



Kvalitetsberättelse

Socialnämnd
2022

Innehållsförteckning

Sammanfattning	3
Inledning	3
Vad är kvalitet?	3
Syfte och mål	4
Uppföljning från föregående år	4
Organisatoriskt ansvar för kvalitetsarbetet	4
Förvaltningens uppföljning av kvalitet	5
Mål och fokusområden	6
Ledningssystemets grundläggande uppbyggnad	7
Processer, riktlinjer och rutiner	8
Samverkan	8
Systematiskt förbättringsarbete	9
Riskanalys	9
Egenkontroll och kvalitetsindikatorer	12
Avvikelsestatistik, klagomål och synpunkter	14
Personalens medverkan i kvalitetsarbetet	17
Dokumentationsskyldigheten	18
Interna och externa granskningar	18
Interna granskningar/undersökningar	18
Revisionen	18
Inspektionen för vård och omsorg	20
Förbättringsarbeten	20
Analys av året	22
Sammanfattande bedömning	22
Utvecklingsområde	22

Sammanfattning

Arbetet med att systematiskt utveckla och säkra kvaliteten i verksamheten bör dokumenteras i en årlig kvalitetsberättelse. Kvalitetsberättelsen bör omfatta hur de som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt lagstiftningen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) arbetat med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet under föregående kalenderår.

Sammanfattningsvis har kvalitetsarbetet under året tagit vid förra årets arbete med att utveckla kvalitetsledningssystemet. En satsning har genomförts för att få en bättre struktur på kvalitetsarbetet genom verktyget Stratsys och utbildning och dialog med chefer i förvaltningen.

I kvalitetsarbetet ingår målarbete, förvaltningens fokusområden och ledningssystemet enligt SOSFS 2011:9. I kvalitetsberättelsen är det primära fokuset på systematiskt kvalitetsarbete enligt SOSFS 2011:9 som beskriver syftet med ett ledningssystem enligt följande "att verksamheten systematiskt och fortlöpande ska kunna utveckla och säkra kvaliteten utifrån de krav och mål som gäller enligt lagar och förordningar. Detta uppnås genom att ledningssystemet stödjer arbetet med att planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten". Under året har samtliga verksamheter arbetat med kvalitetsarbetet enligt SOSFS 2011:9 och dokumenterat arbetet i Stratsys.

I kvalitetsarbetet ska verksamheterna identifiera, beskriva och fastställa de processer i verksamheten som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet. Vidare ta fram rutiner som ska beskriva ett bestämt tillvägagångssätt för hur en aktivitet ska utföras samt ange hur ansvaret för utförandet är fördelat i verksamheten. Under året har flertalet riktlinjer och rutiner tagit fram.

Det ska genom processerna och rutinerna även säkerställas att samverkan möjliggörs med andra verksamheter inom socialtjänsten eller enligt LSS samt med vårdgivare, myndigheter, föreningar och andra organisationer. Verksamheterna har identifierat samverkanspartners och det finns strukturerade samverkansformer inom den egna verksamheten, med andra förvaltningar i kommunen samt regionalt.

Den som bedriver verksamhet ska ta emot och utreda klagomål och synpunkter på verksamhetens kvalitet. Vidare ska den som fullgör uppgifter inom socialtjänsten eller i verksamhet enligt lagstiftningen om stöd och service till vissa funktionshindrade rapportera om man uppmärksammar eller får kännedom om ett missförhållande eller en påtaglig risk för missförhållande som rör den som får, eller kan komma i fråga för, insatser inom verksamheten. Den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS är skyldig att utreda dessa rapporter. Sammanfattningsvis har det rapporterats in 552 avvikelser och 37 klagomål och synpunkter under året.

Var och en som fullgör uppgifter inom socialtjänsten ska medverka till att den verksamhet som bedrivs och de insatser som genomförs är av god kvalitet. Verksamheterna arbetar på flera sätt för att involvera medarbetare i kvalitetsarbetet. Medarbetarmedverkan och brukarmedverkan är ett av de prioriterade utvecklingsområdena för år 2023.

Under året har det tagits fram planer och genomförts flera förbättringsarbeten utifrån resultat av bland annat riskanalyser, brukarundersökningar och interna och externa granskningar. Resultat av förbättringsarbeten, nya metoder och arbetssätt som har implementerats under året har fått märkbara resultat i vissa fall och i andra förväntas resultatet visa sig först under 2023.

Inledning

Enligt SOSFS 2011:9 "Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete" ska vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ansvara för att det finns ett ledningssystem för verksamheten. Ledningssystemet ska användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet. Med stöd av ledningssystemet ska verksamheten planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten.

Arbetet med att systematiskt utveckla och säkra kvaliteten i verksamheten bör dokumenteras i en årlig kvalitetsberättelse. Kvalitetsberättelsen bör omfatta hur vårdgivare eller de som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS arbetat med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet under föregående kalenderår.

Kvalitetsberättelsen tar sin utgångspunkt i vad ett kvalitetsledningssystem ska innehålla enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Kvalitetsberättelsen syftar till att beskriva hur det systematiska kvalitetsarbetet har bedrivits i syfte att säkra kvaliteten för brukare.

Vad är kvalitet?

I Socialtjänstlagen 3 kap § 3 står det att insatser inom socialtjänsten skall vara av god kvalitet. För utförande av

uppgifter inom socialtjänsten ska det finnas personal med lämplig utbildning och erfarenhet. Kvaliteten i verksamheten ska systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras. Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade § 6 innehåller motsvarande bestämmelse.

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

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

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

Utöver Socialstyrelsens definition av kvalitet så definierar Socialnämnden kvalitet som att verksamheten följer och verkställer de politiska målsättningar respektive inriktningar som beslutats för Socialnämndens olika verksamheter.

Syfte och mål

Syftet med kvalitetsberättelsen är att ge en samlad bild av kvaliteten i verksamheten. Av kvalitetsberättelsen bör det framgå:

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

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

Som ett komplement till kvalitetsberättelsen finns uppföljningen av Socialnämndens/förvaltningens målarbete i redovisade kvartalsrapporter.

Uppföljning från föregående år

I förra årets kvalitetsberättelse beskrevs uppstarten av vidareutvecklingen av kvalitetsledningsarbetet i förvaltningen med att ta fram en tydligare struktur i Stratsys, där de olika delarna av kvalitetsledningssystemet dokumenteras, för att få ett bättre flöde och en tydligare röd tråd i kvalitetsarbetet. Det stod också att förvaltningen kommer att arbeta vidare med utvecklingen av kvalitetsledningssystemet och Stratsys som verktyg under 2022.

Under 2022 har förvaltningen arbetat vidare med kvalitetsledningssystemet och Stratsys som verktyg vilket finns beskrivet under avsnittet "Ledningssystemets grundläggande uppbyggnad"

Vidare beskrevs det att det är viktigt att arbetet med avvikelser sker på alla nivåer och är ett naturligt arbetsverktyg i att söka efter och identifiera systembrister samt kunskapsbrister som kan leda till missförhållande. Detta kommer vara prioriterat mål under 2022.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) har under 2022 arbetat med avvikelshantering tillsammans med enheterna genom att bistå med utbildning och stöd.

Under 2022 skulle även att större fokus läggas på att öka svarsfrekvensen gällande brukarundersökningarna samt att komplettera med egna undersökningar och utvärderingar i verksamheterna.

Resultatet på brukarundersökningarna 2022 visar på att svarsfrekvensen var ungefär samma som 2021. Under 2022 fanns utrymme att starta upp en arbetsgrupp med chefer och medarbetare för att diskutera hur vi kan arbeta för att öka svarsfrekvensen. Under 2023 kommer arbetsgruppen att utökas med brukare/anhöriga och andra intressenter. Det har genomförts flertalet egna undersökningar inom verksamheterna under året.

Organisatoriskt ansvar för kvalitetsarbetet

Socialnämnden har skapat en struktur för ansvarsfördelningen när det gäller ansvar och utveckling av kvalitetsfrågor.

Ansvar för och användning av ledningssystemet

Socialnämnd är ytterst ansvarig för att ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete enligt SOSFS 2011:9

upprättas, planeras, genomförs och följs upp. Nämnden formulerar nämndsmål utifrån antagna fullmäktigemål. Nämnden beslutar inför varje verksamhetsår om ett årshjul för nämndens kvalitetsarbete som beskriver när på året större aktiviteter kopplade till nämndens kvalitetsarbete ska genomföras och återrapporteras till nämnden. Nämnden beslutar om antagande och revidering av riktlinjer inom Socialnämndens ansvarsområde. Nämnden ska försäkra sig om att det bedrivs ett systematiskt kvalitetsarbete enligt SOSFS 2011:9 i de verksamheter som genomför insatser på nämndens uppdrag efter att avtal tecknats med stöd av lagen om offentlig upphandling (LOU) eller lagen om valfrihetssystem (LOV).

Socialchef är ansvarig för att politiska beslut verkställs. Socialchefen är ansvarig för att alla delar av Socialförvaltningen har kännedom om och tillämpar alla delar i nämndens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Socialchefen ansvarar för att vid behov genomföra riskanalyser, egenkontroller och åtgärder för att säkerställa god kvalitet och patientsäkerhet inom Socialförvaltningens alla verksamheter. Socialchefen fattar beslut om anmälan enligt Lex Sarah till IVO. Socialchefen ska informera Socialnämnden när anmälningar till IVO görs och vid extraordinära händelser.

Utvecklingsstrateg ska vara ett stöd till socialchefen i arbetet att säkerställa att ledningssystemet följs och levandehålls. Utvecklingsstrategen administrerar de system som används för planering, genomförande, uppföljning, analys och förbättring i ledningssystemet för kvalitetsarbete. Årligen i februari sammanställer utvecklingsstrategen, tillsammans med medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS), kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsen som beskriver nämndens arbete med sitt ledningssystem för systematiska kvalitetsarbete samt patientsäkerhetsarbete under föregående år. Utöver den sammanställning som görs av förvaltningens samtliga avvikelser, synpunkter och klagomål samt händelser som utretts enligt Lex Sarah respektive Lex Maria i kvalitets och patientsäkerhetsberättelsen ansvarar Utvecklingsstrategen tillsammans med MAS för att i mitten av året för nämnden redovisa en sammanställning över förvaltningens samtliga avvikelser, synpunkter och klagomål samt händelser som utretts enligt Lex Sarah respektive Lex Maria i syfte att uppmärksamma mönster, trender och förbättringsområden inom Socialnämndens olika verksamheter. Utvecklingsstrategen utreder händelser som rapporterats enligt Lex Sarah.

