

DIARIENUMMER: 20/2021

FASTSTÄLLD: 2021-03-30

Kvalitetsberättelse 2020

Beslutsinstans, Socialnämnden
Omfattar socialförvaltningens samtliga verksamheter



HERRLJUNGA KOMMUN

Våga vilja växa!

2021-03-10

Sammanställd av: Heléne Backman Carlsson
SAS/Kvalitetssamordnare

Innehåll

1	SAMMANFATTNING	4
2	BAKGRUND	5
2.1	KVALITET I VERKSAMHET	5
3	ORGANISATORISKT ANSVAR OCH ROLLER I KVALITETSARBETET	6
3.1	SOCIALNÄMND	6
3.2	FÖRVALTNINGSCHEF	6
3.3	SAS/KVALITETSSAMORDNARE	6
3.4	VERKSAMHETSCHEF	6
3.5	STABSCHEF	6
3.6	ENHETSCHEF	6
3.7	PERSONAL I VERKSAMHET	6
4.	MÅL OCH MÅLUPPFYLLELSE	7
4.1	VISION OCH MÅL	7
4.2	MÅLUPPFYLLELSE	7
5	SYSTEMATISKT KVALITETSARBETE	9
5.1	RISKANALYS	9
5.2	EGENKONTROLL	9
5.2.1	INTERN KONTROLL	9
5.2.2	UPPDRAG TILL FÖRVALTNINGEN UTIFRÅN RESULTAT I 2019 ÅRS INTERN KONTROLLPLAN	10
5.3	UTREDNING AV AVVIKELSER	13
5.3.1	AVVIKELSER SoL/LSS	14
5.3.2	KLAGOMÅL OCH SYNPUNKTER	16
5.3.3	LEX SARAH	16
6	EXTERNA GRANSKNINGAR	18
6.1	INSPEKTIONEN FÖR VÅRD OCH OMSORG	18
6.1.1	EJ VERKSTÄLLDA BESLUT	18
6.1.2	ENSKILDAS ANMÄLAN TILL INSPEKTIONEN FÖR VÅRD OCH OMSORG	19
6.1.3	TILLSYN AV INSPEKTIONEN FÖR VÅRD OCH OMSORG	19
7	PERSONALENS MEDVERKAN I KVALITETSARBETET	19
8	FÖRBÄTTRINGSPLAN	20

8.1	INRIKTNING 2021	20
	BILAGOR	22
	NATIONELLA UPPFÖLJNINGAR	22
	KVALITET OCH RESULTAT	22

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 2020 med en Corona pandemi 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 våren pågick ett arbete med uppdatering av grundläggande dokument till handboken, kvalitetsmöten med chefer, brukarundersökningar, egenkontroller. Under hösten 2020 genomfördes en utbildningsdag för samtliga chefer med en grundläggande genomgång av Socialstyrelsens föreskrift/allmänna råd om *Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete* och de krav som är, på att fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet. Tanken med dagen var ett gemensamt avstamp för alla chefer, flera har varit anställda en kort tid andra helt nya och det var viktigt att ge information och förutsättningar för förvaltningens fortsatta arbete. Chefernas utvärdering av dagen var övervägande positiv. Förvaltningsledningen beslutade om att de tidigare kvartalsvisa kvalitetsmötena med cheferna framöver skulle genomföras månadsvis med ledning av kvalitetssamordnarna. Mötestider för vårens samtliga möten bokades in.

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. Avvikelse 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, det har inte framkommit att det har gjorts i någon utsträckning tidigare. Till stöd för dokumentation finns mallar. Efter utbildningsdagen har några verksamheter upprättat risk- och konsekvensanalyser.

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

Resultatet från Socialstyrelsens årliga nationella brukarundersökning inom äldreomsorgen visar att nämnden inte nådde upp till alla inriktningsmål 2020. Verksamhet IFO³, har år 2020 genomfört den nationella brukarundersökningen inom individ och familjeomsorgen. Olika resultat från bland annat brukarundersökningar, avvikelser, internkontroll, granskningar och på annat sätt uppmärksammade händelser bör ligga till grund för socialnämndens fortsatta förbättringsarbete 2021.

¹ Föreskrifter och Allmänna råd – Ledningssystem för systematiskt Kvalitetsarbete

² Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade

³ Individ- och familjeomsorg

2 Bakgrund

2.1 KVALITET I VERKSAMHET

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.

Kvalitetsbegreppet omfattar socialtjänstens verksamhet på alla nivåer: strukturinriktade, allmänt inriktade och individinriktade insatser. Medborgare har rätt att få adekvat stöd och hjälp av god kvalitet. Kvalitet definieras på följande sätt - att en verksamhet uppfyller de krav och mål som gäller för verksamheten enligt:

- lagar och andra föreskrifter om hälso- och sjukvård, socialtjänst och stöd och service till vissa funktionshindrade och
- 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*.

3 Organisatoriskt ansvar och roller i kvalitetsarbetet

3.1 SOCIALNÄMND

Socialnämnden är ytterst ansvarig för verksamheten.

3.2 FÖRVALTNINGSCHEF

Förvaltningschef har ett övergripande ansvar och rapporterar till socialnämnden.

3.3 SAS⁴/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 samarbete med medicinskt ansvarig sjuksköterska, MAS.

3.4 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.

3.5 STABSCHEF⁵

3.6 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.

3.7 PERSONAL I VERKSAMHET

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

⁴ SAS Socialt ansvarig samordnare

⁵ Funktionen upphör 2020

4. Mål och måluppfyllelse

4.1 VISION OCH MÅL

Kommunfullmäktige har antagit övergripande mål för Herrljunga kommun. Med dessa som underlag beslutar nämnderna om sina inriktningsmål. Socialförvaltningens mål utifrån visionen är med ett brukarperspektiv följande två mål:

- en välmående verksamhet skall präglas av ett hälsofrämjande förhållningssätt som skapar trygghet och delaktighet
- förbättra integrationen av nyanlända med positiva effekter på samhällsutveckling genom medverkan och delaktighet av anställda och medborgare

Socialnämnden har inom vissa verksamheter brutit ner målen till målindikatorer med andel nöjdhet i procent. Resultat år 2019 inom parentes.

