

DIARIENUMMER: 20/2022

FASTSTÄLLD: 2022-03-29

Kvalitetsberättelse 2021

Beslutsinstans, Socialnämnden
Omfattar socialförvaltningens samtliga verksamheter



HERRLJUNGA KOMMUN

Våga vilja växa!

2022-03-11

Sammanställd av: Heléne Backman Carlsson
SAS/Kvalitetssamordnare

Innehåll

1	SAMMANFATTNING	4
2	VERKSAMHETSINRIKTNING OCH ANSVAR	5
2.1	Målgrupp	5
2.2	Lagstiftning	5
2.3	Uppdrag och ansvar	5
	SOCIALNÄMND	5
	FÖRVALTNINGSCHEF	5
	SAS/KVALITETSSAMORDNARE	5
	VERKSAMHETSCHEF	5
	ENHETSCHEF	6
	PERSONAL I VERKSAMHET	6
3	FÖREGÅENDE ÅRS IDENTIFIERADE FÖRBÄTTRINGSOMRÅDEN	6
3.2	Risk- och konsekvensanalyser	6
3.3	Dokumentation	7
3.4	Personalens medverkan i kvalitetsarbete	7
3.5	Dokumentation på brukarnivå	7
3.6	Övrigt – Nationella brukarundersökningar	8
4	MÅL OCH MÅLUPPFYLLELSE	8
4.1	Vision och mål	8
4.2	Måluppfyllelse	9
5	SYSTEMATISKT KVALITETSARBETE	10
5.1	Risk- och konsekvensanalys	10
5.2	Egenkontroll	10
5.2.1	INTERN KONTROLL	11
5.3	Utredning av avvikelser	11
5.3.1	AVVIKELSER SoL/LSS	12
5.3.2	KLAGOMÅL OCH SYNPUNKTER	15
5.3.3	LEX SARAH	15
6	EXTERNA GRANSKNINGAR	16

6.1	Inspektionen för vård och omsorg	16
6.1.1	EJ VERKSTÄLLDA BESLUT	16
6.1.2	ENSKILDAS ANMÄLAN TILL INSPEKTIONEN FÖR VÅRD OCH OMSORG	17
6.1.3	TILLSYN AV INSPEKTIONEN FÖR VÅRD OCH OMSORG	17
7	PERSONALENS MEDVERKAN I KVALITETSARBETET	17
8	FÖRBÄTTRINGSPLAN	18
8.1	Inriktning 2022	18

1 Sammanfattning

Enligt Socialstyrelsens författningssamling (SOSFS¹) 2011:9, 7 kap. 1 § bör vårdgivare som omfattas av 1 kap. 1 § 1 och 2 eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS² varje år upprätta en sammanhållen kvalitetsberättelse. Detta bör göras med dokumentationen som utgångspunkt.

Syftet med kvalitetsberättelsen är att ge en samlad bild av kvaliteten i verksamheten.

Av kvalitetsberättelsen bör det framgå:

- hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet har bedrivits
- vilka åtgärder som har vidtagits för att säkra verksamhetens kvalitet och
- vilka resultat som har uppnåtts.

Kvalitetsberättelsen omfattar i huvudsak socialtjänstlagen, SoL och lagen om särskilt stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS, områden.

En verksamhet måste fortsätta att verka och fungera oavsett, men året 2021 med en fortsatt Coronapandemi har ställt saker på sin spets, omprioriteringar har behövt göras och det är till viss del en orsak till att annat arbete blivit lägre prioriterat.

Under året har ett fortsatt arbete skett med uppdatering av grundläggande dokument till handboken, kvalitetsmöten med chefer, brukarundersökningar, egenkontroller.

Rapporteringarna kring avvikelser har oftast förekommit i dialogen på kvalitetsmöten men i ett fortsatt arbete behöver ett fokus även sättas på förebyggande arbete och analyser vilket har lyfts till chefsnivå. Avvikelser i dess olika former är en, central del i förbättringsarbete där fördjupad analys behövs i högre grad än vad som tidigare gjorts, men också uppföljning av andra resultat med att identifiera orsaker, vilka åtgärder, uppföljning etc. Systematiskt förbättringsarbete ska dokumenteras och sker i större utsträckning än tidigare år, såsom risk- och konsekvensanalyser vid förändringar samt utredningar vid synpunkter och klagomål. Till stöd för dokumentation finns mallar.

Kvalitetssamordnarna ingår i förvaltningsledningen och deltar i ledningsgruppsmöten och är på så sätt deltagande i planering kring behov av fortsatta förbättringsarbeten.

Den årliga nationella brukarundersökningen inom äldreomsorgen har inte genomförts 2021. Inom verksamhet IFO³ finns endast ett fåtal svar från brukarundersökningen, vilket innebär att någon analys inte kan göras av brukarnas syn på socialtjänsten. Inom verksamhet Socialt stöd, LSS finns vissa förbättringsområden utifrån den nationella brukarundersökningen. Olika resultat från bland annat brukarundersökningar, avvikelser, internkontroll, granskningar och på annat sätt uppmärksammade händelser bör ligga till grund för socialnämndens fortsatta förbättringsarbete 2022.

¹ Föreskrifter och Allmänna råd – Ledningssystem för systematiskt Kvalitetsarbete

² Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade

³ Individ och familjeomsorg

2 Verksamhetsinriktning och ansvar

2.1 Målgrupp

Kvalitetsbegreppet omfattar socialtjänstens alla verksamheter på alla nivåer: strukturiinriktade, allmänt inriktade och individinriktade insatser. Medborgare som får eller som är föremål för en utredning om att få, individuellt behovsprövade insatser från socialtjänsten har rätt att få adekvat stöd och hjälp av god kvalitet.

2.2 Lagstiftning

Socialtjänstlagen 3 kap § 3 - *"Insatser inom socialtjänsten skall vara av god kvalitet. För utförande av uppgifter inom socialtjänsten ska det finnas personal med lämplig utbildning och erfarenhet. Kvaliteten i verksamheten ska systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras."*

Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade § 6 innehåller motsvarande bestämmelse.

Kvalitet definieras på följande sätt - att en verksamhet uppfyller de krav och mål som gäller för verksamheten enligt:

- lagar och andra föreskrifter om socialtjänst och stöd och service till vissa funktionshindrade
- beslut som har meddelats med stöd av sådana föreskrifter.

Krav på kvalitet i verksamheten och uppföljning sker på flera nivåer. Det finns en nationell nivå med krav i form av lagstiftning och nationell uppföljning, via tillsyn, öppna jämförelser mm. Kommunfullmäktige ställer krav om mål för verksamheten. Nämnden har beslutat om målindikatorer, dessa ska följas upp i egenkontroll. Enskilda brukares uppfattning följs upp via synpunkt- och avvikelshantering.

