

Handläggare
Kristina Appert
0480- 45 09 50

TJÄNSTESKRIVELSE

Datum
2021-09-10

Ärendebeteckning
SN 2020/0332.03.01

Socialnämnden

Tertialrapport efter augusti 2021

Förslag till beslut

Socialnämnden beslutar att godkänna tertialrapport efter augusti 2021.

Bakgrund

Efter varje tertial sker uppföljning av årets verksamhetsplan. Rapporten belyser bl. a. väsentliga händelser, ekonomisk prognos, personalredovisning, måluppföljning samt uppföljning av intern kontroll. Rapporten finns i bilaga.

Efter augusti upprättas även Kalmar kommunkoncern ett delårsbokslut.

Kristina Appert
Administrativ chef

Cecilia Frid
Socialchef

Bilaga
Tertialrapport efter augusti 2021



Tertialrapport augusti 2021

Rapportperiod: 2021-08-31 Organisation: Socialnämnd



Kalmar kommun

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

Prognos

Prognosen för socialnämnden efter augusti visar ett överskott med +7,5 mnkr. Pandemin har under andra tertialet fortsatt påverka flera verksamheter och medfört ökade kostnader för personal, smittskyddsutrustning och vaccinationer. Samtidigt har vissa kostnader minskat när verksamheterna fortsatt arbeta för att minska smittspridning, och en del ny verksamhet har blivit förskjutet. Stor osäkerhet råder kring vilka effekter pandemin får på socialnämndens verksamheter på längre sikt.

Arbetet fortsätter med att implementera processororienterat syn- och arbetssätt 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.

Väsentliga händelser

Socialförvaltningens arbete har påverkats av Coronapandemin även under andra tertialet. Fortsatt fokus har fått läggas 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. Under maj månad var samtliga brukare vaccinerade med två doser och vaccinationsteamet inom Hälso- och sjukvård kunde avvecklas.

Processarbetet har lett till att fler individer kan få sina behov tillgodosedda med insatser på hemmaplan. Antalet externa HVB-placeringar fortsätter att minska. Detta ligger helt i linje med utvecklingen av god och nära vård och socialtjänst. Samtidigt är det en fortsatt stor utmaning att rekrytera familjehem då individernas behov är komplexa.

Under andra tertialet har flera satsningar gjorts som ett led i att arbeta mer med kunskapsbaserad vård och omsorg. Detta har skett bl. a. genom utbildning av stödpedagoger och uppstart av pedagogiskt ramverk med utbildning för alla medarbetare inom verksamhetsområde funktionsstöd vuxen. Inom verksamhetsområde vuxen har man utvecklat arbetet med systematisk uppföljning som en viktig del av kunskapsbaserad vård och omsorg.

Satsningar fortsätter för är att digitalisera och tillgängliggöra socialtjänstens tjänster mot medborgarna. Utveckling pågår även för att införa flera digitala arbetssätt.


Verksamhetsplan

Nedan följer en redovisning av måluppföljningen för det andra tertialet 2021. Gul rubrik avser Kalmar kommunkoncerns fokusområden. Under fokusområdena finns de fullmäktigemål som är obligatoriska för nämnden.

Under fokusområdet "Hög kvalitet i välfärden" och fullmäktigemålet "Socialtjänst av hög kvalitet" finns nämndens sex egna långsiktiga mål som tillsammans ska leda till en socialtjänst av hög kvalitet. Här nedan redovisas en sammanfattande uppföljningen av dessa.

Från sidan 13 och framåt i denna rapport kan man dock fördjupa sig i de långsiktiga målen och vad bedömningen av dessa grundar sig på.

FOKUSOMRÅDE - Ordning och reda i ekonomin

Nämndsmål	Beskrivning	Status
Ändamålsenlig och kostnadseffektiv verksamhet	Kommunkoncernens alla verksamheter ska bedrivas på ett ändamålsenligt och kostnadseffektivt sätt. Socialnämnden inhämtar underlag till uppföljning av detta mål genom nämndsmålet om att vården och omsorgen ska vara effektiv och de indikatorer som är kopplade till detta mål.	



För att leva upp till en effektiv socialtjänst av god kvalitet arbetar socialnämnden med sex långsiktiga kvalitetsmål. Fokus är ändamålsenlighet och effektivitet.

FOKUSOMRÅDE - Ett grönare Kalmar

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


Planen för utbyte av leasingbilar till el eller gas följs så långt det är möjligt. Problem har uppstått eftersom upphandlad leverantör inte kan leverera fossilbränslefria bussar och bilar för långfärdskörning vilket tidigare utlovades. Det innebär att förutsättningarna för att uppfylla målet har försämrats jämfört med tertial 1. Dialog fortsätter att föras med serviceförvaltningen angående detta samt kring investeringsbehovet av laddstolpar.

FOKUSOMRÅDE - Ett växande, attraktivt Kalmar

Nämndsmål	Beskrivning	Status
Attraktiv kommun	Kalmar ska vara topp tre i Sverige att besöka, att växa upp, bo och åldras i, i jämförelse med "liknande kommuner övergripande" enligt SCB och våra jämförelsekommuner i 3KVH. Socialförvaltningen bidrar till måluppfyllelse av målet Attraktiv kommun genom att bedriva en effektiv och ändamålsenlig tillsyn av och kunskapsförmedling om alkoholserving för att uppnå en sund och konkurrenskraftig restaurangmiljö.	
Företagsklimat	Kalmar ska vara topp tre avseende företagsklimat i jämförelse med "liknande kommuner övergripande" enligt SCB och våra jämförelsekommuner i 3KVH. Socialnämnden bidrar till fullmäktigemålet genom att vidmakthålla eller öka nöjd kund index (NKI) för serveringstillstånd i Öppna jämförelser.	

Tillståndsenheten har under perioden en kontinuerlig rapportering till undersökningen "Öppna jämförelser av företagsklimatet". Under andra tertialet har tio ansökningar om nytt permanent tillstånd till allmänheten behandlats av tillståndsenheten, varav fem är nyetablerade restauratörer i kommunen. Antalet mindre evenemang har även ökat under 2021 i jämförelse med 2020. De större evenemangen som tidigare planerats till vår och sommaren 2021 har fått ställas in med hänvisning till de restriktioner som fortfarande gäller.

FOKUSOMRÅDE - Hög kvalitet i välfärden

Nämndsmål	Beskrivning	Status
E-hälsokommun	Kalmar ska bli årets e-hälsokommun år 2025. Socialnämnden har tillsammans med digitaliseringsledare och representanter för Omsorgsförvaltningen, Södermöre och Kommunledningskontoret, identifierat gemensamma områden med behov av utveckling för att skapa förutsättningar för digitala arbetssätt inom området e-hälsa och digitala välfärdstjänster. Under 2021 skapas en prioriteringsordning för dessa områden och utvecklingsarbete påbörjas.	

De utvecklingsområden som under tertial 1 redovisades ha påbörjats, fortgår och beräknas vara implementerade under 2021. Genomförande av till exempel Hackathon sker under oktober. Utöver de digitala arbetssätt som angetts i föregående tertial har följande arbeten påbörjats:

- E-tjänster för kommunikation mellan verksamhet för överförmyndare och socialförvaltningen
- Lösning för säker digital kommunikation mellan sydstjouren och polis undersöks
- Digitalisering av personakter

Förutsättningar och organisation för ett genomförande under 2021 finns på plats och fungerar väl. Samverkan med centrala funktioner sker löpande för att skapa helhetstänk och

smidiga flöden över organisationsgränser. Nyckeln för att nå framgång i prioriterade utvecklingsområden bedöms vara den process som har skapats för att prioritera och införa digitala arbetssätt. Med stöd av den får ledning information kring nytta och därmed förutsättningar att prioritera och skapa en långsiktig planering för utveckling med hjälp av digitalisering. Under tertial tre fortsätter arbete enligt plan.

FULLMÄKTIGEMÅL - SOCIALTJÄNST AV HÖG KVALITET

För att leva upp till en socialtjänst av hög kvalitet har socialnämnden brutit ner målet i sex långsiktiga kvalitetsmål.

Sammanfattningsvis går utvecklingen som planerat när det gäller målen om en kunskapsbaserad, individanpassad, effektiv och jämlik vård och omsorg. Inom målen om en säker och tillgänglig vård och omsorg finns det däremot stora utmaningar i att nå målvärdena i tillhörande indikatorer. Där krävs särskild kraftsamling för att säkra rätten god vård och omsorg för placerade barn, stärka patientsäkerhet inom kommunal hälso- och sjukvård samt skapa effektiva och ändamålsenliga ledtider för att, de vi finns till för, inte ska behöva vänta oskäligt länge på beslut eller insats.

Kunskapsbaserad vård och omsorg

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.



Den genomgående utvecklingstrenden mot en alltmer kunskapsbaserad verksamhet är positiv. Effekten av utvecklingsarbeten som bedrivs är god. Den stora kompetensutvecklingsinsatsen i utvecklingsområdet inom Funktionsstöd Vuxen (Pedagogiskt ramverk), som startar under hösten, förväntas ge goda effekter framöver.

Säker vård och omsorg

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.



Under förra tertialet gjordes ingen uppföljning inom Hälso- och sjukvårdens utvecklingsområde gällande patientsäkerhet. Brister är identifierade inom detta område och utvecklingsarbete med stöd av nationell handlingsplan "Agera för säker vård" är påbörjat. Utvecklingsarbetet bedöms dock medföra positiva effekter. Även utvecklingsområdet "Placerade barn" har haft en negativ utveckling. Det gör att utfallet i målet i sin helhet bedöms vara icke acceptabelt.

Individanpassad vård och omsorg

Individ- anpassad vård och omsorg

Socialnämndens vård och omsorg ska ges med respekt för individens specifika behov, förväntningar och integritet. Individen 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.



Ingen direkt förändrad bedömning i detta målområde jämfört med tertial ett. Tre av de fyra utvecklingsområden samt övriga indikatorer har en acceptabel eller god utveckling. Det är framförallt arbetet med att granska genomförandeplaner inom Funktionsstöd Vuxen som behöver intensifieras för ett acceptabelt utfall i det utvecklingsområdet.

Effektiv vård och omsorg

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.



Under målet om en effektiv vård och omsorg finns fyra utvecklingsområden och en mängd indikatorer kopplade, alla med en god utveckling. Förbättringsarbeten som tar sin utgångspunkt i fakta och som får sitt logiska samband i processernas förmåga att leverera det värde de ska, skapar en alltmer effektiv socialtjänst.

Jämlig vård och omsorg


Jämlig 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.




Till målet om en jämlig vård och omsorg finns inga utvecklingsområden kopplade. Medvetenheten och aktiviteter för hälsa på lika villkor och jämställdhet pågår men utvecklingen är konstant sedan förra tertialet.



Tillgänglig vård och omsorg

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 ledtider.	
------------------------------------	--	---

Inom detta mål är fyra utvecklingsområden kopplade. Tre av dem har utfall som inte är acceptabla utifrån indikatorernas målvärde. Trenden för många indikatorer är dock positiv. Särskilt glädjande är utvecklingsområdet "Rätt insats i rätt tid" som visar goda resultat och stark utveckling sedan förra tertialet.

Nämndsmål		Färdig grad
Jämställdhetssäkrad verksamhet	Socialnämnden inhämtar underlag till uppföljning av detta mål genom nämndsmålet om att vården och omsorgen ska vara jämlik.	

FOKUSOMRÅDE - Kalmar kommunkoncern som arbetsgivare

Nämndsmål	Beskrivning	Status
Digitalisering	Utifrån kommunens övergripande princip ska samtliga processer arbeta med aktiviteter för att öka digitala arbetssätt och välfärdstjänster. Underlag för uppföljning hämtas från målen Socialtjänst av hög kvalitet och e-hälsokommun.	
Långtidssjukskrivningar	Antal långtidssjukskrivna medarbetare ska minska.	

Under året har utvecklingen varit fortsatt positiv. Jämfört med tertial 1 har antalet långtidssjukfrånvarande medarbetare i förvaltningen minskat med ytterligare sju personer. Det är till stor del verksamhetsområde vuxen som står för minskningen. Det är nu totalt 16 färre långtidssjukfrånvarande jämfört med november 2020.

Långtidssjukfrånvaron är fördelad enligt nedan (siffror i parentes avser jämförelsetal 2020):

Socialförvaltningen 49 (65)

Socialnämnd gemensamt 4 (7)



Verksamhetsområde barn och familj 9 (14)

Verksamhetsområde vuxen 4 (13)

Verksamhetsområde funktionsstöd och HSL 28 (31)

Verksamhetsområde HSL 2

Från 1 januari 2021 är HSL ett eget verksamhetsområde och var tidigare en del av verksamhetsområde funktionsstöd

Medarbetarengagemang		
Målet redovisas ej på förvaltningsnivå. Målet följs upp centralt och kommunövergripande en gång per år.		
Utrikesfödda medarbetare		
Målet redovisas ej på förvaltningsnivå. Målet följs upp centralt och kommunövergripande en gång per år.		

Väsentliga händelser

Coronapandemin

Socialförvaltningens arbete har under andra tertialet fortsatt påverkats av Coronapandemin. Stort fokus har lagts på att anpassningar i verksamheterna för att på bästa sätt upprätthålla god kvalitet och uppfylla socialnämndens mål och lagkrav utifrån de förändrade förutsättningarna som epidemin orsakar.

Sedan januari har samtliga hemsjukvårdspatienter/brukare (ca 450 patienter) vaccinerats för covid-19, i två olika omgångar. I maj månad var samtliga vaccinerade med två doser och vaccinationsteamet inom Hälso- och sjukvård kunde avvecklas. Parallellt med vaccinationerna har provtagningar pågått för brukare med förkylningssymtom, dock ses effekter av vaccinationerna och behovet av provtagningar har minskat. Inga sjukdomsfall sedan i början av juni.

Precis som under år 2020 har 2021 präglats av arbete med att förebygga smittspridning av covid-19 i verksamheterna, t ex har vakanta arbetspass inte alltid resurstillsatts med vikarier med syfte att minska smittspridning. Arbetet har så här långt varit lyckosamt. Dock ses tendenser till ökad psykisk ohälsa inom vissa målgrupper, i likhet med det som rapporterats på nationell nivå.

Utbetalning av ekonomiskt bistånd har ökat, där det till viss del identifieras att pandemin medfört att antalet aktiviteter på arbetsmarknaden, för de som står utan arbete, har minskat vilket är direkt avgörande för utfallet av individer som behöver bistånd från socialförvaltningen. Under pandemin har det varit svårt för Arbetsförmedlingen och Arbetsmarknadsenheten att skapa aktiviteter som syftar till att rusta individerna mot egen försörjning, och särskilt för de som står långt ifrån arbetsmarknaden. Behov av ytterligare samverkan har identifierats och forum skapas nu efter pandemin för att kanalisera de behovsområden som finns.

Ingen pandemieffekt identifieras ännu inom processen "Möjliggöra för kvinnor och män att leva i relationer fria från våld". Antal ärenden är lika i jämförelse med föregående år vid samma tidpunkt.

Överlag riskerar pandemin att förstärka redan befintlig utsatthet såsom dålig ekonomi, våldsutsatthet och missbruk. Kostnader uppstår i dessa fall som en sekundär konsekvens av pandemin. Pandemin har också satt ljus på behov av fortsatt omställning för att stärka patientsäkerheten. Kostnader för skyddsutrustning och hälso- och sjukvårdspersonal kommer öka.

Komplexa behov bland barn och unga

Trots flera viktiga åtgärder är det fortsatta svårigheter att rekrytera familjehem. Svårigheter finns att rekrytera familjehem så att en trygg och säker matchning kan göras. Uppdragen blir mer och mer komplexa med barn och ungdomar med stora behov. Arbete har påbörjats med att undersöka förutsättningarna för att utveckla arbete med förstärkt stöd till familjehem.

Under våren har samarbetet inom verksamhetsområdet barn och familj utökats. Bl. a har extra insatser satts in, både på korttids och i hemmet, för att undvika externa placeringar, vilket har lett till goda resultat för barnet. Exempelvis har barn kunnat vara kvar i sin hemmiljö med extra stöd och med en trygg planering successivt skolats in på korttids. Andra barn har fått möjlighet att bo heltid på korttids under en period för att stödja familjen i arbete för att barnet ska kunna bo hemma växelvis med korttids.

Omställning mot en god och nära vård och socialtjänst

Ett aktivt förbättringsarbete för att minska externa HVB-placeringar har pågått under en längre tid, vilket nu ger goda resultat både när det gäller kostnad och kvalitet. Exempelvis har ett fördjupat individuellt arbete med alla placerade ungdomar lett till att fler har kunnat flytta hem. Arbete med tidiga samordnade insatser för barn och unga, TSI, pågår i samverkan med skola och Regionen i form av tre delprojekt. Utvecklingsarbete pågår även för en sammanhållen god och nära vård för barn och unga bland annat med att ge rätt stöd, på rätt nivå, i rätt tid.

Inom processen "Möjliggöra ett liv fritt från riskbruk, missbruk och beroende" identifieras att individerna till stor del nu kan mötas upp på hemmaplan i stället för externa placeringar, med hjälp av egen stödboendeform eller HVB. De externa placeringar som genomförs är motiverade och planerade utifrån behov och tydliga mål för behandlingen mot ökad självständighet. Att individerna så långt det är möjligt får sin vård på hemmaplan är en kvalitetsaspekt för långsiktiga resultat på individnivå. Utmaningen är de varierande behoven och därmed att hitta de mest kostnadseffektiva lösningarna över tid inom heldygnsvård.

Kunskapsbaserad vård och omsorg

Inom barn och familj har utbildningssatsningar gjorts, främst inom öppenvården för ungdomar, där behandlare använder sig av olika behandlingsmetoder såsom FFT (Funktionell familjeterapi) och Kriminalitet som livsstil (anpassad för ungdomar) för att kunna anpassa behandlingen utifrån ungdomarnas behov.

Under våren har medarbetare inom barn tagit examen som stödpedagoger via yrkeshögskolan. En modell kommer att prövas under ett år med målsättning att stödpedagogerna ska sprida kunskap och ge vägledning till övriga barnverksamheter så att barn med olika former av funktionsnedsättningar får sina behov bättre tillgodosedda. Fortsatt satsning sker under hösten när flera medarbetare i verksamhetsområdena funktionsstöd vuxen och vuxen påbörjar utbildning till stödpedagog.

Under det första halvåret har verksamhetsområdet Funktionsstöd vuxen haft fokus på systematiskt kvalitetsarbete och att skapa lärande kring händelser som uppmärksammas. Under sommaren har ett flertal Lex Sarah-rapporter inkommit vilket kan ses som en effekt av fokus på kvalitet. Det är bra att händelser uppmärksammas och rapporteras så att förbättringsarbeten kan identifieras och bedrivs för att minimera risken att de inte uppstår igen. Intensivt arbete pågår för att komma till rätta med de rapporterade händelserna.

Det har uppmärksamats från nationella myndigheter att det finns ett stort behov av att stärka kompetensen hos medarbetare som arbetar med LSS målgrupper. Under första halvåret 2021 har förberedelse pågått för att under hösten 2021 kunna erbjuda alla medarbetare inom verksamheterna inom funktionsstöd vuxen en gemensam grundutbildning kallad Pedagogiskt ramverk. Utbildningen genomförs mestadels digitalt och påbörjades i slutet av augusti.

HSL- teamet har fortsatt fokusera på patientsäkerhetsåtgärder i form av att stödja enhetschefer och vård- och omsorgspersonalen i verksamheterna kring basala hygienrutiner, skyddskläder samt personlig skyddsutrustning.

