



Årsrapport verksamhetsuppföljning inom området funktionsnedsättning 2015

2016-02-24

Agneta Kling, Anna Spångmark och Susanna Dennerlov
SOCN 2016/207

Sammanfattning

Socialtjänsten gör en årlig sammanställning av den uppföljning som genomförts av verksamheter för personer med funktionsnedsättning inom socialnämndens ansvarsområde. Uppföljningen sker med utgångspunkt från avtal, villkor för att bli godkänd utförare, lagar och föreskrifter.

Uppföljningen omfattar:

- verksamheter enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS)
 - bostad med särskild service
 - daglig verksamhet
 - korttidsvistelse
 - korttidsstillsyn för skolungdomar över 12 år
 - ledsagning och avlösning
- verksamheter enligt socialtjänstlagen (SoL)
 - sysselsättning
 - boendestöd
 - bostad med särskild service
 - stödboende
 - ramupphandlade institutioner/boenden

Uppföljningen omfattar även den hälso-och sjukvård som kommunen ansvarar för enligt hälso-och sjukvårdslagen.

Nacka kommun tillhandahåller ett varierat utbud av verksamheter för målgrupperna. Majoriteten av de uppföljda verksamheterna uppfyller det som avtalats med Nacka kommun. Uppföljarnas bedömning är att utförarna visar engagemang och har brukarfokus.

Social dokumentation är liksom föregående år ett utvecklingsområde för flera verksamheter. Den granskade hälso- och sjukvårdsdokumentationen på Måsen och 197:an uppfyller inte kraven som ställs enligt Patientdatalagen.

Alla utförare utom ett fåtal har ett ledningssystem för kvalitet. Flera av verksamheterna behöver utveckla ledningssystemet, framför allt när det gäller egenkontroll och riskanalys.

Alla utförare har rutiner för synpunkter och klagomål samt för rapportering enligt lex Sarah. Under året har sju rapporter enligt lex Sarah gjorts av utförarna. Systematisk hantering av synpunkter och klagomål och utredning av negativa händelser inom hälso- och sjukvården är ett utvecklingsområde hos flertalet utförare.

Innehållsförteckning

1	Inledning.....	4
2	Resultat från uppföljning av insatser enligt LSS för personer med funktionsnedsättning	5
2.1	Daglig verksamhet	6
2.2	Bostad med särskild service.....	7
2.3	Korttidsvistelse.....	8
2.4	Ledsagning och avlösning	8
2.5	Korttidstillsyn för skolungdom över 12 år.....	9
3	Ledningssystem för kvalitet	9
3.1	Avvikelser.....	10
4	Dokumentation för enskilda personer.....	11
5	Personal.....	11
6	Förändringar.....	11
7	Slutsatser för LSS-verksamheterna	12
8	Hälso- och sjukvård – bostad med särskild service LSS.....	13
8.1	Slutsatser	15
9	Målgrupp psykisk funktionsnedsättning.....	16
10	Resultat från uppföljning av insatser för personer med psykisk funktionsnedsättning	16
10.1	Sysselsättning	16
10.2	Bostad med särskild service enligt SoL	19
10.3	Stödboende.....	21
10.4	Ramupphandlade institutioner/boenden enligt SoL.	22
10.5	Boendestöd	22
11	Slutsatser för SoL-verksamheterna	25
12	Hälso- och sjukvård – bostad med särskild service SoL.....	26

12.1 Slutsatser 28

I Inledning

Socialtjänstens vård och omsorg ska vara av god kvalitet. Kommunen är ansvarig för att följa upp kvaliteten i verksamheter i egen regi och verksamhet som bedrivs av privata utförare. Socialstyrelsen har utifrån lagstiftningen definierat kvalitetsområden för socialtjänsten:

- självbestämmande och integritet
- helhetssyn och samordning
- trygghet och säkerhet
- kunskapsbaserad verksamhet
- tillgänglighet
- effektivitet.

Vid uppföljning av verksamhet enligt lag om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) ska även nedanstående områden följas upp:

- goda levnadsvillkor
- möjlighet att leva som andra

Socialstyrelsen har också fastställt en definition av god vård enligt hälso- och sjukvårdslagen (HSL). Vården ska vara

- jämlik
- ändamålsenlig
- patientcentrerad
- säker.

Socialtjänsten följer upp verksamheter inom socialnämndens ansvarsområde med utgångspunkt i avtal, lagar och föreskrifter med fokus på kvalitet ur ett brukarperspektiv. Arbetet sammanfattas i en årsrapport för varje verksamhetsområde. Årsrapporten för 2015 baseras på följande källor:

- En sammanfattning av genomförda kvalitetsgranskningar under året, granskning av hälso- och sjukvård, biståndshandläggarnas erfarenheter, rapporter enligt lex Sarah och inkomna synpunkter och klagomål.
- Utförarens inrapporterade kvalitet består av en sammanställning av de webbenkäter utförare har besvarat angående krav som ställs i avtal.
- Omvärldsbevakning.
- Brukarundersökningar ska vara en del i uppföljningen av verksamheter. Under 2015 pågick upphandling av dessa. Ingen undersökning genomfördes därmed under året.

2 Resultat från uppföljning av insatser enligt LSS för personer med funktionsnedsättning

Målgrupp och insatser

Lagen om stöd och service till funktionshindrade (LSS) är en rättighetslag som ska garantera personer med omfattande och varaktiga funktionshinder goda levnadsvillkor, att de får den hjälp de behöver i det dagliga livet och att de kan påverka vilket stöd och vilken service de får.

Målet är att den enskilde har möjlighet att leva som andra.

Omfattande och varaktiga funktionsnedsättningar definieras i lagen i tre personkretsar:

1. personer med utvecklingsstörning, autism eller autismliknande tillstånd
2. personer med betydande och bestående begåvningsmässigt funktionshinder efter hjärnskada i vuxen ålder föranledd av yttre våld eller kroppslig sjukdom
3. personer med andra varaktiga fysiska eller psykiska funktionshinder som uppenbart inte beror på normalt åldrande, om de är stora och förorsakar betydande svårigheter i den dagliga livsföringen och därmed ett omfattande behov av stöd eller service.

Lagen definierar tio specificerade insatser som kan beviljas till personer som bedöms ingå i någon av personkretsarna enligt LSS. De tio insatserna är:

- rådgivning och annat personligt stöd
- personlig assistans
- ledsagarservice
- kontaktperson
- avlösarservice i hemmet
- korttidsvistelse utanför det egna hemmet
- korttidstillsyn för skolungdom över 12 år
- boende i familjehem eller i bostad med särskild service för barn eller ungdom
- bostad med särskild service för vuxna eller annan särskild anpassad bostad
- daglig verksamhet

I Nacka kommun har 639 personer sammanlagt 1 209 pågående insatser enligt LSS.

Den vanligaste insatsen både i Nacka och i resten av landet är daglig verksamhet. Enligt socialstyrelsen¹ har män totalt sett fler insatser än kvinnor. Männen andel utgör knappt 60 procent av insatserna och skillnaden finns i alla insatser över hela

¹ Socialstyrelsen: tillståndet och utvecklingen i socialtjänsten 2015

landet. Motsvarande kartläggning av fördelningen av det totala antalet insatser mellan män och kvinnor är inte gjord i Nacka kommun.

