|  |
| --- |
|  |
| Kvalitetsberättelse 2020 |
| Socialnämndens verksamheter |
|  |
|  |
|  |

|  |
| --- |
|  |

Innehåll

[Inledning 2](#_Toc32472472)

[Övergripande mål 2](#_Toc32472473)

[Mål för socialförvaltningen enligt verksamhetsplan för år 2020, kopplade till kvalitetsarbete 2](#_Toc32472474)

[Kvalitetssäkring 4](#_Toc32472475)

[Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete 4](#_Toc32472476)

Riktlinjer…………………………………………………………………………………………………………………. 5

[Styrdokument 5](#_Toc32472477)

[Servicegarantier 5](#_Toc32472478)

[Pensionärsråd respektive kommunala funktionshinderrådet 5](#_Toc32472479)

[Välfärdsteknologi 5](#_Toc32472480)

[Uppdatering av verksamhetssystem 6](#_Toc32472481)

[Medarbetardagar 6](#_Toc32472482)

[Handläggardagar 6](#_Toc32472483)

[Chefsdagar 6](#_Toc32472484)

[Övergripande kvalitetsarbete inom förvaltningen 7](#_Toc32472485)

[Kvalitetsarbete inom äldreomsorg 7](#_Toc32472486)

[Kvalitetsarbete inom individ- och familjeomsorg 8](#_Toc32472487)

[Kvalitetsarbete inom funktionshinderomsorg 9](#_Toc32472488)

[Kvalitetsuppföljning 9](#_Toc32472489)

[Egenkontroll 9](#_Toc32472490)

[Informationssäkerhet 9](#_Toc32472491)

[Brukarundersökningar 10](#_Toc32472492)

[Funktionshinderomsorg 10](#_Toc32472493)

[Äldreomsorg 10](#_Toc32472494)

[Individ- och familjeomsorg 11](#_Toc32472495)

[Ej verkställda beslut 12](#_Toc32472496)

[Granskning av tillsynsmyndighet 12](#_Toc32472497)

[Missförhållande eller risk för missförhållande 13](#_Toc32472498)

[Genomförda utredningar 13](#_Toc32472499)

[Avvikelser 15](#_Toc32472500)

[Synpunktshantering 15](#_Toc32472501)

[Kvalitetsförbättringar 16](#_Toc32472502)

# Inledning

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

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

Denna kvalitetsberättelse redovisar det kvalitetsarbete som genomförts under år 2020. 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 2020. Dessa mål ligger till grund för det kvalitetsarbete som genomförts. Därefter beskrivs och redovisas kvalitetsberättelsen enligt följande kapitel:

• Kvalitetssäkring – åtgärder som genomförts under 2020 för att säkra verksamhetens kvalitet.

• Kvalitetsuppföljning – uppföljningar/utvärderingar/kontroller som gjorts under 2020, som ligger till grund för att förbättra verksamhetens kvalitet.

• Kvalitetsförbättringar – förslag till åtgärder som bör genomföras under 2021 och kommande år för att förbättra verksamhetens kvalitet.

# Övergripande mål

Kommunens vision ”*Säffle leder hållbar utveckling -Vi kan, Vi vill, Vi vågar*” inkluderar via fullmäktigemålen långsiktig ekonomisk hållbarhet, en attraktiv arbetsgivare, hög kvalitet med fokus på hållbar utveckling, en plats för alla, ger goda förutsättningar för det livslånga lärandet, att alla kan försörja sig och att kommunen möjliggör det goda livet.

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

## Mål för socialförvaltningen enligt verksamhetsplan för år 2020, kopplade till kvalitetsarbete

**Externt perspektiv**

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

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

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

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

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

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

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

Så här gör vi för att nå målen: Aktiva åtgärder genom information, marknadsföring och dialog för att brukare ska vilja dra nytta av digital teknik i högre utsträckning. Aktivt erbjuda teknik i samband med biståndshandläggning. Ett visningsrum för digital teknik finns men har varit avstängt under större delen av 2020 på grund av rådande pandemi.

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

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

Det här ska vi uppnå: Att förändra arbetet kring personer som uppbär försörjningsstöd så att färre blir långsiktigt beroende av försörjningsstöd handlar framförallt om att personer som är arbetsredo behöver komma i sysselsättning. Genom en god samverkan med arbetsmarknadsenheten m.fl. skapas förutsättningar till sysselsättning för de som kan arbeta. Att utveckla brukarmedverkan, utvärdera arbetssätt och bedömningsinstrument och aktivt främja ett hållbart arbetsliv.

Så här gör vi för att nå målen: Vi arbetar motiverande med klienter. Deltar i ett nationellt projekt som pågår 2018-2021. Vi arbetar för att förändra arbetet med försörjningsstöd så att fler kommer ut i aktivitet eller utbildning.