Äldreomsorg	Mål 2020 (%)	Resultat 2020 (%)
Brukare inom äldreomsorgen ska känna förtroende för den personal som kommer hem till dem	100	92 (88)
Brukare inom äldreomsorgen ska vara delaktig i planering av hjälpen och kunna påverka vid vilken tid personalen kommer hem	76	76 (71)
Närstående/brukare i äldreomsorgen upplever ett bra bemötande i kontakten med personal	100	86 (98)
Andelen avvikelser inom SoL och LSS gällande utebliven insats ska minskas och högst utgöra % andel av samtliga avvikelser med	27	47 (22)

4.2 MÅLUPPFYLLELSE

Varje verksamhet har en upprättad arbetsplan där socialnämndens övergripande mål finns dokumenterade. Målindikatorerna eller andra mätbara mål är till viss del kända och dokumenterade i arbetsplanerna.

Vård och omsorg

Resultatet från Socialstyrelsens årliga nationella brukarenkät inom äldreomsorgen visar att andel positiva svar inom hemtjänsten har ökat på 11 av 14 frågor och inom särskilt boende en ökad andel positiva svar på 10 av 20 frågor i jämförelse med 2019 års resultat. Resultaten för målindikatorerna i tabellen ovan är hämtade från denna nationella brukarundersökning inom äldreomsorgen.⁶

- 🚩 Andel positiva svar gällande helhetsbedömningen om hemtjänsten är **88** procent (88)
- 🚩 Andel positiva svar gällande helhetsbedömningen om särskilt boende är **79** procent (77)

Upplevelsen om att det är ett bra bemötande från personalen har förbättrats inom hemtjänsten och en minskning inom särskilt boende från föregående år. Enligt uppgift är det en återkommande punkt på APT gällande bemötande. På frågan om brukare har förtroende för personalen som kommer hem till dem så har hemtjänstens resultat ökat från 88 till 95 procent, särskilt boende ligger kvar på 88 procent.

Att ha förtroende bygger på flera delar bl.a. information, kunskap, bemötande, tillit och är en viktig komponent för helheten, för en säker och god omsorg. En förbättring av andel positiva svar har skett gällande brukares/anhörigas kännedom om vart man vänder sig med synpunkter och klagomål vilket är positivt. Att få synpunkter och klagomål direkt från enskilda möjliggör för verksamheten att förbättra där det brister.

⁶ Socialstyrelsen lämnar årligen ut en omfattande enkät till samtliga personer 65 år och äldre i särskilt boende eller med insatser från hemtjänsten. Enkäten handlar till stor del om den äldres uppfattning om kvaliteten i vården och omsorgen.

Den nationella mätningen av personalkontinuitet sker en gång per år. År 2020 mätperiod 2020-09-07 till 2020-09-20 omfattar 107 brukare totalt och visar ett förbättrat resultat på totalen för hemtjänsten.

- + andel brukare med över 20 personal 27,33 (41,66)
- + medel antal personal hos brukare 18,66 (20,33)
- + minst antal personal hos brukare 10 (12,66)
- + flest antal personal hos brukare 32 (32,33)

Resultatet per område skiljer sig på vissa frågor, även till det sämre. Året 2020 med pandemin kan vara en del till att fler vikarier har varit i verksamheten vissa tider och det kan ha påverkat resultatet negativt. Några positiva effekter på kontinuiteten, med heltidsprojektet uppges inte ha kunnat ses ännu. Enhetscheferna i hemtjänsten har uttryckt att personalkontinuitet är en viktig fråga att arbeta vidare med 2021. Uppföljningar med dialog samt kontroll sker på kvalitetsmöten under året.

Att resultaten i brukarundersökning går upp och ner från ett år till ett annat kan ha sin förklaring i att nya brukare tillkommer, med en annan upplevelse. Närstående som är sin anhöriga behjälplig i svarandet kanske inte känner till eller är insatta i sin anhöriges vardag och lämnar svar utifrån sin egen bedömning. Att följa resultaten över flera år, se trender förefaller vara mera realistiskt och viktigt än ett negativt resultat på en fråga ett visst år.

IFO

Inom IFO genomfördes den nationella brukarundersökningen 2020 inom områdena missbruk- beroende, vårdnadshavare, ungdom 13 år och äldre samt försörjningsstöd. Resultatet blev ett ringa antal svar. Ett för litet antal på försörjningsstöd och missbruk- beroende så ingen sammanställning genomfördes var för sig på dessa underlag, men de finns med i totalen. Minsta antal svar ska vara fem för egen redovisning.

Totalt 18 svar har inkommit, varav svar från åtta vårdnadshavare samt fem ungdomar. Den sammantagna andelen positiva svar totalt på frågan "Hur nöjd eller missnöjd är du sammantaget med det stöd du får från socialtjänsten" är 55 % som uppger mycket nöjd/ganska nöjd. Ytterligare resultat finns i bilaga.

Ett färre antal enkäter har lämnats ut till brukare av handläggare vilket också avspeglar sig i svarsfrekvensen. Orsaken till att endast ett fåtal enkäter lämnades ut är inte tydligt men kan antas bero på handläggarbyten, informationsbrist i samband med detta etc. Enkäter och information lämnades till verksamheten i god tid. En analys bör göras av den låga svarsfrekvensen, identifiera orsakerna och en handlingsplan med åtgärder, inför nästa nationella brukarundersökning.

Inom IFO pågår ett omfattande förbättringsarbete. Avsaknad av chefer och handläggare är en bidragande, kanske avgörande orsak till att uppföljningar, analyser och förbättringar inte har skett i den utsträckning som behövs. De uppgifter, öppna jämförelser som nu rapporteras in till Socialstyrelsen kommer att bli ett bra underlag för vilka prioriteringar som behöver göras i det fortsatta förbättringsarbetet. Att återigen delta i den nationella brukarundersökningen 2021 (hösten) bör vara självklart som ett led i förbättringsarbete.

