående utvecklingsarbete. Under 2018 har mer djupgående kvalitetsgranskning av social dokumentation påbörjats av utredare i samverkan med enhetschefer och dokumentationsstödare ute på enheterna. Vård- och omsorgsförvaltningen anser att revisorernas rekommendation är uppfyllt.



Nämnden bör arbeta fram en internkontrollplan som följer upp enskilda områden inom LSS. Internkontrollplanen bör inriktas mot att följa upp verksamheten och myndighetsutövningen.

Vid intervju med revisorerna informerades enhetschefen att det inom myndighetsfunktionen beslutats om att genomföra regelbundna aktgranskningar för att säkerställa rättssäkerheten i handläggningen av ärenden.

I riktlinjen för rättssäker myndighetsutövning samt i lokal rutin för aktgranskning, framgår att aktgranskning ska göras två gånger per år. Aktgranskningen ska ha fokus på rättssäkerheten. På grund av stor omsättning på handläggare inom myndighetsfunktionen har aktgranskningen prioriterats bort. Resultat har inte heller efterfrågats inom förvaltningen.

Inom myndighetsfunktionen anses det ändå viktigt att aktgranskning görs regelbundet. Enhetschef har därför långt före revisionen föreslagit förvaltningen att införa aktgranskning i internkontrollplan 2018 för vård- och omsorgsförvaltningen. Arbetet med internkontrollplanen för 2018 har pågått under hela 2017. Den 1 mars 2018 beslutade vård- och omsorgsnämnden att anta internkontrollplanen och i den framgår att aktgranskning ska genomföras en gång per år och vara klar i november.

I internkontrollplanen 2018 finns även granskningsområden för LSS-verksamhet i form av granskning av avvikelser samt kontroll av att uppsatt riktlinje kring hanteringen av privata medel följs.

Vård- och omsorgsförvaltningen anser att revisorernas rekommendation därmed är uppfylld.

Förvaltningens bedömning

Vård- och omsorgsförvaltningens svar framgår under respektive rekommendation. Bedömningen är att samtliga delar av revisorernas rekommendationer är uppfyllda.

Susanna Kullman
Tf. förvaltningschef

Pia Aalto
Enhetschef medborgarfunktionen

Beslutet skickas till: Revisorerna, akten

Kopia för kännedom: Kommunstyrelsen



Vård- och omsorgsnämnden

Granskning av redovisning och rapportering av LSS-verksamhet med fokus på myndighetsutövning

PwC har på uppdrag av revisorerna i Katrineholm kommuns granskat att vård- och omsorgsnämnden säkerställer en ändamålsenlig styrning inom funktionshinder-verksamheten.

Efter genomförd granskning är vår sammanfattande bedömning att nämnden **delvis** säkerställt en ändamålsenlig styrning inom funktionshinderverksamheten. Det finns flera områden med utvecklingspotential för nämnden vad gäller strategisk styrning inom LSS-området. Vår bedömning baseras på följande iakttagelser:

- Vård- och omsorgsförvaltningen har styrande dokument inom området men de är inaktuella och bör revideras. Vidare anser vi att nämnden måste ha kännedom om riktlinjerna. Vår bedömning är att nämnden bör tydliggöra i beslut vilka riktlinjer som gäller inom LSS-verksamheten.
- Det finns brister gällande målen i biståndsbesluten samt regelbundenheten i uppföljningen. Nämnden bör årligen följa upp att uppföljningar görs inom LSS-verksamheten. Annars finns risker att individen har längre och större insatser än den behöver och att nämnden därmed har högre kostnader än vad som behövs.
- Det har påbörjats ett arbete med att tydliggöra enhetschefernas ansvar vad gäller ekonomin. Intervjuerna visar att det saknas vissa redskap för enhetscheferna att sätta bra prognoser, såsom tydliga periodiseringar. Arbetet har förbättrats och man är på rätt väg gällande den ekonomiska uppföljningen även om vi ser att det finns utvecklingsområden inom området.
- Nationell statistik visar att Katrineholms kommun har en högre kostnad för insats för personer med funktionsnedsättning än flertalet andra jämförande kommuner.


Efter genomförd granskning rekommenderar vi vård- och omsorgsnämnden följande:

- Nämnden bör revidera aktuella riktlinjer och tydliggöra dessa. Speciellt vill vi påpeka att riktlinjerna för eller vägledning för arbete med barn bör tydliggöras så att det framgår att dessa beslut skall följas upp snabbt. Vi anser att kriterier för daglig verksamhet bör tydliggöras då vi idag ser att riktlinjerna ger utrymme för godtycklighet.
- Handläggarna bör få tid att arbeta fram tydliga mål i LSS-besluten. Detta kommer att innebära insatser blir tydligare och man har en helt annan möjlighet att följa upp insatser för den enskilde individen.

- Nämnden bör arbeta fram en internkontrollplan som följer upp enskilda områden inom LSS. Internkontrollplanen bör inriktas mot att följa upp verksamheten och myndighetsutövningen.

Vid granskningen gjorda iakttagelser redovisas i bilagda rapport, som härmed överlämnas för yttrande och åtgärder. Revisorerna önskar svar senast 2018-05-01.

REVISORERNA


Karl Källander
Ordförande


Jan Olov Karlsson



Katrineholms kommun \

Revisorerna

Distribution av rapport Granskning av redovisning och rapportering av LSS-verksamhet med fokus på myndighetsutövning.

Till
Vård- och omsorgsnämnden

För kännedom till:
Kommunstyrelsen
Kommunfullmäktiges presidium
Kommunchefen
Ekonomichefen

Revisionsrapport

Redovisning och rapportering av LSS-verksamhet med fokus på myndighetsutövning

Tommy Nyberg
Petra Ribba

Januari/2018

Katrineholms kommun

pwc

Innehåll

Sammanfattning	2
1. Inledning	4
1.1. Bakgrund	4
1.2. Syfte och Revisionsfrågor	4
1.3. Revisionskriterier	4
1.4. Kontrollmål	5
1.5. Avgränsning och metod.....	5
2. Organisation och personal	6
2.1. Organisation.....	6
3. Iakttagelser och bedömningar	7
3.1. Riktlinjer för tillämpning av lagstiftningen	7
3.1.1. Bedömning.....	8
3.2. Uppföljning av myndighetshandläggning.....	8
3.2.1. Bedömning.....	10
3.3. Strategisk styrning.....	11
3.3.1. Bedömning.....	12
3.4. Handläggning av inrapporterade uppgifter	12
3.4.1. Bedömning.....	13
3.5. Rapportering mellan ekonomifunktion och verksamhet	13
3.5.1. Bedömning.....	14
3.6. Kostnadsutveckling inom LSS-verksamheten.....	14
3.6.1. Bedömning.....	17
4. Revisionell bedömning	18
4.1. Bedömningar mot kontrollmål.....	18
4.2. Rekommendationer.....	18
Bilaga 1	
Bilaga 2	

Sammanfattning

PwC har på uppdrag av Katrineholms kommuns förtroendevalda revisorer granskat vård- och omsorgsnämndens styrning inom verksamheten för funktionshindrade. Granskningen besvarar följande revisionsfråga:

Säkerställer vård- och omsorgsnämnden en ändamålsenlig styrning inom verksamheten för funktionshindrade?

Efter genomförd granskning är vår sammanfattande bedömning att nämnden **delvis** säkerställt en ändamålsenlig styrning. Det finns flera områden med utvecklingspotential för nämnden vad gäller strategisk styrning inom LSS-området. Vår samlade bedömning grundar sig på nedanstående kontrollmål.

Tydliga riktlinjer finns för tillämpning av lagstiftningen inom LSS-området.

Kontrollmålet delvis uppfyllt. Vård- och omsorgsförvaltningen har styrande dokument inom området men de är inaktuella och bör revideras. Vidare anser vi att nämnden måste ha kännedom om riktlinjerna. Vår bedömning är att nämnden bör tydliggöra i beslut vilka riktlinjer som gäller inom LSS-verksamheten. Vid vår genomgång av riktlinjerna kan vi konstatera att åtskilliga områden saknas vad gäller vägledning (riktlinjer).

Är kommunens myndighetshandläggning av LSS-verksamheten tydlig och har den uppföljningsbara mål samt regelbunden uppföljning?

Kontrollmålet delvis uppfyllt. Det finns brister gällande målen i biståndsbesluten samt regelbundenheten i uppföljningen. Nämnden bör överväga att inte använda tillsvidarebeslut och att istället sätta kortare tid för beslutet för tätare uppföljningar. Nämnden bör arligen följa upp att uppföljningar görs inom LSS-verksamheten. Annars finns risker att individen har längre och större insatser än den behöver och att nämnden därmed har högre kostnader än vad som är motiverat.

Är nämndens strategiska styrning inom området tillräcklig?

Kontrollmålet ej uppfyllt. Vi finner att nämndens strategiska styrning inom området inte är tillräcklig. Det finns ingen uppföljning av en likvärdig bedömning mellan biståndshandläggarna. Tydliga och aktuella riktlinjer är en förutsättning för att öka likvärdigheten i besluten, genom att tydliggöra riktlinjerna ges bättre förutsättningar. Det finns idag ingen strategisk styrning för rätt till heltid enligt konceptet "Heltid som norm", vi finner att kommunikationen kring heltid som norm är otydlig.

Handläggningen av inrapporterade uppgifter fungerar effektivt.

Kontrollmålet uppfyllt. Det finns ett digitalt rapporteringssystem för kommunikation med Försäkringskassan vilket vi ser väldigt positivt på. Utifrån intervjuer anser vi att det finns en god kontroll inom området, men vi ser utvecklingsområden i rapporteringssystemet för bevakning och signal om maximalt antal timmar överskrids.

Det finns en fungerande samverkan avseende rapportering av uppgifter mellan ekonomifunktion och verksamhet.

Kontrollmålet delvis uppfyllt. Det har påbörjats ett arbete med att tydliggöra enhetschefernas ansvar vad gäller ekonomin. Intervjuerna visar att det saknas vissa redskap för enhetscheferna att utarbeta bra prognoser, såsom tydliga periodiseringar. Arbetet har förbättrats och man är på rätt väg gällande den ekonomiska uppföljningen även om vi ser att det finns utvecklingsområden inom området. Samtliga intervjuade är tydliga att området är prioriterat.

Avviker kostnadsutvecklingen inom LSS-verksamheten mot jämförelsekommuner de tre senaste åren.

Utifrån nationell statistik från kommun- och landstingsdatabasen konstateras att Katrineholms kommun har en högre kostnad för insats för personer med funktionsnedsättning än flertalet andra jämförande kommuner oavsett om det gäller inom det egna landstinget eller jämförbar storlek med andra kommuner. Det kan dock vara vanskligt att dra långtgående slutsatser av statistiken då inrapportering av uppgifter kan ha skett på olika sätt.

Rekommendationer

Efter genomförd granskning rekommenderar vi vård- och omsorgsnämnden följande:

- Nämnden bör revidera aktuella riktlinjer och tydliggöra dessa. Speciellt vill vi påpeka att riktlinjerna eller vägledning för arbete med barn bör tydliggöras så att det framgår att dessa beslut skall följas upp snabbt. Vi anser att kriterier för daglig verksamhet bör tydliggöras då vi idag ser att riktlinjerna ger utrymme för godtycklighet.
- Handläggarna bör få tid att arbeta fram tydliga mål i LSS-besluten. Detta kommer innebära att insatser blir tydligare och man har en helt annan möjlighet att följa upp insatser för den enskilde individen.
- Nämnden bör arbeta fram en internkontrollplan som följer upp enskilda områden inom LSS. Internkontrollplanen bör inriktas mot att följa upp verksamheten och myndighetsutövningen.

1. Inledning

1.1. Bakgrund

Omsorgen av funktionshindrade är en av de mest kostsamma verksamheterna i en kommun. Verksamheten regleras i hög grad av tillämpning av lagstiftning (LSS och SoL). Det är viktigt att myndighetsutövningen gentemot den enskilde brukaren fungerar rättssäkert och effektivt och att handläggningen och styrningen av verksamheten är ändamålsenlig.

Kostnaderna för den del av verksamheten som omfattas av LSS utjämnas kommuner i mellan. Sedan år 2004 finns ett separat utjämningsystem i riket avseende LSS-kostnader. Avgörande för om en kommun erhåller ett bidrag från eller betalar en avgift till systemet är antalet beslutade insatser enligt LSS i relation till riksgenomsnittet.

I räkenskapsammandraget (RS) rapporterar kommunen sina kostnader till SCB. Vissa kostnadsuppgifter avseende LSS-verksamheten används för att "spegla" vårdtyngden hos kommunens brukare. Kommunen ersätts utifrån genomsnittliga kostnader per insats, justerat med den uppskattade vårdtyngden.

Kommunens revisorer har i sin riskbedömning beslutat att genomföra en granskning av om Vård- och omsorgsnämndens redovisning och rapportering av ekonomi och verksamhet inom LSS-området är tillförlitlig och rättvisande, samt om nämndens styrning är tillräcklig.

1.2. Syfte och Revisionsfrågor

Syftet med granskningen är att bedöma om vård- och omsorgsnämnden säkerställer en ändamålsenlig styrning inom funktionshinderverksamheten.

Säkerställer vård- och omsorgsnämnden en ändamålsenlig styrning inom funktionshinderverksamheten?

Granskningen ska besvara följande revisionsfrågor:

- Är nämndens styrning av verksamheten tillräcklig?
- Är redovisning och rapportering avseende LSS-verksamhetens myndighetsutövning tillförlitlig och rättvisande och följs verksamheten upp regelbundet?
- Redovisa kostnadsutvecklingen inom LSS-verksamheten de tre senaste åren.

1.3. Revisionskriterier

Revisionskriterier är de bedömningsgrunder som revisorerna utgår ifrån vid analys och bedömningar. Följande revisionskriterier ligger till grund för granskningsinsatsen:

Socialstyrelsen har utfärdat föreskrifter och allmänna råd om handläggningen inom socialtjänsten (SOSFS 2014:5). Av föreskrifterna framgår bland annat att en genomförandeplan bör tas fram till beslutade insatser. Mål bör vara individuella och skrivna med utgångspunkt från individen. Bistånd enligt Socialtjänstlagen samt enligt LSS beviljas efter utredning och individuell bedömning. Som stöd till handläggarnas bedömningar kan den nämnd som ansvarar för socialtjänsten i kommunen anta riktlinjer. I riktlinjerna tar

nämnden, i olika principiella frågor, ställning till vad som bör anses som skälig och god levnadsnivå och därmed berättigar till bistånd enligt lagen.

1.4. Kontrollmål

För att besvara granskningens revisionsfråga har följande sex kontrollfrågor varit styrande för granskningen:

- Tydliga riktlinjer finns för tillämpning av lagstiftningen inom LSS-området.
- Är kommunens myndighetshandläggning av LSS-verksamheten tydlig och har den uppföljningsbara mål samt regelbunden uppföljning?
- Är nämndens strategiska styrning inom området tillräcklig?
- Handläggningen av inrapporterade uppgifter fungerar effektivt.
- Det finns en fungerande samverkan avseende rapportering av uppgifter mellan ekonomifunktion och verksamhet.
- Avviker kostnadsutvecklingen inom LSS-verksamheten mot jämförelsekommuner de tre senaste åren.

1.5. Avgränsning och metod

Granskningen har genomförts genom:

- Insamling/analys av relevanta riktlinjer och rutiner.
- Intervjuer med förvaltningschef, verksamhetschef för funktionsnedsättning, verksamhetschef myndighets- och specialistavdelningen, enhetschef myndighet, 1:e handläggare myndighet, LSS handläggare, medarbetare inom LSS- verksamhet, ekonomer, enhetschefer från utförandeverksamheten. Totalt har åtta intervjuer genomförts.
- 10 aktgranskningar enligt utarbetad modell. Denna bestod i att vi granskade 10 oidentifierade utredningar samt tillhörande genomförandeplaner.
- Upprättande av revisionsrapport.
- Faktakontroll och kvalitetssäkring av revisionsrapport.

Granskningen har avgränsats till vård- och omsorgsnämndens LSS-verksamhet.

2. Organisation och personal

2.1. Organisation

Vård- och omsorgsförvaltningen består av fem verksamhetsområden där varje verksamhetsområde leds av en verksamhetschef. I varje verksamhetsområde finns flera enheter där varje enhet har en enhetschef. Det finns ca 30 chefer i förvaltningen. Organisationen är ny sedan 2017-05-01. Verksamhetsområdena i vård- och omsorgsförvaltningen är:

- Myndighets- och specialistfunktion
- Stöd ordinärt boende¹
- Särskilt boende äldre
- Funktionsnedsättning
- Hälso- och sjukvård

Myndighetshandläggning för LSS finns inom verksamheten för myndighets- och specialistfunktionen, i enheten "Medborgarfunktion". Tre LSS-handläggare utför myndighetsutövningen för LSS. Utöver det finns en handläggare som arbetar med ärenden inom socialpsykiatri. De intervjuade påtalar att det varit en hög omsättningen av socionomer i kommunen som i övriga kommuner i Sverige och flertalet av handläggarna är nya. Det har under hösten saknats en kvalitetsansvarig för LSS. Tanken var att förste handläggare skulle ha den rollen men bristen på handläggare gjorde att denna inte kunnat arbeta som kvalitetsansvarig förrän i december 2017. Gruppmöten hålls varje vecka med samtliga handläggare.

Inom verksamheten för funktionsnedsättning finns åtta enheter. Dessa enheter utför de beslutade insatserna inom LSS. Enheterna avser avlösare/kontaktpersoner/ ledsagare/barn och ungdom, korttidsvistelse och korttidsstillsyn, gruppboendestäder samt dagligverksamhet.

Enheterna använder schemaplaningssystemet TimeCare för att planera bemanning. Grundbemanning görs för fyra veckor av medarbetaren och chef godkänner. Alla medarbetare har inte tillgång till funktionen "avancerad schemaläggning" vilken möjliggör att se andra enheters schema och göra schemabokningar på andra enheter. Daglig verksamhet använder inte TimeCare, hittills har de medarbetare som haft timmar på annan enhet haft fasta timmar som har hanterats via bokföringsorder.

Det finns idag flera forum för diskussion och samverkan. Månadsvisa träffar med socialtjänsten avseende IFO. Enhetschefer har ett forum en gång i månaden genom Bo-gruppen för genomgång, planering för kommande behov av boende samt genomgång av icke verkställda beslut. Det finns även samverkan i nätverket VITS² mellan representanter i skola/förskola, socialtjänst, barn- och ungdomspsykiatri och habiliteringsverksamheten vilket rör barn och unga upp till årskurs 9 samt "Vinka in" mellan bl.a. Försäkringskassan, landstinget, vård- och omsorg för att hitta sysselsättning som alternativ till dagligverksamhet.

¹ Hemtjänst, nattpatrull, larmpatrull samt personlig assistans

² VITS, vardagsnära insatser i tydlig samverkan i Katrineholms kommun

3. Iakttagelser och bedömningar

3.1. Riktlinjer för tillämpning av lagstiftningen

Kontrollmål 1

"Tydliga riktlinjer finns för tillämpning av lagstiftningen inom LSS området"

Vård- och omsorgsförvaltningen har flertalet styrande dokument för tillämpning av lagstiftningen inom LSS såsom riktlinjer, rutiner och vägledning. Vår utförda dokumentgranskning visar dock att dokumenten inte är reviderade och intervjuer påtalar att dokumenten inte anses levande. Arbetet med att revidera dokumenten har påbörjats men inte slutförts, till stor del på grund av personalbrist. Enligt intervjuer har man årligen gjort en genomgång av rutinerna även om de inte har reviderats. Lagstiftningen i rutinerna är gällande. Enligt intervjuer beslutar förvaltningschef om riktlinjer som berör flera verksamheter. Enhetschef beslutar om rutiner som berör dennes enhet. Nämnden informeras om beslut av riktlinjer.

Några av de styrande dokumenten:

- **Riktlinjer och allmänna principer för medborgarfunktionens handläggning** (2015-06-08). Dokumentet presenterar riktlinjer för handläggning av bistånd enligt SoL och LSS.
- **Riktlinjer för handläggning av ärenden LSS** (2010-07-09-18, reviderad 2010-09-16). Riktlinjen är uppdelad i två delar, dels handläggning av ärenden enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) och dels handläggning av ärenden avseende personlig assistans enligt *lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS)* LSS.
- **Rutin för kollegiegranskning och aktgranskning** (2010-08-10, reviderad 2016-03-30).
- **Rutin för rättssäker myndighetsutövning** (senast reviderad 2015-09-08)
- **Vägledning – handläggning enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS)** (2015-11-13). Framtagen av 1:a handläggare på uppdrag av vård- och omsorgsförvaltningen 2006-12-14. Vägledningen syftar till att vara ett arbetsmaterial för handläggare i arbetet med en rättssäker och likvärdig utredning och behovsbedömning.
- **Delegationsordning** (antagen av vård- och omsorgsnämnden 2005-02-10, senast reviderad av vård- och omsorgsnämnden 2017-03-02 och gällande från 2017-05-01)

3.1.1. *Bedömning*

Vi bedömer kontrollmålet som delvis uppfyllt. Vård- och omsorgsförvaltningen har styrande dokument inom området men de är inaktuella och bör revideras. Revidering av styrande dokument bör göras med viss kontinuitet. Vid vår genomgång av riktlinjerna kan vi konstatera att åtskilliga områden saknas vad gäller vägledning (riktlinjer). Vi noterar även att det står olika i riktlinjen och rutinen när det gäller antal gånger som akt/ kollegiegranskning ska utföras. Riktlinjen anger att akt/kollegiegranskning ska göras en gång om året och i rutinen framgår det att det ska göras två gånger om året.

Vi anser att nämnden måste ha kännedom om riktlinjerna. Förvaltningschef beslutar om riktlinjer och ger information om riktlinjerna till nämnden. Vår bedömning är att nämnden bör tydliggöra i beslut vilka riktlinjer som gäller inom LSS-verksamheten. Detta för att det skall tydliggöras att ledningen står för de riktlinjer som finns inom förvaltningen. Dessutom blir det tydligt när beslutet om riktlinjerna fattades samt när de har reviderats och det blir lättare att hålla koll på när riktlinjerna har reviderats.

3.2. *Uppföljning av myndighetshandläggning*

Kontrollmål 2

"Är kommunens myndighetshandläggning av LSS-verksamheten tydlig och har den uppföljningsbara mål samt regelbunden uppföljning?"

Enligt intervjuer påbörjas myndighetshandläggningen vanligtvis med att en skriftlig ansökan med begäran om LSS inkommer till handläggare. Handläggare kontrollerar att samtliga uppgifter och intyg är inkluderade i ansökan. Om ansökan inte är komplett kontaktas den enskilde och kompletterande dokument/intyg begärs in. När ansökan är komplett registreras den enskilde i verksamhetssystemet Treserva och en personkretsutredning görs. Personbesök bokas oftast genom telefonsamtal med den enskilde och genomförs antingen på kommunen eller hos den enskilde. Handläggare träffar även skola/förskola när det gäller barn för att få en kompletterande bild av hjälpbehovet. Utifrån det påbörjas insatsutredningen.

Kommunen utgår från IBIC³ till sin insatsutredning sedan början av 2017. Två handläggare har deltagit i processhandläggareutbildning för IBIC. Enligt intervjuer finns vissa brister med IBIC inom LSS-utredningen eftersom IBIC inte är anpassad till LSS. Men IBIC betraktas ändå som ett bra system ur ett utredningsperspektiv för att inhämta uppgifter. IBIC utgår från en färdig struktur där utredningarna ser ut på samma sätt oavsett utredande handläggare. Beroende på vilken insats som söks så ställs olika frågor. Enligt intervjuer ges aldrig muntliga besked i samband med hembesök, det framgår inte i någon dokumentation, men det anses väl känt.

