



Socialnämnden

Tid

Tisdagen den 23 februari 2021 kl. 09:00. Preliminär sluttid kl. 12:00

Plats

Socialförvaltningen, Fabriksgatan 31, rum 250

Förhinder anmäls till socialförvaltningen, Carina Björkman, tel. 0480-45 08 63 eller e-post carina.bjorkman@kalmar.se.

Enligt uppdrag

Carina Björkman

Föredragningslista

- 1 Fastställande av dagordning samt protokolljusterare

Beslutsärenden

- 2 Socialnämndens årsrapport 2020
- 3 Ej verkställda beslut 4:e kvartalet 2020
- 4 Rapport synpunkter och avvikelser 2020

Informationsärenden

- 5 Årlig bedömning av verksamhetsledningssystemet
- 6 Arbetsmiljöhändelser årsrapport 2020
- 7 Patientsäkerhetsberättelse 2020
- 8 Kvalitetsuppföljning Birgittagården 2020
- 9 Kvalitetsuppföljning Miniprint 2020
- 10 Kvalitetsuppföljning Lustgården 2020
- 11 Kvalitetsuppföljning Mossegården 2020
- 12 Kvalitetsuppföljning Del-Ta 2020
- 13 Kvalitetsuppföljning Calmia 2020
- 14 Kvalitetsuppföljning Humana 2020
- 15 Rapport VO Barn och familj
- 16 Information om socialförvaltningens hantering av covid-19
- 17 Information från förvaltningschef och ordförande
- 18 Övrigt

Handläggare
Kristina Appert
0480-45 09 50

TJÄNSTESKRIVELSE

Datum
2021-02-10

Ärendebeteckning
SN 2019/0860.03.01

Socialnämnden

Socialnämndens årsrapport 2020

Förslag till beslut

Socialnämnden godkänner årsrapport 2020 som inkluderar uppföljning av verksamhetsplan samt kvalitetsberättelse och överlämnar den till kommunstyrelsen för kännedom.

Socialnämnden godkänner uppföljning av den interna kontrollen för år 2020 och överlämnar den till kommunstyrelsen för kännedom.

Bakgrund

Varje nämnd ska senast i februari månad sammanställa och godkänna föregående års årsrapport och överlämna den till kommunstyrelsen för kännedom. Årsrapporten består av uppföljning av verksamhetsplan, sammanfattning av viktiga händelser, ekonomi och personal, kvalitetsberättelse samt uppföljning av den interna kontrollen.

Kristina Appert
Administrativ chef

Cecilia Frid
Socialchef

Bilagor
Socialnämndens årsrapport 2020
Bilaga 1 Driftredovisning
Bilaga 2 Verkställda beslut LSS 2020
Bilaga 3 Verksamhetsstatistik
Bilaga 4 Kvalitetsberättelse 2020
Bilaga 5 Uppföljning av intern kontroll 2020
Bilaga 6 Ekonomiska nyckeltal



Årsrapport 2020

Socialnämnd



Kalmar kommun

Innehåll

Socialnämnd.....	3
Ekonomiskt utfall	3
Sammanfattning väsentliga händelser	3
Uppföljning av verksamhetsplan.....	4
FOKUSOMRÅDE - Ordning och reda i ekonomin.....	4
FOKUSOMRÅDE - Ett grönare Kalmar	5
FOKUSOMRÅDE - Ett växande, attraktivt Kalmar	5
FOKUSOMRÅDE - Hög kvalitet i välfärden.....	7
FOKUSOMRÅDE - Medarbetare och arbetsmiljö	35
Väsentliga händelser.....	36
Coronapandemin.....	36
Implementering av processororienterat syn- och arbetssätt.....	36
Kunskapsbaserad socialtjänst.....	36
Digitalisering/ e-hälsa	36
Väsentliga händelser inom verksamhetsområdenas processer	37
Prognos	38
Driftredovisning	38
Lednings- och stödfunktioner.....	39
Barn och familj	39
Funktionsstöd vuxen.....	40
Hälso- och sjukvård	40
Vuxen	40
Investeringsredovisning.....	41
Åtgärder och konsekvenser	41
Personalredovisning	42
Personalsammansättning	42
Sjukfrånvaro	43
Rekrytering.....	44
Kompetensförsörjning	44
Arbetsmiljöhändelser	44
Medarbetarenkät.....	45

Kvalitet, styrning och kontroll.....	46
Kvalitetsberättelse	46
Intern kontroll.....	46
Kostnad per brukare	46

Bilaga 1 Driftredovisning

Bilaga 2 Verkställda beslut LSS 2020

Bilaga 3 Verksamhetsstatistik

Bilaga 4 Kvalitetsberättelse 2020

Bilaga 5 Uppföljning av intern kontroll 2020

Bilaga 6 Ekonomiska nyckeltal

Socialnämnd

Socialnämnden ansvarar för de uppgifter som kommunen har avseende;

- stöd och service till personer med omfattande och varaktiga funktionsnedsättningar samt hälso- o sjukvård inom detta verksamhetsområde
- individ- och familjeomsorg såsom missbruks- och beroendevård, ekonomiskt bistånd, sociala barn- och ungdomsvård inom detta verksamhetsområde
- familjerätt
- mottagande av ensamkommande barn
- tillstånd och tillsyn för alkohol, tobak och receptfria läkemedel

Ekonomiskt utfall

Socialnämnden redovisar ett överskott med +25,1 mnkr. Det positiva ekonomiska resultatet beror delvis på effekter av pandemin. Dels handlar det om att verksamhet anpassats för att minska smittspridning t.ex. genom omdisponering av personal eller tillfällig stängning av vissa verksamheter. Det handlar även om att årets volymökning blivit betydligt mindre än planerat och verksamhet har framflyttats till kommande år. Prognostiserade negativa ekonomiska effekter av pandemin har inte blivit så omfattande som befarat under året. En annan förklaring är att arbete i processerna under året gett effekt i form av sänkta kostnader. Det har sedan tidigare medfört sänkta kostnader inom främst ekonomiskt bistånd, men nu också när det gäller t. ex andrahandskontrakt, externa placeringar missbruk och utredningsplaceringar. Under året har antalet externa placeringar inom den sociala barn- och ungdomsvården minskat vilket även det medfört sänkta kostnader.

Sammanfattning väsentliga händelser

Socialförvaltningens arbete har under året kraftigt påverkats av Coronapandemin. Stort fokus har lagts på att göra anpassningar i verksamheterna för att på bästa sätt upprätthålla god kvalitet och uppfylla socialnämndens mål och lagkrav utifrån de förändrade förutsättningarna som epidemin orsakar. Förebyggande åtgärder har vidtagits i verksamheterna för att förhindra smittspridning bland dem vi finns till för. Det har under året inte förekommit någon smittspridning, utan då handlat om ett litet antal enstaka fall. Bland personalen syns en ökning i den korta sjukfrånvaron i förvaltningen. Den grundar sig i att medarbetarna följer rekommendationen om att stanna hemma vid förkylningssymtom.

Med anledning av pandemin har delar av utvecklingsarbetet skjutits fram och kompetensutvecklingsplanen har anpassats. Det rör främst verksamheterna inom funktionsnedsättning och socialpsykiatri. Samtidigt har dessa personalgrupper tagit till sig av andra kunskaper och infört nya arbetsätt för att förhindra smittspridning.

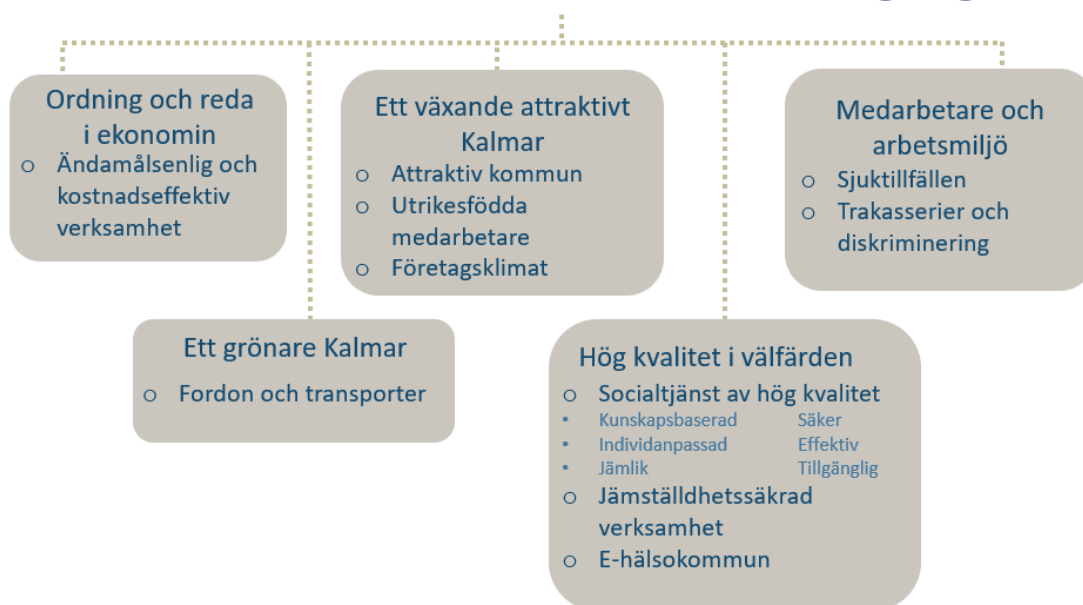
Satsningar som pågår och fortsatt prioriteras är att digitalisera och tillgängliggöra socialtjänstens tjänster mot medborgarna för en enklare vardag. Flera e-tjänster, för medborgare men även interna e-tjänster har utvecklats och tagits i bruk under året. Pandemin har medfört en snabbare takt i införandet i vissa delar.

Arbetet fortsätter med att implementera processororienterat syn- och arbetsätt för att få ökat fokus på individens behov i centrum, flödesorientering samt medarbetarstyrt ständigt förbättringsarbete. Inom flera processer syns positiva effekter både på kvalitet och ekonomi.

Uppföljning av verksamhetsplan

Bilden visar översiktligt socialnämndens mål 2020.

Socialnämndens mål 2020



Här nedan följer en uppföljning av mål och indikatorer. Uppföljningen presenteras utifrån varje fokusområde. I tabellform presenteras nämndsmålet, en beskrivning av detta samt en uppföljning. I de fall förvaltningen har kopplat indikatorer till målet följer de i löptext innan nästa mål presenteras i tabellform.

FOKUSOMRÅDE - Ordning och reda i ekonomin

Nämndsmål	Beskrivning	Status
Ändamålsenlig och kostnadseffektiv verksamhet	Kommunens alla verksamheter ska bedrivas på ett ändamålsenligt och kostnadseffektivt sätt.	

Den samlade bedömningen för förvaltningen är att utvecklingen mot en ändamålsenlig och kostnadseffektiv verksamhet är positiv. Genom processorienteringen fokuserar socialförvaltningen på att ständigt förbättra och utveckla sina arbetssätt. Processorientering och ett tillvaratagande av digitaliseringens möjligheter är starkt bidragande till ett uppfyllande av målet om en ändamålsenlig och kostnadseffektiv verksamhet.


Vi ser goda resultat inom individ och familjeomsorg, där de stabilt ändamålsenliga arbetssätten inom ekonomiskt bistånd särskilt bidrar till kostnadseffektivitet. En utveckling mot minskade kostnader noteras även inom missbruks- och den sociala barn- och ungdomsvården.

Även inom funktionshinderomsorgen är tendensen positiv. En möjlig avmattning i volymökningen kan skönjas. Det är dock för tidigt att säga om det är ett verkligt trendbrott mot en utplaning av volymutvecklingen eller om förändringen är av mer tillfällig art.

När det gäller kostnadsutvecklingen går även den mot rätt håll gällande korttidsvistelse och daglig verksamhet. Kostnaderna för bostad med särskild service ligger kvar på en fortsatt och jämförelsevis bra nivå.

Under fullmäktigemålet om en socialtjänst av hög kvalitet finns information och samlade resultat kring förvaltningens arbete för en ändamålsenlig och kostnadseffektiv verksamhet.


FOKUSOMRÅDE - Ett grönare Kalmar

Nämndsmål	Beskrivning	Status
Fordon och transporter	Kalmar kommuns egna fordon och inköpta transporter ska vara fossilbränslefria 2023.	

Förvaltningen byter ut leasingbilar till fossilbränslefria i takt med att gamla avtal löper ut enligt de planer som är upprättade för varje bil. Antalet elcyklar har utökats på förvaltningen för att göra tillgängligheten bättre att välja cykel istället för bil vid kortare tjänsteresor.

Fortfarande finns dock inte fossilbränslefria alternativ till minibussar. Vi följer transportcentralens rekommendationer och kommer att byta minibussar när fossilbränslefritt alternativ finns att tillgå.

FOKUSOMRÅDE - Ett växande, attraktivt Kalmar

Nämndsmål	Beskrivning	Status
Attraktiv kommun	Kalmar ska vara en av de 30 bästa kommunerna i Sverige att besöka, växa upp, bo och åldras i. Socialförvaltningens bidrar till måluppfyllelse till målet Attraktiv kommun genom Tillsyn tobak och Tillsyn alkoholservering.	


Socialförvaltningens bidrar till måluppfyllelse till målet Attraktiv kommun genom Tillsyn tobak och Tillsyn alkoholservering. Den pågående coronapandemin har begränsat möjligheten för yttre tillsyn varför en total inre tillsyn har genomförts gällande tillståndsinnehav för alkoholservering. Den inre tillsynen är en viktig del i upprättandet av ett sunt restaurangklimat i Kalmar kommun. I en inre tillsyn kontrolleras samtliga företag med serveringstillstånd samt dess ägare, firmatecknare, styrelse etc. mot polismyndighetens belastningsregister och kronofogdemyndigheten och skatteverkets register. Vid tredje tertialets slut har Kalmar kommuns samtliga tillståndsinnehavare granskats. Därmed bedöms tillsynen över alkoholservering tillfredställande. Samma typ av granskning planeras vad gäller tobakförsäljningstillstånd under tertial ett 2021. Tillsyn tobak har ej prioriterats under rådande omständigheter 2020 och bedöms därför ej vara uppfylld.

Tillsyn alkoholservering

Under tredje tertialet har samtliga Kalmar kommuns 96 stycken tillståndshavare granskats mot Polismyndighetens-, Skatteverkets-, Bolagsverkets och Kronofogdemyndighetens register. Granskningen har hittills lett till ett sanktionsbeslut. Granskningens storlek och omfattning innebär att den även kommer att fortgå in i det nya året. Någon direkt (yttre) tillsyn på serveringsställena har inte genomförts av tillståndsenheten under det tredje tertialet. Kommunledningens och Folkhälsomyndighetens rekommendationer har under året varit att tillsynsbesök som inte bedöms vara akuta skall skjutas upp. Tillståndsenheten har i samarbete med Polismyndigheten fått del av både det allmänna ordningsläget och särskilt riktade restaurangtillsyner genomförda av Polismyndigheten. Tillståndsenheten kan konstatera att trots de förutsättningar som givits under året har tillsynen över alkoholservering i Kalmar kommun varit tillfredsställande.

Tillsyn tobak

Tillståndsenheten planerar för en större inre tillsyn av samtliga tobaksförsäljningstillstånd under första tertialet 2021. Granskningen kommer att bli lika omfattande som den som nu genomförs mot restauranger med serveringstillstånd. Kommunledningens rekommendationer om att skjuta på ej akuta tillsynsbesök har inneburit att någon yttre tillsyn av tobaksförsäljning inte genomförts under årets tredje tertial. Tillståndsplikten för tobaksförsäljning är ny och tillsynsbesök på försäljningsställena måste därför prioriteras inför 2021.

Nämndsmål	Beskrivning	Status
Företagsklimat	Kalmar ska vara en av de 30 bästa kommunerna avseende företagsklimat. Socialförvaltningen bidrar till fullmäktigemålet genom att vidmakthålla eller öka nöjd kund index (NKI) för serveringstillstånd i Öppna jämförelser.	

NKI-resultaten 2019 redovisade per myndighetsområde visar att företagarna nationellt sett ger serveringstillstånd bra resultat som ett av tre områden. Resultatet för serveringstillstånd är NKI värde 76. Bäst resultat inom området har Boden, Höganäs, Vellinge med NKI på 93, 90 respektive 90. Kalmar rankar sig på 23 plats med ett NKI på 78. Även om Socialförvaltningens resultat har försämrats jämfört med tidigare år (NKI 87 år 2018) bidrar förvaltningen till kommunens mål om att vara bland de 30 högst rankade kommunerna.

NKI för serveringstillstånd

Verksamhetsåret 2020 för tillståndsenheten har präglats av den pågående Coronapandemin. Ett flertal påbud från Regeringen och Folkhälsomyndigheten har under året påverkat restaurangnäringen och därmed även tillståndsenhetens arbete. Tillfälliga tillstånd har minskat från 29, år 2019 till 11 under innevarande år. Däremot har antalet ansökningar för permanent tillstånd ökat från 9 stycken år 2019 till 22 stycken under innevarande år, en ökning som skett främst under tredje tertialet. Antalet restauratörer har därmed ökat i Kalmar kommun under Coronaåret 2020. Även ansökningar om tillfälliga villkorsändringar i gällande tillstånd har ökat markant i och med förändringar i regelverk. Som tidigare angetts har dessa ansökningar behandlats skyndsamt så inte den enskilda näringsidkaren påförs kostnader på grund av onödig byråkrati. Tillståndsenheten är en av kommunens verksamheter som årligen ingår i SKR:s undersökning "Insikt", som är en mätning av servicenivån i kommunernas myndighetsutövning. Det årliga resultatet presenteras i april kommande år.


Nämndsmål	Beskrivning	Status
E-hälsokommun	Kalmar ska bli årets e-hälsokommun år 2022.	

Kalmar kommun har som mål att bli årets e-hälsokommun år 2025 vilket är en stor utmaning. Tre nämnder arbetar tillsammans för att uppnå målet. Socialnämnden fastställde en e-hälsostrategi 2019 som syftar till att ange inriktning för den del av förvaltningens digitaliseringsarbete som rör e-hälsa. Arbetet med att revidera strategin är på gång och kommer att slutföras under första tertialet 2021. Till strategin finns även en handlingsplan som även den håller på att uppdateras. Socialförvaltningen har under tertialet fortsatt sitt samarbete med Linnéuniversitetet och eHealth Arena och planerar aktiviteter tillsammans. Pga Coronaläget har aktiviteter fått skjutas fram till 2021. Upphandling av läkemedelsrobotar är i slutskedet och väntas bli klart i början av 2021. Under 2020 var planen att ca 15 e-tjänster skulle publiceras. Resultatet visar att 7 e-tjänster publicerats mot medborgare och 5 internt. Samtlig personal har under våren fått tillgång till Office 365. Utbildning i Office 365 för samtlig personal har planerats men pga Coronaläget har den inte kunnat genomföras fullt ut. Utav 550 medarbetare har 330 genomgått utbildningen. Office 365 är ett internt verktyg men underlättar införandet av e-hälsoprojekt.

Nämndsmål	Beskrivning	Status
Jämställdhetssäkrad verksamhet	Kommunens verksamhet ska vara jämställdhetssäkrad år 2022.	

Arbetet med att jämställdhetssäkra socialförvaltningens verksamhet har kommit olika långt inom de olika verksamhetsområdena. Sammantaget är bedömningen att arbetet går framåt men behöver öka i takt om omfång. Förvaltningen arbetar med tre indikatorer med specifik inriktning mot jämställd verksamhet. Dessutom redovisar VO Vuxen sina indikatorers resultat könsuppdelat samt reflekterar över skillnader. En mer detaljerad redovisning av detta arbete återfinns under målet jämlik vård och omsorg och de indikatorer som kopplats till målet.

Socialtjänst av hög kvalitet

Nämndsmål	Beskrivning	Status
Kunskapsbaserad vård och omsorg	Socialnämndens vård och omsorg ska baseras på bästa tillgängliga kunskap och bygga på både vetenskap och beprövad erfarenhet. Fokus är implementering av evidensbaserade metoder och systematiska arbetssätt och uppföljning för att stärka verksamhetens kompetens i att bedriva en evidensbaserad praktik där den bästa tillgängliga kunskapen, den professionelles expertis och den berörda personens situation, erfarenhet och önskemål vägs samman.	

Under året har förvaltningen implementerat flera evidensbaserade metoder och systematiska arbetssätt. Som exempel kan nämnas FIA (Förutsättningar inför arbete, ASI inom missbruksvården och Journal digital inom den öppna sociala- barn och ungdomsvården. Även implementeringen av IBIC (Individens Behov i Centrum) går framåt. Metoderna och arbetssätten är förutsättningar för systematisk uppföljning, som i sin tur är en förutsättning för att bedriva evidensbaserad praktik och vård och omsorg av god kvalitet. Flera verksamheter har också kommit i gång med att göra systematiska uppföljningar på individ- och/eller aggregerad nivå. Den samlade bedömningen för förvaltningen är att utvecklingen mot en kunskapsbaserad vård och omsorg går framåt om än långsammare än planerat med anledning av coronapandemin. Målet bedöms med anledning härav som delvis uppfyllt.

Samlad bedömning inom VO Barn och familj är att verksamhetsområdet har blivit allt mer kunskapsbaserat och har bland annat gjort stora framsteg när det gäller systematisk uppföljning. Implementering av IBIC och Journal digital ger goda förutsättningar att fortsätta det systematiska arbetet på individnivå för att i nästa steg kunna aggregera kunskapen till gruppnivå.

Samlad bedömning inom VO Vuxen är att utvecklingen är positiv. Trots utmaningar under verksamhetsåret har många av de planerade aktiviteterna genomförts och på grund av pandemin har också nya lagts till. Som exempel har vissa planerade utbildningar ställts in medan digitaliseringen har möjliggjort medverkan i andra. Framsteg har skett inom samtliga indikatorer för nämndsmålet genom att implementera evidensbaserade bedömningsmetoder som sedan möjliggör tydlighet för utförare i uppdrag och för individen i sin genomförandeplan samt att detta följs upp på individ- och gruppnivå. Arbetet fortsätter under 2021 och utvecklingsområden är identifierade för att kunna ta nästa steg i de olika delarna.

Samlad bedömning inom VO Funktionsstöd Vuxen är att målet inte kan sägas vara uppnått med anledning av att verksamhetsområdet inte lyckats uppfylla målvärdena för de indikatorer man har kopplade till målet. Arbetet med att förhindra smittspridning av covid-19 har prioriterats högre. Inför 2021 ska den lagda planen för implementering av IBIC följas och implementeringens fortskridande ska regelbundet följas upp. När det gäller stärkt professionell expertis kommer tillgängliga e-utbildningar att användas så långt det är möjligt. I fråga om individbaserad systematisk uppföljning så skjuts det arbetet på framtiden. Implementeringen av IBIC inklusive upprättandet av kvalitativa genomförandeplaner behöver komma längre innan det blir aktuellt att utveckla den systematiska uppföljningen.

Indikatorer till målet om en kunskapsbaserad vård och omsorg

Implementering av IBIC - myndighet

Målvärdet 50 procent av de brukare som har sina beslut i Procapita ska följas upp utifrån IBIC i Lifecare. Sammantaget har förvaltningens myndighetsenheter som arbetar med IBIC rapporterat att 41 procent av brukarnas beslut nu finns i Lifecare. Det är en ökning från rapporterade 30 procent vid andra tertialets slut. Målvärdet uppnås dock inte helt och uppföljningstakten måste öka under 2021 för att IBIC ska vara implementerat under nästkommande år.

VO Barn och familj - Möjliggöra utveckling för barn med funktionsnedsättning: Samlad bedömning är att alla nya ansökningar inom processen handläggs i Life Care och enligt IBIC. Även beslut i pågående ärenden handläggs enligt IBIC och då följs även eventuella andra insatser upp och "läggs över" i Life Care. Målvärde uppnått.

Orsak: Handläggarna har lagt stor energi på att sätta sig in i, och förstå intentionen med IBIC. Enheten pratar mycket om barns behov och har lätt att anamma förhållningssättet. Enheten har kunnat få mycket stöd, både praktiskt i systemet och genom genomgång av utredningar av IBIC-samordnaren. Åtgärder: Fortsätta med det pågående arbetet.

VO Vuxen - Verka för att personer med psykisk funktionsnedsättning ska kunna leva som andra: Samlad bedömning är att verksamheten arbetar mot målvärdet men uppsatt mål kommer ej att uppnås. 118 unika personer har efter tertial 3 ett eller flera beslut kvar i Procapita.

Orsak: Coronapandemin och beslut/åtgärder utifrån detta påverkar möjligheten att utföra uppföljningar och har bidragit till att planeringen att börja följa upp boenden påverkats och stannat upp. Uppföljningar görs mer i befintliga och redan uppföljda och överlagda beslut. Det är det som arbetsättet IBIC handlar om.

Åtgärd: Digitala möjligheter att utföra uppföljningsmöten via videomöten finns och även en större säkerhet i att hantera digitala och alternativa sätt att kommunicera, däremot har det visat sig vara svårt att använda sig av. Sekretessen begränsar och digitala möten är inte alltid ett alternativ. Hitta en acceptabel nivå på uppföljningar utan att ge avkall på kvalitet. Under 2021 kommer åtgärder vidtas så att målet för en fullständig implementering av IBIC vid årsskiftet 21/22 kan realiseras.

Jämställdhetsreflektion: Handläggarna berättar att efter införandet av IBIC, och att systematiskt ställa frågor inom alla livsområden till alla, så bevakas jämställdhetsperspektivet på ett bättre sätt. T ex reaktionen gällande livsområdet "känslan av trygghet" är generellt olika om den ställs till kvinnor eller män (som grupp). Analysen är att normen styr våra klienters uppfattning om hur man ska vara som man respektive kvinna. Män förväntas vara starka och då kan det vara svårt att uttrycka behov som inte stämmer överens med samhällets förväntningar. Att det kan vara lättare för en kvinna att uttrycka behov av stöd kopplat till trygghet med tanke på att det stämmer överens med normen. Våldsaspekten påverkar också målgruppens möjlighet och känsla av trygghet.

VO Funktionsstöd Vuxen - Möjliggöra ett liv som andra för vuxna med funktionsnedsättning: Samlad bedömning är att 46% av besluten som fanns i Procapita vid årets början kommer vid årsskiftet att vara uppföljda enligt IBIC och överlagda till Lifecare. Målvärdet för året är 50% vilket innebär att man nästan nått fram.

Nuläge: Andel beslut i Procapita: 452 st (54%) Andel beslut i Lifecare: 384 st (45%)

ORSAK: Covid-19-pandemin har påverkat möjligheten att utföra uppföljningar då möjligheten till fysiska möten varit begränsad. Digitala möten har kunnat användas vid några uppföljningar men är begränsat utifrån den enskildes förmåga till delaktighet pga. funktionsnedsättning, verksamhetens tekniska utrustning samt att uppkopplingar har begränsningar utifrån sekretess. Möten utomhus har varit svårare under senare delen av hösten pga. klimatet.

ÅTGÄRD: Biståndshandläggare fortsätter att erbjuda uppföljningssamtal i andra former (utomhus, digitalt) så länge covid-19-pandemin och de åtgärder/rekommendationer vi har att förhålla oss till kvarstår. Tidsplan för uppföljningar som ska genomföras under 2021 är framtagen för att möjliggöra handläggares planering av arbetet utifrån målvärde. Från årsskiftet förändras arbetsfördelningen på enheten så att alla åtta biståndshandläggare kommer att handlägga uppföljningar.

Implementering av IBIC - insats

Målvärdet att alla brukare med nya eller uppföljda beslut enligt IBIC ska ha en påbörjad genomförandeplan enligt IBIC inom en månad, uppnås inte helt om man väger samman de olika processernas resultat. Längst har man kommit inom socialpsykiatrin. Längst ifrån måluppfyllnad är man i processen Möjliggöra utveckling för barn med funktionsnedsättning. Då detta är en liten process återstår jämförelsevis ändå mest arbete inom Funktionsstöd Vuxen.

VO Barn och familj/Mojliggöra utveckling-Samlad bedömning är att målet har uppnåtts endast till hälften. D.v.s. 50 procent av brukarna har en påbörjad genomförandeplan enligt IBIC.

Orsak: Implementeringen har inte gått som planerat då det har varit svårt och komplicerat att skriva genomförandeplaner utifrån IBIC i Procapita. Den planerade utbildningen i det mer anpassade dokumentationssystemet LifeCare fick ställas in på grund av Coronapandemin.

Åtgärd: Samtliga medarbetare ska gå utbildning i LifeCare samt få extra administrationstid inlagd i sina scheman.

VO Vuxen/Verka för att vuxna med psykisk funktionsnedsättning ska kunna leva som andra: Samlad bedömning är att målvärdet så gott som har uppnåtts. Resultatet på enheterna varierar mellan 80-100 % (snitt 94 %) vilket gör att bedömningen är att övervägande del av brukarna har en genomförandeplan påbörjad inom en månad. Flera verksamheter uppfyller målet helt dvs 100 % påbörjade genomförandeplaner inom 1 månad.

ORSAK: Aktivt arbete med diskussioner kring vikten av genomförandeplaner görs i verksamheterna och det är tydligt uttalat att alla ska ha en påbörjad genomförandeplan inom månad. Alla personalgrupper har ännu inte gått utbildningen i IBIC och LifeCare vilket påverkar kunskapsnivån.

ÅTGÄRD: Alla personalgrupper kommer att gå utbildning i IBIC och LifeCare. Fortsätta klargöra vikten av genomförandeplaner och följa upp det i alla grupper. Lyfta jämställdhetsreflektioner i ledningsgruppen t.ex. för fortsatt analys av hur många män respektive kvinnor som beviljas korttid samt att utreda vilka behov som finns.

VO FUNKTIONSSTÖD VUXEN/Möjliggöra ett liv som andra...: Den samlade bedömningen är att implementeringen av IBIC i boende och daglig verksamhet inte har utvecklats i önskvärd takt. Målvärdet uppfylls endast till 67 %.

ORSAK: Mot bakgrund av covid-19-pandemin har inte utbildningar och implementering kunnat ske i önskad takt och inte heller enligt plan. Förutsättningarna har sett olika ut mellan verksamheter, inom enheter och mellan enheter vilket har påverkat implementeringen och rapporteringen av utfallet. Inom vissa verksamheter rapporteras motivationsbrist hos medarbetare vilket har bidragit till fördröjning och arbete med att stärka medarbetares förståelse.

ÅTGÄRD: Genomförandeplaner kommer att vara ett utvecklingsområde under år 2021. Därför behöver utbildningarna komma igång igen så att verksamhetsområdet kan fullfölja lagd plan för implementering av IBIC. Temamöte kommer att genomföras på verksamhetsområdesnivå tidigt nästa år för att lägga upp en strategi för hur vi ska fullfölja implementeringen. Uppföljning hur det går kommer att ske månadsvis på arbetsplatsträff. God erfarenheter av implementering kommer att delas mellan enheter. Vid behov, om man kör fast, kommer man att ta hjälp av stödfunktioner på enhetsnivå för att komma vidare. Material kommer att tas fram som stöd till EC för att stärka medarbetares förståelse i händelse av att behov finns.

Stärkt professionell expertis

MÅLVÄRDE - VO Vuxen och Funk: Varje verksamhet ska ha genomgått en utbildning inom sitt högst prioriterade område för att stärka den evidensbaserade kunskapen. Målvärdet är uppnått till hälften.

VO Vuxen: Samlad bedömning är att målvärdet för verksamhetsområdet delvis är uppnått.

Orsak: Under året har planerade utbildningar av förklarliga skäl fått skjutas på framtiden medan kompetensen stärkts avseende basal vårdhygien, arbetsmiljö/skyddskläder samt ökning av användandet av digitala verktyg. Möjligheten till digitala verktyg har också medfört att några av de planerade utbildningarna har kunnat genomföras via webbutbildningar vilket vidare har bidragit till minskade resor för utbildning samt effektivare tidsåtgång vid utbildningstillfället.

Åtgärd: Planerade utbildningar skjuts på till 2021.

SAMLAD BEDÖMNING VO FUNKTIONSSTÖD VUXEN:

Målvärdet för indikatorn är att varje verksamhet ska ha genomgått en utbildning inom sitt högst prioriterade område, 100 % fullföljd, för att stärka den evidensbaserade kunskapen. Vid årets sista tertialuppföljning ses att utfallet är 47 % (9 av 19 enheter).

Inventering och prioritering av kompetensutvecklingsbehov hos medarbetarna har genomförts. Kompetensutvecklingsinsatserna kopplat till inventeringen har däremot inte kunnat genomföras p.g.a. covid-19-pandemin. Istället har andra utbildningar genomförts som t.ex. basala hygienrutiner, HBTQ utbildning för alla EC, E-autism för medarbetare eftersom att behov av kompetensutveckling kring autism visat sig varit stor.

Inom daglig verksamhet har en utbildning som heter 720 genomförts för Slussens medarbetare och en på Krus samt ansvarig EC. 720 är en metod som behövs för att Slussen och Krus skall kunna utföra sitt arbete.

En viktigt kompetensutvecklingsinsats som har genomförts för LSS-handläggare är våld i nära relationer. Det innebär att de i slutet av augusti började använda FREDA-kortfrågor vid klientmöte för att uppmärksamma våld.

ORSAK: Covid-19-pandemin har påverkat och gjort att utbildningarna har fått flyttas fram.

ÅTGÄRD: Använda tillgängliga e-utbildningar så långt som det är möjligt, t.ex. psyk-e-bas, med anledning av pandemin. Fortsätta arbetet med att hitta ett kvalitativt, hållbart och utvecklande kompetenskoncept för att stärka medarbetarnas evidensbaserade kunskaper (likt kunskapsresan eller pedagogiskt ramverk).

Hälso- och sjukvårdsenheten: Målvärdet inom HSL är att alla sjuksköterskor, arbetsterapeuter och fysioterapeuter har auskulerat under 2020 i regionens diabetesvård (ssk) och inom relevant område i regionen (at/ft). Målvärdet har inte uppnåtts då auskultationer ej varit genomförbara kopplat till pågående pandemi. Indikatorn tas med för 2021.

Individbaserad systematisk uppföljning

MÅLVÄRDE - En verksamhet inom varje process använder systematisk uppföljning på individnivå. Målvärdet uppnås inom VO Barn och familj samt Vuxen däremot inte inom VO Funktionsstöd Vuxen.

VO BARN OCH FAMILJ: Samlad bedömning är att verksamheten under året har utvecklat arbetet med systematisk uppföljning på individnivå.

Orsak: Implementering av IBIC som ger stöd och struktur till insamlande av uppgifter kring den enskilde som framöver kommer att kunna aggregeras till gruppnivå. Journal digital är implementerat inom öppenvården och är ett system som stödjer dokumentation, behandling och uppföljning på individnivå. Uppgifterna ger också möjlighet att analysera enligt ett jämställdhetsperspektiv. Inom familjerätt har en struktur tagits fram för att systematiskt kunna följa upp arbetet med samarbetsamtal.

Åtgärd: Fortsatt implementering av IBIC enligt plan. Använda den systematiskt insamlade kunskapen i Journal Digital för att utveckla verksamheten.

VO Vuxen: Samlad bedömning är att verksamhetsområdet har uppnått målet för 2020 avseende individbaserad systematisk uppföljning. Systematisk uppföljning sker eller planeras inom samtliga fyra processer.

Orsak: Samtliga enhetschefer har genomgått utbildning i individbaserad systematisk uppföljning. Inom flera processer används systematiska evidensbaserade bedömningsinstrument vilket nu möjliggör sammanställning av data på aggregerad nivå. Inom missbruk har handläggare fått utbildning av systemleverantör för att kunna sammanställa resultat. Socialpsykiatrin deltar i ett nationellt pilotprojekt gällande systematisk uppföljning IBIC. Två frågeställningar har valts ut; avbokningar i boendestöd och användning av korttidsplatser. Kvalitetsfrågor utifrån Individens Behov i Centrum har påbörjats på handläggarnivå för att kunna få fram resultat på gruppnivå. En enkät är skapad och kommer att börja användas efter årsskiftet 2021.

Åtgärd: Under 2021 kommer resultat att presenteras och kunna analyseras på gruppnivå. Fortsätta implementera arbetssättet med individbaserad systematisk uppföljning. Pilotprojektet pågår tom maj 2021 men ger erfarenhet för att fortsätta följa dessa och/eller andra frågor även fortsättningsvis.

SAMLAD BEDÖMNING VO FUNKTIONSSTÖD VUXEN: Målvärdet uppnås inte. Planerad utbildning för enhetschefer har ställts in in p.g.a. prioritering av arbetet med covid-19-pandemin. I analysarbetet inför verksamhetsplanering 2021 har det framkommit att det är andra frågor som verksamhetsområdet behöver prioritera innan arbetet med individbaserad systematisk uppföljning påbörjas. Alla verksamheter behöver prioritera arbetet med genomförandeplaner och utbildning i och implementering av IBIC (metod och system) före ett arbete med individbaserad systematisk uppföljning.

Ökad kunskap om samtal med barn

MÅLVÄRDE - Ökad kunskap om samtal med barn enligt enkät efter genomförd utbildning

VO BARN OCH FAMILJ: Samlad bedömning är att kunskapen kring att samtala med barn har ökat hos alla medarbetare. På grund av Coronapandemin har utbildning om Samtal med barn dock fått pausas, och därmed finns ännu inga resultat från enkät.

Orsak: Då viss del av utbildningen är genomförd, och alla medarbetare har deltagit, så bedöms målet vara nära värde. Aktiviteter pågår på flera enheter för att skapa bättre samtal med barn. På grund av pandemin har vi också utvecklat nya arbetssätt för att samtala med barn tex via webben.

Åtgärd: Slutföra utbildningen och genomföra enkäten.

Metodstöd Förutsättningar inför arbete - FIA

MÅLVÄRDE - Målvärdet är att FIA är implementerat och används av alla handläggare där det bedöms vara aktuellt.

VO Vuxen/Ekonomiskt bistånd: Samlad bedömning är att målvärdet är uppfyllt.

Orsak: Ny mall används av samtliga socialsekreterare som utreder rätten till ekonomiskt bistånd där rubrikerna från FIA används. Samtliga socialsekreterare i varje team använder sig av FIA där det bedöms lämpligt, arbetet med att implementera FIA har fungerat väl och arbetsverktyget används och är känt av samtliga socialsekreterare.

Åtgärder: FIA bedöms idag vara implementerat.

Utredningar enligt ASI-G eller ADAD samt registrering i ASI-net

MÅLVÄRDE - 100% av alla nya utredningar är gjorda med hjälp av ASI-grund eller ADAD samt införda i ASI-net. Bortfall är registrerade och analyserade.

VO Vuxen: Samlad bedömning är att målvärde är uppnått. Att utreda med stöd av ASI får anses implementerat.

Orsak: Alla medarbetare har fått utbildning under året. Vi har en ASI-utbildare anställd. Medarbetarna har hållit fast vid metoden trots en del sämre förutsättningar med anledning av covid-19.

Åtgärd: Fortsätta bevaka följsamhet till metoden. Säkerställa rätt kompetens. Arbeta vidare med bortfallsregistreringar och hitta rutiner och struktur för detta. Sammanställa och analysera resultatet för att visa på nyttan även på gruppnivå.

Vårdplan/uppdrag enligt ASI/ADAD utredning

MÅLVÄRDE - 100% av alla granskade vårdplaner och uppdrag som upprättats i samband med insats visar att de behov som framkommit i ASI/ADAD-utredning överensstämmer med målen i vårdplanen/uppdrag

VO Vuxen: Samlad bedömning är att målvärde ej uppnåtts men positiv utveckling inom området.

Orsak: Arbetet med aktgranskningsmallen har försenats. Dock har granskningar kollegor emellan, utförts under året.

Åtgärd: Ny aktgranskningsmall kommer att tas i bruk 2021 med syfte att identifiera hur behov beskrivs och hur dessa kommer fram i uppdragen. Ett processteam har också skapats mellan myndighet och utförare kring uppdrag-genomförande för att ytterligare utveckla området i samverkan. Processteamet har haft ett första möte och kommer att träffas på nytt i januari.


Genomförandeplaner enligt mål i uppdrag/vårdplan

MÅLVÄRDE - 100% av alla journalgranskningar visar att den insats som ges motsvarar de mål som satts i uppdrag/vårdplan och att detta finns dokumenterat i genomförandeplanen

VO Vuxen/Möjliggöra ett liv fritt från riskbruk, missbruk eller beroende: Samlad bedömning är att målvärde näst intill är uppnått.

Orsak: Nya uppdrag har tydligare målformuleringar vilket gör det enklare att arbeta med genomförandeplan tillsammans med klient.

Åtgärd: Fortsatt arbete med uppföljningar innebär att uppdragen tydliggörs. Ett processteam med medarbetare från handläggning och insats har startats upp med uppdrag att titta på processen från uppdrag till genomförandet. Fortsatt arbete med att utveckla genomförandeplaner inom insatsverksamheterna.

Nämndsmål	Beskrivning	Status
Säker vård och omsorg	Socialnämndens vård och omsorg ska vara säker. Riskförebyggande verksamhet ska förhindra skador. Verksamheten ska också präglas av rättssäkerhet. Fokus är rättssäkerhet, brukar- och patientsäkerhet och att stärka verksamhetens riskbaserade tänkande.	

Ett naturligt fokus under året har varit en säker vård och omsorg. Förvaltningens alla verksamheter har med anledning av coronapandemin tvingats till att tänka riskförebyggande. Framsteg och insikter i vikten av riskbaserat tänkande har därför gjorts. Stora insatser har gjorts kring patientsäkerhet, inte minst i att säkra hygienrutiner. Pandemins konsekvenser med ökad användning av digitala mötesformer har också medfört övervägningar och ny kunskap kring säker kommunikation. Den samlade bedömningen för förvaltningen är att utvecklingen mot en allt säkrare vård och omsorg är sammantaget positiv. Målet bedöms dock inte som uppfyllt med anledning av de indikatorer som nämnden beslutade om, inte helt motsvarat de insatser och förbättringar som gjorts inom området.

Samlad bedömning inom VO Barn och familj är att verksamheten utvecklas till att bli alltmer säker. Indikatorerna visar att det riskbaserade tänkandet har ökat, både genom att det görs riskanalys innan insatser, säkerhet kring placeringar stärks och att det följs upp att barnets bästa beaktas. Det överenskomna arbetssättet inom processen Trygga, säkra och stödjande barn och ungas levnadsvillkor har bidragit till ökad samsyn. En ny placeringsrutin är implementerad och skapar välfungerande arbetssätt såväl inför, under som efter en placering. Stor flexibilitet inom de interna insatserna har bidragit till minskade sammanbrott i HVB. Det stora omställningsarbetet som gjorts när det gäller att placera barn har bidragit till att de placeringar som görs har blivit säkrare med en ökad kvalitet. Under 2021 fortsätter utveckling av matchning av familjehem och HVB samt analysarbetet kring oplanerat avslutade placeringar.

Samlad bedömning inom VO Vuxen är att nämndsmålet om en säker vård och omsorg uppfylls i hög grad. Arbetet med att tänka risker på både operativ och strategisk nivå har gått framåt under året. Användandet av riskanalys och riskbedömning har ökat av naturliga skäl med anledning av pandemin vilket medfört att området har tagit fart även om det inte fullt ut använts kopplat till genomförandeplan vilket är syftet med indikatorn. En implementerad processororienterad organisation identifierar och reagerar på avvikelser från processen i högre grad än redovisat och här finns ytterligare förbättringar att göra. Att ytterligare fördjupa kunskap kring att registrera och systematisera avvikelser samt åtgärda med aktivitet det som identifierats ingår som en del i den fortsatta implementeringen av riskbaserat arbetssätt.

Samlad bedömning inom VO Funktionsstöd Vuxen är att målet inte uppnås. Upprättande av riskanalyser och handlingsplaner har ökat, men främst ur covid-19-perspektiv. Anledningen är att många upplever att det är ett nytt arbetssätt som inte alla är vana vid och som det finns en osäkerhet kring. Kunskapsnivån är ojämn. Under 2021 kommer kompetenshöjande insatser genomföras för enhetschefer och uppföljning av utvecklingen kommer göras regelbundet under året.

Indikatorer till målet om en säker vård och omsorg

Riskanalyser och handlingsplaner

Beskrivning:

Antal riskanalyser och handlingsplaner kopplade till verksamheten.

MÅLVÄRDE - 100 % av alla nya beslut om korttidsvistelse ska ha en riskanalys med tillhörande handlingsplan

VO BARN OCH FAMILJ

Samlad bedömning: Målet med att göra riskanalys inför verkställande av beslut om korttidsvistelse är nära målvärdet. 10 av 12 nya beslut har inletts med en riskanalys.

Målvärde: Riskanalys ska göras vid varje ny och uppföljd genomförandeplan - 100%

VO Vuxen

Samlad bedömning: Målvärdet är delvis uppnått. Arbetet med att använda riskanalyser som metod har fördjupats under året i samband med pandemin. Dock har inte en riskanalys gjorts vid samtliga nya genomförandeplaner.

Orsak: Arbetet med implementeringen har fördröjts på grund av att arbetsgrupperna inte kunnat träffats fysiskt samt att det inte gått att dokumentera direkt i verksamhetssystemet.

Åtgärd: Riskanalysen kommer från och med 2021 att direkt ligga i verksamhetssystemen vilket kommer att förenkla användandet för medarbetare.

SAMLAD BEDÖMNING VO FUNKTIONSSTÖD VUXEN:

Den samlade bedömningen av indikatorn riskanalyser och handlingsplaner, med målvärdet att riskanalyser ska göras vid varje ny och uppföljd genomförandeplan, är att den inte uppnås. Upprättande av riskanalyser och handlingsplaner har ökat, men främst ur covid-19-perspektiv. I T3 ses att det totalt är 3 av 4 enheter inom daglig verksamhet som arbetar med riskanalyser vid ny eller uppföljd genomförandeplan. Inom boende är det totalt 8 enheter av 15 som arbetar med riskanalyser vid ny eller uppföljd genomförandeplan. Totalt 11 av 19 enheter inom hela verksamhetsområdet vilket blir 58%.

ORSAK: Det är upplevs vara ett nytt arbetssätt som inte alla är vana vid och det finns en osäkerhet kring. Kunskapsnivån är ojämn.

ÅTGÄRD: Enligt planering kommer ett tema om riskanalyser att genomföras för enhetscheferna i början av 2021. Uppföljning kommer att ske regelbundet. Stöd av verksamhetsutvecklare kan ges vid behov samt att utnyttja möjligheten att ge varandra stöd inom teamen.

Förbättrad patientsäkerhet

Beskrivning:

Förbättrad patientsäkerhet utifrån förebyggande arbete

MÅLVÄRDE - Fallriskbedömning görs för alla som flyttar in i bostad med särskild service. Målvärde 100 %

Samlad bedömning: Inga riskbedömningar för fall i samband med inflyttning har hittills utförts.

Orsak till nuläge: Fallriskbedömningarna har ej kunnat vara ett prioriterat område kopplat till pågående pandemi.

Åtgärd: Under 2021 implementera instrumentet Senior Alert för samtliga brukare i samband med inflyttning.

Säker läkemedelshantering

MÅLVÄRDE - Minskat antal läkemedelsavvikelser jämfört med 2019.

Samlad bedömning: Antalet läkemedelsavvikelser har minskat i jämförelse med föregående år. 141 st 2020 mot 202 st år 2019.

Orsak: I de fall läkemedelsrobot används är det hög följsamhet till ordination, 99,6%. Ledningsgrupp HSL behöver säkerställa att samtliga läkemedelsavvikelser registreras.

Åtgärd: Använda fler läkemedelsrobotar där det är möjligt. Skapa aktiviteter för att screena vilken typ av läkemedelsavvikelser som sker och hur dessa registreras. Arbeta systematiskt med att sammanställa läkemedelsavvikelser för att hitta systemfel och formulera åtgärder.

Barnets bästa har beaktats

Beskrivning:

Andel barnärenden där barnets bästa har beaktats

MÅLVÄRDE - 100 % av ärenden som handlagts enligt IBIC ska beskriva hur barnets bästa beaktats.

VO BARN OCH FAMILJ/Möjliggöra utveckling

Samlad bedömning: Målvärdet går ej att följa upp. Enhetschef läser i stort sett alla utredningar men den systematiska journalgranskningen enligt rutin är ej genomförd. De genomlästa utredningarna visar att barnets bästa beaktats.

Orsak: Hög arbetsbelastning har gjort att det systematiska arbetet med journalgranskning inte har varit möjligt att genomföra fullt ut.

Åtgärd: Förbättra systematiken när det gäller journalgranskning.

Placeringar som avbrutits oplanerat - familjehem

MÅLVÄRDE - Färre än 10 % av avslutade familjehemsplaceringar ska ha avslutats oplanerat

VO BARN OCH FAMILJ

Samlad bedömning: Målet att ge barn ett tryggt och säkert boende hos annan än vårdnadshavare är något högre än målvärdet (10%). 22 % av avslutade placeringar i familjehem har avbrutits oplanerat (12 av 54). Det är en ökning sedan tertial två då 13 procent av placeringarna avbrutits oplanerat.

Orsak: Utvecklingsarbetet kring indikatorn har inte kommit så långt som önskat. Analys av oplanerat avslutade placeringar sker regelbundet men systematiken för att kunna förebygga och undvika fler uppbrott kan utvecklas. Orsakerna till de havererade placeringarna har varit av olika karaktär och påverkats av olika faktorer, tex brist på familjehem, familjehemmens kompetens, barnens problematik och rätt matchning barn-familjehem. Det pågår ett systematiskt utvecklingsarbete när det gäller stöd till familjehem. Det processorienterade arbetssättet har bidragit till ökad samsyn inom hela processen Trygga, säkra och stödjande barn och ungas levnadsvillkor.

Åtgärd: Fortsätta med de aktiviteter och åtgärder som pågår. Utveckla arbetet med matchning av familjehem ännu mer för att minimera risken för sammanbrott speciellt i början av placeringar. Ett systematiskt arbete för att kunna fördjupa analysen kring oplanerade avslut är på gång. Utifrån det underlaget kan vi skapa en handlingsplan för att arbeta systematiskt med att ge barn och unga säkert boende.

Placeringar som avbrutits oplanerat - HVB

MÅLVÄRDE - Färre än 20 % av avslutade HVB-placeringar ska ha avslutats oplanerat

VO BARN OCH FAMILJ

Samlad bedömning: Målet att ge barn tryggt och säkert boende hos annan än vårdnadshavare är nära målvärdet (20 %). 29 % av avslutade placeringar i HVB har avbrutits oplanerat (6 av 29). Det är en liten ökning sedan tertial två då 22 procent av placeringarna avslutats oplanerat.

Orsak: En ny placeringsrutin är implementerad och skapar ett överenskommet och välfungerande arbetssätt såväl inför, under som efter en placering. Stor flexibilitet inom de interna insatserna, såväl HVB, stödboende som öppenvård har bidragit till minskade sammanbrott i HVB.

Åtgärd: Fortsätta de pågående aktiviteterna. Alla enhetschefer ska ta ansvar för att rutinen och det nya arbetssättet efterlevs. I ledningsgruppen årsvis följa upp och utvärdera rutinen och på så sätt bibehålla men också utveckla arbetet med att minska oplanerade avbrott.

Beslut i domstol

MÅLVÄRDE - 80% av domstolsbesluten (exl förlikningar) följer familjerättens förslag till beslut.

VO BARN OCH FAMILJ

Samlad bedömning: Målvärdet (80 %) har uppnåtts (86 %). 28 domar har kommit från tingsrätten under året och 24 domar har följt familjerättens förslag.

Orsak: Utredningarna genomförs på ett strukturerat sätt med hög kvalitet. Handläggarna går igenom bedömning, riskbedömning, konsekvensbeskrivning samt reflektioner över barnsamtalen innan utredningen färdigställs. Det säkras då även att barnets bästa tydligt framkommer i utredning och bedömning.

Åtgärd: Fortsätta att upprätthålla det strukturerade arbetssättet med genomgångar på behandlingskonferenser när utredningar börja närma sig avslut. Fortsatt arbete med att ytterligare förbättra utredningsstrukturen.

Avvikelser, lex Sarah och LISA-avvikelser

MÅLVÄRDE - 100% av avvikelserna har identifierat förbättringspunkter som har lett till en mer säker vård och omsorg.

VO Vuxen

Samlad bedömning: Målvärdet är uppnått då det vid all synpunktshantering tittas på orsak, åtgärder och möjligheter till förbättringar. Dock är antalet avvikelser få till antalet. Till och med T3 har sammanlagt 29 synpunkter hanterats inom VO Vuxen, varav åtta är klagomål. I få synpunkter kan det utläsas vilket kön den enskilde har vilket gör att ingen analys utifrån jämställdhetsperspektiv gjorts. För VO Vuxen har hittills tre Lex Sarahrapporteringar gjorts varav en är färdigutredd. Sex stycken LISA-avvikelser är hanterade varav fem är rapporterade av Socialförvaltningen och en av Psykiatriförvaltningen.

Orsak: För alla synpunkter har åtgärd dokumenterats och i de fall förbättringsåtgärder har identifierats har dessa gjorts t.ex. tydliggörande av rutiner, ta fram checklista, förändrade arbetssätt. Dock behöver ett fortsatt arbete ske för att öka användandet av avvikelser. Klagomål är till största del från oroliga anhöriga som inte är nöjda med beslut av försörjningsstöd eller missbruksvård vilket ofta är svårt att tillgodose och förklara pga sekretess och individens delaktighet då det handlar om vuxna individer och frivillighet. Verksamheterna arbetar kontinuerligt med bemötande och att erbjuda stöd för anhöriga. Användandet av LISA-avvikelser behöver fortsätta implementeras både inom socialförvaltningen och regionen. Vid flertalet av inrapporterade LISA-avvikelser saknas återkoppling vilket inte möjliggör förbättringsåtgärder samt försvårar implementeringen då medarbetare inte ser någon effekt av att göra avvikelse.

Åtgärd: Sammanställningar har gått igenom i ledningsgruppen efter respektive tertial och likaså kommer göras med sammanställning inkluderande T3 för att öka antalet avvikelser genom att visa på syfte med och vikten av att göra avvikelser. Inrapportering av avvikelser lyfts även i samband med att personaktsgranskningsmallarna revideras inför 2021.

HSL

Samlad bedömning: Inom HSL-enheten har fem synpunkter hanterats varav fyra avvikelser och ett klagomål. Avvikelser som inkommer hanteras och används för förbättringsarbete på enhetsnivå.

Åtgärd: Under 2021 intensifieras arbetet med patientsäkerhet där avvikelser och analys av dessa på individ- och systemnivå ingår.

Rättssäker uppsägning av andrahandskontrakt

MÅLVÄRDE - 0 uppsägningar utan att förebyggande åtgärder vidtagits och dokumenterats

VO Vuxen - Samlad bedömning: Målvärde uppnås då ingen enskild som har ett andrahandskontrakt på lägenhet i socialförvaltningens bestånd har vräkts utan att förebyggande åtgärder vidtagits och dokumenterats enligt skriftlig rutin. Syfte och mål är väl känt av samtlig personal och de arbetar utifrån gällande lagstiftning och rutiner.

Orsak: En kompetent personal som är trygga i sitt uppdrag och som följer processen. Var 14 dag går enhetschef och hyresadministratör tillsammans igenom vilka personer som innehar andrahandskontrakt.

Åtgärd: Fortsätta att arbeta för att personalen är trygga i sitt uppdrag och följer processen samt att de har den kompetens som krävs för uppdraget.


Rättssäker uppsägning av hyreskontrakt - barnfamiljer

MÅLVÄRDE - 0 uppsägningar av hyreskontrakt utan att förebyggande åtgärder vidtagits och dokumenterats

VO Vuxen Samlad bedömning: Målvärde uppnås.

Orsak: Rutiner som framtagits är kända och efterlevs och det pågår ett ständigt förebyggande arbete för de barnfamiljer som riskerar uppsägning/avhysning.

Åtgärd: Ett utvecklingsområde som uppmärksammas generellt är hur det framgår att barnperspektivet beaktats i samtliga beslut varför en särskild aktivitet kommer skapas kring Barnkonventionen 2021.

Nämndsmål	Beskrivning	Status
Individanpassad vård och omsorg	Socialnämndens vård och omsorg ska ges med respekt för individens specifika behov, förväntningar och integritet. Individens ska ges möjlighet att vara delaktig. Fokus är att bedriva en flexibel och behovsstyrd vård och omsorg där den enskildes delaktighet och behov är en bärande del vid både bedömning, beslut, planering, genomförande och uppföljning. Fokus ska också vara att tillsammans med den enskilde anpassa och utforma insatser så att de stärker den enskildes förmåga att leva ett självständigt liv.	

Det avgörande och mest betydelsefulla medlet för att tillhandahålla en individanpassad vård och omsorg är genomförandeplaner. Med ett intresserat utifrån-och-in perspektiv som kompletteras med den professionelles kompetens och erfarenhet dokumenteras den enskildes behov och hur dessa ska tillgodoses. Arbetet med genomförandeplaner och synen på dessa går framåt men är fortfarande ett angeläget utvecklingsområde. Att vara nyfiken och intresserad av hur upplevelsen av socialtjänstens stöd ser ut är en annan viktig förutsättning för att kunna tillhandahålla en individanpassad vård och omsorg. Framsteg har gjorts i årets brukarundersökning genom engagerade brukarundersökningsambassadörer. Ett fortsatt arbete behövs dock för att öka svarsfrekvens men också i att ta hand om resultaten och använda dessa som viktiga underlag till att utveckla verksamheten. Den samlade bedömningen för förvaltningen är att utvecklingen mot en individanpassad vård och omsorg sammantaget är positiv och att de planerade utvecklingsinsatserna för 2021 möjliggör fortsatt utveckling i den riktningen.

Samlad bedömning inom VO Barn och familj är att verksamheterna i hög grad är individanpassad då det finns en god delaktighet i barns genomförandeplanering och att de flesta upplever stort stöd från socialtjänsten. Däremot har det skett en försämring när det gäller att öka samarbetsamtal i förhållande till snabbupplysningar. Genom det processorienterade arbetssättet och genom att arbeta med ständiga förbättringar finns det en stor medvetenhet om vem verksamheten är till för. Utifrån-in-perspektivet blir alltmer förankrat. Flera aktiviteter pågår för att säkra att barn är delaktiga i såväl sin utredning som insats. Genom utbildningssatsning för ökad kunskap om att samtala med barn

(indikator i målet Kunskapsbaserad) har medarbetare blivit tryggare i att genomföra barnsamtal och att göra barn mer delaktiga. Aktiviteter såsom enkät till barn i vårdnadsutredningar och i barnavårdsutredningar är framtagna för att få direkt återkoppling från barn då dessa inte blir direkt tillfrågade i den ordinarie brukarundersökningen. För placerade barn har ett processteam skapats för att förbättra frågor kring umgänge för att öka nöjdheten hos alla parter i samband med en placering.

Samlad bedömning inom VO Vuxen är att fokus är att bedriva en flexibel och behovsstyrd vård och omsorg där den enskildes delaktighet och behov är en bärande del vid både bedömning, beslut, planering, genomförande och uppföljning. Delaktigheten finns dokumenterad även om hur inte alltid kan utläsas och arbete pågår för att öka brukarinflytandet. Socialnämndens värdegrund avseende att tro på människors egna resurser och förmåga finns med i arbetet med klienterna som kan ses i både genomförandeplaner och exempelvis i arbetet med att individerna ska ha ett eget förstahandskontrakt. För indikatorn upplevelse av stöd från socialtjänsten har resultat inte kunnat utläsas inom alla processer och här kommer fortsatt arbete göras för att utöka svarsfrekvens samt hitta nya metoder för att undersöka nöjdheten hos de vi är till för. Hög förståelsegrad finns hos medarbetarna inom verksamhetsområdet att delaktighet och vilja att ta emot den specifika insatsen ger en ökad evidens för insatsens effekt. Den planerade brukarrevisionen har fått skjutas på pga pandemin men kommer genomföras i början av 2021.

Samlad bedömning inom VO Funktionsstöd är att målet delvis är uppnått. Delaktighet genom genomförandeplanering uppnås inte helt men man ser att flertalet av de enskilda individerna är delaktiga vid upprättandet av genomförandeplaner. Orsaken är att genomförandet av journalgranskningar har nedprioriterats p.g.a. rådande pandemi. För att öka effekten på målet kommer genomförandeplaner att vara ett prioriterat utvecklingsområde under 2021. Olika aktiviteter kommer att genomföras och följas upp regelbundet under året.

Upplevelsen av stöd från socialtjänsten är god och målvärdet uppfylls till två tredjedelar. Resultaten från brukarundersökningar visar på en positiv utveckling inom daglig verksamhet och boendestöd men inte när det gäller personlig assistans. Orsaksanalys av resultatet har ännu inte kunnat genomföras då resultaten nyligen presenterades. De åtgärder som planeras genomföras är att presentera resultatet inom verksamhetsområdet och analysera det. Därefter inleds ett förbättringsarbete med fokus på de frågor där vi har utmaningar och där det förekommer stora differenser mellan könen.

Indikatorer till målet om en individanpassad vård och omsorg

Delaktighet genom genomförandeplanering

MÅLVÄRDE - I alla granskade ärenden enligt rutin ska det ha dokumenterats hur den enskilde utövat inflytande och delaktighet över sin insats. Målvärde 0 avvikelser om delaktighet i journalgranskning.

Uppfyllande av målvärde varierar från att vara sänkt som uppfyllt i ett område till att inte vara det i ett annat medan det tredje inte kan följa upp indikatorn enligt plan. Journalgranskning är den metod som för närvarande finns för att säkerställa hur kraven på genomförandeplan efterlevs.

VO BARN OCH FAMIJ

Samlad bedömning: Målvärdet går ej att följa upp. I samtliga genomförda journalgranskningar finns det dokumenterat att barnet har varit delaktigt i sin genomförandeplanering. Den systematiska journalgranskningen är däremot inte genomförd enligt rutin på alla enheter varpå resultatet inte är fullständigt.

Orsak: I alla verksamhetsområdets tre processer är barnets delaktighet ett styrande värde och en fråga som är ständigt aktuell i det dagliga arbetet. Detta syns därför också i de granskningar som gjorts. Hög arbetsbelastning samt införande av nytt journalsystem har gjort att det systematiska arbetet med journalgranskning inte har prioriterats.

Åtgärd: För att ytterligare kunna påvisa barns delaktighet med ett säkrare underlag behöver rutin gällande journalgranskning följas. Detta kommer att underlättas genom ny form av personaktsgranskning. Fullfölja det planerade arbetet med processteam kring barns delaktighet inom processen Möjliggöra utveckling för barn och unga med funktionsnedsättning.

VO Vuxen

Samlad bedömning: I alla granskade ärenden ska det dokumenterats hur den enskilde utövat inflytande och delaktighet över sin insats. Verksamhetsområdet är nära målvärde 0 avseende avvikelser om delaktighet i journalgranskning.

Orsak: I stort är delaktigheten beskriven men saknas i vissa genomförandeplaner på grund av användning av en gammal mall för planen.

Åtgärd: Utvecklingsarbeten pågår på flera håll. Processteam för samsyn av uppdrag och genomförandeplan inom missbruksvården samt kontinuerliga kunskapshöjande insatser inom socialpsykiatri.

SAMLAD BEDÖMNING VO FUNKTIONSSTÖD VUXEN (VC):

Indikatorns målvärde 0 avvikelser om delaktighet i journalgranskning uppnås inte. Genom journalgranskning har avvikelser gällande delaktighet uppmärksamats. Totalt har 32 avvikelser noterats. Genomförd journalgranskning har även inneburit att man ser att flertalet av de enskilda individerna är delaktig vid upprättandet av genomförandeplaner.

ORSAK: Utifrån rådande omständigheter (pandemin) har inte journalgranskningar prioriterats av alla enhetschefer. Det kan bero på aktuell arbetsmiljö, brist på kompetens samt brist på arbetsmotivation och kunskap om uppdraget hos medarbetare.

ÅTGÄRD: Genomförandeplaner är ett prioriterat utvecklingsområde för verksamhetsområdet under 2021. Olika aktiviteter kommer att genomföras och följas upp regelbundet under 2021.

Upplevelse av stöd från socialtjänsten är god

MÅLVÄRDE - Utfallet av brukarundersökning ska vara högre än senaste undersökning (bibehålla 80 % nöjda annars högre än sist på varje fråga). Resultatet från årets brukarundersökningar har nyligen kommit. Bedömningen är att alla områden ligger nära det värde som indikatorn satt upp som mål.

VO BARN OCH FAMIJ

Samlad bedömning: Till stor del är de vi är till för nöjda med det stöd de får. Barn och unga inom processen Trygga säkra barn är helt nöjda (100 %) medan deras föräldrar är nöjda till ca 80%, enligt brukarundersökning. Även barnen på våra korttidsboenden är till största delen positiva när det gäller att vara delaktiga och kommunikationen med personalen (76%). Föräldrarna till dessa är sammantaget nöjda med stödet från korttidsboendet (79%). Alla barn (100 %) i utredningar om vårdnad, boende och umgänge upplever att de har fått berätta vad de vill och att handläggaren lyssnat och förstått. Inget av resultaten visar på någon större skillnad mellan flickor och pojkar.