Socialt stöd, verkställighet

År 2019 deltog förvaltningen i den nationella brukarundersökningen inom Daglig verksamhet enligt LSS. År 2020 deltog inte förvaltningen i motsvarande undersökning. Ett särskilt år 2020 med pandemi och andra prioriteringar var en del i att inte genomföra brukarundersökningen, då det fanns restriktioner gällande fysiska möten. Men också att flertalet brukare med beslut daglig verksamhet är de samma under flera år och det kan vara tillräckligt att genomföra dessa nationella brukarundersökningar vart annat år och däremellan arbeta på förbättringar och egenkontroller.

I övrigt se Verksamhetsberättelse 2020-12-31

5 Systematiskt kvalitetsarbete

5.1 RISKANALYS

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. schemaändringar eller i mindre eller större organisationsförändringar. Rutin finns.

Bedömningen är att det finns en medvetenhet hos chefer, om vikten att på ett strukturerat sätt göra riskbedömningar och analyser och att vid behov skriva handlingsplaner, i det förebyggande arbetet för att kunna följa upp och utvärdera. Att det inte görs beskrivs från enhetschefshåll bero på olika orsaker såsom t.ex. som ny känner inte till, ovetande om var och hur dokumentationen förväntas ske men också från vissa en uppgivenhet över att inte hinna med ytterligare uppgifter. De chefer som uttrycker sig inte känna till, inte förstå är också chefer som samtliga har deltagit på utbildningsdagen den 24 september 2020. Dialog och en genomgång på nytt sker på kvalitetsmöten januari och februari 2021. Ett fåtal riskanalyser har gjorts 2020 och dessa kommer från ett par olika verksamheter. Totalt finns nio risk- och konsekvensanalyser, ur ett brukarperspektiv, upprättade. De allra flesta är upprättade inom Socialt stöd. Det saknas dokumentation gällande analyser kring olika resultat t.ex. från nationella brukarundersökningar, avvikelser etc. Det systematiska kvalitetsarbetet ska dokumenteras.

Ett bättre resultat 2020 inom området i jämförelse med 2019 då endast tre risk- och händelseanalyser upprättades. Av den jämförelsen att döma så är det ett resultat i positiv riktning men det återstår en del arbete i flertalet verksamheter.

När en risk- och konsekvensanalys ska upprättas eller när en analys av resultat ska göras och i vilka förändringar eller av vilka resultat – den bedömningen behöver göras av ansvarig chef.

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, 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 till exempel 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.

Inom hemtjänst har egenkontroller med egna, utformade enkäter genomförts under 2020.

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 aktuella beslut, mat och måltider samt veckovila för schemalagd personal.

Myndighet

I 2020 års Interna kontrollplan finns att följa upp utredningstider inom barn och unga samt att uppföljningar sker på tidsbegränsade beslut inom äldreomsorg och LSS. Inom dessa båda områden har det tidigare uppmärksammas brister därav fortsatt kontroll efterföljande år. Även om förbättringar sker så behöver det påvisa en hållbar förbättring över tid.

SAS/Kvalitetssamordnare har i 49 ärenden, spridda över året följt upp utredningstiden inom barn och unga. I åtta av dessa har utredningstiden överskridit 122 dagar (4 månader). Av dessa åtta finns det i fyra ärenden en utredningstid som sträcker sig lite längre än andra, mellan 134 – 183 dagar och i ingen av dessa fyra ärenden finns ett beslut om förlängd utredningstid. En marginell förbättring sedan 2019 års resultat. Kommer att följas upp vidare 2021. Orsaker som bl.a. uppges vara är vakans på enhetschefstjänst under en tid och därmed minskat stöd, handledning och uppföljning, medarbetare som valt att sluta och trots att nya tillkommit så har det inte på en gång kunnat skapa den stabilitet som behövs för ett systematiskt kvalitetsarbete. Under 2020 har projekt *Framtidsresan* startat upp vilket förväntas på sikt resultera i nödvändiga förbättringsarbeten.

Enligt uppgift från enhetschef och 1:e socialsekreterare är verksamheten nu i kapp med uppföljningar av tidsbegränsade beslut. Det har tidigare brustit i uppföljningar av tidsbegränsade beslut främst gällande korttidsboende och kontaktperson, verkställighet som har fortgått utan beslut. I övrigt finns inga indikationer på att verkställighet nu fortgår utan gällande beslut.

I övrigt har granskningar i myndighetsutövning och verkställighet skett i samband med lex Sarah utredningar eller utifrån synpunkter och klagomål.

Boendeformerna

Gällande kost och måltider har en granskning skett inom boendeformerna i äldreomsorg. En kortrapport är upprättad med resultatet från granskningen. Bedömningen är att det generellt fungerar bra med kost och måltider. Medvetenhet finns om vikten av tätare mål och begränsad nattfasta samt om måltidsmiljöns betydelse. Personalen har en avgörande betydelse för utfallet av måltiden på alla sätt och det är viktigt att de boendes behov och personliga önskemål kommer fram. Det framkommer i granskade genomförandeplaner att en dokumentation förs kring den boendes behov av stöd kring mat och måltider, önskemål, tycker om etc. Det är en stor förbättring sedan föregående års granskning då det var sällsynt förekommande med dokumentation i planerna gällande kost- och måltider. Kostombuden känner till rutinerna kring mat och måltider. En ny medarbetare har inte hunnit få den informationen men blev i samband med intervjuerna uppmärksammas på att rutiner finns.

