|  |
| --- |
|  |
| Kvalitetsberättelse 2019 |
| Socialnämndens verksamheter |
|  |
|  |
|  |

|  |
| --- |
|  |

Innehåll

[Inledning 2](#_Toc32472472)

[Övergripande mål 2](#_Toc32472473)

[Mål för socialförvaltningen enligt verksamhetsplan för år 2019, kopplade till kvalitetsarbete 3](#_Toc32472474)

[Kvalitetssäkring 5](#_Toc32472475)

[Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete 5](#_Toc32472476)

[Styrdokument 5](#_Toc32472477)

[Servicegarantier 5](#_Toc32472478)

[Pensionärsråd respektive kommunala funktionshinderrådet 5](#_Toc32472479)

[E-hälsa och Välfärdsteknologi 6](#_Toc32472480)

[Uppdatering av verksamhetssystem 6](#_Toc32472481)

[Medarbetardagar 6](#_Toc32472482)

[Handläggardagar 6](#_Toc32472483)

[Chefsdagar 6](#_Toc32472484)

[Övergripande kvalitetsarbete inom förvaltningen 7](#_Toc32472485)

[Kvalitetsarbete inom äldreomsorg 7](#_Toc32472486)

[Kvalitetsarbete inom individ- och familjeomsorg 7](#_Toc32472487)

[Kvalitetsarbete inom funktionshinderomsorg 8](#_Toc32472488)

[Kvalitetsuppföljning 8](#_Toc32472489)

[Egenkontroll 8](#_Toc32472490)

[Informationssäkerhet 8](#_Toc32472491)

[Brukarundersökningar 8](#_Toc32472492)

[Funktionshinderomsorg 9](#_Toc32472493)

[Äldreomsorg 10](#_Toc32472494)

[Individ- och familjeomsorg 11](#_Toc32472495)

[Ej verkställda beslut 12](#_Toc32472496)

[Granskning av tillsynsmyndighet 13](#_Toc32472497)

[Missförhållande eller risk för missförhållande 14](#_Toc32472498)

[Genomförda utredningar 14](#_Toc32472499)

[Avvikelser 15](#_Toc32472500)

[Synpunktshantering 16](#_Toc32472501)

[Kvalitetsförbättringar 16](#_Toc32472502)

# Inledning

Socialstyrelsens föreskrift och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete trädde i kraft 1 januari 2012. Ledningssystemet ska användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet. Enligt föreskriften ska vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ansvara för att det finns ett ledningssystem för kvalitet. Ledningssystemet ska stödja verksamhetens arbete med att planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten.

Arbetet med att utveckla och säkra kvalitet ska dokumenteras och det bör varje år upprättas en kvalitetsberättelse (Kap. 7 SOSFS 2011:9). Av kvalitetsberättelsen bör det framgå hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet har bedrivits under föregående kalenderår, vilka åtgärder som vidtagits för att säkra verksamhetens kvalitet och vilka resultat som uppnåtts.

Denna kvalitetsberättelse redovisar det kvalitetsarbete som genomförts under år 2019. Det utgår dels från de delar som beskrivs i SOSFS 2011:9, men även från det kvalitetsarbete som i övrigt utvecklar verksamheten för att leva upp till de bestämmelser som finns om att verksamhetens insatser är av god kvalitet (3 kap. 3 § SoL och 6 § LSS).

Kvalitetsberättelsen är indelad i fyra kapitel, utöver detta inledande kapitel. Det första presenterar de övergripande målen för socialförvaltningens verksamhet, som beslutats av nämnden i verksamhetsplanen för år 2019. Dessa mål ligger till grund för det kvalitetsarbete som genomförts. Därefter beskrivs och redovisas kvalitetsberättelsen enligt följande kapitel:

• Kvalitetssäkring – åtgärder som genomförts under 2019 för att säkra verksamhetens kvalitetet.

• Kvalitetsuppföljning – uppföljningar/utvärderingar/kontroller som gjorts under 2019, som ligger till grund för att förbättra verksamhetens kvalitet.

• Kvalitetsförbättringar – förslag till åtgärder som bör genomföras under 2020 och kommande år för att förbättra verksamhetens kvalitet.

# Övergripande mål

Kommunens vision ”*Säffle leder hållbar utveckling -Vi kan, Vi vill, Vi vågar*” inkluderar via fullmäktigemålen långsiktig ekonomisk hållbarhet,

attraktiv arbetsgivare, hög kvalitet med fokus på hållbar utveckling,

en plats för alla, goda förutsättningar för det livslånga lärandet, alla kan försörja sig och att kommunen möjliggör det goda livet.

Socialnämndens vision ”*Socialtjänst av god kva­litet när den behövs*” innebär att invånarna alltid ska uppleva god kvalitet när de behöver social­tjänst. Kvalitet mäts årligen på nationell nivå och strävan är att vara bland de 25 % bästa kommu­nerna i landet när det gäller kommunens kvalitet i korthet (KKIK).

## Mål för socialförvaltningen enligt verksamhetsplan för år 2019, kopplade till kvalitetsarbete

**INTERNT PERSPEKTIV**

**Fullmäktige mål: Säffle kommun har hög kvalitet med fokus på hållbar utveckling**

**Socialnämndens mål 3:1 Andelen barn som tar del av förebyggande arbete ska öka**

Det här ska vi uppnå: Barn och unga ska få insatser av socialtjänsten i öppenvård och i det egna hemmet. Detta för att få bättre kvalitet och förebygga placeringar utanför hemmet.