Deltar i nationellt projekt, testar och jämför med andra. Tar del av arbetssätt som visat sig leda till resultat.

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

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

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

Så här gör vi för att nå målen: Upprättar rutiner lokalt mellan kommun och region för att genomföra och utveckla SIP. Följa upp med avvikelserapportering och analysera såväl frekvens som innehåll. Vi åtgärdar efter analys.

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

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

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

**Internt perspektiv**

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

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

Det här ska vi uppnå: Vi ska bibehålla ett lågt kostnadsläge genom fortsatt effektiv produktion av socialnämndens verksamheter.

Så här gör vi för att nå målen: Chefer och arbetsgrupper följer månatligen upp kostnadsutvecklingen och ekonomer tar fram statistik på volym och kostnader och analyserar tillsammans med berörda chefer där kostnaderna avviker.

**Socialnämndens mål: Att producera hemtjänst under 500 kr per timme i genomsnitt**

Det här ska vi uppnå: Genom förändringar i insatser ska brukare uppleva en ökad kvalitet av insatserna. Medarbetarna ska uppleva mindre stress och kontinuiteten för brukaren ska öka. Ny rutin för hemgång från sjukhusvistelse där fokus är att skapa ett tryggare mottagande av brukaren.

Så här gör vi för att nå målen: Chefer och medarbetare har i högre grad samlokaliserats för att arbeta tillsammans. När chefer och medarbetare ses och arbetar tillsammans dagligen förväntas dialogen leda till ökad delaktighet och teamkänsla. Chefen som är ansvarig för att leda och fördela arbetet ges möjlighet att tidigt notera och åtgärda för hög arbetsbelastning.

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

**Socialnämndens mål: Andelen barn som tar del av råd- och stödinsatser utan biståndsbedömning ska öka**

Det här ska vi uppnå: Barn och unga ska få råd- och stödinsatser så att sociala problem inte uppkommer i lika stor utsträckning.

Så här gör vi för att nå målen: Följer och utvärderar de arbetsmetoder som den utökade behandlingsgruppen använder. Fortsatt utveckling av samverkan med andra huvudmän och användandet av samordnad individuell plan (SIP) kan ge utökade möjligheter att följa upp och analysera. Åtgärda efter analys.

# Kvalitetssäkring

# Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

För att utveckla och säkra kvaliteten i verksamheten ska det finnas ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete enligt SOSFS (2011:9). Ett sådant ledningssystem består av rutiner, riktlinjer och 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 2020 har arbetet fortsatt med att föra in socialförvaltningens processer i systemet. Ett arbete med att strukturera om ledningssystemet har också påbörjats för ökad användarvänlighet.

**Lokala riktlinjer och rutiner**

Under 2020 har arbete genomförts för att sammanställa eller uppdatera lokala riktlinjer och rutiner:

* Riktlinjer för biståndshandläggning inom äldreomsorgen har reviderades.
* Riktlinjer för handläggning LSS samt socialpsykiatri har reviderats.
* Riktlinjer för barn i familjer med missbruk reviderades.
* Riktlinjer för hedersrelaterat våld och förtryck reviderades.
* Riktlinjer för lagen om vård av unga reviderades.
* Flertalet rutiner kopplat till rådande pandemi har tagits fram.
* Rutiner revideras löpande under året.

## Styrdokument

Delegeringsordning

* Under 2020 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.

## Servicegarantier

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

## 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. 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.

## Välfärdsteknologi

Strax innan årsskiftet beslutades att avtalet om trygghetskameror sägs upp. Uppsägningstiden är tre månader och vid beslut var tio kameror i drift. I dagsläget är tre kameror avslutade och ytterligare sju kommer alltså att avslutas under början av 2021.

Nya larmsystem har installerats på Kaptensgården och Björkbacken. Under kommande år kommer samma larmsystem installeras på Svanen och Lindbacken.

Man har köpt in surfplattor för att möjliggöra skypesamtal med anhöriga som exempelvis bor långt bort och inte kan besöka sina närstående. På korttidsenheten har man köpt in nya smart tv:s till varje rum.

På kommunens äldreboenden finns ett rum där man kan titta på cykelfilmer från olika platser i världen. Man har inom vissa verksamheter kommit igång tidigare men det tog fart under 2020.

Överlag ett utbrett arbete inom kommunen med program så som skype, teams, zoom. Mycket arbete i dessa system och digitala möten i olika former.

Arbetet med att se över ett system för säker digital kommunikation har startat och systemet Compodium från Iniera är under installation inom socialnämnden. För tillfället pågår testmiljöer av programmet som förhoppningsvis kan vara i full drift inom kort.

Man har startat upp en medborgartjänst inom individ- och familjeomsorg för att kunna erbjuda mer digitala tjänster. Medborgartjänsten har ännu inte startat inom äldreomsorgen och funktionshinderomsorgen.

