|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Säffle kommun Socialförvaltningen  **Socialförvaltningen**  Elin Connedal, 0533-681657  Elin.connedal@saffle.se | **KVALITETSBERÄTTELSE** | | Sida  1(1) |
| Datum  2023-01-09 | 2023:5 | |
|  |  | |
|  | | |

Kvalitetsberättelse 2022

Innehåll

[1 Inledning 3](#_Toc129004069)

[2 Övergripande mål 4](#_Toc129004070)

[2.1 Mål för socialförvaltningen enligt verksamhetsplan för år 2022, kopplade till kvalitetsarbete 4](#_Toc129004071)

[2.1.1 Fullmäktigemål: Säffle kommun är en plats för alla. 4](#_Toc129004072)

[2.1.2 Fullmäktigemål: I Säffle kommun finns goda förutsättningar för det livslånga lärandet. 5](#_Toc129004073)

[2.1.3 Fullmäktigemål: I Säffle kommun kan alla försörja sig 5](#_Toc129004074)

[2.1.4 Fullmäktigemål: Säffle kommun möjliggör det goda livet 7](#_Toc129004075)

[2.1.5 Fullmäktigemål: Säffle kommun har god kvalitét med fokus på hållbar utveckling. 7](#_Toc129004076)

[2.1.6 Fullmäktigemål: Säffle kommun har en långsiktig ekonomisk hållbarhet. 8](#_Toc129004077)

[2.1.7 Fullmäktigemål: Säffle kommun är en attraktiv arbetsgivare. 8](#_Toc129004078)

[3 Kvalitetssäkring 10](#_Toc129004079)

[3.1 Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete 10](#_Toc129004080)

[3.2 Lokala riktlinjer och rutiner 10](#_Toc129004081)

[3.3 Styrdokument 10](#_Toc129004082)

[3.4 Servicegarantier 10](#_Toc129004083)

[3.5 Pensionärsråd respektive kommunala funktionshinderrådet 11](#_Toc129004084)

[3.6 Välfärdsteknologi 11](#_Toc129004085)

[3.7 Uppdatering av verksamhetssystem 11](#_Toc129004086)

[3.8 Medarbetardagar 12](#_Toc129004087)

[3.9 Ledarforum 12](#_Toc129004088)

[3.10 Övergripande kvalitetsarbete inom förvaltningen 12](#_Toc129004089)

[3.11 Kvalitetsarbete inom funktionsstöd 14](#_Toc129004090)

[3.12 Kvalitetsarbete inom individ- och familjeomsorg 15](#_Toc129004091)

[3.13 Kvalitetsarbete inom vård och omsorg 16](#_Toc129004092)

[4 Kvalitetsuppföljning 18](#_Toc129004093)

[4.1 Egenkontroll 18](#_Toc129004094)

[4.2 Informationssäkerhet 18](#_Toc129004095)

[4.3 Brukarundersökningar 18](#_Toc129004096)

[4.3.1 Brukarundersökning funktionsstöd 18](#_Toc129004097)

[4.3.2 Brukarundersökning individ- och familjeomsorg 20](#_Toc129004098)

[4.3.3 Brukarundersökning vård och omsorg 22](#_Toc129004099)

[4.4 Ej verkställda beslut 23](#_Toc129004100)

[4.5 Granskning av tillsynsmyndighet 24](#_Toc129004101)

[4.5.1 Inspektionen för vård och omsorg 24](#_Toc129004102)

[4.5.2 Arbetsmiljöverket 24](#_Toc129004103)

[4.6 Missförhållande eller risk för missförhållande 24](#_Toc129004104)

[4.7 Avvikelser 29](#_Toc129004105)

[4.8 Klagomål och synpunkter 30](#_Toc129004106)

[5 Kvalitetsförbättringar 31](#_Toc129004107)

# Inledning

Socialstyrelsens föreskrifter 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 lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (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 2022. 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 2022. Dessa mål ligger till grund för det kvalitetsarbete som genomförts. Därefter beskrivs och redovisas kvalitetsberättelsen enligt följande kapitel:

• Kvalitetssäkring – åtgärder som genomförts under 2022 för att säkra verksamhetens kvalitet.

• Kvalitetsuppföljning – uppföljningar/utvärderingar/kontroller som gjorts under 2022, som ligger till grund för att förbättra verksamhetens kvalitet.

• Kvalitetsförbättringar – förslag till åtgärder som bör genomföras under 2023 och kommande år för att förbättra verksamhetens kvalitet.

# Övergripande mål

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

* Säffle kommun 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 med den verksamhet som finns avser strävan enligt ovan.

## Mål för socialförvaltningen enligt verksamhetsplan för år 2022, 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 ej uppfyllt och trenden är oförändrad.

Målet var nytt 2021. Under perioden 220101-221231 har totalt 188 avvikelserapporter inkommit som avser förvaltningens tillgänglighet. Under hela förra året registrerades 151 avvikelser gällande tillgänglighet.

Den främsta orsaken i år som gör att förvaltningen brister i tillgänglighet är uteblivna insatser, missar i planeringen och larm. Det gör att den enskilde inte erhållit beviljat stöd. Orsak till uteblivna insatser är mestadels att det varit brist på personal och svårigheter att rekrytera personal. Man har då i vissa fall tvingats prioritera insatser. Brister i planeringen har minskat. I det hemtjänst område där det var flest avvikelser inom detta område har man för att förbättra planeringen placerat samordnare tillsammans med hemtjänstgruppen samt har genomgång varje morgon för att stämma av och ändra i planeringen. Det har lett till färre missar och därmed färre avvikelser. Avvikelser gällande larm som inte fungerat har reducerats kraftigt då man lyckats åtgärda de problem som förekommit. Sedan september månad har enbart fyra avvikelser om larm inkommit.

Avvikelserna registreras nu digitalt och utreds av berörd enhetschef, avdelningschef, socialt ansvarig socionom eller medicinskt ansvarig sjuksköterska.

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

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

Målet är uppfyllt och trenden är ökande.

Under de senaste åren har en mängd aktiva åtgärder genomförts för att den enskilde ska dra nytta av digital teknik, direkt eller indirekt. Av de nio e-tjänster som finns tillgängliga används återansökan om ekonomiskt bistånd inom individ- och familjeomsorgen mest frekvent. Målet har varit att 70 % av återansökningarna ska vara digitala, vilket man uppnått med god hjälp av personalen i receptionen. Resultatet i augusti månad låg på 85 %, vilket är nytt rekord.

811 digitala lås är installerade, fördelat på den enskildes dörr 506 i drift, lås på port eller tvättstuga 98 i drift samt på digitala medicinskåp 207 i drift. Antalet lås är något lägre än tidigare, vilket beror på att man nu har bättre sökmöjligheter om alla lås. Trygghetslarmen i hemtjänsten har ökat och uppgår nu till 517 aktiva larm med 549 aktiva brukare. Det kan vara två personer per larm.

Lifecare mobil omsorg används i hemtjänsten med tidsregistrering av utförda besök. På särskilda boenden har man digitala hjälpmedel för aktivering samt läsplattor för hjälp med inköp och digitala möten mellan den enskilde och anhöriga. Cosmic Link, medborgartjänst inom IFO, APPVA digital signering och appar inom funktionsstöd, digital dokumentation är andra digitala tjänster som används.

Två anställda inom vård och omsorg går för närvarande en ”teknik i vården”-utbildning genom äldreomsorgslyftet för att bli digitaliseringsledare för att kunna medverka och ge förslag på utveckling och ökad användning av teknik och digitala lösningar i verksamheten. Den tekniska utvecklingen går fort och det är viktigt att personal får utbildning och kunskap om till exempel välfärdsteknik och e-hälsa. I och med den ökade användningen av teknik och digitala tjänster inom vård och omsorg kommer personalen att ha en viktig uppgift att stödja och instruera brukare och patienter i att använda tekniken.

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

#### Socialnämndens mål: Socialförvaltningen ska under 2022 tillgodose minst 30 arbetsmarknadspolitiska anställningar (lönesubventionerade via Arbetsförmedlingen) för arbetssökande individer som uppbär försörjningsstöd och är inskrivna på arbetsmarknadsenheten.

Målet är ej uppfyllt och trenden är minskande.

Socialförvaltningen har under året haft nio arbetsmarknadspolitiska anställningar/praktikanter. Arbetsförmedlingen har inte fått fatta några nya beslut om anvisning till extratjänst från den 1:e januari 2022. Däremot berördes inte redan pågående beslut. Extratjänsterna fasades därför ut i takt med att deltagarna avslutade sin extratjänst.