³ Individens behov i centrum. ett behovsinriktat och systematiskt arbetssätt för den som arbetar med vuxna personer oavsett ålder och funktionsnedsättning utifrån socialtjänstlagen (SoL) och lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS)

I Treserva används uppdragsdokument för att förmedla beställning av insats till utföraren. Överlämningen går genom uppdragsdokumentet samt kompletterande kontakt med utföraren både genom telefon och personlig kontakt för att tydliggöra informationen. Samarbetet uppges vara bra och underlättas av att parterna är placerade i samma hus. De dokumenterade rutinerna anses, enligt intervjuerna vara otydliga gällande vad utredningen, beställningen till verkställigheten, ska innehålla.

Enligt intervjuer är det däremot strikta gränsdragningar mellan myndighetsdelen och verksamheterna där kommunikationen mellan parterna till stor del sker genom meddelarfunktionen i verksamhetssystemet Treserva. Den uppfattningen delas av båda parter.

Nya handläggare får en introduktion med genomgång av lagstiftningen, rutinerna och riktlinjerna. Introduktionen har letts av en tidigare yrkesverksam person i området som numera är pensionär. Denna fungerar även som handledare. Enligt intervjuer diskuteras även rutinen på gruppmötena. Tidigare i år infördes genomgångar av riktlinjerna på gruppmötena, men på grund av personalbrist har det upphört. Enligt de intervjuade finns ingen uppföljning av att den dokumenterade handlägningsrutinen följs.

Myndighetshandläggningen ska enligt *rutinen för kollegiegranskning och aktgranskning* granskas två gånger om året, för att redovisas i halvårs- och helårsuppföljningar inom vård- och omsorgsförvaltningen. Aktgranskningen har enligt intervjuer prioriterats bort under år 2017 då det inte har efterfrågats. Aktgranskning ska inkluderas till internkontrollplanen för år 2018 inom myndighetsutövningen.

Enligt intervjuerna finns idag sju stycken icke verkställda beslut inom LSS-verksamheten. Samtliga gäller gruppboende.

Målskrivningar i LSS-besluten

Vår ärendegranskning samt våra intervjuer visar att det saknas tydliga målformuleringar i besluten. Bristen på målrutiner för biståndsbeslut innebär brister vad gäller målformuleringar i både biståndsbeslut och genomförandeplaner (Se rutiner för utförardokumentation), som är en direkt koppling till biståndsbesluten. Detta är ett vanligt problem i kommunerna och handläggarna måste få tid att utveckla detta arbete. Ett tydligare sätt att skriva individuella mål gagnar brukarna och skulle underlätta uppföljningen markant. Det blir också mycket lättare för förvaltningsledning och politisk ledning att göra stickprov i verksamheten och kontrollera efterlevnaden av biståndsbesluten.

Rutiner för utförardokumentation

Enligt Socialstyrelsens allmänna råd skall alla verkställighetsbeslut, dvs. de LSS-beslut som verksamheterna skall verkställa, innehålla en genomförandeplan. Dessa uppföljningar har sin grund i SoL 4 kap 6§. Planen skall innehålla en redovisning av hur verksamheten tänker utföra det bestämda LSS-beslutet. Planen skall fattas i samråd med den enskilde eller om den enskilde inte är kapabel att fatta beslut, deras anhöriga eller utsedd god man. Den skall vidare redovisa ett mål för insatsen. Denna genomförandeplan skall sedan följas upp av nämnden. Den skall alltid vara påskriven av den enskilde eller anhöriga.

Enligt intervjuer ansvarar utförarna för att ta fram genomförandeplanerna i Treserva. Det ska finnas en genomförandeplan för varje individ som ska bygga på myndighetsbeslutet och följa en röd tråd. I Treserva finns en rutinmall för hur genomförandeplan ska skrivas.

Enligt intervjuer ska den upprättas inom 14 dagar vilket man är noggrann med. Det arbetas mycket på att göra den enskilde och/eller dennes anhöriga delaktiga i genomförandeplanen. Däremot finns en medvetenhet om att man brister i den röda tråden mellan beslutet och genomförandeplanen. Kvaliteten i genomförandeplanerna i verksamheterna varierar enligt intervjuer, framförallt gällande målen, det finns inga kvalitativa mål. I samband med att ICF infördes samt att verksamhetssystemet byttes gjordes satsningar på utbildningar och webbutbildningar för att öka kvaliteten i genomförandeplanerna. Det finns dock ingen kontinuerlig uppföljning av kvaliteten på genomförandeplanerna, stickprov gjordes enligt intervjuer för något år sedan utan att enhetschefer fått återkoppling av resultatet. Två gånger per år görs en övergripande kontroll av andel genomförandeplaner där enhetschef kontrollerar antalet genomförandeplaner med sina medarbetare och rapporterar in det i Stratcys. Verksamhetschef har vid något tillfälle gjort stickprov för att se att uppgiften stämmer. Redovisning av hur många som har en genomförandeplan görs endast av enhetschef. Det finns ingen intern kontroll från förvaltningen på om detta stämmer.

Vår ärendegranskning bekräftar intervjuerna med att det saknas tydliga mål i samtliga genomgångna genomförandeplaner. Dessutom går det inte att följa att genomförandeplanerna blivit uppföljda. Dock skall påtalas att det är svårt att skriva tydliga genomförandeplaner när biståndsbesluten inte heller har tydliga mål då biståndsbesluten i hög grad styr målen i genomförandeplanerna.

Rutiner för uppföljning av LSS-beslut

Socialstyrelsens allmänna råd SOSFS 2014:5 och SOSFS 2014:6 anger att uppföljningar och omprövningar av ärenden kan och skall göras om förhållanden ändras som påverkar hjälpbehovet. Då inga förändringar förväntas skall en uppföljning göras minst en gång per år.

Enligt intervjuer fattas merparten beslut som tillsvidarebeslut. Enbart när det är självklart att beslutet är tillfälligt eller om det finns tydlig information att individen kan förbättra sin förmåga sätts tidsbegränsade beslut. Även i barnärenden sätts långa och icke tidsbegränsade beslut enligt de intervjuer vi gjort. I tillsvidarebeslut sätts sedan ett uppföljningsdatum. Vår granskning visar att förvaltningen inte har någon kontroll av uppföljningar och om dessa görs.

Vår ärendegranskning visar att samtliga ärenden har ett beslut som tydliggör när en uppföljning skall göras. Vi kan inte i vår ärendegranskning se att dessa uppföljningar görs. Då merparten beslut är tillsvidare så bör insatserna innehålla en tydlig markering om att uppföljning ändå skall göras. Detta finns i besluten men som framgår nedan så prioriteras inte dessa uppföljningar på ett tillfredsställande sätt.

3.2.1. Bedömning

Vi bedömer kontrollmålet som delvis uppfyllt. Det finns brister gällande målen i biståndsbesluten samt regelbundenheten i uppföljningen. Nämnden bör överväga att inte använda tillsvidarebeslut och att istället sätta kortare tid för beslutet för tätare uppföljningar. För ärenden som berör barn ska det enligt vår bedömning inte förekomma tillsvidarebeslut överhuvudtaget. Då det finns flera skäl som främst rör barns utveckling bör alla barnbeslut vara tidsbegränsade.

Nämnden bör årligen följa upp om uppföljningar görs inom LSS-verksamheten. Då det finns mycket tillsvidarebeslut blir det än viktigare för både individen och nämnden att uppföljningar görs regelbundet. Annars finns risker att individen har längre och större insatser än den behöver och att nämnden därmed har högre kostnader än vad som behövs.

Genomförandeplanerna ska vara tydliga och ha en röd tråd. Det ska gå att följa att beslutet lästs igenom. Vi finner att målskrivningen brister och uppmanar till att arbeta mer aktivt med målen, att våga vara mer konkret med målen. Det finns idag ingen rutin i att använda målen från besluten i genomförandeplanen. Detta bör ändras.

Vi vill även lämna en synpunkt på en ökad samverkan mellan verksamheten och myndighetshandläggningen. Samverkan i den nuvarande formen behöver utvecklas till att inte till största delen ske genom meddelarfunktionen i Treserva.

3.3. Strategisk styrning

Kontrollmål 3

"Är nämndens strategiska styrning inom området tillräcklig?"

Vår granskning av protokoll under åren 2016-2017 visar att nämnden vid något tillfälle fått information från verksamheten. Utav protokollen framgår inte vad som informerats om. Enligt intervjuer uppges det vara mycket diskussioner i nämnden gällande barnärenden utifrån att det kostnadsmissigt är en stor post. Avvikelser enligt Lex Sarah rapporteras till nämnd, likaså Lex Maria. Nämnden tar del av kvantitativa delar för uppföljning såsom beläggning inom dagligverksamhet, kontaktperson och ledsagare. Enligt intervjuer rapporteras inga kvalitetsdelar i verksamheten till nämnden. Handläggarna uppges enligt de intervjuade ha hög delegation där handläggarna får fatta samtliga beslut förutom tre: förhandsbesked om rätten till insatser, personlig assistans över 15 timmar och familjehemsplacering.

Vi finner att nämnden saknar en strategisk ansats om ett rehabiliterande förhållningsätt, det framgår inte heller utav dokument vi tagit del av. Nämnden saknar även en strategisk ansats om ett habiliterande förhållningsätt enligt intervjuer.

Uppföljning saknas av om det finns en likvärdig bedömning mellan biståndshandläggarna. Det finns ingen tydlig jämförelse mellan handläggare och ingen annan egenkontroll för att se om handläggningen är likvärdig. Däremot framkommer det vid intervjuer att det förs mycket diskussioner inom verksamheten över hur man ska förhålla sig inom vissa frågor, att frågetecken diskuteras med kollegor och chef samt att begreppen "god och skälig nivå" diskuteras mycket med handläggarna. Normalt träffas handläggarna varje fredag med enhetschef för ärendedragning. Varje vecka har man även genomgång av nya domar och frågor utifrån två rättsdatabaser.

Kommunfullmäktige har tagit ett strategiskt beslut om "heltid som norm" vilket ger samtliga medarbetare rätt till heltid. Beslutet trädde i kraft 2017-01-01 för nyanställda och visstidsanställda längre tid än tre månader och träder i kraft 2018-07-01 för samtliga anställda. Grundprincipen är att schema i första hand läggs på sin egen enhet och sedan utifrån arbetsgivarens behov. Medarbetare måste vara beredda att arbeta på olika enheter. Enligt intervjuer är detta inte tydliggjort för samtliga verksamheter och man kommer att fortsätta informera enhetschefer om det framöver. Uppföljning av personalkostnaderna visar att de ökat, men det anses svårt att följa upp effekterna av beslutet. Enligt intervjuer kommer Poolsamordningen som hanterar resurspassen få ett större ansvar för uppföljningen. Det finns inga centrala direktiv för uppföljning.

Utifrån diskussioner kring att fördela medel rättvist utifrån det faktiska behovet genomförs värdegrundsmätning för att fördela budgetar inom området för funktionsnedsättning. Tidigare budgetar har varit statiska utifrån antalet platser oavsett behov. Arbetet med mätningarna har påbörjats.

3.3.1. Bedömning

Vi bedömer kontrollmålet som ej uppfyllt. Det finns ingen uppföljning av att det finns en likvärdig bedömning mellan biståndshandläggarna. Då det enbart finns tre biståndshandläggare som fattar beslut inom LSS bör det finnas goda förutsättningar för att få likartade bedömningar. Tydliga och aktuella riktlinjer är en förutsättning för att öka likvärdigheten i besluten, det finns större risk att fatta beslut som inte är likvärdiga när riktlinjerna inte aktuella. Dåliga riktlinjer eller ärenden som sällan eller aldrig tas upp för diskussion ger även olika sätt att fatta beslut. Därmed är det viktigt att även ta upp vardagsbesluten till diskussion. Genom att tydliggöra riktlinjerna ges bättre förutsättningar.

Det finns idag ingen strategisk styrning för rätt till heltid enligt konceptet "Heltid som norm". Vi har synpunkter på att frågan inte tydliggjorts för hela förvaltningen där vi finner att kommunikationen kring heltid som norm är otydligt.

3.4. Handläggning av inrapporterade uppgifter

Kontrollmål 4

"Handläggningen av inrapporterade uppgifter fungerar effektivt"

Nämnden använder sig av ett digitalt verksamhetssystem som heter Circle Red där varje enhet rapporterar in antalet timmar inom personlig assistans direkt till förvaltningsledningen. Två enhetschefer och administrativt stöd/assistent hanterar informationen.

Enligt intervjuer är systemet effektivt och lätt för tjänstemän att hantera då det ger snabb information om antalet timmar som används. Därefter skickas filen till Försäkringskassan som hanterar information och skickar medel till kommunen baserat på denna fil. Våra intervjuer har inte påvisat om systemet ger någon form av signal när antalet timmar över-skridits i förhållande till de timmar man kan förvänta sig att få från Försäkringskassan

men det anses inte vara ett problem. De anställda har bra kontroll på området och kan signalera om problem skulle uppstå. Man tillämpar dubbelsigtering vid begäran om utbetalning från Försäkringskassan. Administratören hanterar i huvudsak uppgiften i första led medan enhetschef hanterar den i andra led. Både assistent och enhetschef signerar sedan uppgifterna med elektronisk id.

Det har vid intervjuerna framkommit att det idag är drygt två månaders väntetid på att få medel från Försäkringskassa. I samband med bokslutstider rapporteras även medel som ej ännu kommit in från Försäkringskassan.

3.4.1. *Bedömning*

Vi bedömer kontrollmålet som uppfyllt. Vi ser det som väldigt positivt att det finns ett digitalt rapporteringssystem för att kommunicera med Försäkringskassan. Det ger kommunen helt andra förutsättningar att kontrollera utbetalningar och om man drar över i sin verksamhet. Det som vi anser kan utvecklas är att systemet borde ha inlagt hur många timmar som man maximalt kan få från Försäkringskassan och därmed också ge ett utslag ifall det överskrids. Vi har förstätt utifrån intervjuer att det finns en god kontroll på detta område men det är alltid lättare att ha säkerhetssystem inlagda för att undvika stor sårbarhet.

3.5. *Rapportering mellan ekonomifunktion och verksamhet*

Kontrollmål 5

"Det finns en fungerande samverkan avseende rapportering av uppgifter mellan ekonomifunktion och verksamhet?"

De två ekonomerna som arbetar mot förvaltningen är relativt ny anställda. Enligt intervjuer har förvaltningen infört månadsbokslut för att få bättre kontroll på månadsresultaten. Tidigare har man haft delårsbokslut.

Det finns en rutinmässig månadsuppföljning där enhetschefer har möjlighet att få hjälp av ekonomerna. Varje månad bjuder ekonom in enhetscheferna via mötesbokning i Outlook för genomgång av ekonomin. Sedan sommaren 2017 gör enhetschefer prognoser och ansvarar för att ta fram en eventuell åtgärdsplan om enheten visar "röda siffror". Det nya arbetssättet har kommunicerats på arbetsplatsträffen. Personalkostnaderna är prognostiserade enligt säsongsvariation. Detta är inte känt i verksamheterna där det finns en uppfattning att personalkostnaderna är fördelade med 1/12 varje månad. Det finns idag ingen tydlig periodisering av enheternas budget. Detta innebär att det inte tydliggörs från förvaltningen om hur mycket tid som normalt sett borde gått åt till just denna månad.

Det framkommer att enhetscheferna har vissa svårigheter att tolka ekonomin. Många enhetschefer förstår inte varför de har underskott. Ansvaret med uppföljning är ett nytt ansvar för enhetscheferna där förvaltningsledningen ser att den ekonomiska förståelsen behöver öka. Innan organisationsförändringen i maj 2017 hade enhetscheferna inget eko-

nomiskt ansvar, det ansvaret hade områdeschefen vilken numera är en roll som inte finns. I december 2017 planeras en genomgång av enhetschefernas ekonomimognad för att skapa en bild av denna. Samtliga enhetschefer har fått utbildning, extra tid vid behov och uppföljningsmötena har använts för fortsatt utbildning. Enligt intervjuer behöver man trycka på enhetschefernas ansvar, att uppföljning av ekonomi, prognoser och skriva åtgärdsplaner ska ingå i enhetschefens ansvar. Det anses finnas ett behov av att öka fokus och styrning på ekonomin.

Enligt intervjuer finns ingen strukturerad samverkan med genomgång av ekonomin mellan verksamhetschef och ekonom. Samverkan bygger på att verksamhetschef kontaktar ekonom vid behov. Enligt intervjuer finns ett behov av att se över uppföljningen för verksamhetschefer och införa en liknande uppföljning för den sammantagna verksamheten som för enheterna. Denna uppföljning är planerad att starta i januari 2018.

Ekonomerna deltar på ledningsgruppsmötena med förvaltningsledningen varje vecka där man diskuterar olika delar av ekonomin. Vid månadsboksluten går man även igenom resultatet, både på helheten samt per verksamhetsområde.

3.5.1. Bedömning

Vi bedömer kontrollmålet som delvis uppfyllt. Det har påbörjats ett arbete för att tydliggöra enhetschefernas ansvar vad gäller ekonomin. Det som varit tydligt i våra intervjuer är att det saknas vissa redskap för enhetscheferna för att sätta bra prognoser. Ett av dessa redskap är tydliga periodiseringar av ekonomin på enheten. Annars är samtliga intervjuade överens om att arbetet förbättrats och att man är på rätt väg vad gäller ekonomisk uppföljning. Enligt ekonomer kallas alla till månadsmöten om ekonomin medan enhetschefer säger att de måste ringa. Så det finns utvecklingsområden men samtliga är tydliga med att området numera är prioriterat.

3.6. Kostnadsutveckling inom LSS-verksamheten

Kontrollmål 6

”Avviker kostnadsutvecklingen inom LSS-verksamheten mot jämförelse kommuner de tre senaste åren?”

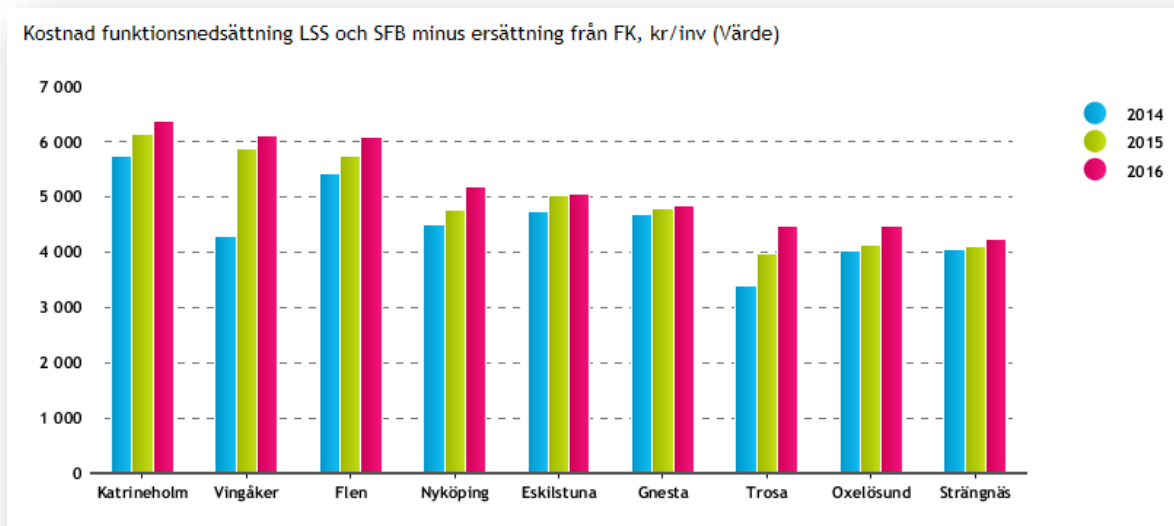
Utifrån kommun- och landstingsdatabasen KOLADA har vi inhämtat tabeller och diagram avseende kostnadsutvecklingen inom verksamheten för funktionsnedsättning.

Kostnad funktionsnedsättning LSS och SFB, Katrineholms kommun	2014	2015	2016
Kostnad funktionsnedsättning LSS och SFB minus ersättning från f-kassan, kronor/invånare. ⁴	5 733	6 132	6 378

⁴ **Kostnad funktionsnedsättning LSS och SFB minus ersättning från FK, kr/inv (N25017)** Bruttokostnad minus interna intäkter och försäljning till andra kommuner och landsting exkl. ersättning från försäkringskassan, dividerat med antal invånare den 31/12. Källa: SCB

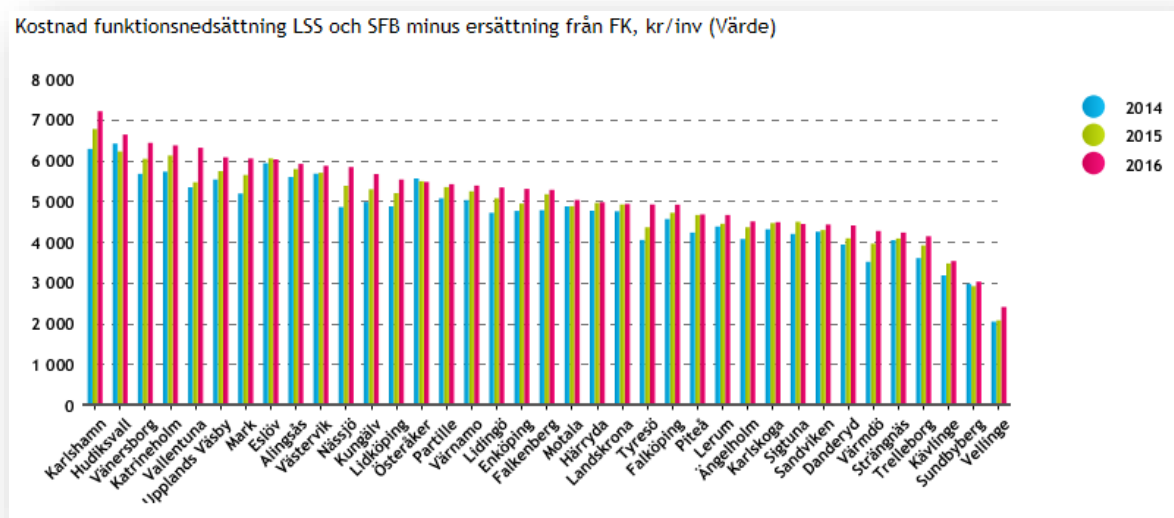
I tabellen ovan visas kostnadsutvecklingen i Katrineholms kommun avseende funktionsnedsättning LSS och SFB under åren 2014-2016 utifrån måttet kronor/invånare. Vi konstaterar att kostnaden ökat mellan åren 2014 till 2016 med 11 %.

Diagram 1a: Kostnad funktionsnedsättning LSS och SFB jämfört med andra kommuner i Södermanland/ år 2014-2016



I jämförelse med andra kommuner i Södermanland konstateras i diagram 1a att Katrineholms kommun har högst kostnader samtliga tre år avseende funktionsnedsättning baserat på kronor/invånare. Kommunens kostnader är precis som de andra kommunernas kostnader stigande varje år.