En pilotmodul i Life care gällande samarbete med arbetsmarknadsenheten är påbörjad men inte avslutad.

## Uppdatering av verksamhetssystem

Under 2020 har övergång skett från Pro capita till Life care i följande delar:

IFO handläggning

* Ekonomiskt bistånd
* Egna medel
* Vuxna
* Barn och unga

Följande moduler och tillval har lagt in i systemet:

* Boende och korttidsboende
* Generell utredning
* KIR
* Medborgartjänst (är infört men används ännu inte fullt ut).
* Avvikelsehantering (modulen under uppbyggnad).
* Ej verkställda beslut

## Medarbetardagar

Medarbetardagar har inte genomförts under 2020 på grund av rådande pandemi.

## Handläggardagar

Handläggardagar har inte genomförts under 2020 på grund av rådande pandemi.

## Chefsdagar

Vanligen genomförs månatliga chefsträffar i förvaltningen men med anledning av rådande pandemi har vissa chefsträffar under 2020 ställts in. Chefsträffar hölls som vanligt under januari och februari månad men från och med mars månad ställdes de in. Chefsträffarna återupptogs sedan i augusti månad då smittspridningen minskade för att sedan återigen ställas in efter oktobers träff då smittspridningen på nytt ökade. Under de träffar som hölls har innehållet varierat och man har såväl som delat information även haft grupparbeten och föreläsare. Under 2020 har det bland annat fokuserats på löneprocesser, SIQ, processprogram kopplat till SIQ, budget, delegationer och dataskydd, Covid-19, rekryteringsordning, arbetsrätt och förslag till ny socialtjänstlag.

## Övergripande kvalitetsarbete inom förvaltningen

Socialförvaltningen upprättade under 2017 medlemskap i SIQ (Swedish institute for Quality) och har inom ramen för detta genomfört ett managementindex som ett första steg i att införa ett systematiskt kvalitetsarbete med SIQ:s modell. Avdelningschef funktionshinderomsorgen samt medicinskt ansvarig sjuksköterska har genomgått examinatorsutbildning för SIQ och deltagit i examination av en organisation utifrån modellen. Detta för att får en fördjupad kunskap om modellen som kommer att användas för att optimera införandet av modellen i förvaltningens systematiska kvalitetsarbete. Arbetet med att införa SIQ:s modell för kundorienterad verksamhetsutveckling har fortlöpt under början av 2020 . Inom förvaltningen har SIQ:s frågeformulär färdigställts inom chefsgruppen. I övrigt har arbetet med SIQ inte prioriterats under året med anledning av Covid-19.

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 eller röjts till obehörig anmälas som en personuppgiftsincident. En personuppgiftsincident anmäls till dataskyddsombudet i kommunen. Det anmäls sedan också till datainspektionen om incidenten anses vara allvarlig. Under året 2020 har totalt sex personuppgiftsincidenter inträffat. I fyra av dessa incidenter är socialnämnden personuppgiftsansvarig vilket innebär att incidenten orsakats inom den egna nämnden. I två av incidenterna är socialnämnden personuppgiftsbiträde vilket innebär att incidenten inte orsakats av personal inom nämnden men att nämnden berörs av incidenten. Gällande de fyra incidenter där socialnämnden är personuppgiftsansvarig har tre av dessa rapporterats till datainspektionen. I dessa tre fall har datainspektionen avslutat ärendet med bedömningen att det var riktigt av nämnden att anmäla incidenten och att vidtagna åtgärder varit tillräckliga. I det fjärde fallet bedömdes det ha varit en incident men det anmäldes aldrig till datainspektionen då den inte bedömdes tillräckligt allvarlig för att en anmälan skulle göras.

Personalkontoret startade upp en arbetsgrupp med uppdrag från kommundirektörens ledningsgrupp för att utreda förutsättningarna att starta en central rekryteringsenhet.

Processledarutbildning pausades i början av året men togs upp igen under hösten 2020. Syftet med processledarutbildningen är att skapa en samsyn och ökad kunskap kring användandet av processer och digitalt ledningssystem i förvaltningen.

En webbutbildning avseende att barnkonventionen blev lag genomfördes.

Vikarierande socialt ansvarig socionom har tillsammans med avdelningschef för funktionshinderomsorgen haft utbildningstillfällen med handläggare och chefer gällande att barnkonventionen blivit lagstadgad från 2020-01-01. Man genomförde en webbutbildning, där man genom gruppdiskussioner arbetade med olika artiklar i konventionen. Även ledamöter från socialnämnden har vid tillfälle deltagit.

## Kvalitetsarbete inom äldreomsorg

I och med Covid-19 har flera föreskrifter och rekommendationer skapats. Bland annat för basal hygien, skyddsutrustning, hemmavistelse vid symptom, skype-möten, stängning av särskilda boenden, maxantal personer vid fysiska möten, omställnings av befintliga platser på korttidsenheten.

