

VÄLFÄRD GÄVLE

Dnr 22ON92 / 22AFN30 / 22SON51

Handläggare
Helena B Jansson



Kvalitetsteamets kvalitetsberättelse

Välfärd Gävle 2021

Innehåll

Inledning	3
Sammanfattning	4
Resultat	5
<i>Ledningssystemet</i>	5
<i>Rutiner i kärnprocesser</i>	5
<i>Systematiskt förbättringsarbete</i>	6
<i>Avvikelsehantering</i>	6
Vård & omsorg	6
Individ & familj	11
Vuxenutbildning	11
<i>Klagomål</i>	11
<i>Lex Sarah</i>	13
Omvårdnadsnämnden	13
Arbetsmarknads- och funktionsrättsnämnden	14
Socialnämnden.....	14
<i>Uppföljning och utvärdering</i>	15
<i>Öppna Jämförelser</i>	17
<i>Enhetsundersökningen</i>	17
<i>Brukarenkäten</i>	18

Kvalitetsteamets kvalitetsberättelse 2021
Välfärd Gävle 2021

Handläggare Helena B Jansson

Citera gärna ur skriften men ange källa
© Författaren och Gävle kommun 2019-
Grafisk form Pangea design

www.gavle.se

Inledning

I Socialstyrelsens föreskrift och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9) ställs krav på systematiskt kvalitetsarbete och att en sammanhållen årlig kvalitetsberättelse bör upprättas. Omvårdnad Gävle har under åren 2013-2018 upprättat både kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse i ett och samma dokument. År 2019-2020 upprättades den lagstadgade patientsäkerhetsberättelsen och genomförda avtalsuppföljningar redovisades separat. För år 2021 upprättas nu tre separata dokument, patientsäkerhetsberättelsen, redovisning av avtalsuppföljningar samt denna kvalitetsberättelse.

Under 2019 formades Kvalitetsteamet inom verksamheten Planering, analys och utvärdering. Kvalitetsteamet består av Medicinskt ansvariga sjuksköterskor (MAS), Medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR), Nutritionsansvarig dietist (NAD), Socialt ansvariga samordnare (SAS), upphandlingscontroller och utredare. Kvalitetsteamet samordnar sina roller i kvalitetsarbetet.

Verksamheten Planering, analys och utvärdering påbörjade 2020 ett arbete med tjänstedesign. Under 2021 planerades sedan tre efterfrågade stödåtgärder till kärnverksamheterna runt klagomåls- och avvikelshantering, systematiskt kvalitetsarbete och flera utbildningsinsatser. Denna kvalitetsberättelse beskriver främst hur medlemmar i Kvalitetsteamet inom verksamheten Planering, analys och utvärdering medverkat i kvalitetsförbättringar.

Coronapandemin har under närmare två år påverkat hur Kvalitetsteamets medlemmar kunnat bedriva sitt dagliga kvalitetsarbete. En stor del av arbetstiden har ägnats åt pandemirelaterade frågor både inom Kvalitetsteamet och ute i verksamheterna.

Kvalitetsteamet är inte delaktig i det kvalitetsarbete som bedrivs på olika chefsnivåer inom kärnprocesserna. Det hanteras av verksamhetschefer, kontorschefer och kvalitetstrateg och sektorledning och redovisas i sektorns årsredovisning till respektive nämnd.

Kvalitetsteamet har inte begärt redovisning av externa utförare runt deras arbete med avvikelser- och klagomålshantering. Det presenteras i deras egna kvalitetsberättelser som lämnas in till beställaren, Valfärd Gävle.

Under varje rubrik presenterar Kvalitetsteamet en kort sammanfattande reflektion runt återstående utmaningar inom sakområdet.

Sammanfattning

Flera åtgärder som Kvalitetsteamet har arbetat med växte fram under den tjänstedesign som skett inom Planering, analys och utvärdering.

Under året har Kvalitetsteamet genomfört utbildningsinsatser inom olika sakfrågor, gett stöd i olika situationer och arbetat aktivt med att förbättra innehåll i flera övergripande rutiner i ledningssystemet.

Under hösten har rutiner för avvikelser- och klagomålshantering förenklats och implementerats. I rutinerna infördes krav på att föra statistik och analysera avvikelser och klagomål. Kvalitetsteamet har begärt en enkel redovisning av statistik, analys och vidtagna åtgärder på enhets- och verksamhetsnivå för 2021. Det är skillnad i hur långt olika verksamheter kommit i detta arbete.

Kvalitetsteamet driver just nu ett arbete för att ta fram en rutin för systematiskt förbättringsarbete utifrån kvalitetsparametrar bl a avvikelser och klagomål samtidigt med att sektorn tar fram ett årshjul för kvalitetsarbetet.

På sektornivå bör fler krav på kvalitetsparametrar i Power BI ställas, exempelvis antal avvikelser och klagomål inom olika kategorier, hanterade inom x antal dagar samt antal med slutförd hantering.

Antal rapporter enligt Lex Sarah har sedan förra året ökat, främst inom IFO.