Verksamhetschef ansvarar för att verksamhetsområdets enhetschefer känner till Socialnämndens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Verksamhetschefen ansvarar för att säkerställa att Socialförvaltningens enhetschefer arbetar i enlighet med Socialnämndens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Verksamhetschefen ansvarar för att godkänna processbeskrivningar som berör flera enheter inom det egna verksamhetsområdet. Verksamhetschefen ansvarar för att vid behov genomföra riskanalyser, egenkontroller och åtgärder för att säkerställa god kvalitet och patientsäkerhet inom det egna verksamhetsområdet.

Enhetschef ska säkerställa att medarbetarna på enheten känner till Socialnämndens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Enhetschefen ska möjliggöra för enhetens medarbetare att delta i utvecklingen av enhetens processer och styrdokument samt säkerställa att medarbetarna arbetar i enlighet med Socialnämndens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Enhetschefen ska vid behov och minst en gång om året se över och vid behov revidera de processer som enheten arbetar enligt. Vid genomgång av enhetens processer är det enhetschefens ansvar att kontrollera att de styrdokument som länkas från enhetens processer är uppdaterade och överensstämmer med enhetens arbetssätt. Enhetschefen ska vid behov och minst en gång om året genomföra riskanalys, egenkontroller och åtgärder. Enhetschefen ska tillse att händelser enligt Lex Sarah respektive Lex Maria samt avvikelser rapporteras korrekt. Enhetschefen ska tillse att avvikelser på enheten utreds och följs upp. Minst en gång om året ska enhetschefen för sina medarbetare presentera en sammanställning över enhetens avvikelser, synpunkter och klagomål samt händelser som utretts enligt Lex Sarah respektive Lex Maria i syfte att uppmärksamma mönster, trender och förbättringsområden i den egna verksamheten.

Alla *medarbetare* ska ha kännedom om Socialnämndens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete och utföra sitt arbete i enlighet med beslutade processer och styrdokument. Alla medarbetare ska kontinuerligt delta i sin enhets systematiska kvalitetsutveckling. Alla medarbetare ska rapportera händelser enligt Lex Sarah respektive Lex Maria samt avvikelser

Kvalitetsledning och ansvarsfördelningen finns beskriven i riktlinje "Riktlinje för systematiskt kvalitetsarbete".

Förvaltningens uppföljning av kvalitet

Krav på kvalitet i verksamheten och uppföljning sker på flera nivåer. Det finns en nationell nivå med krav i form av lagstiftning och nationell uppföljning exempelvis via tillsyn och öppna jämförelser. Kommunfullmäktige ställer krav om mål till nämnden. Nämnden tar fram mål och målandikatorer för verksamheterna, dessa följs upp i delårs- och årsredovisningarna. Förvaltningen arbetar med kvalitetsarbete enligt SOSFS som dokumenteras och följs upp i Stratsys. Enskilda brukares/anhöriga/medborgares uppfattning följs upp via undersökningar och synpunkt- och avvikelshantering.

I förvaltningen genomförs även en uppföljning per verksamhetsområde en gång per termin där nämndsmål, förvaltningsplanens fokusområden och hållbarhetsstrategin följs upp. Inför verksamhetsuppföljningen har respektive verksamhetsområde gjort gemensamma uppföljningar, det vill säga verksamhetschef tillsammans med sin ledningsgrupp kring nämndsmål och fokusområde. Nämndsmål har följts upp var tredje månad och fokusområde var 6e. Utifrån förvaltningsplan och nämndsmål har uppdrag och aktiviteter skapats för att nå förflyttning och effekter.

De olika delarna i SOSFS/Kvalitetsarbetet följs upp med regelbundna temamöten under året och finns som en ståendepunkt på förvaltningsledningens möten, vidare följs arbetet upp inom verksamheterna.

Brukarundersökningarna har genomförts under 2022 inom samtliga verksamhetsområden. Resultat har analyserats och utmynnat i handlingsplaner för förbättringsarbete med tydliga uppföljningar med datum och ansvar.

I samband med att myndighet följer upp individärenden ställs frågor om hur den upplevda kvaliteten är och möjlighet till delaktighet. Myndighet följer upp samtliga vård- och omsorgsboende samt externa utförare en gång om året. I samband med detta skrivs en rapport som lämnas till enhetscheferna. I rapporten är det fokus på upplevt kvalitet och delaktighet.

Mål och fokusområden

Nämndsmål

I Klippans kommun arbetar alla verksamheter med en gemensam målstyrningsmodell. Den är grunden för arbetet i förvaltningarna. Kommunfullmäktige formulerar kommunövergripande mål, som varje nämnd är ålagda att utforma nämndsmål ifrån. Socialnämnden har formulerat mål som Socialförvaltningen och dess verksamheter ska arbeta för att uppnå. Socialnämnden har beslutat att verksamheterna ska arbeta utifrån sju mål med tillhörande indikatorer.

Socialnämndens brukare ska vara nöjda med sina biståndsinsatser - 90% av brukarna som deltar i brukarundersökningarna inom äldreomsorgen samt individ- och familjeomsorgen ska ange att de är ganska eller mycket nöjda med sin biståndsinsats som helhet. Inom funktionshinderomsorgen ska 90% av brukarna som deltar i brukarundersökningarna svara ja på frågan om de anser att de trivs med sin insats.

Förvaltningen ska genomföra den nationella brukarundersökningen och har som målsättning att öka svarsfrekvensen bland de svarande genom att använda sig av bland annat frågeassistenter och digitala hjälpmedel. Resultat av brukarundersökningar ska publiceras internt och externt tillsammans med handlingsplan som beskriver hur verksamheten avser att arbeta med resultatet.

Medborgarna ska vara väl insatta i vilka insatser som finns inom socialförvaltningen. Genomgång kvartalsvis gällande hur många beslut som fattats och hur många ansökningar som avslås. Förvaltningens målsättning är att öka kunskapen och medvetenheten om vilka insatser som socialtjänsten erbjuder och kan sökas.

Socialnämndens brukare ska ha lätt att komma i kontakt med nämndens medarbetare - 90% av brukarna som deltar i brukarundersökningarna inom äldreomsorgen samt individ- och familjeomsorgen ska ange att de är ganska eller mycket nöjda med hur lätt det är att komma i kontakt med socialnämndens medarbetare. Inom funktionshinderomsorgen ska 90% av brukarna som deltar i brukarundersökningarna svara ja på frågan om de anser att de har lätt att förstå medarbetare som utför deras biståndsinsats.

Socialnämndens medarbetare ska i större utsträckning vara tillgänglig för medborgarna genom att öka tillgängligheten digitalt och via telefon. Förenkla kontaktvägar in till förvaltningen och erbjuda fler kontaktytor. Förvaltningen ska vara synliga ute i kommunens verksamheter och i olika sammanhang där kommunens medborgare kan träffa socialnämndens medarbetare.

Förvaltningen ska genomföra stickprov på hur medborgare upplever kontakt med förvaltningen genom enkäter och intervjuer med brukare. Förvaltningen ska synliggöra verksamheter genom att erbjuda praktikplatser i sina verksamheter.

Socialnämndens brukare ska uppleva ett gott bemötande i kontakt med nämndens medarbetare - 100% av brukarna som deltar i brukarundersökningarna inom äldreomsorgen samt individ- och familjeomsorgen ska ange att de är ganska eller mycket nöjda med hur bemötandet från socialnämndens medarbetare. Inom funktionshinderomsorgen ska 90 % av brukarna som deltar i brukarundersökningarna svara ja på frågan om de anser att de medarbetare som utför deras biståndsinsats bryr sig om dem.

Förvaltningen ska upprätta en funktionsbrevlåda samt möjliggöra medborgardialog med olika professioner hos förvaltningen.

Socialnämndens medarbetare ska kontinuerligt arbeta internt med projekt gällande bemötande utifrån Lean-inspirerat förbättringsarbete. Förbättringsarbete initieras i form av uppdrag. Förvaltningen ska erbjuda hjälp i

högre utsträckning för kommunikation så att medborgare ska kunna göra sig förstådda och förstå vad nämndens medarbetare kommunicerar.

Socialnämndens medarbetare ska kompetensutvecklas- Socialnämndens medarbetare ska ha schemalagd kompetensutveckling och arbeta med utbildning av profession utifrån underlag från undersökningar hos brukare och medarbetare. 100% av förvaltningens personal ska uppleva att de har kompetens för att kunna utföra de arbetsuppgifter som krävs i sitt arbete.

Socialnämnden ska ha en budget i balans- Följs upp genom ekonomiavstämningar. Avvikelse dokumenteras i årsredovisning.

Socialnämndens myndighetsutövning ska vara professionell, likvärdig och transparent - Socialnämnden ska öka antal digitala myndighetsprocesser samt minska handläggningstiden.

Socialnämndens verksamheter ska bedrivas med rätt kvalitet, största möjliga kundnytta och till lägsta möjliga kostnad- Kostnaden ska vara lägre än rikssnittet samtidigt som den upplevda kvaliteten är högre än rikssnittet. Kostnadseffektiviteten mäts genom KKIK och öppna jämförelser i Kolada.

Kostnadseffektivitetsprincipen innebär att vid val mellan olika åtgärder och metoder bör en rimlig relation mellan kostnader och nytta eftersträvas. Verksamhetens karaktär bestämmer vad som är kostnadseffektivt i termer av relationen mellan ekonomi och kvalitet. Genom budgetföljsamhet och de uppnådda målen nås en kostnadseffektivt.

Socialnämndens mål följs upp i delårs - och årsredovisningarna.

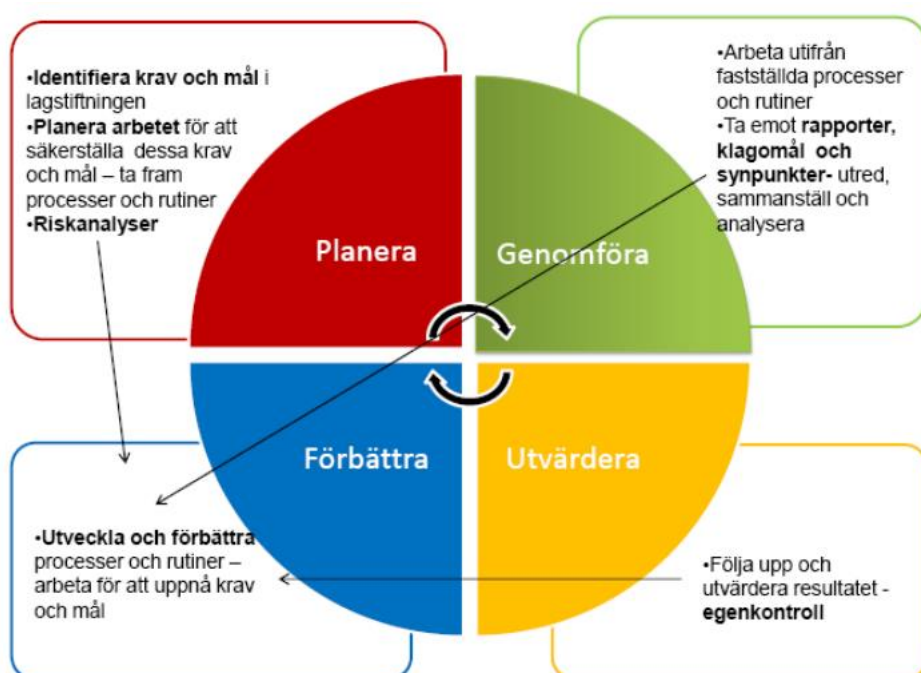
Fokusområden

Fokusområdena beskrivs och följs upp i förvaltningsplanen. Förvaltningsplanen är en del av kommunens målstyrningssystem. Förvaltningsplanen definierar förvaltningens övergripande inriktning med fokus på verksamhetens och medborgarens behov.