Orsak: Aktiviteter av olika slag har genomförts på de flesta enheterna för att utveckla bland annat bemötande ur ett jämställdhetsperspektiv och aktiviteter kopplat till barns delaktighet.

Åtgärd: För att ytterligare förbättra resultatet ska en fördjupad analys av brukarundersökningarna göras.

VO VUXEN

Samlad bedömning: Inom ekonomiskt bistånd är målvärde uppnått då 92% svarat att de är mycket nöjda eller ganska nöjda på frågan om "Hur nöjd eller missnöjd är du sammantaget med stödet du får från socialtjänsten". Inom processerna missbruk och socialpsykiatri har inga resultat kunnat presenteras under året.

Orsak: Utmaningen finns alltid med att få hög svarsfrekvens vid denna typ av brukarundersökningar. Pågående pandemi har inte underlättat med minskade fysiska träffar. Enkäter har skickats hem men svarsfrekvensen har varit låg.

Åtgärd: Arbete pågår med att utveckla och komplettera de nationella brukarundersökningarna med systematiska frågeställningar på lokal nivå så att vi får ett resultat att arbeta utifrån avseende upplevelsen av stöd från socialtjänsten.

SAMLAD BEDÖMNING VO FUNKTIONSSTÖD VUXEN:

De brukarundersökningar som har genomförts inom verksamhetsområdet under 2020 gäller daglig verksamhet, boendestöd och personlig assistans. Resultaten inom daglig verksamhet visar att förbättringar har skett på alla frågor utom en i jämförelse med tidigare undersökning. Mindre differens ses mellan män och kvinnor men det finns frågor där differensen ökar. I frågor där övervägande kvinnor haft positiva upplevelser sjunker differensen. I frågor där övervägande män haft positiva upplevelser ökar differensen. Resultaten inom boendestöd visar god förbättring sedan mätningen 2018, särskilt gällande några frågor. Man ser även en liten försämring i några frågor. De flesta differenserna mellan könen har ökat. Resultaten av mätningen inom personlig assistans visar att Kalmar har ett sämre resultat än riket förutom när det gäller nöjdhet i fråga om trivsel med sina assistenter och om man känner sig trygg med sina assistenter. Män svarar mer positivt än kvinnor.

ORSAK: Analys av resultaten har ännu inte kunnat genomföras då de nyligen presenterades.

ÅTGÄRD: Presentera resultatet av brukarundersökningen inom verksamhetsområdet och analysera det. Därefter inleds ett förbättringsarbete med särskilt fokus på de frågor där vi har utmaningar men även hur vi kan utjämna skillnaderna mellan könen.

Flexibel och behovsstyrd hälso- och sjukvård

MÅLVÄRDE - Deltagande från HSL-personal i upprättande och uppföljning av genomförandeplaner där identifierat behov finns (och på den enskildes önskan). Målvärdet är det antal som identifierades 2019.

Samlad bedömning: Målet är att HSL-teamet ska delta vid upprättande av genomförandeplaner. 62 av 174 ger procentsats på 36 %. Målvärdet är ej uppnått kopplat till pågående pandemi och prioriteringsordning

Orsak: Funktionsstöd har ökat sina registreringar från 15 st till 49 st. Socialpsykiatri har inte ökat sina registreringar och ligger kvar på 13 st. Arbetssättet behöver förankras i verksamheterna så att HSL-personalen ses som en naturlig del i upprättande av genomförandeplanerna.

Åtgärd: Fortsatt arbete med att förankra arbetssättet i verksamheten.

Samarbetssamtal

MÅLVÄRDE - Samarbetssamtalen ska öka på bekostnad av snabbupplysning.

VO BARN OCH FAMIJ

Samlad bedömning: Syftet med indikatorn är att barnet i alla ärenden där det är möjligt, har föräldrar som samarbetar om vårdsnaden. Frivilliga samarbetssamtal sker i ett skede då båda föräldrarna önskar stöd i frågan om vårdnad, boende och eller umgänge. När snabbupplysning begärs av Tingsrätten innebär det oftast att konflikten är djupare och genom en domstolsprocess blir ännu mer förvärrad. Ur barnets perspektiv är därför samarbetssamtal att föredra. Målet uppfylls ej då samarbetssamtal har minskat i stället för ökat (från 114 till 90) samtidigt som snabbupplysningar har ökat (från 92 till 101).

Orsak: Under våren/sommaren har alla samarbetssamtal satts på väntelista med anledning av Coronapandemin. Detta har medfört att vissa har gått vidare till tingsrätten och kommit tillbaka till familjerätten som snabbupplysningar. Planeringen var att göra en folder om samarbetssamtal som skulle spridas på familjecentralerna. Arbetet med detta är ännu inte avslutat.

Åtgärd: Fortsätta att prioritera samarbetssamtalen samt färdigställa folder för spridning på familjecentralerna. Fortsatt arbete för att få ut information om samarbetssamtal på olika sätt så att föräldrar i första hand ska vända sig till familjerätten och söka hjälp innan de tar steget vidare till domstol.

Ökat brukarinflytande

Beskrivning:

Indikatorn syftar till att brukarna får möjlighet att lämna synpunkter på innehållet i socialtjänstens insats. Utförs av eggenerfarna brukare genom metoden brukarstyrda brukarrevisioner. Resultat och föreslagna förändringar används för planering av förbättringsåtgärder och utveckling av verksamheten.

Indikatorn redovisas könsuppdelat och syftar också till att uppmärksamma eventuella skillnader utifrån kön som kan stimulera att förbättringsåtgärder ur ett jämställdhetsperspektiv vidtas.

MÅLVÄRDE - Genomförd brukarstyrd brukarrevision

VO Vuxen/Möjliggöra ett liv fritt från riskbruk, missbruk och beroende

Samlad bedömning: Målvärdet delvis uppnått.

Orsak: Planering tillsammans med utbildare av brukarrevisorer har gjorts, revision var planerad till sen vår och har ytterligare skjutits fram. Utbildning av brukarrevisorer har påbörjats men arbetet har fått pausas på grund av pandemin.

Åtgärd: Revisionen kommer genomföras med början under januari 2021 men utan brukarrevisorer fysiskt på plats.

Andrahandskontrakt som omvandlas till förstahandskontrakt


MÅLVÄRDE - Antal förstahandskontrakt ska öka för de som har andrahandskontrakt.

VO Vuxen/Trygga och säkra förstahandskontrakt

Samlad bedömning: Målvärde uppnått. Efter tertial två redovisades att fem personer fått förstahandskontrakt. Totalt har nu 12 personer erhållit förstahandskontrakt, sex personer får behov tillgodosedda på annat sätt exempelvis särskilt boende via omsorgsförvaltningen, stödboende m.m. Fler personer kommer erhålla förstahandskontrakt första kvartalet 2021.

Orsak: Genom aktivt arbete i varje del av processen - från att matcha behov till att säkerställa och bevaka rättigheter och skyldigheter så når vi önskad effekt och når målvärde.

Åtgärd: Processororienterat arbetssätt behöver implementeras inom alla delar i kommunen. Fortsätta arbeta tillsammans med klienten och ständigt följa upp och utvärdera behov och insatser för att så tidigt som möjligt kunna göra Anpassningar och korrigeringar. Säkerställa kompetens hos anställda, systematiskt följa upp att socialförvaltningens visionshus efterlevs i alla delar, bevaka kommuninvånarens rättigheter och skyldigheter och säkerställa att liknande behov och kostnader inte uppstår igen.

Nämndsmål	Beskrivning	Status
Effektiv vård och omsorg	Socialnämndens vård och omsorg ska utnyttja tillgängliga resurser på bästa sätt för att uppnå uppsatta mål. Fokus är hög kostnadseffektivitet genom att ständigt förbättra och utveckla kvaliteten i våra arbetssätt samt ta vara på digitaliseringens möjligheter.	

Ett fortsatt arbete med att förbättra och utveckla såväl utredningsarbete som insatser på hemmaplan har medfört alternativ till externa placeringar inom den sociala barn och ungdoms- samt missbruksvården. Arbete med beläggning på korttidshem för barn med funktionsnedsättning har fallit väl ut liksom arbete med att minska socialnämndens bestånd av lägenheter för andrahandsuthyrning. Under 2021 finns ett fortsatt behov av att arbeta med de volymer som finns inom funktionshinderomsorgen inklusive socialpsykiatri samt att tillvarata de möjligheter att effektivisera arbetssätt med stöd av digitalisering. Den samlade bedömningen är att utvecklingen mot en effektiv vård och omsorg sammantaget är god och med en ökad trend jämfört med förra tertialet.

Den samlade bedömningen inom VO Barn och familj är att aktiviteter kopplade till indikatorerna leder till att verksamheten blir mer effektiv. Det finns en hög kostnadsmedvetenhet i verksamheten vilket har gett mycket goda resultat när det gäller t ex kostnader för HVB-placeringar och kostnad per närvarodugn på korttidsvistelse.

Samlad bedömning inom VO Vuxen är att verksamhetsområdets utvecklingsarbeten inriktas i sin helhet mot en mer effektiv vård och omsorg. Flertalet indikatorer har uppnått sina mål under 2020 alternativt har en positiv utveckling. Vissa utvecklingsarbeten och åtgärder förväntas få effekter under kommande år exempelvis kostnad för placeringar där ett medvetet arbete skett för att hitta lösningar för personer som funnits länge inom processen. Även kostnader för tomhyror kommer minska p.g.a. uppsägning av blockhyra som varit en stor kostnad. Orsaken till att inte samtliga mål uppnåtts under året beror även på fördröjning av samarbeten kopplade till pandemin kring t.ex. sjukskrivna personer med ekonomiskt bistånd. Åtgärder finns planerade.

Den samlade bedömningen inom Funktionsstöd Vuxen är att målet delvis uppnås och att trenden är oförändrad. Uppgifter i KPB visar att den totala kostnadsutvecklingen inom området vuxna med funktionsnedsättning mellan 2018 och 2019 minskar. En orsak till att kostnadsutvecklingen har planat ut kan vara bra insatsmix inom boendeinsatser. En annan orsak är dolda kostnader i den väntan som uppstår mellan beslut och verkställighet av daglig verksamhet. Detta kan också vara orsaken till att daglig verksamhet uppnår målvärdet för ändamålsenlig bemanning. Servicebostad och gruppboende i kombination uppnår däremot inte målvärdet för ändamålsenlig bemanning då kostnaden ökat istället för att vara lika eller bättre än föregående år.

Insatser som motsvarar behov är ett prioriterat utvecklingsområde under 2021 där utvecklingsarbete kommer att ske för att öka effekten på målet effektiv vård och omsorg.

Indikatorer till målet om en effektiv vård och omsorg

Effektiv läkemedelshantering

MÅLVÄRDE - Inom socialpsykiatri och HSL - Effektivitetsvinst i verksamhet. Inom HSL: Tio läkemedelsrobotar finns utplacerade hos enskilda patienter (nuläge fem robotar)

VO Vuxen/HSL

Samlad bedömning: Målvärde har delvis uppnåtts. Oförändrat antal läkemedelsrobotar i verksamheten.

Orsak: En intern enkätundersökning har genomförts för att undersöka brukarnas upplevelse samt om verksamheten har upplevt någon effektivitetsvinst. Ett samarbete med Lnu har, tillsammans med Omsorgsförvaltningen påbörjats vilket innebär att Lnu gjort en fördjupad uppföljning. Resultatet av denna är inte klar men slutsatser kan redan dras att lm-robotar ger en god effekt om de används hos rätt typ av brukare och att införandet sker på bästa sätt. Antalet läkemedelsrobotar har inte ökat då tillfrågade brukare har tackat nej till användning.

Åtgärd: Då projekttiden är slut och givit goda resultat har en upphandling påbörjats för ett fortsatt användande av lm-robotar. Arbete för att skapa bättre processer och rutiner för bedömning av om respektive patient/brukare är lämpliga användare av läkemedelsrobot och för införande och uppföljning för att kunna öka antalet läkemedelsautomater ute i verksamheterna.

MÅLVÄRDE - Volymutveckling ska plana ut

VO Vuxen

Samlad bedömning: Målvärdet gällande sysselsättning är uppnått utifrån att antal beslut om sysselsättning SoL har planat ut och har en nedåtgående trend. Arbetet fortsätter dock med att få ännu fler behov tillgodosedda via öppna verksamheter och även ansvarsfördelning med andra myndigheters såsom AF.

Ett mer aktivt arbete är påbörjat för gemensamt ansvarstagande när det gäller att matcha stöd där samsjuklighet förekommer. Fokus på behov och hur det kan matchas. Översyn görs för att sammantaget ha olika varianter av boendeformer och utformningar. Vi behöver arbeta ännu mera aktivt med att ge stöd för att komma vidare mot självständighet. Det kan vara stöd i att leta egen bostad. Att stöd ges utifrån behov och följs upp.

Orsak: Implementeringen av IBIC som underlag för att följa upp beslut på ett bättre sätt både på individ- och gruppnivå. Regelbundna uppföljningar har inte gjorts i boende utan många har haft ett stöd som löper på. Regelbundna avstämningar med boendeplanerare är viktiga för att få till en helhetsplanering och även ligga steget före. 2019-01-01-2019-11-30 fattades 45 bifallsbeslut om sysselsättning SoL under motsvarande tidsperiod i år har antalet kraftigt reduceras. 2020-01-01-2020-11-30 fattades 12 bifallsbeslut om sysselsättning SoL. Utifrån meningsfull sysselsättning och att volymutvecklingen ska gå ner har ett arbete pågått under året för att jobba mot att fler behov ska kunna mötas upp och tillgodoses via öppna verksamheter. Corona har försvårat arbetet en del. IOP med Stadsmissionen har tecknats och förhoppningen är att det kommer att vara en viktig del i detta arbete.

Åtgärd: Genomförandeplaner utifrån behov och med tydliga mål gör möjligheten större för den enskilde att utvecklas eller bibehålla och leva så självständigt som möjligt. Utredda enligt IBIC, tydliga målformuleringar och behovsbeskrivningar som följs upp enligt ett regelbundet intervall eller vid behov. Systematisk uppföljning under 2021 gällande avbokningar av stöd samt korttidsplatser.

SAMLAD BEDÖMNING VO FUNKTIONSSTÖD VUXNA:

Målvärdet för indikatorn behov inom ansvarsområdet som matchas med ändamålsenligt stöd uppnås om hänsyn tas till uppgifter i KPB som visar att den totala kostnadsutvecklingen inom området vuxna med funktionsnedsättning mellan 2018 och 2019 minskar. Samtidigt så visar nyckeltal hämtade från Koll på Funk att Kalmar kommun har stora volymer vad gäller personer med boende enligt LSS, antal/ 10 000 inv., i jämförelse med liknande kommuner. Nyckeltal gällande personer med daglig verksamhet enligt LSS, antal/10 000 inv. visar att Kalmar har likvärdiga volymer i jämförelse med liknande kommuner.

En orsak till att kostnadsutvecklingen har planat ut kan vara bra insatsmix inom boendeinsatser. En annan orsak som döljer kostnader är det faktum att det är lång väntetid innan beslut om daglig verksamhet kan verkställas.

Insatser som motsvarar behov är ett prioriterat utvecklingsområde under 2021 där utvecklingsarbete kommer att ske för att öka effekten på målet effektiv vård och omsorg.

Kostnad för placeringar

MÅLVÄRDE - Missbruk: inte öka jfr m utfall juli-dec 2019. Trygga säkra barn: minska med 3 mnkr jfr m utfall jan-nov 2019.

VO BARN OCH FAMIJ

Samlad bedömning: Kostnaderna för placeringar i externa HVB har minskat med 8 mkr (målvärde var en minskning med 3 mkr) vilket gör att målet bedöms bli uppnått med god marginal. Kostnaderna landar på 21 mkr jämfört med 29 mkr.

Orsak: Aktivt individuellt arbete med samtliga ungdomar som är placerade i HVB har lett till att ett flertal ungdomar har kunnat flytta hem. Alla enhetschefer har med stor framgång följt den framtagna

placeringsrutinen vilket lett till färre nya placeringar. Processarbetet har varit till hjälp för att ta fram överenskomna arbetssätt. Det gemensamma förhållningssättet har varit varit väl grundat i forskning, analys och framtagen fakta.

Åtgärd: Under 2021 planeras ökad samverkan med övriga angränsande processer, och med särskilt fokus på gruppen unga, 18-21 år.

VO VUXEN

Samlad bedömning: Målvärdet att ligga under 7 940 000 kr har ej uppnåtts, kostnaderna landar på 8 254 000 kr d.v.s högre än jämförelseperioden föregående år. Trenden är dock sjunkande kostnader för närvarande då flera placeringar avslutats under hösten 2020. För närvarande har vi fyra externa pågående placeringar.

Orsak: Flera ärenden som pågått på socialförvaltningen under många år har nu satsats på för att försöka komma tillrätta med helheten. Förvaltningen har gått in i några kvalificerade placeringar, ofta tillsammans med regionen. Kostnadsdrivande LVM med efterföljande vård på hvb har också ökat på kostnaderna. Problem uppkommer med personer som sidomissbrukar i LARO eller som har behov av narkotikaklassad medicin då dessa inte kan vistas i kommunens interna HVB enligt nuvarande upplägg. Stödboendet Malmen har haft hög beläggning och där finns personer som sannolikt inte kan klara ett eget boende, detta medför svårigheter att använda platser till andra klienter samt att nuvarande målgrupp på Malmen till viss del begränsar vilka som kan komma dit.

Åtgärd: Ledningsgrupp missbruk behöver se över och ytterligare tydliggöra kommunens interna verksamheter. Hur ska dessa vara utformade och vem ska de vara till för. Behov av att återuppta samtalet om den förstärkta öppenvården för att kunna undvika heldygnsvård. Samtal pågår med enhetschef myndighet socialpsykiatri för att se över lösningar för personer med kvarstående behov av boendelösningar med stöd genom socialförvaltningen. Dessa samtal behöver fortsätta och plan finns för detta. Arbete pågår för att hitta andra lokaler för kommunens interna heldygnsverksamheter vilket kan medföra förbättrade möjligheter för hemmaplanslösningar.

Ändamålsenlig bemanning

MÅLVÄRDE - Gruppboendestäder, serviceboendestäder och daglig verksamhet ska tillsammans ha samma resultat som 2018 eller bättre i KPB.

SAMLAD BEDÖMNING VO FUNKTIONSSTÖD VUXEN:

Den samlade bedömningen av indikatorn ändamålsenlig bemanning är att servicebostad och gruppboendestad i kombination inte uppnår målvärdet då kostnaden ska vara lika med eller bättre än föregående år. Medelkostnaden per dygn för boendeinsatserna ligger på 2 165 kr/dygn vilket är något högre än 2018 men bättre än medelkostnaden inom KPB-kommunerna som är 2 649 kr/dygn. Daglig verksamhet uppnår målvärdet då kostnaden har minskat mellan 2018 och 2019. Kostnaden för daglig verksamhet 2019 är 587 kr/dag vilket kan jämföras med medelkostnaden för KPB-kommunerna som ligger på 600 kr/dag.

En orsak till att målvärdet inte uppnås är att arbete med rutnätsprocesser och införande av raster inte har fullföljts inom alla enheter inom verksamhetsområdet. En annan orsak som döljer kostnader är det faktum att det är lång väntetid innan beslut om daglig verksamhet kan verkställas vilket påverkar kostnadsutvecklingen.

Insatser som motsvarar behov är ett prioriterat utvecklingsområde under 2021 där utvecklingsarbete kommer att ske för att öka effekten på målet effektiv vård och omsorg.

Kostnad per närvarodygn på korttidsvistelse ska minska

Beskrivning:

Syftet med indikatorn är att kostnaderna för korttidsvistelse ska minska så att resurserna används och fördelas på ett effektivt sätt.

MÅLVÄRDE - Minska dygnskostnaden på korttidsvistelse med 10%, från år 2019 till 2020

VO BARN OCH FAMILJ

Samlad bedömning: Målet att minska dygnskostnader på korttidsvistelse är uppnått (målvärde 10 %, utfall 10 %). Kostnaderna har sjunkit från 6 556 kr /närvarodygn till 6 172 kr tertial 1 och till 5 887 kr/närvarodygn tertial 2. Under tertial tre har kostnaderna sjunkit ytterligare och ligger nu på 5 693 kr/dygn.

Orsak: Aktivt strävande efter balans mellan barnbokningar och bemanningskrav har gett positivt resultat. Exempelvis kan beläggningen vara hög vissa tider och andra tider stängs verksamheten helt. Detta har visat sig kostnadseffektivt. Även ett aktivt arbete med den fysiska arbetsmiljön har gett positivt resultat gällande sjukfrånvaron vilket påverkar dygnskostnaden.

Avbokade dygn på korttids

MÅLVÄRDE - Antalet avbokade dygn utan legitima skäl ska vara 0.

VO BARN OCH FAMILJ

Samlad bedömning: Det finns inget underlag när det gäller antalet inplanerade dygn på korttids som avbokats utan legitima skäl. Något resultat eller trend kan därför ej ges.

Orsak: På grund av Coronapandemin har antal avbokade dygn på korttids varit betydligt fler än vanligt. Det har handlat både om barnet och om barnets anhöriga. Dessutom har personalen själva fått avboka barn då personalläget gjort att man inte kunnat möta barns individuella behov. I vilken grad barnens avbokningarna har varit legitima/inte legitima har personalen haft svårt att bedöma.

Åtgärd: Arbetet med oplanerade avbokade dygn kommer under 2021 att följas inom ramen för det överenskomna arbetssättet inom processen.

Samordning av insatser

MÅLVÄRDE - 0 avvikelser vid journalgranskning

VO BARN OCH FAMILJ

Samlad bedömning: Målvärdet går ej att följa upp. Den systematiska journalgranskningen är inte genomförd enligt rutin på alla enheter varpå resultatet inte är fullständigt. I samtliga genomförda journalgranskningar visar dokumentationen tydligt att intern samordning har skett då den enskilda har insatser från flera enheter inom förvaltningen.

Orsak: I det nya journalsystemet Journal Digital ges möjlighet till en tydligare och säkrare beskrivning av hur samverkan sker i pågående insatser. Processarbetet har möjliggjort en utveckling och ett förtydligande av samverkansformer.

Åtgärd: Utveckla samordningen ännu mer genom att alla enheter skriver en gemensam genomförandeplan i samverkan där samordning blir ännu mer effektiv för insatsen.

Stöd till familjehem

MÅLVÄRDE - Nöjdheten ska ha ökat jämfört med enkät 2018

VO BARN OCH FAMILJ

Samlad bedömning: För att den enskilde ska få sina behov tillgodosedda på ett kostnadseffektivt sätt bör familjehemmen uppleva att de har tillräckligt med stöd så att de kan klara av sitt uppdrag. 84 % av familjehemmen är nöjda med familjehemssekreterarnas stöd (jmf 98 vid enkät 2018) och därmed nås inte målvärdet.

Orsak: Enkäten för 2020 är besvarad i april månad då besöken dragits ner till följd av Coronapandemin och övergått till digitala möten vid de tillfällen då ett personligt möte inte bedömts vara nödvändigt. Det är tänkbart att detta kan ha en viss påverkan på resultatet.

Åtgärd: Analysgruppen kommer att fortsätta sitt arbete och färdigställa och analysera jämförelsen av resultaten 2018 och 2020. Utifrån detta kommer en plan att tas fram för fortsatt arbete.

Konsulentstödda familjehem

MÅLVÄRDE - Alla nya placeringar i konsulentstödda familjehem ska vara motiverade utifrån vårdbehovet

VO BARN OCH FAMILJ

Samlad bedömning: 6 av 8 barn har placerats i konsulentstött familjehem på grund av vårdbehovet. 2 barn har därmed placerats i konsulentstött familjehem trots att barnets behov hade kunnat tillgodoses i ett eget familjehem.

Orsak: Brist på egna familjehem är den grundläggande orsaken till att barn får placeras i konsulentstött familjehem trots omotiverat vårdbehov.

Åtgärd: Fortsatt arbete med att utveckla familjehemsrekrytering och stöd till familjehemmen.

Öka antalet konsulentstödda familjehem som övergår till egen regi

MÅLVÄRDE - Övervägande delen av de konsulentstödda familjehem har övergått till kommunens regi efter två års placering.

VO BARN OCH FAMILJ

Samlad bedömning: Målet ej uppfyllt. 1 av 9 möjliga konsulentstödda familjehem har övergått till kommunens regi (11 %).

Orsak: Den huvudsakliga orsaken till att familjer säger nej till att ha uppdraget direkt från kommunen är att de har en god relation till och ett gott stöd från sin konsulent. Ansträngningar har gjorts för att bygga relationer med dessa familjehem för att kunna skriva egna avtal men det har hittills inte gett önskad effekt. Många har också flera placeringar genom samma organisation från olika kommuner. Sannolikt påverkar detta benägenheten att gå över till uppdrag i egen regi då det är lättare som familjehem att ha en kontakt gällande samtliga placeringar. En aktivitet har varit att skriva in i avtalet vid nya placeringar att familjehemmet kan övergå till kommunen efter två år. Detta har dock ännu inte gett effekt.

Åtgärd: Fortsätta att i största möjliga utsträckning undvika placeringar i konsulentstödda familjehem och fortsätta att satsa på rekrytering av egna familjehem i större utsträckning.

Webbmöte med "kund"

MÅLVÄRDE - Ersätta två fysiska möten, där det är möjligt, med webbmöten

VO BARN OCH FAMILJ

Samlad bedömning: Målet är väl uppfyllt

Orsak: Det har skett en snabb och effektiv utveckling av digitaliseringen med anledning av Coronapandemin där bland annat webbmöten har ökat drastiskt och blivit en självklar mötesform. Medarbetare har fått teknisk möjlighet att använda webbmöten och nya arbetssätt har skapats.

Åtgärd: Fortsatt uppmuntra medarbetarna att använda sig av webbmöten där det är lämpligt att utveckla för en mer tillgänglig och effektiv vård.

Webbmöte mellan personal

MÅLVÄRDE - Ersätta två fysiska möten, där det är möjligt, med webbmöten

VO BARN OCH FAMILJ

Samlad bedömning: Målet är väl uppfyllt

Orsak: Det har skett en snabb och effektiv utveckling av digitaliseringen med anledning av Coronapandemin där bland annat webbmöten har ökat drastiskt och blivit en självklar mötesform. Medarbetare har fått teknisk möjlighet att använda webbmöten och nya arbetssätt har skapats. Åtgärd: Fortsatt uppmuntra medarbetarna att använda sig av webbmöten där det är lämpligt att utveckla för en mer tillgänglig och effektiv vård.

Dygnskostnad bostad socialpsykiatri

Beskrivning:

Dygnskostnad bostad socialpsykiatri ska ligga i nivå med Kalmars dygnskostnad för service- och gruppboendestad (sammantaget funk och socialpsykiatri) i KP.B.

MÅLVÄRDE - Dygnskostnad bostad socialpsykiatri ska ligga i nivå med Kalmars dygnskostnad för service- och gruppboendestad (sammantaget funk och socialpsykiatri) i KP.B.

VO Vuxen

Samlad bedömning: Målet är uppnått. Minskning av dygnskostnad inom socialpsykiatri, antal dygn har ökat (med 6,5%) mer än kostnaderna ökat (ökning med 1,4%). För socialpsykiatri var kostnaden 2018, 2051kr och 2019, 1952 kr per dygn. Sammantaget funktionsstöd och socialpsykiatri var kostnaden 2018, 2098 kr och 2019, 2165 kr per dygn. Genomsnittskostnad i KP.B2019 var 2 740 kr.

Orsak: Flera serviceboendestäder har anslutit satellitlägenheter kopplade till boendet samt att beläggningen varit hög på övriga platser.

Åtgärd: Fortsätta att hitta effektiva och flexibla boendelösningar utifrån individens behov.

Vuxna biståndsmottagare som är sjukskrivna utan sjukpenning

MÅLVÄRDE - minskat antal personer inom gruppen samt minskade kostnader.

VO Vuxen/Ekonomiskt bistånd

Samlad bedömning: Målvärde ej uppnått. Inget trendbrott kan ses gällande antal biståndsmottagare som är sjukskrivna utan det varierar under året från 95-110 st per månad.

Orsak: I början av året gjordes en kartläggning av målgruppen. Det identifierades vissa områden där utvecklingsarbete kunde bedrivas, både på individ- och gruppnivå. Utöver att belysa gruppen så har det inte genomförts konkreta förbättringsåtgärder med anledning av pandemin som försvårat möjligheten till samarbete med sjukvården. Gruppen sjukskrivna är den näst vanligaste orsaks-koden till behov av bistånd vilket medför att en del ärenden avslutas, som går till aktivitet eller sjukersättning, medan nya ärenden tillkommer.

Åtgärd: Behov av att hitta kvalitativa sätt att arbeta med gruppen, både långvariga ärenden och ärenden som nyligen aktualiserats. FIA och användandet av detta är en metod. Utökad användande av SIP. Fortsätta granska läkarintyg noggrant för att följa utredningar och behandlingar för de sökande. Undersöka möjligheterna till mer övergripande samverkan med vissa enheter inom regionen.

Vuxna biståndsmottagare med långvarigt ekonomiskt bistånd

MÅLVÄRDE - Kostnader inte ska överstiga kostnaderna hos jämförbara kommuner.

VO Vuxen/Ekonomiskt bistånd

Samlad bedömning: Långvarigt ekonomiskt bistånd avser 10-12 månader under året. Enligt Koladamåttet vuxna biståndsmottagare med långvarigt ekonomiskt bistånd under året dividerat med antalet vuxna biståndsmottagare under året och i jämförelse med liknande kommuner IFO (2019), ligger Kalmar kommun i den undre halvan med 30,1 % (lägsta kommun 27,9%, högsta kommun 39,4%). Det är en svag ökning från 28,7% 2018. I Kolada redovisas nyckeltal som stöd för kommuners genomförande av Agenda 2030 där även detta mått ingår. Mätningen avser då andel vuxna biståndsmottagare med långvarigt ekonomiskt bistånd under året dividerat med antalet

vuxna invånare. Vid jämförelse med liknande kommuner IFO hamnar Kalmar kommun här som den kommun med minst antal biståndsmottagare med 0,5% av befolkningen (högsta kommun 1,2%). För 2018 var andelen 0,6%, dvs en minskning. Kalmar ligger även avsevärt lägre än dessa kommuner gällande utbetalt ekonomiskt bistånd sett till alla biståndsmottagare. Målvärdet att kostnaderna inte ska överstiga kostnaderna hos jämförbara kommuner är därför uppnått.

Orsak: Ett aktivt arbete med fokus på varje individs egna resurser och förmåga till att nå självförsörjning. En kartläggning har genomförts för att närmre identifiera målgruppen där det identifierats cirka 50 ärenden, som bedöms ej kunna få egenförsörjning. Dessa individer är i huvudsak över 40 år. På grund av regler i välfärdssystemet så finns det individer som trots konstaterad avsaknad av arbetsförmåga inte kan få sin försörjning genom sjukersättning hos Försäkringskassan. Detta beror vanligen på att besvärerna uppstod i personens hemland vilket då inte berättigar ersättning. Dessa personer är hänvisade till att försörja sig genom ekonomiskt bistånd och har inte möjlighet att nå annan försörjning. Vid kontroll december 2020 finns 142 hushåll som har varit aktuella mer än 2 ½ år och som fortfarande är pågående.

Åtgärd: Flera långvariga ärenden har sjukskrivning som orsakskod och arbetet kommer även fortsättningsvis ha särskilt fokus på dessa även 2021. Särskilt inriktas på de långvariga som är under 40 år där det bedöms finns större möjlighet att påverka.

Kostnad för tomhyror

MÅLVÄRDE - Kostnader för tomhyror ska minska jämfört med 2019.

VO Vuxen

Samlad bedömning: Målvärde är ej uppnått då kostnaderna ökat ytterligare under tertial tre (till 261 000 kr). Kostnaderna dec-juli uppgick till 155 000 kr. Kostnaderna hade då ökat med 11 000 kr från tertial ett. Indikatoren syftar till att minska kostnaden för lägenheter inom socialförvaltningens bestånd som står tomma utan att de matchar behov. Samtliga bostäder som förvaltningen i år betalar tomhyror för avser i stort sett i samtliga fall lägenheter som blockhyrs av socialförvaltningen på Lybecksvägen och som även tillgodoser behov från andra processer i förvaltningen (LSS). Blockavtalet är nu uppsagt och löper ut 2021-01-31. Alla lägenheter är tomma utom en, denna person flyttar ut vid årsskiftet vilket innebär att samtliga klienter har flyttat ut innan avtalet löper ut. Utöver det stora antalet tomhyror beräknas kostnaderna gällande underhåll riskera att öka ytterligare innan årets slut dels utifrån risk för skadegörelse när hela området är tomt men även utifrån oklarheter kring vad som anses vara normalt slitage efter 20 år och vad som anses vara socialförvaltningens kostnadsansvar.

Orsak: Genom hyresavtal som ej motsvarar klienters behov och hyresavtal som ej går att påverka så uppnås inte uppsatt målvärde.

Åtgärd: Genom att avtalet nu sagts upp förväntas inga fler åtgärder i nuläget vara aktuella för Lybecksvägen.

Kostnad för underhåll av lägenheter

MÅLVÄRDE - Kostnader för underhåll ska minska jämfört med 2019.


VO Vuxen

Samlad bedömning: Kostnaden för underhåll på grund av misskötsamhet och skadegörelse av socialförvaltningens lägenheter har minskat från 2019 och målvärde uppnås. Kostnader för underhåll pga misskötsamhet uppgick 2019 dec-nov till 491 000 kr. Kostnaden för dec-nov 2020 landar på 232 000 kr. Kostnaden var under T1 157 000 kr, 21 000 kr T2 och 54 000 T3.

Flera klienter som har bott länge i samma lägenhet har i många fall av hyresvärd krävts på total återställning exempelvis flyttstäd och nya tapeter som en förutsättning för att få erhålla förstahandskontrakt vilket har inneburit vissa underhållskostnader. Det beror i flera fall på att det finns oklarheter kring lägenheternas skick vid inflytt samt ökade krav från hyresvärdar.

Orsak: Genom aktivt arbete i varje del av processen - från att matcha behov till att säkerställa och bevaka rättigheter och skyldigheter så når vi önskad effekt och målvärde.

Åtgärd: Processororienterat arbetssätt behöver implementeras inom alla delar i kommunen. Fortsätta arbeta tillsammans med klienten och ständigt följa upp och utvärdera behov och insatser för att så tidigt som möjligt kunna göra anpassningar och korrigeringar. Säkerställa kompetens hos anställda, bevaka kommuninvånarens rättigheter och skyldigheter och säkerställa att liknande behov och kostnader inte uppstår igen.

Nämndsmål	Beskrivning	Status
Jämlik vård och omsorg	Socialnämndens vård och omsorg ska tillhandahållas och fördelas på lika villkor för alla. Fokus är hälsa på lika villkor och jämställdhet mellan kvinnor och män, flickor och pojkar.	

Ett viktigt verktyg för att säkerställa att personer med komplexa behov får sin behov tillgodosedda och därmed förutsättningar till en jämlik hälsa är SIP - Samordnad individuell plan. Arbetet med att utnyttja potentialen i dessa planer för att samordna resurser runt den enskilde går framåt men behöver fortsätta. Medvetenheten kring jämställd verksamhet och att brister kan upptäckas i t ex statistik och undersökningar har ökat. Det är ett lovande tecken inför fortsatt arbete med att säkerställa att eventuella skillnader mellan kön i verksamheten inte ska grunda sig i ojämsställda beslut och insatser. Den samlade bedömningen är att utvecklingen har varit fortsatt försiktigt positiv sedan förra tertialet och bedöms nu vara delvis uppfyllt.

Samlad bedömning inom VO Barn och familj är att verksamheten har blivit mer jämlik. Skillnaden mellan flickor och pojkars upplevelser på sin utredning och insats är mycket marginell. Detsamma gäller könsskillnaderna mellan mammor och pappor. Däremot är målet om antal nätverksmöten inför placering av barn inte uppfyllt då detta visat sig vara svårt att mäta. Inte heller indikatorn om att placerade barn ska ha genomgått en hälsoundersökning inom tre månader är uppfyllt. Under 2021 fortgår pågående aktiviteter med att samla in av resultat av olika studier för att utifrån dessa utveckla och göra verksamheten mer jämlik. Överenskommelser och rutiner gällande hälsoundersökningar av placerade barn behöver implementeras.

Samlad bedömning inom VO Vuxen är att trots att målvärden för indikatorerna inte nås fullt ut så sker en positiv utveckling och trenden är ökande. Kunskapen om, och användandet av SIP ökar även om detta inte är fullt ut påverkbart endast av socialtjänsten samt med anledning av pandemin. Målvärdet för jämställd biståndsbedömning var att använda en checklista vid biståndsbeslut men har bedömts vara svårt att använda för att mäta syftet med indikatorn. Andra aktiviteter har istället genomförts som ökat jämställdhetsperspektivet. Jämlikhet inklusive jämställdhet och arbete mot våld är en högt prioriterad fråga inom VO Vuxen där aktiviteter är utformade som skapar goda förutsättningar för att upprätthålla systematiska arbetssätt såsom införande av e-tjänst för att nå våldsutsatta samt att ställa frågor om våld vid utredningar. Ledningen inom VO Vuxen medverkar också i hög grad i de kommungemensamma, men också länsövergripande, nätverken som strävar mot en mer jämlik hälsa för kommuninvånarna.

Den samlade bedömningen inom VO Funktionsstöd är att målet delvis är uppnått. Detta med anledning av att indikatorn om jämlik hälsa uppfylls då antalet SIP:ar har ökat i jämförelse med T1 och T2. Orsaken är att vikten av SIP har diskuterats på verksamhetsområdets ledningsmöten. För att få ökad effekt på målet kommer tema att anordnas för enhetschefer för att ge ytterligare kunskapspåfyllnad. Däremot uppfylls inte målet om jämställd verksamhet mot bakgrund av resultaten i den senaste brukarundersökningen. En av orsakerna till det kan vara att arbete med indikatorn inte har prioriterats med anledning av pågående pandemi. Åtgärd för att få ökad effekt på målet är att under 2021 arbeta med resultatet och bedriv förbättringsarbete.

Jämlik hälsa

Den samlade bedömningen för förvaltningen är att målet delvis uppnåtts och att trenden sammantaget är oförändrad. Inom VO Funktionsstöd har dock målvärdet uppnåtts och har dessutom en uppåtgående trend. Inom VO Barn och familj samt VO Vuxen bedöms målvärdet däremot inte uppfyllt och med en oförändrad trend.

MÅLVÄRDE: 100% av alla placerade barn ska ha genomgått en hälsoundersökning inom tre månader

VO BARN OCH FAMILJ

Samlad bedömning: I endast 35 % av nya placeringar under året har beslut om hälsoundersökning fattats och därmed är målet att alla placerade barn ska ha genomgått en hälsoundersökning inom tre månader inte uppfyllt. Frågan är dock mycket aktuell och trenden visar en ökning av hälsoundersökningar.

Orsak: Det finns en osäkerhet kring resultatet. Rutiner och arbetssätt är inte tillräckligt implementerade för att säkerställa att en hälsoundersökning sker vid placering och blir rätt dokumenterat. Underlaget visar därför inte hur många hälsoundersökningar som faktiskt är gjorda. Det är med all sannolikhet fler än vad som framgår av statistiken.

Åtgärd: Fortsatt implementera rutiner och överenskommelser gällande hälsoundersökningar av placerade barn

MÅLVÄRDE: Antal SIP per tertial - ökning jämfört med 2019.

VO Vuxen

Samlad bedömning: Bedömningen är att kunskapen om SIP ökar och att det är metoden som ska användas vid behov av samordning. Trenden är ökande. Dock har antalet SIP inte använts i samma omfattning på grund av rådande pandemi.

Orsak: Svårigheter under året att mötas kring ärenden som inte akut behöver följas upp. Samordning har skett där det bedömts varit nödvändigt.

Åtgärd: Följsamhet till SIP vid samtliga samordningsbehov. Alltid föreslå SIP när motpart önskar annan form av nätverksmöte. Fortsatt implementering av SIP behöver ske inom socialförvaltningen och hos regionens samt övriga samverkansaktörer.

SAMLAD BEDÖMNING VO FUNKTIONSSTÖD VUXEN:

Den samlade bedömningen är att indikatorns målvärde uppfylls. Antalet SIP:ar har ökat. Det finns dock en utvecklingspotential då andra involverade aktörer kallar till nätverksmöten istället vilket minskar individens möjligheter att involveras i sin egen vård och omsorg.

ORSAK: Vikten av SIP har lyfts fram på ledningsgruppens möten, särskilt i ärenden med stor komplexitet.

ÅTGÄRD: Anordna tema för enhetschefer för kunskapspåfyllning. Upprätta ett dokument där varje enhet kan rapportera in antal genomförda SIP:ar under året. Påtala vikten av SIP för andra aktörer om det är så att man istället kallar till nätverksmöten.

Jämställd verksamhet

Den samlade bedömningen blir att målvärdet delvis är uppnått då man lyckat uppnått målvärdet inom Barn och familj men däremot inte inom VO Funktionsstöd Vuxen.

MÅLVÄRDE - Alla som genomför brukarundersökning: Skillnad i kvinnors och mäns, flickor och pojkars upplevelse mätt i brukarundersökningen ska vara 0 procent.

MÅLVÄRDE - Alla som inte genomför brukarundersökning: Minst en framtagen och genomförd förbättringsåtgärd per verksamhet

VO BARN OCH FAMILJ

Samlad bedömning: Skillnaden mellan flickor och pojkars upplevelser på sin utredning och insats är mycket marginell. Detsamma gäller könsskillnaderna mellan mammor och pappor. Målet är därmed uppfyllt.

Orsak: Aktiviteter kopplade till indikatorerna leder till att verksamheten blir mer jämställd. Exempel på aktiviteter har varit att ordna en workshop om skillnader i bemötande mellan män och kvinnor som är aktuella för LOB, skillnader mellan föräldrar i antal samtal i barnvårdsutredningar, skillnader mellan pojkar och flickor när det gäller att hitta familjehem. Det sker även kollegial granskning ur ett jämställdhetsperspektiv.

Åtgärd: Fortsätta utveckla arbetet med med olika former av aktiviteter för ytterligare säkerställa en jämställd verksamhet.

SAMLAD BEDÖMNING VO FUNKTIONSTÖD VUXEN:

Indikatorns målvärde om 0 % skillnad mellan män och kvinnors upplevelse av stöd från socialtjänsten uppfylls inte sett till resultatet i den senaste brukarundersökningen. En av orsakerna till det kan vara att indikatorn om jämställd verksamhet har kommit i skymundan under den pågående covid-19-pandemin. Åtgärder för att få ökad effekt på målet är att under 2021 arbeta med resultatet från brukarundersökningen och genomföra förbättringsarbete.

Förbättrad hälsa för människor med funktionsnedsättning

MÅLVÄRDE - Färdigställda hälsoråd T1, målgruppsanpassade hälsoråd T3 (100 %)

Samlad bedömning: Hälsoråden är ej färdigställda kopplat till pågående pandemin.

Orsak till nuläge: Hälsoråden har ej kunnat vara ett prioriterat område kopplat till pågående pandemi och arbetsbelastning för HSL-personalen.

Åtgärder: Indikatorn kvarstår för år 2021.

Ökat antal nätverksplaceringar

MÅLVÄRDE - Antal nätverksmöten inför/under placeringar ska öka för varje tertial.

VO BARN OCH FAMILJ

Samlad bedömning: Målet att öka antal nätverksmöten för att därmed kunna öka antal nätverksplaceringar kan ej mätas.

Orsak: Antalen nätverksmöten inför placering av barn har visat sig svårt att mäta. Men att arbeta med nätverket är ett arbetssätt som ständigt är aktuellt och diskuteras och som ligger helt i linje med förhållningssättet i Signs of Safety.

Åtgärd: Följa antalet nätverksplaceringar genom ett processmått under 2021 för att säkerställa att nätverket alltid undersöks i samband med placering.

Jämställd biståndsbedömning

MÅLVÄRDE - Checklista för jämställda biståndsbeslut ska ha använts i alla nya beslut

VO Vuxen

Samlad bedömning: Utvecklingsarbetet kring jämställd biståndsbedömning har visat att checklistor inte är det som är mest lämpligt och beskrivande för att mäta jämställd biståndsbedömning. Under året har dock olika aktiviteter genomförts vilket har bidragit till ett ökat jämställdhetsperspektiv i verksamheterna.

Orsak: Utbildningar, erfarenhetsutbyten med andra kommuner samt diskussioner på enhets- och verksamhetsnivå bidrar till ökad synlighet av jämlikhetsperspektiv.

Åtgärd: Jämställdhet kommer fortsätta arbetas med och synliggöras inom alla verksamheter.

Identifiera våldsutsatthet


MÅLVÄRDE - FREDA kortfrågor ska ha använts i alla nya utredningar. Vid indikation på att en individ har utsatts för våld ska stöd erbjudas enligt rutin.

VO Vuxen

Samlad bedömning: Målvärdet uppnås i processerna för missbruk och ekonomiskt bistånd men ej för processen för socialpsykiatri. Verksamhetsområdet har kommit långt i arbetet med att använda evidensbaserade utredningsinstrument där frågor om våldsutsatthet ingår. Trenden är mycket god och det visas att våldsutsatthet framkommer när frågor ställs systematiskt till samtliga individer.

Orsak: Utredningsmallar används som säkerställer att frågorna ställs i strukturerad form. Kunskapshöjande insatser kring våldsutsatthet.

Åtgärd: Fortsätta utvecklingsarbetet inom våld och våldsutsatthet, öka kunskapen om hela våldspyramiden, våldets påverkan och signaler för våldsutsatthet. Granska att utredningar görs enligt överenskomna sätt.

Nämndsmål	Beskrivning	Status
Tillgänglig vård och omsorg	Socialnämndens vård och omsorg ska vara tillgänglig och ges i rimlig tid. Ingen ska behöva vänta oskälig tid på den vård eller omsorg som hon eller han har behov av. Fokus är ändamålsenliga och effektiva ledder.	

En viktig del i att vara en tillgänglig socialtjänst är att människor inte ska behöva vänta oskälig tid på den vård och omsorg hen har behov av. Inom detta område har det skett en förbättring. Indikatorerna för utredningstid, väntetid och "nå våldsutsatta" har haft en fortsatt positiv utveckling. Trots det behöver personer med funktionsnedsättning vänta i genomsnitt tre månader på beslut. Ambitionen höjs därför under 2021. Den som fått rätt till daglig verksamhet eller stöd från Alternativ till våld behöver i dag vänta oskäligt länge på att få sina behov tillgodosedda. Med anledning av pandemin har heller inte ambitionen att öka antalet samarbetsamtal inom familjerätten uppnåtts. En samlad bedömning för förvaltningen blir dock positiv.

Samlad bedömning inom VO Barn och familj är att indikatorerna delvis leder till en mer tillgänglig vård och omsorg. Detta med anledning av att målet för processen Möjliggöra utveckling för barn och unga med funktionsnedsättning är uppnått då det endast rapporterats ett icke verkställt beslut. Däremot nås inte målet inom processen Trygga, säkra och stödja barn och ungas levnadsvillkor då det inte finns några resultat kring väntetid från beslut till påbörjad insats. Inte heller inom processen Säkra och föra fram barnets rätt nås målet att ha kort väntetid för samarbetsamtal. Under 2021 kommer resultat kunna presenteras när det gäller tid från beslut till påbörjad insats. Samarbetsamtal är ett prioriterat utvecklingsområde under 2021.

Samlad bedömning inom VO Vuxen är att utvecklingen i stort är positiv för en ökad tillgänglighet för målgrupperna, men att det finns mer att göra på området främst inom processen Möjliggöra för kvinnor och män att leva i relationer fria från våld där väntetider till insatsen Alternativ till våld är alltför långa. Indikatorn gällande digital ansökan om försörjningsstöd är inte fullt ut påverkbar av förvaltningen då samarbete krävs med andra förvaltningar för införande. Ett nytt avtal är klart inom kort vilket kommer innebära att denna indikator kan nås under nästa år.

Den samlade bedömningen inom VO Funktionsstöd Vuxen är att målet är delvis uppnått. Detta med anledning av att indikatorn skälig utredningstid uppnås under T3 gällande medelvärdet om 90 dagar. Sett till helår så nås nästan målvärdet (92 dagar). Arbetet med att korta utredningstiden fortsätter under kommande år då detta är ett prioriterat utvecklingsområde. Arbete kommer att ske för att bibehålla stabilitet i bemanningen genom att medarbetare får utveckla sin kompetens inom

yrkesområdet samt att nyttja digitaliseringens möjligheter för att hitta effektivare arbetssätt. Även indikatorn skälig väntetids målvärdet uppfylls för boendeinsatser däremot inte för insatsen daglig verksamhet. Orsakerna till det är volymökningar som i sin tur påverkar antalet platser men även att vi inte utnyttjar de resurser vi har på ett effektivt sätt om man ser till nyckeltal gällande daglig verksamhet och jämförelse med andra och liknande kommuner. Utvecklingsarbete kommer att bedrivas under 2021 gällande daglig verksamhet för att öka effekten på målet.

Indikatorer till målet om en tillgänglig vård och omsorg

Skälig utredningstid

Beskrivning:

Indikatorn syftar till att vi har en hög tillgänglighet genom att vi snabbt och enkelt utreder varje individs behov utan onödigt dröjsmål. Följer framtagning av KKiK-måtten för utredningstid när så är möjligt.

MÅLVÄRDE - Tid från ansökan till beslut understiger:

Funk: 90 dagar resp. 120 dagar (p-ass), Missbruk: 120 dagar för utredning och 14 dagar för förhandsbedömningar, Socialpsykiatri: 90 dagar

VO Vuxen

Samlad bedömning: Målvärdet är uppnått då utredningstiden understiger 90 dagar för socialpsykiatri samt 120 dagar för missbruk. I de fall där utredningstiden överstiger målet finns godtagbara förklaringar.

Orsak: Ett aktivt arbete med att införa evidensbaserade bedömningsinstrument samt kontinuerlig dialog i arbetsgrupperna om vad en skälig utredningstid innebär. En kort utredningstid betyder inte alltid att individens behov utretts fullt ut med delaktighet vilket behöver finnas med i tanken kring tid för utredning.

Åtgärd: Fortsätta följa utredningstider samt kontinuerlig dialog i arbetsgrupperna.

SAMLAD BEDÖMNING VO FUNKTIONSSTÖD VUXEN:

Den samlade bedömningen av indikatorn skälig utredningstid är att målvärdet uppnås under T3 gällande medelvärdet om 90 dagar. Sett till helår så nås nästan målvärdet (92 dagar). När det gäller utredningstiden för nya ansökningar så är medelvärdet 119 dagar men det är en minskning med 29 dagar i jämförelse med T2.

Orsaker till att utredningstiden kortats är bl.a. att extra resurs (konsult) tillsattes under perioden 2019-12-04-2020-09-18, allmänt förbättrat hälsoläge hos medarbetare vilket bidrar till att ha tillgång till hela kapaciteten, nya medarbetare har kommit längre i sin introduktion kan på så sätt hantera fler och mer komplexa ärenden samt att medarbetare fokuserat på handläggning av ansökningar, planering och struktur av sitt arbete. Det finns flera orsaker till långa utredningstider. De främsta är den tidigare höga personalomsättningen vilket påverkar handläggningskapaciteten, implementeringen av IBIC och Lifecare och nya arbetssätt samt arbetsmiljö med upplevd stress (tidigare hög sjukfrånvaro inom enheten).

Flera åtgärder planeras för att öka effekten på målet. Arbetet med att korta utredningstiden fortsätter under kommande år då detta är ett prioriterat utvecklingsområde, med ett utmanande målvärde på 45 dagar i genomsnitt. Arbete är påbörjat med att identifiera hinder i processen och andra faktorer som påverkar utredningstiden negativt. Arbete kommer att ske för att eliminera eller minska dessa. Viktigt för att kunna hålla en hög kvalitet i arbetet är en stabil personalgrupp som har tillgång till sin kapacitet, möjlighet att utveckla sin kompetens inom yrkesområdet och genom det kan fokusera på handläggning, bli tryggare i sin yrkesroll och i gruppen.

Digitalisering är ett tredje område med förhoppning om att kunna utveckla under nästa år som också kan få betydelse för utredningstiden genom effektivare arbetssätt.

Skälig väntetid

MÅLVÄRDE - Tid från beslut till påbörjad insats understiger: Boendestöd: 30 dagar, DV och Bostad SoL/LSS: 90 dagar, Trygga säkra barn: 42 dagar, Våld: 14 dagar, Möjliggöra utveckling: Antal icke verkställda beslut ska vara färre i förhållande till antalet för 2019

VO BARN OCH FAMILJ

Samlad bedömning: Målet kring väntetider är delvis uppnått.

Inom processen Trygga, säkra och stödja barn och ungas levnadsvillkor finns det inte något resultat kring tid från beslut till påbörjad insats. Statistik när det gäller tid från beslut till påbörjad insats är beställt men är inte helt klart från systemleverantörens sida. Därför har mätning inte kunnat göras under året. Däremot är målet för Möjliggöra utveckling för barn och unga med funktionsnedsättning uppnått då det endast rapporterats ett icke verkställt beslut (jmf 10 för 2019).

VO Vuxen

Samlad bedömning: Målvärdet som mäts är att tid från beslut till påbörjad insats ska understiga 30 dagar för boendestöd, 90 dagar för Bostad SoL/LSS samt 14 dagar inom våld i nära relation. Inom processen socialpsykiatri nås målvärdet över året men för processen våld i nära relation är väntetiderna alltför långa. Sammanlagt resultat för T1-T3 är inom Boendestöd: medelvärde 27 (kvinnor 19, män 36). Bostad SoL: medelvärde 55, 6 män och 1 kvinna vilket är för få för att få fram medelvärdet könsuppdelat. Under året har ett par brukare avvaktat flytt till Kalmar från annan kommun pga Covid-19 och dessa har då av förklarliga skäl längre väntetid. Våld i nära relation: Medelvärde 135 dagar. Siffrorna är beräknade på utredningar som lett till beslut om insats via ATV. ATV har långa väntetider. Andra insatser verkställs omedelbart av socialsekreterare.

Åtgärd: Inom processen socialpsykiatri kommuniceras inflöde av nya ärenden samt avslut av ärenden varje vecka mellan enhetschef myndighet och enhetschefer inom insatserna med syfte att skapa förutsättningar för utförare att vara väl förberedda när beslut tas. Fortsatt arbete inom processen våld i nära relation innefattande utveckling av systemet för aktualisering av ärenden till ATV samt samverkan mellan handläggare och insats ATV.

SAMLAD BEDÖMNING VO FUNKTIONSSTÖD VUXEN:

Den samlade bedömningen av indikatorn skälig väntetid är att målvärdet uppfylls för boendeinsatser men inte för insatsen daglig verksamhet. Orsakerna till att skälig väntetid inte uppnås för insatsen daglig verksamhet är volymökningar som i sin tur påverkar antalet platser men även att vi inte utnyttjar de resurser vi har på ett effektivt sätt om man ser till nyckeltal gällande daglig verksamhet och jämförelse med andra och liknande kommuner. Utvecklingsarbete kommer att bedrivas under 2021 gällande daglig verksamhet för att öka effekten på målet.

Tid från ansökan till påbörjad insats

MÅLVÄRDE - Påbörjade samarbetsamtal inom 14 dagar.

VO BARN OCH FAMILJ

Samlad bedömning: Målet att påbörja samarbetsamtal inom 14 dagar är ej uppnått. Under året fram till den 1 december har vi haft 90 barn vars föräldrar varit aktuella i samarbetsamtal. Endast åtta barns föräldrar har erbjudits tid till samarbetsamtal inom 14 dagar från att ansökan har kommit in. Orsak: Med anledning av coronapandemin har samarbetsamtalen fått läggas åt sidan vilket innebär att föräldrar i behov av samarbetsamtal får vänta länge på sin första tid.

Åtgärd: Sedan samarbetsamtalen kom igång igen har strävan varit att prioritera dessa. För att lyckas med målet krävs att man hittar en balans mellan samarbetsamtal och att hinna göra begärda utredningar till tingsrätten inom utsatt tid.

Digital ansökan

MÅLVÄRDE - är att ta fram en tids- och handlingsplan för att införa en digital ansökan. Under tertial 2 ska handlingsplanen vara klar. Vad som ska göras under tertial 3 kommer att framgå av handlingsplanen och förs in i punktform i indikatorn.

Samlad bedömning: Målvärde ej uppnått på grund av att verksamheten inväntar upphandling av verksamhetssystem och att nytt avtal upprättas. Därefter kan modul Digital ansökan införas.

Orsak: Nytt avtal med Tieto är inte klart. Innan dess kan inga nya moduler implementeras.

Åtgärd: Invänta besked om färdigt avtal.

Nå fler våldsutsatta

MÅLVÄRDE - Antal biståndsbeslut och stöd rörande våldsutsatta/våldsutövare ska öka.


VO Vuxen

Samlad bedömning: Målvärde delvis uppnått. Vi har öppnat ungefär lika många utredningar för perioden 2019-01-01-2019-12-31 (80 st) som under perioden 2020-01-01-2020-12-10 (75 st).

Orsak: E-tjänsten lanserades under april månad. Möjligheten att vara anonym i e-tjänsten är begränsad vilket troligt påverkar användningen av tjänsten till en början. Under hösten har vi ändrat e-tjänsten och man kan nu vara anonym. Informationsinsatser har också givits till samverkanspartners. Ännu ses ingen stor ökning av ärenden med anledning av pandemin.

Åtgärd: Fortsätta marknadsföra e-tjänsten. Upprätta systematisk samarbete med relationsbrottsteamet vid polisen. Enhetschef ingår i en grupp samordnad av länsstyrelsen där fördjupad samverkan är målet och där medarbetare från polisens relationsbrottsteam finns representerad.

FOKUSOMRÅDE - Medarbetare och arbetsmiljö

Nämndsmål	Beskrivning	Status
Sjuktilfällena	Andelen medarbetare med fler än 6 sjuktilfällena per år ska minska. Mars 2020 7,0	

Förvaltningsövergripande utfall T3 november månad visar att andelen medarbetare som har haft fler än sex sjuktilfällena jämfört med samma period förra året har ökat med 3,6 procent och landar på 10,3 procent. Målet är alltså inte uppnått. Mellan mars och april samt mellan oktober och november noteras en större ökning av andel sjuktilfällena jämfört med övriga månadsskiften. Resultatet i sin helhet kopplas samman med pågående pandemi. Bilden förstärks när man tittar på resultaten per verksamhetsområde i relation till möjligheten att jobba hemma med eventuella förkylningssymtom, då verksamhetsområde Barn och Familj minskat andelen sjuktilfällena med 1,5 procent medan andelen har ökat med 1,4 procent i VO Vuxen och med 6,4 procent i VO Funktionsstöd Vuxen.


Sjuktilfällena

Socialförvaltningen: 10,3% i nov 2020 jämfört med 6,7 % i nov 2019

VO Barn och familj: 4,3% i nov 2020 jämfört med 5,8% i nov 2019

VO Vuxen: 8,1% i nov 2020 jämfört med 6,7% i nov 2019

VO Funktionsstöd Vuxen: 13,0% i nov jämfört med 6,6% i nov 2019

Nämndsmål	Beskrivning	Status
Trakasserier och diskriminering	Kalmar kommun har nolltolerans mot alla former av trakasserier och diskriminering.	
<p>Enligt uppgift från HR har inga anmälningar om trakasserier eller diskriminering inkommit från socialförvaltningen. I medarbetarenkät 2020 uppger 79 procent av socialförvaltningens medarbetare att de trivs och känner sig trygga i sin arbetsgrupp. Ca 90 procent vet vart de kan vända sig ifall man blir utsatt för diskriminering, kränkningar eller trakasserier. Däremot är det 14 procent som uppger att de inte upplever att de kan framföra kritik eller påtala brister utan rädsla för negativa följder. HR specialister har utbildat samtliga enhetschefer i kommungemensam rutin för kränkande särbehandling. Under tertial två reviderades SAM-årshjulet (Systematisk arbetsmiljö) så att det inkluderar rutin om trakasserier och diskriminering. Verksamhetschef följer upp arbetet med stöd av det reviderade SAM-årshjulet.</p>		

Väsentliga händelser

Coronapandemin

Socialförvaltningens arbete har under året kraftigt påverkats av Coronapandemin. Stort fokus har lagts på att göra anpassningar i verksamheterna för att på bästa sätt upprätthålla god kvalitet och uppfylla socialnämndens mål och lagkrav utifrån de förändrade förutsättningarna som epidemin orsakar. Förebyggande åtgärder har vidtagits i verksamheterna för att förhindra smittspridning bland dem vi finns till för. Det har under året inte förekommit någon smittspridning, utan då handlat om ett litet antal enstaka fall, fördelat på olika verksamheter vilket då varit hanterbart. Bland personalen syns en ökning i den korta sjukfrånvaron i förvaltningen. Den grundar sig i att medarbetarna följer rekommendationen om att stanna hemma vid förkylningssymtom.

Ingen större ökning avseende inflöde av ärenden kan relateras till pandemin under året, vilket varit en farhåga både nationellt, regionalt och lokalt.

Under året har också samverkansformen i länsnätverken mellan kommunerna i länet och Region Kalmar län stärkts genom erfarenhetsutbyte mitt i rådande pandemi.

Implementering av processororienterat syn- och arbetssätt

Arbetet med att implementera processororienterat syn- och arbetssätt för att få ökat fokus på individens behov i centrum, flödesorientering samt medarbetarstyrt ständigt förbättringsarbete har fortsatt under året. Inom flera processer syns positiva effekter både på kvalitet och ekonomi.

Kunskapsbaserad socialtjänst

Under året har förvaltningen implementerat flera evidensbaserade metoder och systematiska arbetssätt, t.ex. FIA (Förutsättningar inför arbete), ASI inom missbruksvården, och Journal digital inom den öppna sociala barn- och ungdomsvården. Implementeringen av IBIC (Individens behov i Centrum) har fortsatt. Flera verksamheter har kommit igång med att göra systematiska uppföljningar på individ och/ eller aggregerad nivå.

Med anledning av pandemin har vissa delar av utvecklingsarbetet skjutits fram och kompetensutvecklingsplanen har anpassats. Det rör främst verksamheterna inom funktionsstöd vuxen och socialpsykiatri. Samtidigt har dessa personalgrupper tagit till sig av andra kunskaper och infört nya arbetssätt för att förhindra smittspridning.

Digitalisering/ e-hälsa

Satsningar har pågått under året för är att digitalisera och tillgängliggöra socialtjänstens tjänster mot medborgarna för en enklare vardag. Flera e-tjänster, för medborgare men även interna e-tjänster har utvecklats och tagits i bruk under året. Pandemin har medfört en snabbare takt i införandet i vissa delar. Bland annat har fler möten skett digitalt och omställning till digitala lösningar genomförts, när det varit lämpligt och möjligt. Under våren fick alla medarbetare tillgång till Office 365. Utbildning i systemet för samtlig personal planerades under året, men har inte kunnat genomföras fullt ut på grund av pandemin.

Möjligheten till kontakt med socialtjänsten har ökat i flera avseenden då nya digitala tjänster har införts. Digitala möten sker i mycket högre utsträckning än tidigare. Medarbetare använder nya arbetssätt för att utföra sina arbetsuppgifter såsom videosamtal, förmedla dokument via säker-epost och/eller via LifeCare m.m.

Socialförvaltningen har under året etablerat samarbete med Linnéuniversitetet och eHealth Arena, och gemensamma aktiviteter planeras framöver.

Väsentliga händelser inom verksamhetsområdenas processer

Inom processen trygga, säkra och stödja barn och ungas levnadsvillkor har ett aktivt förbättringsarbete pågått under en längre tid, vilket under 2020 gett goda resultat både när det gäller kvalitet och sänkta kostnader. Överenskomna arbetssätt, god samverkan och ett gemensamt ansvarstagande för alla delar i processen har varit framgångsfaktorer. Antal orosanmälningar har ökat jämfört med föregående år. Det är en nationell trend och Socialstyrelsen ser en koppling till att anmälningsbenägenheten har ökat tack vare bättre rutiner och kunskap om barn som far illa. Pandemins eventuella påverkan går ännu inte att bedöma. Inom ensamkommandeverksamheterna har antalet ungdomar minskat ytterligare under året, och arbete för att anpassa och ställa om har genomförts under året.

Inom familjehemsområdet har rekryteringsarbetet för nya familjehem kunnat fortgå trots pandemin och nya intresseanmälningar har inkommit i minst lika stor omfattning som tidigare år. Antal konsulentstödda familjehem har ökat något under året. Antal nätverksplaceringar har ökat till följd av ett prioriterat arbete. I processen att säkra och föra fram barnets rätt har pandemin bl.a. förhindrat arbete med ökat antal samarbetsamtal.

Inom processen möjliggöra utveckling hos barn och unga med funktionsnedsättning har ett nytt barnboendebeslut startat upp i en befintlig korttidsverksamhet. Under året har ett korttidshem utvecklats, Skälby, och ett nytt har startats upp på Slöjdargatan. De nya lokalerna är bättre anpassade för verksamheten och ger bl.a. möjlighet till större delaktighet för barnen. Det finns även möjlighet att ta emot fler barn med behov av korttidstillsyn.