En förstudie har tagit fram tillsammans med konsult på WSP gällande alternativa framtida äldreboenden.

Äldreomsorgslyftet startades upp vilket möjliggjort att ett 20 tal medarbetare som inte har en undersköterskeutbildning att validera och läsa in det som krävs för att få sin examen via Säffle lärcenter.

Kontaktmannaskapsutbildning har genomförts för samtliga medarbetare inom äldreomsorgen och avslutades i januari 2020.

Statsbidrag har erhållits för att motverka ensamhet bland äldre och för att öka kvaliteten inom vården och omsorgen av personer med demenssjukdom. 1, 3 miljoner kronor betalades ut och för dessa medel har det bland annat använts för inköp av en eldriven cykel, room cast, digitala spel, odlingslådor, installation av hörslingor samt att man gjort kompendier.

Från och med januari 2020 har enhetschefer tillsammans med sina samordnare arbetat med jotib-modellen för att enkelt kunna genomföra en nulägesanalys av verksamheten. Modellen förenklar arbetet med att tydligare kunna bedöma behovet av resurser, vilka förbättringsområden som finns, schemaöversyn, automatiserade träffsäkra prognoser som ersätter den rationella ekonomiska uppföljningen, effektivisering genom digitalisering samt att det ger en enkelhet och strukturerar upp det ekonomiska arbetet.

En verksamhetsutvecklare har anställts i projektform från och med 2020-10-01.

Införandet av Lifecare mobil omsorg, utförd tid och mobil dokumentation påbörjades under våren och planeras vara igångsatt fullt ut under hösten 2021. Modulen och arbetet med att fördela platser på korttiden och på särskilda boenden är färdigt och utförs nu av boendesamordnaren.

Enhetscheferna arbetar med det proaktiva ledarskapet tillsammans med konsult utifrån resultatet av nöjd medarbetar index gällande arbetstakt, delaktighet och trivsel.

Nämndpolitiker har deltagit i två olika webbsändningar från Sveriges kommuner och regioner gällande framtida boendelösningar för äldre.

## Kvalitetsarbete inom individ- och familjeomsorg

Individ- och familjeomsorgen har övergått från Pro capita till Life care. I Life care används två nya funktioner som heter medborgartjänst och meddelarfunktion. Dessa två har underlättat socialsekreterarnas arbete.

Försörjningsstöd deltar fortsatt i ett nationellt projekt kring ekonomiskt bistånd. Projektet leds av Sveriges kommuner och regioner (SKR). I och med deltagande i projektet har man förbättrat arbetsmetoder och upprättat en tydligare struktur kring det dagliga arbetet. Man har exempelvis tagit fram Leantavlor för att på ett tydligare sätt kunna följa antalet pågående ärenden, hur många barn som finns i pågående ärenden och vilka insatser som brukarna har. Man har även inom detta projekt haft brukarmöten för att få förslag till förbättringar.

Försörjningsstöd samverkar även i ett annat projekt med Karlstads universitet för att kunna följa ärenden över tid. Projektet kallas SAVE.

Man har även deltagit i en nationell brukarundersökning.

Även inom barn och familj har man deltagit i projektet SAVE. Här inom uppföljning av ärenden gällande familjevåld.

Behandlingsgruppen har under året börjat erbjuda insatser utan föregående behovsprövning för att höja servicenivån samt för en ökad tillgänglighet. Familjebehandlare i gruppen har utbildats i familjeterapi med handledare kopplat till det. Samordnare i behandlingsgruppen går en ledarskapsutbildning som också ger högskolepoäng.

Socialsekreterare erhåller handledning.

Gällande livsstilsmottagningen så samverkar de med vårdcentraler och öppenpsykiatri varje vecka. Detta kring gemensamma ärenden för personer med samsjuklighet. Kurator har genomgått utbildning inom spelmissbruk och kan därmed erbjuda behandlingssamtal för detta. För tillfället läser kurator en utbildning för kognitiv beteendeterapi.

Under året har avtal med första linjen reviderats. Gällande avtal om samverkan med skolan så har revidering påbörjats under 2020 och kommer färdigställas under 2021. Ett nytt samverkansavtal om jourfamiljehem tillsammans med Grums och Forshaga samt ett avtal med Årjängs kommun om familjerådgivning har tecknats. Man har också påbörjat framtagandet av en ny process kring samarbete mellan socialnämnden och arbetsmarknadsenheten.

## Kvalitetsarbete inom funktionshinderomsorg

Inom funktionshinderomsorgen har kvalitetsråden som startades upp under 2019 fortsatt att bedrivas till och med mars då pandemin satte stopp för dessa.

Man har infört digitala läkemedelsskåp.

Nya trygghetslarm har installerats på Stjärngatan 3.

Till flertalet av enheterna har man köpt in Apple-tv apparater.