Inom verksamhetsområde Vuxen ser man tydliga effekter av att styra med kvalitetsparametrar och få syn på förbättringsbehov i processerna med utgångspunkt i systematisk uppföljning. Systematisk uppföljning inom samtliga processer syftar till att identifiera vad som hjälper människor som befinner sig i våra processer att leva mer självständiga liv. För att t ex synliggöra och hitta orsaker till den volymökning som identifierats de senaste åren inom området psykisk funktionsnedsättning så har arbetet med

systematisk uppföljning tagit fart. Området mäter varför brukare med boendestöd avbokat sitt stöd, och hur effektiva och ändamålsenliga våra korttidsbeslut är gentemot uppsatta mål.

Digitalisering/ e-hälsa

Satsningar fortsätter för är att digitalisera och tillgängliggöra socialtjänstens tjänster mot medborgarna för en enklare vardag. Flera arbeten för utveckling av digitala arbetssätt har pågått under tertialet. Processen som skapats för att prioritera och införa digitala arbetssätt fungerar väl. Arbetet med planering av gemensamma aktiviteter tillsammans med Linnéuniversitetet och eHealth Arena har fortsatt, och i oktober genomförs hackaton för hopp och hälsa.

Förändring lagar

Tre lagförändringar har skett som får påverkan på socialnämndens verksamheter. Den första gäller folkbokföring och innebär skyldighet att lämna information till Folkbokföringen vid oriktiga uppgifter, som ett led i att komma åt välfärdsbrott. Barnrättsperspektiv stärks genom ny lag om informationssamtal och ett krav på att föräldrar ska ha deltagit i ett sådant samtal hos socialnämnden innan de framställer ett tvistigt yrkande om vårdnad, boende eller umgänge i domstol. Från den 1 augusti tillkommer till socialnämndens uppgifter att verka för att den som utsätter eller har utsatt närstående för våld eller andra övergrepp ska ändra sitt beteende.

Prognos

Driftredovisning

Driftredovisning nämnd	Budget VR aug 2021	Prognos VR aug 2021	Avvikelse
Intäkter	-74 581	-79 931	5 350
Personalkostnader	613 873	605 123	8 750
Lokalkostnader	72 312	72 312	0
Kapitalkostnader	1 751	1 751	0
Övriga kostnader	267 594	274 194	-6 600
Summa KOSTNADER	955 530	953 380	2 150
Summa RESULTAT	880 949	873 449	7 500

Enhet: Tkr

Prognosen för socialnämnden efter augusti visar ett överskott med +7,5 mnkr. Pandemin påverkar fortsatt flera verksamheter och medför ökade kostnader för personal, smittskyddsutrustning och vaccinationer. Samtidigt minskar vissa kostnader när verksamheterna fortsätter arbeta för att minska smittspridning, och en del ny verksamhet blir förskjutet. Stor osäkerhet råder kring vilka effekter pandemin får på socialnämndens verksamheter på längre sikt.

Personalkostnader visar överskott när verksamheter planerats om för att minska smittspridning. Eftersom pandemin fortsatt har en del personer med beslut valt att avvakta att komma igång, vilket medför att budgeterade medel för ny verksamhet ännu inte förbrukats. Överskott finns också bland annat inom korttidsvistelse, där arbete pågår för att sänka kostnaderna. Underskott finns för familjehemsvård, både inom personalkostnader och övriga kostnader, när antalet interna och konsulentstödda familjehem ökat. Det finns ett underskott på övriga kostnader för externa placeringar inom den sociala barn- och ungdomsvården och inom missbruk, men kostnaderna har minskat jämfört med förra året.

Negativ budgetavvikelse finns för hjälpmedel inom hälso- och sjukvård. Lokalkostnader och kapitalkostnader är i balans. Överskott finns på intäktssidan främst kopplat till återsökning från Migrationsverket för kostnader för vissa LSS-insatser.

De ekonomiska konsekvenserna av pandemin består av ökade personalkostnader för t.ex. personal som arbetat med vaccinationer och för sjuklönekostnader och vikariekostnader i verksamheterna. Övriga kostnader ökar för arbetskläder och smittskyddsutrustning p.g.a. pandemin. I prognosen är också inräknat en avvikelse för ekonomiskt bistånd kopplat till svårigheten att rusta individerna mot egen försörjning när antalet aktiviteter på arbetsmarknaden, för de som står utan arbete, har minskat. Det finns kostnader som minskar, såsom utbildningskostnader när utbildningar genomförs digitalt eller måste senareläggas. Underskott finns för reducerade intäkter för avgifter inom tillståndsenheten.

Driftredovisning, tkr	2021		
	Budget	Prognos	Avvikelse
Verksamhet			
LEDNINGS- O STÖDFUNKTIONER	81 992	68 742	13 250
BARN o FAMILJ	190 289	196 789	-6 500
Gemensamt barn o familj	13 455	13 405	50
Trygga, säkra o stödja barn o ungas levnadsvillkor	123 989	131 839	-7 850
Säkra o föra fram barnets rätt	3 955	3 755	200
Möjliggöra utveckl hos barn o unga m funktionsnedsätt	48 890	47 790	1 100
FUNKTIONSSTÖD VUXEN	365 301	363 801	1 500
Gem kvinnor och män med funktionsn att leva som andra	18 332	18 832	-500
Möjliggöra f kvinnor o män m funktionsn att leva som andra	346 969	344 969	2 000
HÄLSO- OCH SJUKVÅRD	17 047	18 797	-1 750
Tillgodose behov av hälso- o sjukvård	17 047	18 797	-1 750
VUXEN	226 320	225 320	1 000
Gemensamt vuxen	13 970	13 570	400
Möjliggöra ett liv fritt fr riskbruk, missbruk o beroende	34 851	35 451	-600
Verka för att vuxna m psykisk funktionsn kan leva som andra	128 961	127 511	1 450
Utreda o bedöma rätt t ekonomiskt bistånd	47 236	47 236	0
Möjliggöra för kvinnor o män att leva i relationer fria fr våld	1 302	1 552	-250
Summa	880 949	873 449	7 500

Inom lednings- och stödfunktioner prognostiseras ett överskott med +13,25 mnkr jämfört med budget. Utbildningsbudget visar överskott när utbildning genomförs i digital form eller flyttas fram på grund av pandemin. Överskott för ny verksamhet finns sedan förra året, då efterfrågan minskade på grund av pandemin. Överskott finns också för återsökning från Migrationsverket för vissa LSS-insatser. Underskott finns inom Bemanningsservice på grund av personalkostnader under pandemin. Reducerade avgifter inom tillståndsenheten medför också negativ budgetavvikelse.

Verksamhetsområdet barn och familj prognostiserar ett underskott med -6,5 mnkr. Prognostiserat underskott inom processen Trygga, säkra och stödjande barn och ungas levnadsvillkor har minskat då några externa institutionsplaceringar avslutats tidigare än beräknat. Underskott beror främst på ökat antal barn placerade i familjehem, både interna och konsulentstödda. Inom verksamheten för ensamkommande ungdomar fortsätter arbetet med att anpassa verksamheten efter minskat antal ungdomar, men det är svårt att minska verksamheten ytterligare och därför prognostiseras ett underskott som tidigare. Processerna Säkra och föra fram barnets rätt och Möjliggöra utveckling hos barn och unga med funktionsnedsättning visar överskott.

Inom funktionsstöd vuxen prognostiseras ett överskott med +1,5 mnkr. Det finns kostnader, både för personal och utrustning, kopplat till pandemin. Samtidigt minskar behovet av vikarier, främst inom daglig verksamhet, när verksamheterna ställt om för att minska smittspridning.

Hälso- och sjukvård prognostiserar en negativ avvikelse med -1,75 mnkr. Avvikelsen består av kostnader för personal som genomför vaccinationer, vikariekostnader kopplat till pandemin samt kostnader för utbyte och uppgradering av hjälpmedel.

Verksamhetsområde vuxen prognostiserar ett överskott med +1,0 mnkr. Inom processen verka för vuxna med psykisk funktionsnedsättning prognostiseras ett överskott när verksamheterna fortsatt jobba annorlunda för att minska smittspridning. Samtidigt finns kostnader relaterade till pandemin för vikarier och smittskyddsåtgärder. Processen utreda och bedöma rätt till ekonomiskt bistånd balanserar budget. Högre kostnader finns för ekonomiskt bistånd, men överskott finns på personalsidan p.g.a. vakanser under vissa perioder. Ökade kostnader för biståndet kan kopplas till att personers behov av bidrag kvarstår under längre tid. Bedömningen är att detta beror på begränsningar i arbetsmarknadsåtgärder och i företags inställning att ta emot personer under pandemin. Omställning på AF påverkar också socialförvaltningens grupper negativt då många av dessa är i behov av stöd från AF för att komma vidare. En viss ökning av antalet hushåll märks kopplat till inflyttning. Inom möjliggöra ett liv fritt från riskbruk, missbruk och beroende prognostiseras ett underskott främst kopplat till externa placeringar. Processen möjliggöra för kvinnor och män att leva i relationer fria från våld visar ett mindre underskott.

Investeringsredovisning

Investeringsredovisning nämnd	Budget VR aug 2021	Prognos VR aug 2021	Avvikelse
Inkomster	0	0	0
Utgifter	1 400	1 400	0
Summa NETTOINVESTERINGAR	1 400	1 400	0

Enhet: Tkr

Investeringsbudgeten förväntas balansera budgeten vid årets slut. Hittills i år har investeringsbudgeten använts för att färdigställa gruppboende Södra Långgatan samt till viss utrustning. Arbetet pågår med renovering av gemensamhetslokal och personalutrymme i några befintliga bostäder, uppdatering av passersystem i några bostäder samt åtgärder för värmeutsatta boende.

Förändringsarbete pågår inom de verksamheter som redovisar underskott. Inom processen trygga, säkra och stödjande barn och ungas levnadsvillkor fortsätter arbetet med att utveckla arbetssätt och insatser på hemmaplan för att hålla kvar en lägre nivå på antalet externa

placeringar, som uppnåddes förra året. Inom ensamkommandeverksamheten fortsätter omställningsarbetet för att minska verksamheten i takt med att ungdomsantalet minskar.

Personalredovisning

Personalsammansättning

	2020	2020	2021	2021
	Antal personer	Antal årsarbetare	Antal personer	Antal årsarbetare
Kvinnor	750	745.9	760	756.7
Män	253	250.8	252	250.3
Totalt	1 003	996.6	1 012	1 006.9

Personalsammansättning redovisas för att ge en bild av om det har skett förändringar av betydelse när det gäller antal medarbetare. Som väntat har inga större förändringar skett när det gäller antalet medarbetare.

Sjukfrånvaro

	Sjukfrv %, ack valt kalenderår	Sjukfrv %, ack valt kalenderår	Sjukfrv %, ack valt kalenderår	Sjukfrv %, ack valt kalenderår
	2018	2019	2020	2021
Kvinnor	7.53%	8.25%	9.06%	7.72%
Män	4.13%	3.90%	5.92%	4.85%
Totalt	6.60%	7.11%	8.23%	6.97%

I juli var den ackumulerade sjukfrånvaron totalt 6,97 %. Den korta sjukfrånvaron (1 till 59 dagar) 3,61 % och den långa sjukfrånvaron (mer än 59 dagar) 3,36 %.

Under perioden januari till juli är den ackumulerade sjukfrånvaron fortsatt lägre jämfört med motsvarande period de två senaste åren. Att sjukfrånvaron är lägre i år kan till viss del vara ett resultat av att socialförvaltningen inte haft någon utbredd smittspridning och att efterlevnaden av hygienrutiner har ökat.

Kvalitet, styrning och kontroll

Förvaltningen redovisar hanterade synpunkter, förbättringsförslag, lex-Sarah-utredningar, ej verkställda beslut enligt fastställt årshjul. Det nya systemet för händelserapportering togs i drift i mars 2021. Mellan mars och juli har 15 lex Sarah rapporter inkommit. Tre av dessa är vid denna redovisning bedömda som allvarliga och därmed rapporterade till IVO. Utöver lex Sarah har ytterligare 149 händelser inrapporterats i det nya systemet. Brister i rättssäkerhet är de händelser som är mest frekventa. Det rör sig då om upptäckta brister i informationsöverföring och i den sociala dokumentationen.

Förvaltningens arbete mot processororientering har under tertialet fokuserats vid framtagning av en strategi för fortsatt processororientering samt kartläggning av huvudprocessen som handlar om serverings- och försäljningstillstånd för alkohol och tobak mm. Övrigt processarbete har börjat fokusera förvaltningens stödprocesser. De arbeten som är pågående är:

- Revidering av socialförvaltningens huvudprocesskarta
- Processkartläggning av "Främja ansvarsfull servering och försäljning av alkohol och tobak"
- Processkartläggning av "Möjliggöra för kvinnor och män att leva i relationer fria från våld"
- Processkartläggning av "Att informera effektivt och välriktat" (inom socialförvaltningen).
- Uppstart av "Att genom effektiv logistik skapa tekniska och fysiska förutsättningar för kärnverksamhetens genomförande". Detta arbete utförs tillsammans med omsorgsförvaltningen.
- Förbättringsarbete av "Möjliggöra för vuxna med funktionsnedsättning att leva som andra" (Matcha intresse, förmåga och behov med en sysselsättning). Förbättringsarbetet syftar till att minska ej verkställda beslut inom daglig verksamhet.

Hittills under tertialet har förvaltningen genomfört årlig uppföljning av processerna: Att trygga, säkra och stödja barn och ungas levnadsvillkor, Säkra och föra fram barnets rätt, Att möjliggöra för kvinnor och män att leva i relationer fria från våld samt Möjliggöra utveckling hos barn med funktionsnedsättning. Uppföljningarna har lett till identifiering av förbättringsområden samt en samsyn i hur väl processen fungerar.

Under juni presenterades resultaten för Öppna jämförelser. Dessa har publicerats i kortformat och med kommentar om Kalmars resultat i jämförelse med det nationella resultatet, såväl för nämnden som för allmänheten på Kalmar kommuns externa hemsida.

Den interna kontrollplanen följer upp identifierade risker i förvaltningens lednings, huvud- och stödprocesser där uppföljning och kontroll inte sker på annat sätt. Förvaltningens identifierade risker följs upp enligt det ramverk som fastställts avseende ledningssystemet för kvalitet. Vid internkontrollgranskningen efter andra tertialet har en del avvikelser noterats. Den samlade bedömningen är dock att de avvikelser som konstaterats har åtgärdats eller så finns planerade aktiviteter för hur risktalen ska minska framöver.

FUKLLMÄKTIGEMÅL - SOCIALTJÄNST AV HÖG KVALITET

Här nedan följer en fördjupad redovisning av hur det går i varje långsiktigt mål, utvecklingsområde och indikator. Varje målredovisning startar på en ny sida.

- Kunskapsbaserad vård och omsorg sid 14
- Säker vård och omsorg sid 18
- Effektiv vård och omsorg sid 30
- Jämlig vård och omsorg sid 42
- Tillgänglig vård och omsorg sid 44

För att leva upp till en socialtjänst av god kvalitet har socialnämnden brutit ner målet i sex långsiktiga kvalitetsmål. I år har förvaltningen prioriterat 15 särskilda utvecklingsområden för att fokusera utvecklingsarbetet. Utvecklingen följs och mäts med indikatorer. Ambitionen i de sex långsiktiga målen höjs för varje år.

Varje process har inför verksamhetsplanens upprättande, tillsammans med politiken, identifierat särskilda utvecklingsområden som man vill och behöver lägga extra fokus på. Dessa följs upp och redovisas på ett övergripande sätt. Vill man veta vad bedömningen grundar sig på går man ner till nästa nivå - indikatorerna. Dessa beskriver mer ingående vad som har gjorts och vad det är man strävar efter.

Utöver dessa nivåer finns ytterligare indikatorer som mer tjänar som processmått. Det är indikatorer som är angelägna att följa, men som inte kräver ett fokuserat utvecklingsarbete.

Kunskapsbaserad vård och omsorg

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.



Den genomgående utvecklingstrenden mot en alltmer kunskapsbaserad verksamhet är positiv. Effekten av utvecklingsarbeten som bedrivs är god. Den stora kompetensutvecklingsinsatsen i utvecklingsområdet inom Funktionsstöd Vuxen (Pedagogiskt ramverk), som startar under hösten, förväntas ge goda effekter framöver.

UTVECKLINGSOMRÅDE INOM PROCESS LEVA SOM ANDRA - KOMPETENS UTIFRÅN BÄSTA TILLGÄNGLIGA KUNSKAP



Beskrivning:

Vi ska stärka medarbetares kompetens att möta utmanande beteende så att vi ger rätt stöd utifrån behov.

Kommentar:

Den samlade bedömningen av utvecklingsområdets indikatorer är att den förväntade utvecklingen är mindre positiv än väntat men att trenden ändå är positiv. Orsaken härleds dels till att fokus i verksamheterna fortsatt har legat på förebyggande pandemiarbete, dels till att man inväntar den stora kompetensutvecklingsinsatsen, pedagogiskt ramverk, som startar under hösten. En annan orsak är att implementeringen av det nya arbetssättet kring händelserapportering inte har nått så långt än i verksamheterna att det går att utläsa effekter än. En åtgärd kommer att vara att alla medarbetare under hösten kommer att delta i kompetensutvecklingsinsatsen Pedagogiskt ramverk, vilket torde ge goda effekter på helheten när det gäller kompetens utifrån bästa tillgängliga kunskap under tertial 3. En

annan åtgärd är att ledningsgruppen inom VO funktionsstöd kommer att genomföra en gemensam uppföljning och genomgång av händelserapporteringssystemet.

Indikatorer till utvecklingsområde inom process Leva som andra - Kompetens utifrån bästa tillgängliga kunskap

- Kompetens utifrån bästa tillgängliga kunskap



Kommentar:

MÅLVÄRDE: Samtliga verksamheter ska genomföra en kompetensutvecklingsaktivitet utifrån Socialstyrelsens kunskapsstöd kring utmanande beteende

SAMLAD BEDÖMNING VO FUNKTIONSSTÖD VUXEN (VC):

När det gäller indikatorn kompetens utifrån bästa tillgängliga kunskap så har det inte skett någon närmare utveckling mellan tertial 1 och 2 när det gäller enheternas arbete med Socialstyrelsen kunskapsunderlag om att förebygga utmanande beteende inom LSS-verksamhet.

Orsaken härleds till två områden. Enheterna lägger fortfarande mycket tid på förebyggande arbete av smittspridning av covid-19 vilket tränger undan arbete med aktuellt kunskapsunderlag. Enheterna inväntar den grundutbildning för alla medarbetare (pedagogiskt ramverk) som kommer att gå av stapeln under hösten. Utbildningen är planerad och kommer att genomföras under tertial 3.

- Tillbud som följd av utmanande beteende



Beskrivning:

Medarbetare med rätt kompetens kan på ett bättre sätt möta individen och därför minska antalet tillbud som uppstår utifrån utmanande beteende.

Kommentar:

MÅLVÄRDE: Tillbud som följd av utmanande beteende ska minska.

SAMLAD BEDÖMNING VO FUNKTIONSSTÖD VUXEN (VC):

Indikatorn tillbud som följd av utmanande beteende ska minska visar att 37 av 56 inrapporterade tillbud under perioden härleds till utmanande beteende. Trenden är positiv i förhållande till indikatorns målvärde. Om trenden håller i sig är bedömningen att tillbud till följd av utmanande beteende kommer att vara färre 2021 i jämförelse med 2020. Kompetensutvecklingsinsatsen Pedagogiskt ramverk (beskriven under ovanstående indikator) förväntas även ge goda effekter på den här indikatorn.