Så här gör vi för att nå målen: Följer och utvärderar de arbetsmetoder som den utökade behandlingsgruppen använder. Fortsatt utveckling av samverkan med andra huvudmän och användandet av samordnad individuell plan (SIP) kan ge utökade möjligheter för insatser i öppenvård och därmed högre måluppfyllelse. Följer upp och utvärderar Familjehuset Hörnans arbete.

**EXTERNT PERSPEKTIV**

**Fullmäktigemål: Säffle kommun en plats för alla**

**Socialnämndens mål: Att klagomål som medför förbättringar i verksamheten ska öka**

Det här ska vi uppnå: En ännu bättre verksamhet som ser alla klagomål och brukares synpunkter som en möjlighet till verksamhetsutvecklig. Se klagomålet som en god möjlighet för dialog om verksamheten.

Så här gör vi för att nå målen: Följer och utvärderar våra arbetssätt och behandlar inkomna klagomål, synpunkter och avvikelser systematiskt på APT för att upptäcka mönster och möjliga förbättringar och förändringar av arbetssätt. Följa upp, analysera och åtgärdar. Enhetschef noterar genomförda förbättringar.

**Fullmäktigemål: I Säffle kommun finns goda förutsättningar för det livslånga lärandet**

**Socialnämndens mål: Erbjuda brukare fler tjänster via digital teknik.**

Det här ska vi uppnå: Brukare ska kunna få ökat oberoende, självständighet och delaktighet i samhället genom digitalt stöd.

Så här gör vi för att nå målen: Aktiva åtgärder genom information, marknadsföring och dialog för att brukare ska vilja dra nytta av digital teknik i högre utsträckning. Aktivt erbjuda teknik i samband med biståndshandläggning. Ett visningsrum för digitalteknik finns år 2019 tillgängligt.

**Fullmäktigemål: I Säffle kommun kan alla försörja sig**

**Socialnämndens mål: Att implementera evidensbaserat arbetsätt för handläggning av försörjningsstöd**

Det här ska vi uppnå: Att förändra arbetet med försörjningsstöd så att färre behöver vara långsiktigt beroende av försörjningsstöd handlar framförallt om att personer som är ”arbetsredo” behöver komma i sysselsättning. Genom samverkan med och satsning på AME m.fl. skapas förutsättningar till sysselsättning för de som kan arbeta. Utveckla brukarmedverkan, utvärdera arbetsätt och bedömningsinstrument och aktivt främja ett hållbart arbetsliv.

Så här gör vi för att nå målen:Deltar i nationellt projekt, testar och jämför med andra. Tar del av arbetsätt som visat sig leda till resultat.

**Fullmäktigemål: Säffle kommun möjliggör det goda livet**

**Socialnämndens mål: Antalet genomförda samordnade individuella planer (SIP) ska öka**

Det här ska vi uppnå: En väl fungerande samverkan som förenklar för brukaren och dess närstående så att de ej behöver lägga ner tid och energi på att själva samordna olika insatser som ges av kommunen eller landstinget. En samordnad individuell plan, SIP, ska alltid upprättas tillsammans med den person som har behov av insatserna, det gäller oavsett personens ålder eller problem. Meningen är att planen ska tydliggöra vem som gör vad.

Så här gör vi för att nå målen: Upprättar rutiner lokalt mellan kommun och landsting för att genomföra och utveckla samordnad individuell plan. Följa upp med avvikelse rapportering och analysera såväl frekvens som innehåll. Åtgärda efter analys.

**Socialnämndens mål: Andelen barn och unga 0-20 år som ej återaktualiseras ska vara minst 92 % för åldersgruppen 0-12 år respektive minst 82 % för åldersgruppen 13-20 år.**

Det här ska vi uppnå: Barn och unga som får insatser av socialtjänsten ska i mindre utsträckning återkomma det vill säga de ska ej återaktualiseras.

Så här gör vi för att nå målen: Öppenvårdsinsatser genom den utökade behandlingsgruppen. Förstalinjemottagning som öppnade hösten 2017 ska skyndsamt bistå unga med lättare psykiska besvär. Ett mer systema­tiskt och resultatinriktat arbetssätt med samver­kans rutiner mellan skola och socialtjänst är under upprättande och förväntas också bidra till att antalet barn och unga som åter blir aktuella mins­kar. Likaså kan den fritidsstödjande funktion för ensamkommande barn och unga som gjorts tillgänglig via pro­jektmedel bidra till ökad måluppfyllelse.

**Socialnämndens mål: Antal personal brukare i hemtjänsten träffar på 14 dagar ska minska med 25 %**

Det här ska vi uppnå: Att ge brukaren ett begränsat antal personer som de möter vid stöd och omsorg.

Så här gör vi för att nå målen: Arbetsgruppen planerar det dagliga arbetet tillsammans med samordnare och chef där kontinuitet för brukaren ingår. Följa upp och analysera. Åtgärda efter analys.