Fokusområdena under 2022 var; En hållbar socialtjänst som främjar långsiktigt strukturellt förebyggande arbete, En jämlik och jämställd socialtjänst, God och nära vård, Våldspreventivt arbete, Arbetsmiljöarbete, Kompetensförsörjning, Lean-inspirerat förbättringsarbete och Statsbidrag.

Ledningssystemets grundläggande uppbyggnad

Bilden nedan visar grunden i uppbygganden av ledningssystemet samt det systematiska förbättringsarbetet. De inre pilarna visar på fasernas tidsordning och att kvalitetsarbetet alltid pågår. De långa pilarna visar på att underlag till att utveckla och förbättra verksamhetens processer och rutiner kan komma fram direkt under varje fas (planering, genomförande och utvärdering). Eftersom kvaliteten ständigt ska utvecklas och säkras blir ett ledningssystem aldrig färdigt.



Föreskriften om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete SOSFS 2011:9 beskriver syftet med ett ledningssystem: "att verksamheten systematiskt och fortlöpande ska kunna utveckla och säkra kvaliteten utifrån de krav och mål som gäller enligt lagar och förordningar. Detta uppnås genom att ledningssystemet stödjer arbetet med att planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten".

Som ett första steg i kvalitetsarbetet ska den som bedriver verksamheten ta reda på vad som är kvalitet för just den verksamheten. Detta görs genom en kartläggning av vilka krav och mål som finns i lagar och föreskrifter om hälso- och sjukvård, socialtjänst och stöd och service till vissa funktionshindrade, och i beslut som har meddelats med stöd av sådana föreskrifter, som gäller för verksamheten. Den som bedriver verksamheten måste också förstå betydelsen av dessa krav och mål.

Under året har förvaltningen påbörjat arbetet med att göra en kartläggning av aktuella krav och mål för verksamheterna. Utifrån kartläggningen kommer sedan verksamheterna se över befintliga processer i verksamheten som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet.

Under 2022 har en ny produkt (SOSFS 2011:9) av Stratsys köps in för att få en bättre struktur på kvalitetsledningssystemet. För att implementera produkten och arbetssätt så har flertalet workshops genomförts under året tillsammans med konsult från Stratsys med förvaltningens chefer och stab.

Processer, riktlinjer och rutiner

Verksamheterna inom SoL/LSS ska enligt SOSFS 2011:9 4 kap 2-4 § identifiera, beskriva och fastställa de processer i verksamheten som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet. En process är en serie aktiviteter som främjar ett bestämt ändamål eller ett avsett resultat. I varje process ska det tydligt framgå vilka aktiviteter som ingår samt bestämma inbördes ordning. Rutinerna ska beskriva ett bestämt tillvägagångssätt för hur en aktivitet ska utföras samt ange hur ansvaret för utförandet är fördelat i verksamheten.

Huvudprocessen för socialtjänsten som förvaltningen arbetar efter innefattar delprocesserna; Aktualisera, Utredda, Besluta, Utforma uppdrag, Genomföra uppdrag, Följa upp och Avsluta. Utifrån huvudprocessen arbetar enheterna fram sina enhetsspecifika processer.

Under 2019 påbörjades ett arbete med att se över processerna, rutinerna och riktlinjer. På grund av pandemin fick arbetet pausas. Arbetet återupptogs under 2022 med att se över hur ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete skulle kunna utvecklas genom ett processkartläggningsverktyg. Kontakt togs med tänkbar leverantör för en demo-visning. Arbetet med processkartläggningsverktyg fick pausas igen på grund av kommunledningen ser över ledningssystemet för kommunen.

Under året har förvaltningen tagit fram flertalet nya riktlinjer och rutiner.

Nya eller reviderade riktlinjer under året;

- Riktlinje för arbete med våldsutövare i nära relation
- Riktlinje för tillhandahållandet av boende för äldre och personer med funktionsnedsättning
- Riktlinje för utbetalning av habiliteringsersättning inom daglig verksamhet enligt LSS
- Riktlinje för ledsagning enligt Socialtjänstlagen

Nya eller reviderade rutiner under året;

- Rutin samverkan myndighet och verkställande enhet
- Rutin samverkan mellan öppenvård och myndighet.
- Rutin jämkning vid flytt till vård- och omsorgsboende
- Rutin journalgranskning och granskningsmall dokumentation för brukare/patient
- Rutin sjuklöneersättning
- Rutin vid avvägning mellan socialtjänstlagen och arbetsmiljölagen

Under året har arbetet med årshjul fortsatt. Årshjulen kan ses som ett medel för att få systematik i uppföljning och revidering av riktlinjer och rutiner. Årshjulet skapar tillfälle för systematiska genomgångar av de riktlinjer och rutiner som finns för att öka medvetenhet om dem och följsamheten till dem.

Samverkan

Enligt SOSFS 2011:9 ska den som bedriver socialtjänst eller verksamhet identifiera de processer där samverkan behövs för att säkra kvaliteten på de insatser som ges i verksamheten.

Det ska framgå av processerna och rutinerna hur samverkan ska bedrivas i den egna verksamheten. Det ska genom processerna och rutinerna även säkerställas att samverkan möjliggörs med andra verksamheter inom socialtjänsten eller enligt LSS samt med vårdgivare, myndigheter, föreningar och andra organisationer.

Verksamheterna har identifierat samverkanspartners och det finns strukturerade samverkansformer inom den egna verksamheten, med andra förvaltningar i kommunen, lokalt och regionalt. Samverkan finns bland annat i ett stort och litet lokalt samråd mellan kommuner i nordväst och region Skåne, stora och lilla samverkansmötet med regionalt finansierad primärvård, strukturerade möte med Barn- och utbildningsförvaltningen, både arbetsmarknadsenheten och skola. Vidare finns samverkan mellan kommunen och psykiatrin, samverkan kring individärende vid behov, samverkan med polis, brottsförebyggande rådet, pensionärsrådet, FUB (För barn, unga och vuxna med utvecklingsstörning), personligt ombud samt samverkan inom FACT (Flexible Assertive Community Treatment), familjen hus och verksamhetschefsnätverk inom Familjen Helsingborg.

Systematiskt förbättringsarbete

För att säkerställa att ledningssystemet är ändamålsenligt uppbyggt för att planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten krävs ett fortlöpande systematiskt förbättringsarbete. I förbättringsarbetet läggs vikt vid förebyggande åtgärder såsom riskanalyser för att kunna förhindra att missförhållanden och andra avvikelser inträffar. Även egenkontroller betonas där den som bedriver verksamhet ska undersöka verksamhetens resultat och kontrollera kvaliteten. Därutöver ska inkomna rapporter, klagomål och synpunkter tas emot, utredas, sammanställas och analyseras för att säkerställa kvaliteten. Föreskrifterna och de allmänna råden lyfter fram dessa olika sätt genom vilka den som bedriver verksamhet kan få kännedom om de resultat verksamheten uppnår och om förekomsten av eventuella avvikelser. Om en verksamhet inte når upp till krav och mål i föreskrifter och beslut föreligger en avvikelse som verksamheten måste hantera. Identifierade avvikelser ska dels åtgärdas, dels ska processer och rutiner ses över så att den som bedriver verksamheten med stöd av dem kan säkra att en inträffad avvikelse inte inträffar igen. Därigenom uppnås en systematisk och fortlöpande utveckling/säkring av verksamhetens kvalitet.

Risikanalyser

Risikanalyser innebär att den som bedriver verksamheten är framåtblickande, det vill säga arbetar förebyggande. Riskanalyser ska omfatta verksamhetens samtliga delar. Analyser ska göras för att identifiera händelser som skulle kunna inträffa och som gör att verksamheten inte kan leva upp till de krav och mål som ställs i lagar och andra föreskrifter och beslut. Riskanalyserna innebär att sannolikheten för att en händelse ska inträffa uppskattas samt att en bedömning görs av vilka negativa konsekvenser som skulle kunna bli följden av händelsen.

Internkontrollplan och riskanalyser i verksamheterna följs upp kontinuerligt och dokumenteras under uppföljning/utvärdering i Stratsys.

I kvalitetsberättelsen redogörs risker, bedömning och åtgärder enligt tabeller nedan. Verksamheterna har främst prioriterat att arbeta med risker som bedöms vara av hög allvarlighetsgrad, röd eller gul markering i tabellen. Om det finns ett streck i tabellen har verksamhetsområdet valt att inte bedöma risken. En grön bock betyder att åtgärden är avslutad, en pil betyder att aktivitet pågår enligt plan och ett utropstecken betyder risk för försening.