Enligt budgetpropositionen för 2023 kommer anslag för nystartsjobb, etableringsjobb och stöd för yrkesintroduktionsanställningar att öka jämfört med 2022. Bland annat är etableringsjobb tänkt att beviljas långtidsarbetslösa inskrivna på Arbetsförmedlingen och nyanlända med uppehållstillstånd. Genom etableringsjobb får arbetstagaren en kombination av lön från arbetsgivare och ersättning från staten, så att den sammantagna inkomsten motsvarar lägstalöner i ordinarie kollektivavtal. Kostnaden delas ungefär lika mellan staten och arbetsgivaren. Bakgrunden till att etableringsjobb kom till är att parterna (fackförbund och arbetsgivare) på svensk arbetsmarknad tog detta initiativ för att bidra till bättre integration och minskad långtidsarbetslöshet. Avtalet trädde i kraft 1:e januari 2023, och kan börja tillämpas först efter att regeringen har genomfört förordningsändringar i enlighet med parternas krav.

#### Socialnämndens mål: Att minst 170 personer regelbundet under året är inskrivna vid arbetsmarknadsenheten med kompetenshöjande beslut från socialsekreterare vid ekonomiskt bistånd.

Målet är uppfyllt och trenden är ökande.

Antal personer i försörjningsstöd som varit inskrivna vid arbetsmarknadsenheten med kompetenshöjande insats har i snitt under året varit 218 personer. Den högsta siffran redovisades i september 2022 då det var 242 inskrivna varav 26 beslut var nya. Målet är därmed väl uppfyllt. Fortsatt samordning sker av ekonomiskt bistånd, aktiviteter på arbetsmarknadsenheten och utbildning på lärcenter. Genom den gemensamma styrgruppen för området och det dagliga nära samarbetet mellan socialsekreterare och coacher på arbetsmarknadsenheten, främjas och utvecklas en gemensam process och gemensamma system som präglas av tillit och har den enskilde i fokus. Ett arbetsmarknadsfokus finns från första dagen för de individer som står till arbetsmarknadens förfogande.

#### Socialnämndens mål: Antalet som är med i heltidsinförandet ska öka inom kommunals avtalsområde inom vård och omsorg och funktionsstöd.

Målet är ej uppfyllt men trenden är ökande.

Jämfört med mätningen 2021 så har den procentuella delen av de som arbetar heltid inom kommunals avtalsområde minskat. Jämför man med mätningen efter andra tertialet 2022, så har andelen ökat något från 70,9 % till 71,5 %.

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 avtalsområdet. Det 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 Sveriges kommuner och regioner (SKR) 2020, kom parterna överens om att heltid ska vara norm i kommuner och regioner senast 2024-12-31. Erbjudande om heltid är genomfört inom vård och omsorg och funktionsstöd, förutom inom daglig verksamhet och fritidstillsyn som finns med i planen för 2023. Alla nya anställningar erbjuds som heltid. Från 2021 har förvaltningen anpassat systemet utifrån de erfarenheter och synpunkter vi fått från medarbetare via enkäter och samtal. Både antalet schematurer, möjligheten att välja sysselsättningsgrad och årsarbetstid har justerats, vilket gjort personalen mer nöjd än tidigare.

Arbetet fortsätter för att säkerställa hållbart och attraktivitet där personalen kan välja tjänstgöringsgrad utifrån i vilket skede de är i livet. Detta bidrar till delaktighet och på sikt en större jämställdhet.

### Fullmäktigemål: Säffle kommun möjliggör det goda livet

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

Målet är ej uppfyllt och trenden är minskande.

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 2022 har 145 samordnade individuella planer genomförts. Vi använder oss av olika digitala sätt att kommunicera i flerpartssamtal, både via egna program men också via de digitala lösningar som våra samverkansparter har.

Trots att målet inte är uppfyllt meddelar regionen att Säffle ligger bra till när det gäller samordnade individuella planer som förvaltningen själv varit sammankallande till, jämfört med andra Värmländska kommuner.

Under 2022 har förvaltningen ett nytt system för att registrera planerna. Detta kommer tydliggöra så att inte fler avdelningar registrera en SIP på samma person.

#### Socialnämndens mål: Antal barn i hushåll med ekonomiskt bistånd ska minska.

Målet är uppfyllt och trenden är ökande.

Målet är nytt för 2022. Färre barn lever i familjer som uppbär försörjningsstöd än vad man sett tidigare. Man kan dock se att antalet barn varierar under månaderna, men det syns en minskning över året av antalet barn som lever i familjer som uppbär försörjningsstöd. I januari 2022 levde 271 barn i familjer med försörjningsstöd och i december 2022 var det 204 barn. Detta är en minskning med 67 barn och ungefär 25 % färre än i januari.

Förvaltningen följer varje månad den statistik över ekonomiskt bistånd som skickas till Socialstyrelsen. Fokus i arbetet med självförsörjning ligger särskilt på hushåll med barn. I den utsträckning det går, prioriteras dessa hushåll avseende arbetsmarknadspolitiska anställningar och praktikplatser.

### Fullmäktigemål: Säffle kommun har god kvalitét med fokus på hållbar utveckling.

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

Målet är ej uppfyllt och trenden är minskande.

Förvaltningens senaste punktprevalensmätning genomfördes i november 2022. Korrekt följsamhet av hygienrutiner och klädregler är av yttersta vikt för att den enskildes säkerhet, speciellt i pandemitid. Måtten är viktiga för förvaltningen och ger även en jämförelse på nationell nivå. Punktprevalensmätningen genomförs i tre olika segment:

* Samtliga åtta steg.
* Samtliga fyra hygiensteg.
* Samtliga fyra klädregler.

Det senaste resultatet från höstens mätning i Säffle visar ett lägre resultat av korrekta steg i samtliga områden jämfört med 2021. Resultat 2022:

* I samtliga åtta steg: 67,2 %.
* I samtliga fyra hygiensteg: 69,5 %.
* I samtliga fyra klädregler: 94,7 %.

Det kan konstateras att när det gäller mätning av användningen av handskar, arbetsdräkt, hår och naglar så ligger resultatet mellan 97 % och 100 %.

Resultatet föranleder därmed att man måste arbeta mer med området för att öka medvetenheten om att hygienrutiner och klädregler är av yttersta vikt för den enskildes säkerhet. Man kommer att arbeta mer med hygienstrategin i Värmland och återkommande se filmer och utbildning som Socialstyrelsen gett ut inom området.

### Fullmäktigemål: Säffle kommun har en långsiktig ekonomisk hållbarhet.

#### Socialnämndens mål: Att nettokostnadsavvikelsen ej överstiger 0 inom området individ- och familjeomsorg, funktionsstöd och vård och omsorg.

Målet är uppfyllt och trenden är minskande.

Sett till parametrarna i KOLADA har förvaltningen totalt hög verksamhetskvalitet till en låg kostnad. Det aktuella angivna värdet gäller för 2021. Nytt värde för 2022 presenteras i juni 2023 då detta är en nationellt sammanställd mätning. Nettokostnadsavvikelsen jämför nettokostnaden med referenskostnaden (statistiskt förväntad 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.

Rapporterat belopp grundar sig på nettokostnadsavvikelse för individ- och familjeomsorg, vård och omsorg och funktionsstöd. Förvaltningen konstaterar att den presenterade nettokostnadsavvikelsen för 2021 skiljer sig markant jämfört med 2020. Att nettokostnadsavvikelsen drastiskt förändrats kan bero på att det ekonomiska utfallet för främst vård och omsorg påverkats av kraftigt ökade kostnader och kostnadsförskjutningar.

### Fullmäktigemål: Säffle kommun är en attraktiv arbetsgivare.

#### Socialnämndens mål: Indikatorn ledarskap i medarbetarenkäten (NMI) ska öka från 3,5 till minst 3,7 på förvaltningsnivå.

Målet är ej uppfyllt och trenden är minskande.

Ny medarbetarundersökning genomfördes under hösten 2022. Resultatet av medarbetarenkäten 2022 för socialförvaltningen visade ett sammanvägt medarbetarindex (MMI) på 3,6 på en skala 1-5jämfört med 3,3 2020, då den senaste undersökningen gjordes.