Diagram 1b: Kostnad funktionsnedsättning LSS och SFB jämfört med kommuner 30 000- 49 999 invånare/ år 2014-2016 (se även bilaga 1)

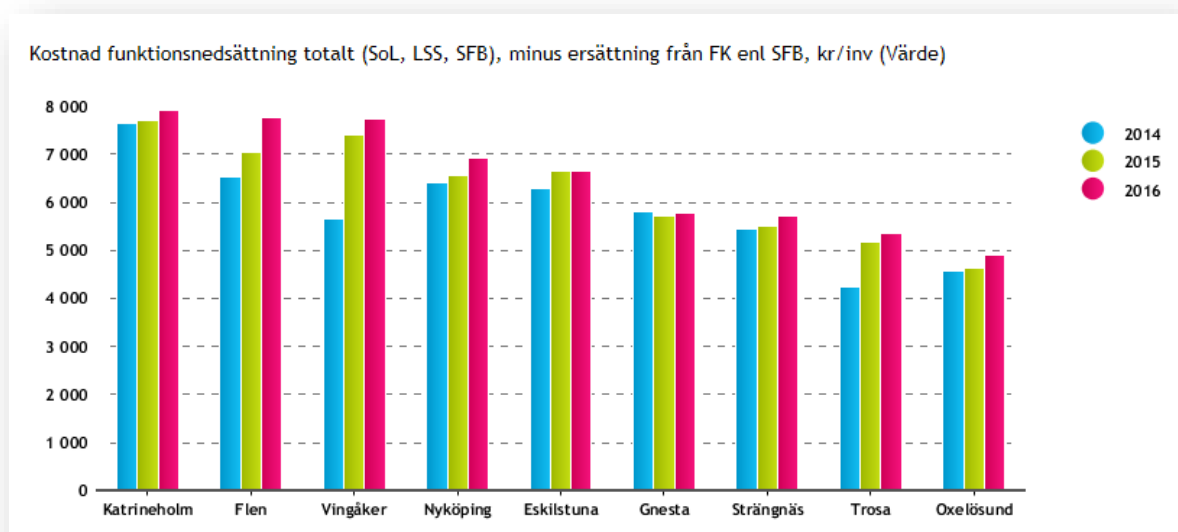


I diagram 1b visas kostnadsutveckling jämfört med kommuner med 30 000 – 49 999 invånare år 2014-2016 sorterat utifrån ett fallande värde från år 2016. Utav de jämförande kommunerna har Katrineholms kommun den fjärde högsta kostnaden baserat på kronor/invånare. Lägst kostnad har Vellinge kommun med 2 412 kronor/invånare år 2016. Vi konstaterar att samtliga kommuner förutom Sundbybergs kommun har ökade kostnader för varje år gällande de jämförande åren. Enbart Sundbybergs kommun hade lägre kostnad år 2015 jämfört med år 2014.

Kostnad funktionsnedsättning totalt, Katrineholms kommun	2014	2015	2016
Kostnad insats för personer med funktionsnedsättning totalt (SOL LSS SFB) minus ersättning från f-kassan enl. SFB, kronor/invånare. ⁵	7 648	7 707	7 903

I tabellen ovan visas kostnadsutvecklingen i Katrineholms kommun avseende funktionsnedsättning LSS och SFB totalt under åren 2014-2016 utifrån mättet kronor/invånare. Vi konstaterar att kostnaden ökat mellan åren 2014 till 2016 med 3 %.

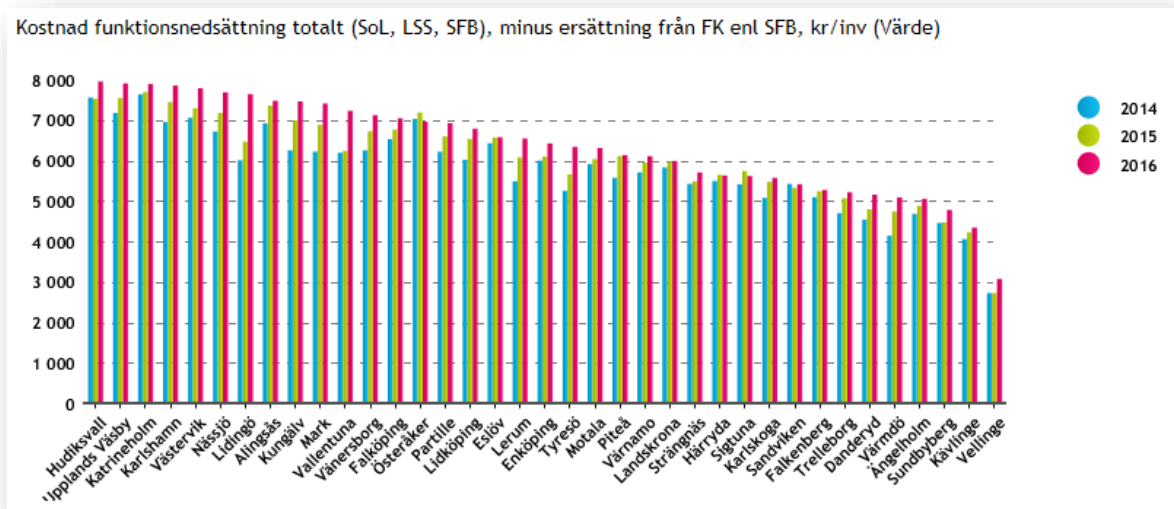
Diagram 2a: Kostnad funktionsnedsättning totalt jämfört med andra kommuner i Södermanland/ år 2014-2016



I jämförelse med andra kommuner i Södermanland konstateras genom diagram 2a att den kommunala kostnaden för omsorg om personer med funktionsnedsättning är högst i Katrineholms kommun med 7 903 kr/invånare år 2016. Lägst kostnad av kommunerna i Södermanland per invånare har Oxelösund med 4 896 kr/invånare år 2016. Riket har ett genomsnitt på 6 366 kr/invånare år 2016.

⁵ **Kostnad funktionsnedsättning totalt (SoL, LSS, SFB), minus ersättning från FK enl SFB, kr/inv (N25018).** Bruttokostnad minus interna intäkter och försäljning till andra kommuner och landsting för insatser för funktionsnedsatta (utom färdtjänst), exkl. ersättning från Försäkringskassan, dividerat med antal invånare totalt 31/12. Avser samtlig regi. Källa: SCB.

Diagram 2b: Kostnad funktionsnedsättning totalt jämfört med kommuner 30 000- 49 999 invånare/ år 2014-2016 (se även bilaga 2)



I diagram 2b visas kostnadsutvecklingen jämfört med andra kommuner med 30 000 – 49 999 invånare år 2014-2016 sorterat utifrån ett fallande värde från år 2016. Vellinge kommun hade lägst kostnad år 2016 med 3 091 kr/invånare och Hudriksvall hade högst kostnad med 7 968 kr/invånare samma år.

3.6.1. Bedömning

Utifrån ovan tabeller och diagram konstateras att Katrineholms kommun har en högre kostnad för insats för personer med funktionsnedsättning än flertalet andra jämförande kommuner oavsett om det gäller inom det egna landstinget eller jämförbar storlek med andra kommuner.

Vi finner att kostnadsutvecklingen avviker med en högre kostnad inom LSS- verksamheten mot jämförande kommuner de tre senaste åren. Att med hjälp av statistik dra långtgående slutsatser kan i många sammanhang vara mycket vanskligt att göra. Dels sker inrapportering av uppgifter till myndigheter ofta på olika sätt och dels döljer sig olika verkligheter bakom siffrorna. Dock skall sägas att när andra riskfaktorer som brister i ekonomisk uppföljning och otydliga mål i myndighetshandläggning finns så bör analyser göras om detta kan vara orsaker till att nämnden generellt sett har en hög kostnadsutveckling.

4. Revisionell bedömning

4.1. Bedömningar mot kontrollmål

Kontrollmål	Kommentar
<i>Tydliga riktlinjer finns för tillämpning av lagstiftningen inom LSS-området.</i>	Delvis uppfyllt. Styrande dokument finns inom området, men de anses inaktuella och i behov av revidering.
<i>Är kommunens myndighets-handläggning av LSS-verksamheten tydlig och har den uppföljningsbara mål samt regelbunden uppföljning?</i>	Delvis uppfyllt. Det finns brister gällande målen i biståndsbesluten samt regelbundenheten i uppföljningen.
<i>Är nämndens strategiska styrning inom området tillräckligt?</i>	Ej uppfyllt. Det finns ingen uppföljning av likvärdig bedömning mellan biståndshandläggare. Vidare saknas strategisk styrning inom konceptet "heltid som norm".
<i>Handläggningen av inrapporterade uppgifter fungerar effektivt</i>	Uppfyllt. Det finns ett digitalt rapporteringssystem för kommunikation med Försäkringskassan och god kontroll inom området.
<i>Det finns en fungerande samverkan avseende rapportering av uppgifter mellan ekonomifunktion och verksamhet</i>	Delvis uppfyllt. Arbetet har förbättrats och man är på rätt väg gällande den ekonomiska uppföljningen. Området är prioriterat.
<i>Avviker kostnadsutvecklingen inom LSS-verksamheten mot jämförelse kommuner de tre senaste åren</i>	Vi konstaterar att Katrineholms kommun har högre kostnader för insats för personer med funktionsnedsättning än flertalet andra jämförande kommuner.

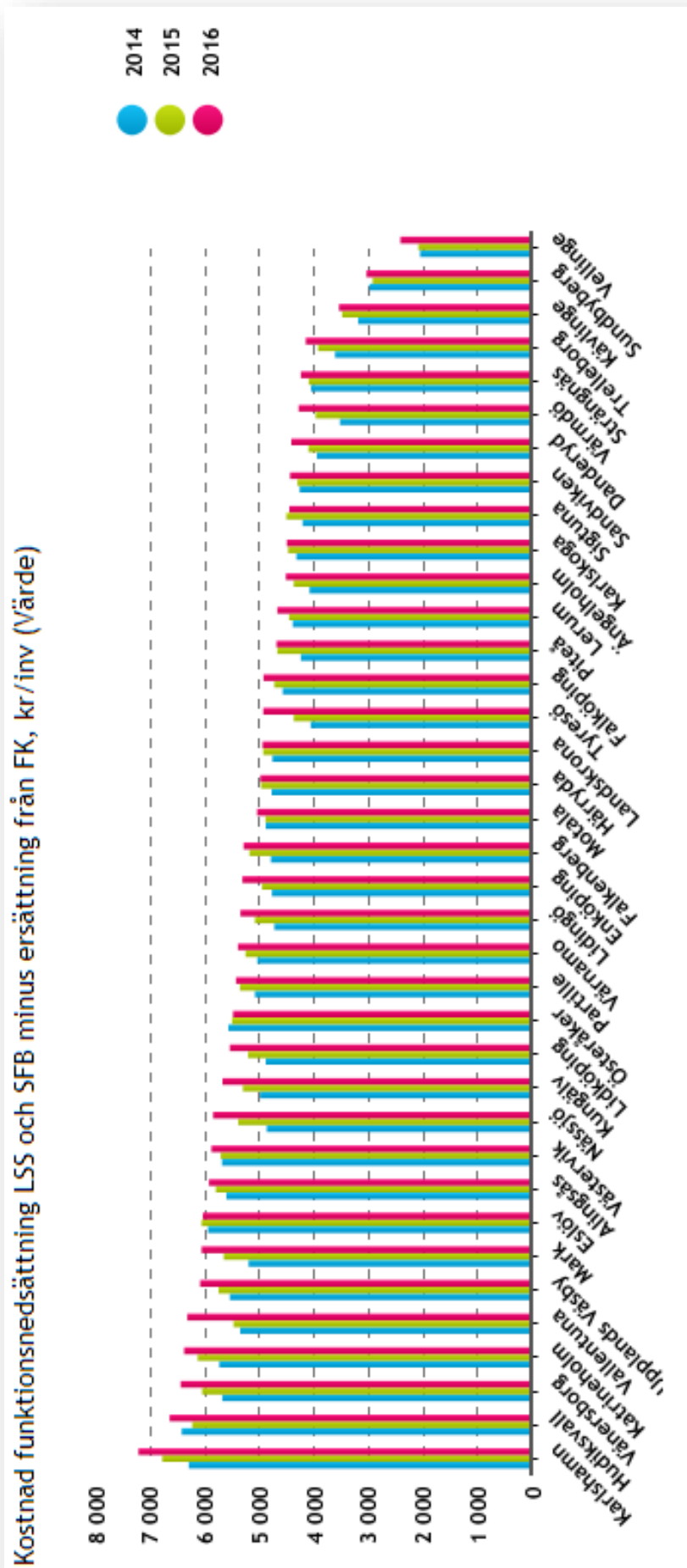
4.2. Rekommendationer

Efter genomförd granskning rekommenderar vi vård- och omsorgsnämnden att beakta följande rekommendationer:

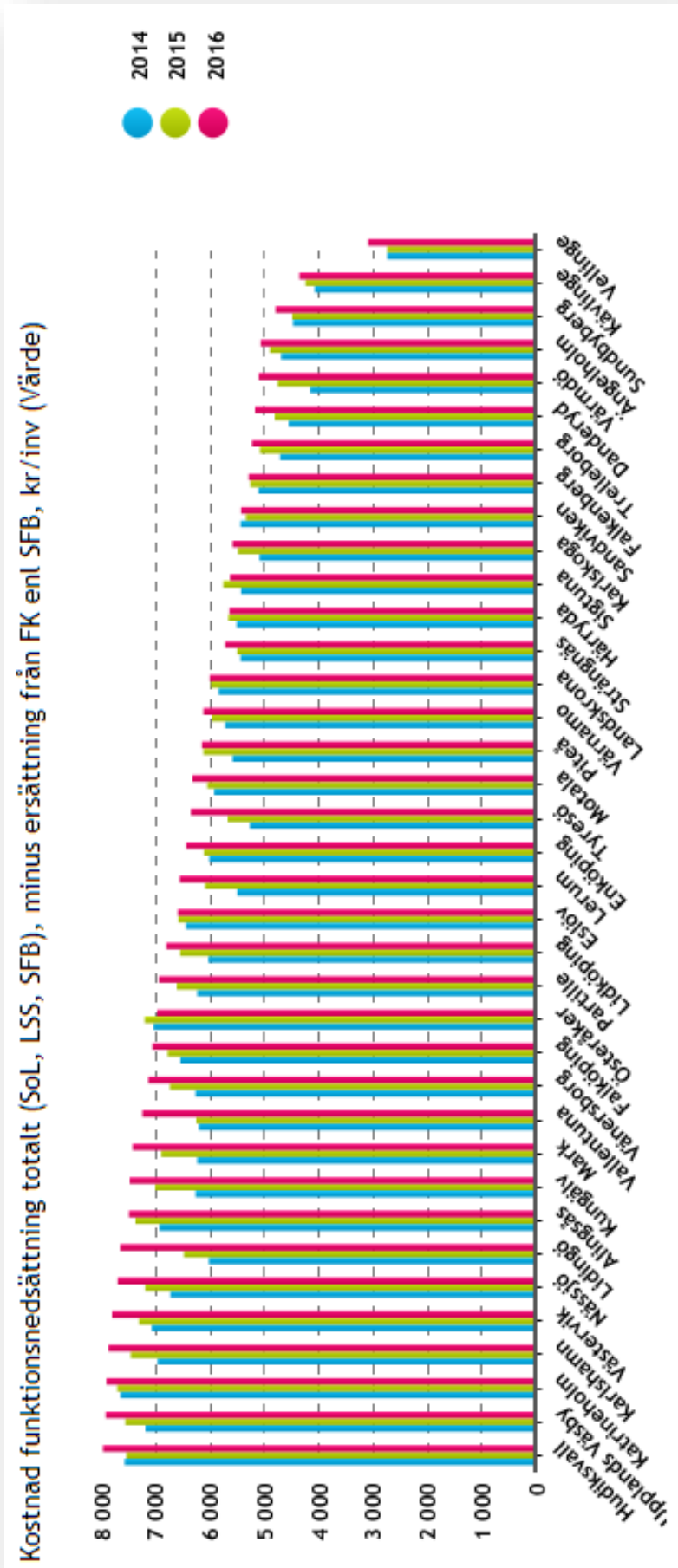
- Nämnden bör revidera aktuella riktlinjer och tydliggöra dessa. Speciellt vill vi påpeka att riktlinjerna eller vägledning för arbete med barn bör tydliggöras och det framgår att dessa beslut skall följas upp snabbt. Vi anser att kriterier för daglig verksamhet bör tydliggöras då vi idag ser att riktlinjerna ger utrymme för godtycklighet.

- Handläggarna bör få tid att arbeta fram tydliga mål i LSS-besluten. Detta kommer att innebära insatser som blir tydligare och man har en helt annan möjlighet att följa upp insatser för den enskilde individen.
- Nämnden bör arbeta fram en internkontrollplan som följer upp enskilda områden inom LSS. Internkontrollplanen bör inriktas mot att följa upp verksamheten och myndighetsutövningen.

Bilaga 1



Bilaga 2



2018-01-30

Rebecka Hansson

Uppdragsledare

Tommy Nyberg

Projektledare



Vård- och omsorgsnämnden

Redovisning till IVO över åtgärder utifrån verksamhetstillsyn

Vård- och omsorgsförvaltningens förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden ställer sig bakom förvaltningens svar med redovisning över åtgärder utifrån verksamhetstillsyn och översänder det till Inspektionen för vård och omsorg (IVO).

Sammanfattning av ärendet

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) har genomfört en verksamhetstillsyn avseende det systematiska kvalitetsarbetet i äldreomsorgen. Tillsyn gjordes med anledning av iakttagelser som IVO gjort i tidigare ärenden. IVO har bl.a. granskat intern samverkan, rutiner för avvikelshantering inklusive processer gällande lex Sarah och utredning av vårdskador.

I beslut den 8 mars 2018 har IVO ställt följande krav på åtgärder:

Vård- och omsorgsnämnden ska säkerställa:

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

Redovisning av vidtagna åtgärder ska ha inkommit till IVO senast den 1 maj 2018. IVO begär samtidigt att få ta del av resultatet av den uppföljning som skett av den nya organisationen.

Av vård- och omsorgsförvaltningens svar framgår följande:

- Det pågår många olika förbättringsåtgärder parallellt, som rör det som dessa tre krav utgör och att förvaltningen har hört sammat IVO:s framhållan om vikten av att nämnden intensifierar utvecklingen och implementeringen av ledningssystemet.
- Det fortfarande finns några frågetecken kring samverkan, samsyn och prioriteringsordning kring vidareutvecklingen av kvalitetsledningssystemets uppbyggnad och att ytterligare samordning krävs.
- Vård- och omsorgsförvaltningen kommer i sitt svar att bifoga en plan för uppföljning av den nya ledningsorganisationen som infördes maj 2017.



Ärendets handlingar

- IVO:s beslut 2018-03-08 (Dnr 8-5-15860/2017-37)

Vård- och omsorgsförvaltningens svar på IVO:s krav

Att det finns processer och rutiner i verksamheten för en fungerande informationsöverföring mellan hälso- och sjukvårdspersonal och omvårdnadspersonal samt att dessa processer och rutiner efterlevs

I de skäl som IVO hänvisar till för beslutet, samt i de protokoll som skrivits vid intervjuerna av personal och chefer vid tillsynen i slutet av augusti 2017, framkommer flera olika delar som ligger till grund för detta krav:

1. Det har funnits skillnader i hur väl informationsöverföringen fungerar på olika enheter/olika verksamheter.
2. Omvårdnadspersonal och legitimerad personal var vid tillsynen samstämmiga kring att verksamhetssystemet i sin dåvarande utformning och funktion var svårt att arbeta i och inte fungerade fullt ut för att säkerställa säker informationsöverföring. Detta ser förvaltningsledningen är på grund av a) felaktigt användande/bristande utbildning och b) brister i själva systemets konfiguration/behörigheter.
3. Personal, framförallt inom hemtjänsten, upplevde vid tillsynen att de inte har tid att dokumentera – det finns stora skillnader i förutsättningar att hantera informationsöverföring.

Utvecklingsarbete med rutiner och riktlinjer kring samverkan

Rutin för samverkan i olika forum inom vård- och omsorgsförvaltningen:

Rutinen gäller både särskilt boende och hemtjänst, och finns upprättad från och med 2017-11-07. Där framgår de samverkansformer som är aktuella för informationsöverföring. Rutinen är alltså förhållandevis ny och arbetet pågår med att förankra den i verksamheterna. Vid uppdatering av rutinen är det viktigt att titta på vilka funktioner som skall ingå i de olika forumen.

Enligt rutinen har man implementerat *avstämningsmöten* varje vecka på särskilt boende för äldre (SBÄ). Vid avstämningsmötena ligger fokus på att diskutera gemensamma strategier för verksamhetsutveckling på en övergripande nivå. Dessa möten ska äga rum minst en gång per månad. Vid behov kan de ske oftare.

Utöver detta finns *teamträffar* inom både SBÄ och hemtjänst, där sjuksköterskor, fysioterapeut, arbetsterapeut samt kontaktpersonal för utvalda brukare träffas en gång per månad. På teamträffarna samverkar professionerna på individnivå, dvs. man diskuterar enskilda brukare mer djupgående. Rutinen för teamträffar har uppdaterats. Det finns också *temamöten* två gånger per termin för SBÄ där sjuksköterska, medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS), enhetschefer för sjuksköterskorna, enhetschefer för verksamheterna samt verksamhetschef hanterar gemensamma utvecklingsområden på ett övergripande plan.



Förutom *arbetsplatsträffar* sker också *verksamhetsmöten* där anställda på enheten diskuterar arbetsätt, rutiner, verksamhetsutveckling och ombudsfrågor. Sjuksköterska skall delta på dessa möten. *Kvalitetsråd* hålls inom verksamheterna en gång per månad där enhetschef och omvårdnadspersonal hanterar avvikelser, åtgärder och riktlinjer. Det finns även kvalitetsråd i en annan form som rör lex Sarah-utredare/MAS och verksamhetschef för myndighets- och specialistfunktionen. Där hanteras lex Sarah- och lex Mariautredningar. Slutligen finns *chefsforum* tre gånger per termin som är ett gemensamt möte för samtliga enhetschefer och rör förvaltningsgemensamma utvecklingsområden.

Det som ännu saknas i denna rutin är bland annat de *handledningstillfällen*, där arbetsterapeuter och fysioterapeuter träffar omvårdnadspersonal, och där områdesansvarig sjuksköterska medverkar i mån de har möjlighet. Dessa handledningstillfällen skall föras in i rutinen vid uppdatering.

Enligt verksamhetschef för SBÄ finns det nu fungerande informationsöverföring mellan hälso- och sjukvårdspersonal och omvårdnadspersonal på särskilt boende. Till stor del så består detta i att sjuksköterskor och omvårdnadspersonal träffas, då sjuksköterskorna besöker varje avdelning varje dag. Sjuksköterskor och enhetschefer har daglig kontakt, då man ofta sitter fysiskt nära varandra i lokalerna.

I samtal med en områdesansvarig sköterska inom hemtjänsten 2018-03-26 framkommer att denna upplever att det finns många olika kontaktvägar. Sjuksköterskan använder sig av möjligheten till *rapporttid* som finns på förvaltningen för att träffa personal inom hemtjänsten. Enheterna på hemtjänst har möjlighet att i samråd själva komma fram till hur rapporttiden bäst skall användas och förläggas, men den grundläggande rapporttiden är en kvart per personal och dag. Ett fortlöpande arbete med att implementera detta på bästa sätt pågår.

Andra riktlinjer och rutiner inom detta område, som förvaltningen fortlöpande arbetar med att implementera, är *Riktlinjer för hur och när sjuksköterska/läkare skall kontaktas* 2017-06-22. I riktlinjen finns också en grundläggande instruktion för kommunikationsstrukturen SBAR. En liknande rutin som gäller arbetsterapeut och fysioterapeut är under framtagande. Dessutom har riktlinjer för suicid och psykisk ohälsa m.fl. tagits fram av MAS under våren 2018.

