

Bilaga 2: Resultat av kvalitetsgranskning 2019

Genomförande av kvalitetsgranskning 2019

Kvalitetsgranskning har genomförts under september-november 2019. Samtliga verksamheter som utför biståndsbedömda insatser inom äldreomsorgen har granskats, samt viss verksamhet inom äldreomsorgens förebyggande avdelning. Vissa av kvalitetsgranskningens områden är inte tillämpbara för all verksamhet, vilket framgår av resultatredovisningen som presenteras nedan i bilagan. Områdena kvalitetsledningsledningssystem/systematiskt förbättringsarbete och kompetens, granskas genom avtalsuppföljning för privata LOV-utförare inom hemtjänst och privata boenden i Haninge kommun. Underlag för avtalsuppföljning ska vara kommunen tillhanda senast sista februari, underlaget har därför inte granskats i samband med kvalitetsgranskning för 2019.

Kvalitetsgranskningen har genomförts på enhetsnivå, men denna sammanställning presenterar i huvudsak resultat på avdelnings- och förvaltningsnivå för att redovisa trender inom äldreomsorgens verksamheter. Samtliga verksamheter har fått återkoppling av kvalitetsgranskningens resultat på enhetsnivå.

De två utredarna som varit samordnande och genomfört stora delar av granskningen, har tillsammans utifrån sin erfarenhet och kompetens resonerat kring vad som kan anses vara gröna, gula respektive röda resultat. Utredarna har försökt göra en så likvärdig bedömning som möjligt genom att tillsammans genomföra stora delar av granskningen, och har tillsammans reflekterat kring resultatet. Erfarenheter av den första kvalitetsgranskningen enligt denna metod, har gett vägledning kring hur metoden kan förbättras inför kvalitetsgranskning 2020.

Resultat av kvalitetsgranskning 2019

Sedan kvalitetsgranskningens genomförande har nattgrupp, stödgrupp och bemanningscentrum bytt organisatorisk tillhörighet. Hemtjänstverksamheten har

numer tre områden istället för fyra. Vård- och omsorgsboenden har förändrat sina enhetsindelningar. Verksamheternas resultat redovisas enligt följande:

Avdelning	Granskade verksamheter
Beställaravdelningen	Beställarenheten Handläggnings- och administrationsenheten Bemanningscentrum ingår i resultatredovisning för 2019
Förebyggande avdelningen	Dagverksamhet (allmän och demens) Träffpunkter Nattgrupp och stödgrupp ingår i resultatredovisning för 2019
Ordinärt boende, egen regi	Brandbergens hemtjänst Handens hemtjänst Västerhaninge hemtjänst Jordbro hemtjänst ingår i resultatredovisning för 2019
Vård- och omsorgsboende	För resultatredovisning 2019: Hagagården (A, B och korttidsboende) Johanneslund (A, B och korttidsboende) Malmgården Ros-Anders gård Vallagården

Privata LOV-utförare inom hemtjänst	AB Svensk hemvård AB Tonys hemtjänst Assistansporten hemtjänst Assistans & hemtjänst Stockholm A-teamet sjuksköterskeomsorg i Stockholm CL assistans AB Dan & Noc omsorg Empati hemtjänst Ersta diakoni Eveo Forever omsorg Hemtjänstakuten AB HS trygg tillvaro K&P hemtjänst Maria omsorg Noga omsorg Haninge Omsorgsjouren Sverige AB Plusvita Proffssystem i Stockholm AB
-------------------------------------	---

Resultat på avdelnings- och förvaltningsnivå presenteras nedan för respektive område som granskats. Färgmarkeringar visar hur granskare bedömt avdelningens resultat inom varje område (se bedömningskriterier presenterade i tjänsteskrivelsen). För område kompetens görs enbart en resultatredovisning, ingen bedömning har gjorts av granskare. Efter presentation av resultat följer utredarnas analys och kommentarer.