Inom funktionsstöd vuxen har inte volymutvecklingen varit lika stor som tidigare år. Antal verkställda beslut är nu ganska stabilt, förutom inom daglig verksamhet där vi ser en mindre ökning. Två gruppboendestäder, Team 31 och Källstorpsallén, har startat under hösten. En positiv trend kunde ses under hösten då användningen av samordnad individuell plan ökade, vilket påverkar den individanpassade vården och omsorgen i positiv riktning. Under tredje tertialet syntes en förbättring vad gäller utredningstider inom funktionsstöd vuxen och utredningstiderna blev kortare.

Inom processen verka för att vuxna med psykisk funktionsnedsättning ska kunna leva som andra pågår kartläggning av volymer inom bostadsbeslut och sysselsättning. Arbete sker internt och externt med syfte att hitta samverkan för ett bredare utbud av möjligheter till, och matchning av, sysselsättning. Ett Idéburet offentligt partnerskap (IOP) är under året inlett mellan socialnämnden och Stadsmissionen i Kalmar kring en öppen dag- och sysselsättningsverksamhet för personer med långvarig arbetslöshet, beroendeproblematik och/eller psykisk ohälsa.

Externa placeringar inom processen möjliggöra ett liv fritt från riskbruk, missbruk och beroende har legat på en högre nivå jämfört med förra året. Under senhösten syns dock en nedgång. Enheten har arbetat med fördjupade utredningar för de personer som har långvarigt behov av stöd- och hjälpinsatser. Arbetet pågår inom hela missbruks- och beroendevården att utveckla samarbetet och samsynen mellan myndighet och insats. I öppenvården arbetas med att utveckla samarbetet så att behoven ska kunna mötas upp alltmer på hemmaplan.

Samarbetet med regionens psykiatri har utökats under året med flertalet gemensamma externa placeringar med delat kostnadsansvar, vilket ger goda effekter för den enskildes utredning och vård.

Prognos

Driftredovisning

År: 2020 Ansvar: 20 SOCIALNÄMND Projekttyp: Drift Enhet: Tkr

Driftredovisning nämnd	Budget dec 2020	VR	Utfall VR dec 2020	Avvikelse
Intäkter	-87 434		-96 526	9 092
Personalkostnader	591 403		572 734	18 669
Lokalkostnader	73 810		73 107	703
Kapitalkostnader	1 718		1 642	76
Övriga kostnader	274 279		277 642	-3 363
Summa KOSTNADER	941 210		925 125	16 085
Summa RESULTAT	853 776		828 599	25 177

Socialnämnden redovisar ett överskott med +25,1 mnkr. Det positiva ekonomiska resultatet beror delvis på effekter av pandemin. Dels handlar det om att verksamhet anpassats för att minska smittspridning. Det handlar även om att årets volymökning blivit betydligt mindre än planerat, till stor del på grund av pandemin, och verksamhet har framflyttats till kommande år. En annan förklaring är att arbete i processerna under året gett effekt i form av sänkta kostnader.

Överskott finns på intäktssidan då tillfälliga bidrag som inte budgeterats t. ex. projektbidrag som habiliteringsersättning och Prio, bidrag för ökad sjuklönekostnad p.g.a. Corona, samt återsökning från Migrationsverket för verkställda beslut inom LSS. Underskott på intäkter finns för återbetalning för tillstånd- och tillsynsavgifter. Personalkostnader visar positiv avvikelse där man arbetat med bemanning och beslut, som i korttidsvistelse och daglig verksamhet. Dessa verksamheter har också varit påverkade av pandemin då en del brukare haft uppehåll i insatsen med anledning av pandemin. Färre nya beslut eller uppskjuten verkställighet medför lägre förbrukning av budgeterade personalkostnader för ny verksamhet inom LSS. Pandemin har påverkat personalkostnader på olika sätt, t.ex. genom högre sjuklönekostnader, men lägre kostnader för semester.

Lokalkostnader visar överskott vilket beror på minskade kostnader för andrahandskontrakt inom processen Trygga säkra förstahandskontrakt när fler personer inom processen fått förstahandskontrakt, eller avslutats på annat sätt. Underskott inom övriga kostnader beror till stor del på ökade kostnader för personlig utrustning och smittskyddsåtgärder i samband med pandemin. Underskott finns också inom köp av externa platser inom den sociala barn- och

ungdomsvården och missbruksvården, men dessa kostnader har minskat kraftigt jämfört med tidigare år.

Driftredovisning, tkr	2020 Budget			2020 Utfall			Skilnad Netto
	Intäkter	Kostnader	Netto	Intäkter	Kostnader	Netto	
LEDNINGS- O STÖDFUNKTIONER	-17 786	92 386	74 600	-22 828	79 680	56 852	17 748
BARN O FAMILJ	-22 601	210 234	187 633	-22 466	209 084	186 618	1 015
Gemensamt barn o familj	-1 687	14 629	12 942	-2 008	14 594	12 586	356
Trygga, säkra o stödja barn o ungas levnadsvillkor	-20 366	143 183	122 817	-19 703	147 030	127 327	-4 510
Säkra o föra fram barnets rätt	0	3 881	3 881	0	3 684	3 684	197
Möjliggöra utveckling hos barn o unga m funktionsnedsättning	-548	48 541	47 993	-755	43 776	43 021	4 972
FUNKTIONSSTÖDVUXEN	-16 490	367 325	350 835	-21 850	367 216	345 366	5 469
Gemensamt vuxna o med funktionsnedsättning att leva som andra	0	16 630	16 630	-782	15 647	14 865	1 765
Möjliggöra för kvinnor o män m funktionsnedsättning att leva som andra	-16 490	350 695	334 205	-21 068	351 569	330 501	3 704
HÄLSO- OCH SJUKVÅRD	0	15 067	15 067	-95	15 966	15 871	-804
Tillgodose behov av hälso- o sjukvård	0	15 067	15 067	-95	15 966	15 871	-804
VUXEN	-30 557	256 198	225 641	-29 286	253 178	223 892	1 749
Gemensamt vuxen	0	12 573	12 573	0	12 079	12 079	494
Möjliggöra ett liv fritt fr riskbruk, missbruk o beroendeproblematik	-574	35 791	35 217	-1 302	38 618	37 316	-2 099
Verka för att vuxna m psykisk funktionsnedsättning ska kunna leva som andra	-19 043	145 700	126 657	-20 906	147 086	126 180	477
Utreda o bedöma rätt till ekonomiskt bistånd	-6 740	54 180	47 440	-4 771	49 746	44 974	2 466
Möjliggöra för kvinnor o män att leva i relation	0	1 667	1 667	-11	1 348	1 336	331
Trygga säkra förstahandskontrakt	-4 200	6 287	2 087	-2 295	4 302	2 007	80
Summa	-87 434	941 210	853 776	-96 525	925 124	828 599	25 177

Lednings- och stödfunktioner

Lednings- och stödfunktioner visar totalt ett överskott på +17,7 mnkr. Överskott finns på medel för ny planerad verksamhet inom LSS, där en del verksamhet blivit framflyttad till nästa år. Någon större ökning av nya verkställda beslut har inte skett, vilket också kan kopplas till pandemin. Medel för personlig assistans visar överskott då en del personer fått andra beslut, och återsökning har kunnat göras från Migrationsverket för några nya beslut. Överskott finns också för socialnämnden då kostnader för sammanträdesarvoden minskat, när nämndssammanträden genomförts digitalt under stora delar av året. Utbildningsbudgeten visar ett stort överskott eftersom flera utbildningar blivit digitala eller fått flyttas fram. Bemanningsservice visar ett underskott främst på grund av färre utbokade timmar när enheterna försökt planera om för att minska risk för smittspridning, samt på grund av ökad sjukfrånvaro.

Barn och familj

Inom processen trygga, säkra och stödja barn och ungas levnadsvillkor finns en negativ budgetavvikelse, men under året har antalet ungdomar som placerats minskat, och därmed har kostnaderna minskat kraftigt jämfört med tidigare år. Kostnader för placeringar har minskat med -8,8 mnkr jämfört med 2019. Ett omfattande förbättringsarbete har pågått under året med särskilt fokus på placerade ungdomar. Bakgrunden till det är bland annat att forskning visar stora hälsorisker för ungdomar på institutionsplaceringar samt sämre skolresultat. Djupare kartläggning av alla ungdomar har genomförts vilket lett till fler hemtagningar med hemmaplanslösningar. Överenskomna arbetsätt, god samverkan och ett gemensamt ansvarstagande för alla delar i processen har varit framgångsfaktorer. Arbetet har även bidragit till en högre kvalitet för ungdomarna i.o.m. en gemensam planering inför, under och efter placering. Kostnaderna för både interna och konsulentstödda familjehem ökar något under året. I alla nya placeringar som görs i konsulentstödda familjehem står det nu inskrivet

i avtalet att familjehemmet kan tas över av Kalmar kommun efter två år, under förutsättning att familjehemmet vill övergå till att arbeta direkt för kommunen.

Underskott finns i verksamheten för ensamkommande ungdomar. Sammanlagt avslutades 41 ungdomar och i december 2020 är antal inskrivna ensamkommande ungdomar i kommunen 19, varav fyra fortfarande är i asylprocess. Fem ungdomar har fått svenskt medborgarskap. Dessa ungdomar har ett fortsatt vårdbehov och därmed kvarstår kostnaden för kommunen. Arbete har pågått under året för att anpassa verksamheten till det minskade antalet ungdomar.

Överskott finns inom processen säkra och föra fram barnets rätt på grund av en tillfällig vakans och partiell tjänstledighet. Övriga kostnader har minskat när en del av arbetet har genomförts digitalt.

Processen möjliggöra utveckling hos barn och unga med funktionsnedsättning visar ett stort överskott. Kostnaderna för korttidsvistelse har minskat under året. I jämförelse med kostnad per brukare, KPB, ligger kostnaderna fortfarande högre än riksgenomsnittet. Verksamheterna har arbetat aktivt med rätt bemanning i förhållande till beläggning för att komma ner i kostnader. Utmaningar är framförallt att det är ett stort antal barn med stora omvårdnadsbehov, vilka kräver en högre bemanning.

Funktionsstöd vuxen

Processen möjliggöra för kvinnor och män att leva som andra redovisar ett överskott. Det har bedrivits ett intensivt arbete för att säkra bemanningen under pandemin. Verksamhetsområdet är personalintensivt och det finns kostnader kopplade till pandemin, främst inom bostad med särskild service. Inom daglig verksamhet finns ett överskott vilket beror på att en del personer haft uppehåll i insatsen med anledning av pandemin, vilket även gäller för insatsen ledsagarservice. Det finns även medel över när det gäller lednings- och stödfunktioner vilket bl.a. beror på att start av nya verksamheter har kostat mindre än beräknat och kompetensutvecklingsinsatser inte har kunnat genomföras i samma omfattning som planerat.

Hälso- och sjukvård

Hälso- och sjukvård redovisar ett underskott. Den legitimerade personalen inom HSL-teamet har varit tungt belastade i arbetsmängd under 2020 på grund av pandemin. Enheten har på många sätt agerat som en central samordningsfunktion för de insatser som har utförts kopplat till Covid-19 avseende provtagningar och att tillgodose behovet för baspersonal med skyddsutrustning med mera. Utökning av legitimerad personal har varit nödvändig för att klara behoven av HSL-insatser. Verksamheten har också haft högre kostnader för hjälpmedel då de som övertas av regionen inom LSS är gamla och behöver kasseras av patientsäkerhetsskäl.

Vuxen

Processen möjliggöra ett liv fritt från riskbruk och missbruk redovisar ett underskott. Ett kostnadsdrivande LVM under början av året har bidragit, men även flera placeringar av långvarigt aktuella personer där handläggare istället försökt att hitta mer permanenta lösningar för dessa personer. Nedgång av antal externa placeringar ses under hösten 2020. Arbete pågår inom hela missbruks- och beroendevården för att utveckla samarbetet mellan myndighet och insats, för att kunna möta upp behoven på hemmaplan.

I processen verka för att vuxna med psykisk funktionsnedsättning kan leva som andra har man arbetat mycket med bemanning för att klara högre sjukfrånvaro under pandemin. I

många verksamheter har bemanningen minskat till följd av färre ordinarie aktiviteter med brukare för att begränsa risk för smittspridning. Plusresultatet beror på att personal vid sjukdom planerat om med syfte att minska antalet personal runt brukaren för att inte skapa smittspridning. En del brukare har under perioder av sagt sig insatser på grund av pandemin. Några verksamheter visar underskott vilket beror på ökad vårdtyngd. Inget betalningsansvar gentemot Regionen har fallit ut under 2020. Med effektiva arbetssätt har kommunen kunnat möta upp behoven snabbt på hemmaplan vid utskrivningar från slutenvården.

Processen utreda och bedöma rätt till ekonomiskt bistånd visar ett överskott. Verksamheten har under året inte märkt av något större inflöde av ärenden som kan relateras till pandemins effekter. Något högre kostnader finns jämfört med 2019, bland annat för personer som har behov av anpassade arbets- eller praktikplatser som inte kunnat få det tillgodosett under 2020.

Överskott finns inom processen möjliggöra för kvinnor och män att leva i relationer fria från våld. Enheten har under året haft få personer placerade i skyddat boende eller kvinnojour och det har inte varit något ökat inflöde av hjälpsökande. Verksamheten har upparbetade nätverk med övriga aktörer på området och följer noggrant utvecklingen och finns redo om behoven ökar.

Inom processen trygga säkra förstahandskontrakt finns en positiv budgetavvikelse. Genom det arbete som gjorts i processen under de senaste åren har många klienter som hade andrahandskontrakt fått ett förstahandskontrakt eller avslutats på annat sätt. Ingen ny person har bedömts ha behov av insatsen under året vilket bedöms vara resultatet av att det processorienterade arbetssättet även fått effekt i andra delar genom förebyggande vräkningsarbete och att ge stöd i att erhålla och bibehålla förstahandskontrakt.

Investeringsredovisning

År: 2020 Ansvar: 20 SOCIALNÄMND Projekttyp: Investering Enhet: Tkr

Investeringsredovisning nämnd	Budget VR dec 2020	Utfall VR dec 2020	Avvikelse
Inkomster			
Utgifter	1 400	1 158	242
Summa NETTOINVESTERINGAR	1 400	1 158	242

Investeringsbudgeten har använts till att utrusta nya gruppboendestäder, installera passersystem i nya och befintliga verksamheter samt till inventarier inom hälso- och sjukvård.

Åtgärder och konsekvenser

Förändringsarbetet inom processen trygga, säkra och stödja barn och ungas levnadsvillkor fortsätter för att ytterligare sänka kostnaderna för externa placeringar. I takt med att antalet ensamkommande barn blir allt färre fortsätter arbetet med att anpassa verksamheten efter de nya förutsättningarna. Inom processen möjliggöra ett liv fritt från riskbruk och missbruk läggs extra resurser på personer som återkommande funnits i verksamheten, för att försöka nå långvariga och hållbara resultat.

Personalredovisning

Personalsammansättning

Sysselsättningsgrupp: Månadsavlönade och vilande **Anställningsform:** 1 Tillsvidare **Period:** December **Årf:** 2020

	2019	2019	2020	2020
	Antal personer	Antal årsarbetare	Antal personer	Antal årsarbetare
Kvinnor	782	777.9	767	762.9
Män	273	271.7	259	256.8
Totalt	1 055	1 049.5	1 026	1 019.6

Antalet anställda fortsätter att minska. Sedan november 2019 har antalet anställda minskat med 28 personer (tillsvidareanställda). Vi kan konstatera att övergången av personlig assistans fortfarande påverkar antalet anställda i förvaltningen. Minskningen kan förklaras med att ca 20 personer valde att stanna kvar hos Humana när tjänstledigheten från kommunen löpt ut. Minskningen av verksamheter för ensamkommande barn och ungdomar är en annan förklaring.

Personalrörlighet

Jämfört med 2019 har personalomsättningen sjunkit och det kan förklaras med det antal personliga assistenter som slutade vid årsskiftet 2019-2020. Personalomsättningen för 2020 är något lägre än föregående år. Under perioden 2016-2019 är personalomsättningen ca 7 procent årligen. Det finns inget i nuläget som tyder på att personalomsättningen kommer att öka markant under 2021.

Personalrörligheten påverkas ständigt av att våra verksamheter ökar och minskar i omfattning. Under 2021 kommer flera verksamheter utöka med nya boenden vilket innebär ökat rekryteringsbehov. Framför allt gäller detta omsorgsassistenterna och omsorgspedagogerna.

Till de delar som berörs av minskning hör ungdomsverksamheten. Liksom under första halvan av 2020 kommer ett stort antal ungdomar även under 2021 att skrivas ut från verksamheten mobilt team ungdom, då de fyller 21 och inte omfattas av insatsen längre. Detta innebär ytterligare minskning av antalet medarbetare i den verksamheten. Minskningen av antalet ensamkommande barn och ungdomar får också konsekvenser inom den enhet som handlägger dessa ärenden. Under våren kommer enheten att behöva minska antalet medarbetare.

Den 1 januari 2020 ändrades lagen om anställningsskydd, LAS. Ändringen innebär bland annat att anställda har rätt att ha kvar sin anställning till 68 år jämfört med tidigare 67 år. Från den 1 januari 2023 kommer åldersgränsen höjas på nytt till 69 år.

Förändringen kan innebära att fler medarbetare väljer att arbeta längre och i så fall skjuts stora avgångar på framtiden. Under åren 2021-2023 fyller ca 20 personer per år 65 år. 2024 är det 37 personer som blir 65 år och skulle kunna välja att gå i pension och därmed avsluta sin anställning. Väljer några av dessa att arbeta längre sprids avgångarna över flera år. Mellan 2021 och 2027 förväntas, enligt prognosen, 172 personer gå i pension med pensionsålder 65 år. Motsvarande siffra är 116 personer om pensionsåldern i stället är 68 år. Pensionsavgångar under 2021 kräver inga särskilda åtgärder eller förberedelser.

Sysselsättningsgrupp: Alla exkl. vilande Period förgående: November År: 2020

	Sjukfrv ack kalenderår	%, valt	Sjukfrv ack kalenderår	%, valt	Sjukfrv ack kalenderår	%, valt	Sjukfrv ack kalenderår	%, valt
	2017		2018		2019		2020	
Kvinnor	8.11%		7.47%		8.05%		8.86%	
Män	4.73%		4.28%		3.68%		5.80%	
Totalt	7.16%		6.60%		6.91%		8.06%	

Under ett antal år har socialnämnden och kommunen haft som mål att sänka den ackumulerade sjukfrånvaron, ett mål som socialnämnden inte lyckats uppnå. Vi kan inte avgöra om insatserna för att sänka sjukfrånvaron haft avsedd effekt då pågående pandemi har inneburit en tydlig ökning av sjukfrånvaron.

Den ackumulerade sjukfrånvaron i november 2020 var 8,50 procent. Motsvarande värde för 2019 var 7,33 procent. Det är den korta sjukfrånvaron som tydligt ökat från 3,48 till 4,85 procent. Ökningen beror till stor del på pandemin och kan väntas öka ytterligare något innan kurvan vänder nedåt igen under nästa år.

Ett av kommunens övergripande mål för 2020 var att andelen medarbetare med sex eller fler sjuktillfällen per år ska minska.

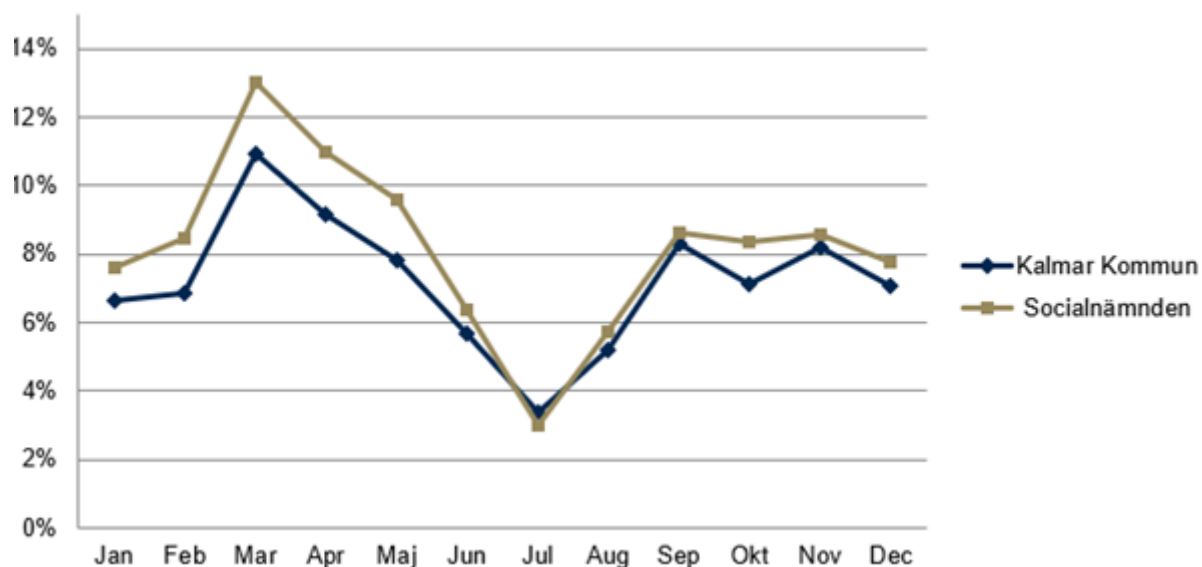
I november 2020 hade 108 personer haft sex eller fler sjuktillfällen under senaste 12-månadersperioden, vilket innebär 10,4 procent av antalet anställda. Motsvarande siffra föregående år är 6,7 procent. Ökningen beror med stor sannolikhet på de restriktioner som kommunen och förvaltningen följer med anledning av covid-19-pandemin, då majoriteten av förvaltningens medarbetare inte kan arbeta hemma vid förkylningssymptom.

I likhet med tidigare år har socialnämnden en högre sjukfrånvaro jämfört med kommunen samtliga månader under året fram till och med november. Det gör det särskilt angeläget för socialnämnden att identifiera och genomföra effektiva åtgärder för att minska sjukfrånvaron. Det kommunövergripande målet för 2021 är att antalet långtidssjukskrivna medarbetare ska minska.

Under 2021 fortsätter olika utbildningsinsatser till framförallt chefer men även skyddsombud inom området systematisk arbetsmiljö och rehabilitering.

Det är viktigt att förvaltningens chefer har rätt organisatoriska förutsättningar i det hälsofrämjande och förebyggande arbetet. Sådana förutsättningar kan vara tydliga rutiner och riktlinjer, antal medarbetare samt stöd från olika stödfunktioner.

Sjukfrånvaro - socialnämnden i jämförelse med Kalmar kommun



Socialförvaltningens sjukfrånvaro månad för månad följer i stort den sammantagna sjukfrånvaron i Kalmar kommun. Skillnaden är att socialförvaltningen har en högre frånvaro i början av året för att sedan följa kommunens sjukfrånvaro.

Rekrytering

Under året som gått har urvalet vid de flesta rekryteringar varit bra. I några fall har färre sökande med erfarenhet sökt till enhetschefstjänster. Trots det är det endast en tillsättning som har avbrutits på grund av att kvalifikationerna varit för låga i urvalet.

Inom socialförvaltningens område publicerades 21 annonser och 32 personer anställdes. Totalt antal sökande till samtliga tjänster var 989 varav 715 kvinnor.

Kompetensförsörjning

Den demografiska utvecklingen gör kompetensförsörjning och utveckling av effektivare arbetsätt till det kommande decenniets viktigaste fokus. Det ställer krav på socialnämnden som arbetsgivare. En attraktiv arbetsgivare bidrar till att kompetent personal stannar inom organisationen och att ny lockas till den. Detta ska ske i en tid då konkurrensen om utbildad personal ökar samtidigt som antalet personer i arbetsför ålder avtar.

Det ställer stora krav på en arbetsgivare att skapa förutsättningar för personal att verka i en innovativ och kunskapsbaserad socialtjänst. Medarbetare behöver få struktur, stöd och inspiration till att ständigt ställa om och utveckla nya arbetsätt. Att utveckla och upprätthålla en kunskapsbaserad verksamhet med ett utvecklande ledarskap är resurskrävande. Under 2020 har HR-enheten tagit fram en kommunövergripande kompetensförsörjningsplan. Syftet är att möjliggöra samordning i olika kompetensförsörjningsinsatser.

Arbetsmiljöhändelser

I KIA-systemet ska samtliga arbetsmiljöhändelser (tillbud, olycksfall, riskobservationer och arbetssjukdomar) anmälas.

Under 2020 anmäldes följande:

Arbetsmiljöhändelse	2019	2020
Riskobservationer	31	32
Tillbud	220	327
Olycksfall	83	59
Färdolycksfall	6	4
Arbetsjukdom	6	7

Tillbuden har ökat stort jämfört med förra året. De händelser som har ökat mest har kopplingar till hot och våldssituationer. Det kan både röra sig om uttalade hot och situationer med brukare i vårdnära arbete. Även tillbud där skaderisken är psykisk överbelastning och psykosocial påverkan har ökat. Vi kan konstatera att fler anmäler tillbud medan anmälningarna av olycksfall har minskat avsevärt. De händelser som är kopplade till hot och våld har minskat samtidigt som skador orsakade av annan person (klient, brukare) har ökat.

Oväntat få av de anmälda arbetsmiljöhändelserna har koppling till covid-19, d.v.s. att medarbetare har smittats eller kan antas ha blivit smittade av covid-19. Det finns en risk att det är en viss eftersläpning i anmälningarna av covid-19-relaterade händelser då dessa ska dokumenteras och rapporteras till olika mottagare.

Medarbetarenkät

Under hösten 2020 genomfördes medarbetarenkäten. Enkäten innehöll delvis samma frågor som tidigare år men med totalt färre frågor. Svarefrekvensen för 2020 var 77,6 procent vilket är lägre än föregående år (85,3 procent).

Enkätens resultat visar att områdena Motivation, Ledarskap och Styrning får höga värden. I svaren på frågorna som ingår i dessa områden framgår att socialförvaltningens medarbetare i stor utsträckning anser att arbetet är meningsfullt och att man vet vad som förväntas i arbetet. Medarbetarna upplever också att närmaste chef visar förtroende och ger förutsättningar för att ta ansvar i arbetet.

Av resultatet framgår också att medarbetare upplever att det inte finns utrymme att hinna med sina arbetsuppgifter inom arbetstiden. Det finns även en upplevelse av att man inte är delaktig i beslut eller har möjlighet att påverka. De områden som socialnämnden kommer fokusera på att förbättra är Arbetsbelastning samt Delaktighet och möjlighet att påverka beslut.

Kvalitet, styrning och kontroll

Kvalitetsberättelse

Socialnämnden upprättar varje år en kvalitetsberättelse. Kvalitetsberättelsen beskriver hur socialnämndens arbete med att utveckla verksamhetens kvalitet har bedrivits under föregående år, vilka åtgärder som vidtagits och vilka resultat som uppnåts. Att upprätta en kvalitetsberättelse som motsvarar ovan beskrivning är en skyldighet enligt Socialstyrelsens föreskrifter för ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Förvaltningen upprättar också en patientsäkerhetsberättelse som redovisas för nämnden i slutet på februari.

Kvalitetsberättelsen återfinns i sin helhet som bilaga "Kvalitetsberättelse". Kvalitetsberättelsen visar att socialnämnden överlag har en ändamålsenlig och effektiv verksamhet.

Intern kontroll

Hantering av den interna kontrollplanen följer Kalmar kommuns reglemente och riktlinje. Förutom den interna kontrollplanen sker ytterligare egenkontroller. Synpunkter, avvikelser, förbättringsförslag, lex Sarah-utredningar, ej verkställda beslut är exempel på det som socialnämnden följer upp regelbundet och som bygger på olika riskanalyser. Redovisningen är ett krav som ställs i socialstyrelsens föreskrift och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9). Måuppföljningen är en annan form av egenkontroll, vilken redovisas varje tertiäl. Dessa kontroller och uppföljningar fokuserar utifrån de risker och möjligheter som finns i nämndens huvudprocess och sammanställs i den årliga kvalitetsberättelsen som redovisas i samband med årsrapporten.

Den samlade bedömningen efter den interna kontrollen 2020 är att de avvikelser som hittats har åtgärdats eller så finns planerade aktiviteter för hur riskerna ska begränsas framöver.

Det finns vissa brister i hanteringen av fakturor som avser representation, kurser och utbildning där uppgifter om syfte, deltagare inte angetts på rätt sätt. Avvikelserna har dock minskat jämfört med 2019. De aktiviteter som genomförts för att avhjälpa avvikelserna har gett resultat.

Det finns även vissa avvikelser i tillämpningen av inköpsprocessen. Vissa inköp har exempelvis skett från leverantörer utan avtal med Kalmar kommun. Fortfarande förekommer inköp med betalkort hos leverantörer där kommunen har ramavtal vilket medför att rabatter inte kan utnyttjas. Den kommunövergripande översyn som är på gång av inköpsprocessen med bl.a. införandet av beställningsportal kommer att begränsa liknande avvikelser framöver. Förvaltningen arbetar även med att avsluta handkassar vilket har bidragit till minskning av kontanthantering i verksamheterna.

Kostnad per brukare

Det finns ett antal ekonomiska nyckeltal för att följa hur kostnadseffektiva verksamheterna är, och som ger oss möjlighet att jämföra oss med andra kommuner. Ett urval finns i bilaga Ekonomiska nyckeltal. Bland annat deltar socialförvaltningen varje år i kostnad per brukare (KPB) som är en metod för kostnadsberäkning av insatser, och för hur dessa insatser kan kopplas till brukare.

Inom funktionsnedsättning LSS och SoL ligger dygnskostnaderna för bostäder på en fortsatt lägre nivå jämfört med jämförelsekommunerna och KPB-snittet för år 2019. Kalmar ligger inom samma period högre än snittet för insatserna daglig verksamhet och korttidsvistelse men kostnaderna ser ut att minska 2020 jämfört med tidigare år.

Inom individ- och familjeomsorg följs nettokostnadsavvikelsen genom att mäta förväntad kostnad utifrån ett antal strukturella faktorer. Positiv avvikelse indikerar högre kostnadsläge än statistiskt förväntat, och negativ avvikelse ett lägre kostnadsläge än statistiskt förväntat. För 2018 var nettokostnadsavvikelsen väldigt nära balans, för att 2019 bli negativ. Likartade kommuner inom IFO ligger på ett högre kostnadsläge än förväntat, medan samtliga jämförelsekommunerna, förutom Karlskrona, har en negativ nettokostnadsavvikelse för 2019.

Bilaga 1 Driftredovisning

Bilaga 2 Verkställda beslut LSS 2020

Bilaga 3 Verksamhetsstatistik

Bilaga 4 Kvalitetsberättelse 2020

Bilaga 5 Uppföljning av intern kontroll 2020

Bilaga 6 Ekonomiska nyckeltal

Driftredovisning, tkr	2020		
Verksamhet	Budget	Utfall	Avvikelse
LEDNINGS- O STÖDFUNKTIONER	74 600	56 852	17 748
NÄMNDVERKSAMHET	1 718	1 435	283
ALKOHOLTILLSYN	228	1 483	-1 255
BOSTAD SÄRSK.SERV LSS VUXEN	-982	-5 487	4 505
PERSONLIG ASSISTANS	5 860	-3 495	9 355
POOLEN	2 607	3 664	-1 057
ÖVR INSATSER LSS	1 448	633	815
INSATS T PERS M FUNKTNEDS SOL	954	-250	1 204
ÖPPNA INSATSER BARN, UNGA	923	665	258
ÖVRIG VUXENVÅRD	2 438	2 317	121
FAMILJERÄTT	953	844	109
GEMENSAMT	58 453	55 043	3 410
BARN o FAMILJ	187 633	186 618	1 015
Gemensamt barn o familj	12 942	12 586	356
GEMENSAMT	11 494	11 360	135
FLYKTINGMOTTAGANDE	743	812	-69
PERSONLIGA OMBUD	705	415	290
Trygga, säkra o stödda barn o ungas levnadsvillkor	122 817	127 327	-4 510
INSTVÅRD BARN OCH UNGDOM	28 075	29 264	-1 189
FAMILJEHEMSV BARN O UNGA	45 457	47 053	-1 596
ÖPPNA INSATSER BARN, UNGA	23 772	22 526	1 245
ÖVRIG VUXENVÅRD	1 103	1 272	-169
GEMENSAMT	25 153	25 057	96
FLYKTINGMOTTAGANDE	-743	2 155	-2 898
Säkra o föra fram barnets rätt	3 881	3 684	197
FAMILJERÄTT	3 881	3 684	197
Möjliggöra utveckling hos barn o unga m funktionsnedsättning	47 993	43 021	4 972
BOSTAD BARN O UNGA LSS	6 772	6 301	471
KORTTIDSVISTELSE	28 782	25 332	3 450
ÖVR INSATSER LSS	12 376	11 322	1 054
GEMENSAMT	63	66	-3
FUNKTIONSSTÖD VUXEN	350 835	345 366	5 469
Gemensamt k o m med funktionsnedsättning att leva som andra	16 630	14 865	1 765
GEMENSAMT	16 630	14 865	1 765
Möjliggöra för kvinnor o män m funktionsnedsättning att leva som andra	334 205	330 501	3 704
BOSTAD SÄRSK.SERV LSS VUXEN	170 020	170 975	-955
PERS ASS ENL LSS OCH SFB	70 359	69 376	983
DAGLIG VERKSAMHET LSS	75 795	72 837	2 958
ÖVRIGA INSATSER LSS	2 218	1 869	349
INSATS T PERS M FUNKTNEDS SOL	8 589	8 577	12
GEMENSAMT	7 224	6 867	357

Driftredovisning, tkr	2020		
Verksamhet	Budget	Utfall	Avvikelse
HÄLSO- OCH SJUKVÅRD	15 067	15 871	-804
Tillgodose behov av hälso- o sjukvård	15 067	15 871	-804
VÅRD OCH OMSORG SoL & HSL	14 990	15 789	-799
GEMENSAMT	77	82	-5
VUXEN	225 641	223 892	1 749
Gemensamt vuxen	12 573	12 079	494
BOST VUX LSS	174	0	174
EKONOMISKT BISTÅND	85	73	12
GEMENSAMT	12 314	12 006	308
Möjliggöra ett liv fritt fr riskbruk, missbruk o beroende	35 217	37 316	-2 099
INSTVÅRD VUXN MISSBRUKARE	12 278	13 769	-1 491
ÖPPNA INSATSER VUX MISSBR	18 936	20 693	-1 757
GEMENSAMT	4 003	2 854	1 149
Verka för att vuxna m psykisk funktionsn kan leva som andra	126 657	126 180	477
BOSTAD SÄRSK.SERV LSS VUXEN	85 921	85 634	287
DAGLIG VERKSAMHET	200	199	1
ÖVR INSATSER LSS	115	115	0
INSATS T PERS M FUNKTNEDS SOL	37 198	37 166	32
GEMENSAMT	3 223	3 065	158
Utreda o bedöma rätt t ekonomiskt bistånd	47 440	44 974	2 466
ÖVRIG VUXENVÅRD	987	949	38
EKONOMISKT BISTÅND	45 025	42 657	2 368
GEMENSAMT	1 428	1 368	60
Möjliggöra för kvinnor o män att leva i relationer fria fr våld	1 667	1 336	331
ÖVRIG VUXENVÅRD	450	120	331
GEMENSAMT	1 217	1 217	0
Trygga säkra förstahandskontrakt	2 087	2 007	80
ÖPPNA INSATSER VUX MISSBR	1 000	1 096	-96
GEMENSAMT	1 087	911	176
Summa	853 776	828 599	25 177

Verksamhetsmått/Nyckeltal LSS

Antal verkställda beslut	Dec 2018	Dec 2019	Dec 2020	Förändr 2020	Plan 2020	Volymökn tkr
Boendestöd SoL	268	278	286	+6	+10	500
Personlig assistans SFB	108	111	114	+3	+2	
Personlig assistans LSS	39	35	35	+0		
Ledsagarservice LSS	53	47	35	-12		
Kontaktperson LSS	167	169	158	-11		
Avlösarservice LSS	10	12	10	-2		
Livsföring i övr SoL	6	7	5	-2		
Korttidsvistelse LSS	67	71	65	-6		
Korttidstillsyn LSS	30	35	35	+0	+3	400
Bostad barn o ungdom LSS	4	3	4	+1		
Bostad vuxna LSS	304	313	316	+3	+11	5 075
Särskilt boende SoL	59	69	69	+0		
Daglig verksamhet LSS	362	366	374	+6	+15	1 125
Sysselsättning SoL	89	94	97	+3		
Hälso- och sjukvård						775
Övr resurser inkl IT, bostadsanpassn, ec						1 235
Summa volymökning						9 110

Statistik myndighetshandläggning

Barn och familj	2020	2019	2018
Antalet utredningar barn och familj	1 003	937	948
Antalet utredningar ensamkommande barn o ungdomar	13	22	27
Antal aktualiseringar barn och familj	3 238	2 986	
Beslut om omedelbara omhändertaganden, LVU	29	18	26
Ansökan om vård enligt LVU	15	9	24
Institutionsvård barn/ungdomar	2020	2019	2018
Antal unika personer	38	34	49
Antal behandlingsplaceringar	29	30	35
Antal utredningsplaceringar	9	4	14
Nettokostnad tkr	19 327	31 828	29 507
Familjehemsplaceringar barn/ungd ej ensamk	2020	2019	2018
Internt familjehem, 31/12	109	109	109
Nettokostnad tkr internt familjehem	28 876	26 761	27 349
Konsulentstött fam.hem, antal unika	29	25	31
Nettokostnad tkr konsulentstött familjehem	14 051	12 271	13 553
Familjerätt	2020	2019	2018
Utredningar om fastställande av faderskap	581	549	511
Samarbetsamtal	119	114	84
Vårdnad boende umgänge	70	80	60
Snabbupplysningar till domstol	110	97	68
Externa placeringar vuxna personer med missbruk	2020	2019	2018
Antal personer	19	18	39
Nettokostnad tkr	7 666	7 243	14 284
Budgetrådgivning	2020	2019	2018
Antal ärenden	185	197	206
Varav skuldsanering	58	58	51
Ekonomiskt bistånd			
Antalet unika hushåll per familjetyp inkl flykting	2020	2019	2018
Ensam kvinna med barn	81	81	116
Ensam kvinna utan barn	172	163	187
Ensam man med barn	5	6	8
Ensam man utan barn	305	300	323
Gift/sambo med barn	86	93	131
Gift/sambo utan barn	38	46	51
Summa	687	689	816
Utbet ekonomisk bistånd	2020	2019	2018
Bruttokostnad tkr	34 087	30 460	32 075
Nettokostnad tkr	32 201	28 467	30 744
Brutto till etabl flyktingar (finansieras via etableringsers)	2 276	3 746	5 671

Statistik insatser barn och unga

Aquarellen	2020	2019	2018
Antal inskrivna	12	19	45
Pojkar/flickor	5/7	11/ 8	19/26
Antal vård dygn	1 396	1 766	2 285
Antal familjer	0	1	6
Ensamkommande barn o ungdomar	2020	2019	2018
Antalet mottagna	8	6	2
Antalet anvisade	7-8	6	2
Antal placerade i internt stödboende under året	36	55	71
Antal placerade i externt stödboende under året	1	2	1
Antal placerade i internt HVB under året	4		
Antal inskriva i interna HVB 1 jan	0	9	14
Antal inskrivna i interna HVB 31 dec	2	0	9
Antal placerade i konsulentst. familjehem under året	2	2	20
Antal placerade i interna familjehem under året	5	9	8
Antal placerade i nätverkshem under året	5	6	9
Antal placerade i externa HVB-hem under året	2	7	6
Familjehuset*	2020		
Antal klienter med biståndsbedömd insats	240		
Andel män/kvinnor med biståndsbedömd insats	57% / 43%		
Antal klienter med oregistrerad individuell serviceinsats	20		
* Journal digital infördes 2020 därav är statistiken förändrad			
Multiversum	2020	2019	2018
Antal ärenden	136	108	87
Pojkar/flickor	69/67	62/46	46/41
Förebyggandeteamet	2020	2019	2018
Antal insatser	32	56	68
Pojkar/flickor	23/9	39/17	49/19
Antal serviceärenden	84	56	43
Pojkar/flickor	62/22	32/24	20/23
Familjerådgivning	2020	2019	2018
Antal besök	1 768	1 541	1 613
ATV	2020	2019	2018
Aktuella under året	180	182	188
Barn individuellt	17	25	24
Pojkar/flickor	9/8	9/ 16	6/ 18
Barn i grupp	0	5	4
Kvinnor individuellt	116	124	116
Kvinnor i gruppbeh	0	7	0
Män individuellt	47	41	48
Män i gruppbeh.	0	6	4
Antal våldsutövare, män	40		
Antal våldsutövare, kvinnor	0		
Antal män utsatta för våld	7		
Antal kvinnor utsatta för våld	116		

Statistik insatser vuxna missbruk

Smedbacken	2020	2019	2018
Antal vård dygn	1 416	1 208	2 952
Antal inskrivna	17	12	29

Slussboendet

Antal vård dygn	564	533	679
Antal inskrivna	28	22	34

Malmen	2020	2019	2018
Antal vård dygn	2 871	1 851	
Antal inskrivna	12	14	

Malmen startade december 2018

Alkohol- och drogmottagning

	2020	2019	2018
Antal ärenden totalt	522	553	611
Antal nya ärenden	291	289	338
Avslutade ärenden	263	297	294
<i>varav planerade</i>	<i>234</i>	<i>246</i>	<i>222</i>
<i>varav oplanerade</i>	<i>29</i>	<i>51</i>	<i>72</i>
<i>varav annan behandling</i>			

Fördelning kön

Andel män	55%	58%	58%
Andel kvinnor	45%	42%	42%

Fördelning typ, andel

Alkohol	40%	45%	43%
Droger	36%	28%	26%
Blandmissbruk	*	3%	3%
Spel	3%	5%	5%
Anhöriga	21%	19%	23%

** Ändring i rapportering from 2020. Blandmissbruk finns antingen med bland alkohol eller droger*

SAMMIK - samverkan mot missbruk i Kalmar

Antal	varav deltar i 1:a samtal	varav fortsätter t behandling	
Antal ärende SAMMIK	83	41%	24%
Fördelning kön			
Andel män	68	34%	19%
Andel kvinnor	15	73%	47%

SMADIT - samverkan mot alkohol o droger i trafiken

Antal	varav deltar i 1:a samtal	varav fortsätter t behandling	
Antal ärende SMADIT	31	45%	29%
Fördelning kön			
Andel män	26	46%	31%
Andel kvinnor	5	40%	20%

Mobilt team missbruk

	2020	2019	2018
Antal ärenden	51	52	80
<i>varav tillsyn</i>	<i>0</i>	<i>1</i>	<i>15</i>
<i>varav boendestöd</i>	<i>48</i>	<i>49</i>	<i>45</i>
<i>varav tillsyn komb m boendestöd</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>20</i>
<i>varav stödboende vuxen</i>	<i>3</i>	<i>2</i>	<i>0</i>
Varav kvinnor	11	12	19
Varav män	40	40	61

Handläggare
Kerstin Lagerlund

Datum
2021-02-08

Kvalitetsberättelse 2020

Socialförvaltningen Kalmar kommun

Socialförvaltningen
391 28 Kalmar |
Tel 0480-45 00 00 |



Kalmar kommun



Innehåll

Inledning	3
Kvalitetsledningssystemet	3
Uppdrag, krav och mål för socialnämnden	4
Ledningssystemets grundläggande uppbyggnad	6
Processer och rutiner	6
Standarder	7
Systematiskt förbättringsarbete	7
Riskbaserat tänkande	7
Egenkontroll	9
Nationella jämförelser	9
Revisioner	14
Inhämtande av synpunkter från brukare	15
Kvalitetsuppföljning i extern verksamhet	16
Ej verkställda beslut	18
Utredning av avvikelser	18
lex Sarah	20
Personalens medverkan i kvalitetsarbetet	22
Personalen ska arbeta enligt processer och rutiner	22
Kompetensutveckling	22
Dokumentationsskyldigheten	23

Inledning

Socialstyrelsens föreskrift och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete föreskriver att vårdgivare samt den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ansvarar för att det finns ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Ledningssystemet ska användas för att och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet. Ledningssystemet ska stödja verksamhetens arbete med att planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten.

Samma föreskrift föreskriver att arbetet med att utveckla och säkra kvalitet ska dokumenteras och att det varje år bör 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

Kalmar kommun har ett gemensamt kvalitetsledningssystem som är certifierat enligt ISO 9001 och ISO 14 001. Socialnämnden arbetar med att leva upp till Socialstyrelsens föreskrift om ledningssystem främst inom ramen för kommunens gemensamma kvalitetsledningssystem.

I denna kvalitetsberättelse beskrivs hur socialförvaltningen kvalitetsarbete bedrivits under föregående år, vilka åtgärder som vidtagits och vilka resultat det gett.

Kvalitetsledningssystemet

Under 2018 färdigställdes ett arbete med att förtydliga ledningssystemet. Dokumentet heter "Socialförvaltningens ledningssystem för kvalitet – ett beskrivande ramverk". Ramverket syftar till att tydliggöra vad ledningssystemet består av och hur det ska användas och därmed underlätta förståelsen för hur vi behöver arbeta systematiskt med att hela tiden säkra och förbättra vår kvalitet. Socialförvaltningens ramverk utgör förlaga till ett kommungemensamt ramverk som färdig- och fastställdes under 2019.

Uppdrag, krav och mål för socialnämnden

I Socialtjänstlagen, Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade samt i Hälso- och sjukvårdslagen anges att verksamhet som bedrivs enligt dessa lagar ska vara av god kvalitet. Enligt Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete ska socialnämnden uppnå kvalitet genom att uppfylla de krav och mål som gäller för verksamheten.

Socialstyrelsen har definierat begreppet "god kvalitet" utifrån aktuell lagstiftning för området med hjälp av kvalitetsdimensioner. Dimensionerna tydliggör att socialtjänstens verksamhet ska vara kunskapsbaserad, individanpassad, säker, tillgänglig, effektiv och jämlik för att kunna sägas uppnå god kvalitet.

Socialnämndens målstyrning är ett av de viktigaste redskapen för att säkerställa att, samt följa upp hur, nämnden lever upp till de redan givna kraven i lagstiftningen och därmed de uppgifter som getts nämnden via kommunfullmäktiges reglemente. Eftersom kvalitetsdimensionerna som beskrivits ovan ger nämnden denna möjlighet beslutade nämnden att 2016 förändra målstyrningen och låta dessa kvalitetsdimensioner utgöra socialnämndens över tid gällande mål.

Att styra Socialförvaltningens mångfacetterade verksamhet med gemensamma mål ger socialnämnden möjlighet att hålla ihop nämndens uppdrag och skapa samsyn inom förvaltningen. För att ytterligare förstärka detta och för att knyta ihop och integrera de olika styrande delarna använder socialförvaltningen ett visionshus. Visionshuset syftar till att visualisera socialnämndens roll i kommunen och i visionen "Ett Kalmar för alla". En del i visionshuset är socialnämndens mål vilka utgör byggstenarna för hur uppdraget ska fullgöras med strävan mot visionen.

Socialnämndens mål är i sig inte mätbara, så för att mäta måluppfyllelse och för att kunna följa resultaten, kopplas indikatorer till målen. Med indikatorerna ges nämnden möjlighet att styra och rikta in sig på specifika utmaningar eller identifierade förbättringsområden. Indikatorerna erbjuder således möjlighet till effektiv styrning mot målen. Vid uppföljning ger indikatorerna en sammanvägd bild av hur nämndens måluppfyllelse ser ut. Eftersom det är med hjälp av indikatorerna som ambitionen kan höjas och kontinuerlig utveckling förverkligas, kan måluppfyllelsen se olika ut år till år.

Indikatorer och mål följs upp och rapporteras till nämnden och kommunledningen tertialvis. Nedan följer en koncentrerad sammanställning över socialnämndens måluppfyllelse när det gäller fullmäktigemålet om en socialtjänst av hög kvalitet, under vilket nämndens sex långsiktiga mål finns.

Mål	Kommentar
<p>Socialnämndens vård och omsorg ska vara kunskapsbaserad.</p> <p><i>Vården och omsorgen ska baseras på bästa tillgängliga kunskap och bygga på både vetenskap och beprövad erfarenhet.</i></p> <p>Fokus är implementering av evidensbaserade metoder och systematiska arbetsätt och uppföljning för att stärka verksamhetens kompetens i att bedriva en evidensbaserad praktik där den bästa tillgängliga kunskapen, den professionelles expertis och den berörda personens situation, erfarenhet och önskemål vägs samman.</p>	<p>Under året har flera evidensbaserade metoder och systematiska arbetsätt implementerats. Dessa utgör en förutsättning för systematisk uppföljning, som i sin tur är en förutsättning för en evidensbaserad praktik. Flera verksamheter har påbörjat systematiska uppföljningar på individ- och/eller aggregerad nivå. Utvecklingen mot en kunskapsbaserad vård och omsorg går framåt om än långsammare än planerat med anledning av pandemin.</p>
<p>Socialnämndens vård och omsorg ska vara säker.</p> <p><i>Vården och omsorgen ska vara säker. Riskförebyggande verksamhet ska förhindra skador. Verksamheten ska också präglas av rättssäkerhet.</i></p> <p>Fokus är rättssäkerhet, brukar- och patientsäkerhet och att stärka verksamhetens riskbaserade tänkande.</p>	<p>Alla verksamheter har med anledning av pandemin tvingats tänka riskförebyggande. Framsteg och insikter i vikten av riskbaserat tänkande har därför gjorts. Åtgärder för patientsäkerhet, t ex gällande hygienrutiner har vidtagits. Ökad användning av digitala mötesformer har medfört övervägningar och ny kunskap kring säker kommunikation. Utvecklingen är positiv även om andra aktiviteter inom området planerades innan pandemin.</p>
<p>Socialnämndens vård och omsorg ska vara individanpassad.</p> <p><i>Vården och omsorgen ska ges med respekt för individens specifika behov, förväntningar och integritet. Individerna ska ges möjlighet att vara delaktiga.</i></p> <p>Fokus är att bedriva en flexibel och behovsstyrd vård och omsorg där den enskildes delaktighet och behov är en bärande del vid både bedömning, beslut, planering, genomförande och uppföljning. Fokus ska också vara att tillsammans med den enskilde anpassa och utforma insatser så att de stärker den enskildes förmåga att leva ett självständigt liv.</p>	<p>Den enskildes delaktighet och behov ska vara utgångspunkt vid bedömning, beslut, planering, genomförande och uppföljning. Insatser ska anpassas och utformas så att de stärker den enskildes förmåga att leva ett självständigt liv. Genomförandeplaner och inhämtande av brukares/klienter upplevelse av socialtjänsten är de enskilt viktigaste delarna för att leva upp till en individanpassad socialtjänst. Utvecklingen inom dessa områden är positiv.</p>
<p>Socialnämndens vård och omsorg ska vara effektiv.</p> <p><i>Vården och omsorgen ska utnyttja tillgängliga resurser på bästa sätt för att nå uppsatta mål.</i></p> <p>Fokus är hög kostnadseffektivitet genom att ständigt förbättra och utveckla kvaliteten i våra arbetssätt samt ta vara på digitaliseringsens möjligheter.</p>	<p>Utvecklingen är god. Ett fortsatt arbete med att förbättra, utveckla och utöka insatser på hemmaplan har möjliggjort alternativ till externa placeringar inom den sociala barn och ungdoms- samt missbruksvården. Tillgängliga resurser tillvaratas därmed på ett effektivare sätt. Arbeta med beläggning på korttidshem för barn med funktionsnedsättning har fallit väl ut liksom arbete med att minska socialnämndens bestånd av lägenheter för andrahandsuthyrning.</p>
<p>Socialnämndens vård och omsorg ska vara jämlik.</p>	<p>Utvecklingen har varit fortsatt försiktigt positiv då arbete med att samordna</p>

<p><i>Vården och omsorgen ska tillhandahållas och fördelas på lika villkor för alla.</i></p> <p>Fokus är hälsa på lika villkor och jämställdhet mellan kvinnor och män, flickor och pojkar.</p>	<p>resurser runt den enskilde för att säkerställa vård på lika villkor fortsätter. Medvetenhet kring jämställd verksamhet och att brister kan upptäckas i t ex statistik och undersökningar har ökat.</p>
<p>Socialnämndens vård och omsorg ska vara tillgänglig.</p> <p><i>Vården och omsorgen ska vara tillgänglig och ges i rimlig tid. Ingen ska behöva vänta oskälig tid på den vård eller omsorg som hen har behov av.</i></p> <p>Fokus är ändamålsenliga och effektiva ledtider.</p>	<p>En viktig del i att vara en tillgänglig socialtjänst är att människor inte behöver vänta oskäligt länge på att få sitt behov tillgodosett. Inom detta område har det skett en förbättring.</p>

Ledningssystemets grundläggande uppbyggnad

Enligt Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete ska socialnämnden anpassa ledningssystemet till verksamhetens inriktning och omfattning. Det ska bestå av de processer och rutiner som behövs i verksamheten för att säkra verksamhetens kvalitet. Processerna och rutinerna är ledningssystemets grundläggande delar.

ISO 9001:2015 ställer också krav på att verksamheten fokuserar på processerna.

Processer och rutiner

Socialförvaltningen har sedan 2018 en sammanhållen struktur för hur förvaltningen arbetar med processorientering, det vill säga hur förvaltningen kartlägger, styr och leder verksamheten med hjälp av processer.

Utgångspunkten för vilka processer som behövs för att säkerställa verksamhetens kvalitet är socialförvaltningens huvudprocess. Under denna finns nio nedbrutna huvudprocesser.

Under året har ledningen beslutat att inte betrakta processen "Att trygga och säkra möjligheten att erhålla, inneha och behålla ett första handskontrakt" som en av de nedbrutna huvudprocesserna. Arbetet i processen har varit så framgångsrikt att de negativa effekter av ett tidigare ej fungerande arbetssätt har eliminerats. Vikten av fortsatt arbete för att främja och stärka människors möjligheter att stå på egna ben i bostadsmarknaden kvarstår dock, men hanteras som ett behovsområde i samtliga förvaltningens processer.

Processerna för ekonomiskt bistånd och hälso- och sjukvård har ännu ej kartlagts enligt förvaltningens struktur för processorientering. Arbetet med detta planeras att påbörjas under 2021.

Alla processer, inklusive ovanstående två, följs upp årligen enligt en systematik som synliggör processens behov av förändringar och förbättringar. Under dessa uppföljningar har det blivit tydligt att processernas styrande värden behöver vara tydligt riktade mot de utmaningar som finns i processen, snarare än att formuleras i fluffiga och övergripande uttryck. De flesta processer har därför förändrat sina styrande värden i denna riktning för att stödja de riktningförändringar som önskas.

Processernas prestanda mäts med hjälp av indikatorer i verksamhetsplanen. Indikatorerna tas, förutom med styrning utifrån målen, fram med utgångspunkt i processernas styrande värden, resultat, analyser och riskbedömningar innevarande år. Se resultatredovisning ovan.

Processkartorna finns tillgängliga digitalt på kommunens intranät Piren samt utskrivna i storformat i verksamheten. Övriga rutiner och styrande dokument samlas i kommunens Verksamhetshandbok.

Standarder

Enligt Socialstyrelsens föreskrift om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete ska ledningssystemet byggas utifrån kraven som ställs i föreskriften. Olika standarder och modeller för kvalitets- och verksamhetsutveckling kan ge stöd i detta arbete. Kalmar kommuns övergripande kvalitets- och miljöledningssystem är uppbyggt för att motsvara kraven i ISO 9001 och 14 001. Kraven i Socialstyrelsens föreskrift om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete uppfylls dock inte per automatik genom en standard eller annan modell. Ledningssystemet måste också utformas så att det systematiskt kan säkra att verksamheten uppfyller de krav och mål som framgår av lagar och andra föreskrifter för verksamheten. Det gör socialförvaltningen genom strukturen för målstyrning och processorientering.

Förvaltningschef och verksamhetsstrateg träffas regelbundet för att kontinuerligt stämma av ledningssystemets ändamålsenlighet.

Systematiskt förbättringsarbete

Det ingår tre delar i det systematiska förbättringsarbetet; riskbaserat tänkande, egenkontroll och utredning av avvikelser. Hur socialförvaltningen arbetar med dessa framgår i avsnitten nedan. Under varje avsnitt, men med tonvikt under egenkontroll, redovisas också resultat från 2020.

Riskbaserat tänkande

Enligt föreskrift 2011:9 ska den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS, fortlöpande identifiera händelser, som om de

inträffar, skulle kunna leda till att verksamheten inte kan leva upp till de krav och mål som ställs i lagar och andra föreskrifter.

Även ISO 9001:2015 och 14 001:2015 föreskriver ett riskbaserat tänkande. Standarderna ställer krav på organisationen att förstå sina förutsättningar och bestämma risker som underlag för planering. Det innebär att riskbaserat tänkande ska tillämpas när processer för kvalitetsledningssystemet planeras och införs. Kvalitetsledningssystemet syftar i mångt och mycket, i sin helhet, till att fungera som ett förebyggande verktyg. Ett riskbaserat tänkande får förebyggande effekter.

Socialförvaltningen arbetar på flera olika sätt med att identifiera risker och förebygga att de inträffar. Vid behov görs riskanalyser på individnivå i verksamheterna. Riskanalyser görs också med verksamhetsfokus i verksamheterna och på förvaltningsnivå beroende på riskens karaktär. För risker med hög sannolikhet och allvarlighetsgrad görs en handlingsplan för att förebygga att risken ska inträffa.

Under året har stora framsteg gjorts i det riskbaserade tänkandet. I samband med pandemin har det blivit tydligt att ett systematiskt hanterande av risker hjälper organisationen och verksamheten att styra och leda verksamheten på ett tydligt och förtroendeskapande sätt. Förvaltningen har gjort ett tiotal riskanalyser och riskbedömningar kopplade till pandemin på övergripande nivå. Riskhanteringen har lett till att negativa konsekvenser kunnat förhindras och riskvärden reduceras.

I samband med att socialförvaltningen kartlägger sina processer identifieras risker för att processen inte ska kunna leva upp till de styrande värdena i processen. I den årliga uppföljningen av processerna följs risker upp och ställning tas till om nya risker uppkommit. För två av processerna prövade socialförvaltningen under 2020, att lägga in riskerna i den interna kontrollplanen i Hypergene. Syftet och målet var att riskerna på så sätt skulle kunna hanteras systematiskt av processledare och processägare och för att möjliggöra en värdering om riskreducering skett. Internkontrollplanens uppbyggnad i systemet visade sig dock inte stödja detta arbetssätt i tillräcklig grad för att det ska vara försvarbart att fortsätta med arbetssättet under 2021. Testet var ändå värdefullt då det lett till en dialog med kommunens redovisningschef och kvalitetschef. Det finns nu konsensus kring att den interna kontrollen är en viktig del av ledningssystemet. I takt med att förbättringar och förändringar ledningssystemet görs, är denna fråga nu en viktig del.

Egenkontroll

Enligt Socialstyrelsens föreskrift ska socialnämnden genomföra egenkontroll. Egenkontroll är systematisk uppföljning och utvärdering av den egna verksamheten samt kontroll av att den bedrivs enligt de processer och rutiner som ingår i ledningssystemet. Egenkontrollen ska göras med den frekvens och i den omfattning som krävs för att säkra verksamhetens kvalitet.

En form av egenkontroll, förutom t.ex. tertialuppföljning, årlig uppföljning av processer och revisioner, är "Aktgranskning" och "Journalgranskning". Dessa är mycket viktiga för att säkra att de vi finns till för får det stöd och den hjälp de har rätt till, samt att rättssäkerheten upprätthålls genom korrekt dokumentation i handläggning och utförande av insats. Avvikelse som upptäcks vid akt- och journalgranskning ska rapporteras som avvikelser.

Nationella jämförelser

Socialförvaltningen deltar i både Öppna jämförelser och Kommunens kvalitet i korthet (KKiK). Förutom redovisning av resultat vid tidpunkt för publicering, använder förvaltningen dessa resultat på ett systematiskt sätt under de analysdagar som alla chefer, stödfunktioner samt politiker är involverade i. Väsentliga resultat från denna typ av undersökningar tas på så sätt med i kommande års verksamhetsplanering.

Resultat i Öppna jämförelser

Socialförvaltningen lämnade 2020 in resultat i åtta olika öppna jämförelseundersökningar. Underlaget till årets resultat samlades in i januari till mars 2020, och gäller förhållanden innan covid-19-pandemin. Undersökningarna omfattade dessa områden:

- missbruks- och beroendevård,
- ekonomiskt bistånd,
- social barn- och ungdomsvård,
- våld i nära relationer,
- funktionsnedsättning LSS,
- psykisk funktionsnedsättning - socialpsykiatri,
- krisberedskap inom socialtjänsten samt
- motverka hemlöshet och utestängning från bostadsmarknaden.

Socialstyrelsen publicerar varje år faktablad som beskriver några av årets centrala resultat på nationell nivå. Vid publicering sätter socialförvaltningen sina resultat i relation till de centrala nationella resultaten. Av de 28 punkter som lyftes fram i 2020 års redovisning hade Kalmar ett positivt resultat på 15 av punkterna. Socialförvaltningen redovisar resultaten för nämnden samt publicerar en kortfattad

sammanfattning av resultaten i juni varje år på kalmar.se i samband med Öppna jämförelser publicering nationellt.

Resultat i Kommunens Kvalitet i Korthet - KKiK

Under 2020 deltog 264 kommuner i undersökningen, som mäter 42 olika nyckeltal för att värdera kommuners prestationer inom en tre olika områden. Områdena är Barn och unga (gäller bara skola) Stöd och omsorg samt Samhälle och miljö. Socialförvaltningen berörs av sex av de 42 nyckeltalen. En av SKR:s kommentarer i den kortfattade analys de gör i januari efter undersökningens genomförande handlar om väntetid. De menar att väntetid är "en mycket viktig trygghetsaspekt generellt sett, men framför allt för utsatta målgrupper. Är väntetiderna orimligt långa bör det vara ett prioriterat område att åtgärda". Två av nyckeltalen om väntetid berör socialförvaltningens verksamhetsområden.

Denna kvalitetsberättelse redovisar resultat och jämför svar mellan könen samt med tidigare år men gör ingen egen analys – då det behöver göras i samverkan med verksamheten. Det sker direkt när resultaten publiceras om de är röda och annars under analysveckan på hösten.

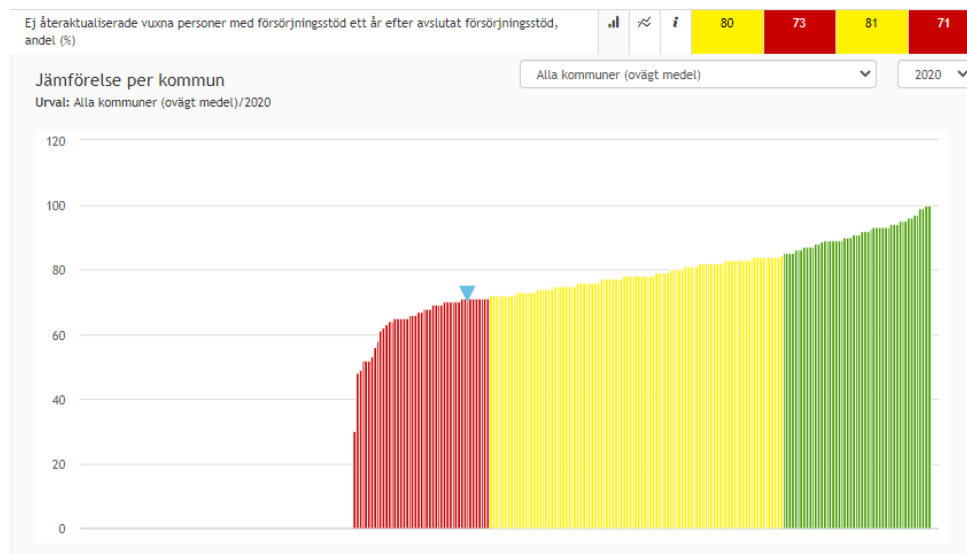
Brukarbedömning Individ och familj – förbättrad situation

När det gäller brukarbedömning individ- och familjeomsorg som mäter hur stor andel av dem som svarat på enkäten som anser att deras situation har förbättrats efter kontakt med socialtjänsten, så har förra årets negativa trend brutits. Vid denna undersökning tyckte 83 procent att de fått en förbättrad situation, jämfört med 64 procent 2019. Det är ingen skillnad i upplevelse mellan könen.