- Ökat antal avvikelser som rapporterats utifrån utmanande beteende



Beskrivning:

Utifrån antalet rapporterade tillbud som sker i samband med utmanande betydelse borde antalet rapporterade avvikelser kring dessa händelser vara fler. Ett ökat antal avvikelser kan hjälpa oss identifiera vilka förbättringsåtgärder som behövs för att stärka kompetens och förutsättningar att möta ett utmanande beteende. Antal avvikelser utifrån utmanande beteende ska därför öka under 2021.

Kommentar:

MÅLVÄRDE: Avvikelse som följd av utmanande beteende ska öka för att få stöd att identifiera förbättringsåtgärder.

SAMLAD BEDÖMNING VO FUNKTIONSSTÖD VUXEN (VC):

Indikatorn Ökat antal avvikelser som rapporterats utifrån utmanande beteende visar att 51 händelser har rapporterats mellan april och juli men att dessa händelser inte har kunnat sorteras och kategoriserats än. Orsaken till det är att det är ett nytt rapporteringssystem och det finns fortfarande en viss osäkerhet i hanteringen hos rapportörerna och svårigheter att få fram statistik. Som åtgärd för att komma vidare kommer ledningsgruppen inom vo funktionsstöd att genomföra en gemensam uppföljning och genomgång av händelserapporteringssystemet.

Övriga indikatorer kopplade till Kunskapsbaserad vård och omsorg

- Individbaserad systematisk uppföljning



Kommentar:

Målvärde: Processens delprocesser med insatser ska ha formulerat en frågeställning per enhet för systematisk uppföljning, samlat in data, analyserat och tagit fram en handlingsplan utifrån resultatet VO BoF

Samlad bedömning: Arbetet med den systematiska uppföljningen pågår enligt plan.

Orsak: Insamling av könsuppdelad data kring insatserna har påbörjats i Journal Digital. Beslut har tagits om att fokusera på insatsernas effekt och på varför insatser avslutas oplanerat, så kallade sammanbrott i insatsen. En första analys var planerad till efter sommaren, men det finns fortfarande brister i den statistik som tas fram.

Åtgärd: Fortsätta arbetet med att förfinas insamlingen av data för att kunna genomföra en första riktig analys under hösten.

-Individens behov i centrum styr vårt arbete - Etablerat arbetssätt IBIC i bedömning av behov



Beskrivning:

Indikatorn syftar till att implementera IBIC som arbetssätt för att identifiera och beskriva individens behov, resurser, mål och resultat. Indikatorn syftar också till att förbereda för systematisk uppföljning genom att kunna plocka ut kvalitetsmått på individnivå, sammanställa dessa på gruppnivå och använda för verksamhetsutveckling.

Kommentar:

MÅLVÄRDE: Alla beslut gjorda i Procapita ska vara uppföljda enligt IBIC enligt plan

VO Barn och familj

Samlad bedömning: Målet är så gott som uppfyllt, då alla uppföljningar under året är gjorda i Life Care.

Orsak: Anledningen till de få som ligger kvar i Procapita är för att uppföljningstiden inte gått ut ännu. Anledningen till att handläggarna ligger efter med sina uppföljningar är att de haft en ansträngd arbetssituation. Vissa insatser är heller inte verkställda såsom kontaktfamilj och avlösarservice vilket påverkar planer för uppföljning.

Åtgärd: Biståndshandläggarna, enhetschefer och dokumentationsombud fortsätter det pågående arbetet. Under hösten kommer EC och handläggarna kontinuerligt följa upp arbetsbelastningen och andra komponenter som påverkar arbetet med uppföljningarna.

VO Vuxen/Verka för att vuxna med psykisk funktionsnedsättning ska kunna leva som andra

SAMLAD BEDÖMNING: Målet ej uppnått men stegvis kommer vi närmare.

91 personer har kvar beslut i Procapita av 161 (56 %). Uppföljda och överlagda är 70/161= 43 %

Boendestödsbesluten är uppföljda och överlagda i nytt verksamhetssystem. 62 bostadsbeslut finns kvar i ProCapita. Att värdet är 91 i utfallet beror på att flera brukare har fler än ett beslut. Övriga beslut följs upp samtidigt som bostadsbeslutet.

ORSAKER: Sommaren har påverkat då både biståndshandläggare och boendepersonal har haft semester. Svårare att boka in uppföljningsmöten. Detsamma gäller pandemin som fortfarande påverkar.

ÅTGÄRDER: En utökning av bemanningen i handläggargruppen är gjord. Enheten består nu av 6 biståndshandläggare. Vi har även haft en semestervikarie anställd under sommaren som även jobbat ca 20 % på timmar under våren. En positiv effekt för att komma närmare målet.

-Individens behov i centrum styr vårt arbete Implementering av IBIC i våra stödinsatser



VO Barn och familj

Samlad bedömning: Samtliga personaktsgranskningar (19 st.) visar aktiviteter som är tydligt kopplade till målformuleringen.

Orsak: Samtliga verksamheter har prioriterat arbetet med att färdigställa genomförandeplanerna och att arbeta utifrån dessa.

Åtgärd: Fortsätta utvecklingsarbetet att dokumentera arbetet med målen i barnets dokumentation.

VO Vuxen/Verka för att vuxna med psykisk funktionsnedsättning ska kunna leva som andra

SAMLAD BEDÖMNING: 33 av 39 (85 %) har en genomförandeplan inom 3 månader, avseende nya eller uppföljda beslut enligt IBIC.

Finns genomförandeplan inom 3 månader i 33 ärenden (11 kvinnor, 21 män, saknas genomförandeplan i 6 ärende (3 kvinnor och 3 män). Den samlade bedömningen är ändå att merparten av brukarna har en skapad genomförandeplan inom 3 månader.

ORSAK: Aktivt arbete med genomförandeplaner och utbildning.

ÅTGÄRD: Fortsatt arbete med genomförandeplaner samt att fler personal kommer utbildas under hösten.

VO Funktionsnedsättning

Vid uppföljning i ledningsgruppen för vo funktionsstöd vuxen i augusti framgår att indikatorn Individens behov i centrum styr vårt arbete i våra stödsatser visar att implementeringen sker i takt med uppföljning av beslut och utbildningsinsatser. Engagemanget och intresset har växt. Ingen statistik redovisas statistik i förhållande till målvärde då det kräver stor handpåläggning i varje enskild ärende för att se hur det går i förhållande till målvärdet.

- Ökad kunskap om samtal med barn



Kommentar:

Målvärde: Ökad kunskap om samtal med barn enligt enkät efter genomförd utbildning.

VO Barn och familj

Samlad bedömning: Aktiviteterna utbildning i samtal med barn och internt utvecklingsarbete bedöms ha effekt på indikatorn och målet kunskapsbaserad vård och omsorg.

Orsak: Utvecklingsarbete har genomförts under våren för att öka kompetensen och strukturen i samtal med barn. Ett dokument har upprättats som stöd för handläggarna i samtal med barn.

Åtgärd: Den planerade webbutbildningen kommer att genomföras under hösten. Dagar är bokade för respektive utbildningsavsnitt.

- Kompetens utifrån bästa tillgängliga kunskap



Kommentar:

MÅLVÄRDE: Varje verksamhet ska ha genomgått en utbildning inom sitt högst prioriterade område för att stärka den evidensbaserade kunskapen. 100% fullföljd

VO Vuxen

Den samlade bedömningen är att varje process inom verksamhetsområdet har en plan för årets kompetensutveckling. Flertalet planerar kompetensutveckling i olika fördjupningar för målgrupperna och utifrån specifika behov. Orsaken till detta är den mängd kunskapsdokument som kommit föregående år i form av Vård- och Insatsprogram samt andra riktade webbutbildningar. Verksamhetsområdet köpte in en utbildning inom området rättshaveristiskt beteende vilket varit mycket uppskattad och uppfattningen är att den nyvunna kunskapen är hjälpsam i vardagen. Kompetensutvecklingen sker digitalt och sparar både tid, miljö och pengar. Åtgärder framåt är att kartlägga och planera kompetensinsatser gällande våld för olika personalgrupper både inom VO Vuxen och övriga VO. Övriga utbildningar och gemensamma dagar som behöver ske fysiskt är bokade eller kommer påbörjas planering kring under hösten.

-Individanpassat stöd genom metoden Förutsättningar inför arbete (FIA)



Kommentar:

MÅLVÄRDE: FIA är implementerat och används av alla handläggare där det bedöms vara aktuellt


VO Vuxen:

Samlad bedömning: Målvärde delvis uppnått. Alla medarbetare har använt metoden och har utbildning i den. Vi behöver samordna oss mer kring när metoden lämpar sig samt om det är möjligt med uppföljning av resultaten på gruppnivå.

Orsak: Metoden används men många handläggare skulle sannolikt använda den mer om vi hade fler fysiska möten. För att ytterligare öka användningen så skulle vi sannolikt behöver prata mer om i vilka skeden i ett ärende metoden är aktuell. Eventuellt även använda resultatet från FIA-intervjuer vid systematisk uppföljning.

Åtgärd: Planera för uppföljning av användandet av metoden. Planer för användning av SUE och ev relatera detta till insamling av data med hjälp av FIA. Detta görs hösten 2021.

Säker vård och omsorg

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.	
------------------------------	--	---

Under förra tertialet gjordes ingen uppföljning inom Hälso- och sjukvårdens utvecklingsområde gällande patientsäkerhet. Brister är identifierade inom detta område och utvecklingsarbete med stöd av nationell handlingsplan "Agera för säker vård" är påbörjat. Utvecklingsarbetet bedöms dock medföra positiva effekter. Även utvecklingsområdet "Placerade barn" har haft en negativ utveckling. Det gör att utfallet i målet i sin helhet bedöms vara icke acceptabelt.

UTVECKLINGSOMRÅDE INOM PROCESS TRYGGA SÄKRA BARN - PLACERADE BARN



Beskrivning:

Vi ska säkra att placerade barn får den vård och omsorg som de har rätt till

Kommentar:

Bedömningen är att de flesta barn som är placerade får den vård och omsorg de behöver. Dock ser vi en negativ utveckling inom utvecklingsområdet jämfört med förra tertialet med anledning av att ett flertal placeringar har avslutats oplanerat, att de konsulentstödda familjehemmen har ökat i användande och att få har kunnat övergå i egen regi. Dokumenterade beslut om hälso- och munhälsoundersökningar ligger fortfarande lågt även om trenden är att de ökar. Nätverksplaceringarna är färre än förra året. Skälet till de oplanerade avsluten av placeringar är att barnens behov är mycket komplexa och ställer stora krav på både familjehem och HVB och god matchning är svår att göra. Detta har i sin tur lett till att någon minskning av konsulentstödda familjehem inte varit möjlig. Hälsoundersökningar görs i stor grad i praktiken, men det finns fortfarande okunskap om hur det ska dokumenteras och därför saknas korrekt underlag till uppföljningen. Under tertial tre behövs bl a ett aktivt arbete med att rekrytera och stödja familjehem som klarar barn med funktionsnedsättningar samt barn med komplexa och omfattande behov. Ett arbete har påbörjats med att undersöka förutsättningarna för att utveckla arbetet med förstärkt stöd till familjehem.

Indikatorer till utvecklingsområde inom process Trygga säkra barn - Placerade barn

- Placeringar som avbrutits oplanerat - familjehem



Kommentar:

Målvärde: Färre än 10 % av avslutade familjehemsplaceringar ska avslutats oplanerat VO Barn och familj

Samlad bedömning: Under perioden har antalet oplanerade avslut i familjehem ökat. Det har varit många sammanbrott och omplaceringar under våren. 15 placeringar har avslutats under perioden 210501-210721 av dessa har 7 avslutats oplanerat vilket innebär nära 50%.

Orsak: Analyserna av de oplanerade avsluten beskriver bl.a oförutsedda händelser i familjehemmen som ledde till oplanerade avslut. Misslyckade matchningar av familjehem och barn där behoven var för omfattande för vad familjehemmet/jourhemmet klarade av. Antalet barn med stora behov och bl a neuropsykiatriska funktionsnedsättningar ökar, och med den problematik det innebär blir det allt svårare för familjehemmen att klara av sina uppdrag.

Åtgärder: Fortsätta att utveckla arbetet med stöd i den sammanslagning som skett mellan placeringsenheten och familjehemsenheten. Aktivt arbeta med att rekrytera och stödja familjehem som klarar barn med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar samt barn med stora behov.

Fortsätta överväga nätverksplaceringar. Utveckla samverkan internt med stöd till föräldrar som har

barn med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar för att om möjligen minska behovet av en familjehemsplacering i framtiden.

Säkerställa att barnperspektivet alltid beaktas när det uppstår situationer i ett familjehem/familjehemsutredning som kan innebära att barnet inte kan vara kvar i sitt familjehem.

- Placeringar som avbrutits oplanerat - HVB



Kommentar:

Målvärde: Färre än 20 % av avslutade HVB placeringar ska avslutats oplanerat

VO Barn och familj

Samlad bedömning: 2 av 4 (jämfört med 0 förra tertialet) avslutade HVB-placeringar har avbrutits oplanerat under perioden.

Orsak: Båda sammanbrotten gäller samma ungdom som har ett eget beteende med bland annat hotfullhet och våldsamhet både mot sig själv och andra. Detta ställer stora krav på ett HVB.

Barn och ungdomar som placeras på HVB har en komplex problematik, och matchningen till ett HVB som kan möta alla behoven kan vara svår.

Åtgärd: Fortsätta att arbeta med det processorienterade syn- och arbetssättet när det gäller inför, under och efter placeringar. Inför en placering behövs noggrannare matchningar, under pågående placeringar behöver handläggare ha kontinuerlig kontakt och uppföljning med ungdomen och det HVB som hen är placerad på. Arbetet med planerade hemtagningar i samverkan med vårdnadshavare och öppenvård är under utveckling.

- Minskad användning av konsulentstödda familjehem



Beskrivning:

Syftet med indikatorn är att antalet konsulentstödda familjehem endast ska användas när behov föreligger så att resurserna fördelas och används på ett effektivt sätt.

Kommentar:

Målvärde: Alla nya placeringar i konsulentstödda familjehem ska vara motiverade utifrån vårdbehovet

VO Barn och familj

Samlad bedömning: Av 12 nya placeringar som har gjorts under perioden har 5 gjorts i egen regi och 7 (58%) i konsulentstött familjehem. I 6 av de 7 fallen är det motiverat med konsulentstött familjehem utifrån ärendets art i några av fallen i kombination med behovet av en placering långt ifrån Kalmar. I det sjunde fallet, som bara blev en kort placering, var det en placering som behövde ske omedelbart och då det inte fanns plats i lämpligt hem i vår egen regi tillfrågades konsulent.

Orsak: Det har inte funnits tillräckligt underlag för att kunna matcha barnens behov med egna familjehem.

Åtgärd: Fortsätta arbeta med att utveckla och förfina rekrytering av familjer som kan ta emot barn med omfattande behov. Ett arbete har påbörjats med att undersöka förutsättningarna för att utveckla arbetet med förstärkt stöd till familjehem.

- Öka antalet konsulentstödda familjehem som övergår till egen regi



Kommentar:

Målvärde: Övervägande delen av de konsulentstödda familjehem har övergått till kommunens regi efter två års placering

VO Barn och familj

Samlad bedömning: Ett familjehem har övergått i egen regi från konsulentorganisation under perioden. Gällande ett familjehem med två placeringar ska kontakt tas med konsulent för diskussion om övertagande. Det pågår en process gällande vårdnadsöverflytt för två barn och för ytterligare tre barn kommer sådan process att påbörjas.

Orsak: Många familjehem som anslutit sig till en konsulentorganisation har uppdrag från olika kommuner. Konsulenten är då den enda kontakt de behöver ha gällande samtliga sina uppdrag.

Den åtgärd som bedöms ha störst effekt gällande övergång till egen regi är det aktiva arbetet som sker gällande vårdnadsöverflytt av barn som varit placerade i mer än tre år, alltså inte att överta de konsulentstödda familjehemmen till egen regi.

Åtgärd: Fortsätta arbeta aktivt med att få över familjehem i egen regi men framför allt med vårdnadöverflyttar.

- Jämlik hälsa



Kommentar:

Målvärde: 100% av alla placerade barn ska ha ett beslut om en hälsoundersökning inom tre månader.

VO Barn och familj

Samlad bedömning: Ej uppnått förväntat utfall. 16 nya placeringar har gjorts varav 7 barn har beslut om hälsoundersökning och 6 barn har beslut om munhälsoundersökning (44 % och 25 %)

Orsak: Allt tyder på att hälso- och munhälsoundersökningar görs i praktiken. Det finns dock fortfarande okunskap om hur det ska dokumenteras och därför saknas korrekt underlag till uppföljningen. I ett par fall har det upptäckts att hälsoundersökning saknas och avvikelser har skrivits och hanterats av utredningsenheterna.

Åtgärder: I pågående utbildning kring handläggning och dokumentation kommer tydlig information ges kring hur dokumentationen ska ske. Avvikelse skrivs då det upptäcks att hälsoundersökning saknas. Barnhandläggare undersöker om hälsoundersökning gjorts då ett ärende tas emot och det står även som en kontrollfråga på flaggningsblanketten. Enhetschefer fortsätter att informera och påminna om rutinen.

- Ökat antal nätverksplaceringar



Kommentar:

Målvärde: Antalet nätverksplaceringar ska vara lika eller högre än motsvarande period 2020.

VO Barn och familj

Samlad bedömning: Antal nätverksplaceringar har minskat och är färre än samma period år 2020 då de utgjorde 18 %.

Orsak: I det akuta skedet används ofta nätverket som en tillfällig lösning utan att det görs en placering, dessa syns därför inte i vår statistik men är en positiv effekt av vårt sätt att arbeta med nätverken.

Åtgärder: Svårt att göra en tillräcklig analys baserat på underlaget, fördjupad analys behöver göras under hösten. Fortsätta att alltid överväga nätverksplaceringar.

UTVECKLINGSOMRÅDE INOM PROCESS TILLGODOSE BEHOV AV HÄLSO- OCH SJUKVÅRD - ÖKAD PATIENTSÄKERHET



Beskrivning:

Vi ska utveckla patientsäkerheten för dem vi finns till för. Detta område har inte följts upp under tertial ett.

Kommentar:

Den sammanlagda bedömningen är att pågående utvecklingsarbete i patientsäkerhet styr mot uppsatta mål.

Implementeringsarbetet med Socialstyrelsens nationella handlingsplan i patientsäkerhet "Agera för säker vård" och dess nulägesanalys, som genomförs i samarbete med Omsorgsförvaltningen och Region Kalmar, berör och styr mot samtliga mål och indikatorer. Nulägesanalysen identifierar processens hinder, utmaningar och möjliggörare. Utifrån detta kan prioriteringar och insatser planeras. Uppsatta målvärden kommer inte uppnås för samtliga indikatorer med anledning av att aktiviteter behöver prioriteras i strukturen för nulägesanalysen innan de genomförs. Det är dock, redan i initialt skede av analysen, tydligt att de hinder och utmaningar som identifieras linjerar väl med redan befintliga indikatorer.

Implementeringen av den nationella handlingsplanen kommer stärka kommunens patientsäkerhetsarbete, digitalisering, stödja omställningen till nära vård samt säkerställa en tillgänglig, effektiv, säker, kunskapsbaserad, jämlig, individanpassad hälso- och sjukvård. Arbetet kommer skapa en grund för framtagandet av en lokal kommunal handlingsplan i patientsäkerhet samt ge förutsättningar för att koppla samman förvaltningens systematiska kvalitetsarbete med patientsäkerhetsarbetet. Deluppdraget; "en socialtjänst, en hälso- och sjukvård", som är planerat till hösten 2021 gemensamt över förvaltningarna, Socialförvaltningen och Omsorgsförvaltningen, kommer genom sin översyn och riskanalys tydliggöra ansvarsfördelningen mellan förvaltningarna, skapa samordningsvinster, helhetssyn och tillvaratagande av gemensamma kompetenser. Även detta arbete kommer bidra till ett

patientsäkerhetsarbetet till fördel för VO HSL, processen tillgodose behov av hälso- och sjukvård, samt att kommunens resurser i sin helhet används på ett ändamålsenligt och effektivt sätt.

