

Handläggare
Kristina Appert
0480-45 09 50

TJÄNSTESKRIVELSE

Datum
2022-02-11

Ärendebeteckning
SN 2020/0332.11.01

Socialnämnden

Socialnämndens årsrapport 2021

Förslag till beslut

Socialnämnden godkänner årsrapport 2021 som inkluderar uppföljning av verksamhetsplan samt kvalitetsberättelse och överlämnar den till kommunstyrelsen för kännedom.

Socialnämnden godkänner uppföljning av den interna kontrollen för år 2021 och överlämnar den till kommunstyrelsen för kännedom.

Bakgrund

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

Kristina Appert
Administrativ chef

Camilla Freedeke
Socialchef

Bilagor
Socialnämndens årsrapport 2021
Bilaga 1 Socialtjänst av hög kvalitet 2021
Bilaga 2 Driftredovisning 2021
Bilaga 3 Verkställda beslut LSS 2021
Bilaga 4 Kvalitetsberättelse 2021
Bilaga 5 Uppföljning av intern kontroll 2021



Årsrapport 2021

Socialnämnd



Kalmar kommun

Innehåll

Socialnämnd.....	3
Ekonomiskt utfall	3
Sammanfattning av väsentliga händelser	3
Uppföljning av verksamhetsplan.....	4
Ordning och reda i ekonomin.....	4
Ett grönare Kalmar.....	4
Ett växande, attraktivt Kalmar	5
Hög kvalitet i välfärden.....	5
Socialtjänst av hög kvalitet.....	6
Kalmar kommunkoncern som arbetsgivare	8
Väsentliga händelser	9
Coronapandemin.....	9
Processororienterat syn- och arbetssätt.....	9
Kunskapsbaserad vård och omsorg.....	10
Omställning mot en god och nära vård och socialtjänst.....	10
Komplexa behov bland barn och unga.....	11
Digitalisering/ e-hälsa	11
Förändring lagar	12
Ekonomiskt utfall	12
Driftredovisning	12
Lednings- och stödfunktioner.....	13
Barn och familj	14
Funktionsstöd vuxen.....	14
Hälso- och sjukvård	14
Vuxen	15
Investeringsredovisning.....	16
Personalredovisning	16
Personalsammansättning	16
Personalrörlighet	16
Sjukfrånvaro	17
Rekrytering.....	18
Kompetensförsörjning	18
Arbetsmiljöhändelser.....	18
Medarbetarenkät.....	19

Kvalitet, styrning och kontroll.....	20
Intern kontroll.....	20
Kompletterande jämförelse.....	20

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, social barn- och ungdomsvård inom detta verksamhetsområde
- familjerätt
- mottagande av ensamkommande barn
- tillstånd och tillsyn för alkohol, tobak och receptfria läkemedel

Ekonomiskt utfall

Socialnämnden redovisar ett överskott med +20,6 mnkr. Pandemin har under året fortsatt påverka flera verksamheter och medfört ökade kostnader för personal, smittskyddsutrustning och vaccinationer, men inte i samma omfattning som under 2020. Samtidigt har vissa kostnader minskat när verksamheterna fortsatt arbeta för att minska smittspridning. Pandemin har också medfört att en del nya arbetssätt används vilket också påverkar kostnaderna positivt. Volymökningarna inom LSS har på grund av pandemin blivit mycket mindre än planerat två år i rad. Det betyder att budget för ny verksamhet visar stort överskott. Under året syns en ökning av kostnaderna för ekonomiskt bistånd, vilket delvis kan kopplas till pandemin. Stor osäkerhet råder kring vilka effekter pandemin får på socialnämndens verksamheter på längre sikt. Underskott finns för familjehemsvård, när antalet interna och konsulentstödda familjehem ökat.

Sammanfattning av väsentliga händelser

Socialförvaltningens arbete har även under 2021 påverkats av Coronapandemin. 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. Ett vaccinationsteam bildades inom Hälso- och sjukvård för att genomföra vaccinationer för samtliga brukare. Förebyggande åtgärder har vidtagits i verksamheterna för att förhindra smittspridning. Det har under året inte förekommit någon större smittspridning, utan enbart ett fåtal brukare har blivit smittade. Trots pandemin syns en minskad korttidsfrånvaro bland personalen jämfört med 2020.

Processarbetet har lett till att fler individer kan få sina behov tillgodosedda med insatser på hemmaplan. Antalet externa HVB-placeringar för barn och ungdomar minskade under 2020 och har under 2021 legat kvar på en låg nivå. 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.

Nulägesanalys av patientsäkerhet inom Hälso- och sjukvårdsprocessen har genomförts och prioriterade områden har identifierats. Arbeta med prioriterade områden till exempel skapa struktur för ett systematiskt patientsäkerhetsarbete, öka kunskap kring vårdskador, och kartlägga HSL-process fortsätter under 2022 och i samarbete med omsorgsförvaltningen.

Under året 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 arbetsätt.


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. Under året har kartläggning påbörjats för stödprocesserna. Först ut var processen informera effektivt och välriktat samt processen genom ändamålsenliga lokaler, teknik och logistik bidra till en trygg och säker kärnverksamhet.

Uppföljning av verksamhetsplan

Nedan följer en redovisning av måluppföljningen för det tredje 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 långsiktiga mål som tillsammans ska leda till en socialtjänst av hög kvalitet. Här nedan redovisas en sammanfattande uppföljningen av dessa. Uppföljning av detta mål i sin helhet finns som bilaga. (Bilaga 1)


Ordning och reda i ekonomin

Titel	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.	

Kommentar

Socialnämnden bedöms bedriva en effektiv vård och omsorg med högt uppsatta mål. Kostnader ligger på en acceptabel nivå i jämförelser med andra kommuner i de flesta fall. Målen om att insatser ska matcha behov uppnås inte helt med de ambitioner och mått som satts upp för 2021.


Ett grönare Kalmar

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

Kommentar


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 målet ännu inte kan uppfyllas för dessa bilar. Dialog fortsätter att föras med serviceförvaltningen angående detta samt kring investeringsbehovet av laddstolpar.

Ett växande, attraktivt Kalmar

Titel	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.	

Kommentar


Under hösten har restaurang och nöjesliv återigen fått öppna upp. Efter nästan två år med restriktioner i någon form, upplevdes uppvaknandet som något stökigt när en ovan serveringspersonal mötte en ung och lika ovan publik. Utbildning i ansvarsfull alkoholserving efterfrågades av både polis och restauratörer. Utbildningen genomfördes sista veckan i november med drygt 30 deltagare. Tillståndsenheten har även under fjärde tertialet påbörjat tillsynsarbetet för både serveringstillstånd och försäljningstillstånd för tobak. Cirka fyrtio restauranger och tobakshandlare har fått besök under perioden. En större översyn av samtliga tobakstillstånd är påbörjad och kommer att avslutas under första tertialet 2022. På grund av de restriktioner som varit under året och som återigen började gälla under slutet av årets sista tertial har tillsynsplanen inte kunnat efterlevas i sin helhet, varför bedömningen blir att vi inte lyckats nå helt i mål.

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

Kommentar

Under hösten har Svenskt Näringsliv presenterat sin årliga ranking av företagsklimatet i Sverige. Kalmar har ökat i omdömespoäng från företagen jämfört med fjolåret. Men enkätsvaren visar även att minskad brottslighet och ökad trygghet ligger högst på önskelistan bland åtgärder som kommunen bör prioritera för att förbättra företagsklimatet i kommunen. Vilket är direkt applicerbart på det arbete tillståndsenheten driver gentemot kommunens restaurang- och nöjesliv.

Hög kvalitet i välfärden

Titel	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.	
--	---	--

Kommentar

Socialnämnden har tillsammans med digitaliseringsledare och representanter för omsorgsförvaltningen och kommunledningskontoret, identifierat gemensamma digitala arbetssätt inom området e-hälsa som utgör grundförutsättningar för att nomineras till årets e-hälsokommun. Under 2021 har dessa prioriterats och förbättringsarbete påbörjats i de områden där förvaltningen har ett utvecklingsbehov.


Genomförda förbättringar under 2021 som stärker förvaltningens utveckling mot e-hälsa är:

- e-tjänst för kommunikation mellan verksamhet för överförmyndare och socialförvaltningen
- digital ankomststämpel
- process för att prioritera och införa nya digitala arbetssätt
- nyttoanalys, nyttokalkyl och bedömning av informationssäkerhet för nya digitala arbetssätt
- digitalisering som en kontinuerlig punkt på ledningsmöten
- införande av samverkansmodellen som stärker samarbete mellan förvaltning och IT
- hackaton för att utveckla digitala lösningar som motsvarar behov inom området vuxna med funktionsnedsättning (genomfördes oktober)


Uppstartade förbättringsarbeten som fortlöper 2022:

- behovskalkylator för digitalt stöd av beräkning inom personlig assistans
- digital ansökan om sjuklönekostnader inom personlig assistans (för externa aktörer)
- digital ansökan för personer med funktionsnedsättning (LSS och SoL)
- digital ankomstregistrering för besökare
- digital ansökan ekonomiskt bistånd
- upphandling av nytt support och utvecklingsavtal ProCapita/LifeCare

Utöver grundförutsättningar för årets e-hälsokommun så planeras också ett visionärt spår för att stärka kommunens möjlighet till utnämningen. Socialförvaltningens förslag för visionärt spår är ett digitalt stöd som möjliggör beslutsfattande utifrån aktuell fakta och kunskapsstyrning. Beslut kring visionärt spår för kommunens e-hälsoarbete fattas under 2022.


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

Socialtjänst av hög kvalitet

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.	
--	--	---

Kommentar


Socialnämnden lever näst intill upp till målet om att ha en kunskapsbaserad vård och omsorg med, de för året, uppsatta ambitionerna. I vissa av indikatorerna uppnås dock inte målvärdena helt. Utvecklingen bedöms ändå vara god och målvärdena inom räckhåll. Två av indikatorerna som inte är uppfyllda bedöms som mindre betydelsefulla än den tyngre vägande indikatorn om kompetens utifrån bästa tillgängliga kunskap, varför den sammanvägda bedömningen blir att målet är uppnått.

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

Kommentar


Utvecklingen inom målet har varit positiv det senaste tertialet men socialnämnden har fortsatta utmaningar inom området, främst inom Hälso- och sjukvården som har stort förbättringspotential när det gäller det systematiska patientsäkerhetsarbetet. Grunden har lagts under året för att sådana förbättringar ska kunna påbörjas under 2022.

Utvecklingen att säkra placerade barns rätt till den vård och omsorg som de har rätt till har varit mycket god under det sista tertialet. Målet bedöms därför i sin helhet som delvis uppnått samt med en positiv trend.

Individanpassad 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.	
--	---	---

Kommentar


Socialnämnden bedriver i stort sett en individanpassad vård och omsorg utifrån de mål och mått som satts upp för 2021. Mål om delaktighet har uppnåtts i processerna Trygga och säkra barn samt i Liv fritt från missbruk. I processen för Funktionsstöd vuxen uppnås inte den standard i genomförandeplanerna som eftersträvas, vilket innebär att utfallet för det utvecklingsområdet inte är acceptabelt.

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

Kommentar

Socialnämnden bedöms bedriva en effektiv vård och omsorg med högt uppsatta mål. Kostnader ligger på en acceptabel nivå i jämförelser med andra kommuner i de flesta fall. Målen om att insatser ska matcha behov uppnås inte helt med de ambitioner och mått som


satts upp för 2021.

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

Kommentar

Till målet om en jämlik vård och omsorg finns inga utvecklingsområden kopplade. Medvetenheten och aktiviteter för hälsa på lika villkor och jämställdhet pågår dock ständigt, t ex genom att jämställdhetsperspektivet granskas i de analyser socialförvaltningen gör av fakta som samlas in i olika sammanhang.

Kartläggning av processen för att ge vuxna förutsättning för nära relationer fria från våld, är i ett aktivt skede. Förutom att säkerställa vuxnas behov av skydd, stöd och hjälp för att hantera konsekvenser av våld i nära relation, i alla olika former, på både på kort och lång sikt, kommer processen ge stöd att uppmärksamma och hantera våld i nära relation hos personer som redan har stöd från socialförvaltningen.

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



Kommentar

Socialnämnden lever inte helt upp till att tillhandahålla en så tillgänglig vård och omsorg som man föresatt sig. Det har dock skett en positiv utveckling inom processen för funktionsstöd vuxen när det gäller hur länge en person som söker stöd får vänta på sitt beslut.