Under 2015 har tjänstemän från sociala kvalitetsenheten gjort 23 kvalitetsgranskningar för uppföljning av villkor och kvalitet. Granskningarna är redovisade till socialnämnden som anmälningsärenden.

insats	verksamhet	uppfyller avtal	Åtgärdsplan	sanktioner	
bostad med särskild service	Drakens gruppboende	X			
	Skymningsvägens gruppboende	X			
	Vattenverksvägens gruppboende	X			
	Kvarnvägens gruppboende	X			
	Skvaltån/Kantatvägens gruppboende	X			
	Nacka Serviceboende	X			
	Hedvigslund 1, gruppboende	X			
	Hedvigslund 2, gruppboende	X			
	Rodrets gruppboende	X			
	Kompassens gruppboende	X			
	Ametistens gruppboende, norra villan	X			
	Ametistens gruppboende, södra villan	X			
	Tellusvägens gruppboende	X			
	Solsidevägens gruppboende			X	
	daglig verksamhet	Resursteamet 1	x		
Resursteamet 2		x			
Beautiful Minds				X	
PRIMO		x			
SKAPA		x			
korttidsvistelse	Nyckelvikens korttidsboende	x			
	Årsta Gårds korttidsboende	x			
	Sickla fritidsgård	x			
korttidstillsyn	Sickla fritidsgård	x			

2.1 Daglig verksamhet

Daglig verksamhet beviljas till personer i åldrarna 18-65 år som tillhör LSS personkrets 1 eller 2 och inte kan stå till arbetsmarknadens förfogande. Målsättningen är en meningsfull sysselsättning för den enskilde. Verksamheten

kan bestå av verksamhet i grupp eller vara individuellt integrerad på ordinarie arbetsmarknad.

Det finns 18 godkända verksamheter med olika inriktningar inom kundvalet daglig verksamhet.

I Nacka har 256 personer daglig verksamhet.

77 av dessa har sin plats på en verksamhet utanför kundvalssystemet.

Kundvalssystemet för daglig verksamhet infördes 2012 och de kunder som redan hade sin verksamhet utanför kundvalssystemet har fått fortsätta där.

Vid nya beslut väljer kunden bland de godkända utförarna. Personer som inte kan få sina behov tillgodosedda på någon av de godkända verksamheterna kan efter en individuell bedömning få en plats på en verksamhet utanför kundvalssystemet.

Samtliga utförare har besvarat en webbenkät om kvalitet. Kvalitetsgranskningar har gjorts av fem verksamheter. Enligt utförarnas svar på webbenkäten uppfyller alla kraven i avtalet med Nacka kommun.

Fyra av verksamheterna som kvalitetsgranskats uppfyller kraven i avtalet med Nacka kommun och har en god struktur och kvalitet. De arbetar med tydliga målsättningar för både den enskilde och för verksamheten. De har fokus på de enskildas delaktighet och samverkan med den enskildes nätverk.

Ledningssystemet enligt SOSFS 2011:9 är väl strukturerat med en tydlig ansvarsfördelning.

En av verksamheterna uppfyller inte kraven och en åtgärdsplan är upprättad som ska följas upp i mars 2016.

Enligt svaren på webbenkäten har utförarna sammanlagt registrerat 45 synpunkter 2015. Innehållen i synpunkterna följs upp vid kvalitetsgranskningar och kontakt med de verksamheterna.

En synpunkt rörande aktiviteter inom ramen för daglig verksamheten har inkommit via kommunens klagomålshantering.

Biståndshandläggarna har lämnat synpunkter på bemötandet av nya kunder på en verksamhet vilket har förts vidare till verksamhetsansvarig.

2.2 Bostad med särskild service

Bostad med särskild service finns i form av gruppboende, serviceboende eller annan särskilt anpassad bostad.

Det finns sammanlagt sjutton grupp- och service bostäder med sammanlagt 115 platser. Elva bostäder drivs på entreprenad av privata utförare och sex drivs av den kommunala utföraren Valfärd Samhällsservice.

Kvalitetsgranskningar har gjorts på fjorton gruppboendeställen. Samtliga anordnare har svarat på en webbenkät om kvalitet. Kvaliteten är genomgående god och kan ge de boende goda levnadsvillkor och möjlighet att leva som andra.

Gruppboenden på Solsidevägen uppfyller inte alla krav i avtalet med Nacka kommun när de gäller arbetsledningens kompetens, synpunkt- och klagomålshantering och rutiner runt de enskilda boende.

Verksamheten har haft en mycket stor personalomsättning.

Det har också kommit synpunkter från samtliga närstående, en daglig verksamhet och från biståndshandläggare om brister i bemötande och personlig omvårdnad till följd av bristande rutiner och stor personalomsättning på gruppboenden.

Verksamheten har gjort en åtgärdsplan och sociala kvalitetsenheten har en pågående dialog med företrädare för de boende och med verksamhetsansvarig.

Synpunkter också har kommit till sociala kvalitetsenheten från en personal och två företrädare på missnöje med ny verksamhetsansvarig och arbetsledare i samband med en förändring av organisationen på Tellusvägens gruppboende. Sociala kvalitetsenheten har dialog med verksamhetsansvarig och företrädare för de boende.

2.3 Korttidsvistelse

Korttidsvistelse finns i form av regelbundna vistelser eller som lägvistelse.

Antalet utförare har minskat sedan föregående år. En ny utförare har tillkommit och fyra utförares avtal har hävts då de inte haft kunder från Nacka kommun.

Det finns nu fjorton godkända verksamheter inom kundvalssystem och sammanlagt 139 personer har haft insatsen beviljad under 2015.

Fyra verksamheter för korttidsvistelse har kvalitetsgranskats under 2015. De uppfyller kraven i avtalet

Synpunkter på en av utförarna har inkommit via Nacka kommuns synpunktshantering. Synpunkterna gällde bemötande samt information i samband med en förändring av verksamheten. Verksamheten har vidtagit åtgärder för att säkerställa att information kommer fram till företrädare och närstående.

2.4 Ledsagning och avlösning

Ledsagning och avlösning för LSS personkrets är ett nytt kundval som infördes i maj 2015. I kundvalet ingår även beslut enligt socialtjänstlagen (SoL) för personer under tjugo år. Ledsagning och avlösning för dessa målgrupper ingick tidigare i kundvalet för hemtjänst. Det nya kundvalet innebär att de enskilda nu kan välja utförare som endast utför insatser till LSS målgrupp

Tretton utförare hitintills blivit godkända.

Sammanlagt 185 personer har ledsagning och/eller avlösning inom det nya kundvalet.

En förändring i villkoren är att närstående endast i särskilda fall kan anställas som ledsagare eller avlösare. Utförarna ska enligt villkoren anmäla när anhöriga anställs till kommunen men av enkätsvaren framgår att det inte alltid sker.

Synpunkter har kommit in från föräldrar och biståndshandläggare att beslut inte har verkställts och att detta inte kommit till biståndshandläggarnas kännedom.

2.5 Korttidstillsyn för skolungdom över 12 år

Insatsen beviljas till skolungdom över 12 år före och efter skoldagen samt under lov. Nacka kommun har en upphandlad verksamhet på Sickla fritidsgård samt en överenskommelse med Eklidens skola om tio platser för korttidstillsyn.

Verksamheten på Sickla fritidsgård bedöms efter granskning uppfylla kraven i avtalet med Nacka kommun och erbjuda varierande aktiviteter anpassade efter målgruppen.

Verksamheten på Eklidens skola hade vid granskning brister när det gäller social dokumentation, delaktighet i upprättandet av genomförandeplaner, förvaring av dokumentation och avsaknad av skriftliga rutiner för anmälan om risk för missförhållanden/missförhållanden.

Överenskommelsen med Eklidens skola upphörde hösten 2015 men en ny överenskommelse gäller från vårterminen 2016.

3 Ledningssystem för kvalitet

Majoriteten av utförarna inom LSS-verksamheterna har ett ledningssystem för kvalitet enligt SOSFS:s 2011:9.