# Kvalitetssäkring

## Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

För att utveckla och säkra kvaliteten i verksamheten ska det finnas ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete enligt SOSFS (2011:9). Ett sådant ledningssystem består av rutiner, riktlinjer och beskrivning av de processer som finns i verksamheten. En process beskriver vilka aktiviteter som ingår i ett arbetsflöde och i vilken ordning dessa aktiviteter ska utföras. En rutin beskriver ett bestämt tillvägagångssätt för hur en uppgift i en aktivitet ska utföras. Syftet med ledningssystemet är att aktiviteter och uppgifter ska utföras efter dessa beskrivningar och därmed kvalitetssäkra utförandet. Vid utredning av eventuella avvikelser ska det framgå av utredningen om fastställda processer och rutiner efterföljts.

Socialnämnden har sedan tidigare antagit ett ledningssystem med ansvarsfördelning av det systematiska kvalitetsarbetet i förvaltningen. Detta ligger till grund för planeringen av förvaltningens kvalitetsarbete. Socialförvaltningen har beslutat att använda processledningssystemet Ensolution för att skapa ett digitalt ledningssystem som uppfyller kraven på ledningssystem enligt SOSFS (2011:9). Under 2019 har arbetet fortsatt med att föra in socialförvaltningens processer i systemet. Ett arbete med att strukturera om ledningssystemet har också påbörjats för ökad användarvänlighet. Under 2019 har beslut tagits att hela kommunen ska använda samma ledningssystem som socialförvaltningen har.

Processledarutbildning har fortsatt under 2019. Syftet med processledarutbildningen är att skapa en samsyn och ökad kunskap kring användandet av processer och digitalt ledningssystem i förvaltningen.

**Lokala riktlinjer och rutiner**

Under 2019 har arbete genomförts för att sammanställa eller uppdatera lokala riktlinjer och rutiner:

* Förslag till reviderade riktlinjer för handläggning avseende äldreomsorg har arbetats fram.

## Styrdokument

Delegeringsordning

* Under 2019 har socialnämndens sammanhållna delegeringsordning reviderats för att tillse att delegeringen alltid är uppdaterad och följer de behov som finns i verksamheten samt anpassas efter förändringar i lagstiftning.

Medarbetarpolicy

* I slutet av 2019 antogs en koncernövergripande medarbetarpolicy, vilken ersatt socialförvaltningens framtagna medarbetarpolicy.

## Servicegarantier

Ingen revidering har skett under året.

## Pensionärsråd respektive kommunala funktionshinderrådet

Socialnämnden samråder med pensionärs- respektive handikapporganisationer i frågor rörande funktionshinderområdet samt äldreomsorgen. Kommunens pensionärsråd skall vara ett remiss- och referensorgan för samråd före beslut i frågor som rör äldreomsorgen och i övrigt vara ett organ för ömsesidig information mellan kommunen och företrädare för pensionärernas riksorganisationer inom kommunen. Rådet sammanträder minst fyra gånger per år. Formerna för rådet är fastställt i reglemente som beslutats av kommunfullmäktige. Kommunala funktionshinderrådet ska vara ett remiss- och referensorgan. Kommunala funktionshinderrådet är ett forum för samråd i kommunens pågående planeringsprocesser, och är även ett organ för ömsesidig information mellan kommunen och företrädare för handikapporganisationerna i kommunen. Rådet sammanträder minst fyra gånger per år. Formerna för rådet är fastställt i reglemente som beslutats av kommunfullmäktige.

## E-hälsa och Välfärdsteknologi

Socialnämnden vill ligga i framkant när det gäller genomförandet av Vision e-hälsa 2025 som tecknades mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) i mars 2016.

År 2025 ska Sverige vara bäst i världen på att använda digitaliseringens och e-hälsans möjligheter i syfte att underlätta för människor att uppnå en god och jämlik hälsa och välfärd samt utveckla och stärka egna resurser för ökad självständighet och delaktighet i samhällslivet.

För att avancera i den digitala resan genomförs aktiv omvärldsbevakning och samarbete regionalt och nationellt. LIKA skattning för socialtjänst, en temperaturmätare för IT utvecklingen har genomförts och kommer att genomföras minst en gång per år.

Samtliga trygghetslarm kopplade till hemtjänsten har bytts ut under 2019 då ny upphandling har genomförts. Larmen besvaras av en larmcentral och larmcentralen kontaktar hemtjänsten i de fall en åtgärd behövs

Digitala lås har installerats i samtliga brukares dörrar på Kaptensgården. Upplåsning sker automatiskt när brukaren går in i sin lägenhet via en sensor som brukaren bär på sig. Systemet medför att ingen obehörig tar sig in i lägenheten.

## Uppdatering av verksamhetssystem

Under 2019 har förfrågningsunderlag för upphandling om nytt verksamhetssystem tagits fram och lagts ut i slutet av december månad. Anbudsöppning sker i början av 2020. Arbetet med införande av nytt system kommer att påbörjas och fortlöpa under 2020.

## Medarbetardagar

I oktober 2019 genomfördes de årliga medarbetardagar tillsammans med samtlig personal inom socialförvaltningen. Temat för medarbetardagen var hälsofrämjande medarbetarskap.

Under medarbetardagen genomfördes också en föreläsning med temat kränkningar.

## Handläggardagar

Handläggardagar har inte genomförts under 2019.

## Chefsdagar

En gång per månad genomförs chefsdagar tillsammans med samtliga chefer i förvaltningen. Chefsdagarna innehåller såväl information som grupparbeten och externa föreläsare, allt utifrån verksamhetens och chefernas behov. Under 2019 har det bland annat fokuserats på delegerat arbetsmiljöansvar, ledning av resultatenhet och hälsofrämjande ledarskap. För ökad självkännedom och bättre förståelse för hur andra agerar har Myers Briggs personlighetsinstrument genomförts på en chefsträff. Arbetet med SIQ har fortgått.