Arbetet med det förebyggande arbetet inom processen Trygga säkra barn har även det utvecklats positivt. Föräldraskapsstödsgrupperna är i full gång och väntetiderna är korta i de allra flesta fall. Även i processen Möjliggöra utveckling för barn och unga med funktionsnedsättning går trenden åt rätt håll i att barn och unga ska få rätt insats på ett säkert sätt inom rätt tid.

När det däremot gäller utvecklingsområdet om en kortare väntetid till daglig verksamhet är trenden fortsatt oförändrat negativ.

Kalmar kommunkoncern som arbetsgivare

Titel	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.	

Kommentar



Jämfört med föregående år har antalet långtidssjukfrånvarande medarbetare i förvaltningen minskat med 11 personer. Den största minskningen i antalet personer står VO barn och familj för.

Långtidssjukfrånvaron är fördelad enligt nedan (siffror i parentes avser jämförelsetal

2020):

- Socialförvaltningen 54 (65)
- Socialnämnd gemensamt 5 (7)
- Verksamhetsområde barn och familj 8 (14)
- Verksamhetsområde vuxen 9 (13)
- Verksamhetsområde funktionsstöd (och HSL 2020) 32 (31)
- Verksamhetsområde HSL 1

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 även under 2021 påverkats av Coronapandemin. 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. Ett vaccinationsteam bildades i början av året inom Hälso- och sjukvård för att genomföra vaccinationer för samtliga brukare. Förebyggande åtgärder har vidtagits i verksamheterna för att förhindra smittspridning. Exempelvis har vakanta arbetspass inte alltid resurstillsatts med vikarier med syfte att minska smittspridning.

Det har under året inte förekommit någon större smittspridning, utan enbart ett fåtal brukare har blivit smittade. Dock ses tendenser till ökad psykisk ohälsa inom vissa målgrupper, i likhet med det som rapporterats på nationell nivå.

Pandemin riskerar att förstärka redan befintlig utsatthet såsom dålig ekonomi, våldsutsatthet och missbruk. Farhågan om att pandemin skulle leda till en stor ökning av våldsärenden har dock hittills inte blivit besannad. Pandemin har också satt ljus på behov av fortsatt omställning för att stärka patientsäkerheten bl.a. genom att tillgodose ökat behov av skyddsutrustning med mera.

Processororienterat syn- och arbetssätt

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. Under året har kartläggning påbörjats för stödprocesserna. Först ut var processen informera effektivt och välriktat samt processen genom ändamålsenliga lokaler, teknik och logistik bidra till en trygg och säker kärnverksamhet. Under året har även process tagits fram för införandet av nya digitala arbetssätt. Syftet är att säkerställa effekt och nytta innan beslut fattas om införandet av nya digitala system.

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), ACRA (behandlingsstöd för ungdomar i missbruk) och Kriminalitet som livsstil (anpassad för ungdomar) för att kunna anpassa behandlingen utifrån ungdomarnas behov. Ett nytt journalsystem, journal digital, är nu implementerat för såväl behandlingsstöd som för utvärdering av insatser.

Medarbetare har både under våren och hösten tagit examen som stödpedagoger via yrkeshögskolan. En arbetsmodell prövas under ett år med målsättning att stödpedagogerna ska sprida kunskap och ge vägledning till övriga inom verksamhetsområdet så att barn med olika former av funktionsnedsättningar får sina behov tillgodosedda. Det kan exempelvis handla om överföring av kunskap, kartläggning och bedömning av ett barns kommunikationssätt eller praktiskt deltagande i arbetet under en period.

Det har uppmärksammats från nationella myndigheter att det finns ett stort behov av att stärka kompetensen hos medarbetare som arbetar med LSS målgrupper. Samtliga medarbetare inom verksamhetsområdet Funktionsstöd vuxen har därför under året erbjudits en gemensam grundutbildning - Pedagogiskt ramverk. Utbildningen bygger på bästa tillgängliga kunskap kring LSS målgrupp och innefattar ämnen som uppdraget, funktionsnedsättningar vi möter, lågaffektivt bemötande, kartläggning och tydliggörande pedagogik. Utbildningen avslutas med en certifiering som innebär provskrivning eller individuell uppgift för att säkerställa en godkänd kunskapsnivå efter genomförd utbildning. Merparten av alla medarbetare har klarat certifieringen.

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.

Implementeringen av IBIC (Individens behov i Centrum) har fortsatt under året. Arbetet har försenats bl.a. på grund av pandemin. Implementeringen väntas bli klar under våren 2022.

Nulägesanalys av patientsäkerhet inom Hälso- och sjukvårdsprocessen har genomförts och prioriterade områden har identifierats. Arbeta med prioriterade områden till exempel skapa struktur för ett systematiskt patientsäkerhetsarbete, öka kunskap kring vårdskador, och kartlägga HSL-process fortsätter under 2022 och i samarbete med omsorgsförvaltningen.

Omställning mot en god och nära vård och socialtjänst

Sveriges kommuner och regioner (SKR) har erbjudit ledarskapsutbildning i God och nära vård och flertalet chefer och stödfunktioner inom förvaltningen har genomfört den under året. För att lyckas med omställningen till God och nära vård krävs ett nära samarbete mellan region och kommun. Utbildningen utgör en bra start och grund för det kommande förändringsarbetet.

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. Arbeta 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.

Ansvarsfördelning mellan region och kommun inom missbruks- och beroendevården är en fråga som stötts och blötts under många år. Framtagna nationella riktlinjer och tidigare nationell utredning var inte tydliga nog och under året presenterades den s.k. Samsjuklighetsutredningen. Den pekar mot att ansvaret för utredning och behandling inom missbruksområdet ska falla på regionen men att övergången till detta ska ske stegvis under flera år. Inom verksamhetsområde vuxen finns flera samverkanskonstellationer med regionen på olika nivåer bla rörande integrerad beroendevård vilket är mycket positivt. Särskild samverkan har inletts för att se över processen och samverkan i LVM-ärenden. Socialförvaltningen har representation med i arbetsgrupp avseende det nationella Vård och insatsprogrammet samt i den samordnade gruppen för psykisk hälsa som ligger i strukturen för Läns gemensam ledning. Det finns en efterfrågan avseende ökad kunskap om samsjuklighet i verksamhetsområdet till stor del genererad av alltmer komplexa ärenden. Man ser också ett stort värde av att samverka över enhetsgränserna.

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 året 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.

Digitalisering/ e-hälsa

Satsningar har pågått under året för att digitalisera och tillgängliggöra socialtjänstens tjänster mot medborgarna för en enklare vardag. Flera e-tjänster, för medborgare men även interna e-tjänster har utvecklats och tagits i bruk under året. Pandemin har medfört en snabbare takt i införandet i vissa delar. Bland annat har fler möten skett digitalt och omställning till digitala lösningar genomförts, när det varit lämpligt och möjligt.

Under hösten genomfördes ett s.k. hackaton "Hack för hopp och hälsa". Socialförvaltningen bjöd tillsammans med eHealth Arena och Linnéuniversitetet in fem IT-bolag för att tillsammans med personal, brukare och studenter i lag tävla om att ta fram digitala lösningar

för att stimulera och uppmuntra personer med särskilda behov till ökad fysisk aktivitet. En särskild jury utsåg det vinnande laget och det blev CGI Sverige AB. Vinsten bestod i att ta fram ett anbud för att omsätta det vinnande bidraget till en fullt fungerande slutprodukt. Produkten kommer att presenteras under 2022.

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 informationsamtal 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 tillkom till socialnämndens uppgifter att verka för att den som utsätter eller har utsatt närstående för våld eller andra övergrepp ska ändra sitt beteende.

Ekonomiskt utfall

Driftredovisning

År: 2021 Ansvar: 20 SOCIALNÄMND Projekttyp: Drift Enhet: Tkr

Driftredovisning nämnd	Budget VR dec 2021	Utfall VR dec 2021	Avvikelse
Intäkter	-76 581	-97 573	20 992
Personalkostnader	615 733	600 792	14 941
Lokalkostnader	72 228	70 674	1 554
Kapitalkostnader	1 751	1 606	145
Övriga kostnader	268 886	285 934	-17 048
Summa KOSTNADER	958 598	959 006	-408
Summa RESULTAT	882 017	861 433	20 584

Socialnämnden redovisar ett överskott med +20,6 mnkr. Pandemin har under året fortsatt påverka flera verksamheter och medfört ökade kostnader för personal, smittskyddsutrustning och vaccinationer, men inte i samma omfattning som under 2020. Samtidigt har vissa kostnader minskat när verksamheterna fortsatt arbeta för att minska smittspridning. Pandemin har också medfört att en del nya arbetsätt används vilket också påverkar kostnaderna positivt. Volymökningarna inom LSS har på grund av pandemin blivit mycket mindre än planerat två år i rad.

Intäkter visar överskott eftersom tillfälliga bidrag inte budgeteras. Det avser t.ex. projektbidrag för god och nära vård, Prio, habiliteringsersättning, ersättning för genomförda vaccinationer, samt återsökning från Migrationsverket för verkställda beslut inom LSS. Underskott på intäkter finns för beslutade reducerade avgifter för tillstånd och tillsyn p.ga. pandemin.

Lägre personalkostnader finns i en del verksamheter pga ändrade arbetsätt och omställning för att undvika smittspridning. Färre nya beslut eller uppskjuten verkställighet medför lägre förbrukning av budgeterade personalkostnader för ny verksamhet inom LSS. Ökade kostnader finns för arvode till interna familjehem när antalet ökat.

Lokalkostnader visar överskott eftersom stödboende inom verksamheten för ensamkommande ungdomar minskat liksom antalet andrahandskontrakt. Budgeterade medel för vissa hyresjusteringar har inte behövt användas under året.

Övriga kostnader har ökat på grund av fler konsulentstödda familjehem. Ökade kostnader finns för ekonomiskt bistånd och för personlig assistans liksom för köp av bostad LSS för barn och för vuxna. Under pandemin har det blivit tydligt att hygienrutiner behöver utvecklas, vilket medfört fortsatt höga kostnader för förbrukningsinventarier, arbets- o skyddskläder samt skyddsmaterial.

Nedanstående tabell innehåller driftredovisning av verksamhetsområde och processerna. Detaljerad redovisning finns i bilaga 2.

Driftredovisning, tkr	2021 Budget			2021 Utfall			Skillnad Netto
	Intäkter	Kostnader	Netto	Intäkter	Kostnader	Netto	
LEDNINGS- O STÖDFUNKTIONER	-18 589	89 605	71 016	-28 957	80 077	51 120	19 896
BARN o FAMILJ	-12 532	204 657	192 125	-15 148	212 191	197 043	-4 918
Gemensamt barn o familj	-600	14 253	13 653	-1 020	14 986	13 966	-313
Trygga, säkra o stödja barn o ungas levna	-11 361	136 566	125 205	-13 525	145 075	131 550	-6 346
Säkra o föra fram barnets rätt	0	4 019	4 019	-15	3 750	3 735	284
Möjliggöra utveck hos barn o unga m fun	-571	49 820	49 249	-589	48 381	47 792	1 457
FUNKTIONSSTÖD VUXEN	-17 344	389 147	371 803	-23 386	390 396	367 010	4 793
Gem k o m med funktionsn att leva som ar	0	16 547	16 547	-1 795	18 534	16 739	-192
Möjliggöra f kvinnor o män m funktionsn	-17 344	372 600	355 256	-21 591	371 862	350 271	4 985
HÄLSO- OCH SJUKVÅRD	-947	18 206	17 259	-1 277	20 286	19 009	-1 750
Tillgodose behov av hälso- o sjukvård	-947	18 206	17 259	-1 277	20 286	19 009	-1 750
VUXEN	-27 169	256 983	229 814	-28 806	256 056	227 251	2 563
Gemensamt vuxen	-1 800	16 703	14 903	-1 400	15 078	13 678	1 225
Möjliggöra ett liv fritt fr riskbruk, missbru	-635	35 838	35 203	-847	36 945	36 098	-895
Verka för att vuxna m psykisk funktionsn l	-19 829	149 733	129 904	-22 064	149 790	127 726	2 178
Utreda o bedöma rätt t ekonomiskt bistån	-4 905	53 351	48 446	-4 494	52 730	48 236	210
Möjliggöra för kvinnor o män att leva i re	0	1 358	1 358	0	1 512	1 512	-154
Summa	-76 581	958 598	882 017	-97 573	959 006	861 433	20 584

Lednings- och stödfunktioner

Lednings- och stödfunktioner visar totalt ett överskott med +19,9 mnkr jämfört med budget. Överskott finns på medel för ny planerad verksamhet inom LSS och för resursfördelade medel för vissa insatser inom LSS. Detta beror på att det inte varit någon större efterfrågan på vissa insatser, för andra året i rad, vilket kan kopplas till fortsatta effekter av pandemin. Dock finns en ökad efterfrågan av gruppboende, och de senaste åren har en eller två nya bostäder startat årligen. Under 2021 startade en ny gruppboende inom verksamhetsområde funktionsstöd vuxen. Ökning finns också av verkställda boendestödsbeslut. Sammanställning av verkställda insatser inom LSS finns i bilaga 3.