I samband med dessa riktlinjer påbörjas också arbete med att ta fram rutiner i samarbete mellan MAS, utredare SoL och förvaltningsledning.

Dokumentation i patientjournal, genomförandejournal SoL samt vårdplaner

Områdesansvarig sjuksköterska på hemtjänsten tar upp diskussionen kring huruvida omvårdnadspersonals arbete skulle förenklas om personalen även fick tillgång till patientjournalerna. Detta är också ett återkommande ämne i de protokoll som förts vid IVO:s tillsyn. Utifrån diskussioner med förvaltningsledningen framkommer att den modell som nu finns för skriftlig dokumentation mellan baspersonal och legitimerad personal kommer att fortsätta gälla. Det är alltså inte aktuellt med att öppna upp behörigheter för undersköterskor i patientjournal i nuläget. Detta med hänvisning till gällande föreskrifter inom patientsäkerhetslagstiftningen. Den tillgång som bas-



personal har i verksamhetssystemet Treserva till patientjournal skall alltså fortsätta ske via vårdplaner. Detta innebär i praktiken att legitimerad personal skriver vårdplaner och kommunikation kring befintliga HSL-insatser sker där. Om baspersonal behöver nå SSK med information så sker detta via anteckningar i befintliga vårdplaner enligt de instruktioner som finns i den. Baspersonal får annars söka legitimerad personal via telefon eller meddelandefunktionen i verksamhetssystemet. Både för legitimerad personal och omvårdnadspersonal har utbildningsinsatser skett, och kommer att fortsätta ske, kring hantering av vårdplaner och kontakt mellan omvårdnadspersonal och legitimerad personal i verksamhetssystemet.

Fler utförda åtgärder

- Samarbete mellan utredare/kvalitetsutvecklare och legitimerad personal i social dokumentation i syfte att utbilda/sprida information via *dokumentationsstödjarna* på enheterna. Två vidareutbildningstillfällen för dokumentationsstödjare skedde i början av februari 2018, där även legitimerad personal deltog. Utbildningarna följdes upp med en träff för enhetschefer och verksamhetschefer där det som framkommit från verksamheterna följdes upp. En utbildning för nya dokumentationsstödjare kommer att hållas i maj 2018, då gruppen utökas kontinuerligt med nya personer från olika enheter.
- Skapandet av en *dokumentationsgrupp för legitimerad personal* i syfte att säkerställa kvalitet på vårdplaner och patientjournaler, samt att all legitimerad personal skall arbeta lika. Denna grupp har under 2018 träffats två gånger och det finns möten inbokade var sjätte vecka under 2018. Arbetet i denna grupp kommuniceras även med utredare/kvalitetsutvecklare inom SoL.
- Kvalitetsutvecklare/utredare har påbörjat ett arbete med kvalitetsgranskning av SoL-dokumentation som helhet, genomförandeplaner samt genomförandejournaler, där vårdplaner och användandet av dessa också tas upp. Detta sker dels genom att utredarna och MAS själva genomför stickprover på social dokumentation, men främst genom att dokumentationsstödjarna lär sig granska dokumentationen på sina enheter. Statistik från dessa granskningar sammanställs av utredare och ligger till grund för vidareutbildningar samt arbetas med av enhetschefer och dokumentationsstödjare på respektive enhet.
- Verksamhetsområdet HSL har initierat två journalgranskningar under 2018, och vidareutbildningar för legitimerad personal kommer att ske under hösten utifrån journalgranskningen som sker under våren.
- Samverkansgrupp där utredare som ansvarar för att utveckla den sociala dokumentationen, ledningsgrupp för HSL samt IT-ansvarig medverkar.
- Arbetet med att ta fram nya, och uppdatera befintliga, rutiner och riktlinjer enligt kvalitetsledningssystemet fortsätter under 2018.
- Introduktionen för nyanställda chefer har setts över.



Att verksamhetens processer och rutiner för egenkontroll är kända av ansvarig personal och att dessa processer och rutiner efterlevs

IVO konstaterar i sina skäl till kravet att det ”råder delade meningar kring hur egenkontroller sker i verksamheterna” när tillsynen genomförs. Förvaltningsledningen har under slutet av 2017 och början av 2018 arbetat med att förtydliga egenkontrollen med hjälp av tydliga *årshjul* som skall vara till stöd för enhetscheferna och rapporteringen av den i programverktyget Stratsys. I Stratsys pågår även arbete med att det skall finnas instruktioner för hur enhetscheferna fyller i egenkontrollen. Under första halvan av 2018 kommer detta att synas i månadsrapporteringen, då det är en pågående implementering.

Verksamhetschef för särskilt boende äldre (SBÄ) menar att förvaltningen i nuläget börjar komma till att enhetscheferna inte kan fylla i sin *månadsrapport* om man inte har gjort det som ingår i egenkontrollen. Månadsrapporten innebär i så fall en kvalitetssäkring av att egenkontrollen utförs.

På verksamhetsområdet SBÄ har man infört *rutinpärmar* där egenkontrollen finns med, och målet är att dessa skall anpassas för olika förutsättningar samt vara helt i fullt bruk inför sommaren 2018. Verksamhetsområdena har under slutet av 2017 samt början av 2018 haft uppdrag att fortsätta arbetet med att kartlägga *processerna* inom sina områden och arbetar med att ta fram *processbeskrivningar* för dessa. Kvalitet och egenkontroll stäms av regelbundet på ledningsgrupperna med enhetschefer och verksamhetschef och i andra forum enligt rutinen för samverkansforum.

Utifrån SOSFS 2011:9 har utredare och kvalitetsutvecklare på förvaltningen kartlagt *processer och processägare* inom områdena avvikelshantering, synpunkter och klagomål, lex Sarah samt riskanalys. Arbeta pågår med att på ett överskådligt sätt implementera och använda dessa kartläggningar och beskrivningar som processkartor för att de skall kunna förankras i verksamheten på bästa sätt, på alla nivåer, för att göra alla personal mer delaktig i den systematiska kvalitetsuppföljningen.

Vidare kommer kvalitetsutvecklare/utredare och MAS i samverkan enligt internkontrollplanen för 2018 att ta fram nya rutiner och verktyg för både *dag- och nattinspektion* på enheterna. Tidigare har förvaltningen gjort nattinspektion en gång om året, med huvudsaklig inriktning på att kvalitetssäkra hälso- och sjukvårdsrutiner. Denna nattinspektion genomfördes senast i november 2017. MAS och utredare samverkar för att analysera resultatet. Utifrån önskan från förvaltningsledning och nämnd kommer perspektivet för dag- och nattinspektion att breddas för att innehålla en mer långtgående balans av SoL, LSS och HSL.

Inspektionerna kommer framöver att ske under något annorlunda former. Detta för att ytterligare kvalitetssäkra implementering av riktlinjer och rutiner, samt för att följa upp kompetensutveckling av personal i samband med att nya rutiner införs eller att gamla uppdateras.

För 2017 har en *Kvalitetsberättelse* skrivits, enligt SOSFS 2011:9 och enligt förvaltningens styrdokument för kvalitetsledningssystem.



Under området egenkontroll ligger även flera åtgärder som nämns på andra ställen i detta svar, gällande exempelvis kvalitetsgranskning av dokumentation, journalgranskning inom HSV samt introduktion och vidareutbildning av enhetschefer och omvårdnadspersonal inom dokumentation och avvikelshantering.

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

IVO hänvisar i sitt beslut skälen till detta krav:

1. Det framkommer att det funnits skillnader i hanteringen av avvikelser mellan olika enheter/verksamheter.
2. Det framkommer att viss personal upplevt en osäkerhet kring att rapportera avvikelser.
3. Rapportering, bedömning, analys och uppföljning av avvikelser har inom många delar av förvaltningen varit bristfällig på grund av: a) bristande systematik b) bristande kunskap kring praktisk hantering.

Avvikelsehanteringen i verksamhetssystemet

Rutinen för avvikelser rörande SoL och LSS och hantering av lex Sarah har uppdaterats i februari 2018, och kommer att uppdateras igen i samband med att *ny uppdaterad avvikelshanteringsmodul* för chefer i verksamhetssystemet läggs på i maj 2018. I samband med detta uppdateras även riktlinje för avvikelser som rör hälso- och sjukvård under april 2018. Även de områden och aktiviteter som ingår i den systematiska avvikelshanteringen har reviderats och en ny lista med förklaringar kring definitionerna på avvikelser har tagits fram och publiceras under april 2018. Inför uppdateringen i verksamhetssystemet finns utbildningar av enhetschefer inbokade på ledningsgrupper under april, dels i hur man rent praktiskt hanterar avvikelser i systemet och dels utifrån att öka förståelsen kring hur man systematiskt arbetar med avvikelshantering och analys och sammanställning av avvikelser utifrån kvalitetsledningssystemets olika delar. Utredare kommer även att ha möjlighet att besöka enhetschefer för att tillsammans med dem bearbeta och avsluta äldre avvikelser, ofta sådana som lämnats öppna av tidigare chefer.

Internkontrollplanen

Controller och förvaltningschef har under 2018 valt att ha med avvikelshanteringen i *internkontrollplanen*. Ett exceldokument där statistik kring avvikelserna lättare kan hanteras har tagits fram av controllern, där det tydligt syns andel ej hanterade avvikelser per olika kriterier, till exempel enhet eller avvikelseorsak. I planen har man delat upp interkontrollen av avvikelser i två delar – dels att enhetschefer analyserar och rapporterar månadsvis och verksamhetschefer sammanställer tertialsvis, dels att utredare på lednings- och verksamhetsstöd går igenom SoL- och LSS-avvikelser månadsvis för att se eventuella övergripande mönster. Denna utredare återkopplar sedan detta till förvaltningschef, samt bevakar att alla avvikelser som av baspersonal ansetts kunna vara föremål för en lex Sarah-utredning (dvs. "lex Sarah-rapport") hantearas utifrån föreskrifterna för lex Sarah. Utredare har numera tillgång till verksamhetssystemet, vilket var en brist som påpekades vid tillsynen. Det är tydligt att ytterligare samverkan mellan MAS och utredare behöver ske kring vidare arbete med avvikelshanteringen.



Ett exempel på mönster som framkommit tidigare är problem med trygghetslarmen i kommunen, vilket har lett till ett arbete gentemot leverantören av dessa för att kvalitetssäkra dem under slutet av 2017, vilket lett till att antalet avvikelser kopplade till trygghetslarm sjunkit. I och med analys av avvikelser nu, samt lex Sarah utredningar, har det blivit tydligt att hanteringen av dörrlarm och rörelselarm måste kvalitetssäkras och arbetet med detta har påbörjats.

Processbeskrivning

Kvalitetsutvecklare och utredare har tagit fram en överskådlig processbeskrivning för avvikelshantering, som kommer att utvecklas vidare i samverkan med MAS samt implementeras i samband med vidareutbildning av chefer samt senare också med baspersonal under 2018. Även processbeskrivning för lex Sarah har tagits fram för att förtydliga denna process.

Vidareutbildning av baspersonal

Vikten av att göra det tydligt när och hur man som omvårdnadspersonal eller legitimerad personal skriver avvikelser framkommer i protokollen från IVO:s tillsyn. Det är tydligt att arbetet med att förbättra förståelsen kring avvikelshantering behöver fortsätta även med baspersonal. En plan för detta ska tas fram, men det kommer att ske efter vidareutbildning av chefer, då fokus i nuläget ligger på att implementera analys och uppföljning.

Resultatet av den uppföljning som skett av den nya organisationen

I de protokoll som skrivits av IVO vid tillsynen 2017-08-30 och 31 framkommer att det inte finns någon gemensam upplevelse hos de intervjuade att omorganisationen av ledningsstrukturen i någon högre grad lett till de positiva konsekvenser som hänvisas till i risk- och konsekvensanalysen som gjordes inför omorganisationen. Det är dock så att själva omorganisationen gjordes 2017-05-01, och då hade det endast gått tre månader vid tillsynen så hänvisar man till att organisationen ännu inte hunnit "sätta sig". Bland flera av de enhetschefer som intervjuas vid tillsynen finns upplevelsen att uppdraget som enhetschef inte varit fullt ut beskrivet. Förvaltningen kommer i bilaga till svaret att presentera en plan för att genomföra en systematisk uppföljning där enhetschefer, verksamhetschefer samt övrig personal på olika nivåer inom organisationen får möjlighet att redovisa vilka effekter de upplevt av omorganisationen.

Förvaltningens bedömning

Vård- och omsorgsförvaltningen ser att kraven är rimliga utifrån det som framkom under IVO:s tillsyn när inspektionen genomfördes i slutet av augusti 2017. Främst gällande informationsöverföring mellan legitimerad personal och omvårdnadspersonal, samt avvikelshanteringen.

IVO bedömer i sina skäl för beslutet att "ett för äldreomsorgen anpassat ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete håller på att utvecklas inom nämndens ansvarsområde", redan då tillsynen gjordes. IVO skriver också att det "pågår ett aktivt arbete med att utveckla ledningssystemets alla delar parallellt med varandra och att det inte är klart". IVO framhåller "vikten av att nämnden intensifierar arbetet med utvecklingen



och implementeringen av ledningssystemets alla delar i enlighet med gällande bestämmelser”.

Arbetet med att implementera ledningssystemet har intensifierats sedan tillsynen, både vad det gäller systematisk kvalitetsuppföljning och utifrån rena verksamhetsprocesser. Olika delar av verksamheten har kommit olika långt i kvalitetsutvecklingsarbetet, men förvaltningen redovisar i detta svar till IVO alla åtgärder som vidtagits sedan IVO:s tillsyn. Tyngdpunkten har legat på att uppdatera och se över riktlinjer och rutiner, och parallellt med detta sker utbildningsinsatser och andra åtgärder inom:

- Social dokumentation, vårdplaner och informationsöverföring
- Forum för samverkan mellan olika lagrum
- Beskrivning och förtydligande av processer och processägare utifrån SOSFS 2011:9, samt tillgång för all personal till dessa processbeskrivningar i överskådlig form på intranätet
- Rapportering avseende egenkontroll och systematisk kvalitetsuppföljning
- Avvikelsehantering

Alla dessa åtgärder syftar till att uppnå ytterligare samstämmighet och för att på ett systematiskt, samordnat sätt fortsätta kvalitetsarbetet.

En plan för systematisk uppföljning av den nya ledningsorganisationen kommer att bifogas svaret till IVO.

Susanna Kullman
Tf. förvaltningschef/
Verksamhetschef myndighets- och specialistfunktion

Lars Carlberg
Utredare

Beslutet skickas till: IVO, akten

Dnr VON / 2017:34 - 709

Hnr 2018:319

Kopia: VON ordf, vice ordf VON, VON, LGR,
MAS, Lex-Sarah team

Vård- och omsorgsnämnden
Katrineholms kommun
641 80 Katrineholm

Ärendet

Verksamhetstillsyn avseende det systematiska kvalitetsarbetet i äldreomsorgen i Katrineholms kommun.

Inspektionen för vård och omsorg, IVO, har initierat en tillsyn inom äldreomsorgen med anledning av iakttagelser som IVO gjort i tidigare ärenden. I tillsynen har IVO granskat bl.a. intern samverkan, rutiner för avvikelshantering inklusive processer och rutiner gällande lex Sarah och utredningar av vårdskador.

Beslut

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) ställer följande krav på åtgärder. Vård- och omsorgsnämnden ska säkerställa:

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

Redovisning av vidtagna åtgärder ska ha inkommit till IVO senast den 1 maj 2018. IVO begär samtidigt att få ta del av resultatet av den uppföljning som skett av den nya organisationen.

Skälen för beslutet

IVO:s tillsyn har visat följande.

- Ett arbete pågår med att utveckla ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete anpassat för äldreomsorgen.
- Det pågår ett förbättringsarbete avseende intern samverkan.
- Det finns brister när det gäller informationsöverföringen mellan olika yrkeskategorier.
- Roller och ansvar för verksamhetens egenkontroll behöver tydliggöras.
- Processer och rutiner för verksamhetens avvikelshantering behöver struktureras och implementeras i verksamheten.

IVO bygger sin bedömning på yttranden lämnade av nämnden samt uppgifter som lämnats av personal och förvaltningsledning vid inspektion den 30-31 augusti och 7 november 2017.

Ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete är under utveckling

IVO bedömer att ett för äldreomsorgen anpassat ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete håller på att utvecklas inom nämndens ansvarsområde. Den nya organisationen som trädde i kraft den 1 maj 2017 innebar bl.a. förändrade ansvarsområden för chefer samt nya samverkansformer för att förbättra den interna samverkan inom äldreomsorgens organisation.

Vid intervju med förvaltningsledningen framkom att det pågår ett aktivt arbete med att utveckla ledningssystemets alla delar parallellt med varandra och att det inte är klart. Mycket av arbetet som behövde göras var att ta fram gemensamma rutiner och riktlinjer och arbeta mer lika i hela organisationen. Större delen av detta arbete förväntades vara klart till årsskiftet 2017/18. Detta gällde dock inte processer och rutiner inom hälso- och sjukvården som förväntades ta längre tid.

IVO framhåller vikten av att nämnden intensifierar arbetet med utvecklingen och implementeringen av ledningssystemets alla delar i enlighet med gällande bestämmelser.

Enligt 3 kap. 1 § i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete ska vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst ansvara för att det finns ett ledningssystem för verksamheten. Ledningssystemet ska användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet. Enligt 3 kap. 2 § SOSFS 2011:9 ska vårdgivaren och den som bedriver socialtjänst, med stöd av ledningssystemet planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten. Ledningssystemet ska enligt 4 kap 1 § i samma SOSFS anpassas till verksamhetens inriktning och omfattning. Ur patientsäkerhetssynpunkt är det angeläget att processer och rutiner uppdaterade till gällande lagstiftning inom hälso- och sjukvårdsområdet tas fram.

Enligt 6 kap.1 § SOSFS 2011:9 ska vårdgivaren och den som bedriver socialtjänst säkerställa att verksamhetens personal arbetar i enlighet med processerna och rutinerna som ingår i ledningssystemet. IVO har i sin tillsyn uppmärksammat att personalens kunskap och följsamhet till verksamhetens processer och rutiner måste förbättras för att säkra verksamhetens kvalitet. T.ex. uppgav såväl hemtjänstpersonal och sjuksköterskor i hemsjukvården att man inte arbetade med riskbedömningar m.m. i kvalitetsregistren Senior alert och BPSD (Svenskt register för beteendemässiga och psykiska symtom vid demens) enligt rutin. Vidare menade enhetscheferna för den legitimerade personalen att de hade fått indikationer på att

omvårdnadspersonal inte kände till rutinerna för hälso- och sjukvården då de var svåra att hitta på kommunens intranät.

I yttrande till IVO anger nämnden att en första uppföljning av den nya organisationen ska genomföras efter sex månader. Vid intervju med ledningen 7 november 2017 uppgavs att en diskussion om uppföljning påbörjats men någon tidsplan hade inte fastställts. Med hänsyn till att nämnden uppgivit att den nya organisationen ska ge bättre förutsättningar för ledning och styrning av samt samverkan i verksamheten önskar IVO ta del av denna uppföljning.

Processer och rutiner för intern samverkan har tagits fram men inte implementerats till fullo i verksamheten

IVO bedömer att det finns ett pågående förbättringsarbete avseende intern samverkan. Vid intervjuer med omvårdnadspersonal och hälso- och sjukvårdspersonal från särskilt boende och hemvård/hemsjukvård framgick att teamträffar sker kontinuerligt men kan ha olika upplägg beroende på verksamhet. Många upplevde att systematik i samverkan saknades. Det framkom också vid intervjuerna att samverkan mellan sjuksköterskor och omvårdnadspersonal (såväl hemtjänst som särskilt boende) var bristfällig. De träffades i princip aldrig och kommunikation kunde bl.a. ske via lösa lappar. Vid intervju med förvaltningsledningen framkom att det pågår ett arbete för att ta fram rutiner för olika mötesformer i syfte att det ska se lika ut oavsett i vilken verksamhet man arbetar. Dock har det varit en stor omsättning på chefer i organisationen som inneburit en fördröjning av utvecklingsarbetet med ledningssystemet och organisationen.

Vård- och omsorgsnämndens ansvar för att ta fram processer och rutiner för samverkan som säkerställer kvaliteten i verksamheten framgår av 4 kap. 5 och 6 §§ Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

Det finns brister i verksamhetens informationsöverföring

IVO bedömer att informationsöverföring mellan olika personalgrupper brister. Uppfattningen bland intervjuad omvårdnadspersonal och legitimerad personal om vilken dokumentation som respektive grupp kunde ta del av och hur information skulle överföras i verksamhetens it-system skiljde sig åt. IVO menar att brister i informationsöverföring mellan personal skulle kunna leda till allvarliga konsekvenser för enskilda som får vård och omsorg i äldreomsorgen. Det finns klara risker för att nödvändiga åtgärder inte vidtas och att effekten av dessa inte följs upp. Dock menar IVO att mer dokumentation inte nödvändigtvis leder till en bättre vård och omsorg men att det är viktigt med rätt information vid rätt tillfälle. Detta är särskilt viktigt i en organisation där skriftlig informationsöverföring inte kompletteras med muntlig informationsöverföring. När det gäller muntlig överrapportering framkom vid intervjuerna att det förekom stora

skillnader i hur och om muntlig överrapportering användes för att säkra informationsöverföringen mellan olika arbets- och yrkesgrupper. Enligt bestämmelsen i 11 kap. 5 § socialtjänstlagen, SoL ska bl.a. genomförande av beslut om stödinsatser dokumenteras. Dokumentationen ska utvisa beslut och åtgärder som vidtas i ärendet samt faktiska omständigheter och händelser av betydelse. Av 3 kap. 6 § patientdatalagen (2008:355) framgår bland annat att en patientjournal ska innehålla de uppgifter som behövs för en god och säker vård av patienten.

Av 4 kap. 1-2 §§ PDL framgår att den som arbetar hos en vårdgivare får ta del av dokumenterade uppgifter om en patient endast om han eller hon deltar i vården av patienten eller av annat skäl behöver uppgifterna för sitt arbete. Det är upp till varje vårdgivare att bestämma villkoren för tilldelning av behörigheter för åtkomst till uppgifter i journalerna. Behörigheterna ska begränsas till vad som behövs för att den enskilde personalen ska kunna fullgöra sina arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvården. IVO menar dock att dokumentationen måste ses som ett arbetsverktyg som ger personalen möjlighet att följa åtgärder och händelser av betydelse. Det är bland annat genom dokumentationen som personalen kan bedöma om vidtagna åtgärder fått avsedd effekt. Omvårdnadspersonal och hälso- och sjukvårdspersonal beskrev samstämmt vid intervjuerna att dokumentationssystemet är svårt att arbeta i och att det inte fungerar bra för informationsöverföring. Omvårdnadspersonalen kan inte läsa i enskildas hälso- och sjukvårdsjournal utan endast vårdplaner som är upprättade. Den intervjuade nattpersonalen uppgav att de inte kan läsa några vårdplaner alls.

Omvårdnadspersonal uppgav att legitimerad personal kan läsa omvårdnadspersonalens dokumentation om de väljer att dokumentera under ett särskilt sökord som heter "hälsotillstånd". I intervjuerna med legitimerad personal framkom dock motstridiga uppgifter. Den ena gruppen som intervjuades uppgav att de kan läsa omvårdnadspersonalens dokumentation under sökordet "hälsotillstånd" medan den andra gruppen som intervjuades uppgav att de inte kan läsa omvårdnadspersonalens dokumentation under sökordet "hälsotillstånd". De menade att det endast är i vårdplaner som de kan kommunicera med omvårdnadspersonalen via dokumentationssystemet. Dock lämpar sig inte all dokumentation för vårdplaner, t.ex. vad som diskuterats vid en rond.

