|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Säffle kommun Socialförvaltningen**Socialförvaltningen**Elin Connedal, 0533-681657elin.connedal@saffle.se | **KVALITETSBERÄTTELSE** | Sida1(27) |
| Datum2022-03-07 |    |
| Diarienummer 2022:50 |  |
|  |
|  |  |
|  |

# Kvalitetsberättelse 2021

|  |
| --- |
|  |

Innehåll

[Kvalitetsberättelse 2021 3](#_Toc95737505)

[1. Inledning 3](#_Toc95737506)

[2. Övergripande mål 3](#_Toc95737507)

[2.1 Mål för socialförvaltningen enligt verksamhetsplan för år 2021, kopplade till kvalitetsarbete 4](#_Toc95737508)

[3. Kvalitetssäkring 9](#_Toc95737509)

[3.1 Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete 9](#_Toc95737510)

[3.2 Lokala riktlinjer och rutiner 10](#_Toc95737511)

[3.3 Styrdokument 10](#_Toc95737512)

[3.4 Servicegarantier 10](#_Toc95737513)

[3.5 Pensionärsråd respektive kommunala funktionshinderrådet 10](#_Toc95737514)

[3.6 Välfärdsteknologi 11](#_Toc95737515)

[3.7 Uppdatering av verksamhetssystem 11](#_Toc95737516)

[3.8 Medarbetardagar 12](#_Toc95737517)

[3.9 Handläggardagar 12](#_Toc95737518)

[3.10 Chefsdagar 12](#_Toc95737519)

[3.11 Övergripande kvalitetsarbete inom förvaltningen 12](#_Toc95737520)

[3.12 Kvalitetsarbete inom äldreomsorg 14](#_Toc95737521)

[3.13 Kvalitetsarbete inom individ- och familjeomsorg 15](#_Toc95737522)

[3.14 Kvalitetsarbete inom funktionshinderomsorg 16](#_Toc95737523)

[4. Kvalitetsuppföljning 17](#_Toc95737524)

[4.1 Egenkontroll 17](#_Toc95737525)

[4.2 Informationssäkerhet 17](#_Toc95737526)

[4.3 Brukarundersökningar 17](#_Toc95737527)

[4.3.1 Funktionshinderomsorg 18](#_Toc95737528)

[4.3.2 Äldreomsorg 18](#_Toc95737529)

[4.3.3 Individ- och familjeomsorg 20](#_Toc95737530)

[4.4 Ej verkställda beslut 22](#_Toc95737531)

[4.5 Granskning av tillsynsmyndighet 23](#_Toc95737532)

[4.6 Missförhållande eller risk för missförhållande 23](#_Toc95737533)

[4.7 Avvikelser 25](#_Toc95737534)

[4.8 Synpunktshantering 26](#_Toc95737535)

[5. Kvalitetsförbättringar 26](#_Toc95737536)

# 1. Inledning

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

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

Denna kvalitetsberättelse redovisar det kvalitetsarbete som genomförts under år 2021. Det utgår dels från de delar som beskrivs i SOSFS 2011:9, men även från det kvalitetsarbete som i övrigt utvecklar verksamheten för att leva upp till de bestämmelser som finns om att verksamhetens insatser är av god kvalitet (3 kap. 3 § SoL och 6 § LSS).

Kvalitetsberättelsen är indelad i fyra kapitel, utöver detta inledande kapitel. Det första presenterar de övergripande målen för socialförvaltningens verksamhet, som beslutats av nämnden i verksamhetsplanen för år 2021. Dessa mål ligger till grund för det kvalitetsarbete som genomförts. Därefter beskrivs och redovisas kvalitetsberättelsen enligt följande kapitel:

• Kvalitetssäkring – åtgärder som genomförts under 2021 för att säkra verksamhetens kvalitet.

• Kvalitetsuppföljning – uppföljningar/utvärderingar/kontroller som gjorts under 2021, som ligger till grund för att förbättra verksamhetens kvalitet.

• Kvalitetsförbättringar – förslag till åtgärder som bör genomföras under 2022 och kommande år för att förbättra verksamhetens kvalitet.

# 2. Övergripande mål

Kommunens vision ”*Säffle leder hållbar utveckling -Vi kan, Vi vill, Vi vågar*” inkluderar via de externa fullmäktigemålen att:

* Säffle kommunen är en plats för alla.
* I Säffle kommun finns goda möjligheter för det livslånga lärandet.
* I Säffle kommun kan alla försörja sig.
* Säffle kommun möjliggör det goda livet.

Och via de interna fullmäktigemålen att:

* Säffle kommun har god kvalitet med fokus på hållbar utveckling.
* Säffle kommun har en långsiktig ekonomisk hållbarhet.
* Säffle kommun är en attraktiv arbetsgivare.

Socialnämndens vision ”*Socialtjänst av god kva­litet när den behövs*” innebär att invånarna alltid ska uppleva god kvalitet när de behöver social­tjänst. Kvalitet mäts årligen på nationell nivå och strävan är att ligga bland de 25 % bästa kommunerna i landet när det gäller kommunens kvalitet i korthet (KKIK). Ambitionsnivån måste i vissa fall ligga lägre då ramen kontinuerligt minskas men den verksamhet som finns avser strävan enligt ovan.

## 2.1 Mål för socialförvaltningen enligt verksamhetsplan för år 2021, kopplade till kvalitetsarbete

**Externt perspektiv**

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

**Socialnämndens mål: Att antal bekräftade avvikelser som handlar om socialförvaltningens tillgänglighet ska minska med 15 % per år.**

Målet är nytt för 2021. Antal avvikelser som kan kopplas till tillgänglighet uppgår till 151 under perioden januari-december 2021. Avvikelserna som rapporterats från olika delar inom förvaltningen handlar till största delen om de larmproblem som äldre- och funktionshinderomsorgen upplevt under sommaren och hösten. Sedan i januari har 31 avvikelser gällande tillgänglighet till larmen, d v s att larmen ej fungerat, rapporterats. Flertalet har även rapporterats till Integritetsskyddsmyndigheten, IMY, som en personuppgiftsincident. Här utreds om anledningen till problemen ligger hos leverantören, telebolaget eller på förvaltningen. Övriga avvikelser kopplade till tillgänglighet handlar bland annat om missar i att planera in besök hos brukare eller bortglömda besök. Några av avvikelserna rör att det tagit över en timma innan personal kommit till brukare efter att de larmat.