Man har startat arbetet med att uppdatera rutinen gällande verkställande av kontaktperson. Man har även tagit fram en ny rutin kring telefonanvändning på arbetstid.

Tre av nämndens enhetschefer har fått gå en ledarskapsutbildning.

Med anledning av rådande pandemi har man fått ökade kunskaper om basal hygien.

Man har ett mer aktivt arbete med systematiskt arbetsmiljöarbete samt med riskbedömningar.

# Kvalitetsuppföljning

## Egenkontroll

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

Egenkontrollen i förvaltningen bedrivs på flera plan. Dels genomfördes i början av år 2020 analysdagar där förvaltningsledningen tillsammans registrerat och dokumenterat resultaten från KOLADAS jämförelser.

På grund av rådande pandemi har dock egenkontrollen nedprioriterats under 2020.

## Informationssäkerhet

Varje månad genomförs loggning i verksamhetssystemet. Utsedda funktioner i verksamheten tar slumpmässigt ut 10 % av användarna för loggranskning. Loggarna lämnas till ansvarig chef som godkänner loggen alternativt initierar en fördjupad granskning. Syftet med loggkontroll är att granska att den enskildes integritet säkerställs, att regelverket följs samt att ingen otillbörlig användning av systemet sker. Under 2020 har inga oegentligheter upptäckts vid kontroll.

Under 2020 beslutade nämnden om nya riktlinjer kring loggkontroller. Detta för att effektivisera verksamheten. Dessa riktlinjer kommer att träda i kraft under 2021 och kommer åläggas respektive chef att logga sin egen personal.

## Brukarundersökningar

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

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

### Funktionshinderomsorg

Inom funktionshinderomsorg deltog inte Säffle i årets brukarundersökningar. Avdelningschef för funktionshinderomsorgen var av uppfattningen att undersökningen inte skulle genomföras för 2020 och därför var Säffle kommun aldrig anmäld att delta. Undersökningen genomfördes dock som vanligt enligt Sveriges kommuner och regioner.

### Äldreomsorg

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

Tabell 6. Hemtjänst

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Resultat** | **2019** | **2020** | **Trend** |
| Vet vart man vänder sig med synpunkter/klagomål | 62% | 60% | Minskande |
| Personalen utför sina arbetsuppgifter | 84% | 95% | Ökande |
| Bemöts oftast/alltid av personal på ett bra sätt | 99 % | 99 % | Bestående |
| Känner sig trygg i att bo hemma med insatser | 90 % | 89 % | Minskande |
| Helhetssyn insatser i ordinärt boende | 91 % | 96 % | Ökande |

Tabell 7. Särskilt boende

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Resultat** | **2019** | **2020** | **Trend** |
| Vet vart man vänder sig med synpunkter/klagomål | 54 % | 43 % | Minskande |
| Bemöts oftast/alltid av personal på ett bra sätt | 94 % | 93 % | Minskande |
| Trivs med rum/lägenhet | 82 % | 75 % | Minskande |
| Känner sig trygg på boendet | 93 % | 93 % | Bestående |
| Sammantaget mycket nöjd, nöjd eller varken eller med boendet. | 89 % | 79 % | Minskande |

Sammantaget visar resultatet att äldreomsorgen brukare känner sig trygga, 93 % av dem som bor på särskilt boende och 89 % av de som bor hemma med stöd från hemtjänsten upplever trygghet. När det gäller bemötande får äldreomsorgen också ett högt betyg av brukarna, 99 % av brukarna inom hemtjänst och 93 % av brukarna inom särskilt boende upplever att de får ett bra bemötande av personalen. 79 % av brukarna som bor på särskilt boende och 96 % av brukarna som har hemtjänst uppger att de är sammantaget nöjda med de insatser de får av socialtjänsten. 60 % respektive 43 % av brukarna vet vart de ska vända sig med synpunkter eller klagomål, vilket är ett förbättringsområde.

### Individ- och familjeomsorg

Inom individ- och familjeomsorgen har det också under 2020 genomförts nationella brukarundersökningar. I undersökningarna deltog brukare från såväl barn- och familjeavdelningen och alkoholpolikliniken som avdelningen för försörjningsstöd och integration. Följande uppgifter är hämtade från KOLADA. Resultaten redovisas per avdelning i tabellform.