Område kvalitetsledningssystem/systematiskt förbättringsarbete: riskanalys

Syfte: Följa upp att verksamheten arbetar med riskanalyser och dokumentation av dessa enligt SOSFS 2011:9, samt att detta leder till kvalitetsförbättringar för kunden.

Metod: Granskning av verksamheternas förbättringsplaner.

Resultat:

Beställaravdelningen	Det framgår av förbättringsplan att riskanalysarbete sker på en av enheterna, på den andra framgår det inte. Det finns förbättringsområden som kan komma från underlag från riskanalyser, men det saknas tydlig koppling i förbättringsplanen.
Förebyggande avdelningen	Det finns förbättringsområden som kan komma från underlag från riskanalyser, men det saknas tydlig koppling i förbättringsplanen. Det framgår att riskarbete görs, men saknas tydlig koppling till hur det leder till kvalitetsförbättringar för kunden.
Ordinärt boende, egen regi (25 % av enheterna har haft förbättringsplan möjlig att granska)	Det finns förbättringsområden som kan komma från underlag från riskanalyser, men det

	saknas tydlig koppling i förbättringsplanen. Det framgår att riskarbete görs, men saknas tydlig koppling till hur det leder till kvalitetsförbättringar för kunden.
Vård- och omsorgsboende	Det finns förbättringsområden som kan komma från underlag från riskanalyser, men det saknas tydlig koppling i förbättringsplanen. Det framgår att riskarbete görs, men saknas tydlig koppling till hur det leder till kvalitetsförbättringar för kunden.

Kommentar och analys: Riskanalys är ett viktigt verktyg för att förebygga kvalitetsbrister. Av verksamheternas förbättringsplaner framgår inte hur underlag från riskanalyser enligt SOFS 2011:9 är kopplade till verksamhetens valda förbättringsområden. Det kan mycket väl vara så att underlag till valda förbättringsområden kommer från riskanalysarbete, men kopplingen framgår inte tydligt i förbättringsplanen. Underlag till valda förbättringsområden bör till stor del komma från det systematiska förbättringsarbetets delar så som riskanalyser etc. Om förbättringsarbete inte genomförs på ett systematiskt vis, finns risk för att mindre brådskande förbättringsområden prioriteras.

Under granskningen framkom att mallen för förbättringsplan behöver förtydligas så att det är tydligt vilken information som efterfrågas från verksamheten. Uppdatering av mallen för förbättringsplan har gjorts inför 2020.

Område kvalitetsledningssystem/systematiskt förbättringsarbete: egenkontroll

Syfte: Följa upp att verksamheten arbetar med egenkontroller och dokumentation av dessa enligt SOSFS 2011:9

Metod: Granskning av genomförda egenkontroller enligt avdelningsspecifik mall. Granskning av verksamheternas förbättringsplaner.

Resultat:

Beställaravdelningen	Har genomfört egenkontroll enligt avdelningsspecifik mall. Det framgår av förbättringsplanen att egenkontrollmallen ska arbetas om utifrån att göra den mer anpassad för verksamheten. Kan öka användning av nyckeltal i syfte att förbättra verksamheten.
Förebyggande avdelningen	Vissa enheter har genomfört egenkontroll enligt avdelningsspecifik mall, andra inte. Vissa enheter har använt sig av nyckeltal i syfte att förbättra verksamheten, andra inte.
Ordinärt boende, egen regi	Egenkontroll enligt avdelningsspecifik mall saknas för samtliga enheter

(25 % av enheterna har haft förbättringsplan möjlig att granska)	inom hemtjänsten. Den enhet som har en förbättringsplan, hade nytillsatt chef som inte hunnit tillträda vid tillfället för vårens egenkontroll. Analys av nyckeltal i syfte att förbättra verksamheten saknas.
Vård- och omsorgsboende	Vissa enheter har genomfört egenkontroll enligt avdelningsspecifik mall, andra inte. Där det saknas har det funnits vakanta chefstjänster vid tillfället för vårens egenkontroll. Vissa enheter har använt sig av nyckeltal i syfte att förbättra verksamheten, andra inte. Det finns områden som kan komma från analys av statistik från kvalitetsregistren, men det saknas en tydlig koppling.