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

**Socialnämndens mål: Antal brukare som nyttjar våra digitala tjänster ska öka.**

Under år 2019 och 2020 har en mängd aktiva åtgärder genomförts för att brukare ska dra nytta av digital teknik direkt eller indirekt. Målsättningarna har varit kvantitativa (fokuserade på antal digitala tjänster) och ej kvalitativa (fokuserade på användande och nyttjande). 2021 har vi skiftat fokus från kvantitet till kvalitet genom att fokusera på användande, varför vi ändrat målsättningen från antal tjänster till antal brukare som använder tjänsterna. Detta eftersom det just är nyttjandegraden som är mest intressant och relevant, både ur brukarens och ur verksamhetens perspektiv. Av de nio e-tjänster som finns tillgängliga använts återansökan om ekonomiskt bistånd inom individ- och familjeomsorgen mest frekvent, ca 381. I övrigt är det e-tjänsterna om nyansökan ekonomiskt bistånd, 19 stycken, samt klagomål respektive ansökan LSS och SoL som i någon mån har använts. 1008 digitala lås är installerade, fördelat på: brukares dörr 603, lås på port/tvättstuga 135 samt lås på digitala medicinskåp 270 . Life Care mobil omsorg startats i hemtjänsten med tidsregistrering av utförda besök. På särskilda boenden har man digitala hjälpmedel för aktivering samt surfplattor för digital kontakt mellan brukare och anhöriga. Cosmic Link, medborgartjänst inom IFO, APPVA digital signering och appar inom funktionshinderomsorgen, digital dokumentation är andra digitala tjänster som används. I och med rådande pandemi utvecklas fler digitala arbetssätt. På särskilda boenden har man införskaffat digitala hjälpmedel för att främja aktivering, så som Tovertafel spel som ett digitalt hjälpmedel för att stimulera personer med demens, digitala kontaktvägar erbjuds brukare och anhöriga. Chromecast är inköpta. Digitala lås finns på ett av kommunens särskilda boenden. Arbete pågår för att utveckla hur man ska kunna dokumentera tillsammans med brukaren. Surfplattor har köpts in för att öka kommunikation mellan boende och anhöriga. Björkbacken /Korttiden har införskaffat manoped. Mobil dokumentation är nu implementerat i hemtjänsten, vilket ska öka delaktigheten med brukaren om brukarens insatser. Inköp online påbörjas i flera grupper under hösten 2021.

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

**Socialnämndens mål: Att minst 100 personer med försörjningsstöd konstant erhåller aktivitet via arbetsmarknadsenheten (AME) eller individuell utbildningsinsats via lärcenter**

Antal personer i försörjningsstöd som varit inskrivna vid AME jan-dec var 242 personer. Antal beslut om kompetenshöjande insats ( insats AME) var jan- dec 292. Anledningen till differensen tros vara nytt gemensamt verksamhetssystem med AME och då man vid övergången fick göra om pågående beslut för att kunna koppla ihop gemensamma ärenden i verksamhetssystemet. Målet är dock mer än väl uppfyllt. Jämfört med 2020 (213 personer) har även en ytterligare ökning skett av antal personer med försörjningsstöd vid AME.

**Socialnämndens mål: Andelen heltidsarbetande ska öka inom äldre- och funktionshinderomsorgen**

Från och med 2018 gäller heltid vid nyanställning inom Kommunals område på socialförvaltningen. En styrgrupp bestående av verksamhetsledare och fackliga representanter arbetar med implementering av heltid inom de berörda avtalsområdena. Detta är en stor förändring där hänsyn behöver tas till många olika parametrar, både sociala och ekonomiska. I mångt och mycket handlar det även om att omforma strukturer. I senaste avtalet mellan Kommunal och SKR 2020, kom parterna överens om att heltid ska vara norm i kommuner och regioner senast 2024-12-31. Erbjudande om heltid är genomfört till 90 % inom äldre- och funktionshinderomsorgen och alla nya anställningar erbjuds som heltid. Arbete pågår för att säkerställa hållbar övergång från projekt till färdig implementering. Från juni 2021 har vi anpassat systemet utifrån de erfarenheter och synpunkter vi fått från medarbetarna via enkäter och samtal. Både antalet schematurer, möjligheten att välja sysselsättningsgrad och årsarbetstid har justerats, vilket gjort personalen mer nöjd än tidigare. Antalet heltidsanställda är lägre än 2020, men har ökat sedan mätningen i augusti.

**Socialnämndens mål: Att socialförvaltningen under 2021 ska tillgodose minst 30 arbetsmarknadspolitiska anställningar (lönesubventionerade via Arbetsförmedlingen) för arbetssökande individer som uppbär försörjningsstöd och är inskrivna på AME**

Med arbetsmarknadspolitiskanställning avses en anställning som uppbär någon form av lönesubvention via Arbetsförmedlingen och som är riktad till grupper som är särskilt prioriterade av olika skäl så som långtidsarbetslöshet, funktionsnedsättning eller andra skäl. Att erhålla ett instegsarbete är en av de viktigaste faktorerna för att bryta en negativ trend för en individ. Detta har positiva effekter så väl socialt som hälsomässigt och förbättrar individens möjligheter till långsiktig självförsörjning framåt. Arbetsförmedlingens beslut om att stoppa nystart av extratjänster på grund av budgetbrist har påverkat utfallet avsevärt, då vi ej kunnat genomföra uppstart av personer med denna anställning inom våra verksamheter. Detta är mycket synd, då vi ser ett stort mervärde som individerna skapar i våra verksamheter, samtidigt som vi ser en mycket god effekt på praktisk erfarenhet och språkutveckling hos individerna. Då Arbetsförmedlingen inte får fatta nya beslut om anvisning till extratjänster från och med den 1 januari 2022, kommer extratjänsterna att fasas ut i takt med att deltagarna avslutar sin extratjänst. Arbetsförmedlingen ser nu över möjligheterna att istället öka användningen av andra subventionerade anställningar och övriga insatser och program. En plan för detta utarbetas under första kvartalet 2022. I det planeringsarbetet är dialog med kommuner och andra berörda aktörer mycket viktigt.

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

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

SIP används för att ge individen bästa möjliga vård och omsorg när flera huvudmän är inblandade i vården och omsorgen om den enskilde. Här mäts antal genomförda planer. Antalet genomförda planer mäter indirekt samverkan med andra huvudmän. Under perioden januari - december 2021 hade 198 samordnade individuella planeringar genomförts. Jämfört med samma period förra året visar detta på en ökning med 41,5 %, vilket är ett tecken på att vi kommit igång med arbetet och i viss mån har anpassat oss till ett nytt arbetssätt även under pandemiska förhållanden. Vi använder oss av olika digitala sätt att kommunicera i flerpartssamtal, både via våra egna program och även via de digitala lösningar som våra samverkansparter har.

**Socialnämndens mål: Antal personal brukare i hemtjänsten träffar på 14 dagar ska minska med 10 %**

Så länge pandemisituationen råder påverkas denna statistik av det höga antalet medarbetare som måste sjukskriva sig vid minsta symptom inom hushållet på grund av de rådande rekommendationerna, vilket gör att antal vikarier ökar per automatik. Förutsättningarna finns således inte för att arbeta aktivt med detta fram tills pandemin är slut och vi åter är i normalläge. Viktigt är trots allt att även om kontinuiteten varit relativt låg på grund av restriktionerna, så har man inte kunnat konstatera någon smittspridning hos brukarna med anledning av det. Kontinuiteten påverkas också av att allt fler brukare är multisjuka, vilket gör att flera yrkesgrupper samlas kring den enskilde, liksom att behovet av dubbelbemanning ökar. Dessa faktorer gör att antalet personal som en brukare träffar ökar. Heltidsinförandet samt sparkraven leder till att alla schemalagda poolturer måste användas, vilket leder till att medarbetarna har ett större geografiskt område att jobba i, vilket i sin tur leder till lägre kontinuitet. En organisationsjustering testas i hemtjänsten där enhetschef, samordnare, undersköterska och vårdbiträde ges utökad möjlighet att tillsammans tydligt utveckla planerings- och bemanningsprocesserna, vilket förväntas leda till högre kontinuitet för brukaren.