Enligt enkätsvaren har alla utförare de rutiner i ledningssystemet som krävs enligt SOSFS 2011:9. Majoriteten av utförarna anger att de arbetar aktivt med former för riskanalyser, riskbedömningar och egenkontroller.

Följande rutiner har granskats vid besök och genom enkätsvar:

- rutiner för säkerhet för brukaren: brandskydd och brandövningar
- rutiner för att förebygga skador hos brukaren/skyddsåtgärder
- rutiner för introduktion av ny personal
- handlingsplan för hot och våld
- rutiner för hantering av nycklar och brukarens egna medel
- rutiner för dokumentation
- genomförda riskanalyser
- plan för egenkontroller och
- genomförda egenkontroller under året
- genomförda förändringar senaste året som beror på egenkontroller
- kvalitetsberättelse

En av de granskade utförarna (Beautiful Minds dagliga verksamhet) saknade vid granskning ett sammanhållet ledningssystem för kvalitet. Anledningen till detta uppgavs vara ett ägarbyte med mycket kort varsel. En åtgärdsplan har begärts av verksamheten och ett ledningssystem ska vara upprättat senast 2016-02-29.

Flera av de granskade verksamheterna har gjort egna kundundersökningar som visar att kunderna är nöjda med sina verksamheter.

3.1 Avvikelser

Synpunkter och klagomål

Alla utförare har rutiner för synpunkts-och klagomålshantering men arbetet med att registrera och sammanställa inkomna synpunkter så att de kan användas i det systematiska kvalitetsarbetet är ett utvecklingsområde hos flera av de granskade utförarna.

Andelen utförare som anger att de inte har registrerat synpunkter och klagomål under 2015 är ungefär detsamma som 2014. Cirka en tredjedel av utförarna har inte registrerat några synpunkter eller klagomål.

Antalet synpunkter och klagomål som utförarna registrerat har ökat från 116 till 155 enligt nedanstående

insats	2014	2015
Daglig verksamhet	52	45
bostad LSS	44	63
korttidsvistelse	20	47

I det nya kundvalet för ledsagning och avlösning har åtta utförare registrerat sammanlagt fyra synpunkter/klagomål.

Åtta synpunkter har kommit till Nacka kommun genom synpunktshanteringen på webben, telefonsamtal och via biståndshandläggarna

område	antal
bemötande	2
information/delaktighet	4
verksamhetens innehåll	2
bemannning	1

Risk för missförhållanden/missförhållanden (lex Sarah)

Sammanlagt sex rapporter enligt lex Sarah har gjorts under 2015.

verksamhet	Gäller	anmält IVO
gruppbofastad	Stöld	
gruppbofastad	bristande arbetsrutiner	
gruppbofastad	bristande tillsyn och kommunikation mellan personal	
korttidsvistelse	bristande tillsyn och kommunikation mellan personal	X
daglig verksamhet	bemötande från personal	
daglig verksamhet	händelse mellan deltagare	

Verksamheterna har vidtagit åtgärder för att hindra liknande händelser. En rapport har skickats till inspektionen för vård och omsorg (IVO) som avslutat utredningen då de bedömde att verksamheten gjort det som var nödvändigt för att förhindra att händelsen upprepas.

4 Dokumentation för enskilda personer

Samtliga utförare uppger att de har skriftliga rutiner för dokumentation.

Verksamheterna uppger i årets enkätundersökning att de har aktuella genomförandeplaner och sociala journaler för samtliga kunder.

Genomförandeplanerna och sociala journaler har granskats genom stickprov vid kvalitetsgranskningarna. Kvaliteten är mycket varierande är ett utvecklingsområde för flera av de av de granskade verksamheterna. Bristerna består framförallt av en tydlig beskrivning av hur mål och delmål ska uppnås och följas upp.

Flera av verksamheterna använder sig av separata arbetsplaner/pärmar som arbetsinstrument för att beskriva hur den enskilde vill ha sitt stöd som komplement till genomförandeplanerna.

5 Personal

Majoriteten av vård- och omsorgspersonalen på de granskade verksamheterna har adekvat kompetens. Solsidevägens gruppbofastad har haft stor personalomsättning under året med svårigheter att rekrytera och behålla personal.

Verksamheterna bemannas med utgångspunkt från bistånds- och biståndshandläggarnas bedömning av kundernas omsorgsbehov. Särskilda krav på bemanning finns därför inte i avtalen.

6 Förändringar

Daglig verksamhet

- en ny verksamhet har godkänts
- fyra av verksamheterna har bytt verksamhetsansvarig
- EKO Visa har sagt upp kontraktet och verksamheten läggs ner från våren 2016
- SKAPA daglig verksamhet ska minska antalet platser från trettio till femton

Bostad med särskild service

- ny verksamhetsansvarig och nya ansvariga för den dagliga ledningen på Solsidevägens och Tellusvägens gruppbestäder

Ledsagning och avlösning LSS samt SoL under 20 år

- tretton utförare har godkänts i det nya kundvalet.
- en verksamhet har bytt verksamhetsansvarig och ett företag har bytt ägare

Kortidsvistelse

- en ny verksamhet har godkänts
- fyra verksamheter har avauktorerats då de inte haft kunder från Nacka kommun under 2014
- tre av verksamheterna har bytt verksamhetsansvarig

7 Slutsatser för LSS-verksamheterna

- Bedömningen är att de verksamheter som Nacka kommun erbjuder LSS målgrupp är av god kvalitet och kan tillgodose lagens krav på goda levnadsvillkor och möjlighet att leva som andra. Dock finns vissa brister och utvecklingsområden i de systematiska kvalitetsarbetet och i dokumentationen. En reflektion från verksamhetsbesök och intervjuer med personal är att det finns brukarfokus, engagemang och vilja att utveckla arbetet för att de ska bli så bra som möjligt för de enskilda.
- Genomförandeplaner och social dokumentation ska finnas för varje person. Dokumentationen är liksom föregående år ett förbättringsområde för flera verksamheter. Genomförandeplanerna saknar ofta beskrivning av hur målen ska uppnås och vem som ansvarar. De flesta av verksamheterna har dokument som används i det dagliga arbetet för att detaljerat beskriva hur den enskilde vill ha sitt stöd och sin service som komplement till genomförandeplanerna. Så även om genomförandeplanerna är bristfälliga så bedöms inte detta medföra att de enskilda inte får sina behov tillgodosedda eftersom arbetsplanerna används i det dagliga arbetet med den enskilde.
- Flera verksamheter uppger att beställningarna skrivs schablonmässigt och inte följs upp av biståndshandläggarna. De önskar en utförligare beskrivning av målet med insatsen och den enskildes egna önskemål. Högre grad av uppföljning från biståndshandläggarna är önskvärt ur brukarperspektiv för att ha samordning och kontinuitet runt den enskilde och möjliggöra utveckling för de enskilda när så är önskvärt.
- Synpunkter och klagomål behöver hos flera av de granskade verksamheterna sammanställas och analyseras mer systematiskt för att användas i kvalitetsarbetet.
- Samtliga utförare uppger att de har ledningssystem för kvalitet. Majoriteten anger att de arbetar aktivt med former för riskanalyser, riskbedömningar och egenkontroller.

En iakttagelse vid kvalitetsgranskningarna är att arbetet med riskbedömningar för personalens arbetsmiljö är väl utvecklat och att riskbedömningar för de enskilda när det gäller att förebygga skador och behov av tvångs- och begränsningsåtgärder inte är lika utvecklat.