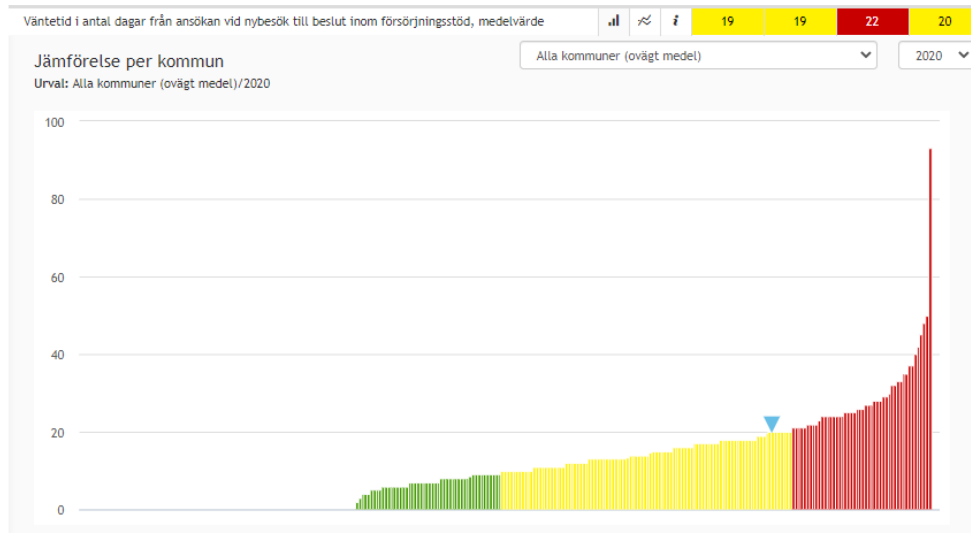
Ej återaktualiserade vuxna personer med försörjningsstöd

Med de uppgifter som socialförvaltningen rapporterat in till databasen Kolada, tillhör Kalmar den fjärdedel av kommuner som har lägst andel "Ej återaktualiserade personer med försörjningsstöd ett år efter avslutat försörjningsstöd". I genomsnitt i Kalmar är det 71 procent som inte återaktualiserats. När man tittar på resultatet könsuppdelat är det 65 procent av kvinnorna som inte återaktualiseras medan männen inte återaktualiseras i 75 procent av fallen. Det är den låga andelen ej återaktualiserade kvinnor som gör att Kalmar hamnar bland de 25 procent med lägst resultat.



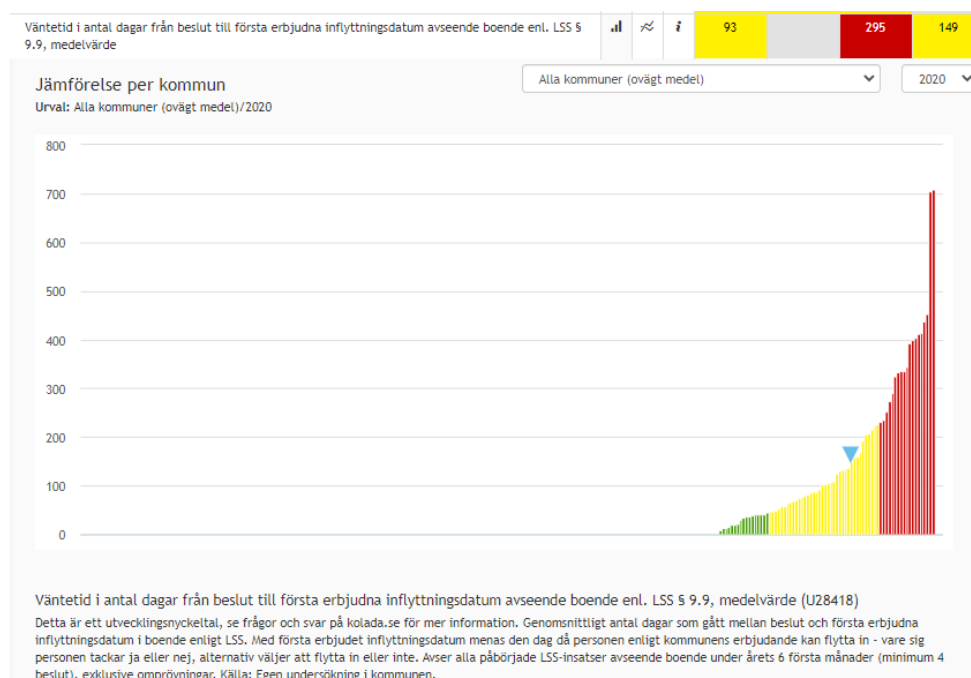
Väntetid i antal dagar - försörjningsstöd

Väntetiden i antal dagar från ansökan vid nybesök, till beslut om försörjningsstöd, ligger nationellt i genomsnitt på 16 dagar (2020). Spridningen mellan liknande kommuner IFO, är mellan 6 och 27 dagar. Nationellt är spridningen mellan 2 och 93 dagar. I Kalmar är väntetiden 20 dagar. Det är en minskning med två dagar jämfört med förra året. Det är i Kalmar ingen skillnad i hur många dagar en kvinna eller man väntar på beslut.



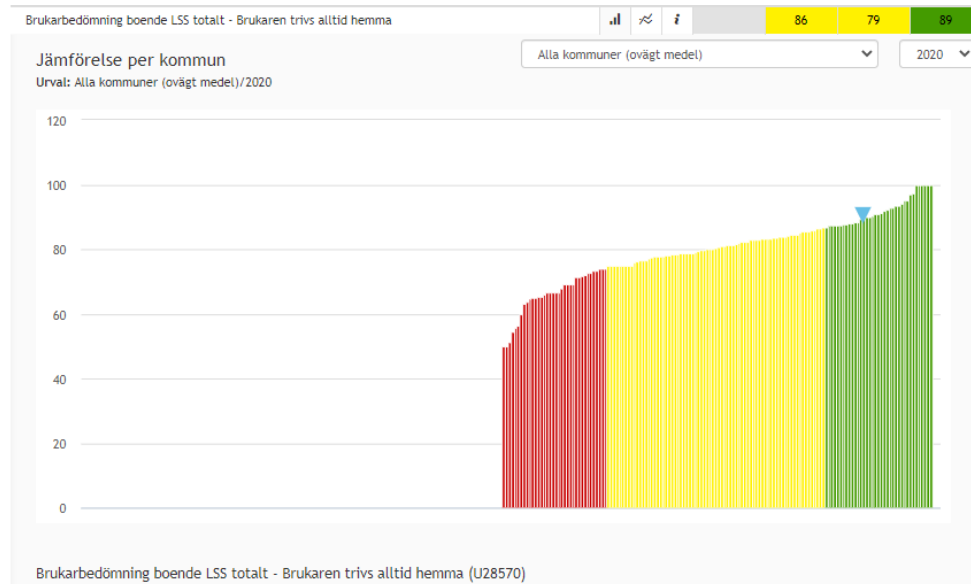
Väntetid i antal dagar – boende enligt LSS

Den genomsnittliga väntetiden för erbjudet inflyttningsdatum i LSS-boende är 159 dagar. Spridningen mellan kommuner är stor, allt från 2 till 708 dagar. Kalmar har en minskad väntetid från 295 dagar 2019 till 149 dagar 2020. Dessa uppgifter rapporteras inte könsuppdelat.



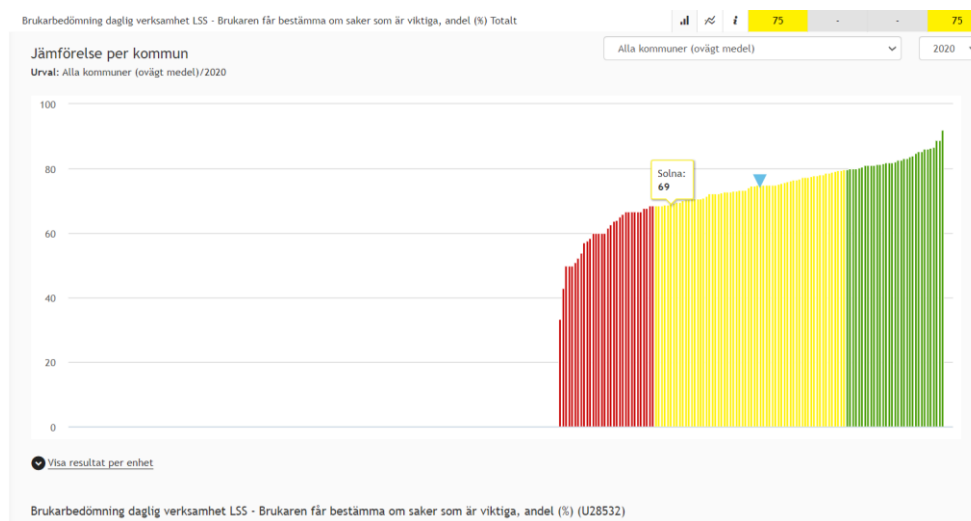
Brukarbedömning boende LSS

I brukarenkät svarar personer som bor i grupp- eller servicebostad LSS på om de alltid trivs hemma. Under 2020 upplevde fler än vid någon mätning tidigare att de alltid trivs hemma. Av männen uppger 93 procent detta, medan motsvarande uppfattning hos kvinnorna ligger på 78 procent.



Brukarbedömning - daglig verksamhet

I brukarenkät svarar 75 procent av de personer i Kalmar som har daglig verksamhet LSS, att de får bestämma om saker som är viktiga. Kvinnorna tycker i större utsträckning (81 procent) än männen (73 procent) att de får bestämma om viktiga saker.



Socialförvaltningen har i sitt målarbete valt att ha en del av KKiK:s mått som indikatorer för att på så sätt kunna följa utvecklingen mer kontinuerligt än vid en årlig mätning.

Revisioner

Intern revision

Vanligtvis utför socialförvaltningen ett tjugotal interna revisioner på våren. Under 2020 utfördes istället 12 revisioner digitalt på hösten med anledning av coronapandemin. På våren kunde verksamheterna inte belastas med revisioner och på hösten genomfördes de digitalt för att minska risk för smittspridning. Revisionerna fokuserade basala hygienrutiner nu och framåt och genomfördes i särskilda boenden och bostäder med särskild service.

Avvikelse och förbättringsområden noterades i det riskbaserat tänkandet, kommunikationen och systematiken i utbildning i basala hygienrutiner. Ledningen beslutade med anledning av detta att under 2021 hantera och överväga frågor om:

- arbetskläder,
- årshjul för patientsäkerhetsarbete,
- införande av hygienombud,
- att basala hygienrutiner ingår vid introduktion av nya medarbetare
- förbättrade förutsättningar för riskbaserade arbetsätt,
- stödprocess kommunikation

Progression i frågorna följs upp av ledningen i mars 2021.

Extern revision

Under 2020 genomfördes externrevisionen under vecka 42 och 43.

Inom socialförvaltningen reviderades följande verksamheter:

- Förvaltningens ledning och styrning,
- Familjehuset, enhet 201,
- Servicebostad Söder enhet 317,
- Sensus, enhet 526
- Gränssnitt SOC och UTB
- Gränssnitt SOC och OMS
- Smedbacken, enhet 301

Revisionen genomfördes av Qvalify. Inga avvikelser riktade enbart till de reviderade verksamheterna noterades. Eftersom Kalmar kommun har ett kommungemensamt certifikat gäller avvikelser noterade i andra verksamheter hela kommunen. Revisorerna konstaterade två

allvarliga och elva mindre allvarliga avvikelser. Åtta var övergripande och fem var förvaltningsspecifika. De två allvarliga var övergripande och gällde brister i hantering av interna brister och förbättringar samt att processororienterat arbetssätt inte är fullt ut implementerat. Revisorerna framförde att socialförvaltningens modell för processororientering bör kunna användas kommunövergripande.

Externrevisionen identifierade fyra förbättringsförslag för socialförvaltningen:

- Definiera och kartlägg stödprocesser
- Tydligare och systematisk omvärldsbevakning
- Utgå även från positiva miljöaspekter som är relevanta i processerna
- Säkerställ medarbetares förståelse för vikten av att rapportera och dokumentera avvikelser

Resultat från externrevisionen redovisades för socialnämnden i januari 2020.

Inhämtande av synpunkter från brukare

Brukarundersökningar

Socialförvaltningen deltog under 2020 för femte gången i de nationella brukarundersökningar som Sveriges kommuner och Regioner (SKR) samordnar. Brukarundersökningarna har genomförts inom individ- och familjeomsorgen (IFO) samt inom omsorgen om personer med funktionsnedsättning.

Brukarundersökning IFO

Brukarundersökningen IFO visar det sammanvägda resultatet av undersökningar inom barn- och ungdomsvård, missbruksvård och ekonomiskt bistånd.

Resultaten från 2020 år brukarundersökning inom IFO visar att Kalmar ligger klart bättre än det ovägda genomsnittet i två av de undersökta områdena. Sämst resultat i jämförelse med det ovägda genomsnittet, har Kalmar när det gäller uppfattningen om hur lätt det är att komma i kontakt med socialsekreterare. I inget av måtten finns det någon påtaglig skillnad i hur män och kvinnor uppger att de uppfattar individ och familjeomsorgen.

Individ- och familjeomsorgen totalt						
	2018		2019		2020	
	Kalmar	Alla kommuner	Kalmar	Alla kommuner	Kalmar	Alla kommuner
Brukarbedömning individ- och familjeomsorg totalt - helhetssyn, andel (%)	85	85	76	84	88	86
Brukarbedömning individ- och familjeomsorg totalt - få kontakt, andel (%)	71	86	81	86	83	88
Brukarbedömning individ- och familjeomsorg totalt - tydlig information, andel (%)	93	90	91	90	90	89
Brukarbedömning individ- och familjeomsorg totalt - visar förståelse, andel (%)	89	85	85	84	81	84
Brukarbedömning individ- och familjeomsorg totalt - inflytande, andel (%)	92	87	87	86	93	84
Brukarbedömning individ- och familjeomsorg totalt - påverka hjälp, andel (%)	76	71	70	70	69	71
Brukarbedömning individ- och familjeomsorg totalt - förbättrad situation, andel (%)	76	76	64	77	83	77

Brukarundersökning funktionsnedsättning

Socialförvaltningen har sedan 2020 en plan som innebär att alla delar inom funktionshinderomsorgen ska inhämta brukarnas uppfattning vart annat år. År 2020 genomfördes brukarundersökning inom daglig verksamhet, korttid barn, personlig assistans och boendestöd. Inom alla områden ligger Kalmars svarsfrekvens 10 - 15 procent lägre än det ovägda genomsnittet.

Inom boendestöd, daglig verksamhet och korttid är brukarna överlag mycket nöjda med verksamheten.

Inom personlig assistans utgör 12 svarande 46 procents svarsfrekvens. På fem frågor tycker det tolv brukarna som svarat att det fungerar sämre än det ovägda genomsnittet.

Kvalitetsuppföljning i extern verksamhet

Särskild kvalitetsuppföljning görs av förvaltningen i upphandlad och avtalad verksamhet inom verksamhetsområde funktionsnedsättning.

Under 2019 genomfördes kvalitetsuppföljningar vid de dagliga verksamheterna Miniprint, Del-Ta, Mossegården, Lustgården samt vid gruppboendena Birgittagården och Calmia samt av entreprenaden för personlig assistans Humana. Resultatet av uppföljningarna redovisades i socialnämnden i februari 2020.

Uppföljningarna för bostad och personlig assistans visade på god kvalitet såväl utifrån brukarnas behov som till yttre krav utifrån föreskrifter och allmänna råd. I kvalitetsuppföljning med Birgittagården

framgick dock att verksamheten har ekonomiska utmaningar i och med renoveringskostnader. I kvalitetsuppföljning med Calmia framkom svårigheter att utföra brandövningar tillsammans med brukare. Verksamheten ombads därför göra en riskanalys utifrån detta och utifrån den se över sina rutiner. Kvalitetsuppföljning med Humana Assistans AB visar på en organisation med etablerade system för kvalitetsledning, erfarenhet och kunskap. Inom tre områden önskade dock kvalitetsgranskarna att förbättringsåtgärder vidtas. Det gällde lex Sarahrapportering, rutiner för allmänfarlig smitta och meddelarfriheten i verksamheten. Humana Assistans AB inkom med en handlingsplan som tillsammans med vidtagna åtgärder följs upp vid kvalitetsuppföljning 2020.

Uppföljningarna för de externa dagliga verksamheterna har under flera år konstaterat att arbetet med att skapa fungerande kvalitetsledningssystem varierar i resultat. De externa dagliga verksamheterna är av olika storlek, kvalitet och inriktning. Två verksamheter är inom grön omsorg, Lustgården och Mossegården, och båda dessa har socialförvaltningen avtal med genom upphandling. De andra två, Mini-print och Del-Ta, är verksamheter som det sedan många år finns avtal om köp med, dock ej upphandlad verksamhet.

Mini-print har i kvalitetsuppföljningarna visat god kvalitet utifrån struktur, process och resultat. I de två verksamheterna inom grön omsorg, har kvaliteten varit förhållandevis god. Det har funnits en vilja att förbättra strukturen och processerna. Fokus har varit på brukarna. De brister som har förekommit har socialförvaltningen gett verksamheterna i uppdrag att successivt arbeta med, för att uppnå god kvalitet.

Kvalitetsuppföljning 2020 redovisas för nämnden i februari 2021 och i kvalitetsberättelse 2021.

Upphandlad verksamhet i form av HVB för barn och unga, finns i Kalmar kommun i en gemensam upphandling via SKL Kommentus. Deltagande kommuner har gemensamt tagit fram rutiner för hur uppföljningen av leverantörernas verksamheter ska gå till. Verksamhetsuppföljningar som genomförts har alla deltagande kommuner tillgång till via en databas. Kalmar kommuns uppdrag i denna verksamhetsuppföljning har lösts genom samverkan i länet.

Upphandlad verksamhet i form av HVB för vuxna, finns i Kalmar kommun i en gemensam upphandling via SKL Kommentus. Verksamhetsuppföljningar som genomförts har alla deltagande kommuner tillgång till via en databas.

Kalmar kommun omfattas även av den särskilt upphandlade Uppföljandekontrollen via SKL Kommentus, vilket innebär ett ramavtal som består av en konsulttjänst, där konsultens uppdrag är att kontrollera,

granska och upptäcka avvikelser. Med konsulttjänsten uppmärksammas kommunen på eventuella brister i HVB-verksamheterna, så att förbättringar kan göras. Det innebär en kvalitetssäkring som blir en säkerhet för de barn, ungdomar eller vuxna som ska bo där.

Det har inte gjorts någon kvalitetsuppföljning av kvinnojouren. Socialförvaltningen har inte anlitat kvinnojouren för någon individuell placering under året. Kvinnojourens verksamhet ligger inte bara inom socialtjänstens uppdragsområde utan här finns ett kommunövergripande perspektiv. Driftsform och ansvar för uppföljning behöver därför klargöras under 2021.

Ej verkställda beslut

Förvaltningen har under året vid varje kvartalsredovisning haft ej verkställda beslut att rapportera till Socialstyrelsen. Under 2020 har förvaltningen som mest haft 293 ej verkställda beslut (kvartal tre). Som en jämförelse hade förvaltningen under 2019 som mest 123 ej verkställda beslut (kvartal tre). Årets ej verkställda beslut gäller främst daglig verksamhet enligt LSS/sysselsättning SoL samt kontaktperson LSS. Den kraftiga ökningen under 2020 beror huvudsakligen på covid-19-pandemin, som har förhindrat verkställighet av en del nya beslut men som också, framför allt, har lett till ett stort antal avbrott i redan påbörjade verkställigheter. Det stora flertalet av dessa avbrott finns inom daglig verksamhet/sysselsättning. Socialförvaltningen har inte stängt någon verksamhet till följd av covid-19 men många brukare har ändå valt göra avbrott på grund av smittorisk.

Antalet ej verkställda beslut om bostad för vuxna LSS har de sista åren utgjort en minskande andel. Merparten av beslut som inte kunnat verkställas är, precis som under 2019, inom funktionshinderomsorgen (LSS och SoL). Den stora ökningen av antalet nyrapporterade ej verkställda beslut/avbrott inföll under kvartal två. Under kvartal tre och fyra bestod rapporteringsmängden främst av återrapporteringar, av tidigare inrapporterade ej verkställda eller avbrutna beslut. Antalet nyrapporterade ej verkställda eller avbrutna beslut var under kvartal fyra det lägsta sedan 2018.

Utredning av avvikelser

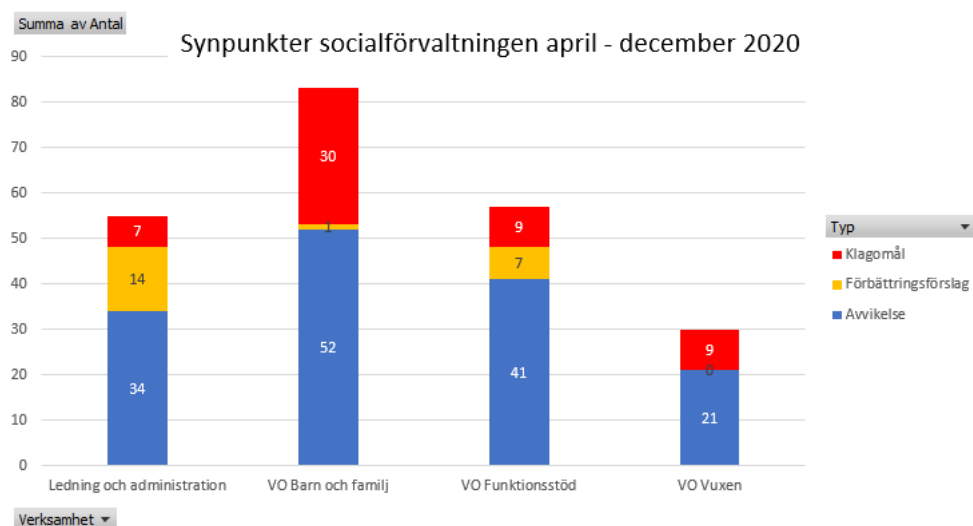
Enligt Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete ska socialnämnden ta emot och utreda klagomål och synpunkter på verksamhetens kvalitet.

Klagomål och synpunkter kan framföras av alla intressenter med syfte att den som bedriver verksamhet ska kunna få en bred återkoppling

på hur verksamheten bedrivs och få kännedom om ifall verksamheten avviker från krav och mål som gäller för verksamheten.

Under 2020 införde kommunen ett nytt synpunktshanteringsystem. Systemet stöder inte de krav som finns i de olika delarna av avvikelshantering som socialnämnden har att förhålla sig till enligt föreskrift. Systemet uppvisar brister när det gäller förutsättningar att ta emot, utreda samt göra sammanställningar och återkoppling av trender och tendenser. Avvikelsehanteringen har med anledning av detta uppvisat brister under 2020. Under första kvartalen 2021 tar Socialförvaltningen ett nytt system i bruk för att komma till rätta med de brister som förevarit under 2020.

Med anledning av vad som sagts ovan, följer en begränsad redovisning av de synpunkter som inkommit under året nedan.



Summa av Antal	Kolumnetiketter			
	Verksamhet	Avvikelse	Förbättringsförslag	Klagomål
Ledning och administration	34	14	7	55
VO Barn och familj	52	1	30	83
VO Funktionsstöd	41	7	9	57
VO Vuxen	21	0	9	30
Totalsumma	148	22	55	225

Under 2020 har förvaltningen alltså hanterat 225 synpunkter i kommunens nya system och 67 stycken i det gamla systemet. Det är totalt fem färre än 2019.

Verksamhetsområde Barn och familj har hanterat flest synpunkter i det nya systemet (83 st). Att rapportera avvikelser ses här för många som en naturlig del i arbetet. Störst antal avvikelser noterar verksamhetsområdet gällande målet säker vård och omsorg. Det hänger samman med att brister synliggörs i egenkontrollen i form av akt- och journalgranskningen. Området noterar flest rapporterade avvikelser i handläggningen och då gällande överskriden tid och skyddsbedömningar.

Även Verksamhetsområdena Vuxen och Funktionsstöd Vuxen har flest avvikelser (16 respektive 30 st) inom målet säker vård och omsorg och främst då gällande rättssäkerhet. Inom VO Vuxen konstaterar man att det fortfarande upprättas få rapporter men en viss ökning gällande rapportering av avvikelser i egen verksamhet kan ändå noteras. Vad gäller de klagomål som tagits emot kommer flera från anhöriga som inte är nöjda med beslut eller stöd. Då verksamhetsområdet arbetar med vuxna personer kan ofta information inte lämnas ut till anhöriga p.g.a. sekretess. Inom alla verksamhetsområdets processer strävar man efter att så långt det är möjligt trygga och informera anhöriga samt att erbjuda anhörigstöd.

lex Sarah

Under 2020 har 26 lex Sarahrapporter upprättats. Mellan 2016 och 2019 har antalet varierat mellan 11 och 27 rapporter.

Av de missförhållanden eller risk för missförhållanden som hanterades under 2020 har fem anmälts till IVO (Inspektionen för vård och omsorg). 2019 anmälde sex missförhållanden. Sju av händelserna under 2020 är inte färdigutredda. Tre av händelserna har bedömts ej utgöra missförhållande eller risk för missförhållande. Flera av händelserna består av fler än en typ av handling/underlåtelse. Detsamma gäller bakomliggande orsaker. Det bedöms ofta ligga fler orsaker bakom en händelse. I sammanställningen nedan redovisas den typ av handling och den bakomliggande orsak som lex Sarahutredare har angett först.

lex Sarah jan 2020 till december 2020	
Antal rapporter totalt under perioden:	26
Varav pågående:	7
Anmälda till IVO:	5

Typ av handling eller underlåtelse	
Brister i bemötande av anställda med flera	2
Brister i rättssäkerhet	11
Brister i utförande av insatser (insatser som utförts felaktigt eller inte alls)	3
Inget missförhållande	3

Bakomliggande orsak på systemnivå	
Omgivning och organisation	
Utbildning och kompetens	3
Processer, rutiner och riktlinjer.	3
Kommunikation och information	10
Teknik, utrustning och apparatur	

Kön på den rapporten berör	
Flickor/Kvinnor:	9
Män/pojkar:	17

Sammanställning visar en övervikt i händelser som gäller någon form av rättssäkerhet. Det rör sig om avvikelser från lagstiftning och andra krav i myndighetshandläggning men också händelser/underlåtelser som inneburit att den enskildes behov av t ex skydd eller stöd inte tillgodosetts. Den orsak som mest frekvent har identifierats är att kommunikation och information inte fungerat eller behöver förbättras. Statistiken visar också att de rapporterade händelserna berör dubbelt så många pojkar/män som flickor/kvinnor.

Kunskapen om skyldigheten att rapportera missförhållande och risk för missförhållanden måste hela tiden hållas aktuell. Enhetschef ska därför enligt rutin informera medarbetare minst en gång per år på t.ex. arbetsplatsträff. För att underlätta detta arbete finns en webbintröktion till lex Sarah som ligger i den digitala verksamhetshandboken.

Det finns en lex Sarahgrupp bestående av verksamhetsutvecklare för att kvalitetssäkra och utveckla arbetet med lex Sarahutredningar. Gruppen har på uppdrag av ledningen gjort ett förbättringsarbete gällande utredningars likvärdighet och ett ökat fokus på orsaksanalys snarare än händelseanalys. Arbetet syftade till, och har lett till, att utredningarna i högre utsträckning är värdeskapande, utgör stöd till åtgärder samt sker utifrån brukarfokus.

Personalens medverkan i kvalitetsarbetet

Enligt föreskriften om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete ska medarbetare medverka till att verksamheten och de insatser som genomförs är av god kvalitet. För att utförande av uppgifter ska ske med god kvalitet ska personal med lämplig utbildning och erfarenhet finnas i verksamheten. För att god kvalitet ska uppnås ska personalen också arbeta i enlighet med processerna och rutinerna som ingår i ledningssystemet.

Genom socialnämndens processorientering ges medarbetare en större möjlighet att medverka i kvalitetsarbetet. I en processorienterad organisation utgör de som utför arbete närmast de förvaltningen finns till för, en viktig del i det strukturerade arbetet med att fastställa gemensamma arbetssätt, rutiner, mål och värderingar utifrån de lagar och krav som finns på verksamheten. En ökad delaktighet ger en större tydlighet och ett större engagemang i att skapa samsyn kring vilka arbetssätt som ska råda och vad som fungerar i det dagliga arbetet med klienterna/brukarna.

Tydliga överenskomna arbetssätt med utgångspunkt i krav, behov och önskemål gör det lättare för personal att identifiera när något avviker och därmed kan leda till kvalitetsbrist. Att öka medarbetares insikt i att detta är ett betydelsefullt sätt att medverka till kvalitetsutveckling är ett fortsatt förbättringsområde 2021.

Personalen ska arbeta enligt processer och rutiner

Den som bedriver verksamhet bedömer vilka utbildningsinsatser eller andra åtgärder som behövs för att säkerställa att personalen arbetar i enlighet med fastställda processer och rutiner. I verksamhetsbeskrivning dokumenteras tydligt vilken specifik kunskap som behövs för att arbeta i processen/verksamheten. Förvaltningen dokumenterar också kritisk kompetens i processerna. Det handlar om att tydliggöra vilken kompetens som krävs för att säkerställa processen.

Kompetensutveckling

Socialförvaltningen har en gemensam kompetensutvecklingsplan för hela förvaltningen. Denna bygger på identifierade kompetensbehov i de olika verksamhetsområdena samt på de kontinuerliga behov av lagstadgade utbildningar som finns. Utvecklingsområden för förvaltningen är att på ett systematiskt sätt följa upp antalet genomförda utbildningar samt innehållslig utvärdering av dessa.

Under 2020 har det inte varit möjligt att följa kompetensplanen med anledning av coronapandemin. Så mycket som varit möjligt har dock genomförts med digitala alternativ. Vissa delar har ändå fått skjutas

på framtiden medan annan kompetensutveckling skett tack vare pandemin. Framförallt har kunskapen i basala hygienrutiner samt digitala arbetssätt ökat.

Dokumentationsskyldigheten

Enligt Socialstyrelsens föreskrift om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete ska arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet dokumenteras.

Socialnämndens sätt att årligen följa upp varje nedbruten process, dokumentera detta samt vid behov revidera processernas styrande värden utgör en bärande del dokumentationsskyldigheten.

Förutom denna årliga kvalitetsberättelse genomför socialförvaltningen enligt ISO standard, även månatliga ledningens genomgång. Dessa dokumenteras i protokoll.

Årlig bedömning, analys och slutsats av kommunens verksamhetsledningssystem dokumenteras i en för ändamålet avsedd enkät årligen i februari månad.

[Skriv här]

[Skriv här]

Bilaga: 5

[Skriv här]

Uppföljning av intern kontroll 2020

Fas: Intern kontroll 2020 - Uppföljning Rapportperiod: 2020-12-31 Organisation: Socialnämnd

LEDNINGSPROCESSER

Fastställa mål och fördela resurser

- Ta fram statistik
- Ta fram budget och följa upp den
- Hantera mål och uppdrag
- Ta fram underlag genom omvärldsbevakning

Organisera, leda och följa upp verksamheten

- Följa upp verksamheten
- Stödja, styra, samordna genom verksamhetsledningssystem
- Leda och fördela arbetet
- Bevaka och informera om lagar och förordningar

HUVUDPROCESSER

Svara för vård, omsorg och sociala tjänster

- Hantera invandrar- och flyktingfrågor
- Lindra effekter av arbetslöshet
- Ansvara för stöd, omsorg och vård till äldre och till personer under 65 år med mindre omfattande funktionsnedsättningar
- Ansvara för individ- och familjeomsorg och omsorg om personer med funktionsnedsättning



Kalmar kommun



- Tillhandahålla olycksfallsförsäkring

Risk i process Möjliggöra... leva som andra - Helhetssyn

Risk att information och samarbete mellan berörda aktörer inte fungerar genom hela kedjan så att det finns en helhetssyn kring den enskilde.

Riskkategori	Ansvarig	Riskvärde	Sannolikhet	Konsekvens
Verksamhetsrisk	Niklas Hermansson	12	4	3

KONTROLLMOMENT

Titel	Beskrivning	Status	Bedömning
Kontroll reducering riskvärde			

Kommentar:

T3: Riskanalysarbetet behöver förbättras. Det framkommer att flera EC är osäkra och inte vana vid arbetssättet.

Risken handlar om att information och samarbete mellan berörda aktörer inte fungerar genom hela kedjan så att det finns en helhetssyn kring den enskilde. Arbetet med riskanalyser har påbörjats till stor del maa Covid-19. Det finns dock andra aktiviteter, som behöver säkerställas, för att kunna eliminera risken, t ex kontinuerlig kontakt mellan handläggare och insats samt mellan LSS-handläggare barn och LSS-handläggare vuxen.



Åtgärd: Fortsätta och hålla i arbetet med riskanalyser för den enskilde utifrån målen i genomförandeplanen. I samråd med verksamhetschef lägga till nya aktiviteter enligt ovan.

Risk i process Möjliggöra...leva som andra - Ledtid handläggning

Risk att varje ärende inte handläggs så enkelt, snabbt och kostnadseffektivt som möjligt utan att rättssäkerheten eftersätts.

Riskkategori	Ansvarig	Riskvärde	Sannolikhet	Konsekvens
Verksamhetsrisk	Niklas Hermansson	16	4	4

KONTROLLMOMENT

Titel	Beskrivning	Status	Bedömning
Kontroll reducering riskvärde			

Kommentar:

T3 Risk att varje ärende inte handläggs så enkelt, snabbt och kostnadseffektivt som möjligt utan att rättssäkerheten eftersätts. Under tertial tre uppnås målvärdet med en genomsnittlig utredningstid på 90 dagar (minskning med 7 dagar från T2) För helåret nås nästan målvärdet - 92 dagar (jämfört med 109 för 2019)

Det är 18 beslut av sammanlagt 55 beslut som överstiger 90 dagar.



Gällande nya ansökningar (gäller 22 beslut) är medelvärdet för utredningstiden hittills under T3 119 dagar - där nås inte målvärdet, men det är en minskning från T2 med 29 dagar

Risk i process Möjliggöra...leva som andra - Bostäder

Risk att det inte finns tillgång på bostäder som motsvarar aktuella behov

Riskkategori	Ansvarig	Riskvärde	Sannolikhet	Konsekvens
Omvärldsrisk	Niklas Hermansson	9	3	3

KONTROLLMOMENT

Titel	Beskrivning	Status	Bedömning
Kontroll reducering av riskvärde			

Kommentar:

T3: Samma prognos som T1 och T2.

För 2020 kommer målet inte att nås - men positiv utveckling kommer ske.



Åtgärd: Det är många variabler som påverkar tillgången på bostäder. Framförallt att ha rätt planeringsförutsättningar: känna till inflödet av nya beslut från andra kommuner, från barn och unga till Funk Vuxen samt att finnas med i kommunens översiktliga planering av bostäder.

Risk i process Möjliggöra...leva som andra - Kartläggning sysselsättning

Kartläggning för sysselsättning ska göras så att den enskildes intresse, förmåga och behov blir synliga. Risken är att kartläggningen inte blir avgörande vid val av plats utan att det är platstillgång inom DV styr.

Riskkategori	Ansvarig	Riskvärde	Sannolikhet	Konsekvens
Verksamhetsrisk	Niklas Hermansson	9	3	3

KONTROLLMOMENT

Titel	Beskrivning	Status	Bedömning
Kontroll reducering av riskvärde			

Kommentar:

T3: Enligt uppföljning av indikator i verksamhetsplan är väntetid för verkställighet 209 dagar - målet är max 90 dagar (en minskning från T2 då den låg på 221 dagar). IVO har begärt yttrande i flera ärende och förvaltningen riskerar få viten.

Det finns inga tendenser till reducering av riskvärde gällande att kartläggning av den enskildes intresse, förmåga och behov inte blir avgörande vid val av plats utan att det är platstillgång inom DV styr då upplevelsen är att det är fullt i de flesta dagliga verksamheterna. Alla nya brukare får inte alltid den tiden som de önskar utan vi kan eventuellt bara verkställa beslutet delvis, trots att den enskilde önskar heltid.



Orsakerna till att skälig väntetid inte uppnås för insatsen daglig verksamhet är volymökningar som i sin tur påverkar antalet platser men även att vi inte utnyttjar de resurser vi har på ett effektivt sätt om man ser till nyckeltal gällande daglig verksamhet och jämförelse med andra och liknande kommuner.

Risk i process Möjliggöra...leva som andra - Medarbetares kompetens

Risk att medarbetare inte har kompetens som matchar den enskildes behov.

Riskkategori	Ansvarig	Riskvärde	Sannolikhet	Konsekvens
Verksamhetsrisk	Niklas Hermansson	9	3	3

KONTROLLMOMENT

Titel	Beskrivning	Status	Bedömning
Kontroll reducering av riskvärde			

Kommentar:

T3: Inventering och prioritering av kompetensutvecklingsbehov hos medarbetarna är genomförd. Kompetensutvecklingsinsatserna kopplat till inventeringen har däremot inte kunnat genomföras p.g.a. covid-19-pandemin. Istället har andra utbildningar genomförts som t.ex. basala



hygienrutiner, HBTQ utb för alla EC, E-autism för medarbetare eftersom att behov av kompetensutveckling kring autism visat sig varit stor.
 Inom daglig verksamhet har en utbildning som heter 720 genomförts för Slussens medarbetare och en på Krus samt ansvarig EC. 720 är en metod som behövs för att Slussen och Krus skall kunna utföra sitt arbete.
 En viktig kompetensutvecklingsinsats som har genomförts för LSS-handläggare är våld i nära relationer. Det innebär att de i slutet av augusti började använda FREDA-kortfrågor vid klientmöte för att uppmärksamma våld.

Risk i process Möjliggöra...leva som andra - Genomförandeplan

Risk att den enskilde inte har insyn och är delaktig i genomförandet av sitt stöd.

Riskkategori	Ansvarig	Riskvärde	Sannolikhet	Konsekvens
Verksamhetsrisk	Niklas Hermansson	12	3	4

KONTROLLMOMENT

Titel	Beskrivning	Status	Bedömning
Kontroll reducering av riskvärde			

Kommentar:



T3: Genom journalgranskningar av enhetschefer har avvikelser gällande delaktighet i genomförandeplanen uppmärksammats även om de flesta granskningar visar att de enskilda individerna har varit delaktiga vid upprättandet av genomförandeplaner. Journalgranskningar har dock inte prioriterats av alla EC under pandemin.

Risk i process Möjliggöra...leva som andra - Jämlig hälsa

Risk att rätt till god hälsa, tillgång till kultur och meningsfull fritid inte tillgodoses/säkerställs

Riskkategori	Ansvarig	Riskvärde	Sannolikhet	Konsekvens
Verksamhetsrisk	Niklas Hermansson	12	3	4

KONTROLLMOMENT

Titel	Beskrivning	Status	Bedömning
Kontroll reducering av riskvärde			

Kommentar:

T3: För att reducera risk att rätt till god hälsa, tillgång till kultur och meningsfull fritid inte tillgodoses/säkerställs är SIP (samordnad individuell plan) ett viktigt verktyg. Det har varit en underutnyttjad möjlighet till att möjliggöra en jämlig hälsa inom processen tidigare. Under tertial tre redovisas en ökning av antal SIP:ar

Risk i process Trygga säkra... förstahandskontrakt - avsaknad av överenskommelse



Överenskommelse med hyresvärdar med krav som snabbt ger möjlighet till ett förstahandskontrakt. Avsaknad av överenskommelse innebär en risk att personer blir kvar i processen under oöverskådlig tid. Det innebär också:

- Det tar resurser i anspråk hos oss
- Det är otydligt vem som ska ansvara för vilka kostnader mellan hyresgäst/hyresvärd/förvaltningen

- Otydlighet då det inte finns någon tidsbegränsning avseende hur länge klienterna ska finnas i processen
- Klienterna vet inte vad som krävs för att få 1:a handskontrakt

Riskkategori	Ansvarig	Riskvärde	Sannolikhet	Konsekvens
Verksamhetsrisk	Camilla Freedeke	16	4	4

KONTROLLMOMENT

Titel	Beskrivning	Status	Bedömning
Kontroll reducering av riskvärde			

Kommentar:

T3: Det som blivit tydligt i arbetet med processen är att enskilda kommuninvånare riskerar att inte få sina behov tillgodosedda och att rättigheter och skyldigheter inte bevakas om vi inte har skriftliga överenskommelser som är förenliga med lagstiftningen och att vi ser till helheten. Genom att arbeta processororienterat så har vi utöver goda resultat med att personer erhållit förstahandskontrakt och fått ner kostnader även lyckats med att identifiera att det saknats förutsättningar för att tillgodose enskilda kommuninvånare behov. Även om det fortfarande saknas en skriftlig överenskommelse gällande en process så är förutsättningarna att reducera riskerna betydligt bättre nu om den genomförs på en övergripande nivå.



Risk i process Trygga säkra...förstahandskontrakt - Ledtid

Ledtiden mellan att behovet blir känt av socialtjänsten och att det tillgodoses för de personer som tidigare beviljats andrahandskontrakt.

Risken är att den enskildes rättigheter och skyldigheter inte bevakas i delprocessen "Ge stöd" p.g.a. att det är svårt att nå och motivera den enskilde eftersom behoven bedöms vara mer omfattande och inte kan tillgodoses med enbart beslut om andrahandsuthyrning.

Riskkategori	Ansvarig	Riskvärde	Sannolikhet	Konsekvens
Verksamhetsrisk	Camilla Freedeke	12	3	4

KONTROLLMOMENT

Titel	Beskrivning	Status	Bedömning
Kontroll reducering av riskvärde			

Kommentar:

T3: Vid rapportering tertial två redovisades att en kartläggning med risk och konsekvensanalys har gjorts och utifrån den har vi kommit fram till att av de 37 klienter som då hade andrahandskontrakt bedömdes 8 personer ej få sina behov tillgodosedda i processen. Vid tertial 3 konstateras att totalt 12 personer har erhållit förstahandskontrakt, sex personer får behov tillgodosedda på annat sätt exempelvis särskilt boende via omsorgsförvaltningen, stödboende m.m. Fler personer kommer erhålla förstahandskontrakt första kvartalet 2021.

Resultatet innebär att de vars behov bedöms enbart kunna tillgodoses genom att handläggare bevakar deras rättigheter har erhållit förstahandskontrakt inom ledtiden. För de personer där behov ej bedöms kunna tillgodoses enbart genom ett förstahandskontrakt eller de ej godkänns som förstahandshyresgäst bedöms ledtiden fortfarande vara lång.

Åtgärd: Fortsätta bevaka rättigheterna och ge stöd i detta för dem vars behov bedöms enbart kunna tillgodoses genom att handläggare bevakar deras rättigheter har erhållit förstahandskontrakt.



Kartlägga samtliga klienter som har andrahandskontrakt idag för att identifiera vilka som riskerar att ej få sina behov tillgodosedda i processen

Risk i huvudprocess -Volymökning inom funktionsnedsättning

Kalmar har stora volymer inom LSS- och SoL-verksamheter för personer med funktionsnedsättning. Det kan bero på både inre och yttre faktorer. Risk finns för oskäligt höga kostnader. Socialnämnden behöver säkerställa att de ekonomiska resurserna används på ett ändamålsenligt och effektivt sätt.

Riskkategori	Ansvarig	Riskvärde	Sannolikhet	Konsekvens
Verksamhetsrisk	Cecilia Frid	16	4	4

KONTROLLMOMENT

Titel	Beskrivning	Status	Bedömning
Kontroll reducering av riskvärde			

Kommentar:



T3: Nyckeltal hämtade från Koll på Funk visar att Kalmar kommun har stora volymer vad gäller personer med boende enligt LSS, antal/ 10 000 inv., i jämförelse med liknande kommuner. Nyckeltal gällande personer med daglig verksamhet enligt LSS, antal/10 000 inv. visar att Kalmar har likvärdiga volymer i jämförelse med liknande kommuner. Antal beslut om sysselsättning SoL har planat ut och har en nedåtgående trend. Arbetet fortsätter dock med att få ännu fler behov tillgodosedda via öppna verksamheter och även ansvarsfördelning med andra myndigheters såsom AF.

Risk i huvudprocess Sammanhållen nära vård och kostn för ext. placeringar

Sammanhållen nära vård och kostnader för externa placeringar inom social barn- och ungdomsvård samt inom missbruksvård. Om rätta förutsättningar saknas för hemmaplanslösningar riskerar personer att placeras externt i onödan. Socialnämnden behöver säkerställa att de ekonomiska resurserna används på ett ändamålsenligt och effektivt sätt.

Riskkategori	Ansvarig	Riskvärde	Sannolikhet	Konsekvens
Verksamhetsrisk	Cecilia Frid	12	3	4

KONTROLLMOMENT

Titel	Beskrivning	Status	Bedömning
Kontroll reducering av riskvärde	Kostnad för placeringar inom processerna för missbruk och trygga säkra barn kommer att följas med indikatorer i verksamhetsplan 2020.		

Kommentar:

T3: Samlad bedömning VO BARN OCH FAMIJ: Kostnaderna för placeringar i externa HVB har minskat med 8 mkr (målvärde var en minskning med 3 mkr). Kostnaderna landar på 21 mkr jämfört med 29 mkr.

Samlad bedömning VO VUXEN: Målvärdet att ligga under 7 940 000 kr har ej uppnåtts, kostnaderna landar på 8 254 000 kr d.v.s högre än jämförelseperioden föregående år. Trenden är dock sjunkande kostnader för närvarande då flera placeringar avslutats under hösten 2020.

Risk i huvudprocess Ökning av ekonomiskt bistånd

Socialnämnden måste noggrant följa utvecklingen i samhället och arbetsmarknaden lokalt som kan ha påverkan på behov av ekonomiskt bistånd för att möta och i möjligaste mån motverka ett sådant ökande behov.

Riskkategori	Ansvarig	Riskvärde	Sannolikhet	Konsekvens
Verksamhetsrisk	Cecilia Frid	9	3	3

KONTROLLMOMENT

Titel	Beskrivning	Status	Bedömning
Kontroll reducering av riskvärde	Kostnad för ekonomiskt bistånd kommer att följas med indikatorer i verksamhetsplan 2020. Indikatorerna är: Vuxna biståndsmottagare som är sjukskrivna utan sjukpenning, Vuxna biståndsmottagare med långvarigt ekonomiskt bistånd.		

Kommentar:

Kostnaderna och utvecklingen för ekonomiskt bistånd följs kontinuerligt i måluppföljning varje tertiäl samt i ekonomirapport per månad.

Resultat T 2: Vuxna biståndstagare som är sjukskrivna utan sjukpenning kartläggs av socialsekreterare för att under verksamhetsåret analysera data och utifrån det ta fram aktiviteter. Målvärdet är minskat antal personer inom gruppen samt minskade kostnader.

Åtgärd: Socialsekreterarna på 351+352 har påbörjat arbetet med att kartlägga sjukskrivna biståndsmottagare. Arbetet pågår men visar redan på väldigt intressant data. Aktiviteter kommer påbörjas efter det att kartläggningen är klar.



Resultat T1: Verksamhetsområdet följer vuxna biståndsmottagare med långvarigt ekonomiskt bistånd med målet att dessa ska nå egen försörjning. Målvärdet är att kostnader inte ska överstiga kostnaderna hos jämförbara kommuner. Pågående ärenden T1 är 178 varav 75 kvinnor (42 %) och 103 män (58 %). Med jämförbara kommuner ligger Kalmar på en medelnivå (Kolada).

Risk i huvudprocess Brist på familjehem

Det råder stora svårigheter att rekrytera familjehem. Det försvårar möjligheten att göra rätt matchning för barn vilket medför ökad risk för sammanbrott. Kvalitetsbrister uppstår då barn inte får sina behov av kontinuitet i stödet tillgodosett.

Riskkategori	Ansvarig	Riskvärde	Sannolikhet	Konsekvens
Verksamhetsrisk	Cecilia Frid	16	4	4

KONTROLLMOMENT

Titel	Beskrivning	Status	Bedömning
Kontroll reducering av riskvärde	Rekrytering av familjehem kommer att följas med indikatorer i verksamhetsplan 2020		

Kommentar:



I verksamhetsplanen arbetar enhet 256 Familjehem med tre indikatorer för att utveckla och följa arbetet med att få fler egna familjehem samt att behålla de som redan finns i kommunens regi. Det är indikatorerna: "Stöd till familjehem", "Konsulentstödda familjehem", "Konsulentstödda familjehem övergår till egen regi". Två bedöms ha acceptabelt utfall T3 samt en ej acceptabel utveckling.

Risk i huvudprocess Psykisk hälsa och missbruk

Den psykiska ohälsan ökar, framför allt bland barn och unga, men också bland den vuxna befolkningen. Det är en stor utmaning för socialtjänsten att möta nya och utökade behov både vad gäller ändamålsenligt arbetssätt och kostnader.

Riskkategori	Ansvarig	Riskvärde	Sannolikhet	Konsekvens
Verksamhetsrisk	Cecilia Frid	12	3	4

KONTROLLMOMENT

Titel	Beskrivning	Status	Bedömning
Handlingsplan	Regionen och kommunerna i Kalmar län kommer tillsammans under året ta fram en gemensam regional handlingsplan.		

Kommentar:



Resultat: Ett regionalt styrdokument med tillhörande handlingsplaner håller på att tas fram av läns gemensam ledning som består av Region Kalmar samt representanter från kommunerna i länet. Arbetet väntas vara klart under tertiäl 1 i år.

Risk i huvudprocess Kunskapsbaserad socialtjänst

För att uppnå målet att vara en kunskapsbaserad socialtjänst är det prioriterat att arbeta med och utveckla metoder och arbetssätt för systematisk uppföljning.

Riskkategori	Ansvarig	Riskvärde	Sannolikhet	Konsekvens
Verksamhetsrisk	Cecilia Frid	9	3	3

KONTROLLMOMENT

Titel	Beskrivning	Status	Bedömning
Kontroll reducering av riskvärde	Utveckling av metoder och arbetssätt kommer att följas med indikatorer i verksamhetsplan 2020		

Kommentar:



Resultat: Utvecklingen mot en alltmer kunskapsbaserad socialtjänst går framåt. Risken ringar in vikten av utveckling av systematisk uppföljning. Detta arbete har fortlöpt på ett sammanvägt positivt sätt i förvaltningen.

Risk i huvudprocess Tillgänglighet

En tillgänglig socialtjänst är en grundförutsättning för att kunna leva upp till övriga kvalitetsmål. Det är därför prioriterat att ständigt följa processernas utredningstid och väntetid samt de enskildas uppfattning om socialtjänstens tillgänglighet

Riskkategori	Ansvarig	Riskvärde	Sannolikhet	Konsekvens
Verksamhetsrisk	Cecilia Frid	9	3	3

KONTROLLMOMENT

Titel	Beskrivning	Status	Bedömning
Kontroll reducering av riskvärde	Uppföljning av utrednings- och		

	väntetid och kommer att följas med indikatorer i verksamhetsplan 2020		
--	---	--	--

Kommentar:

Risken ringar in utredningstid och väntetid samt de enskildas uppfattning om socialtjänstens tillgänglighet som viktiga delar för en tillgänglig socialtjänst.
 Resultat: Målvärdena för utredningstid nås i delar av verksamheten men inte i andra. Målvärdet för väntetid som handlar om att säkerställa att den enskilde ska få beslut om rätt stöd verkställt enkelt, snabbt och rättssäkert genom flexibla verksamheter visar goda resultat sånär som för daglig verksamhet och sysselsättning.

Risk i huvudprocess Jämställdhetssäkrad verksamhet

Det är en prioriterad fråga att använda den könsuppdelade statistiken för att få syn på könsskillnader och med hjälp av denna säkerställa att verksamheten möter den enskilde utifrån behov och inte utifrån kön eller normer.

Riskkategori	Ansvarig	Riskvärde	Sannolikhet	Konsekvens
Verksamhetsrisk	Cecilia Frid	9	3	3

KONTROLLMOMENT

Titel	Beskrivning	Status	Bedömning
Kontroll reducering av riskvärde			

Kommentar:

Risken ringar in vikten av att använda den könsuppdelade statistiken för att få syn på könsskillnader och med hjälp av denna säkerställa att verksamheten möter den enskilde utifrån behov och inte utifrån kön eller normer.
 Resultat: Arbetet med att jämställdhetssäkra socialförvaltningens verksamhet har kommit olika långt inom de olika verksamhetsområdena. Sammantaget är dock bedömningen att arbetet behöver intensifieras. Förvaltningen arbetar med tre indikatorer med specifik inriktning mot jämställd verksamhet. VO Vuxen redovisar uppföljningen könsuppdelat och har som ambition att analysera detta.

Risk i huvudprocess Digitalisering/e-hälsa

Satsningar som pågår och fortsatt prioriteras är att digitalisera och tillgängliggöra socialtjänstens tjänster mot medborgarna för en enklare vardag. Digitaliseringen kräver fortsatt översyn av system och arbetsprocesser för att skapa högre kvalitet och effektivitet.

Riskkategori	Ansvarig	Riskvärde	Sannolikhet	Konsekvens
Verksamhetsrisk	Cecilia Frid	9	3	3

KONTROLLMOMENT

Titel	Beskrivning	Status	Bedömning
Kontroll reducering av riskvärde			

Kommentar:

T3: Under tertialet har förvaltningen fortsatt sitt samarbete med Linnéuniversitetet och eHealth Arena och planerar aktiviteter tillsammans. Pga Coronaläget har aktiviteter fått skjutas fram till 2021. Upphandling av läkemedelsrobotar är i slutskedet och väntas bli klart i början av 2021. Under 2020 var planen att ca 15 e-tjänster skulle publiceras. Resultatet visar att 7 e-tjänster publicerats mot medborgare och 5 internt. Samtlig personal har under våren fått tillgång till Office 365. Utbildning i Office 365 för samtlig personal har planerats men pga Coronaläget har den inte kunnat genomföras



fullt ut. Utav 550 medarbetare har 330 genomgått utbildningen. Office 365 är ett internt verktyg men underlättar införandet av e-hälsoprojekt.

Risk i huvudprocess Våld i nära relationer

Våld i nära relationer är ett stort underrapporterat samhällsproblem som ger svåra återverkningar i alla samhällsskikt och därmed inom socialtjänstens alla målgrupper.

Riskkategori	Ansvarig	Riskvärde	Sannolikhet	Konsekvens
Verksamhetsrisk	Kristina Appert	12	3	4

KONTROLLMOMENT

Titel	Beskrivning	Status	Bedömning
Kontroll reducering av riskvärde			

Kommentar:

T3: I verksamhetsplan 2020 var ett mål att nå fler våldsutsatta. Ungefär lika många utredningar för perioden 2019-01-01-2019-12-31 (80 st) som under perioden 2020-01-01-2020-12-10 (75 st) har öppnats. E-tjänst "Råd och stöd till dig som upplevt våld i nära relation" lanserades under april månad. Möjligheten att vara anonym i e-tjänsten är begränsad vilket troligt påverkar användningen av tjänsten till en början. Under hösten har vi ändrat e-tjänsten och man kan nu vara anonym. Informationsinsatser har också givits till samverkanspartners. Ännu ses ingen stor ökning av ärenden med anledning av pandemin.

STÖDPROCESSER

Hantera ekonomi

- Hantera redovisning och övrig ekonomiadministration
- Hantera finansförvaltning
- Handlägga finansieringsfrågor
- Arbeta med dagliga ekonomiprocesser
- Arbeta med fastighetstaxering

Risk för brister i hantering av attest och firmatecknare

Det finns risk för att attest sker i strid mot reglementet för verifikationer avseende jävs- och integritetsreglerna. Det finns risk för att utbetalningar attesteras av fel person på grund av att attestförteckningarna inte är uppdaterade och kommunicerade med systemförvaltarna för ekonomisystem och verksamhetssystem. Det finns en risk för att kontrakt/avtal skrivs på av andra än firmatecknare för Kalmar kommun. Detta kan leda till förtroendeskada och ekonomisk skada för kommunen i form av skadestånd/vite från kunder, leverantörer eller andra myndigheter.

Riskkategori	Ansvarig	Riskvärde	Sannolikhet	Konsekvens
Risk i finansiell rapportering	Kristina Appert	9	3	3

KONTROLLMOMENT

Titel	Beskrivning	Status	Bedömning
-------	-------------	--------	-----------

Attestförteckning	Kontrollera att attestförteckning är uppdaterad av nämnd.		
-------------------	---	---	---

Kommentar:

T3: Attestförteckning har uppdaterats vid fyra tillfällen under tertial 3 när det skett förändringar av beslutsattestanter.

Resultat T2: Attestförteckning har uppdaterats vid fyra tillfällen under tertial 2 när det skett förändringar av beslutsattestanter.

Resultat T1: Attestförteckning har uppdaterats vid fem tillfällen under tertial 1 dvs när det skett förändringar av beslutsattestanter.

Firmatecknare	Kontrollera att underskrift av årets avtal/kontrakt eller liknande dokument är underskrivna av korrekt firmatecknare för socialnämnden.		
---------------	---	---	---

Kommentar:

T3: Under tredje tertialet har 17 avtal upprättats enligt diariet. Samtliga är undertecknade av korrekt firmatecknare.

Resultat T2: Under andra tertialet har 16 avtal upprättats enligt diariet. Samtliga är undertecknade av korrekt firmatecknare.

Resultat T1: Under första tertialet har 25 avtal upprättats enligt diariet. Samtliga är undertecknade av korrekt firmatecknare.

Risk för brister i hantering av leverantörsfakturor

Risk föreligger att kostnader inte redovisas enligt gällande kommunbas20 och att representation, kurser och resor inte har korrekt dokumentation avseende syfte, deltagande. Risk att leverantörsfakturor inte betalas i tid.

Riskkategori	Ansvarig	Riskvärde	Sannolikhet	Konsekvens
Risk i finansiell rapportering	Kristina Appert	12	4	3

KONTROLLMOMENT

Titel	Beskrivning	Status	Bedömning
Representation, kurser och resor	Kontrollera att syfte och deltagare är angivet på underlaget till fakturorna enligt fastställd rutin		

Kommentar:

T3: Stickprovskontroll har skett av fakturor från sept-december. Andelen korrekt administrerade fakturor dvs där det framgår deltagare och syfte har ökat något jmf med T2. Men antalet kurser och konferenser har minskat kraftigt under perioden pga pandemin. Fortsatt utbildning av beslutsattestanter kommer att ske under 2021.

Resultat T2: Kontroll har skett av samtliga fakturor från jan-april för representation, kursavgifter och resor. 96% av dessa innehåller deltagare och syfte.

Åtgärd: Fakturor som saknat dessa uppgifter har kompletterats i efterhand. De aktuella beslutsattestanterna fått förnyad information om att dokumentation krävs.

Resultat: Kontroll kommer att ske under maj månad. Resultatet redovisas efter tertial 2.

Förfallna fakturor	Kontrollera att det inte finns några förfallna		
--------------------	--	---	---

	fakturor vid månadsbryt.		
--	--------------------------	--	--

Kommentar:

T3: Kontroll har skett varje månad. Flertalet av fakturorna som varit på väg att förfalla har haft anteckning om att man avvaktar åtgärd, tex väntar på kreditfaktura. Om det inte funnits anteckning har berörd chef kontaktats. Bokförda kostnader för påminnelseavgift har minskat jämfört med de senaste åren.

Resultat T2: Kontroll har skett varje månad. Flertalet av fakturorna som varit på väg att förfalla har haft anteckning om att man avvaktar åtgärd, tex väntar på kreditfaktura.

Åtgärd: Om det inte funnits någon anteckning har berörd enhetschef kontaktats för att påminna om att attestera eller lägga anteckning om att fakturan håller på att utredas.

Resultat: T1 Kontroll har skett varje månad. Flertalet av fakturorna som varit på väg att förfalla har haft anteckning om att man avvaktar åtgärd, tex väntar på kreditfaktura. Ett fall där det fanns fakturor hos medarbetare på ELC vars fakturalåda inte stängts.

Åtgärd: Om det inte funnits någon anteckning har berörd enhetschef kontaktats för att påminna om att attestera eller lägga anteckning om att fakturan håller på att utredas

Kontroll av leverantörsfakturor i Procapita	Kontroll av leverantörsfakturor som hanteras i procapita, bl a om leverantör har F-skattsedel, har rätt attestant samt att fakturor innehåller andra lagmässiga krav som finns på en utställd faktura.	✓	●
---	--	---	---

Kommentar:

T3: Kontroll har skett av 10 slumpmässigt utvalda fakturor under tertialelet. Inga avvikelser hittades.

Resultat T2: Kontroll har skett av 10 slumpmässigt utvalda fakturor per tertial. Inga anmärkningar hittades.

Resultat T1: Kontroll kommer att ske under maj månad och kommer att redovisas efter tertial 2.

Risk för brister i redovisningen

Det finns risk för att redovisningen och underlagen till denna brister. Främst avser detta bokföringsorder. Det finns också risk för brister i rättelser som inte kan härledas samt balanskonton som inte avstäms regelbundet.

Riskkategori	Ansvarig	Riskvärde	Sannolikhet	Konsekvens
Risk i finansiell rapportering	Kristina Appert	6	2	3

Risk för brister i hantering av kundfakturering

Risk för att fakturering inte sker i rätt tid eller inte alls och att debiterade avgifter inte följer beslutade taxor och avtal. Detta kan leda till ökad administration när rättelser måste ställas ut och förtroendet för kommunen kan skadas. Det kan också innebära förlorade intäkter.

Riskkategori	Ansvarig	Riskvärde	Sannolikhet	Konsekvens
Risk i finansiell rapportering	Kristina Appert	6	2	3

Risk för brister i hanteringen av mervärdesskatt

Det finns risk för att kommunens hantering och redovisning av mervärdesskatt är felaktig. Momslagstiftningen är komplicerad vilket ökar risken för fel.

Riskkategori	Ansvarig	Riskvärde	Sannolikhet	Konsekvens
Risk i finansiell rapportering	Kristina Appert	6	2	3

Risk för brister i hantering av kontanter eller motsvarande stöldbegärliga värdeföremål

Det finns risk för att kontanter eller andra stöldbegärliga föremål inte hanteras enligt gällande rutiner och riktlinjer. När det gäller kontanter finns det också risk för att handkassorna redovisas i fel period och momsen därmed blir felaktig. Det finns också risk för att förteckningen över handkassor eller andra stöldbegärliga föremål inte är aktuell och handkassorna/föremålen därmed försvinner.

Riskkategori	Ansvarig	Riskvärde	Sannolikhet	Konsekvens
Risk i finansiell rapportering	Kristina Appert	12	3	4

KONTROLLMOMENT

Titel	Beskrivning	Status	Bedömning
Handkassor	Kassakontroll av handkassor. Kontroll av ansvarig för handkassan och kontroll av utbetalningsadress.		

Kommentar:

T 3: Antalet handkassor är ungefär detsamma som 2019. Anledningen till att handkassor inte avslutats är att kommunens gemensamma betalsätt inte fungerar i alla situationer inom socialförvaltningens verksamheter. Dialog sker med kommunledningskontoret kring vilka betalsätt som fungerar inom socialförvaltningens olika verksamheter och som kan ersätta handkassorna fullt ut. Kontroll av utbetalningsadresser har skett löpande under året.

Resultat T2: Kommungemensam arbetsgrupp är tillsatt för att utreda hur kontanthantering kan ersättas. I övrigt inget nytt att rapportera sedan T2.

Resultat T1: Kontroll av utbetalningsadresser har skett för de handkassor som fyllts på under tertialet. Antalet handkassor har minskat med 10 st de senaste åren.

Åtgärd: Antalet handkassor ska minska ytterligare och översyn av betalsätt pågår. Målet är att helt ta bort kontanthantering. Arbetet sker tillsammans med ekonomi och lönecenter på kommunledningskontoret.

Kontroll av statsbidrag

Risk finns att socialförvaltningen missar att söka statsbidrag för sin verksamhet. Det kan leda till förlorade intäkter.

Riskkategori	Ansvarig	Riskvärde	Sannolikhet	Konsekvens
Risk i finansiell rapportering	Cecilia Frid	6	2	3

Hantera ärenden och dokument

- Hantera post
- Hantera arkiv och bevarandefrågor
- Hantera skrivelser och frågor från kunder/medborgare
- Hantera uppdrag och projekt från nämnd/styrelse och kommunfullmäktige

Risk för att diarietföring och gallring inte sker enligt gällande lagstiftning

Det finns risk för att diarietföring, arkivering, bevarande och gallring inte sker enligt gällande lagstiftning och våra antagna dokumenthanteringsplaner. Lagstiftningen är komplex och gråzoner finns. Osäkerhet kan finnas avseende dokumenthanteringsplaner och lagstiftningens krav på registrering av allmänna handlingar.

Riskkategori	Ansvarig	Riskvärde	Sannolikhet	Konsekvens
Legal risk	Cecilia Frid	6	2	3

Risk för felaktig hantering av ärenden och dokument

Det finns risk för att ärenden och skrivelser inte hanteras eller besvaras. Risken ökar om post/ärenden går direkt till tjänsteperson istället för till myndigheten. Det finns också risk för att uppdrag och projekt från nämnd/styrelse och kommunfullmäktige inte hanteras eller besvaras.

Riskkategori	Ansvarig	Riskvärde	Sannolikhet	Konsekvens
Verksamhetsrisk	Cecilia Frid	6	2	3

Informera och kommunicera

- Välja hur vi ska informera
- Publicera och samordna Kalmar.se
- Hantera presskontakter
- Producera trycksaker

Risk för att informationen inte når fram eller inte tas emot

Det finns risk för att informationen som kommunen vill kommunicera inte når fram eller inte tas emot då det finns flera olika informationskanaler. Risken ökar också i och med att informationsflödet är högt i samhället och det kan vara fel tid att informera, fel informationskanal eller missar målgruppen av annan anledning. Det finns också risk för att kommunikationen inte sker på det mest kostnadseffektiva sättet.