**Internt perspektiv**

**Fullmäktigemål: Säffle kommun har god kvalitet med fokus på hållbar utveckling**

**Socialnämndens mål: Punktprevalensmätning av följsamhet: Andel med korrekt efterlevnad av samtliga hygienrutiner och samtliga klädregler ska vara 100 %**

Förvaltningens senaste punktprevalensmätning genomfördes i december 2021. Korrekt följsamhet av våra hygienrutiner och klädregler är av yttersta vikt för våra brukares säkerhet, speciellt i en pandemitid. Dessa mått är viktiga för förvaltningen, då de även ger en jämförelse på nationell nivå. Nämndmålet och måttet är nytt för 2021, därmed saknas utfall för 2020. Punktprevalensmätningen genomförs i tre olika segment: 1) Samtliga åtta steg; 2) Samtliga fyra hygiensteg; 3) Samtliga 4 klädregler. Resultat av höstens mätning i Säffle visar en ökning av korrekta steg i samtliga områden jämfört med mätningen som gjordes under första halvåret: 1) samtliga åtta steg; 85,3 % 2) samtliga fyra hygiensteg; 86,7 % 3) samtliga fyra klädregler 93,3 % Konstateras kan att man ligger över 97% på fem av de åtta stegen, dock behöver man arbeta mer med handhygien då detta är ett viktigt område som sammantaget drar ner medelvärdet något.

**Fullmäktigemål: Säffle kommun har en långsiktig ekonomisk hållbarhet**

**Socialnämndens mål: Att sänka kostnaderna för hemtjänst med minst 5 % per timme i genomsnitt**

Trots den rådande pandemin och ett ökat behov av vård- och omsorgsinsatser, fortsätter effektiviseringsarbetet inom äldreomsorgens hemtjänst. I april hade man lyckats sänka kostnaden för hemtjänsttimmen med 5,5 % till 500 kr per timma och i december har man sänkt kostnaderna ytterligare och ligger nu på 497 kr per timma. Målet för 2021 är därmed uppnått. Det är dock viktigt att observera att den trend vi nu ser efter effektiviseringarna i äldreomsorgen när timlönekostnaderna går ner, kan ha ett pris som främst speglas i hemtjänstpersonalens upplevda stress och brist på återhämtning under dagen. Det kan även i sin tur visa sig i kommande medarbetarundersökning under arbetsmiljöområdet.

**Socialnämndens mål: Att nettokostnadsavvikelse ej överstiger 0 inom individ- och familjeomsorgen, funktionshinderomsorgen och äldreomsorgen**

Sett till parametrarna i KOLADA har förvaltningen hög verksamhetskvalitet till en låg kostnad. Ett ständigt pågående effektiviseringsarbete ger resultat. Det aktuella angivna värdet gäller för 2020. Nytt värde för 2021 presenteras i juni 2022 då detta är en nationellt sammanställd mätning. Nettokostnadsavvikelsen jämför nettokostnaden med referenskostnaden (statistiskt förväntat kostnad) med jämförbara kommuner som har liknande geografiska, demografiska och socioekonomiska förutsättningar. Resultat under 0 indikerar lågt kostnadsläge, antingen på grund av låg ambitionsnivå och/eller hög effektivitet.

**Fullmäktigemål: Säffle kommun är en attraktiv arbetsgivare**

**Socialnämndens mål: Indikatorn ledarskap i medarbetarenkät (MMI) ska öka från 3,5 till minst 3,7 på förvaltningsnivå**

Förvaltningen har av ekonomiska orsaker beslutat att inte genomföra någon medarbetarenkät under 2021, utan har valt att följa de andra förvaltningarna i kommunen och genomföra den vartannat år. Resultatet av medarbetarenkäten 2020 för socialförvaltningen visade ett sammanvägt medarbetarindex (MMI) är 3,3 av en skala på 1-5 jämfört med 3,4 2019. Indikatorn för hur ledarskapet på förvaltningen upplevdes 2020 var 3,5 på samma skala, vilket är ett oförändrat resultat i jämförelse med 2019. Ett kompetent, nyfiket, närvarande, empatiskt och modigt ledarskap är nyckeln till ökad upplevelse av motivation och delaktighet hos medarbetarna. Genom att satsa på ledarskapet, och ge våra chefer på samtliga nivåer de verktyg och fortbildning som behövs i rollen, säkerställer vi ökade möjligheter för att bedriva det goda ledarskapet. Under hösten 2021 har samtliga chefer på socialförvaltningen påbörjat en gemensam ledarutbildning med fokus på det goda, modiga och inkluderande ledarskapet. Detta för att säkerställa en gemensam ledargrund och efterlevnad av denna utifrån kommunens riktlinjer och ett tillitsperspektiv där vi ska våga ge varandra handlingsutrymme men även våga ställa krav på varandra. Utbildningen har dock pausats några månader på grund av pandemiläget och ska återupptas i mars 2022. Utöver gemensam ledarutbildning pågår arbete med det proaktivt ledarskap i flera områden där cheferna och medarbetare jobbar med delaktighet, arbetstakt, samarbete och ledarskap. Handlingsplaner upprättas för att minska den höga arbetsbelastningen som många medarbetare upplever och kartläggning av förbättringsområden genomförs. Inom "Heltid som norm" pågår arbete för att säkerställa hållbar övergång från projekt till färdig implementering. Från juni 2021 har systemet anpassats utifrån de erfarenheter och synpunkter som kommit in från medarbetarna via enkäter och samtal. Både antalet schematurer och möjligheten att välja sysselsättningsgrader och årsarbetstid har justerats, vilket gjort personalen nöjdare. Inom IFO bedömer man att man nått ett bättre resultat gällande arbetstakt det senaste året beroende på tillräckligt med personalresurser, bra arbetsstruktur och metoder samt en hållbar organisation

# 3. Kvalitetssäkring

## 3.1 Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

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

Socialnämnden har sedan tidigare antagit ett ledningssystem med ansvarsfördelning av det systematiska kvalitetsarbetet i förvaltningen. Detta ligger till grund för planeringen av förvaltningens kvalitetsarbete. Socialförvaltningen har beslutat att använda processledningssystemet Ensolution för att skapa ett digitalt ledningssystem som uppfyller kraven på ledningssystem enligt SOSFS (2011:9). Under 2021 har arbetet fortsatt med att föra in socialförvaltningens processer i systemet. Ett arbete med att strukturera om ledningssystemet har också påbörjats för ökad användarvänlighet.

## 3.2 Lokala riktlinjer och rutiner

Under 2021 har arbete genomförts för att sammanställa eller uppdatera lokala riktlinjer och rutiner:

Riktlinjer för biståndsbedömt trygghetsboende har antagits av nämnden.

Riktlinjer för dubbla hyreskostnader har reviderats.

Riktlinjer om handläggning barn och familj har reviderats.

Riktlinjer om handläggning vuxna har reviderats.

Rutiner skapas och revideras löpande under året.

## 3.3 Styrdokument

Delegeringsordning

Under 2021 har socialnämndens sammanhållna delegeringsordning reviderats för att tillse att delegeringen alltid är uppdaterad och följer de behov som finns i verksamheten samt anpassas efter förändringar i lagstiftning.