Tabell 8. Barn och ungdomsvård - Vårdnadshavare

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Resultat** | **2019** | **2020** | **Trend** |
| Lätt att få kontakt med socialsekreterare | 100 % | 83 % | Minskande |
| Bemött med förståelse | 80 % | 67 % | Minskande |
| Tydlig information | 80 % | 100 % | Ökande |
| Inflytande | 60 % | 75 % | Ökande |
| Upplever förbättrad situation | 50 % | 50 % | Bestående |
| Sammantaget nöjd eller mycket nöjd med stöd | 80 % | 60 % | Minskande |

Tabell 9. Missbruksvård

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Resultat** | **2019** | **2020** | **Trend** |
| Lätt att få kontakt med socialsekreterare | 90 % | 100 % | Ökande |
| Bemött med förståelse | 100 % | 90 % | Minskande |
| Tydlig information | 90 % | 100 % | Bestående |
| Inflytande | 90 % | 100 % | Ökande |
| Upplever förbättrad situation | 100 % | 80 % | Minskande |
| Sammantaget nöjd eller mycket nöjd med stöd | 100 % | 100 % | Bestående |

Tabell 10. Ekonomiskt bistånd

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Resultat** | **2019** | **2020** | **Trend** |
| Lätt att få kontakt med socialsekreterare | 97 % | 81 % | Minskande |
| Bemött med förståelse | 91 % | 85 % | Minskande |
| Tydlig information | 94 % | 86 % | Minskande |
| Inflytande | 76 % | 76 % | Bestående |
| Upplever förbättrad situation | 66 % | 68 % | Ökande |
| Sammantaget nöjd eller mycket nöjd med stöd | 89 % | 90 % | Ökande |

Sammantaget resultat för individ och familjeomsorgen visar att 89 % av klienterna är nöjda med det stöd som de fått. Tillgängligheten upplevs som god då 86 % av klienterna upplever det lätt att få kontakt då behov finns. Av samtliga som svarat upplever 83 % att de fått förståelse över sin situation och 84 % upplever att de fått inflytande i hur deras situation skulle kunna förändras. 70 % upplever att deras situation har förbättrats sedan de fick kontakt med socialtjänsten i kommunen.

## Ej verkställda beslut

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

Socialförvaltningen har under 2020 rapporterat sammanlagt 83 gynnande beslut som ej verkställda till IVO. Det innebär en ökning med 30 beslut sedan 2019. En starkt bidragande orsak till den markanta ökningen kopplas till Covid-19 då bland annat dagverksamhet hållits stängd samt att flertalet brukare velat avvakta med inflyttning till särskilt boende.

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

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

* 1 begäran angående beslut korttidstillsyn 9§7 LSS. Efter redovisning görs bedömning av IVO att det inte finns skäl att ansöka om utdömande av särskild avgift.

**Granskning av tillsynsmyndighet**

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

IVO har under 2020 genomfört en granskning på kommunens stödboende för barn och unga inom socialnämndens område. I inspektionen låg fokus för tillsynen på områdena lokaler, personal och bemanning, inskrivning och trygghet och säkerhet. IVO avslutade ärendet efter granskningen, men påtalade brister gällande lämplighetsbedömningar, att en ungdom hade mer omfattande behov än vad som ryms inom den målgrupp som lagstiftaren hade för avsikt för stödboendet samt att verksamhetens lokaler vid inspektionstillfället inte var ändamålsenliga. Åtgärder för två av punkterna har genomförts. Gällande lokaler gjordes bedömningen att man inte åtgärdar bristen då boendet inom kort kommer läggas ned.

IVO har även genomfört en tillsyn kopplat till Covid-19. Ett besöksförbud hade upprättats på en av kommunens gruppbostäder enligt LSS. Detta var inte förenligt med gällande bestämmelser. Uppgifter som framkom i telefonintervju med boendets enhetschef föranledde att IVO inte vidtog någon ytterligare granskning av verksamheten.

## Missförhållande eller risk för missförhållande

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

### Genomförda utredningar

Under 2020 har 13 utredningar genomförts avseende missförhållande eller risk för missförhållande, en ökning med fyra utredningar sedan 2019. 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.