Enligt ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete SOSFS 2011:9, 7 kap. 1 § ska arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla verksamhetens kvalitet *dokumenteras*

2.3 Uppdrag och ansvar

SOCIALNÄMND

Socialnämnden har ett ytterst ansvar för verksamheten.

FÖRVALTNINGSCHEF

Förvaltningschef har ett övergripande ansvar och rapporterar till socialnämnden.

SAS/KVALITETSSAMORDNARE

SAS/Kvalitetssamordnare arbetar fram riktlinjer, ansvarar för att ledningssystemet följs upp, följer aktuell lagstiftning och tillsammans med ledningsgruppen ser till att uppföljning och utveckling sker inom området socialtjänst. SAS/Kvalitetssamordnare och förvaltningschef samt verksamhetschefer ska samverka kring socialtjänstfrågor. Rapporterar till respektive ansvarig verksamhetschef samt förvaltningschef. SAS arbete sker i vissa delar i samarbete med medicinskt ansvarig sjuksköterska, MAS.

VERKSAMHETSCHEF

Verksamhetschefer för IFO, socialt stöd samt vård- och omsorg har ett övergripande ansvar att leda och utveckla sina verksamheter. Verksamhetschefer har ett ledningsansvar tillsammans med förvaltningschef och ska samverka kring socialtjänst och hälso- och sjukvårdsfrågor tillsammans med MAS/Kvalitetssamordnare och SAS/Kvalitetssamordnare. Rapporterar till förvaltningschef.

ENHETSCHEF

Enhetschefer har ansvar för att leda och utveckla sina enheter. Har ansvar för att ta fram rutiner på enhetsnivå och se till att dessa följs. Rapporterar till verksamhetschef.

PERSONAL I VERKSAMHET

Ansvarar för att utveckla och säkra kvaliteten i det dagliga arbetet och följa fastställda processer, riktlinjer och rutiner. Rapporterar till enhetschef.

3 Föregående års identifierade förbättringsområden

Ledningssystem

Ledningssystemet ska användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet. Ledningssystemets olika delar har varit återkommande i dialoger, i kvalitetsmöten både på enhetschefsnivå och på ledningsnivå. Flera uppmärksammade förbättringsområdena finns även med i 2021 års Intern kontrollplan.

3.1 Processer

I vissa upprättade rutiner inryms även processen i t.ex. loggningsrutinen, lex Sarah rutinen m.fl. Upprättade processer finns för vissa delar av vissa verksamheter t.ex. äldreomsorg/boende, dessa behöver uppdateras. En uppdatering av Handboken på KomNet har påbörjats och där kommer även processer att läggas upp.

Resultat

Samordnad Individuell Plan, SIP-process har varit fokus under året. SIP används för att samordna insatser och ansvar efter den enskildes behov av socialtjänst och hälso- och sjukvård. Två processer har upprättats i Närvårdssamverkan. En tjänst som Anhörigsamordnare har inrättats under året med bland annat ett uppdrag att utveckla samarbetet med SIP.

I samband med när det uppstår oklarheter i enskilda fallet sker en intern dialog mellan berörda funktioner och på så sätt kunna finna lösning. Inom ramen för IFO:s projekt *Framtidsresan* sker allt eftersom genomgång av olika processer.

3.2 Risk- och konsekvensanalyser

Är dels att identifiera och värdera risker vid förändringar, identifiera bakomliggande orsaker och att föreslå åtgärder som minskar riskerna eller dess konsekvenser. Dels att göra analyser av olika slag av resultat och vid behov upprätta en handlingsplan för det fortsatta arbetet. Verktyg för dokumentation av analys och förbättringsarbete ska användas.

Resultat

Ett ökat antal risk- och konsekvensanalyser har upprättats under 2021 såsom vid förändringar uppkomna i samband med Coronapandemin t.ex. inför stängning av verksamhet, en risk- och konsekvensanalys genomfördes i ledningsgruppen när årets Interna kontrollplan togs fram.

Att analysera olika slag av resultat är viktigt i ett systematiskt kvalitetsarbete. Ett fåtal analyser har upprättats under 2021. Det som var planerat utifrån ”*Vad tycker de äldre om äldreomsorg*” den nationella brukarundersökningen genomfördes inte 2021. Nu genomförs den under våren 2022 och det blir ett uppdrag för verksamheterna inom hemtjänst och äldreboende, när resultatet kommer kring halvårsskiftet att göra en fördjupad analys av resultaten. Andra planerade möten för genomgång av resultat har fått flytta fram på grund av ett ansträngt läge på grund av fortsatt smittspridning i pandemin. Höga sjukskrivningstal, många medarbetare i karantän har inneburit att detta arbete har nedprioriterats.

SAS och MAS har nu ett tydligare mandat att med cheferna bestämma att uppföljningar ska ske, boka tid för möte och vara behjälplig i detta arbete.

Brist på följsamhet till Ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete finns upptaget i 2022 års Intern kontrollplan. På så sätt fortgår ett arbete med utbildning och stöd och kontroll av efterlevnaden gällande det systematiska kvalitetsarbetet, i dessa delar.

3.3 Dokumentation

Arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet ska dokumenteras.

Resultat

Risk- och konsekvensanalyser med handlingsplaner dokumenteras nu i högre grad än tidigare år. Att utreda och dokumentera inkomna klagomål och synpunkter görs i högre grad och diarieförs i enlighet med rutiner för avvikelser.

3.4 Personalens medverkan i kvalitetsarbete

Personal ska arbeta i enlighet med processerna och rutinerna i ledningssystemet.

Resultat

Ett större arbete har påbörjats och pågår, med att uppdatera hela Handboken med dess processer, riktlinjer och rutiner.

När styrande dokumenten är uppdaterade, beslutade så informeras enhetscheferna om att dessa har lagts in i Handboken och cheferna uppmanas att sprida informationen vidare till sina medarbetare och vid behov i utbildningssyfte, tillsammans gå igenom uppdaterade dokument.

Korta tema/filminspelningar har påbörjats under hösten 2021 och fortgår med olika teman såsom kvalitetsarbete och vikten av personalens medverkan i det arbetet. Dessa inspelningar/teamsmöten riktar sig till enhetschefer och dokumentationsombud samt övrig personal.

Kan också ses i efterhand.

3.5 Dokumentation på brukarnivå

Förvaltningens verksamheter har en skyldighet att dokumentera genomförandet av beviljade insatser. Över åren har det varierat i vilken utsträckning det finns upprättade, aktuella genomförandeplaner där också brukarens delaktighet framgår. Journalanteckningar ska bl.a. dokumenteras med respekt för den enskildes integritet, ska ske löpande över tiden samt innehålla de viktiga händelser som sker och kan ligga till grund inför framtida beslut. Det är ett ständigt pågående arbete.