Kommentar och analys: Egenkontroll är ett viktigt verktyg för verksamheten att titta på detaljerna och undersöka om rutiner fungerar i praktiken, eller om de kanske saknas helt. Verksamheten är på god väg, men det krävs fortsatt arbete för att egenkontrollen ska bli ett verktyg som utvecklar och förbättrar verksamheten. Verksamheten gör egenkontroller, men behöver använda sig av resultatet i högre grad. Egenkontrollmallar behöver verksamhetsanpassas och vara utmanande. Utredarna har granskat om nedslag i egenkontrollen tagits upp som förbättringsområde i

förbättringsplanen. Då egenkontrollmallen inte innehåller så många frågor, har verksamheten överlag inte några nedslag som behöver åtgärdas. Med en utökad egenkontroll, hade resultatet kunnat se annorlunda ut. Om en verksamhet har flera nedslag i egenkontrollen, kan fördjupad granskning behöva göras.

Ett förslag är att mål för vilka värden som kan vara lämpliga att sträva mot, sätts i dialog mellan avdelningschef och enhetschef/verksamhetschef. Då blir det tydligare vilka nyckeltal som ska följas upp och hur resultatet ska tolkas.

Område kvalitetsledningssystem/systematiskt förbättringsarbete: *hantering av klagomål och synpunkter, rapportering av avvikelser enligt HSL och SOL*

Syfte: Följa upp att verksamheten arbetar med hantering av klagomål och synpunkter, rapportering av avvikelser enligt HSL och SOL, enligt SOSFS 2011:9. Följa upp att syftet med avvikelserapportering uppfylls; säkra och utveckla kvaliteten i verksamheten, förhindra att avvikelser återupprepas.

Metod: Granskning av andel återupprepade avvikelser (rapport från avvikelssystem DF respons). Granskning av avvikelseutredningar. Granskning av verksamheternas förbättringsplaner.

Granskning av andel återupprepade avvikelser och granskning av utredningar har endast genomförts förvaltningsövergripande, alla verksamheter finns representerade i resultatet.

Resultat, kommentar och analys:

HSL-avvikelser

Utifrån rapport från avvikelssystemet DF respons framgår att 40% av HSL-avvikelseerna har hänt tidigare. Av samma rapport framgår att HSL-avvikelseerna främst består av fall och läkemedelshändelser. Den vanligaste orsaken till avvikelserna uppges vara att "den enskilde överskattar sin egen förmåga" (25,3%), följt av "ej följt gällande rutin" (14,2%). Vanligaste åtgärd är "gruppsamtal med personal" (18%), följt av

”kontakt med berörd sjuksköterska” (13,7%). Alternativ ”förtydligat/ändrat i befintlig rutin”, har valts i 1,1% av fallen. Detta resultat kan jämföras med att en av de vanligaste orsakerna till avvikelser uppgetts vara ”ej följt gällande rutin”.

Utredarna har granskat utredningar för avvikelser. För att avvikelser inte ska återupprepas, är viktigt att avvikelser utreds med ett perspektiv på systemnivå både för identifiering av bakomliggande orsak och åtgärd. Om utredningen stannar vid att endast se till enskild händelse eller enskild persons misstag, riskerar avvikelsen att återupprepas och drabba samma kund eller annan kund vid annat tillfälle. Följande frågeställningar har utredarna utgått från vid granskning:

- Framgår det av utredningen att bakomliggande orsaker till avvikelse på systemnivå identifierats?
- Framgår det av utredningen att åtgärder satts in med fokus på förbättringar på systemnivå?