Förvaltningsledningen uppgav vid intervjun att hälso- och sjukvårdspersonal visst kan läsa under "hälsotillstånd" och uppgav vidare att personalen har varit dåliga på att använda den meddelandefunktion som finns i systemet. Vidare uppgav förvaltningsledningen att nattpersonalen kan läsa de vårdplaner som är tilldelade dem. Systemet används inte som det är tänkt. Ledningen beskrev att personalen har fått utbildning vid flera tillfällen och

särskilda spjutspetsar har utbildats utöver detta. Förvaltningsledningen uppgav att det behövs genomföras uppföljningar av personalens dokumentation. Det framkom även att omvårdnadspersonalen sällan dokumenterar. Det har genomförts en utbildning för enhetschefer i verksamheterna gällande verksamhetssystemet för att de ska kunna ta ett större ansvar för dokumentationen i sina verksamheter.

Roller och ansvar för verksamhetens egenkontroll behöver tydliggöras

IVO kan konstatera att det råder delade meningar kring hur egenkontroller sker i verksamheterna. Roller och ansvar för verksamhetens egenkontroll behöver därför förtydligas så att verksamheten uppfyller kravet på egenkontroller i 5 kap. 2 § i SOSFS 2011:9. Där framgår att vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst ska utöva egenkontroll. Egenkontrollen ska göras med den frekvens och i den omfattning som krävs för att vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst ska kunna säkra verksamhetens kvalitet.

De intervjuade enhetscheferna uppgav att de inte har något tydligt uppdrag eller att det finns någon övergripande plan för egenkontroll. Dock uppgav cheferna att de ska börja redovisa månadsvis till nämnden gällande bl.a. antalet genomförandeplaner som är uppdaterade. Förvaltningsledningen uppgav vid intervjun att verksamheterna har rutin för egenkontroller och att det genomförs kontinuerligt. En del av egenkontrollen är journalgranskning, förekomst av genomförandeplaner m.m. Sedan september 2017 ingår egenkontrollen som en del i månadsrapporten för att snabbt uppmärksamma eventuella brister. Det som redovisas i rapporten är bl.a. egenkontroll av dokumentation, genomförandeplaner, riskanalyser, kvalitet o.s.v.

Verksamhetens arbete med avvikelser behöver struktureras och implementeras

IVO bedömer att verksamhetens avvikelshantering behöver struktureras upp samt att roller och ansvar för samtlig personal i organisationen behöver förtydligas. Av 5 kap. 3 § SOSFS 2011: 9 framgår att den som bedriver verksamhet ska ta emot och utreda klagomål och synpunkter på verksamhetens kvalitet. Vidare ska dessa klagomål och synpunkter samt rapporter lämnade av personal i enlighet med 6 kap. 4 § patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL samt 14 kap. 3 § SoL sammanställas och analyseras för att nämnden ska kunna se mönster och trender som indikerar på brister i verksamhetens kvalitet. Om resultatet av ovanstående sammanställning visar på brister i verksamheten ska nämnden enligt 5 kap. 7 – 8 § § nämnda föreskrift vidta åtgärder för att säkra verksamhetens resultat samt, om så behövs, förbättra verksamhetens processer och rutiner.

Vid IVO:s intervjuer framkom olika uppgifter från samtliga intervjugrupper kring hur hantering av avvikelser fungerar i de olika

verksamheterna. Några uppgav att det inte finns någon tydlighet alls medan andra ansåg att det tydligt framgår hur man hanterar avvikelser. Det framkom också olika uppgifter om hur ofta man skriver en avvikelserapport. Det ser också olika ut huruvida personalen får återkoppling. Några av de intervjuade sjuksköterskorna uppgav att det inte finns någon systematik i avvikelshanteringens gällande rapportering, återkoppling och åtgärder.

Vid intervjun med förvaltningsledningen framkom att det pågår ett förbättringsarbete där bl.a. medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och utredarna ska genomföra uppföljningar tillsammans. Dagordningen vid förvaltningsledningens möten har ändrats så att avvikelser ska tas upp.

Underlag

- Patientsäkerhetsberättelse för hälso- och sjukvården 2016
- Redovisning av avvikelser för 2016
- Beskrivning av vård- och omsorgsförvaltningens organisation
- Riktlinjer och rutiner för verksamheten
- Protokoll förda vid inspektion
- Yttranden på protokoll

Ytterligare information

En omorganisation trädde i kraft den 1 maj 2017 för att bl.a. tydliggöra ansvarsrollerna och förbättra den interna samverkan. Ett chefsled togs bort där syftet var att arbeta med ett mer närvarande ledarskap samt att enhetschefer och förvaltningsledning ska arbeta mer nära varandra.

Tidplan för uppföljning av omorganisationen skulle tas fram i samverkan med fackliga organisationer.

Beslut i detta ärende har fattats av enhetschefen Birgitta Johannesson I den slutliga handläggningen har inspektörerna Katarina Bone, Kerstin Nilsson och Ingemar Wegfors deltagit. Inspektören Lena Nyberg har varit föredragande.

För Inspektionen för vård och omsorg


Birgitta Johannesson


Lena Nyberg



Vård- och omsorgsnämnden.

Kvalitetsberättelse 2017 för vård- och omsorgsförvaltningen

Vård- och omsorgsförvaltningens förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden lägger redovisningen till protokollet.

Sammanfattning av ärendet

Enligt gällande riktlinje för avvikelshantering inom vård- och omsorgsförvaltningen i Katrineholms kommun ska vård- och omsorgsförvaltningen årligen redovisa en sammanställning av samtliga avvikelser, ärenden enligt lex Sarah och Lex Maria samt tillsynsärenden från Inspektionen för vård och omsorg.

Inkomna avvikelser ska sammanställas och analyseras för att kunna se mönster eller trender som indikerar brister i verksamhetens kvalitet.

Den årliga redovisningen av olika former av avvikelser syftar till att vara en del av det ständigt pågående förbättringsarbetet. Den ska ge en helhetsbild av olika avvikelser och visa på kvalitetsförbättrande åtgärder som vidtagits och behöver vidtas för att säkra verksamhetens kvalitet.

Ärendets handlingar

- Kvalitetsberättelse för år 2017, 2018-04-16

Susanna Kullman
Förvaltningschef/Verksamhetschef
myndighets- och specialistfunktion

Lars Carlberg
Utredare

Beslutet skickas till: Ledningsgrupp, Communis, akten

Kvalitetsberättelse 2017

Vård- och omsorgsförvaltningen

Datum: 2018-04-16

Dnr VON/2018:22-700

Handläggare: Johanna Flood, Lars Carlberg, Jens Thomsen

Innehållsförteckning

INNEHÅLLSFÖRTECKNING.....	2
INLEDNING	3
<i>Bakgrund.....</i>	<i>3</i>
EGENKONTROLL	4
<i>Brukarundersökningar</i>	<i>4</i>
<i>Intern brukarundersökning.....</i>	<i>4</i>
<i>Nationella brukarundersökningen för funktionsnedsättningsområdet</i>	<i>4</i>
<i>Nationella brukarundersökningen Vad tycker de äldre om äldreomsorgen</i>	<i>7</i>
<i>Hemtjänst</i>	<i>8</i>
<i>Särskilt boende äldre.....</i>	<i>10</i>
<i>Öppna jämförelser</i>	<i>11</i>
<i>Enhetsundersökning LSS</i>	<i>11</i>
<i>Enhetsundersökning äldreomsorgen</i>	<i>11</i>
<i>Kommunens Kvalitet i Korthet (KKiK).....</i>	<i>12</i>
<i>Öppna jämförelser – socialtjänst och kommunal hälso- och sjukvård.....</i>	<i>17</i>
<i>Handläggning och samverkan.....</i>	<i>17</i>
<i>LSS och SoL Socialpsykiatri.....</i>	<i>17</i>
<i>Äldreomsorg.....</i>	<i>18</i>
<i>Egna undersökningar.....</i>	<i>18</i>
<i>Kvalitetsgranskning av social dokumentation.....</i>	<i>18</i>
<i>Kvantitativ mätning av antal upprättade genomförandeplaner</i>	<i>19</i>
<i>Revisionsrapporten Redovisning och rapportering av LSS-verksamhet med fokus på myndighetsutövning.....</i>	<i>20</i>
<i>Risikanalys</i>	<i>21</i>
<i>Kvalitetsförbättrande åtgärder</i>	<i>21</i>
AVVIKELSER.....	22
<i>Kvalitetsförbättrande åtgärder</i>	<i>23</i>
KLAGOMÅL OCH SYNPUNKTER	25
<i>Kvalitetsförbättrande åtgärder</i>	<i>25</i>
RAPPORTERADE/ANMÄLDA MISSFÖRHÅLLANDEN ENLIGT LEX SARAH	26
<i>Antal rapporterade/anmälda missförhållanden enligt lex Sarah</i>	<i>26</i>
<i>Antal avvikelser som efter utredning inte betraktas som en lex Sarah.....</i>	<i>26</i>
<i>Kvalitetsförbättrande åtgärder</i>	<i>26</i>
TILLSYN FRÅN INSPEKTIONEN FÖR VÅRD OCH OMSORG (IVO)	27
ÖVRIGT	28
<i>Kvalitetsledningssystem</i>	<i>28</i>
<i>Ledningssystemets grundläggande uppbyggnad</i>	<i>29</i>
<i>Processer och rutiner</i>	<i>29</i>
<i>Samverkan.....</i>	<i>29</i>
<i>Ansvarsfördelning</i>	<i>29</i>
<i>Personalens medverkan i kvalitetsarbetet.....</i>	<i>29</i>
<i>Systematiskt förbättringsarbete.....</i>	<i>30</i>

Inledning

Bakgrund

Insatser inom socialtjänsten ska vara av god kvalitet. För utförandet av arbetsuppgifterna ska det finnas personal med lämplig utbildning och erfarenhet. Med kvalitet avses att en verksamhet uppfyller de krav och mål som gäller enligt lagar och andra föreskrifter för verksamheten samt beslut som har meddelats med stöd av sådana föreskrifter. Kvaliteten i verksamheten ska systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras.

Socialstyrelsen har gett ut föreskrifter och allmänna råd som tydliggör hur det systematiska kvalitetsarbetet ska bedrivas i verksamheter enligt Socialtjänstlagen (2001:43), SoL och verksamhet enligt Lagen (193:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS. Syftet med ett kvalitetsledningssystem är att det ska användas för att planera, leda kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten. Kvalitetsförbättrande åtgärder skall också dokumenteras, utifrån en dokumentations-skyldighet. Utifrån föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9) har ett kvalitetsledningssystem utformats för vård- och omsorgsförvaltningens verksamhet. Styrdokumentet antogs av vård- och omsorgsnämnden 25 oktober 2012. Inom ramen för ett särskilt uppdrag pågår ett arbete med fortsatt implementering inom förvaltningen.

Denna årliga redovisning presenterar:

- *Resultaten från olika undersökningar* (nationella, externa och interna), med kommentarer om orsaker till förändringar. Då detta avsnitt ingår under egenkontroll har störst vikt lagts vid att redovisa de nyckeltal som används i kommunen som indikatorer.
- *Redovisning av olika former av avvikelser*, vilket syftar till att vara en del av det ständigt pågående förbättringsarbetet. Den ska ge en helhetsbild av olika avvikelser och visa på kvalitetsförbättrande åtgärder som behöver vidtas för att säkra verksamhetens kvalitet.
- *Redovisning av synpunkter och klagomål.*
- *Redovisning av riskanalyser.*

Det som i framtiden skall ingå i kvalitetsberättelsen är även de övriga delarna av SOSFS 2011:9, som redovisas här under. I kvalitetsberättelsen 2017 berörs dessa områden mycket kortfattat.

- *Ledningssystemets grundläggande uppbyggnad*
- *Processer och rutiner*
- *Samverkan*
- *Ansvarsfördelning*
- *Personalens medverkan i kvalitetsarbetet*
- *Det systematiska förbättringsarbetet*

Egenkontroll

Fokus i kvalitetsberättelsen ligger på de övergripande undersökningar som genomförts i kommunen, och de indikatorer som svarar mot verksamhetsmålen. Under kommande år kan det också vara intressant att titta närmare på den egenkontroll som utförs mer specifikt inom varje verksamhet. Utfallet från Katrineholms Kommun har genomgående jämförts med riket som helhet, ovägda siffror. Det kan i sammanhanget vara värdefullt att även titta på vägda jämförelsetal med liknande kommuner i framtiden.

Brukarundersökningar

Intern brukarundersökning

Under 2013 och 2015 genomfördes i kommunen brukarundersökningen ”Kompassen” internt. 2017 genomfördes istället SKL:s nationella brukarundersökning som beskrivs nedan.

Nationella brukarundersökningen för funktionsnedsättningsområdet

2017 genomfördes för första gången den nationella brukarundersökningen för funktionsnedsättningsområdet i Katrineholms kommun. Undersökningen riktade sig i år mot hela funktionsnedsättningsområdet, förutom personlig assistans, där SKL i år gjorde en pilotundersökning för att prova frågorna i enkäten anpassade till detta område. Några få enkäter på personlig assistans i Katrineholms kommun gjordes, men underlaget blev för litet för att arbeta vidare med.

Enkäten genomfördes genom att speciella frågeassistenter åkte ut till brukarna till deras boenden och dagliga verksamheter/sysselsättning. Brukarna fick besvara frågorna på surfplattor, med stöd av frågeassistenter. Det fanns bildstöd, samt möjlighet att få frågorna upplästa. Många av brukarna fick även möjlighet att se hur det fungerade vid ett tidigare tillfälle, och provade på att besvara frågor på detta sätt. Metoden var förhållandevis tidskrävande för frågeassistenter. De bestod av en grupp med kvalificerade boendestödare, dokumentationsstödare och annan personal hämtade från verksamheterna. Även två utredare från myndighets- och specialistfunktionen deltog som frågeassistenter. Metoden var uppskattad av brukarna, som upplevde sig sedda. Många var stolta över att ha klarat av att besvara frågorna själva på surfplattan och att de fått möjlighet att göra sin röst hörd.

Alla brukare från både LSS och Socialpsykiatrien gavs möjlighet att svara på enkäterna. Då undersökningen rörde både boende och daglig verksamhet/arbete/sysselsättning fick många brukare svara på två enkäter. Frågorna i enkäten är anpassade efter i vilket sammanhang enkäten görs. Svarefrekvensen var på många enheter hög, på vissa enheter upp mot 100 %. Det var däremot svårt att få in resultat från Socialpsykiatrien, då särskilt boendestödet. Frågeassistenter gjorde ett stort arbete med få svar från socialpsykiatriens boenden, och en svarefrekvens på över 50 % där kan ses som ett mycket bra resultat. Under 2018 planeras enkäter riktade mot specifikt boendestödet och barn/ungdomsverksamheterna.

Det fanns också möjligheter för brukarna att kommentera sina svar på frågorna direkt i enkäten. Frågeassistenter skrev in kommentarerna, som blev ganska kortfattade.

Resultaten från undersökningen har använts som underlag för verksamhetsplanering inför 2018 på ledningsgrupp för funktionsnedsättningsområdet, samt på en planeringsdag för delar av socialpsykiatrin.

Några av frågorna har använts som indikatorer för förvaltningens uppföljning under 2017. De överensstämmer inte helt med de indikatorer som använts utifrån den tidigare brukarundersökningen Kompassen. Indikatorerna som överensstämmer med den nya undersökningen har lagts in redan för 2017. Siffrorna som rapporterats för 2017 är hämtade från sammanställningen "Brukarundersökning funktionshindrade enhetsrapport", en excel-fil som tagits fram av Rådet för främjande av Kommunala Analyser (RKA), där resultatet kan rapporteras för verksamhetsområdet som helhet. I Kolada.se kan man enbart se resultatet nedbrutet verksamhet för verksamhet, till exempel servicebostäder för sig och gruppboende för sig.

De indikatorer som använts för 2017 är:

"Andel brukare inom omsorg till personer med funktionsnedsättning som upplever att de får bestämma om saker som är viktiga för dem själva i hemmet/daglig verksamhet/sysselsättning"

2016	2017	Genomsnitt riket 2017
Ingen siffra	74 % "ja", 18 % "ibland"	76 % "ja", 19 % "ibland"

Katrineholms Kommun ligger här något under genomsnittet av de kommuner som genomfört undersökningen. Spridningen för de som svarat "Ibland" eller "Nej" sträcker sig mellan den högsta siffran 29 %, för boende med särskild service SoL, och den lägsta siffran 18 % för Servicebostad LSS.

I det nationella frågematerialet från SKL finns ingen fråga som specifikt handlar om genomförandeplan eller dokumentation av delaktighet, vilket fanns i den tidigare undersökningen "Kompassen". Det finns möjlighet att lägga till en sådan fråga till kommande undersökningar.

Denna fråga var en av de saker som fick stort fokus under verksamhetsplaneringen på ledningsgruppen. Att det i en grupp enheter finns hela 29 % av brukarna som upplever att de inte fullt ut får bestämma saker som är viktiga för dem visar på vikten av fortsatt arbete för att öka brukarnas upplevda delaktighet. Andra grupper av enheter ligger på 26 % eller 24 %. Förvaltningen arbetar kontinuerligt med att öka delaktigheten och förbättra kvaliteten på genomförandeplanerna. Under 2018 beräknas också IBIC (Individens Behov I Centrum), Socialstyrelsens verktyg för utredande och systematisk uppföljning av genomförande enligt ICF, att genomföras fullt ut. Se även nedan, under frågan "Vet du vem du skall tala med om någonting är dåligt", för mer förbättringsåtgärder som rör delaktighet.

Dnr
2018-04-16Vår bereckning
VON/2018:22-700

”Andel brukare inom omsorg till personer med funktionsnedsättning som upplever att personalen bryr sig om dem”

2016	2017	Genomsnitt riket 2017
Ingen siffra	88 % ”ja”, 9 % ”ibland”	86 % ja, 11 % ”ibland”

Spridningen inom verksamhetsområdet för de olika grupperna av enheter är, för de som svarat "Nej" eller "Ibland" 21 % (Boende med Särskild Service SoL) till 10 % (Boendestöd SoL). Verksamheter som daglig verksamhet och daglig sysselsättning SoL visar också bra resultat på denna fråga, medan grupp- och servicebostäderna LSS har något sämre utfall.

”Andel brukare inom omsorg till personer med funktionsnedsättning som upplever att alla eller några ur personalen pratar med dem så att de förstår vad personalen menar”

2016	2017	Genomsnitt riket 2017
Ingen siffra	78 % ”alla”, 19 % ”några”	74 % ”alla”, 23 % ”några”

Kommunen ligger här något över riksgenomsnittet av de kommuner som gjort undersökningen. Spridningen inom verksamhetsområdet för de grupper av enheter som svarat "Ingen" eller "Några" är 36 % (Boende med Särskild Service SoL) till 16 %. Vad som stod ut här var att brukare inom socialpsykiatri ofta upplevde att de inte riktigt förstod sin personal. En förklaring till kan vara att personal upplever att dessa brukare förstår mer än vad de gör, och att även brukare inom socialpsykiatri kan behöva någon form av anpassad kommunikation.

”Är du rädd för något (...i ditt boende, på din verksamhet osv.)”

2016	2017	Genomsnitt riket 2017
Ingen siffra	33% ”ibland” eller ”ofta”	31% ”ibland” eller ”ofta”

Inom det övergripande resultatmålet för omsorgen specificeras att brukarna i Katrineholms Kommun skall *känna sig trygga*, även om ingen specifik indikator skall åskådliggöra detta inom funktionsnedsättningsområdet för 2017. Svaren och kommentarerna på frågan ”Är du rädd för något...” pekade på att det finns en viss otrygghet bland brukarna, så detta togs upp i verksamhetsplaneringen inför 2018. Utifrån brukarnas egna beskrivningar kunde orsakerna till rädsla ofta ha att göra med saker som förvaltningen har svårt att påverka. Det kunde till exempel röra sig om en trafikerad gata utanför boendet, att man kände sig otrygg på nätterna, eller om ångestproblematik inom socialpsykiatri. Åtgärder som arbetas vidare med under 2018 är till exempel att förtydliga nattpersonalens roll på boenden samt öka utbildningsnivån hos personalen vad det gäller ångestproblematik.

En annan fråga som förvaltningen ansåg behövdes finnas med i verksamhetsplaneringen, var följande:

”Vet du vem du skall prata med om någonting är dåligt (...på ditt boende/på din dagliga verksamhet osv)”

2016	2017	Genomsnitt riket 2017
Ingen siffra	83 % ”ja”, 17 % ”nej”	85 % ”ja”, 15 % ”nej”

Dels var det 17 % av brukarna som upplevde att de inte alls visste vem de skulle prata med om någonting var dåligt på deras enhet. Dels gick det också att se i kommentarerna att det skilde sig väldigt mycket kring vem man skulle kontakta om man svarat ja på frågan. Det var även stor spridning i svaren mellan olika delar av verksamheten. Utifrån kommentarerna kunde det handla om att man pratade med anhöriga eller god man, som sedan vidarebefordrade vad man som brukare ville. Andra kunde prata med någon ur personalen, och vissa av brukarna skulle gå direkt till enhetschefen.

I samband med detta kommer verksamhetsområdet fortsätta det redan påbörjade arbetet med utveckling av uppdraget för det som tidigare hette *kontaktpersonal*, men nu skall kallas *stödperson*. Det vill säga en person i personalgruppen som har extra ansvar för att ha kontakt med brukaren. Verksamhetsområdet skall bland annat arbeta med *stödpersonstimme* där brukarna får möjlighet till schemalagd kontakt med sin stödperson.

För att öka delaktigheten och möjligheten att framföra åsikter och synpunkter genomförs brukarråd lokalt på alla enheter. Verksamheterna har också övergripande brukarråd, där verksamhetschef och kontaktpolitiker deltar, och dit alla brukare har möjlighet att skicka med åsikter och synpunkter. I samband med detta införs arbete enligt *delaktighetsmodellen* (DMO), där brukare har möjlighet att först samverka i ett tryggt forum. Deras åsikter kan sedan vidarebefordras till brukarråd eller personalmöten.

Det är också av intresse att lyfta fram alternativa kontaktvägar till exempel till enhetschef, som blir tydliga och enkla för brukarna att använda.

Nationella brukarundersökningen Vad tycker de äldre om äldreomsorgen

Socialstyrelsens undersökning ”Vad tycker de äldre om äldreomsorgen” består av olika frågor som ställs till brukarna i en enkät som skickas hem till dem. Statistikinsamlingen sköts nationellt av Socialstyrelsen. Det finns även statistik kring vem som besvarat enkäten. Om det är brukaren själv, brukaren tillsammans med någon annan, eller någon annan som till exempel anhörig eller god man.

Det är svårt att se några egentliga trender i materialet över tid eller mellan enheter, när man bryter ner det på enhetsnivå. Det finns dock en hemtjänstenhet som sedan deltagandet i undersökningen började 2014 kontinuerligt försämrat sina resultat på nästan alla frågor kring hur kvaliteten i hemtjänsten uppfattas av brukarna. Landsbygdsgrupperna inom hemtjänsten och boendena på landsbygden har högre medelvärden på

många frågor än grupperna och boendena inne i staden. Siffrorna som används som indikatorer för förvaltningen pekar dock på en till största delen något sjunkande trend i upplevd kvalitet.

