

14 november 2018

Stab

Äldreförvaltningen

Lena Lindqwister

Dnr: ÄN 2018/272

Marjaana Lehmonen Nilsson

**Resultat av verksamhetsuppföljning samt kvalitetsgranskning av avdelningen för
Särskilt boende, internt och externt**

Sammanfattning

Äldrenämnden har tidigare fattat beslut om verksamhetsuppföljning och kvalitetsgranskning av särskilda äldreboenden i Haninge.

Syftet med granskningen och uppföljningen är att säkerställa att verksamheterna uppfyller de kvalitetskrav som äldreförvaltningen har på samtliga verksamheter inom äldrenämndens ansvarsområde som utför insatser enligt socialtjänstlagen samt att stimulera till ett aktivt kvalitetsarbete i verksamheten.

Äldreförvaltningen har under oktober-november 2018 genomfört 14 verksamhetsbesök. Alla särskilda boenden i Haninge kommun, både interna och externa, har besökts.

Verksamhetsuppföljningen utgår från sex indikatorer: *kundnöjdhet, kompetens, hälsa och arbete, social dokumentation, kvalitet-Lex Sarah och kvalitet-ledningssystem*. Uppföljningen genomförs av äldreförvaltningens utredare och redovisas i form av en sammanfattning av bedömda kvalitetsindikatorer.

Bedömningen bygger på tre nivåer och respektive kvalitetsindikator redovisas för sig. Ingen viktning av kvalitetsindikatorerna sker, utan varje indikator bedöms för sig. Tillsammans ger resultatet för samtliga indikatorer en bild av enhetens starka och svaga sidor. Enheten måste minst uppnå nivå 1 för samtliga kvalitetsindikatorer för att bedömas som godkänd. Om enheten uppnår nivå 2 eller 3 ska en handlingsplan upprättas. Vid nivå 3 följs enheten upp inom sex månader.



Den sammanfattade bedömningen efter verksamhetsuppföljning och kvalitetsgranskning är att särskilda boenden i Haninge håller god kvalitet och bedriver en god och säker hälso- och sjukvård. Detta gäller både internt och externt. Några utvecklingsområden finns dock och de redovisas separat i den sammanfattande texten där varje enhet bedöms för sig.

De utvecklingsområden som nästan alla särskilda boenden hade gemensamt är vissa brister i social dokumentation, ledningssystem och arbetet med att minska sjukfrånvaron.

Bakgrund

Verksamhetsuppföljningen består av ett antal frågeställningar utifrån avtalsefterlevnad, efterlevnad av lagstiftning, riktlinjer och policys samt systematiskt ledningssystemarbete. Uppföljningen genomförs av äldreförvaltningens utredare och redovisas i form av en sammanfattning av bedömda kvalitetsindikatorer.

Bedömningen bygger på tre nivåer och respektive kvalitetsindikator redovisas för sig. Ingen viktning av kvalitetsindikatorerna sker, utan varje indikator bedöms för sig. Tillsammans ger resultatet för samtliga indikatorer en bild av enhetens starka och svaga sidor. Enheten måste minst uppnå nivå 1 för samtliga kvalitetsindikatorer för att bedömas som godkänd. Om enheten uppnår nivå 2 eller 3 ska en handlingsplan upprättas. Vid nivå 3 följs enheten upp inom sex månader.

Syftet med granskningen och uppföljningen är att säkerställa att verksamheterna uppfyller de kvalitetskrav som äldreförvaltningen ställer på samtliga verksamheter inom äldrenämndens ansvarsområde som utför insatser enligt socialtjänstlagen samt att stimulera till ett aktivt kvalitetsarbete i verksamheten. Syfte är även att följa upp verksamheterna utifrån avtalsefterlevnad, riktlinjer, bestämmelser och lagstiftning.

Med hjälp av kvalitetsgranskningarna och verksamhetsuppföljningarna kan olika delar av verksamheterna följas upp ingående. Varje år utförs en fördjupad granskning på någon del av verksamheten t. ex. social dokumentation och ledningssystem för kvalitet.

Utgångspunkterna i granskningen och uppföljningen är socialtjänstlagen, hälso- och sjukvårdslagen, Socialstyrelsens allmänna råd och bestämmelser, kommunens kvalitetspolicy, Äldreplanen, Strategi och budget, förfrågningsunderlag, verksamhetsplan, de kvalitetsdeklarerade tjänsterna, rutiner och riktlinjer för social dokumentation, MAS-riktlinjer, enhetens lokala verksamhetsplan och ledningssystem för kvalitet. Kvalitetsdeklarationen innebär att medarbetare efter ett års anställning har blivit validerade enligt kriterier för kravmärkt yrkesroll.