Riskkategori	Ansvarig	Riskvärde	Sannolikhet	Konsekvens
Verksamhetsrisk	Cecilia Frid	9	3	3

KONTROLLMOMENT

Titel	Beskrivning	Status	Bedömning
Avvikelse och klagomål	Avvikelse och klagomål som handlar om information som inte nått fram eller tagits emot.		

Kommentar:

T 3 Under tertialet har det inte inkommit några klagomål från ån medborgare som handlar om att information inte nått fram eller tagits emot.

Resultat T2: Under tertialet har det inkommit fem klagomål från klienter/brukare som handlar om att information från handläggare eller insatspersonal inte varit tillräcklig.

Åtgärd: Varje klagomål har handlagts enligt fastställd rutin. Åtgärder har vidtagits och återkoppling har gjorts till berörda klienter/brukare.

Resultat T1: Under första tertialet har det inte inkommit några synpunkter eller klagomål från medborgare som handlar om att information inte nått fram eller tagits emot.

Risk för att informationen är felaktig

Det finns risk för att informationen är felaktig, inte uppdaterad, bristfällig eller kan misstolkas. Kommunen hanterar och tar emot mycket information vilket medför en risk för felaktigheter. Det finns också flera informationskanaler in och ut vilket gör det svårare att få kontroll över hela informationsflödet.

Riskkategori	Ansvarig	Riskvärde	Sannolikhet	Konsekvens
Verksamhetsrisk	Cecilia Frid	6	2	3

Leverera IT-stöd

- Bistå med IT-stöd
- Införa och hantera drift av IT-system
- Förändra IT-miljön
- Leverera ny dator-arbetsplats

Risk för att IT-system inte stödjer verksamheten

Risk för att IT-system inte stödjer användarna och därmed verksamheten. Detta kan innebära att arbetsuppgifter inte kan utföras på ett optimalt sätt, till exempel om användare inte hittar den information som han/hon söker.

Riskkategori	Ansvarig	Riskvärde	Sannolikhet	Konsekvens
IT-risk	Kristina Appert	6	2	3

Risk för att det finns oklarheter i befogenheter och ansvar

Risk för oklarheter i befogenheter och ansvar gällande IT-system. Systemförvaltning av IT-system ligger i vissa fall ute på enheterna som använder/har köpt in systemen. Oklarheter kan då uppstå om vilka befogenheter systemförvaltaren respektive kommunens IT-avdelning har och vem som är ansvarig för vad.

Riskkategori	Ansvarig	Riskvärde	Sannolikhet	Konsekvens
IT-risk	Cecilia Frid	6	2	3

Risk för att system köps ute i verksamheter utan IT:s kännedom

System för samma hantering kan finnas i flera av kommunens verksamheter vilket innebär en onödig kostnad. Informationssäkerhet, drift och underhåll av systemet beaktas ej vid införskaffandet.

Riskkategori	Ansvarig	Riskvärde	Sannolikhet	Konsekvens
IT-risk	Kristina Appert	6	3	2


Risk för felaktiga behörigheter i system

Felaktig behörighet i IT-system riskerar att leda till sekretessbrott och andra överträdelser av befogenheter.

Riskkategori	Ansvarig	Riskvärde	Sannolikhet	Konsekvens
Legal risk	Kristina Appert	9	3	3

KONTROLLMOMENT

Titel	Beskrivning	Status	Bedömning
-------	-------------	--------	-----------

Kontroll av behörigheter till våra verksamhetssystem	Kontroll av att personal som slutat eller bytt anställning har rätt behörighet i verksamhetssystemen Procapita och Lifecare		
--	---	---	---

Kommentar:

T 3: I samband med övergång till vht-systemet Lifecare kontrolleras att medarbetare har rätt behörighet. Även stickprovskontroller sker för att säkerställa att medarbetare har rätt behörighet i vht-systemen Procapita och Lifecare. Kontroll sker även genom loggning som genomförts enligt upprättad rutin.

Åtgärd: Behörighetstilldelning håller på att synkas med anställningsbesluten vilket kommer medföra att behörigheter upphör med automatik när en anställning avslutas eller förändras. Därmed kommer en del manuella rutiner att kunna tas bort.

Resultat T2: Se kommentar under T1.

Resultat T1: I samband med övergång till vht-systemet Lifecare kontrolleras att medarbetare har rätt behörighet. Även stickprovskontroller sker för att säkerställa att medarbetare har rätt behörighet i vht-systemen Procapita och Lifecare. Kontroll sker även genom loggning som genomförts enligt upprättad rutin.

Åtgärd: Behörighetstilldelning håller på att synkas med anställningsbesluten vilket kommer medföra att behörigheter upphör med automatik när en anställning avslutas eller förändras. Därmed kommer en del manuella rutiner att kunna tas bort.

Rekrytera, utveckla och avveckla personal

- Rekrytera personal
- Genomföra löneöversyn
- Genomföra förhandlingar
- Arbeta med kompetensutveckling
- Arbeta med personaladministration
- Stödja utvecklingen av en attraktiv och frisk arbetsplats
- Administrera lokal och central samverkansgrupp
- Genomföra tvisteförhandlingar
- Genomföra intresseförhandlingar
- Handlägga pensionsfrågor
- Hantera och utbetala lön
- Arbeta med systematiskt arbetsmiljöarbete
- Handlägga arbetsgivarens rehabiliteringsansvar
- Arbeta med vårt inre miljöarbete



Risk för brister i hantering av lön

Personalkostnader utgör den andelsmässigt största delen av kommunens kostnader, cirka 80%. Processer från anställning till utbetald lön innefattar flera steg beroende av den

mänskliga faktorn. I de fall processerna inte följs eller blivit föråldrade kan detta generera fel vid löneutbetalningar eller få stor påverkan för den anställde eller arbetsgivaren. Det finns risk att frånvaro såsom sjukfrånvaro, semester och föräldraledighet inte rapporteras som det ska. Det finns också risk att redovisningen av lönen blir fel.

Riskkategori	Ansvarig	Riskvärde	Sannolikhet	Konsekvens
Risk i finansiell rapportering	Kristina Appert	9	3	3

KONTROLLMOMENT



Titel	Beskrivning	Status	Bedömning
Uppföljningar av utbetalningar	Kontroll av att utbetalning sker till rätt personer		

Kommentar:

T 3: Vid varje månadsuppföljning ingår att chef kontrollerar förteckning av utbetald lön från enheten. Av uppföljningsblankett framgår att huvuddelen av cheferna kontrollerar uppgifterna. Lönehandläggare gör kontroller på utbetalningar varje månad.

Resultat T2: Inget nytt att rapportera.

Resultat T1: Vid varje månadsuppföljning ingår att chef kontrollerar förteckning av utbetald lön från enheten. Av uppföljningsblankett framgår att huvuddelen av cheferna kontrollerar uppgifterna. Lönehandläggare gör kontroller på utbetalningar varje månad.

Löneavdrag vid utökad surfmängd	Anställd kan teckna avtal med Kalmar kommun om att använda tjänstetelefonen även privat. Finns behov av utökning av surfmängd för privat bruk ska det ske löneavdrag. Kontroll att löneavdrag sker då personal utökar surfmängd för privat bruk		
---------------------------------	---	--	--

Kommentar:

Beskrivning av risk: Anställd kan teckna avtal med Kalmar kommun om att använda tjänstetelefonen även privat. Finns behov av utökning av surfmängd för privat bruk ska det ske löneavdrag. Kontroll att löneavdrag sker då personal utökar surfmängd för privat bruk

T 3: Kontroll har gjorts och inga avvikelser har hittats.

Resultat T2: Kontroll pågår av kostnader för jan-augusti som är utöver ordinarie abonnemang och som betalats av kommunen. Ingen avvikelse har hittills hittats.

Resultat T1: Kontrollen utförs av medarbetare på IT-enheten. Första tertialets kontroll kommer att ske i mitten av maj. Därför finns inget resultat ännu.

Risk för att kommunen inte kan säkerställa personalförsörjningen med rätt kompetens

Det finns risk att kommunen inte kan rekrytera personal eller behålla personal med rätt kompetens. Många yrkesgrupper är starkt eftertraktade på arbetsmarknaden och konkurrensen från andra organisationer är hög. Kommunen måste vara en attraktiv arbetsgivare samt se till att kommunens verksamheter är i ständig förändring med nya lagstadgade krav. Kommunen måste kontrollera att kompetensutveckling av personal sker i den utsträckning som behövs för att klara yrkesrollen som annars kan leda till ökade avvikelser, lägre effektivitet och övriga kvalitetsbrister.



Riskkategori	Ansvarig	Riskvärde	Sannolikhet	Konsekvens
Verksamhetsrisk	Cecilia Frid	6	2	3

Risk för att kraven i det systematiska arbetsmiljöarbetet inte uppfylls

Det finns risk för att kraven i det systematiska arbetsmiljöarbetet inte uppfylls. Enligt arbetsmiljölagen är arbetsgivaren huvudansvarig för arbetsmiljön och arbetsförhållanden på arbetsplatsen. Arbetsmiljön gäller både fysiska som psykosociala förhållanden. En god arbetsmiljö ger engagerade medarbetare som bidrar till verksamhetens kvalitet, resultat och mål.

Riskkategori	Ansvarig	Riskvärde	Sannolikhet	Konsekvens
Verksamhetsrisk	Cecilia Frid	9	3	3

KONTROLLMOMENT

Titel	Beskrivning	Status	Bedömning
Uppföljning av det systematiska arbetsmiljöarbetet	Uppföljning av att årshjulet som tagits fram för det systematiska arbetsmiljöarbetet följs.		

Kommentar:

T 3: Uppföljning av förvaltningens systematiska arbetsmiljöarbete har skett enligt årshjulet samt vidare rapporterats till socialnämnden enligt plan.

Resultat T2: Inget nytt att rapportera.

Resultat T1: Uppföljning av förvaltningens systematiska arbetsmiljöarbete har skett enligt årshjulet samt vidare rapporterats till socialnämnden enligt plan.

Stödja och utveckla den demokratiska processen

- Administrera nämndens/styrelsens verksamhet
- Hantera motioner
- Hantera medborgarförslag
- Genomföra allmänna val
- Genomföra medborgardialoger
- Hantera interpellationer och frågor

Risk för att lagar och rutiner inte följs i den demokratiska processen

Det finns risk för att lagar och rutiner inte följs i den demokratiska processen. Kommunen har rutiner som ska följas för att administrera nämnder och styrelser verksamhet samt att det finns lagar att följa. Om dessa inte är kända eller inte följs i verksamheten finns risk för att fel görs. Risk finns att protokollen utformas på ett otydligt sätt och att tveksamheter uppstår om vad som har beslutats.

Riskkategori	Ansvarig	Riskvärde	Sannolikhet	Konsekvens
Legal risk	Cecilia Frid	6	2	3

Risk för att delegationsbeslut inte rapporteras

Det finns risk för att delegationsbeslut inte återrapporteras enligt antagen delegationsordning.

Riskkategori	Ansvarig	Riskvärde	Sannolikhet	Konsekvens
Verksamhetsrisk	Cecilia Frid	4	2	2

Risk för att tagna beslut inte verkställs

Det finns risk för att tagna beslut inte verkställs eller att det finns tveksamheter om vad som är beslutat.

Riskkategori	Ansvarig	Riskvärde	Sannolikhet	Konsekvens
Verksamhetsrisk	Cecilia Frid	8	2	4

KONTROLLMOMENT

Titel	Beskrivning	Status	Bedömning
Ej verkställda beslut	Ej verkställda beslut redovisas till socialnämnden och till IVO		

Kommentar:

T 3: Rapporteringen följer upprättad rutin. Det totala antalet rapporterade ärenden för 3:e kvartalet ökade något ytterligare - till 193 - jämfört med 173 föregående kvartal. Antalet nyrapporterade ärenden minskade kraftigt, från 98 för 2:a kvartalet till 43 för 3:e kvartalet. Antalet återrapporteringar ökade, från 67 under kvartal 2 till 140 för här aktuellt kvartal. Orsaken till detta är den stora mängden nyrapporterade avbrott som redovisades vid föregående rapportering, huvudsakligen inom daglig verksamhet/sysselsättning, till följd av covid-19-pandemin

Resultat T2: Ej verkställda beslut har rapporterats till nämnd och till Inspektion för vård och omsorg per kvartal enligt rutin. Det totala antalet rapporterade ärenden för 2:a kvartalet ökade kraftigt, till 173, jämfört med 102 föregående kvartal. Den avgörande orsaken till ökningen är den stora mängden avbrott, huvudsakligen inom daglig verksamhet/sysselsättning, till följd av den pågående covid-19-pandemin. Totalt 98 inrapporterade ärenden beror på uttalad oro för smitta, vilken har lett till avbrott i verksamheten eller förhindrat verkställighet av insats

Resultat T1: Ej verkställda beslut har rapporterats till nämnd och till Inspektion för vård och omsorg per kvartal enligt rutin. Det totala antalet rapporterade ärenden för 1:a kvartalet minskade till 102, jämfört med 120 föregående kvartal. Flest rapporterade beslut avser daglig verksamhet enligt LSS/sysselsättning SoL (56), därefter kontaktperson enligt SoL/LSS (26) och bostad med särskild service enligt LSS/särskilt boende SoL (12). Antalet rapporterade ärenden inom samtliga dessa kategorier minskade dock påtagligt, jämfört med föregående kvartal. Andelen nyrapporterade beslut ökade marginellt medan antalet återrapporterade beslut minskade kraftigt.

Tillhandahålla lokaler

- Beställa installation och funktion för telefoni och data
- Lösa verksamhetens behov av lokaler
- Arbeta med larm/styr och övervakning av fastigheter
- Genomföra uppdrag kring nybyggnation
- Överlämna entreprenad till Drift&service
- Hantera uppdrag på Drift&service
- Hyra ut lediga lokaler externt


- Hantera felanmälan
- Arbeta med energieffektivisering
- Planera underhåll av fastigheter

Risk för orationell hantering av lokaler

Det finns risk för att samordningsvinsterna uteblir och hanteringen av lokaler inte blir optimal då lokalanteringen sker av andra än fastighetsförvaltarna.

Riskkategori	Ansvarig	Riskvärde	Sannolikhet	Konsekvens
Verksamhetsrisk	Cecilia Frid	9	3	3

KONTROLLMOMENT

Titel	Beskrivning	Status	Bedömning
Kontinuerliga träffar med serviceförvaltningen	Föra dialog med serviceförvaltningen angående lokalfrågor.		

Kommentar:

T 3: Serviceförvaltningen har ställt in de gemensamma träffar under tertialet pga pandemin. Risken har därmed ökat att lokaler inte hanteras på optimalt sätt. Trots uteblivna gemensamma träffar har kontakt med serviceförvaltningen skett vid behov.

Resultat T2: Dialog har skett kontinuerligt med Serviceförvaltningen under tertialet.

Resultat T1: Serviceförvaltningen är sammankallande för kommungemensam lokalgrupp. Två träffar har ägt rum under tertialet.

Tillhandahålla varor och tjänster

- Tillhandahålla vaktmästeritjänster
- Tillhandahålla telefonistjänster
- Upphandla telefoner och datorer
- Förvalta IT-system
- Lösa ärenden till helpdesk
- Hantera förändringar av IT-infrastrukturen
- Lösa verksamhetens behov av lokaler
- Hantera våra försäkringar
- Arbeta med inköp och upphandling
- Arbeta med skal- och personskydd
- Hantera kundbeställningar, leveranser och förråd
- Anskaffa material från leverantörer
- Planera och utföra städuppdrag
- Utföra transporter
- Underhålla, reparera och besiktiga fordon
- Köpa/leasa fordon och motorredskap



- Planera och leverera kostverksamhet

Risk för att inköp inte sker enligt avtal

Det finns risk för att inköp inte sker enligt de avtal som kommunen tecknat. Samtliga avtal finns inte samlade i systemstöd och vilka avtal som tecknats kanske inte är känt av de som gör inköp. Det finns också risk för att tecknade avtal inte sägs upp i tid, omförhandlas eller förlängs då de återfinns på olika ställen och inte är samlade i systemstöd.

Riskkategori	Ansvarig	Riskvärde	Sannolikhet	Konsekvens
Verksamhetsrisk	Kristina Appert	12	4	3

KONTROLLMOMENT

Titel	Beskrivning	Status	Bedömning
Inköp följer avtal	Kontroll av att inköp sker av kommunens avtalade leverantörer.		

Kommentar:

T 3: Underlag från upphandlingsenheten ang avtalstrohet har analyserats. Det som kunnat konstateras är att avtalstroheten har förbättrats i år jämfört med förra året. Djupare analys om varför det i vissa fall skett inköp från leverantörer där det saknas avtal kommer att ske under 2021 i samband med att beställningsportalen Proceedo införs.

Resultat T2: Kontroll av inköp via betalkort: Kontroll har skett under juni månad. Av totalt 61 inköp är 5 st gjorda hos 2 leverantörer där avtal finns. Resultatet är något bättre än T1 och information om vad som gäller sker kontinuerligt till kortinnehavarna.

Kontroll av avtalstrohet: Underlag från upphandlingsenheten ang avtalstrohet håller på att analyseras. Det som hittills kunnat konstateras är att avtalstroheten har förbättrats i år jämfört med förra året. Analys om varför det i vissa fall skett inköp från leverantörer där det saknas avtal, kommer att slutföras till T3 då det finns underlag för hela 2020.



Resultat T1: Kontroll av inköp via betalkort: Kontroll har skett av inköp under mars månad. Av totalt 114 inköp är 13 st gjorda hos 3 leverantörer där avtal finns. Dessa leverantörer skulle därmed ha fakturerat förvaltningen istället. Inköpen uppgår sammanlagt till 2 tkr. Vi arbetar kontinuerligt med att förtydliga och påminna om vad som gäller för användning av inköpskortet.

Risk för att direktupphandling inte sker

Det finns risk för att direktupphandling inte görs enligt gällande lagkrav. Lagens krav är inte kända hos alla som gör inköp. Det finns också risk att de direktupphandlingar som görs inte redovisas till upphandlingsenheten.

Riskkategori	Ansvarig	Riskvärde	Sannolikhet	Konsekvens
Legal risk	Kristina Appert	9	3	3

KONTROLLMOMENT

Titel	Beskrivning	Status	Bedömning
Kontroll om direktupphandling har skett	Leverantörsfakturor kontrolleras för att se om rutin för direktupphandling har följts.		

Kommentar:

T3: Kontroll i form av stickprov har skett under tertialet. Samtliga kontrollerade avtal har hanterats på rätt sätt. Kommungemensam inventering av samtliga avtal pågår just nu. Målet är att alla avtal ska hanteras i ett gemensamt digitalt system. Åtgärden väntas reducera riskerna att inköpsprocessen inte följs.

Resultat: Kontrollmomentet kommer att utföras efter T3 då hela året kan analyseras.
Kontrollmomentet sker i samarbete med upphandlingsenheten.

Risk för mutor, jäv och oegentligheter

Kalmar kommun har antagit riktlinjer mot mutor och jäv samt tillhörande handlingsplan som en del i ett aktivt förebyggande arbete. Det finns risk för att dessa inte följs. För att ytterligare förebygga oegentligheter ska varje nämnd bedöma risken för mutor, jäv och oegentligheter inom sin verksamhet. Ett aktivt, förebyggande arbete mot korruption i kommunal verksamhet skyddar medborgarna mot slöseri och ineffektivitet. Medborgarnas förtroende för kommunen fordrar att de anställda och förtroendevalda inte påverkas av ovidkommande önskemål, mutbrott, favorisering av en enskild leverantör eller ovidkommande hänsyn i tjänsteutövningen.

Riskkategori	Ansvarig	Riskvärde	Sannolikhet	Konsekvens
Legal risk	Kristina Appert	9	3	3

KONTROLLMOMENT

Titel	Beskrivning	Status	Bedömning
Årlig genomgång av riktlinje för alkoholhandläggare	Alkoholhandläggare riskerar att bli föremål för mutor och/eller bli beskyllda för jäv. För att säkerställa att kunskapen hålls levande kring vad som gäller för mutor och jäv sker kontinuerlig genomgång av riktlinjen.	✓	●

Kommentar:

T 3: Genomgång av riktlinjen ang mutor och jäv har skett med alkoholhandläggarna.

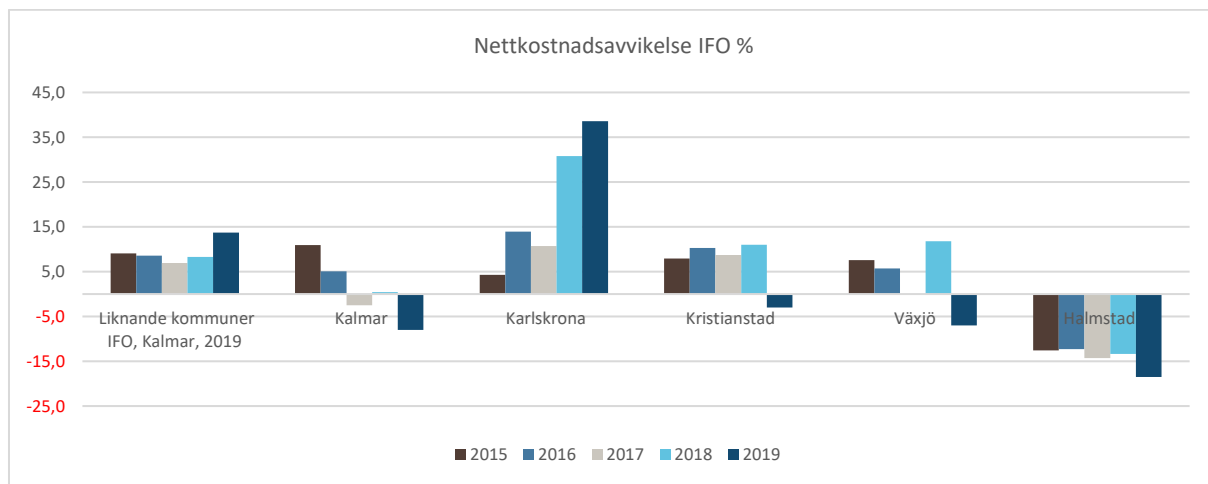
Resultat T2: Se kommentar efter T1.

Resultat T1: Genomgång av riktlinje kommer att ske till hösten enligt årshjul.

Ekonomiska nyckeltal

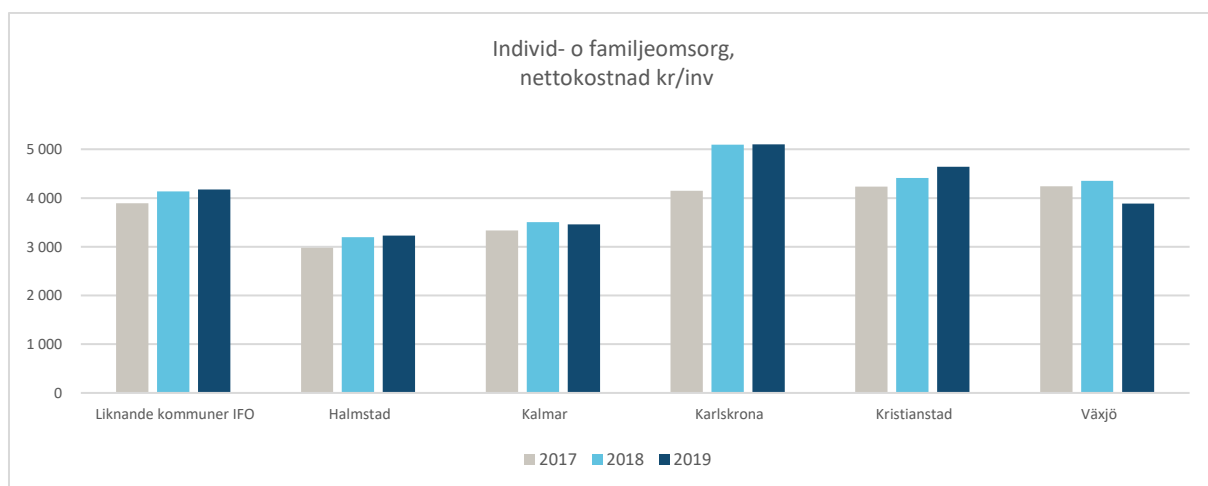
Individ- och familjeomsorg

Nettokostnadsavvikelsen jämför nettokostnad med förväntad kostnad givet ett antal strukturella faktorer. Positiv avvikelse indikerar högre kostnadsläge än statistiskt förväntat, och negativ avvikelse ett lägre kostnadsläge än statistiskt förväntat. Kalmar har haft ett högre kostnadsläge än förväntat under flera år, men 2017 sänktes kostnaderna jämfört med andra och Kalmar hade då ett lägre kostnadsläge än förväntat. För 2018 var nettokostnadsavvikelsen väldigt nära balans, för att 2019 bli negativ. Likartade kommuner inom IFO ligger på ett högre kostnadsläge än förväntat, medan samtliga jämförelsekommunerna, förutom Karlskrona, har en negativ nettokostnadsavvikelse för 2019.

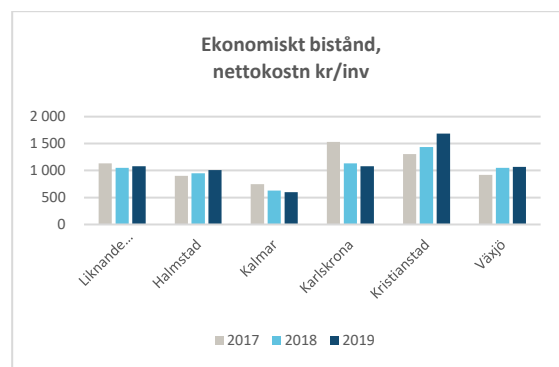


* Liknande kommuner IFO 2019: Falun, Gotland, Karlskrona, Luleå, Skellefteå, Sollentuna, Östersund

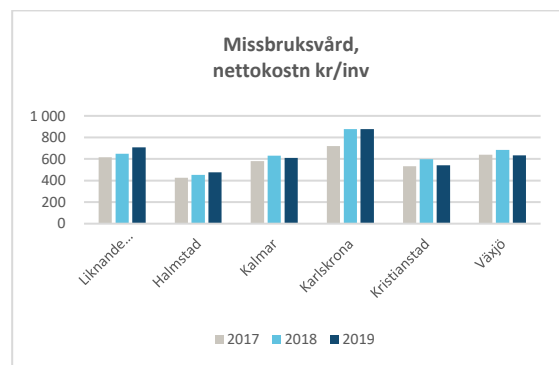
Nettokostnaderna för Individ- och familjeomsorg minskade för Kalmar 2019, vilket berodde på minskade kostnader för ekonomiskt bistånd, missbruksvård och övrig vuxenvård.



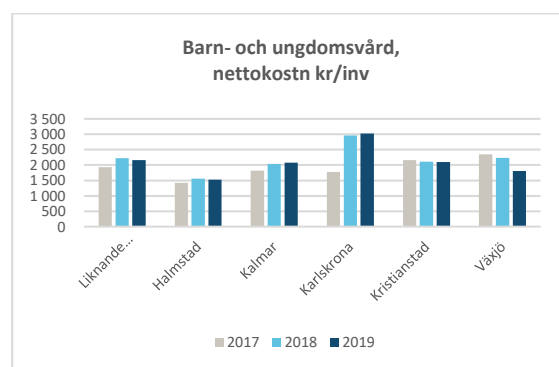
Grunden till utvecklingen för Kalmar beror på positiv utveckling för ekonomiskt bistånd under flera år. Ändamålsenliga arbetssätt inom ekonomiskt bistånd bidrar till kostnadseffektivitet.



Inom missbruksvården minskade nettokostnaderna för Kalmar under 2019. Några jämförelsekommunerna följde samma utveckling, medan andra ökade sina kostnader.



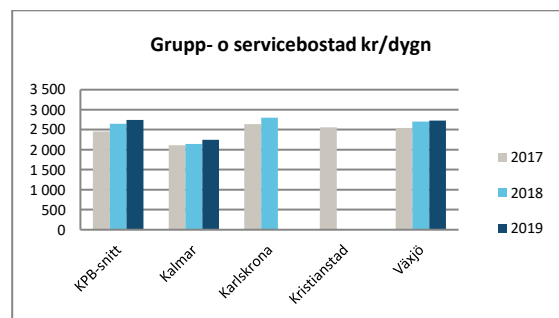
Inom den sociala barn- och ungdomsvården ökade kostnaderna för Kalmar 2019. Flera av jämförelsekommunerna minskade kostnaderna 2019. För 2020 ser Kalmar ut att också minska kostnaderna efter framgångsrikt arbete i processerna.



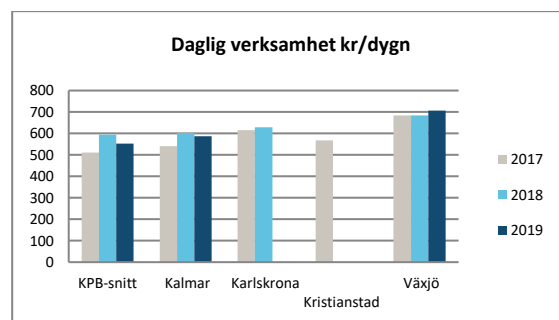
Funktionsnedsättning LSS och SoL

Socialförvaltningen deltar varje år i kostnad per brukare (KPB). KPB är en metod för kostnadsberäkning av insatser, och för hur dessa insatser kan kopplas till brukare. Med dessa nyckeltal kan vi jämföra Kalmar med övriga deltagande kommuner, men också göra interna jämförelser. Rådet för kommunal analys (RKA) och SKR har under hösten 2020 arbetat fram ett verktyg, Koll på funk. Med verktyget är det möjligt att enkelt få fram volymer och kostnader för flera insatser och jämföra resultat med liknande kommuner och med riket. Dessa uppgifter blir ett viktigt komplement till resultat från KPB, och detta kommer vi jobba vidare med framöver.

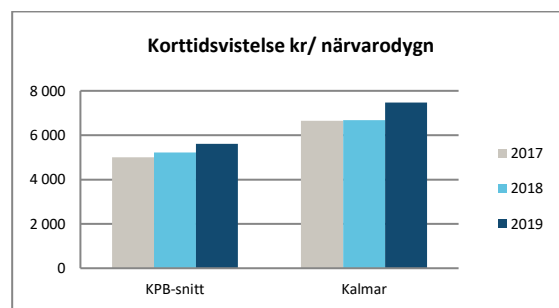
Kalmar ligger fortsatt på en lägre dygnskostnad för bostäder totalt jämfört med jämförelsekommunerna och KPB-snittet. Den sammanlagda kostnaden för boende med särskild service påverkas dels av dygnskostnaden för grupp- respektive servicebostad men till stor del även av kombination av grupp- respektive servicebostäder. Däremot har Kalmar en högre andel personer med beslut om bostad i jämförelse med andra kommuner.



Kalmar ligger högre än genomsnitt i KPB inom daglig verksamhet, och det har därför funnits ett uppdrag under de senaste åren att arbeta vidare med kostnaderna. Under 2020 ser Kalmars kostnader ut att minska jämfört med tidigare år.



Kostnaden för närvarodygn i korttidsvistelse ligger fortfarande över genomsnittet bland deltagande kommuner. För 2020 ser kostnaderna ut att minska, men barn med beslut korttidsvistelse har ofta ett stort omvårdnadsbehov vilket kräver en högre bemanning.



Handläggare
Johnny Lesseur
0480-450000

TJÄNSTESKRIVELSE

Datum
2021-02-03

Ärendebeteckning
SN 2020/0320.11.01

Socialnämnden

Ej verkställda beslut 4:e kvartalet 2020

Förslag till beslut

Socialnämnden beslutar att godkänna informationen avseende ej verkställda beslut för 4:e kvartalet 2020 och överlämna denna till kommunfullmäktige. Sammanställningen skickas även till kommunrevisorerna.

Bakgrund

Socialnämnden ska kvartalsvis redovisa ej verkställda beslut till Inspektionen för vård och omsorg, IVO. Besluten ska även redovisas till kommunens revisorer samt rapporteras till kommunfullmäktige. Detta enl. 28 § f-h, lag om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS samt 16 kap 6 § f-h, socialtjänstlagen, SoL. De beslut som inte har verkställts inom tre månader från datum då beslut togs samt avbrott i verkställigheten som har varat mer än tre månader ska rapporteras.

I bilaga 1 finns en summerad sammanställning av de beslut som rapporterats till IVO för 4:e kvartalet 2020 (beslutade/avbrutna under 3:e kvartalet 2020). Redovisningen avser nya ärenden under 4:e kvartalet (som ska återrapporteras samt under perioden verkställda), återrapporterade ärenden (som ska återrapporteras samt under perioden verkställda) samt ärenden som tidigare har rapporterats som ej verkställda men som under 4:e kvartalet har avslutats av annan anledning än på grund av verkställighet. Dessutom ingår tre diagram, som visar utvecklingen av ej verkställda beslut över tid.

I bilaga 2 lämnas en preciserad redovisning gällande ej verkställda beslut om bostad med särskild service enligt LSS/boende enligt SoL.

Det totala antalet rapporterade ärenden för 4:e kvartalet minskade markant - till 150 - jämfört med 193 föregående kvartal. Antalet nyrapporterade ärenden var det minsta antal som har registrerats sedan nuvarande redovisningsform infördes (2:a kvartalet 2019). Enbart 10 nya ärenden tillkom, jämfört med 43 föregående kvartal. Även antalet återrapporteringar minskade - om än marginellt och från en mycket hög nivå - från 140 under kvartal 3, till 133 för här aktuellt



kvartal. Det kvarstående höga antalet, huvudsakligen inom daglig verksamhet/sysselsättning, sammanhänger med den fortfarande pågående covid-19-pandemin. Totalt 71 (motsvarande antal för 3:e kvartalet var 103) inrapporterade ärenden beror vid här aktuellt rapporteringskvartal på uttalad oro för smitta, vilken har lett till avbrott i verksamheten eller förhindrat verkställighet av insats. I något enstaka fall beror verkställighetshindret på att den enskilde är/har varit smittad av covid-19.

Flest rapporterade beslut totalt avser daglig verksamhet enligt LSS/sysselsättning SoL (97), därefter kontaktperson enligt SoL/LSS (31) och bostad med särskild service enligt LSS/särskilt boende SoL (18).

Johnny Lesseur
Förvaltningssekreterare

Cecilia Frid
Socialchef

Bilagor

Rapportering ej verkställda beslut 4:e kvartalet 2020

Nulägesrapport ej verkställda bostadsbeslut oktober - december 2020

Rapportering ej verkställda beslut 4:e kvartalet 2020

Ej verkställda beslut IFO SoL

	Nya 4:e kvartalet	Nya 4:e kvartalet verkställda	Återrapporterade	Verkställda tidigare rapporterade	Avslutade utan verkställighet (*)
Kontaktfamilj					
Öppenvård ATV			1	1	
Kontaktperson					
Öppenvård familjbehandling					

S:a kvarstående ej verkställda till nästa kvartal
0
1
0
0

Ej verkställda beslut OF SoL

	Nya 4:e kvartalet	Nya 4:e kvartalet verkställda	Återrapporterade	Verkställda tidigare rapporterade	Avslutade utan verkställighet (*)
Kontaktperson			1		
Sysselsättning	2		20	1	2
Boende			4	1	

S:a kvarstående ej verkställda till nästa kvartal
1
22
4

Ej verkställda beslut LSS

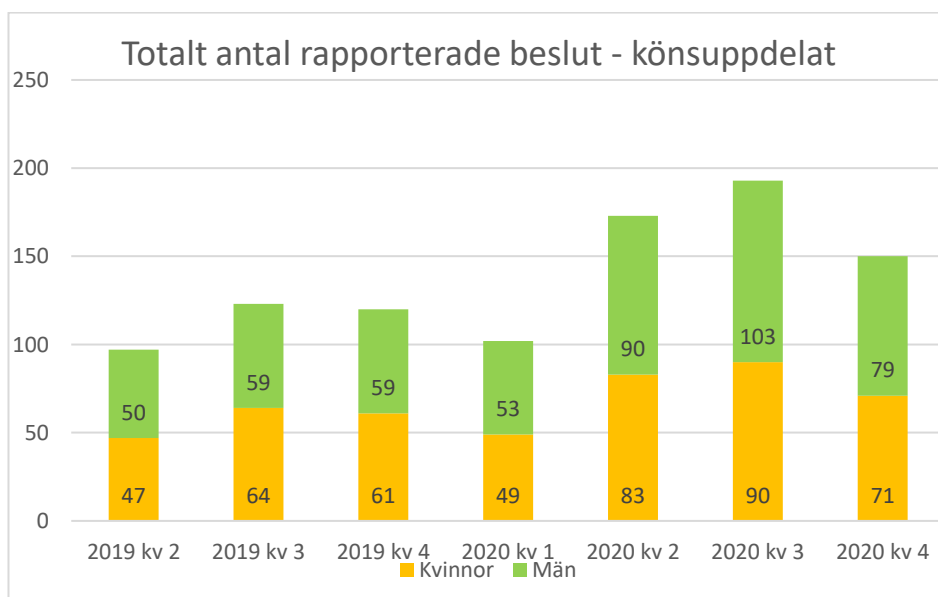
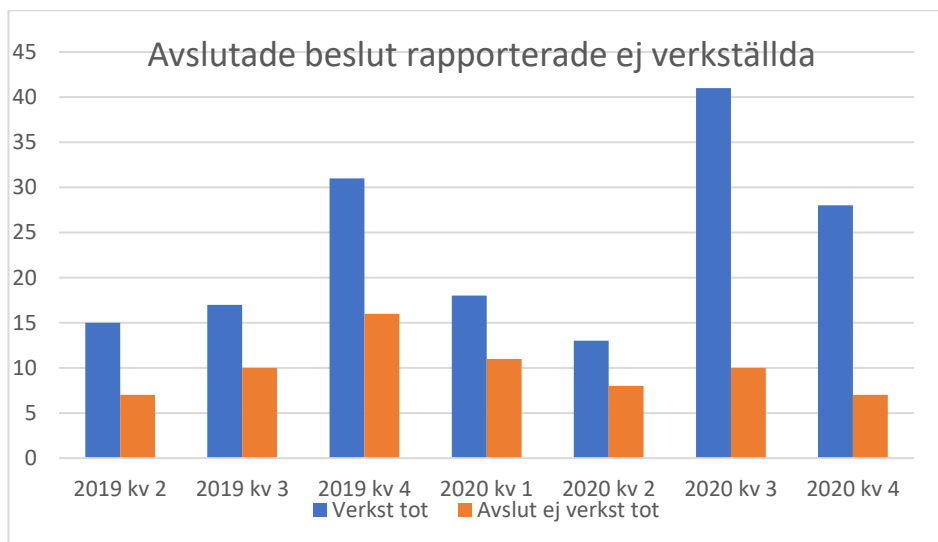
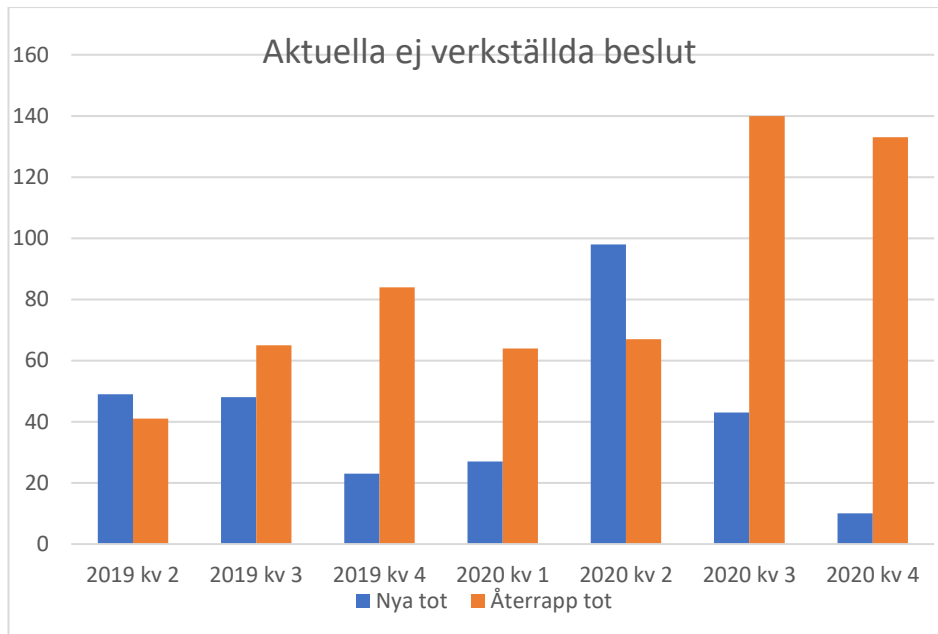
	Nya 4:e kvartalet	Nya 4:e kvartalet verkställda	Återrapporterade	Verkställda tidigare rapporterade	Avslutade utan verkställighet (*)
Kontaktperson	4		20	4	2
Daglig verksamhet	3	1	49	16	3
Bostad med särskild service			10	3	
Ledsagning					
Korttidsvistelse					
Avlösarservice				1	
Personlig assistans			1		

S:a kvarstående ej verkställda till nästa kvartal
24
52
10
0
0
0
1

Totalt antal rapporterade beslut:	150
Varav kvinnor:	71
Varav män:	79

(*) Totalt 7 ärenden avslutade utan verkställighet, varav 4 stycken där tidsbegränsade beslut löpte ut. 1 kommer att erhålla annan insats och 2 har tackat nei till eller av sagt sig insatsen.





Nulägesrapport ej verkställda bostadsbeslut kvartal 4, oktober-december 2020

Bostad med särskild service för vuxna enligt LSS

Servicebostad – 7 beslut 4 har flyttat in i servicebostad under kvartal 4. 1 har erbjudits bostad och tackat ja med inflyttning under kvartal 1 2021. Återstår 2 som kommer att erbjudas bostad kommande vår. 3 av dessa 7 beslut är förhandsbesked från Nybro, Mörbylånga och Oskarshamn.

Gruppboende – 8 beslut Det finns en planering för 4 personer i ny bostad med inflyttning under våren. Övriga 4 har omfattande behov där det i nuläget är svårt att matcha rätt bostad. 2 av dessa 8 beslut är förhandsbesked från Mönsterås och Borgholm.

Korttidsboende/Särskilt boende enligt SoL

Korttidsboende - 6 beslut Alla verkställs. Ingen väntar.

Särskilt boende – 8 beslut 2 personer har flyttat in i bostad under kvartalet. 1 har en pågående utslussning från rättspsykiatri till erbjuden bostad - ej utskrivningsklar. 1 har tackat ja till bostad men avled innan personen hann flytta. 2 har tackat nej till erbjuden bostad. Planering finns för 1 person och för 1 finns ingen bostad ledig som matchar behovet i dagsläget. Denna person bor fortfarande på särskilt boende i sin hemkommun, Karlskrona.

Kommentar

Det är fortfarande högt tryck med få lediga bostäder att erbjuda i synnerhet när det gäller gruppboende trots att ny gruppboende startade upp 1 november med 4 gruppboendeplatser och 1 servicebostad. Till våren 2021 tillkommer ytterligare en ny gruppboende med 5 lägenheter med 1 tillhörande servicebostad, som redan är fylld. Det finns fortfarande ett par lediga lägenheter i gruppboende som tyvärr inte matchar behoven hos de som väntar på bostad. Pågår arbete för att hitta lösningar med omflyttningar från andra bostäder.

Handläggare
Carina Björkman
0480-45 08 42

TJÄNSTESKRIVELSE

Datum
2021-02-11

Ärendebeteckning
SN 2020/0023.11.01

Socialnämnden

Rapport synpunkter och avvikelser 2020

Förslag till beslut

Socialnämnden beslutar att godkänna rapport avseende synpunkter, avvikelser och lex Sarah för 2020.

Bakgrund

Socialförvaltningen arbetar kontinuerligt med att förbättra kvaliteten i verksamheten. En viktig del av detta är att hantera de synpunkter, avvikelser och lex Sarah-rapporter som inkommer för att förebygga att brister upprepas och för att hitta eventuella systemfel i organisationen.

Som en del av socialförvaltningens kvalitetsarbete och kommunens ledningssystem ska förvaltningen rapportera till nämnden de synpunkter, avvikelser och lex Sarah-rapporter som inkommit och handlagts av förvaltningen.

Kerstin Lagerlund
Verksamhetsstrateg

Cecilia Frid
Socialchef

Bilagor
Sammanställning avvikelser 2020



Sammanställning av avvikelser under 2020

lex Sarah

Nedan redovisas inkomna lex Sarah-rapporter under perioden januari till december 2020. Under året har 26 händelser rapporterats. Sju av dessa är inte färdigutredda. Tre av dem bedömdes ej utgöra missförhållande eller risk för missförhållande. Flera av händelserna består av fler än en typ av handling/underlåtelse. Detsamma gäller bakomliggande orsaker. Det bedöms ofta ligga fler orsaker bakom en händelse. I sammanställningen nedan redovisas den typ av handling och den bakomliggande orsak som lex Sarahutredare har angett först.

lex Sarah jan 2020 till december 2020	
Antal rapporter totalt under perioden:	26
Varav pågående:	7
Anmälda till IVO:	5

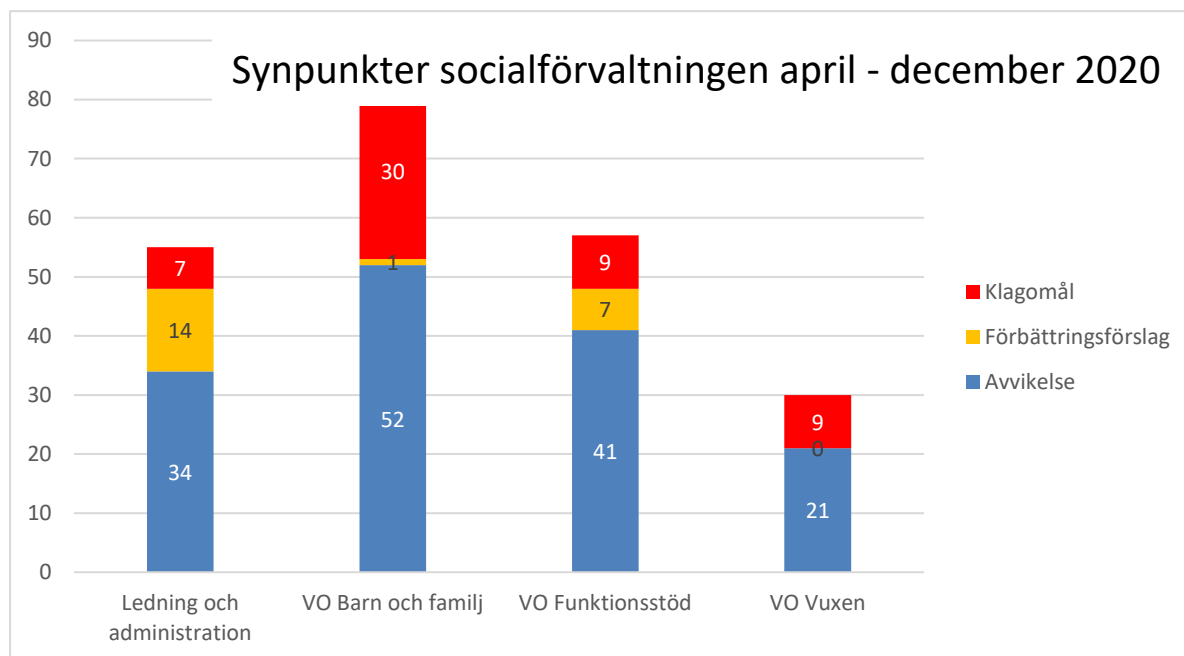
Typ av handling eller underlåtelse	
Brister i bemötande av anställda med flera	2
Brister i rättssäkerhet	11
Brister i utförande av insatser (insatser som utförts felaktigt eller inte alls)	3
Inget missförhållande	3

Bakomliggande orsak på systemnivå	
Omgivning och organisation	
Utbildning och kompetens	3
Processer, rutiner och riktlinjer.	3
Kommunikation och information	10
Teknik, utrustning och apparatur	

Kön på den rapporten berör	
Flickor/Kvinnor:	9
Män/pojkar:	17

Sammanställningen visar en övervikt i händelser som gäller någon form av rättssäkerhet. Det rör sig om avvikelser från lagstiftning och andra krav i myndighetshandläggning, t ex missad skyddsbedömning eller dataintrång men också händelser/underlåtelser som inneburit att den enskildes behov av t ex skydd eller stöd inte tillgodosetts. Den orsak som mest frekvent har identifierats är att kommunikation och information inte fungerat eller behöver förbättras. Statistiken visar också att de rapporterade händelserna berör dubbelt så många pojkar/män som flickor/kvinnor.

Annand avvikelse



Summa av Antal Verksamhet	Kolumnetiketter			Totalsumma
	Avvikelse	Förbättringsförslag	Klagomål	
Ledning och administration	34	14	7	55
VO Barn och familj	52	1	30	83
VO Funktionsstöd	41	7	9	57
VO Vuxen	21	0	9	30
Totalsumma	148	22	55	225

Under 2020 har förvaltningen hanterat 225 synpunkter i kommunens e-tjänst för synpunktshantering. Från det gamla systemet finns ytterligare totalt 67 synpunkter som inte syns i ovan sammanställning. De totalt 297 ärendena utgör i princip samma mängd som 2019.

Kommunens system för att hantera synpunkter stöder inte de krav som finns i de olika delarna av avvikelsehantering som socialnämnden har att förhålla sig till enligt Socialstyrelsens föreskrift och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Systemet uppvisar brister när det gäller förutsättningar att ta emot, utreda samt göra sammanställningar och återkoppling av trender och tendenser. Avvikelsehanteringen har med anledning av detta uppvisat brister under 2020. Under första kvartalet 2021 tar Socialförvaltningen ett nytt system i bruk för att komma till rätta med de brister som förevarit under 2020.

Med anledning av vad som sagts ovan, följer en begränsad analys av de synpunkter som inkommit under året nedan.

Verksamhetsområde Barn och familj har hanterat flest synpunkter i det nya systemet (83 st). Att rapportera avvikelser ses för många som en naturlig del i arbetet. Det utgör ett bra underlag för att arbeta vidare med förbättringar. Störst antal avvikelser noterar verksamhetsområdet gällande målet säker vård och omsorg och i delprocessen "Bedöma behov". Det hänger delvis samman med att brister synliggörs i egenkontrollen i form av akt- och journalgranskningen. Flest rapporterade avvikelser gäller överskriden tid och skyddsbedömningar. En trend vi känner igen från lex Sarahstatistiken.

Även Verksamhetsområdena Vuxen och Funktionsstöd Vuxen har flest avvikelser (16 respektive 30 st) inom målet säker vård och omsorg och främst då gällande rättssäkerhet. Inom VO Vuxen konstaterar man att det fortfarande upprättas få rapporter men en viss ökning gällande rapportering av avvikelser i egen verksamhet kan ändå noteras. Vad gäller de klagomål som tagits emot kommer flera från anhöriga som inte är nöjda med beslut eller stöd. Då verksamhetsområdet arbetar med vuxna personer kan ofta information kring beslut eller stöd inte lämnas ut till anhöriga p.g.a. sekretess. Inom alla verksamhetsområdets processer strävar man efter att så långt det är möjligt trygga och informera anhöriga samt att erbjuda anhörigstöd.

Handläggare
Kerstin Lagerlund
0480-45 08 42

TJÄNSTESKRIVELSE

Datum
2021-02-11

Ärendebeteckning
SN 2021/0085.11.01

Socialnämnden

Årlig bedömning av verksamhetsledningssystemet

Förslag till beslut

Socialnämnden fattar inget beslut med anledning av informationen.

Bakgrund

Den övergripande ledningen för kommunens verksamhetsledningssystem skall varje år göra en samlad bedömning av verksamhetsledningssystemet och utifrån denna fastställa om systemet är lämpligt, tillräckligt och väl fungerande. Därutöver skall den övergripande ledningen ta ställning till om kravet på ständiga förbättringar är uppfyllt och fatta nödvändiga beslut om eventuella förändringar av det fortsatta arbetet.

Som underlag för detta arbete skall de lokala ledningarnas genomgång (förvaltningsledningarna) i februari varje år svara på ett antal frågor om förvaltningens arbete med ledningssystemet. I bifogad handling redogörs för de svar som lämnats från socialförvaltningen till den övergripande ledningen.

Kerstin Lagerlund
Verksamhetsstrateg

Cecilia Frid
Socialchef

Bilagor
Årlig bedömning av ledningssystemet 2021



Svarsjournal

Publikationsnamn	Utvärdering av verksamhetsledningssystemet 2020
Namn	Anonym
Datum	2021-02-11 15:44:29
1. Välj förvaltning	Socialförvaltningen
2. Internrevision - Hur har planeringen och genomförande av internrevisionen fungerat?	Bra
2. Internrevision - Hur har stödfrågorna till internrevisionen fungerat?	Bra
2. Internrevision - Hur upplevs kvaliteten på revisionsrapporterna?	Bra
2. Internrevision - Hur fungerade stängningen av avvikelserna?	Bra
2. Internrevision - Hur har internrevisionen fångat förbättringsområden?	Bra
2. Internrevision - Något som kan förbättras? Kommentera alltid när svaren på något av alternativen blir: "Ej tillfredsställande" eller "OK, men med vissa brister"	Internrevisionen gick inte att genomföra på våren och ej heller på ordinarie sätt pga av pandemi och smittorisk. Genomfördes i mindre skala och med fokus enbart på basala hygienrutiner hösten 2020. Vad gäller stödfrågor - gjorde vi egna och de fungerade bra.
3. Lagbevakning och lagefterlevnad - Hur fungerar rutiner för lagbevakning och uppföljning av lagar och andra krav?	Bra
3. Lagbevakning och lagefterlevnad - Har personalen kännedom om de miljölagar andra krav som de berörs av?	Bra
Uppfyller förvaltningen de lagar och andra krav inom miljöområdet som den omfattas av?	Ja

4. Extern revision - Hur har planeringen och genomförande av den externa revisionen fungerat?	Bra
4. Extern revision - Hur upplevs kvaliteten på revisionsrapporten?	Bra
4. Extern revision - Hur fungerade stängningen av avvikelserna?	Bra
4. Extern revision - Hur upplevs den tid som avsatts för extern revision?	Bra
5. Systematiskt brandskyddsarbete - Hur har arbetet med utrymningsövningar, brandskyddsronder och utbildning följt rutinen?	Bra
5. Systematiskt brandskyddsarbete - Är rutinen för rapportering via blankett Incident- och händelserapport vid brand känd bland de anställda?	Bra
5. Systematiskt brandskyddsarbete - Sker rapportering av tillbud och olyckor gällande brand?	OK men med vissa brister
5. Systematiskt brandskyddsarbete - Något som kan förbättras? Kommentera alltid när svaren på något av alternativen blir: "Ej tillfredsställande" eller "OK, men med vissa brister"	Finns en osäkerhet hos personal att bedöma vad som är att betrakta som tillbud. Arbetar med stöd och utbildning till brandskyddskontrollanter. Detta har dock inte kunnat genomföras under pandemin. Av samma skäl har inga brandskyddsutbildningar kunnat hållas. Under 2021 genomförs en digital utbildning.
6. Systematiskt miljöarbete - Hur har "basarbetet" inom miljö fungerat (t ex kemikaliehantering, avfallshantering)?	Bra
6. Systematiskt miljöarbete - Hur har utvecklingsarbetet inom miljö fungerat (t ex verksamhetsplan 2019 "Ett grönare Kalmar")?	Bra
6. Systematiskt miljöarbete - Hur tar vi hänsyn till livscykelperspektivet i beslutsunderlag och det löpande arbetet?	Bra

Har det skett några förändringar i verksamheten som påverkar bedömningen av de betydande miljöaspekterna?	Nej
Har det skett några förändringar i verksamheten som påverkar bedömningen av de betydande miljöaspekterna? - Vid svar "Ja" lämna kommentar	Nej, en allt grönare fordonspark bidrar till mindre klimatpåverkan. Resorna har minskat betydligt under 2020 pga pandemin. Dessa förändringar ändrar inte miljöaspekterna i det korta perspektivet.
7. Systematiskt arbetsmiljöarbete - Hur fungerar rutiner och lagbevakning inom det systematiska arbetsmiljöarbetet?	Bra
8. Processarbetet - Hur har behovet av utbildning kring processer täckts in?	OK men med vissa brister
8. Processarbetet - Hur upplevs förvaltningens processer - är rätt processer beskrivna?	Bra
8. Processarbetet - Hur fungerar mätningen av förvaltningens processer?	Bra
8. Processarbetet - Något som kan förbättras? Kommentera alltid när svaren på något av alternativen blir: "Ej tillfredsställande" eller "OK, men med vissa brister"	Oklart vad som menas med behov av utbildning kring processer. Är det processororientering eller är det utbildningsbehov för att utföra det som processen beskriver. Avses förvaltningsnivå eller det övergripande ledningssystemets förmåga att täcka behovet av utbildning? Det saknas en gemensam syn på vilket roll processororientering ska spela i ledningssystemet.
9. Intressenter - Hur fungerar förvaltningens arbete med att kartlägga intressenters behov och förväntningar?	Bra
9. Intressenter - Hur fungerar förvaltningens arbete med att utvärdera om man uppfyller intressenters behov och förväntningar?	Bra
9. Intressenter - Något som kan förbättras? Kommentera alltid när svaren på något av alternativen blir: "Ej tillfredsställande" eller "OK, men med vissa brister"	Vi efterfrågar brukare och nämndens ledamöters behov och förväntningar och men vi behöver bli bättre på att utvärdera, analysera och systematiskt använda resultatet för att utveckla processerna. I dag efterfrågar

	vi inte tillräckligt hur intressenter i angränsande processer uppfattar hur vi uppfyller behov och förväntningar.
10. Risker och möjligheter - Hur fungerar förvaltningens systematiska arbete med risker?	Bra
10. Risker och möjligheter - Hur fungerar förvaltningens systematiska arbete med möjligheter?	Bra
10. Risker och möjligheter - Något som kan förbättras? Kommentera alltid när svaren på något av alternativen blir: "Ej tillfredsställande" eller "OK, men med vissa brister"	Det finns fortsatt utvecklingspotential i att arbeta mer systematiskt med analyserna men det har skett stora framsteg under året.
11. Målarbetet inklusive måluppfyllelse - Finns det en röd tråd mellan förvaltningens miljöaspekter och målarbetet?	Bra
11. Målarbetet inklusive måluppfyllelse - Hur väl bidrar valda aktiviteter till att målen uppfylls?	Bra
11. Målarbetet inklusive måluppfyllelse - Hur ser måluppfyllelsen ut?	Bra
- Hur väl bidrar valda aktiviteter till att målen uppfylls?	Bra
- Hur ser måluppfyllelsen ut?	Bra
- Något som kan förbättras? Kommentera alltid när svaren på något av alternativen blir: "Ej tillfredsställande" eller "OK, men med vissa brister"	Vi har för 2021 utvecklat vårt målarbete med att definiera utvecklingsområden inom våra processer och kopplat indikatorer till dessa.
12. Förbättrings- och avvikelsearbetet - Hur fungerar förvaltningens synpunktshantering när det gäller att fånga synpunkter från de anställda?	OK men med vissa brister
12. Förbättrings- och avvikelsearbetet - Hur fungerar förvaltningens synpunktshantering när det gäller att fånga synpunkter från externa synpunktslämnare?	OK men med vissa brister

<p>12. Förbättrings- och avvikelsearbetet - Något som kan förbättras? Kommentera alltid när svaren på något av alternativen blir: "Ej tillfredsställande" eller "OK, men med vissa brister"</p>	<p>Kommunens nya e-tjänst för synpunktshantering uppfyller inte de krav socialtjänsten har med anledning av SOSFS 2011:9. Det är framförallt utredning, åtgärder och uppföljning som systemet inte är tillräckligt inom. Med anledning av vad som sagts ovan tar SOC ett nytt system för avvikelshantering i drift 2021. Antalet behöver öka varför vi samtidigt som nytt system införs utbildar och kommunicerar information och kunskap om avvikelser.</p>
<p>13. Utifrån svaren om de olika områdena ovan gör nu följande analys: Ser ni några trender i enkätsvaren?</p>	<p>Ja</p>
<p>13. Utifrån svaren om de olika områdena ovan gör nu följande analys: Ser ni några trender i enkätsvaren? - Vid svar "Ja" kommentera orsak och behov av åtgärd.</p>	<p>För förvaltningens del kan det systematiska förbättringsarbetet utvecklas. Vi ser att vi kan bli bättre på att sortera och prioritera vilka resultat vi behöver analysera djupare för att använda det till förbättringsåtgärder som skapar värde och ny kunskap.</p>
<p>14. Är kvalitetspolicyn relevant och aktuell?</p>	<p>Nej</p>
<p>14. Är kvalitetspolicyn relevant och aktuell? - Vid svar "Nej" lämna kommentar.</p>	<p>Värdegrunden är relevant - men kvalitetspolicyn ska arbetas. Uppmärksammat genom externrevision.</p>
<p>15. Är miljöpolicyn relevant och aktuell?</p>	<p>Nej</p>
<p>15. Är miljöpolicyn relevant och aktuell? - Vid svar "Nej" lämna kommentar.</p>	<p>Uppmärksammat genom externrevision.</p>
<p>16. Uppfyller vi kraven på ständiga förbättringar?</p>	<p>Nej</p>
<p>16. Uppfyller vi kraven på ständiga förbättringar? - Vid svar "Nej" kommentera orsak och behov av åtgärd.</p>	<p>Eftersom vi i kommunen inte har en gemensam syn på vad ledningssystemet är och vad det ska hjälpa oss med – går det inte att uppfylla de krav som finns för ständiga förbättringar.</p>
<p>17. Är systemet lämpligt, tillräckligt och väl fungerande?</p>	<p>Nej</p>
<p>17. Är systemet lämpligt, tillräckligt och väl fungerande? - Vid svar "Nej" kommentera orsak och behov av åtgärd.</p>	<p>Det saknas en gemensam syn på vad vårt ledningssystem för kvalitet och miljö är. Det saknas också en gemensam syn på vad</p>

	processer och processorientering är och vilken betydelse dessa spelar i ett ledningssystem.
18. Har vi tillräckligt med kompetens/utbildning/resurser för systemet?	Nej
18. Har vi tillräckligt med kompetens/utbildning/resurser för systemet? - Vid svar "Nej" kommentera orsak och behov av åtgärd.	Nej inte i kommunen som helhet.
19. Ge förslag på områden till nästa internrevision som er förvaltning önskar revidera.	Inga

Handläggare
Therese Gullander
0480-45 09 13

TJÄNSTESKRIVELSE

Datum
2021-02-10

Ärendebeteckning
SN 2020/0543.11.01

Socialnämnden

Arbetsmiljöhändelser årsrapport 2020

Förslag till beslut

Socialnämnden fattar inget beslut med anledning av informationen.

Bakgrund

Enligt Arbetsmiljöverkets föreskrift AFS 2001:1 är arbetsgivaren skyldig att årligen dokumentera det systematiska arbetsmiljöarbetet.

Enligt socialförvaltningens årscykel rapporteras arbetsmiljöhändelser, såsom tillbud och arbetsskador, till socialnämnden i februari, maj och september. Resultat för 2020 redovisas för socialnämnden.