Återsökning av retroaktiv ersättning från Migrationsverket för vissa LSS-insatser har beviljats i större omfattning än tidigare år. Överskott finns för utbildningsbudget när utbildning genomförts i digital form eller flyttats fram på grund av pandemin. Kostnaderna för nämndens arbete har blivit lägre när sammanträde skett digitalt under stor del av året. Reducerade avgifter inom tillståndsenheten medför negativ budgetavvikelse. Bemanningsservice visar ett underskott främst på grund av färre utbokade timmar när enheterna försökt planera om för att minska risk för smittspridning, samt på grund av hög sjukfrånvaro.

Barn och familj

Det sammantagna resultatet för verksamhetsområde barn och familj visar ett underskott på -4,9 mnkr. Inom processen trygga, säkra och stödja barn och ungas levnadsvillkor finns en negativ budgetavvikelse. Kostnaderna för både interna och konsulentstödda familjehem har ökat kraftigt under året. Detta beror bland annat på svårigheter att rekrytera tillräckligt många familjehem så att en trygg och säker matchning kan göras, samt att uppdragen blir mer och mer komplexa med barn och ungdomar med stora behov. Däremot fortsätter den positiva trenden från 2020 när det gäller färre antal externa HVB-placeringar, vilket innebär fortsatt lägre kostnader för dessa. Utvecklingsarbete pågår inom området. I alla nya placeringar som görs i konsulentstödda familjehem står det nu inskrivet i avtalet att familjehemmet kan tas över av Kalmar kommun efter två år, under förutsättning att familjehemmet vill övergå till att arbeta direkt för kommunen.

Inom ensamkommandeverksamheterna finns en positiv budgetavvikelse när man arbetat för att sänka kostnader för att anpassa verksamheten till färre ungdomar. Intäkter har också beviljats av Migrationsverket för extraordinära kostnader och LVU-liknande skäl. Antalet anvisade ungdomar till kommunen var fortsatt lågt under 2021 med totalt fyra anvisningar. Sammanlagt avslutades sju ungdomar och i december 2021 var antal inskrivna ensamkommande ungdomar i kommunen 15 varav tre fortfarande är i asyprocess.

Processen möjliggöra utveckling hos barn och unga med funktionsnedsättning visar ett överskott. Bland annat har kostnaderna för extern korttidstillsyn minskat under året. Kostnaderna för korttidsvistelse ligger fortfarande högre än riksgenomsnittet i jämförelse med kostnad per brukare, KPB. Verksamheterna har arbetat aktivt med rätt bemanning i förhållande till beläggning för att komma ner i kostnader. Utmaningar är framför allt att det är många barn med stora omvårdnadsbehov samt ett stort antal barn med dubbla beslut om personlig assistans och korttidsvistelse, även de med stora omvårdnadsbehov, vilket kräver en högre bemanning.

Funktionsstöd vuxen

Processen möjliggöra för kvinnor och män att leva som andra redovisar ett överskott om +4,8 mnkr. Överskottet finns framför allt inom daglig verksamhet, där personalkostnaderna varit lägre än budgeterade medel. Det beror dels på omstruktureringar, dels på pandemin då efterfrågan på insatsen varit lägre. Under hösten kunde merparten av de individer som haft avbrott i sin dagliga verksamhet återvända, vilket varit positivt.

Trots hög arbetsbelastning och hög sjukfrånvaro har bostad med särskild service bara en mindre negativ avvikelse, vilket främst beror på ökade kostnader för att förhindra smittspridning. En ny gruppbofastad, Södra Långgatan, startades under våren. För personlig assistans har kostnaderna ökat då verkställda beslut innehåller fler timmar än tidigare.

Hälso- och sjukvård

Hälso- och sjukvård redovisar ett underskott med -1,75 mnkr. Under 2021 har verksamheten varit mer ansträngd på sjuksköterskesidan och en trolig pandemieffekt då medarbetarna ständigt måste ställa om i sitt arbete och har under en längre tid fått arbeta med utökade arbetsuppgifter kopplat till pandemin. Utökningen av sjuksköterskor har varit nödvändig för att kunna möta upp kraven som ställs på verksamheten. Personalkostnaderna har ökat på grund av restriktioner, personaltillsättning för vaccineringsarbetet, sjukskrivning, och introduktion av nyanställda sjuksköterskor. Omfattande utvecklingsarbete pågår för en ökad

patientsäkerhet och en trygg arbetsmiljö. Utifrån detta förväntas en ökad stabilitet i arbetsgruppen framåt.

Ökade behov av hjälpmedel identifierades föregående år, och har fortsatt även under 2021. Orsakerna till detta är flera. Gamla övertagna hjälpmedel från regionen har behövt bytas ut och ett antal kostsammare specialhjälpmedel har behövt beställas. Åtgärder har vidtagits för tydligare uppföljning- och beslutsunderlag.

Vuxen

Verksamhetsområde vuxen visar ett överskott med +2,6 mnkr. Inom gemensamma resurser har bland annat ett fortsatt framgångsrikt arbete med att se över andrahandskontrakten lett till ett plusresultat. Översynen har bland annat lett till att många personer har kunnat få egna förstahandskontrakt.

Inom processen möjliggöra ett liv fritt från riskbruk och missbruk redovisas ett underskott för köp av externa platser. Ärendenas komplexitet har gjort att behoven inte till fullo kunnat tillgodoses inom de insatser som finns inom socialtjänsten utan externa behandlingsplaceringar har varit nödvändiga i flera fall. Vissa placeringar är samfinansierade av regionen. Trenden visar att placeringstiden är genomsnittligt kortare än tidigare år. Under slutet av året har en uppgång skett avseende placeringar på eget HVB-hem. Kompletterande utbildning i ASI har gjorts under året så att samtliga handläggare kan utreda enligt modellen. Detta gör att individens behov kan bli mer grundligt utredda och kartlagda, och att planering och utformning av stöd och behandlingsinsatser blir bättre.

Processområdet Verka för att vuxna med psykisk funktionsnedsättning ska kunna leva som andra hamnar sammantaget på ett överskott. Personalkostnaderna genererar överskott tack vare arbete med planering av arbetstid och minskad sjukfrånvaro. På grund av pandemin har man arbetat med att planera om insatser och bemanning. En ökad komplexitet märks i brukarnas behov med t.ex. svårhanterad missbruksproblematik. Inget betalningsansvar gentemot Regionen har fallit ut under 2021 utan med effektiva arbetsätt har kommunen kunnat möta upp behoven snabbt på hemmaplan vid utskrivningar från slutenvården. Budgeterade medel för köp av korttidsplats visar överskott eftersom behovet har kunnat lösas inom befintlig verksamhet.

Processen utreda och bedöma rätt till ekonomiskt bistånd visar ett överskott. Personalkostnaderna visar ett överskott, men försörjningsstödet har ökat och visar underskott. Ärendemängdsmässigt så har det inte skett någon stor ökning i inflödet, däremot ser man att de nya ärenden som inkommer utgörs av personer som riskerar att vara i behov av bistånd under en längre tid. Nya ärenden är framför allt nyinflyttade till kommunen med insatsbehov från fler enheter. Den ökade andelen utbetalat bistånd kan bland annat förklaras med begränsningar i arbetsmarknadsåtgärder och i företags inställning att ta emot personer under pandemin. Omställning på AF påverkar också socialförvaltningens grupper negativt, då många som är aktuella för försörjningsstöd också är i behov av stöd från AF för att komma vidare.

Inom processen möjliggöra för kvinnor och män att leva i relationer fria från våld har budgeterade medel inte varit tillräckliga för 2021. Underskottet beror på kostnad för köp av placering på skyddat boende/kvinnojour. Då dygnskostnad för skyddat boende kan vara hög, rör det sig inte om en så betydande avvikelse mot budgeterade medel utifrån ärendeantal. Verksamheten arbetar primärt med att lösa det akuta skyddsbehovet genom placering i jourboende i egen regi och parallellt med detta ge stöd till den våldsutsatta att finna en mer långsiktig och trygg lösning där den enskildes nätverk och resurser tas tillvara på ett optimalt sätt.

Investeringsredovisning

År: 2021 Ansvar: 20 SOCIALNÄMND Projekttyp: Investering Enhet: Tkr

Investeringsredovisning nämnd	Budget VR dec 2021	Utfall VR dec 2021	Avvikelse
Inkomster			
Utgifter	1 400	1 115	285
Summa NETTOINVESTERINGAR	1 400	1 115	285

Investeringsbudgeten har använts till att färdigställa gruppbostad Södra Långgatan, renovering av gemensamhetslokal och personalutrymme i befintlig bostad, uppdatera passersystem samt åtgärder för värmeutsatta boende.

Personalredovisning

Personalsammansättning

Period: december År: 2021

	2020	2020	2021	2021
	Antal personer	Antal årsarbetare	Antal personer	Antal årsarbetare
Kvinnor	767	762.9	768	764.7
Män	259	256.8	259	257.3
Totalt	1 026	1 019.6	1 027	1 021.9

Antalet anställda har under några års tid minskat. Under 2021 är antalet anställda i princip oförändrat jämför med föregående år. Socialnämnden har under 2021 inte genomfört några stora förändringar som har påverka antal medarbetare.

Personalrörlighet

Under de senaste åren har personalomsättningen sjunkit. Personalomsättningen under 2021 var 4,9 procent och är något lägre än föregående år. Under perioden 2016–2019 låg personalomsättningen på ca 7 procent årligen. Det finns i nuläget inget som tyder på att personalomsättningen kommer att öka markant under 2022.

Personalrörligheten påverkas ständigt av att våra verksamheter ökar och minskar i omfattning. Pandemin kan vara en del i den lägre rörligheten då detta inneburit oro för många. Det är troligt att färre personer har sökt sig till annat arbete under denna period.

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

Förändringen kan innebära att fler medarbetare väljer att arbeta längre och i så fall skjuts stora avgångar på framtiden. Under de kommande åren fyller mellan 10 och 30 personer per år 65. Under 2028 är det 40 personer som blir 65 år och skulle då kunna välja att gå i pension och därmed avsluta sin anställning. Väljer några av dessa att i stället arbeta längre sprids avgångarna över flera år. Mellan 2022 och 2028 förväntas, enligt prognosen, 163 personer gå i pension med pensionsålder 65 år. Motsvarande siffra är 94 personer om pensionsåldern i

stället är 68 år. Pensionsavgångar under 2022 kräver inga särskilda åtgärder eller förberedelser.