Under hösten 2021 planeras presentation av nulägesanalysens resultat, diskussion med workshop i förvaltningsledningen samt prioritering och beslut om åtgärdspaket utifrån identifierade hinder och utmaningar.

Indikatorer till utvecklingsområde inom process Tillgodose behov av hälso- och sjukvård - Ökad patientsäkerhet

- Kompetens utifrån bästa tillgängliga kunskap



Kommentar:

MÅLVÄRDE: Varje verksamhet ska ha genomgått en utbildning inom sitt högst prioriterade område för att stärka den evidensbaserade kunskapen. 100% fullföljd

Samlad bedömning: Inga medarbetare inom hälso- och sjukvårdsteamet har kunnat genomföra auskultation under tertial 2 kopplat till pågående pandemi. Däremot har kompetens utifrån bästa tillgängliga kunskap säkerställts genom andra kompetenshöjande aktiviteter, digitala samt interna. Pågående nulägesanalys där adekvat kunskap och kompetens samt hälso- och sjukvårdsteamets yrkesmässiga kompetenssammansättning analyseras kommer ge underlag för att stärka den evidensbaserade kunskapen.

Orsak: Auskultation har inte kunnat genomföras på grund av pandemin.

Åtgärd: Följa utvecklingen och genomföra auskultationer när det är möjligt att genomföra. Fortsatt genomföra hälso- och sjukvårdsteamets utbildningsråd med månadsvisa möten för genomgång av kompetenshöjande insatser och anmälan till möjliga web-utbildningar för samtliga professioner. Utifrån nulägesanalysens resultat planera för kommande åtgärdspaket däribland kompetensförsörjningsplan. Viktigt att stärka den legitimerade personalens handledande roll till baspersonal som en form av intern auskultation.

- Jämlik vård och hälsa med samordning



Kommentar:

Målvärde: Ökat antal SIP som HSL-teamet medverkar i.

Samlad bedömning: Arbetet med att initiera alternativt medverka vid SIP ser ut att öka under 2021 i jämförelse med tidigare år. SIP som genomförs sker främst digitalt.

Orsak: HSL-teamet har ökat sin kunskap och erfarenhet samt är mer uppmärksamma på användningen av SIP som redskap för samordning och därigenom förbättra hälsan för människor med funktionsnedsättning.

Åtgärd: Följa utvecklingen av antal SIP som genomförs under året. Antalet vid utgången av 2021 blir målvärde och utgångspunkt för 2022. Ta med resultat i analysarbetet för patientsäkerhet, fokusområde; "Tillförlitliga och säkra processer" - i samordning och informationsdelning mellan aktörer i den nära vården". Öka synliggörande av SIP som verktyg, öka motivationsarbete genom att lyfta in SIP, uppföljning och diskussioner, som punkt på APT.

- Minskat antal allvarliga läkemedelsavvikelser



Kommentar:

Samlad bedömning: Det totala antalet läkemedelsavvikelser för, Socialförvaltningen, tertial 2 (sökperioden 210501-210827) är 121 stycken. Samtliga läkemedelsavvikelser för samtliga VO:n har då räknats in. Därav är allvarliga läkemedelsavvikelser (patient med försämrat hälsotillstånd samt klassificering 3 eller 4) tre. Rapporterade avvikelser är främst kopplade till händelser kring utebliven medicin. Föregående år, 2020, rapporterades enligt patientsäkerhetsberättelse totalt 141 stycken läkemedelsavvikelser. Den generellt ökade rapporteringen om avvikelser ses som en positiv trend.

Orsak: Den ökade avvikelserapporteringen tros ha samband med intensifierat arbete kring avvikelshantering, informationsspridning och kunskapspåfyllnad. En anledning till stora variationer i antal avvikelser kan också ha orsak i att urvalet vid sammanställning av läkemedelsavvikelser möjligen skiljer sig åt mellan såväl tertial som år.

Åtgärd: Behov av att säkerställa metod, urval och begränsningar vad gäller mätning och sammanställning kring läkemedelsavvikelser för att få tillförlitliga resultat. Behov av att skapa rutiner och samsyn för mätning och sammanställning mellan samordnare i HSL-team och MAS.

Ta med i analysarbetet för patientsäkerhet, fokusområde "öka kunskap om inträffade vårdskador". Fortsatt kompetenssäkra och motivera arbetsgruppen till att rapportera avvikelser inom befintligt avvikelssystem för HSL till dess att digitaliseringen av HSL-avvikelssystem genomförs som kommer underlätta analyser på systemnivå. Inför tertial 3 sammanställa ingångsvärde; totalt antal allvarliga läkemedelsavvikelser för 2020. Därefter få fram resultat gällande om antal allvarliga läkemedelsavvikelser har minskat under 2021.

- Ökad patientsäkerhet med Senior Alert



Kommentar:

Målvärde: 100 procent av alla personer som flyttar in i särskilda bostäder enligt LSS under 2021 ska erbjudas upprättande en riskbedömning i Senior Alert.

Samlad bedömning: Målvärdet kommer inte att hinna uppnås under 2021. En översyn av vad som krävs för att ansluta till kvalitetsregistret Senior Alert är gjord och plan för utbildning påbörjad.

Beslut taget om att avvakta införandet av Senior Alert tills efter nulägesanalysen, i samband med implementeringen av den nationella handlingsplanen för patientsäkerhet, är genomförd.

Orsak: Införandet av Senior Alert behöver kopplas och prioriteras som aktivitet i pågående nulägesanalys för att möta förvaltningens främsta hinder och utmaningar.

Åtgärd: Införandet av Senior Alert läggs in som åtgärd och aktivitet i nulägesanalysen under fokusområde 4, stärka analys, lärande och utveckling – tema 4.1 "uppföljning av patientsäkerheten genom insamling och sammanställning av data från flera källor" där kvalitetsregister som Senior Alert inkluderas.

Antalet fallavvikelser för tertial 2 (sökperioden 210501–210827) är 33 stycken.

- Stärkt hälsa genom vårdplan



Kommentar:

Målvärde: Alla patienter ska ha en aktuell vårdplan för samtliga HSL insatser (100 procent).

Samlad bedömning: Målvärdet kommer inte hinna uppnås under 2021, arbetet med upprättande av vårdplan har ännu inte påbörjats. Behov av samlat införande och rutiner för detta.

Orsak: Analyseras i pågående nulägesanalys – nationella handlingsplanen i patientsäkerhet, i flertalet områden såsom tillförlitliga och säkra system och processer, samordning, informationsdelning mellan vårdaktörer, patientens medverkan och delaktighet i vården.

Åtgärd: Arbetet med att alla patienter ska ha aktuell vårdplan för samtliga HSL-insatser kommer kopplas och prioriteras i åtgärds paket med aktiviteter i arbetet med implementeringen av nationella handlingsplanen i patientsäkerhet. Detta kommer ge förutsättningar för ett samlat införande och rutiner.

Övriga indikatorer kopplade till Säker vård och omsorg

Barnets bästa har beaktats vid domslut



Beskrivning:

Syftet med indikatorn är att säkra att barnets bästa finns i fokus för domstolens beslut.

Kommentar:

Målvärde: 80% av domstolsbesluten (exl förlikningar) följer familjerättens förslag till beslut VO Barn och familj

Samlad bedömning: 16 domar har kommit till familjerätten under 2021. Två domar avslutades med förlikning och i ett ärende togs stämningsansökan tillbaka av den ena förälder. Av 13 domar följde tingsrätten familjerättens förslag i 10 domar vilket motsvarar 77 %.

Orsak: I tre domar följde tingsrätten inte familjerättens förslag. Det handlar om två olika familjer. I den ena familjen var frågeställningen om att byta vecka från jämn till ojämn i samband med årsskiftet med anledning av att året hade 53 veckor. Det andra ärendet handlade om att pappan föreslogs som ensam vårdnadshavare med anledning av mammas omsorgsbrister och samarbetsvårigheter. Tiden mellan utredningen och huvudförhandling blev lång. Samarbetet förbättrades mellan föräldrarna under tiden. Tingsrätten beslutade om gemensam vårdnad.

Åtgärd: Fortsätta att ta upp varje utredning som närmar sig avslut på behandlingskonferenser för att gemensamt titta på bedömning och förslag till beslut.

-Fler uppnår målen i sina genomförandeplaner



Beskrivning:

Indikatorn syftar till att säkerställa att det finns förutsättningar i verksamheten, för den enskilde att nå målen i sin genomförandeplan.

Indikatorn redovisas könsuppdelat.

Kommentar:

MÅLVÄRDE: I 100% av alla granskade ärenden ska en riskanalys ha gjorts.

Verka för att vuxna med psykisk funktionsnedsättning ska kunna leva som andra

SAMLAD BEDÖMNING: Nästan alla har genomfört personaktsgranskningar enligt plan och i 61 procent har riskanalyser upprättats. En del i pappersform men även i verksamhetssystemet LifeCare eller ProCapita. Jämn fördelning mellan kvinnor och män. Prognosen är att vi utvecklas i arbetet och detta kommer att bidra till att ännu fler riskanalyser görs.

För T1 och T2 har 98 personaktsgranskningar genomförts. 60 riskanalyser har gjorts i dessa ärenden, dvs 61 %. Av dessa var 30% kvinnor och 27% män, annan könsidentitet 1 %. 1 % hade ej angivit kön.

ORSAKER: Det är ganska nyligen tillagt att riskanalyser ska göras i verksamhetssystemet och det har ännu inte gett full effekt.

ÅTGÄRDER: Fortsätter att arbeta med implementeringen. Medarbetarna behöver fortsatt stöd och utbildning i att upprätta riskanalyser för att säkerställa att målet uppnås samt höja kvalitén på analyserna.

Avvikelse där matchning mellan behov och stöd inte fallit väl ut**Kommentar:**

MÅLVÄRDE: 100% av avvikelserna har identifierat förbättringspunkter.

Samlad bedömning: Antalet inkomna rapporter för hela VO Vuxen är under perioden 34 st (11 avslutade) vilket visar på ett ökat användande av händelserapportering. Implementering av nytt händelsesystem pågår vilket innebär att statistikuttaget inte alltid visar vilka åtgärder som är genomförda. Antalet STELLA-avvikelse (mellan kommun och region) är för VO Vuxen (T1 + T2) 10 st där samtliga är rapporterade från socialförvaltningen och orsaker är f.f.a. brister gällande samverkan och kommunikation.

Orsak: Införande av ett nytt system som fortfarande är i implementeringsfas och i lärande för att få ut statistik på bästa sätt. Samverkansproblem med regionen handlar i flera fall om bristande kunskap om och förväntningar på socialtjänstens ansvar.

Åtgärd: Genomgång av sammanställning på ledningsgruppsmöten för att visa utfall samt diskutera hur dokumentation behöver ske för att få ut informativ statistik. Fortsatt diskussion med regionen kring STELLA avvikelse systemet på lokal och regional nivå.

Individanpassad vård och omsorg

Individ- anpassad vård och omsorg

Socialnämndens vård och omsorg ska ges med respekt för individens specifika behov, förväntningar och integritet. Individen 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.



Ingen direkt förändrad bedömning i detta målområde jämfört med tertial ett. Tre av de fyra utvecklingsområden samt övriga indikatorer har en acceptabel eller god utveckling. Det är framförallt arbetet med att granska genomförandeplaner inom Funktionsstöd Vuxen som behöver intensifieras för ett acceptabelt utfall i det utvecklingsområdet.

UTVECKLINGSOMRÅDE INOM PROCESS LEVA SOM ANDRA - GENOMFÖRANDEPLANER



Beskrivning:

Vi ska förbättra hur individen kan påverka hur stödet ges - Genomförandeplaner

Kommentar:

Den samlade bedömningen gällande utvecklingsområde genomförandeplaner är att utvecklingsarbete pågår inom hela verksamhetsområdet men att det är för tidigt att utläsa något resultat än.

Indikatorer till utvecklingsområde inom process Leva som andra - Genomförandeplaner

- Genomförandeplanen är aktuell



Beskrivning:

Indikatorns syftar till att säkerställa att vi dokumenterat hur vårt stöd ska ges.

Kommentar:

MÅLVÄRDE: Alla brukare ska ha en aktuell genomförandeplan (aktuell = uppföljd minst en gång det senaste året)

SAMLAD BEDÖMNING VO FUNKTIONSTÖD VUXEN (VC):

Indikatorn genomförandeplanen är aktuell visar att 138 av 143 granskade genomförandeplaner är aktuella. Målvärdet har inte uppnåtts då ALLA brukare ska ha en aktuell genomförandeplan. Orsaken till att målvärdet inte uppnås kan vara en fördröjningseffekt från tertial 1 då arbetet med granskningar kom igång sent där man ännu inte hunnit i fas. De flesta enheter jobbar kontinuerligt med att öka kunskapen kring genomförandeplanering i verksamheterna utifrån kunskapsunderlag och granskningarna kommer att fortgå resterande delen av året vilket ökar möjligheten att nå målvärdet.

FAKTA: 143 genomförandeplaner är granskade under perioden april-juli.

- Genomförandeplanen beskriver aktiviteter utifrån individens mål.



Beskrivning:

Indikatorns syftar till att säkerställa att vårt stöd utgår från individens behov och målsättningar.

Kommentar:

MÅLVÄRDE: 100% Alla individer ska ha genomförandeplan med aktiviteter som utgår från målsättning.

SAMLAD BEDÖMNING VO FUNKTIONSTÖD VUXEN (VC):

Indikatorn Genomförandeplanen beskriver aktiviteter utifrån individens mål visar att målvärdet inte uppnås då 134 av 143 genomförda granskningar beskriver delmål. Orsaken till att målvärdet inte uppnås kan vara en fördröjningseffekt utifrån att granskningsarbetet kom igång sent under tertial 1 och att man ännu inte har hunnit ikapp. De flesta enheter arbetar kontinuerligt med att öka kunskapen kring

genomförandeplaneringen i verksamheterna utifrån kunskapsunderlag och granskningarna kommer att fortgå under resterande del av året vilket torde bidra till att komma närmare målvärdet.

FAKTA: 143 genomförandeplaner är granskade under perioden april-juli.

- Genomförandeplanen beskriver hur individen varit delaktighet i planering av sitt stöd.



Beskrivning:

Indikatorns syftar till att säkerställa att individen getts möjlighet att vara delaktig i planering av sitt stöd.

Kommentar:

MÅLVÄRDE: 100% Alla individer ska getts möjlighet att vara delaktiga i planeringen av sitt stöd.

SAMLAD BEDÖMNING VO FUNKTIONSTÖD VUXEN (VC):

Indikatorn Genomförandeplanen beskriver hur individen varit delaktig i planeringen av sitt stöd visar att målvärdet inte uppnås då 133 av 142 granskade genomförandeplaner beskriver delaktigheten. Orsaken till att målvärdet inte uppnås kan vara en fördröjningseffekt utifrån att granskningsarbetet kom igång sent under tertial 1 och att man ännu inte har hunnit ikapp. De flesta enheter arbetar kontinuerligt med att öka kunskapen kring genomförandeplaneringen i verksamheterna utifrån kunskapsunderlag och granskningarna kommer att fortgå under resterande del av året vilket torde bidra till att komma närmare målvärdet.

FAKTA: 143 genomförandeplaner är granskade under perioden april-juli.

UTVECKLINGSOMRÅDE INOM PROCESS TRYGGA SÄKRA BARN - BARN OCH FÖRÄLDRARS DELAKTIGHET



Beskrivning:

Vi ska utveckla arbetet med att göra barn och föräldrar delaktiga genom hela processen

Kommentar:

Med anledning av att aktiviteter för att öka delaktighet pågår i alla enheter bedöms målet med att barn och föräldrar är delaktiga i processens alla delar bli uppfyllda under året. Plan för att öka kunskapen om att prata med barn är reviderad och utbildning ska genomföras under hösten. Personaktsgranskningar visar gott resultat när det gäller delaktighet i genomförandeplanering. Resultat från nöjdhetsenkät inom öppenvården är ännu inte tillgänglig.

Indikatorer tull utvecklingsområde inom process Trygga säkra barn - Barn och föräldrars delaktighet

- Ökad kunskap om samtal med barn



Kommentar:

Målvärde: Ökad kunskap om samtal med barn enligt enkät efter genomförd utbildning

Samlad bedömning: Bedömningen är att kunskapen i att samtala med barn har ökat under perioden.

Enkätundersökning genomförs inför tertialuppföljning 3.

Orsak: Den planerade fysiska utbildningen har inte varit möjlig att genomföra på grund av pandemin. Flera enheter har under perioden gjort egna kompetenssatsningar via aktuell litteratur eller digitala utbildningar om barn inom socialtjänsten, utifrån enhetens uppdrag och behov.

Åtgärder: I stället för att genomföra egen utbildning kommer varje enhet genomföra en digital utbildning. Gemensamma workshops för 2022 planeras under hösten för att skapa mer samverkan och utveckling tillsammans.

- Delaktighet genom genomförandeplanering



Kommentar:

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

Samlad bedömning: I 38 av 42 granskningar framgår hur den enskilde varit delaktig i sin

genomförandeplanering. I de fyra avvikelserna är förklaringen att genomförandeplanen ännu inte är gjord eller finns i annan pågående insats.

Orsak: Medarbetare har dokumenterat delaktighet i genomförandeplanerna i majoriteten av genomförandeplanerna. Enhetscheferna har rapporterat in avvikelser och hanterat dessa enligt rutin.

Åtgärder: Fortsätta utvecklingsarbetet med ärendegång och genomförandeplanering för att implementera arbetssättet. Lyfta upp avvikelser på APT för att lära och dela kunskapen om hur barn kan göras delaktiga.

- Upplevelse av stöd från socialtjänsten är god



Kommentar:

Målvärde: Utfallet av brukarundersökning ska vara högre än senaste undersökning (bibehålla 80 % nöjda annars högre än sist på varje fråga)

Samlad bedömning: Inget underlag finns att rapportera ännu.

Orsak: Alla enheter har skapat aktiviteter, så som att alltid arbeta med ett av familjens egna mål i handläggningen. Öppenvården har arbetat fram arbetsätt i genomförandeplaneringen där delaktighet i framtagandet av delmål, nedbrutna huvudmål är en del av uppstartsfasen i insatsen, som bidrar till att kunna öka familjens delaktighet att själva beskriva sina behov och inflytande över hur de ska nå målen med insatsen.

Inom Öppenvården genomförs sedan årsskiftet en nöjdhetenkät med avslutsfrågor i alla uppdrag.

Resultatet av de ca 150 genomförda enkäterna går dock inte att få fram idag.

Åtgärd: Fortsätta arbeta med framtagna aktiviteter. Gå igenom hur avslutsfrågorna i Journal Digital läggs in och kopplas till uppdraget under hösten.

UTVECKLINGSOMRÅDE INOM PROCESS MÖJLIGGÖRA UTVECKLING - BARN OCH FÖRÄLDRARS DELAKTIGHET



Beskrivning:

Vi ska utveckla arbetet med att göra barn och föräldrar delaktiga genom hela processen

Kommentar:

Bedömningen är att barn och föräldrars delaktighet ökar i hela processen. De granskade utredningarna visar att barnets bästa har beaktats. Resultat visar att det är full delaktighet i barnens genomförandeplanering. Resultat från brukarundersökning är ej klart, men aktiviteter pågår.