Bakomliggande orsaker på systemnivå har enligt utredarnas bedömning identifierats helt eller delvis i 18/20 granskade utredningar. Förbättringar på systemnivå saknas däremot i de allra flesta fall. Åtgärder som satts in stannar vid akuta åtgärder vid enskild händelse och säkerställer inte att avvikelser inte återupprepas för annan kund vid annat tillfälle.

En granskad utredning fick grönt på båda frågeställningarna. Denna utredning berörde utebliven dos läkemedel. Som bakomliggande orsak hade ”ej följt gällande rutin” angetts. Som åtgärd framgick att rutin förtydligats/ändrats och att rutin sedan gått igenom på APT. Granskade utredningar som fått rätt resultat, har inte arbetat med åtgärd utifrån bakomliggande orsak på detta genomgående sätt, utan har stannat vid t.ex. enskilt samtal med personal och ej förändrat i någon rutin.

Majoriteten av HSL-avvikelserna berörde fall och läkemedelshändelser. Utredarna uppmärksammade vid granskning att risk finns för att utredningarna görs slentrianmässigt. Vid utredning om fall framgår det inte om en ny riskbedömning gjorts. Det framgår inte heller vilka åtgärder som satts in för att förebygga att nya fall

inträffar. En koppling mellan riskbedömning, resultat av riskbedömningen och insatta åtgärder bör framgå av utredningen, något som skulle kunna förebygga fall. Det är viktigt att allt som görs kring en avvikelse dokumenteras i utredningen.

SOL-avvikelser

Utifrån rapport från avvikelssystemet DF respons, framgår att 38% av SOL-avvikelserna är av samma typ som liknande händelser som tidigare förekommit i verksamheten. Av samma rapport framgår att SOL-avvikelserna främst består av "brist i information, kommunikation och samverkan", följt av "brist i/utebliven tillsyn" och "brist i trygghet". Vanligaste orsak till avvikelsen uppges vara att "ej följt gällande rutin" (27,7%), följt av "övrigt" (12,7%). Vanligaste åtgärd är "enskilt samtal med personal" (25,6%), följt av "gruppsamtal med personal" (20,6%). Alternativ "förtydligat/ändrat i befintlig rutin", har valts i 5,4% av fallen. Detta resultat kan jämföras med att den vanligaste orsakerna till avvikelser uppgetts vara "ej följt gällande rutin".

Utredarna har granskat utredningar för SOL-avvikelser utifrån samma frågeställningar som för HSL-avvikelser. Bakomliggande orsaker på systemnivå hittas helt i 8/20 utredningar och delvis i 5/20 utredningar. I 6/20 utredningar bedömer utredarna att bakomliggande orsak inte hittats. I 1/20 utredningar har utredarna bedömt att bakomliggande orsak på systemnivå helt korrekt saknas. Utredarna ställer sig frågande till varför det är enklare att finna bakomliggande orsaker för HSL-avvikelser, jämfört med SOL- avvikelser. En förklaring kan vara att SOL-avvikelserna är av mer varierade typ, vilket gör att utredaren behöver fundera lite extra för att finna rätt orsaker och åtgärder, ett ibland tidskrävande arbete som kräver mycket reflektion och någon att bolla tankar med.

Enligt utredarnas bedömning sätt åtgärder på systemnivå in i 2/20 fall, delvis i 4/20 fall och inte alls i 12/20 fall. Akuta åtgärder sätts in, men inga åtgärder på systemnivå, vilket gör att avvikelsen riskerar att återupprepas igen.

Utredning med grönt resultat på både bakomliggande orsak och åtgärd, berörde våld mellan boende på en demensavdelning. Bakomliggande orsak har identifierats som att rutin inte följts eller rutin inte fungerat. Som åtgärd ska rutin förtydligas/förändras, demensteam ska handleda och bemötandeplan ska uppdateras.