## 3.4 Servicegarantier

Servicegarantier som reviderats under året är garantierna för anhörigstöd, hemtjänst, trygghetslarm, trygghetsboende, särskilt boende, korttidsboende och växelvård.

## 3.5 Pensionärsråd respektive kommunala funktionshinderrådet

Socialnämnden samråder med pensionärs- respektive funktionshinderorganisationer i frågor rörande människor med funktionsnedsättning samt inom äldreomsorgen.

Kommunens pensionärsråd skall vara ett remiss- och referensorgan för samråd före beslut i frågor som rör samhällsutvecklingen och äldreomsorgen och i övrigt vara ett organ för ömsesidig information mellan kommunenen och företrädare för pensionärernas riksorganisationer inom kommunen. Funktionshinderrådet har samma funktion gällande människor med funktionsnedsättningar men ligger under kommunstyrelsen. Råden ska förstärka inflytandet i alla frågor som gäller äldre och funktionsnedsatta och ha möjlighet att i ett tidigt skede kunna ta del av planerade förändringsprocesser. Råden ska vara forum för opinionsbildning och kunskapsspridning och verka för att pensionärernas, de äldres och människor med funktionsnedsättningars frågor beaktas i nämndens verksamhetsplanering.

## 3.6 Välfärdsteknologi

Strax innan årsskiftet 2020/2021 beslutades att avtalet om trygghetskameror skulle sägas upp. Under 2020 avslutades tre stycken och ytterligare sju avslutades därmed under början av 2021.

Nya larmsystem har installerats på Svanen och Lindbacken. Det är samma larmsystem som under föregående år har installerats på Kaptensgården och Björkbacken.

Under 2021 har ett utbrett arbete inom kommunen med program så som teams och zoom fortgått. Mycket arbete har skett i dessa system och digitala möten har i dessa program hållits i olika former.

Ett antal medborgartjänster och e-tjänster har tillkommit till de redan befintliga.

Compodium installerades och startades upp under 2020 men har under 2021 sagts upp på grund av för dålig tillgänglighet i systemet samt användbarhetsproblem. Nya alternativ kommer ses över under 2022 istället då det fortsatt finns ett stort behov av ett system för säkra digitala möten med brukare.

## 3.7 Uppdatering av verksamhetssystem

Under 2021 har följande uppdateringar och tjänster implementerats i verksamhetssystem.

* Lifecare avvikelse infördes, för tester, i slutet av 2021.
* Lifecare Utförare HTML infördes 210201. Detta var en övergång från Lifecare Utförare Silverlight.
* Lifecare Mobil Omsorg (LMO) infördes under våren 2021. Ett omfattande och tidskrävande arbete där man även fick genomföra stora förändringar i Phoniro. De system som var involverade var Lifecare Utförare HTML, Lifecare Planering och Phoniro.
* Resursregister, en ny modul inom vård och omsorg infördes.
* Tillvalet Dela information infördes. Denna funktion innebär att information kan delas mellan Lifecare Utförare och Lifecare Handläggare. Den största delen med inställningar och förberedelser genomfördes under 2021 men information till medarbetare om införande gjordes först under 2022.
* En övergång från Procapita Avgifter till Lifecare Avgifter har genomförts.
* En förstudie avseende ny modul för Utförd tid till Avgifter har gjorts. Införandet är planerat till 2022.
* Nytt tillval Digital signatur ordförandebeslut infördes.
* Resursregister IFO infördes. En övergång från Procapita.
* Uppdrag IFO infördes, även denna en övergång från Procapita.
* Medborgartjänst för äldre- och funktionshinderomsorgen infördes.

## 3.8 Medarbetardagar

Medarbetardagar har inte genomförts under 2021 på grund av rådande pandemi.

## 3.9 Handläggardagar

Handläggardagar har inte genomförts under 2021 på grund av rådande pandemi.

## 3.10 Chefsdagar

Vanligen genomförs månatliga chefsträffar i förvaltningen men med anledning av rådande pandemi har samtliga chefsträffar under 2021 ställts in.

## 3.11 Övergripande kvalitetsarbete inom förvaltningen

En ledarskapsutbildning för förvaltningens samtliga chefer har startat under 2021, totalt har tre träffar hållits. En träff fick ställas in med anledning av pandemin men utifrån nuläge kommer utbildningen återupptas i mars 2022. Ledarskapsutbildningen syftar till att stärka det interna arbetet och ledarskapet som i sin tur kan stärka medarbetarskapet.

En utbildning har förvaltningens chefer har hållits kring social dokumentation och genomförandeplaner. Ytterligare utbildningsinsats var planerad för baspersonal under hösten/vintern 2021 men fick skjutas upp på grund av pandemin.

Dataskyddsförordningen (GDPR, The General Data Protection Regulation) infördes under 2018 och har till syfte att skapa en enhetlig nivå för skyddet av personuppgifter. Enligt GDPR ska incidenter som har lett eller kunnat leda till att personuppgifter förstörts, gått förlorat, inte varit tillgängliga eller röjts till obehörig anmälas som en personuppgiftsincident. En personuppgiftsincident anmäls till dataskyddsombudet i kommunen. Det anmäls sedan också till integritetsskyddsmyndigheten om incidenten anses som en risk för den registrerade.

Under året 2021 har en mängd personuppgiftsincidenter inträffat, betydligt fler än föregående år. Främst har det handlat om personuppgiftsincidenter kopplat till trygghetslarm på gruppbostäder och felskickade meddelanden i Lifecare meddelandefunktion. Det har även förekommit flertalet incidentrapporter angående trygghetslarm där det sedan konstaterats att operatören varit orsaken till problematiken. Flertalet av rapporterna kopplat till larmen har varit allvarliga medans rapporterna för felskickade meddelanden ännu inte bedömts som allvarliga.

Utöver dessa har följande incidentrapporter inkommit:

* Att material med personuppgifter låg tillgängligt på socialnämndens gemensamma katalog där inte bara socialnämndens personal haft tillgång till uppgifterna utan alla i kommunen som haft ett inloggnings-ID.
* Att en BBIC-utredning har faxats till familjeenheten i Karlstads kommun istället för till Polismyndigheten.
* Att två LSS-utredningar har raderats ur verksamhetssystemet Lifecare. En utredning avseende daglig verksamhet och en avseende kontaktperson. Båda utredningarna kunde återställas med hjälp av IT-enheten då materialet fanns säkerhetskopierat.
* Att en Lex sarah utredning har scannats in i ärendehanteringssystemet Lex. Handlingar med känsliga personuppgifter ska inte scannas in i systemet.
* Att en utredning har skrivits ut på fel skrivare. Detta kunde ske då socialsekreteraren vid tillfället för utskriften hade en lånedator och denna dator var förinställd på att skriva ut på ett av kommunens boenden. Utskriven utredning togs direkt omhand av en enhetschef.
* Att skrivaren i socialkontorets väntrum skrev ut papper efter det att brukaren som skrivit ut dem gått därifrån. Därmed låg de tillgängliga för andra att ta del av dem. Skrivaren har nu placerats i receptionen på socialkontoret.
* Att personal på arbetstelefoner har avinstallerat appar. Detta medförde att personal inte kom åt den information de behövde för att kunna utföra sina arbetsuppgifter. De löste situationen med att logga in på andra telefoner och fick därmed tillgång till nödvändiga uppgifter.
* Att larm vid totalt tre tillfällen helt varit ur bruk. Detta har skett vid ett tillfälle på Björkbacken och vid två tillfällen på Lindbacken.