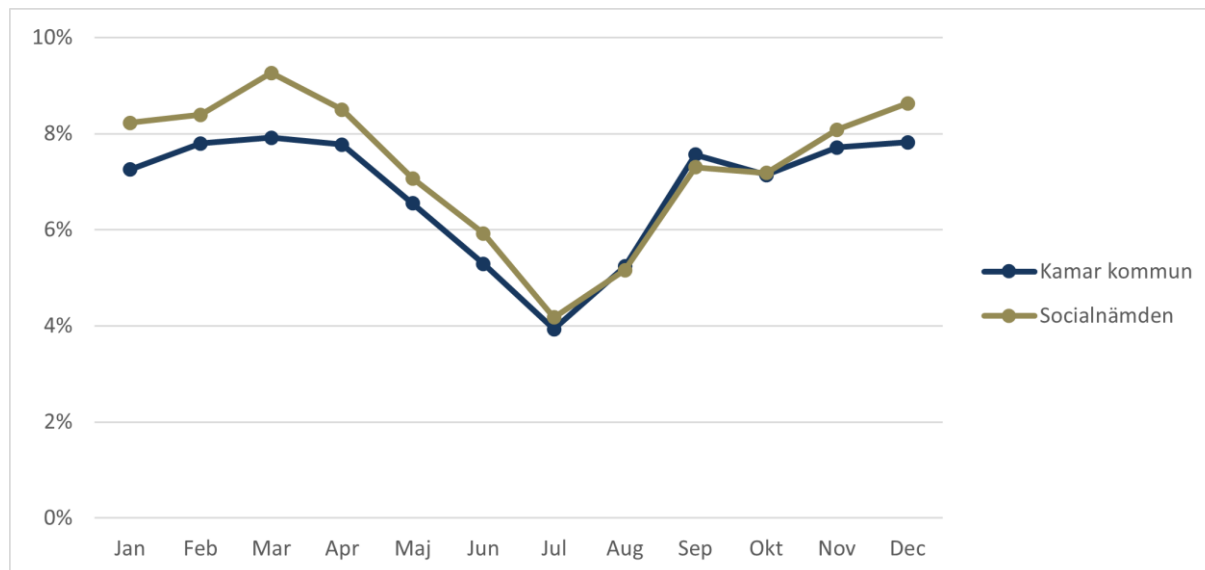
Sjukfrånvaro

Period: januari-november År: 2021

	Sjukfrv ack kalenderår	%, valt	Sjukfrv ack kalenderår	%, valt	Sjukfrv ack kalenderår	%, valt	Sjukfrv ack kalenderår	%, valt
	2018		2019		2020		2021	
Kvinnor		7.82%		8.54%		9.42%		7.85%
Män		4.53%		3.91%		5.94%		4.98%
Totalt		6.92%		7.33%		8.50%		7.10%

Den ackumulerade sjukfrånvaron i november 2021 var 7,1 procent. Motsvarande värde för 2020 var 8,5 procent. Den korta sjukfrånvaron steg markant under förra året och har som väntat sjunkit under 2021. I november 2020 var den korta sjukfrånvaron 4,85 procent och i november 2021 hade den sjunkit till 3,95 procent. Minskningen beror till stor del på pandemin och dess svängningar. Den ackumulerade sjukfrånvaron har, trots pågående pandemi, återgått till de nivåer som rådde före 2020.

Ett av kommunens övergripande mål för 2021 var att antal långtidssjukskrivna ska minska. I november 2020 hade 65 personer varit sjukskrivna fler än 59 dagar. I november 2021 var motsvarande siffra 54 personer. Minskningen med 11 personer beror möjligen på målsättningen men på grund av pandemin är det svårt att dra några säkra slutsatser.



Socialförvaltningens sjukfrånvaro månad för månad följer den sammantagna sjukfrånvaron i Kalmar kommun. Första halvåret har socialförvaltningens en något högre sjukfrånvaro för att efter semesterperioden följa kommunens sjukfrånvaro.

Förutom att pandemin har påverkat sjukfrånvaron har även arbetet med olika åtgärder för att sänka sjukfrånvaron inte kunnat fortgå som vanligt. Det är fortsatt angeläget för socialnämnden att identifiera och genomföra effektiva åtgärder för att minska sjukfrånvaron.

Under 2022 fortsätter olika utbildningsinsatser till framför allt chefer men även skyddsombud inom området systematisk arbetsmiljö och rehabilitering.

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

Rekrytering

I samtliga påbörjade rekryteringar på förvaltningen har vi kunnat rekrytera den kompetens som vi eftersökt.

Inom socialförvaltningens område publicerades 30 annonser där vi sökte 54 medarbetare. Sammanlagt rekryterades 78 personer. Totalt antal sökande till samtliga tjänster var 1927 varav 1331 kvinnor.

Kompetensförsörjning

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

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

Arbetsmiljöhändelser

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

Under 2021 anmäldes följande:

Arbetsmiljöhändelse	2020	2021
Riskobservationer	32	35
Tillbud	327	298
Olycksfall	59	110
Färdolycksfall	4	5
Arbetssjukdom	7	9

Antal tillbud som rapporterats har minskat jämfört med förra året. Den kategori av händelser som är vanligast är hot- och våldssituationer. Det kan röra sig både om uttalade hot och situationer med brukare i vårdnära arbete. Vi kan konstatera att under året har fler olycksfall anmälts medan tillbuden har minskat.

Oväntat få av de anmälda arbetsmiljöhändelserna har koppling till covid-19, d.v.s. att medarbetare har smittats eller kan antas ha blivit smittade av covid-19. Endast sex av

tillbudena och ett av olycksfallen kan kopplas till covid-19. Slutsatsen är att de basala hygienrutinerna har följts och de åtgärder som satts in i olika skeden under pandemin har haft effekt.

Medarbetarenkät

Under hösten 2021 genomfördes medarbetarenkäten. Enkäten innehöll delvis samma frågor som tidigare år men med färre frågor. Ett nytt sätt att distribuera enkäten gör att resultatet inte innehåller detaljerade uppgifter om svarsfrekvensen. 847 personer har svarat och i november 2021 när enkäten genomfördes var ca 1100 personer anställda i förvaltningen.

Enkätens består av två delar. Den första delen innehåller frågor kopplade till kommunens OSA- mål, (organisatorisk och social arbetsmiljö). Den andra delen mäter hållbart medarbetarengagemang - HME. Socialförvaltningen har sammantaget höga värden men när det gäller arbetstid och arbetsbelastning finns det anledning att undersöka behov av åtgärder. Resultatet visar att medarbetare upplever att det inte finns möjlighet att arbeta lugnare efter intensiva perioder eller tid för återhämtning under arbetsdagen.

Av resultatet framgår att socialförvaltningens medarbetare i stor utsträckning anser att arbetet är meningsfullt och att man vet vad som förväntas i arbetet. Medarbetarna upplever också att närmaste chef visar förtroende och ger förutsättningar för att ta ansvar i arbetet. Den centrala samverkansgruppen kommer följa upp hur arbetet med enkätens resultat fortlöper i verksamheterna.

Kvalitet, styrning och kontroll

Socialnämnden upprättar varje år en kvalitetsberättelse. Kvalitetsberättelsen beskriver hur socialnämndens arbete med att utveckla verksamhetens kvalitet har bedrivits under föregående år, vilka åtgärder som vidtagits och vilka resultat som uppnåtts. Att upprätta en kvalitetsberättelse som motsvarar ovan beskrivning är en skyldighet enligt Socialstyrelsens föreskrifter för ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Kvalitetsberättelsen visar att socialnämnden överlag har en ändamålsenlig och effektiv verksamhet. Kvalitetsberättelsen återfinns i sin helhet som bilaga "Kvalitetsberättelse". Förvaltningen upprättar också en patientsäkerhetsberättelse enligt samma föreskrift. Innehållet i de två rapporterna kommer att redovisas särskilt för nämnden i mars.

Intern kontroll

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

Den samlade bedömningen efter den interna kontrollen 2021 är att de avvikelser som hittats har åtgärdats eller så finns planerade aktiviteter för hur riskerna ska begränsas framöver.

Det finns vissa brister i hanteringen av fakturor som avser representation, kurser och utbildning där uppgifter om syfte, deltagare inte angetts på rätt sätt. Fr o m oktober används ett nytt system för hantering av externa leverantörsfakturor, där anteckning inte är tvingande för kontot representation och kursavgifter vilket bidragit att kommentarerna saknas. Ytterligare information/utbildning ska ges till chefer.

Det finns även vissa avvikelser i tillämpningen av inköpsprocessen. Vissa inköp har exempelvis skett från leverantörer utan avtal med Kalmar kommun. Under 2022 ska beställningsportal införas vilket gör det lättare för de som beställer varor och tjänster att göra rätt. Fortfarande förekommer inköp med betalkort hos leverantörer där kommunen har ramavtal vilket medför att rabatter inte kan utnyttjas.

Inventering har skett av förvaltningens handkassar vilket resulterat i att ett antal har kunnat avslutas. Anledningen att det fortfarande finns handkassar i vissa verksamheter beror på att andra betalsätt inte kan användas vid vissa aktiviteter tillsammans med brukare.

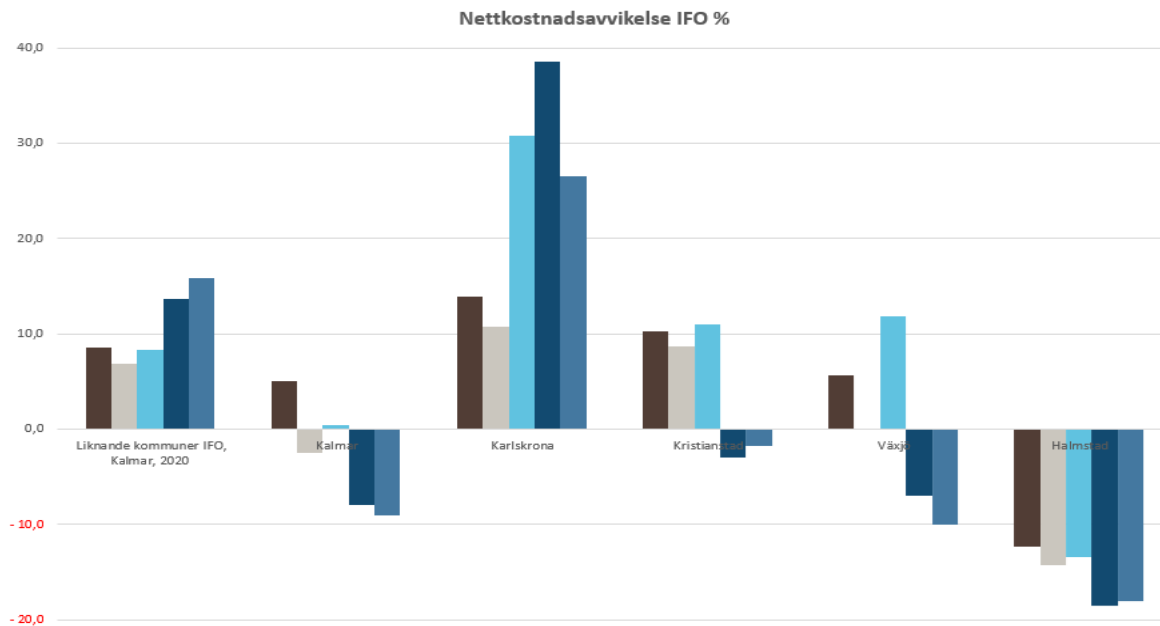
Handkassorna används också vid betalning av parkeringsavgifter. Strävan är att införa nyttoparkeringskort som kan användas vid tjänsteresor för personal inom vård och omsorg. Detta har ännu inte kunnat införas. Uppföljning av den interna kontrollen finns i bilaga 4.

Kompletterande jämförelse

Flera ekonomiska nyckeltal används i målarbetet för att följa hur kostnadseffektiva verksamheterna är och för att kunna jämföra Kalmar med andra kommuner. En del av nyckeltalen kommer ifrån kostnad per brukare (KPB) som är en metod för

kostnadsberäkning av insatser och verksamheter, och för hur insatser kan kopplas till brukare.

Som ett komplement till dessa mått som återfinns på andra ställen i denna rapport och tillhörande bilagor, redovisas här även nettokostnadsavvikelsen inom individ- och familjeomsorg. Nettokostnadsavvikelsen jämför nettokostnad med referenskostnad utifrån ett antal strukturella faktorer. Positiv avvikelse indikerar högre kostnadsläge än statistiskt förväntat, och negativ avvikelse ett lägre kostnadsläge än statistiskt förväntat. I Kalmar fortsätter utvecklingen från 2020 där vi ligger lägre än statistiskt förväntat, på -9 procent. Likartade kommuner inom IFO ligger på ett högre kostnadsläge än förväntat. Utfallet bland jämförelsekommunerna är blandat, både lägre och högre.



Socialtjänst av hög kvalitet 2021

Tertialuppföljning av nämndmålet
Socialtjänst av hög kvalitet



Kalmar kommun

Innehåll

FOKUSOMRÅDE - HÖG KVALITET I VÄLFÄRDEN	2
Långsiktigt mål - Socialtjänst av hög kvalitet.....	2
Kunskapsbaserad vård och omsorg.....	2
Säker vård och omsorg	6
Individanpassad vård och omsorg	13
Effektiv vård och omsorg	20
Jämlig vård och omsorg.....	34
Tillgänglig vård och omsorg.....	36

FOKUSOMRÅDE - HÖG KVALITET I VÄLFÄRDEN

I Kalmar ska allas liv präglas av trygghet, kvalitet, tillgänglighet och delaktighet. Invånare i Kalmar ska känna sig trygga med att kommunens välfärdsverksamheter alltid finns när enskilda behöver den och att verksamheten bedrivs med god kvalitet.