Cecilia Frid
Socialchef

Bilagor
Arbetsmiljöhändelser 2020



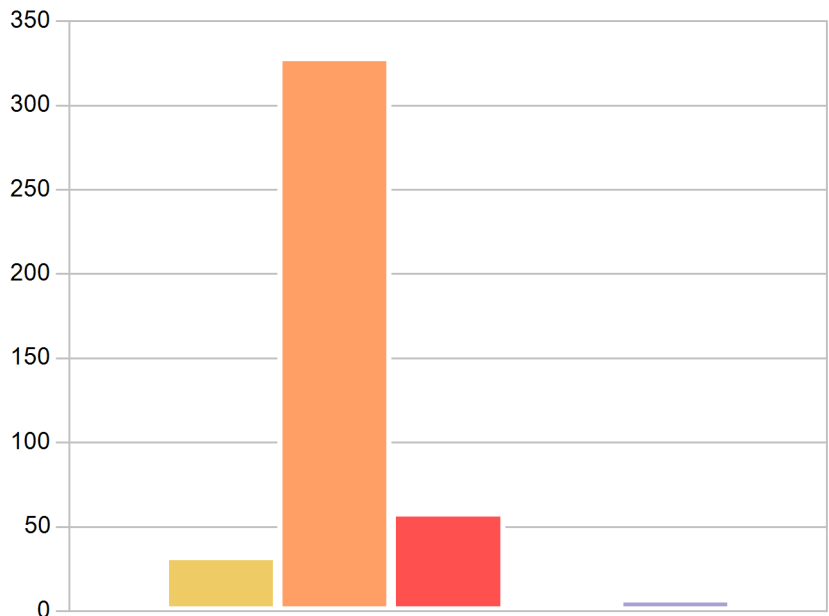


ÖZÖS ÜSUT TWPÖÜ

Ásæð æÁS[{ { ~ } ÁËU[&æ-4!çæð ã * ^}

Pê} å^|•^] ^!ã åÁGEGEËEÉFÁ ÁGEGEËGËF
Öz•æ|| ã *•-{|{ KÒ*^} Á^|•[}æ

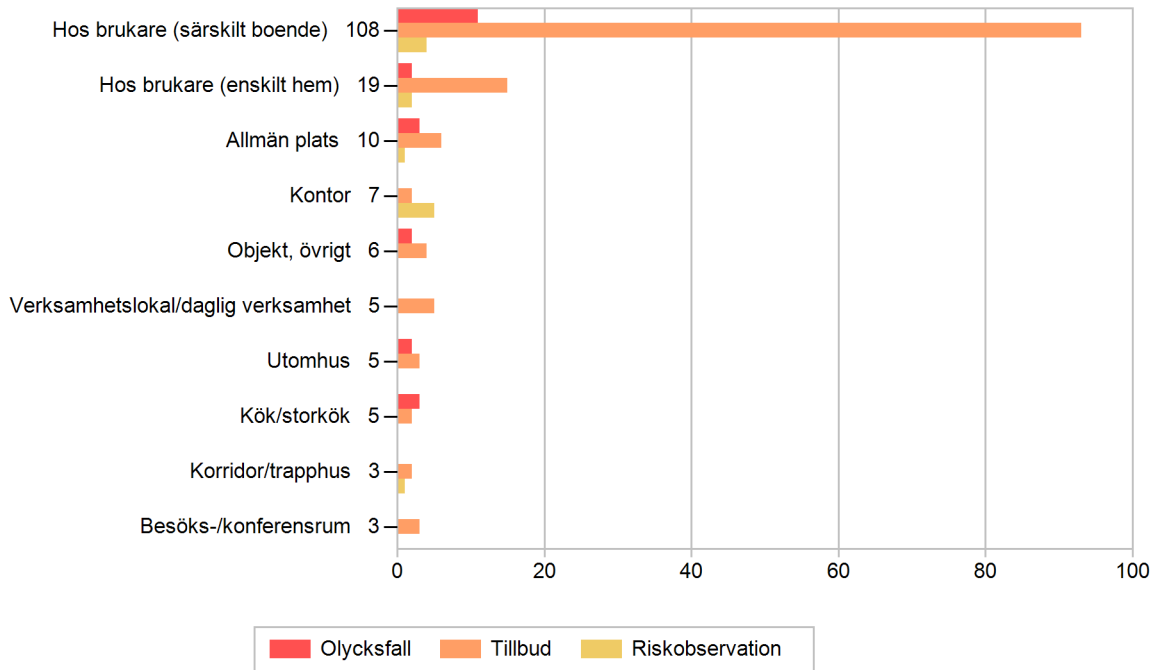
■ Riskobservation	33
■ Tillbud	329
■ Olycksfall	59
■ Färdolycksfall	4
■ Arbetssjukdom	8



Olycksfall, Tillbud, Riskobservation

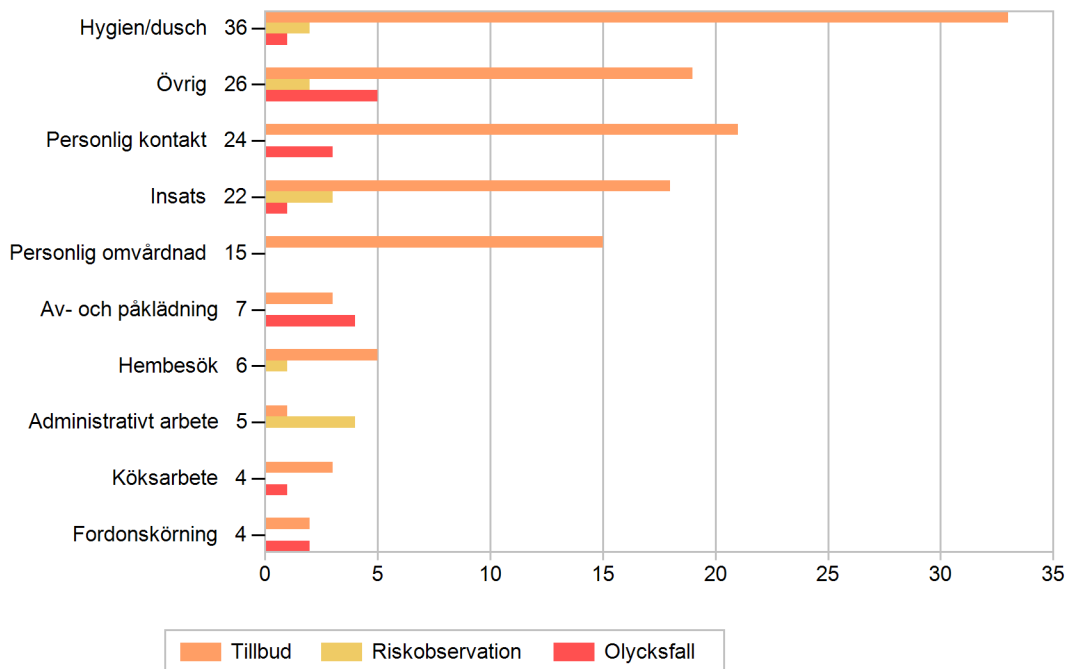
Plats

Diagrammet visar de vanligast förekommande. Antal händelser där det inte är angivet: 246



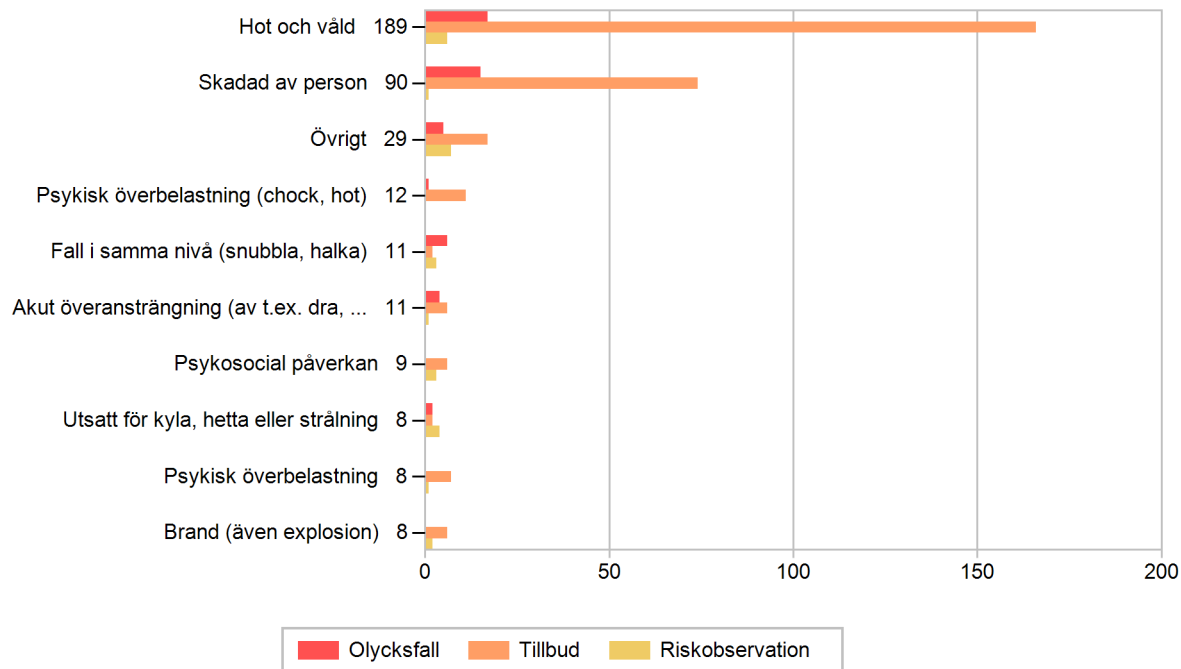
Aktivitet

Diagrammet visar de vanligast förekommande. Antal händelser där det inte är angivet: 250



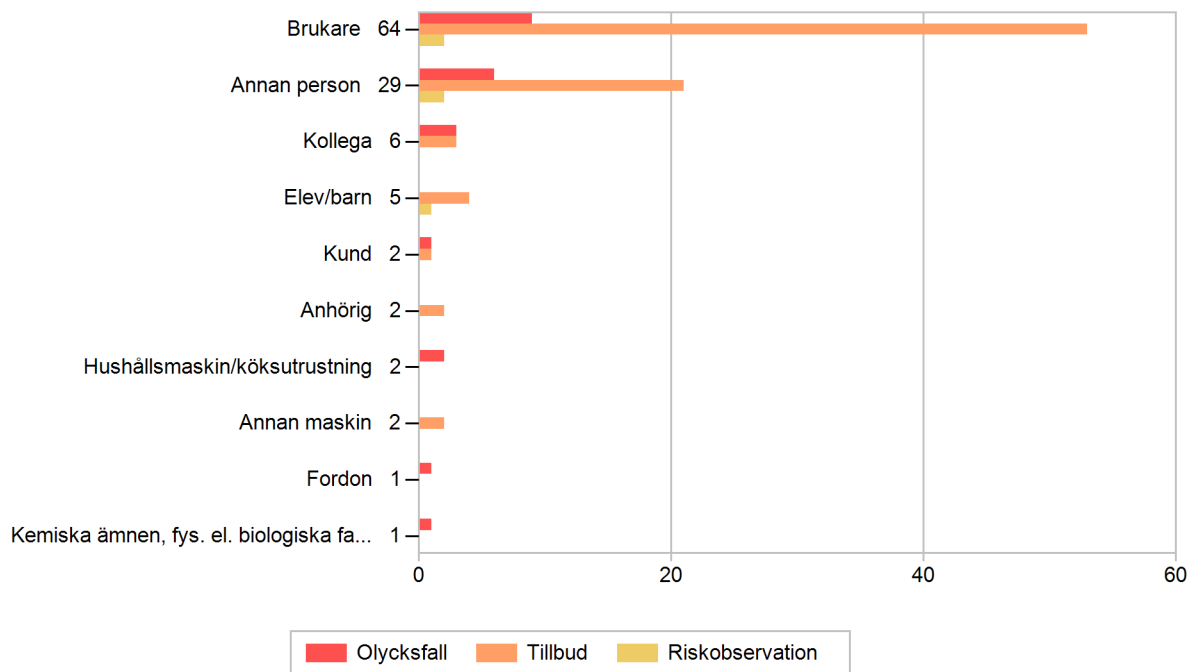
Skadeorsak/risk

Diagrammet visar de vanligast förekommande. Antal händelser där det inte är angivet: 1

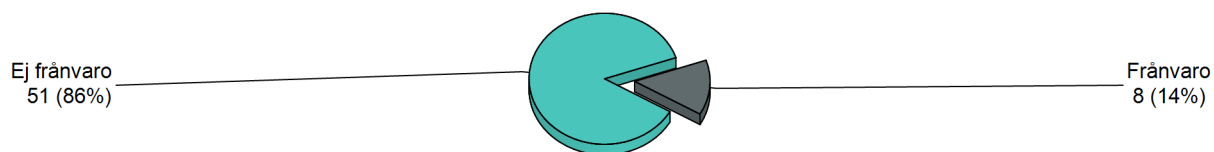


Inblandat objekt/person

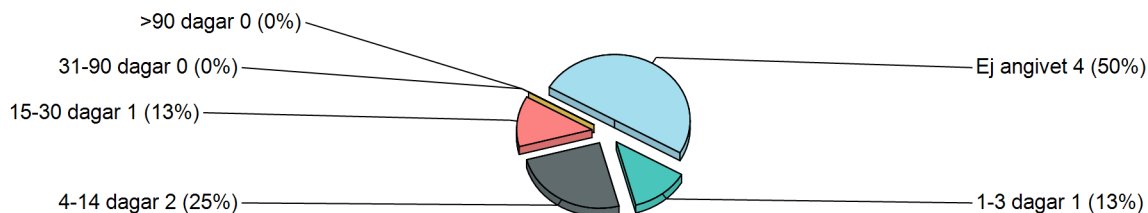
Diagrammet visar de vanligast förekommande. Antal händelser där det inte är angivet: 312



Uppskattad sjukfrånvaro

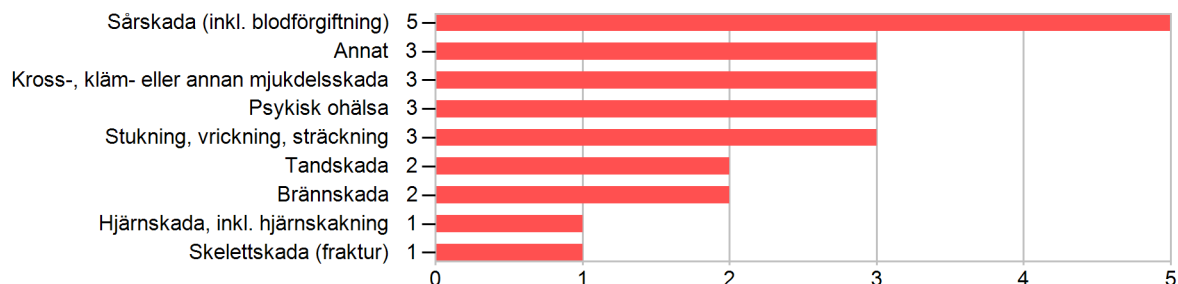


Faktisk sjukfrånvaro



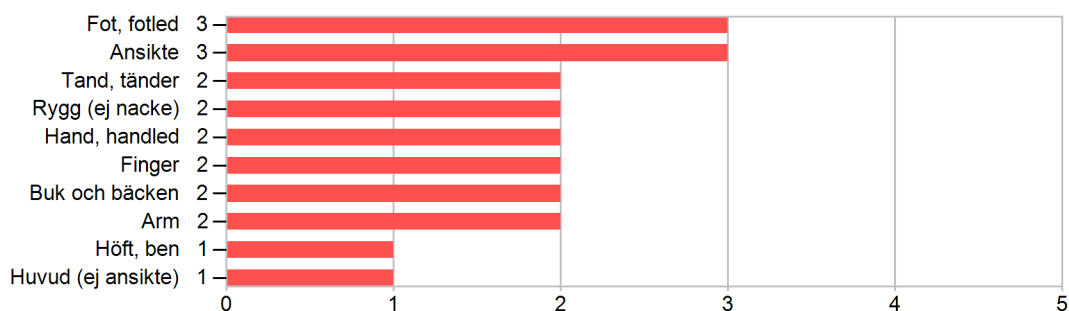
Skadetyper

Antal händelser där det inte är angivet: 36

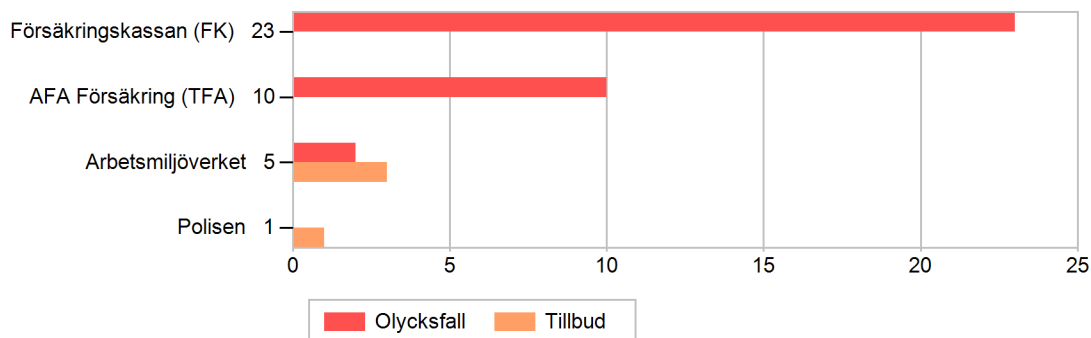


Skadad kroppsdel

Antal händelser där det inte är angivet: 39

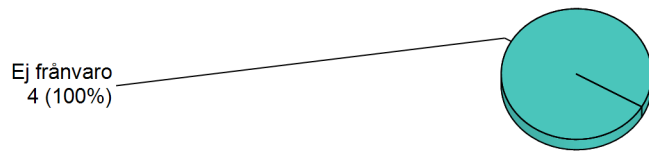


Anmälan



: } fXc`nW_gZU`

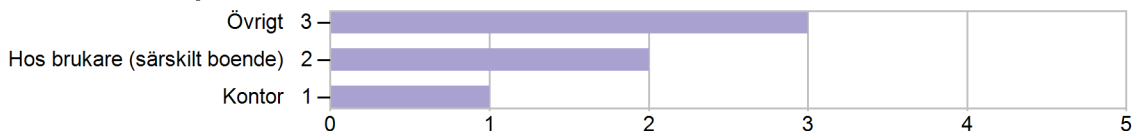
Uppskattad sjukfrånvaro



Arbetssjukdom

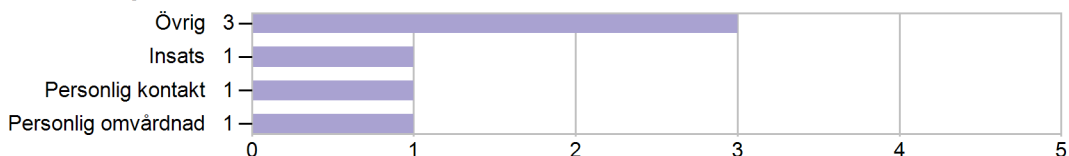
Plats

Antal händelser där det inte är angivet: 2



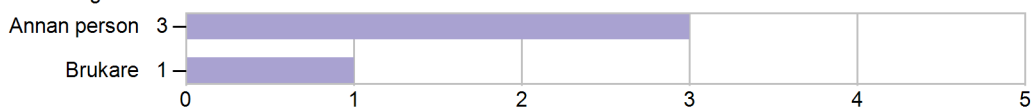
Aktivitet

Antal händelser där det inte är angivet: 2



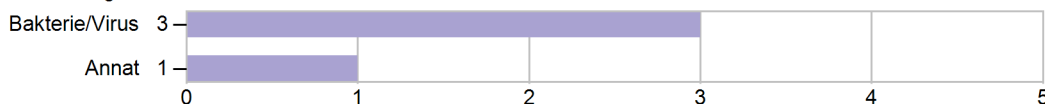
Inblandat objekt/person

Antal händelser där det inte är angivet: 4

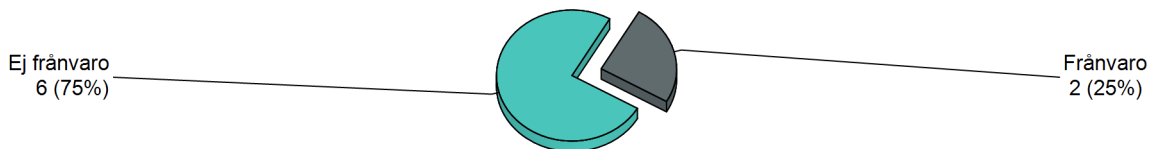


Sjukfaktor

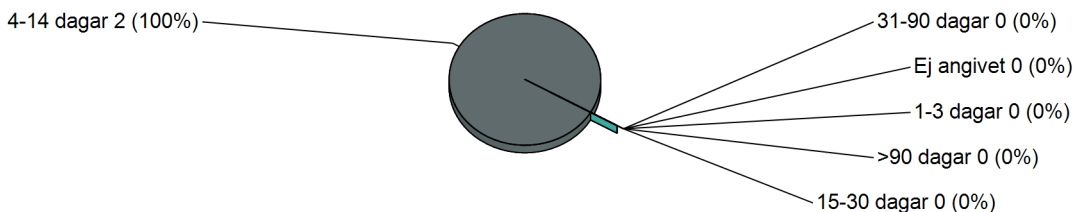
Antal händelser där det inte är angivet: 4



Uppskattad sjukfrånvaro

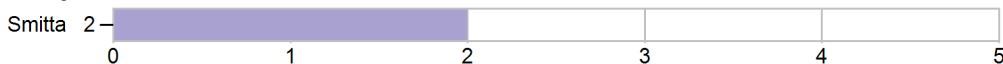


Faktisk sjukfrånvaro



Sjukdom/inverkan

Antal händelser där det inte är angivet: 6



Handläggare
Camilla Freedeke
0480-45 39 12

TJÄNSTESKRIVELSE

Datum
2021-02-10

Ärendebeteckning
SN 2021/0077.11.01

Socialnämnden

Patientsäkerhetsberättelse 2020

Förslag till beslut

Socialnämnden fattar inget beslut med anledning av informationen.

Bakgrund

Arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet ska dokumenteras (SOSFS 2011:9).

Enligt 3 kap. 10 § patientsäkerhetslagen (2010:659) ska vårdgivaren senast den 1 mars varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse.

Patientsäkerhetsberättelsen för socialnämndens hälso- och sjukvårdsverksamhet beskriver hur det gångna årets arbete bedrivits avseende kvalitet och säkerhet samt vilka strategiska frågor som finns inför kommande år.

Camilla Freedeke
Verksamhetschef

Bilagor
Patientsäkerhetsberättelse socialnämnden 2020





Kalmar kommun

Patientsäkerhetsberättelse

Kalmar kommun, Socialnämnden

År 2020

2021-02-15

VC Camilla Freedeke
EC Sara Törnlöf Romin
MAR Anna Romare

Sammanfattning	5
Inledning	7
Verksamhetens omfattning	7
Struktur	8
Övergripande mål och strategier	8
Indikatorer för 2020:	8
Kunskapsbaserad	8
Säker vård och omsorg	9
Individanpassad vård och omsorg	9
Effektiv vård och omsorg	9
Jämlik vård och omsorg	10
Tillgänglig vård och omsorg	10
Organisation och ansvar	10
Socialnämnd	10
Förvaltningschef	10
Verksamhetschef för Hälso- och sjukvård	10
Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS), arbetar 20 % av sin tjänst mot Socialförvaltningen	11
Medicinskt Ansvarig för Rehabilitering (MAR), arbetar 20 % av sin tjänst mot Socialförvaltningen	11
Verksamhetschefer och enhetschefer	11
Hälso- och sjukvårdspersonal	11
Medarbetare	11
Samverkan för att säkra kvaliteten i verksamheten samt för att förebygga vårdskador	12
Länsgemensam ledning i samverkan	12
Länsgrupp Hab/Rehab	12
VC/MAS/MAR-träffar	12
MAS/MAR-träffar	13
Träffar hälsocentraler, privata läkarmottagningar och Kalmar kommun	13
Träffar Cosmic Link-grupper	13
Utskrivningsplanering och Samordnad Individuell plan (SIP)	13
Patienter/brukare och närståendes delaktighet	14
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet	14
Systematiskt kvalitetsarbete	14
Avvikelse	15

Klagomål och synpunkter	15
Riskanalys	15
Egenkontroll	16
Riktlinjer och rutiner	16
Nationellt kvalitetsregister - Svenska Palliativregistret	16
Fallprevention	16
Trycksår	16
Undernäring	17
Munhälsa	17
Vårdtyngdsmätning	17
Kvalitetsgranskning av läkemedelshantering	17
Delegering av hälso- och sjukvårdsinsatser	17
Läkemedelsautomat	18
Basala Hygienrutiner	18
Palliativ vård	19
Skyddsåtgärder	19
Förflyttningskunskap	19
Medicintekniska produkter (MTP)	20
Utbildningar/föreläsningar/handledning	20
Förebyggande arbete gällande fysisk aktivitet under 2020	21
Dokumentation	21
Klassifikation av vårdåtgärd (KVÅ)	22
Digital kommunikation SoL – HSL	22
Nationell Patient Översikt (NPÖ)	23
Informationssäkerhet	23
GDPR	23
SITHS kort inloggning/ID-kort	24
Loggkörning	24
Resultat och Analys	25
Mål och strategier för kommande år	26
Kunskapsbaserad	26
Säker	26
Individanpassad	26
Effektiv	26
Jämlik	27
Tillgänglig vård och omsorg	27

Sammanfattning

Vårdgivaren ska upprätta en årlig patientsäkerhetsberättelse. Socialnämnden har det yttersta ansvaret för att det bedrivs en god och säker hälso- och sjukvård i kommunens verksamheter.

Aktuella områden som hälso- och sjukvården inom Socialförvaltningen arbetat med under 2020 för att öka kvaliteten och patientsäkerheten är bland annat:

- Anpassa arbete och rutiner utifrån Covid-19- Riskanalyser/riskbedömningar i hälso- och sjukvårdens arbete
- Startat upp en kvalitetsgrupp – HSL Ledningsgrupp
- Tillsyn av IVO enligt lagen om informationssäkerhet för samhällsviktiga och digitala tjänster (2018:1174), LIS, avseende Kalmar kommuns systematiska informationssäkerhetsarbete där det konstateras att det finns en övergripande styrning av det systematiska och riskbaserade informationssäkerhetsarbetet

Verksamheten ansvarar för att ge hälso-och sjukvårdsinsatser samt rehabiliteringsinsatser till personer i Bostad med särskild service enligt Lagen om Särskilt stöd och service för vissa funktionshindrade (LSS) eller enligt Socialtjänstlagen (SoL).

Verksamheten ansvarar vidare för personer i ordinärt boende med insatserna boendestöd enligt SoL eller personlig assistans enligt LSS alternativt Socialförsäkringsbalken (SFB), och som utifrån hemsjukvårdsavtalet Kalmar län och överenskommelse med Omsorgsförvaltningen, bedömts som socialnämndens hemsjukvårdspatienter.

Verksamheten har under 2020 haft ett stort fokus på patientsäkerhetsfrågor kopplat till Corona-pandemin för att säkerställa att alla delar arbetas med på ett säkert sätt. Arbetet har avsett risk-analyser och -bedömningar och åtgärder för att skydda riskgrupper, säkerställa att vårdhygieniska riktlinjer efterföljs samt upprätta lokala rutiner för utökad provtagning för att minska smittspridning. Omställningen har inneburit att HSL-teamet funnit nya sätt att möta patienterna både utomhus och digitalt. Socialförvaltningen har som mest haft fyra brukare insjuknade samtidigt i covid-19 fördelat på olika verksamheter vilket varit hanterbart.

Fokus har också fortsatt varit att utveckla patientsäkerheten genom fortsatt förfogande över MAR-tjänsten inom HSL-teamet och skapa forum för kvalitetsarbete i ledningsgruppen för HSL. Omprioriteringar under pandemin har medfört att planerad utveckling av kvalitetsarbete med årshjul HSL med mera har fått stå åt sidan och kommer att lyftas in 2021.

Verksamheten arbetar för att vara en attraktiv arbetsgivare framåt utifrån förväntad brist inom de legitimerade yrkesprofessionerna. Medarbetarnas möjligheter till kompetensutveckling genom behovsidentifierade utbildningsinsatser ger förutsättningar att utföra ett patientsäkert arbete. Under 2020 har två sjuksköterskor givits möjlighet att påbörja specialistutbildning på avancerad nivå

inom psykiatri med syfte att säkra kompetensen på området.

Verksamhetens patientsäkerhetsarbete ska fortsätta att utvecklas under 2021 genom en ökad digitalisering med att införa fler läkemedelsautomater och genom införande av digitala signeringslistor för att minska antalet avvikelser inom HSL. Fler patientmöten i digital form. Patientsäkerhetsarbetet bedrivs i nära samverkan med Omsorgsförvaltningen och i det regionala/lokala arbetet, vilket är en förutsättning för kvalitetssäkring och fortsatt utveckling. MAS-funktionen delas mellan de båda förvaltningarna. Verksamhetsutvecklare anställs på Socialförvaltningen inom Verksamhetsområde HSL med fokusområde patientsäkerhetsarbete.

Patientsäkerheten för verksamheten är god utifrån en stadigvarande personalkontinuitet, ett stort medarbetarengagemang och ett bra, nära samarbete med MAS, Omsorgsförvaltningen och med Region Kalmar län.

Inledning

I verksamhet som bedrivs enligt Socialtjänstlagen (SoL) och enligt Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) eller enligt hälso- och sjukvårdslagen (HSL) ska varje år upprättas en kvalitet-och patientsäkerhetsberättelse.

Innehållet ska ge svar på hur det systematiska och fortlöpande kvalitet- och patientsäkerhetsarbetet bedrivits under året, vilka åtgärder som vidtagits samt vilka resultat som uppnåtts.

Verksamhetens omfattning

Inom Socialförvaltningen i Kalmar kommun finns verksamhetsområdena -VO Barn och Familj, VO Vuxen, VO Funktionsstöd och VO HSL. VO HSL bedrivs som ett eget verksamhetsområde från 2021.

Inom dessa VO finns boende med särskild service, korttidsplatser för vuxna, korttidsboende för barn och mötesplatser såsom daglig verksamhet inom LSS och sysselsättning SoL.

Sjuksköterskor, arbetsterapeuter och fysioterapeuter/sjukgymnaster har ansvar för hemsjukvård, vårdåtaganden i ordinärt boende samt för personer i särskilt boende, korttidsboende, LSS-boende, gruppboende och de som dagtid vistas på dagverksamhet och i daglig verksamhet.

Struktur

Övergripande mål och strategier

SFS 2010:659, 3 kap. 1 § och SOSFS 2011:9, 3 kap.

Hälso- och sjukvårdslag (2017:30), Patientsäkerhetslag (2010:659), Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9), Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om vårdgivares systematiska patientsäkerhetsarbete HSLF-FS (2017:40) ligger alla tillsammans med regionala samt interna styrdokument till grund för arbetet med hälso- och sjukvården inom förvaltningen.

Till medarbetarnas hjälp finns olika verktyg såsom avvikelssystem, synpunktshantering, riskanalyser, internkontroller mm. Riktlinjer och rutiner finns tillgängliga för medarbetarna på Piren, kommunens intranät.

Dokumentation för patienten genomförs i personens journal. Enhetens medarbetare medverkar utifrån behov vid upprättande och uppföljning av genomförandeplan. Verksamheten ansvarar även för planering och genomförande av fortbildning och kompetensutveckling till medarbetare inom funktionshinderverksamheterna på Socialförvaltningen.

Socialnämndens mål följer Socialstyrelsens kvalitetsområden för en god vård och omsorg på lika villkor. Målen är att bedriva en hälso- och sjukvårdsverksamhet som är säker, tillgänglig, jämlik, effektiv, individanpassad, och kunskapsbaserad. Då ovan mål inte kan mätas i sig själva har indikatorer kopplats till målen. Indikatorerna förtydligar hur väl verksamheten möter upp utifrån uppsatta mål. Socialnämnd, ledning och enhet beslutar i kommande års verksamhetsplan om vilka indikatorer som ska gälla för innevarande år. Styrning och ledning av verksamheten anpassas efter intressenternas behov, processens styrande värden, omvärldsbevakning och området utveckling.

Indikatorer för 2020:

Kunskapsbaserad

- *Stärkt professionell expertis*

Auskultationer hos regionen har ej varit genomförbara kopplat till pågående pandemi. Indikatorn tas med för 2021. Auskulteringen syftar till kompetensutveckling inom diabetesvård, palliativ vård och smärta.

- *Individbaserad systematisk utveckling*

Indikatorn syftar till att höja kvaliteten i verksamheten. Med systematisk uppföljning säkras effekten av våra insatser genom uppföljning på individnivå, före och efter insats. HSL-teamet använder kvalitetsregister Svenska Palliativregistret och kommer 2021 att påbörja införande av Senior Alert vid inflytt till boende inom VO Funktionsstöd. Under året har enhetschef för HSL erhållit kursbevis i Socialstyrelsens utbildning om Individbaserad systematisk uppföljning.

Säker vård och omsorg

- *Risicanalyser och planer*

HSL-teamet har deltagit i 71 av de 174 identifierade genomförandeplanerna, vilket ger ett utfall på 41 % (22 genomförda inom socialpsykiatri och 49 genomförda inom funktionsnedsättning). Orsaken till utfallet är pågående pandemi. Aktiviteten tas med till 2021. Antal SIP har ökat och det utvecklingsarbetet behöver fortsätta.

- *Säker läkemedelshantering*

Antalet läkemedelsavvikelser har minskat i jämförelse med föregående år. 141 2020 mot 202 år 2019.

- *Systematiskt patientsäkerhetsarbete*

Under 2020 fanns en plan för införande av årshjul för patientsäkerhet inom kommunen tillsammans med Omsorgsförvaltningen. Detta arbete har fått skjutas fram till 2021.

Individanpassad vård och omsorg

- *Flexibel och behovsstyrd hälso- och sjukvård*

Antal SIP har ökat och det utvecklingsarbetet behöver fortsätta. Mätetal är oklart. Inför 2021 kommer intensifierat arbete ske med att alla HSL-insatserna ska ha en vårdplan.

Effektiv vård och omsorg

- *Effektiv läkemedelshantering*

Målvärdet för 2020 var att 10 läkemedelsautomater ska finnas hos enskilda patienter (5, 2019). Vid slutet av året fanns det endast 3 läkemedelsautomater i drift inom Socialförvaltningen. Anledningen till det beror på att patienter tackat nej samt att verksamheten tillsammans behöver bli bättre på att identifiera de enskilda som denna insats kan skapa värde för. I de fall läkemedelsrobot används är det hög följsamhet till ordination, 99,6%.

Jämlik vård och omsorg

- *Förbättrad hälsa för människor med funktionsnedsättning*

Under 2019 planerades för att skapa målgruppsanpassade hälsoråd för att hälsan för människor med funktionsnedsättning ska förbättras. Hälsoråden har inte kunnat genomföras med anledning av rådande pandemi.

Tillgänglig vård och omsorg

Inför 2019 fanns ingen indikator kopplad till tillgänglighet. Bedömningen är att HSL-teamet har hög tillgänglighet till de inskrivna hemsjukvårdspatienterna. Indikator kommer att finnas under 2021 på målområdet med syfte att följa tillgänglighet över tid.

Organisation och ansvar

SFS 2010:659, 3 kap. 9 §, HSL 2017:30 och SOSFS 2011:9, 7 kap. 2 §, p 1

Socialnämnd

Socialnämnden i Kalmar kommun är vårdgivare av hälso- och sjukvård och har ett övergripande ansvar för att planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god hälso- och sjukvård upprätthålls. Nämnden ansvarar för att fastställa övergripande mål för det systematiska kvalitetsarbetet enligt Socialstyrelsens föreskrifter, samt att kontinuerligt följa upp och utvärdera målen.

Förvaltningschef

Förvaltningschefen är ytterst ansvarig tjänsteman och har det övergripande ansvaret att vård och omsorg bedrivs utifrån lagar, föreskrifter, riktlinjer och för verksamheten fastställda rutiner. Det är förvaltningschefen som ansvarar för att anmäla enligt Lex Sarah till inspektionen för vård och omsorg (IVO).

Verksamhetschef för Hälso- och sjukvård

Verksamhetschefen ansvarar för att verksamheten tillgodoser hög patientsäkerhet och god kvalitet i vården samt främja kostnadseffektivitet. Verksamhetschefen ska ta fram, fastställa och dokumentera rutiner för hur det systematiska kvalitetsarbetet kontinuerligt ska bedrivas enligt Socialstyrelsens föreskrifter, för att kunna styra, följa upp och utveckla verksamheten.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS), arbetar 20 % av sin tjänst mot Socialförvaltningen

MAS ska ansvara för kvalitet och säkerhet för den hälso- och sjukvård som utförs. MAS ska enligt 24 § i hälso- och sjukvårdslagen (HSL) ansvara för att utarbeta rutiner samt utföra kontroll att dessa följs och är kända inom verksamheten. I uppdraget ingår även att vara anmälningsansvarig enligt 3 kap. 5–7 § patientsäkerhetslagen och kompletterande SOSFS 2015:12. MAS ska vidare följa upp avvikelser inom verksamheten samt redovisa avvikelserna för socialnämnden.

Medicinskt Ansvarig för Rehabilitering (MAR), arbetar 20 % av sin tjänst mot Socialförvaltningen

MAR ingår i HSL-teamet. I uppdraget som MAR ingår att leda arbetet med revidering och implementering av förskrivningsanvisningar samt att sprida information om densamma inom förvaltningen. MAR ansvarar vidare för att rutiner enligt SOSFS 2008:1 finns implementerade. Även att hantera avvikelser för medicintekniska produkter och göra anmälan till Läkemedelsverket avseende medicintekniska produkter ingår. Ytterligare att inom uppdraget omvärldsbevaka habiliterings- och socialpsykiatriområdet för att bevaka patientsäkerheten och kvalitetssäkra och förbättra verksamheten.

Verksamhetschefer och enhetschefer

Cheferna har det övergripande kvalitet- och säkerhetsansvaret inom sin verksamhet. Chefer ska omvandla områdets övergripande mål till handlingsplaner gällande sitt område samt arbeta för ett systematiskt kvalitets- och förbättringsarbete.

Hälso- och sjukvårdspersonal

Hälso- och sjukvårdspersonal har ett personligt yrkesansvar gentemot patienten. Arbetsterapeut, fysioterapeut och sjuksköterska ansvarar för att hälso- och sjukvårdsarbetet följer vetenskap och beprövad erfarenhet.

Medarbetare med delegering för en hälso- och sjukvårdsuppgift är hälso- och sjukvårdspersonal när den delegerade arbetsuppgiften utförs.

Medarbetare

Alla medarbetare ska arbeta för en god kvalitet genom att förhålla sig till lag, Socialförvaltningens värdegrund och kontinuerligt medverka i det systematiska kvalitetsarbetet.

Alla medarbetare ska också följa upprättade handlingsplaner, styrdokument, rutiner och riktlinjer samt rapportera brister, missförhållanden och övriga synpunkter.

Medarbetare som arbetar enligt SoL ansvarar för att utföra och verkställa beslutade

insatser och att upprätta en genomförandeplan utifrån beslutade insatser tillsammans med den enskilde. Medarbetarna ska också följa rutiner/riktlinjer/beslut och samarbeta med team och andra arbetsgrupper. Vidare så ska de rapportera brister, missförhållanden och andra synpunkter.

Samverkan för att säkra kvaliteten i verksamheten samt för att förebygga vårdskador

SOSFS: 2011:9 4 kap. 5 § och 6 §, 7 kap. 2 § p 3

Ny Lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård som började gälla 2018-01-01. Det finns en samordning och överenskommelse mellan regionen och kommunerna i länet för insatser kring hälso- och sjukvården. Socialförvaltningen har inte fått något betalningsansvar för utskrivningsklara patienter på sjukhus. Med effektiva arbetssätt och följsamhet till framtagna rutiner har kommunen kunnat möta upp behoven snabbt i hemmet.

Socialförvaltningen och Omsorgsförvaltningen har gemensam process för den kommunala hälso- och sjukvården. Vidare finns en överenskommelse om hur förvaltningarna ska samverka för att tillgodose den enskildes behov och kunna erbjuda den bästa vården. Verksamheten samverkar vidare med övriga enheter och verksamhetsområden på Socialförvaltningen. Externt samverkar verksamheten med regionens primärvård, öppenvård, slutenvård, habilitering och psykiatri.

Länsgemensam ledning i samverkan

Genom Länsgemensam ledning sker en länsövergripande samverkan kring hälso- och sjukvårdsfrågor mellan länets tolv kommuner och regionen. I detta forum medverkar länets social- och omsorgschefer och regiondirektörer inom angränsande hälso- och sjukvård.

Länsgrupp Hab/Rehab

Länsgrupp Habilitering/Rehabilitering, som innebär ett gemensamt samarbete avseende arbetsterapi och fysioterapi inom kommunernas och regionens habiliterings- och rehabiliteringsverksamheter. Fokus under året har avsett gemensam kunskapsutveckling för covidpatienter med behov av rehabiliterande insatser.

VC/MAS/MAR-träffar

Länets kommuner samverkar genom regelbundna träffar med verksamhetschefer för kommunal hälso- och sjukvård, medicinskt ansvariga sjuksköterskor och medicinskt ansvariga för rehabilitering. Länsgemensamma riktlinjer och dokument framarbetas för en patientsäker, jämlik vård och omsorg i länet. Under 2020 har möten skett veckovis för att säkerställa det länsgemensamma arbetet avseende Covid -19 för gemensam kunskapsutveckling för den nya sjukdomen, framtagande av regionala riktlinjer och rutiner och planering. Gemensam plattform används för

MAS/MAR-träffar

MAS och MAR från länets 12 kommuner träffas regelbundet för samverkan. Länsgemensamma riktlinjer och dokument framarbetas för en patientsäker, jämlik vård och omsorg i länet.

Träffar hälsocentraler, privata läkarmottagningar och Kalmar kommun

MAS är kontaktperson mot hälsocentralerna och privata läkarmottagningar för lokala överenskommelser kring på vård och omsorgsboende gällande läkarmedverkan. Dessa följs upp årligen av MAS och av verksamhetscheferna på hälsocentralerna.

MAS, verksamhetschefer och enhetschefer för hälso-och sjukvården i kommunen träffar verksamhetscheferna på de olika hälsocentralerna regelbundet för att diskutera gemensamma rutiner, gränsdragningsfrågor, informationsöverföring och dokumentation med mera. Syftet är att identifiera förbättringsområden mellan vårdgivarna.

Träffar Cosmic Link-grupper

Träffar med kollegor som arbetar i Cosmic Link, öppenvård, slutenvård och i kommunen.

Sedan 2011 har länets kommuner och Region Kalmar ett gemensamt digitalt informationssystem ”Cosmic Link”. I Cosmic Link finns även ett digitalt avvikelssystem, ”LISA”, för avvikelser mellan Regionens sjukhusvård, primärvård och länets kommuner.

2016 infördes Cosmic Messenger. Det är ett patientsäkert mailsystem inom Cosmic där primärvård och kommuner kan kommunicera med varandra. Under 2019 startade ytterligare ett pilotprojekt med regionen och Borgholms kommun, Borgholms kommun tilldelades läs- och skrivbehörighet i Cosmic Cambio. Under hösten 2019 fick Kalmar kommun samma erbjudande, och arbetssätten är nu införda.

Utskrivningsplanering och Samordnad Individuell plan (SIP)

För inlagda patienter görs en utskrivningsplanering alternativt en Samordnad Individuell Plan (SIP) tillsammans med berörda parter.

SIP är ett verktyg med syfte att tillgodose den enskildes behov av delaktighet, trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vård och omsorg. Resultat visar på en ökad patientsäkerhet när patienten och de olika professionerna samlas och i samråd med patienten planerar och dokumenterar de insatser som ska utföras, vem som ansvarar för insatserna samt när och hur insatserna ska genomföras. Arbetssättet bidrar till personcentrerad vård.

Patienter/brukare och närståendes delaktighet

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

Samverkan med närstående kring individens säkerhet sker främst vid vårdplanering, exempelvis inför riskanalys av skyddsåtgärder, risker för fall och läkemedelshantering.

Verksamheten ska skapa förutsättningar för den enskilde att få insyn och möjlighet att påverka sina HSL-insatser. Vid behov sker detta med stöd av personal och närstående. Alla som arbetar med brukare eller patienter, arbetar också med stöd till närstående. Stödet innebär ett professionellt och gott bemötande med en god serviceanda. Närstående ska bli sedda och lyssnade på. Närstående har kunskaper som är värdefulla för verksamheten och de ska därför ses som en resurs i arbetet med den enskilde.

På Socialförvaltningen finns också ett anhörigombud som kan ge stöd till närstående.

Patienter/brukare och närstående har möjlighet att lämna sina åsikter på verksamheten via synpunktshantering på kommunens hemsida, via mail eller telefonsamtal.

Varje patient/brukare får i upprättande av sin genomförandeplan/vårdplan möjlighet att beskriva hur denne vill ha sina insatser utförda. Vid samordnad individuell vårdplanering (SIP) är patient/brukare och eventuellt närstående delaktiga och vid utredning av allvarliga avvikelser har patient/brukare möjlighet att beskriva sin upplevelse av händelsen.

Genom olika brukarundersökningar kan patient/brukare återkoppla åsikter och upplevelser gällande ett flertal frågor angående socialförvaltningens verksamhet.

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

SFS 2010:659, 6 kap. 4 § och SOSFS 2011:9 7 kap. 2 § p 5

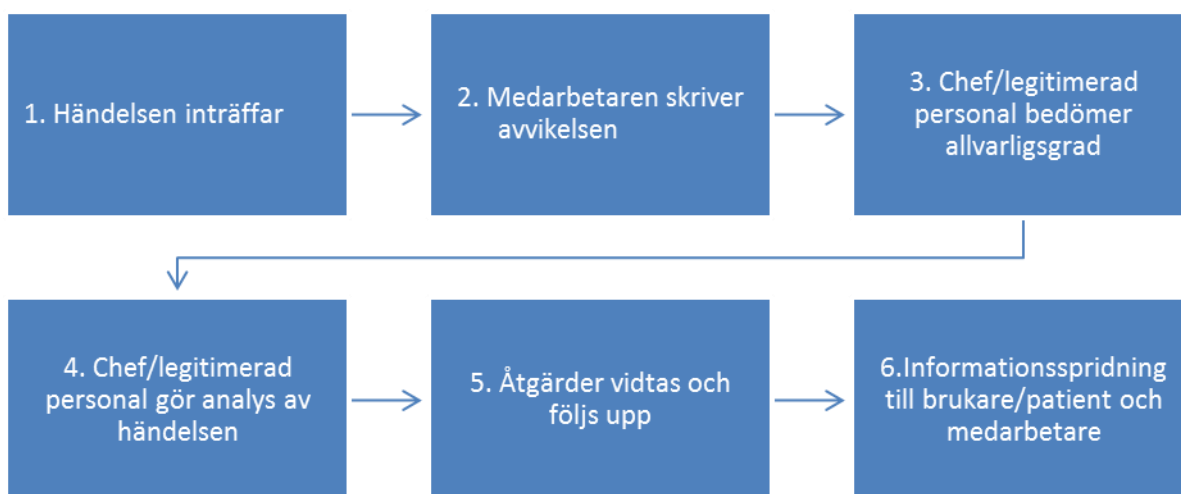
Avvikelsehantering inom socialtjänst och hälso- och sjukvård regleras i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Enligt föreskrifterna är Socialförvaltningen skyldig att ta emot och utreda synpunkter och klagomål från medborgare och medarbetare.

Systematiskt kvalitetsarbete

En bra säkerhetskultur kännetecknas av att medarbetarna är medvetna om risker och rapporterar avvikelser. Ett förvaltningsövergripande arbete pågår med att implementera det systematiska kvalitetsarbetets alla delar såsom avvikelse- och

Avvikelser

En avvikelse är en händelse som inte stämmer med normal rutin eller förväntat förlopp och kan orsaka missförhållande eller vårdskador. Medarbetare rapporterar avvikelser enligt rutin. Avvikelsen kan även ligga till grund för en Lex Sara eller Lex Maria.



Klagomål och synpunkter

SOSFS 2011:9, 5 kap. 3 och 6§, 7 kap 2 § p 6

Synpunkter kan lämnas på kommunens hemsida, särskild blankett, brev, telefonsamtal eller personligt besök. Synpunkten skickas sedan vidare till berörd chef som efter analys och åtgärd besvarar och återkopplar till den som lämnat synpunkten.

Riskanalys

SOSFS 2011:9

I föreskriften om ledningssystem står det att vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska fortlöpande bedöma om det finns risk för att negativa händelser kan inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet. Risker bedöms utifrån allvarlighetsgrad och sannolikhet för upprepning och en bedömningsmatris används som stöd. Förvaltningsledningen har under Coronapandemin systematiskt arbetat med utgångspunkt i riskanalyser för brukare/patienter med syfte att förebygga risker och identifiera behov av åtgärder och därefter följa upp planen enligt bedömningsmatrisen.

Egenkontroll

SOSFS 2011:9, 5 kap. 2§, 7 kap. 2 § p 2

HSL-avvikelserna följs kontinuerligt upp av HSL-teamet under året och rapporteras till socialnämnden. Egenkontroller sker avseende läkemedelshantering, informationssäkerhet och periodisk inspektion av lyftselar.

Riktlinjer och rutiner

Riktlinjer och rutiner följs upp årligen samt vid behov.

Nationellt kvalitetsregister - Svenska Palliativregistret

Svenska Palliativregistret är ett nationellt kvalitetsregister där vårdgivare registrerar omvårdnaden i livets slut. Resultatet används för att mäta omvårdnadens kvalitet i relation till definierade kriterier för god vård i livets slut enligt Nationella vårdprogrammet för palliativ vård.

Fallprevention

Preventionen syftar till att upptäcka patienter som har fallrisk och att sätta in förebyggande åtgärder. Det syftar även till att patienterna ska bibehålla sina förmågor genom ett habiliterande och rehabiliterande förhållningssätt och en miljö där aktivitet främjas.

En effektiv fallprevention innefattar analys av personens förutsättningar, omgivningens utformning och aktivitetens utförande. Därefter vidtas åtgärder i en individuell riskanalys med översyn av läkemedel och nutrition, fysisk träning/aktivitet, kognitiv träning/stimulans, åtgärder i boendemiljön och hjälpmedel. Genom att diskutera fall och fallprevention medvetandegörs risker och ökar kunskap och förståelse för hur risker kan förebyggas. HSL-teamet utgår från Socialstyrelsens framtagna checklista ”Riskfaktorer och åtgärder”.

Trycksår

En tryckskada kan lätt utvecklas till ett trycksår. Tryckskadan uppstår vanligtvis när en person ligger eller sitter i samma ställning. En tryckskada kan uppkomma i hemmet eller boendet, under ambulanstransport, på akutmottagningen, på röntgen- eller operationsavdelningen, på vårdavdelning eller under rehabilitering. Många patienter utvecklar trycksår under en sjukhusvistelse. Det är mycket viktigt att alla yrkeskategorier – oavsett var vården äger rum – har rutiner för att snabbt identifiera de personer som är i riskzonen för att utveckla

trycksår. Det är dessutom viktigt att använda effektiva omvårdnadsåtgärder och att de förebyggande åtgärderna fortsätter i hela vårdkedjan så länge risken för trycksår finns kvar.

Sjuksköterskor har utbildats för att öka kunskapen om olika metoder och material för att behandla olika sår som bensår, trycksår och övriga typer av sår.

Undernäring

Ett gott nutritionsomhändertagande är en viktig patientsäkerhetsfråga. En god och säker vård med god kvalitet ska baseras på bedömningar av risk för undernäring men även utredning av orsaker samt adekvat nutritionsbehandling och uppföljning. Denna vård är lika viktig som läkemedel eller annan medicinsk behandling.

Munhälsa

En god munhälsa är inte bara viktig för att kunna tillgodogöra sig näringsriktig kost, den är också av stor betydelse för individens sociala liv och livskvalitet. När den enskilde inte klarar detta själv måste omsorgspersonal hjälpa till för att förhindra infektioner och sår i munnen. Genom att systematiskt riskbedöma munhålan kan problem upptäckas tidigt även på patienter som inte har rätt till uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård. ROAG är vårdpersonalens instrument för att skapa systematik och uppföljning i arbetet med munhälsa. Region Kalmar Läns uppsökande verksamhet erbjuder en professionell bedömning av munhålan för att upptäcka tidiga tecken på munsjukdomar och tandvårdsbehov.

Vårdtyngdsmätning

Att genomföra vårdtyngdsmätningar påvisar patienternas behov av hälso- och sjukvårdsinsatser. I oktober genomfördes mätning, det vill säga skattningar, av sjuksköterskeinsatser och resultaten visar att tyngden/poängantalet för de sjuksköterskor som har boenden med äldre och multisjuka patienter blir högre. Insatserna och vårdtyngden skiftar dock snabbt men Socialförvaltningen har en ökad andel äldre inom verksamheten som behöver mötas upp framåt. Vårdtyngdsmätning ger möjlighet att fördela om resurserna utifrån patienternas behov av tillgänglig vård. I dagsläget finns det inte några bra instrument för att mäta vårdtyngden för arbetsterapeuter och fysioterapeuter, men där sker i stället en kontinuerlig dialog i gruppen.

Kvalitetsgranskning av läkemedelshandling

Apoteket AB genomför kvalitetsgranskning av läkemedelshandlingen och för Socialförvaltningen sker det vartannat år. Denna sammanfattas i rapporter med åtgärdsförslag för att öka patientsäkerheten kopplad till läkemedelshandlingen.

Delegering av hälso- och sjukvårdsinsatser

Delegeringar ges enligt författningar och lokala riktlinjer. Det finns möjlighet för legitimerad personal att delegera arbetsuppgifter till reellt kompetent personal. En delegering ska alltid vara skriftlig, personlig och tidsbegränsad. Varje enhet ska enligt hälso- och sjukvårdslagen vara bemannad med kompetent personal i den omfattning som behövs för att bedriva god och säker vård.

Sjuksköterskor håller i läkemedelsutbildning som är 2,5 timmar och innehåller det viktigaste för att kunna överta läkemedel till patienten på ett säkert sätt. Läkemedelsutbildning pågår kontinuerligt för att öka tillgängligheten för vårdpersonalen. Fokus är på det som är viktigt i den praktiska hanteringen såsom kontroller mot läkemedelslista, administreringsätt och hantering av läkemedel, signeringslistor med mera både i utbildningen och vid delegeringstillfället. Efter utförd läkemedelsutbildning träffar medarbetaren en sjuksköterska för ett delegeringstillfälle där man i mindre grupper går igenom delegeringsunderlaget för att säkerställa den reella kunskapen.

Under 2021 införs digitala signeringslistor för samtliga HSL-insatser som delegeras till baspersonal vilket kommer att öka patientsäkerheten. Via en app i mobilen signeras åtgärden och appen signalerar om åtgärden ej utförts på angiven tidpunkt av den legitimerade personalen. I appen kan även kommunikation ske avseende behov av påfyllnad av läkemedel osv. Avvikelsesrapporter skapas digitalt och kan följas upp och analyseras av arbetsgruppen för ytterligare förbättringsåtgärder.

Läkemedelsautomat

Läkemedelsautomaten ger patienten ett mer självständigt liv och en säker läkemedelshantering. En förutsättning för att kunna använda en läkemedelsautomat är att man är ansluten till APO-dos, dvs att man får sin medicin dispenserad i en rulle som kommer från apoteket var 14:de dag. Efter att man har placerat dosrullen i automaten, läser automaten av dosrullen med en liten kamera som är placerad inne i automaten, så att det är rätt dosrulle som man har placerat i automaten.

Idag har Socialförvaltningen i Kalmar kommun tre automater ute i drift (5 stycken 2019). Anledningen till detta är fortsatt behov av ökad kunskap kring läkemedelsautomat hos medarbetare men också att de få patienter som erbjudits tackat nej. Inför 2021 behöver utökat samarbete ske mellan sjuksköterskor och baspersonal för att identifiera vilka patienter som kan tänkas vara positiva till denna insats och ge ökad självständighet i vardagen. I de fall läkemedelsrobot används är det hög följsamhet till ordination, 99,6%.

Basala Hygienrutiner

Basala hygienrutiner är en grundförutsättning för god vård och omsorg. Målsättningen är att de basala hygienrutinerna följs för att förhindra smittspridning mellan medarbetare och patienter med behov av vård och omsorg. Under 2020 har samtliga medarbetare inom Socialförvaltningens medarbetare har under året genomgått utbildning i basala hygienrutiner, skyddskläder och personlig skyddsutrustning. Syftet har varit att beskriva vikten av basala hygienrutiner och att öka följsamheten till dessa. Utbildningsinsatsen har kontinuerligt följts upp veckovis i Corona-avstämningar inom varje verksamhetsområde. Förvaltningsledningen har under 2020 systematiskt arbetat med Corona pandemin med utgångspunkt i riskanalyser för brukare/patienter och riskbedömningar. All information och länkat material har samlats lättillgängligt på socialförvaltningens intranät.

Palliativ vård

Palliativ vård ges till patienter i livets slutskede. Målet för den palliativa vården är att ge högsta möjliga livskvalitet för både patienten och de närstående. Palliativ vård ska enligt Världshälsoorganisationen (WHO) tillgodose fysiska, psykiska, sociala och andliga eller existentiella behov.

Den palliativa vården omfattar alla personer, oavsett diagnos, med sjukdom som inte går att bota och som ger allt svårare symtom med dödligt förlopp inom en begränsad tid. Målet med palliativ vård är varken att förkorta eller förlänga livet utan att skapa förutsättningar för bästa möjliga livskvalitet. Palliativ vård syftar till en helhetsvård av hela människan och dennes anhöriga fram till döden. Personen ska få hjälp att leva ett så aktivt liv som möjligt under den sista tiden av livet. Situationen i livets slutskede kan se mycket olika ut. I vissa fall krävs kvalificerade palliativa insatser dygnet runt. I andra fall krävs inga specifika palliativa insatser. Vården i livets slutskede en naturlig fortsättning på den vård patienten fått i ett tidigare skede. Inom Socialförvaltningen har under år 2020 sammanlagt tre personer avlidit inom verksamheterna. Enligt det palliativa registret finns ett 100-procentigt resultat för ordination av injektion av stark opioid vid smärtgenombrott, ordination av injektion ångestdämpande vid behov, 50% har utvecklat trycksår. HSL-teamets sjuksköterskor bedriver kompetensutveckling inom palliativ vård.

Skyddsåtgärder

Hälso- och sjukvårdslagen, lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade och socialtjänstlagen bygger på frivillighet, och innebär att man inte kan vidta åtgärder mot den enskildes vilja. Verksamheten ska utgå från respekt för den enskildes självbestämmande och integritet. Som ett komplement till de insatser som vi kan erbjuda används ibland individuellt förskrivna hjälpmedel för att skydda den enskilde från att komma till skada, så kallade skyddsåtgärder. Skyddsåtgärder ska så långt som det är möjligt förebyggas. En skyddsåtgärd kräver en vårdplanering och endast under förutsättningar att den enskilde samtycker till åtgärden och att syftet med åtgärden är att skydda, hjälpa eller stödja den enskilde i aktiviteten. Särskild matris finns utarbetad och ska användas. Beslut om skyddsåtgärder ska utgå från den enskildes behov och byggas på individuella bedömningar. Till skyddsåtgärder räknas till exempel bälten, grenselar, bodies, sänggrindar och rörelselarm.

Förflyttningskunskap

En bra arbetsteknik är en förutsättning inom vård- och omsorgsarbete, där det ofta förekommer tunga arbetsmoment. Arbetsmiljön blir bättre och patientsäkerheten stärks med en personal med god kunskap om arbetsteknik.

Arbetsterapeuter och fysioterapeuter genomför årligen en halvdagsutbildning/introduktion i förflyttningskunskap för samtliga drygt 100 semestervikarier. I år ställdes utbildningen i förflyttningskunskap för semestervikarier in. Arbetsterapeuter och fysioterapeuter fick hjälp av kommunikatörer i kommunen att istället spela in utbildningsfilmer i

förflyttningskunskap samt i hur hjälpmedel ska användas. Varje enhetschef ansvarade för att förmedla filmerna till sina semestervikarier. Utvärdering visade att färre personer än vanligt tog del av förflyttningsutbildningen i denna form än vad som sker i vanliga fall (39 semestervikarier). Saknaden av att praktiskt träna i tekniker och testa hjälpmedel på riktigt, påpekades vid utvärderingen från de som tog del av utbildningsmaterialet. Det ska poängteras att en digital utbildning i förflyttnings teknik aldrig går att ersätta en fysisk sådan då det är och ska vara en praktisk kurs för att säkerställa patientsäkerheten.

Den planerade utbildningssatsningen i förflyttningskunskap för ordinarie personal inom våra verksamheter har inte kunnat genomföras under 2020.

Medicintekniska produkter (MTP)

Medicintekniska produkter, MTP, används inom Socialförvaltningens verksamheter. Dessa skall användas på rätt sätt, på rätt indikation och av kunnig personal. Produkterna är individuellt utprovade och förskrivs av arbetsterapeut, fysioterapeut eller sjuksköterska. Förskrivningen journalförs och registreras i WebSesam.

Det finns en tydlig rutin för ansvar, underhåll och kontroll av medicintekniska produkter. Arbetsterapeut och/eller fysioterapeut ansvarar för årlig genomgång av de vanligaste förekommande tekniska hjälpmedlen för baspersonalen, där de även ger information om rutin kring hjälpmedel som varit kontakt med smitta. Dessa genomgångar fick ställas in efter covid-19-utbrottet då det inte längre var genomförbart att besöka personalgrupper.

Funktionskontroll av hjälpmedel skall göras före varje användning och utförs av baspersonal som använder det. All baspersonal har ett ansvar för att veta hur ett hjälpmedel fungerar, och riskerna som finns kring användandet, innan man använder det. I ansvaret ingår också att rapportera till förskrivare om ett hjälpmedel inte fungerar optimalt, är trasigt eller slitet.

När produkten lämnas ut skall en bruksanvisning följa hjälpmedlet. Ansvarig förskrivare utbildar och instruerar berörd patient och/eller personal i hur hjälpmedlet ska användas.

Prioriterat arbete gällande tekniska hjälpmedel under pandemiåret 2020 har varit att se till att ärenden gällande förflyttningsproblematik eller trasiga hjälpmedel har utförts. På tekniska hjälpmedel, som lyftar, görs en regelbunden besiktning av tekniskt utbildad personal.

Utbildningar/föreläsningar/handledning

Kunskapsöverföringar kring särskilda diagnoser och hälsotillstånd har delgetts baspersonal ute på boenden och dagliga verksamheter av de olika professionerna i HSL-teamet, ibland tillsammans i team och ibland av en enskild profession. Detta har efter pandemiutbrottet skett digitalt.

HSL-teamets sjuksköterskor bedriver kompetensutveckling inom palliativ vård för baspersonal.

Två sjuksköterskor givits möjlighet av arbetsgivaren att läsa specialistutbildning på avancerad nivå inom psykiatri (titel Psykiatrisjuksköterska) med syfte att säkra kompetensen på området.

En av arbetsterapeuterna som läst in en magisterexamen i arbetsterapi har under året föreläst i personalgrupper inom våra verksamheter kring hur personer med intellektuell funktionsnedsättning ser på begreppet självständig och vilka upplevelser de har av att känna sig självständiga kontra inte självständiga. Föreläsningen bygger på en studie som gjordes som examensarbete för Magisterutbildningen i Arbetsterapi. Tid för gruppreflektioner har vävts in under föreläsningarna. Innan pandemiutbrottet skedde föreläsningarna fysiskt men efter utbrottet har en föreläsning skett digitalt via Teams

Särskilt förbättringsarbete gällande förskrivningsprocessen vid förskrivning av egenmanövrerade elrullstolar har under 2020 påbörjats mellan arbetsterapeuter i regionens habilitering och kommunens HSL-team, med utgångspunkt från både personens/brukarens/patientens samt de professionellas perspektiv.

Förebyggande arbete gällande fysisk aktivitet under 2020

Under 2020 blev många gruppträningar och fysiska aktiviteter inställda pga. Covid-19. Det innebar en ökad risk för ohälsa hos våra patienter. Fysioterapeuterna har därför under året sammanställt tips på träning och fysiska aktiviteter, som går att göra utomhus eller i hemmet. Dessa rörelsetips har skickats månadsvis till cheferna för vidarebefordran till alla boenden. Under sommarmånaderna gjordes en digital sommarutmaning via Teams, med en ny utmaning varje vecka. Det var tänkt som en hjälp till personalen, för att locka patienterna att komma ut och röra på sig. Fysioterapeuterna har även arbetat med individuella lösningar för att säkerställa att patienterna får möjlighet till träning och fysisk aktivitet under pandemin.

Dokumentation

I Kalmar kommun har de legitimerade yrkesgrupperna en gemensam journal enligt ICF. ICF står för Internationell Klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa. Syftet med ICF är att ge en vetenskaplig grund för att förstå och studera hälsa och hälsorelaterade tillstånd och deras konsekvenser för olika yrkeskategorier. ICF har ett nationellt gemensamt språk och möjliggör jämförelser av data mellan olika delar av hälso- och sjukvården och att skapa ett systematiskt kodschema för hälsoinformationssystem.

Allt som dokumenteras om patienten läses i samma journal av alla tre legitimerade yrkesgrupperna vilket medför att en helhet skapas kring patientens vård. Införandet av ICF har ökat allas kunskaper för vad en journal ska innehålla. För att styra och säkra innehållet i hälso- och sjukvårdsjournalen finns dokumentationsgrupper. En gemensam för hela HSL, bestående av systemansvarig sjuksköterska, sjuksköterskor, fysioterapeuter, arbetsterapeuter, verksamhetschef

HSL och enhetschefer i HSL samt MAS och MAR.

Ett utbildningsmaterial i dokumentationen för arbetsterapeuter och fysioterapeuter och sjuksköterskor har utarbetats. All legitimerad personal, även semestervikarier, utbildas i dokumentationen. Utbildningen innehåller både information kring ICF och mer specifik utbildning kring var information ska dokumenteras.

I bedömningsmodulen i Procapita finns bedömningsinstrumenten Abbey pain scale, ADL-trappan, Downtown Fall Risk Index, GMF, Modifierad Nortonskala, S-COVIS, SF MNA och en vårdtyngdsmätning för sjuksköterskor.

Klassifikation av vårdåtgärd (KVÅ)

Nya föreskrifter trädde i kraft den 1 januari 2019, Socialstyrelsens föreskrifter (HSLF-FS 2017:67) om uppgiftsskyldighet till register över insatser inom den kommunala hälso- och sjukvården. Föreskrifterna innebär bland annat att kommunerna ska komplettera de patientuppgifter de lämnar till Socialstyrelsen i dag med nya uppgifter om vårdåtgärder som vidtagits (utförts) av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal och där kommunen är vårdgivare. Vårdåtgärderna ska vara klassificerade enligt den mest detaljerade nivån i KVÅ.