Alla verksamheter har metodhandledning som leder till ökad förståelse för barnen/ungdomarnas kommunikation, förmågor och svårigheter i syfte att stödja barnen/ungdomarna till ökad självständighet och välmående.

Indikatorer till utvecklingsområde inom process Möjliggöra utveckling - Barn och föräldrars delaktighet

- Barnets bästa har beaktats



Beskrivning:

Andel barnärenden där barnets bästa har beaktats

Kommentar:

Målvärde: 100 % av ärenden som handlagts enligt IBIC ska beskriva hur barnets bästa beaktats.

VO Barn och familj

Samlad bedömning: Av 6 genomförda personaktsgranskningar visade samtliga hur barnets bästa har beaktats och dokumenterats i den samlade bedömningen.

Orsak: En aktivitet har varit att rubriken barnets bästa lagts in som frastext, för att detta inte ska missas.

Åtgärd: Lyfta det återkommande på APT. Utfallet kommer att mätas i månatliga personaktsgranskningar så att det fortsätter i samma positiva riktning.

- Delaktighet genom genomförandeplanering



Kommentar:

Målvärde: I alla granskade ärenden enligt rutin ska det ha dokumenterats hur den enskilde utövat inflytande och delaktighet över sin insats.

VO Barn och familj

Samlad bedömning: 16 av totalt 19 granskade personakter visar hur den enskilde varit delaktiga.

Orsak: Det framkommer fortfarande viss osäkerhet kring om hur barnets delaktighet ska dokumenteras, även om det blivit bättre. Det är av vikt att personal skriver under kommentar hur den unge varit delaktig.

Åtgärd: Detta är ett förbättringsområde som kommer prioriteras under hösten. Avstämning kommer att ske på möten/APT kring hur arbetet med delaktighet fortgår. På dokumentations-ombudsträffarna kommer resonemang ske kring hur detaljerad man behöver vara när man beskriver delaktigheten från barnen.

- Upplevelse av stöd från socialtjänsten är god



Kommentar:

Målvärde: Utfallet av brukarundersökning ska vara högre än senaste undersökning

VO Barn och familj

Samlad bedömning: Det finns ännu inte något resultat. Den ökade kunskapen om barnen/ungdomarna kommer att leda till att upplevelsen av att stödet är gott kommer att öka.

Orsak: Alla verksamheter har metodhandledning som leder till ökad förståelse för barnen/ungdomarnas kommunikation, förmågor och svårigheter i syfte att stödja barnen/ungdomarna till ökad självständighet och välmående.

Åtgärd: Resultat från senaste brukarundersökningen kommer att analyseras under höstens planeringsdagar och APT. Då kommer även resultatet gällande skillnad i svar mellan pojkar och flickor att analyseras.

En planerad åtgärd är att varje kontaktperson tar reda på hur man arbetar med kommunikation med det specifika barnet hemma och i skolan. Detta för att undvika att skapa förvirring genom att börja arbeta på ett annat sätt på kortis, och för att inte ha onödigt lång väg till en bättre kommunikation.

UTVECKLINGSOMRÅDE INOM PROCESS ETT LIV FRITT FRÅN MISSBRUK - BRUKARDELAKTIGHET



Beskrivning:

Vi ska utveckla vårt arbete med brukarinflytande och delaktighet

Kommentar:

Den samlade bedömningen är att VO Vuxen inom processen "Ett liv fritt från missbruk" genomför arbetet med hög grad av brukardelaktighet och att flertalet medvetna aktiviteter är skapade med syfte att öka graden av delaktiga brukare ytterligare. En central aspekt av denna process är att matcha socialtjänstens och övriga tillgängliga resurser med klientens förväntningar och omständigheter. Tydligt identifieras att med metodstöd och systematiska instrument så blir detta en alltmer betydelsefull del i arbetet. Med klienten som kunskapskälla och dennes tro på insatsen kan avgöra insatsen blir genomförbar men också effektiv och ändamålsenlig för den enskilde. Missbruk- och beroendevården fortsätter att fokusera på brukares delaktighet genom fortsatt uppföljning i form av personaktsgranskning, arbete i processteam för medarbetare inom myndighet och insats samt identifiera förbättringspunkter som kommer utav brukarenkäter i nationell undersökning och i egen regi och därefter skapa fortsatta aktiviteter.

Indikatorer till utvecklingsområde inom process Ett liv fritt från missbruk - Brukardelaktighet

- Fler uppnår målen i sina genomförandeplaner



Beskrivning:

Indikatorn syftar till att säkerställa att det finns förutsättningar i verksamheten, för den enskilde att nå målen i sin genomförandeplan.

Indikatorn redovisas könsuppdelat.

Kommentar:

MÅLVÄRDE: I 100% av alla granskade ärenden ska en riskanalys ha gjorts.

VO/"Liv fritt från missbruk"

Samlad bedömning: Målvärde delvis uppnått. Av 17 granskade genomförandeplaner (12 män och 5 kvinnor) i de tre verksamheterna var 14 nya eller uppföljda och i 11 av dessa har riskanalys gjorts med handlingsplan.

Orsak: Riskanalys finns nu under varje livsområde i de nya genomförandeplanerna vilket är tydligare och underlättar identifiering av risker i dialogen med klienten/brukaren. En viss osäkerhet upplevs hos medarbetare i någon grupp kring riskanalysen.

Åtgärd: Fortsatt arbete i grupperna på att alla nya eller uppföljda genomförandeplaner ska ha riskanalys dokumenterad. Förhoppningsvis kan fysiska möten genomföras under hösten som underlättar arbetet i helgrupp med genomförandeplaner och riskanalyser.

- Delaktighet genom genomförandeplanering



Kommentar:

Målvärde: 100% av alla granskade ärenden ska beskriva hur den enskilde utövat inflytande och delaktighet över sin insats.

VO/"Liv fritt från Missbruk"

Samlad bedömning; Målvärde är uppnått då det i alla granskade genomförandeplaner är beskrivet hur den enskilde varit delaktig (27/27=100%).

Orsak: I de nya genomförandeplanerna är det tydligt att de ska beskriva hur den enskilde varit delaktig.

Åtgärd: Fortsatt arbete med genomförandeplaner i grupperna, förhoppningsvis kan fysiska möten ske som underlättar arbetet i helgrupp. Processteamet "från uppdrag till genomförandet" kommer att fortsätta att träffas under hösten. Dokumentationsombuden som ingår i gruppen kommer att vara ett stöd till sina arbetskamrater.

- Ökat brukarinflytande



Beskrivning:

Indikatorn syftar till att brukarna får möjlighet att lämna synpunkter på innehållet i socialtjänstens insats. Utförs av egnerfarna brukare genom metoden brukarstyrd 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.

Kommentar:

MÅLVÄRDE: Genomförd brukarstyrd brukarrevision

VO/Liv fritt från missbruk

Samlad bedömning: Brukarrevisionen på ADM är gjord under våren.

Orsak: Brukarrevisionen blev försenad pga covid-19 pandemin men är nu genomförd. Revisorerna har sammanställt svaren och återkoppling kommer ske i början på hösten.

Åtgärd: När återkopplingen sker ska analysarbete och aktiviteter påbörjas utifrån resultaten.

- Upplevelse av stöd från socialtjänsten är god



Kommentar:

MÅLVÄRDE: Utfallet av brukarundersökning ska vara högre än senaste undersökning (bibehålla 80 % nöjda annars högre än sist på varje fråga).

Möjliggöra ett liv fritt från missbruk:

Samlad bedömning: Målvärde ej uppnått då brukarundersökningen ännu inte är genomförd.

Orsak: Brukarundersökningen genomförs under oktober månad. Förra året hade vi för få svarande för att få mått på upplevelsen av stödet från enskilda. Vi har ännu inte utarbetat någon strategi för att få in fler svar vid undersökningen 2021.

Åtgärd: Vi behöver planera för hur vi kan öka svarsfrekvensen från enskilda i årets brukarundersökning.

Övriga indikatorer kopplade till individanpassad vård och omsorg

-Upplevelse av stöd från socialtjänsten är god



Kommentar:

Målvärde: Utfallet av brukarundersökning ska vara högre än senaste undersökning (bibehålla 80 % nöjda annars högre än sist på varje fråga)

VO Barn och familj

Samlad bedömning: Pågående aktiviteter bedöms leda till att upplevelsen av stöd ökar.

Orsak: Familjerätten har koncentrerat sig på barns delaktighet. Aktiviteterna innebär dels att det förs en ständig diskussion kring hur barn görs delaktiga i sin utredning, och dels att det vid alla barnsamtal lämnas information, ställs frågor och att handläggarna är lyhörda för de funderingar som barn har.

I samband med varje uppstart av en utredning informeras föräldrarna om filmen "Hugo på familjerättsbyrån" och de uppmanas att titta på filmen inför hembesöket.

Åtgärd: Fortsätta med pågående aktiviteter.

Vo Vuxen (ekonomiskt bistånd samt Ett liv fritt från våld):

Den samlade bedömningen är att utvecklingsarbete pågår i hela förvaltningen med att finna rätt metoder för att öka svarsfrekvensen i årets brukarundersökningar. Inom ekonomiskt bistånd var nöjdheten hög och god andel svaranden. Inom process "Ett liv fritt från våld" har viss organisationsförändring genomförts vilket försenat arbetet med att konkretisera metod för uppföljning. Detta kommer ingå i fortsatt planering av arbetet med våld i nära relation inom verksamhetsområdet.

- Individbaserad systematisk uppföljning



Kommentar:

MÅLVÄRDE: En verksamhet inom varje process använder systematisk uppföljning på individnivå. Vo Vuxen (Ekonomiskt bistånd och Ett liv fritt från våld)

Samlad bedömning är att arbete med Individbaserad systematisk uppföljning planeras eller pågår inom alla verksamhetsområdets processer. Inom ekonomiskt bistånd och Våld i nära relation undersöks möjligheterna att använda Socialstyrelsens nyligen uppdaterade verktyg SU-reg (SUE och SUV).

- Delaktighet genom genomförandeplanering



Kommentar:

MÅLVÄRDE: 100% av alla granskade ärenden ska beskriva hur den enskilde utövat inflytande och delaktighet över sin insats.

VO/Verka för vuxna med psykisk funktionsnedsättning ska kunna leva som andra

Samlad bedömning: Målet är inte uppnått men utfallet visar på en hög delaktighet, vilket gör att prognosen att nå målet är hög.

Orsak: Sammanlagt för T1 och T2 har 98 personaktsgranskningar gjorts (46 kvinnor, 46 män, 1 annan könsidentitet, 5 odefinierade). I 86 av dessa finns delaktigheten dokumenterad, dvs 88 %. Av dessa är 41% kvinnor, 42% män, 1% annan könsidentitet samt i 4% är kön ej ifyllt.

Det har under lång tid varit ett prioriterat mål och det märks att implementeringen börjar sätta sig med hjälp av diskussioner kring, samt utbildning i Individens Behov I Centrum där delaktighet är en väsentlig faktor. I vissa fall beskrivs att personen varit delaktig men saknas dokumentation hur personen varit delaktig.

Åtgärd: Dokumentationsombuden erbjuder kontinuerligt ombudsträffar med metod- och systemutvecklare och fortsatt dialog om vikten av brukarens delaktighet i verksamheterna.

Effektiv vård och omsorg

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.



Under målet om en effektiv vård och omsorg finns fyra utvecklingsområden och en mängd indikatorer kopplade, alla med en god utveckling. Förbättringsarbeten som tar sin utgångspunkt i fakta och som får sitt logiska samband i processernas förmåga att leverera det värde de ska, skapar en alltmer effektiv socialtjänst.

UTVECKLINGSOMRÅDE INOM ALLA PROCESSER - MÖTA DEN DEMOGRAFISKA UTVECKLINGEN



Beskrivning:

Vi ska möta den demografiska utvecklingen och samhällets behov av omställning med rätt resurser och god kvalitet.

Behov inom socialtjänstens ansvarsområde matchas med ändamålsenligt stöd. Vi ska bevilja rätt behov med rätt stöd, ge stöd som möjliggör utveckling och oberoende samt följa upp och förändra beslut mot ökad självständighet.

Vi ska ställa om våra arbetssätt så att vi tar tillvara på digitaliseringens möjligheter.

Vi ska möta intressenters krav på social, ekologisk och ekonomisk hållbarhet.

Kommentar:

Detta utvecklingsområde utgör en inriktning för alla övriga utvecklingsområden och indikatorer som är kopplade till målet effektiv och utvärderas därför inte separat.

UTVECKLINGSOMRÅDE INOM PROCESS LEVA SOM ANDRA - INSATSER SOM MATCHAR BEHOV



Beskrivning:

Vi ska genom hela processen arbeta för att individer bor och lever så självständigt som möjligt

Kommentar:

Utvecklingen inom indikatorerna har varit positiv sedan tertial ett även om det finns ett fortsatt stort utvecklingspotential på lång sikt. Det gäller kostnadsutveckling över lag, upplevelsen av stöd från socialtjänsten, fler som går till en mer självständig sysselsättning och förbättringsarbete kopplat till händelserapportering. Aktiviteter och pågående utvecklingsarbete kopplat till indikatorerna förväntas ge fler positiva effekter framöver.

Indikatorer till utvecklingsområde inom process Leva som andra - Insatser som matchar behov

- Dygnskostnad bostad med särskild service



Beskrivning:

Syftet med indikatorn är att ha kontroll över hur vi använder våra resurser, så att vi uppnår så effektiv resursanvändande som möjligt samtidigt som de som har behov av stöd för att bo ska matchas med insats på rätt nivå och i rätt omfattning.

Kommentar:

MÅLVÄRDE: Kostnad per brukare (KPB) för bostad med särskild service ska tillsammans ha samma resultat som 2019 eller bättre i KPB. KPB mått som följs upp tertial 2 och 3. Tertial 2 mot Kalmar föregående år, tertial 3 med övriga deltagande kommuner i KPB.

SAMLAD BEDÖMNING VO FUNKTIONSSTÖD VUXEN (VC):

Indikatorn dygnskostnad bostad med särskild service visar kostnaden per dygn år 2020 för grupp- och servicebostäder var 2 307 kr vilket är ungefär samma kostnadsnivå som 2019 och

under medel för KBP-kommunerna vilket ligger på 2 736 kr/dygn. Pågående pandemi påverkar kostnaderna för bostad med särskild service, särskilt inom vissa enheter, eftersom flera individer väljer att stanna hemma från daglig verksamhet mot bakgrund av pågående pandemi. Fler verksamheter än tidigare arbetar aktivt med rutnät för att kartlägga behov och resurser. Det har framkommit från vissa håll att det upplevs vara svårt att använda rutnätsmetodiken inom gruppboendestäder då behoven inte anses vara så föränderliga. I årets genomgång av KP B framgick bl.a. att det finns skäl att vara vaksam på allt för statisk bemanning inom gruppboendestäder. Som åtgärd har verksamhetschefen börjat undersöka alternativa metoder kring resursfördelning kopplat till behov. Arbetet med rutnät kommer att fortgå och utvecklingsarbete behöver bedrivas om möjligheten till bostadskarriär inom LSS som på sikt kan leda till minskade kostnader.

- Dygnskostnad boendestöd



Kommentar:

MÅLVÄRDE: Dygnskostnad boendestöd ska ligga på medelnivå i Kostnad per brukare. KP B mått som följs upp tertial 2 och 3. Tertial 2 mot Kalmar föregående år, tertial 3 med övriga deltagande kommuner i KP B.

SAMLAD BEDÖMNING VO FUNKTIONSSTÖD VUXEN (VC):

Indikatorn dygnskostnad boendestöd visar att enhetskostnaden är 381 kr/dag, vilket är en låg enhetskostnad enligt uppgifter i KP B. Uppgifter i KP B visar även att Kalmar kommun har en liten andel boendestöd inom LSS-målgrupp i förhållande till kommunstorlek. Utvecklingsarbete pågår med kartläggning av problem och fakta som ska leda till en åtgärdsplan.

- Dygnskostnad daglig verksamhet



Beskrivning:

KP B

MÅLVÄRDE: Dygnskostnad daglig verksamhet ska ligga på medelnivå i Kostnad per brukare

SAMLAD BEDÖMNING VO FUNKTIONSSTÖD VUXEN (VC):

Indikatorn dygnskostnad daglig verksamhet visar att kostnaden per dag inom daglig verksamhet år 2020 var 588 kr, vilket är på samma nivå som 2019 men något över snittet i jämförelse med KP B-kommunerna som var 554 kr. Samarbete mellan enheterna inom daglig verksamhet lett till en kartläggning av behov och resurser. Det visar bl.a. att det finns ett överskott av resurser inom vissa delar av verksamheterna men det matchar inte med där behoven finns. Raster har införts där det i dagsläget är möjligt. Utvecklingsarbete inom daglig verksamhet pågår där en åtgärdsplan finns i sikte. Takten i utvecklingsarbetet höjs under tertial 3. Åtgärderna förväntas att på sikt leda till ökad effektivitet inom daglig verksamhet.

- Ökat antal som går till en mer självständig sysselsättning



Beskrivning:

Syftet med indikatorn är att vi ska skapa förutsättningar för varje individ att bli mer självständig och utvecklas utifrån sina förutsättningar. Med ett ökat flöde ökar också möjligheten för fler att få en daglig verksamhet, dvs väntetiden minskar.

Kommentar:

MÅLVÄRDE: Fler brukare ska gå till anställning än 2020.

SAMLAD BEDÖMNING VO FUNKTIONSSTÖD VUXEN (VC):

Indikatorn Ökat antal som går till en mer självständig sysselsättning visar att trenden är positiv. Tre personer har gått till en mer självständig sysselsättning under tertial 2. Orsaken till den positiva trenden är ökad medvetenhet om att skapa möjlighet för individer att gå till en mer självständig sysselsättning. För att bibehålla den positiva utvecklingen behöver vi fortsätta sätta ljuset på frågan.

- Upplevelse av stöd från socialtjänsten är god



Kommentar:

MÅLVÄRDE: Utfallet av brukarundersökning ska vara högre än senaste undersökning.

SAMLAD BEDÖMNING VO FUNKTIONSSTÖD VUXEN (VC):

Indikatorn Upplevelse av stöd från socialtjänsten är god visar ett magert utfall i förhållande till målvärdet som innebär att alla fram till dess att undersökningen genomförs, arbetar för att förbättra upplevelsen av stödet och att dessa har följts upp i verksamheten. Resultatet är lågt trots att ledningsgruppen inom funktionsstöd vuxen har genomfört ett strategimöte i april med temat Upplevelse av stöd från socialtjänsten är god. Orsaken till det magra utfallet kan vara att det krockade tidsmässigt med en intensiv period då mycket tid läggs ned på stödprocesser (rekrytering inför sommaren) och ämnen som rör utvecklingen av vår egen process prioriteras ner. Det finns även de enheter som har med det i sin planering inför hösten och man har därför inte genomfört någon aktivitet än. Ledningsgruppen kommer att arbeta vidare med resultatet av brukarundersökningar, där fokus framöver kommer att ligga på jämställdhetsfrågor mot bakgrund av resultatet i tidigare brukarundersökningar.

- Behov inom socialtjänstens ansvarsområde matchas med ändamålsenligt stöd



Kommentar:

MÅLVÄRDE: Behov inom socialtjänstens ansvarsområde matchas med ändamålsenligt stöd – plana ut volymutvecklingen. Verksamhetschef beskriver hur utvecklingen fortskrider. Mäts genom att följa:

- antal verkställda beslut per kvartal (bostad (LSS och SoL), sysselsättning (LSS/SoL) jämfört med samma period föregående år.