Långsiktigt mål - Socialtjänst av hög kvalitet

Socialtjänsten i Kalmar kommun ska leva upp till kvalitetsdimensionerna kunskapsbaserad, effektiv, säker, jämlik, individanpassad och tillgänglig.

Kommentar:

För att leva upp till en socialtjänst av hög kvalitet har socialnämnden brutit ner målet i sex långsiktiga kvalitetsmål. Ambitionen i kvalitetsmålen höjs för varje år. Inom alla målområden är utvecklingen positiv. I ett av målen når nämnden hela vägen fram medan övriga fem ligger nära årets uppsatta målvärden. Den sammanvägda bedömningen blir därför att Kalmar kommun har en socialtjänst av god kvalitet, men där ambitionen är att nå ännu längre.

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 arbetsätt och uppföljning för att stärka verksamhetens kompetens i att bedriva en evidensbaserad praktik där den bästa tillgängliga kunskapen, den professionelles expertis och den berörda personens situation, erfarenhet och önskemål vägs samman.

Ansvarig	Bedömning
Camilla Freedeke	● Helt uppfyllt

Kommentar:

Socialnämnden lever näst intill upp till målet om att ha en kunskapsbaserad vård och omsorg med, de för året, uppsatta ambitionerna. I vissa av indikatorerna uppnås dock inte målvärdena helt. Utvecklingen bedöms ändå vara god och målvärdena inom räckhåll. Två av indikatorerna som inte är uppfyllda bedöms som mindre betydelsefulla än den tyngre vägande indikatorn om kompetens utifrån bästa tillgängliga kunskap, varför den sammanvägda bedömningen blir att målet är uppnått.

Utvecklingsområde inom process *Leva som andra - Kompetens utifrån bästa tillgängliga kunskap*

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

Bedömning
● Delvis uppfyllt

Kommentar:

Den samlade bedömningen av utvecklingsområdets indikatorer är att det är mycket positivt att kompetens utifrån bästa tillgängliga kunskap är på plats genom att den omfattande kompetensutvecklingsinsatsen Pedagogiskt ramverk som verksamhetsområdets medarbetare och enhetschefer har genomfört. Det överväger det magra utfallet av övriga indikatorer. Genomförd kompetensutvecklingsinsats ligger i linje med målet om kunskapsbaserad vård och omsorg.

ORSAK: Då kompetensutvecklingsinsatsen genomfördes under tertial 3, ses ännu inga effekter gällande tillbud och händelserapportering.

ÅTGÄRD: Implementera och använda bästa tillgängliga kunskap i det pedagogiska ramverket under 2022. Följa upp och använda händelserapporteringen i förbättringsarbete samt följa utvecklingen av tillbudsrapporteringen.

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

SOC - Kompetens utifrån bästa tillgängliga kunskap

**Kommentar:**

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

SAMLAD BEDÖMNING FUNKTIONSSTÖD VUXEN (VC):

Indikatorn Kompetens utifrån bästa tillgängliga kunskap visar att samtliga verksamheter har deltagit i kompetensutvecklingsinsatsen Pedagogiskt ramverk. Indikatorns målvärde har uppnåtts.

ORSAK: Kompetensutvecklingsinsatsen har prioriterats och resurser har avsatts för att planera och genomföra den omfattande kompetensutvecklingsinsatsen.

ÅTGÄRD: Under 2022 är planen att bästa tillgängliga kunskap i det pedagogiska ramverket ska implementeras och användas i verksamheterna.

SOC - 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 visar att antalet tillbud ligger på samma nivå 2021 som 2020 vilket innebär att målvärdet inte uppnås.

ORSAK: Då kompetensutvecklingsinsatsen pedagogiskt ramverk har genomförts under tertial 3 är det troligt att effekten inte kan ses direkt utan möjligen i början av nästa år.

ÅTGÄRD: Implementera det pedagogiska ramverket under 2022 och följa hur det påverkar tillbuden.

SOC - 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 FUNKTIONSTÖD VUXEN (VC):

Indikatorn Ökat antal avvikelser som rapporterats utifrån utmanande beteende visar inget resultat.

ORSAK: Svårigheter att ta ut statistik i det nya händelserapporteringsystemet.

ÅTGÄRD: Under tertial 3 har uppföljning av händelserapportering i det nya systemet skett och beslut fattats att uppföljning även ska ske under våren 2022 för att få igång förbättringsarbetet utifrån inrapporterade händelser.

Övriga indikatorer kopplade till målet Kunskapsbaserad vård och omsorg

SOC - 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.

Samlad bedömning: Målet med individbaserad systematisk uppföljning är delvis uppnått då data samlas in på individnivå, analyser pågår men handlingsplaner utifrån resultaten är inte helt klara.

Orsak: Inom öppenvården pågår insamling genom bland annat nöjdhetsfrågor efter avslutad insats för att kunna se familjens upplevda effekt. Arbete pågår även med att samla in uppgifter kring uppfyllelse av de mål som satts i samband med beslut om insats samt orsaker när insatsen avslutas. En kvalitetsuppföljning har gjorts med föräldrar som har barn med beslut om korttidsvistelse. Resultatet har analyserats och lett till en indikator inom utvecklingsområde Barn och föräldrar är aktiva medskapare under 2022. Aktiviteter kommer att tas fram på respektive enhet.

Uppföljning av blivande adoptivföräldrars upplevelse av utbildning har visat på ett behov av att ge deltagarna en större möjlighet att vara mer aktiva och nöjda med sin egen insats i vid utbildningstillfällena. Resultatet har lett till indikator för 2022.

Åtgärd: Fortsätta att systematiskt samla in uppgifter från den enskilde för att utifrån resultat kunna forma aktiviteter för förbättring.

SOC - 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: Resultaten visar på god måluppfyllelse då alla beslut i Procapita är uppföljda enligt plan.

Orsak: Det finns en plan som handläggarna följer. Handläggarna samarbetar och stöttar varandra för att arbetet skall fortsätta i positiv riktning.

Åtgärd: Inom handläggarnas team finns en checklista som systematiskt följs upp så att arbetet fortskrider som bestämt.

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

SAMLAD BEDÖMNING:

Målet ej uppnått men implementeringen av metoden går ständigt framåt. Boendestödsbesluten är uppföljda och överlagda i nytt verksamhetssystem. 51 bostadsbeslut finns kvar i ProCapita.

ORSAKER:

En handläggare har under hösten varit sjukskriven och flera planerade uppföljningar har fått ställas in/skjutas upp. Fortsatt svårighet att boka in uppföljningsmöten på grund av pandemin och dels tider då kontaktmän, företrädare etc har möjlighet att delta.

ÅTGÄRDER:

En utökning av bemanningen i handläggargruppen är gjord men har inte givit effekt ännu. Prognosen är att effekt kommer ske när de två medarbetarna som började i juni 2021 är på plats och lärt sig system, IBIC och annat som ingår i uppdraget som biståndshandläggare.

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

**Beskrivning:**

Indikatorn syftar till att se hur väl Individens Behov i Centrum (IBIC) är implementerat som vårt arbetssätt när vi planerar, utför och dokumenterar stöd till de vi är till för.

Kommentar:

Målvärde: Alla ska ha en påbörjad genomförandeplan enligt IBIC inom en månad.

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:

Merparten (87 %) av brukarna har en skapad genomförandeplan avseende nya eller uppföljda beslut enligt IBIC inom 3 månader.

ORSAK:

72 av 83 (38 kvinnor, 34 män) har en genomförandeplan inom 3 månader. Verksamheterna arbetar aktivt med genomförandeplaner, ombudsträffar, arbetsgrupper IBIC/LifeCare och utbildning.

ÅTGÄRD:

Fortsatt arbete med genomförandeplaner samt att fler personal kommer utbildas.

VO Funktionsstöd vuxen

Indikatorn Individens behov i centrum styr vårt arbete i våra stödinsatser visar att implementeringen sker i takt med uppföljning av beslut och utbildningsinsatser. Engagemanget och intresset har växt. Ingen statistik redovisas i förhållande till målvärde då det kräver stor handpåläggning i varje enskild ärende för att se hur det går i förhållande till målvärdet.

Ingen förändrad historik att visa

SOC - 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 (via SKR) samt internt utvecklingsarbete har lett till att målet kunskapsbaserad vård och omsorg uppnått. Enkäten visar en ökad kunskap om hur samtal med barn ska bedrivas.

Orsak: Utbildningen Samtal med barn gav en god teoretisk och praktisk grund att stå på. Den har stärkt handläggarnas tidigare kunskap om samtal med barn. Familjerättens eget utvecklingsarbete, med att gå igenom strukturen på samtalen samt titta på och gemensamt bestämma vilka frågor som ska ställas till barnen samt hur barnens svar ska tas tillvara och redovisas, har haft en positiv inverkan.

Åtgärd: Fortsätta att ta till sig kunskap som förbättrar och utvecklar verksamheten när det gäller samtal med barn

SOC - 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 haft en plan för årets

kompetensutveckling och till stor del kunnat genomföra dessa. 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 under 2022 är att kartlägga och planera kompetensinsatser gällande våld för olika personalgrupper både inom VO Vuxen och övriga VO.

SOC - Individanpassat stöd genom metoden Förutsättningar inför arbete (FIA)



Beskrivning:

Syftet med indikatorn är att ge en samlad bild av en persons förutsättningar och behov av stöd inför arbete. Möjliggör en individuell anpassning av krav och insatser samt involverar klienten i förändringsarbetet.

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 under 2022.

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.

Ansvarig	Bedömning
Camilla Freedeke	Delvis uppfyllt

Kommentar:

Utvecklingen inom målet har varit positiv det senaste tertialet men socialnämnden har fortsatta utmaningar inom området, främst inom Hälso- och sjukvården som har stort förbättringspotential när det gäller det systematiska patientsäkerhetsarbetet. Grunden har lagts under året för att sådana förbättringar ska kunna påbörjas under 2022.

Utvecklingen att säkra placerade barns rätt till den vård och omsorg som de har rätt till har varit mycket god under det sista tertialet. Målet bedöms därför i sin helhet som delvis uppnått samt med en positiv trend.

Utvecklingsområde inom process Trygga säkra barn - Placerade barn

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

Bedömning

Helt uppfyllt

Kommentar:

Målet med utvecklingsområdet är att vi ska säkra att placerade barn får den vård och omsorg som de har rätt till.

Samlad bedömning: Många av de placerade barnen har ett tryggt boende och i stort sett alla får idag sin hälsa och munhälsa undersökt så att eventuella insatser kring hälsan kan tillgodoses. Arbetet med att minska placeringar i konsulentstödda familjehem har gått enligt plan. Den stora utmaningen är att minska antalet oplanerade avslut i familjehem där det skett en ökning och 55 % av avslutade placeringar under senaste kvartalet har berott på sammanbrott i familjehemmet.

Orsaker: Ett intensivt och strukturerat arbete gällande placerade barn har pågått under året vilket syns i det positiva resultatet. Däremot har den allmänna bristen på familjehem lett till fler misslyckade matchningar och familjehemmen har inte haft insikt i vad uppdraget innebär för dem som familj. Flertalet har inom en kort tid sagt upp sina uppdrag med omedelbar verkan. Bristen på familjehem har lett till att oerfarna familjehem har behövt anlitas

Åtgärder: Aktivt arbeta med att rekrytera och stödja familjehem som klarar barn med funktionsnedsättningar samt barn med komplexa behov. Fortsätta överväga nätverksplaceringar. Utveckla samverkan internt när det gäller stöd till föräldrar som har barn med funktionsnedsättningar för att om möjligen minska behovet av en familjehemsplacering i framtiden.

Indikatorer kopplade till utvecklingsområde inom process Trygga säkra barn - Placerade barn

SOC - Placeringar som avbrutits oplanerat – familjehem



Kommentar:

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

Samlad bedömning: Målet ej uppnått. Av de avslutade familjehemsplaceringarna under tertial 3 är 55 % oplanerade och beror på någon form av sammanbrott.

Orsak: Brist på familjehem har lett till fler misslyckade matchningar, familjehemmen har inte haft insikt i vad uppdraget innebär för dem som familj. Flertalet har inom en kort tid sagt upp sina uppdrag med omedelbar verkan. Brist på familjehem har lett till att oerfarna familjehem fått användas.

Åtgärd: Förbereda familjehemmen mer på vad den första tiden i ett familjehem kan innebära. Ge mer information till familjehemmens biologiska barn. Följ framtagna plan och kontinuerligt utveckla arbetet med rekrytering och stöd till familjehem. Ta fram en plan för utveckling av stöd till nätverksplaceringar.