Internkontrollplan

	Risker	Risikvärde	Kontrollmoment	Åtgärder
■	Det finns en risk att resultat från undersökningar, analyser och utredningar som genomförs på Socialförvaltningen inte sprids i verksamheten och det får konsekvensen att verksamheten inte tillvaratar användbar information samt att informationen inte används för att utveckla verksamheten.	16	Avvikelser	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Rapportering av sammanställda avvikelser ✓ Informera intern och extern
			Dialoger	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Presentation och dialog av resultat av brukarundersökningar
			Samskapande	<ul style="list-style-type: none"> ! Bjuda in till delaktighet
			Inventering	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Kvalitetsberättelse och Patientsäkerhetsberättelse
■	Det finns en risk att sekretessbelagda dokument hanteras oaktsamt i internposten med konsekvens att personuppgifter kan röjas.	20	Införande av Evolution	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Utbildning
■	Det finns en risk att avvikelser inte hanteras enligt riktlinjer och det kan få konsekvensen att utredning, analys, åtgärder och	20	Avvikelsehantering	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Utbildning
				<ul style="list-style-type: none"> ▶ Workshops

	Risker	Riskvärde	Kontrollmoment	Åtgärder
	uppföljning tar längre tid än nödvändig vilket kan ha en negativ påverkan på individ och verksamhet.			
■	Det finns en risk att förvaltningen inte har tillräcklig omvärldsbevakning och inte är organiserad på ett proaktivt sätt som gör att ökade omvårdnadsbehov i samhället i framtiden inte kan mötas och det kan få konsekvensen att förvaltningen inte kan erbjuda en god och jämlik vård och omsorg för alla.	16	Omvärldsbevakning och organisation	⚠ Öka tillgängligheten
			Personal- och kompetensförsörjning	▶ Förbättringsarbete
			Hälsofrämjande- och förebyggande arbete	
			Organisering	✓ Genomlysning av hemvården
■	Det finns en risk att enheternas målarbete och aktiviteter inte följs upp tillräckligt ofta samt att systemen inte stödjer en rödtråd och helhetsbild vilket kan få konsekvensen att enheterna inte får tillräckliga förutsättningar att klara sitt uppdrag och riskerar att missa nämndens målsättningar, att aktiviteterna är för få för att nå målen samt att det inte går att utvärdera vilka aktiviteter som har avsedd effekt i målarbetet.	16	Uppföljningar	▶ Struktur och mall - dialogmöten
				▶ Måluppföljningsrapporter
			Stratsys	✓ Arbetsgrupp
				✓ Implementering av Stratsys
				⚠ Lathundar
	✓ Plan och inbjudan workshops 2023			

Verksamhetsområde Myndighet

	Risker	Riskvärde	Åtgärder
◆	Det finns en risk att brukares insatser inte avslutas	6	
■	Risk att den enskilde utreds för delar som ej är kopplat till ansökan/anmälan	12	✓ Kollegiegranskning
			✓ Implementera IBIC
■	Risk att barnperspektivet inte beaktas.	15	✓ Utbildning och samråd av barnrättstrateger
●	Risk att beslut som berör den enskilde fattas utan delegation	4	
●	Risk för missförstånd mellan myndighet och den enskilde vid muntlig anmälan/ansökan; att det inte råder överensstämmelse med ansökan och utredning	4	
◆	Risk att den enskildes ansökan och beslut inte överensstämmer	6	✓ Kollegiegranskning
●	Det beviljade stödet individanpassas ej vid uppföljning	4	
■	Risk för otydliga uppdrag och målsättningar	12	✓ Smarta mål

Verksamhetsområde IFO/FS

	Risker	Riskvärde	Åtgärder
●	Det finns en risk att brukares insatser inte avslutas	4	
◆	Vårdtagaren får ej läkemedel i tid eller att	8	

	Risker	Riskvärde	Åtgärder
	läkemedel uteblir		
◆	Det finns en risk att genomförandeplan inte upprättas i delaktighet med brukare	6	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Kompetensutveckling för personalen ✓ Kartläggning
◆	Att verkställighet inte kan utföra, genomföra, erbjuda de insatser som brukare/klient är beviljade	6	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Fortsatt samverkan och kommunikation mellan verkställighet och myndighet
■	Begränsningsåtgärder förekommer utan samtycke	12	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Dialoger på APT och vid utbildningar.
◆	Att vi inte arbetar efter evidensbaserade metoder och beprövad erfarenhet och därmed inte tillgodoser tillräcklig kvalitet i brukarens insats	9	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Införande av teoretisk grund inom FO

Verksamhetsområde ÄO/FS

	Risker	Riskvärde	Åtgärder
■	Det finns en risk att brukares insatser inte avslutas		
■	Vårdtagaren får ej läkemedel i tid eller att läkemedel uteblir		
■	Det finns en risk att genomförandeplan inte upprättas i delaktighet med brukare	16	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Översyn av rutin
■	Att verkställighet inte kan utföra, genomföra, erbjuda de insatser som brukare/klient är beviljade	12	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Verkställa åtgärder enligt en prioriteringstrappa
■	Begränsningsåtgärder förekommer utan samtycke	16	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Rond kring skyddsåtgärder
■	Att vi inte arbetar efter evidensbaserade metoder och beprövad erfarenhet och därmed inte tillgodoser tillräcklig kvalitet i brukarens insats		

Verksamhetsområde HS/VO

	Risker	Riskvärde	Åtgärder
●	Det finns en risk att brukares insatser inte avslutas	4	
■	Vårdtagaren får ej läkemedel i tid eller att läkemedel uteblir	12	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Chefsstöd ska i sitt uppdrag göra genomlysning och analys av läkemedelsavvikelser och Appva. 🟢 Respektive verksamhet ser över den planering man kan styra över och arbetar aktivt för att möjliggöra en så effektiv planering som möjligt för verksamheten och patienten.
■	Fördröjning eller ej fördelat/utfört kontaktmanskap	12	<ul style="list-style-type: none"> 🟢 Tydliggör ansvaret för vem som fördelar kontaktmanskap. Enheternas koordinatörer kommer få i uppdrag att fördela kontaktmanskap. Det är alltid koordinatör som ska träffa ny brukare och efter denna träff fördelas kontaktmanskap ut. Detta ska vara klart inom 7 dagar.
◆	Det finns en risk att genomförandeplan inte upprättas i delaktighet med brukare	6	<ul style="list-style-type: none"> 🟢 Ta fram/gå igenom rutin för uppdatering genomförandeplan och säkerställa att detta implementeras i verksamheterna.
■	Att verkställighet inte kan utföra, genomföra, erbjuda de insatser som brukare/klient är beviljade	20	<ul style="list-style-type: none"> 🟢 Respektive verksamhet ser över den planering man kan styra över och arbetar aktivt för att möjliggöra en så effektiv planeringen som möjligt för verksamheten och brukaren. 🟢 Enheterna ser över insatser i planeringen så

	Risker	Riskvärde	Åtgärder
			att dem stämmer överens med beslut
■	Att vi inte arbetar efter evidensbaserade metoder och beprövad erfarenhet och därmed inte tillgodoser tillräcklig kvalitet i brukarens insats		

Egenkontroll och kvalitetsindikatorer

Den som bedriver verksamhet ska utöva egenkontroll. Det innebär att systematiskt följa upp och utvärdera den egna verksamhetens resultat. Egenkontrollen innebär även att kontrollera att verksamheten bedrivs enligt de processer och rutiner som ingår i ledningssystemet. Till skillnad mot riskanalyserna, som innebär att arbeta förebyggande, innebär egenkontrollen att granskning ska göras av den verksamhet som har bedrivits eller bedrivs. Egenkontrollen kan också beskrivas som en intern granskning av att den egna verksamheten uppnår ställda krav och mål.

Egenkontroll Checklista - kvalitetsarbete

Under året har en checklista för kvalitetsarbetet tagits fram. Checklistan kommer att bevaras av chefer och kommer att ligga till grund för förbättringsarbete under 2023.

Brukarundersökningarna

Resultatet av brukarundersökningarna finns redovisats i separat dokument och Powerpoint som noterats av nämnd i december 2022 samt i årsredovisningen. I kvalitetsberättelsen ges en kortfattad summering av resultatet. Svarefrekvensen inom myndighet är för låg för att redovisas i procent då endast ett fåtal har valt att svara.

Socialtjänst, brukarundersökningar

SKR stödjer kommunerna att årligen genomföra brukarundersökningar. Undersökningar ger kunskap om hur brukare upplever kontakten med och stödet från socialtjänsten. Resultatet används för att utveckla verksamheten i dialog med brukare och personal. Undersökningarna genomförs inom funktionshinderområdet, individ- och familjeomsorg samt till placerade barn och unga.

Summering av resultat

Totalt sett har 35 svar av 60 inkommit från boendestöd. Det innebär att svarefrekvensen är 58% vilket är något lägre än förra året då svarefrekvensen var 63%. Generellt så visar resultatet från 2022 på en förbättring när det gäller brukarnas upplevelser om de får den hjälp som de vill ha, 86% har svarat ja, förra året svarade 63% ja och nationellt ligger siffran på 87%. Även upplevelsen av trygghet har förbättrats där 77% har svarat att de känner sig trygga med alla boendestödjarna, förra året var siffran 53%, dock är resultatet något lägre än det nationella resultatet på 85%. När det gäller om brukarna upplever att boendestödjarna bryr sig om dem så har även det resultatet förbättrats från förra årets resultat där 79% svarar ja till detta år där 91% svarar ja, nationellt är resultatet 94%. På frågan om dina boendestödjare låter dig bestämma om saker som är viktiga för dig har även en förflyttning till det bättre gjorts där 74% svarar ja jämfört med förra året där 63% svarade ja, dock en bit kvar till det nationella resultatet som är 88%.

Totalt sett har 60 svar av 74 inkommit från daglig verksamhet. Det innebär att svarefrekvensen är 81% vilket är lägre än förra året då svarefrekvensen var 91%. Brukarundersökningen för dagligverksamhet visar på att verksamheten generellt ligger kvar på samma höga nivå som förra året. 92% av brukarna upplever att personalen bryr sig om dem vilket är samma resultat som förra året och högre än det nationella på 90%. Upplevelsen av trygghet med personalen har minskat från 88% 2021 till 81% och är även lägre än det nationella resultatet på 85%. Det är en ökning av dem som har svarat att de får den hjälp som de behöver i sin dagliga verksamhet 85% jämfört med 83% 2021 och i linje med det nationella resultatet på 87%. Resultatet av undersökningen visar även på förbättringar där fler brukare har svarat att de upplever att de alltid får bestämma om saker som är viktiga för dem, 68% jämfört med 60% 2021 dock något lägre än det nationella resultatet på 77%.

Antal brukare som ingick i målgruppen för enkäten inom gruppboende var 31. Totalt sett har 25 svar inkommit. Det innebär att svarefrekvensen är 81%. Vilket är en ökning från förra året då svarefrekvensen var 65%. Generellt så har det skett en förflyttning till det bättre inom flera områden. På frågan om du får bestämma om saker som är viktiga för dig hemma har resultatet förbättrats från 71% till 80% 2022 vilket även är högre än det nationella på 77%. Vidare svarar 76% att de får den hjälp de vill ha hemma vilket är en förbättring från 2021 då 65% svara det, dock något lägre resultat än det nationella som är 81%. Resultatet visar på en försämring kring frågeställningen om personalen alltid bryr sig om en, från 75% förra året till 72% detta år vilket även är lägre än det nationella resultatet på 82%. På frågan om du känner dig trygg med personalen hemma svarar 60% ja med all personal

vilket är en minskning från 2021 där 65% svara ja och är lägre än det nationella resultatet på 76%.