- De flesta utförarna uppger att de gör egenkontroller och riskanalyser. En bedömning från kvalitetsgranskningarna är att fler egenkontroller och riskanalyser görs när det gäller t.ex. lokaler och brandskydd än när det gäller uppföljning och utvärdering av att all personal känner till och arbetar enligt fastställda processer och rutiner i kvalitetsledningssystemet. Det framgår också av de synpunkter och lex Sarahrapporter som inkommit att egenkontroller av rutiner och arbetsmetoder är ett utvecklingsområde då orsakerna i flera fall handlar om att rutiner inte följts och att det funnits brister i informationsöverföring.
- I uppföljningsplanen för 2016 ska förutom redan planerade kvalitetsgranskningar och uppföljning av att brister åtgärdats ingå samtliga utförare som haft kunder i det nya kundvalet för ledsagning och avlösning kvalitetsgranskas. Extra vikt bör läggas på egenkontroller och riskanalyser av verksamheten med fokus på brukaren.

8 Hälsa- och sjukvård – bostad med särskild service LSS

Metod för insamling av material

2015 års uppföljning av hälso- och sjukvården i bostäder med särskild service och daglig verksamhet enligt LSS är baserad på intervjuer med verksamhetsansvariga. Detta för att kartlägga behoven inför övertagande av ansvaret för utförandet av hälso- och sjukvårdsinsatser den 1 oktober. En analys har även gjorts av de sammanställningar av negativa händelser som boendena själva inrapporterat. Uppföljning av verksamheten som bedrivits i kommunal regi efter den 1 oktober har inte skett då verksamheten varit under uppbyggnad. Områden har dock identifierats för utveckling och förbättring under 2016.

Fördelning av ansvar- nyhet from 1 oktober 2015

Fram till den 30 september 2015 ansvarade landstinget-primärvården för utförandet av den basala hälso- och sjukvården enligt den så kallade principöverenskommelsen. Från och med den 1 oktober ligger ansvaret för utförandet av hälso- och sjukvårdsinsatser på kommunen, det innebär insatser utförda av sjuksköterska, arbetsterapeut och fysioterapeut. Det fria valet att lista sig hos husläkare på den vårdcentral personerna i målgruppen önskar kvarstår. Ansvaret för läkarinsatserna ligger oförändrat kvar i primärvården.

Utförandet i Nacka kommun sedan 1 oktober 2015

Välfärd samhällsservice utför nu insatserna i projektform. En hälso-och sjukvårdsgrupp bemannad med sjuksköterskor, arbetsterapeut och fysioterapeut ansvarar nu för insatserna. Svårigheter att bemanna gruppen med sjuksköterskor och ge gruppen en daglig ledning har inneburit att uppstarten inte har varit optimal. Efter övertagandet har ett flertal förbättringsområden identifierats, som till exempel behov av ökad kunskap inom läkemedelsområdet hos boendenas personal och behov av upprättade rutiner för samarbete med primärvård och specialistvård.

Konsekvenser för brukare och personal

Det vanligaste är att gruppbestädens brukare är listade hos husläkare på samma vårdcentral. Vid en av gruppbestäderna har dock brukarna listat sig hos läkare på tre olika vårdcentraler. Nöjdheten hos boendenas personal med det stöd de fått från primärvården under 2015 har varit av varierande karaktär. I ungefär hälften av gruppbestäderna har brukarna förutom sin funktionsnedsättning även behov av insatser från den lokala psykiatriska vården. Under året har samarbetet med landstingets lokala psykiatriska verksamhet fortsatt och förståelsen för varandras verksamheter ökat.

Hygien- ny föreskrift från och med 1 januari 2016

Anordnarna har under 2015 fått information om kommande föreskrift från socialstyrelsen ”Basal hygien i vård och omsorg”². Föreskriften säger att från och med 1 januari 2016 är det krav på att arbetskläder och basala hygienrutiner används i arbetet. Detta gäller arbetsmoment som innebär fysisk kontakt med de boende och där det kan finnas risk för smittspridning.

Negativa händelser

Under året har totalt 451 händelser som avviker från de upprättade hälso- och sjukvårdsrutinerna rapporterats in. Inom läkemedelsområdet har anordnarna rapporterat 371 händelser där utebliven dos och utebliven signering av överlämnad dos utgör en tredjedel var av dessa. Samtliga gruppbestäder har lokala system för att arbeta med inträffade avvikelser. Inrapporterade avvikelser har ökat de senaste åren. Bedömningen är att ökningen beror på en ökad förståelse för att rapporteringen ska användas i syfte att hitta brister i organisationen inte att hitta syndabockar.

Identifierat utbildningsbehov

² Basal hygien i vård och omsorg SOSFS 2015:10

Under tiden efter den 1 oktober har kunskapsbrister i hälso-och sjukvård uppmärksammats hos baspersonalen ute i boendena bland annat inom läkemedelshantering.

En omfattande utbildningsinsats i samband med delegering har redan påbörjats, och kommer att fortgå.

8.1 Slutsatser

- En översyn behöver göras hur verksamhetsansvariga arbetar med negativa händelser ute på boendena.
- Samarbetet mellan de boende och deras externa vårdgivare, personalen på boendena och hälso- och sjukvårdsgruppens personal behöver ses över och lokala överenskommelser behöver upprättas. Socialstyrelsen skriver i sin ”Lägesrapport 2015”³ personer med funktionsnedsättning har ett betydligt sämre hälsotillstånd än andra, och ofta är hälsan sämre än vad som är motiverat av funktionsnedsättningen.
- Användandet av skydds/begränsningsåtgärder behöver identifieras för att om så är möjligt finna andra lösningar. Detta komplexa problem belyser Inspektionen för vård och omsorg(IVO) i en rapport⁴ ”Personer med nedsatt beslutsförmåga är på många sätt en utsatt grupp med stort behov av stöd och hjälp från sin omgivning. Att ge personer med nedsatt beslutsförmåga så mycket frihet och självbestämmande som möjligt är en stor utmaning för personalen. Det är ett ständigt balanserande på gränsen mellan skydd och begränsande tvång.”
- Följsamheten till föreskriften Basal hygien i vård och omsorg behöver följas upp.
- Behovet av rutinbeskrivningar och lokala rutiner behöver identifieras och eventuellt upprättas inom olika områden.

³ Tillståndet och utvecklingen inom hälso-och sjukvård och socialtjänst- Lägesrapport 2015

⁴ Skapa trygghet utan tvång Rapport om tillsyn vid verksamheter där personer med nedsatt beslutsförmåga bor eller vistas IVO 2015-56 februari 2015

9 Målgrupp psykisk funktionsnedsättning

Socialpsykiatriska gruppen inom enheten för funktionsnedsättning handlägger ärenden för personer med psykisk funktionsnedsättning mellan 18-65 år.

Målgruppen definieras enligt följande:

”Personer med psykisk funktionsnedsättning som upplever väsentliga svårigheter att utföra aktiviteter på viktiga livsområden. Dessa svårigheter ska ha funnits eller kan antas komma att bestå under längre tid. Svårigheterna kan bestå av funktionshinder, det vill säga begränsningar som uppstår i relation mellan en person med en funktionsnedsättning och brister i omgivningen, eller vara en direkt effekt av funktionsnedsättningen”.

I det jämförande nätverket Södertörns nyckeltal framgick att 0,30 procent av Nacka kommuns befolkning var aktuella på socialpsykiatrin 2014. Nacka hade lägst andel aktualiserade ärenden av samtliga södertörnskommuner. I november 2014 var 219 personer aktuella på myndigheten genom pågående utredning eller insats. 51 procent var kvinnor.⁵

De flesta personer som är aktuella på socialpsykiatrin har aktivitets- eller sjukersättning. Majoriteten av personerna bor ensamma i ordinärt boende med boendestöd.⁶

10 Resultat från uppföljning av insatser för personer med psykisk funktionsnedsättning

Årsrapporten innefattar följande insatser som beviljas enligt Socialtjänstlagen: sysselsättning, bostad med särskild service, stödboende och andra ramupphandlade boendeformer samt boendestöd.