Omvårdnadsnämnden har haft 40 rapporter varav tre anmälts till IVO, framför allt har det varit flest brist i utförande. Arbetsmarknads- och funktionsrättsnämnden har haft 30 rapporter varav fyra anmälts till IVO, mest rörande bemötande och brister i utförandet. Socialnämnden har haft 20 rapporter varav en anmälts till IVO, framför allt har dessa berört bister i handläggning. Många brister som bidrar till missförhållande finns i flera verksamheter där åtgärder behövs på övergripande nivå. Det finns enheter som inte har någon Lex Sarah rapporterad, vilket kan betyda två saker, att det inte finns missförhållanden eller att det inte rapporteras. Vissa enheter har inte velat ta emot information om Lex Sarah som socialt ansvariga samordnare erbjudit. De två vård- och omsorgsboenden som varit föremål för en kvalitetsgranskning redovisar en omfattande beskrivning av sin avvikelser- och klagomålshantering, ett föredömligt genomfört analysarbete och vidtagna förbättringsåtgärder.

Socialstyrelsens kvalitetsmätningar Öppna jämförelser, enhetsundersökningen och brukarenkäten ger inte en rättvis bild. Svaren från sektorn och enheterna överensstämmer inte med verkligheten, den varierar från år till år och mellan enheter, även om situationen är densamma. Arbetet med att besvara enkäterna behöver kvalitetssäkras innan man kan börja analysera och göra verksamhetsförbättringar. Enhetsundersökningen och brukarenkäten bör presenteras i Power BI och bli en del av ett systematiskt förbättringsarbete.

Resultat

Ledningssystemet

I Välfärd Gävles ledningssystem finns alla styrdokument samlade på ett åskådligt sätt för respektive verksamhet, med möjlighet att sortera och söka rätt dokument. Det finns även möjlighet för alla att upprätta egna styrdokument. Under året har referensgruppen för ledningssystemet bevakat och stöttat de sk upprättarna på olika nivåer att upprätthålla principerna i ledningssystemet vid upprättande och uppdatering av styrdokument.

Under året har alla 17 verksamhetschefer och ca 135 enhetschefer fått utbildning om ledningssystemet och hur man lättast hittar de styrdokument man ska följa i sitt arbete. Ett utbildningsmaterial finns framtaget. Respektive chef skulle sedan utbilda sina medarbetare i det som är viktigt för dem. Flera chefer har själva utbildat, medan andra har tagit hjälp av utredare i referensgruppen för genomgång till sina medarbetare.

Utbildningstillfällen om ledningssystemet och hur man hittar i det erbjuds från 2022 via Kompetensen.

Sammanfattande reflektion

Kvalitetsteamet uppfattar att chefer fortfarande känner sig osäkra i hanteringen av ledningssystemet. Flera chefer har inte börjat dra nytta av ledningssystemet och inte heller implementerat det i sin enhet/verksamhet eller sitt kontor.

Arbetet med att upprätthålla aktuella styrdokument, att utbilda medarbetare och att stödja upprättare av styrdokument är en pågående process som krävs kontinuerligt. Det stödjande arbetet i detta behöver förtydligas.

Rutiner i kärnprocesser

Kvalitetsteamet har förbättrat befintliga rutiner runt klagomåls- och avvikelshantering samt tagit fram nya rutiner för de verksamheter som tidigare inte systematiskt hanterat avvikelser.

Under hösten erbjöds verksamhetschefer och enhetschefer utbildning utifrån rutinerna för klagomåls- och avvikelshantering vid flera utbildningstillfällen. Totalt har ca 15 verksamhetschefer och ca 60 enhetschefer tagit del av utbildningen.

Kvalitetsteamet erbjuder via Kompetensen fr o m år 2022 erbjuda ett antal digitala utbildningar runt flera sakområden inom kvalitetsarbete, exempelvis ledningssystemet, avvikelse- och klagomålshantering och dokumentation.

Dagligen ger Kvalitetsteamets medlemmar stöd till enskilda i olika sakfrågor samt deltar i olika ledningsgrupper och andra möten för att ge information i olika sakfrågor.

Sammanfattande reflektion

Kvalitetsteamet har en avgörande roll för att stödja i olika sakfrågor. Det är naturligt i de frågor som rör medarbetare i flera kontor, d v s sektornivå. För de frågor som rör en enhet eller verksamheter i samma kontor bör Kvalitetsteamet kunna frikopplas från att vara stödjande på det sätt som sker.

Systematiskt förbättringsarbete

Kvalitetsteamet har påbörjat ett brett arbete med att kartlägga det pågående kvalitetsarbetet i sektor för att få inblick över hela sektorn. Intervjuer med kontorschefer har genomförts för att få underlag till detta arbete.

Kvalitetsteamet har en representant i arbetet med att ta fram ett årshjul för kvalitet och synka det med årshjulen för HR och ekonomi inom hela sektorn. Utifrån detta tar Kvalitetsteamet nu fram utkast till en rutin för systematiskt förbättringsarbete. Rutinen beskriver de viktigaste parametrarna som ligger till grund för ett systematiskt förbättringsarbete. Både årshjulet och rutinen med mallar ska bli ett stöd för alla chefsled i kvalitetsarbetet.

Sammanfattande reflektion

Det krävs implementering och stöd för att få i gång ett systematiskt förbättringsarbete utifrån flera viktiga parametrar och analyser. Kvalitetsteamet planerar under 2022 erbjuda workshops för chefer.