Under 2021 har konfigurationen av avvikelsemodulen i Lifecare påbörjats. Arbetet med att bygga upp modulen var klart i mitten av november 2021. I samband med att konfigurationen var klar började en personalgrupp inom hemtjänst och en på särskilt boende att rapportera testavvikelser i modulen. Från och med december månad rapporterade dessa två grupper sedan skarpt i modulen och resterade grupper kunde då börja sin testperiod. Från och med årsskiftet togs modulen i skarp drift för samtliga grupper.

Under hösten 2020 startade en ny processutbildning som avslutades i februari 2021. Syftet med processledarutbildningen är att skapa en samsyn och ökad kunskap kring användandet av processer och digitalt ledningssystem i förvaltningen. Deltog gjorde verksamhetsutvecklare inom äldreomsorgen, enhetschefer inom äldreomsorgen, sjuksköterska och arbetsterapeut.

Under året har man påbörjat arbetet med informationssäkerhet i Stratsys. Stratsys är ett system där förvaltningen kan lägga in och hantera de informationstillgångar och personuppgiftsbehandlingar som finns i verksamheten. Under 2021 har man lagt in de informationstillgångar som identifierat hittills. På några av de identifierade tillgångarna och behandlingarna har man påbörjat en säkerhetsklassificering. Anledningen till att man säkerhets klassificerar är för att mäta vilken möjlig risk som föreligger. Under 2021 har en hög risk identifierats avseende brister på trygghetslarm.

Utökat antalet e-tjänster för våra kommunmedborgare.

Under 2021 har Compodium, portalen för säkra digitala möten, sagts upp på grund av för dålig tillgänglighet i systemet och användbarhetsproblem. Under 2022 kommer man se över andra alternativ för säkra digitala möten men också om man lyckas genomföra en avsevärd förbättring av systemet.

## 3.12 Kvalitetsarbete inom äldreomsorg

Under 2021 har man tagit fram rutiner och rekommendationer om basal hygien, skyddsutrustning och stängning för besökande på särskilda boenden.

På Kaptensgården har man konverterat om sex särskilt boendeplatser till trygghetsboendeplatser. Detta medför att sju årsarbetare succesivt kommer omplaceras. Omplaceringen ska vara genomförd senast 2023.

På korttiden har man reducerat antalet platser från 20 till tolv. Detta motsvarar totalt 6,5 årsarbetare som istället fått andra vakanta tjänster och vikariat.

Tillsvidareanställd personal har fått möjlighet att välja tjänstgöringsgrad. Personalen kan välja mellan att arbeta 100, 90, 85 eller 75 %. Valet kan göras två gånger per år och man kan då välja om man vill höja respektive sänka sig i tjänstgöringsgrad, om man vill ingå i årsarbetstid eller inte samt om man vill ingå i heltid som norm eller inte. Personalen som arbetar på särskilt boende kan välja om man vill ha en eller två delade turer under en och samma schemaperiod.

Ett antal dokument för upphandling av särskilt boende har reviderats.

Hemtjänsttimmen har under 2021 uppnått målet att kostnaden ska ligga under 500 kr/timme.

Genom äldreomsorgslyftet har nu tolv personal tagit undersköterskeexamen på Säffle lärcenter. Ytterligare två har startat sina studier under 2021 men de kommer ta examen under 2022.

Införandet av Lifecare Mobil Omsorg har genomförts. Detta är den största satsningen hittills inom kommunen hemtjänst när det kommer till dokumentation. Det har krävt mycket resurser då systemet tar tid att lära sig samt att man behövt utveckla och förändra arbetssätt.

Man har sökt och fått statsbidrag för att motverka ensamhet bland äldre och för en ökad kvalitét i vården och omsorgen om personer med demenssjukdom. Totalt utbetalades 1,3 miljoner kronor. Bidraget har bland annat använts till aktiviteter, digitala spel, att förändra miljöer och för inköp av en el-cykel.

Beslut om trygg hemgång infördes under senhösten i östra området som ett första steg.

Enhetschefer arbetar med ett proaktivt ledarskap tillsammans med en konsult. Detta utifrån nationellt medarbetarindex gällande arbetstakt, delaktighet och trivsel.

## 3.13 Kvalitetsarbete inom individ- och familjeomsorg

Ett fortsatt arbete inom ramen för Lifecare meddelandefunktionen och medborgartjänst. Meddelandefunktionen har gjort kommunikationen mellan handläggare smidigare. Medborgartjänsten har gjort kommunikationen mellan handläggare och brukare smidigare.

Det SKR-projekt inom ekonomiskt bistånd man deltagit i avslutades under våren 2021. Utifrån projektet har man fortsatt arbeta med bättre och effektivare flöden mot arbetsmarknadsenheten. Man har också fått en ökad koll på vilka brukargrupper som finns på ekonomiskt bistånd samt hur dessa grupper förändras över tid. Handläggningen har genom projektet blivit mer rättssäkert och man har fått en gemensam struktur för handläggningen.

Man har deltagit SUVEk som står för systematisk uppföljning i Värmland inom ekonomiskt bistånd. Detta är ett forsknings- och utvecklingsprojekt inom FoU Välfärd Värmland med syfte att öka kunskapen om vilka bakgrundsfaktorer, behov och insatser som har samband med kortvarigt och långvarigt biståndstagande. Nyttan som Säffle dragit från detta är att få en samlad bild av vilka målgrupper som har de största behoven och hur behoven ser ut i Värmlands kommuner. Man har dessutom startat upp nätverksammöten för enhetschefer och förste socialsekreterare inom ekonomiskt bistånd för erfarenhetsutbyte och diskussioner i gemensamma frågor.

Handläggare på barn- och familjeenheten har under perioden maj 2019-april 2021 deltagit i projektet SAVE. Detta är en modell för länsgemensam systematisk uppföljning i kombination med tillämpad forskning, inom ramen för Sveriges kommuners och regioners kvinnofridssatsning. I socialstyrelsens författningssamling (SOSFS 2014:14) beskrivs socialtjänstens skyldighet att inleda utredning utan dröjsmål vid alla anmälningar som rör misstanke om barns våldsutsatthet och ansvar att bedöma risk för fortsatt våldsutsatthet. I projektet ingick totalt 851 barn i totalt 15 kommuner i Värmland, i Säffle deltog 57 barn i undersökningen. Det projektet kom fram till avseende Säffle (jämfört med de andra kommunerna) var att:

* Säffle hade en hög andel ärenden där våld bekräftats, 76 % jämfört med 65 % i övriga länet.
* Säffle hade högst andel ärenden där våld mot barn bekräftats, 51 % jämfört med 38 %.
* Säffle hade en hög andel ärenden där barnet bedömdes vara i behov av stöd, 80 % jämfört med 47 %.
* Säffle hade högst andel beviljades insatser av de ärenden där barnet har bedömts vara i behov av stöd, 62 % jämfört med 31 %.

Antalet personer som har fått råd och stöd utan föregående biståndsbedömning har ökat vid behandlingsgruppen. Arbetsgruppen går också en utbildning i familjeterapi.