Samtliga utförare och deras verksamheter har följts upp genom att utförarna själva bedömt olika kvalitetsaspekter utifrån avtalen och rapporterat dessa i en webbenkät. Dessutom har några verksamheter kvalitetsgranskats av tjänstemän från socialtjänsten, sociala kvalitetsenheten.

10.1 Sysselsättning

Syftet med insatsen är att ge den enskilde ökade möjligheter till att delta i samhällets gemenskap och att leva som andra. Sysselsättningen ska ha ett meningsfullt innehåll och vara anpassad efter olika behov. Det finns individuell

⁵ Södertörns nyckeltal socialpsykiatri 2014

⁶ Nacka kommun, arbetsgruppen socialpsykiatri, inventering av målgrupp, socialpsykiatriska gruppen, 2013-10-25.

sysselsättning med handledning på externa arbetsplatser samt sysselsättning i grupp. Exempel på sysselsättning är hantverk, arbetsliknande verksamhet inom- och utomhus, kursverksamhet med mera. Nacka kommun erbjuder ett stort och varierat utbud av sysselsättningsinsatser i jämförelse med andra södertörnskommuner.⁷

Det finns tio godkända utförare av sysselsättning i Nacka kommun. Sju av dem hade i december 2015 kunder från Nacka kommun. Se fördelning av antal kunder per utförare i tabellen nedan.

Sysselsättning	Antal kunder från Nacka
AB Individkraft	1
Alma Folkhögskola Uppdrag AB	3
Arbetscentrum, välfärd samhällsservice	14
Fontänhuset Sköndal	3
Jobbverket, Tyresö kommun	0
Kontor och service - KOS, Stockholms kommun	0
Lagandan	12
Nya Verkstan, Stockholms kommun	14
Youth and Care i Nacka AB - Beautiful minds	0
Youth and Care i Nacka AB - I Fokus	19

Fyra av utförarna är belägna i Nacka kommun. Övriga sex är belägna i Stockholm och Tyresö. Under året har en utförare sagt upp avtalet inom kundvalet. I december 2015 hade 66 personer från Nacka kommun sysselsättning enligt den webbenkät som utförarna svarat på. Antalet personer med beviljad sysselsättning har inte ändrats nämnvärt under de senaste åren. I november 2014 var 51 procent kvinnor och 49 procent män.

Kvalitetsgranskningar

Under 2015 har tre utförare av sysselsättning kvalitetsgranskats. De tre utförarna är Arbetscentrum, Lagandan och Youth and Care AB - I Fokus. Samtliga tre utförare är belägna i kommunen och står tillsammans för majoriteten av kunderna från Nacka (45 av 66 kunder). Kvalitetsgranskningarna resulterade i en bedömning att Lagandan och I Fokus uppfyller kraven i villkoren med några utvecklingsområden. Arbetscentrum, fick en varning på grund av bristande dokumentation. Dessutom har en utförare – AB Individkraft granskats under året av Stockholms stad. Granskningen identifierade utvecklingsområdena dokumentation, ledningssystem för kvalitet och systematiskt brandskyddsarbete.

⁷ Södertörns nyckeltal socialpsykiatri 2014

Dessa bedömdes vara åtgärdade efter ytterligare uppföljning. Samtliga utförare har svarat på den årliga webbenkäten. Resultatet av webbenkäten och kvalitetsgranskningarna redovisas nedan.

Brukarundersökningar

Fem av sju utförare med kunder från Nacka uppger att de genomfört egna brukarundersökningar under året. Två av de tre kvalitetsgranskade utförarna har genomfört egna undersökningar, Lagandan och I Fokus. Resultaten av dessa två visar att kunderna i stort är nöjda med insatsen och att de har bra möjligheter att påverka innehållet. Vid respektive kvalitetsgranskning har dessutom en kund från varje utförare intervjuats av tjänstemän från sociala kvalitetsenheten. Alla tre kunder uttrycker att de är mycket nöjda med sysselsättningen. De känner sig trygga och har bra möjligheter till att påverka insatsen. De upplever även att de får ett bra bemötande av personalen.

Personal

Alla utförare rapporterar att de följer villkoret som anger att majoriteten av personalen ska ha relevant utbildning. Detta bekräftas även av genomförda kvalitetsgranskningar. Granskningarna visar även att all personal har lång erfarenhet av arbete med målgruppen. Personalen har stort brukarfokus och arbetar ständigt med att göra kunderna delaktiga i insatsen.

Alla utförare uppger att samtlig personal har skrivit på sekretessförbindelse. Två utförare (AB Individkraft och Nya Verkstan) har svarat att de inte begär utdrag ur belastningsregistret vid nyanställning vilket villkoren anger. Resultatet av kvalitetsgranskningarna bekräftar att utförarna följer ovanstående villkor.

Ledningssystem för kvalitet

Webbenkäter och kvalitetsgranskningar visar att ledningssystem för kvalitet är ett utvecklingsområde. De flesta utförare rapporterar att de har vissa delar, såsom skriftliga rutiner och viss processbeskrivning. Egenkontroll och riskanalyser behöver fortfarande utvecklas. I Fokus saknar ett ledningssystem vid tillfället för kvalitetsgranskningen på grund av ett ägarbyte. Lagandan har ett ledningssystem, som dock inte är helt komplett. Arbetscentrum har också ett ledningssystem men är vid granskningstillfället varken implementerat i verksamheten eller känt av personalen.

Samtliga utförare har skriftliga rutiner för synpunkter och klagomål samt för rapportering enligt lex Sarah. Kvalitetsgranskningarna visar att rutinerna behöver förankras bättre hos personalen och att utförarna behöver arbeta mer systematisk med synpunkts- och klagomålshantering.

Dokumentation

Samtliga utförare redovisar att alla kunder har uppdaterade genomförandeplaner. Två utförare, Fontänhuset Sköndal och Nya Verkstan uppger att de inte dokumenterar genomförandet i sociala journaler för någon av deras kunder. Kvalitetsgranskningarna visar ett annat resultat, nämligen att dokumentationen är ett utvecklingsområde. Hos en utförare var det en brist. Arbetscentrum varnades under året då social dokumentation enligt Socialstyrelsens föreskrift⁸ saknades helt. Vid uppföljning av varningen var bristen åtgärdad. Övriga två utförare som granskades har i stort dokumenterat genomförandet. I vissa fall saknas sociala journaler och i båda fallen behöver innehållet utvecklas.

Avvikelser

Tre av sju utförare som har kunder från Nacka kommun har registrerat synpunkter eller klagomål under 2015. Sammanlagt har utförarna registrerat 29 synpunkter varav 15 stycken är registrerade av den kommunala utföraren Arbetscentrum. Inga rapporter enligt lex Sarah har inkommit till kommunen. Lagandan har gjort en rapportering enligt lex Sarah men inte för aktuell målgrupp. Inga synpunkter eller klagomål har inkommit via Nacka kommuns hemsida.

10.2 Bostad med särskild service enligt SoL

Bostad med särskild service är ett permanent boende beläget i Nacka. Boendeformen kan beviljas personer med psykisk funktionsnedsättning som har stora problem i vardagen. I anslutning till den egna bostaden finns gemensamma utrymmen och personal som är tillgänglig dygnet runt.