Avvikelsehantering

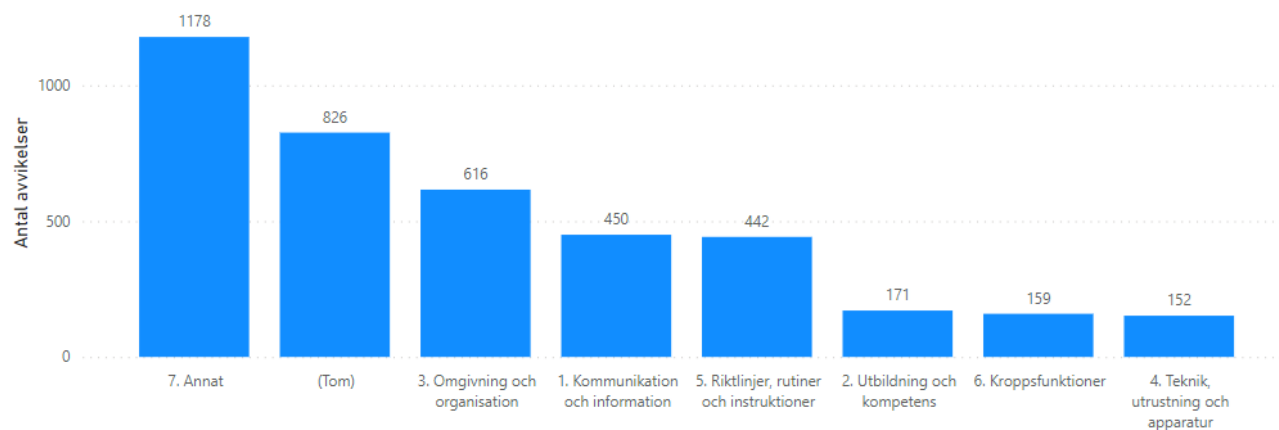
Socialstyrelsens definition på avvikelser är händelser som har medfört, eller hade kunnat medföra, att en kund upplevt obehag eller skada.

Vård & omsorg

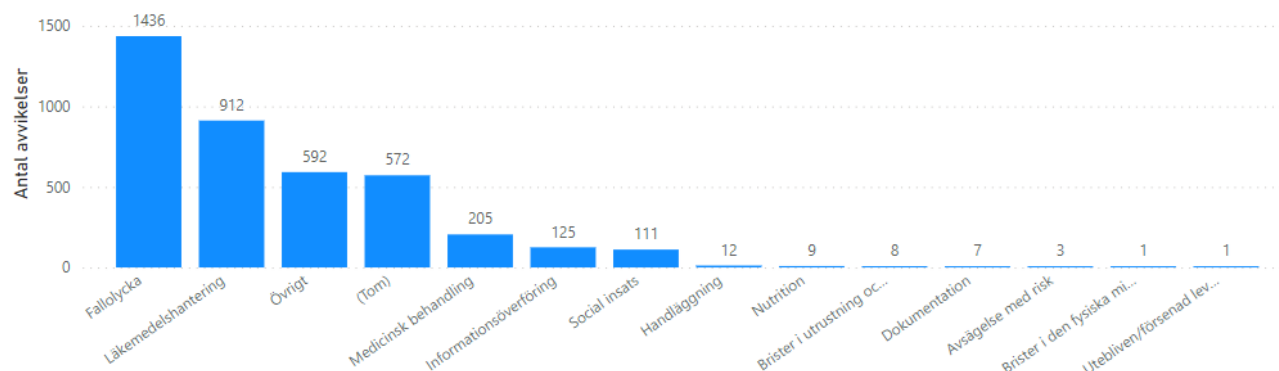
Sedan 2012 har vård & omsorg haft en rutin för att identifiera, dokumentera, fastställa och åtgärda de bakomliggande orsakerna till detta. En processbaserad modul används i verksamhetssystemet Treserva för att få stöd i denna

avvikelsehantering. Diagrammen i bilden nedan visar fördelningen på alla sociala och medicinska avvikelser inom egenregins vård & omsorg för 2021.

Avvikelseorsak



Antal avvikelser fördelat på aktivitet



Det är två parametrar i bilden ovan som är omotiverat frekventa, dels aktiviteten ”Övrigt” dels bakomliggande orsak ”Annat”. Dessa alternativ ska enligt rutinen bara behövas i undantagsfall då inget annat val är lämpligt. Det är dessutom omotiverat många avvikelser som saknar vald aktivitet, d v s är ”Tom”. Här finns skäl att analysera hur korrekt dessa val registreras.

I statistiken över avvikelser finns hos de flesta verksamheterna en oroväckande stor del av avvikelserna är varken hanterade eller slutförda. Kvalitetsteamet har erfarenhet av att det även finns mycket felregistreringar och även en del icke registrerade avvikelser.

Hemtjänst egenregi

Sammanställt på både enhetsnivå och verksamhetsnivå i PBI. Totalt finns 494 avvikelser, varav 194 är slutförda, men vissa enheter saknas i redovisningen. 360 av 494 har kategoriserats med ”övrigt”, medan har ”informationsöverföring” ligger på andra plats med 49 st. Analys som gjorts visar att kategorin övrigt använts då verksamheten inte har valmöjlighet till läkemedelsavvikelser.

Statistiken kommer succesivt att följas under 2022 inom enheter och verksamhet för att se analysera om de vidtagna åtgärderna ger en positiv trend.

Vård- och omsorgsboende egenregi

Forellplan/Ängslyckan/Solgårdsgatan/Furugården

Forellplan redovisar 265 avvikelser, övervägande del är fallavvikelser.

Ängslyckan redovisar 64 avvikelser, nästan alla är fallavvikelser.

Solgårdsgatan redovisar 223 avvikelser, övervägande del är läkemedels- och fallavvikelser.

Furugården redovisar 268 avvikelser, övervägande del är läkemedels- och fallavvikelser.