Resultat utifrån förbättringsplaner:

Beställaravdelningen	Det finns förbättringsområden som kan komma från underlag från avvikelser, men det saknas tydlig koppling i förbättringsplanen.
Förebyggande avdelningen	Det finns förbättringsområden som kan komma från underlag från avvikelser, men det saknas tydlig koppling i förbättringsplanen i de flesta fall.
Ordinärt boende, egen regi (25 % av enheterna har haft förbättringsplan möjlig att granska)	Det saknas underlag från avvikelser i förbättringsplanen.
Vård- och omsorgsboende	Det finns förbättringsområden som kan komma från underlag från avvikelser, men det saknas tydlig koppling i förbättringsplanen i de flesta fall.

Av förbättringsplanerna framgår inte hur underlag från avvikelser enligt SOFS 2011:9 är kopplade till verksamhetens valda förbättringsområden. Det kan mycket väl vara så att underlag till valda förbättringsområden kommer från avvikelsearbete, men kopplingen behöver tydliggöras i förbättringsplanen. Underlag till valda förbättringsområden bör till stor del komma från det systematiska förbättringsarbetets delar. Om förbättringsarbete inte genomförs på ett systematiskt vis, finns risk för att mindre brådskande förbättringsområden prioriteras.

Under granskningen framkom att mallen för förbättringsplan behöver förtydligas så att det är tydligt vilken information som efterfrågas från verksamheten. Uppdatering av mallen för förbättringsplan har gjorts inför 2020.

Område kundnöjdhet

Syfte: Följa upp kundnöjdheten i syfte att identifiera förbättringsbehov.

Metod: Kundnöjdhet utifrån positiva svar på utvalda frågor från Socialstyrelsens brukarundersökning 2019.

Resultat: Presenteras på avdelningsnivå, samt enhetsnivå för privata LOV-utförare inom hemtjänst.

Verksamhet	Brukar personalen bemöta dig på ett bra sätt? Målvärde: 95%	Brukar personalen ta hänsyn till dina åsikter och önskemål om hur hjälpen ska utföras? Målvärde: 90%	Hur nöjd eller missnöjd är du sammantaget med den hemtjänst du har/med ditt äldreboende? Målvärde: 90%
Ordinärt boende (hemtjänst)	96,3%	85,8%	88%

Vård- och omsorgsboende	95,1%	85,5%	82,8%
Ersta hemtjänst	98%	88%	80%
Noga omsorg	96%	92%	93%
Maria omsorg	94%	89%	83%
AB svensk hemvård	För få svarande	För få svarande	För få svarande
Tonys hemtjänst	93%	79%	82%
Assistans och hemtjänst	För få svarande	För få svarande	För få svarande
A-porten	88%	75%	88%
A-teamet	För få svarande	För få svarande	För få svarande
Dan & Noc	100%	100%	100%
Empati hemtjänst	För få svarande	För få svarande	För få svarande
Eveo	100%	57%	75%
Forever omsorg	100%	100%	86%
Hemtjänstakuten	100%	80%	100%
K&P hemtjänst	100%	100%	100%

Kommentar och analys: Kundnöjdheten inom äldreomsorgens interna verksamhet är relativt hög. Målvärdet för godkänt resultat i kvalitetsgranskningen är högt satt. Fråga gällande bemötande från personal ger sammantaget höga värden för all intern verksamhet, men det förekommer enheter med både högre och lägre kundnöjdhet.

Med undantag för en enhet, har ordinärt boende överlag en hög kundnöjdhet. Det blir en tydlig kontrast när en enhet har sämre resultat än övriga och det är viktigt att analysera vad detta kan bero på.

Vissa privata LOV-utförare inom hemtjänst har hög kundnöjdhet med helt gröna resultat, men flera har röda resultat som kräver åtgärder, vilket utförarna kommer få redogöra för i sin verksamhetsberättelse.