* Rapport inkommer från enhetschef som fått kännedom om att en personal vidarebefordrat ett meddelande till personal i nattpatrullen trots uppmaningar från enhetschef om att inte sprida informationen vidare. Av utredningen framkommer att personalen brutit sin tystnadsplikt. Bedömning görs efter utredning att brukaren inte lidit men av händelsen men att det hade kunnat få konsekvenser för den enskilde. Därför beslutas att lämna anmälan till inspektionen för vård och omsorg då den uppkomna situationen bedöms som allvarlig. Som åtgärd har bland annat rutiner uppdaterats.
* Rapport inkommer från enhetschef då en personal uppgett till sin partner att det på hens arbetsplats fanns ett bekräftat fall av Covid-19. Partnern har sedan spridit detta vidare på sin arbetsplats. Av utredningen framkommer att personalen har brutit när det gäller tystnadsplikten men att det inte betraktas som ett missförhållande med anledning att informationen som spreds inte kunde härledas till vilken brukare det gällde.
* Rapport inkommer från socialsekreterare att information gällande en brukares personliga förhållanden lämnats ut till personal på ett boende där en placering skulle kunnat bli aktuell. Med anledning av den information som lämnades ut valde personalen på boendet att inte erbjuda brukaren placeringen. Efter det att rapport skrivits framkommer vem som lämnat ut informationen och då det var en legitimerad personal beslutas att avsluta utredningen för att istället öppnas som en utredning om anmälan ska göras enligt lex maria. Därmed tog medicinskt ansvarig sjuksköterska över beslutsmandatet.
* Rapport inkommer från enhetschef att personal inom hemtjänsten glömt att boka transport för en brukare när brukaren skulle till korttidsboende. Detta medförde att brukaren blev sittande i hemmet i nästan två timmar innan någon upptäckt händelsen. Brukarens partner skulle egentligen åka bort men valde denna dag att inte göra detta men brukaren hade därmed kunnat bli lämnad ensam en längre tid. Bedömningen gjordes att händelsen betraktades som ett missförhållande av allvarlig karaktär. Händelsen anmäldes därför till IVO.
* Rapport inkommer från enhetschef gällande att personal inte gått till brukaren som larmat för toalettbesök. Anledningen till att personalen inte gick till brukaren var att de precis lämnat brukaren. Efter ca 15 minuter larmar brukaren igen och denna gång ringer aldrig larmcentralen ut larmet. Händelsen medförde att brukaren inte fick sitt inkontinensskydd bytt förrän först på morgonen. Händelsen bedömdes som allvarlig och anmäldes till IVO. Det skrevs också en avvikelse till larmoperatören som avslutade ärendet utan återkoppling till nämnden.
* Rapport inkommer då enhetschef fått information om att dagpersonal hittat en brukare på golvet i badrummet. Det fanns blodspår på golvet vid sängen och i badrummet. I utredningen framkommer att brukarens rörelselarm larmat många gånger och att larmet kvitterats men ingen av personalen har gått till brukaren. Under utredningen framkommer att en nästan identisk händelse skett vid ett tidigare tillfälle samt att avvikelsen för den händelsen aldrig lämnats till socialt ansvarig socionom. För dessa två händelser skrivs två separata rapporter. Utredningen kommer fram till att händelsen ska betraktas som allvarlig och anmäls därmed till IVO. En inventering av befintliga larm har genomförts efter händelsen samt att enhetschef uppmanat om vikten av att del av informationsmaterial.
* Rapport skrivs av socialt ansvarig socionom då det under utredning av en tidigare händelse framkommit att en avvikelse skrivits men att den aldrig inkommit till socialt ansvarig socionom. Enhetschef har haft mycket att göra och därav lämnades den aldrig vidare för hantering enligt rutin. Beslut fattades att händelsen ska anses vara allvarlig med anledning att händelsen inträffat på nytt och hade kunnat undvikas om händelsen kommit till socialt ansvarig socionoms kännedom vid det första inträffade tillfället. Då händelsen bedömdes vara allvarlig rapporterades händelsen till IVO. Rutinen och processen för avvikelsehantering har reviderats med anledning av det inträffade.
* Rapport skrivs av socialt ansvarig socionom gällande den händelse det inte skickats vidare en avvikelseblankett för. En brukare har även här hittats blodig på golvet i badrummet. Rörelselarmet har gått flera gånger. Larmet har kvitterats men ingen personal har gått till brukaren. Brukaren fick föras till sjukhus på grund av sina skador. Händelsen bedömdes som allvarlig och anmäldes till IVO. Diskussion kring larm har efter denna rapport förts i äldreomsorgens ledningsgrupp där man också tagit vissa beslut om funktion på larmet.
* Rapport inkommer från enhetschef på ett av kommunens gruppbostäder för personer med funktionsnedsättning. Det framkommer i rapporten att en brukare på boendet känner sig otrygg med vissa i personalgruppen och med anledning av det avstår brukaren ibland från insatser. Utredningen påvisar att man i personalgruppen arbetar mycket olika när det kommer till genomförande av insatser och kring bemötande gentemot brukarna. Bedömning görs att det ska betraktas som ett missförhållande med anledning att situationen har påverkat brukarna men inte att det ska betraktas som ett allvarligt missförhållande. Därmed görs ingen anmälan till IVO. Bedömning av en rad åtgärder har gjorts men dessa har inte kunnat genomföras med anledning av rådande pandemi. Det kommer genomföras så fort läget förbättrats.
* En liknande rapport inkommer från enhetschef på samma boende som ovannämnda. Denna rapport är däremot riktad mot personalgruppen och ovanstående gentemot brukarna. I rapporten framgår att viss personal använder en nedlåtande jargong gentemot kollegor. Efter utredning kommer man fram till att en rad åtgärder behöver göras men att det på grund av pandemin inte kunnat genomföras ännu. Bedömning görs dock att den uppkomna situationen inte ska betraktas som allvarlig.
* Efter konsultation med socialt ansvarig socionom inkommer rapport från enhetschef gällande misstanke om att en av nattpersonalen sover på arbetstid. En av anledningarna tros också vara att personalen har en bisyssla som inte är anmält på personalenheten. Det framkommer sedan i utredningen att flera i personalgruppen har sett personen sova nattetid. Vid något tillfälle medförde detta att personalen inte gick på ett larm som gick. Situationen uppdagades då enhetschef genomfört förändringar i personalens schema. Den personal som rapporten avser arbetade tidigare med en och samma person och denna har inte informerat enhetschef om situationen. När enhetschef gjort förändringar i personalgruppen har nu andra medarbetare berättat för enhetschefen om situationen. För att situationen inte ska inträffa på nytt kommer enhetschef bland annat ansvara för att lägga scheman åt personalen. Situationen bedömdes inte som allvarlig då ingen brukare lidit men på grund av det inträffade.
* Enhetschef inlämnar rapport om missförhållande eller risk för missförhållande efter chefen fått kännedom om att en brukare känner sig otrygg gällande bemötande av en personal i hemtjänsten. Personal ska även ha ringt för att fråga brukaren om hen ville ha en viss insats utförd. I utredningen uppger sedan brukaren att hen snarare kände sig ifrågasatt än otrygg. Medarbetaren har bett om ursäkt till brukaren vilket brukaren var mycket nöjd över. Efter utredning görs bedömningen att händelsen inte betraktas som ett missförhållande. Ett samtal har genomförts med medarbetaren som uppger att det inte ska upprepas och där hen också fått information om att insatser ska utföras och att det inte är okej att ringa och fråga om brukare vill ha en insats eller inte.
* Rapport inkommer från enhetschef där det framgår att personal på ett särskilt boende för äldre hittat en brukare med avföring på händer och fötter samt med ett sår på armen. Brukaren var även kraftigt nedkyld och bedömning gjordes att brukaren legat på golvet en längre tid. Bristande dokumentation och information mellan medarbetare gjorde att händelsen inträffade. Efter händelsen har man uppdaterat genomförandeplanen och satt in fler tillsynsbesök hos brukaren nattetid. Som resultat av händelsen ska en rutin för framtagande av genomförandeplan tas fram. Bedömning gjordes efter utredning att händelsen ska betraktas som ett allvarligt missförhållande.