Det finns en analys och planerade eller vidtagna förbättringsåtgärder på både enhets- och verksamhetsnivå. Exempel på analys från enhetsnivå:

”Under 2021 har det varit 223 avvikelser fördelat på hela Solgårdsgatan, det har varit jämnt fördelat under året. Allvarlighetsgraden har varit i största del mindre till måttlig med vissa undantag.

De vanligaste förekommande avvikelserna är läkemedel samt fallavvikelser.

Avvikelseerna är förhållandevis jämnt fördelat över dygnets alla timmar.

Läkemedelsavvikelser förekommer ofta kl. 08, sedan kl. 16, kl. 20.

Gällande läkemedel har ansvarig sjuksköterska tagit upp på APT och diskuterat med personalen kring åtgärder, det vi har sett är att man inte läser ordination, vårdplaner, glömmar att signera. Det gjordes en insats från sjuksköterskorna under hösten 2021 med att förtydliga läkemedelslistor, med tydliga register i läkemedelspärmen, har givit god effekt.

Fallavvikelseerna förekommer i stor del bland kunder som är oroliga, multisjuka, icke orienterade i tid och rum samt har en känd fallrisk. En del kunder återkommer också i flera avvikelser. På demensavdelningarna är det ofta kunder som vandrar omkring, det kan utifrån bemanning vara svårt att hålla uppsikt dygnet runt och fall kan ske när personal är inne hos annan kund med mera. I vissa situationer kan fall också ske framför personal men ändå vara svåra att undvika.

Fallavvikelser har tagits upp på teamträff där vi diskuterar hur vi kan förebygga fall för kunden, och om det är något rehab kan vara behjälplig med eller om det är något medicinskt som sjuksköterska tar upp med läkare.”

Hamrånge/Hille/Strömsbro/Gävle strand/Vallongården

På hela verksamhetsområdet finns 1192 avvikelser registrerade. 60 % är fallavvikelser. Drygt 25 % är kategoriserade som ”Övrigt” eller saknar kategorisering.

Det finns en analys och planerade eller vidtagna förbättringsåtgärder på verksamhetsnivå. Exempel på analys på verksamhetsnivå:

”I området Solberga, Hilleborg, Selggrens, Gävle strand och Vallongården finns det 312 lägenheter och som oftast lika många kunder. Området har rapporterat in 1192 avvikelser under 2021.

Enligt statistiken så är 60% det vill säga 711 av alla avvikelser fallolyckor.

Om man slår ihop antalet avvikelser som kategoriserar som övrigt och där det inte finns någon kategorisering så är det sammanlagt 302 avvikelser. Vad gömmer sig bakom denna siffra? verksamheten ser förbättringsbehov gällande att kategorisera avvikelserna för att kunna få fram ett bra statistiskt underlag för fortsatta förbättringsområden i syfte att förbättra verksamheten. Är det verkligen 20 avvikelser gällande social insats, i en verksamhet alla kunder borde ha behov av stöd gällande sociala insatser.

Vidare är det 583 avvikelser där det inte framgår orsaken till avvikelsen. Det är viktigt att få fram orsaken till avvikelserna i syfte att kunna arbeta förebyggande. Under februari månad 2022 i samband med att HSL enkäten besvarat så har vi i tvärprofessionella teamet titta på fall statistiken tillsammans och även pratat om de avvikelser där det står tom eller övrig och kommit överens om att dessa avvikelser behöver minskas, så det är ett av målen för 2022.

Enligt statistiken så är orsaken vid 69 tillfällen utbildning och kompetens, stämmer verkligen det? Den uppfattningen som delas av många är att verksamheterna behöver kompetensutveckling och information. 441 uppges orsaken annat och 142 avvikelse orsaker är tom.

Under 2022 så har en sjuksköterska fått uppdrag att vara resursperson i arbetet med avvikelshantering. I uppdraget ingår att utgöra stöd till chefer vid utredning av avvikelser och vara ett stöd vid bedömning av allvarlighetsgrad, händelseanalys samt framtagande av åtgärder.

De flesta avvikelserna inträffar klockan 08:00 och 14:00, vad är orsaken till det? 275 kunder har en eller flera registrerade avvikelser. Vad är det för avvikelser, är det upprepade fallolyckor? Eller annat.

Uppdaterad rutin gällande avvikelshantering genomfördes under oktober 2021. Detta innebar diskussioner kring avvikelsearbetet i verksamheterna. Förbättringsarbete gällande arbetet med avvikelser påbörjades i november 2021. Samtliga verksamheter inom området har påbörjat förbättringsarbete där avvikelsemöte med tvärprofessionella teamet går igenom veckans avvikelser för att kunna analysera och komma fram till åtgärder som är teambaserade.

Verksamhetsmöte för kontoret boende 2022-02-17 workshop med samtliga enhetschefer inom kontoret gällande avvikelsearbete.”

Socialpsykiatri

Denna hantering görs regelbundet genom att enhetscheferna har koll på sina resp. enheter samt att verksamhetschef har insyn i alla avvikelser, ”skummar” igenom, med viss regelbundenhet, alla avvikelser och lyfter det som sticker ut till berörd enhetschef för att säkerställa att man hanterar och åtgärdar. Ser verksamhetschef ”kluster” av avvikelser på enhet eller områden som sticker ut och då tas dessa till kvalitetsmöte eller annat lämpligt möte, (beroende på avvikelse) på respektive ställe och har en dialog om vi behöver tillföra kompetens, ändra rutiner/arbetsätt eller andra åtgärder för att minimera återupprepning. På ledningsgruppen (LGR) inom verksamheten hanteras gemensamma och övergripande förbättringsåtgärder som framkommit från en avvikelse eller ett klagomål men som behöver justeras till övriga enheter i förebyggande syfte, för att ha en lärande organisation.