Indikatorn för hur ledarskapet på förvaltningen upplevdes 2022 var 3,5 på samma skala, vilket är ett oförändrat resultat i jämförelse med 2020. 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 chefer på samtliga nivåer de verktyg och den fortbildning som behövs i rollen, säkerställer vi ökade möjligheter för att bedriva det goda ledarskapet. Samtliga chefer på socialförvaltningen har under 2022 genomgått en gemensam ledarutbildning med fokus på det goda, modiga och inkluderande ledarskapet. Detta för att säkerställa en gemensam ledargrund och efterlevnad utifrån kommunens riktlinjer och ett tillitsperspektiv där man ska våga ge varandra handlingsutrymme men även våga ställa krav på varandra. Utöver den gemensamma ledarutbildningen pågår ett arbete med proaktivt ledarskap i flera områden där cheferna och medarbetarna jobbar med delaktighet, arbetstakt, samarbete och ledarskap. Handlingsplaner upprättas för att minska den höga arbetsbelastningen som många medarbetare upplever och en kartläggning av förbättringsområden genomförs. Inom heltid som norm pågår arbete för att säkerställa en hållbar övergång från projekt till färdig implementering. Från 2021 har heltid som norm anpassats utifrån de erfarenheter och synpunkter som kommit in från medarbetare via enkäter och samtal. Både antalet schematurer och möjligheten att välja sysselsättningsgrad och årsarbetstid har justerats, vilket lett till att personalen blivit nöjdare. För att stärka ledarskapet ytterligare fortsätter förvaltningen med återkommande ledarforum och arbetet i lärgrupper som påbörjades under ledarutbildningen.

# 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, handlingsplaner och beskrivningar av de processer som finns i verksamheten. En process beskriver vilka aktiviteter som ingår i ett arbetsflöde och i vilken ordning aktiviteterna 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 2022 har arbetet fortsatt med att revidera socialförvaltningens processer samt att lägga in nya och reviderade rutiner, riktlinjer och handlingsplaner. Ett arbete med att strukturera om ledningssystemet har fortlöpt under 2022. Detta för en ökad användarvänlighet.

## Lokala riktlinjer och rutiner

Under 2022 har arbete genomförts för att sammanställa eller uppdatera lokala riktlinjer och rutiner.

Riktlinjer för alkohol har reviderats.

Riktlinjer för ekonomiskt bistånd har reviderats.

Riktlinjer för sociala kontrakt har upprättats.

Riktlinjer för dödsboanmälan har reviderats.

Rutiner skapas och revideras löpande under året.

## Styrdokument

Under 2022 har arbete pågått för att sammanställa eller uppdatera styrdokument för verksamheterna.

Delegeringsordningen har reviderats.

Handlingsplan för suicidprevention har antagits.

Framtidsplan för funktionsstöd har antagits.

Framtidsplan för vård och omsorg har reviderats.

## Servicegarantier

Har inte reviderats under 2022.

## 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. Både pensionärs- och funktionshinderrådet lyder under kommunstyrelsen. I pensionärsrådet utser socialnämnden två representanter varav en är ordförande och en är sekreterare.

## Välfärdsteknologi

Tidigare hade förvaltningen systemet Compodium som skulle användas för säkra digitala möten med enskilda och andra huvudmän. Detta system var inte optimalt då tillgängligheten i systemet var alltför låg samt att det inte var användarvänligt. Andra alternativ har setts över under 2022 och förhoppningsvis kommer ett nytt system finnas på plats under 2023.

Till samtliga särskilda boenden inom vård och omsorg har man köpt in digitala husdjur. Totalt har 16 hundar, 14 katter och 12 fåglar köpts in.

VR-glasögon har köpts in till de särskilda boendena inom vård och omsorg. Med dessa glasögon kan man gå promenader i olika delar av världen.

Man har träffat ett företag som visat kameror som kan kopplas in i Lifecare mobil omsorg för att kunna utföra tillsynsbesök. Det är dock ännu inte bestämt hur man kommer gå vidare med detta.

Man har lagt upp ytterligare e-tjänster som finns tillgängliga på kommunens hemsida.

## Uppdatering av verksamhetssystem

Under 2022 har följande uppdateringar och tjänster implementerats i verksamhetssystemet.

* Lifecare HSL – Man har genomfört konfigurering och utbildning för superanvändare. Allt förarbete har genomförts under 2022 men starten av systemet genomfördes under 2023.
* Infört SUS-betalningar (Swedbanks utbetalningstjänst) i IFO-modulen.
* Anpassningar/ändringar tillsammans med Tieto-konsult i både Lifecare/Procapita IFO och Lifecare/Procapita VO med anledning av byte av ekonomisystem inför 2023.
* Omstart av Hypergene i IFO-modulen.
* Införande e-tjänst anmälan Barn och unga. Enbart för barn- och utbildningsnämnden.
* Förstudie Lifecare Hemsjukvård uppföljning och avgifter (HUA), införande under första kvartalet 2023.

Tillval införda under 2022:

* Lifecare månadsrapport.
* Lifecare planerat utfört.
* Infoga word till PDF inom vård och omsorg.

## Medarbetardagar

Efter ett uppehåll av medarbetardagar under pandemin har dessa återupptagits igen under 2022. Temat för i år var god och nära vård. Nytt för 2022 var att det anordnades halvdagar och inte hela dagar som det varit tidigare. Efter förslag som inkom på medarbetardagarna finns nu en e-tjänst där personal inom förvaltningen kan skicka in förslag kopplat till god och nära vård.

## Ledarforum

Under året har chefsträffar hållits månatligen. I detta forum delas relevant information men innehåller även grupparbeten och gruppdiskussioner. Träffarna utgår från verksamhetens och chefernas behov. Även verksamhetsutvecklare deltar vid dessa träffar.

## Övergripande kvalitetsarbete inom förvaltningen

Under 2021 påbörjades en ledarskapsutbildning för förvaltningens samtliga chefer. Denna fick pausas på grund av pandemin. Den återupptogs i början av 2022 och avslutades i juni 2022. Ledarskapsutbildningen syftade till att stärka det interna arbetet och ledarskapet som i sin tur kan stärka medarbetarskapet.

Under 2021 har Compodium, portalen för säkra digitala möten, sagts upp på grund av för dålig tillgänglighet i systemet och användbarhetsproblem. Under 2022 har man sett över andra alternativ för säkra digitala möten. Det har inte beslutats om någon ny portal ännu eftersom det även är aktuellt för andra förvaltningar. Beslut om vilken portal man kommer använda sig av väntas komma under början av 2023.

Under 2021 genomfördes en dokumentationsutbildning för ledningsgruppen och förvaltningens samtliga chefer. Under 2022 genomfördes även utbildning i dokumentation för all baspersonal. Ytterligare utbildningsinsatser har genomförts inom vissa avdelningar utefter påtalat behov. Samtliga socialsekreterare har erbjudits att gå en utbildning i handläggning och dokumentation, här deltog inte alla socialsekreterare utan de som ansåg sig ha ett behov.

Utökat antal e-tjänster för kommunmedborgare.

Lifecare avvikelse togs i skarp drift 1:e januari 2022. Under året har samtliga avvikelser registrerats i modulen. Även missförhållanderapporter registreras och utreds i modulen.

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 2022 har en mängd personuppgiftsincidenter inträffat. Främst har det handlat om personuppgiftsincidenter där man skickat meddelanden i Lifecare meddelandefunktion till fel person eller grupp. Det har även förekommit att trygghetslarm i ordinärt boende inte har fungerat vid några tillfällen. Problematiken har då kunnat fastställas att det varit hos Telia och Tele2.

Utöver dessa har följande incidentrapporter inkommit:

* APPVA (verksamhetssystemet för medicintilldelning) var ur funktion. Enhetschef för hälso- och sjukvården bedömde att incidenten var allvarlig då läkemedelslistorna inte fanns tillgängliga.
* Det har upptäckts att det förekommit mailkonversationer i Outlook innehållande känsliga personuppgifter. Samt att man lämnat ut sekretessmarkerade uppgifter till obehörig.
* I meddelandefunktionen i Lifecare kan man skicka meddelanden till fel person vilket också leder till att information om hälso- och sjukvårdsinsatser kan skickas till professioner som inte berörs av dessa och vice versa gällande omvårdnadsinsatser. Risk finns även att man skickar information till externa aktörer.
* Maxgränsen för totalt antal meddelanden i systemet har nåtts vid flertalet tillfällen. Det medför att ingen kan skicka/ta emot meddelanden vilken kan innebära en risk för den enskilde.
* Personal inom hälso- och sjukvård har kunnat skriva ut utan Followme utskrift. Dåvarande förvaltningschef har beslutat att ingen ska kunna skriva utan Followme men detta har fått avvaktas med anlednings av resursbrist på IT-enheten.
* Efter att man loggat in med BankID fanns möjlighet att ändra namn och adress. Fel namn och adress kan då bli kopplat till fel personnummer. Detta gäller medborgartjänsten för vård och omsorg samt funktionsstöd.
* Säffle kommuns nätverk låg nere. Personal hade då inte tillgång till verksamhetssystemet. För socialförvaltningen medförde detta att journalsystem samt dagplanering av insatser inte fanns tillgängliga. Digitala medicinskåp och dörrlås fungerade ej. Personal fick hämta ut reservnycklar till låsen. Frånvaro av personal kom heller inte till enhetschefs kännedom i tid och därmed visste man inte om att man behövde rekrytera personal för dagen.
* Filöverföring till Swedbank fungerade inte. Det ledde till att den enskilde inte fick sitt bistånd utbetalt. Berodde på ett sigill som inte fungerade.
* En avdelningschef upptäckte att all personal hade behörighet att se och läsa i hälso- och sjukvårdsjournalen för enskilda med personlig assistans.