I Nacka finns fyra bostäder med särskild service för personer med psykisk funktionsnedsättning. Det är 197:an, Måsen, Ektorp och Skogalundsklippan. Två drivs av den kommunala utföraren Valfärd samhällsservice. Två drivs på entreprenad av Nytida. Sammanlagt finns 26 platser, tre platser var tomma på boendet 197:an i december 2015. Fördelning av platser, inriktning och utförare redovisas i tabellen nedan.

Boende	Antal platser	Inriktning	Utförare
197:an	7	18-35 år	VSS
Måsen	8	35-65 år	VSS
Ektorp	6	Män	Nytida
Skogalundsklippan	5	Kvinnor	Nytida

⁸ SOSFS 2014:5 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om dokumentation i verksamhet som bedrivs med stöd av SoL, LVU, LVM och LSS.

Ektorp och Skogalundsklippan har inte fullvärdiga lägenheter enligt Boverkets byggregler. De boende måste dela toalett, dusch och kök. Årets uppföljning visar liksom tidigare att avsaknaden av egna kök och hygienutrymmen påverkar de boende negativt. Personalen har också svårt att arbeta med de boende på ett givande och utvecklande sätt.

Kvalitetsgranskningar

Under 2014 kvalitetsgranskades de fyra bostäderna med särskild service. Vid granskningarna identifierades ett antal utvecklingsområden. Under 2015 har uppföljningar genomförts utifrån de identifierade utvecklingsområdena. Båda utförarna har svarat på den årliga webbenkäten för sina boenden. Resultatet av webbenkäten och uppföljningarna beskrivs nedan.

Brukarundersökningar

Både Nytida och Valfärd Samhällsservice har genomfört egna brukarundersökningar på sina boenden under 2015. Valfärd Samhällsservice brukarundersökning är densamma för alla deras verksamheter inom socialpsykiatrin. Man kan inte urskilja de svar som lämnas av de boende på Måsen och 197:an vilket är ett utvecklingsområde. Det sammantagna resultatet av Valfärd samhällsservice brukarundersökning visar att de allra flesta kunder är nöjda med såväl insatsen i sig som med personalens bemötande. Nytida uppger att för få personer har svarat på undersökningen för att kunna redovisa ett resultat.

Personal

Skriftliga kompetensutvecklingsplaner finns för alla fyra verksamheter. All personal har regelbunden handledning till skillnad mot 2014 då Nytida hade ett tillfälligt avbrott. Det har varit viss personalomsättning på 197:an och på Skogalundsklippan. Ingen personalomsättning på övriga två boenden.

Boendena som drivs av Valfärd samhällsservice har fått en ny enhetsledare. Tidigare fanns en enhetsledare på 50 procent som även tjänstgjorde som sjuksköterska på 50 procent på båda boendena. Valfärd Samhällsservice har nu istället inrättat ett hälso- och sjukvårdsteam som kommer att utföra hälso- och sjukvårdsinsatser på boendena.

Ledningssystem för kvalitet

Verksamheterna har ledningssystem för kvalitet som innehåller processer och rutiner för verksamheterna samt egenkontroll och riskanalys.

Det finns skriftliga rutiner för synpunkter och klagomål samt för rapportering enligt lex Sarah. Valfärd Samhällsservice behöver fortfarande arbeta mer systematiskt med synpunkts- och klagomålshantering. De har vidtagit åtgärder i form av utbildning för personal och ska arbeta vidare med frågan. Nytidans verksamheter har efter 2014 års granskningar börjat arbeta mer systematiskt med

synpunkter och klagomål. De registrerar dem i större utsträckning och sammanställer resultatet.

Ansvar för egenkontroll vad gäller uppdatering av rutinpärmar var ett utvecklingsområde på de kommunala boendena. På 197:an var bristen åtgärdad vid uppföljningen. På Måsen är ansvarsfördelning och egenkontroll fortfarande ett utvecklingsområde.

Dokumentation

Utförarna rapporterar att det finns social dokumentation i form av genomförandeplaner och sociala journaler för samtliga kunder. Granskning av dokumentationen har inte ingått i 2015 års uppföljningar.

Dokumentation i pappersform förvaras fortfarande i icke brandsäkra skåp. Bristen har återigen påtalats och ska nu åtgärdas enligt verksamhetsansvariga på Valfärd Samhällsservice och Nytida.

All HSL-dokumentation och SoL-dokumentation är nu separerad. Nytidas verksamheter behöver arbeta vidare med rutiner och egenkontroll vad gäller dokumentationen.

Avvikelser

Nytidas boenden har registrerat sju synpunkter och klagomål under 2015. Hos de kommunala boendena finns inga registrerade synpunkter och klagomål. Ingen bostad med särskild service har rapporterat enligt lex Sarah under året. Inga synpunkter eller klagomål har heller inkommit via Nacka kommuns hemsida.

10.3 Stödboende

Boendeformen kan närmast beskrivas som ett ”mellanboende” för personer som inte klarar att bo i ett ordinärt boende men heller inte har behov av en bostad med särskild service. De personer som placerats på stödboendet har genom boendeformen möjlighet till boendestöd utifrån behov. I uppdraget ingår att öka tryggheten i boendet och motverka isolering.

I Nacka finns stödboendet Gamla Landsvägen som drivs på kontrakt av Valfärd Samhällsservice. Boendet består av tolv lägenheter i samma byggnad. I huset finns en gemensamhetslokal som har öppet vissa tider måndag till fredag för måltider och umgänge. Boendestödet utförs av Valfärd Samhällsservice boendestödsteam. I dagsläget är det sju män och fem kvinnor som bor på stödboendet i åldrarna 28-60 år. Majoriteten av de boende är närmare 60 år.

Kvalitetsgranskning

Under 2015 har stödboendet Gamla Landsvägen kvalitetsgranskats. Granskningen visar att verksamheten arbetar strukturerat utifrån syftet med insatsen och boendestödet har en tydlig pedagogisk inriktning. Personalen har relevant kompetens och har lång erfarenhet av att arbeta med målgruppen. Dokumentation är ett utvecklingsområde då uppdaterade genomförandeplaner och sociala journaler enligt Socialstyrelsens föreskrift saknas i vissa fall. De behöver arbeta mer systematiskt med synpunkter och klagomål. Få synpunkter registreras och de särskiljer inte de boende på Gamla Landsvägen från övriga kunder med boendestöd. Verksamheten behöver även utveckla sina egna brukarundersökningar då de inte kan urskilja svaren från de boende på Gamla Landsvägen.

10.4 Ramupphandlade institutioner/boenden enligt SoL

Utöver bostäderna med särskild service och stödboendet som finns i Nacka kommun, finns ett antal ramupphandlade boenden. Dessa boenden är främst belägna utanför Nacka. Samtliga boenden avser heldygnsplaceringar och är uppdelade i kategorierna särskilt boende under 65 år, omvårdnadsboende under 65 år och stödboende.

Nacka kommun har ramupphandlat 18 institutioner för personer med psykisk funktionsnedsättning mellan 18-65 år. Inrapporterade uppgifter visar att Nacka kommun har placerat personer från målgruppen på fem av institutionerna. Sammanlagt rör det sig om 17 personer.

Alla dessa fem institutioner rapporterar att de följer avtalet vad gäller personal, ledningssystem för kvalitet och dokumentation. Alla verksamheter utom en har genomfört egna brukarundersökningar. Tre verksamheter uppger att de registrerat synpunkter eller klagomål under året. En verksamhet har gjort en rapport enligt lex Sarah.