## Övergripande kvalitetsarbete inom förvaltningen

Socialförvaltningen upprättade under 2017 medlemskap i SIQ (Swedish institute for Quality) och har inom ramen för detta genomfört ett managementindex som ett första steg i att införa ett systematiskt kvalitetsarbete med SIQ:s modell. Avdelningschef funktionshinderomsorgen samt medicinskt ansvarig sjuksköterska har genomgått examinatorsutbildning för SIQ och deltagit i examination av en organisation utifrån modellen. Detta för att får en fördjupad kunskap om modellen som kommer att användas för att optimera införandet av modellen i förvaltningens systematiska kvalitetsarbete. Arbetet med att införa SIQ:s modell för kundorienterad verksamhetsutveckling har fortlöpt under 2019. Inom förvaltningen har SIQ:s frågeformulär påbörjats inom chefsgruppen. Arbetet fortsätter under 2020.

Dataskyddsförordningen (GDPR, The General Data Protection Regulation) infördes under 2018 och har till syfte att skapa en enhetlig nivå för skyddet av personuppgifter. Arbetet med informationsspridning har fortsatt i socialnämndens verksamheter under 2019. Tre personuppgiftsincidenter har under 2019 rapporterats vidare till datainspektionen. Vid skrivandets stund har två avskrivits från datainspektionens sida med motiveringen att socialnämnden vidtagit tillräckliga åtgärder. En personuppgiftsincident är ännu inte avgjord.

## Kvalitetsarbete inom äldreomsorg

Arbetet med digitala genomförandeplaner har påbörjats inom några områden i äldreomsorgen. Genomförandeplanen dokumenteras i enlighet med IBIC – individens behov i centrum.

Ett serviceteam har startats upp som utför serviceinsatser i form av städning, tvätt av textiler och inköp av varor för att bättre ta tillvara undersköterskans kompetens.

Kontaktmannaskapsutbildning för samtliga medarbetare har påbörjats under 2019. Utbildningarna kommer att fortsätta under 2020. Utbildningens syfte är att stärka äldreomsorgens medarbetare i uppdraget.

Arbetet med trygg hemgång har fortsatt under 2019. Syftet med trygg hemgång är att på ett effektivare sätt kunna samarbeta kring vårdtagares hemgång från hälso- och sjukvården. Det syftar också till att i så hög utsträckning som möjligt kunna hjälpa brukare i det egna hemmet efter sjukhusvistelse.

Samtliga trygghetslarm inom äldreomsorgen, både hemtjänst och särskilt boende har upphandlats under 2019. För hemtjänsten ingick upphandling av larmcentral. Under senare delen av 2019 byttes samtliga larm i hemtjänsten till larm som är uppkopplade mot larmcentral. Då behov finns kontaktar larmcentralen hemtjänst personal som då åtgärdar ett larm.

## Kvalitetsarbete inom individ- och familjeomsorg

Behandlingsgruppens familjebehandlare har kompetensutvecklats genom flera olika utbildningar för att bättre kunna möta barn och unga med deras familjer i öppenvård.

Ett projekt tillsammans med Sveriges kommuner och regioner (SKR) inom försörjningsstöd har fortsatt vilket inneburit utveckling inom området försörjningsstöd kring metoder för att minska antalet personer som är beroende av försörjningsstöd samt för att minska kostnaderna för försörjningsstödet.

Under 2019 har förste socialsekreterare och samordnare inom IFO genomgått process-utvecklingsprogrammet.

På uppdrag av den regionala missbrukssamordningen har ett arbete påbörjats med målet att ha en lokal beroendemottagning tillsammans med regionens verksamheter.

## Kvalitetsarbete inom funktionshinderomsorg

Inom funktionshinderomsorgen har utbildningsinsatser genomförts i form av olika föreläsningar för anställda. Personal har även fått handledning i situationer som kan uppstå inom området.

Arbetet med införandet av digitala genomförandeplaner har färdigställts inom funktions-hinderomsorgen. Genomförandeplanen dokumenteras i enlighet med IBIC – individens behov i centrum.

Arbetet med digital teknik har fortskridit. Surfplattor och memoplan har köpts in i verksamheten.

Kvalitetsråd har startats upp på boenden.

# Kvalitetsuppföljning

## Egenkontroll

Enligt SOSFS 2011:9 Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, ska den som bedriver verksamhet utöva egenkontroll. Det innebär att systematiskt följa upp och utvärdera den egna verksamhetens resultat. Egenkontroll kan beskrivas som granskning av hur den egna verksamheten uppnår ställda krav och mål. Egenkontrollen kan även innefatta jämförelser av verksamhetens resultat dels med resultat från Öppna jämförelser, dels med resultat för andra verksamheter, samt synpunkter från revisorer och intressenter.

Egenkontrollen i förvaltningen bedrivs på flera plan. Dels genomfördes i början av år 2019 analysdagar där förvaltningsledningen tillsammans registrerat och dokumenterat resultaten från KOLADAS jämförelser.

Egenkontroll har dessutom genomförts inom funktionshinderomsorgen där granskning har skett av utförardokumentationen.