Hemsjukvård

Statistiken finns i avvikelsemodulen. I årsredovisningen till patientsäkerhetsberättelsen finns delar lyfta. Djupgående intervjuer i tidigt skede sker vid större avvikelser. Dock behöver detta arbete utvecklas framåt för att även bli en del i lärandemoment.

Personlig assistans /avlösningvistelse / korttids LSS vuxna

PASS har en avvikelse;	Avlösningvistelse;
1 informationsöverföring	19 fallavvikelser
	3 felaktig läkemedelshantering
Korttids LSS vuxen;	2 social insats
4 övrigt	6 insats ej utförd
1 felaktig läkemedelshantering	1 felaktigt utförd insats
1 social insats	2 övrigt
1 ej utförd insats	

Inom PASS behöver kunskapsnivån höjas inom social dokumentation, utbildningsinsatser har genomförts under 2021 och handledning ges löpande till medarbetare. Under 2022 kommer fokus ligga på genomförandeplaner och IBIC, ett arbete enligt handlingsplanen -21 där enhetschef samt kontaktperson ansvarar för utvecklingsarbetet som startat. Under gemensamma APT för hela området har mycket handlat om medarbetarskap och uppdraget hos kund, vilket även styr arbetet framåt. Det är ett ansvar att fylla på med kunskaper och förståelse för uppdrag och hur det blir i ett sammanhang.

Inom avlösningvistelsen finns ett stort antal fallavvikelser, där pågår ett arbete med att förändra bemötande och arbetsmetod, att jobba mer nära kunder och minska eventuell oro. Riskbedömningar behöver tas fram för att identifiera faktorer som kan förebygga fallolyckor. Kunskapsnivån kring läkemedel behöver höjas och kompetenshöjande insatser genomförs under 2022 i enlighet med handlingsplan -21 och fortsätter i år.

Korttidsboendet LSS har ett mönster med avvikelser där kunder påverkat varandra och då skapat oro. Ett arbete med att se över planering av vistelser för att undvika den typen av situationer samt öka kontinuiteten för kunderna har inletts. Syftet är att öka kundernas känsla av trygghet under korttidsvistelsen och uppnå en effektivare personalplanering. Dessa avvikelser har föregåtts av tillfälligt byte av lokal, men under -22 kommer enheten att återgå till ursprunglig lokal. Det är också tydligt att bokningar och planering är av stor vikt. Det här har diskuterats i områdets ledningsgrupp och åtgärdsförslag från enhetschef finns.

Förebyggande och kompetens

Har nyligen bytt verksamhetschef och har inte hanterat detta på verksamhetsnivå än.

Boende och stöd

Har nyligen bytt verksamhetschef och har inte hanterat detta på verksamhetsnivå än.

Kontor Myndighet

Har under året en hög arbetsbörda och har inte möjlighet att arbeta eller rapportera något runt avvikelshantering.

Stöd och behandling

Boendestöd och Personligt stöd har inte redovisat något, men är i startgrupparna för att börja arbeta med analys av avvikelser.

Individ & familj

Sedan oktober har verksamheten fått en rutin och mallar för att registrera och hantera avvikelser. Ingen av verksamheterna har redovisat statistik eller analys för år 2021, men flera verksamheter har planerat arbete för detta.

Vuxenutbildning

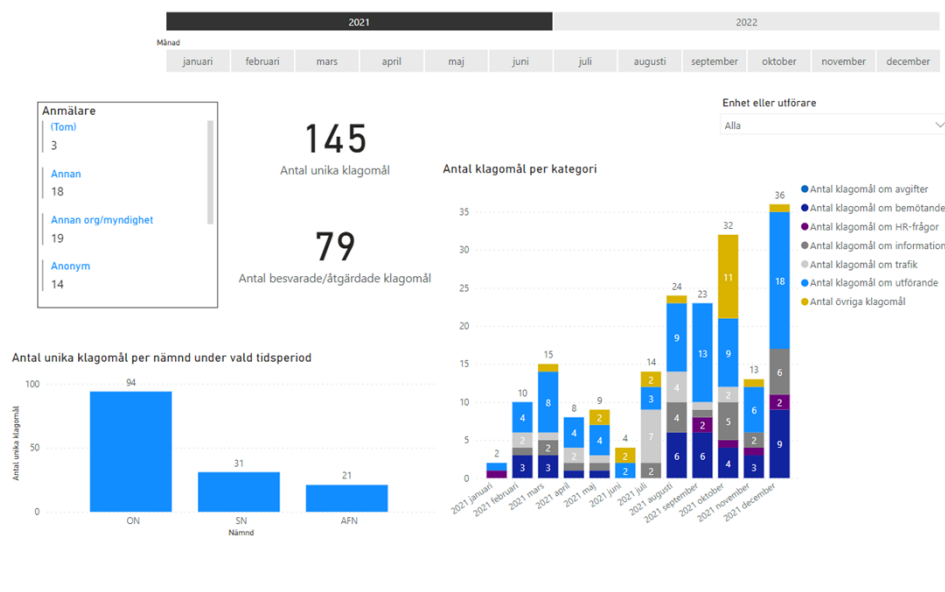
Sedan oktober har verksamheten fått en rutin och mallar för att registrera och hantera avvikelser även om de inte styrs av Socialstyrelsens föreskrift och allmänna råd. De ska börja hantera de händelser de själva upptäcker som drabbat elever, likvärdigt med de händelser som uppmärksammas via klagomål. Ingen redovisning för år 2021 har inkommit.