## Avvikelser

Under 2020 har totalt 513 avvikelserapporter inkommit. Av inkomna avvikelser kommer den övervägande majoriteten från hemtjänsten. Avvikelserapporterna har kunnat kategoriseras utifrån följande:

Tabell 15. Typ av avvikelser

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Typ av avvikelse** | **Antal** | **Andel** |
| Kommunikation och information | 107 | 21 % |
| Utbildning, kompetens | 5 | 1 % |
| Omgivning och organisation | 20 | 4 % |
| Teknik, utrustning och apparatur | 32 | 6 % |
| Procedur, rutiner, riktlinjer | 286 | 56 % |
| Övriga | 63 | 12 % |

Av dessa har 213 avvikelser lett till dokumenterade åtgärder.

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

## Synpunktshantering

Under 2020 har 33 synpunkter inkommit avseende verksamheten inom såväl individ- och familjeomsorgen, som funktionshinderomsorgen och äldreomsorgen. Samtliga synpunkter har lämnats till ansvarig enhetschef samt avdelningschef för kännedom. Synpunkterna har till största del berört utförande av insatser, handläggning av ärenden samt bemötande. Till övervägande del har synpunkterna inneburit att information om gällande rutiner lämnats till uppgiftslämnaren, då synpunkter framkommit på grund av missförstånd eller önskemål från enskild som verksamheten inte kan tillgodose. Vissa synpunkter har dock inneburit såväl åtgärder från ansvarig chef som en mer övergripande översyn av gällande rutiner.

# Kvalitetsförbättringar

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

Nedan följer en tabell som synliggör förslag på förbättringar samt ansvarsfördelning och målsättning för år 2021.

Tabell 16. Förslag kvalitetsarbete

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Utvecklingsområde** | **Mål för 2021** | **Ansvarig** |
| Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete | Ledningssystemet ska vidareutvecklas vad gäller användarvänlighet, godkännande av rutiner och riktlinjer samt införande i systemet.  Uppföljning och revidering av de riktlinjer och rutiner. | Socialt ansvarig socionom  Respektive ansvarig chef |
| Digital dokumentation | Samtlig personal i förvaltningen för individdokumentation i verksamhetssystem. | Respektive chef med stöd av socialt ansvarig socionom |
| Införande av utförd tid i hemtjänsten, LMO. | Målet är att införa i verksamheten under april månad. | Verksamhetsutvecklare äldreomsorg |
| Dokumentation tillsammans med brukare | Kommer kunna genomföras när LMO är installerad. | Verksamhetsutvecklare äldreomsorg |
| Compodium | Införandet av system för sekretessklassade digitala möten. | Verksamhetsutvecklare IT |

Elin Connedal

Socialt ansvarig socionom