Arbetet med informationssäkerhet i programmet Stratsys har fortlöpt under året. Stratsys är ett system där förvaltningen kan lägga in och hantera de informationstillgångar och personuppgiftsbehandlingar som finns i verksamheten. Under 2022 har fortsatt att lägga in identifierade informationstillgångar. På några av de identifierade tillgångarna och behandlingarna har man påbörjat en säkerhetsklassificering. Anledningen till att man gör en säkerhetsklassificering är för att mäta vilken möjlig risk som föreligger.

Under 2022 infördes en incidenthanteringsmodul i Stratsys. I modulen kopplas inkomna personuppgiftsincidenter till rätt informationstillgång. Där kan man också lägga in åtgärder kopplat till incidenten. Det kan läggas in både kortsiktiga och långsiktiga åtgärder. Det går även enkelt att följa upp åtgärderna.

Utöver personuppgiftsincidentsanmälan läggs även anmälan som gjorts till Integritetsmyndigheten (IMY) in, om det gjorts någon, samt återkoppling från IMY. Det läggs också in en motivering till varför en anmälan har skickats eller inte skickats till IMY.

Hittills har 51 informationstillgångar identifierats och registrerats i Stratsys.

## Kvalitetsarbete inom funktionsstöd

Arbetar aktivt med riskbedömningar och det systematiska arbetsmiljöarbetet.

Planerar för en framtida förändring av daglig verksamhet. I och med detta har man gjort studiebesök i flertalet andra kommuner.

Ett av daglig verksamhets caféer har stängt och man har påbörjat ett arbete för att öppna ett nytt på Kaptensgården i början av 2023.

Personalen på serviceboendet har varit på studiebesök i en annan kommun för att lära sig av andra verksamheter och därmed kunna förbättra arbetet på enheten.

Handledning har förekommit inom flera av verksamheterna för att stärka personalen i sitt arbete gentemot brukarna.

Man arbetar med kvalitetsråd inom daglig verksamhet. Man har även köpt in digitala verktyg för att stimulera lärande.

Har påbörjat ett utbildningsarbete för personalen inom psykisk funktionsnedsättning. All personal har under 2022 inte hunnit gå utbildningen utan kommer få genomföra den under 2023.

Personalen på enheten för korttidsvistelse har börjat arbeta med ett digitalt verktyg som heter TYRA. Detta för att lättare kunna kommunicera med barns vårdnadshavare.

En sysselsättningshandledare har anställts.

Personalen i socialpsykiatrin och handläggare har varit på utbildning inom suicidprevention.

Viss personal inom boendestöd och handläggare har gått en utbildning inom motiverande samtal.

Personal inom socialpsykiatrin och delar av personalen på daglig verksamhet har gått en utbildning inom lågaffektivt bemötande.

## Kvalitetsarbete inom individ- och familjeomsorg

Inom ekonomiskt bistånd har man nått målet att minst 70 % av alla återansökningar inkommer via e-tjänsten.

Man scannar in handlingar så de finns digitalt i varje klients journal.

Har öppnat en gemensam digital brevlåda i Lifecare för handläggare inom ekonomiskt bistånd så att inkomna meddelanden blir hanterade även om ordinarie handläggare inte är i tjänst.

Är handläggare inte i tjänst skickas ett frånvaromeddelande både i Lifecare och Outlook. Meddelandet är gemensamt för alla handläggare på ekonomiskt bistånd. Man lämnar också ett hänvisningsmeddelade i telefonen. Därmed får både den enskilde och samarbetspartners information om att vända sig till förvaltningens reception om ärendet är akut.

Ytterligare utveckling av ett gemensamt arbetssätt så som att använda sig av gemensamma mallar och användning av instrument X som är ett evidensbaserat utrednings- och kartläggningsverktyg för ekonomiskt bistånd.

De handläggare som ville, deltog i en kurs om handläggning och dokumentation.

Man har uppdaterat introduktionsprogrammet för nyanställda och praktikanter. Detta inkluderar även information och studiebesök i andra verksamheter som samarbetar med ekonomiskt bistånd.

Man har ändrat så att nyanställda inte fattar beslut under introduktionstiden. Då finns istället en mentor som granskar dokumentation, beräkningar och som fattar besluten i ärendet.

Alla handläggare på ekonomiskt bistånd har deltagit i en digital föreläsningsserie om missbruk. Föreläsningarna är anordnade av Karlstads universitet.

Arbetat fram en process för e-ansökningar för nybesök och ska troligen tas i drift under våren 2023.

Utöver detta har man på enheten för ekonomiskt bistånd gjort iordning ett utbildningsmaterial där det bland annat finns domar, riktlinjer, JO-utlåtanden, lathundar och minnesanteckningar inom området ekonomiskt bistånd och sociala kontrakt.

Inom enheten för barn och familj planeras en central för barn och unga inom god och nära vård. Detta sker tillsammans med andra kommuner i västra Värmland och med Regionen. Meningen med centralen är att det ska finnas en plats dit vårdnadshavare kan vända sig med barn i åldrarna 7-23 år och där man kan få samordnad hjälp och stöd med det barnet behöver.

Man ser också över möjligheten att arbeta med någon av modellerna backa barnet eller tillsammans för varje barn. Dessa modeller innehåller en gemensam struktur hur en kommun ska arbeta med barnet för att så tidigt som möjligt kunna fånga upp eventuella risker som kan utvecklas ogynnsamt.

Handläggarna inom barn och familj har påbörjat yrkesresan. Yrkesresan är ett nationellt koncept för yrkesintroduktion och kompetensutveckling för socialtjänstens medarbetare. Syftet är att utöka kvaliteten inom området.

Inom området vuxna har man anställt en ny behandlare för vuxna med missbruk. Samarbetar mycket med handläggarna inom vuxna. Öppen ingång används i ökad utsträckning än vad som gjorts tidigare.

Fortsatt välfungerande samarbete med Regionens öppenvårdsverksamhet.

Gällande familjecentralen så startade de i januari 2022. Under året har de etablerat sitt arbete i kommunen. Erbjuder mycket aktiviteter för familjer med barn i åldrarna 0-6 år. Man erbjuder också föräldrautbildningar så som ABC och föräldraskap i Sverige. Dessa har blivit viktiga inslag i verksamheten. Man bedriver även i viss mån riktade insatser till familjer och vårdnadshavare som gynnas av att träffas i mindre sammanhang eller i enskilda samtal.

Behandlingsgruppen har slutfört en utbildning i familjeterapi för hela arbetsgruppen.

Två personal har gått en gruppledarutbildning för barn i missbruksfamiljer, samt att man därefter startat en grupp inom området.

En personal har tillsammans med familjecentralens samordnare gått en utbildning i trappansamtal för barn som bevittnat våld.

Det är ett fortsatt högt tryck på personer som söker hjälp via öppen ingång hos familjebehandlarna.

Inom individ- och familjeomsorgen i stort har man en mycket väl fungerande samarbete inom trygg i Säffle som avser en bred samverkan i kommunen där även polis och räddningstjänst ingår. Här man har regelbundna möten där man bedömer kommunens riskläge innan mötet. Detta ger en bra gemensam bild av läget i kommunen.

## Kvalitetsarbete inom vård och omsorg

Covid-19 har fortsatt att påverka verksamheten under 2022. Restriktionerna togs bort i februari 2022 men rekommendationen efter detta var fortsatt att använda vissa skyddsåtgärder vid nära vårdkontakt samt att personal skulle stanna hemma vid symptom. Det har påverkat i den mån att det varit fortsatta svårigheter med att bemanna verksamheterna i tillräcklig utsträckning.