Sammanfattande reflektion

Det återstår mycket arbete i de flesta verksamheter för att komma i gång med en korrekt avvikelse- och klagomålshantering med tillhörande analys och förbättringsarbete. Kvalitetsteamet fortsätter att ge stöd.

Klagomål

Bilden visar fördelning av 145 diarietörda klagomål per nämnd och uppdelning på kategori (sakområde).



Den 21 februari 2022 hade 79 svar diarieförts med 16 anonyma inte krävde något svar. Av de 16 anonyma var dessutom två ett beröm till verksamheten.

20 av 145 diarieförda klagomål har inkommit via IVO som då inte upprättat tillsynsärende utan bitt Valfärd Gävle besvara klagomålet.

29 av 145 klagomål berör extern utförare.

I statistiken saknas svar i 50 klagomål som troligen är besvarade, utan att ha blivit diarieförda. Omvårdnadsnämnden har flest klagomål och samtidigt högst antal potentiella klagande kunder och anhöriga.

Det bör även noteras att det under den beskrivna perioden har funnits andra kanaler för att lämna klagomål. Mest frekvent är klagomål på själva utförandet av insatser samt under sommarmånaderna påpekas det runt vårdslös bilkörning och felparkering. En del klagomål inkommer i form av avvikelser som Region Gävleborg uppmärksammar, fram för allt vid inskrivning i slutenvård men även i utskrivningsprocessen. Det förekommer ungefär lika frekvent att Valfärd Gävle uppmärksammar Region Gävleborg på avvikelser som skett där.

Några verksamheter, men inte alla redovisar sin statistik av klagomål på enhets- eller verksamhetsnivå. I den redovisning som finns ingår både diarieförda och icke diarieförda klagomål.

Sammanfattande reflektion

En större andel klagomål än tidigare år inkommer via IVO (Inspektionen för vård och omsorg). Detta kan även bero på att IVO blivit mer allmänt känd under pandemin så att den enskilde i högre grad vänder sig dit direkt med sitt klagomål. Det finns inte något i dessa klagomål som visar att verksamheten fått klagomålen till sig i ett tidigare skede och då inte hanterat dessa korrekt. Det är

viktigt att verksamheterna hanterar inkomna klagomål korrekt samt även informerar den enskilde att klagomål alltid ska lämnas till dem i första hand.

De klagomål som rör utskrivningsprocessen bör uppmärksammas i det länsövergripande samarbetet och rutinen som finns.

Det återstår för alla verksamheter att komma i gång med en korrekt avvikelse- och klagomålshantering med tillhörande analys och förbättringsarbete. Kvalitetsteamet fortsätter att ge stöd.

Lex Sarah

Omvårdnadsnämnden

Under 2021 har cirka 40 rapporter inkommit enligt lex Sarah, varav 3 har anmälts vidare till Inspektionen för vård och omsorg (IVO). De flesta rapporter som inkommer handlar om brister i utförandet av insatser på olika sätt så som att insatser inte blivit utförda eller utförda på ett felaktigt sätt. De orsaker som framgår i utredningarna är bristande kompetens och brister i kommunikation både utifrån språkliga svårigheter eller stress och hög arbetsbelastning. Många av rapporterna som inkommit under 2021 avser brister i bemötande gentemot kund. I vissa fall handlar detta också om brister i kommunikation och stress men även svårigheter att förstå sitt uppdrag trots flera riktade utbildningar och information om tex värdegrund.

Det har även rapporterats en del handhavandefel avseende olika typer av larm, rörelselarm som placerats felaktigt och ej utlösts och batterier som ej blivit bytta i trygghetslarm. Här skulle tekniken behöva utvecklas i syfte att minimera riskerna som finns utifrån viss manuell hantering kring larmen. Inaktuella rutiner behöver ses över och revideras gällande larmen för att det ska fungera optimalt.

Vidare framkommer stölder och i en del fall är det svårt att hitta någon egentlig orsak. Det som framgår är bristande följsamhet till rutiner. I några fall har fysiska övergrepp mellan kunder inträffat. Här är det viktigt att säkerställa att verksamheterna arbetar förebyggande och att utrymmena är anpassade till den verksamhet som ska bedrivas, där de boendes kognitiva förmåga är nedsatt. Ibland finns flera orsaker till att missförhållanden inträffar i verksamheterna men det som ses som genomgående är att det brister i följsamheten till rutiner. I flera fall är den sociala dokumentationen undermålig och det tycks råda en okunskap om var, hur och vad information kring kunderna ska dokumenteras. Med tanke på kundernas omfattande behov borde betydligt fler väsentliga händelser finnas dokumenterade.

I flera utredningar framkommer kritik gentemot bemanningsenheten, det bör kunna ställas högre krav på introduktion och utbildning hos vikarier, men även att nuvarande system behöver ses över där Bemanningsenheten många gånger inte kan lösa passen och ansvaret faller tillbaka till enheterna.

Tre lex Sarah utredningar har resulterat i anmälningar till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) där tydliga brister i ledning och styrning framkommit som bakomliggande orsak till uppkomna missförhållandena. Flera kunder har drabbats och missförhållandena bedöms ha pågått under en längre tid. Här behöver ledningen vara mer vaksam och fånga upp vad som händer ute i de olika verksamheterna när indikationer om brister kommer från olika håll. Bland annat utgör en dålig arbetsmiljö bland medarbetare, risker i att även kunderna far illa.