Resultat

Genomförandeplaner finns i stor utsträckning men kan variera i verksamheter huruvida de följer rutinen gällande uppföljningar och på så sätt är aktuella. Gällande journalanteckningar finns det variationer. Enhetschefer är medvetna om bristerna och lyfter det med sina medarbetare. Till stöd för enhetscheferna finns i verksamheterna socialt stöd och vård och omsorg dokumentationsombud, dessa har bra kompetens gällande både kraven på dokumentation samt verksamhetssystemet Viva, då dessa delar hänger samman vid dokumentation.

De temafilmer som ovan beskrivits, har berört dokumentationens genomförandeplaner, journalanteckningar och finns som ett stöd i verksamheterna att uppdatera sig på eller vid introduktionen av nya medarbetare. Ett utbildningsmaterial i PowerPoint finns framtaget som stöd. Dokumentation i handläggning inom IFO är ett fortsatt förbättringsområde. I den mån det finns möjligheter att göra förändringar i verksamhetssystemet Viva för att förbättra vissa delar i handläggningen, så görs det.

3.6 Övrigt – Nationella brukarundersökningar

Brukarundersökningen inom äldreomsorgen är av Socialstyrelsen inte genomförd 2021 utan framflyttad till våren 2022. Brukarundersökning inom IFO genomfördes men gav en minimal svarsfrekvens vilket resulterade att sammanställning på målgruppsnivå inte kunde ske. En analys av den låga svarsfrekvensen är viktig att göra. Denna analys har inte genomförts på grund av den höga arbetsbelastning som råder. Ett analys- och åtgärdsarbete är påbörjat i februari 2022, inför nästa brukarundersökning.

Brukarundersökning inom LSS har omhändertagits av ansvariga enhetschefer för ett fortsatt analysarbete under 2022 utifrån resultatet.

4 Mål och måluppfyllelse

4.1 Vision och mål

Utifrån Kommunfullmäktige övergripande mål för Herrljunga kommun beslutar nämnderna om sina inriktningsmål. Utifrån socialnämndens mål har nämnden också tagit fram ett antal målindikatorer.

De målindikatorer som här följs upp, i kvalitetsberättelsen är:

- Ökad nöjdhet avseende brukarbedömningar inom de olika verksamheterna
- Personalkontinuitet i hemtjänst
- Registrering av antal uppkomna avvikelser ska öka i syfte att skapa ett underlag för ett utökat systematiskt kvalitetsarbete (analys och uppföljning).

Dessa mål och även nämndens övriga mål redovisas i socialförvaltningens Verksamhetsberättelse.

	Resultat 2020	Mål 2021	Resultat 2021
IFO Ökad nöjdhet avseende brukarbedömning IFO – helhetssyn (%)	55	90	20 *
Socialt stöd Ökad nöjdhet avseende brukarbedömning LSS (vartannat år), trivsel daglig verksamhet (%)		88	57
Vård och omsorg - LSS Ökad nöjdhet avseende brukarbedömning hemtjänst – helhetssyn (%)	88	94	**
Ökad nöjdhet avseende brukarbedömning särskilt boende – helhetssyn (%)	79	86	**
Personalkontinuiteten i hemtjänst skall öka – antal personal en hemtjänsttagare möter under 14 dagar, medelvärde	19	13 (2021) 14 (2022)	18

* Antal svarande 6

**Nationella brukarundersökning i äldreomsorg genomfördes inte för 2021

Verksamhet socialt stöd, servicebostad enligt LSS deltog i 2021 års nationella brukarundersökning för första gången. Socialnämnden har ingen målindikator för denna del av verksamhet. Resultatet redovisas nedan. Två frågeställningar har valts ut från enkäten, förtroende för personalen respektive inflytande.

	Resultat 2021
Vård och omsorg - LSS	
Brukaren känner sig trygg med alla i personalen (%)	67
Brukaren få bestämma om saker som är viktiga hemma (%)	92

4.2 Måluppfyllelse

Socialnämndens målindikatorer sträcker sig över åren 2021–2023. Måluppfyllelsen inom här, redovisade målindikatorer har för år 2021 inte uppnåtts.

Hela året 2021 med vissa lättnader, vissa tider, har präglats av Coronapandemin, vilket i stor omfattning kommit att påverka verksamheternas möjligheter att arbeta med kvalitetsutveckling enligt de behov som finns och enligt de planer som finns. Senare delen av året eskalerade smittspridningen åter med stor sjukfrånvaro och personal i karens samt restriktioner i övrigt. Stort bortfall av personal och därmed behövde verksamheterna prioritera. För cheferna blev det ett fokus på att kunna lösa vardagen.

IFO

Den nationella brukarundersökningen gällde grupperna ekonomiskt bistånd, missbruk beroende, vårdnadshavare samt ungdom 13 år och äldre. Det var en besöksundersökning som 2021 var utökad att gälla vid fysiska möten, teammöten, telefonsamtal etc. med brukare under den aktuella perioden. Endast 10 tal brukare fick frågan om de ville delta i undersökningen och svarade ja, endast sex personer har besvarat enkäten. Ett litet underlag för att kunna dra slutsatser av.

En analys av det resultatet är viktig, vad är orsaken till den låga svarsfrekvensen och fortsättningsvis vilka åtgärder kan vi göra för att lyckas bättre 2022. Ingen analys har gjorts i anslutning till att resultatet publicerades och orsaken är det svåra personella läget.

Socialt stöd - LSS

Enhetschefer på socialt stöd har tagit omhand verksamheternas resultat från brukarundersökningarna och har påbörjat uppföljning med personalgrupper. Uppföljningar på individnivå med brukare, sker allteftersom. I samband med uppföljningar av genomförandeplaner ställs frågor kring upplevelse av verksamheten, vilka förväntningar brukaren har och vilka egna behov och egna förutsättningar som finns samt önskemål. Det har dragit ut på tiden då det på enhetschefsnivå varit vakans under året vilket medfört högre arbetsbelastning på de kvarvarande cheferna som då fått fler verksamheter att ansvara för. Nya enhetschefer är nyligen på plats.

Vård och omsorg

Ökad nöjdhet i äldreomsorgen

Finns inga resultat att mäta då Socialstyrelsens nationella brukarundersökning inte genomfördes 2021 på grund av Coronapandemi.

Personalkontinuitet i hemtjänst

Ett förbättrat resultat sedan 2020 gällande antal personal som en brukare möter under 14 dagar.

Ett medelvärde, vissa brukare har färre antal personal och vissa har fler antal personal på en 14 dagars period. Enhetscheferna är medvetna om resultatet fortsätter arbeta för att öka personalkontinuiteten genom bl.a. mindre arbetsgrupper kring brukare. Mätningar har skett återkommande under året och fortsätter.

I övrigt se Verksamhetsberättelse 2021-12-31.