10.5 Boendestöd

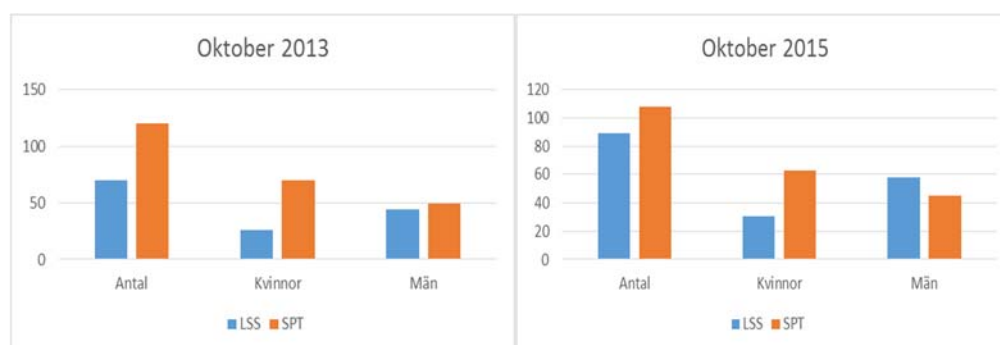
Boendestöd är en social och praktisk stödinsats som syftar till att stärka den enskildes förmåga att hantera sitt vardagsliv både inom och utanför det egna hemmet. Insatsen ska även bidra till ökad självständighet samt att bryta social isolering. Boendestöd är den mest vanligt förekommande insatsen för personer med psykisk funktionsnedsättning.

Målgrupp

Boendestöd kan beviljas personer över 18 år som bor i ordinärt boende och tillhör någon av följande målgrupper:

- Personer med psykiska funktionsnedsättningar
- Personer med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar
- Personer med begåvningsmässiga funktionsnedsättningar
- Personer med missbruksproblematik

I december 2015 var det 207 personer från samtliga målgrupper som var beviljade boendestöd. Det totala antalet har ökat marginellt sedan föregående år. Däremot har andel personer från de olika målgrupperna förändrats över tid. Antal personer från LSS målgrupp (neuropsykiatriska funktionsnedsättningar och begåvningsmässiga funktionsnedsättningar) har ökat medan antal personer med psykisk funktionsnedsättning med boendestöd har minskat. Diagrammen nedan visar förändringen jämfört med samma månad 2013. Diagrammen visar att nästan två tredjedelar av LSS målgrupp är män medan majoriteten av socialpsykiatrins målgrupp är kvinnor. Enligt enheten för funktionsnedsättning beror ökningen främst på att behovet av boendestöd ökat hos personer med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar. De har även en högre omfattning på boendestödet i antal beviljade timmar.



Åtta utförare är godkända inom kundvalet boendestöd. Samtliga utförare har och har haft kunder under 2015. Den kommunala utföraren Valfärd samhällsservice är den största med 62 procent av kunderna. Se fördelning av antal kunder per utförare i tabellen nedan.

Boendestöd 2015	Antal kunder från Nacka
AAA Olu Asistans	5
AB Omsorgscompagniet i Norden AB	26
Anlita Social Omsorgspedagogen i Mälardalen	6
Curanda Vård Assistans AB	6
Nytida	10

RT Assistans AB	20
Välfärd samhällsservice	129
Youth and Care i Nacka AB	6

Kvalitetsgranskningar

Under 2015 har tre utförare kvalitetsgranskats. Utförarna är Curanda Vård Assistans AB, AAA Olu Assistans och Anlita Social Omsorgspedagogen i Mälardalen. Det har även genomförts en granskning av AB Omsorgscompagniet i Norden med fokus på anhörganställningar. Samtliga tre kvalitetsgranskningar resulterade i varningar på grund av brister gentemot villkoren. Personalens utbildningsnivå, att grundbemanningen ska bestå av tillsvidareanställd personal samt dokumentation var de brister som föranledde varningarna. Curanda har åtgärdat sina brister utifrån varningen. AAA Olu Assistans och Anlita Omsorgspedagogen i Mälardalen behöver följas upp ytterligare då vissa brister kvarstår. Granskningen av AB Omsorgscompagniet i Norden ledde inte till några ytterligare åtgärder vad gäller anhörganställningar. Däremot fick utföraren byta den person som utförde den dagliga ledningen då befintlig samordnare inte uppfyllde kraven i villkoren. Samtliga utförare har svarat på den årliga webbenkäten. Resultatet av webbenkäten och kvalitetsgranskningarna redovisas nedan.

Brukarundersökningar

Sju av åtta utförare rapporterar att de genomfört egna brukarundersökningar för att ta reda på vad brukarna anser om verksamhetens kvalitet. Hos de tre utförare som kvalitetsgranskats har dock inga strukturerade brukarundersökningar genomförts. Dessa verksamheter har ett fåtal kunder vardera. Utförarna uppger att de istället har en ständig dialog med kunderna för ta reda på hur de uppfattar verksamheten.

Personal

Enligt inrapporterade uppgifter uppfyller samtliga utförare kravet om att minst 90 procent av personalen ska ha relevant utbildning. Samtliga utförare utom en uppger att de uppnår kravet som reglerar personalens anställningsform. Detta innebär att grundbemanningen ska bestå av tillsvidareanställd personal. Två av tre kvalitetsgranskade utförare uppnår kravet om personalens utbildning. En av tre granskade utförare uppnår kravet gällande personalens anställningsform.

Samtliga utförare uppger att det finns en kompetensutvecklingsplan för verksamheten och att personalen har regelbunden handledning.

Kvalitetsgranskningarna indikerar att adekvat kompetensutveckling i vissa fall är begränsad. Ett exempel på detta är att ingen av de tre utförarna har regelbunden handledning vid granskningstillfällena.

Tre av utförarna har kunder med anhöriganställd personal. Från och med 2016 är det inte förenligt med villkoren att anställa anhöriga för att utföra boendestöd.

Ledningssystem för kvalitet

Samtliga utförare rapporterar att de har ett komplett ledningssystem för kvalitet. De genomförda kvalitetsgranskningarna visar dock att ledningssystem för kvalitet är ett utvecklingsområde. I de flesta fall saknas processbeskrivningar för den specifika verksamheten. Skriftliga rutiner finns i de flesta fall men saknas på vissa områden och är inte alltid uppdaterade. Egenkontroll och riskanalys saknas i de flesta fall. Enligt samtliga utförare finns skriftliga rutiner för synpunkter och klagomål samt för lex Sarah. Kvalitetsgranskningarna indikerar att rutiner för synpunkts- och klagomålshantering inte alltid är förankrade hos personalen. Många synpunkter hanteras muntligt och registreras inte skriftligt.

Dokumentation

Samtliga utförare utom en uppger att alla kunder har en uppdaterad genomförandeplan. Samtliga utförare uppger att alla kunder har en löpande social journal. Kvalitetsgranskningarna visar trots detta att dokumentation sammantaget är ett stort utvecklingsområde. Två av utförarna saknar social dokumentation enligt Socialstyrelsens föreskrift. En utförare har social dokumentation vilken dock är bristfällig innehållsmässigt.

Avvikelser

Fyra av åtta utförare har skriftligen registrerat synpunkter och klagomål under 2015. Sammanlagt har 23 synpunkter eller klagomål registrerats, de flesta (17 stycken) av den kommunala utföraren. En rapport enligt lex Sarah har gjorts under året av den kommunala utföraren. Rapporten upprättades efter att boendestöd uteblivit hos en kund på grund av sanitär olägenhet i bostaden.