Resultatet i undersökningen har använts som underlag för verksamhetsplanering på verksamhetsområdet särskilt boende för äldre (SBÄ). Detta skedde på en planeringsdag där man gick igenom resultatet och tog fram åtgärder.

De nyckeltal från undersökningen som tas upp i kvalitetsberättelsen är de som används som indikatorer för uppföljning på VOF.

Hemtjänst

För alla frågor som rör hemtjänst så redovisas i kvalitetsberättelsen dels de sammantagna värdena för all hemtjänst som utförts i kommunen för 2016 och 2017. Det vill säga både externa utförare och den kommunala hemtjänsten som en sammanräknad summa. Detta jämförs sedan med genomsnittet för riket 2017. Dessa värden är de som redovisas i till exempel förvaltningens helårsrapport samt i den nationella statistiken. Dels redovisas också de externa utförarna samt kommunens hemtjänst Stöd i ordinärt boende (SOB) för åren 2016 och 2017 separat. Cirka 20-25% av det totala antalet hemtjänststimmar i kommunen utförs av externa utförare.

”Andel brukare med hemtjänst som svarar att personalen oftast/alltid tar hänsyn till åsikter och önskemål”

	2016	2017	Genomsnitt riket 2017
Sammantaget	90	88	87
Extern regi	100	94	
SOB	87	86	

Brukarna i hemtjänsten upplever generellt att personalen har bra bemötande. Däremot har förvaltningen svårare att leva upp till frågan om man tar hänsyn till åsikter och önskemål. Den hemtjänst som erbjuds i kommunen upplevs vara sämre på att ta hänsyn till detta än förra året, men är något högre än riksgenomsnittet. De externa utförarnas värde har försämrats mer än kommunens egen hemtjänst, men ligger fortfarande över både riksgenomsnittet och kommunen som helhet.

”Andel brukare med hemtjänst som svarar att de oftast/alltid kan påverka vilka tider de får stöd”

	2016	2017	Genomsnitt riket 2017
Sammantaget	64	61	61
Extern regi	83	70	
SOB	58	58	

Hemtjänsten har, vilket tas upp på flera ställen i sammanställningen, under året haft problem med bemanning. Det har varit mycket sjukskrivningar och vikarier. I undersökningen 2017 avspeglas detta med att kommunen som helhet sjunkit tre procentenheter och nu ligger på samma utfall som riksgenomsnittet. Detta har lett till att man

Dnr
2018-04-16Vår bereckning
VON/2018:22-700

på verksamhetsområdet Stöd i ordinärt boende sett behovet av att förbättra både hur planeringen av insatser fungerar, och möjligheten till flexibilitet. De externa utförarna har dock den stora försämringen i upplevd kvalitet vad gäller möjligheten att påverka tider då brukarna får stöd. De ligger dock fortfarande över genomsnittet både för riket och för kommunen som helhet.

”Andel brukare som svarar att de sammantaget är ganska/mycket nöjda med den hemtjänst de har”

	2016	2017	Genomsnitt riket 2017
Sammantaget	91	89	92
Extern regi	96	88	
SOB	90	89	

Frågan ingår även i sammanställningen av Kommunens Kvalitet i Korthet (KKiK). Katrineholm ligger här några procentenheter under riksgenomsnittet av kommuner som deltar i undersökningen. Utfallet har även sjunkit från föregående år. I materialet som ligger till grund för de sammantagna siffrorna syns att det är förhållandevis stor spridning mellan de olika hemtjänstdistrikten, inte bara mellan landsbygd och stad utan även mellan hemtjänstgrupper inne i Katrineholm. Det pekar på ett annat problem, förutom att brukarna är mindre nöjda än tidigare, nämligen att man upplever hemtjänstens kvalitet som väldigt olika beroende på vilken hemtjänstgrupp man får sina insatser ifrån. Skillnaderna i upplevd kvalitet mellan kommunen som utförare och de externa utförare som var verksamma inom hemtjänsten under 2017 var däremot inte så stor som 2016. Verksamheter i extern regi har sänkt sitt utfall mer än kommunens egna verksamheter, och ligger 2017 under både riksgenomsnittet och kommunen som helhet.

”Andel äldre med hemtjänst som inte besvärar av ensamhet”

	2016	2017	Genomsnitt riket 2017
Sammantaget	42	52	46
Extern regi	42	44	
SOB	42	54	

Det är svårt att säga ifall denna ökning skulle bero på någonting specifikt som förvaltningen har arbetat med. Förvaltningen erbjuder olika hemtjänstinsatser utifrån biståndsbeslut som till exempel social samvaro, promenader, avlösning av anhöriga som vårdar i hemmet, samt dagverksamhet. En förklaring skulle kunna vara att handläggare blivit mer benägna att bevilja dessa insatser.

Särskilt boende äldre

”Andel brukare som svarar att det känns ganska/mycket tryggt att bo på ett särskilt boende”

2016	2017	Genomsnitt riket 2017
88 %	91 %	88 %

”Andel brukare som svarar att de sammantaget är ganska/mycket nöjda med sitt särskilda boende”

2016	2017	Genomsnitt riket 2017
86 %	87 %	83 %

Denna fråga ingår även i sammanställningen om Kommunens Kvalitet i Korthet. Katrineholm ligger här över riksgenomsnittet och har även höjt sig sedan föregående år. En förklaring är de förbättringsåtgärder som görs inom särskilt boende, till exempel satsningar på mat och matsituation och aktiviteter för de boende. Det finns också en tendens att man är nöjd med personalens bemötande, något över riksgenomsnittet. Brukarna upplever dock att personalen inte alltid tar hänsyn till önskingar om hur de vill ha sin omsorg. Där har utfallet försämrats något sedan föregående år, men ligger fortfarande över riksgenomsnittet.

”Andel brukare inom särskilt boende som svarar att de oftast/alltid kan påverka vilka tider de får hjälp av personalen”

2016	2017	Genomsnitt riket 2017
68 %	67 %	61 %

”Andel äldre som svarar att de är ganska/mycket nöjda med de aktiviteter som erbjuds på sitt särskilda boende”

2016	2017	Genomsnitt riket 2017
74 %	72 %	64 %

”Andel äldre i särskilt boende som inte besväras av ensamhet”

2016	2017	Genomsnitt riket 2017
39 %	37 %	34 %

Andelen äldre som inte besväras av ensamhet på särskilt boende har sjunkit med två procentenheter jämfört med föregående år. Det är dock högre än riksgenomsnittet. Det som är speciellt i underlaget är att några boenden har höjt sig under 2017, två landsbygdsboenden med så mycket som 20 till 50 procentenheter, medan andra är inne i sjunkande trend och ligger betydligt under riksgenomsnittet. Återigen ser vi här att det är stor spridning på hur brukare upplever omsorgen beroende på till exempel vilket boende man bor på eller vilken hemtjänstgrupp man får hemtjänst ifrån.

Frågorna ”Andel brukare som svarar att de sammantaget är ganska/mycket nöjda med sitt särskilda boende” samt ” Andel brukare som svarar att de sammantaget är ganska/mycket nöjda med den hemtjänst de har” tas även upp i kvalitetssammanställningen av KKiK för kommunen som helhet.

”Andelen äldre som svarar att måltiderna på sitt särskilda boende oftast/alltid är en trevlig stund på dagen”

2016	2017	Genomsnitt riket 2017
75 %	74 %	70 %

Katrineholm har visserligen försämrat resultatet på indikatorn något sedan 2016, men ligger fortfarande över riksgenomsnittet. Det är dock något färre kvinnor än män som tycker detta. Jämför här med frågan kring om det finns beskrivet i genomförandeplanen hur den enskilde önskar ha det i måltidssituationen, där resultatet är mycket lågt. Uppenbarligen finns det metoder att ta reda på hur äldre önskar ha det i måltidssituationen, som dock tyvärr inte syns i genomförandeplanen.

”Andelen äldre som svarar att maten smakar ganska/mycket bra på sitt särskilda boende”

2016	2017	Genomsnitt riket 2017
78 %	78 %	75 %

Även här ligger Katrineholm över riksgenomsnittet och vi har inte förändrat vårt resultat sedan 2016.

Öppna jämförelser

Enhetsundersökning LSS

Det finns inga indikatorer från denna undersökning som ingår i kommunens egenkontroll. Undersökningen berörs därför inte i Kvalitetsberättelsen 2017.

Enhetsundersökning äldreomsorgen

Indikatorer som ingår i egenkontrollen:

Andelen äldre på särskilt boende med en aktuell genomförandeplan som innehåller information om den äldres önskemål och behov i samband med måltiderna.

2016	2017	Genomsnitt riket 2017
45 %	16 %	79 %

Värdet på denna indikator, samt hur mycket den avviker från riksgenomsnittet, leder till funderingar kring hur frågan tolkats vid besvarandet i Katrineholm 2017. Vård- och omsorgsförvaltningen gör ett pågående arbete med att höja standarden på den sociala dokumentationen som helhet. Fokus ligger mycket på delaktighet och att

formulera *hur* insatser och omsorg skall genomföras, snarare än bara *vad* som skall genomföras. Detta är ofta bristfälligt i den sociala dokumentationen.

En förklaring skulle kunna vara att man i besvarandet på frågan bedömt genomförandeplanerna efter en hårdare standard under 2017 utifrån detta.

Det är också först under 2018 som en systematisk kvalitetsgranskning av genomförandeplanerna kommer att komma igång, och det är inte känt för nuvarande samordnare av statistik hur insamlandet av dessa siffror gick till 2017. Det finns också en fråga om hur många brukare som överhuvudtaget har en aktuell genomförandeplan, 68 %, samt hur många planer som innehåller dokumentation om hur den enskilde varit delaktig i sin genomförandeplan, 47 %. Flera olika förbättringsåtgärder för att komma till rätta med detta görs under 2018.

Kommunens Kvalitet i Korthet (KKiK)

Kommunens kvalitet i korthet består av olika kvalitetsmått som rör äldreomsorgen samt LSS funktionsnedsättning. När det gäller kvalitetsaspekter – vad kommunen erbjuder brukarna – har dessa enkäter i år besvarats på ledningsgrupper, där verksamhetschef samt enhetschefer som ingår i verksamhetsområdet varit närvarande. Detta för att säkerställa gemensamma tolkningar av frågorna och för att skapa en gemensam bild av utvecklingsområden.

Resultaten från denna undersökning har använts som underlag för verksamhetsplanering på planeringsdag för särskilt boende äldre.

De nyckeltal från KKiK som 2017 används som indikatorer för uppföljning hos förvaltningen är följande:

”Personalkontinuitet inom hemtjänsten” (antal personer som en hemtjänsttagare möter under 14 dagar, medelvärde).

2016	2017	Genomsnitt riket 2017
13	16	15

En jämförelse mellan hemtjänstutförare i extern regi och kommunens hemtjänst presenteras längre ned i en separat tabell. KKiK:s material skiljer inte mellan olika utförare på samma sätt som till exempel undersökningen ”Vad tycker de äldre om äldreomsorgen”, utan en egen analys har gjorts på förvaltningen.

I KKiK:s frågeunderlag finns det två olika aspekter av frågan om personalkontinuitet. Dels hur många olika personal en brukare med två eller fler besök per dag under sju dagar möter under en tvåveckorsperiod. Dels hur många procent av dessa brukare som möter fler än 20 olika personal under samma period. Det finns även andra kriterier som skall uppfyllas för att brukaren skall räknas med i urvalet. Den andra aspekten av frågan redovisas nedan:

”Personalkontinuitet inom hemtjänsten” (antal personal en hemtjänsttagare möter under 14 dagar, över 20 stycken, procent)

2016	2017	Genomsnitt riket 2017
9 %	16 %	16 %

Socialstyrelsen rekommenderar att om man har ett automatiserat system för att få ut statistik kring personalkontinuitet, då skall man göra en så kallad ”totalundersökning”. Följaktligen har listor dragits från planeringssystemet TES och sedan bearbetats manuellt för att se över att rätt brukare kommit med enligt frågans kriterier. På samma sätt gjordes 2016. I totalundersökningen för 2017 har 245 personer kommit med i urvalet. Detta är något färre personer än i urvalet för 2016, trots att volymerna reellt ökat. En förklaring till detta skulle kunna vara att fler personer får fler insatser, men att de med så många dagliga insatser att de skall vara med i undersökningsmaterialet inte har ökat.

Katrineholms kommun har försämrat sina resultat på denna fråga i båda aspekterna jämfört med 2016, och ligger nu något sämre eller i linje med riksgenomsnittet bland de kommuner som deltar i KKiK. En förklaring till vad denna förändring beror på innefattar flera olika orsaker.

Under 2017 har det varit stor tyngd på hemtjänstens personal, många vikarier och mycket sjukfrånvaro. Utförd tid har samtidigt ökat. Inom hemtjänst i kommunal regi har man inte anställt tillsvidareanställda som svarar mot behovet, utan istället hanterat detta med (många olika) vikarier. Det har också under en period varit stor omsättning av chefer vilket i viss mån kan ha påverkat möjligheten till ledning och styrning kring bemanningsfrågor.

Under den perioden då statistiken hämtades provades ett ”Trygg hemgångs-team” för att bemöta tidigare hemgång från sjukhus. Detta teams siffror ingår inte i undersökningen, men personalen i detta team har, då jobb inte funnits för dem, fått gå in i andra hemtjänstgrupper och arbeta. Detta kan ha medfört att antalet personal som en brukare träffade höjts. Detta är dock marginellt jämfört med antalet vikarier.

Det är förhållandevis stora skillnader i utfallet jämfört med tidigare år, och en viss del av förklaringen skulle kunna tänkas bero på metoden för undersökning. Tänkbara felkällor som har med metoden för undersökningen att göra skulle till exempel kunna vara om man använder andra beteckningar för vikarier i planeringssystemet jämfört med tidigare år, och att detta får genomslag i hur olika personal registreras (dvs. att en och samma vikarie skulle kunna bli registrerad som olika personer eller liknande). En genomgång av personallistorna för vilka som var i tjänst på de grupper vars siffror förändrats mest pekar dock mot att det är faktiska siffror. Att göra undersökningen genom att använda sig av blanketter som ligger ute hos brukarna istället för att dra ut statistik ur planeringssystemet skulle innebära betydande merarbete, men kanske mer exakt statistik. Skillnaden antas dock vara marginell.

Utifrån de siffror som tagits fram på enhetsnivå så är det kommunens egna stora hemtjänstgrupper i innerstaden som främst bidrar till att medelvärdet på båda frågorna försämrats. De externa utförare som ingår i statistiken har inte försämrat sina värden i lika hög grad. En jämförelse mellan de två stora utförarna i extern regi och några grupper av kommunens egen hemtjänst för tvåveckorsperioden i augusti 2017, då statistiken hämtades, ses nedan.

Tabell 1. Jämförelse externa utförare och kommunal hemtjänst avseende personalkontinuitet augusti 2017

	Extern utförare 1	Extern utförare 2	Kommunal utförare innerstad 1	Kommunal utförare innerstad 2	Kommunal utförare innerstad 3	Kommunal utförare landsbygd 1
Antal brukare i sammanställningen	42	15	35	43	40	16
Medelvärde för antal olika personal som brukare möter under 2-veckorsperioden	14	11	18	18	19	13
Procent av dessa brukare som möter fler än 20 olika personal	19,5%	0%	22%	25%	27,5%	0%

”Väntetid till särskilt boende inom äldreomsorgen” (medelvärde antal dagar)

2016	2017	Genomsnitt riket 2017
-	103	56

Detta medelvärde räknas ut utifrån de första sex månaderna 2017. Frågan rör tiden från det att beslut om särskilt boende tas, till dess att brukaren får ett första erbjudande om plats. Detta oavsett om brukaren tackar ja till detta erbjudande eller inte. Under 2016 använde man sig av ett felaktigt mätvärde. Kommunen hade under våren 2017 kö och långa väntetider till demensplatser och platser på servicehus, vilket gjorde att medelvärdet för väntetiden höjdes. En demensavdelning med åtta platser var stängd under ett halvår och detta bidrog också. Däremot var väntetiderna för särskilt boende som inte var demensplats eller servicehus betydligt kortare. Kommunens brist på platser har dämpats när det gäller demensplatser, bland annat i samband med att man gjorde om en avdelning på ett vanligt särskilt boende till demensavdelning under början av 2018. Ansatser att göra detta fanns redan under 2017 men den ursprungliga planen för detta behövde ändras. Under början av 2018 finns det tomplatser på omvårdnadsboende, och ingen nämnvärd kö till demensplats. Däremot är det fortfarande kö till plats på servicehus. På längre sikt svarar förvaltningen upp till behovet av mer platser på äldreboende genom nybyggnation, som beräknas vara klar 2020.

Dnr
2018-04-16

Vår bereckning
VON/2018:22-700

”Andel boendeplatser i särskilt boende som erbjuder minst två organiserade och gemensamma aktiviteter på vardagar”

2016	2017	Genomsnitt riket 2017
37 %	44 %	54 %

Se frågan nedan om kvalitetsaspekter inom särskilt boende.

”Andel boendeplatser i särskilt boende som erbjuder minst en organiserad och gemensam aktivitet per dag under helgen”

2016	2017	Genomsnitt riket 2017
19 %	20 %	36 %

Se frågan nedan om kvalitetsaspekter inom särskilt boende.

”Andelen äldre på särskilt boende som har möjlighet att välja mellan olika maträtter.”

2016	2017	Genomsnitt riket 2017
40 %	39 %	45 %

Detta värde har rapporterats in fel till årsbokslutet för 2017. Korrekt värde finns i denna tabell. Se i övrigt frågan nedan om kvalitetsaspekter inom särskilt boende.

Mått som tas upp i sammanställningen av KKiK för kommunen som helhet är:

”Kvalitetsaspekter inom särskilt boende” (andel av maxpoäng)

2016	2017	Genomsnitt riket 2017
50	50	69

Frågan avser en sammanräkning av de olika ingående resultaten från kvalitetsaspekterna inom KKiK. Kommunen förbättrat sig inom vissa delar av det som ingår i KKiK:s kvalitetsaspekter. Kommunen har också rapporterat mer korrekt statistik 2017 utifrån kriterierna för frågorna, vilket i något fall sänkt de ingående värdena, trots att ingen försämring i praktiken skett.

I frågan ingår bland annat de två frågorna om huruvida kommunens äldreboenden erbjuder organiserade och gemensamma aktiviteter på vardagar och helger. Där har kommunen gjort en förbättring på några procentenheter under året, jämfört med 2016. Utifrån verksamhetsplanering så fortsätter arbetet med att bli bättre på att erbjuda aktiviteter under 2018. Demensboendena var under 2017 bättre på att anordna organiserade aktiviteter än övriga boendeformer.

Katrineholms Kommuns sammantagna resultat för kvalitetsaspekterna ligger dock avsevärt under det värde som är genomsnittet för alla de kommuner som gjort under-

Dnr
2018-04-16Vår bereckning
VON/2018:22-700

sökningen. Enskilda frågor som drar ner maxpoängen för Katrineholms kommun är till exempel frågor om de boende serveras natt/kvällsmål. Här finns de två servicehusen (som har en förhållandevis stor del av brukarna), där brukarna har hemtjänst, och ett boende inom socialpsykiatri (inriktat på äldre) med i statistiken. På inget av dessa erbjuds organiserade kvällsmål, och det finns heller ingen grund för att göra det. Däremot erbjuder alla övriga särskilda boenden detta. Så länge boende på servicehus är behovs- och insatsstyrt, det vill säga att den enskilde behöver ett myndighetsbeslut om särskilt boende, men omsorgen sker genom hemtjänst, kommer detta att vara ett problem i den nationella statistiken. Utredare inom kommunen skall ta kontakt med RKA, Rådet för främjandet av kommunala analyser för att se om det går att rapportera detta på ett annat sätt under 2018.

På frågan om hur många som erbjuds en alternativ rätt på särskilt boende är det inrapporterade resultatet något lägre än både föregående år och riksgenomsnittet. Detta värde har rapporterats in fel till årsboksslutet och kommer att ändras. Det korrekta värdet finns ovan.

Frågeställningarna inom kvalitetsaspekter rymmer även sådant som om brukarna erbjuds organiserade möjligheter till utevistelse varje dag. Även här blir det problematiskt när servicehusen är med i statistiken – utevistelser får man då i så fall via biståndsbeslut, där kommunens praxis är att erbjuda ”promenad” upp till två ggr/vecka. Under besvarandet av enkäten fördes diskussion om vad som kunde ingå i bland annat utevistelse. Men utifrån de kriterier som ställs i KKIK – för att man skall kunna svara ”ja” på om något erbjuds, så krävs det att det finns rutiner och att det erbjuds fortlöpande – så har man i år valt att svara ”nej” på flera boenden. Man har dock som mål i verksamhetsplanering att kunna erbjuda detta i mycket högre grad under 2018. Andra frågor som ingår är till exempel sådant som ifall brukarna har möjlighet att påverka vilket TV-kanalutbud som finns i gemensamhetslokalerna. Detta är ingenting som kommunen lagt någon vikt vid, och vad sammanställaren av statistiken erfar inte heller någonting som efterfrågas, vilket leder till att det inte är något som erbjuds. Kommunen erbjuder inte heller någon infrastruktur för uppkoppling mot internet i de boendes lägenheter. Detta dock är någonting som i högre grad börjar efterfrågas.

”Kvalitetsaspekter inom LSS grupp- och serviceboende”

2016	2017	Genomsnitt riket 2017
58	74	81

”Vilket omsorgs- och serviceutbud har hemtjänst finansierad av kommunen (andel av maxpoäng)”

2016	2017	Genomsnitt riket 2017
61	61	65

Öppna jämförelser – socialtjänst och kommunal hälso- och sjukvård

Handläggning och samverkan

På delarna där VOF ingår i denna undersökning, kan man kortfattat beskriva att vi bara har en del av de rutiner (skriftliga beslutade på ledningsnivå) som efterfrågas i enkäten. Detta gäller till exempel samordning i enskilda ärenden mellan VOF och Socialtjänsten som avser personer med insatser enligt LSS eller inom socialpsykiatri *samt* missbruk. Rutin för samordnad individuell planering (SIP) finns dock, och uppföljning av denna gjordes under 2017. Vi saknar under 2017 överenskommelser om samverkan med olika instanser så som Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen. Socialstyrelsen efterfrågar även *samlade* kompetensutvecklingsplaner, till exempel för handläggare inom LSS och Socialpsykiatri, som vi saknar. Istället arbetar man med *individuella* kompetensutvecklingsplaner inom handläggargruppen på VOF.

VOF har rutiner för hur handläggare skall gå tillväga vid indikation på att vuxna utsätts för våld eller övergrepp. Dessa rutiner följdes inte upp under 2017, däremot under 2018. VOF följer kommunens handlingsplan kring hur personal skall *hantera* våld i nära relationer, men använder inte någon standardiserad metod för att *upptäcka* utsatthet för våld i nära relationer, vilket efterfrågas i enkäten. Då enkäten gjordes, februari 2017, erbjöds inte heller Case Management i form av integrerade team till personer med missbruk och/eller psykisk sjukdom. Frågan rörde alltså flera målgrupper eller personer med dubbeldiagnos. Boendestöd Case Management erbjöds dock till personer med psykisk sjukdom. VOF har inte någon "Brukarinflytande-samordnare" placerad på ledningsnivå för att ge brukare inflytande i verksamheten, däremot erbjuder kommunen möjlighet till Personligt Ombud. VOF har i undersökningen svarat att man under 2017 inte bedrev någon uppsökande verksamhet för personer med psykisk funktionsnedsättning. Det är dock så att de Personliga ombuden bedriver viss uppsökande verksamhet för denna målgrupp.