5 Systematiskt kvalitetsarbete

5.1 Risk- och konsekvensanalys

Att göra risk- och konsekvensanalys är ett arbete som syftar till att vidta förebyggande åtgärder innan något har inträffat. En riskanalys kan göras på lokal- och på verksamhetsnivå eller på en övergripande organisatorisk nivå. Att arbeta med risk- och konsekvensanalyser är en del i arbetet med ständiga förbättringar och ska ses som ett verktyg att på ett strukturerat sätt identifiera, planera och genomföra åtgärder. Det kan gälla inför förändringar som verksamheten står inför, även en till synes liten, med dock förändring t.ex. vid schemaändringar eller vid mindre eller större organisationsförändringar. Rutin finns.

SOSFS 2011:9 5 kap1 § Vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska fortlopande bedöma om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet. För varje sådan händelse ska vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS

1. uppskatta sannolikheten för att händelsen inträffar och

2. bedöma vilka negativa konsekvenser som skulle kunna bli följden av händelsen.

Det som här avses med, som verksamhetens kvalitet, kan också sägas ”ur brukarperspektivet” som kvalitetsberättelsen grundar sig på. Ett annat perspektiv är personal och arbetsmiljö som har annan lagstiftning och regelverk som inte tas upp i kvalitetsberättelsen.

Bedömningen är att det finns en medvetenhet hos chefer, om vikten att på ett strukturerat sätt göra riskbedömningar och analyser gällande verksamhetens kvalitet, samt att vid behov skriva handlingsplaner, i det förebyggande arbetet för att kunna följa upp och utvärdera.

Risk- och konsekvensanalyser upprättas i allt högre grad 2021 än tidigare år. Analyser av olika resultat t.ex. från brukarundersökningar, avvikelser för kvartal, personalkontinuitet etc. dokumenteras däremot i ytterst liten omfattning. En analys är viktigt att göra för att strukturerat följa dialogen från vad är problem/målet som inte uppnås, vidare till vad är orsaken och vidare att landa i en handlingsplan men vilka åtgärder som ska vidtas så att ett förbättrat resultat kan uppnås. Detta är ett förbättringsarbete och upptas även i Intern kontrollplan 2022.

Orsaker till bristen är en långdragen pandemi där en viss del av kvalitetsarbete har fått stå tillbaka. Bedömningen är att det även finns en viss kompetensbrist kring det praktiska arbetet, dokumentation av det systematiska arbetet.

5.2 Egenkontroll

Socialförvaltningens ledningsgrupp har antagit en rutin som ger SAS/MAS ett ansvar, i samarbete med andra funktioner, att analysera uppgifter från olika nationella jämförelser och register. Resultaten från dessa analyser är en del av det som ligger till grund för kommande, årliga inriktningar på förbättringsområden där egenkontrollen blir en del i det systematiska kvalitetsarbetet.

Egenkontroll enligt ledningsföreskriften kan var öppna jämförelser, kvalitetsregister, granskning i journal, akter och annan dokumentation, jämförelser med verksamhetens nuvarande resultat med tidigare resultat, undersökningar hos målgrupper, attityder och förhållningssätt hos personal m.m.

Granskning

Uppföljning av SAS/MAS kan ske genom besök i verksamhet eller vid dator när det gäller t.ex. granskning av dokumentation. Rutinen ger SAS/MAS mandat att avgöra vilka granskningsområden som blir aktuella utifrån t.ex. indikationer på brister i verksamhet samt vilka metoder och urval som väljs. Granskning och kontroll sker också utifrån särskilda uppdrag eller granskningsområden beslutade av ansvariga chefer eller beslutade av socialnämnden.

År 2021 har även det präglats av Coronapandemi, mycket extra arbete för alla, på olika sätt, återhållsamt till besök i grupper och verksamheter. Pandemin kom också att fortsätta under hösten med på nytt högre smittspridning, sjukdom och fortsatta karensregler. Detta har bland annat inneburit en prioritering i arbetsuppgifter. Det strategiska systematiska kvalitetsarbetet har fått stå tillbaka.

De granskningar som under året har genomförts är inom de kontrollområden som upptagits i Intern kontrollplan 2021 samt i de fall utredningar skett i samband med rapport om missförhållanden/risk för missförhållanden.

5.2.1 INTERN KONTROLL

Egenkontroll utifrån socialnämndens interna kontrollplan har genomförts inom olika områden. Förutom risk- och analysarbete som beskrivs ovan så har den kontrollen även omfattat bl.a. rättssäkerhet i myndighetsutövning gällande utredningstid och att följa utvecklingen av vårddygn placerade barn.

Myndighet

I 2021 års Interna kontrollplan finns att följa upp utredningstider inom barn och unga. Kontroll har skett vid fyra, sporadiskt utvalda månader. Totalt har 46 avslutade utredningar kontrollerats varav 12 utredningar som har överskridit den lagstadgade utredningstiden av max fyra månader (mellan 123-205 dagar).

Beslut om förlängd utredningstid finns i fem ärenden av de 12. Med motivering såsom missförstånd i den interna kommunikation, hög ärendemängd hos utredarna samt beslut utan motivering.

Beslut finns ej om förlängd utredningstid i fyra ärenden av de 12.

En utredning ska slutföras senast inom fyra månader (11 kap. 2 § SoL). Beslut kan tas om förlängd utredningstid i undantagsfall en viss tid om det finns särskilda skäl. Som sådana skäl uppges t.ex. att en barnpsykiatrisk utredning eller en polisutredning som rör ett brott mot barnet inte kan slutföras inom den föreskrivna tiden. En annan situation när det kan bli aktuellt att förlänga utredningstiden är om det i slutet av en barnutredning kommer fram nya uppgifter som kan påverka bedömningen.

Antalet vårddygn för placerade barn uppgår till 1 110 dygn för 2021 vilket är nästan en halvering av antalet dygn år 2020.

Åtgärder för förbättringar

Ett flertal förbättringsområden har initierats bland annat gemensam utredningsmodell och gemensamma allvarlighetsbedömningar som kopplas till utredningsplan, vilket innebär mer struktur och likriktad handläggning redan vid att ett ärende inkommer. Ökad kontroll på utredningstider genom regelbunden uppföljning av enhetschef varje vecka.

Behandlingsteamets fortsätter med arbetet metod- och kvalitetsutveckling, i syfte att uppnå målsättningen att kunna erbjuda fler tydliga och kvalitativa insatser som alternativ till köpta tjänster och externa placeringar.

Detta är ett förbättringsarbete och upptas i Intern kontrollplan 2022.

Granskningsområden utifrån patientsäkerhet redovisas i Patientsäkerhetsberättelsen.

5.3 Utredning av avvikelser

Enligt lagstiftning ska insatserna inom socialtjänsten vara av god kvalitet. Kvaliteten i verksamheten ska systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras. När avvikelser sker och beroende av händelsens konsekvens för brukaren samt sannolikhetsgrad att den upprepas så hanteras den på olika sätt.