- kostnader per insats och kvartal jämfört med samma period föregående år

SAMLAD BEDÖMNING VO FUNKTIONSTÖD VUXEN (VC):

Indikatorn Behov inom socialtjänstens ansvarsområde matchas med ändamålsenligt stöd visar en positiv trend när det gäller antalet verkställda beslut totalt gällande boende och daglig verksamhet i jämförelse mellan tertial 1 och 2. Antalet verkställda beslut boende T 2 var fler än i jämförelse med T1. Orsaken är att en ny gruppboende öppnades i april. När det gäller daglig verksamhet så har 13 beslut verkställts under T2 (i jämförelse med 6 beslut T1). Orsaken till att fler beslut har verkställts hänger ihop med unga vuxna avslutar sina gymnasiestudier och går till sysselsättning inom daglig verksamhet under denna period. När det gäller kostnader per insats och kvartal så är trenden i stort sett oförändrad men man bör vara fortsatt vaksam på kostnadsutvecklingen inom daglig verksamhet. När det gäller åtgärder så pågår utvecklingsarbete och andra aktiviteter för att tillgängliga resurser över lag ska användas på bästa sätt.

- Avvikelse där matchning mellan behov och stöd inte fallit väl ut



Kommentar:

MÅLVÄRDE: Förbättringsåtgärder identifieras genom att upprätta och analysera avvikelser när matchning mellan behov och stöd inte fallit väl ut.

SAMLAD BEDÖMNING VO FUNKTIONSTÖD VUXEN (VC):

Det går inte att redovisa något utfall för indikatorn Avvikelse där matchning mellan behov och stöd inte fallit väl ut. Under perioden april - juli har 51 händelser rapporterats men att dessa händelser inte har kunnat sorteras och kategoriserats än. Orsaken till det är att det är ett nytt rapporteringssystem och det finns fortfarande en viss osäkerhet i hanteringen hos rapportörerna och svårigheter att få fram statistik. Som åtgärd för att komma vidare kommer ledningsgruppen inom vo funktionsstöd att genomföra en gemensam uppföljning och genomgång av händelserapporteringssystemet.

UTVECKLINGSOMRÅDE INOM PROCESS LIV FRITT FRÅN MISSBRUK - INSATSER SOM MATCHAR BEHOV



Beskrivning:

Vi ska bli bättre på att matcha rätt behov med rätt stöd och utveckla kunskapen om effekter av våra insatser

Kommentar:

Den samlade bedömningen är att VO Vuxen i hög grad utövar en evidensbaserad praktik och formar insatser som motsvarar behov utifrån bästa tillgängliga kunskap, professionens

expertis samt den enskildes påverkan och vilja att ta emot de insatser som erbjuds. Det ses ytterligare förbättrade resultat i de enskilda indikatorerna under T2, vilket är mycket positivt. Verksamhetsområdet har de senaste åren arbetat med att möta upp behoven på hemmaplan med ingången att ha ett brett och ändamålsenligt utbud av insatser i både öppen- och slutenvård. I KBP 2020 ses att människor blir hjälpta genom att de "kommer ur processen" samt att effekter på ekonomin är god. Utmaningen framåt är att hitta baslinjen för antalet platser i heldygnsvård samt effektivisera för att utöka gruppbehandlingar för att kunna hjälpa fler.

Indikatorer till utvecklingsområde inom process Liv fritt från missbruk - Insatser som matchar behov

- Avvikelser där matchning mellan behov och stöd inte fallit väl ut



Kommentar:

MÅLVÄRDE: 100% av avvikelserna har identifierat förbättringspunkter.

Samlad bedömning: Antalet inkomna rapporter för hela VO Vuxen är under perioden 34 st (11 avslutade) vilket visar på ett ökat användande av händelserapportering. Implementering av nytt händelsesystem pågår vilket innebär att statistikuttaget inte alltid visar vilka åtgärder som är genomförda. Antalet STELLA-avvikelser (mellan kommunen och regionen) är för VO Vuxen (T1 + T2) 10 st där samtliga är rapporterade från socialförvaltningen och orsaker är f.a. brister gällande samverkan och kommunikation.

Orsak: Införande av ett nytt system som fortfarande är i implementeringsfas och i lärande för att få ut statistik på bästa sätt. Samverkansproblem med regionen handlar i flera fall om bristande kunskap om och förväntningar på socialtjänstens ansvar.

Åtgärd: Genomgång av sammanställning på ledningsgruppsmöten för att visa utfall samt diskutera hur dokumentation behöver ske för att få ut informativ statistik. Fortsatt diskussion med regionen kring STELLA avvikelssystemet på lokal och regional nivå.

- Bedömning av behov med evidensbaserad metod



Beskrivning:

Syftet med indikatorn är att säkerställa att individens behov bedöms på ett rättssäkert sätt med stöd av evidensbaserade bedömningsmetoder.

Indikatorn redovisas könsuppdelat.

Kommentar:

MÅLVÄRDE: Antal inledd utredningar ska vara lika med antal införda ASI plus registrerade bortfall i ASI-net.

Samlad bedömning: Målvärde delvis uppnått. 141 utredningar öppnade under perioden 210101-210731. 44 ASI-grund är inmatade, 10 st ASI-uppföljning, 20 st bortfall grund, 5 st bortfall uppföljning. Bedömningen är dock att metoden är implementerad.

Orsak: Flera utredningar är pågående vid mätperioden, då kvarstår en differens. Under våren har det funnits medarbetare som ej varit utbildade i metoden då de är nyanställda vilket gjort att utredningar har behövt genomföras på annat sätt av dessa medarbetare.

Aktivt arbete med att säkerställa inmatning även av bortfall och på vilka grunder bortfall ska registreras. Det kommer alltid att finnas ett antal ärenden där utredning inleds i systemet men som inte ska registreras på någon grund i net-klient.

Åtgärd: Nya medarbetarna har genomgått ASI-utbildning under april och maj månad 2021. Fortsatt bevaka att metoden används och att inmatning sker i net-klient. Se över perioder för framtagande av inledda utredningar kopplat till inmatade utredningar i netklient, det behöver eventuellt göras någon förskjutning för att siffrorna lättare ska kunna analyseras.

- Mål i vårdplan samt insats utgår från bedömda behov



Beskrivning:

Syftet med indikatorn är att säkerställa att de behov som framkommit i ASI/ADAD-utredning överensstämmer med målen i vårdplanen samt att insatsen som ges motsvarar de mål som satts i uppdrag/vårdplan och finns dokumenterat i genomförandeplanen.

Kommentar:

MÅLVÄRDE: Myndighet: 100% av alla granskade vårdplaner och uppdrag som upprättats i samband med insats ska visa att målen i vårdplanen/uppdraget överensstämmer med de behov som framkommit i ASI/ADAD-utredning.

Insats: 100% av alla granskningar ska visa att den insats som ges motsvarar de mål som satts i uppdrag/vårdplan och att detta finns dokumenterat i genomförandeplanen.

Samlad bedömning: Målvärde uppnått. I alla totalt 27 granskade genomförandeplaner i insatserna bygger de på uppdrag/vårdplan och aktiviteter finns (100%).

Orsak: Uppdrag/vårdplan har tydliga målformuleringar vilket underlättar arbetet med genomförandeplanerna. Processteamets frågeställningar har haft positiv inverkan.

Åtgärd: Fortsatt arbete på APT, processteamet kommer att fortsätta träffas och är ett stöd till övriga i grupperna.

- Individbaserad systematisk uppföljning



Kommentar:

MÅLVÄRDE: En verksamhet inom varje process använder systematisk uppföljning på individnivå.

Samlad bedömning är att arbete med Individbaserad systematisk uppföljning planeras eller pågår inom alla verksamhetsområdets processer. Inom processen Möjliggöra ett liv fritt från riskbruk, missbruk eller beroende har en brukarrevision genomförts samt arbete pågår för att besluta vilka variabler som ska tas fram och följas med hjälp av ASI-net.

Sammanställning från ASI-net har tagits fram och diskuterats i ledningsgruppen. Under hösten 2020 fick medarbetarna utbildning i hur statistik kan tas fram från Net-klient.

Resultat utifrån brukarrevisionen kommer analyseras och ge underlag för fortsatt förbättringsarbete.

UTVECKLINGSOMRÅDE INOM PROCESS SOCIALPSYKIATRI - INSATSER SOM MATCHAR BEHOV



Beskrivning:

Vi ska genom hela processen arbeta för att individer bor och lever så självständigt som möjligt

Kommentar:

Den samlade bedömningen är att verksamhetsområde Vuxen arbetar intensivt med att skapa insatser som motsvarar brukarnas behov och att arbetet går framåt.

För att synliggöra och hitta orsaker till den volymökning som identifierats de senaste åren på olika sätt, har arbetet med systematisk uppföljning tagit fart. Området mäter varför brukare avbokar sitt stöd och hur effektiva och ändamålsenliga våra korttidsbeslut är gentemot uppsatta mål. I T2 ses en ökning av antalet avbokade besök inom alla boendestöd till totalt 1000 avbokningar. Denna totalsiffra har inte verksamhetsområdet haft tidigare och är mycket positivt att det framkommer så att verksamheten kan arbeta med rätt åtgärder. Att styra och leda verksamheten med den fakta som framkommer inom verksamhetsområdet ger möjlighet till jämförbarhet och systematiskt utvecklingsarbete.

Inom sysselsättningsområdet sker utveckling genom att handläggningen bevakar om behov kan tillgodoses på annat sätt och hänvisar till öppna insatser. Verksamheten behöver bevaka rättigheter och skyldigheter på ett tydligare sätt så att brukarna får rätt stöd så att vi inte skapar inlåsnings effekter. Samarbete med andra aktörer/myndigheter i Kalmar måste fortsatt utvecklas. IOP angående sysselsättning och utveckling av egna öppna verksamheter utifrån anpassning till målgrupperna som finns skapar goda förutsättningar för att effektivisera arbetet och möjliggöra för brukare ett mer självständigt liv.

Utredningsarbete bedrivs också på området inom boendeplanering på kort och lång sikt. Det identifieras att alltför många brukare har mer komplexa behov och behöver mer anpassade bostäder utifrån olika parametrar vilket kan försvåra att finna rätt bostad. Underlag för behov av bostäder finns framtagen på förvaltningsövergripande nivå och inom verksamhetsområdet finns plan för flera servicebostäder till omflyttning till nybyggda lägenheter under 2022 samt öppning av annan nybyggd servicebostad i utkanten av Kalmar. Flytt till nybyggda lokaler motsvarar de behov som finns avseende hög standard i bostaden, god hyresnivå, personal i

närheten samt utökning av antalet lägenheter för att kunna möta upp kommande bostadsbeslut.

Indikatorer till utvecklingsområde inom process socialpsykiatri - Insatser som matchar behov

- Färre avbokningar i boendestöd



Beskrivning:

Indikatorn syftar till att, genom individbaserad systematisk uppföljning, följa upp orsaker till avbokningar inom gruppen unga vuxna med boendestöd. Utifrån detta kan våra arbetssätt förändras för att bättre möta gruppens behov.

Kommentar:

MÅLVÄRDE: Antal avbokningar ska minska.

SAMLAD BEDÖMNING:

I T2 är redovisat avbokningar för samtliga brukare vilket innebär att antalet avbokningar är högre än för T1 då flera enbart redovisade för den yngre målgruppen som ingick i projektet SU. Antalet avbokningar är 1000 besök, vilket fortfarande ses som högt.

ORSAK: Dokumentationen gällande orsak till avbokningar har ökat då verksamheterna har arbetat aktivt med detta. Vissa avbokningar sker fortfarande på grund av rädsla för smitta men detta har ändå minskat sedan förra uppföljningen. En vanlig orsak är att brukarna inte vill ta emot vikarier. Sommarperioden påverkar också på så sätt att flera brukare avbokar pga att de åker bort.

ÅTGÄRD: Följa upp insatserna hos brukare där många avbokningar har skett och försöka identifiera orsaker. Upprätta riskanalyser och se över åtgärder. Fortsätta arbetet som påbörjats inom projektet SU kopplat till IBIC och ev. utöka undersökningen till att omfatta alla brukare inom boendestöd.

- Ändamålsenlig användning av korttidsplatser



Beskrivning:

Indikatorn syftar till att, genom individbaserad systematisk uppföljning, följa upp syfte och mål med beslut korttid. Utifrån detta kan våra arbetssätt förändras för att bättre möta gruppens behov.

Kommentar:

MÅLVÄRDE: Genomförd SU för att identifiera hur insatsen korttidsplats används för att få underlag till förbättringsarbete.

Samlad bedömning: Underlag har tagits fram och sammanställts. En inledande analys visar bland annat på att genomförandeplaner, inte görs inom korttidsplatser, verkställighetstiderna inom korttid är övervägande långa, majoriteten av brukarna har någon form av insats sedan tidigare där boendestöd är den vanligaste.

Orsak: Verksamheten har ingått i ett nationellt projekt med syfte att genomföra individbaserad systematisk uppföljning kopplad till IBIC där analys av användningen av korttidsplatser är ett spår som följs. Sammanställningarna grundar sig på uppgifter om alla brukare som fått beslut om insatsen korttid 2018 - hösten 2020, vilket innebär 28 individer (15 kvinnor och 13 män). I uppföljningen undersöks bl.a. orsak till beslut, livsområden, pågående insats och insats efter korttidsboendet.

Åtgärd: Projektet är avslutat. Olika frågeställningar har tagits fram utifrån underlaget och kommer fortsatt analyseras under hösten. Fördjupade analyser kommer utmynna i konkreta förslag till förbättringsåtgärder.

- Behov av meningsfull sysselsättning tillgodoses i högre utsträckning med öppna insatser



Beskrivning:

Indikatorn syftar till att individer med behov av sysselsättning hänvisas till öppna sysselsättningsinsatser i de fall där deras behov kan tillgodoses där.

Kommentar:

MÅLVÄRDE: Antal beslut om sysselsättning SoL ska minska.

SAMLAD BEDÖMNING: Målet är inte uppnått men det finns ett pågående arbete för att behov ska tillgodoses i öppna insatser i större utsträckning. Det är ett samarbete dels från myndighet och dels för insatserna.

ORSAKER: Öppna verksamheter har kunnat möta behoven i vissa ärenden och ibland har ansökningar återtagits och i några fall har avslagsbeslut fattats. Arbete pågår med att anpassa öppna verksamheter efter de behov som målgruppen har. Pandemin har försvårat möjligheten att förändra men det har också givits möjligheter såsom att anpassa till mindre grupper. Under tertial 2 har två avslagsbeslut fattats med avslagsgrund att behovet kan tillgodoses på annat sätt.

ÅTGÄRDER: Fortsätta det systematiska förändringsarbetet. Det är tydliggjort för vår interna öppna verksamheter och till IOP Stadsmissionen att det finns behov av att mindre sammanhang, mindre grupper, nykter- och drogfri miljö, verksamheter som känns trygga och där det ges möjlighet till mycket stöd och vägledning. Kvinnors behov av trygga platser lyfts särskilt.

Följa avbrotten i sysselsättning och följa upp vid behov samt matcha på ett ändamålsenligt sätt. Fortsätta att ta fram vilka behov det är som inte kan matchas i de öppna verksamheterna och förmedla det till EC sysselsättning, EC insats och Stadsmissionen i och med IOP.

- Avvikelse där matchning mellan behov och stöd inte fallit väl ut



Kommentar:

MÅLVÄRDE: 100% av avvikelserna har identifierat förbättringspunkter. Processen Socialpsykiatri

Samlad bedömning: Implementering av nytt händelsesystem pågår vilket innebär att statistikuttaget inte alltid visar vilka åtgärder som är genomförda. Antalet inkomna rapporter för hela VO Vuxen är under perioden 34 st (11 avslutade) vilket visar på ett ökat användande av händelserapportering. Antalet STELLA-avvikelse är för VO Vuxen (T1 + T2) 10 st där samtliga är rapporterade från socialförvaltningen och orsaker är f.a. brister gällande samverkan och kommunikation.

Orsak: Införande av ett nytt system som fortfarande är i implementeringsfas och i lärande för att få ut statistik på bästa sätt. Samverkansproblem med regionen handlar i flera fall om bristande kunskap om och förväntningar på socialtjänstens ansvar.

Åtgärd: Genomgång av sammanställning på ledningsgruppsmöten för att visa utfall samt diskutera hur dokumentation behöver ske för att få ut informativ statistik. Fortsatt diskussion med regionen kring STELLA avvikelssystemet på lokal och regional nivå.

- Behov inom socialtjänstens ansvarsområde matchas med ändamålsenligt stöd



Kommentar:

MÅLVÄRDE: Volymutveckling ska plana ut.

Samlad bedömning: Syftet med denna indikator är att följa volymutvecklingen avseende bostadsbeslut enligt SoL/LSS inom socialpsykiatriens område. Verksamhetsområde Vuxen arbetar med att plana ut volymutvecklingen och aktiviteter sker på olika nivåer för att matcha individens behov av stöd på olika sätt ex genom utökad boendestöd/annan insats. Den samlade bedömningen efter tertial 1 och 2 är att det ej skett någon volymökning utan det är +/- i bostäderna. Tydlig trend är att individerna har behov av närhet till personal i större omfattning dygnet om.

Orsak: Totalt har det funnits 10 boendebeslut att hantera inom socialpsykiatrien varav 2 är nytillkomna under perioden. 4 beslut har verkställts under T2. Det finns en planering för 2 personer med inflyttning 1/9. 1 person har fått ett bostadserbjudande att ta ställning till samt 1 person är under utslussning från slutna rättspsykiatrisk vård där det finns en anvisad bostad. Kvarstår 2 bostadsbeslut där det i dagsläget inte finns något att erbjuda. Det förväntas inkomma ytterligare 4-5 nya bostadsbeslut i närtid och det finns endast ett par bostäder som blir lediga till hösten att erbjuda men nybyggnation pågår som beräknas

bli klart våren 2022 samt omflyttning till andra verksamhetslokaler som möjliggör erbjudande till de som får bostadsbeslut.

- Upplevelse av stöd från socialtjänsten är god



Kommentar:

Målvärde: 80 % positiva svar på frågan gällande nöjdhet.

SAMLAD BEDÖMNING: Handläggarna har, under 2021, påbörjat ett arbete att systematiskt ställa kvalitetsfrågor till brukarna vid uppföljningar. Underlaget är än så länge för litet för att analysera. Efter T1 och T2 har det ställts till fler brukare och ju fler enkäter som görs så får vi ett underlag som kan analyseras.

ORSAKER: Under första tertialet hade handläggare missat att ställa kvalitetsfrågorna via enkäten, vilket under tertial 2 blivit bättre. Det är fortsatt ett lågt antal enkäter för att kunna göra analys och dra några slutsatser.

ÅTGÄRD: Implementera och påminna om att systematiskt ställa kvalitetsfrågor vid uppföljningar. Alternativa tillvägagångssätt att få in svar har tagits fram och används för att möta olika behov och för att möjliggöra så stort underlag som möjligt.

- Individbaserad systematisk uppföljning



Kommentar:

MÅLVÄRDE: En verksamhet inom varje process använder systematisk uppföljning på individnivå.

Samlad bedömning är att arbete med Individbaserad systematisk uppföljning planeras eller pågår inom alla verksamhetsområdets processer. Under 2021 har processen för socialpsykiatri deltagit i ett SKR-projekt inom systematisk uppföljning som innefattar alla enheter. Resultat från uppföljningarna har analyserats tillsammans i ledningsgruppen och bidrar till det fortsatta förbättringsarbetet.

UTVECKLINGSOMRÅDE INOM PROCESS SÄKRA BARNES RÄTT - SAMARBETSSAMTAL



Beskrivning:

Vi ska utveckla och förfina arbetet med samarbetssamtal för att undvika att konflikter mellan föräldrar leder till domstolsprocess

Kommentar:

Arbetet med att utveckla samarbetssamtal och undvika att konflikter mellan föräldrar leder till domstolsprocess har gett positiva resultat. Ingen av samtliga genomförda samarbetssamtal har gått vidare till domstolsprocess. Även målet att samarbetssamtal ska öka i förhållande till snabbupplysningar bedöms bli uppfyllt. Däremot kommer målet att samarbetssamtal ska inledas inom 2 veckor inte att nås.