Inom avdelning vård- och omsorgsboende behöver en enhet åtgärda sina röda resultat som indikerar lägre kundnöjdhet. Vissa enheter har 100% kundnöjdhet, men det förekommer stora skillnader mellan enheter. Vissa enheter har för få svarande för att kunna redovisa resultat.

Område kompetens

Syfte: Följa upp kompetens hos personal inom verksamheten för att säkerställa att omsorg kan bedrivas med god kvalitet.

Metod: Mätning av andelen undersköterskor i förhållande till andelen vårdbiträden genom underlag från lönekontoret. Mätning har gjorts av tillsvidareanställd personal.

Resultat:

Verksamhet	Procentuell andel undersköterskor	Procentuell andel vårdbiträden
Ordinärt boende (hemtjänst)	40,7%	59,3%
Vård- och omsorgsboende	56,7%	43,3%
Förebyggande avdelningen (dagverksamhet, natt och stödgrupp)	88,7%	11,3%
Bemanningscentrum	100%	0%

Kommentar och analys: Det finns en hög andel undersköterskor inom bemanningscentrum, stödgrupp, nattgrupp och dagverksamhet. En tänkbar förklaring till detta är att dessa verksamheter har ett specialinriktat uppdrag, som kan vara attraktivt för undersköterskor att söka sig till.

Det är en låg andel undersköterskor inom hemtjänsten. Hemtjänstenheten med högst andel, har ca 50% tillsvidareanställda undersköterskor. Inom vård- och

omsorgsboende är andelen undersköterskor högre, men fortfarande relativt låg. Högst andel undersköterskor finns inom korttidsboende (79% respektive 67% för enheterna). För de låga siffrorna kan en tänkbar förklaring vara att det tidigare varit fokus på Kravmärkt yrkesrolls system för validering och kompetensutveckling. Titeln undersköterska kan därför varit av underordnad betydelse. Förvaltningen behöver ta fram strategi för kompetensförsörjning, specifikt för hur andelen undersköterskor ska öka i verksamheten.

Område dokumentation

Syfte: Följa upp att dokumentation som rör kunden är av tillfredställande kvalitet och följer gällande föreskrifter.

Metod: Granskning av genomförandeplaner och utredningar.

Resultat:

Granskning av utredningar

Totalt har 162 utredningar (8 slumpvis utvalda utredningar per biståndshandläggare) granskats av biståndshandläggare och gruppledare under samordning/handledning av utredare. Granskning har gjorts utifrån en mall som utgår från vad en utredning ska innehålla enligt föreskrifter. Mallen utgår från tankemodellen från IBIC (Individens behov i centrum).

Område	Sammanfattande bedömning
Ansökan och planering av utredning	Yellow
Kartläggning	Red
Behovsbedömning	Yellow
Målsättning	Red

De områden som kräver prioriterade åtgärder berör framför allt målsättning för individens insatser. Målen är enligt granskning inte individuellt utformade, svåra att mäta och följa upp och inte formulerade utifrån ett aktivitets- och delaktighetsperspektiv för individen.

Genomgående framgår av granskningens resultat att utredningarna innehåller mycket information som är svår att sortera bland. Informationen kan ibland vara inaktuell.

Flera områden behöver bevakas och beställarenheten uppmanas fortsätta granskning genom egenkontroll och förbättringsarbete utifrån resultatet.

Kommentar och analys: Resultatet indikerar att förbättringar avseende dokumentation i utredningarna behöver genomföras. Resultatet bör belysas utifrån de begränsningar som finns i nuvarande utredningsmall i Combine som försvårar möjligheter till att strukturera dokumentationen tydligt, samt att IBIC ännu inte är implementerat i verksamheten.

Resultatet av bristande målsättningar återspeglas i granskningen av genomförandeplaner, se vidare kommentar och analys under avsnitt om genomförandeplaner.