Av de klienter som har svarat inom myndighetsområden är övervägande positiva till bemötande och insatser precis som förra året. Det är dock fler som svarat att man är nöjd men inte på samma nivå som förra året. Resultatet visar att sammantaget är majoriteten nöjd med det stöd som de får av socialtjänsten. Några upplever att ens situation har förbättrats medan andra inte upplever det.

Öppna jämförelser – Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?

Socialstyrelsen har i uppdrag att undersöka hur de äldre uppfattar äldreomsorgen. Vad tycker de äldre om äldreomsorgen? är en rikstäckande enkätundersökning av äldres uppfattning om kvaliteten i hemtjänsten och på äldreboenden. Syftet med undersökningen är att ge enskilda äldre en röst och att ta fram kvantitativa mått på äldreomsorgen utifrån de äldres perspektiv.

Summering av resultat

I Klippan har svarsfrekvensen minskat sedan tidigare år. 39% av de tillfrågade på särskilt boende och 54% av de tillfrågade inom hemtjänsten har svarat. Svarsfrekvens kan antas bero på att marknadsföringen av undersökningen inte nått ut till brukarna på ett tillfredsställande vis, men kan också bero på att hemtjänsten i Klippans kommun genomförde en parallell undersökning vid samma tidpunkt, vilket kan ha skapat förvirring hos de svarande. Den låga svarsfrekvensen medför att resultaten inte fullt ut kan bedömas representativt för alla kommunens äldre som bor i ordinärt boende med stöd av hemtjänst eller som bor på särskilt boende för äldre. Resultaten av undersökningen bör också analyseras i ljuset av att många anhöriga har varit delaktiga i svaren.

2022s brukarundersökning inom äldreomsorgen visar att 69% av brukare boende på särskilt boende är nöjda eller mycket nöjda med sitt boende. Detta resultat har minskat från 2020 (83%). Inom hemtjänst har 83% angett att de är nöjda eller mycket nöjda med den hemtjänst de har. Detta resultat skiljer sig ej markant mot tidigare års resultat 2020 (84%).

Resultatet visar att 71% anser att de har lätt eller mycket lätt att komma i kontakt med personal på särskilda boendet, resultatet är en försämring från 2020 (83%). Inom hemtjänst har 68% angett att det är lätt eller mycket lätt att komma i kontakt med hemtjänstpersonal vid behov, vilket är lägre än resultatet för 2020 (73%). Resultatet visar även att 83% anser personal ofta/alltid bemöter dem på ett bra sätt på det särskilda boendet, resultatet är en försämring jämfört med 2020 då resultat var 90%. Inom hemtjänst har 94% angett att hemtjänstens personal ofta/alltid bemöter dem på ett bra sätt. Resultatet är en förbättring mot 2020 (92%). Det finns en ökad missnöjdhet med de aktiviteter som erbjudits de äldre på särskilt boende under det gångna året. Andelen som svarat att de är mycket eller ganska nöjda med aktiviteterna som erbjuds på det särskilda boendet har minskat med 33 procentenheter sedan 2020 och 42 procentenheter jämfört med 2019.

Resultat av brukarundersökningarna har resulterat i handlingsplaner som presenterats för nämnd.

Kommunens kvalitet i korthet (KKIK) - kvalitetsindikatorer

Kommunens Kvalitet i Korthet redovisar och jämför resultat inom områden som är av intresse för invånarna. Det är i huvudsak den politiska ledningens underlag och verktyg för att styra och bidra till en demokratisk dialog med medborgarna. Resultaten har ambitionen att i ett övergripande perspektiv beskriva kommunens kvalitet och effektivitet i jämförelse med andra kommuner. Totalt deltar 170 kommuner. Klippans kommuns resultat visas i tabell nedan.

Stöd och omsorg

	2018	2019	2020	2021	2022
Brukarbedömning individ- och familjeomsorg totalt - förbättrad situation, andel (%)	81	55	75	71	77
Ej återaktualiserade vuxna personer med försörjningsstöd ett år efter avslutat försörjningsstöd, andel (%)	77	67	72	62	75
Väntetid i antal dagar från ansökan vid nybesök till beslut inom försörjningsstöd, medelvärde	22	21	20	20	41
> Kostnad individ- och familjeomsorg, kr/inv	4 371	4 168	4 129	4 354	
Väntetid i antal dagar från beslut till första erbjudna inflyttningsdatum avseende boende enl. LSS § 9.9, medelvärde			..	227	
Brukarbedömning boende LSS totalt - Brukaren trivs alltid hemma		-	65	71	76
Brukarbedömning daglig verksamhet LSS - Brukaren får bestämma om saker som är viktiga, andel (%)	-	73	-	60	68
> Kostnad funktionsnedsättning totalt (SoL, LSS, SFB), minus ersättning från FK enl SFB, kr/inv	7 133	7 124	7 519	8 320	
Väntetid i antal dagar från ansökningsdatum till första erbjudet inflyttningsdatum till särskilt boende, medelvärde	109	100	99	33	46
Personalkontinuitet, antal personal som en hemtjänsttagare möter under 14 dagar, medelvärde	17	16	17	20	20
> Kvalitetsaspekter särskilt boende äldreomsorg, andel (%) av maxpoäng		96	96	76	80
> Brukarbedömning särskilt boende äldreomsorg - helhetssyn, andel (%)	86	92	83		68
> Brukarbedömning hemtjänst äldreomsorg - helhetssyn, andel (%)	86	85	84		84
Sjuksköterskor/plats i boende för särskild service för äldre, vardagar, antal	0.03	0.03			-
> Kostnad äldreomsorg, kr/inv 80+	206 215	201 380	212 105	219 491	

Flera av kvalitetsindikatorerna som redovisas i tabellen kommer från brukarundersökningarna där varje verksamhetsområde har tagit fram handlingsplaner för 2022/2023 för att förbättra resultatet. Vidare arbetas det med indikatorerna i målarbete, fokusområden, Nära vård och förbättringsarbeten. Socialnämnd och förvaltning följer upp personalkontinuiteten inom hemtjänst regelbundet under året. Det försämrade resultatet gällande kontinuitet bedöms till stor del bero på hög sjukfrånvaro i personalgruppen under pandemin.

Kvalitetsaspekter Särskilt boende äldreomsorg som här är den indikator som är grön och omfattar om brukarna erbjuds daglig utevistelsen, aktiviteter och möjlighet att välja huvudmåltid. Inom vård och omsorgsboende (VOB) har det funnits avsatta medel för att satsa på förbättringsåtgärder när det gäller aktiviteter för äldre under året.

När det gäller utredningstider är siffrorna i Kolada osäkra på grund av byte av verksamhetssystem. Tidigare år har systemadministratörerna hämtat upp underlag från Viva som lagts in i Kolada men sedan bytet till LifeCare är det konsulter som kan ta fram underlag och det är tveksamt om underlaget blev rätt det här året. Enligt Myndighet känns inte siffrorna igen varpå myndighet undersöker en manuell modell. Väntetid i antal dagar från ansökningsdatum till första erbjudet inflyttningsdatum till vård- och omsorgsboende, har ökat från 33 dagar 2021 till 46 dagar 2022. Anledningen bedöms vara minskad utflytt samt ökad andel ansökningar. Myndighet har haft särskilt riktade aktiviteter när det gäller att minska handläggningstiden inom delar av avdelningens ansvarsområde under året.

Avvikelsestatistik, klagomål och synpunkter

Den som bedriver verksamhet ska ta emot och utreda klagomål och synpunkter på verksamhetens kvalitet. Med klagomål avses att någon klagar på att verksamheten inte uppnår kvalitet. Med synpunkter avses övrigt som framförs som berör verksamhetens kvalitet, till exempel förslag på förbättringar. De mottagna klagomålen och synpunkterna på verksamhetens kvalitet ska utredas. Utredningen ska leda till att den som bedriver verksamheten ska kunna ta ställning till om det förekommit avvikelser i verksamheten.

I lagstiftningen finns bestämmelser som reglerar skyldigheter att rapportera missförhållanden och påtagliga risker för missförhållanden. Enligt 14 kap. 3 § SoL och 24 b § LSS är den som fullgör uppgifter inom socialtjänsten, vid Statens institutionsstyrelse eller i verksamhet enligt lagstiftningen om stöd och service till vissa funktionshindrade skyldiga att rapportera om han eller hon uppmärksammar eller får kännedom om ett missförhållande eller en påtaglig risk för missförhållande som rör den som får, eller kan komma i fråga för, insatser inom verksamheten. Den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS är skyldig att utreda dessa rapporter enligt 14 kap. 6 § SoL och 24 e § LSS.2.

Inkomna rapporter, klagomål och synpunkter ska sammanställas och analyseras för att vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska kunna se mönster eller trender som indikerar brister i verksamhetens kvalitet. Framkommer mönster och trender som indikerar brister i verksamhetens kvalitet ska

verksamheten se över så att den har ändamålsenliga processer och rutiner för att kunna säkra sin kvalitet samt åtgärda brister.