VOF har samverkansriktlinjer för hur individer skall erbjudas information om möjligheten till *samordnad individuell plan* (SIP). Rutinen följdes upp i början av 2017. Det finns inom VOF inga skriftliga rutiner för hur den enskilde skall informeras om möjligheten att få kopia på sin journal. Däremot finns riktlinjer och rutiner för sekretess och skyddade personuppgifter. Det var inte aktuellt att följa upp dessa under enkätperioden.

Under början av 2017 ingick inte krisberedskap för särskilt utsatta grupper som ett krav i upphandlingen av externa utförare så som särskilt boende eller hemtjänst. Det fanns då heller ingen beslutad plan för evakuering av särskilt sårbara grupper i verksamheter som bedrivs i kommunens egen regi med avseende på VOF. Säkerhetsansvarig har i uppdrag att ta fram en sådan under 2018. Däremot fanns en beredskapsplan för "höga temperaturer" (det vill säga att varna för/hantera om SMHI:s prognoser visar på värmebölja) för alla de i enkäten omfattade verksamheterna.

LSS och SoL Socialpsykiatri

VOF erbjuder öppen verksamhet till personer med psykisk funktionsnedsättning. Dessa personer erbjuds också arbetslivsriktad rehabilitering enligt IPS-modellen, samt social färdighetsträning enligt modellen ESL. Vi hade under undersöknings-

perioden ingen person, varken inom SoL eller LSS, som gick från sysselsättning eller andra insatser till den reguljära arbetsmarknaden eller till skyddat arbete. VOF betalar en habiliteringsersättning till personer som deltar i daglig verksamhet enligt LSS, samt ersätter för anställd ledsagares omkostnader.

VOF arbetade under början av 2017 inte fullt ut med Socialstyrelsens verktyg IBIC för strukturerat utredande, genomförande och uppföljning inom SoL (Äldreomsorg och socialpsykiatri) eller LSS, däremot används ICF på dessa områden för i princip de flesta ärenden i någon form, utom vid vårdplaneringar. Resultat på gruppnivå för uppsatta mål med biståndsbeslutade insatser sammanställs inte för systematisk uppföljning av verksamhetsutveckling.

Äldreomsorg

Förvaltningen hade inte rutiner 2017 för hur handläggare skall agera vid indikation på missbruk hos äldre, varken vad avser droger eller läkemedel. Vi erbjöd inte heller det som socialstyrelsen kallar multiprofessionella demensteam till personer med demenssjukdom i ordinärt boende, eller dito rehabiliteringsteam för personer som fått stroke. När det gäller trygghetslarm i ordinärt boende fanns det under början av 2017 ingen av nämnden beslutad och garanterad maximal tid inom vilken den äldre personen skulle få kontakt med personal, däremot fanns det en i larmavtalet med extern larmoperatör reglerad medelsvarstid på 60 sekunder. Det fanns vid tidpunkten för undersökningen inte heller någon på ledningsnivå beslutad och garanterad maximal inställetid för personal vid användning av trygghetslarm. Det verkar däremot finnas en allmänt vedertagen praxis kring en maximal inställetid på 30 minuter.

Egna undersökningar

Kvalitetsgranskning av social dokumentation

I november 2017 påbörjades kvalitetsgranskning av genomförandeplaner och av den sociala dokumentationen i sin helhet. En kvalitetsgranskningsmall har tagits fram av utredare och förankrats i förvaltningsledningen. Mallen har presenterats för de dokumentationsstödjare som finns ute på enheterna och används som ett verktyg. Under våren 2018 har mer än 70 granskningar gjorts och sammanställning av material pågår kontinuerligt. Kvalitetsutvecklare och utredare fungerar som kontaktpersoner och samordnare kring detta. Enhetscheferna skall rapportera granskning av kvalitet i genomförandeplaner månadsvis, enligt verksamhetsplaner för funktionsnedsättningsområdet och särskilt boende äldre under 2018. Kvalitetsgranskningsmallen täcker dock in hela området social dokumentation (genomförandeplaner och genomförandejournal, samt även vårdplaner) då det är viktigt att man dokumentationen granskas som en helhet. Utifrån stickproven finns det ofta en diskrepans mellan vad som står i genomförandeplanen och vad som finns i genomförandejournalen. Det finns också brister i dokumentationen kring hur den enskilde har varit delaktig. Även utifrån utredningar enligt lex Sarah visar bifynd ofta på bristfällig dokumentation och informationsöverföring.

Kvantitativ mätning av antal upprättade genomförandeplaner

Den senaste sammanräkningen av det totala antalet upprättade, skrivskyddade och gällande genomförandeplaner inom hela vård- och omsorgsförvaltningen gjordes i april 2017. Då fanns det, för 1 616 brukare, 1 192 upprättade och gällande genomförandeplaner, det vill säga 74 %. Observera här att brukare som bor på särskilt boende och samtidigt har någon form av sysselsättning, dagverksamhet eller daglig verksamhet, skall ha två genomförandeplaner. Endast 14 enheter av 51 har upprättade genomförandeplaner för alla brukare på enheten. 13 av dessa enheter är grupp- och servicebostäder LSS, och den fjortonde är en privat utförare som utför personlig assistans och hemtjänst. På sex enheter inom kommunen har färre än hälften av brukarna upprättade genomförandeplaner, enligt statistiken för april 2017.

I förfrågningsunderlaget för privata utförare inom hemtjänst enligt LOV, ställs kravet att utförarna skall ha 100 % upprättade genomförandeplaner inom två veckor från att man mottagit ett uppdrag för verkställighet, för att ersättning skall betalas ut. När det gäller just hemtjänsten, så finns statistik för antalet upprättade och gällande genomförandeplaner utdragen i december 2017, för både hemtjänst som bedrivs i egen regi och privata utförare. Statistiken gäller dock endast de privata utförare som även utför omvårdnadsinsatser, och därigenom hanterar social dokumentation i verksamhets-systemet Treserva. Endast en av de då fem privata utförarna som finns med i statistiken uppfyller detta krav. Två av de privata utförarna är nya, och har vid detta tillfälle noll, respektive två brukare. Den privata utförare som har lägst antal upprättade genomförandeplaner har det endast för 57 % av sina brukare.

Detta skall dock ställas mot siffrorna som gäller den hemtjänst som bedrivs i kommunens egen regi. Av totalt 494 brukare har 308 brukare, 62 %, upprättade genomförandeplaner. Ingen av hemtjänstgrupperna i egen regi har genomförandeplaner för alla sina brukare och två av enheterna har genomförandeplaner för färre än hälften av brukarna. Den enhet som har flest upprättade genomförandeplaner har det för 85 % av brukarna.

Hemtjänsten är ett skiftande område med viss omsättning på brukare och kravet är att en genomförandeplan skall vara upprättad inom två veckor från att uppdraget börjat verkställas. Det är därför förhållandevis osannolikt att en hemtjänstenhet kan uppfylla målet 100 % upprättade genomförandeplaner vid varje tidpunkt som man gör en mätning. Det pågår ett övergripande arbete med att lyfta vikten av den sociala dokumentationen på förvaltningen, bland annat genom målet att ha ”dokumentationsstödjare” på varje enhet, som får kontinuerlig utbildning och kan stötta sina kollegor. Men hemtjänsten är ett område där problemen med att få tid för att dokumentera ofta lyfts fram. Diskussioner förs kring om till exempel surfplattor är ett lämpligt sätt för att kunna göra genomförandeplaner tillsammans med brukarna ute på plats.

Revisionsrapporten Redovisning och rapportering av LSS-verksamhet med fokus på myndighetsutövning

Det externa företaget PwC har på uppdrag av Katrineholms kommuns förtroendevalda revisorer granskat vård- och omsorgsnämndens styrning inom verksamheten för funktionshindrade. Granskningen besvarar följande revisionsfråga:

Säkerställer vård- och omsorgsnämnden en ändamålsenlig styrning inom verksamheten för funktionshindrade?

Granskningen genomfördes genom ett antal intervjuer med chefer, handläggare, ekonomer och medarbetare i utförarverksamheten. Tio avidentifierade akter granskades samt rutiner och riktlinjer för handläggning.

Efter den genomförda granskningen rekommenderade revisorerna följande:

- Nämnden bör revidera aktuella riktlinjer och tydliggöra dessa. Speciellt vill revisorerna påpeka att riktlinjerna eller vägledning för arbete med barn bör tydliggöras så att det framgår att dessa beslut skall följas upp snabbt. Revisorerna anser att kriterier för daglig verksamhet bör tydliggöras då de idag ser att riktlinjerna ger utrymme för godtycklighet.
- Handläggarna bör få tid att arbeta fram tydliga mål i LSS-besluten. Detta kommer innebära att insatser blir tydligare och man har en helt annan möjlighet att följa upp insatser för den enskilde individen.
- Nämnden bör arbeta fram en internkontrollplan som följer upp enskilda områden inom LSS. Internkontrollplanen bör inriktas mot att följa upp verksamheten och myndighetsutövningen.

Ansvarig enhetschef för medborgarfunktionen som handhar myndighetsutövning yttrar sig i ett svar på denna rapport, och tar upp att det finns en övergripande *Riktlinje för rättssäker myndighetsutövning* daterad 2015-06-08 som gäller både LSS och SoL. Redan innan revisionen påbörjades ett arbete på förvaltningen med att revidera riktlinjer för LSS-handläggning, då dessa inte reviderats eller uppdaterats på flera år. Lagstiftningen kring LSS-insatser har inte ändrats nämnvärt, men däremot rättsläget, och syftet med den pågående revideringen är att på ett mer utförligt sätt beskriva rättstillämpningen av lagstiftningen. Meningen är att alla handläggare skall tolka lagstiftningen på ett liknande sätt utan att inskränka på den enskildes rätt till en objektiv bedömning av rätten till insatser, för att på så sätt inte lämna utrymme för godtycklighet. Däremot reserverar sig ansvarig enhetschef för myndighetsutövningen mot revisorernas rekommendation att inte använda tillsvidarebeslut för barn, med en hänvisning till Justitieombudsmannens uttalande om att *tidsbegränsade beslut endast bör användas då särskilda skäl föranleder detta*. I handläggargruppen har detta diskuterats och man har kommit överens om att inte regelmässigt sätta datum för beslutets upphörande, utan istället använda sig av förbehåll att beslutet kan omprövas om ändrade förhållanden påkallar detta. Vård- och omsorgsförvaltningen anser i yttrandet att revisorernas rekommendation på punkt ett är uppfylld.

När det gäller frågan om att handläggarna bör få tid att arbeta fram tydliga mål i LSS-besluten beskriver ansvarig enhetschef för myndighetsutövningen att handläggarna sedan flera år tillbaka arbetar enligt metoden IBIC (Individens behov i centrum), ett

verktyg framtaget av Socialstyrelsen för att strukturera dokumentation både för myndighetsutövning och verkställighet. Utvecklingsarbetet med IBIC pågår hela tiden, och i detta ingår att på ett systematiskt sätt beskriva mål med de insatser som den enskilde har behov av. När det gäller LSS har övergripande mål för respektive insats utifrån den gällande lagstiftningen använts. Mer detaljerade mål kring hur insatsen skall utföras skall sedan framgå av den genomförandeplan som upprättas i utförandet. Arbetet med den sociala dokumentationen, så som genomförandeplaner, genomförandejournal och uppföljning av dessa, är ett pågående utvecklingsarbete, och under 2018 har en mer djupgående kvalitetsgranskning av social dokumentation påbörjats av utredare i samverkan med enhetschefer och dokumentationsstödare ute på enheterna. Vård- och omsorgsförvaltningen anser i sitt yttrande även i denna punkt att revisorernas rekommendation är uppfylld.

När det gäller revisorernas rekommendation kring internkontrollplan som följer upp enskilda områden inom LSS, med inriktning uppföljning och myndighetsövning, hänvisar enhetschef för myndighetsutövningen till att det i internkontrollplanen för 2018 beslutats att ta med *aktgranskning* en gång per år, vilket är någonting som redan tidigare föreslagits (skall vara klart i november); *granskning av avvikelshantering* på hela vård- och omsorgsförvaltningens verksamhet; samt kontroll av att uppsatt *riktlinje kring hanteringen av privata medel* följs. I och med detta anser förvaltningen att revisorernas rekommendation även på denna punkt är uppfylld.

Risکاناليس

Inom området särskilt boende för äldre har det gjorts brukarnära riskanalyser och handlingsplaner. Detta framförallt kring brukare som kan agera hotfullt med syfte att minska dessa symtom. Sådana riskanalyser har gjorts på Norrgläntan och Igelkottens boenden och har bland annat resulterat i utökad bemanning. Det har även gjorts riskanalys när anhörig flyttat in hos brukare utifrån hur detta påverkar brukarens omvårdnad.

Risk- konsekvensanalyser är en viktig del i det systematiska kvalitetsarbetet. Det finns behov av utvecklingsarbete på detta område inom hela förvaltningen, bland annat gällande implementering och fortsatt utveckling av metod för riskanalys. Utöver detta finns även behov att utöka användandet av riskanalyser på systemnivå, exempelvis i samband med arbete kring sommarbemanning. En åtgärd som är planerad under 2018 är att ta fram en gemensam mall för riskanalys samt följa upp dessa i Stratsys.

Kvalitetsförbättrande åtgärder

Inom området särskilt boende äldre har det genomförts ett antal åtgärder utifrån olika former av egenkontroller och undersökningar. Bland annat har nattfastemätningen resulterat i att sjuksköterskor, dietister och enhetschefer har gemensamma möten. Det har också beslutats att nattfastemätningar ska genomföras vid fyra tillfällen per år. Resultat i *KKiK* visade att SBÄ inte erbjuder aktiviteter sju dagar i veckan och därför har satt upp som mål för 2018 det ska införas. Alla verksamheter har redan påbörjat arbetet och informerat personal, skruvat upp whiteboardtavla där aktiviteterna anslås i förväg så att brukare kan ta ställning till erbjudandet. Det har också genomförts en enkätundersökning för att få in önskemål om vilka aktiviteter brukare vill ska er-

bjudas. I *Vad tycker de äldre om äldreomsorgen* visar det sig att många inte känner till vart man kan lämna synpunkter. Det har resulterat i att olika verksamhetsmål för detta satts upp i verksamhetsplanen för 2018.

Avvikelser

Under år 2017 har 2 751 personbundna avvikelser registrerats i verksamhetssystemet Treserva. I december 2014 bytte vård- och omsorgsförvaltningen verksamhetssystem till Treserva. Detta innebar nya eller förändrade benämningar på avvikelser.

Typ av avvikelse (område)	2016		2017	
	Totalt	Procent (%) av totala antal avvikelser	Totalt	Procent (%) av totala antal avvikelser
Arbetsrutiner	184	8 %	246	11 %
Bemötande	63	3 %	70	3 %
Brand	2	0 %		
Dokumentation/information/kommunikation	86	4 %	115	4 %
Fallskada	-	-	30	1 %
Fordon	1	0 %	-	
Fysisk miljö/Utrustning/ Teknisk utrustning	107	5 %	184	7 %
Insatser/omvårdnad	300	13 %	606	22 %
Klagomål	-	-	8	>1 %
Kost och nutrition	-	-	3	>1 %
Läkemedel	1 205	53 %	1 340	49 %
Medicintekniska produkter	93	4 %	50	2 %
Organisation	-	-	1	>1 %
Sekretess/Samtycke	8	0 %	2	>1 %
Transport		-	4	>1 %
Vård, behandling och provtagning	135	6 %	53	2 %
Vårdrelaterade infektioner	-	-	1	>1 %
Övergrepp	101	4 %	38	1 %
Övrigt	-	-	-	-
Totalt antal	2 285*	100 %	2 751	100 %

Antal registrerade avvikelser har ökat under år 2017 jämfört med året innan. Det är emellertid svårt att dra några generella slutsatser kring vad detta beror på och vilken innebörd det har. De senaste åren har det gjorts förändringar gällande förvaltningens avvikelshantering, bland annat har rutiner för avvikelshantering reviderats. Under hösten 2017 genomfördes vissa förändringar i modulen för avvikelserregistrering i verksamhetssystemet. Detta genom att avvikelseområden samt underkategorier (aktiviteter) tillkom, flyttades eller togs bort. En möjlig följd av att vissa avvikelseområden och/eller aktiviteter tillkommit kan vara att fler avvikelser registrerats. Det pågår också ett kontinuerligt utvecklingsarbete inom förvaltningen med avsikt att öka kunskapen om avvikelshantering och varför personalen ska rapportera avvikelser. Ut-

vecklingsarbete och förändringar i verksamhetssystemet kan tillsammans tänkas vara bidragande orsaker till den ökning av registrerade avvikelser som skett under de senaste åren. Det är av vikt att betona att rapportering av avvikelser är ett grundläggande moment i det systematiska kvalitetsarbetet då det har stor betydelse för att brister ska identifieras och förbättringsåtgärder kunna utföras. Därmed utgör det också en viktig aspekt för att nå ännu bättre kvalitet inom hela vård- och omsorgsförvaltningens område, från ansökan och handläggning till utförande av insatser. Förvaltningen ser generellt sätt positivt på att antalet registrerade avvikelser ökat under de föregående åren men följer också utvecklingen noggrant för att komma tillrätta med de brister som framkommer.

Brister som rör *läkemedelshantering* utgör 49 procent av alla avvikelser. Ungefär hälften av dessa (706 stycken) avser läkemedel som uteblivit. Att detta område, liksom föregående år, är det fortsatt största och utgör cirka hälften av alla avvikelser kan tyda på att de åtgärder som tidigare vidtagits varit otillräckliga.

Insatser/omvårdnad (606 stycken) omfattar 22 procent av det totala antalet avvikelser och är det enskilt näst största området. Det är även det avvikelsområde som ökat mest sedan föregående år då 300 stycken avvikelser registrerades på området. En tredjedel av dessa avvikelser (206 stycken) avser insatser som av olika orsaker uteblivit. En annan stor del (102 stycken) gäller insatser som blivit försenade.

Dokumentation/information/kommunikation (115 stycken) står för totalt 4 procent av alla avvikelser.

Fysisk miljö/utrustning/teknisk utrustning (184 stycken) står för 7 procent av alla avvikelser. Av dessa rör drygt hälften (89 stycken) olika typer av problem kring larm.

Medicintekniska produkter, tidigare benämnt läkemedel (50 stycken) utgör 2 procent av det totala antalet avvikelser.

Bemötande (70 stycken) står för 3 procent av alla rapporterade avvikelser där brister i bemötande utgör huvuddelen av alla avvikelser med 52 stycken. Efter vidare analys framgår dock att ett antal av avvikelserna inte borde registrerats då de avser personal som drabbats. Dessa händelser ska rapporteras i ett annat verksamhetssystem.

Övergrepp (38 stycken) utgör 1 procent av alla avvikelser. Av dessa rör 17 stycken fysiska övergrepp, 1 styck sexuella övergrepp, 5 stycken psykiska övergrepp och 1 rör ekonomiskt övergrepp. På de 10 kvarvarande avvikelserna har typ av övergrepp inte angetts.

Kvalitetsförbättrande åtgärder

Med utgångspunkt bland annat i lex Sarah- utredningar från tidigare år samt egenkontroll framkom under år 2016 brister avseende den sociala dokumentationen. Därför planerades och genomfördes under vintern 2016-2017 utbildning i social dokumentation för alla förvaltningens medarbetare. En ytterligare åtgärd som vidtagits är införande av dokumentationsstödare på förvaltningen. De är personal som fått ytterligare utbildning inom området och getts ökat ansvar för att stödja kollegor gällande

dokumentation av de slag som finns inom förvaltningen. Genom dokumentationsstödjarna finns det också en förbättrad möjlighet att nå ut till alla medarbetare vid exempelvis implementering av nya riktlinjer/rutiner inom området. Det pågår för närvarande arbete med att följa upp resultatet av satsningen på social dokumentation, bland annat genomförs stickprovskontroller av genomförandejournaler. Arbetet med att utveckla den sociala dokumentationen är ständigt pågående och kommer att försätta följas upp. Som nämnts under avsnittet egenkontroller kommer förutom genomförandejournal även genomförandeplaner och vårdplaner stå i fokus för vidare utveckling under 2018.

Det har under en tid förekommit brister avseende trygghetslarmen vilket under 2017 bland annat utmynnade i två utredningar enligt lex Sarah. Bristerna som förekommit har gällt både funktionsdugligheten på larmapparaturen och larmoperatörernas arbetsprocess. Utifrån att dessa brister identifierades arbetade flera funktioner inom vård- och omsorgsförvaltningen tillsammans med kommunens leverantör av trygghetslarm och larmmottagningstjänst, Tunstall, för att nå en förbättring. Arbetet startade upp under juni och avslutades i september och tillgänglig statistik visar att antalet registrerade avvikelser som rör trygghetslarm minskade under årets sex sista månader. Inom området särskilt boende identifierades under 2017 problematik med larm och larmhantering utifrån inkomna avvikelser, i detta fall dörrlarm och rörelselarm. Ett antal åtgärder har därför vidtagits, bland annat har leverantören av rörelselarm besökt verksamheten. Det har också gjorts förändringar tillsammans med personalen avseende processer och rutiner för att säkerställa korrekt handhavande av larmen, både på enhetsnivå och verksamhetsnivå.

I det systematiska kvalitetsarbetet är det viktigt tillvarata erfarenheter från avvikelser för att komma till rätta med brister i den egna verksamheten, att utveckla den och för att förhindra att liknande händelser inträffar igen. Det handlar även om att bättre följa upp avvikelser för att säkerställa att vidtagna åtgärder följs och att de har fått avsedd effekt. Det finns ett fortsatt behov av utvecklingsarbete kring avvikelshantering inom vård- och omsorgsförvaltningen, både när det gäller hantering, utredning och uppföljning av avvikelser. Detta framgår bland annat av att det i många fall saknas uppgifter och information i verksamhetssystemet om hur avvikelser behandlats. Av det totala antalet registrerade avvikelser, 2751 stycken, är det 761 stycken (28 %) där det i verksamhetssystemet inte framgår om de varit föremål för bearbetning. Med bearbetning avses här att den chef som tagit emot avvikelser gjort en initial bedömning av det inträffade i fråga om allvarlighetsgrad och sannolikhet samt registrerat sin bedömning i verksamhetssystemet. I verksamhetssystemet ska också genomförda eller planerade åtgärder registreras och redovisas, majoriteten av alla avvikelser saknar dock sådan information. Det är viktigt att förtydliga att det inte nödvändigtvis innebär att åtgärder ej vidtagits. Den bristande hanteringen som beskrivits medför svårigheter framförallt gällande genomförandet av systematisk uppföljning och analys.

Utifrån de ovan nämnda bristerna med avvikelshanteringen har förvaltningen redan vidtagit eller planerar att vidta ett antal åtgärder. Bland annat har internkontrollplanen reviderats med tillägg om månadsvis uppföljning av avvikelser. Det pågår arbete med att ta fram övergripande struktur och stödmaterial för hur detta ska genomföras. Sedan tidigare sker redovisning och analys av avvikelser tertialvis. Rutinen för avvikelshantering inom SoL och LSS inklusive lex Sarah har reviderats under hösten 2017.

Detta som ett led i att klargöra olika funktioners ansvarsområden vid hantering av avvikelser och missförhållanden och för att tydliggöra de praktiska moment som ska utföras i verksamhetssystemet. Vidare pågår också arbete med att strukturera och skapa tydlighet gällande avvikelseområden och benämningar för olika avvikelser i verksamhetssystemets avvikelsemodul. Som ett led i detta har definitioner för olika benämningar och avvikelseområden tagits fram tillsammans med medicinskt ansvarig sjuksköterska. Sammantaget syftar dessa förändringar till att tydliggöra och bidra till högre grad av systematik vid registrering och analys av avvikelser. Målsättningen är att det i sin tur ska leda till att förvaltningen uppnår ökad effektivitet gällande åtgärder som vidtas.