Arbetsmarknads- och funktionsrättsnämnden

Under 2021 har cirka 30 rapporter inkommit enligt lex Sarah varav 4 har anmälts vidare till Inspektionen för vård och omsorg (IVO).

Brister i bemötande och brister i utförandet av insatser är vanligast förekommande i rapporteringarna. Orsakerna till brister i bemötande handlar om okunskap och låg förståelse för målgruppen och det behov av arbetssätt som kundernas kognitiva funktionsnedsättning kräver. Flera psykiska övergrepp som rapporterats har sin grund i att vissa individer inte har fått rätt vårdform utifrån mångfasetterad problematik vilket gör att andra kunder påverkas negativt.

Otillåtna begränsningsåtgärder som pågått under en längre tid har uppmärksammats under året, där den största bidragande orsaken har handlat om okunskap inom LSS-området. Detta har resulterat i utbildningsinsatser och en öppnare dialog kring skydds- och begränsningsåtgärder som fått spridning till fler verksamheter.

Brister i samverkan framkommer tydligt i flera fall både internt och externt. Överenskommelser i genomförandeplaner behöver framgå i större utsträckning och hur samarbetet kan ske när kunder inte öppnar eller vill ta emot insatser. Biståndshandläggare behöver även följa upp mer frekvent när kunder tydligt säger ifrån sig eller inte har rätt insatser. Tydliga rutiner och riktlinjer behöver upprättas för att säkerställa att kunder inte hamnar mellan myndighet och utförare samt att SIP (Samordnad individuell plan) upprättas kring kunder i kontakt med fler instanser, tex i samverkan med Regionen.

Vidare framkommer stölder och i en del fall är det svårt att hitta någon egentlig orsak. Det som framgår är bristande följsamhet till rutiner.

Socialnämnden

Under 2021 har cirka 20 rapporter inkommit enligt lex Sarah, varav 1 har anmälts vidare till Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Majoriteten av inkomna rapporter handlar om brister i handläggningen som kan ha påverkat

rättssäkerheten. Klienter har inte fått tagit del eller tagit del av uppgifter som denne inte har rätt att ta del av. Orsaker till de rapporterade missförhållandena handlar om att medarbetare utifrån okunskap eller hög arbetsbelastning och stress missat delar i handläggningen. Överinskrivning i jourhem ses även som en orsak till missförhållanden och att det utifrån detta även finns en risk att placerade barn inte får sina behov av vård tillgodosedda. En händelseanalys¹ har påbörjats för att se över hur planering och uppföljning sker och vilka rutiner som finns gällande placerade barn.

Sammanfattande reflektion

Socialt ansvarig samordnare har identifierat följande brister:

1. Bemanningenshetens möjligheter att rekrytera och bemanna uppvisar oro för framtida personalförsörjning inom vård & omsorg
2. Chefer som inte har, eller får rätt förutsättningar, utifrån brist på erfarenhet och kompetens, hög arbetsbelastning eller bristande personlig lämplighet
3. Bristande kommunikation och dialog mellan chefsleden och avsaknad av handlingsplaner vid indikation från enheterna om brister i verksamheterna
4. Brister i den psykosociala arbetsmiljön vilket utgör risker för kunder och klienter i deras boende eller i handläggningen av ärenden
5. Kunskapsbrist kring aktuell lagstiftning och rutiner i handläggning
6. Flera verksamheter inom Valfärd Gävle som inte har rapporterat något missförhållande under flera år vilket väcker frågor om hur kunskapen kring lex Sarah och hantering av avvikelser ser ut
7. Bristande motivation till att ta emot information om lex Sarah trots erbjudande om att bli informerade av SAS
8. Avsaknaden av samordning kring HVB medför att det saknas en helhetssyn kring att avtalen efterföljs och att olämpliga HVB fortsätter att användas

Uppföljning och utvärdering

Uppföljningar och utvärderingar av verksamheten sker via Kvalitetsteamet uppföljning med platsbesök (nivå 1) uppföljning med platsbesök och rapport (nivå 2), mer djupgående kvalitetsgranskning med rapport till nämnd (nivå 3) samt avtalsuppföljningar av externa utförare. Avtalsuppföljningarna redovisas

¹ En händelseanalys söker svar på: Vad har hänt? Varför har det hänt? Hur förhindras upprepning?
Sid 17 *Risikanalyser och händelseanalyser - Analysmetoder för att öka patientsäkerheten (SKR 2015)*

till ansvariga nämnder i separat handling. Planering, analys och utvärdering har även ansvarat eller medverkat i andra uppföljningar och utvärderingar.

En uppföljning (nivå 1) på Vallongårdens vård- och omsorgsboende har genomförts. En uppföljning (nivå 1) av läkemedelshanteringen inom missbruksvården är beslutad att kvalitetsteamet ska genomföras, dock inte påbörjat på grund av pandemins resurskrävande arbetsuppgifter. Planerad att genomföras under 2022.

En uppföljning (nivå 2) på Solberga vård- och omsorgsboende respektive Solgårdsgatans vård- och omsorgsboende har genomförts.

Kvalitetsgranskningar (nivå 3) har skett på två vård- och omsorgsboenden, Gävle Strand (Dnr 20ON318) och Forellplan (Dnr 22ON40) och presenteras på Omvårdnadsnämnden. Brister som främst lyfts fram i dessa rapporter rör brister och oklarheter runt roller och chefsansvar, avvikelshantering och systematiskt förbättringsarbete samt dokumentation. Åtgärdsplanen för Gävle Strand har följts upp och visar att de flesta åtgärder är genomförda.