Planering och förberedelser för familjecentralens öppnande gjordes under 2021. Verksamheten öppnades i januari 2022.

I slutet av 2020/början av 2021 förtydligades samarbetet mellan kommunens enhet för missbruksvård och Regionens öppenvårdsverksamhet. Detta samarbete kallas för Ronden och syftet är att på brukarnivå kunna diskutera och planera så att brukare ska kunna erbjudas bästa möjliga hjälp och stöd.

Livsstilsmottagningen omstrukturerades under hösten 2021. Missbrukshandläggare tillhör numer barn- och familjegruppen och kurator tillhör behandlingsgruppen. Utvärdering av omstruktureringen kommer göras under 2022.

Samverkan med skolan har fortsatt enligt plan. Det finns en styrgrupp för samverkan, ett förebyggarteam och ett barnhälsoteam. Styrdokument för samverkan har reviderats och man har haft utvecklingsdagar med elevhälsan.

## 3.14 Kvalitetsarbete inom funktionshinderomsorg

Installerat nya larm på samtliga gruppboenden. Larmen har dock inte fullt ut fungerat som önskar och arbete pågår för att kartlägga vart problematiken ligger.

Man arbetar fortsatt med systematiskt arbetsmiljöarbete och med riskbedömningar.

En digital tjänst har införskaffats så att e-ansökningar kan skickas in till biståndshandläggarna.

Dokumentationsombuden har fått en föreläsning om hur man skriver genomförandeplaner i Lifecare.

En modul har installerats i Lifecare där hantering och utredning av kontaktpersoner görs.

En ny daglig verksamhet har startats upp då det fanns ett behov av fler platser samt att befintliga lokaler var för små för att verksamheten skulle kunna bedrivas med god kvalitet.

En översyn av projektet kring vård- och stödsamordning har genomförts och man har beslutet att permanenta den tjänsten.

# 4. Kvalitetsuppföljning

## 4.1 Egenkontroll

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

Under 2021 har egenkontroller och granskning av dokumentation genomförts. Det kan konstateras att ett behov av kompetensutveckling och fortbildning finns. Därav har en utbildning genomförts för chefer i organisationen för att de ska kunna guida och vägleda personal kring social dokumentation och upprättande/revidering av genomförandeplaner. En utbildning för samtlig baspersonal inom äldreomsorgen och funktionshinderomsorgen finns nu tillgänglig i digital form, utbildningen är obligatorisk. Ytterligare utbildningar till vissa yrkesgrupper kommer erbjudas under 2022.

## 4.2 Informationssäkerhet

Tre gånger per år genomförs loggning i verksamhetssystemet. Varje ansvarig chef tar slumpmässigt ut 10 % av användarna för loggranskning. Loggarna granskas och om inga oegentligheter uppmärksammas lämnas loggarna vidare för diarieföring. Syftet med loggkontroll är att granska att den enskildes integritet säkerställs, att regelverket följs samt att ingen otillbörlig användning av systemet sker. Under 2021 har inga oegentligheter upptäckts vid kontroll.

## 4.3 Brukarundersökningar

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

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

## 4.3.1 Funktionshinderomsorg

I KOLADA redovisas resultat för 2021 års brukarundersökningar. Brukare från följande avdelningar har deltagit: gruppbostad LSS, daglig verksamhet LSS, boende med särskild service SoL, boendestöd SoL och sysselsättning SoL. Resultaten redovisas per avdelning i tabellform. Ytterligare resultat finns att se i KOLADA. Resultatet för 2021 jämförs med resultatet för 2019 med anledning att Säffle inte deltog i brukarundersökningarna för 2020. Detta då dåvarande avdelningschef var av uppfattningen att undersökningarna inte skulle genomföras avseende 2020.

Tabell 1. Gruppbostad LSS

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Resultat** | **2019** | **2021** | **Trend** |
| Får/får ibland den hjälp brukaren vill ha | 100 % | 95 % | Minskande |
| Känner trygghet med alla eller några i personalen. | 94 % | 100 % | Ökande |
| Känner till vem som ska kontaktas om något inte är bra. | 94 % | 89 % | Minskande |

Tabell 2. Daglig verksamhet LSS

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Resultat** | **2019** | **2021** | **Trend** |
| Får/får ibland den hjälp brukaren vill ha | 97 % | 100 % | Ökande |
| Känner trygghet med alla eller några i personalen. | 100 % | 95 % | Minskande |
| Känner till vem som ska kontaktas om något inte är bra. | 96 % | 91 % | Minskande |

Tabell 3. Boende med särskild service SoL

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Resultat** | **2019** | **2021** | **Trend** |
| Får/får ibland den hjälp brukaren vill ha | 100 % | 100 % | Bestående |
| Känner trygghet med alla eller några i personalen. | 100 % | 100 % | Bestående |
| Känner till vem som ska kontaktas om något inte är bra. | 75 % | 100 % | Ökande |

Avseende resultatet att brukare känner sig trygga med alla eller några i personalen så har resultatet förändrats på det sätt att brukare i undersökningen för 2019 har svarat att 75 % känner sig trygga med alla i personalen och 25 % att de känner sig trygga med några i personalen till att 50 % känner sig trygga med alla i personalen och 50 % med vissa i personalen.

Tabell 4. Boendestöd SoL

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Resultat** | **2019** | **2021** | **Trend** |
| Får/får ibland den hjälp brukaren vill ha | 97 % | 90 % | Minskande |
| Känner trygghet med alla eller några i personalen. | 99 % | 96 % | Minskande |
| Känner till vem som ska kontaktas om något inte är bra. | 76 % | 31 % | Minskande |

Tabell 5. Sysselsättning SoL

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Resultat** | **2019** | **2021** | **Trend** |
| Får/får ibland den hjälp brukaren vill ha | 100 % | 100 % | Besående |
| Känner trygghet med alla eller några i personalen. | 90 % | 100 % | Ökande |
| Känner till vem som ska kontaktas om något inte är bra. | 100 % | 92 % | Minskande |

Något sammantaget resultat för funktionshinderomsorgen redovisas inte i KOLADA.

## 4.3.2 Äldreomsorg

Någon brukarundersökning inom äldreomsorgen genomfördes inte under 2021. Detta med anledning av att socialstyrelsen inte hade någon upphandlad leverantör för genomförande av detta. Därmed finns inga siffror att redovisa för 2021.

## 4.3.3 Individ- och familjeomsorg

Inom individ- och familjeomsorgen har det för 2021 genomförts nationella brukarundersökningar. I undersökningarna deltog brukare från såväl barn- och familjeavdelningen och livsstilsmottagningen som avdelningen för försörjningsstöd och integration. Följande uppgifter är hämtade från KOLADA. Resultaten redovisas per avdelning i tabellform.

Tabell 8. Barn och ungdomsvård - Vårdnadshavare

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Resultat** | **2020** | **2021** | **Trend** |
| Lätt att få kontakt med socialsekreterare | 83 % | 75 % | Minskande |
| Bemött med förståelse | 67% | 71 % | Ökande |
| Tydlig information | 100 % | 85 % | Minskande |
| Inflytande | 75 % | 71 % | Minskande |
| Upplever förbättrad situation | 50 % | 62 % | Ökande |
| Sammantaget nöjd eller mycket nöjd med stöd | 60 % | 79 % | Ökande |

För barn och familjeavdelningen har vissa resultat varit minskande och andra ökande.