Det som i årets granskning framkommit är att det förefaller vara en praxis, generellt inom vissa enheter och på korttidsboendet att beställa en och samma maträtt till alla boende trots att det finns två huvudrätter att välja på. Bedömningen är att de boende inte kan göra något val av maträtt. Det beskrivs vara svårigheter när personer med kognitiv svikt står inför val och det kan skapa oro och frågor om det är olika maträtter som serveras. Det är en kvalitetsfråga att få välja och det kanske finns en evidens som visar på svårigheter för vissa grupper att stå inför val, eller så är det en fråga som kan behöva belysas närmare.

Veckovila

Veckovilan följs i samtliga enheter med några undantag p.g.a. direkta fel i schemaplanering, där byten av arbetspass kan orsaka att veckovilan förkortas. Utifrån de inbyggda tidkontrollerna i planeringsverktyget utförs kontroller i närtid om följsamheten av arbetstidslagen och avvikelser från kontrollerna kan därmed åtgärdas direkt.

Granskningsområden utifrån patientsäkerhet redovisas i Patientsäkerhetsberättelsen.

5.2.2 UPPDRAG TILL FÖRVALTNINGEN UTIFRÅN RESULTAT I 2019 ÅRS INTERN KONTROLLPLAN

”Analys av redovisade brister vid uppföljning av Internkontrollplanen 2019 samt att ta fram en tidsatt handlingsplan för åtgärderna av bristerna”. Analysen gjordes tillsammans med enhetscheferna och följande framkom. Bristande kunskaper, otydlig styrning och mål kring kvalitetsarbete, brister i

introduktion samt arbetsbelastning som medfört nedprioritering av fördjupning och dokumentation kring kvalitetsarbete. Åtta kontrollpunkter 2019 varav sex kontrollpunkter (ej 2 och 5) har brister.

Kursiverad text under åtgärdsrutan (grön) är från uppföljning

Kontrollpunkt 1 och 4 – Rutin samt mallar för analys samt risk- och konsekvensanalys är kända och används

Åtgärd	Ansvarig	Tidplan	Uppföljning (när/hur)
Gemensam Analysdag - mål, krav, rutiner, stöd etc	Förvaltningschef	2020-09-24	Uppföljningsdag Hösten 2020
<i>Genomförd dag den 24 september 2020 för samtliga chefer. Positiva omdömen om dagen. Ingen dag för uppföljning är genomförd p.g.a. pandemi.</i>			
Prioritering med EC av olika områden - avvikelser, dokumentation, rättssäkerhet etc.	Verksamhetschefer	Hösten 2020	Senast december 2020
<i>EC i sina nya roller behöver stöd i prioritering av arbetsuppgifter. Lyfter med sin chef och görs gemensamt. Från förvaltningsledning ges ett tydligt budskap om att ta ett "omtag" kring kvalitetsarbetet.</i>			
Kvalitetsmöten med EC - avvikelser, analyser, riskbedömningar	Kvalitetssamord.	3 gånger per år – nästa möte september 2020	Fortlöpande Enkät december 2020
<i>Kvalitetsmöten har genomförts vid två tillfällen samt en utbildningsdag. Ingen enkät till EC gällande synpunkter och önskemål kring kvalitetsmöten, tas upp vid kvalitetsmöten med EC i januari 2021</i>			
Personal har delaktighet i kvalitetsarbetet - göra analys, riskbedömning, handlingsplaner	Enhetschefer	Händelser som medför brister i kvaliteten, krävs analys	Enligt specifika, upprättade handlingsplaner
<i>I verksamheter förs dialog på APT, i delar kring kvalitetsarbete. Ett fåtal dokumenterade risk- och konsekvensbedömningar och analyser finns upprättade. Dessa kommer endast från ett fåtal verksamheter. Dessa dokument har upprättats efter utbildningsdagen. Blir ett fortsatt arbete 2021</i>			
Gemensam plats för dokument upprättas - lärande	SAS/Kvalitetssamord	Juli 2020	Klart 2020-05-26
<i>Dokumentationen av ett systematiskt kvalitetsarbete (risk- och konsekvensbedömningar, analyser) sparas på angiven plats i mallstrukturen. Chefer har informerats</i>			

Kontrollpunkt 3 - Myndighetsutövning uppföljning och beslut

Aktivitet	Ansvar	När
Handlingsplan Kontinuerlig uppföljning kring utredningar Slumpvis utvalda utredningar kontroll av utredningstider Kontrollpunkt finns med i 2020 år intern kontrollplan	Enhetschef SAS/Kvalitetssamord.	Löpande
Uppföljning <i>Brister 2019 har föranlett fortsatta granskningar 2020. 49 utredningar har granskats och åtta av dessa har överskridit den lagstadgade tiden om 4 månader. Ingen av utredningar har beslut om förlängd utredningstid.</i> <i>Dialog med nuvarande enhetschef om resultatet. Kommer att följas vidare under 2021.</i> <i>Förstärkning av tjänst enhetschef i början av 2020. Byte av enhetschef under året, nya handläggare etc. har varit en avgörande faktor för brister inom vissa delar. Projekt Framtidsresan och andra satsningar för att förbättra säkerhet och kvalitet pågår inom förvaltningen.</i> <i>Gällande uppföljning av tidsbegränsade beslut är verksamheten nu ikapp. Det har tidigare brustit i uppföljningar av tidsbegränsade beslut främst gällande korttidsboende och kontaktperson, verkställighet som har fortgått utan beslut.</i>		

Kontrollpunkt 6 - Mat och måltider

Aktivitet	Ansvar	När
Handlingsplan Uppföljning av att rutin för mat och måltider finns upprättad, är väl känd i verksamhet och följs rutin för nattfasta finns upprättad, är väl känd i verksamheten och följs Kontrollpunkten finns med även 2020	Enhetschef Kvalitetssamordnare	Under året
Uppföljning <i>Intervjuer med kostombud i december 2020. Bedömningen är att det generellt fungerar bra med kost och måltider. Medvetenhet finns om vikten av tätare mål och begränsad nattfasta samt om måltidsmiljöns betydelse. I aktgranskningen framkommer att en bra dokumentation förs kring den boendes behov av stöd kring mat och måltider, önskemål, tycker om etc. I åtta av 50 genomförandeplaner finns dokumentation särskilt riktat för natten, att ge något till livs.</i>		