## Informationssäkerhet

Varje månad genomförs loggning i verksamhetssystemet. Utsedda funktioner i verksamheten tar slumpmässigt ut 10 % av användarna för loggranskning. Loggarna lämnas till ansvarig chef som godkänner loggen alternativt initierar en fördjupad granskning. Syftet med loggkontroll är att granska att den enskildes integritet säkerställs, att regelverket följs samt att ingen otillbörlig användning av systemet sker. Under 2019 har inga oegentligheter upptäckts vid kontroll.

## Brukarundersökningar

Socialnämndens vision ”*Socialtjänst av god kva­litet när den behövs*” innebär att invånarna alltid ska uppleva god kvalitet när de behöver social­tjänst. Kvalitet mäts årligen på nationell nivå och strävan är att vara bland de 25 % bästa kommu­nerna i landet när det gäller kommunens kvalitet i korthet (KKIK).

Resultaten från brukarundersökningarna redovisas nedan. Information har hämtats från KOLADA.

### Funktionshinderomsorg

I KOLADA redovisas resultat för 2019 årsbrukarundersökningar. Brukare från följande avdelningar har deltagit: gruppbostad LSS, daglig verksamhet LSS, boende med särskild service SoL, boendestöd SoL och sysselsättning SoL. Resultaten redovisas per avdelning i tabellform.

Tabell 1. Gruppbostad LSS

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Resultat** | **2018** | **2019** | **Trend** |
| Får/oftast får den hjälp brukaren vill ha | 93 % | 100 % | Ökande |
| Känner trygghet med alla eller några i personalen. | 93 % | 94 % | Ökande |
| Känner till vem som ska kontaktas om något inte är bra. | 86 % | 94 % | Ökande |

Tabell 2. Daglig verksamhet LSS

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Resultat** | **2018** | **2019** | **Trend** |
| Får/oftast får den hjälp brukaren vill ha | 100 % | 97 % | Minskande |
| Känner trygghet med alla eller några i personalen. | 100 % | 100 % | Bestående |
| Känner till vem som ska kontaktas om något inte är bra. | 92 % | 96 % | Ökande |

Tabell 3. Boende med särskild service SoL

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Resultat** | **2018** | **2019** | **Trend** |
| Får/oftast får den hjälp brukaren vill ha | 86 % | 95 % | Ökande |
| Känner trygghet med alla eller några i personalen. | 100 % | 100 % | Bestående |
| Känner till vem som ska kontaktas om något inte är bra. | 86 % | 75 % | Minskande |

Tabell 4. Boendestöd SoL

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Resultat** | **2018** | **2019** | **Trend** |
| Får/oftast får den hjälp brukaren vill ha | 100 | 97 | Minskande |
| Känner trygghet med alla eller några i personalen. | 100 | 99 | Minskande |
| Känner till vem som ska kontaktas om något inte är bra. | 56 | 76 | Ökande |

Tabell 5. Sysselsättning SoL

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Resultat** | **2018** | **2019** | **Trend** |
| Får/oftast får den hjälp brukaren vill ha | 100 % | 100 % | Besående |
| Känner trygghet med alla eller några i personalen. | 84 % | 90 % | Ökande |
| Känner till vem som ska kontaktas om något inte är bra. | 67 % | 100 % | Ökande |

Funktionshinderomsorgen får överlag goda resultat från brukarna. Inom samtliga områden upplever brukarna att man får/oftast får den hjälp man behöver, en variation mellan 97 % och 100 %. Brukarna upplever att de känner sig trygga med alla eller några i personalen. På denna fråga varier svaren mellan 94 % och 100 %. På frågan om kännedom finns vart man ska vända sig om något inte är bra varierar svaren mellan 75 % och 100 %, vilket är ett utvecklingsområde.

### Äldreomsorg

**Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?**

Socialstyrelsen undersöker årligen de äldres uppfattning om vården och omsorgen inom områdena hemtjänst och särskilda boenden. Resultatet av undersökningen bygger på en nationell enkätundersökning, som gått ut till alla personer över 65 år med hemtjänst i ordinärt boende eller boende på särskilt boende. Följande resultat är hämtade från undersökningen ”Vad tycker de äldre om äldreomsorgen” samt KOLADA. Resultaten redovisas per avdelning i tabellform.

Tabell 6. Hemtjänst

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Resultat** | **2018** | **2019** | **Trend** |
| Handläggares beslut anpassat efter behov | 75 % | 76 % | Ökande |
| Vet vart man vänder sig med synpunkter/klagomål | 59 % | 62 % | Ökande |
| Bemöts oftast/alltid av personal på ett bra sätt | 97 % | 99 % | Ökande |
| Känner sig trygg eller varken trygg eller otrygg att bo hemma med insatser. | 95 % | 98 % | Ökande |
| Samantaget mycket nöjd, nöjd eller varken eller med boendet. | 89 % | 90 % | Ökande |

Tabell 7. Särskilt boende

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Resultat** | **2018** | **2019** | **Trend** |
| Fick plats på det boende som önskats | 100 % | 92 % | Minskande |
| Trivs med rum/lägenhet | 82 % | 82 % | Bestående |
| Bemöts oftast/alltid av personal på ett bra sätt | 98 % | 95 % | Minskande |
| Vet vart man vänder sig med synpunkter/klagomål | 50 % | 54 % | Ökande |
| Känner sig trygg eller varken trygg eller otrygg på boendet | 99 % | 98 % | Minskande |
| Samantaget mycket nöjd, nöjd eller varken eller med boendet. | 95 % | 94 % | Minskande |