Från 1 januari levererar Kalmar kommun statistik till Socialstyrelsen på utförda ordinationer.

Journalssystem håller på att uppdateras av Tieto, och när detta är infört kommer HSL-teamet att leverera statistik på utförda åtgärder från hela journalen.

Digital kommunikation SoL – HSL

I kommunen styrs vård och omvårdnad av två olika lagrum, Hälso- och sjukvårdslagen och Socialtjänstlagen och man för journaler var för sig.

Allt fler personer som har insatser från Socialförvaltningens Hälso- och sjukvårdsteam har ökade vårdbehov och därmed fler delegerade insatser. Baspersonal är hälso- och sjukvårdspersonal när de utför delegerade uppgifter och styrs då av Hälso- och sjukvårdslagen.

För att ge bästa möjliga vård och omsorg till våra omsorgstagare är det viktigt med samarbete och en väl fungerande kommunikation mellan HSL-personal och SoL-personal. Det är ett gemensamt ansvar att kommunicera med varandra. I Omsorgsförvaltningen genomfördes våren 2019 ett pilotprojekt på tre enheter på vård- och omsorgsboende med digital kommunikation mellan HSL och SoL. I hälso- och sjukvårdsjournalen lades två rubriker till för kommunikation mellan HSL och SoL, där legitimerad personal dokumenterar sådan information som de vill förmedla till omvårdnadspersonal och omvårdnadspersonal kan dokumentera resultat från en ordination/instruktion. Efter utvärdering beslutades om att införa digital kommunikation mellan HSL och SoL på samtliga vård- och omsorgsboenden i Omsorgsförvaltningen.

En diskussion om att även införa detta i Socialförvaltningen har påbörjats under 2019.

Nationell Patient Översikt (NPÖ)

Sedan hösten 2012 har Kalmar kommun tillgång till Nationell Patient Översikt (NPÖ). Kalmar kommun är bland Sveriges mest aktiva konsumenter i systemet. Innan införandet av NPÖ genomgick samtlig legitimerad personal en utbildning kring Patientdatalagen. Reglerna för behandling av personuppgifter inom hälso- och sjukvården samlas i patientdatalagen. Lagen reglerar bland annat sammanhållen journalföring, inre sekretess, patienternas möjlighet att spärra uppgifter och hur patienten kan få direktåtkomst.

Sedan april 2019 är Kalmar kommun både producent och konsument i NPÖ.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1§

Informationssäkerhet innebär att information som är viktig identifieras och skyddas på ett säkert sätt. Informationssäkerhet handlar om att rätt användare ska ha rätt information vid rätt tillfälle. Det är viktigt att det är möjligt att följa hur, när och vem som tagit del av information.

Kalmar kommun har en övergripande framtagen klassningsmodell som alla anställda kan nå i vår verksamhetshandbok. Inventering har gjorts av våra informationsmängder där informationsmängden klassas enligt konfidentialitet, riktighet och tillgänglighet. Utifrån den klassningen används SKR:s verktyg KLASSA för att kontrollera att verksamheten skyddar informationsmängderna rätt och får där ut en handlingsplan vad som behöver åtgärdas. Inom Socialförvaltningen har relevanta verksamhetssystem klassificerats via Kalmar kommuns framtagna modell för informationssäkerhetsklassning. Vid behov har risk- och sårbarhetsanalys eller KLASSA genomförts och därefter handlingsplaner upprättats. Socialförvaltningen har dialog med systemleverantörer i frågor som berör dessa.

Under 2020 genomförde IVO en tillsyn enligt lagen om informationssäkerhet för samhällsviktiga och digitala tjänster (2018:1174), LIS, avseende Kalmar kommunssystematiska informationssäkerhetsarbete med utgångspunkt i hälso- och sjukvården och bedömde att det finns övergripande styrning av det systematiska och riskbaserade informationssäkerhetsarbetet.

GDPR

Förvaltningen arbetar med nya rutiner för efterlevnad av nya Dataskyddsförordningen (GDPR) som trädde i kraft 2018-05-25. Förvaltningen har gått igenom alla register och system som hanterar personuppgifter och anmält dessa i programmet Drafit.

SITHS kort inloggning/ID-kort

SITHS är en nationell elektronisk säkerhetslösning som uppfyller Patientdatalagens krav på säker identifiering. All legitimerad personal använder SITHS-kort vid inloggning i vårdsystemen Pascal, Cosmic Link, Nationell Patientöversikt (NPÖ), utfärdande av tandvårdskort samt kvalitetsregister.

Loggkörning

Systematiska loggkörningar i hälso- och sjukvårdsjournalen Procapita, Kalmar läns landstings IT- baserade miljö Cosmic Link samt NPÖ genomförs, för att säkerställa, att inga obehöriga haft tillträde till journaler eller system samt att behöriga i systemen inte tagit obehörig del av journaler. I avtalet med Region i Kalmar län och med Inera, leverantören av NPÖ, har kommunen förbundit sig att genomföra loggkörningar i Cosmic Link och NPÖ.

Resultat och Analys

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

Källa	Resultat
Avvikelse­rapporter 2020 Läkemedel	Läkemedelsavvikelse­er: 141 st (202 st, 2019) Antalet läkemedelsavvikelse­er har minskat i jämförelse med föregående år. Färre antal avvikelse­er beror troligen på att både HSL-personal och baspersonal minskat sin registrering på grund av arbetsbelastning under pågående pandemi. Åtgärder för 2021 är aktiviteter i samband med införande av digitala signeringslistor.
Avvikelse­rapporter 2020 Fall	Fall: 96 st (225 st, 2020) Som orsakat fysisk skada: 5 st, varav 1 fotledsfraktur, 1 skallskada, samt 3 sårskador. Utan kognitiv påverkan (på boenden): 48 st Fall utomhus som orsakat skada: 0 Analys är att underrapportering skett under pandemiåret. Fallavvikelse­arbetet har fortsatt om dock i mindre omfattning än vad som var planerat och önskvärt. Checklistan "Riskfaktorer och åtgärder" framtagen av Socialstyrelsen, har använts för patienter som fallit, för att identifiera riskfaktorer och sätta in åtgärder för att förhindra ytterligare fall.
Avvikelse­rapporter 2020 Medicinsktekniska produkter	Som orsakat skada under: 0
LISA – avvikelse­er 2020	Skickade händelser till Region Kalmar län: 11 Mottagna händelser från Region Kalmar Län: 3 Avvikelse­erna berör både barn och vuxna, somatisk och psykiatrisk slutenvård samt primärvård. Återkommande systemfel kan ej identifieras men orsaker som rapporterats är brister i kommunikation, oklarheter i överenskomna arbetsätt och att rutiner inte följs. Avvikelse­erna hanteras inom respektive organisation och ska lyftas sedan på samverkansmöten. Regional arbetsgrupp bevakar systemavvikelse­er för länets räkning.
MAS-utredningar IVO 2020	Svarat på 0 ärende som anhängiga anmält till IVO

Mål och strategier för kommande år

Indikatorer för 2021 är:

Kunskapsbaserad

- *Kompetens utifrån bästa tillgängliga kunskap*

Alla sjuksköterskor ska under 2020 auskultera i regionens diabetesvård.

Alla arbetsterapeuter och fysioterapeuter ska under 2020 auskultera inom relevant område inom regionen.

Säker

- *Jämlig vård och hälsa med samordning*

Syftet med indikatorn är att hälsan för människor med funktionsnedsättning ska förbättras. Genom att HSL teamet initierar alternativt medverkar vid SIP:ar kan den enskildes behov ringas in bredare och tillgängliggör rätt vård och vårdnivå. Under 2021 vill vi se en ökande trend i deltagande från HSL teamet. Vid utgången av 2021 ska ett mätvärde finnas som sedan blir utgångspunkt för 2022.

- *Minskat antal allvarliga läkemedelsavvikelser*

Antalet allvarliga läkemedelsavvikelser ska minska under 2021 (däremot inte rapportering om allvarliga avvikelser faktiskt inträffar)

- *Ökad patientsäkerhet med Senior Alert*

Indikatorn syftar till att arbeta strukturerat och förebyggande med risker gällande trycksår, nutrition, fall och ohälsa i munnen.

- *Stärkt hälsa genom vårdplan*

Syftet med indikatorn är att hälsan för människor med funktionsnedsättning ska förbättras. Alla patienter ska ha en aktuell vårdplan för samtliga HSL- insatser.

Individanpassad

Inga indikatorer under 2021 för målområdet.

Effektiv

- *Utveckling av digitala arbetssätt*

Indikatorn syftar till effektivitetsvinst genom användande av digitala signeringslistor. Samtliga delegerade HSL-insatser sker digitalt.

- *Effektiv läkemedelshantering genom läkemedelsautomat*

Tio läkemedelsrobotar finns utplacerade hos enskilda patienter.

Jämlik

Inga indikatorer under 2021 för målområdet.

Tillgänglig vård och omsorg

- *Tillgängliga resurser används på effektivt sätt*

Ökat antal avvikelser kring bristande följsamhet av hemsjukvårdsavtal.

- *Ökad tillgänglighet till sjuksköterskeresurs*

Indikatorn syftar till att sjuksköterska i direkt patientarbete kan arbeta ostört.

Tillgänglighet gentemot baspersonal ökar. Upplevelse av ökad ostörd närvaro och tillgänglighet från patient och personal

Övriga aktiviteter

Under 2021 planeras ytterligare aktiviteter för att öka patientsäkerheten och kvaliteten inom Socialförvaltningens hälso- och sjukvård. Implementera ny nationell handlingsplan för patientsäkerhet "Agera för säker vård 2020-2024", årshjul för patientsäkerhet och översyn av kvalitetsregistrering.

Handläggare
Nadja Widéhn
0480-45 27 86

TJÄNSTESKRIVELSE

Datum
2021-01-26

Ärendebeteckning
SN 2021/0022.11.01

Socialnämnden

Kvalitetsuppföljning Birgittagården 2020

Förslag till beslut

Socialnämnden fattar inget beslut med anledning av informationen.

Bakgrund

Den vård- och omsorgsverksamhet som bedrivs av annan, vilken socialnämnden i Kalmar kommun har tecknat avtal med (avtalad verksamhet), ska själva göra egenkontroll i sin verksamhet enligt SOSFS 2011:9. Socialnämnden har ett ansvar att följa upp denna verksamhet för att säkerställa kvaliteten i verksamheterna och att tecknat avtal följs.

Kvalitetsuppföljning av Birgittagårdens verksamhet gjordes av socialnämnden 2020-12-03. Bedömningen är att verksamheten på samma sätt som tidigare håller en god kvalitet till kärn-verksamhet utifrån brukarnas behov såväl som till yttre krav utifrån föreskrifter och allmänna råd. Verksamheten har på grund av renovering haft utmaningar i ekonomin under senaste två åren. Som efterfrågat har verksamheten utifrån den ekonomiska situationen även under våren 2020 inkommit med beskrivning för hur verksamheten fortlöpt utifrån ett brukarfokus. Under årets kvalitetsuppföljning framgår att de ekonomiska svårigheterna kvarstår och verksamheten efterfrågar ekonomiskt stöd från kommunen. Birgittagården ombeds att enligt avtal senast 3:e juni 2021 inkomma med års- och verksamhetsberättelse som utöver ekonomisk redogörelse också beskriver aktiviteter och händelser av vikt under 2020, samt eventuell planering som finns för framtiden.

Nadja Widéhn
Verksamhetsutvecklare

Teresa Tolic Trossmo
Verksamhetschef

Bilagor
Kvalitetsuppföljning Birgittagården 2020



Omsorg
och stöd

Rapport: Birgittagården

Kvalitetsuppföljning i avtalad verksamhet: Daglig verksamhet, boende och sysselsättning enligt SoL och LSS



Kvalitetsuppföljning i avtalad verksamhet: Daglig verksamhet, boende och sysselsättning enligt SoL och LSS

Basuppgifter

Datum för kvalitetsuppföljning

2020-12-03

Verksamhetens namn

Birgittagården

Utförare (bolag, stiftelse, entreprenad etc.)

Stiftelsen Birgittagården

Föreståndare/verksamhetsansvarig

Sara Fogelström

Kontaktperson på socialförvaltningen

Tidigare verksamhetschef Niklas Hermansson har varit verksamhetens kontaktperson men har avslutat sin tjänst. Kvalitetsgranskare återkommer till verksamhet med uppgift om ny kontaktperson.

Telefon

0480-49 01 10

Hemsida

Nej

Verksamhetens inriktning (boende, korttidsboende, dagverksamhet, sysselsättning)

Bostad med särskild service för vuxna LSS 9:9

Antal brukare i verksamheten

5 st

Kvalitetsuppföljningen utförd av

Verksamhetsutvecklare Nadja Widéhn.

Vid kvalitetsuppföljningen medverkade från verksamheten

Sara Fogelström föreståndare, Staffan Gezelius styrelseordförande.

Sammanfattande intryck och slutsatser med eventuella förbättringsområden

Intryck och slutsatser

I 2020 års kvalitetsuppföljning görs bedömningen att verksamheten på samma sätt som tidigare håller en god kvalitet till kärnverksamhet utifrån brukarnas behov såväl som till yttre krav utifrån föreskrifter och allmänna råd. Verksamheten på grund av renovering haft utmaningar i ekonomin under senaste två åren. Verksamheten redogör för detta i årsberättelse. Som efterfrågat har verksamheten utifrån den ekonomiska situationen även inkommit under våren 2020 med beskrivning för hur verksamheten fortlöpt utifrån ett brukarfokus. Under årets kvalitetsuppföljning framgår att de ekonomiska svårigheterna kvarstår och verksamheten efterfrågar ekonomiskt stöd från kommunen.

Företrädare för verksamheten berättar att det för dem liksom för andra verksamheter har uppstått utmaningar i och med pågående pandemi. Verksamheten har gjort anpassningar och skärpt rutiner kring hygien. Brukarna har också kunnat delta i sin sysselsättning som vanligt. Sociala aktiviteter för brukarna har dock blivit lidande och de har inte kunnat umgås så som de är vana att göra.

Förbättringsområden

Ingen handlingsplan efterfrågas i år.

Birgittagården ombeds emellertid att enligt avtal senast 3:e juni inkomma med års- och verksamhetsberättelse som utöver ekonomisk redogörelse också beskriver aktiviteter och händelser av vikt under 2020, samt eventuell planering som finns för framtiden.

Bakgrund

Den vård- och omsorgsverksamhet som bedrivs av annan, som socialnämnden i Kalmar kommun har tecknat avtal med (avtalad verksamhet), ska själva göra egenkontroll i sin verksamhet enligt SOSFS 2011:9. Socialnämnden har dock ett ansvar att följa upp denna verksamhet för att säkerställa kvaliteten i verksamheterna och att tecknat avtal följs.

Syfte och mål

Syftet är att följa upp hur utföraren följer överenskommet avtal. Målet är säkerställd kvalitet.

Metod

Inför besöket granskas avtal, verksamhetsberättelse, årsredovisning, tillstånd, handlingsplan, tidigare kvalitetsuppföljning samt att verksamheten ombeds fylla i en enkät utifrån dessa.

Verksamhetens mål

Vilka är verksamhetsmålen och hur arbetar man med dem? Att följa den kristna etiken. Ingen alkohol eller tobak förtärs i boendet. Kyrkobesök på söndagar (frivilligt). Inget krav på att brukaren skall vara kristen. Representant från kyrkan i styrelsen.

Kunskapsbaserad verksamhet

Ledning

Vilken utbildning och erfarenhet har föreståndare/verksamhetsansvarig som ansvarar för driften av verksamheten?

Utbildad förskolelärare. Arbetat som förskolelärare i sju år och då även inom specialpedagogiskt område. Varit föreståndare på Birgittagården i åtta år.

Personal

Vilka kompetenskrav ställs på ordinarie personal?

Vilka kompetenskrav ställs på ordinarie personal? Undersköterske-utbildning.

Har samtliga anställda en skriftlig och individuell kompetensutvecklingsplan som inte är äldre än ett år.

Nej. Företrädarna för verksamheten uppger att senaste medarbetarsamtal där kompetensutveckling togs upp var för två år sedan. De har deltagit i digital kompetensutveckling under 2020. I tidigare kvalitetsuppföljningar framgår det att personalen får dokumentations-utbildning löpande genom verksamhetens dokumentationssystem. Verksamheten önskar tips från kommunen på utbildningssammankomster. Kvalitetsuppföljaren från kommunen gjorde ett utskick 2019 med sammanställning av webbutbildningar som kommunen använder sig av. Kvalitetsuppföljaren kommer uppdatera denna förteckning och skicka ut till samtliga externa verksamheter i januari 2021.

Skriftliga rutiner för introduktion av nyanställda finns och tillämpas?

Ja.

Trygghet och säkerhet

De enskilda

Den enskilde får muntlig och skriftlig information då insatsen påbörjas.

Ja.

Samtliga enskilda på enheten har en särskild kontaktman bland personalen.

Ja.

Har verksamheten en ansvarsförsäkring?

Ja.

Personal

Hur många personer omräknat till heltidstjänster är anställda i verksamheten.

5,2 st

Hur många personer är anställda?

5 st

Hur många personer har arbetat minst ett år?

5 st

Rutin för information om sekretess och tystnadsplikt finns och tillämpas.

Ja.

Dokumentation

Aktuell (utifrån behov och situation idag) genomförandeplan finns för varje enskild.

Ja.

Social journal finns för varje enskilde där faktiska omständigheter och händelser av betydelse dokumenteras.

Ja.

Dokumentationen förvaras på ett betryggande sätt så inga obehöriga får tillgång till den.

Ja

Lex Sarah

Rutiner enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om lex Sarah - SOSFS 2011:5 finns och tillämpas.

Ja.

Sammanställning och analys av lex Sarah-rapporteringar samt vidtagna åtgärder har gjorts under senaste året.

Nej. Har inte varit aktuellt.

Rapportering enligt lex Sarah har gjorts under det senaste året?

Nej.

**Antal lex Sarah rapporter inlämnade till socialnämnden under senaste året?
(Skyldighet enl. 14 kap 5 § SoL och 24 d § LSS)**

Nej.

Synpunkter och klagomål

Skriftliga rutiner för synpunkts- och klagomålshantering finns och tillämpas.

Ja.

Information finns och har delgetts den enskilde så att denne vet vart han/hon ska vända sig för att lämna synpunkter och klagomål.

Ja.

Sammanställning och analys av inkomna synpunkter och klagomål samt vidtagna åtgärder har gjorts under senaste året.

Nej. Företrädarna berättar att de hanterar synpunkter direkt när de kommer. Brukarna tar upp sina synpunkter i samtal med personalen. Företrädarna och kvalitetsgranskaren diskuterar möjlighet till att dokumentera synpunkter, för att kunna göra sammanställningar och analyser vid behov. Verksamheten gör inte detta idag. Verksamheten har boendemöten för brukarna. Det är då en brukare som antecknar. Dessa möten dokumenteras därför inte på ett sådant sätt att de med säkerhet speglar allas synpunkter. Kvalitetsgranskaren följer upp dessa frågor nästa kvalitetsuppföljning.

HSL/egenvård

Skriftliga rutiner för hur hälso- och sjukvårdspersonal ska kontaktas finns och tillämpas.

Nej, men företrädarna uppger att samtal förs kontinuerligt vid personalmöten om vilka rutiner som ska följas vid kontakt med HSL.

Delegerade HSL-uppgifter finns i verksamheten.

Nej, ej aktuellt.

Skriftliga rutiner för hantering av läkemedel finns och tillämpas.

Nej, ej aktuellt.

Lokaler

Lokalerna är utrustade med brandlarm.

Ja.

Rutiner finns för utrymning vid brand eller annan fara.

Ja.

Utrymningsövningar genomförs regelbundet.

Ja.

Tidpunkt för senaste brandskyddskontroll?

3 november 2020.

Delaktighet och inflytande

Samtliga enskilda har varit delaktiga i upprättandet av genomförandeplan.

Ja.

Regelbundna möten hålls (boråd i boende och arbetsplatsträffar på DV) där de enskilda är med och bestämmer i gemensamma frågor.

Ja, under boendemöten varje vecka.

Tillgänglighet

Har enheten nödvändiga hjälpmedel till de brukare som behöver det?

Ja.

Har de enskilda tillgång till gemensamt kök och vardagsrum dygnet runt?

Ja.

Har samtliga enskilda tillgång till privat badrum och privat kök?

Ja.

Självbestämmande och integritet

Enheten har gjort brukarundersökning under det senaste året och använt resultatet till att utveckla verksamheten.

Ja verksamheten har deltagit i kommunens brukarundersökning, men inte använt resultaten. Verksamheten fick inte ett eget resultat då det var färre än fem i verksamheten som svarade. Verksamheten kommer erbjudas att delta i kommunens brukarundersökning 2021.

Öppna frågor

Hur fungerar samarbetet med beställaren?

Företrädarna för verksamheten uppger att samarbete med beställaren fungerar bra.


Hur fungerar samarbetet med andra aktörer?

Företrädarna för verksamheten uppger att samarbete med andra aktörer fungerar bra.

Hur ser man på framtiden?

Verksamheten uppger att de är beroende av att få ekonomiskt stöd från kommunen. De har därför sökt kontakt med verksamhetschefen för VO funktionsstöd på socialförvaltningen.

 Kalmar kommun, Box 611, 391 26 Kalmar

 0480-45 00 00

 kommun@kalmar.se



Handläggare
Eva-Lena Karlsson
Verksamhetsutvecklare

TJÄNSTESKRIVELSE

Datum
2021-01-20

Ärendebeteckning
SN 2021/0023.11.01

Socialnämnden

Kvalitetsuppföljning Miniprint 2020

Förslag till beslut

Socialnämnden fattar inget beslut med anledning av informationen.

Bakgrund

Den vård- och omsorgsverksamhet som bedrivs av annan, vilken socialnämnden i Kalmar kommun har tecknat avtal med (avtalad verksamhet), ska själva göra egenkontroll i sin verksamhet enligt SOSFS 2011:9. Socialnämnden har ett ansvar att följa upp denna verksamhet för att säkerställa kvaliteten i verksamheterna och att tecknat avtal följs.

I 2020 års kvalitetsuppföljning görs bedömningen att verksamheten på samma sätt som tidigare håller en god kvalitet till kärnverksamhet utifrån brukarnas behov såväl som till yttre krav utifrån föreskrifter, allmänna råd och avtal.

Det är kvalitetsgranskarens uppfattning att det är av stor vikt att den externa verksamheten och kommunens företrädare och verksamheter samverkar även fortsättningsvis för den enskildes bästa. Detta innebär även att ge tips om ny kunskap och bra utbildningstillfällen. Kalmar socialförvaltning kommer under 2021 att bjuda in de externa verksamheterna till en information om Individens behov i centrum (IBIC).

Verksamheten har också inkommit med innehållsrik och välformulerad verksamhetsberättelse. Årets kvalitetsuppföljning fordrar ingen handlingsplan från verksamheten.

Eva-Lena Karlsson
Verksamhetsutvecklare

Teresa Tolic Trossmo
Verksamhetschef

Bilagor
Rapport kvalitetsuppföljning Miniprint 2020



Omsorg
och stöd

Rapport: Miniprint

Kvalitetsuppföljning i avtalad verksamhet: Daglig verksamhet, boende och sysselsättning enligt SoL och LSS



Kvalitetsuppföljning i avtalad verksamhet: Daglig verksamhet, boende och sysselsättning enligt SoL och LSS

Basuppgifter

Datum för kvalitetsuppföljning

2020-11-19

Verksamhetens namn

Miniprint

Utförare (bolag, stiftelse, entreprenad etc.)

Ekonomisk förening

Föreståndare/verksamhetsansvarig

Områdeschef Emeli Stedt, tel nr 0470-50 01 90

Kontaktperson på socialförvaltningen

Annelie Liljegren, telefon: 0480-45 08 66

Telefon

0480-40 32 58

Hemsida

Nej

Verksamhetens inriktning (boende, korttidsboende, dagverksamhet, sysselsättning)

Daglig verksamhet för personer i yrkesverksam ålder. Personkrets 1 och 2 i 1 § LSS. Friskvård, skapande verksamhet, sång och musik, nutidsorientering.

Antal brukare i verksamheten

6 st

Kvalitetsuppföljningen utförd av

Verksamhetsutvecklare Eva-Lena Karlsson.

Vid kvalitetsuppföljningen medverkade från verksamheten

Louise Ek föreståndare, Göran Stridsberg styrelserepresentanter.

Sammanfattande intryck och slutsatser med eventuella förbättringsområden

Intryck och slutsatser

I 2020 års kvalitetsuppföljning görs bedömningen att verksamheten på samma sätt som tidigare håller en god kvalitet till kärnverksamhet utifrån brukarnas behov såväl som till yttre krav utifrån föreskrifter, allmänna råd och avtal.

Det är kvalitetsgranskarens uppfattning att det är av stor vikt att den externa verksamheten och kommunens företrädare och verksamheter samverkar även fortsättningsvis för den enskildes bästa. Detta innebär även att ge tips om ny kunskap och bra utbildningstillfällen.

Verksamheten har också inkommit med innehållsrik och välformulerad verksamhetsberättelse.

Förbättringsområden

Årets kvalitetsuppföljning fordrar ingen handlingsplan från verksamheten. Det är däremot av vikt att det finns en fortsatt god kontakt mellan verksamheten och kommunens utsedda kontaktperson, för att säkerställa en helhetssyn kring den enskilde.

Kalmar socialförvaltning håller på att implementera arbetssättet IBIC både avseende utredningsmetodik, dokumentation och arbetssätt. Det är viktigt att de verksamheter som Kalmar socialförvaltning har avtal med att utföra tjänster för personer med funktionsnedsättning också har kunskap om detta arbetssätt. Socialförvaltningen kommer därför att ta initiativ till ett sådant förbättringsarbete.

Rapport från kvalitetsgranskare skickas till föreståndare/verksamhetsansvarig i avtalad verksamhet senast två veckor efter kvalitetsgranskning. Rapport och handlingsplan redovisas av tjänsteman i socialnämnden.

Vidtagna åtgärder följs upp av kvalitetsgranskare vid nästa årliga kvalitetsuppföljning eller tidigare vid behov.

Bakgrund

Den vård- och omsorgsverksamhet som bedrivs av annan, som socialnämnden i Kalmar kommun har tecknat avtal med (avtalad verksamhet), ska själva göra egenkontroll i sin verksamhet enligt SOSFS 2011:9. Socialnämnden har dock ett ansvar att följa upp denna verksamhet för att säkerställa kvaliteten i verksamheterna och att tecknat avtal följs.

Syfte och mål

Syftet är att följa upp hur utföraren följer överenskommet avtal. Målet är säkerställd kvalitet.

Metod

Inför besöket granskas avtal, verksamhetsberättelse, årsredovisning, tillstånd, handlingsplan, tidigare kvalitetsuppföljning samt att verksamheten ombeds fylla i en enkät utifrån dessa. Kvalitetsuppföljningen 2020 har med anledning av rådande pandemi skett digitalt via Teams-möte.

Verksamhetens mål

Vilka är verksamhetsmålen och hur arbetar man med dem?

Att utgöra en utvecklande och lärande miljö och verksamhet för personer med funktionsnedsättning.

Kunskapsbaserad verksamhet

Ledning

Vilken utbildning och erfarenhet har föreståndare/verksamhetsansvarig som ansvarar för driften av verksamheten?

Louise Ek har en treårig högskoleutbildning till fritidspedagog samt 20 års erfarenhet av arbete inom gruppboende LSS och daglig verksamhet.

Personal

Vilka kompetenskrav ställs på ordinarie personal?

Verksamhetens krav är kompetens anpassad till verksamheten och kunskap om LSS. Verksamheten lägger stor vikt vid erfarenhet, personlig lämplighet och kännedom om brukarna. Verksamheten har två tillsvidareanställda och har inte anställt någon ny sedan 2013. Miniprint samarbetar mycket med gruppboenden Calmia vad gäller timvikarier, vilket skapar god kontinuitet för brukarna och bra förutsättningar för ovanstående kompetenskrav.

Har samtliga anställda en skriftlig och individuell kompetensutvecklingsplan som inte är äldre än ett år.

Nej. Miniprint arbetar utifrån en generell kompetensplan för verksamheten. De anställda bevakar själva behov och möjligheter till kompetensutveckling. Även handledning som en del av kompetensutvecklingen kan vid behov köpas in.

Skriftliga rutiner för introduktion av nyanställda finns och tillämpas?

Ja. Introduktion av ny personal skedde sist 2013. Verksamheten har nyligen introducerat en ny nikaie.

Trygghet och säkerhet

De enskilda

Den enskilde får muntlig och skriftlig information då insatsen påbörjas.

Det har inte varit aktuellt, då det inte börjat någon ny sedan 2004.

Samtliga enskilda på enheten har en särskild kontaktman bland personalen.

Nej. De två anställda har gemensamt ansvar gentemot samtliga brukare men delar upp ansvaret när det gäller dokumentation.

Har verksamheten en ansvarsförsäkring?

Ja.

Personal

Hur många personer omräknat till heltidstjänster är anställda i verksamheten.

2 st

Hur många personer är anställda?

3 st, samt 2-4 st timvikarier.

Hur många personer har arbetat minst ett år?

Alla. 1 vikarie har arbetat på boendet men inte på miniprint

Rutin för information om sekretess och tystnadsplikt finns och tillämpas.

Muntlig information ges och en skriftlig sekretessförbindelse undertecknas av anställd personal.

Dokumentation

Aktuell (utifrån behov och situation idag) genomförandeplan finns för varje enskild.

Ja.

Social journal finns för varje enskilde där faktiska omständigheter och händelser av betydelse dokumenteras.

Ja.

Dokumentationen förvaras på ett betryggande sätt så inga obehöriga får tillgång till den.

Ja

Lex Sarah

Rutiner enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om lex Sarah - SOSFS 2011:5 finns och tillämpas.

Ja.

Sammanställning och analys av lex Sarah-rapporteringar samt vidtagna åtgärder har gjorts under senaste året.

Nej. Har inte varit aktuellt.

Rapportering enligt lex Sarah har gjorts under det senaste året.

- Antal lex Sarah rapporter inlämnade till socialnämnden under senaste året? (Skyldighet enl. 14 kap 5 § SoL och 24 d § LSS)

Nej. Har inte varit aktuellt.

Synpunkter och klagomål

Skriftliga rutiner för synpunkts- och klagomålshantering finns och tillämpas.

Ja. Verksamheten har också tagit fram ett intervjuformulär som används årligen.

Information finns och har delgetts den enskilde så att denne vet vart han/hon ska vända sig för att lämna synpunkter och klagomål.

Ja, muntligen.

Sammanställning och analys av inkomna synpunkter och klagomål samt vidtagna åtgärder har gjorts under senaste året.

Nej ingen sammanställning. Protokoll skrivs vid varje brukarmöte där de flesta synpunkter och klagomål framkommer.

HSL/egenvård

Skriftliga rutiner för hur hälso- och sjukvårdspersonal ska kontaktas finns och tillämpas.

Ja.

Delegerade HSL-uppgifter finns i verksamheten.

Ej aktuellt för närvarande men kontakt med ansvarig sjuksköterska finns, som har varit ute i verksamheten på besök.

Skriftliga rutiner för hantering av läkemedel finns och tillämpas.

Ja.

Lokaler

Lokalerna är utrustade med brandlarm.

Ja.

Rutiner finns för utrymning vid brand eller annan fara.

Ja.

Utrymningsövningar genomförs regelbundet.

Ja.

Tidpunkt för senaste brandskyddskontroll?

Våren 2020. Det sker kontinuerligt genom avtal med Brandab.

Delaktighet och inflytande

Samtliga enskilda har varit delaktiga i upprättandet av genomförandeplan.

Ja. Personalen upprättar genomförande planerna 2 ggr om året baserat på den enskildes behov och kunskaper. Personalen har kontinuerligt möten med de enskilda om dagliga schemat och önskemål denne vill framföra som blir som underlag i genomförandeplanerna.

Regelbundna möten hålls (boråd i boende och arbetsplatsträffar på DV) där de enskilda är med och bestämmer i gemensamma frågor.

Ja en gång per vecka. Dessa protokollförs också.

Tillgänglighet

Har enheten nödvändiga hjälpmedel till de brukare som behöver det?

Ja. En brukare har rullator vilket fungerar bra i lokalerna. Samma brukare använder rullstol utomhus.

Självbestämmande och integritet

Enhetsen har haft en eller flera personer som har övergått från daglig verksamhet till förvärvsarbete under det senaste året eller sedan föregående uppföljning.

Nej.

Enhetsen har gjort brukarundersökning under det senaste året och använt resultatet till att utveckla verksamheten.

Ja, verksamheten ingår i samverkan med kommunen och övriga externa verksamheter i en nationell brukarundersökning som är organiserad av SKR (Sveriges kommuner och regioner). Föreståndaren för Miniprint har under de senaste

åren fungerat som frågeassistent i kommunens egna och andra verksamheter. Resultatet går att läsa enhetsvis men också i jämförelse inom kommunen och i landet i stort. Resultatet används till att utveckla verksamheten. Årets resultat har inte publicerats ännu.

En gång per termin har arbetstagaren "egen tid" med en av personalen under en halvdag. Den enskilde bestämmer då aktivitet. Synpunkter och behov framkommer också vid den årliga uppföljningsintervjun. Utifrån rådande pandemi har verksamheten säkrat upp egentiden utifrån ett smittskyddsperspektiv. Det innebär att egentiden t ex inte blir i folksamlingar, utan i mer enskildhet.

Öppna frågor

Hur fungerar samarbetet med beställaren?

Bra, samarbetet kring brukarundersökningen fungerar mycket bra. Verksamheten önskar ett fortsatt gott samarbete på liknande sätt. Önskar gärna kunna ta del av t ex föreläsningar som anordnas. Verksamheten har haft kontakt med den kontaktperson de blev tilldelade förra året och kontakten fungerar bra.

Hur fungerar samarbetet med handläggaren?


Har ej varit behov av kontakt.

Hur ser man på framtiden? Hur lång tid är det kvar på avtalet?

Förutsättningar för fortsättning?

Verksamhetsföreträdare framhåller att verksamheten ständigt utvecklas och att brukarna är trygga. Målet är att ge varje arbetstagare en meningsfull dag varje dag och mycket glädje. Avtalet löper på tillsvidare (ej tidsbestämt) och det finns gemensamt önskemål om fortsättning liksom tidigare.

 Kalmar kommun, Box 611, 391 26 Kalmar

 0480-45 00 00

 kommun@kalmar.se



Socialnämnden

Kvalitetsuppföljning Lustgården 2020

Förslag till beslut

Socialnämnden fattar inget beslut med anledning av informationen.

Bakgrund

Den vård- och omsorgsverksamhet som bedrivs av annan, som socialnämnden i Kalmar kommun har tecknat avtal med (avtalad verksamhet), ska själva göra egenkontroll i sin verksamhet enligt SOSFS 2011:9. Socialnämnden har ett ansvar att följa upp denna verksamhet för att säkerställa kvaliteten i verksamheterna och att tecknat avtal följs.

Kvalitetsuppföljning i Lustgården har genomförts enligt bilagd rapport 2020-11-03.

Verksamheten har under flera år arbetat med att skapa ett kvalitetsledningssystem utifrån de rekommendationer som de har fått vid tidigare kvalitetsuppföljningar. Bedömningen är att verksamheten har hamnat på en nivå, som är acceptabel utifrån den verksamhet de bedriver. Det finns en önskan och en kunskap att vilja göra rätt. De yttre kraven utifrån föreskrifter, allmänna råd och tecknat avtal upprätthålls. Fokus för verksamheten är brukarnas bästa. Under 2020 genomfördes en ny upphandling, där tilldelningsbeslut till Lustgården har fattats.

I kvalitetsuppföljningsrapporten redogörs för de förbättringsområden som undertecknade anser att det utifrån årets uppföljning finns behov av:

- Fortsatt god samverkan mellan socialförvaltningens verksamheter och Lustgården.
- Socialförvaltningens ansvar är att följa upp de brukare som har insatsen med placering på Lustgården.
- Socialförvaltningen behöver tydliggöra innehållet i socialförvaltningens kontakt i förhållande till externa verksamheter, såsom Lustgården.
- Socialförvaltningen kommer att erbjuda de externa verksamheterna information om Individens behov i centrum (IBIC).

- Lustgården behöver förtydliga hur den ekonomiska situationen påverkar kvaliteten i verksamheten och förtydliga hur de kommer tillrätta med kvalitetsbrister i verksamheten.

Vidtagna åtgärder kommer att följas upp av kvalitetsgranskare vid nästa årliga kvalitetsuppföljning eller tidigare vid behov.

Eva-Lena Karlsson
Verksamhetsutvecklare

Teresa Tolic Trossmo
Verksamhetschef

Bilagor
Rapport kvalitetsuppföljning Lustgården 2020
Handlingsplan Lustgården 2020

Omsorg
och stöd

Rapport: Lustgården

Kvalitetsuppföljning i avtalad verksamhet: Daglig verksamhet, boende och sysselsättning enligt SoL och LSS



Kvalitetsuppföljning i avtalad verksamhet: Daglig verksamhet, boende och sysselsättning enligt SoL och LSS

Basuppgifter

Datum för kvalitetsuppföljning
2020-11-03

Verksamhetens namn
Lustgården i Lövshult
Lövshult 157, 388 93 Ljungbyholm

Utförare (bolag, stiftelse, entreprenad etc.)
Enskild firma

Föreståndare/verksamhetsansvarig
Lena Karlsson

Telefon
0480-52 08 7, epost: lovshultgarden@telia.com

Hemsida
<http://lustgardenilovshult.com/>

Kontakt på socialförvaltningen
Johanna Fermskog, tel: 0480-45 02 89

Verksamhetens inriktning (boende, korttidsboende, dagverksamhet, sysselsättning)
Daglig verksamhet i lantlig miljö.

Antal omsorgstagare i verksamheten
För närvarande 8 st inskrivna på heltid, 6 st inskrivna på 5-dagars, 1 st på 4-dagars och 2 st inskrivna på 2-dagars. Det finns fortfarande plats för ytterligare 2 st på heltid alternativt, efter överenskommelse, delade dagar. Lustgården har tillstånd att bedriva verksamhet för 10 st platser.

Kvalitetsuppföljningen utförd av
Verksamhetsutvecklare Eva-Lena Karlsson

Vid kvalitetsuppföljningen medverkade från verksamheten
Lena Karlsson och Kim Karlsson Täck

Sammanfattande intryck och slutsatser med eventuella förbättringsområden

Intryck och slutsatser

Verksamheten har under flera år arbetat med att skapa ett kvalitetsledningssystem utifrån de rekommendationer som de har fått vid tidigare kvalitetsuppföljningar. Bedömningen är att verksamheten har hamnat på en nivå, som är acceptabel utifrån den verksamhet de bedriver. Det finns en önskan och en kunskap att vilja göra rätt. De yttre kraven utifrån föreskrifter och allmänna råd upprätthålls. Fokus för verksamheten är brukarnas bästa. Det är av stor vikt för en verksamhet som Lustgården att det finns goda kontaktytor till andra viktiga personer och institutioner kring den enskilde brukaren. Bedömningen är att verksamheten följer de krav som är uppställda utifrån avtal efter upphandling.

Förbättringsområden

Samverkan med socialförvaltningens representanter behöver bibehållas för att verka för en god kvalitet för både befintliga brukare och för nya. Det är också viktigt för de enskilda brukarna att Lustgården har god kontakt med boendepersonalen, gode män och/eller andra företrädare för brukaren. Det är också socialförvaltningens ansvar att ha en kontinuerlig kontakt med både föreståndare och brukare. Det avser både uppföljning av beslut om insats liksom att ansvariga för boenden där individen bor har en regelbunden kontakt med Lustgården. Socialförvaltningen behöver också ta initiativ till att tydliggöra vad socialförvaltningens kontakt har för uppdrag i förhållande till Lustgården.

Kalmar socialförvaltning håller på att implementera arbetssättet IBIC både avseende utredningsmetodik, dokumentation och arbetssätt. Det är viktigt att de verksamheter som Kalmar socialförvaltning har avtal med att utföra tjänster för personer med funktionsnedsättning också har kunskap om detta arbetssätt. Socialförvaltningen kommer därför att ta initiativ till ett sådant förbättringsarbete.

Föreståndarens oro för den ekonomiska situationen med anledning av att verksamhetens alla platser inte nyttjas av socialförvaltningen behöver beskrivas. Den upphandling som genomfördes nyligen ger enligt föreståndaren en försämrad ekonomisk täckningsgrad. Lustgården behöver därför i en handlingsplan beskriva hur den förändrade ekonomiska situationen riskerar att försämra verksamhetens kvalitet under 2020 samt förslag på eventuella åtgärder för att komma till rätta med eventuella kvalitetsbrister inför 2021.

Handlingsplan

Rapport från kvalitetsgranskare skickas till föreståndare i avtalad verksamhet senast två veckor efter kvalitetsgranskning. En handlingsplan upprättas av föreståndaren i avtalad verksamhet. Handlingsplanen ska innehålla förslag till åtgärder för det som framkom-

mit under rubriken förbättringsområden. Handlingsplanen skickas per e-post till ansvarig kvalitetsgranskare senast (4) veckor efter att rapporten mottagits, vilket innebär den 4 december 2020.

Rapport och handlingsplan redovisas av tjänsteman i socialnämnden.

Vidtagna åtgärder följs upp av kvalitetsgranskare vid nästa årliga kvalitetsuppföljning eller tidigare vid behov.

Bakgrund

Den vård- och omsorgsverksamhet som bedrivs av annan, som socialnämnden i Kalmar kommun har tecknat avtal med (avtalad verksamhet), ska själva göra egenkontroll i sin verksamhet enligt SOSFS 2011:9. Socialnämnden har dock ett ansvar att följa upp denna verksamhet för att säkerställa kvaliteten i verksamheterna och att tecknat avtal följs.

Syfte och mål

Syftet är att följa upp hur utföraren följer överenskommet avtal. Målet är säkerställd kvalitet.

Metod

Inför besöket granskas verksamhetsberättelse, årsredovisning, tillstånd, tidigare kvalitetsuppföljning samt avtal. Med anledning av pågående pandemi företogs inget besök i verksamheten. Intervju med företrädare för verksamheten skedde via digitalt möte.

Verksamhetens mål

Vilka är verksamhetsmålen och hur arbetar man med dem?

Meningsfull sysselsättning i stimulerande miljö med närhet till djur och natur. Verksamheten bedrivs på landet och brukaren ska ingå i en gemenskap och ha ansvarsområden.

Kunskapsbaserad verksamhet

Ledning

Vilken utbildning och erfarenhet har föreståndare/verksamhetsansvarig som ansvarar för driften av verksamheten?

Fritidsassistent, fritidsledarutbildning, ridinstruktör inom handikappridning, 27 års erfarenhet från baskursen vid Högalids Folkhögskola och 14 års erfarenhet som verksamhetschef vid Lustgården. Sammanlagt drygt 40 års yrkeserfarenhet med målgruppen.

Personal

Vilka kompetenskrav ställs på ordinarie personal?

Att personal är allsidig – kunskap och erfarenhet människor med funktionsned-sättningar samt erfarenhet av gårds-och djurskötsel. Ett professionellt förhåll-ningssätt, humanistisk människosyn, medmänsklighet och ett gott bemötande gentemot brukarna är det viktigaste.

Har samtliga anställda en skriftlig och individuell kompetensutvecklingsplan som inte är äldre än ett år.

Individuell kompetensutvecklingsplan finns. Verksamheten uppdaterar de an-ställdas kompetens utifrån tillgängliga webbutbildningar och/eller föreläsningar.

Skriftliga rutiner för introduktion av nyanställda finns och tillämpas?

Ja.

Trygghet och säkerhet

De enskilda

Den enskilde får muntlig och skriftlig information då insatsen påbörjas.

Ja.

Samtliga enskilda på enheten har en särskild kontaktman bland personalen.

Nej. Verksamheten har ett fåtal anställda och de arbetar nära brukarna. De har ett gemensamt kontaktmannaskap, om inget annat är bestämt. De dokumente-rar i den sociala journalen eller annat dokument.

Har verksamheten en ansvarsförsäkring?

Ja.

Personal

Hur många personer omräknat till heltidstjänster är anställda i verksamheten.

Kim Karlsson Täck och Lena Karlsson arbetar för tillfället heltid. Frida Karlsson är föräldraledig och beräknas komma tillbaka efter sommaren.

Hur många personer är anställda?

2 st

Hur många personer har arbetat minst ett år?

3 st

Rutin för information om sekretess och tystnadsplikt finns och tillämpas.

Ja.

Dokumentation

Aktuell (utifrån behov och situation idag) genomförandeplan finns för varje enskild.

Genomförandeplan finns för varje brukare. Det är tydligt vid granskning att dessa revideras och följs upp kontinuerligt. Minst var sjätte månad har personalen ett utvecklingssamtal enligt en skriftlig mall med varje brukare. Frågorna berör trivsel, önskemål samt uppfattning om: aktiviteter, mat, resor, medbestämmande mm. Genomförandeplanen revideras i samband med och utifrån vad som kommer fram i utvecklingssamtalet.

Social journal finns för varje enskild där faktiska omständigheter och händelser av betydelse dokumenteras.

Ja.

Dokumentationen förvaras på ett betryggande sätt så inga obehöriga får tillgång till den.

Ja i låst kassaskåp.

Lex Sarah

Rutiner enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om lex Sarah - SOSFS 2011:5 finns och tillämpas.

Ja.

Sammanställning och analys av lex Sarah-rapporteringar samt vidtagna åtgärder har gjorts under senaste året.

Nej.

Rapportering enligt lex Sarah har gjorts under det senaste året?

- Antal lex Sarah rapporter inlämnade till socialnämnden under senaste året? (Skyldighet enl. 14 kap 5 § SoL och 24 d § LSS)

Inga rapporter under 2020.

Synpunkter och klagomål

Skriftliga rutiner för synpunkts- och klagomålshantering finns och tillämpas.

I utvecklingssamtalet som hålls var sjätte månad dokumenteras brukarens synpunkter och önskemål. Det finns även skriftlig rutin.

Information finns och har delgetts den enskilde så att denne vet vart han/hon ska vända sig för att lämna synpunkter och klagomål.

Ja.

Sammanställning och analys av inkomna synpunkter och klagomål samt vidtagna åtgärder har gjorts under senaste året.

Verksamheten bygger på ett fåtal brukare och två personal. I direkta samtal med brukarna och vid utvecklingssamtalen framkommer brukarnas synpunkter. Det finns en stor tillit till varandra och alla kan prata öppet med personalen om de synpunkter och klagomål som finns. I och med denna närhet till en liten grupp har personalen god kännedom om varje deltagares situation och behov av utveckling. De kan utifrån detta se om det skulle uppstå återkommande mönster i synpunkterna. De anser i och med detta att sammanställning görs och att synpunkterna analyseras.

HSL/egenvård

Skriftliga rutiner för hur hälso- och sjukvårdspersonal ska kontaktas finns och tillämpas.

Ja. Det finns angivet i den enskildes sociala dokumentation vilken HSL-personal som är aktuell.

Delegerade HSL-uppgifter finns i verksamheten.

Nej. Ej aktuellt.

Skriftliga rutiner för hantering av läkemedel finns och tillämpas.

Nej. Ej aktuellt.

Lokaler

Lokalerna är utrustade med brandlarm.

Ja, sammankopplade larm.

Rutiner finns för utrymning vid brand eller annan fara.

Ja.

Utrymningsövningar genomförs regelbundet.

Egenkontroll av brandskydd görs varannan månad. Brandövning 2 gånger om året. Genomgång av samlingsplats vid brand med alla nya deltagare.

Tidpunkt för senaste brandskyddskontroll?

2018-01-29. Vi har dagliga kontroller över egendomen samt åtgärdar eventuella skaderisker omedelbart.

Delaktighet och inflytande

Samtliga enskilda har varit delaktiga i upprättandet av genomförandeplan.

Ja.

Regelbundna möten hålls (arbetsplatsträffar på DV) där de enskilda är med och bestämmer i gemensamma frågor.

Ja. För oss är delaktighet och inflytande viktigt för att alla ska trivas och må bra på sin arbetsplats. Vi utför därför vad vi kallar för utvecklingssamtal 2 gånger per år, vi har en förslagslåda där alla kan lämna förslag på aktiviteter, mat, utflykter m.m. I denna låda kan man även lägga klagomål.

Varje morgon har vi morgonmöten och går igenom dagen så alla är nöjda med sina uppgifter. Vid lunch går vi igenom förmiddagen. Och vid eftermiddagsfika går vi igenom eftermiddagen.

Det är möjligt för den som vill (avser DV) att delta i enhetens dagliga verksamhet 40 timmar per vecka

Ja.

Tillgänglighet

Har enheten nödvändiga hjälpmedel till de brukare som behöver det?

Ej aktuellt.

Finns det minst 2 handikappvänliga hästar och ytterligare två tamdjursarter?

Ja. På gården finns det 2 handikappvänliga islandshästar och 2 shetlandsponnys. Ett stort antal höns, 2 marsvin, 3 minigrisar, 2 katter, 5 hundar, 2 sköldpaddor och fiskar.

Enheten är öppen utöver fyra veckor på sommaren och helgdagar?

Ja.

Kan enheten (så långt det är möjligt) erbjuda kost utifrån individens önskemål utifrån hälso-, etniska eller religiösa skäl?

Ja.

Finns det (utöver matsal) särskilt rum för rast och vila?

Ja.

Självbestämmande och integritet

Enheten (avser DV) har haft en eller flera personer som har övergått från daglig verksamhet till förvärvsarbete under det senaste året eller sedan föregående uppföljning.

Nej.

Enheten har gjort brukarundersökning under det senaste året och använt resultatet till att utveckla verksamheten?

Ja. Lustgården deltar emellertid i SKR:s nationella brukarundersökning tillsam-

mans med Kalmar kommun, vilket görs regelbundet/cykliskt men inte årligen, detta anpassat utifrån omfattningen på socialförvaltningens insatsområden som behöver ingå i brukarundersökningen varje år.

Det är viktigt att varje deltagare får vara med och bestämma sitt dagliga arbete. Detta diskuterar vi under varje individs utvecklingssamtal.

Har ni något uppdrag som förvaltare eller god man till någon deltagare i verksamheten?

Nej.

Öppna frågor

Hur fungerar samarbetet med beställaren?

I verksamhetsberättelsen för 2019 redogör verksamheten för att de under året tagit emot besök från Slussen för uppföljning av deltagare samt för eventuella nya deltagare.

Samverkan med brukarnas boendepersonal fungerar bra. Det är viktigt att ta en kontakt, för att samverka för den enskildes bästa.

Under 2020 har en ny upphandling genomförts och Lustgården har enligt egen uppgift lagt sig på ett anbud, som i praktiken medför en lägre kostnadstäckning. Vid lägre beläggningsgrad medför detta lägre intäkter.

Hur fungerar samarbetet med handläggaren?

Lite kontakter finns med Slussen, vilket fungerar bra.

Hur fungerar samverkan med särskola? (Praktik särskoleelever).

I verksamhetsberättelsen för 2019 redogör verksamheten för att de inte tagit praktikant från Jenny Nyströmskolan.

Har det varit aktuellt med samverkan kring SIP alt. Individuell plan enligt LSS § 10?

Nej.

Hur ser man på framtiden? Hur lång tid är det kvar på avtalet?

Förutsättningar för fortsättning?

Verksamhetens företrädare ser ljusst på framtiden och anser sig ha alla förutsättningar att ge personer med funktionsnedsättning en bra arbetsdag och det är det viktigaste för verksamheten.

Har någon brukare varit frånvarande mer än en månad?

Nej.

Har enheten anlitat någon underleverantör?


Nej.


Har enheten något kvalitetsledningssystem?

Verksamheten har en pärm med innehåll som efterfrågas i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd. Föreståndaren har tidigare genomgått Kunskapsguidens webbutbildning och uppdaterar sig kontinuerligt. Det är en liten verksamhet, som bygger på närhet med brukarna och de försöker att lägga ambitionsnivån kring kvalitetsledningssystemet, så att det gagnar brukarna och verksamhetens kvalitet.

Övriga synpunkter/återkoppling till beställaren?

Verksamhetens företrädare ger uttryck för att det finns ett behov av en tydlighet deras kontaktyta med Socialförvaltningen. I kontakten med brukares anhöriga, godemän och personal inom boendet har verksamheten en direktkontakt. I samband med studiebesök på Lustgården för eventuellt nya brukare har Lustgården kontakt med Slussen. I övriga frågor vänder sig verksamheten till denna som är utsedd som Socialförvaltningens kontakt. Verksamhetens företrädare uttrycker att de t ex när Socialförvaltningens kontakt har kortare frånvaro har behov av en ställföreträdande kontakt.

 Kalmar kommun, Box 611, 391 26 Kalmar

 0480-45 00 00

 kommun@kalmar.se



Handlingsplan Lustgården i Lövshult

Trots att vi missuppfattade prissättningen på det nya avtalet har vi en stabil ekonomi helt under kontroll som inte kommer påverka våran verksamhet.

Vi kommer kunna erbjuda samma kvalité på vår dagliga verksamhet som innan.

Vi kommer alltså arbeta på som vanligt då inga kvalitetsbrister kommer uppstå 2020/2021.

Socialnämnden

Kvalitetsuppföljning Mossegården 2020

Förslag till beslut

Socialnämnden fattar inget beslut med anledning av informationen.

Bakgrund

Den vård- och omsorgsverksamhet som bedrivs av annan, som socialnämnden i Kalmar kommun har tecknat avtal med (avtalad verksamhet), ska själva göra egenkontroll i sin verksamhet enligt SOSFS 2011:9. Socialnämnden har ett ansvar att följa upp denna verksamhet för att säkerställa kvaliteten i verksamheterna och att tecknat avtal följs.

Kvalitetsuppföljning i Mossegården har genomförts enligt bilagd rapport 2020-11-25.

Mossegården framstår som en verksamhet med genuin känsla och omsorg för deltagarnas intresse och behov. Verksamheten är välfungerande vad gäller kärnverksamhet och även till de yttre kraven på verksamheten såsom systematiskt förbättringsarbete och dokumentation. Detta tack vare att verksamheten kontinuerligt eftersträvar bästa tillgängliga kunskap och god kvalitet. I likhet med tidigare år har verksamheten lagt stort fokus på fortbildning såväl som brukarnas delaktighet i dagligt upplägg samt i genomförandeplan. Verksamheten har nyligen slutit ett nytt avtal med Kalmar kommun efter ett upphandlingsförfarande enligt LOU.

I kvalitetsuppföljningsrapporten redogörs för de förbättringsområden som undertecknade anser att det utifrån årets uppföljning finns behov av:

- Ta del av utbildningserbjudande från beställaren i arbets- och synsättet Individens behov i centrum (IBIC).
- Bifoga exempel av genomförandeplan.

Vidtagna åtgärder kommer att följas upp av kvalitetsgranskare vid nästa årliga kvalitetsuppföljning eller tidigare vid behov.

Eva-Lena Karlsson
Verksamhetsutvecklare

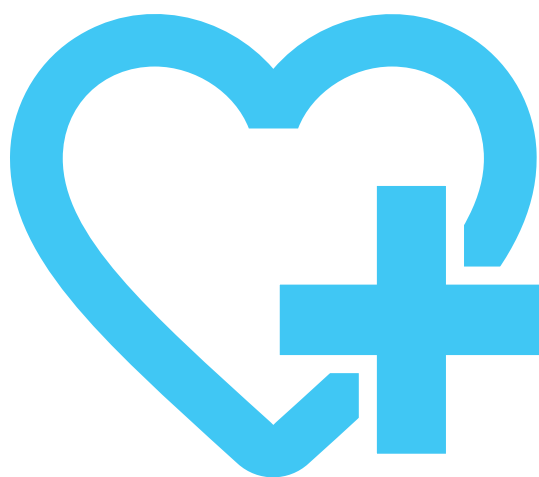
Teresa Tolic Trossmo
Verksamhetschef

Bilagor
Rapport kvalitetsuppföljning Mossegården 2020

Omsorg
och stöd

Rapport: Mossegården

Kvalitetsuppföljning i avtalad verksamhet: Daglig verksamhet, boende och sysselsättning enligt SoL och LSS



Kvalitetsuppföljning i avtalad verksamhet: Daglig verksamhet, boende och sysselsättning enligt SoL och LSS

Basuppgifter

Datum för kvalitetsuppföljning

2020-11-25

Verksamhetens namn

Mossegården daglig verksamhet

Utförare (bolag, stiftelse, entreprenad etc.)

Enskild firma

Föreståndare/verksamhetsansvarig

Nina Nätbring

Kontaktperson på kommunen

Johanna Fermskog Tel: 0480-45 02 89, Epost: johanna.fermskog@kalmar.se

Verksamhetens inriktning (boende, korttidsboende, dagverksamhet, sysselsättning)

Daglig verksamhet

Antal brukare i verksamheten

9 brukare - varav 6 heltid, 8 platser

Kvalitetsuppföljningen utförd av

Verksamhetsutvecklare VO Funktionsstöd Vuxen Eva-Lena Karlsson.

Vid kvalitetsuppföljningen medverkade från verksamheten

Nina Nätbring Benlow, Jessica Eliasson (timanställd) och Emma Rosenqvist.

Sammanfattande intryck och slutsatser med eventuella förbättringsområden

Intryck och slutsatser

Mossegården framstår som en verksamhet med genuin känsla och omsorg för deltagarnas intresse och behov. Verksamheten är välfungerande vad gäller kärnverksamhet och även till de yttre kraven på verksamheten såsom systematiskt förbättringsarbete och dokumentation. Detta tack vare att verksamheten kontinuerligt eftersträvar bästa tillgängliga kunskap och god kvalitet. I likhet med tidigare år har verksamheten lagt stort fokus på fortbildning såväl som brukarnas delaktighet i dagligt upplägg samt i genomförandeplan. Verksamheten har nyligen slutit ett nytt avtal med Kalmar kommun efter ett upphandlingsförfarande enligt LOU.

Förbättringsområden

Kalmar socialförvaltning håller på att implementera arbetssättet IBIC både avseende utredningsmetodik, dokumentation och arbetssätt. Det är viktigt att de verksamheter som Kalmar socialförvaltning har avtal med att utföra tjänster för personer med funktionsnedsättning också har kunskap om detta arbetssätt. Socialförvaltningen kommer därför att ta initiativ till ett sådant förbättringsarbete.

- Ta del av utbildningserbjudande från beställaren i arbets- och synsättet Individens behov i centrum (IBIC).
- Bifoga exempel av genomförandeplan.

Handlingsplan

Rapport från kvalitetsgranskare skickas till föreståndare i avtalad verksamhet senast två veckor efter kvalitetsgranskning. En handlingsplan upprättas av föreståndaren i avtalad verksamhet. Handlingsplanen ska innehålla förslag till åtgärder för det som framkommit under rubriken förbättringsområden. Handlingsplanen skickas per e-post till ansvarig kvalitetsgranskare senast (4) veckor efter att rapporten mottagits, vilket innebär den 28 december 2020.

Rapport och handlingsplan redovisas av tjänsteman i socialnämnden.

Vidtagna åtgärder följs upp av kvalitetsgranskare vid nästa årliga kvalitetsuppföljning eller tidigare vid behov.

Bakgrund

Den vård- och omsorgsverksamhet som bedrivs av annan, som socialnämnden i Kalmar kommun har tecknat avtal med (avtalad verksamhet), ska själva göra egenkontroll i sin verksamhet enligt SOSFS 2011:9. Socialnämnden har dock ett ansvar att följa upp denna verksamhet för att säkerställa kvaliteten i verksamheterna och att tecknat avtal följs.

Syfte och mål

Syftet är att följa upp hur utföraren följer överenskommet avtal. Målet är säkerställd kvalitet.

Metod

Inför besöket granskas verksamhetsberättelse, årsredovisning, tidigare kvalitetsuppföljning samt tillstånd. Besök i verksamheten och intervju med företrädare och medarbetare.

Verksamhetens mål

Vilka är verksamhetsmålen och hur arbetar man med dem?

Sträva efter att brukaren ska bli självständig. Ha en givande dag. Att känna sig behövd. Djuren på gården är den viktigaste delen för att uppfylla målen.

Kunskapsbaserad verksamhet

Ledning

Vilken utbildning och erfarenhet har föreståndare/verksamhetsansvarig som ansvarar för driften av verksamheten?

Ettårig vårdutbildning med inriktning utvecklingsstörning GPU/APU. Nina har nära 40 års erfarenhet inom LSS området. Senaste 22 åren har hon arbetat i Kalmar kommun varav 18 år i egen regi. Nina har stor erfarenhet av hästar och har arbetat som handikappinstruktör och ridinstruktör på ridskola. Hon har anlitats som föreläsare av LRF avseende Grön omsorg.

Personal

Vilka kompetenskrav ställs på ordinarie personal?

En adekvat vårdutbildning. Anställning sker efter personlig lämplighet med höga krav på gott bemötande och förmåga att arbeta med målgruppen och för deltagarnas individuella utvecklingsmål med en meningsfull sysselsättning. Likväl ställs det höga krav på erfarenhet och förmåga att arbeta med djuren tillsammans med deltagarna såsom handikappvänliga hästar.

Har samtliga anställda en skriftlig och individuell kompetensutvecklingsplan som inte är äldre än ett år.

Nej. Företrädarna uppger dock att de använder sig av de kunskapskällor de fått tips om tidigare kvalitetsuppföljningar. De söker också kontinuerligt egna kanaler med exempelvis webbutbildning från Kunskapsguiden. Linn Benlow har genomgått webbutbildning i kvalitetsledningssystem samt SIP utbildning. Linn har även utbildat sig till HLR instruktör och kommer hålla årliga utbildningar för resterande personal. Samtliga tre i personalstyrkan har genomgått TAKK kurs på habiliteringen (tecken som stöd) och använder sig av bildstöd i kommunikationen med brukare. Jessica Eliasson är timanställd. Hon är undersköterska och har erfarenhet av arbete som personlig assistent.

Skriftliga rutiner för introduktion av nyanställda finns och tillämpas?

Ja.

Trygghet och säkerhet

De enskilda

Den enskilde får muntlig och skriftlig information då insatsen påbörjas.

Ja.

Samtliga enskilda på enheten har en särskild kontaktman bland personalen.

Enligt tidigare uppföljning: Alla har samma kontaktman. Den som är föreståndare är kontaktman.

Har verksamheten en ansvarsförsäkring?

Ja.

Personal

Hur många personer omräknat till heltidstjänster är anställda i verksamheten.

2 st

Hur många personer är anställda?

3 st.

Hur många personer har arbetat minst ett år?

Verksamhetens bas har arbetat minst ett år.

Rutin för information om sekretess och tystnadsplikt finns och tillämpas.

Ja.

Dokumentation

Aktuell (utifrån behov och situation idag) genomförandeplan finns för varje enskild.

Ja.

Social journal finns för varje enskilde där faktiska omständigheter och händelser av betydelse dokumenteras.

Ja.

Dokumentationen förvaras på ett betryggande sätt så inga obehöriga får tillgång till den.

Ja i låst arkivskåp.

Lex Sarah

Rutiner enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om lex Sarah - SOSFS 2011:5 finns och tillämpas.

Ja.

Sammanställning och analys av lex Sarah-rapporteringar samt vidtagna åtgärder har gjorts under senaste året.

Nej.

Rapportering enligt lex Sarah har gjorts under det senaste året.

- Antal lex Sarah rapporter inlämnade till socialnämnden under senaste året? (Skyldighet enl. 14 kap 5 § SoL och 24 d § LSS)

Inga.

Synpunkter och klagomål

Skriftliga rutiner för synpunkts- och klagomålshantering finns och tillämpas.

Verksamheten redogör emellertid noggrant och tydligt för hur synpunkter samlas och tillvaratas i olika sammanhang.

Information finns och har delgetts den enskilde så att denne vet vart han/hon ska vända sig för att lämna synpunkter och klagomål.

Inte skriftligen men muntligen. Verksamheten förklarar att deltagarna vänder sig direkt till personalen med synpunkter, samt att det framkommer synpunkter vid uppföljning av genomförandeplanen var tredje månad.

Sammanställning och analys av inkomna synpunkter och klagomål samt vidtagna åtgärder har gjorts under senaste året.

Nej.

HSL/egenvård

Skriftliga rutiner för hur hälso- och sjukvårdspersonal ska kontaktas finns och tillämpas.

Verksamheten har fått en lista för de brukare som har en kommunsjuksköterska och kontaktuppgifter till vederbörande. Kontakt har aldrig behövts tas. Verksamheten kontaktar i stället brukarens boende som då har kontakt med aktuell sjuksköterska.

Delegerade HSL-uppgifter finns i verksamheten.

Nej, inte för närvarande.

Skriftliga rutiner för hantering av läkemedel finns och tillämpas.

Enligt tidigare uppföljning: Ja. Skriftlig rutin finns i brukarens pärm.

Lokaler

Lokalerna är utrustade med brandlarm.

Ja.

Rutiner finns för utrymning vid brand eller annan fara.

Ja.

Utrymningsövningar genomförs regelbundet.

Ja.

Tidpunkt för senaste brandskyddskontroll?