Kontrollpunkt 7 - Skydds- och begränsningsåtgärder

Aktivitet	Ansvar	När
Handlingsplan Kontinuerlig uppföljning av dokumentation Slumpmässiga kontroller av dokumentation	Enhetschef MAS/Kvalitetssamord.	Löpande
Uppföljning <i>Saknas dokumentation om uppföljningar under året. Kontrollpunkten finns inte med i intern kontrollplan 2020 eller 2021</i>		

Kontrollpunkt 8 – Veckovila

Aktivitet	Ansvar	När
Handlingsplan Avstämning/uppföljning med enhetschefer Heltidsprojektet minskar vikariebehovet Införande av nya moduler i TimeCare	Bemanningen Verksamhetschef Förvaltningschef	Över tid Under året Sommaren
Uppföljning <i>Intern kontrollplan 2020. Inför varje ny schemaperiod görs kontroll av tidsregler i schemaplaneringsverktyget "TimeCare-planering" av chef. Veckovilan följs med några undantag t.ex. vid byten av pass, där rast ej planerats in som den ska eller där individuella och frivilliga önskemål orsakat att veckovilan i vissa fall blivit kortare. Återkommande brister åtgärdas av ansvarig enhetschef.</i>		

5.3 UTREDNING AV AVVIKELSER

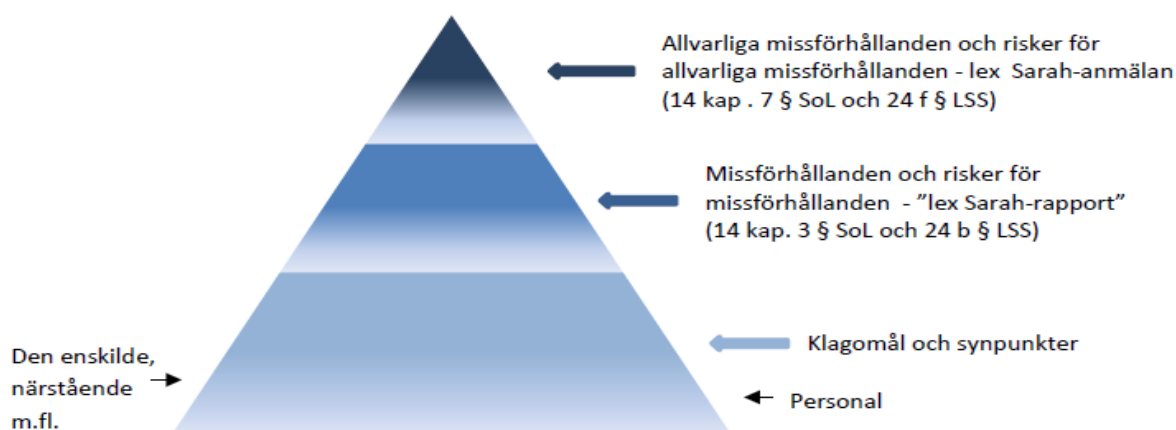
Enligt socialtjänstlagen ska insatserna inom socialtjänsten vara av god kvalitet. Kvaliteten i verksamheten ska systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras. När avvikelser sker och beroende av händelsens konsekvens för brukaren samt sannolikhetsgrad att den upprepas så hanteras den på olika sätt.

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 ungefärliga nivåer i jämförelse med de senaste åren. 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.

Kvalitetssamordnare har tillsammans med enhetschefer haft några tillfällen för genomgångar. Verktyg till stöd vid analys av resultat samt för risk- och konsekvensbedömningar. Underlag för kvalitetsarbete samlas på gemensam plats i mappstrukturen. Vid uppföljning hos enhetschefer så har det visat sig att det inte i någon utsträckning görs analyser på ett strukturerat sätt, ej dokumenterat, gällande avvikelser.

Avvikelser 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.

Översikt

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

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 arbete som har eftersläpat sig men förbättrats i hög grad.

Inom IFO har ett antal avvikelser rapporterats. Det har rapporterats ca 10 stycken vilket är en halvering jämfört med 2019. Inom IFO handlar dessa avvikelser om brister i handläggning såsom att beslut saknas, handlingar saknas, orosanmälning har ej tagits omhand. Avvikelse handlar även om brister i informationsöverföring, namn och personuppgifter har felaktigt lämnats till obehöriga personer.

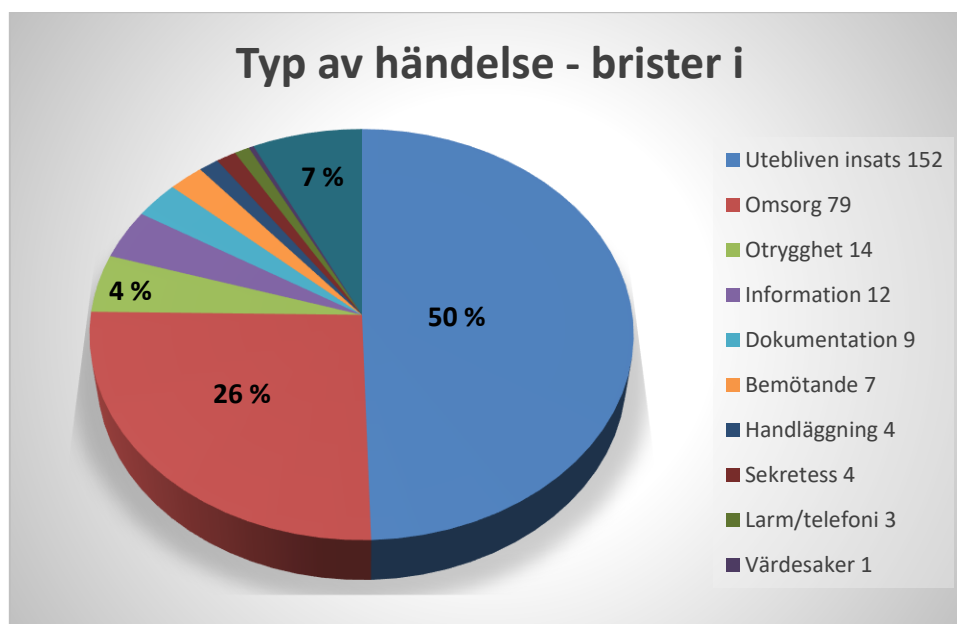
Orsakerna till bristerna uppges bl.a. vara bristande resurser/tid och hög personalomsättning. Ett projekt har startats upp, *Framtidsresan*. En genomlysning av hela verksamheten för att identifiera brister, skapa en god arbetsmiljö med förutsättningar, se över stöd i vardagsarbetet genom t.ex. nya rutiner och att kartlägga processer m.m.