SOC - Placeringar som avbrutits oplanerat – HVB



Kommentar:

VO Barn och familj

Samlad bedömning: 17 % av avslutade HVB-placeringar har avbrutits oplanerat under tertialet (3 av 17)

Orsak: Riskbedömningar har gjorts vid placering på HVB och öppna HVB har valts före SIS-institutioner utifrån de risker en SIS-placering kan innebära. Alternativa lösningar på hemmaplan har ökat. Barn och ungdomar som placeras på HVB har en komplex problematik, och matchningen till ett HVB som kan möta alla behoven kan vara svår. Bristande förmåga att möta den unges beteende har varit orsak till de placeringar som avbrutits.

Åtgärd: Fortsätta att arbeta med det processororienterade 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. Fortsätta arbeta med riskbedömningar inför varje ny HVB-placering.

SOC - 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: Målet är uppnått då det skett en stor minskning av nya placeringar i konsulentstödda familjehem (9%). 25 placeringar har gjorts i egna familjehem under perioden och 3 har gjorts i konsulentstött familjehem. De placeringar som gjorts i konsulentstödda familjehem har varit befogade utifrån vårdbehov och egna alternativ har inte kunnat matcha barnens behov.

Orsak: Aktivt arbete med att rekrytera interna familjehem även för barn med komplexa behov.

Åtgärd: Fortsätta att arbeta med utvecklingen av att bygga upp en organisation som kan stödja och arbeta aktivt med familjehem för att få dem att hålla över tid och även kunna placera barn med mer komplexa behov. Göra en plan för att lyckas öka rekryteringen av familjehem i egen regi.

SOC - 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: 8 barn i konsulentstödda familjehem har varit placerade i över två år och 5 av dessa barn har eller är på gång att gå över till egen regi. 2 barn blivit vårdnadsöverflyttade, för 2 barn är avtal skrivna för övergång till egen regi från 2022-01-01. För ytterligare 1 barn har arbetet med övergång till egen regi påbörjats, men på grund av sjukdom har arbetet pausats.

Orsak: Aktivt arbete har pågått för att i någon form få placeringar att övergå i egen regi. Trots att konsulentstödda familjehem ofta har uppdrag mot flera kommuner genom samma konsulentorganisation så föredrar de att ha kontakt med en konsulent istället för flera uppdragsgivare. Målet har trots allt kunnat uppnås då ett barn har övergått till egen regi genom att det gjorts en vårdnadsöverflytt till familjehemmet.

Åtgärd: 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. Under 2022 kommer antalet vårdnadsöverflyttningar följas med en egen indikator.

SOC - 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: I stort sett alla barn som placerats har erbjudits en hälso- och munhälsoundersökning (100 % hälsoundersökning och 95 % munhälsoundersökning). Målet bedöms därför vara uppfyllt.

Orsak: Under tertial 3 har rutinen för att genomföra och dokumentera hälso- och munhälsoundersökningar följts och gått igenom systematiskt på alla enheter.

Åtgärder: Fortsätta följa rutinen i alla nya placeringar och hålla i kontrollfunktionen vid

överlämningar av placeringar. Fortsätta att följa resultatet med särskilt fokus på munhälsoundersökningar.

SOC - Ökat antal nätverksplaceringar



Kommentar:

Målvärde: Antalet nätverksplaceringar ska vara lika eller högre än motsvarande period 2020. För perioden januari-november 2021 är andelen nätverksplaceringar i genomsnitt 11%. För samma period 2020 var den siffran 14%.

VO Barn och familj

Samlad bedömning: Antal nätverksplaceringar har minskat något och är lägre än år 2020 - målet uppnås därför inte helt.

Orsak: Analysen av genomförda placeringar visar att det har inte bedömts vara lämpligt med nätverksplacering i det akuta skedet. Det aktiva arbetet med nätverket leder ibland till att en placering går att undvika, vilket i sin tur påverkar indikatorns resultat. Detta är ju å andra sidan för barnet en positiv effekt av nätverksarbetet.

Åtgärder: Fortsätta att alltid överväga nätverksplaceringar och förbättra våra arbetssätt med att involvera nätverket mer i samband med placering för att se om placeringen kan övergå till nätverket. Undersöka vilket eventuellt stöd nätverket skulle kunna behöva för att kunna vara ett lämpligt nätverkshem.

Utvecklingsområde inom process Tillgodose behov av hälso- och sjukvård - Ökad patientsäkerhet

Vi ska utveckla patientsäkerheten för dem vi finns till för.

Bedömning



Ej uppfyllt

Kommentar:

Den samlade bedömningen av VO HSL och processen "tillgodose behov av hälso- och sjukvård" är att påbörjat utvecklingsarbete i patientsäkerhet (med implementeringen av nationella handlingsplanen i patientsäkerhet samt genomförande av nulägesanalys) tydliggör befintliga brister i patientsäkerhetsarbetet. Långsiktighet och strategiska analyser har varit i fokus under året snarare än fragmenterade åtgärder, vilket förklarar varför målvärdena för de enskilda indikatorerna inte uppnåtts. Minskad fragmentering av åtgärder och ett mer systematiskt och samordnat arbete kommer att leda till en säker vård genom hela vårdprocessen. Det strategiska utvecklingsarbete som är gjort under året, ger således goda förutsättningar för att på ett strukturerat sätt stärka patientsäkerheten under kommande år.

Orsak till nuläge: Implementeringsarbetet med Socialstyrelsens nationella handlingsplan i patientsäkerhet "Agera för säker vård" och dess nulägesanalys, har under året 2021 genomförts på socialförvaltningen samt i samarbete med omsorgsförvaltningen och Region Kalmar. Nulägesanalysens resultat påvisar processens främsta hinder, utmaningar och möjliggörare vilka har legat till grund för framtagande av kommande målarbete VP 2022, utvecklingsområden och indikatorer. Implementeringen av den nationella handlingsplanen kommer stärka kommunens patientsäkerhetsarbete, digitalisering, stödja omställningen till nära vård samt säkerställa en tillgänglig, effektiv, säker, kunskapsbaserad, jämlik, individanpassad hälso- och sjukvård. Arbetet med implementeringen samt resultatet från nulägesanalysen har skapat en grund för framtagandet av en lokal kommunal handlingsplan i patientsäkerhet samt gett förutsättningar för att koppla samman förvaltningens systematiska kvalitetsarbete med patientsäkerhetsarbetet. Nulägesanalysen har

övergripande påvisat vikten av att genomföra översynen "en socialtjänst, en hälso- och sjukvård" för att identifiera risker med den organisatoriska uppdelningen av hälso- och sjukvården mellan socialförvaltningen och omsorgsförvaltningen.

Åtgärder som behöver vidtas: Fortsatt arbete utifrån målarbete VP 2022 där utvecklingsområden och indikatorer har en tydlig och logisk koppling till nulägesanalysens resultat med främsta hinder och utmaningar. Genomföra presentation av socialförvaltningens och omsorgsförvaltningens gemensamma resultat av nulägesanalysen och därefter beslut om gemensamma åtgärder framåt. På sikt utforma kommunal handlingsplan i patientsäkerhet där principer, prioriteringar och målsättningar för patientsäkerhetsarbetet beskrivs som följer en riskmedvetenhet och proaktiv säkerhetsutveckling. Utforma patientsäkerhetsberättelse där innehållet beskriver önskvärd förflyttning av patientsäkerhet med koppling till resultatet i nulägesanalysen patientsäkerhet.

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

SOC - 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: Målvärde ej uppnått. Medarbetare inom hälso- och sjukvårdsteamet har inte genomfört auskultation under tertial 3. Pågående nulägesanalys i patientsäkerhet har analyserat grundläggande förutsättningar såsom adekvat kunskap och kompetens samt hälso- och sjukvårdsteamets yrkesmässiga kompetenssammansättning. Resultatet påvisar bland annat behov av kunskapshöjande insatser inom patientsäkerhet på förvaltningen.

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

Åtgärd: Målarbete VP 2022 - indikator; ökad kunskap om patientsäkerhet. Kompetensförsörjningsplan utformas för respektive målgrupp med kunskapshöjande insatser som utförs brett över samtliga VO under 2022. Nulägesanalysens resultat används som underlag för åtgärdspaket med kunskapshöjande insatser såsom Socialstyrelsens utbildning i patientsäkerhet utifrån handlingsplanen "Agera för säker vård", vårdskador, risk- och händelseanalyser samt basala hygienrutiner.

SOC - Jämlig vård och hälsa med samordning



Kommentar:

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

Samlad bedömning: Statistik avseende SIP saknas. Tillförlitlig bedömning avseende antal SIP kan därmed inte göras.

Orsak: Struktur för att säkerställa systematik avseende datainsamling såsom SIP saknas.

Åtgärd: Målarbete VP 2022 - indikator; implementera årshjul i patientsäkerhet - säkerställer vilka mätningar och aktiviteter som ska genomföras. Ökad samordning och planering med delaktiga och medskapande patienter och närstående - skapar förutsättningar för ett dagligt patientsäkerhetsarbete och en nära vård med aktiva medskapare där vård- och omsorgsinsatser samordnas genom exempelvis SIP, teambaserade arbetssätt samt ändamålsenlig dokumentation.

SOC - Minskat antal allvarliga läkemedelsavvikelser



Kommentar:

Samlad bedömning: Målvärde ej uppnått. Nulägesanalysen i patientsäkerhet påvisar att avvikelserapportering inte genomförs i önskvärd omfattning vilket skapar ett mörkertal. Svårt att bedöma huruvida antal registrerade avvikelser speglar verklig situation. Urval och

begränsningar vid sammanställning ej konsekvent.

Orsak: Ändamålsenligt system, process och användarstöd för händelse- och avvikelserapportering HSL saknas. Sammanställning och tillförlitlig datainsamling saknas.

Åtgärd: Målarbete VP 2022, indikatorer: Ökad kunskap om vårdskador genom process för utredning av händelser – säkerställer systematik avseende avvikelserapportering, ökad kunskap om vårdskador genom digitalt avvikelssystem – säkerställer ändamålsenligt system samt ökad kunskap om patientsäkerhet – säkerställer kunskap om vårdskador. Även stärka analys, lärande och utveckling genom implementering av årshjul i patientsäkerhet.

SOC - 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 ej uppnått. 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 implementeringen av nationella handlingsplanen för patientsäkerhet samt dess nulägesanalys genomförts.

Orsak: Införandet av Senior Alert behöver kopplas och prioriteras som aktivitet utifrån nulägesanalysens resultat för att möta förvaltningens främsta hinder och utmaningar.

Åtgärd: Målarbete VP 2022, indikator: Implementering av årshjul i patientsäkerhet. Genom årshjul säkerställa struktur och systematik för aktiviteter däribland införandet och användning av kvalitetsregister såsom Senior Alert.

SOC - Stärkt hälsa genom vårdplan



Kommentar:

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

Samlad bedömning: Målvärdet ej uppnått. Arbetet med upprättande av vårdplan har inte påbörjats. Behov av samlat införande och rutiner för detta.

Orsak: Orsaker analyserats i nulägesanalysen för patientsäkerhet; tillförlitliga och säkra system och processer saknas såsom ändamålsenlig dokumentation, journalsystem, kartlagd HSL-process, gemensamma verktyg, metoder och arbetssätt. Bristfällig samordning och informationsdelning mellan vårdaktörer. Struktur för patientens medverkan och delaktighet i vården saknas.

Åtgärd: Målarbete VP 2022, indikatorer: Tillförlitliga och säkra system och processer genom kartlagd HSL-process - skapar en säker, tillförlitlig, ändamålsenlig och sammanhållen hälso- och sjukvård på socialförvaltningen med fokus på patientens väg genom vården. Skapar förutsättningar till följsamhet av rekommenderade rutiner, processer och överenskomna arbetssätt såsom att alla patienter ska ha en vårdplan. Ökad samordning och planering med delaktiga och medskapande patienter och närstående - skapa förutsättningar för ett dagligt patientsäkerhetsarbete och en nära vård med aktiva medskapare där vård- och omsorgsinsatser samordnas genom till exempel vårdplan.

Övriga indikatorer kopplade till målet Säker vård och omsorg

SOC - Barnets bästa har beaktats vid domslut



Beskrivning:

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

Kommentar:

VO Barn och familj

Samlad bedömning: I 80 % av domarna har tingsrätten följt familjerättens förslag. Av 25 domar som har kommit till familjerätten under 2021 har tingsrätten följt familjerättens förslag i 20 stycken.