Granskning av genomförandeplaner

Informationsmängd genomförandeplaner

Totalt har 273 genomförandeplaner granskats av dokumentationsombud under samordning/handledning av utredare. Granskning har gjorts utifrån en mall som utgår

från vad en genomförandeplan ska innehålla enligt föreskrifter. Mallen utgår från tankemodellen från IBIC (Individens behov i centrum).

Fördelning av granskade genomförandeplaner:

Hemtjänst:

0-45 antal kunder:

5 styck/enhet

46-90 antal kunder:

10 styck/enhet

91+ antal kunder:

15 styck/enhet

Boenden: 10 styck/enhet

Dagverksamhet: 10 styck/enhet

Resultat redovisas på avdelningsnivå.

Fråga	Ordinärt boende	Vård- och omsorgsboende	Förebyggande avdelningen	Privat LOV hemtjänst
Framgår det vem beställningen (uppdraget) gäller?				
Framgår datum för planens upprättande?				

Framgår datum för uppföljning av planen?	Green	Green	Green	Red
Framgår vem som har upprättat planen?	Green	Green	Green	Green
Framgår vilka som deltagit i upprättandet av planen?	Red	Yellow	Green	Green
Framgår vilka hänsyn/önskemål från individen som har tagits med i planen?	Yellow	Red	Yellow	Green
Framgår vilka insatser som individen behöver stöd med?	Green	Green	Green	Green
Framgår hur stödet ska ges?	Green	Yellow	Green	Green
Framgår det när stödet ska ges?	Green	Red	Green	Green
Framgår det om/hur arbetssättet styrker individens egna resurser och delaktighet?	Red	Red	Green	Red
Stämmer genomförandeplanen överens med beställningen	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow

(uppdraget) gällande relevanta mål?	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow
Framgår det hur målen ska uppnås?	Green	Red	Green	Green
Finns fritext kopplade till målen?	Green	Yellow	Green	Green

Antal inkomna genomförandeplaner

Granskning har gjorts av antal inkomna genomförandeplaner under en specifik månad. Enligt riktlinjer ska genomförandeplan vara upprättad inom 3 veckor och därefter skickas till biståndshandläggare.

Parametrar som granskats:

- Antal inkomna genomförandeplaner
- Antal inkomna genomförandeplaner inom 3 veckor
- Antal inkomna genomförandeplaner, men ej inom 3 veckor

Resultat:

Sammanfattande bedömning	Granskares kommentar
Gäller samtliga utförare.	Endast ett fåtal privata LOV-utförare har fått godkänt resultat. Detta är ett stort förbättringsområde för samtliga verksamheter.

Kommentar och analys: Resultatet speglar att förbättringsarbete avseende dokumentation är ett ständigt tema som troligen aldrig blir helt färdigt. I granskningen framgår att ordinärt boende generellt har ett bättre resultat än vård- och omsorgsboende, men det kan förklaras med att genomförandeplanens mall generellt är

bättre anpassad för hemtjänstens verksamhet och specifika insatsbeställningar som vägleder vad det är som ska utföras, jämfört med verksamheter som har ett vidare uppdrag som inom vård- och omsorgsboende och dagverksamhet.

Det är också tydligt att utveckling av genomförandeplaner behöver ske tillsammans med utvecklingen av utredningar/beställningar. Granskningen visade att utförarna ofta gör sitt bästa för att bryta ner beställningens målsättning, men då denna är av väldigt övergripande karaktär, är det svårt för utföraren att formulera en individuell målsättning tillsammans med kunden. Utredningar och genomförandeplaner har tidigare granskats separat och i olika intervall. 2019 års granskningsmodell bidrar till att se helheten och var det brister. Årets granskningsmodell av genomförandeplaner förväntas ge utförarna god vägledning kring vilka områden i genomförandeplanen som behöver förbättras, samt vilka delar som är av god kvalitet. Granskningen ger också vägledning vad som är de centrala delarna i en genomförandeplan och fokus i förbättringsarbete kan riktas dit.