Äldreomsorgen står för den större delen av de rapporterade händelserna, ca 75 % (ca 240) av samtliga avvikelser. Av dessa har hemtjänsten den större delen, 57 %. Landsbygd och tätort rapporterar ungefär lika till antalet och Ljung dubbelt antal mot respektive två övriga hemtjänstområden. Boendena rapporterar 43 % av äldreomsorgens totala. Korttidsboendet har ett fåtal rapporterade händelser, Hagen har ett tjugotal och en större del är rapporterade från Hemgården. Akuta händelser åtgärdas.

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

Från socialt stöd, boende LSS, personlig assistans har drygt 50 avvikelser rapporterats, större delen av dessa är rapporterade som utebliven insats i samband med stängning av daglig verksamhet. Flera rapporter på samma brukare från olika verksamheter. I övrigt handlar händelserna om bristande kvalitet i genomförande t.ex. i städning.

I samband med stängning av daglig verksamhet har risk- och konsekvensanalys upprättats. Information har lämnats till enskilda och till anhöriga. En individuell bedömning har gjort om behov av stöd i annan form.



Utebliven insats

Ett år 2020 med en Coronapandemi som har försämrat resultatet. Under viss tid hög sjukfrånvaro, trots vikarier. Stängning av verksamhet har föranlett fler rapporterade avvikelser. Andra insatser som vanligtvis inte utförts är t.ex. promenader, social tid, städning men även utebliven tillsyn där det finns fler antal besök inplanerade. Året 2020 och pandemin är i många avseenden utom verksamheternas påverkan och svårt att kunna finna andra orsaker till. I vissa fall har avvikelserapport skrivits om insatsen inte kunnat ges enligt genomförandeplan utan senare på dagen, nästa dag eller ytterligare framflyttat. Enligt uppgift har hemtjänsten kunnat ge insatser på något sätt, framflyttat, minskad omfattning etc. trots tider av hög sjukfrånvaro och brist på vikarier.

Enligt uppgift från handläggare och i lämnade synpunkter har det framkommit att insatsen växelvård/avlastning för anhöriga, inte har kunnat verkställas helt i enlighet med beslut. Det har varit längre tider mellan veckorna för växelvård och hemma. Det har varierat över tid, i vissa fall har enskild valt att tacka nej, avstå på grund av smittorisk, karantän. Förvaltningen har skickat informationsbrev till enskilda/anhöriga om den rådande situationen och hänvisat till att alternativet kan vara att söka insats hemtjänst, att få stöd i hemmet. Det är en brist att inga avvikelser har upprättats gällande att insatsen växelvård inte har kunnat verkställas fullt ut. Det försvårar uppföljning och analys om t.ex. hur många personer det rör sig om, hur långa är avbrotten.

Brister i omsorg

För att ge exempel på händelser det kan handla 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.

Otrygghet

Enskilda medboende känner en otrygghet i sitt boende p.g.a. medboendes utåtagerande, skrik, skäll, medboende gått in i annans lägenhet. Förekommer främst på boende för personer med demenssjukdom. Det resulterar i att t.ex. boende som väljer att gå undan, äta inne hos sig själv. Med införande av så kallade hotellås kommer moment som att boende går in i medboendes lägenheter att minska. Extra insatt personal har vid tillfälle varit en annan åtgärd.

Annat

Alternativet *Annat* som händelse ska tas bort. En genomgång av samtliga rapporter har gjorts och på flertalet så har händelse definierats inom de andra kategorierna. Det återstår dock 22 avvikelser som har rapporterats men flertalet av dessa handlar om arbetsmiljö eller att den enskilde avböjer stödet. Dessa handlar inte om händelser som uppstått på grund av att verksamheten inte har utfört eller har utfört en

insats med bristande kvalitet och liknande. Informationer och utbildningar har skett över tid till personalgrupper, dokumentationsombud och enhetschefer, om att inte använda alternativet *annat* för att beskriva en händelse, nu är det alternativet inte valbart för att bättre kunna identifiera typ av händelse i statistiken.

Enhetschefer tillsammans med sina personalgrupper behöver göra analys av avvikelserna i sin verksamhet. 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. Arbetet kommer att följas upp på kvalitetsmöten under året.

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 synpunkter 2020 innefattar bland annat:

- försenade utbetalningar av habiliteringsersättningar
- isolering och ensamhet under karantän
- maten på boende – kvalitet och kostnad. Krämer eller god omelett i stället för gröt eller välling. Färs fisk förekommer inte, för lite grönsaker, smör saknas
- missnöje över stängd/begränsad växelvård
- brister kring matdistribution i hemtjänsten, matlådor läggs i frys men ska inte frysas
- enkla saker kan bli svåra saker när många olika personal kommer, många ska ta ansvar men kan missas, tror att någon annan fixar
- brister kring mat i kylskåp, gammal mat, utspillt torkas inte upp
- bristande städning

Positiva synpunkter har inkommit gällande personal på Hemgården – ”Personalen tar hand om alla boende på ett mycket bra och omsorgsfullt sätt men de har alldeles för mycket att göra vissa tider på dygnet”.