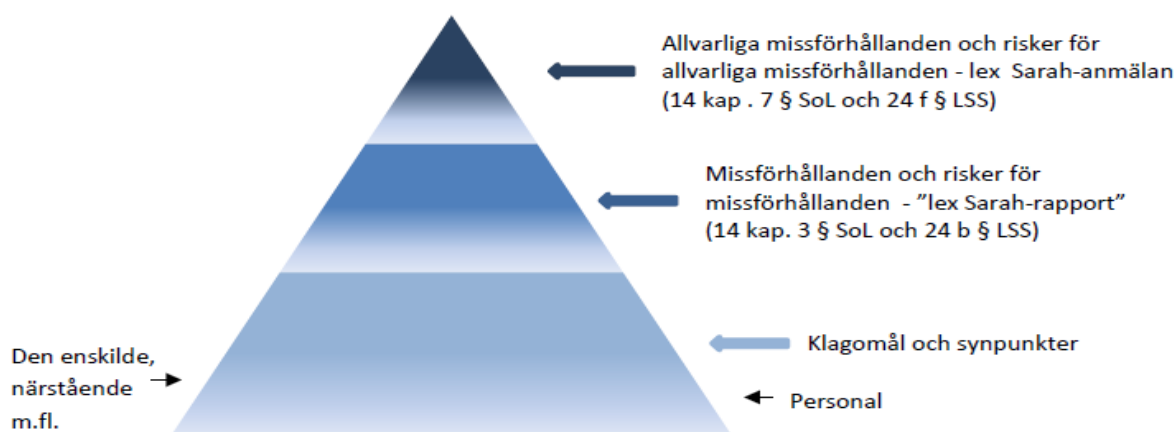
Inkomna rapporter, synpunkter och klagomål ska sammanställas och analyseras för att verksamheten ska kunna se mönster eller trender som indikerar på brister i verksamhetens kvalitet.

Rapporterade händelser enligt SoL/LSS/lex Sarah samt synpunkter och klagomål, ligger på nivåer i jämförelse med de senaste åren. Synpunkter och klagomål har ökat en del.

Det är viktigt med dialog på arbetsplatserna gällande bl.a. syfte med händelserapportering, analys av händelser, förändringar och förbättringar samt att till brukare visa en positiv inställning till att få synpunkter/klagomål när det brister eller det som kan uppmärksamma verksamheten att tänka förändring, förbättring.

Tillsammans med enhetschefer har tillfällen för genomgångar skett på återkommande kvalitetsmöten. Dialog- och dokumentationsverktyg till stöd vid analys av resultat finns. Underlag för kvalitetsarbete samlas på gemensam plats i mappstrukturen. Vid uppföljning hos enhetschefer visar det sig att det inte i någon utsträckning görs analyser på ett strukturerat sätt, ej dokumenterat gällande avvikelser.

Avvikelse inom socialtjänst och LSS – klagomål och synpunkter samt lex Sarah



Källa: Socialstyrelsens Handbok för tillämpningen av bestämmelserna om lex Sarah

I förvaltningens verksamhetssystem dokumenteras/rapporteras händelser på olika blanketter som har valts att kallas för *Klagomål och synpunkter SoL, LSS, Avvikelse rapport SoL, LSS* och *Lex Sarah rapport*.

De klagomål/anmälningar som enskild gör direkt till tillsynsmyndigheten, IVO redovisas senare i kvalitetsberättelsen (6.1.2).

Översikt

Typ	Helår 2017	Helår 2018	Helår 2019	Helår 2020	Helår 2021
Avvikelse enl. SoL, LSS	308	303	295	307	309
Synpunkter och klagomål SoL, LSS	55	24	19	21	31
Lex Sarah	14	6	9	7	5
Totalt	377	333	323	335	345

5.3.1 AVVIKELSER SoL/LSS

I verksamhetssystemet Viva inhämtas uppgifterna gällande rapporterade händelser. I undantagsfall kan avvikelse inkomma på pappersblankett. Uppföljning av varje avvikelse rapport ska berörd enhetschef göra, ett ständigt pågående arbete.

IFO

Inom IFO har 23 händelser rapporterats det är en ökning från 10 st. år 2020. Inom IFO handlar 15 av dessa avvikelser om brister i handläggning/dokumentation såsom att beslut saknas, att anmälningar inte har omhändertagits i tid och förhandsbedömningar dragit ut på tiden, brister i sekretess. Avvikelseerna handlar även om brister i informationsöverföring dels internt dels till vårdnadshavare.

Orsakerna till bristerna uppges bl.a. vara bristande resurser/tid och hög personalomsättning. Projektet *Framtidsresan* fortgår och där fortsatt arbete sker med genomlysning av verksamheten för att identifiera brister, skapa en god arbetsmiljö med förutsättningar, se över stöd i vardagsarbetet genom t.ex. nya rutiner och att kartlägga processer m.m.

Av de 23 rapporterade händelserna har åtta avvikelser inkommit i år men redovisas, särskilt, nedan då dessa sträcker sig bakåt från 2021. I två av dessa avvikelser omfattas sex personer som ej fått verkställt sina gynnande beslut. Dessa ärenden hanteras i sedvanlig handläggning när det gäller rapportering av ej verkställda beslut och inräknas inte i denna kvalitetsberättelse.

De kvarstående sex rapporterna handlar om fel och icke utbetalda arvoden till familjehem, kontaktfamiljer och kontaktperson, ej utbetald ersättning för utlägg vid inköp, avdrag och omkostnader i nya avtal samt i en händelse har beslut fattats av fel delegat. Enhetschef har följt upp samtliga avvikelser och identifierar brister och ouppmärksamhet i handläggning, att introduktion av nya kollegor brister. Ersättningar har rättats till i efterhand, information till medarbetare sker och bedömningen är att det administrativa arbetet kring ersättningar och utbetalningar måste ses över. En planering finns.

Inom IFO är det viktigt att uppmärksamma, analysera och åtgärda brister i myndighetsutövning, att anmälningar tas omhand och att uppföljning av tidsbegränsade beslut görs innan pågående besluts utgång. Om ett beslut tidsbegränsas så har nämnden ansvar för en uppföljning av insatsen och att det fattas ett nytt beslut i god tid innan det tidigare beslutet upphör att gälla.

Vård- och omsorg

Äldreomsorgen står som alltid för den större delen av de rapporterade händelserna, ca 80 % av samtliga avvikelser. Av dessa har särskilda boendeformerna den större delen. Hemtjänsten har tidigare varit de verksamheter som rapporterat betydligt fler händelser än boendena. Hemgården som är det större boendet rapporterar logiskt fler händelser än Hagen. Av hemtjänstområdena rapporteras största del i Landsbygd.