Avvikelsestatistik

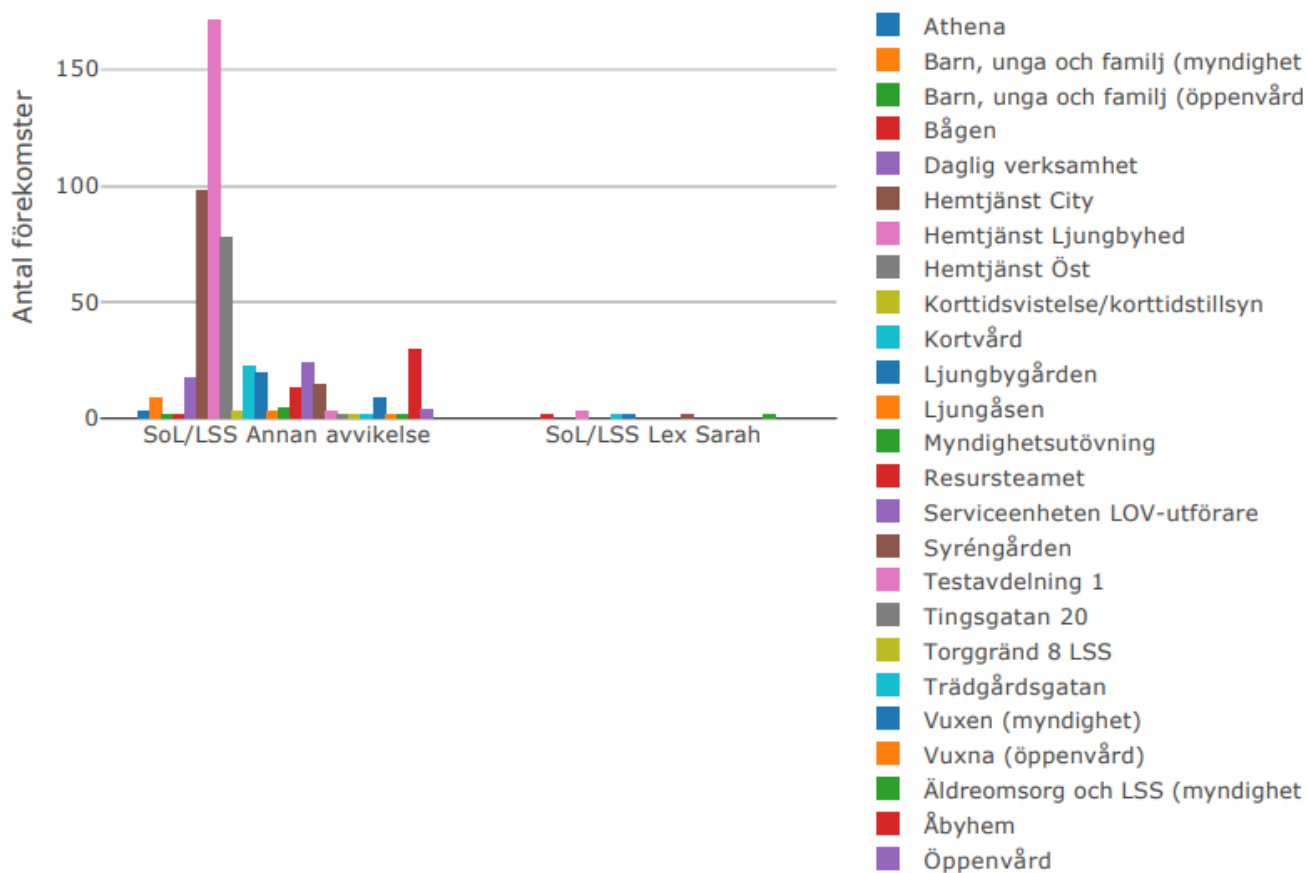
Sammanställningen av statistik under 2021 har delvis varit missvisande på grund av byte av verksamhetssystem där avvikelser har haft andra samlingsnamn än de som finns tillgängliga i nuvarande verksamhetssystem, härav går det inte att jämföra mellan åren.

Under 2022 har 552 avvikelser rapporterats in. Funktionshinderomsorgen rapporterar ej händelser lika frekvent som hemtjänst, vård- och omsorgboende enligt SoL samt HS-enheten. Detta beror inte på färre händelser. Detta fenomen är känt sedan tidigare år och kan bero på att kulturen är att detta löses utan skriftlig rapport. Det är viktigt att rapporter skickas för utredning och kvalitetssäkring av den kommunala vård och omsorgen.

Tabellen nedan visar att 120 avvikelser handlar om utebliven eller fördröjd vård och omsorg, 57 om felaktigt utförd vård och omsorg samt 16 avvikelser gällande bemötande. Andra områden som det har gjorts avvikelser kring är informationshantering och externa kontakter samt så är flera avvikelser dokumenterade i fel lagrum som exempelvis fall.

Organisation	SoL/LSS Annan avvikelse	SoL/LSS Lex Sarah	Antal
Athena	3		3
Barn, unga och familj (myndighet)	9		9
Barn, unga och familj (öppenvård)	2		2
Bågen	1	1	2
Daglig verksamhet	18		18
Hemtjänst City	98		98
Hemtjänst Ljungbyhed	172	3	175
Hemtjänst Öst	78		78
Korttidsvistelse/korttidstillsyn	3		3
Kortvård	23	2	25
Ljungbygården	20	1	21
Ljungåsen	3		3
Myndighetsutövning	5		5
Resursteamet	13		13
Serviceenheten LOV-utförare	24		24
Syréngården	15	2	17
Testavdelning 1	3		3
Tingsgatan 20	1		1
Torggränd 8 LSS	2		2
Trädgårdsgatan	2		2
Vuxen (myndighet)	9		9
Vuxna (öppenvård)	2		2
Äldreomsorg och LSS (myndighet)	2	1	3
Åbyhem	30		30
Öppenvård	4		4
Antal	542	10	552

Antal förekomster per Rapporttyp och Organisation



Organisation	Bemötande	Felaktig utförd vård och omsorg	Utebliven/fördröjd vård och omsorg	Antal
Athena		2	1	3
Barn, unga och familj (myndighet)			1	1
Bågen	1			1
Daglig verksamhet	2	1		3
Hemtjänst City	1	6	25	32
Hemtjänst Ljungbyhed	6	27	49	82
Hemtjänst Öst		3	22	25
Hälso- och sjukvård	2			2
Korttidsvistelse/korttidstillsyn		1	1	2
Kortvård	1	1	3	5
Ljungbygården	1	4	2	7
Myndighetsutövning		1	2	3
Resursteamet	1			1
Serviceenheten LOV-utförare		2		2
Syréngården		1	4	5
Testavdelning 1	1		1	2

Organisation	Bemötande	Felaktig utförd vård och omsorg	Utebliven/fördröjd vård och omsorg	Antal
Torggränd 8 LSS		1		1
Vuxen (myndighet)			5	5
Äldreomsorg och LSS (myndighet)			2	2
Åbyhem		7	2	9
Antal	16	57	120	193

Lex Sarah rapporter och utredningar

Under året har tio händelser inträffats som utretts enligt lex Sarah. Fem av händelserna har bedömts varit av högre allvarlighetsgrad där en utökad utredning har genomförts. Lex Sarah utredningarna har handlat om utebliven insats, brister i omsorgen, brister i tillsyn, brister i bemötande, fysiskt övergrepp och kränkning. Samtliga händelser där en utökad utredning har genomförts bedömts ha inneburit påtaglig risk för missförhållande eller missförhållande och i ett av fallen är bedömningen att händelsen inneburit en påtaglig risk för allvarligt missförhållande och en anmälan till IVO har skickats in.

Utredningarna belyser vikten av bättre samverkan inom förvaltningen och mellan kommun och region, bättre dokumentation och kommunikation, bättre följsamhet till direktiv och rutiner samt avsaknad av styrdokument och hantering av medarbetare som brister i sin yrkesutövning.

Klagomål och synpunkter

Totalt har det inkommit 37 klagomål och synpunkter som är diarieförda i Evolution under året. Merparten handlar om anhöriga som är oroliga för sina närstående, klagomål på att insatser uteblir och på att tiden för insats ändras utan att brukare får information. Vidare finns det synpunkter på att det brister i kommunikation och information till anhöriga, brukare och mellan medarbetare. Det finns ett fåtal som handlar om bemötande, upplevelse av att utredningar tar lång tid och att vård- och omsorgen brister gällande att sätta brukarens behov i centrum. Det är anhöriga, brukare/patienter, familjehem och god man som lämnat in klagomål.

Personalens medverkan i kvalitetsarbetet

I 14 kap. 2 § SoL står att var och en som fullgör uppgifter inom socialtjänsten ska medverka till att den verksamhet som bedrivs och de insatser som genomförs är av god kvalitet. För utförande av uppgifter med god kvalitet inom socialtjänsten ska det finnas personal med lämplig utbildning och erfarenhet. För verksamhet enligt LSS ska det finnas den personal som behövs för att kunna ge ett gott stöd och en god service och omvårdnad.

All personal omfattas således av kompetenskrav. Att personal har rätt kompetens är en förutsättning för att de ska kunna medverka i kvalitetsarbetet och ge en god vård och omsorg. Utan rätt kompetens har personalen inte förutsättningar för att fullgöra sin rapporteringsskyldighet eller i övrigt delta i kvalitetsarbetet till exempel genom att lämna in klagomål och synpunkter. För att den som bedriver verksamheten ska kunna utveckla och säkra kvaliteten behöver denne därför planera för personalförsörjning och kompetensutveckling.

Alla medarbetare på förvaltningen har schemalagd kompetensutveckling. Under året har 2562 utbildningar på Kommunutbildningar avslutats samt har flertalet andra utbildningsinsatser genomförts. Resultatet på medarbetarenkäten visar att Socialförvaltningens personal har något högre medelvärde (mellan 1-4) 3,63 än kommunen i stort (3,61) på frågan om man har tillräcklig kompetens för att utföra sina arbetsuppgifter.

Föreskrifterna innehåller bestämmelser som påminner om personalens lagreglerade skyldigheter att delta i verksamhetens kvalitetsarbete. För att uppnå god kvalitet är personalens engagemang och delaktighet nödvändig. I föreskriften SOSFS 2011:9 6 kap.1 § står det att den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska säkerställa att verksamhetens personal arbetar i enlighet med processerna och rutinerna som ingår i ledningssystemet.

Verksamheterna arbetar på flera sätt för att involvera medarbetare i kvalitetsarbetet.

- Enhetschef säkerställer att riktlinjer/rutiner/anvisningar blir kända och implementerade i sina respektive verksamheter genom att enhetschef informerar personalen skriftligt med nya rutiner som kommer, bland annat i veckobrev och bifogar rutinen till medarbetarna. En del svårare rutiner väljer man att gå igenom på arbetspaltsträffen (APT) då dem behöver mer diskussion. När enhetschef märker att personal avviker från rutinen går enhetschef igenom den ännu en gång med personalen och pratar om hur de arbetar med den. Enhetschef följer också upp rutiner under medarbetarsamtal

- Respektive verksamhet har forum så som till exempel APT både för att förmedla, diskutera och följa upp kvalitetsarbete
- Workshops har införts löpande under året till samtliga enhetschefer för att säkerställa arbetet med avvikelshantering
- Löpande dialoger sker även i vardagen vid behov på verksamheterna
- Riskbedömningar sker vid behov
- En gång om året följs processer/riktlinjer och rutiner upp av respektive enhetschef och revideras vid behov
- KIA och avvikelser går igenom med medarbetare vid APT samt vid samverkan/MBL
- Uppföljningar kring risker/egenkontroller/kvalitetsindikatorer sker årligen i Stratsys

Medarbetarna är delaktiga i att ta fram aktiviteterna till enheternas mål. Medarbetarna har olika uppdrag som också är kopplade till kvalitetsarbetet. Enhetschefer arbetar med kontaktmanskap som också följs upp löpande och kontaktmanskapet syftar till en mer individanpassad vård och omsorg. Samtliga delar följs upp kontinuerligt och ytterligare genomgång prioriteras när man ser att rutinerna inte längre följs i samma utsträckning. Verksamheterna har regelbundna tvärprofessionella teamträffar där kontaktman förväntas ta ansvar i förberedelserna till kvalitetsregister (BPSD, SeniorAlert).