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 2020 års sju rapporterade missförhållanden har fyra missförhållande bedömts vara av den allvarlighetsgraden att det har föranlett en anmälan till tillsynsmyndigheten, IVO. Allvarlighetsgrad bedöms utifrån en bedömningsmatris med konsekvenser för brukaren och sannolikhet för uppreppning.

De flesta lex Sarah rapporterna upprättas av enhetscheferna själva och inte av personal. Personal som gör en bedömning av allvarlighet i en händelse har själv möjlighet att rapportera lex Sarah. Det är viktigt att verksamheten fullföljer de planerade åtgärderna som redovisas. SAS följer upp de planerade åtgärderna innan ärendet avslutas. Uppföljningar har skett men i ett av ärendena så inväntas återrapportering av enhetschef att rutin är upprättad utifrån den händelse som var.

Det är viktigt att det i verksamheten finns kunskap om rapporteringsskyldighet samt syftet med lagstiftningen. En händelse ska rapporteras när den upptäcks. Om 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.

En information gällande rapporteringsskyldighet gavs till samtliga chefer på utbildningsdagen den 24 september 2020.

Följande lex Sarah rapporter har inkommit.

	Verksamhet	Händelse	Bedömning/Beslut	Anmälan
1	LSS	Brister i omsorg – fall från duschstol	Missförhållande	Ja
2	IFO barn o unga	Brister i handläggning - familjehemsplacering	Missförhållande	Ja
3	Hemtjänst	Brister i omsorg – hämtar tillbaka trygghetslarm	Missförhållande	Ja
4	Äldreomsorg	Brister ang. trygghetslarm i samband med nya plattformen IT	Missförhållande	Nej
5	IFO, myndighet	Brister i myndighetsutövning – handläggning, placering dragit ut på tid	Missförhållande	Ja
6	Hemtjänst	Brister i omsorg – fick ej sin vård och omsorg på morgonen	Missförhållande	Nej
7	Hemgården	Brister i omsorg – gör ingen kontroll när boende larmar	Missförhållande	Nej

6 Externa granskningar

6.1 INSPEKTIONEN FÖR VÅRD OCH OMSORG

6.1.1 EJ VERKSTÄLLDA BESLUT

Siffror inom parentes avser 2019 års rapporteringar. Under året 2020 har 57 (34) personer omfattats av ej verkställt beslut eller avbrott i verkställighet, vilket har rapporterats till IVO. Av dessa 57 är det 12 personer som omfattas på grund av stängning av dagträffen.

Besluten enligt nedan.

Enligt SoL – ÄO	25 (12)
	Särskilt boende 11 (12)
	Kontaktperson 1
	Korttidsboende/växelvård 1
	Dagverksamhet 12
Enligt SoL handikappomsorg	0 (2)
	Sysselsättning (2)
Enligt SoL – IFO	17 (7)
	Kontaktfamilj 5 (5)
	Kontaktperson 5 (2)
	Familjebehandling 6
	Externt boende 1
Enligt LSS	15 (13)
	Kontaktperson 4 (6)
	Ledsagarservice 2 (1)
	Korttidsvistelse 4 (2)
	Avlösarservice 0 (1)
	Korttidstillsyn 1 (1)
	Personlig assistans 0 (1)
	Boende barn och unga 1 (1)
	Boende vuxen 2
	Daglig verksamhet 1

Resursbrist är den främsta orsaken till ej verkställda beslut. Av de rapporterade ej verkställda besluten gällande särskilt boende för äldre har väntetiden varit från 3,5 månader upp till 7–8 månaders väntan.

Nämnden har tre pågående ärende hos IVO i Jönköping, där IVO överväger att hos domstol ansöka om särskild avgift. Inget beslut har ännu fattats. Korttidsvistelse väntetid fem månader, kontaktperson väntetid på 10 månader samt daglig verksamhet ej verkställt, ett år (enskilde har avböjt vid tillfällen).

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.

Tillfälliga extra platser för personer i väntan på permanent plats på särskilt boende har varit en åtgärd. En översyn av bl.a. hemsidans information kring insatser som bygger på frivilligas åtaganden, med eventuell elektronisk intresseanmälan, informationsmaterial m.m. påbörjas under våren 2021.

6.1.2 ENSKILDAS ANMÄLAN TILL INSPEKTIONEN FÖR VÅRD OCH OMSORG

Åtta (10) personer har gjort anmälan till IVO, gällande sitt specifika ärende. Anmälan har handlat om missnöje med bl.a. handläggning, umgänge, bemötande, växelvård. Några personer har till IVO gjort flera anmälningar, gällande samma ärende, totalt 18 (23) anmälningar till IVO. IVO har inte öppnat något tillsynsärende av dessa anmälningar.

6.1.3 TILLSYN AV INSPEKTIONEN FÖR VÅRD OCH OMSORG

IVO har år 2020 genomfört fem tillsyner inom socialtjänsten, två av dessa gäller tillsyn av stödboendet för barn och unga. I januari 2020 genomförde IVO tillsyn av socialnämndens kontroll och användning av tillståndspliktig konsulentverksamhet vid placering av barn i familjehem eller jourhem. IVO har genomfört tillsyn inom äldreomsorgen hemtjänst och boende samt LSS med anledning av Covid 19.

I några av de avslutade ärendena har IVO gjort vissa påpekande t.ex. brister i dokumentation eller att kontroll av misstanke- och belastningsregister inte alltid har utförts innan anställning. IVO har inte lämnat kritik i något beslut.

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 flertalet verksamheter behöver utveckla sitt arbete med rapportering av 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.

Kvalitetssamordnarna har haft några kvalitetsmöten med enhetschefer under året samt en heldag med samtliga chefer. Enhetscheferna har bland annat fått med vissa verktyg och stöd för dokumentationen 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 möten av olika slag.

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 stort antal av handbokens dokument behöver uppdateras och arbetet har startat och fortsätter 2021.