Kontrolleras årligen av Brandab. Senast vårvintern 2020.

Delaktighet och inflytande

Samtliga enskilda har varit delaktiga i upprättandet av genomförandeplan.

Ja utifrån deltagarnas förutsättningar. De deltar i uppföljning av genomförandeplan var tredje månad men ibland kompletteras detta med att synpunkter och signaler fångas upp i vardagen. Detta kan behövas eftersom deltagarna kan uppleva det som pressande med direkta frågor i samband med

genomförandeplanen, samt ibland även missuppfatta och tolka situationen med genomförandeplanen så som att det handlar om huruvida de klarat av att prestera till utsatta krav.

Regelbundna möten hålls (husmöte) där de enskilda är med och bestämmer i gemensamma frågor. En gång i månaden sker ett möte med enskilda brukarna med agendan " vad vill brukaren göra på verksamheten". Varje morgon hålls också möte för att

"känna av" schemat som satts för dagen, utifrån brukarens önskemål och dagsform. Utöver detta hålls individuella utvecklingssamtal en gång i halvåret, samt i grupp en gång per halvår. Inför utvecklingssamtalen använder verksamheten en samtalsmatta med bilder.

Verksamheten har under den senare tiden genomgått utbildning i tecken som stöd och använder sig av bildstöd, som de ser är ett bra komplement till den verbala kommunikationen. Bilden kompletterar talet och gör det mer begripligt/visuellt för brukaren. Det är viktigt att brukarna får och kan förmedla sina åsikter och synpunkter, för att verksamheten ständigt ska förbättras.

Regelbundna möten hålls (boråd i boende och arbetsplatsträffar på DV) där de enskilda är med och bestämmer i gemensamma frågor.

Ja.

Tillgänglighet

Har enheten nödvändiga hjälpmedel till de brukare som behöver det?

Verksamheten är handikappanpassad med ramper till lokalen och inför ridning.

Finns det minst 2 handikappvänliga hästar och ytterligare två tamdjursarter?

Ja.

Enheten är öppen utöver fyra veckor på sommaren och helgdagar?

Ja.

Kan enheten (så långt det är möjligt) erbjuda kost utifrån individens önskemål utifrån hälsoetniska eller religiösa skäl?

Ja.

Självbestämmande och integritet

Enheten har haft en eller flera personer som har övergått från daglig verksamhet till förvärvsarbete under det senaste året eller sedan föregående uppföljning.

Nej.

Enheten har gjort brukarundersökning under det senaste året och använt resultatet till att utveckla verksamheten.

Verksamheten har samverkat med kommunen egna och övriga externa verksamheter i en nationell brukarundersökning arrangerad av Sveriges Kommuner och Regioner (SKR). Resultatet går att läsa enhetsvis men också i jämförelse inom kommunen och i landet i stort. Kommunen kommer upprepa brukarundersökningen i intervall för att kunna följa resultat över tid. Verksamheten har deltagit i årets brukarundersökning, men resultatet har inte kommit ännu.

En gång per termin har arbetstagaren "egen tid" med en av personalen under en halvdag. Den enskilde bestämmer då aktivitet. Synpunkter och behov framkommer också vid den årliga uppföljningsintervjun. Utifrån rådande pandemi har verksamheten säkrat upp egentiden utifrån ett smittskyddsperspektiv. Det innebär att egentiden t ex inte blir i folksamlingar, utan i mer enskildhet.

Öppna frågor

Hur fungerar samarbetet med beställaren?

Samarbetet med socialförvaltningen fungerar bra. I samband med att den nuvarande kontaktman blev socialförvaltningens kontakt med Mossegården, så har de fått mer kontakt. Kontakten har varit positiv med goda möjligheter att ringa och få stöd. Idag är kontakten med brukarnas personal på boendena också kontinuerlig och god, vilket är en förutsättning för att hela dagen ska bli bra för brukaren.

Hur fungerar samarbetet med handläggaren?

Bra.

Hur fungerar samverkan med särskola? (Praktik särskoleelever).

Det har inte varit aktuellt att ta emot praktikant på ett tag.

Har det varit aktuellt med samverkan kring SIP alt. Individuell plan enligt LSS § 10?

Nej.

Hur ser man på framtiden? Hur lång tid är det kvar på avtalet? Förutsättningar för fortsättning?

Verksamheten har under året varit med i en upphandling kring daglig verksamhet och slutit avtal med Kalmar kommun för en ny avtalsperiod om 2 år (+ 1+1 år).

Har någon brukare varit frånvarande mer än en månad?

I samband med pandemin har brukare i riskgruppen stannat hemma från den dagliga verksamheten, för att inte riskera bli smittade.


Har enheten anlitat någon underleverantör?


Nej.

Har enheten något kvalitetsledningssystem?

Ja. Linn har genomgått webbutbildning för ändamålet. Detta för att säkerhetsställa att verksamheten uppnår kraven.

Övriga synpunkter/återkoppling till beställaren?

 Kalmar kommun, Box 611, 391 26 Kalmar

 0480-45 00 00

 kommun@kalmar.se



Socialnämnden

Kvalitetsuppföljning Del-Ta 2020

Förslag till beslut

Socialnämnden fattar inget beslut med anledning av informationen.

Bakgrund

Den vård- och omsorgsverksamhet som bedrivs av annan, som socialnämnden i Kalmar kommun har tecknat avtal med (avtalad verksamhet), ska själva göra egenkontroll i sin verksamhet enligt SOSFS 2011:9. Socialnämnden har ett ansvar att följa upp denna verksamhet för att säkerställa kvaliteten i verksamheterna och att tecknat avtal följs.

Kvalitetsuppföljning på DEL-TA har genomförts enligt bilagd rapport 2020-11-12.

Vid kvalitetsuppföljningen ger verksamheten liksom tidigare intrycket av att vara mycket välfungerande. DEL-TA har i sin totala verksamhet en bred målgrupp som fordrar variation på anpassning och utbud. DEL-TA redovisar ett koncept som går ut på att värna mångfald i kompetens, bakgrund och funktionsnivå hos verksamhetens målgrupp.

Under senaste åren har DEL-TA utformat goda förutsättningar för systematiskt kvalitetsarbete för verksamhet enligt Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS, och Socialtjänstlagen, SoL. DEL-TA har ansökt om tillstånd hos Inspektionen för vård och omsorg, IVO, och fått besked att föreståndaren inte uppfyller kompetenskraven. Beslutet är överklagat av DEL-TA.

Det som främst ligger i framtiden är en eventuell förändring i ägandestrukturen. Del-Ta i Kalmar kan komma att bli ett helägt kommunalt bolag.

De förbättringsområden som har framkommit är att följa upp förändring i ägandestrukturen, information och utbildning i Individens behov i centrum (IBIC) samt besked om tillstånd från IVO. Ett negativ besked utifrån DEL-TA:s överklagade av IVO:s beslut kommer att kräva någon form av förändring av vem som förestår verksamheten. DEL-TA och Kalmar socialförvaltning kommer i den situationen att gemensamt ansvara för att ta fram en plan för förändringen.

Vidtagna åtgärder kommer att följas upp av kvalitetsgranskare vid nästa årliga kvalitetsuppföljning eller tidigare vid behov.

Eva-Lena Karlsson
Verksamhetsutvecklare

Teresa Tolic Trossmo
Verksamhetschef

Bilagor
Rapport kvalitetsuppföljning DEL-TA 2020
Handlingsplan DEL-TA 2020
Beslut IVO

Omsorg
och stöd

Rapport: DEL-TA

Kvalitetsuppföljning i avtalad verksamhet: Daglig verksamhet, boende och sysselsättning enligt SoL och LSS



Kvalitetsuppföljning i avtalad verksamhet: Daglig verksamhet, boende och sysselsättning enligt SoL och LSS

Basuppgifter

Datum för kvalitetsuppföljning

2020-11-12

Verksamhetens namn

DEL-TA Produktion AB

Utförare (bolag, stiftelse, entreprenad etc.)

Socialt företag som drivs i aktieföretagsform. (Kalmar Kommun, Nybro Kommun och DEL-TA personalförening).

Föreståndare/verksamhetsansvarig

Ola Bengtsson (VD), tel: 0480-42 57 00

Hemsida

<http://www.Del-Ta.se>

Kontaktperson på kommunen

Annelie Liljegren, tel: 0480-45 08 66

Epost: annelie.liljegren@kalmar.se

Verksamhetens inriktning (boende, korttidsboende, dagverksamhet, sysselsättning)

Daglig verksamhet för personer i yrkesverksam ålder. Personkrets 1 och 2, 1§ LSS eller beslut om dagverksamhet enligt SoL. Enligt föregående uppföljning med inriktning legoproduktion.

Antal brukare i verksamheten

27 st i daglig verksamhet.

Kvalitetsuppföljningen utförd av

Eva-Lena Karlsson, verksamhetsutvecklare VO funktionsnedsättning och HSL.

Vid kvalitetsuppföljningen medverkade från verksamheten

Mats Olsson personalchef och Jonas Lager gruppleddare.

Sammanfattande intryck och slutsatser med eventuella förbättringsområden

Intryck och slutsatser

DEL-TA produktion ägs av en ideell förening som består av Kalmar kommun, Nybro kommun samt DEL-TA:s personalförening. Verksamheten erbjuder personer som står långt ifrån arbetsmarknaden möjlighet till praktik och arbetsrehabiliterande åtgärder. Mycket samverkan sker med huvudmän såsom kommun, Arbetsförmedling, Försäkringskassan, Migrationsverket och kriminalvård. Den dagliga verksamheten med 27 platser utgör en liten del av detta. Vid kvalitetsuppföljningen ger den dagliga verksamheten liksom tidigare år intrycket av att vara mycket välfungerande. DEL-TA har i sin totala verksamhet en bred målgrupp som fordrar variation på anpassning och utbud. DEL-TA redovisar ett koncept som går ut på att värna mångfald i kompetens, bakgrund och funktionsnivå hos verksamhetens målgrupp.

De senaste åren har DEL-TA utformat goda förutsättningar för systematiskt kvalitetsarbete för verksamhet enligt LSS och SoL. Frågan om tillstånd från IVO för DEL-TA att bedriva daglig verksamhet har under flera år varit en aktuell fråga. Det finns fortfarande inget klart svar från IVO i denna fråga. Det finns ett beslut från länsstyrelsen från 2003 (då länsstyrelsen ansvarade för tillsyn) om att tillstånd inte fordras med hänvisning till att avtalet med kommunen omfattar den kvalitet som skulle krävas vid tillstånd. Oavsett detta, så finns det nu pågående förändringar i verksamheten, som kommer att medföra att tillstånd via IVO att bedriva daglig verksamhet ska ansökas om. I samband med denna förändring blir det aktuellt med en översyn av avtalet mellan DEL-TA och Kalmar socialförvaltning.

Under 2020 har DEL-TA rekryterat en ny gruppleddare till den dagliga verksamheten med bred kompetens inom både LSS och byggbranschen. Detta har skapat möjligheter att utveckla verksamheten från en rent produktionsinriktad verksamhet till en mer individinriktad verksamhet. Det finns också en god samverkan med den företagsgrupp och dess handledare som finns på DEL-TA.

Det har under de senaste två åren genomförts ett mycket bra arbete med att alla brukare har aktuella genomförandeplaner. Det finns etablerad kontakt med både biståndshandläggare och enhetschefer, för att kunna samverka för den enskildes bästa. Under kommande år kommer DEL-TA att erbjudas utbildning i Individens Behov i Centrum (IBIC) via Kalmar socialförvaltning.

Förbättringsområden

Frågan om tillstånd av IVO att bedriva daglig verksamhet enligt 9 § 10 LSS samt dagverksamhet enligt 7 kap. 1 § 4 SoL har varit en aktuell fråga under flera år. I samband

med en eventuell förändring i ägarstrukturen kommer det att innebära att tillstånd krävs för verksamheten. Det är därför viktigt att beställaren får information kring förändringen. Socialförvaltningen kommer att planera för den pågående förändringen, där en översyn av avtalet kan bli aktuellt.

Kalmar socialförvaltning håller på att implementera arbetssättet IBIC både avseende utredningsmetodik, dokumentation och arbetssätt. Det är viktigt att de verksamheter som Kalmar socialförvaltning har avtal med att utföra tjänster för personer med funktionsnedsättning också har kunskap om detta arbetssätt. Socialförvaltningen kommer därför att ta initiativ till ett sådant förbättringsarbete.

- Uppdatera beställaren med information kring besked om pågående förändring i ägarstrukturen.
- Ta del av utbildningserbjudande från beställaren i arbets- och synsättet Individens behov i centrum (IBIC).
- Kalmar socialförvaltning följer utvecklingen kring den pågående förändringen i ägarstrukturen i DEL-TA och är uppdaterad utifrån rollen som beställare av daglig verksamhet/dagverksamhet.

Handlingsplan

Rapporten från kvalitetsgranskare skickas till föreståndare/verksamhetsansvarig i avtalad verksamhet senast två veckor efter kvalitetsgranskning. En handlingsplan upprättas i avtalad verksamhet. Handlingsplanen ska innehålla vilka korrigerande och förebyggande åtgärder verksamheten planerar att vidta och när dessa beräknas vara klara.

Handlingsplanen skickas per mail till ansvarig kvalitetsgranskare senast fyra (4) veckor efter att rapporten mottagits, d.v.s. senast 18 december 2020.

Rapport och handlingsplan redovisas av tjänsteman i socialnämnden.

Bakgrund

Den vård- och omsorgsverksamhet som bedrivs av annan, som socialnämnden i Kalmar kommun har tecknat avtal med (avtalad verksamhet), ska själva göra egenkontroll i sin verksamhet enligt SOSFS 2011:9. Socialnämnden har dock ett ansvar att följa upp denna verksamhet för att säkerställa kvaliteten i verksamheterna och att tecknat avtal följs.

Syfte och mål

Syftet är att följa upp hur utföraren följer överenskommet avtal. Målet är säkerställd kvalitet.

Metod

Inför besöket granskas avtal samt tidigare kvalitetsuppföljning med handlingsplan.

Verksamhetens mål

Vilka är verksamhetsmålen och hur arbetar man med dem?

Att utgöra en växtplats för människor som av olika skäl står långt från arbetsmarknaden.

Kunskapsbaserad verksamhet

Ledning

Vilken utbildning och erfarenhet har föreståndare/verksamhetsansvarig som ansvarar för driften av verksamheten?

Ola Bengtsson har mångårig erfarenhet som produktionschef och VD inom DEL-TA.

Personal

Vilka kompetenskrav ställs på ordinarie personal?

Enligt avtal ska utföraren ha personal med adekvat kompetens och personlig lämplighet. Sedan föregående kvalitetsuppföljning har ny gruppleddare anställts; Jonas Lager. Han har erfarenhet både inom byggbranschen och inom kommunal LSS-verksamhet. I den kommunala LSS-verksamheten i Kalmar arbetade Jonas som omsorgsansvarig undersköterska både med unga och vuxna människor med funktionsnedsättningar. Jonas har kurser och kortare utbildningar inom Specialpedagogik, tydliggörande pedagogik, tecken som alternativ kompletterande kommunikation, lågaffektivt bemötande studio III, ångest och tvångssyndrom mm.

Har samtliga anställda en skriftlig och individuell kompetensutvecklingsplan som inte är äldre än ett år.

Nej. Den nuvarande innehavaren av tjänsten som gruppleddare har endast varit anställd sedan våren 2020. Verksamheten har som mål att införskaffa ny kunskap när så behövs utifrån de behov som finns.

Generellt gäller följande för DEL-TA:

DEL-TA är ett socialt företag och den mesta rekryteringen till högre befattningar sker internt. Då fästs störst vikt vid personlig lämplighet. Detta gäller övergripande för produktionen på DEL-TA. För personal med administrativa tjänster sker rekryteringen externt med krav på akademisk utbildning för respektive område.

Skriftliga rutiner för introduktion av nyanställda finns och tillämpas?

Ja.

Trygghet och säkerhet

De enskilda

Den enskilde får muntlig och skriftlig information då insatsen påbörjas.

Ja.

Samtliga enskilda på enheten har en särskild kontaktman bland personalen.

Ja. Gruppledaren fungerar som särskild kontaktman. Gruppledarna samarbetar, men det är aktuell gruppleddare som ansvarar för den enskildes dokumentation.

Har verksamheten en ansvarsförsäkring?

Ja för anställda i verksamheten. För deltagarna/ brukarna tecknas ansvarsförsäkring via beställaren enligt avtal.

Personal

Hur många personer omräknat till heltidstjänster är anställda i verksamheten.

Verksamheten har 75 anställda varav 69,2 arbetar heltid.

Hur många personer är anställda?

Se ovan.

Hur många personer har arbetat minst ett år?

61 personer.

Rutin för information om sekretess och tystnadsplikt finns och tillämpas.

Ja.

Dokumentation

Aktuell (utifrån behov och situation idag) genomförandeplan finns för varje enskild.

Arbetet påbörjades i början av 2019 med att upprätta genomförandeplaner och alla hade 2019 en aktuell genomförandeplan. Regelbundna individuella "medarbetarsamtal" genomförs med brukarna för att skapa ett underlag och delaktighet i genomförandeplanen. Med anledning av Covid-19 så finns i dagsläget inte alla omsorgstagare på plats för att ha kunnat genomföra den årliga upp-

följningen av genomförandeplanen på DEL-TA. I vissa fall saknas besluten av insatsen/placeringen på Delta. Målet är att ha allt klart under 2020.

Dialog förs kontinuerligt med Slussen som DEL-TA upplever är ingången till socialförvaltningen i relationen till de enskilda. Slussen har också förmedlat kontaktuppgifter till berörda biståndshandläggare och enhetschefer på socialförvaltningen. Om ingen handläggare finns för den aktuella brukaren finns en kontaktyta mot enhetschefen för biståndshandläggarna. DEL-TA anser att detta samarbete fungerar mycket bra.

Social journal finns för varje enskilde där faktiska omständigheter och händelser av betydelse dokumenteras.

Se ovan.

Dokumentationen förvaras på ett betryggande sätt så inga obehöriga får tillgång till den.

Ja

Lex Sarah

Rutiner enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om lex Sarah - SOSFS 2011:5 finns och tillämpas.

Rutin är upprättad men frågan om tillstånd och därmed anmälningsskyldighet är ännu inte färdigbehandlad hos IVO (Inspektionen för vård och omsorg).

Sammanställning och analys av lex Sarah-rapporteringar samt vidtagna åtgärder har gjorts under senaste året.

Nej, ej aktuellt. Se ovan.

Rapportering enligt lex Sarah har gjorts under det senaste året?

- Antal lex Sarah rapporter inlämnade till socialnämnden under senaste året? (Skyldighet enl. 14 kap 5 § SoL och 24 d § LSS)

Nej, ej aktuellt. Se ovan.

Synpunkter och klagomål

Skriftliga rutiner för synpunkts- och klagomålshantering finns och tillämpas.

Ja.

Information finns och har delgetts den enskilde så att denne vet vart han/hon ska vända sig för att lämna synpunkter och klagomål.

Ja.

Sammanställning och analys av inkomna synpunkter och klagomål samt vidtagna åtgärder har gjorts under senaste året.

De synpunkter och klagomål som inkommer hanteras oftast i stunden eller på de regelbundna möten som finns. Verksamheten består av 27 deltagare och DEL-TA anser att de har god översikt över de synpunkter och klagomål som kommer och att det därför inte finns behov av sammanställning och analys.

HSL/egenvård

Skriftliga rutiner för hur hälso- och sjukvårdspersonal ska kontaktas finns och tillämpas.

Ja.

Delegerade HSL-uppgifter finns i verksamheten.

Nej.

Skriftliga rutiner för hantering av läkemedel finns och tillämpas.

Nej. Inte aktuellt.

Lokaler

Lokalerna är utrustade med brandlarm.

Ja.

Rutiner finns för utrymning vid brand eller annan fara.

Ja.

Utrymningsövningar genomförs regelbundet.

Ja.

Tidpunkt för senaste brandskydds kontroll?

April 2020

Delaktighet och inflytande

Samtliga enskilda har varit delaktiga i upprättandet av genomförandeplan.

.Ja. Se rubrik genomförandeplan.

Regelbundna möten hålls där de enskilda är med och bestämmer i gemensamma frågor.

Ja gruppmöten hålls var 14:e dag, stormöte hålls fyra gånger per år.

Tillgänglighet

Har enheten nödvändiga hjälpmedel till de brukare som behöver det?

Ja.

Finns det (utöver matsal) särskilt rum för rast och vila?

Ja.

Självbestämmande och integritet

Enheten har haft en eller flera personer som har övergått från daglig verksamhet till förvärvsarbete under det senaste året eller sedan föregående uppföljning. Ja, en person ifrån Kalmar kommuns företagsgrupp har slutat och gått vidare till annan verksamhet, och en ny person har börjat i företagsgruppen. I DEL-TAs dagliga verksamhet har en person utökat sin arbetstid med syfte att vänja sig med mera arbetstid för att börja studera. En person har avslutat sin placering här och 4 har tillkommit.

Enheten har gjort brukarundersökning under det senaste året och använt resultatet till att utveckla verksamheten?

Vi väntar på resultatet av den genomförda brukarundersökningen. Svar kommer den 17 december.

Öppna frågor

Hur fungerar samarbetet med beställaren?

Bra samarbete med Slussen och dess enhetschef samt kommunens kontaktperson.

Under 2019 har även ett dialogmöte med socialförvaltningens verksamhetschef (området för funktionsnedsättning och hälso- och sjukvård) Niklas Hermansson genomförts med anledning av frågan om avtalet. En inbjudan till efterträdaren har skickats för att visa DEL-TAs verksamhet.

Hur fungerar samarbetet med handläggaren?

Biståndshandläggare ringer och gör uppföljningar på besluten för den aktuella brukaren. Skulle behov uppstå för mer kontakt gällande en brukare tas den då.

Förändringar och frånvaro?

Det har under pågående pandemi varit mycket fokus på basala hygienrutiner. Likaså hur inflödet av monteringsarbeten varit under året. Nya gruppleddare inom Omsorgen och företagsgruppen.

Har verksamheten anlitat underentreprenör?

Nej.

Hur ser man på framtiden?


Samverkan mellan den dagliga verksamheten och företagsgruppen på DEL-TA och personalen emellan fungerar mycket bra och fortsätter att utvecklas.

Det som främst ligger i framtiden är en eventuell förändring i ägandestrukturen. Verksamheterna i Nybro och Kalmar kommer att förmodligen att föreslås bli två olika verksamheter och Del-Ta i Kalmar kan komma att bli ett helägt kommunalt bolag.

Övriga synpunkter/återkoppling till beställaren?

Nej

 Kalmar kommun, Box 611, 391 26 Kalmar

 0480-45 00 00

 kommun@kalmar.se



Handlingsplan: Kvalitetsuppföljning Kalmar kommun 2020

Åtgärd/insatts	Delmål	Mål	Ansvarig	Klart när
"Uppdatera beställaren med information kring besked om pågående förändring i ägarstrukturen"	Delge Kalmar kommun information kring ev delning löpande när den kommer	När ev beslut är taget om delning av DEL-TA meddela Kalmar kommun.	Jonas Mats	Löpande
" Ta del av utbildningserbjudande från beställaren i arbets- och synsättet Individens behov i centrum (IBIC)."		Gå erbjudna utbildningar	Jonas	
Uppräta handlingsplan och tidsplan i samverkan med Kalmar kommun för förändring i ägarstruktur om det blir en sådan	Riskbedömning pga förändring i verksamheten Utred fråga om nytt avtal gällande Dagligverksamhet §9:10 personkrets 1,2.	Tydlig handlingsplan för tillvägagångssätt för övergång	DEL-TA Kalmar kommun	

Hej,

I syfte att förenkla handläggningen och närma sig målet om en digitaliserad process har IVO:s tillståndsavdelning beslutat att övergå till beslut som inte ställer krav på underskrift. Detta innebär att våra beslut fattas utan att de är fysiskt undertecknade av föredragande och beslutsfattare.

Med vänlig hälsning

Fehime Cello

Utredare

Direkt: 010-788 56 72

Telefonväxel: 010-788 00 00

Inspektionen för vård och omsorg

Box 45183

104 30 Stockholm

Besöksadress: Solnavägen 4, plan 9, Stockholm

www.ivo.se

SOCIALFÖRVALTNINGEN Kalmar	
2020 -12- 04	
Diariennr	Diarietkod

Ärendet

DEL-TA Produktion AB, med organisationsnummer 556442-5154, har ansökt om tillstånd att bedriva daglig verksamhet enligt 9 § 10 lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS. Ansökan gäller verksamheten DEL-TA Produktion AB.

Verksamheten ska vända sig till personer med utvecklingsstörning, autism eller autismliknande tillstånd, personkrets 1 enligt 1 § 1 LSS samt personer med betydande och bestående begåvningsmässigt funktionshinder efter hjärnskada i vuxen ålder föranledd av yttre våld eller kroppslig sjukdom, personkrets 2 enligt 1 § 1 LSS. Verksamheten ska ta emot 26 personer.

Beslut

Inspektionen för vård och omsorg, IVO, avslår DEL-TA Produktion AB:s ansökan. IVO avslår ansökan med stöd av 3 § förordningen (1993:1090) om stöd och service till viss funktionshindrade, LSS-förordningen.

Skälen för beslutet

Vid en sammantagen bedömning finner IVO att DEL-TA Produktion AB inte har förutsättningar att bedriva verksamheten med god kvalitet enligt 6 § LSS. Skälen till IVO bedömning är att:

- Den person som avses förestå verksamheten inte uppfyller de krav som ställs enligt 3 § LSS-förordningen.

Föreståndarens kompetens

IVO:s sammantagna bedömning är att verksamheten, med Jonas Lager som föreståndare, inte har förutsättningar att uppfylla kravet på god kvalitet enligt 6 § LSS. Skälet till IVO:s bedömning är att Jonas Lager inte genom sin utbildning eller erfarenhet har erhållit den sammantagna kompetens som krävs för att vara föreståndare i verksamheten. Om en föreslagen föreståndare inte fullt ut har en lämplig utbildning kan lång och gedigen erfarenhet av arbete med målgruppen väga upp eventuella brister i utbildningen

Jonas Lager har ingen högskoleutbildning och hans arbetslivserfarenhet är inte heller sådan att den kan väga upp bristen på lämplig utbildning. Vidare saknar Jonas Lager erfarenhet av att arbeta i ledande ställning och han har inte heller i tillräcklig omfattning sådan kunskap och erfarenhet av målgruppen som utgörs av personkrets 1. Inte heller har han någon erfarenhet av LSS personkrets 2.

Den dagliga verksamhetens ska ha 26 deltagare med en målgrupp från både personkrets 1 och 2 enligt LSS vilken omfattar personer med olika funktionsnedsättningar som

väsentligt skiljer sig åt. Det innebär i sin tur att personerna i målgruppen har olika behov och förutsättningar avseende bemötande samt stöd och service. Det är en stor och omfattande daglig verksamhet för någon som inte har någon erfarenhet och kunskap av båda personkretsarna och liknande verksamhet.

Det framgår av ansökan att Jonas Lager har läst vård-och omsorgsutbildning på Komvux. Han har arbetat som boendepedagog på ungdomsboende inriktning högfungerande autism/asperger mellan 2015-2019. Däremellan har han under sex månader arbetat som omsorgsassistent på ett boende med inriktning autism och utvecklingsstörning.

Sökanden har fått möjlighet att komplettera sin ansökan gällande den tilltänkta föreståndarens utbildning och erfarenhet samt fått möjlighet att yttra sig över omständigheterna som är av betydelse för detta beslut.

DEL-TA Produktion AB har valt att inte yttra sig i de kommunicerade uppgifterna.

Enligt 6 § LSS ska det i LSS-verksamheter finnas den personal som behövs för att ett gott stöd och en god service och omvårdnad ska kunna ges.

Av 3 § LSS-förordningen framgår att för daglig verksamhet ska det finnas en person med lämplig utbildning som förestår verksamheten samt den personal som i övrigt behövs för en ändamålsenlig verksamhet. Det saknas föreskrifter och allmänna råd om daglig verksamhet, men av kammarrättens dom i mål 2330-19 framgår:

”Vid bedömningen kan, som förvaltningsrätten också ansett, viss ledning sökas i de nämnda föreskrifter som Socialstyrelsen utfärdat för bostad med särskild service. Det behöver dock beaktas att verksamheterna skiljer sig åt och att olika krav aktualiseras beroende på verksamheternas inriktning. Grundläggande för all verksamhet som bedrivs inom ramen för LSS bör emellertid, enligt kammarrättens bedömning, vara att den person som är utsedd att vara föreståndare ska ha tillräcklig kunskap och kompetens för att bl.a. kunna ansvara för att arbetet organiseras så att den enskilde genom omvårdnaden tillförsäkras goda levnadsvillkor.”

Ledning kan också tas av kammarrätten i Göteborgs dom 2012-01-23 i mål nr 2511-11 där det framgår att Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om bostad med särskild service för vuxna SOSFS 2002:9 kan ge viss ledning för vilka krav som ska ställas på en föreståndare för daglig verksamhet. Av 5 § i dessa föreskrifter framgår att en person i ledarskapsfunktion ska ansvara för att:

arbetet organiseras så att den enskilde genom omvårdnaden tillförsäkras goda levnadsvillkor,

- omvårdnaden kännetecknas av en god etik och ett värdigt bemötande,
- omvårdnaden för varje boende planeras, dokumenteras och följs upp,

- kommunens eventuella övriga krav på eller riktlinjer för vad som ska dokumenteras verkställs,
- rutiner finns för att hantera synpunkter och klagomål,
- personalen har den kunskap som behövs för en ändamålsenlig verksamhet,
- personalens behov av handledning tillgodoses,
- personalens behov av kompetensutveckling bevakas och stöds,
- personal rekryteras och introduceras,
- verksamheten planeras, utvecklas och utvärderas,
- verksamhetens resultat förmedlas till överordnade och politiker, och
- verksamheten utvecklas i takt med ändrad lagstiftning och nya forskningsresultat.

Verksamheten uppfyller i övrigt de krav som ställs för ett tillstånd

IVO bedömer att DEL-TA Produktion AB i övrigt uppfyller de krav som ställs på kvaliteten vad avser innehåll, hur verksamheten ska beakta den enskildes inflytande och personalens kompetens och lokalernas ändamålsenlighet.

IVO:s sammantagna bedömning är att DEL-TA Produktion AB:s företrädare uppfyller lämplighetskraven i 23 § andra och tredje stycket LSS och har förutsättningar att bedriva verksamheten med god kvalitet i enlighet med 6 § LSS. IVO bedömer också att DEL-TA Produktion AB har ekonomiska förutsättningar att följa de föreskrifter som gäller för verksamheten, vilket är ett krav enligt 23 a § LSS.

IVO bedömer att DEL-TA Produktion AB:s företrädare har insikt och är lämpliga i övrigt att bedriva den aktuella verksamheten. Det beror på att företrädarna sammantaget bedöms ha förvärvat insikt och kunskap om de lagar och föreskrifter som gäller för verksamheten. Detta har de skaffat sig genom flerårig erfarenhet av att bedriva daglig verksamhet. DEL-TA Produktion AB bedöms även ha ekonomiska förutsättningar att bedriva verksamheten genom granskning av årsredovisningar.

DEL-TA Produktion AB är ett socialt företag ägt av Kalmar- och Nybro kommun samt Personalföreningen som har omsorgsavtal med Kalmar kommun.

Verksamhetens innehåll

Verksamhetens innehåll är legoproduktion och habiliterande insatser. Legoproduktionen består av att genom externa kunder får uppdrag i olika svårighetsgrader där den dagliga verksamheten paketerar enkla påsar till att man bygger avancerade styrspakar och elektronik. Legoproduktionen delas upp i moment så att alla kan göra sin del i produkten. Habiliterande insatser kan vara att bevara en funktion eller att hitta strategier/hjälpmiddel för personen så denne kan utföra arbetet, med fokus att se till vad som fungerar. En genomförandeplanen upprättas tillsammans med omsorgstagaren och berörd gruppleddare. Omsorgstagaren kan välja att dennes godman/förvaltare eller liknande företräder omsorgstagaren vid upprättandet av genomförandeplanen. Eller att företrädaren

deltar under upprättandet. Genomförandeplanen innehåller beställning på insatsen, rutiner och mål. Genomförandeplanen revideras vid behov och ska följas upp en gång om året.

Bemannning

Vid rekrytering kommer verksamheten anställa omsorgsassistenten. Bemanningen kommer att anpassas efter de boendes behov.

Verksamhetens lokaler

Den dagliga verksamheten ligger i naturskönt område med goda förbindelser med kommunala bussar och färdtjänst. Den dagliga verksamheten ska bedrivas på plan ett där det finns flera ingångar som är handikappanpassade. Den totala ytan på lokalen är 4800 kvm. Den dagliga verksamheten kan delta i samtliga lokaler men har 100 kvm disponibelt för enskild verksamhet om så önskas. Det finns vilrum i lokalen. Det finns kök med ett tiotal mikrovågsugnar, vanlig spis ugn samt större värmesåp. DEL-TA Produktion AB har i ansökan uppgett att brandskyddsdocumentation finns för den aktuella verksamheten.

Underlag

IVO har utgått från följande underlag:

- Ansökan, bilagor och kompletteringar
- Utdrag från Bolagsverket, Skatteverket, Kronofogden och Polismyndigheten om DEL-TA Produktion AB och de personer som står bakom DEL-TA Produktion AB
- Kommunikering samt bolagets yttrande som inkom till IVO den 26 november 2020

Beslut i detta ärende har fattats av enhetschefen Anna Persson. I den slutliga handläggningen har juristen Greta Pettersson deltagit. Utredaren Fehime Cello har varit föredragande.

För Inspektionen för vård och omsorg

Anna Persson

Fehime Cello

Hur man överklagar, se bilaga.

Kopia för kännedom till:
Socialnämnden i Kalmar

Avdelning för tillståndsprovning

Så här överklagar du

När du överklagar beslutet ska du skriva till förvaltningsrätten men skrivelsen ska lämnas eller skickas till Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Här kan du läsa vad du ska skriva och hur lång tid du har på dig.

Vad ska det stå?

I brevet ska det stå

- vilket beslut du vill överklaga, skriv diarienummer
- hur du vill att beslutet ska ändras
- varför du vill att beslutet ska ändras

Om det finns handlingar eller andra bevis som stödjer det du skriver ska du skicka med dem också.

Du har tre veckor på dig

Ditt överklagande måste komma in till IVO inom tre veckor från den dag du fick ditt beslut. Om överklagandet kommer in för sent, kan det inte prövas.

Skicka överklagandet till

Inspektionen för vård och omsorg
Avdelningen för tillståndsprovning
Box 45183
104 30 Stockholm

Vad händer när vi har fått in ditt överklagande?

När ditt överklagande har kommit in till IVO, prövar vi först om det kommit in i rätt tid. Sedan undersöker vi om det finns något i överklagandet som gör att vi ska ändra vårt beslut. Oavsett om vi ändrar ditt beslut eller inte skickar vi ditt överklagande vidare till förvaltningsrätten som prövar överklagandet. I de fall vi ändrar vårt beslut skickar vi även ändringsbeslutet till förvaltningsrätten, tillsammans med ditt överklagande.

Handläggare
Nadja Widéhn
0480-45 27 86

TJÄNSTESKRIVELSE

Datum
2021-01-26

Ärendebeteckning
SN 2021/0027.11.01

Socialnämnden

Kvalitetsuppföljning Calmia 2020

Förslag till beslut

Socialnämnden fattar inget beslut med anledning av informationen.

Bakgrund

Den vård- och omsorgsverksamhet som bedrivs av annan, vilken socialnämnden i Kalmar kommun har tecknat avtal med (avtalad verksamhet), ska själva göra egenkontroll i sin verksamhet enligt SOSFS 2011:9. Socialnämnden har ett ansvar att följa upp denna verksamhet för att säkerställa kvaliteten i verksamheterna och att tecknat avtal följs.

Kvalitetsuppföljning av Calmias verksamhet gjordes av socialnämnden 2020-11-23. I 2020 års kvalitets-uppföljning görs bedömningen att verksamheten på samma sätt som tidigare håller en god kvalitet till kärnverksamhet utifrån brukarnas behov såväl som till yttre krav utifrån föreskrifter och allmänna råd. Verksamheten har goda förhoppningar på framtiden. Företrädarna berättar att styrelsen har förstärkts med yngre ledamöter som så småningom skall fortsätta driva styrelsen och verksamheten framåt. Calmia har utifrån föregående kvalitetsuppföljning arbetat med riskanalys gällande brandförebyggande arbete. Det som saknas är motsvarande riskanalys utifrån ett brukarfokus. Calmia har efter kvalitetsuppföljningen inlämnat handlingsplan med åtgärder om riskanalys för brandförebyggande arbete utifrån brukarfokus. Verksamheten har också fått förslag på frågeställningar att beakta i arbetet med riskanalysen.

Nadja Widéhn
Verksamhetsutvecklare

Teresa Tolic Trossmo
Verksamhetschef

Bilagor
Rapport kvalitetsuppföljning Calmia 2020



Omsorg
och stöd

Rapport: Calmia

Kvalitetsuppföljning i avtalad verksamhet: Daglig verksamhet, boende och sysselsättning enligt SoL och LSS



Kvalitetsuppföljning i avtalad verksamhet: Daglig verksamhet, boende och sysselsättning enligt SoL och LSS

Basuppgifter

Datum för kvalitetsuppföljning

2020-11-23

Verksamhetens namn

Calmia

Utförare (bolag, stiftelse, entreprenad etc.)

Stiftelsen Calmia

Föreståndare/verksamhetsansvarig

Verona Karlsson, vice föreståndare Anette Åberg

Kontaktperson på socialförvaltningen

Tidigare kontaktperson var verksamhetschef Niklas Hermansson som lämnat sin tjänst. Ny kontaktperson skall utses.

Hemsida

Nej

Verksamhetens inriktning (boende, korttidsboende, dagverksamhet, sysselsättning)

Bostad med särskild service för vuxna LSS 9:9

Antal brukare i verksamheten

3 st

Kvalitetsuppföljningen utförd av

Verksamhetsutvecklare Nadja Widéhn.

Vid kvalitetsuppföljningen medverkade från verksamheten

Anette Åberg vice föreståndare, Göran Stridsberg styrelseordförande.

Sammanfattande intryck och slutsatser med eventuella förbättringsområden

Intryck och slutsatser

I 2020 års kvalitetsuppföljning görs bedömningen att verksamheten på samma sätt som tidigare håller en god kvalitet till kärnverksamhet utifrån brukarnas behov såväl som till yttre krav utifrån föreskrifter och allmänna råd. Verksamheten beskriver utmaningarna under året i och med pågående pandemi. De beskriver hur de anpassat verksamheten men också skärpts upp basala hygienrutiner. Företrädarna för verksamheten ser att det förbättringsarbetet även kan ge nytta sikt. Verksamheten har goda förhoppningar på framtiden. Företrädarna berättar att styrelsen har förstärkts med yngre ledamöter som så småningom skall fortsätta driva styrelsen och verksamheten framåt.

Förbättringsområden

Calmia har utifrån föregående kvalitetsuppföljning arbetat med riskanalys gällande brandförebyggande arbete. Det som saknas är emellertid motsvarande riskanalys utifrån ett brukarfokus (se rubrik ”utrymningsövningar görs regelbundet”). Verksamheten beskriver också utmaningar i samband med brukarundersökningen som genomförs tillsammans med kommunen vartannat år.

Calmia ombeds att senast 2020-12-21 inkomma med handlingsplan med åtgärder för följande:

Risikanalys för brandförebyggande arbete utifrån brukarfokus. Förslagsvis med frågeställningar kring:

- Hur är rutinerna i en situation involverande brand anpassade efter brukarnas förmåga och behov?
- Går det att anpassa utrymningsövningar efter brukarna förmåga/ behov?
- Går det att ta nytta av hjälpmedel (såsom ljudlösa/ vibrerande larm)?

Kommunen åtar sig att bistå med stöd vid brukarundersökning 2021, utifrån de utmaningar som verksamheten beskrivit.

Bakgrund

Den vård- och omsorgsverksamhet som bedrivs av annan, som socialnämnden i Kalmar kommun har tecknat avtal med (avtalad verksamhet), ska själva göra egenkontroll i sin verksamhet enligt SOSFS 2011:9. Socialnämnden har dock ett ansvar att följa upp denna verksamhet för att säkerställa kvaliteten i verksamheterna och att tecknat avtal följs.

Syfte och mål

Syftet är att följa upp hur utföraren följer överenskommet avtal. Målet är säkerställd kvalitet.

Metod

Inför besöket granskas avtal, verksamhetsberättelse, årsredovisning, tillstånd, handlingsplan, tidigare kvalitetsuppföljning samt att verksamheten ombeds fylla i en enkät utifrån dessa.

Verksamhetens mål

Vilka är verksamhetsmålen och hur arbetar man med dem?

Att personer med funktionsnedsättning får möjlighet att bo tillsammans på gruppboendet och att dessa personer får möjlighet till ett liv i gemenskap med andra och delaktighet i samhällslivet. Stiftelsen skall på alla sätt verka för att stödja och stimulera deras utveckling som individer.

Kunskapsbaserad verksamhet

Ledning

Vilken utbildning och erfarenhet har föreståndare/verksamhetsansvarig som ansvarar för driften av verksamheten?

Föreståndare: Grundskola och kurs på gymnasienivå - SPU (Sammanhållen grund och påbyggnadskurs för omsorg om personer med utvecklingsstörning). Vice föreståndare: gymnasium med inriktning barn- och ungdom, friskvårdsmassör samt 26 års erfarenhet av arbete inom LSS. Styrelseordförande: 40 års erfarenhet inom föreningsverksamheten FUB och som rättsombud.

Personal

Vilka kompetenskrav ställs på ordinarie personal?

Vårdarinna-utbildning, undersköterske-utbildning eller liknande.

Har samtliga anställda en skriftlig och individuell kompetensutvecklingsplan som inte är äldre än ett år.

Ja. Verksamheten har inventerat behov och önskemål hos medarbetarna. Följande utbildningar har genomförts/ planeras genomföras under 2020: Om åldrandet, Demens, Klimakteriet, Covid-19. Vice föreståndare berättar att hon kontinuerligt ägnar sig åt omvärlds-bevakning av utbildning.

Skriftliga rutiner för introduktion av nyanställda finns och tillämpas?

Ja.

Trygghet och säkerhet

De enskilda

Den enskilde får muntlig och skriftlig information då insatsen påbörjas.

Ja.

Samtliga enskilda på enheten har en särskild kontaktman bland personalen.

Ja.

Har verksamheten en ansvarsförsäkring?

Ja.

Personal

Hur många personer omräknat till heltidstjänster är anställda i verksamheten.

4 st

Hur många personer är anställda?

4 st

Hur många personer har arbetat minst ett år?

4 st

Rutin för information om sekretess och tystnadsplikt finns och tillämpas.

Ja.

Dokumentation

Aktuell (utifrån behov och situation idag) genomförandeplan finns för varje enskild.

Ja.

Social journal finns för varje enskild där faktiska omständigheter och händelser av betydelse dokumenteras.

Ja.

Dokumentationen förvaras på ett betryggande sätt så inga obehöriga får tillgång till den.

Ja

Lex Sarah

Rutiner enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om lex Sarah - SOSFS 2011:5 finns och tillämpas.

Ja.

Sammanställning och analys av lex Sarah-rapporteringar samt vidtagna åtgärder har gjorts under senaste året.

Nej. Har inte varit aktuellt.

Rapportering enligt lex Sarah har gjorts under det senaste året?

Nej. Har inte varit aktuellt.

Antal lex Sarah rapporter inlämnade till socialnämnden under senaste året? (Skyldighet enl. 14 kap 5 § SoL och 24 d § LSS)

Nej. Har inte varit aktuellt.

Synpunkter och klagomål

Skriftliga rutiner för synpunkts- och klagomålshantering finns och tillämpas.

Ja.

Information finns och har delgetts den enskilde så att denne vet vart han/hon ska vända sig för att lämna synpunkter och klagomål.

Ja.

Sammanställning och analys av inkomna synpunkter och klagomål samt vidtagna åtgärder har gjorts under senaste året.

Nej det har inte gjorts någon sammanställning. Företrädarna berättar dock att det regelbundet ordnas möten med anteckningar som sparas. Verksamheten har haft nytta av detta då de kunnat gå tillbaka i anteckningarna för att koppla eventuella problem till olika faktorer, såsom årstid.

HSL/egenvård

Skriftliga rutiner för hur hälso- och sjukvårdspersonal ska kontaktas finns och tillämpas.

Ja.

Delegerade HSL-uppgifter finns i verksamheten.

Ja.

Skriftliga rutiner för hantering av läkemedel finns och tillämpas.

Ja.

Lokaler

Lokalerna är utrustade med brandlarm.

Ja.

Rutiner finns för utrymning vid brand eller annan fara.

Ja.

Utrymningsövningar genomförs regelbundet.

Nej. Verksamheten uppger att de gjort detta tidigare men att det orsakat brukarna stress och fått motsatt effekt än vad som är avsett. Verksamheten har dock rutiner för vad var och en ska göra och vem som ansvarar för att respektive brukare kommer ut i säkerhet. Verksamheten förklarar också att det finns gott om utrymningsvägar i och med att byggnaden finns på ett plan.

Tidpunkt för senaste brandskyddskontroll?

11 september

Delaktighet och inflytande

Samtliga enskilda har varit delaktiga i upprättandet av genomförandeplan.

Ja, på det sätt att personalen är lyhörda i vad brukarna uttrycker i form av önskemål och synpunkter. Företrädarna förklarar att de på detta sätt eftersträvar att göra brukarna delaktiga och skapa inflytande, istället för formella möten då verksamheten bedömer att det inte gynnar brukarna.

Regelbundna möten hålls (boråd i boende och arbetsplatsträffar på DV) där de enskilda är med och bestämmer i gemensamma frågor.

Ja, i det dagliga såsom vid middagar och fikastunder. Se svaret ovan om delaktighet.

Tillgänglighet

Har enheten nödvändiga hjälpmedel till de brukare som behöver det?

Ja.

Har de enskilda tillgång till gemensamt kök och vardagsrum dygnet runt?

Ja.

Har samtliga enskilda tillgång till privat badrum och privat kök?

Ja.

Självbestämmande och integritet

Enheten har gjort brukarundersökning under det senaste året och använt resultatet till att utveckla verksamheten.

Verksamheten deltar i nationell brukarundersökning tillsammans med socialförvaltningen vartannat år. Företrädarna beskriver dock utmaningar i att hjälpa brukarna delta i brukarundersökningen. Socialförvaltningen kommer därför bistå med stöd utifrån detta 2021.

Öppna frågor

Hur fungerar samarbetet med beställaren?

Företrädarna för verksamheten uppger att samarbete med beställaren fungerar bra. De önskar kontakt med ny verksamhetschef för verksamhetsområde funktionsstöd på socialförvaltningen.

Hur fungerar samarbetet med andra aktörer?


Företrädarna för verksamheten uppger att samarbete med andra aktörer fungerar bra.

Hur ser man på framtiden?

Företrädarna för verksamheten uppger att de ser ljust på framtiden och att allt fungerar väl. Styrelsen har blivit förstärkt med syskon till brukarna. Planen är att de nya ledarmötena så småningom ska ta över arbetet i styrelsen och fortsätta driva verksamheten.

Företrädarna berättar att situationen med Covid-19 innebär ökade kostnader, bland annat på grund av planering kring bemanning och att brukarna inte kan vara på daglig verksamhet. Det finns önskemål från verksamheten att få ekonomiskt stöd utifrån detta.

 Kalmar kommun, Box 611, 391 26 Kalmar

 0480-45 00 00

 kommun@kalmar.se



Handläggare
Nadja Widéhn
0480-45 27 86

TJÄNSTESKRIVELSE

Datum
2021-01-26

Ärendebeteckning
SN 2021/0028.11.01

Socialnämnden

Kvalitetsuppföljning Humana 2020

Förslag till beslut

Socialnämnden fattar inget beslut med anledning av informationen.

Bakgrund

Den vård- och omsorgsverksamhet som bedrivs av annan, som socialnämnden i Kalmar kommun har tecknat avtal med (avtalad verksamhet), ska själva göra egenkontroll i sin verksamhet enligt SOSFS 2011:9. Socialnämnden har ett ansvar att följa upp denna verksamhet för att säkerställa kvaliteten i verksamheterna och att tecknat avtal följs. Socialförvaltningen genomförde kvalitetsuppföljning med Humana 2020-10-22.

Vid kvalitetsuppföljningen ger Humana Assistans AB och entreprenadverksamheten av personlig assistans liksom föregående år intryck av en väl uppbyggd organisation för kvalitetsledning i företaget, som möjliggör stöd till både medarbetare, chefer och brukare/kunder. De flesta av de utmaningar som beskrivits i tidigare kvalitetsuppföljning har tagit en positiv vändning. Ett exempel på detta är det skede när personal som varit med vid övergången tagit ett aktivt val att stanna kvar i Humana. Humana har efter kvalitetsuppföljningen inkommit med handlingsplan för förbättringsområden gällande utvecklingsarbete av genomförandeplan i tillämpat dokumentations-system, analys/ lärande av inkomna avvikelser/ lex Sarah/ synpunkter på övergripande nivå, samt behov kring individuell utvecklingsplan för personal.

Nadja Widéhn
Verksamhetsutvecklare

Eva-Lena Karlsson
Verksamhetsutvecklare

Laila Andersson
Utredningssekreterare

Teresa Tolic Trossmo
Verksamhetschef

Bilagor
Kvalitetsuppföljning Humana 2020
Handlingsplan Humana 2020



Omsorg
och stöd

Rapport

Kvalitetsuppföljning i avtalad
verksamhet: Personlig assistans
enligt LSS och SFB



Kvalitetsuppföljning i avtalad verksamhet: Personlig assistans enligt LSS och SFB

Basuppgifter

Datum för kvalitetsuppföljning

2020-10-22

Verksamhetens namn

Humana Assistans AB

Utförare (bolag, stiftelse, entreprenad etc.)

Entreprenad

Ansvarig chef

Områdeschef Emeli Stedt, tel nr 0470-50 01 90

Antal brukare i verksamheten

27

Kvalitetsuppföljningen utförd av

Verksamhetsutvecklare Nadja Widéhn, utredningssekreterare Laila Andersson och verksamhetsutvecklare Eva-Lena Karlsson.

Vid kvalitetsuppföljningen medverkade från verksamheten

Emeli Stedt och 2 medarbetare; Helena Olsson, Adam Knutsson.

Sammanfattande bedömning och slutsatser med eventuella förbättringsåtgärder

Intryck och slutsatser

Vid kvalitetsuppföljningen ger Humana Assistans AB och entreprenadverksamheten av personlig assistans liksom föregående år intryck av en väl uppbyggd organisation för kvalitetsledning i företaget, som möjliggör stöd till både medarbetare, chefer och brukare/kunder. De flesta av de utmaningar som beskrivits i tidigare kvalitetsuppföljning har tagit en positiv vändning. Ett exempel på detta är det skede när personal som varit med vid övergången tagit ett aktivt val att stanna kvar i Humana. De motsättningar och kulturkrockar som funnits tidigare i arbetsgrupperna (på grund av olika villkor och förutsättningar för personal) har i stort sett försvunnit. Samtidigt så har det också under en begränsad period inneburit påfrestning för kunderna i det skede då personal gått tillbaka till kommunen, detta eftersom det innebär byte av assistenter och nya assistenter.

Humana, liksom samhället i stort fick snabbt ställa om och anpassa verksamheten utifrån spridningen av Covid-19. De var tidiga med att anpassa digitalt för möten, arbetsplatsträffar mm. Verksamheten ordnade extra utbildning för personal, samt ordnade akut-kit utifall att någon skulle börja uppvisa symtom. Personal hos Humana tilldelas normalt sett inte med arbetskläder, men undantag gjordes för personal som arbetar hos fler än en kund. Under kvalitetsuppföljningen beskriver personalen att de känt sig välinformerade på sin arbetsplats under Covid-19, och att arbetsgivaren gjort nödvändiga anpassningar och förutsättningar för personal.

Efter föregående års kvalitetsuppföljning upprättade verksamheten en handlingsplan utifrån de förbättringsområden som identifierades. Vid årets kvalitetsuppföljning redogör verksamheten också väl för hur de arbetar kring dessa frågor.

Förbättringsområden

Humana Assistans AB ombeds att upprätta en handlingsplan för följande förbättringsområden:

- Utvecklingsarbete av genomförandeplan i tillämpat dokumentationssystem.
- Analys/ lärande av inkomna avvikelser/ lex Sarah/ synpunkter på övergripande nivå.
- Behov kring individuell utvecklingsplan för personal.

Handlingsplan

Rapport från kvalitetsgranskare skickas till föreståndare/verksamhetsansvarig i avtalad verksamhet senast två veckor efter kvalitetsgranskning. En handlingsplan upprättas av ansvarig chef i avtalad verksamhet. Handlingsplanen ska

innehålla vilka korrigerande och förebyggande åtgärder verksamheten tänker vidta och när dessa ska vara klara.

Handlingsplanen skickas per mail till ansvarig kvalitetsgranskare senast fyra (4) veckor efter att rapporten mottagits, vilket innebär den 7 december 2020.

Rapport och handlingsplan redovisas av tjänsteperson i socialnämnden. Vidtagna åtgärder följs upp av kvalitetsgranskare vid nästa årliga kvalitetsuppföljning eller tidigare vid behov.

Bakgrund

Den vård- och omsorgsverksamhet som bedrivs av annan, som socialnämnden i Kalmar kommun har tecknat avtal med (avtalad verksamhet), ska själva göra egenkontroll i sin verksamhet enligt SOSFS 2011:9. Socialnämnden har ett ansvar att följa upp denna verksamhet för att säkerställa kvaliteten i verksamheterna och att tecknat avtal följs.

Syfte och mål

Syftet är att följa upp hur utföraren följer överenskommet avtal. Målet är säkerställd kvalitet.

Verksamhetens mål

Humanas målsättning är att vara den självklara utföraren av omsorgstjänster för kunder, klienter och beställare med höga kvalitetskrav. Humana Assistans erbjuder personlig assistans till personer med funktionsnedsättning med visionen "Alla har rätt till ett bra liv". Humanas värdegrundsord är "Glädje, engagemang och ansvar".

Kunskapsbaserad verksamhet

Ledning

Vilken utbildning och erfarenhet har föreståndare/verksamhetsansvarig som ansvarar för driften av verksamheten?

Emeli Stedt är personalvetare och har arbetat på Humana Assistans AB sedan 2014. Hon har egen erfarenhet av att ha arbetat som personlig assistent.

Personal

Vilka kompetenskrav ställs på ordinarie personal?

Humana Assistans AB har inget generellt krav på formell kompetens för de personliga assistenterna. Rekryteringen utgår från kundens behov och önskemål där den personliga lämpligheten är det som är avgörande.

Har samtliga anställda en skriftlig och individuell kompetensutvecklingsplan som inte är äldre än ett år. Be att få se.

Samtliga nyanställda på Humana Assistans AB ombeds att slutföra webbutbildningar såsom Introduktionsutbildning för personliga assistenter, Värdegrundsbildning, Hållbarhetsutbildning, utbildning inom dokumentationshanteringsystemet Safe Doc, Social dokumentation, Utbildning för rapportörer i Humanas avvikelssystem DF Respons och Tvångs-, begränsnings- och skyddsåtgärder. Det finns flertalet övriga utbildningar som är frivilliga att genomföra.

Dialog under arbetsplatsträffar har fokus på kund och personal och används således inte till utbildning. Istället tillämpas handledning och större värdegrundsträffar. Dessa har dock ställts in pga Covid-19.

Under kvalitetsuppföljningen berättar personal att det finns gott om webbutbildningar via Humana Academy att gå, men att det kan vara så mycket att det är svårt att själv göra urval och planera. Personalrepresentanterna tycker det vore bra om fler utbildningar var obligatoriska, samt om personalens utbildning planerades utifrån varje kunds behov.

Hur introduceras ny personal? Finns skriftliga rutiner för introduktion?

Tillämpas dessa? Be att få se.

Rutiner, handlingsplaner, introduktionsplaner och genomförandeplaner finns skapade individuellt hos varje kund utefter specifika kundbehov. Dessa är framtagna tillsammans med kunden, god man och/eller erfaren personal. Ny personal introduceras av befintlig personal på arbetsplatsen då det är dessa som har bäst kännedom om arbetsplatsen.

Trygghet och säkerhet

De enskilda

Hur introduceras en ny brukare i verksamheten (utifrån aspekten trygghet och säkerhet)?

Informatör för Humana kunden och går igenom vad som är viktigt för den enskilda personen. Tillsammans läggs då en planering upp hur kunden vill planera sin assistans och då är också kunden delaktig i upprättandet av en budget om hur kostnader ska fördelas. Efter det mötet bokas ett uppstartsmöte

där närmaste ansvarig i ärendet ger kunden ingående information om Humana samt övrig information som denne behöver.

Får den enskilde muntlig och skriftlig information då insatsen påbörjas.

Ja

Har alla brukare en särskild kontaktperson bland personalen.

Ja, i vissa fall anhörig, i andra god man och i vissa en i personalgruppen.

Personal

Hur många personer omräknat till heltidstjänster är anställda i verksamheten.

81 personer

Hur många personer är anställda (heltid, deltid, timmar).

178 personer

Hur många personer har arbetat minst ett år (anställda med anställning 50%-100%) under 2020.

119 personer

Hur säkerställer man att tystnadsplikt följs?

Detta säkerställs genom introduktion och egenkontroll. I den egenkontroll som görs finns bl a rutiner för inkomna, åtgärdade och avslutade avvikelser samt vad som i övrigt krävs för att säkerställa kvalitetsbrister.

Finns rutin för information om sekretess och tystnadsplikt? Tillämpas den?

Se frågesvar ovan.

Ber man om utdrag ur belastningsregistret vid nyanställning.

Ja, för personal som arbetar med barn och unga som är under 18 år. I övriga fall är det en överenskommelse med kund/god man om de vill att vi gör utdrag ur belastningsregistret.

Dokumentation

Vilken dokumentation förs kring varje brukare?

Det görs en genomförandeplan och utifrån den ska personalen notera avvikelser och händelser av betydelse.

Finns en aktuell (utifrån behov och situation idag) genomförandeplan för varje brukare? Be att få se exempel.

Humana är i uppstart av nytt system med helhetslösning för samtlig personalinformation, utbildning, avvikelssystem, rutiner osv. Ledningsrepresentant

från Humana ser möjligheter för att föra in genomförandeplan och social dokumentation på ett bättre sätt i det nya systemet.

Finns en (social) journal för varje brukare där faktiska omständigheter och händelser av betydelse dokumenteras.

Ja.

Hur förvaras dokumentationen? På ett betryggande sätt så att inga obehöriga får tillgång till den?

Det finns ett dokumentationssystem med personlig inlog.

Lex Sarah

Har det inträffat några händelser som inneburit eller kunde ha inneburit ett missförhållande för några brukare under det senaste året.

Nej, se svar nedan.

Har man skrivit någon rapport enligt lex Sarah under det senaste året.

Hur många?

35 ärenden är registrerade och hanterade i Humanas avvikelshanteringssystem (DF-respons) under perioden 2019-10-01 – 2020-10-27. Utav dessa är 26 ärenden avvikelser (resterande är arbetsmiljö eller GDPR-händelser). Utav dessa 26 avvikelser är det två stycken som har bedömts som allvarliga händelser, varpå Humana har utrett dessa enligt Lex Sarah. Efter genomförd utredning framkommer att ingen brist förekommit i Humans verksamhet vilket gör att utredning ej anmälts vidare till IVO.

Hur många av dessa har inlämnats till socialnämnden under senaste året? (Skyldighet enl. 14 kap 5 § SoL och 24 d § LSS)

Två stycken.

Har man gjort en sammanställning och analys av lex Sarah-rapporteringar samt vidtagna åtgärder som gjorts under senaste året. Be att få se.

Hos Humana Assistans AB är det enligt rapporteringsskyldigheten den anställde som upptäckt avvikelser som rapporterar avvikelserna i Humanas avvikelshanteringssystem. Avvikelsen kan också tas upp genom att personal vänder sig med frågan till sin chef, och chefen anmäler avvikelserna. Kvalitetsavdelningen gör en bedömning om det är en avvikelse eller en allvarlig händelse som enligt bestämmelsen kring Lex Sarah skall vidare rapporteras. Avvikelserna följs av ett team kring den enskilde och en dialog förs om avvikelserna och de förbättringar/förändringar som behöver göras vidtas av den ansvarige chefen. Dessa följs upp löpande på arbetsplatsen av Humana Assistans AB.

Kvalitetsavdelning arbetar centralt tillsammans och kan på detta sätt sammanställa underlag från avvikelser och lex Sarah, på lokal såväl som på nationell nivå. Kvalitetsutredarna efterfrågar skriftliga sammanställning och analyser som kan användas som ett lärande för verksamheten på övergripande nivå.

Finns det rutiner som följer Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om lex Sarah – SOSFS 2011:5? Tillämpas dessa? Be att få se.

Ja. Se svar ovan.

Synpunkter och klagomål

Har man mottagit några synpunkter eller klagomål under det senaste året? (Från brukare och/eller företrädare)

Ja.

Hur har dessa hanterats?

Emeli Stedt informerar att Humana Assistans AB ser varje synpunkt och klagomål som en möjlighet till att förbättra verksamheten och att Humana Assistans AB uppmuntrar synpunkter/ klagomål. Humana Assistans AB är beroende av sina kunder och att kunderna är nöjda med tjänsten. Assistent, kunder och gode män kan lämna synpunkter och klagomål elektroniskt till Humana Assistans AB genom det nya systemet som håller på att implementeras.

Har man gjort en sammanställning och analys av inkomna synpunkter och klagomål samt vidtagna åtgärder som har gjorts under senaste året.

Nej.

Finns det skriftliga rutiner för synpunkts- och klagomålshantering?

Be att få se. Tillämpas dessa?

Se svar ovan.

Har man gett brukare information så att denne vet vart han/hon ska vända sig för att lämna synpunkter och klagomål? Hur? Be att få se skriftligt material.

Ja.

HSL/egenvård

Finns skriftliga rutiner för hur hälso- och sjukvårdspersonal ska kontaktas? Tillämpas dessa? Be att få se.

Ja.

Finns det delegerade HSL-uppgifter i verksamheten?

Ja

Finns det skriftliga rutiner för hantering av läkemedel? Tillämpas dessa?

Frågan ställdes inte i år.

Lokaler

Är lokalerna utrustade med brandlarm.

Ja. Verksamheten bedrivs hemma hos kunden i kundens egen bostad. Humana ansvarar för att säkerhetsställa att brandvarnare, släckare och brandfilt finns på plats. Om detta inte finns när insatsen påbörjas så ombesörjer Humana att det ordnas.

När gjordes senaste brandskyddskontroll? Be att få se protokoll.

Brandskyddskontroll sker i årlig skydds rond, vilket utförs vid olika tidpunkter hemma hos kunderna.

Delaktighet och inflytande

Har samtliga brukare varit delaktiga i upprättandet av genomförandeplan?

Hur dokumenteras det? Be att få se.

Ja, antingen själva eller via gode man. Genomförandeplanen dokumenteras i dokumentationssystem.

Hålls regelbundna möten där brukarna är med och bestämmer i gemensamma frågor. Hur ofta?

Varje kund får vara delaktig i planeringen kring sin assistans. Denna dialog pågår löpande mellan kund och/eller god man och kund- och assistentansvarig.

Självbestämmande och integritet

Har man gjort brukarundersökning under det senaste året?

Ja, Humana samverkar med Socialförvaltningen i Kalmar i nationell brukarundersökning samordnad av SKR. Resultatet kommer publiceras i Kolada för att kunna göra jämförelser med andra verksamheter, samt följa resultat över tid.

Har resultatet använts till att utveckla verksamheten?

Frågan kommer ställas nästa år.

Öppna frågor

Hur fungerar samarbetet med beställaren?

Mycket bra.

Hur fungerar samarbetet med handläggaren?

Frågan kommer ställas nästa år.

Hur ser man på framtiden? Hur lång tid är det kvar på avtalet?


Förutsättningar för fortsättning?


Avtalet inkluderat förlängningsoption sträcker sig till september 2022. Humana ambition och förhoppning är att brukarnas och medborgarnas erfarenheter och upplevelser av Humana är sådana att de även fortsättningsvis ser Humana som det självklara valet i fråga om att bedriva och utföra personlig assistans i Kalmar kommun.

Övriga synpunkter/återkoppling till beställaren?

Övriga frågor

I kvalitetsuppföljningen beskriver personal att de trivs. De känner sig trygga med sin arbetsgivare och upplever ledningen som närvarande och lyhörd. Vad gäller förbättringsområden finns önskemål om mer vägledning i planering av utbildning i form av individuell utbildningsplan, gärna inför att insats påbörjas hos kund. Det lyfts också exempel på påfrestande situationer för kund där det kunde behövas mer riskanalys, som vid byte av förvaltare hos kund. Kvalitetsutvecklarna kommer därför ställa mer frågor om riskanalys vid nästa kvalitetsuppföljning.

 Kalmar kommun, Box 611, 391 26 Kalmar

 0480-45 00 00

 kommun@kalmar.se