I ett långsiktigt arbete för att uppnå en förändring krävs att man når ut med information om samarbetssamtal samt arbetar metodiskt och kvalitativt med de föräldrar som kommer på samarbetssamtal i syfte att minska antalet snabbupplysningar och vårdnad-, boende- och umgängesutredningar. Om detta lyckas kommer det ge utrymme för att ta sig an samarbetssamtalen inom 14 dagar.

Indikatorer till utvecklingsområde inom process Säkra barns rätt - Samarbetssamtal

- Samarbetssamtal leder till minskat antal domstolsprocesser



Beskrivning:

Syftet med indikatorn är att föräldrar som går i samarbetssamtal ska få det stöd de behöver så att det inte finns behov av att inleda domstolsprocess.

Kommentar:

Målvärde: Antalet ansökta och genomförda samarbetssamtal som lett till domstolsprocess ska minska.

Samlad bedömning: Genomförda aktiviteter har god effekt på indikatorn. Ingen av samtliga genomförda samarbetssamtal har gått vidare till domstolsprocess.

Orsak: Familjerätten arbetar utifrån Centris metod och struktur för samarbetsamtal. För de föräldrapar som genomgår en samtalsserie visas goda resultat.

Åtgärd: Under våren har familjerätten arbetat igenom strukturen för samarbetsamtalen och producerat ett stöddokument som hjälp att hålla i strukturen för samarbetsamtalen samt öka kvaliteten.

- Samarbetsamtal påbörjas snabbt



Beskrivning:

Syftet med indikatorn är att tiden mellan ansökan och insats i form av samarbetsamtal ska vara kort.

Kommentar:

Målvärde: Påbörjade samarbetsamtal inom 14 dagar

Samlad bedömning: Målet kommer troligen inte att nås under året. Några enstaka samarbetsamtal har hittills under året kunnat inledas inom 14 dagar och ansökningar om samarbetsamtal fortsätter att öka.

Orsak: Genomförda aktiviteter bidrar i dagsläget endast till struktur. Det saknas i dag aktiviteter för att skapa tidsutrymme att starta nya samarbetsamtal inom 14-dagarsgränsen.

För närvarande finns drygt 30 barn som är aktuella i samarbetsamtal. Antalet vårdnadsutredningar är större än 2020, vilka prioriterar sig före samarbetsamtalen. Med nuvarande bemanning och aktuellt inflöde finns små möjligheter att nå det uppsatta målet.

Åtgärd: I ett långsiktigt arbete för att uppnå en förändring krävs att man når ut med information om samarbetsamtal samt arbetar metodiskt och kvalitativt med de föräldrar som kommer på samarbetsamtal i syfte att på så sätt minska antalet snabbupplysningar och vårdnad-, boende- och umgängesutredningar. Om detta lyckas kommer det ge utrymme för att ta sig an samarbetsamtalen inom 14 dagar.

- Samarbetsamtal ska öka och snabbupplysningar minska



Beskrivning:

Syftet med indikatorn är att barnet i alla ärenden där det är möjligt, har föräldrar som samarbetar om vårdsnaden kring barnet.

Kommentar:

Målvärde: Samarbetsamtalen ska öka på bekostnad av snabbupplysning.

Samlad bedömning: Målet att samarbetsamtal ska öka i förhållande till snabbupplysningar bedöms bli uppfyllt. Fram till den 12/8 har det registrerats 85 barn för samarbetsamtal. Under hela året 2020 var 109 barn aktuella totalt. Fortsätter samma inflöde så kommer det att bli fler barn i samarbetsamtal under 2021 än under 2020.

Under perioden fram till den 12/8 öppnades 61 st snabbupplysningar. Under samma period 2020 öppnades 66 st snabbupplysningar. Snabbupplysningarna har hittills minskat jämfört med förra året.

Orsak: Kvaliteten på samarbetsamtalen är hög och förbättras kontinuerligt.

Informationsbroschyren är klar och har distribuerats ut.

Åtgärd: Att jobba aktivt med att starta upp samarbetsamtalen så snart det finns möjligt, ge en god kvalitet i samtalen samt få ut information.

Övriga indikatorer kopplade till effektiv vård och omsorg

- Kostnad för placeringar



Kommentar:

Målvärde: Kostnad för externa placeringar ska ske inom budgetram VO Barn och familj

Samlad bedömning: Målet bedöms bli uppnått. För perioden jan-juli 2021 är kostnaden för externa hvb-placeringar 13,0 mnkr (Budget 2021: 20 300 000 kr (För samma period 2020 var kostnaden 15,1 mnkr.)

Orsak: Samtliga enheter har aktiviteter som ska bidra till att minska placeringskostnader. Ett stort utvecklingsarbete sker på förvaltningens HVB och stödboende för att undvika externa placeringar.

Öppenvården har utökat utbudet av kvalificerade metoder att erbjuda på hemmaplan vilket ökar medarbetarnas kompetens för att kunna tillgodose bredare hemmaplanslösningar.

Myndighetsenheterna arbetar med utvecklingsarbete utifrån rutinen Inför, under och efter placering.

God samverkan inom och mellan berörda processer.

Åtgärd: Säkerställa att barn inte är placerade längre än de har behov av. Fortsätta att utveckla förutsättningar för goda och relevanta insatser på hemmaplan för de barn som flyttar hem. Fortsätta diskussioner kring synsätt och förväntningar när det gäller att placera barn utanför sitt hem. Rätt matchning av HVB utifrån barnets behov och överenskommet arbetssätt. Utökad samverkan med Regionen kring de barn som har komplexa behov.

VO Vuxen

Samlad bedömning: Målvärde följs upp i T3.

Orsak: Påverkande faktorer bedöms vara att våra interna insatser i form av stödboende och hvb kan möta upp en stor del av behoven på hemmaplan. Det finns svårigheter med alternativ på hemmaplan för vissa personer som har narkotikaklassad medicin ordinerad, dock har verksamheten under första halvåret hittat kostnadseffektiva externa lösningar för dessa personer.

Åtgärd: Analysera målgruppen som är placerad i både interna och externa lösningar för att kunna göra en faktabaserad prognos och strategi för hur behoven ska kunna mötas upp på bästa sätt framöver.

- 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.

Kommentar:

Målvärde: Minska dygnskostnaden på korttidsvistelse med 5 % från år 2020 till 2021

VO Barn och familj

Samlad bedömning: Målet kommer troligen inte att nås.

Orsak: Vissa verksamheter har färre beslut än förra året, men då behovet hos barnen kräver hög bemanning har personalresurserna inte kunnat minskas i samma omfattning

Utökat uppdrag för ett par placeringsnära barn har i samverkan med processen Trygga säkra barn genererat extra kostnader för att undvika externa placeringar.

Åtgärd: Fortsätta att sträva efter att ha en så hög beläggning per dygn som möjligt och stänga dygn när detta är går.

- Ökat antal självförsörjande bland sjukskrivna utan sjukpenning



Beskrivning:

Syftet med indikatorn är att öka antalet självförsörjande individer. Kalmar kommun har höga kostnader för personer som är sjukskrivna utan sjukpenning.

Indikatorn redovisas könsuppdelat.

Kommentar:

MÅLVÄRDE: Andelen självförsörjande individer bland personer sjukskrivna utan sjukpenning ska öka. I utfallsrutan ska siffran minska (antal individer sjukskrivna utan sjukpenning).

VO/Ekonomiskt bistånd

Samlad bedömning: Målvärde delvis uppnått. Utifrån Socialstyrelsen statistik har antal personer sjukskrivna utan sjukpenning minskat från 103 personer 2020-07 till 87 personer 2021-07.

Orsak: Medarbetare i processen har en bra arbetssituation och har därför möjlighet att arbeta individanpassat med varje enskilt ärende.

Åtgärd: Fortsatt arbete utifrån individens behov. Fastställa vilket underlag som EC ska analysera.

- Antal vuxna biståndsmottagare under 40 år med långvarigt ekonomiskt bistånd ska inte öka



Beskrivning:

Syftet med indikatorn är att så många som möjligt inom målgruppen ska nå egen försörjning. Indikatorn redovisas könsuppdelat.

Kommentar:

MÅLVÄRDE: Antalet vuxna biståndsmottagare, under 40 år, med långvarigt bistånd ska fortsatt hålla 2020 års nivå.

Ekonomiskt bistånd

Samlad bedömning: Målvärde delvis uppnått. En indikator som följs över tid. Utfallet är avhängigt arbetsmarknadens förutsättningar och de insatser som finns för att arbetssökande ska kunna komma i aktivering. Samverkansmötens sker återkommande i olika forum med regionen, Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan samt med arbetsmarknadsenheten.

Orsak: Medarbetare i processen har en bra arbetssituation och har därför möjlighet att arbeta individanpassat med varje enskilt ärende. Ökad samverkan krävs då det ofta identifieras att den enskilde har rätt till annan ersättning/insatser.

Åtgärd: Fortsatt arbete utifrån individens behov och samverkan i de delar som är möjliga att påverka för att inte antalet biståndsmottagare under 40 år ska öka.

- Dygnskostnad boendestöd



Kommentar:

MÅLVÄRDE: Medelkostnaden per brukare med boendestöd ska minska. (2019 90'286:-) KPB mått som följs upp tertial 2 och 3. Tertial 2 mot Kalmar föregående år, tertial 3 med övriga deltagande kommuner i KPB.

Samlad bedömning: Målvärdet att medelkostnaden ska minska har uppnåtts.

Orsak: Kostnad per boendestöd 2020 har minskat jämfört med 2019, från 90.286 kr/ brukare till 85.963 kr/ brukare. Kostnad/ timme har ökat fr 443 till 453 kr/h. Innebär att kostnad boendestöd 2019 motsvarade 3,92 h/v, medan årets utfall innebär 3,65 h/v. Troliga orsaker är att omfattning på beslut har minskat eller att fler pågår under kortare tid samt effekter av överläggning/ uppföljning av alla beslut boendestöd till IBIC. Kostnaden kan även ha påverkats av pandemin.

Åtgärd: Fortsatt utvecklingsarbete utifrån systematisk uppföljning samt användandet av IBIC

- Dygnskostnad bostad socialpsykiatri



Beskrivning:

Dygnskostnad bostad socialpsykiatri ska ligga i nivå med Kalmars dygnskostnad för service- och gruppboendestöd (sammantaget funk och socialpsykiatri) i KPB.

Kommentar:

MÅLVÄRDE: KPB mått som följs upp tertial 2 och 3. Tertial 2 mot Kalmar föregående år, tertial 3 med övriga deltagande kommuner i KPB. (2019 1952:-)

Samlad bedömning: Bostad socialpsykiatri ligger fortfarande lägre än genomsnittet för bostad Kalmar vilket innebär att målvärdet är nått.

Orsak: För 2021 har kostnaderna inom socialpsykiatri ökat något mer än volymerna. De bostäder där kostnader inte följt volymförändring är främst de bostäder som minskat antal dygn, svårare att minska verksamhet.

Åtgärd: Ett kontinuerligt arbete för enhetscheferna att följa volymförändringar för bästa resultat.

- Utveckling av digitala arbetssätt



Beskrivning:

Syftet med indikatorn är att utveckla våra arbetssätt med hjälp av digitala möjligheter.

Kommentar:

Målvärde: 100 procent i införande (signering sker av HSL-insatser sker endast digitalt).

Samlad bedömning: Målvärde kommer att uppnås under året. Implementeringen av Appva pågående med utbildning och införande av digitala signeringslistor.

Orsak: Sjuksköterska och ansvarig enhetschef arbetat fortlöpande med utbildning och införande av digital signering med Appva i verksamheterna. Breddinförande beräknas vara genomfört till 1 oktober 2021.

Åtgärd: Fortsatt arbeta med utveckling av digitala arbetssätt. Utvärdera effekt av införandet av digitala signeringslistor i nulägesanalysen.



Kommentar:

Målvärde: Tio läkemedelsrobotar finns utplacerade hos enskilda patienter (nuläge 5 robotar)


Samlad bedömning: Det finns fortfarande fem stycken läkemedelsrobotar utplacerade hos Socialförvaltningens patienter. Införandet av läkemedelsrobotar går inte lika snabbt som förväntat. Ingen ökning sedan första tertialuppföljningen. Planerade aktiviteter inom implementeringsplanen bedöms skapa goda förutsättningar att nå målvärdet tio stycken läkemedelsrobotar under 2021.

Implementeringen är dock beroende av samverkan och samordning med Omsorgsförvaltningen.

Orsak: Tidigare kontaktpersoner på Omsorgsförvaltningen inte längre ansvariga för arbetsgruppen Evondos. Implementeringsarbetet på Socialförvaltningen är beroende av samordning och samverkan med Omsorgsförvaltningen som står för beställning, utbildning samt tillhandahåller och levererar läkemedelsrobotar. I kontakt med MAS meddelas att ny arbetsgrupp planeras.

Åtgärd: Uppstart av gemensam arbetsgrupp som samordnas av Omsorgsförvaltningen är planerad till hösten 2021. Behov av aktivitetslista och tidsplan för införandet. Behov av arbetsgrupp internt på Socialförvaltningen med SSK-representanter från HSL-team och EC samt superusers från boenden för att planera för vilka aktiviteter som behövs för att få ut robotar i verksamheten. Kommer även tas med i analysarbetet för patientsäkerhet under tema 2.4 "medicinteknik, medicintekniska produkter, hjälpmedel och välfärdsteknik" och läggas som åtgärd framåt.

Jämlik vård och omsorg

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.	
------------------------	--	---

Till målet om en jämlik vård och omsorg finns inga utvecklingsområden kopplade. Medvetenheten och aktiviteter för hälsa på lika villkor och jämställdhet pågår men utvecklingen är konstant sedan förra tertialet.

Indikatorer kopplade till jämlik vård och omsorg

- Jämställd verksamhet



Kommentar:

MÅLVÄRDE: Minst en framtagen och genomförd förbättringsåtgärd per verksamhet.

VO Barn och familj

Samlad bedömning: Resultat mäts i brukarundersökningar i slutet på året. Men aktiviteter för att öka jämställdheten pågår i de flesta enheter och målet bedöms därmed att uppnås.

Orsak: Enheterna har utifrån tidigare resultat valt ut ett område de vill förbättra och skapat aktiviteter utifrån detta. Exempelvis kommer man titta på skillnader mellan flickor och pojkar som får insatser via service, skillnader i sammanbrott vid placeringar i familjehem. Inom handläggning har man till exempel aktiviteter för att rikta information likvärdigt mot mammor och pappor.

Åtgärd: Skapa nya och fortsätta med pågående aktiviteter.

VO Vuxen:

Indikatorn syftar till att verksamheten är jämställd genom att möta den enskilde utifrån dennes faktiska behov och inte utifrån kön eller normer. All faktainhämtning som görs inom verksamhetsområdet för att skapa förbättringsåtgärder är könsdifferentierad. I tertialuppföljning 2 för VO Vuxen identifieras att enheterna har påbörjat eller genomfört aktiviteter som bidrar till mer jämställda verksamheter. Fokus är på kunskapshöjande insatser kopplat till analys av jämställdhetsfrågor. Den samlade bedömningen är att medvetenheten ökar och att dialoger kring normkritiskt perspektiv ökar i vardagens arbete.

- I högre grad Identifiera våldsutsatthet



Beskrivning:

Indikatorn syftar till att i högre grad identifiera våldsutsatthet genom att ställa frågor om våld.

Kommentar:

MÅLVÄRDE: I 0% av alla granskade utredningar ska svaret vara nej på frågan "Har frågor om våld använts i utredningen?".

Verksamhetsområde Vuxen fortsätter att arbeta med att identifiera våldsutsatthet i högre grad genom att implementera arbetssätt som innefattar att ställa systematiska frågor om våld i alla samtal. Uppföljning av hur implementeringsarbetet fortlöper sker genom personaktgranskning. Den samlade bedömningen är att socialtjänsten med nuvarande implementering i högre utsträckning kommer att identifiera våldsutsatthet. Åtgärder framåt är att kartlägga och planera kompetensinsatser gällande våld för olika personalgrupper både inom VO Vuxen och övriga VO vilket kommer bidra till att medvetenheten och synliggörande av våld i nära relation även inom insatserna kommer öka.

- Jämlik vård och hälsa med samordning



Kommentar:

Vo Vuxen: Jämlik vård och hälsa med samordning kommer ur välplanerade insatser och som föregåtts av att den enskilde och rätt parter har varit delaktiga i SIP. Målet är i första hand att antalet SIP ska öka med syfte att följa gällande lagstiftning och skapa kvalitet på samordningen.


Arbetet går framåt men påtryckningar om varför och förklaringar till SIP behöver fortsätta. Orsaken till det är fortsatt osäkerhet kring hur en SIP ska göras och att medarbetare inom processerna (internt och externt) då istället föreslår möte i annan form exempelvis nätverksmöte. Syftet med SIP är att samordningen ska ske enligt den strukturerade formen för verktyget då den möjliggör konkretiserad uppföljning och tydligt ansvar. Åtgärder måste fortsätta för att öka kunskapen om SIP och krav på samordningen i en alltmer komplex vardag med flertalet aktörer inom de olika ärendena.

SAMLAD BEDÖMNING FUNKTIONSSTÖD VUXEN (VC): Av totalt 19 enheter så är det 9 SIP:ar genomförda inom boende och 10 inom DV. Vilket är en ökning i jämförelse med förra året.

ORSAK: Återkommande information om vikten av SIP.

ÅTGÄRDER: Fördjupad kunskap om SIP genom att ha ett tema i ämnet på en ledningsgrupp inom funktionsstöd vuxen under tertial 3.

Tillgänglig vård och omsorg

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 ledtider.	
------------------------------------	--	---

Inom detta mål är fyra utvecklingsområden kopplade. Tre av dem har utfall som inte är acceptabla utifrån indikatorernas målvärde. Trenden för många indikatorer är dock positiv. Särskilt glädjande är utvecklingsområdet "Rätt insats i rätt tid" som visar goda resultat och stark utveckling sedan förra tertialet.

UTVECKLINGSOMRÅDE INOM PROCESS LEVA SOM ANDRA - KORTARE UTREDNINGSTID



Beskrivning:

Vi ska förkorta utredningstiden för bedömning av behov för vuxna med funktionsnedsättning.

Kommentar:

Den samlade bedömningen av indikatorerna inom utvecklingsområdet kortare utredningstid visar att det går framåt om än i små steg. Det kan konstateras att målvärdet för året är för högt satt. Utvecklingen är positiv och behöver ske över en längre tid. Utvecklingsarbete pågår med en bra åtgärdsplan som kommer att leda till fortsatt positiv utveckling.

Indikatorer till utvecklingsområde inom process Leva som andra - Kortare utredningstid

- 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.

Kommentar:

MÅLVÄRDE: Utredningstiden ska i genomsnitt inte överstiga 45 dagar.

SAMLAD BEDÖMNING

Utredningstiden för T2 (april-juli) är i genomsnitt 80 dagar vilket är något lägre än T1 då den var 81 dagar. Trenden är fortsatt positiv, om än med små steg. Det är inte realistiskt att tänka att vi ska nå det högt uppsatta målvärdet under innevarande år utan det får vi se som ett långsiktigt mål under period av flera år.