Sammantaget visar resultatet att äldreomsorgen brukare känner sig trygga, 98 % av dem som bor på särskilt boende eller bor hemma med stöd från hemtjänsten upplever trygghet. När det gäller bemötande får äldreomsorgen också ett högt betyg av brukarna, 99 % av brukarna inom hemtjänst och 95 % av brukarna inom särskilt boende upplever att de får ett bra bemötande av personalen. 94 % av brukarna som bor på särskilt boende och 90 % av brukarna som har hemtjänst uppger att de är sammantaget nöjda med de insatser de får av socialtjänsten. 62 % respektive 54 % av brukarna vet vart de ska vända sig med synpunkter eller klagomål, vilket är ett förbättringsområde.

### Individ- och familjeomsorg

Inom individ- och familjeomsorgen har det också under 2019 genomförts nationella brukarundersökningar. I undersökningarna deltog brukare från såväl barn- och familjeavdelningen och alkoholpolikliniken som avdelningen för försörjningsstöd och integration. Följande uppgifter är hämtade från KOLADA. Resultaten redovisas per avdelning i tabellform.

Tabell 8. Barn och ungdomsvård - Vårdnadshavare

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Resultat** | **2018** | **2019** | **Trend** |
| Lätt att få kontakt med socialsekreterare | 89 % | 100 % | Ökande |
| Bemött med förståelse | 88 % | 80 % | Minskande |
| Tydlig information | 67 % | 80 % | Ökande |
| Socialsekreterare efterfrågat synpunkter | 80 % | 60 % | Minskande |
| Upplever förbättrad situation | 86% | 50 % | Minskande |
| Sammantaget nöjd eller mycket nöjd med stöd | 88 % | 80 % | Minskande |

Tabell 9. Missbruksvård

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Resultat** | **2018** | **2019** | **Trend** |
| Lätt att få kontakt med socialsekreterare | 86 % | 90 % | Ökande |
| Bemött med förståelse | 100 % | 100 % | Bestående |
| Tydlig information | 100 % | 90 % | Minskande |
| Socialsekreterare efterfrågat synpunkter | 100 % | 90 % | Minskande |
| Upplever förbättrad situation  | 100 % | 100 % | Bestående |
| Sammantaget nöjd eller mycket nöjd med stöd | 100 % | 100 % | Bestående |

Tabell 10. Ekonomiskt bistånd

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Resultat** | **2018** | **2019** | **Trend** |
| Lätt att få kontakt med socialsekreterare | 87 % | 97 % | Ökande |
| Bemött med förståelse | 87 % | 91 % | Ökande |
| Tydlig information | 95 % | 94 % | Minskande |
| Socialsekreterare efterfrågat synpunkter | 85 % | 76 % | Minskande |
| Upplever förbättrad situation  | 84 % | 66 % | Minskande |
| Sammantaget nöjd eller mycket nöjd med stöd | 91 % | 89 % | Minskande |

Sammantaget resultat för individ och familjeomsorgen visar att 89 % av klienterna är nöjda med det stöd som de fått. Tillgängligheten upplevs som mycket god då 96 % av klienterna upplever det lätt att få kontakt då behov finns. Av samtliga som svarat upplever 93 % att de fått förståelse över sin situation och 76 % upplever att de fått lämna synpunkter på hur situationen skull kunna förändras och 67 % upplever att deras situation har förbättrats sedan de fick kontakt med socialtjänsten i kommunen.

## Ej verkställda beslut

Enligt 16 kap. 6f § SoL och 28f § LSS ska socialnämnden rapportera alla gynnande beslut som inte har verkställts inom tre månader från dagen för beslutet. Nämnden ska ange vilken typ av bistånd beslutet gäller samt kortfattat ange skälen för dröjsmålet. Detsamma gäller även gynnade beslut som har avbrutits och inte verkställts på nytt inom tre månander. Rapporteringen ska ske kvartalsvis till Inspektionen för vård och omsorg (IVO).

Socialförvaltningen har under 2019 rapporterat sammanlagt 53 gynnande beslut som ej verkställda till IVO. Av dessa avsåg 32 beslut enligt socialtjänstlagen, 21 beslut inom LSS.

(Informationen har hämtats från rapport om ej verkställda beslut) och fördelar sig enligt nedan:

Tabell 11. Ej verkställda beslut SoL

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Beslut SoL** | **Antal beslut** | **Män** | **Kvinnor** | **Resurs-brist** | **Tackat nej** | **Annan orsak** |
| Dagverksamhet | 3 | 3 | - | - | 1 | 2 |
| Kontaktperson | 3 | 1 | 2 | 3 | - | - |
| Särskilt boende | 22 | 12 | 10 | 9 | 13 | - |
| Korttid | 1 | - | 1 | - | 1 | - |
| Hemtjänst | 1 | - | 1 | - | - | 1 |
| Larm | 2 | 1 | 1 | - | 1 | 1 |

Tabell 12. Ej verkställda beslut SoL, tid och kön

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **SoL**  | **3-6 månader** | **6-12 månader** | **Över 12 månader** |
| **Kvinna** | 9 | 6 | - |
| **Man** | 15 | 1 | 1 |