Utredare har genomfört *utvärdering i projektet Hemtjänst och hemsjukvård på distans* som presenterats till omvårdnadsnämnd hösten 2021.

Utredare inom Planering, analys och utvärdering har under året tagit fram en rapport *Kostnadsberäkning av interna öppenvårdsinsatser* som ska presenteras i socialnämnden våren 2022.

Utvärdering av *reflektionstid* pågår regelbundet. Innan sommaren 2022 avslutas projektet och eventuell fortsättning ska beslutas.

Utredare arbetar deltid på uppdrag inom Forskning och Utveckling (FOU) Gävleborg, med utvärderingsuppdrag, årliga seminariedagen Forskare möter praktiker samt en del samarbete med Högskolan i Gävle.

Sammanfattande reflektion

Kvalitetsteamet ser behov av att göra fler och mindre uppföljningar i olika verksamheter för att på ett tydligare sätt stödja i förbättringsarbete. De granskade verksamheterna ser med tacksamhet att granskningen är genomförd och Kvalitetsteamet ser också att förbättringsarbetet då får fart.

Öppna Jämförelser

Socialstyrelsens enkäter till kommunerna inom Öppna jämförelser gör det möjligt att jämföra olika kvalitetsaspekter inom socialtjänsten och den kommunala hälso- och sjukvården, totalt inom 10 olika områden. Öppna jämförelser används också för nationell uppföljning av trender. Genom öppna jämförelser kan kommuner och verksamheter;

- få underlag till uppföljning, utveckling och förbättring av sina verksamheter
- följa verksamheten över tid
- få specifika indikatorer och mått som belyser verksamhetens kvalitet
- få kunskapsunderlag och lära av andra
- jämföra sina resultat med andra kommuner eller verksamheter med liknande förutsättningar.

Öppna jämförelser publiceras regelbundet på Socialstyrelsens webbplats.

Resultat för år 2021 finns. Kvalitetsteamet har granskat svaren från år 2020 och 2021, vilka visar på en del rent felaktiga svar under de båda åren. Resultatet i svaren varierar från år till år, även om situationen och styrdokumentet är desamma i kommunen.

Sammanfattande reflektion

Arbetet med att besvara frågorna behöver styras upp och följas år från år, för att kvalitetssäkra svaren. Så länge svaren spretar kan man inte analysera och göra verksamhetsförbättringar.

Det råder otydlighet i vems ansvar det är att analysera och vidta eventuella åtgärder. Är det sektorledning, kvalitetstrateg, kontorschef eller kvalitetsteamet?

Ska inte resultatet publiceras på hemsidan så att det är publikt för medborgare?

Enhetsundersökningen

Socialstyrelsens enhetsundersökning om äldreomsorg och kommunal hälso- och sjukvård är en undersökning där hemtjänstverksamheter och särskilda boenden besvarar frågor om sin verksamhet inom vård och omsorg om äldre. Syftet med undersökningen är att stimulera till kunskaps- och verksamhetsutveckling på främst lokal nivå.

Enhetsundersökningen har inte genomförts under 2021 så senaste resultatet gäller 2019. Under våren samlas nu svar in gällande 2021. Kvalitetsteamet har granskat svaren och ser att svaren varierar mellan enheter, trots att situationen och styrdokumentet är desamma.

Sammanfattande reflektion

Arbete med att besvara frågorna behöver styras upp och följas år från år, för att kvalitetssäkra svaren. Så länge svaren spretar kan man inte analysera och göra verksamhetsförbättringar.

Det råder otydlighet i vems ansvar det är att analysera och vidta eventuella åtgärder. Är det sektorledning, kvalitetstrateg, kontorschef eller kvalitetsteamet?

Svaren i enhetsundersökningen bör respektive enhet kunna använda i sitt systematiska förbättringsarbete. Kanske en publicering i Power BI underlätta? Ska inte resultatet publiceras på hemsidan så att det är publikt för medborgare?

Brükarenkäten

Resultat från Socialstyrelsens brukarenkät 2020 finns. Kvalitetsteamet har inte analyserat svaren och vidtagit eventuellt förbättringsarbete.

Från och med mitten av januari 2022 får cirka 220 000 äldre personer en enkät med posten till sin folkbokföringsadress. Enkäten skickas till personer som är 65 år eller äldre och som har hemtjänst eller bor i ett särskilt boende. Den innehåller frågor om vad man tycker om sin äldreomsorg.

Syftet med undersökningen är att ge enskilda äldre personer möjlighet att göra sin röst hörd. Resultatet ger kvantitativa mått på äldreomsorgen utifrån de äldre personernas perspektiv. Därmed kan utfallet av insatserna jämföras, utvärderas och utvecklas i linje med vad de som tar emot äldreomsorgen tycker är bra respektive dåligt. Det blir en viktig signal till ansvariga politiker och tjänstemän. Resultaten publiceras på Socialstyrelsens webbplats preliminärt i juni 2022.

Sammanfattande reflektion

Det råder otydlighet i vems ansvar det är att analysera och vidta eventuella åtgärder. Är det sektorledning, kvalitetstrateg, kontorschef eller kvalitetsteamet?

Svaren i brukarenkäten bör respektive enhet kunna använda i sitt systematiska förbättringsarbete. Kanske en publicering i Power BI underlätta?