Orsak: Familjerätten gör genomarbetade utredningar och arbetar på ett strukturerat och

kvalitativt sätt. I alla VBU-utredningar arbetar man två handläggare. Detta garanterar att man kan hålla sig objektiv, arbeta effektivt och få utredningsprocessen att löpa på. Möjlighet att kontinuerligt reflektera och få stöd av varandra ökar kvaliteten och tryggheten i arbetet.
Åtgärd: Fortsätta att ta upp varje utredning som närmar sig avslut på BHK för att gemensamt titta på bedömning och förslag till beslut.

SOC - 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 Vuxen/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, T2 och T3 har 135 personaktsgranskningar genomförts. 83 riskanalyser har gjorts i dessa ärenden, dvs 61 %. Av dessa var 30% kvinnor och 28 % män, annan könsidentitet 1 %. 2 % inget uppgett.

ORSAKER:

Arbets sättet gällande riskanalyser upplevs svårt. Ökad kunskap och förståelse för syfte och mål behöver förtydligas.

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.

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



Kommentar:

MÅLVÄRDE: 100% av avvikelserna har identifierat förbättringspunkter.

VO Vuxen

Samlad bedömning: Antalet inkomna rapporter för hela VO Vuxen är under perioden 61 st (22 avslutade) vilket visar på ett fortsatt ökat användande av händelserapportering. Implementering av nytt händelse system pågår vilket innebär att statistikuttaget inte alltid visar vilka åtgärder som är genomförda. Antalet STELLA-avvikelser (mellan kommun och region) är för VO Vuxen under året 10 stycken där samtliga är rapporterade från socialförvaltningen och orsaker är framför allt brister gällande samverkan och kommunikation. Lex Sarah-rapport har utretts inom VO Vuxen under 2021 gällande händelse i samband med LVM-omhändertagande.


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. Även i Lex Sarahn framkommer behov av tydligare samverkan med region samt polis kring LVM.

Åtgärd: Händelserapportering läggs in som återkommande punkt på ledningsgruppens APT för att lyfta oklarheter, påminna om att avsluta utredningar samt diskutera hur dokumentation behöver ske för att få ut informativ statistik. Genomgång av sammanställning på ledningsgruppsmöten kommer ske två gånger per år. Fortsatt diskussion med regionen kring STELLA avvikelssystemet på lokal och regional nivå. I Lex Sarah-utredningen beskrivs åtgärder som kommer följas upp under 2022.

Individanpassad 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.

Ansvarig	Bedömning
Camilla Freedeke	 Delvis uppfyllt

Kommentar:

Socialnämnden bedriver i stort sett en individanpassad vård och omsorg utifrån de mål och mått som satts upp för 2021. Mål om delaktighet har uppnåtts i processerna Trygga och säkra barn samt i Liv fritt från missbruk. I processen för Funktionsstöd vuxen uppnås inte den standard i genomförandeplanerna som eftersträvas, vilket innebär att utfallet för det utvecklingsområdet inte är acceptabelt.

Utvecklingsområde inom process Leva som andra - Genomförandeplaner

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

Bedömning
 Ej uppfyllt

Kommentar:

SAMLAD BEDÖMNING VO FUNKTIONSSTÖD VUXEN (VC):

Den samlade bedömningen av utvecklingsområdets indikatorer är att endast hälften av de granskade genomförandeplanerna uppnår den standard som eftersträvas i genomförandeplanerna vilket innebär att utfallet inte är acceptabelt. Effekten på målet om Individanpassad vård och omsorg kan således sägas vara hälften så stor som önskvärt.

ORSAK: Det förekommer flera orsaker bl.a. avbrott i insats p.g.a. pandemin eller avsaknad av genomförandeplan.

ÅTGÄRD: Vara uthålliga, ta tillvara på goda exempel och fortsätta med granskningen 2022 så att det säkerställs att alla individer har en aktuell genomförandeplan, som beskriver aktiviteter utifrån individens mål och som beskriver hur individen varit delaktig i planeringen av sitt stöd.

Indikatorer kopplade till utvecklingsområde inom process Leva som andra - Genomförandeplaner

SOC - Genomförandeplanen är aktuell	
-------------------------------------	---

Beskrivning:

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

Kommentar:

SAMLAD BEDÖMNING VO FUNKTIONSSTÖD VUXEN (VC):

Indikatorn genomförandeplanen är aktuell visar att målvärdet inte uppnås då endast hälften av alla

granskade genomförandeplaner är aktuella.

ORSAK: Det förekommer bl.a. att genomförandeplan saknas helt eller att enskilda individer har avbrott i sin insats, t.ex. p.g.a. pandemin.

ÅTGÄRD: Fortsätta med granskningen så att det säkerställs att alla individer har en aktuell genomförandeplan.

SOC - 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 FUNKTIONSSTÖD VUXEN (VC):

Indikatorn Genomförandeplanen beskriver aktiviteter utifrån individens mål visar att målvärdet inte uppnås då endast hälften av de granskade genomförandeplanerna har delmål beskrivna.

ORSAK: Det förekommer att det finns beslut som inte är uppföljda enligt IBIC vilket är en försvärande faktor. Det förekommer även avbrott i insatsen eller att plan saknas helt.

ÅTGÄRD: Fortsätta med granskningen så att det säkerställs att alla individers genomförandeplaner beskriver aktiviteter utifrån individens mål samt följa planen för implementeringen av IBIC.

SOC - 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 FUNKTIONSSTÖD VUXEN (VC):

Indikatorn Genomförandeplanen beskriver hur individen varit delaktig i planeringen av sitt stöd visar att målvärdet inte uppnås då inte ens hälften av de granskade genomförandeplanerna beskriver delaktigheten i planeringen av stödet.

ORSAK: Det förekommer bl.a. att genomförandeplan saknas helt eller att enskilda individer har avbrott i sin insats, t.ex. p.g.a. pandemin.

ÅTGÄRD: Fortsätta med granskningen så att det säkerställs att genomförandeplanerna beskriver hur individer är delaktiga i planeringen av stödet.

Utvecklingsområde inom process Trygga säkra barn - Barn och föräldrars delaktighet

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

Bedömning

Helt uppfyllt

Kommentar:

VO Barn och familj

Samlad bedömning: Målet med utvecklingsområdet att barn och föräldrar är mer delaktiga i processens alla delar är uppfyllt. Enkät efter barnsamtalsutbildning, brukarundersökningar och nöjdhetsfrågor efter avslutade insatser visar på goda resultat.

Orsak: Aktiviteter för att öka delaktighet pågår på alla enheter. Stort fokus har varit att öka kompetens och ge möjlighet till reflektion kring att samtala med barn. I utredningsarbetet tas

alltid hänsyn till familjens egna mål och arbete med förhållningssättet Signs of Safety fortsätter. Efter avslutade insatser får föräldrar svara på nöjdhetsfrågor som visar på goda resultat.

Åtgärd: Fortsätta arbetet med att utveckla delaktigheten och fullfölja framtagna aktiviteter.

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

SOC - 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: Målet är uppfyllt då enkät visar på att medarbetarnas kunskap om att samtala med barn har ökat. Den största ökningen är kring förståelsen för hur samtal påverkar barnets relation till sina närmaste omsorgspersoner och nätverk. Det mest positiva upplevda resultatet har varit möjligheten att reflektera kring barn och ungas olika förutsättningar i samband med samtal inom socialtjänsten.

Orsak: Samtliga enheter har genomgått eller är snart klara med barnsamtalsutbildningen. Erfarenhetsnivån på de som genomgått utbildningen varierar och det har medfört att för en del har det varit ny kunskap och för andra ett tillfälle att få utveckla och fördjupa kunskapen i gemensamma diskussioner.

Åtgärd: De enheter som inte slutfört utbildningen gör det under 2022.

SOC - 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

VO Barn och familj

Samlad bedömning: Målet är uppnått. Av 32 granskningar fanns endast en avvikelse för avsaknad av genomförandeplan. Inga avvikelser fanns rörande brist på delaktighet. Arbetet med delaktighet genom genomförandeplanering är väl förankrat och implementerat.

Orsak: Under året har alla enheter arbetat med att utveckla arbetet med genomförandeplanering. Alla medarbetare har kunskap i värdet av delaktighet i genomförandeplaneringen.

Åtgärd: Fortsätta att hålla i och utveckla arbetet med genomförandeplanen.

SOC - Upplevelse av stöd från socialtjänsten är god



Kommentar:

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: Brukarundersökningar och nöjdhetsfrågor visar överlag på en upplevelse av att stödet från socialtjänsten är gott.

Orsak: Flera olika aktiviteter har rapporterats och att man ser positiva resultat från brukarundersökningar och genomförda aktgranskningar. Information från nöjdhetsenkäter visar att resultatet ligger någonstans mellan 7-10 i nöjdhet i snitt.

Åtgärd: Fortsätta mäta upplevelsen av stöd med i kommande indikatorer precisera vilken fråga som ska mätas.

Utvecklingsområde inom process Möjliggöra utveckling - Barn och föräldrars delaktighet

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

Bedömning

 Delvis uppfyllt

Kommentar:

Målet med utvecklingsområdet är att göra barn och föräldrar delaktiga genom hela processen.

Samlad bedömning: Bedömningen är att barn och föräldrars delaktighet ökar i hela processen.

Orsak: Att barn och föräldrars delaktighet är hög visar sig genom både granskade utredningar och genomförandeplaner. Men hur den enskilde utövat inflytande över insatsen behöver förtydligas i dokumentationen.

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.

Under året har ett processteam arbetat i syfte att ta fram aktiviteter för att öka barns delaktighet

Åtgärd: Fortsätta att utveckla arbetet med att tydliggöra i dokumentationen på vilket sätt den enskilde varit delaktig i genomförandeplaneringen.

Starta en expertgrupp med barn för att öka delaktigheten på korttidsboende.

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

SOC - 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: 10 av 10 aktgranskningar visar att barnets bästa har beaktats vilket betyder en god måloppfyllelse.

Orsak: Det framgår tydligt att barnets bästa har beaktats. Det sker regelbundna diskussioner kring frågan och en metodutvecklare har kontinuerliga genomläsningar av dokumentation.

Åtgärd: Fortsätta att sträva efter att barnets bästa skall dokumenteras så lika som möjligt i utredningarna. Fortsätta implementering av frastext med hjälp av metodstödjare.

SOC - 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: Av samtliga 38 aktgranskningar som är gjorda är det 29 % som inte beskriver hur den unge varit delaktig. Däremot beskriver samtliga att den unge varit delaktig.

Orsak: Medarbetarna arbetar aktivt med att öka delaktigheten i genomförandeplaneringen. Delaktigheten bedöms som mycket hög men det syns inte alltid i dokumentationen hur den enskilde varit delaktig.

Åtgärd: Regelbundet lyfta frågan om vikten av att dokumentera på vilket sätt den enskilde varit delaktig i genomförandeplanen. Dokumentationsombuden skall ha fortsatta möten under våren samt att kontaktpersonerna har kontinuerlig kontakt med metodutvecklare.

SOC - Upplevelse av stöd från socialtjänsten är god



Kommentar:

Målvärde: Utfallet av brukarundersökning ska vara högre än senaste undersökning VO Barn och familj

Samlad bedömning: Då det inte gjorts någon brukarundersökning för barn på korttidsboende under 2021 finns det inget resultat.

Orsak: Beslut är taget att brukarundersökning enbart sker vartannat år. Arbete kring delaktighet har pågått under året. Under året har ett processteam arbetat i syfte att ta fram aktiviteter för att öka barnens delaktighet.

Åtgärd: Resultat i processteamet blev att en expertgrupp med barn startar under våren 2022 med syftet att öka barns delaktighet.

Utvecklingsområde inom process Ett liv fritt från missbruk - Brukardelaktighet

Vi ska utveckla vårt arbete med brukarinflytande och delaktighet

Bedömning



Helt uppfyllt

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. Tre av fyra indikatorer uppfyller målvärdet och har en ökad trend. En central aspekt av denna process är att matcha ihop socialtjänstens och övriga tillgängliga resurser med klientens förväntningar och omständigheter. Tydligt identifieras att med metodstöd och systematiska instrument så blir denna del lättare att arbeta med och blir en viktig del i arbetet. Med klienten som en nödvändig del och kunskapskälla då dennes tro på att en insats kan vara ett sätt att komma åt problemen kan både avgöra om insatserna är genomförbara och samtidigt skapar möjlighet för ett positivt resultat för den enskilde.