Medarbetare inom myndigheten arbetar med kollegiegranskningar vilket är ett verktyg att säkerställa att processer och rutiner följs. Vidare ingår medarbetare allt som oftast i arbetsgrupper som tar fram nya rutiner/riktlinjer och/eller arbetssätt. Lagreglerade skyldigheter, exempelvis kring rapporteringsskyldighet, lyfts i introduktion med nya medarbetare men också kontinuerligt med alla medarbetare enligt upprättat årshjul.

Dokumentationsskyldigheten

I SOSFS 2011:9 7 kap.1 § står det att arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet ska dokumenteras. Kravet på dokumentation omfattar alla delar av det systematiska kvalitetsarbetet, såväl ledningssystemets grundläggande uppbyggnad som det systematiska förbättringsarbetet. Det innebär att fastställda processer och rutiner ska vara dokumenterade. Det innebär även att arbetet med att planera och utföra riskanalyser, egenkontroller och hantera klagomål, synpunkter och rapporter ska dokumenteras liksom vilka förbättrande åtgärder som framkomna avvikelser har gett upphov till. Det kan dels vara fråga om dokumentation av planeringen av de olika aktiviteterna, dels fråga om dokumentation av framkomna resultat och hur dessa har hanterats.

Under året har förvaltningen använt sig av Stratsys produkt SOSFS 2011:9 där det systematiska förbättringsarbetet dokumenteras. En utbildningsinsats för samtliga chefer och stab har genomförts gällande användandet av verktyget samt i kvalitetsarbetet. Rutiner och riktlinjer läggs upp på intranät och är tillgängliga för alla medarbetare.

Avvikelser dokumenteras i verksamhetssystemet Lifecare. Synpunkter och klagomål dokumenteras i ärendehanteringssystemet Evolution. Mål och fokusområden dokumenteras i Röda tråden i Stratsys.

Interna och externa granskningar

Interna granskningar/undersökningar

Intern utvärdering av de centrala stödfunktionerna insatsplanering och schemaläggning

En enkätundersökning är genomförd inom verksamhetsområdet gällande central planering av insatser. Resultatet är analyserat i ledningsgrupp. Utifrån resultatet pågår dialog omkring central planerings placering i verksamheten. Målet är en ändamålsenlig organisering som stödjer verksamheternas behov. Utifrån undersökningen och resultatet har beslut fattats att central planering av insatser i hemvården ska flyttas närmre verksamheten.

Revisionen

Granskning av tillhandahållandet av särskilt boende för äldre och boende med särskild service för funktionshindrade.

KPMG har av Klippans kommuns revisorer fått i uppdrag att granska tillhandahållandet av särskilt boende för äldre och boende med särskild service för funktionshindrade. Granskningen ingår i revisionsplanen för år 2020. Granskningen syftar till att bedöma om socialnämndens planering av boenden för äldre och funktionshindrade är ändamålsenlig. KPMG:s sammanfattande bedömning utifrån granskningens syfte är att socialnämndens planering av boenden för äldre och funktionshindrade är ändamålsenlig.

Mot bakgrund av granskningen rekommenderas socialnämnden att:

Formalisera nämndens styrning gällande tillhandhållandet av boenden för äldre och personer med funktionsnedsättning. Revisorerna noterar särskilt att det saknas upprättade rutiner eller motsvarande för genomförandet av arbetet. Något som kan utgöra en risk när ansvarig för området byts varvid rutiner bör dokumenteras i någon form av arbetsbeskrivning.

Åtgärder som har genomfört utifrån granskningen;

- En plan för tillhandahållande av boende för äldre och personer med funktionsnedsättning har tagits fram
- Tillhandahållande av boenden för äldre och funktionshindrade bygger på en process där behovet prognostiseras och konkretiseras i Lokalförsörjningsplanen

Granskning av förvaltningens ekonomiska bistånd och insatser för att bli självförsörjande

KPMG har av Klippans kommuns revisorer fått i uppdrag att granska ekonomiskt bistånd och insatser för att bli självförsörjande. Uppdraget ingår i revisionsplanen för år 2022.

Revisorernas sammanfattande bedömning utifrån granskningens syfte är att socialnämnden delvis bedriver en ändamålsenlig verksamhet avseende ekonomiskt bistånd och för att få biståndsmottagarna självförsörjande.

Utifrån beskrivna iakttagelser och bedömningar rekommenderar vi socialnämnden att:

- Samordna innehållet i handlingsplanerna från socialtjänsten och de individuella planerna från arbetsmarknads- och utvecklingsenheten för att få en enhetlighet och tydlighet gentemot individen
- Inkludera och förtydliga delmål i planerna. Delmålen kan med fördel utgå från identifierade hinder och förutsättningar för att individen ska nå slutmålet att komma i självförsörjning. Målen bör utformas med konkreta måtvärden vilket möjliggör för en tydligare uppföljning
- Säkerställa att individens delaktighet i utformningen av planerna framgår och att individens förståelse för planeringens mål och innehåll synliggörs
- I arbetet med handlingsplaner utveckla kartläggningen av individens arbetsförmåga – exempelvis genom att använda sig av Socialstyrelsens metod FIA. Med en kartläggning av individens förutsättningar kan man säkerställa att individen erhåller ändamålsenliga insatser

Åtgärder som har genomfört utifrån granskningen;

Planering gällande bedömningsinstrument FIA har sedan tidigare skett och målet är att instrumentet ska implementeras under 2023.

En samverkansdag har genomförts med medarbetare på ekonomiskt bistånd och enheten för arbetsmarknad och utveckling, då denna punkt finns på agendan. Utöver detta sker löpande samverkan på ledningsnivå där resultaten från granskningen kommer att lyftas och förslag på åtgärder kommer tas fram.

Alla individer som får en handlingsplan deltar i upprättandet av denna och således är individen delaktig. Sedan mottagandet av rapporten har enheten för ekonomiskt bistånd vidtagit direkt åtgärd genom att förtydliga detta i mallen som används när handlingsplanen dokumenteras. Åtgärd gällande tydligare delmål är, som beskrivet under rubrik "individuella handlingsplaner", ett arbete som fortlöpt med workshops med handläggarna under hösten 2022.

Granskning av nämndens beredskap för IT-störningar och incidenter

KPMG har av revisorerna i Klippans kommun fått i uppdrag att genomföra en granskning av kommunens beredskap för IT-störningar och incidenter. Uppdraget ingår i revisionsplanen för 2022. Syftet med granskningen har varit att bedöma om kommunen har ändamålsenliga rutiner för att upprätthålla verksamheter vid större IT-störningar.

Utifrån revisorernas sammanfattande bedömning och slutsats rekommenderar nämnderna att:

- Säkerställa att det finns dokumenterade kontinuitetsplaner för verksamheter i enlighet med styrande dokument för krisberedskap.
- Säkerställa att de beredskaps- och kommunikationsplaner som finns är uppdaterade och tillräckliga att utgå från i händelse av IT-incident eller störning, exempelvis genom regelbundna tester
- Tillse att ett systematiskt informationssäkerhetsarbete är etablerat med tydliggjorda krav och rutiner för uppföljning. En grund för detta är att riskanalys och informationsklassning genomförs som leder till att krav om säkerhetsåtgärder ställs utifrån ett bedömt skyddsvärde
- Etablera incidenthanteringsrutiner för informations- och IT-säkerhetsincidenter tillsammans med utbildningsinsatser för att säkerställa att incidenter upptäcks och anmäls
- Iakttagelser och bedömningar framgår i bifogad rapport. Revisorerna önskar yttrande från

kommunstyrelsen och nämnder med anledning av resultatet i granskningen. Yttrandet ska vara revisionen tillhanda senast den 30 september 2022

Åtgärder som har genomfört utifrån granskningen;

Socialnämndens kontinuitetsplanering för att upprätthålla verksamheten under en allvarlig it-störning är en del av den risk- och sårbarhetsanalys som Socialnämnden tillsammans med Kommunstyrelsen genomför vart fjärde år och som Socialnämnden kommer att revidera årligen. Under hösten 2022 startade arbetet med den kommande periodens risk- och sårbarhetsanalys, för åren 2023 – 2026.

Kontinuitetsplaneringen bygger på den riskanalys som framkommer i risk- och sårbarhetsanalysen. Socialnämndens målsättning inför årets risk- och sårbarhetsanalys, är att med arbetet säkerställa att det finns uppdaterade och kommunicerade kontinuitetsplaner i enlighet med vad som beslutats i analysen samt att särskilt fokus ska läggas på avbrott i IT-system och eltilförsel. Som en del i arbetet ingår också att under perioden uppdatera planerna utifrån de förändringar i förutsättningarna som sker, och att nya planer ska upprättas för nya risker eller nya omständigheter.

Det finns ett pågående kommungemensamt arbete med informationssäkerhet inklusive klassning av information, som drivs av kommunledningsförvaltningen. Under hösten kommer detta arbete genomföras på Socialförvaltningens innehav av informationssystem, som en fortsättning på det säkerhetsarbete som gjorts under våren med utgångspunkt från dataskyddsförordningens perspektiv. Klassningen kommer bland annat att ligga till grund för riskanalyser och åtgärdsprogram, och i tillämpliga fall utgöra underlag för styrning av driften av förvaltningens IT-system hos EttIT.

Inom ramen för kommunens gemensamma informationssäkerhetsarbete kommer förvaltningen att etablera en kanal där förvaltningens anställda kan rapportera säkerhetsincidenter som inträffar i det dagliga arbetet.

Inspektionen för vård och omsorg

IVO Inspektion på gruppboende

Athena 2 i Klippans kommun har valts ut i urvalsprocessen av IVO och har haft besök av två inspektörer, den 220519 och 220523. Insamling av material bestod av besök på boendet, samtal med brukare, intervju med personal, intervju med enhetschef och genomgång av dokumentation.

I den pågående tillsynen av LSS gruppboendestaden Athena 2 har det inkommit en begäran om yttrande och möjlighet att lämna synpunkter på underlaget som Inspektionen för vård och omsorg har samlat in. IVO begär även svar på en rad frågeställningar av Socialnämnden.

Efter inspektörernas tillsyn har flera omedelbara åtgärder genomförts. Under hösten har ett förbättringsarbete gällande skyddsåtgärder i verksamheten påbörjats, det systematiska arbetet med risk- och händelseanalyser och utbildning gällande Lex Sarah.