I hemtjänsten finns det ett antal rapporter som gäller att en dubbelbemanning inte har skett trots att bedömningen är att behovet finns. Dubbelbemanning kan vara dels ur arbetsmiljösynpunkt, dels ur brukarperspektiv att känna trygghet och säkerhet vid förflyttningar. Om dubbelbemanning frångås ska det finnas en medvetenhet i den bedömningen. Skulle en person falla i golvet så skulle det kunna få stora konsekvenser.

Inom vård och omsorg särskilt boende, så finns rapporter som beskriver händelser som inneburit konsekvenser av otrygghet emellan de boende. Hotellås kan vara en lösning för att obehöriga inte ska gå in i medboendes lägenheter men händelser sker även i allmänna utrymme. Det är viktigt att det finns personal som kan ha se- och hörbarhet till situationer. Tekniska lösningar får inte ersätta personella resurser men kan vara ett bra komplement. Det är viktigt att se över de avvikelser som handlar om larm, att rörelselarm ska aktiveras och att larmknappar måste kunna nås av brukaren för att kunna larma. Avstämning med enhetschefer har skett och händelserna är uppmärksammade, information har gått ut till berörda personalgrupper och följs upp.

Socialt stöd

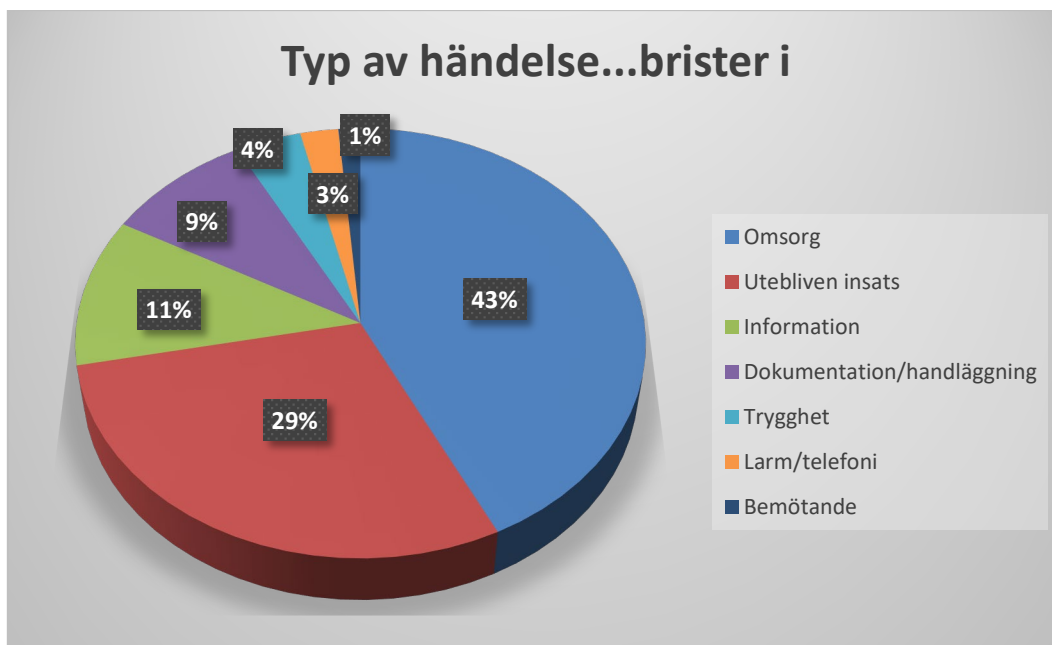
Från socialt stöd, boende LSS, personlig assistans har 38 avvikelser rapporterats, flertalet av dessa är rapporterade som utebliven insats på grund av personalbrist men även brister i information som lett till att insatser inte uppfattats. Några rapporter gällande bristande dokumentation och sekretess.

Enhetschefer tillsammans med sina personalgrupper behöver göra analys av avvikelserna i sina verksamheter. Vilka händelser är mest förekommande, vad är orsaken, vilka åtgärder har gjorts eller är

på gång. Analyser av resultat ska dokumenteras och ligga till grund för förbättringsarbete. Dokumenten ska sparas i gemensam mappstruktur.

Generellt uppges förslag på mer personal som åtgärder för att hindra negativa händelser, men även information, medvetandegörande samtal med personal och utbildning inom olika områden samt uppdatering av rutiner.

Akuta händelser som upptäcks åtgärdas.



Brister i omsorg

Händelser som handlar om, personlig hygien – ej bytt inkontinenshjälpmedel, ej borstat tänder, inte städad färdigt, glömt att beställa mat, glömt aktivera larm m.m. Orsaker till att händelse uppstått har identifierats som bl.a. brister i information, introduktion, tidsbrist.

Utebliven insats

Ett år 2021 med en fortsatt Coronapandemi har inneburit sjukfrånvaro, karens och svårigheter att rekrytera vikarier vissa tider, vilket har inneburit prioriteringar i verksamhet. Rutin vid hög arbetsbelastning finns i vissa verksamheter som ett stöd. Personlig vård och omsorg prioriteras i förhållande till vissa insatser av servicekaraktär t.ex. städning.

Information

Informationsbrist har varit dels internt inom verksamheterna vilket har inneburit att kollegor i sin uppgift inte haft kännedom fullt ut. Dels har brister i information varit externt, till vårdnadshavare.

Dokumentation/handläggning

Rör anmälningar som inte hanterats på rätt sätt, förhandsbedömningar som dragit ut på tiden eller att beslut saknas. Har också rört sig om att dokumentation ur personakt har lagts på olämplig plats där vissa obehöriga skulle kunnat läsa, dessa några avvikelser handlar främst om brister i sekretess.

Otrygghet

Inom särskilda boendena har enskilda medboende känt en otrygghet i sitt boende p.g.a. andra boendes beteende i vissa fall, verbalt men också att obehöriga går in i andras lägenheter vilket upplevs störande. Förekommer främst på boende för personer med demenssjukdom. Med införande av så kallade hotellås kommer moment att boende går in i medboendes lägenheter kunna minska.

Larm/telefoni

Gäller både larm som ej fungerat ute i hemtjänst men flera avvikelser på särskilda boendena har varit att larmknappar har varit för långt ifrån brukaren som då inte har nått att larma eller rörelselarm som inte har ställts in på rätt sätt eller aktiverats.

Brister i bemötande

Ett fåtal avvikelser (4) handlar om brister i bemötande vilka finns utspridda på flera verksamheter. Handlar om hur personal har uttryckt sig på ett olämpligt vis, till eller om brukare. Bemötande och förhållningssätt tas upp regelbundet på arbetsplatsträffar.