Metod

Verksamhetsuppföljningen består av ett antal frågeställningar utifrån avtalsefterlevnad, efterlevnad av lagstiftning, riktlinjer och policys samt systematiskt ledningssystemarbete. Uppföljningen genomförs av äldreförvaltningens utredare och redovisas i form av en sammanfattning av bedömda kvalitetsindikatorer

Genomförande

Bakgrundsinformation inhämtades med hjälp av ett detaljerat frågeformulär som cheferna på särskilda boenden fick fylla i. Efter det bjöds dokumentationsombuden från kommunens egna särskilda boenden till kommunhuset för att granska genomförandeplaner för varje särskilt boende. Därefter kontrollerade utredarna genom stickprov sociala dokumentationer och jämförde dem med genomförandeplaner i syfte att se hur noggrant dessa genomförandeplaner följs. Totalt kontrollerades 172 genomförandeplaner.

Efter det besöktes alla boenden och under de besöken diskuterades svaren och utredaren ställde frågor för att få tydligare bild av hur de respektive boenden arbetade rent konkret. En rundvisning av lokalerna ingick också i besöken.

Bedömning

De sex indikatorerna är utgångspunkten för bedömning av resultat av kvalitetsgranskningen.

Kundnöjdhet

Resultat av undersökning av kundnöjdhet år 2018 har inte kunnat redovisas. Leverantören av Combine har ej velat medverka till att leverera det underlag som krävs för att göra bedömningar på enhetsnivå. Två externa verksamheter genomför egna kundnöjdhetsundersökningar. Där var kundnöjdheten hög.

Kompetens

Den samlade kompetensen har bedömts utifrån antalet validerade omvårdnadsarbetare, hot- och våldsstödjare och demensvägledare. Resultat generellt ser mycket bra ut. Variationen ligger mellan 90 och 100 %.

Vallagården har just nu ingen demensvägledare, men däremot tre anställda som är specialiserade inom BPSD (Beteendemässiga och psykiska symptom vid demenssjukdom).

De som väntar på att bli validerade är totalt nio personer inom alla de interna verksamheterna.

Hälsa och arbete

Sjukfrånvaron inom interna särskilda boenden är hög, 10,13 %. Siffran omfattar även långtidssjukfrånvaron. Variationen mellan särskilda boenden är stor: från 5,2 % till 13,15 %. Enhetscheferna arbetar aktivt enligt handlingsplanen för minskad sjukfrånvaro. Sjukfrånvaron redovisas enbart totalt eftersom systemet Hypergene inte kunnat leverera siffror indelat lång- och korttidsfrånvaro i år.

Social dokumentation

Social dokumentation genomförs på samma sätt på korttidsboenden och på de övriga särskilda boendena, trots att genomströmningen av boende är stor på korttids och att man inte alltid hinner upprätta en genomförandeplan där. Den procentuella andelen boende för vilka genomförandeplaner upprättats på korttidsboenden blir därför mycket låg.

Betraktat utifrån Socialstyrelsens riktlinjer varierar genomförandeplaner och sociala dokumentationer stort. Vissa genomförandeplaner och sociala dokumentationer håller mycket hög kvalitet. Medarbetarnas skiftande kompetens såsom datorvana och språkkunskaper är några förklaringar till de stora skillnaderna. Social dokumentation är ett klart utvecklingsområde för samtliga särskilda boenden. Eventuell bristfällig målformulering för den bedömda insatsen kan ha negativ påverkan på kvaliteten av den sociala dokumentationen.

Kvalitet – Lex Sarah

2018-04-01 gick äldreförvaltningen över till verksamhetssystemet DF Respons där man registrerar avvikelser, bland annat utifrån Lex Sarah. Det totala antalet Lex Sarah-rapporter är 103. Antalet Lex Sarah-rapporter har minskat jämfört med den förra granskningen, vilket leder till att fem enheter ska upprätta en handlingsplan angående Lex Sarah-rapportering.

Kvalitet – ledningssystem

Bedömningen av kvalitet- ledningssystemet utgår ifrån antalet genomförda riskanalyser.

Relaterat till åtagandet har samtliga nått resultat 100 %. Egenkontrollerna är genomförda på samtliga boenden. Rapportering av alla avvikelser görs i systemet DF Respons sedan 2018-04-01.

Resultat

Den sammanfattade bedömningen efter verksamhetsuppföljning och kvalitetsgranskning är att särskilda boenden i Haninge håller god kvalitet. Några utvecklingsområden finns dock och de redovisas separat i den sammanfattande texten där varje enhet bedöms för sig.

De utvecklingsområden som nästan alla särskilda boenden har gemensamt är vissa brister i social dokumentation, ledningssystem och arbetet med att minska sjukfrånvaron.