Trygg hemgång har utökats att gälla i samtliga områden inom hemtjänsten.

Heltid för nattpersonal infördes

Bemanningsenheten tog över rekryteringen av vikarier från och med 2022-09-01.

Genom äldreomsorgslyftet har man kunnat erbjuda timvikarier att jobba på halvtid samtidigt som de studerar till undersköterska på halvtid. Förvaltningen har även kunnat erbjuda anställda att gå fristående kurser i psykisk ohälsa och palliativ vård.

Två anställda inom vård och omsorg går för närvarande en ”teknik i vården” utbildning genom äldreomsorgslyftet. Detta för att de ska bli digitaliseringsledare och kunna medverka och ge förslag på hur man kan utveckla och effektivisera verksamheten, samt för en ökad användning av teknik och digitala lösningar.

Inom samarbetet för god och nära vård med Regionen har man påbörjat en pilot tillsammans med andra Värmländska kommuner inom bland annat äldreresan.

Påbörjat ett arbete med att bilda olika team som ska arbete med olika typer av insatser inom hemtjänst. Bland annat har man diskuterat att skaffa team för undersköterskor som ska utföra omvårdnadsinsatser, vårdbiträden som ska utföra enklare omvårdnadsinsatser och serviceteam som ska utföra serviceinsatser.

Samtlig personal har gått en utbildning inom hot och våld.

Det har anställts en ny avdelningschef för vård och omsorg. Rekrytering klar under hösten 2022 och tillträde skedde vid årsskiftet till 2023.

Ny upphandling gjordes för det särskilda boendet Lindbacken. Vardaga, som även drev boendet innan, vann upphandlingen och har därmed fortsatt driften av detta.

Man har sökt och blivit beviljats statsbidrag för att motverka ensamhet bland äldre och för att öka kvaliteten i vården och omsorgen om äldre med demenssjukdom. För dessa medel har man anordnat olika aktiviteter, köpt in digitala spel och skapat trivsammare miljöer.

Enhetschefer arbetar fortsatt med det proaktiva ledarskapet utifrån resultatet av medarbetarundersökningen.

Beslut har fattats att öppna upp sju permanenta växelvårdsplatser.

# 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 verksamheten 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 2022 har egenkontroller och granskning av dokumentation genomförts. Det kan konstateras att ett behov av kompetensutveckling och fortbildning fortsatt finns inom området social dokumentation. Man har genomfört utbildning under året och fortsatt utbildningsinsatser kommer hållas även under 2023.

I samband med olika typer av utredningar kontrolleras också både social dokumentation hos såväl handläggare som utförare.

## Informationssäkerhet

Tre gånger per år genomförs loggning i verksamhetssystemet. Varje ansvarig chef tar slumpmässigt ut 10 % av användarna för loggkontroller. Loggarna granskas och om inga oegentligheter uppmärksammas lämnas loggarna vidare för diarieföring. Syftet med loggkontrollerna är att granska att den enskildes integritet säkerställs, att regelverket följs samt att ingen otillbörlig användning av systemet sker. Under 2022 har inga oegentligheter upptäckts vid kontroll.

Under 2022 har socialt ansvarig socionom, medicinskt ansvarig sjuksköterska, systemadministratör och förvaltningens dataskydds- och informationssäkerhetssamordnare påbörjat planering för hur loggkontrollerna ska genomföras eftersom det framkommit att nuvarande rutin försvåras av hur verksamhetssystemet är uppbyggt.

## 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 i kommunerna i landet avseende kommunens kvalitet i korthet (KKIK).

Resultatet från brukarundersökningarna redovisas nedan. Informationen är hämtad från KOLADA. Resultatet i sin helhet redovisas inte i kvalitetsberättelsen då den är omfattande. Här redovisas de frågor man ansett vara av största vikt för verksamheten.

### Brukarundersökning funktionsstöd

I KOLADA redovisas resultat för 2022 års brukarundersökningar. Brukare från följande avdelningar har deltagit: gruppbostad LSS, daglig verksamhet LSS, boende med särskild service SoL, boendestöd SoL och sysselsättning SoL. Resultatet redovisas per avdelning i tabellform. Ytterligare resultat finns att hämta i KOLADA. Resultatet för 2022 jämförs med resultatet för 2021.

Tabell 1. Gruppbostad LSS

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Resultat | 2021 | 2022 | Trend |
| Får/får ibland den hjälp brukaren vill ha | 95 % | 100 % | Ökande |
| Känner trygghet med alla eller några i personalen | 100 % | 100 % | Bestående |
| Känner till vem som ska kontaktas om något inte är bra | 89 % | 97 % | Ökande |

Tabell 2. Daglig verksamhet LSS

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Resultat | 2021 | 2022 | Trend |
| Får/får ibland den hjälp brukaren vill ha | 100 % | 100 % | Bestående |
| Känner trygghet med alla eller några i personalen | 95 % | 100 % | Ökande |
| Känner till vem som ska kontaktas om något inte är bra | 91 % | 92 % | Ökande |

Tabell 3. Boende med särskild service SoL

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Resultat | 2021 | 2022 | 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 | 100 % | 67 % | Minskande |

Tabell 4. Boendestöd SoL

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Resultat | 2021 | 2022 | Trend |
| Får/får ibland den hjälp brukaren vill ha | 90 % | 91 % | Ökande |
| Känner trygghet med alla eller några i personalen | 96 % | 100 % | Ökande |
| Känner till vem som ska kontaktas om något inte är bra | 31 % | 50 % | Ökande |

Tabell 5. Sysselsättning SoL

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Resultat | 2021 | 2022 | 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 | 92 % | 82 % | Bestående |

Många av resultaten kan ifrågasättas med anledning av hur frågorna är ställda. Detta eftersom man lägger ihop både får och får ibland den hjälp man vill ha och känner trygghet med alla eller några i personalen. Det innebär att väldigt många resultat hamnar på 100 %. I övrigt har avdelningen för funktionsstöd nästan enbart resultat som har varit bestående eller har ökat vilket är positivt.

Något sammantaget resultat för funktionsstöd redovisas inte i KOLADA.

### Brukarundersökning individ- och familjeomsorg

Inom individ- och familjeomsorgen har det för 2022 genomförts nationella brukarundersökningar. I undersökningen deltog brukare från barn och familjeenheten, vuxna inom missbruksvården och vuxna som uppbär ekonomiskt bistånd. Följande uppgifter är inhämtade från KOLADA. Resultatet för 2022 jämförs med resultatet för 2021.

Tabell 6. Barn och ungdomsvård – Vårdnadshavare

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Resultat | 2021 | 2022 | Trend |
| Lätt att få kontakt med socialsekreterare | 75 % | 76 % | Ökande |
| Bemött med förståelse | 71 % | 76 % | Ökande |
| Tydlig information | 85 % | 88 % | Ökande |
| Inflytande | 71 % | 64 % | Minskande |
| Upplever förbättrad situation | 62 % | 80 % | Ökande |
| Sammantaget nöjd eller mycket nöjd med stöd | 79 % | 76 % | Minskande |

Det är en betydlig förbättring att 80 % av vårdnadshavare upplever att de fått en förbättrad situation efter kontakt med barn och familjeenheten. Till skillnad från föregående år då siffran låg på 62 %.

Inom missbruksvården har Säffle kommun fått färre än tio svarande vilket medför att resultatet inte redovisas i KOLADA. Därmed kan ingen tabell presenteras inom missbruksvården för 2022. Ser man på tidigare år kan man dock i KOLADA utläsa att resultaten inom missbruksvården varit höga. Majoriteten av svaren varit gröna vilket i KOLADA innebär att kommunen ligger bland de 25 % bästa i landet.