5.3.2 KLAGOMÅL OCH SYNPUNKTER

Återkoppling till brukare/anhörig sker till samtliga förutom i något enstaka fall när klagomålet/synpunkten lämnats av anonym avsändare. Inkomna klagomål och synpunkter utreds i den omfattning som krävs och utredningarna dokumenteras numera i allt större utsträckning än tidigare. Utredningsmallar finns som stöd. Inkomna synpunkter 2021 innefattar bland annat brister i:

- utförd dusch
- utförd städning
- bedömningar och i bemötande
- när brukare tackar nej varför inte erbjudande om annat tillfälle

Biståndshandläggare har som praxis att lämna blankett och information om hur enskild kan framföra klagomål och synpunkter.

5.3.3 LEX SARAH

När en händelse har rapporterats enligt lex Sarah går den vidare till SAS som utreder missförhållandet eller den påtagliga risken för missförhållandet. Det görs en bedömning om det är ett allvarligt missförhållande eller en påtaglig risk för ett allvarligt missförhållande. Om bedömningen är att händelsen är av en allvarlighetsgrad som föranleder en anmälan, så skickas anmälan till Inspektionen för vård och omsorg, IVO.

Av 2021 års fem rapporterade missförhållanden har ett missförhållande bedömts vara av den allvarlighetsgraden att det har föranlett en anmälan till IVO. Allvarlighetsgrad bedöms utifrån en bedömningsmatris med konsekvenser för brukaren och sannolikhet för upprepning.

Lex Sarah rapporterna upprättas av både personal och enhetschefer. Personal som gör en bedömning om missförhållande ska ha den möjligheten att själva rapportera enligt lex Sarah. Det är viktigt att verksamheten fullföljer de planerade åtgärderna som redovisas i enhetschefens uppföljning av det inträffade samt i lex Sarahutredningen. SAS följer upp de planerade åtgärderna innan ärendet avslutas.

En första åtgärd är oftast att samtala/informera berörd personal/grupper om värdegrund t.ex. när det gäller förhållningssätt och bemötande gentemot brukare. Andra åtgärder har varit att upprätta eller revidera rutiner för att tydliggöra arbetssätt, åtgärder har också varit att se över hjälpmedel och dubbelassistent hos brukare.

Det är viktigt att det i verksamheten finns kunskap om rapporteringsskyldighet samt syftet med lagstiftningen. En händelse ska rapporteras när den upptäcks. När händelser rapporteras i tidigt skede är det också större möjligheter att, genom tidiga åtgärder, lindra omfattning av konsekvenser som händelserna kan innebära, dels ur ett individperspektiv, dels ur ett verksamhetsperspektiv.

En viktig förutsättning för ett systematiskt kvalitetsarbete är en verksamhet, där chef och personal är uppmärksam på avvikelser och dess hantering, är väl förtrogen med ansvaret och syftet med rapportering.

Under hösten 2021 påbörjades kortare utbildningstillfällen för enhetschefer och dokumentationsombud inom socialt stöd och vård och omsorg, där avvikelserrapportering och lex Sarah är några av de teman som tagits upp. Dessa tillfällen filmas vilket möjliggör för att samtlig personal kan ta del av

utbildningarna. Ska också kunna vara till stöd i verksamheter att återkomma till, se om igen. Filmer och presentationer finns tillgängligt för alla.

Följande lex Sarah rapporter har inkommit 2021.

	Verksamhet	Händelse	Bedömning/Beslut	Anmälan
1	Hemgården	Dödsfall i samband med lunch	Ej lex Sarah	
2	LSS, personlig assistans	Fall från hygienstol	Missförhållande	Ja*
3	Hemtjänst	Brister i teknik/larm	Ej lex Sarah	
4	Hemgården	Brister i tillsyn och omsorg under kväll	Missförhållande	Nej
5	Hemgården	Brister i bemötande	Missförhållande	Nej

*Enligt IVO:s bedömning innehåller huvudmannens utredning de uppgifter som ska dokumenteras enligt 5 kap. 1–5 §§ Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:5) om lex Sarah. IVO avslutar ärendet.

6 Externa granskningar

6.1 Inspektionen för vård och omsorg

6.1.1 EJ VERKSTÄLLDA BESLUT

Siffror inom parentes avser 2020 års rapporteringar. Under året 2021 har 67 (58) personer omfattats av ej verkställt beslut eller avbrott i verkställighet, vilket har rapporterats till IVO. Situationen har haft viss påverkan av Coronapandemi även detta år, vilket IVO har ställt frågan om, i de rapporteringar som gjorts. Personer har själva velat avvakta och se hur det utvecklar sig. Det har varit svårare att rekrytera intresserade för t.ex. uppdrag som kontaktperson.

Insats	Antal personer
Kontaktperson	25 (10)
Kontaktfamilj	9 (5)
Särskilt boende	7 (11)
Familjebehandling	6 (6)
Korttidsvistelse LSS	6 (4)
Korttidsboende/växelvård	3 (1)
Daglig verksamhet LSS	3 (1)
Ledsagarservice LSS	2 (2)
Korttidstillsyn LSS	1 (1)
Personlig assistans LSS	1 (1)
Boende vuxen LSS	1 (2)
Boende barn LSS	1 (1)
Externt boende	1 (1)
Dagverksamhet	1 (12*)

* på grund av pandemi, stängd dagverksamhet

Resursbrist är den främsta orsaken till ej verkställda beslut. Med resursbrist menas här t.ex. brist på en ledig lägenhet när det gäller boende eller att en intresserad, frivillig person har kunnat hittas för att verkställa insatsen kontaktperson.

Nämnden har sex pågående ärende hos IVO i Jönköping, där IVO överväger att hos domstol ansöka om särskild avgift. Inget beslut har ännu fattats. Dessa ärenden handlar om ledsagarservice, kontaktfamilj, daglig verksamhet, korttidsvistelse samt öppenvårdsverksamhet (2). Några av dessa ärenden är verkställda/avslutade men IVO har inte fattat något beslut och bedömningen kan, trots verkställt/avslutat beslut bedömas att väntetiden har varit oskäligt lång.

Det är viktigt att det dokumenteras i enskilda ärendet om vad som görs under väntetiden, hur nämnden arbetar med rekrytering, resurser och vilka eventuella insatser som den enskilde har under väntetiden, det kan vara avgörande för om IVO går vidare eller ej i sina övervägande om att söka särskild avgift för ej verkställt beslut. Här brister det i dokumentationen i många fall.

En elektronisk intresseanmälan till uppdrag som bygger på frivillighet t.ex. kontaktperson finns på hemsidan. Flera intresseanmälningar har inkommit och också resulterat i uppdrag.

6.1.2 ENSKILDAS ANMÄLAN TILL INSPEKTIONEN FÖR VÅRD OCH OMSORG

Sex (8) personer har gjort nio anmälningar till IVO, gällande sitt specifika ärende, de flesta gäller myndighet. Anmälan har handlat om missnöje med bl.a. handläggning, umgängesplanering, information/kommunicering med vårdnadshavare, ej beviljats bistånd försörjningsstöd, korttidstillsyn-avlösarservice. Några personer har till IVO gjort flera anmälningar, gällande samma ärende, totalt 9 (18) anmälningar till IVO. IVO har inte öppnat något tillsynsärende av dessa anmälningar.