Granskningen visar att alla kunder inte har en genomförandeplan som inkommit i tid och samtliga verksamheter, med undantag från ett fåtal privata LOV-utförare, uppmanas att genomföra prioriterade åtgärder för att förbättra resultatet. Återkoppling från verksamheterna visar likt tidigare år, att giltig genomförandeplan kan finnas för kunden, men denna är inte skickad till biståndshandläggaren i verksamhetssystemet och syns därmed inte som inkommen. En genomförandeplan som inte är inkommen till myndighet/beställaren kan inte räknas som inkommen, men kunden får stöd enligt individuellt utformad genomförandeplan.

Område omvärldsbevakning

Syfte: Följa upp hur verksamheten arbetar för att ta till sig och implementerar nya metoder och verktyg.

Metod: Granskning av verksamheternas förbättringsplaner

Resultat:

Beställaravdelningen	Det framgår av förbättringsplanerna att nya utbildningar/metoder som leder till förbättringar i verksamheten används. Detta kan utvecklas ytterligare.
Förebyggande avdelningen	Det framgår av vissa enheters förbättringsplaner att nya metoder och verktyg används, hos andra framgår det inte. Ett klockrent exempel hos en enhet förekommer.
Ordinärt boende (25 % av enheterna har haft förbättringsplan möjlig att granska)	Det framgår inte av förbättringsplanerna hur verksamheten arbetar för att ta till sig och implementerar nya metoder och verktyg
Vård- och omsorgsboende	Det framgår på flertalet förbättringsplaner att nya metoder och verktyg används. Avdelningen är på mycket god väg. Ett utvecklingsområde är att tydliggöra koppling mellan omvärldsbevakning och valda förbättringsområden.

Kommentar och analys: Att ta till sig nya metoder och verktyg i verksamheten är viktigt för att utveckla och förbättra den. Något som utredarna har frågat sig är hur nya metoder kan föras in i verksamheten i högre grad, t.ex. Nestors material? Det

behövs tålamod för att införa nya metoder och en förståelse för att bra metoder inte inför sig själva.

Avslutande diskussion om kvalitetsarbete inom äldreomsorgen

Under 2019 togs en ny modell för verksamhetsuppföljning fram som kopplar ihop uppföljning av verksamhetens kvalitet med systematiskt förbättringsarbete.

Förbättringsplanen är navet i modellen, där förbättringsområden med åtgärder som framkommit av det systematiska förbättringsarbetet dokumenteras.

Kvalitetsgranskningen är en del av modellen för verksamhetsuppföljning. Modellen har färdigställts samtidigt som den också börjat användas som uppföljningsverktyg. Modellen lanserades till ansvariga chefer under våren 2019, den har vid tillfället för kvalitetsgranskningen funnits i organisationen under ca 6 månaders tid.

Det är ännu för tidigt att utvärdera effekter av den nya modellen. Vid tillfället för kvalitetsgranskningen hade majoriteten av enheterna förbättringsplaner, vilket kan jämföras med 0 enheter innan modellen lanserades. De enheter som saknar förbättringsplan har haft chefsbyten och vakanta chefstjänster. Utredarna som varit delaktiga i att föra ut modellen till cheferna, har uppmärksammat att modellen ökat förståelsen för kvalitetsledningssystem och systematiskt förbättringsarbete. Modellen har givit en röd tråd kring hur allting hänger samman och tydliggjort förväntningar. Detta speglas delvis i förbättringsplanernas innehåll. Det är också tydligt efter granskning av förbättringsplanerna, att ytterligare förankringsarbete kring systematiskt förbättringsarbete och vad det innebär behöver göras under 2020. Återkopplingen som cheferna får via kvalitetsgranskningens resultat ger vägledning i vad som är skillnaden mellan ett förbättringsarbete och ett *systematiskt* förbättringsarbete.