Vidare kommer avvikelsemodulen i verksamhetssystemet att uppdateras under våren 2018. Exakt när detta kommer att ske är i dagsläget inte bestämt. Uppdateringen gäller endast de moment som ingår vid bearbetning av avvikelser och kommer att innebära ett mer användarvänligt gränssnitt. Registrering av avvikelser kommer inte att förändras i och med detta. I samband med att uppdateringen genomförs kommer även den förändrade strukturen gällande avvikelseområden att implementeras. Då utseendet i verksamhetssystemet förändras samt rutinen för avvikelsehantering reviderats planeras för utbildning för de chefer som berörs.

Klagomål och synpunkter

Under 2017 har 20 synpunkter blivit registrerade som allmän handling. Verksamheterna som omnämns är stöd i ordinärt boende, särskilt boende äldre, funktionsnedsättningsområdet och myndighetsutövning. Nio av de inkomna synpunkterna berör verksamhetsförändringen av Igelkottens reception. De övriga synpunkterna handlar om brister i omvårdnad och serviceinsatser, brister i bemötande, brister i larmhantering, brister i delaktighet, icke verkställda insatser, felplanerade insatser, brister i kommunikation och information.

Kvalitetsförbättrande åtgärder

Tio personer har fått återkoppling på sina synpunkter. I fem av dessa framförs även att berörd personal fått kännedom om synpunkten. I återkopplingen av en synpunkt har medborgardialoger framförts som ett sätt att utveckla kommunens vård och omsorg. En synpunkt har lett till utveckling av interna rutiner. Nio av synpunkterna har tagits med i risk- och konsekvensanalys för verksamhetsförändringen av Igelkottens reception. Sex personer har skickat in synpunkter anonymt.

I det systematiska kvalitetsarbetet är det viktigt att ta tillvara lärdomar från inkomna synpunkter. Ett förbättringsområde för synpunktshanteringen är att framföra och återkoppla åtgärder som ett led i kvalitetsförbättringen och utifrån dokumentationsskyldigheten.

Rapporterade/anmälda missförhållanden enligt lex Sarah

Lex Sarah gäller inom verksamhet enligt SoL och LSS. Enligt bestämmelserna om lex Sarah ska anställda omedelbart rapportera missförhållanden eller påtagliga risker för missförhållanden till den som bedriver verksamheten.

Därefter ska det rapporterade missförhållandet utredas samt lämpliga åtgärder vidtas för att avhjälpa missförhållandet och förhindra att det inträffar igen. Är missförhållandet att bedöma som allvarligt ska det rapporteras till IVO.

IVO gör i sådana fall en bedömning av om de åtgärder som vidtagits är adekvata och lämpliga.

Antal rapporterade/anmälda missförhållanden enligt lex Sarah

	2013	2014	2015	2016	2017
Anmälan lex Sarah – ett allvarligt missförhållande	-	4	2	5	5
Anmälan lex Sarah – en påtaglig risk för ett allvarligt missförhållande	2	1	4	1	0
Rapport lex Sarah – ett missförhållande	2	8	3	2	6
Rapport lex Sarah – en påtaglig risk för ett missförhållande	-	-	1	2	0
Totalt	4	13	10	10	11

Antal avvikelser som efter utredning inte betraktas som en lex Sarah

	2013	2014	2015	2016	2017
Totalt	1	8	10	2	2

Under år 2017 har det fattats beslut i totalt tretton ärenden som varit föremål för utredning enligt lex Sarah. Av de tretton ärenden som utretts under 2017 avser fem stycken händelser som inträffade under slutet av 2016. Detta innebär således att det under 2017 inträffade åtta händelser som utreddes enligt lex Sarah. Noterbart är att alla dessa åtta händelser inträffade under perioden juni till december.

Två utredningar avslutades med delegationsbeslut då missförhållande inte bedömdes föreligga. Av de återstående elva ärendena anmäldes fem till IVO då allvarligt missförhållande ansågs föreligga, övriga sex ärenden bedömdes som missförhållanden. De ärenden som anmäls till IVO rör olika slags händelser som har gemensamt att de medfört fysisk alternativt psykisk skada. Gemensamt är även att de pågått under en längre tidsperiod eller att liknande händelser inträffat tidigare.

Kvalitetsförbättrande åtgärder

Gällande vidtagna eller planerade åtgärder år 2017 utifrån lex Sarah är åtgärder inom områdena *processer och rutiner* samt *kommunikation och information* mest förekommande. Dessa områden har till i hög grad också bedömts som bakomliggande orsaker till att missförhållande inträffat. Inom området processer och rutiner är avsaknad

av rutiner eller otydliga rutiner vanligt förekommande som bakomliggande orsaker. Inom kommunikation och information är bristande kommunikation vanligt som en bakomliggande orsak. Som exempel kan ges att personal saknat vetskap om viktiga dokument eller rutiner och således inte handlat i enlighet med dem. Detta har bedömts som bakomliggande orsak i bland annat två utredningar gällande misstänkta stölder. Utifrån dessa utredningar pågår arbete med att utveckla och förtydliga rutin för hur privata medel ska handhas inom förvaltningen.

Det har även i flera utredningar enligt lex Sarah uppmärksammats brister i arbetet med ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete i verksamheten. Det har handlat om brister i arbetet med att ta fram processer och rutiner samt följsamhet till framtagna processer och rutiner. Exempelvis har rutiner inte varit kända av omvårdnadspersonal, införandet av nya rutiner har inte fungerat samt att det har saknats rutiner i verksamheten. När det gäller åtgärder rörande processer och rutiner kan vi se att det i flera lex Sarah ärenden har vidtagits ett arbete på verksamhets- och förvaltningsnivå vid upprättande/uppdatering av rutiner. Detta i syfte att verksamheterna ska arbeta på ett mer likartat sätt och att alla verksamheter ska hålla en god kvalitet vid utförande av insatser.

Tillsyn från Inspektionen för vård och omsorg (IVO)

Under augusti 2017 gjorde IVO verksamhetstillsyn på vård- och omsorgsförvaltningen med inriktning mot äldreomsorgen. Detta med anledning av iakttagelser gjorda i samband med tidigare ärenden som kommunen anmält enligt lex Sarah. Vid tillsynen berördes ett flertal områden; intern samverkan, informationsöverföring, planering av vård, dokumentation, avvikelshantering och lex Sarah, riskbedömningar samt egenkontroll/uppföljningar. Den 13 mars 2018 inkom IVO med skriftligt beslut till förvaltningen i ärendet. IVO ser flera brister utifrån sin tillsyn avseende det systematiska kvalitetsarbetet inom äldreomsorgen. I beslutet ställer IVO följande krav på åtgärder, där vård- och omsorgsnämnden ska säkerställa:

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

IVO begär också att få ta del av resultatet av den uppföljning som skett av den nya organisationen som trädde i kraft den 1 maj 2017. Det har dock inte ännu skett någon uppföljning av den nya organisationen.

IVO begär att redovisning av vidtagna åtgärder skall ha inkommit senast 1 maj 2018, och arbete med att besvara IVO har precis påbörjats när detta skrivs. IVO bedömer att ett för äldreomsorgen anpassat ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete visser-

ligen håller på att utvecklas inom nämndens ansvarsområde, men framhåller vikten av att intensifiera arbetet med utvecklingen och implementeringen av ledningssystemets alla delar. Problemen med informationsöverföring mellan olika personalgrupper är kända, och under början av 2018 har till exempel en grupp för att arbeta med dokumentation och vårdplaner inom HSL bildats, träffar med dokumentationsstödjare ute på enheterna har hållits där legitimerad personal har medverkat för att utbyta information, samt att uppdatering av rutiner och riktlinjer påbörjats. Dessa träffar med dokumentationsstödjare syftar också till att höja kompetensen i allmänhet vad det gäller social dokumentation. Inom olika verksamheter har man infört nya former av kontakter mellan professionerna, så som överlämningstillfällen inom hemtjänst, verksamhetsmöten på särskilt boende för äldre. Förvaltningen arbetar för att hitta lämpliga lösningar på hur information skall kunna hanteras i verksamhetssystemet så att det skall bli till bättre nytta. Processer och processägare har börjat definieras på förvaltningsnivå, även om det återstår att finna hur man på bästa sätt kan använda denna dokumentation för att all personal skall kunna få del av detta. När det gäller avvikelshantering så har uppföljning av avvikelser tagits med i internkontrollplanen för 2018, och det har i och med detta förtydligats att avvikelser skall analyseras och redovisas månadsvis och tertialsvis. Ett nytt verktyg har även tagits fram i Excel för att enhetschefer och andra på ett översiktligt vis kan se statistik över både avslutade och ej bedömda avvikelser, och följa upp detta på olika nivåer och inom olika verksamhetsområden. Inför en uppdatering av verksamhetssystemets avvikelsemodul i maj 2018 planeras också en utbildningsinsats att genomföras för enhetschefer, i hur man bedömer, analyserar och redovisar åtgärder.

Övrigt

Kvalitetsledningssystem

Hösten 2012 togs beslut om att Katrineholms vård- och omsorgsförvaltning skulle införa ett Kvalitetsledningssystem som bygger på SOSFS 2011:9. Arbetet med att implementera detta har pågått sedan dess.

Våren 2017 presenterades en utförlig slutrapport utifrån "Uppdrag praktiskt arbete med kvalitetsledningssystem inom vård- och omsorgsförvaltningen 2015-2017", där utredarna bland annat utifrån en GAP-analys tog upp vad som behöver prioriteras. Syftet med uppdraget var att omsätta styrdokumentet *Kvalitetsledningssystem inom vård- och omsorgsförvaltningen* till operativt systematiskt kvalitetsarbete.

Områdena som ingår i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, ska tillämpas och anpassas utifrån vård- och omsorgsförvaltningens verksamhet vad gäller inriktning och omfattning. Varje område i SOSFS 2011:9 var ett delmål i uppdraget. Syftet med slutrapporten var att redovisa och bedöma uppdraget i förhållande till de initialt tänkta målen. I rapporten presenterades erfarenheter och iakttagelser som hade gjorts under arbetet. Mycket av kommentarerna under rubrikerna nedan är hämtade från slutrapporten. Under hösten 2017 påbörjade ny kvalitetsutvecklare/utredare arbetet med att sätta sig in i detta uppdrag och den nya förvaltningsledningen har efter omorganisationen innan sommaren 2017 arbetat med att utveckla egenkontroll och processbeskrivningar. I samband med IVO:s tillsyn togs saker upp som processbeskrivningar, ansvarsfördelning och personalens medverkan i kvalitetsarbetet som viktiga delar där förvaltningen

fortfarande brister. Det behövs också, enligt slutrapporten, ett nytt tydligt uppdrag initierat av förvaltningsledningen för att fortsätta arbetet med att identifiera, beskriva och fastställa de processer och rutiner som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet.

Ledningssystemets grundläggande uppbyggnad

Gällande *tillämpningsområde för SOSFS 2011:9* är det klargjort vilken verksamhet som bedrivs gällande inriktning och omfattning samt vad som är kvalitet för verksamheten. Grundprocesserna är satta för *ledningssystemets grundläggande uppbyggnad*, men processer på detaljnivå inom utföraravdelningen saknas ännu, samt att rutiner inte är kopplade till dessa. Ett arbete med att ta fram dessa är påbörjat under 2018 inom varje verksamhetsområde. Förvaltningen har skriftliga rutiner, men majoriteten är i behov av uppdatering samt att detta därefter görs systematiskt. Det finns även behov av att ta bort och skapa nya rutiner. Förtydliga och fastställ ansvarsfördelning och organisation för kvalitetsarbetet i och med omorganisationen. Ledningssystemet behöver integreras med befintliga system för uppföljnings- och planeringsprocessen enligt Katrineholms kommuns styrmodell.

Processer och rutiner

Under slutet av 2017 påbörjades arbete med att visualisera alla processer i processkartor, då även kopplat till vilken funktion som har ansvar för varje del i processen. Arbetet fortsätter under 2018. Detta gäller alla verksamhetsområden. Utredargruppen arbetar specifikt med att fånga de processer som finns under Kvalitetsledningssystemet, såsom processerna för avvikelshantering, klagomål, framtagande av rutiner och riskanalyser med flera.

Samverkan

Det finns ett behov av att fortsätta förbättra och identifiera hur samverkan internt ska fungera mellan olika verksamhetsområden och professioner, samt extern med andra aktörer.

Ansvarsfördelning

Ansvarsfördelning finns beskriven i styrdokumentet men behöver revideras i och med ny organisationsstruktur.

Personalens medverkan i kvalitetsarbetet

Gällande *personalens medverkan i kvalitetsarbetet* har det utifrån slutrapporten förtydligats att cheferna måste få med personalen och att detta måste göras pedagogiskt, då personalen är grunden i det systematiska kvalitetsarbetet. Gällande *ansvar och användning av ledningssystemet* har diskussioner förts, men i och med att styrdokumentet "Kvalitetsledningssystem inom vård- och omsorgsförvaltningen" skulle ha behövt revideras i samband med omorganisationen 1 maj 2017, har detta område inte berörts på djupet.

Systematiskt förbättringsarbete

Gällande det *systematiska förbättringsarbetet* pågår olika delprocesser. Det finns processer och rutiner för avvikelshantering, som uppdaterats under 2017 och början av 2018, men det finns ett behov av utvecklingsarbete kring detta. Inom riskanalys har det tagits fram en mall och instruktion för att arbeta med risk- och konsekvensanalys på verksamhets- och organisationsnivå. På individnivå finns det olika arbetssätt kring arbetet med riskanalyser i de olika verksamhetsområdena. Det finns ett behov av att tydliggöra vilka riskanalyser som ska göras. Förvaltningen genomför olika former av egenkontroll där verksamhetens kvalitet följs upp, men denna behöver utvecklas. Under arbetets gång har ett nytt uppdrag *Kvalitetsuppföljningssystem för systematiskt förbättringsarbete* initierats av förvaltningschef, där fokus är på egenkontroll. Gällande *dokumentationsskyldigheten*, har detta område berörts inom de olika delområdena. Utifrån styrdokumentet om kvalitetsledningssystem sammanställs också för första gången 2017 detta dokument, kvalitetsberättelsen.



Vård- och omsorgsnämnden

LS 1:18 Anmälan om missförhållanden enligt LSS – lex Sarah (ekonomiskt övergrepp/misstänkt stöld)

Vård- och omsorgsförvaltningens förslag till beslut

- Vård- och omsorgsnämnden beslutar att tillräckliga och adekvata åtgärder är vidtagna av förvaltningen.
- Nämnden beslutar att det inträffade inte utgör ett allvarligt missförhållande enligt 24 f § LSS (Lex Sarah).

Sammanfattning av ärendet

Avvikelsen handlar om att god man upptäckte att kassabladet för januari månad var omskrivet med förfalskade signaturer och att 312 kronor försvunnit från aktuell vårdtagare mellan den 4-11 januari 2018.

Händelsen polisanmäldes av enhetschef den 12 januari och rapporterades i verksamhetssystemet den 16 januari.

Beslut att utreda händelsen enligt lex Sarah fattades den 19 januari.

De försvunna pengarna återbetalades till brukaren via vård- och omsorgsförvaltningen den 7 februari 2018.

Rutin för hantering av privata medel inom vård- och omsorgsnämndens samtliga verksamheter och dess bilagor har reviderats och publicerats i en ny utgåva (8).

Av utredningen framgår behov av att öka kunskapen om hur personal ska hantera brukares privata medel. På arbetsplatsträff den 26 mars 2018 gick enhetschefen igenom rutinen för hantering av privata medel inom vård- och omsorgsnämndens samtliga verksamheter och dess bilagor utgåva 8.

Det anses nödvändigt att personalen har tillgång till vårdtagarnas kontanta medel för att bedriva verksamheten. Detta utgör dock en sårbarhet för att ekonomiska övergrepp kan ske.

Med ökad tydlighet och följsamhet i befintliga rutiner minskar sannolikheten att liknande händelser inträffar igen. Denna händelse fungerar som ett lärande exempel inom hela vård- och omsorgsförvaltningen.

Händelsen har inte påverkat brukarens tillit till personalen.

Händelsen bedöms inte utgöra ett allvarligt missförhållande.

Utifrån de brister som framkommer i utredningen anses vidtagna och planerade åtgärder adekvata och tillräckliga utifrån den aktuella händelsen.

Med anledning av det inträffade har följande åtgärdsplan tagits fram av verksamheten.



Vidtagna åtgärder

- Enhetschef polisanmälde händelsen den 12 januari 2018.
- God man gjorde polisanmälan för urkundsförfalskning den 1 februari 2018.
- Arbetsplatsdiskussion om händelsen utfördes den 15 januari 2018.
- Diskussion fördes kring hantering av brukares privata medel under enhetens planeringsdag den 12 mars 2018.
- De försvunna pengarna återbetalades till brukaren via vård- och omsorgsförvaltningen den 7 februari 2018.
- Den enskildes överenskommelse om hantering av privata medel uppdaterades den 12 mars 2018.
- Rutinen för hantering av privata medel inom vård- och omsorgsnämndens samtliga verksamheter och dess bilagor har reviderats och publicerats i en ny utgåva (8).
- Arbetsplatsträff den 26 mars 2018: Enhetschef gick igenom rutinen för hantering av privata medel inom vård- och omsorgsnämndens samtliga verksamheter och dess bilagor utgåva 8. Enhetschef informerade även personalen att de ska göra uträkningar och redovisa på kassabladen i lugn och ro och att de ska använda miniräknare istället för huvudräkning vid redovisning på kassablad. Beslut togs att enheten använder ordet överföring istället för transport på kassabladet. Beslut togs även om att personalen skriver kassabladen samt att personalen medverkar vid överlämning av kontanta medel från god man.

Planerade åtgärder

- Kontakt med god man för att informera om vidtagna och planerade åtgärder, enhetschef ansvarar.
- Att kontaktpersonal/stödpersonal undertecknar ett dokument om sina ansvarsområden, enhetschef ansvarar.
- Aktualisering av alla brukares överenskommelser om hantering av privata medel på enheten, enhetschef ansvarar
- Delge personal inom alla enheter i vård- och omsorgsförvaltningen att denna händelse utretts enligt lex Sarah och att "Rutin för hantering av privata medel inom vård- och omsorgsnämndens samtliga verksamheter och dess bilagor utgåva 8, datum 2018-02-27", går igenom på arbetsplatsträffar. Verksamhetschefer ansvarar.
- Undersöka möjligheten till handkassa/förladdat kort. Controller ansvarar.

Åtgärdsplanen följs upp av verksamhetschef senast sex månader efter beslut i vård- och omsorgsnämnden.

Ärendets handlingar

- Vård- och omsorgsförvaltningens utredning, 2018-03-28.

Ärendebeskrivning

Enligt bestämmelserna om lex Sarah i Socialtjänstlagen (2001:451), SoL, och Lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS, ska anställda genast rapportera missförhållanden och påtagliga risker för missförhållanden till den som



bedriver verksamheten. Den som bedriver verksamheten ska utreda och avhjälpa eller undanröja det rapporterade missförhållandet utan dröjsmål. Vård- och omsorgsnämnden ska sedan avgöra om det föreligger ett allvarligt missförhållande, påtaglig risk för allvarligt missförhållande, eller enbart missförhållande (SOSFS 2011:5). I de fall nämnden bedömer missförhållandet som allvarligt ska nämnden anmäla det till Inspektionen för vård och omsorg (IVO).

I vård- och omsorgsförvaltningens rutiner för hantering av avvikelser rörande SoL och LSS inklusive hantering av lex Sarah framgår att chef för avdelning där eventuellt missförhållande eller risk för missförhållande uppstått ansvarar för att göra en bedömning av inkommen rapport, beslutar om utredning ska inledas samt beslutar om åtgärder kopplade till händelse. Chef för myndighets- och specialistavdelningen ansvarar för att utredning görs samt ser till att ansvarig nämnd får anmälan för ställningstagande och beslut.

Susanna Kullman
Tf. förvaltningschef/
Verksamhetschef myndighets- och
specialistavdelningen

Johanna Flood
Utredare

Beslutet skickas till: Berörd verksamhetschef, enhetschef, akten.



Vår handläggare
Karin Wadman, föreningskonsulent

Ert datum

Er beteckning

Vård- och omsorgsnämnden

Förslag om grundbidrag till PRO Sköldinge

Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämndens beslutar att bevilja PRO Sköldinge ett grundbidrag på 2 000 kronor för verksamheten under 2018.

Bidraget täcks med medel ur nämndens anslag för föreningsbidrag.

Sammanfattning av ärendet

PRO Sköldinge har den 16 mars 2018 till föreningskonsulenten inkommit med en ansökan om grundbidrag till 2018 års verksamhet.

Föreningen hade missat att söka under den vanliga ansökningsperioden under hösten 2017, men hoppas på ett positivt beslut trots den sena ansökan.

Ärendets handlingar

Föreningskonsulenten föreslår vård- och omsorgsnämnden besluta om ett bidrag på 2 000 kronor till PRO Sköldinge.

Karin Wadman
Föreningskonsulent

Beslutet skickas till: PRO Sköldinge, assistent för utanordning, controller/ekonom, akten



Vård- och omsorgsnämnden

Meddelanden 2018-04-26

Vård- och omsorgsförvaltningens förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden godkänner redovisningen av meddelandena.

Arbetsmiljöverket

Arbetsmiljöverket har till verksamhetsansvarig för gruppboendestad Nyhemsgatan 42 meddelat att inspektioner av HVB-hem och LSS-boenden i hela landet kommer att påbörjas i april 2018. Fokus är det förebyggande arbetsmiljöarbetet mot hot och våld samt den organisatoriska och sociala arbetsmiljön. *Hnr 2018:367*

Funktionsrättsrådet

Minnesanteckningar från sammanträde den 26 februari 2018. *Hnr 2018:353*

Inspektionen för vård och omsorg (IVO)

Beslut den 6 mars 2018 i ärende om tillsyn av ej verkställt beslut.

IVO har beslutat avsluta ärendet mot bakgrund av de redovisade omständigheterna och att det inte finns skäl att ansöka om utdömmande av särskilt avgift hos Förvaltningsrätten. *Hnr 2018:311*

Beslut den 22 mars 2018 utifrån lex Maria-anmälan om allvarlig vårdskada på särskilt boende. Anmälan gällde patient som i samband med förflyttning gled ur rullstolen och ådrog sig en fraktur som inte konstaterades förrän tre veckor efter fallet.

IVO har avslutat ärendet och kommer inte att vidta några ytterligare åtgärder.
Hnr 2018:370

Kommunfullmäktige

Protokollsutdrag den 19 mars 2018

§ 32 Ändring av avgifter inom vård och omsorg KFS 4.22 (ändring av formel).
Hnr 2018:401

§ 33 Förlängning och förnyande av giltighetstid för styrdokument. *Hnr 2018:400*

Vård- och omsorgsförvaltningen

Minnesanteckningar från brukarråd

Arbete/sysselsättning, social-/neuropsykiatri	2018-04-04	<i>Hnr 2018:390</i>
Barn och ungdom	2018-03-09	<i>Hnr 2018:318</i>
Norrgläntan	2018-04-11	<i>Hnr 2018:419</i>
Pantern	2018-03-03	<i>Hnr 2018:392</i>
Resurscenter	2018-04-04	<i>Hnr 2018:391</i>