Ett förbättringsarbete har startat i form av dokumenterade utredningar av klagomål och synpunkter i linje med ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete.

6.1.3 TILLSYN AV INSPEKTIONEN FÖR VÅRD OCH OMSORG

De tillsyner som IVO har genomfört år 2021 är uppföljning från tidigare års tillsyn på grund av Covidpandemin med fokus på äldre på särskilt boende. IVO har också genomfört en nationell tillsyn i syfte att granska i vilken utsträckning kommunen anlitar privata utförare för hemtjänstinsatser och om kommunerna kontrollerar att dessa har tillstånd och att dessa har tillstånd från IVO.

7 Personalens medverkan i kvalitetsarbetet

Av lagstiftningen framgår det att var och en som fullgör uppgifter inom socialtjänsten eller i verksamhet enligt LSS är skyldig att medverka i verksamhetens kvalitetsarbete genom bl.a. rapporteringsskyldighet. Att aktivt, i varje verksamhet arbeta med avvikelser, synpunkter och klagomål som en del i vardagsarbetet, är ett sätt att arbeta förebyggande och kvalitetsförbättrande.

De flesta verksamheter arbetar med förbättringar i enlighet med ledningsföreskrift gällande avvikelser. Men vissa verksamheter behöver utveckla sitt arbete med förståelse för och att faktiskt rapportera avvikelser och den fortsatta handläggningen av dessa i enlighet med upprättade rutiner.

Att ta om hand även andra resultat t.ex. öppna jämförelser, brukarundersökningar och utifrån dessa analysera och förbättra verksamheten behöver få ett större fokus framöver.

Månadsvisa kvalitetsmöten med enhetschefer har pågått under året samt en heldag med samtliga chefer. Enhetscheferna har bland annat fått en repetition på hur förvaltningen ska arbeta med ett systematiskt kvalitetsarbete, stöd finns med vissa verktyg för dialog och dokumentation i sitt analysarbete, rutiner och annat underlag.

SAS har deltagit på vissa arbetsplatsträffar för genomgång gällande presentation av resultat av brukarundersökningar, systematiskt kvalitetsarbete etc. SAS har tillsammans med systemförvaltare haft några möten med dokumentationsombuden. Pandemin under året har dock minskat ner antal fysiska möten men då har dessa skett i teamsmöten i olika gruppkonstellationer, t.ex. utbildningarna som beskrivs under avsnittet lex Sarah.

Inom socialförvaltningen fortsätter arbetet efter behov, med processer, riktlinjer och rutiner som är styrande för arbetet i verksamheterna. Personalens medverkan i detta arbete är nödvändigt och en förutsättning för god kvalitet. Socialnämnden har valt att samla ledningssystemet på intranätet i en handbok som finns tillgänglig för samtlig personal. Dokument i handboken är "levande dokument" ska

vid behov eller på grund av utgående datum uppdateras, nya riktlinjer och rutiner ska upprättas efter behov. Ett arbete med att uppdatera hela handboken har startat upp.

I allt förbättringsarbete är det viktigt att berörda chefer tillsammans med sina medarbetare deltar i det arbetet. Såsom i arbetet med analyser av olika uppkomna resultat, risk- och konsekvensanalyser när verksamheten står inför förändring samt vid genomgång och ändringar i riktlinjer och rutiner,

8 Förbättringsplan

8.1 Inriktning 2022

Inriktning under 2022	Ansvarig	Följs upp
Ledningssystem Ledningssystemet ska användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet		
Processer Ett fortsatt arbete behövs med att <i>identifiera</i> interna processer, <i>kartlägga</i> processer och på så sätt utveckla former för den <i>interna samverkan</i> , för att tydliggöra ansvar samt för att säkerställa information mellan berörda och för rättssäkerheten	Kvalitetssamordnare Förvaltningschef Verksamhetschefer Enhetschefer	förvaltningens ledningsgrupp, FLG
Dokumentation Arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet ska dokumenteras. Dokumentation i form av bland annat: - analyser av resultat - handlingsplaner, uppföljning	Enhetschef Verksamhetschef Förvaltningschef <i>Chef vars verksamhet det gäller</i> SAS/Kvalitetssamordnare	- kvalitetsmöten - granskning och kontroll - kvalitetsberättelse
Analyser Utredning och analys av olika slag gällande resultat och vid behov upprätta en handlingsplan för det fortsatta arbetet. Verktyg för analys och förbättringsarbete ska användas. Resultat kan t.ex. vara från: - avvikelser - brukarundersökningar - måluppfyllelse - nationella enkäter, statistik	Enhetschef Verksamhetschef	- kvalitetsmöten - granskning och kontroll
Personalens medverkan i kvalitetsarbetet Personal ska arbeta i enlighet med processerna och rutinerna i ledningssystemet. Uppdatera rutiner/riktlinjer vid förändring eller innan utgångsdatum	Enhetschef Dokumentansvarig	kontroll
Dokumentation på brukarnivå Rättssäkerhet.	Enhetschef	granskning och kontroll

Förbättra dokumentationen där brister har framkommit • i handläggning IFO • i verkställighet		
Översyn av administrativa arbetet Administrativa arbetet kring bl.a. arvoden och ersättningar	Enhetschef	• granskning och kontroll
Övrigt Nationella brukarundersökningar <i>Vård och omsorg</i> Brukarundersökningar inom äldreomsorgen ger en bild av hur brukare/boende upplever äldreomsorgen. Ett resultat att jämföra över tid och en anvisning åt vilket håll utvecklingen går. IFO Målet bör vara att delta 2022. Resultatet från dessa undersökningar kan vara ett verktyg för förbättringsarbete och bör vara återkommande. LSS År 2021 deltog daglig verksamhet samt servicebostad, LSS. Resultatet ger en bild av nuläge och ska ligga till grund för ett förbättringsarbete. Ett deltagande vartannat år kan vara realistiskt	SAS/Kvalitetssamordnare <i>- förarbete och sammanställningar</i> Verksamhetschef	• förvaltningsledning • nämnd

Att ha utrymme att arbeta systematiskt och strukturerat är förutsättningar för förbättringsarbeten. Att arbeta förebyggande och på så sätt kunna förhindra att händelser uppstår igen är viktigt. I vardagen kan akuta behov uppstå, omprioriteringar behöva göras vilket innebär ytterligare en dimension på vikten av att göra rätt saker och att göra saker på rätt sätt, redan från början.

Som stöd i förbättring- och kvalitetsarbete finns stabsfunktioner som resurser. Så även för utformning av bland annat enkäter, information, utföra intervjuer och göra analyser och sammanställningar av resultat, vara behjälplig i arbetet med riktlinjer och rutiner – verksamhetsutveckling.