Tabell 7. Ekonomiskt bistånd

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Resultat | 2021 | 2022 | Trend |
| Lätt att få kontakt med socialsekreterare | 79 % | 80 % | Ökande |
| Bemött med förståelse | 74 % | 73 % | Minskande |
| Tydlig  information | 75 % | 88 % | Ökande |
| Inflytande | 61 % | 62 % | Ökande |
| Upplever förbättrad situation | 66 % | 66 % | Bestående |
| Sammantaget nöjd eller mycket nöjd med stöd | 80 % | 81 % | Ökande |

Tabell 8. Sammantaget resultat för individ- och familjeomsorgen

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Resultat | 2021 | 2022 | Trend |
| Lätt att få kontakt med socialsekreterare | 75 % | 79 % | Ökande |
| Bemött med förståelse | 76 % | 72 % | Minskande |
| Tydlig information | 82 % | 86 % | Ökande |
| Inflytande | 69 % | 64 % | Minskande |
| Upplever förbättrad situation | 65 % | 69 % | Ökande |
| Sammantaget nöjd eller mycket nöjd med stöd | 80 % | 77 % | Minskande |

### Brukarundersökning vård och omsorg

Inom vård och omsorg har det 2022 genomförts nationella brukarundersökningar. Det är Socialstyrelsen som årligen undersöker de äldres uppfattning av vården och omsorgen inom hemtjänst och särskilt boende. Resultatet av undersökningen bygger på en nationell enkät som gått ut till samtliga personer över 65 år och som har hemtjänst i ordinärt boende eller bor på särskilt boende. Följande resultat är hämtade från KOLADA. Resultaten jämförs med 2020 med anledning av att Socialstyrelsen inte genomförde någon undersökning 2021. Socialstyrelsen hade då ingen upphandlad leverantör för genomförande av undersökningen.

Tabell 9. Hemtjänst

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Resultat | 2020 | 2022 | Trend |
| Vet vart man vänder sig med synpunkter/klagomål | 60 % | 59 % | Minskande |
| Personalen utför sina arbetsuppgifter | 95 % | 89 % | Minskande |
| Bemöts oftast/alltid av personal på ett bra sätt | 99 % | 96 % | Minskande |
| Känner sig trygg i att bo hemma med insatser | 89 % | 87 % | Minskande |
| Helhetssyn insatser i ordinärt boende | 96 % | 88 % | Minskande |

Det kan konstateras att resultatet har minskat inom samtliga redovisade frågor som inkluderas i kvalitetsberättelsen.

Tabell 10. Särskilt boende

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Resultat | 2020 | 2022 | Trend |
| Vet vart man vänder sig med synpunkter/klagomål | 43 % | 44 % | Ökande |
| Bemöts oftast/alltid av personal på ett bra sätt | 93 % | 91 % | Minskande |
| Få kontakt med personalen på | 90 % | 80 % | Minskande |
| Känner sig trygg på boendet | 93 % | 90 % | Minskande |
| Helhetssyn insats särskilt boende | 79 % | 80 % | Ökande |

## Ej verkställda beslut

Enligt 16 kap 6 f § SoL och 28 f § 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 gynnande 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 2022 rapporterat 74 gynnande beslut som ej verkställda till IVO. Det är fördelat på 49 beslut enligt SoL och 25 beslut enligt LSS. Det innebär en minskning med fyra beslut jämfört med föregående år. I kvalitetsberättelsen för 2021 antogs att antalet beslut som rapporterades till IVO skulle minska under 2022 med anledning av att förvaltningen under 2021 rapporterade in många ej verkställda beslut om daglig verksamhet och om särskilt boende på grund av rådande pandemi. Detta eftersom daglig verksamhet stängdes och att många enskilda inte ville flytta in på särskilt boende på grund av pandemin. Till en början under 2022 var det färre beslut som inte kunde verkställas men under sista kvartalet av 2022 har många beslut om särskilt boende inte kunnat verkställas och därmed ökade antalet inrapporterade beslut som inte kunnat verkställas drastiskt.

IVO har i två fall begärt in skäl till dröjsmål med att verkställa beslut.

I två ärenden har IVO, efter att ha begärt in ett yttrande från Säffle kommun, ansökt till förvaltningsrätten om utdömande av särskild avgift då besluten tagit oskäligt lång tid att verkställa. I ett ärende har socialnämnden inte skickat in något yttrande till förvaltningsrätten då man ansåg att det yttrande som bifogats ansökan och som skickats in till IVO argumenterar för varför beslutet tagit lång tid att verkställa. Dom har i dagsläget ännu inte meddelats.

I det andra ärendet har socialnämnden skickat in ett yttrande till förvaltningsrätten och motsatt sig att behöva betala en särskild avgift alternativ att den särskilda avgiften sätts ner då man haft kostnader för andra insatser till dess att beslutet kunde verkställas.

## Granskning av tillsynsmyndighet

### Inspektionen för vård och omsorg

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 enlighet med lagar och andra föreskrifter.

IVO har under 2022 inte genomfört några granskningar på socialnämndens verksamhet inom SoL och LSS.

### Arbetsmiljöverket

Arbetsmiljöverkets främsta uppdrag är att se till så att arbetsmiljön uppfyller de krav som finns i arbetsmiljölagen om att alla ska ha en bra och utvecklande arbetsmiljö. Arbetsmiljöverket tar fram juridiskt bindande föreskrifter, inspekterar arbetsställen och sprider information om arbetsmiljöregler.

Under 2022 har arbetsmiljöverket haft en tillsyn på ett särskilt boende utifrån ett allvarligt tillbud. Arbetsmiljöverket har bett om att ta del av socialnämndens utredning och har efter det beslutat att avsluta ärendet då man anser att socialnämndens utredning och åtgärder/åtgärdsplaner inte föranleder någon ytterligare tillsyn.

## Missförhållande eller risk för missförhållande

Enligt 14 kap 6 § SoL samt 24 e § LSS ska alla rapporter om missförhållanden eller påtagliga risker för missförhållande utredas. Utredningen ska bland annat utvisa vad det rapporterade missförhållandet eller risken för missförhållandet bestått i och vilken konsekvens det fått eller kunde ha fått för den enskilde.

Under 2022 har totalt 19 utredningar genomförts avseende missförhållande eller risk för missförhållande. Detta är en ökning med 11 utredningar sedan 2021. Orsaken till ökningen skulle kunna bero på att det under de senaste åren har informerats i hög utsträckning om missförhållanderapporter och att personalen fått mer kunskap om vilka händelser som ska rapporteras in. Under året har dock många av rapporterna som inkommit inte klassats som ett missförhållande eller risk för det vilket också kan visa på att det i något för hög grad skrivits missförhållanderapporter istället för avvikelser. Det är viktigt att förmedla till personal att rapporter om missförhållanden ska användas i de situationer där det verkligen antas föreligga ett missförhållande så att rapporterna inte tappar sin dignitet. Av de 19 rapporter som inkommit så har 13 bedömts som att inget missförhållande föreligger.

Det har sett olika ut på vilket sätt utredningarna kommuniceras med berörda parter. Vissa utredningar återrapporteras enbart tillbaka till berörd chef medan vissa utredningar har förmedlats till samtliga chefer på ledarforum. Inför 2023 kommer ytterligare arbete läggas på att förmedla vidare rätt utredning i rätt forum, beroende på vilka som berörs av utredningen. Det kommer bland annat förmedlas vissa utredningar i ledningsgrupperna för respektive avdelning, fortsatt i ledarforum men också enbart till berörd chef. Berörd chef lyfter också utredningen vid personalgruppens arbetsplatsträff. Detta för att personalgruppen ska få information om eventuella åtgärder samt hur man behöver arbeta för att minimera att händelsen uppstår på nytt.

Följande utredningar har genomförts under 2022:

En enskild kom hem från sjukhus och detta meddelades samordnare i hemtjänstgruppen via ett meddelande i Lifecare. Samordnare glömde i sin tur att planera in detta och den enskilde tog kontakt med hemtjänstgruppen efter två dagar och meddelade att ingen hjälp hade kommit. Den enskilde i det här fallet hade förmåga att själv till viss del kunna utföra insatserna men hade det varit en annan hade situationen kunnat bli annorlunda. En rutin skapades efter händelsen för hur samordnare ska hantera de meddelande de mottar i Lifecare meddelandefunktion. Beslut att inget missförhållande eller risk för missförhållande föreligger.

Tidigare har behörigheterna för cheferna inom funktionsstöd varit vida. Detta för att alla ska kunna täcka för varandra vid sjukdom. Detta har inte varit optimalt då samtliga chefer kan se information de inte behöver i sitt dagliga arbete i verksamhetssystemet. Därför har man påbörjat en omstrukturering i verksamhetssystemet där man ändrar om verkställigheterna. I samband med detta missades två beslut att läggas om från en verkställighet till en annan vilket medförde att enhetschefen som skulle arbeta för att verkställa besluten aldrig såg dem. Beslut fattas att inget missförhållande eller risk för missförhållande föreligger.