Tabell 13. Ej verkställda beslut LSS

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Beslut LSS** | **Antal beslut** | **Män** | **Kvinnor** | **Resurs-brist** | **Tackat nej** | **Annan orsak** |
| Bostad med särskild service | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | - |
| Kontaktperson | 14 | 7 | 7 | 14 | - | - |
| Daglig verksamhet | 2 | 1 | 1 | - | 2 | - |
| Korttidstillsyn | 1 | 1 | - | - | - | 1 |
| Korttidsvistelse | 1 | 1 | - | 1 | - | - |
| Ledsagarservice | 1 | 1 | - | 1 | - | - |

Tabell 14. Ej verkställda beslut LSS, tid och kön

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **LSS**  | **3-6 månader** | **6-12 månader** | **Över 12 månader** |
| **Kvinna** | 3 | 4 | 2 |
| **Man** | 7 | 4 | 1 |

Inspektionen för vård och omsorg har i fyra fall begärt in skäl till dröjsmål med att verkställa gynnande beslut.

* 1 begäran angående beslut bostad enligt SoL
* 1 begäran angående korttidsvistelse 9§6 LSS
* 1 begäran angående beslut kontaktperson enligt SoL, efter redovisning görs bedömning av IVO att det inte finns skäl att ansöka om utdömande av särskild avgift.
* 1 begäran angående beslut kontaktperson 9§4 LSS

## Granskning av tillsynsmyndighet

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) främsta uppgift är att svara för tillsyn och tillståndsprövning inom bland annat socialtjänst och verksamhet enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade. Syftet med tillsynen är att granska att befolkningen får vård och omsorg som är säker, har god kvalitet och bedrivs i enlighet med lagar och andra föreskrifter.

IVO har under 2019 genomfört en granskning avseende det systematiska kvalitetsarbetet inom socialnämnens område. I inspektionen ingick hur uppgiftsfördelningen ser ut för att systematiskt utveckla och säkra kvaliteten, om riskanalyser sker fortlöpande i verksamheten, om egenkontroller genomförs och om klagomål och synpunkter utreds. IVO avslutade ärendet efter granskningen, men uppmärksammade förvaltningen på att utveckla arbetet med nämndens egenkontroll.

## Missförhållande eller risk för missförhållande

Enligt 14 kap 6 § Socialtjänstlagen (SoL) samt 24 e § Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) ska alla rapporter om missförhållande eller påtaglig risk för missförhållande utredas. Utredningen ska bland annat utvisa vad det rapporterade missförhållandet eller risken för ett missförhållande bestått i och vilken konsekvens det fått eller kunde ha fått för den enskilde.

### Genomförda utredningar

Under 2019 har 9 utredningar genomförts avseende missförhållande eller risk för missförhållande, en ökning med fem utredningar sedan 2018.

* Rapport inkommer från enhetschef inom funktionshinderomsorgen om brister i dokumentation. Löpande dokumentation i en brukares journal har inte utförts på rätt sätt. Regelbunden dokumentation saknas helt för en period. Bedömning görs efter utredning att det föreligger ett missförhållande av allvarlig karaktär. Krav ställs på åtgärder i form av utbildning i dokumentation, samt att enhetschef aktivt arbetar kring dokumentation i personalgruppen. Beslut fattades att skicka anmälan om allvarligt missförhållande eller risk för allvarligt missförhållande till inspektionen för vård och omsorg.
* Rapport skrivs av socialt ansvarig socionom som fått kännedom om att medarbetare inom äldreomsorgen spridit filer innehållande personuppgifter på sociala medier. Av utredning framkommer att både arbetsgivare och arbetstagare brustit. Bedömning görs efter utredning att det föreligger ett missförhållande av allvarlig karaktär. Krav på åtgärder ställs på översyn av att samtliga medarbetare skrivit under och tagit del av information om sekretess och tystnadsplikt. Beslut fattades att skicka anmälan om allvarligt missförhållande eller risk för allvarligt missförhållande till inspektionen för vård och omsorg.
* Rapport inkommer från personal inom äldreomsorgen. Rapporten avser att brukare har varit orolig och rädd för sin make/makas välmående i samband med bruk av alkohol. Utredningen visar inte på brister i verksamheten och beslut tas att det inte föreligger något missförhållande eller risk för missförhållande i lagens mening.
* Rapport inkommer från enhetschef inom funktionshinderomsorgen då flera brukare upplevs som otrygga i boendesituationen med anledning av en annan brukare. Genom vidtagna åtgärder, riskbedömningar och handlingsplaner görs bedömning att det ej föreligger ett missförhållande eller risk för ett missförhållande.
* Rapport inkommer från biståndsbedömare inom funktionshinderomsorgen som vid en uppföljning uppmärksammat skyddsåtgärder som inte finns dokumenterade i verksamhetssystemet. Vid utredning framkomer att det finns en noggrant framarbetad riskbedömning. Bedömning och beslut visar att inger missförhållande eller risk för missförhållande föreligger.
* Rapport inkommer från enhetschef inom äldreomsorgen. Rapporten gäller hur en personal har bemött en brukare. Efter utredning tas beslut att inte göra anmälan om allvarligt missförhållande eller risk för allvarligt missförhållande då den beskrivna situationen inte uppfyller kriterierna enligt lag. Det anses dock föreligga ett missförhållande men inte i tillräcklig utsträckning. Krav på åtgärder är att fortsatt fortlöpande föra en kontinuerlig diskussion i arbetsgrupperna kring värdegrund och värdigt bemötande.
* Rapport inkommer från enhetschef inom funktionshinderomsorgen. Av rapporten framgår att det finns svårigheter att få till samarbete med anhöriga och andra professioner vilket påverkar en brukare i vardagen. Utredningen visar på brist av skriftliga rutiner och krav ställs på att skriftliga allmänna rutiner för hur samarbete med anhöriga ska ske, ansvarsfördelning och vilka överenskommelser som behöver göras för att sätta brukarens bästa i fokus. Rutiner för samarbeta med andra professioner externt ska också tas fram. Utredningen visar att det finn en påtaglig risk för ett allvarligt missförhållande och beslut tas att göra en anmälan till inspektionen för vård och omsorg.
* Rapport inkommer från enhetschef inom äldreomsorgen. Rapporten gäller att ett rörelselarm har stängts av/vänts bort nattetid. Bedömning görs efter utredning att det föreligger ett allvarligt missförhållande i lagens mening och en anmälan sker till inspektionen för vård och omsorg.
* Rapport inkommer från enhetschef inom funktionshinderomsorgen. Rapporten gäller att en brukare känner sig otrygg i sin lägenhet, känner sig ensam på dagarna samt upplever att det tar lång tid mellan inplanerade besök. Åtgärder som vidtagits är utbildning till personal, samt att personal aktivt arbetat med brukaren för att öka dennes delaktighet. Utredningen mynnar ut i beslut att det inte föreligger ett missförhållande i lagen mening i dagsläget.