II Slutsatser för SoL-verksamheterna

- Verksamhetsuppföljningen visar på flera goda resultat. Utförarna har stort brukarfokus. De lägger stor vikt vid delaktighet och kundernas möjligheter till att påverka insatsen. Utförarna försöker på olika sätt ta reda på hur kunderna upplever kvaliteten på verksamheten. Personalen har i de flesta fall relevant utbildning och har goda erfarenhet av att arbeta med målgruppen. Utförarnas egna brukarundersökningar liksom resultatet av genomförda intervjuer visar att kunderna är nöjda med insatserna som erbjuds.
- Det är i stort sett samma brister och utvecklingsområden som är återkommande inom de olika verksamheterna. Främst är det dokumentation, ledningssystem för kvalitet och systematisk hantering av synpunkter och klagomål. Hälften av utförarna har registrerat synpunkter och klagomål under

2015. Endast två rapporter enligt lex Sarah har inkommit till kommunen. Inom boendestödet är personalens utbildningsnivå och anställningsform bristområden i ett par fall. Liksom tidigare år är det en stor brist att två av bostäderna med särskild service inte har fullvärdiga lägenheter.

- Sex kvalitetsgranskningar har genomförts inom kundvalen sysselsättning och boendestöd. Granskningarna har resulterat i fyra varningar på grund av brister gentemot villkoren. Urvalet av utförare kan med stor sannolikhet spegla resultatet av granskningarna. Verksamheter som uppvisat brister vid tidigare granskningar och som fått synpunkter från brukare och biståndshandläggare har prioriterats.
- Genomförda kvalitetsgranskningar visar att det finns en diskrepans mellan utförarnas inrapporterade uppgifter och resultatet av kvalitetsgranskningarna. Utförarna uppger att de följer avtalen i högre utsträckning än vad kvalitetsgranskningarna visar. De största skillnaderna återfinns i områdena personalens utbildning, dokumentation och ledningssystem för kvalitet.
- Det finns ett fortsatt behov av att utarbeta nya former för att ta reda på vad personer med psykisk funktionsnedsättning anser om kvaliteten på sina insatser. I tidigare brukarundersökningar som socialtjänsten genomfört har svarsfrekvensen varit låg för denna målgrupp. Undersökningen har heller inte kunnat härleda svaren till en specifik insats, vilket varit en brist.

12 Hälsa- och sjukvård – bostad med särskild service SoL

Kommunens ansvar

Kommunen ansvarar för hälso- och sjukvårdsinsatser upp till och med sjuksköterskenivå dygnet runt i de fyra socialpsykiatriska boendeenheterna. De två boendeenheterna som drivs i kommunal regi fick från och med den 1 oktober 2015 sina hälso- och sjukvårdsinsatser från den nybildade hälso- och sjukvårdsgruppen för LSS gruppboende och daglig verksamhet.

Metod för insamling av material

De fyra boendena har följts upp genom verksamhetsbesök, intervjuer med verksamhetsansvariga och sjuksköterskor och analys av de negativa händelser som boendena själva rapporterat in.

Hälso- och sjukvårdsdokumentation

Hälso- och sjukvårdsdokumentationen inom de två boendeenheterna som drivs av Nytida uppfyllde de krav som Patientdatalagen⁹ ställer. Dokumentation som skrivits för hand vid de två kommunalt drivna boendeenheterna 197:an och Måsen var inte tillräckligt utförlig så att den svarade upp mot de krav som ställs i lagen.

Samarbete med landstinget

Samarbetet med landstingets lokala psykiatriska verksamheter hade väsentligen förbättrats. Mötesföra på olika nivåer, direktnummer till mottagningar och kontaktpersoner inom både den landstingsdrivna och kommunalt drivna verksamheterna har resulterat i snabbare kontakter när behov har uppstått. Det har även medfört en större förståelse för varandras organisation, ansvarsområde och resurser.

Rutiner

Inom de verksamheter som drivs av Nytida fanns företagsspecifika övergripande riktlinjer för hälso- och sjukvården. I de två kommunalt drivna verksamheterna fanns rutiner för boendestödjarnas insatser i hälso- och sjukvården. Rutiner för sjuksköterskans, arbetsterapeutens och fysioterapeutens arbete fanns inte i tillräcklig utsträckning.

Basala hygienrutiner och klädregler

På Måsen hade ledningen köpt in arbetskläder inför att det från och med 1 januari 2016 ställs tydligare krav på basal hygien i vården och omsorgen¹⁰. Övriga tre boenden hade däremot inte vidtagit några åtgärder i förberedande syfte. Personalen gick hem i samma kläder som de använt under arbetsdagen. I de lokaler där Nytida bedriver sin verksamhet ryms inte några klädsåp för personalens kläder, vilket är ett försvårande faktum.

Risk för undernäring

2015 började en ny föreskrift¹¹ från socialstyrelsen att gälla som ställer krav på att ha rutiner för identifiering och behandling för personer med risk för undernäring. I den kommunalt drivna verksamheten hade inte några rutiner för detta upprättats. Nytida hade rutiner kring nutrition/risk för undernäring som gällde på övergripande nivå inom företaget. Dessa behöver dock anpassas till lokala förhållanden ute på boendeenheterna.

Negativa händelser

Fakta

För information om förtydligade krav på basal hygien i vård och omsorg from 1 januari 2016, SOSFS 2015:10 läs mer i Socialstyrelsens föreskrift här:

<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19819/2015-5-10.pdf>

För information om förebyggande av och behandling vid undernäring, SOSFS 2014: 10 läs mer i Socialstyrelsens föreskrift här:

<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19550/2014-10-12.pdf>

⁹ Patientdatalag SFS 2008:355

¹⁰ Basal hygien i vård och omsorg SOSFS 2015:10

¹¹ Förebyggande av och behandling vid undernäring SOSFS 2014:10

Under året har verksamheterna rapporterat totalt 41 händelser som avviker från de upprättade hälso- och sjukvårdsrutinerna. Av dessa handlade merparten, 39 stycken, om läkemedelshantering och resterande två om avvikelser i vårdkedjan. Endast fyra avvikelser är inrapporterade från den kommunalt drivna verksamheten. I det sammanhanget är det bra att tänka på att få rapporterade avvikelser inte alltid betyder att en verksamhet uppvisar en högre kvalitet än en verksamhet som har ett högre antal rapporterade avvikelser.

12.1 Slutsatser

Arbetet som startade under 2014 med att hitta samarbetsformer med landstingets lokala psykiatriska verksamheter har givit resultat och samarbetet har väsentligen förbättrats. Måsen och 197:an använder det kommunala digitala dokumentationssystemet för sin journalföring från och med den 1 oktober. Rätt använd kommer den att kunna uppfylla de krav som patientdatalagen ställer. Nytida behöver lokalanpassa rutinerna för hälso-och sjukvården inom verksamheten. På Måsen och 197:an behöver de upprättade rutinerna som fanns kompletteras. Verksamheterna drivna av Nytida och 197:an behöver se över sina rutiner för att kunna följa föreskriften om basal hygien i vård och omsorg. På Måsen och 197:an behöver man upprätta rutiner för att kunna följa föreskriften förebyggande av och behandling vid undernäring. På Nytidans verksamheter behöver de övergripande rutinerna anpassas lokalt. Det krävs ytterligare arbete med de kommunalt drivna verksamheternas patientsäkerhetskultur för att man som personal ska uppfatta avvikelserapporteringen som en del i enhetens förbättringsarbete.



Öppenhet och mångfald

*Vi har förtroende och respekt för människors kunskap
och egna förmåga - samt för deras vilja att ta ansvar*



POSTADRESS
Nacka kommun, 131 81 Nacka

BESÖKSADRESS
Stadshuset, Granitvägen 15

TELEFON
08-718 80 00

E-POST
info@nacka.se

SMS
716 80



www.nacka.se 02120000137