En personal på ett av kommunens särskilda boenden upptäcker att det ligger en lampskärm framför rörelselarmet bredvid en enskilds säng. Enhetschef har uppfattat det som att lampan står på ett sådant avstånd att den enskilde själv inte ska kunna välta omkull den. Det fanns heller ingen dokumentation i verksamhetssystemet att den ska ha vält och att man plockat upp lampan. Under utredningen framkommer att den enskilde kommer åt lampan själv och att det därför högst troligen är det som inträffat. Det beslutas att inget missförhållande föreligger.

En enskild larmar och behöver hjälp att gå på toaletten. Personal tar emot samtalet och uppger till larmoperatör att de ska åka dit. Ytterligare larm inkommer och personalen har då glömt av att de ska åka till den enskilde. De åker dit och då är redan annan personal där. Det tar ungefär två timmar från det att första larmet inkommer tills personal är på plats. Inställelsetiden är en timme. Personalen är medvetna om att det blivit fel och inga men upptäcks hos den enskilde. Beslut fattas att inget missförhållande föreligger.

En personal inom hemtjänsten kommer hem till en enskild och upptäcker att den enskilde ligger på soffan. Den enskilde uppger att hon blivit liggande på soffan under hela natten och har inte kunnat ta sig upp på egen hand. Hon uppger till personal att hon har ont i kroppen. Trygghetslarmet hade hon inte på sig utan det låg i sovrummet. Personalen som var där på kvällen uppger att sängen var bäddad när hon gjorde iordning inför kvällen. Brukaren lägger sig alltid själv. På morgonen var inte sängen bäddad och därmed kunde det konstateras att den enskilde lagt sig för att sedan förflytta sig till soffan. Den enskilde hade en historik av att själv ta av sig larmet. Det kunde konstateras att inget missförhållande förelåg och beslut fattades därefter.

En enskild larmar och är i behov av hjälp. Larmoperatör ringer ut larmet till berörd hemtjänstgrupp. Efter en stund larmar den enskilde igen men larmoperatör får ingen kontakt med den enskilde. Larmoperatören följer rutinen och ringer inte ut larmet med anledning av att det fortfarande är inom inställelsetiden på en timme. Tillslut larmar den enskilde en tredje gång och är nu mycket upprörd eftersom den personal som tillslut kom och hjälpte den enskilde uppgett att inget larm ringt ut. Det framkommer att den personal som mottagit larmet hört fel namn och därför har man kontaktat fel person. Det bedöms som att inget missförhållande föreligger utan att det är den mänskliga faktorn som orsakat händelsen.

En personal har använt en enskilds hjälpmedel på ett felaktigt sätt. Personalen har instruerat den enskilde om hur hjälpmedlet ska användas men sedan själv inte ha följt detta. Det medförde att den enskilde fick stå och vänta på personalen vilket den enskilde kan ha mycket svårt för. Att använda hjälpmedel och sedan inte följa instruktionerna är inte okej eftersom det kan skapa en förvirring för den enskilde. Effekten av handlandet hos personalen skulle kunna bli att hjälpmedlet inte kan användas för den enskilde. Det bedöms ändå som att inget missförhållande föreligger.

Det inkommer en missförhållande rapport gällande att insatsen tvätt uteblivit för flera enskilde inom ett visst hemtjänstområde. Insatsen har uteblivit under en längre tid. Detta har inträffat vid tidigare tillfällen och det har även då utretts som ett missförhållande. Att det nu återigen inträffar innebär att åtgärderna som beslutades om vid tidigare utredning inte varit tillräckliga. Efter utredning kommer man fram till flertalet ytterligare åtgärder som behövs för att minska risken för att det händer på nytt. Beslut fattas att det föreligger ett missförhållande eftersom man inte lyckats åtgärda problemet men att det inte anses som allvarligt.

En enskild har fått hjälp av personal att hitta ett nytt hem för sin katt med anledning av att den enskilde till viss del inte själv anser sig kunna ta hand om katten. Den enskilde har varit införstådd i att katten behöver ett nytt hem men när man funnit ett nytt hem gick processen snabbt och den enskilde kände sig inte delaktig. Detta ledde till att den enskilde under en period mådde dåligt och ville inte delta i aktiviteter så som den enskilde brukade. Efter utredning görs bedömningen att ett missförhållande föreligger men att det inte är av den allvarligare graden med anledning av att den enskilde samtyckt till att katten ska lämnas bort. Det kan dock konstateras att det borde ha genomförts på ett mer inkluderande sätt.

En personal skriver en missförhållanderapport gällande att en vikarie har tagit i för hårt när man använt ett draglakan för att förflytta en enskild. Detta resulterade i att den enskilde slog huvudet i sänggrinden. Den enskilde slår sig inte så hårt att hon får några skador eller men. Det framkommer i utredningen att vikarien inte hade fått någon utbildning i förflyttningsteknik och att utbildningen efter pandemin blivit digital. Samma dag som utredningen startar hålls en ny visning av utbildningen och vikarien deltar i denna utbildning. Efter utredning kan det konstateras att det är en brist att vikarien inte deltagit i en förflyttningsutbildning men att det inte bedöms som ett missförhållande.

Det framkommer att en enskild ramlat ut från ett fönster på andra våningen på ett särskilt boende och skadat sig allvarligt. Händelsen inträffade på natten. Det kan bekräftas att i alla fall en av de två spärrar som finns på vädringsfönstren var stängd då den enskilde tog sig ut. Detta genom att man hittat en trasig del av spärren liggande på fönsterbrädan. Efter att händelsen utretts kan bedömning göras att det som inträffat är en ren olyckshändelse och därmed inget missförhållande i verksamheten.

Det inkommer en avvikelse där det framgår att enskilda inte fått beviljade insatser så som de ska. Insatserna har tillslut genomförts men de har varit avsevärt försenade. Det framkommer i utredningen att innehållet i genomförandeplanerna på det aktuella boendet varit bristfälliga och att det saknats handlingsplaner för tillfällen då enskilda inte varit mottagliga för att ta emot hjälp. Det saknas dessutom dokumentation i verksamhetssystemet om den enskildes mående och att insatser därmed uteblivit. Det bedöms som att händelsen innebär en risk för ett allvarligt missförhållande och anmälan lämnas till IVO.

En missförhållanderapport inkommer där det framgår att en personal uppmärksammat brister i bemötande mot en enskild på ett särskilt boende. I utredningen framkommer att det inte enbart finns brister i bemötande mot enskilda utan även mot personal. Det framkommer att personalen har gett läkemedel och rekommenderar enskilda att ta läkemedel som personalen saknar delegation för. Enhetschef beslutar att personalen stängs av under utredningen, efter samråd med personalenheten. Ord står mot ord och det är svårt att avgöra vilken personals version som stämmer. Den sammantagna bedömningen är dock att en personal har brustit i bemötandet av enskilda men situationen bedöms inte vara ett missförhållande.

En enskild har inte fått hjälp med insatsen tvätt under en längre tid. Detta har utretts i tidigare missförhållanderapporter. Hos den enskilde i det här fallet ber den enskilde sällan om hjälp även om den uppmärksammar att insatser uteblivit och trots att den enskilde själv inte har möjlighet att genomföra insatsen. I utredningen kommer man fram till att det finns en otydlighet i vem som ansvarar för att boka ny tid. Vilket kompliceras av att det är olika i olika bokningssystem. Det som är anledningen till att situationen upptäcks är att det snart inte längre finns rena kläder till den enskilde. Man åtgärdar genom att boka ny tid och skriva missförhållanderapport. Det innebär att den enskilde hela tiden haft rena kläder att tillgå. Det beslutas därför att det inte föreligger ett missförhållande eller risk för ett missförhållande.

Det inkommer en missförhållanderapport där det framgår att en enskild inte fått hjälp med personlig omvårdnad och stöd att komma i säng. I utredningen framgår att en personal har varit hos den enskilde på kvällen men det framgår inte i dokumentation om insatser uteblivit eller om man försökt motivera den enskilde att ta emot insatser. Den enskilde saknar förmåga att själv kunna påkalla hjälp via trygghetslarm. Det framgår heller inte tydligt i rutiner eller genomförandeplaner hur den enskilde önskar att insatsen utförs vilket anses vara en brist. Inte heller i biståndsbedömares beställning framgår behovet av hjälp och stöd ser ut. Eftersom den enskilde blivit uppesittande en hel natt och där dokumentation saknas hur man försökt motivera den enskilde till att ta emot hjälp anmäls händelsen som ett allvarligt missförhållande till IVO.