Under mätperioden T2 (april-juli) fattades 129 beslut. Av dessa hade 45 beslut en utredningstid på 45 dagar eller lägre och 27 beslut hade en utredningstid överstigande 100 dagar. Detta är 30 fler fattade beslut än T1, andelen beslut med kort utredningstid har minskat från 43% till 34% och samtidigt har andelen beslut med längre utredningstid än 100 dagar också minskat från 36% till 21%.

ORSAK

Ansökningar som fått vänta länge på utredning (då vi fortfarande hade "kö" innan handläggning kunde påbörjas) påverkar även den genomsnittliga utredningstiden som blir längre. Vi har haft ett antal ansökningar där utredningstiden blivit lång beroende på omständigheter för den enskilde individen plus den kötid som beskrivs ovan. Två extrema utredningar på över 900 respektive 500 dagar. Prioritering mellan två viktiga utvecklingsområden - korta utredningstiden och att följa upp och lägga över beslut. Positiv trend i de ansökningar där handläggare från handläggningens början sätter en tidpunkt när utredningen förväntas vara klar. Kommunikeringstiden har minskat i flera utredningar pga. förändrat arbetssätt där den enskilde tillfrågas om hur lång tid som önskas.

ÅTGÄRD: Fortsätta arbetet med utvecklingsområdet att korta utredningstiden. Planeringsdag i september då vi ska följa upp handlingsplanen och revidera efter behov. Vilka åtgärder har god effekt? Hur kan vi utveckla ytterligare för att nå en kortare utredningstid.

- Individens behov i centrum styr vårt arbete - Etablerat arbetssätt IBIC i bedömning av behov



Beskrivning:

Indikatorn syftar till att implementera IBIC som arbetssätt för att identifiera och beskriva individens behov, resurser, mål och resultat. Indikatorn syftar också till att förbereda för systematisk uppföljning genom att kunna plocka ut kvalitetsmått på individnivå, sammanställa dessa på gruppnivå och använda för verksamhetsutveckling.

Kommentar:

MÅLVÄRDE: Målvärde är 100 uppföljningar under 2021 i enlighet med planering. (Alla nya utredningar görs enligt IBIC i Lifecare).

SAMLAD BEDÖMNING

Under T2 (april-juli) är 38 personers beslut uppföljda enligt IBIC och överlagda till Lifecare utifrån tidsplanen för uppföljning beslut Bostad med särskild service. Dessa 38 personer har sammanlagt 80 beslut. Hittills i år har 56 personers beslut om Bostad med särskild service blivit uppföljda enligt IBIC och överlagda till Lifecare.

Uppföljningarna har verkligen tagit fart under T2. Målvärdet att följa upp 100 personers beslut om Bostad med särskild service + personernas övriga beslut är ett högt satt mål, men min bedömning är att det inte är omöjligt att vi kommer i närheten av målvärdet till årsskiftet.

ORSAK: Att en tredjedel av årets målvärde inte uppnås beror på omorganisering av arbetet vid årsskiftet så att alla handläggare numera arbetar med uppföljningar vilket har gjort att det är en ny uppgift för flera handläggare som kan ta lite tid att komma in i samt att handläggare hade många pågående ärenden och bedömde att det inte var möjligt att starta uppföljningar direkt i januari.

Prioritering mellan att handlägga ansökningar om insats för att korta utredningstiden och att handlägga uppföljningar är ett dilemma för handläggarna.

Arbetet har fördröjts då det i vissa ärenden tagit längre tid än vi räknat med att få återkoppling i planeringen och i kommunikering av uppföljningar från medarbetare och enhetschefer i Bostad med särskild service och även återkoppling vid kommunikering

Covid -19-pandemin har påverkat planeringen då avvägningar har behövt göras om möten kan hållas fysiskt eller kan hållas digitalt.

ÅTGÄRD: Vi fortsätter att arbeta efter den tidplan för uppföljningar av beslut Bostad med särskild service som vi upprättat för årets uppföljningar. Handläggare planerar sina ärenden utifrån tidplanen. Tidplanen har reviderats utifrån planering av IBIC-utbildningar. Några bostäders datum har flyttats fram till 21-12-31 då verksamheterna ändå inte kommer att kunna få IBIC o Lifecare-utbildning under året. Detta beslut har VC fattat utifrån att prioritera möjligheten att korta handläggningstid för ansökningar. Kommunikation med enhetschefer insats innan uppföljning i verksamhet påbörjas så att gemensam planering kan göras utan dröjsmål. Vid behov samtal om prioritering av olika ärendetyper mellan handläggare och enhetschef

UTVECKLINGSOMRÅDE INOM PROCESS LEVA SOM ANDRA - KORTARE VÄNTETID TILL DAGLIG VERKSAMHET



Beskrivning:

Vi ska förkorta väntetiden och matcha behov för en plats inom daglig verksamhet

Kommentar:

Det inte har skett någon utveckling mellan tertial 1 och 2. Det går heller inte att redovisa trenden i utvecklingen då uppgifterna i uppföljningen är ofullständigt rapporterade samt att pågående utvecklingsarbete ännu inte kommit så långt att åtgärder påbörjats. Utvecklingsarbetet har, i varje fall, kommit så långt att det redan nu går att säga att det kommer att krävas ett omfattande arbete över tid och kommer att behöva bedrivas även under 2022. Förväntad effekt på målet 2021 kommer sannolikt att utebli.

Indikatorer till utvecklingsområde inom process Leva som andra - Kortare väntetid till daglig verksamhet

- Skälig väntetid



Kommentar:

MÅLVÄRDE: Väntetid på insats ska inte överstiga 90 dagar.

Indikatorn Skälig väntetid visar att väntetiden till daglig verksamhet har ökat mellan tertial 1 och 2 med 5 dagar. Målvärdet kommer troligen inte att nås under 2021. Orsaken till det är att utvecklingsarbetet ännu inte har kommit så långt att arbetet med åtgärder kunnat påbörjas. Utvecklingsarbetet har, i varje fall, kommit så långt att det redan nu går att säga att det kommer att krävas ett omfattande arbete över tid och kommer att behöva bedrivas även under 2022.

- Ökat antal som får sysselsättning utifrån matchning



Beskrivning:

Syftet med indikatorn är att säkerställa att individen får den sysselsättning som matchats mot behov, intresse och förmåga.

Kommentar:

MÅLVÄRDE: Avvikelserna ska öka om matchning inte uppnås för att få stöd att identifiera förbättringsåtgärder.

Det finns inget resultat att redovisa under indikatorn Ökat antal som får sysselsättning utifrån matchning med anledning av att det inte har rapporterats några avvikelser. Orsaken till varför avvikelser inte har rapporterats är oklar. Den åtgärd som behöver genomföras är att lägga in avvikelser då vi inte kan erbjuda sysselsättning utifrån matchning.

Samlad bedömning: Finns ingen dokumenterad avvikelse under T2 via händelserapportering. Vi har åtta brukare som har mer än en verkställighet inom daglig verksamhet som önskar en förändring sedan tidigare, detta är något vi arbetar med. Vi har just nu fullt i våra upplevelse- och aktivitetsbaserade verksamheter och håller därför på att leta nya lokaler.

Orsak: Vi behöver fler/andra lokaler för att kunna möta personer som är i behov av en upplevelse- och aktivitetsbaserad verksamhet.

Åtgärd: Fortsätta att lägga in avvikelser då vi inte kan erbjuda sysselsättning utifrån matchning samt fortsätta arbetet som vi startat i processgruppen tillsammans med teamet.

- Färre avbrott i daglig verksamhet



Beskrivning:

Vi ska arbeta för att matchning mellan individ och DV är så god som möjligt så att avbrott kan förbyggas.

Kommentar:

MÅLVÄRDE: Färre avbrott än under 2020.

Alla enheter har inte rapporterat sina avbrott i uppföljningen varför underlaget inte är fullständigt. Hos de enheter som har redovisat framgår att merparten av avbrotten kan härledas till covid-19-pandemin. En åtgärd blir att alla enheter inom daglig verksamhet under tertial 3 ska rapportera avbrotten så att det går att följa utvecklingen. I övrigt så pågår ett utvecklingsarbete för att åtgärda de egentliga problemen bakom avbrott i daglig verksamhet.

Orsak: Mycket avbrott i och med pandemin

Åtgärd: Fortsätta att ha kontakt med brukaren samt en god samverkan med ansvarig handläggare.

UTVECKLINGSOMRÅDE INOM PROCESS TRYGGA SÄKRA BARN - FÖREBYGGANDE OCH TIDIGA INSATSER



Beskrivning:

Vi ska arbeta förebyggande med tidiga insatser och öka vår tillgänglighet

Kommentar:

Målen för indikatorerna inom förebyggande arbete och tidiga insatser nås inte fullt ut. Resultat visar en minskning av antal föräldrastödsgrupper jämfört med 2020 och är därmed ej uppnått. Anledningen är den pågående pandemin. Under hösten kommer det genomföras fler föräldrastödsgrupper än vad som vanligtvis görs för att kompensera en del av vårens inställda grupper. Medarbetare har även utbildats i nya föräldrastödsprogram för att bredda utbudet (olika målgrupper och olika behov) och öka tillgängligheten för föräldrar som vill ta del av föräldrastödsgrupper framöver.

90 procent av familjerna har fått insats inom 35 dagar (79 av 88). Målet att alla ska få insats inom 35 dagar är därför inte helt uppnått.

Indikatorer till utvecklingsområde inom process Trygga säkra barn - Förebyggande och tidiga insatser

- Fler får stöd gm föräldraskapsstödgrupper



Beskrivning:

Syftet med indikatorn är verksamhetens insatser ska vara lättillgängliga och att familjer lätt ska kunna få efterfrågat stöd.

Kommentar:

Målvärde: Antalet föräldrar som fått stöd via föräldraskapsstödsgrupper ska vara fler än 2020.

Samlad bedömning: Resultat visar en minskning av föräldrastödsgrupper jämfört med 2020 och är därmed ej uppnått

Orsak: Den pågående pandemin har gjort att ett stort antal gruppverksamheter har fått ställas in.

Åtgärder: Under hösten kommer det genomföras fler föräldrastödsgrupper än vad som vanligtvis görs för att kompensera en del av vårens inställda grupper. Medarbetare har även utbildats i nya föräldrastödsprogram för att bredda utbudet (olika målgrupper och olika behov) och öka tillgängligheten för föräldrar som vill ta del av föräldrastödsgrupper framöver.

- Skälig väntetid



Kommentar:

Målvärde: Tid från beslut till påbörjad insats understiger 5 veckor (35 dagar)

Samlad bedömning: 90 % av familjerna har fått insats inom 35 dagar (79 av 88) målet att alla ska få insats inom 35 dagar är därför inte uppnått.

Orsak: Enheterna har lyckats fördela merparten av de inkomna uppdragen inom 35 dagar. Vid hög belastning på Familjehuset under våren har Multiversum tagit uppdrag för att minska väntetiden. De som överskred tiden berodde i majoritet på för hög arbetsbelastning. Ett uppdrag om bristande motivation hos familjen och ett uppdrag fick revideras och starta upp senare än planerat. Resultatet visar ändå att flertalet fick insats snabbt, inom 1-2 veckor.

Åtgärder: Fortsätta att arbeta med rutinen för ärendegång inom öppenvården. För att underlätta framtagningen av statistik behöver ec säkerställa att alla medarbetare inom öppenvården registrerar beslutsdatum/insatsstartdatum

*UTVECKLINGSOMRÅDE INOM PROCESS MÖJLIGGÖRA UTVECKLING - RÄTT
INSATS I RÄTT TID*



Beskrivning:

Vi ska säkra att barn får rätt insats på ett säkert sätt inom rätt tid

Kommentar:

Indikatorerna inom utvecklingsområdet har haft en positiv utveckling sedan förra tertialet och uppnås delvis. För att minska utredningstiden kommer arbetet med utredningsplanerna fortsätta att implementeras under hösten. Ett analysarbete kommer att ske kring de utredningar som tagit längre än 45 dagar under denna period och utifrån detta göra en handlingsplan.

Indikatorer till utvecklingsområde inom process Möjliggöra utveckling - Rätt insats i rätt tid

- God matchning verkställande av korttidsbeslut



Beskrivning:

Indikatorn syftar till att göra riskanalyser i delprocessen Matcha behov för säker matchning och god framförhållning i verkställandet av korttidsbeslut. Följs upp i relation till indikatorerna om avbokade dygn och ledtid från beslut till påbörjad insats.

Kommentar:

Målvärde: 100 % av alla nya beslut om korttidsvistelse ska ha en riskanalys med tillhörande handlingsplan.

Samlad bedömning: Målet med att alla nya beslut om korttidsvistelse ska ha en riskanalys med tillhörande handlingsplan bedöms bli uppfyllt.

Orsak: Rutin är framtagen och implementerad där handläggaren gör en riskinventering i sin beställning och utifrån den gör enhetschefen en riskanalys och matchning.

Åtgärd: Fortsätta med det överenskomna arbetssättet.

- 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.

Kommentar:

Målvärde: Tid från ansökan till beslut understiger 45 dagar

Samlad bedömning: 10 av 19 nya utredningar har mer än 45 dagars utredningstid och målet är därmed inte uppnått. Medelvärde av dagar har sjunkit från 77 till 63 dagar vilket är positivt.

Orsak: Flera assistansärenden har inte kunnat skyndas på av olika anledningar som bland annat inväntande av intyg. Handläggarna haft en hög arbetsbelastning.

Åtgärd: Aktivitet har påbörjats. Arbetet med utredningsplanerna kommer att fortsätta att implementeras under hösten

Analysera och reflektera kring de utredningar som tagit längre än 45 dagar under denna period och utifrån detta göra en handlingsplan.

- Skälig väntetid



Kommentar:

Målvärde: Tid från beslut till påbörjad insats understiger 45 dagar.

Samlad bedömning: Det har inkommit 4 nya beslut under perioden vilka har verkställts snabbare än 45 dagar. Medelvärde på kortidsvistelse är 31 dagar.

Orsak: Enhetscheferna har som rutin att varje vecka kolla om det inkommit nya beställningar och göra en riskanalys samt matchning.

Åtgärd: Fortsätta och förfinna flödet i processen.

Övriga indikatorer kopplade till tillgänglig vård och omsorg

- Utveckling av digitala arbetssätt



Beskrivning:

Syftet med indikatorn är att utveckla våra arbetssätt med hjälp av digitala möjligheter.

Kommentar:

MÅLVÄRDE: Påbörjat/infört någon form av digitalt arbetssätt beroende på process.

Den samlade bedömningen för verksamhetsområde Vuxen är att utvecklingen av digitala arbetssätt går framåt. Pandemin har medfört ökad digitalisering av verksamheten på flera nivåer men även tidigare planerade verktyg har kunnat införas. Inom samtliga processer används digitala verktyg i någon form. Fortsatt utvecklingsarbete på området sker som kommer att utgöra ytterligare digitalisering.

- 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.

Kommentar:

Verksamhetsområde Vuxen uppfyller kraven om skäliga utredningstider. Vid de fall tiderna blir längre återfinns orsaker. För att uppnå kvalitet på insatsen, samt för rätt insats, så krävs ibland mer noggrannhet till följd av en längre utredningstid. Åtgärder är att återkommande följa utredningstider och orsak.

MÅLVÄRDE Process Ett liv fritt från missbruk: Tid från ansökan till beslut understiger 120 dagar för utredning och 14 dagar för förhandsbedömningar. Målvärde uppnått. Medelvärde gällande utredningstid är 41 dagar, ingen skillnad mellan kvinnor och män. Ingen utredning överstiger 120 dagar.

MÅLVÄRDE Process Socialpsykiatri: Tid från ansökan till beslut fortsätter att understiga 90 dagar. Målvärde uppnått. Genomsnittstiden har minskat med 6 dagar sedan tertiäl 1 2021. Även minskat med 4 dagar sen sista tertiälet 2020. Medelvärde är 53 dagar. Det är 6 utredningar som har en utredningstid som överstiger 90 dagar

- Skälig väntetid



Kommentar:

Den samlade bedömningen är att verksamhetsområdet behöver fortsätta arbeta med de pågående utvecklingsarbetena då detta kommer att påverka väntetiderna i rätt riktning. En förbättring har skett gällande våld i nära relation. Orsaker till längre väntetider är att verksamheten behöver till viss del ställa om så att insatser matchar behov men också ha olika typer av servicebostäder att möta upp med. Åtgärder genomförs för omställning av bättre matchning inom ramen för förvaltningens utvecklingsarbete.

MÅLVÄRDE:

Process Nära relationer fria från våld: Tid från beslut till insats understiger 14 dagar.

Samlad bedömning: Målvärde delvis uppnått. Väntetiderna har generellt kortats.

Process Socialpsykiatri: Tid från beslut till påbörjad insats understiger: Boendestöd: 30 dagar, Bostad SoL/LSS: 90 dagar.

Samlad bedömning: Målet att väntetiden för bostad SoL ska understiga 90 dagar uppnås inte fullt ut. Antal beslut är enbart 3 vilket gör att ett medelvärde inte tas fram. Medelvärdet för väntetid inom boendestöd är 22 dagar vilket ligger inom målet men i 6 ärenden överstigs väntetiden och medelvärdet har ökat något från T1.

- Nå fler våldsutsatta



Kommentar:

MÅLVÄRDE: Antal inledda utredningar rörande våldsutsatta jämfört med 2020.

VO Vuxen/Nära relationer fria från våld:

Samlad bedömning: Målvärde ej uppnått. Antalet inledda utredningar har inte ökat.

Orsak: Det är lågt inflöde på ärenden inom myndighet Vuxen som gäller våld i nära relation. Under perioden 200101-200731 inleddes 28 utredningar. Samma period år 2021 har det inletts 22 utredningar. Ev ytterligare några som har inletts från annan enhet på grund av förändringar i verksamheten, men antalet ärenden bedöms vara ungefär samma.

Åtgärd: Säkerställa att vi kan följa antal ärenden i verksamhetssystemet i samband med att verksamheten förändras. Göra en analys kring resonemang om antalet ärenden och vad som borde vara det förväntade utfallet.

- Tillgängliga resurser används på effektivt sätt



Kommentar:

Målvärde: Ökat antal avvikelser kring bristande följsamhet av hemsjukvårdsavtal. Ta reda på utgångsläge och mät i från detta.

Samlad bedömning: I dagsläget, utifrån nuvarande avvikelshantering och system, finns inte möjlighet att få fram statistik som rapporterats in kopplat till bristande följsamhet hemsjukvårdsavtalet under tertial 2. Det upplevs finnas ett mörkertal i rapporteringen med anledning av att medarbetare ger uttryck för bristande följsamhet av hemsjukvårdsavtal.

Orsak: Bristfällig kunskap avseende avvikelserapportering kring följsamhet av hemsjukvårdsavtalet. Bristfälliga system för rapportering. Otydlig process inom VO HSL vilket gör det svårt att veta när man avviker från hemsjukvårdsavtalet.

Åtgärd: Tas med i arbetet med implementeringen av nationella handlingsplanen i patientsäkerhet - nulägesanalysen. Området berörs i fokusområde 2; tillförlitliga och säkra system och processer; i samordning och informationsdelning mellan aktörer i den nära vården, som tar hänsyn till var vården sker, vårdövergångar, utskrivning från slutenvård till hälso- och sjukvård som kommunen ansvarar för. Samordning av vård som pågår under längre tid. Tas även med i fokusområde 1, system för avvikelserapportering, Stella.

- Ökad tillgänglighet till sjuksköterskeresurs



Kommentar:

Målvärde: Upplevelse av ökad ostörd närvaro och tillgänglighet från patient och personal

Samlad bedömning: Eventuell upplevd förbättring av ostört patientarbete behöver mätas mot personal och patienter.

Orsak: Indikatorn följs upp och redovisas i tertial 3.

Åtgärd: Enkät till personal samt eventuellt patienter.