Tabell 9. Missbruksvård

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Resultat** | **2020** | **2021** | **Trend** |
| Lätt att få kontakt med socialsekreterare | 100 % | 75 % | Minskande |
| Bemött med förståelse | 90 % | 100 % | Ökande |
| Tydlig information | 100 % | 100 % | Bestående |
| Inflytande | 100 % | 100 % | Bestående |
| Upplever förbättrad situation  | 80 % | 86 % | Ökande |
| Sammantaget nöjd eller mycket nöjd med stöd | 100 % | 100 % | Bestående |

Tabell 10. Ekonomiskt bistånd

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Resultat** | **2020** | **2021** | **Trend** |
| Lätt att få kontakt med socialsekreterare | 81 % | 79 % | Minskande |
| Bemött med förståelse | 85 % | 74 % | Minskande |
| Tydlig information | 86 % | 75 % | Minskande |
| Inflytande | 76 % | 61 % | Minskande |
| Upplever förbättrad situation  | 68 % | 66 % | Minskande |
| Sammantaget nöjd eller mycket nöjd med stöd | 90 % | 80 % | Minskande |

Sammantaget resultat för individ- och familjeomsorgen visar att 80 % av klienterna är nöjda med det stöd som de fått. Tillgängligheten upplevs fortsatt som god då 75 % av klienterna upplever det lätt att få kontakt om behov finns. Det är dock en minskning jämfört med föregående år. Av samtliga som svarat upplever 76 % att de fått förståelse över sin situation och 69 % upplever att de fått inflytande i hur deras situation skulle kunna förändras. Avseende inflytande har det dock minskat från 84 % från året innan. 65 % upplever att deras situation har förbättrats sedan de fick kontakt med individ- och familjeomsorgen.

## 4.4 Ej verkställda beslut

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

Socialförvaltningen har under 2021 rapporterat sammanlagt 78 gynnande beslut som ej verkställda till IVO. Det är fördelat på 50 beslut enligt SoL och 28 beslut enligt LSS. Det innebär en minskning med 5 beslut sedan 2020. Under första delen av 2021 rapporterades beslut om dagverksamhet som avbrott i verkställighet då verksamheten höll stängt med anledning av Covid-19. Då dagverksamheten öppnade åter under hösten 2021 rapporterades dessa inte längre som ej verkställda. Det var även flertalet som under första delen av 2021 ville avvakta inflyttning på särskilt boende med anledning av rådande pandemi. Under senare delen av 2021 har inga personer som tackat nej till särskilt boende gjort det med hänvisning till pandemin. Av dessa anledningar kommer det troligen vara betydligt färre beslut som rapporteras in som ej verkställda kommande år.

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

I ett ärende har IVO, efter att ha begärt ett yttrande från Säffle kommun, ansökt till förvaltningsrätten om utdömande av särskild avgift då beslutet tagit oskäligt lång tid att verkställa. Säffle kommun har motsatt sig detta och skickat in nytt yttrande till förvaltningsrätten. Dom har i dagsläget ännu inte meddelats.

I fyra ärenden har IVO begärt in yttrande från Säffle kommun gällande ej verkställda beslut om dagverksamhet enligt SoL. Yttrande har skickats till IVO med redogörelse för att dagverksamheten har hållits stängd med anledning av Covid-19 och med anledning av det har IVO beslutat att inte ansöka om utdömande av särskild avgift.

I ett ärende har IVO begärt in två yttranden gällande samma brukare med för ett beslut om korttidsvistelse och ett om kontaktperson. Efter att IVO tagit del av yttrandet fattas beslut att inte ansöka om utdömande av särskild avgift hos förvaltningsrätten.

I ett ärende har IVO begärt in yttrande från Säffle kommun gällande ej verkställt beslut om bostad för vuxna. Yttrandet har skickats till IVO men inget beslut har återkopplats.

## 4.5 Granskning av tillsynsmyndighet

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

IVO har under 2021 genomfört totalt tre granskningar på kommunens verksamhet inom SoL och LSS. Det är en mer än föregående år.

Den försa granskningen avsåg att IVO granskade om Säffle kommun utfört kontroll av tillstånd för privata utförare av hemtjänstinsatser. IVO kom i granskningen fram till att kommunen har kontrollerat att de privata utförarna innehar tillstånd för att bedriva sådan verksamhet. Tillsynen ingick i ett nationellt projekt som omfattade samtliga kommuner i Sverige.

IVO beslutade i slutet av 2021 att inleda tillsyn avseende omplaceringar och hemflytt av placerade barn under 18 år. Beslutet föranleddes av ett regeringsuppdrag om förstärkt tillsyn i ärenden som rör barn och unga. Tillsynen riktade sig som samtliga kommuner och stadsdelar inom tolv län i landet. Uppgifter har lämnats till IVO men ingen återkoppling har ännu inkommit.

IVO har även beslutat om tillsyn av livsstilsmottagningen. Detta med anledning av att IVO mottagit ett klagomål från utomstående som föranlett en tillsyn. IVO avvaktade till en början med att begära in yttranden och handlingar då en missförhållanderapport utreddes av socialt ansvarig socionom. Rapporten färdigställdes i sin helhet under hösten 2021 och yttrande och handlingar har i slutet av 2021 skickats till IVO.

## 4.6 Missförhållande eller risk för missförhållande

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

Under 2021 har 8 utredningar genomförts avseende missförhållande eller risk för missförhållande, en minskning med fem utredningar sedan 2020. Gällande färdigställd rapport så lyfts alltid dessa vid aktuell personalgrupps arbetsplatsträff. Detta för att all personal ska få information om eventuella åtgärder och som underlag för att minska risken att händelserna uppstår på nytt. Socialt ansvarig socionom informerar även berörda chefer om information som behöver nå fler medarbetare än de som berörs av rapporten.

Följande utredningar har genomförts under 2021:

Rapport inkommer från administrativ assistent som fått kännedom om att uppgifter om brukare legat tillgängligt i mappar på kommunens L-katalog. Det var inom socialpsykiatrin och några av kommunens LSS-boenden som man fann informationen. Mapparna var inte låsta med behörighet. Det framkom också att inte enbart socialförvaltningens personal hade kunnat komma åt uppgifterna utan samtliga anställda inom kommunen hade kunnat komma åt dem. Bedömning gjordes att ingen brukare konkret lidit men av händelsen men att det funnits en allvarlig risk för detta då informationen varit tillgänglig för så många obehöriga personer. Beslut fattades därför att lämna en anmälan till IVO.

Rapport inkommer från förste socialsekreterare gällande att man fattat beslut om omedelbart omhändertagande enligt 6 § Lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU). Enligt 7 § LVU ska beslutet underställas Förvaltningsrätten inom en vecka vilket i detta fall missats av handläggare. Därmed var ungdomen placerad på en institution i tre dagar utan ett giltigt beslut. När händelsen uppdagades fattades ett nytt beslut som omgående underställdes förvaltningsrätten. Bedömning gjordes att brister i rättssäkerheten för brukaren förekommit. Beslut fattades att lämna en anmälan om allvarligt missförhållande till IVO.