Det inkommer en avvikelse där det framgår att nattpersonal på ett särskilt boende inte fått information om att en enskild kommit tillbaka från en sjukhusvistelse. Den enskilde hade genomfört en operation och fallrisk förelåg. Det har heller inte gjorts någon journalanteckning om att den enskilde kommit hem. Det är både sjuksköterska, dagpersonal och kvällspersonal som inte har dokumenterat hemkomsten. Den enskilde hade ett larm tillgängligt men det är osäkert om den enskilde själv hade förmåga att larma. Nattpersonalen har ändå tittat in i den enskildes rum under natten och sett att den enskilde kommit hem och därmed har inget inträffat. Det bedöms som att det förelåg en risk för ett allvarligt missförhållande och händelsen anmäldes till IVO.

Flera så kallade lapslistor har på kort tid påträffats både hemma hos enskilda men också utanför ett av kommunens särskilda boenden. På listorna framgår enskildas namn, personnummer, adresser, portkoder och vilka insatser den enskilde har hjälp och stöd med. De innehåller alltså integritetskänsliga uppgifter om den enskilde. Sedan tidigare har man infört Lifecare mobil omsorg där all den information man haft på listorna nu istället finns på mobiler. Därför finns ingen anledning att ta med listorna ut. Detta har organisationen misslyckats med att kommunicera till personalen och listorna har fortsatt att tas med ut. Med anledning av vilka känsliga uppgifter som framkommer på listorna beslutas att situationen uppfyller kriterierna för att betraktas som ett allvarligt missförhållande och händelsen anmäls till IVO.

En handläggare genomför en uppföljning av ett boendebeslut för en enskild. Det framkommer under uppföljningen att den enskilde inte får de insatser som den enskilde är beviljad och därför skrivs en missförhållanderapport. Det framkommer i utredningen att den personal som deltog vid uppföljningsmötet inte var tillräckligt insatt i hur situationen såg ut för den enskilde. God man och den enskilde hade dessutom en inställning att den enskilde var i behov av en annan typ av boende. Handläggare hade också den inställningen att det var en annan typ av boende som möjligen var aktuellt. Det framkom efter mötet att det blivit flera missförstånd under uppföljningsmötet. Situationen bedöms inte vara ett missförhållande och händelsen anmäldes inte till IVO.

Via IVO inkommer ett klagomål där det framgår att det är ohållbart i en hemtjänstgrupp i kommunen. Det framgick att enskilda satt ledsna i sina hem över hur personalsituationen i arbetsgruppen utvecklats och att enskilda inte fick sina beviljade insatser utförda. Efter utredning framkom att en av de tillfrågade enskilda var missnöjd med insatserna till viss del. Resterande av de tillfrågade uppgav att det till viss del varit ansträngt under sommaren 2022 men att det fungerade mycket bra i dagsläget. En av de tillfrågade var mycket nöjd med hemtjänsten. Därmed bedöms det inte som något missförhållande eftersom ingen enskild drabbats på så sätt som framgick i klagomålet. Att en enskild varit missnöjd med insatserna som utfördes av en personal får försöka förbättras men det uppfyller inte kriterierna för att betraktas som ett missförhållande.

I några av de anmälningar som skickats till IVO har IVO begärt in komplettering. Efter att komplettering skickats in har IVO har IVO ansett att socialnämnden har utrett tillräckligt och därefter avslutat ärendet. I resterande ärendet har IVO, utan komplettering, bedömt att händelsen har utretts tillräckligt och avslutat ärendet.

## Avvikelser

Under 2022 har totalt 451 avvikelser inkommit. Det är en minskning på 123 avvikelser sedan föregående år. Anledningen till att det kommit in betydligt mindre avvikelser under 2022 skulle kunna vara att den larmproblematik förvaltningen hade under 2021 har åtgärdats. Avvikelserna delas in i kategorierna brister i bemötande, brister i planeringen brister i teknik/utrustning, brister i utförande, fysiska övergrepp, försummelse/brister, informationsöverföring, larm, psykiska övergrepp, utebliven insats och övriga. Avseende avvikelserna fysiska och psykiska övergrepp så har dessa enbart handlat om att personal blivit utsatta av brukare och inte vice versa. Detta ska egentligen inte registreras som en avvikelse utan som ett tillbud. Fördelningen ser för 2022 ut som följande:

Tabell 11. Typ av avvikelser

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Typ av avvikelse | Antal | Andel i procent |
| Brister i bemötande | 6 stycken | 1 % |
| Brister i planeringen | 97 stycken | 22 % |
| Brister i teknik/utrustning | 10 stycken | 2 % |
| Bister i utförande | 49 stycken | 11 % |
| Fysiska övergrepp | 8 stycken | 2 % |
| Försummelse/brister | 13 stycken | 3 % |
| Informationsöverföring | 31 stycken | 7 % |
| Larm | 39 stycken | 9 % |
| Psykiska övergrepp | 1 stycken | 0 % |
| Utebliven insats | 126 stycken | 28 % |
| Övriga | 71 stycken | 15 % |

De övervägande mest förekommande avvikelserna är brister i planeringen och utebliven insats. Inom områdena östra innerstaden 1 och 2 fick ofta personalen till viss del ändra om besöken med anledning av att det fanns effektivare sätt att planera besöken. En möjlig orsak till att planeringen inte blev så effektiv som möjligt kan bero på att samordnaren arbetar heltid som samordnare och därmed har inte samordnaren egen erfarenhet om hur besöken planeras så effektivt som möjligt. Samordnaren sitter dessutom inte tillsammans med hemtjänstgruppen utan sitter i andra lokaler. För att försöka åtgärda detta går samordnaren varje morgon till gruppen och ändrar om besöken vid behov. Detta har gett resultat genom att avvikelserna i dessa hemtjänstgrupper avseende brister i planeringen har minskat från 41 stycken under perioden januari-augusti, då samordnare inte var där varje morgon, till 14 stycken under perioden september-december då samordnare besökte hemtjänstgruppen. Avseende utebliven insats beror det högst troligen på att det under året varit fortsatt mycket sjukdom och svårigheter att rekrytera vilket lett till att många serviceinsatser fått planeras om till andra dagar eller uteblivit.

Avseende larm som föregående år varit ett stort problem så har de avvikelser som inkommit gällande larm till störst del handlat om problematik hos operatören eller handhavande fel.

## Klagomål och synpunkter

Under 2022 har totalt 54 klagomål och synpunkter inkommit. Det är en ökning från föregående år med åtta stycken. Det har inkommit ett övergripande klagomål. Fyra klagomål har inkommit på funktionsstöd en ökning från föregående år med tre stycken. Tio klagomål har inkommit på individ- och familjeomsorgen, en minskning med tre stycken från föregående år. Inom vård och omsorg har det inkommit 39 klagomål, en ökning med åtta klagomål från föregående år. Det som kan utläsas av inkomna klagomål är att de i högre utsträckning är mer omfattande än vad de varit tidigare.

Till övervägande del har klagomålen inneburit att information om verksamheten har lämnats till personen som skrivit klagomålet. Detta då många klagomål som inkommer inte kan tillgodoses då verksamheten inte tillåter detta. Vissa klagomål har däremot inneburit såväl åtgärder från ansvarig chef som en mer övergripande översyn av gällande rutiner och riktlinjer.

# 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 den egna verksamheten och från omvärlden. 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 och målsättning för 2023. Tillhörande föreslagna förbättringsområden redogörs också för vem som är ansvarig för respektive område.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Utvecklingsområde | Mål för 2023 | Ansvarig |
| Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. | Ledningssystemet ska fortsätta att vidareutvecklas vad gäller användarvänlighet.  Uppföljning och revidering av riktlinjer och rutiner. | Socialt ansvarig socionom och verksamhetsutvecklare.  Respektive ansvarig chef. |
| Digital dokumentation och dokumentation hos den enskilde. | Samtlig personal i nämnden för dokumentation i verksamhetssystem, i den mån det är möjlig tillsammans med den enskilde. | Respektive ansvarig chef tillsammans med socialt ansvarig socionom och verksamhetsutvecklare. |
| Utbildning, granskning och uppföljning kring dokumentation. | Att det fortsatt säkerställs att dokumentationen uppfyller ställda krav. | Socialt ansvarig socionom och respektive ansvarig chef och verksamhetsutvecklare. |
| System för säkra digitala möten med enskilda. | Arbete har påbörjats men är ännu inte klart. Hög mån om att detta färdigställs med nytt system under 2023. | Ledningsgruppen |
| Välfärdsteknik. | Inventering av behov av välfärdsteknik. | Kvalitetsgruppen |

Elin Connedal

Socialt ansvarig socionom