## Avvikelser

Under 2019 har totalt 501 avvikelserapporter inkommit (inkl HSL). Av dessa kommer den övervägande majoriteten från hemtjänsten. Avvikelserapporterna har kunnat kategoriseras utifrån följande:

Tabell 15. Typ av avvikelser

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Typ av avvikelse** | **Antal** | **Andel** |
| Kommunikation och information | 65 | 13 % |
| Utbildning, kompetens | 0 | 0 % |
| Omgivning och organisation | 11 | 2,2 % |
| Teknik, utrustning och apparatur | 8 | 1,8% |
| Procedur, rutiner, riktlinjer | 336 | 67 % |
| Övriga | 81 | 16 % |

Av dessa har 189 avvikelser lett till dokumenterade åtgärder.

Till övervägande del gäller avvikelserna brister i kommunikation och planering mellan arbetsgrupper och planerarenhet. Det innebär felplaneringar, där det finns risk för att den enskilde missar insatser, att medarbetare utan delegering planeras in på uppdrag som kräver medicindelegering eller liknande. Dock har som regel arbetsgruppen själva uppmärksammat misstagen och tillsett att det inte påverkat den enskildes insats.

## Synpunktshantering

Under 2019 har 50 synpunkter inkommit avseende verksamheten inom såväl individ- och familjeomsorgen, som funktionshinderomsorgen och äldreomsorgen. Samtliga synpunkter har lämnats till ansvarig enhetschef samt avdelningschef för kännedom. Synpunkterna har till största del berört utförande av insatser, handläggning av ärenden samt bemötande. Till övervägande del har synpunkterna inneburit att information om gällande rutiner lämnats till uppgiftslämnaren, då synpunkter framkommit på grund av missförstånd eller önskemål från enskild som verksamheten inte kan tillgodose. Vissa synpunkter har dock inneburit såväl åtgärder från ansvarig chef som en mer övergripande översyn av gällande rutiner.

# Kvalitetsförbättringar

Förbättringsarbetet, det vill säga förmågan att åtgärda det som behöver åtgärdas, är kärnan i ett kvalitetsledningssystem. Samtidigt inkommer hela tiden nya krav på förändring och förbättring från vår egen verksamhet och från vår omvärld. Vad som ska prioriteras som mest angeläget att förbättra är en utmaning, som kräver ett omfattande arbete och systematik för att åstadkomma en förändring i praktiken.

Nedan följer en tabell som synliggör förslag på förbättringar samt ansvarsfördelning och målsättning för år 2020.

Tabell 16. Förslag kvalitetsarbete

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Utvecklingsområde** | **Mål för 2020** | **Ansvarig** |
| Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete | Ledningssystemet ska vidareutvecklas vad gäller användarvänlighet, godkännande av rutiner och riktlinjer samt införande i systemet. Uppföljning och revidering av de riktlinjer och rutiner. | Socialt ansvarig socionomRespektive ansvarig chef |
| Digital dokumentation | Samtlig personal i förvaltningen för individdokumentation i verksamhetssystem. | Respektive chef med stöd av socialt ansvarig socionom  |
| E-hälsa och välfärdsteknologi | Arbete ska fortlöpa kring mobil dokumentation. | Avdelningschef tillsammans med respektive enhetschef samt medicinskt ansvarig sjuksköterska och verksamhetsutvecklare IT |
| IBIC | Fortlöpande ärendehantering i verksamhetssystemet Lifecare i enlighet med dokumentationsverktyget IBIC. | Avdelningschef samt ansvarig enhetschef |
| SIQ | Fortsätta arbetet med systematiskt förbättringsarbete med hjälp av SIQ:s modell. Plan för införandet finns sedan tidigare. | Förvaltningschef i samarbete med medicinskt ansvarig sjuksköterska och socialt ansvarig socionom |

Jerry Gull

Vik. Socialt ansvarig socionom