Rapport inkommer där det framgår att en personal på ett av kommunens gruppbostäder noterat att en kollega höjt rösten till en av brukarna på boendet samt att samma kollega också avvisat brukaren från gemensamhetslokalen. Brukaren förs tillbaka till sin lägenhet med förmaning om att inte vara högljudd. När brukaren gått in på sitt rum fortsätter kollegan att prata högljudd gentemot andra brukare och uppmanar dem till att sluta skrika och bete sig. Av utredningen framkommer att personalen brustit i sitt bemötande av brukare och bidragit till en påfrestad situation. Beslut fattades att lämna en anmälan om allvarligt missförhållande till IVO.

Rapport upprättas av socialt ansvarig socionom då det framkommer uppgifter om att handläggare inte öppnat utredning i enlighet med gällande lagstiftning. Detta trots att det inkommit uppgifter som gör att utredning skulle ha öppnats. Det framkommer också att man inte avslutat en förhandsbedömning med bedömning och beslut om att inleda eller inte inleda utredning. En anmälan görs omgående till IVO. Efter utredning vidhålls beslutet att anmäla händelsen till IVO.

En rapport inkommer gällande att nattpersonal inom hemtjänsten har fått in larm om att det hos en brukare behövde bytas på samt att även sängkläder behövde bytas. Sjuksköterskan larmade i samband med att kateter byttes på brukaren om behovet att byta på brukaren. Nattpersonal åtgärdar dock inte larmet. Ingen dokumentation fanns gällande händelsen. Vid morgonbesöket av dagpersonalen upptäcks att brukaren fortsatt inte fått någon hjälp. Larmet inkom kl 05.15 och först kl 8.43 är första morgonbesöket inplanerat. Efter utredning fattas beslut om att anmäla händelsen som en allvarlig händelse till inspektionen för vård och omsorg.

En rapport inkommer gällande att en personal har upptäckt bristande hantering av genomförandeplaner samt att man brister i att uppfylla GDPR. Det framgår att man inte uppdaterat genomförandeplaner var sjätte månad eller vid behov och att det fanns uppgifter i pärmar om brukare som inte var nödvändig. Efter utredning beslutades att inte lämna anmälan till IVO då händelsen inte betraktades som ett allvarligt missförhållande.

En rapport inkommer gällande att en brukare inte fått tvättat under en tremånaders period. Under utredningen framkommer att det ibland finns svårigheter att utföra insatser hos brukare då brukaren ofta tackar nej. Att brukaren inte fått tvättat på tre månader orsakades dock inte enbart av att brukaren tackat nej. Efter utredningen beslutas att inget allvarligt missförhållande föreligger och anmäls därför inte till IVO.

Den sista rapporten som inkommer för 2021 avser att en vikarie på ett av kommunens gruppbostäder uppmärksammat att brukare begränsas i sin vardag. De hänvisas till sina lägenheter och ges inte möjlighet, utifrån sina förutsättningar, att vara delaktiga i sin egen vardag. Det saknas meningsfulla och anpassade fritidsaktiviteter i boendet för brukarna. Efter utredning av händelsen beslutas att inte lämna någon anmälan till IVO då händelsen inte uppfyller kriterierna för att det ska betraktas som en sådan.

## 4.7 Avvikelser

Under 2021 har totalt 574 avvikelserapporter inkommit. Det är en ökning på 61 avvikelser sedan föregående år. Av inkomna avvikelser kommer den övervägande majoriteten från hemtjänsten. Avvikelserapporterna har delats in i kategorierna kommunikation och information, utbildning och kompetens, omgivning och organisation, teknik, utrustning och apparatur, procedurer, rutiner och riktlinjer och övriga. Fördelningen har sett ut som följande:

Tabell 15. Typ av avvikelser

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Typ av avvikelse** | **Antal** | **Andel** |
| Kommunikation och information | 108 | 19 % |
| Utbildning och kompetens | 17 | 2 % |
| Omgivning och organisation | 49 | 9 % |
| Teknik, utrustning och apparatur | 12 | 2 % |
| Procedur, rutiner och riktlinjer | 244 | 43 % |
| Övriga | 144 | 25 % |

Från inkomna avvikelser har 244 lett till dokumenterade åtgärder.

Till övervägande del gäller avvikelserna procedurer, rutiner och riktlinjer. Det kan avse både att personal inte följer dem eller att de inte överensstämmer med faktiskt tillvägagångssätt och inte har reviderats utefter behov. Det är också mycket avvikelser gällande kommunikation och information mellan enheter och avdelningar. Det kan bland annat gälla felplaneringar, där det finns risk för att den enskilde missar insatser, att medarbetare utan delegering planeras in på uppdrag som kräver medicindelegering eller liknande. Dock har som regel arbetsgruppen själva uppmärksammat misstagen och tillsett att det inte påverkat den enskildes insats. Utöver detta har det under året ökat avsevärt med avvikelser kring funktionen av larm. Både utifrån handhavande fel men också att larmen tekniskt sett inte har fungerat. Felet är nu till stor del åtgärdat men viss problematik kan fortsatt förekomma om än mindre skala än tidigare.

## 4.8 Synpunktshantering

Under 2021 har totalt 46 synpunkter inkommit avseende verksamheten. 1 synpunkt har gällt den övergripande organisationen. 13 synpunkter avser individ- och familjeomsorgens verksamhet. 31 synpunkter avser äldreomsorgens verksamhet och 1 avser funktionshinderomsorgens verksamhet. Samtliga synpunkter har utretts av socialt ansvarig socionom och har sedan lämnats till ansvarig enhetschef samt avdelningschef för kännedom. Synpunkterna har till största del berört utförande av insatser, önskemål om tider för utförande, handläggning av ärenden samt bemötande från personal. Till övervägande del har synpunkterna inneburit att information om verksamheten lämnats till personen som skrivit synpunkten. Detta då många synpunkter som inkommer inte kan tillgodoses då verksamheten inte tillåter detta. Vissa synpunkter har däremot inneburit såväl åtgärder från ansvarig chef som en mer övergripande översyn av gällande rutiner.

# 5. Kvalitetsförbättringar

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

Nedan följer en tabell som synliggör förslag på förbättringar samt ansvarsfördelning och målsättning för år 2022.

Tabell 16. Förslag kvalitetsarbete

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Utvecklingsområde** | **Mål för 2022** | **Ansvarig** |
| Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete | Ledningssystemet ska fortsätta att vidareutvecklas vad gäller användarvänlighet, godkännande av rutiner och riktlinjer samt införande i systemet. Uppföljning och revidering av de riktlinjer och rutiner. | Socialt ansvarig socionomRespektive ansvarig chef |
| Digital dokumentation | Samtlig personal i förvaltningen för individdokumentation i verksamhetssystem. | Respektive chef med stöd av socialt ansvarig socionom  |
| Utbildning, granskning och uppföljning kring dokumentation | Att det säkerställs att dokumentationen uppfyller ställda krav | Socialt ansvarig socionomRespektive ansvarig chef |
| Fortsatt användande av funktioner i Stratsys | Att systemet utvecklas och används utifrån de funktioner som finns i systemet | Förvaltningsledning |
| System för säkra digitala möten med brukare | Översyn av nytt lämpligt system för säkra digitala möten  | Förvaltningsledning |

|  |  |
| --- | --- |
| Elin ConnedalSocialt ansvarig socionom |  |