Förvaltningen är medveten om att samlokalisering av LSS boenden och ej fullvärdiga kök på gruppboendet inte är optimalt. Gruppboendestaden lokaler har lyfts till nämnden samt är en prioriterad fråga i förvaltningens förslag till lokalförordningsplan som behandlades i nämnden i oktober.

Förbättringsarbeten

Strategi för välfärdsteknik

Socialförvaltningen har arbetat fram en strategi för välfärdsteknik. Syftet med strategin är att ha en tydlig gemensam riktning att arbeta mot, att strukturera ett gemensamt införande av e-hälsa och välfärdsteknik samt att genomföra en digitalisering och automatisering av förvaltningens processer. Digitalisering och automatisering inom socialförvaltningen ska innebära en verksamhetsutveckling med ett nytt sätt att utföra arbetsuppgifter med digital teknik, som ger ett effektivt användande av verksamheternas resurser.

Användande av välfärdsteknik ska bidra till en ökad aktivitet, trygghet, jämställdhet, självständighet, delaktighet och inflytande för socialförvaltningens samtliga målgrupper.

Strategin innefattar sex inriktningar;

- Digitalt och automatiserat framför analogt och manuellt
- Nyttan för individen
- Behov och funktion framför tekniska specifikationer
- Kompetensutveckling av personal
- Delaktighet för brukare
- Integrerade system

Program för uppföljning av verksamheter som utförs av privata utförare 2022-2026

Kommunen är ansvarig, förutom för sin verksamhet i egen regi, även för verksamhet som genom avtal överlämnas till privata utförare. Kommunen ska därför kontrollera och följa upp dessa verksamheter. Dessutom ska kommunen genom avtalen försäkra sig om tillgång till information som gör det möjligt att ge allmänheten insyn. Uppföljning är en viktig del i kommunens kvalitetsarbete. Kommunen är skyldig att följa upp verksamheter oavsett utförare.

De nämnder som berörs av programmet ska ta fram en plan med rutin för uppföljning samt mål för effektivitet och kvalitet för sina verksamheter. Nämnden ansvarar för att med utgångspunkt i planen och inom sitt ansvarsområde följa upp och kontrollera att utförare (oavsett driftsform) bedriver verksamhet enligt de lagar, förordningar och föreskrifter som gäller eller kan komma att gälla, samt enligt de mål och riktlinjer som kommunfullmäktige och nämnd har fastställt i styrmodellen och verksamhetsplanen.

Socialnämnden har tagit fram en plan för uppföljning av verksamheter som utförs av privata utförare.

Uppföljningar sker genom besök i aktuell verksamhet samt granskning av dokumentation som inhämtas före besökstillfället. Uppföljning genomförs av förvaltningens Myndighetschef och enhetschef Myndighet. Vid uppföljningar på de särskilda boendeformer där hälso- och sjukvårdsansvar ingår deltar kommunens medicinskt ansvariga sjuksköterska (MAS).

Utöver den regelbundna, årliga uppföljningen kan särskild granskning inom vissa områden utföras. Dessa områden utses antingen på förekommen anledning (exempelvis ny lagstiftning) eller efter beslut av nämnd/nämndsordförande eller ansvarig chef. De privata utförarna följs upp regelbundet enligt framtaget årshjul.

Framtidens hemvård

Förbättringsarbetet i hemtjänsten har identifierat behov av förändrade arbetssätt, ökad kompetens hos personal i hemvård samt ökad kvalitet på insatserna som utförs i ordinärt boende. Förutom ovanstående kommer en ny socialtjänstlag att ställa större krav på förebyggande arbete. Nära vård lägger även ett stort fokus på det förebyggande och hälsofrämjande arbetet. Nära vård kommer att kräva en kompetenshöjning för att kunna vårda svårt sjuka personer i ordinärt boende. Undersköterskans arbete kommer att renodlas både utifrån ett kompetensförsörjningsperspektiv till att kunna utöka uppgifter som inte tidigare innehafts av en undersköterska i ordinärt boende. Serviceinsatser läggs på entreprenad och fokus läggs i stället på de förebyggande, omvårdande och medicinska arbetsuppgifterna. Valfärdsteknik ska i hög grad användas för att hushålla med begränsade resurser. Kompetensen hos undersköterskor är viktig för kvalitet och säkerhet i vård och omsorg.

Detta sammantaget har gett ett flertal aktiviteter i vårt förbättringsarbete i hemvården.

- Uppdragsbeskrivning är framtagen som möter behov utifrån ovanstående
- Samtliga USK i hemvården har sökt om sina tjänster och kommer att matchas mot den nya uppdragsbeskrivningen. De USK som inte når upp till kraven i uppdragsbeskrivningen får en individuellt utformad handlingsplan med anpassade åtgärder för att medarbetaren ska ha möjlighet att nå upp till kraven.
- Serviceenheten har blivit en permanent underleverantör av serviceinsatser för att renodla USK uppdrag
- Planering av insatser i smågruppen alternativt ”parhästar” har införts för att förbättra personalkontinuiteten
- För att möjliggöra för USK att arbeta med behov och inte utifrån insats så kommer den ekonomiska ersättningsmodellen att ses över. Hemvården ersätts per brukare i stället för per insats.
- Läkemedelsrobotar är under testning, 10 robotar används i syfte att brukaren ska kunna behålla sin självständighet samt som en resursbesparande åtgärd

Framtidens hemvård i Klippan kommun ska ge brukarna en:

- Möjlighet att tillsammans med anhöriga kunna vara aktiva medskapare i sin vård- och omvårdnad
- möjlighet att bo i det ordinära boendet med det stöd som krävs för att bibehålla förmågor att kunna leva ett aktivt liv med god livskvalitet
- möjlighet till mer kvalificerad hälso- och sjukvård i det ordinära boendet
- insatser som är hälsofrämjande, förebyggande och proaktiva
- jämlik vård- och omvårdnad utifrån behov
- trygghet och självständighet som grundas i gemensamt ansvarstagande

För att möta framtidens hållbara hemvård behöver undersköterskor i Klippan kommun:

- arbeta proaktivt och hälsofrämjande

- arbeta med fler avancerade delegerade arbetsuppgifter
- vara omsorgs- och omvårdnadsexperter
- inneha kompetens för att tillvarata brukarens självständighet
- ge insatser där brukaren upplever en hög livskvalitet
- skapa förutsättningar för jämlik vård- och omvårdnaden i insatser till brukaren

Analys av året

Sammanfattande bedömning

Arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet har sammanfattningsvis bedrivits genom att få en tydligare struktur genom bland annat införandet av Stratsys produkt SOSFS 2011:9 och utbildning i kvalitetsledning. I Stratsys planera verksamheterna kvalitetsarbetet, genomför riskanalyser, hanterar egenkontroller, tar fram åtgärder och följer upp.

Vidare har det arbetats med processer, riktlinjer, rutiner och planer. I arbetet med bland annat avvikelser är en viktig del i arbetet att arbeta med organisationens kultur för att skapa ett klimat som tillåter att brister och problem tas upp. Det är centralt för kvaliteten att personalen har rätt kompetens för sitt uppdrag och förutsättningar att genomföra det på ett bra sätt i verksamheterna. Kompetensförsörjning är ett fokusområde i förvaltningsplanen samt ett nämndsmål och har följts upp kontinuerligt under året med gott resultat.

Det är cheferna i organisationen som leder verksamheternas kvalitetsarbete och implementerar lämpliga arbetssätt och metoder för att säkra kvalitet för brukarna/medborgarna. Samtliga verksamhetschefer har deltagit på ledarskapsutbildning under året samt utvecklar kvalitetsarbetet tillsammans med stab och verksamhet.

Under året har flera åtgärder vidtagits för att säkra verksamhetens kvalitet. Åtgärder har tagits fram utifrån riskanalyser, egenkontroller, avvikelser, lex Sarah utredningar, genomlysningar av revisionen, IVO granskning, synpunkter, brukarundersökningar, målarbete, fokusområden och resulterat i förbättringsarbeten.

Resultaten som har uppnåtts är flertalet. Under året har strukturen och kunskapen kring kvalitetsarbete förbättrats i organisationen. Organisationens kvalitetsarbete ligger till grund för att säkerställa god kvalitet till medborgarna. Förvaltningen har haft en riktad satsning på målarbete med tydliga verksamhetsplaner samt verksamhetsuppföljningar under året som resulterats i ett nytt arbetssätt kring målstyrning med mer fokus på delaktighet och brukaren i centrum. På grund av låg svarsfrekvens i de nationella brukarundersökningarna är det svårt att se resultatet av kvalitet för brukarna.

Det resultat som bland annat kan utläsas och som finns beskrivet i Årsberättelsen är att utredningstider generellt har minskats och införandet av ett nytt arbetssätt för att stötta klienter till ekonomisk självständighet har minskat bidragsberoende. Ett nytt arbetssätt inom Boendestöd med inriktning på arbete i team och ökad delaktighet för brukaren har bidragit till ett gott resultat både för brukare och medarbetare. Egna undersökningar visar på en högre brukarnöjdhet och upplevelse av tillgänglighet. Flertalet nya metoder och arbetssätt har implementerats i verksamheterna under året men det är för tidigt att utläsa något resultat.

Utvecklingsområde

Under 2023 kommer det påbörjade arbetet med processer och rutiner att fortskrida. Förhoppningen är att komma igång med en processkartläggning i ett ändamålsenligt verktyg eller i befintligt system. Tydliga processer och riktlinjer ger en ökad möjlighet för medarbetarna att förstå sitt uppdrag, hur det samverkar med andra och vad som krävs för att kunna utföra det med önskat resultat.

Som en del i att förebygga missförhållanden kommer arbetet med avvikelser att fortsätta med utbildning, handledning och workshops.

Ett prioriterat utvecklingsområde är att hitta metoder/arbetssätt för att skapa bättre förutsättningar för mer delaktighet av medarbetare, brukare, anhöriga och medborgare i kvalitetsarbetet på ett systematiskt sätt. Som en del i detta arbete kommer bland annat myndighet att starta kvalitetsdialoger inom samtliga myndighets enheter. Dialogerna kommer att utgå ifrån enkäter som medarbetare har fått fylla i. Vid gemensamma träffar kommer resultatet från enkäterna ligga till grund för kvalitetsdialoger mellan medarbetarna. Enhetscheferna och myndighetschefen kommer sedan att lyfta upp identifierade förbättringsområden i syftet att höja avdelningens arbete med kvalitet i myndighetsutövningen.

I förvaltningsplanen har flera aktivitetsplaner tagits fram för att förbättra kvaliteten. De aktiviteter som är högst prioriterade under 2023 är att ta fram Åldrestrategin, Kompetensförsörjning, Digitalteknik för att möjliggöra självständighet, Dokumentation inom verkställighet och Statsbidrag.