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 2021

Inriktning under 2021	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: - riskbedömningar, analyser - handlingsplaner, uppföljning	Enhetschef Verksamhetschef Förvaltningschef <i>Chef vars verksamhet det gäller</i> SAS/Kvalitetssamordnare	- kvalitetsmöten - granskning och kontroll - kvalitetsberättelse
Riskanalyser Risk- och konsekvensanalys är att identifiera och värdera risker, identifiera bakomliggande orsaker och att föreslå åtgärder som minskar riskerna eller dess konsekvenser. Riskanalys – Rutin	Enhetschef – <i>enhetsnivå</i> Verksamhetschef – <i>verksamhetsnivå</i> Förvaltningschef - <i>förvaltningsnivå</i>	- kvalitetsmöten - granskning och kontroll
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. Förbättra dokumentationen där brister har framkommit • i handläggning IFO • i verkställighet	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. <i>IFO</i> Målet bör vara att delta 2021. Resultatet från dessa undersökningar kan vara ett verktyg för förbättringsarbete och bör vara återkommande. <i>LSS</i> År 2019 var första året daglig verksamhet, LSS deltog. Resultatet ger en bild av nuläge och kan 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.

Bilagor

Nationella uppföljningar

Årligen rapporterar nämnden en mängd uppgifter till bland annat Socialstyrelsen. Redovisningar och sammanställningar finns, i någon omfattning, att ta del av inom de flesta verksamheter. Sådan statistik ger indikationer på förbättringsområden. Att analysera resultat från den nationella statistiken är därför viktig. Kvalitetssamordnarna har en roll i analysarbetet men det måste främst ske inom berörd verksamhet med stöd av kvalitetssamordnare.

I vissa tabeller och diagram används färgerna rött, gult och grönt för att visa hur ett resultat ligger till jämfört med andra kommuner. Grönt betyder att kommunens värde för indikatorn hör till de 25 procent av kommunerna med bäst värden i förhållande till de andra kommunerna. Rött för de 25 procent av kommunerna som har sämst värde och gult är de 50 procent av kommunerna som ligger mitt emellan.

KVALITET OCH RESULTAT

Brukarundersökning i Hemtjänst

	2016	2017	2018	2019	2020
Sammantaget nöjd med hemtjänsten – helhetssyn, andel (%)	89	85	86	88	88
Känner förtroende för personalen som kommer	90	91	88	88	95
Får bra bemötande av personalen	96	99	97	97	98
Har lätt att få kontakt med personalen vid behov	79	86	76	79	83
Personal tar hänsyn till brukares egna åsikter och önskemål om hur hjälpen ska utföras	86	89	82	89	91
Brukar kunna påverka vilka tider personalen kommer	44	47	43	48	56
Personalen kommer på avtalad tid	75	81	79	88	84
Vet vart man vänder sig med synpunkter och klagomål	63	58	59	54	63
Personalkontinuitet, (ett genomsnitt) antal personal	18	18	-	21	19

Brukarundersökning i Särskilt boende

	2016	2017	2018	2019	2020
Sammantaget nöjd med boendet – helhetssyn, andel (%)	84	89	88	77	79
Känner förtroende för personalen som kommer	88	89	94	88	88
Får bra bemötande av personalen	88	94	94	97	96
Har lätt att få kontakt med personalen vid behov	79	83	82	82	87
Personal tar hänsyn till brukares egna åsikter och önskemål om hur hjälpen ska utföras	86	88	90	81	85
Brukar kunna påverka vilka tider personalen kommer	52	66	71	63	71
Vet vart man vänder sig med synpunkter och klagomål	41	38	40	31	42
Tycker att maten smakar bra	69	69	65	59	62
Upplever måltiderna som en trevlig stund	63	73	69	64	72
Möjlighet till sociala aktiviteter	52	61	54	56	42

Verksamhets- och brukarundersökning IFO, myndighet

Totalt	2018	2019	2020
Hur lätt eller svårt är det att få kontakt med socialsekreteraren (till exempel via telefon, sms eller e-post)?	65	-	75
Hur lätt eller svårt är det att förstå informationen du får av socialsekreteraren?	83	-	85
Hur stor förståelse visar socialsekreteraren för din situation?	65	-	77
Frågar socialsekreteraren efter dina synpunkter på hur din situation skulle kunna förändras?	73	-	85
Hur mycket har du kunnat påverka vilken typ av hjälp du får av socialtjänsten i kommunen?	33	-	58
Hur har din situation förändrats sedan du fick kontakt med socialtjänsten i kommunen?	56	-	42
Hur nöjd eller missnöjd är du sammantaget med det stöd du får från socialtjänsten i kommunen?	67	-	55
Ekonomiskt bistånd			
Ej återaktualiserade vuxna personer med försörjningsstöd ett år efter avslutat försörjningsstöd, andel (%)	-	91	88
Väntetid i antal dagar från ansökan till beslut om försörjningsstöd, medelvärde	-	22	8
Väntetid i antal dagar från ansökantill beslut inom försörjningsstöd, väntat längre än 14 dagar (%).	-	55	16
Barn och ungdomsvård			
Ej återaktualiserade barn 0–12 år ett år efter avslutad utredning eller insats, andel (%)	-	20	-
Ej återaktualiserade ungdomar 13–20 år ett år efter avslutad utredning eller insats, andel (%)	-	58	-
Utredningstid i antal dagar från påbörjad utredning till avslutad utredning inom barn och ungdom 0–20 år, medelvärde	-	79	65
Missbruk och beroendevård			
Ej återaktualiserade vuxna med missbruksproblem 21+ ett år efter avslutad utredning eller insats, andel (%)	-	72	-
Utredningstid i antal dagar från påbörjad utredning till avslutad utredning för vuxna med missbruksproblem 21+, medelvärde	-	118	72
Äldreomsorg			
Är handläggares beslut anpassade efter dina behov, andel (%)	73	76	79
LSS			
Utredningstid antal dagar från ansökan till beslut om LSS-insats (alla insatser) medelvärde		78	96

Källa Kolada