Fler brukare uppnår målen i sin genomförandeplan och vid varje livsområde identifieras risker som kan reduceras för den enskilde. I T3 ses att 90% av alla granskade genomförandeplaner är det tydligt hur den enskilde har varit delaktig och utövat inflytande. Inom öppenvården kompletterades brukarundersökningen med brukarrevision med ett mycket gott resultat. Majoriteten av brukarna är mycket nöjda och upplever att de blir väl bemötta av personalen. Alla känner att de kan framföra sina åsikter och blir lyssnade på. 93% känner att de kan påverka valet av sin insats och att det är lätt att komma i kontakt med enheten. Resultatet visade inga skillnader i vad män och kvinnor svarat.

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

SOC - 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 näst intill uppnått, 80%. Av 28 granskade genomförandeplaner (21 män och 7 kvinnor) i de tre verksamheterna var 25 nya eller uppföljda och i 20 av dessa har riskanalys gjorts med handlingsplan.

Orsak: 3 granskade genomförandeplaner var ej nya eller uppföljda därav ingen gjord riskanalys. 2 genomförandeplaner var enbart påbörjade och ingen riskanalys gjord vid tillfället för journalgranskningen. Riskanalys finns nu under varje livsområde i de nya genomförandeplanerna vilket är tydligare och underlättar identifiering av risker.

Åtgärd: Fortsatt arbete i grupperna på att alla nya eller uppföljda genomförandeplaner ska ha riskanalys och handlingsplan.

SOC - 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: I 38 av 42 (90%) granskade genomförandeplaner är beskrivet hur den enskilde varit delaktig och utövat inflytande, totalt 14 kvinnor och 28 män. I 2 ärenden var inte någon genomförandeplan upprättad. Uppmärksammar dock att i T2 var det samtliga (100%) som hade tydlig beskrivning kring delaktigheten men i detta fall ses inte det som någon större avvikelse då det fortfarande är ett mycket högt resultat.

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

Åtgärd: Fortsatt arbete med genomförandeplaner i arbetsgrupperna och i Processteamet. Dokumentationsombuden som ingår i gruppen kommer att vara ett stöd till sina arbetskamrater.

SOC - Ökat brukarinflytande



Beskrivning:

Indikatorn syftar till att brukarna får möjlighet att lämna synpunkter på innehållet i socialtjänstens insats. Utförs av egenerfarna 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

Liv fritt från missbruk

Samlad bedömning: Under våren gjordes en Brukarstyrd brukarrevision men pga smittoriskerna var ej revisorerna på plats för att kunna stödja brukarna vid oklarheter. Resultatet presenterades i oktober.

Orsak: Av de svarande var 67% män och 32,8% kvinnor. Den visade att "majoriteten av brukarna är mycket nöjda och upplever att de blir väl bemötta av personalen. Alla känner att de kan framföra sina åsikter och blir lyssnade på." 93% känner att de kan påverka valet av sin insats och att det är lätt att komma i kontakt med enheten. Resultatet visade inga skillnader i vad män och kvinnor

svarat.

Åtgärd: Att jobba vidare på att behålla det fina resultatet och att komplettera med en enkät för anhöriga under 2022.

SOC - 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).

Liv fritt från missbruk:

Samlad bedömning: Målvärde ej uppnått. Ingen utvärdering har genomförts ännu gällande liv fritt från missbruk utifrån att det varit för få svar 2020. 2021 var deltagandet 5 personer vilket är ett för litet underlag för att dra några slutsatser.

Orsak: Förändringar i organisation har gjorts vilket kan ha påverkat arbetet.

Åtgärd: Utifrån förändrad organisation får en plan tas fram hur brukarperspektivet ska beaktas.

Övriga indikatorer kopplade till målet Individanpassad vård och omsorg

SOC - 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: I stort sett alla barn svarar positivt på frågor om samtalen de deltagit i på familjerätten och de upplever att de fått vara delaktiga i vårdnad/boende/umgängesutredningar. Det är inga skillnader mellan pojkar och flickors uppfattning.

Orsak: Familjerätten har haft fokus på barns delaktighet i utredningar och det finns en levande diskussion hur man säkerställer delaktigheten. Man diskuterar hur och på vilket sätt barn får relevant information vid alla möten med familjerätten, hur och vilka frågor som ställs till barnet. Handläggarna är lyhörda för de funderingar som barn har under en utredning och hur tar man tillvara barnets åsikter.

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

Åtgärd: Fortsätta det pågående arbetet med barns delaktighet

Relationer fria från våld

Samlad bedömning: Målvärde ej uppnått. Ingen utvärdering har ännu genomförts gällande våldsutsattas upplevelse av stödet från socialtjänsten.

Orsak: Förändringar i organisation har gjorts vilket har påverkat arbetet.

Åtgärd: Utifrån förändrad organisation får en plan tas fram hur brukarperspektivet ska beaktas.

Ekonomiskt bistånd:

Samlad bedömning: 86% av de som svarat var 2021 nöjda med stödet vilket är en liten minskning från 2020. Det kan till viss del förklaras av att deltagandet var lägre vilket gör att varje svar ger större påverkan.

Orsak: Resultatet visar fortfarande på att de flesta är nöjda med det stöd de får från socialtjänsten. Medarbetare i processen har en bra arbetssituation och därför möjlighet att arbeta individanpassat med varje enskilt ärende.

SOC - Individbaserad systematisk uppföljning



Kommentar:

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

Relationer fria från våld

Samlad bedömning: Målvärde ej uppnått. En systematisk uppföljning av oregistrerade kontakter genomfördes från februari 2021 men på grund av förändringar i verksamheten våren 2021 så bromsades rutinen med registreringen upp.

Orsak: Vi genomförde en undersökning och sammanställer uppgifter kring de som ringer till oss och berättar om våldsutsatthet men som inte resulterar i något ärende hos nämnden. Vi sammanställer uppgifter om kontaktvägar, kontaktsökande, kön, ålder etc. Ingen uppföljning gällande upplevelsen av stöd eller effekt av stöd har påbörjats ännu.

Åtgärd: Fortsatt arbete med uppföljning av upplevelsen av stöd från socialtjänsten. Behov av lärande för användning av programmet SU-reg samt verktyget SUV och därefter bestämma vilka parametrar som ska följas och gentemot vilken målgrupp.

SOC - Delaktighet genom genomförandeplanering



Kommentar:

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

Samlad bedömning:

Målet är inte uppnått men utfallet visar på en hög delaktighet.

Orsak:

Sammanlagt för T1, T2 och T3 har 135 personaktsgranskningar gjorts (38 % kvinnor, 42 % män, 1% annan könsidentitet, 3 % odefinierade). I 84 % av dessa finns delaktigheten dokumenterad.

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 erbjuds kontinuerligt ombudsträffar med metod- och systemutvecklare och fortsatt dialog om vikten av brukarens delaktighet i verksamheterna.

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.

Ansvarig	Bedömning
Camilla Freedeke	Delvis uppfyllt

Kommentar:

Socialnämnden bedöms bedriva en effektiv vård och omsorg med högt uppsatta mål. Kostnader ligger på en acceptabel nivå i jämförelser med andra kommuner i de flesta fall. Målen om att insatser ska matcha behov uppnås inte helt med de ambitioner och mått som satts upp för 2021.

Utvecklingsområde inom alla processer - Möta den demografiska utvecklingen

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.

Bedömning

 Delvis uppfyllt

Kommentar:

Under 2022 behöver fler aktiviteter vara kopplade till hälsofrämjande insatser för en hållbar socialtjänst. Förebyggande och tidiga insatser i den nära vården är ett omställningsarbete som pågår och ska prioriteras för att socialtjänsten ska klara kommande behov. Det handlar om att skapa insatser som de enskilda kan använda inom egenvård samt fokusera på de insatser som leder till ytterligare självständighet och att kunna leva som andra.

Utvecklingsområde inom process Leva som andra - Insatser som matchar behov

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

Bedömning

 Delvis uppfyllt

Kommentar:

SAMLAD BEDÖMNING VO FUNKTIONSTÖD VUXEN (VC):

Den samlade bedömningen av indikatorerna inom utvecklingsområdet Insatser som motsvarar behov visar att läget är stabilt och trenden oförändrad men att det finns 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.

ORSAK: Implementeringen av IBIC påverkar positivt liksom pågående utvecklingsarbeten.

ÅTGÄRD: Fortsätta pågående utvecklingsarbete även under nästa år.

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

SOC - 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.

SAMLAD BEDÖMNING VO FUNKTIONSTÖD VUXEN (VC):

Indikatorn dygnskostnad bostad med särskild service visar att kostnaden ligger på ungefär samma nivå som föregående år och i genomsnitt lägre än KPB-kommunerna vilket innebär att målvärdet

uppnås.

ORSAK: Fler verksamheter än tidigare arbetar aktivt med rutnät för att kartlägga behov och resurser.

ÅTGÄRD: Fortsatt arbete med rutnätsmetodiken för att möta behov med rätt resurser samt fortsätta undersöka alternativa metoder för resursfördelning utifrån individens behov i centrum.

Kostnad 2021 (underlag 2020 2.307:-/dygn (jmf 2020 underlag 2019: 2.251:-/dygn)

KPB-snitt 2.728:-/dygn (underlag 2020), KPB-snitt 2020 (underlag 2019: 2.691:-/dygn)

Gruppbostad 3.478:- (underlag 2020) KPB-snitt Gruppbostad 2021 (underlag 2020) 3.508:-/dygn

Servicebostad 1.510:- (underlag 2020) KPB-snitt Servicebostad 2021 1.711:- (underlag 2020)

SOC - Dygnskostnad boendestöd



Kommentar:

MÅLVÄRDE: Dygnskostnad boendestöd ska ligga på medelnivå i Kostnad per brukare

SAMLAD BEDÖMNING VO FUNKTIONSSTÖD VUXEN (VC):

Indikatorn Dygnskostnad boendestöd visar att kostnaden ligger på ungefär samma nivå som föregående år och under genomsnittet för KPB-kommunerna samtidigt som antalet ärenden inom vo funktionsstöd vuxen ökar. Därmed uppnås målvärdet. Uppgifter i KPB visar även att Kalmar kommun har en liten andel boendestöd inom LSS-målgrupp i förhållande till kommunstorlek, varför antalet ärenden förväntas öka även under kommande år. Det ökade antalet ärenden under 2021 är kännbart inom organisationen och utvecklingsarbete har pågått med kartläggning av problem och fakta som inom kort kommer att leda till en åtgärdsplan.

ORSAK: Bra bostadsmix är effektivt och gynnsamt för dygnskostnaden, enligt uppgift i årets KPB-material, och merparten av boendestöden har sin anslutning till servicebostäder.

ÅTGÄRD: Fortsätta följa volymutvecklingen och dygnskostnaden kommande år samt arbeta med åtgärdsplanen kopplat till boendestöd.

SoL Boendestöd totalt 295 (funk 63) (2020 totalt 300, Funk 47)

Kostnad 2021 (underlag 2020: 453:-/timme) (jmf 2020 underlag 2019: 443:-/timme) KPB-snitt 2021 (underlag 2020 545:-/timme)

Genomsnittlig kostnad per brukare/år: 2021 (underlag 2020) 85.963:- (KPB-snitt: 74.448:-), 2020 (underlag 2019) 90.286:- (KPB_snitt: 67.500:-)

SOC - Dygnskostnad daglig verksamhet



Beskrivning:

KPB

Kommentar:

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 ligger på ungefär samma nivå som föregående år men något över medelvärdet för KPB-kommunerna vilket innebär att målvärdet inte uppnås.

ORSAK: Pågående utvecklingsarbete visar att det saknas flexibilitet inom verkställigheten för att snabbt möta behov och därmed använda resurserna effektivt.

ÅTGÄRD: Arbeta vidare med handlingsplanen som är under framtagande gällande flexibilitet och användande av resurser inom pågående utvecklingsarbete.

Antal beslut DV 381 (underlag 2020 375)

Kostnad 2021 (underlag 2020 588:-/dag med insats) (jmf 2020 underlag 2019: 587:-/dag med insats)

KPB-snitt 2021 (underlag 2020) 538:-/dag med insats. 2020 (underlag 2019) 528:-/dag med snitt.

SOC - 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 FUNKTIONSTÖD VUXEN (VC):

Indikatorn ökat antal som går till en mer självständig sysselsättning visar att det under året har skett en förflyttning mot mer självständig sysselsättning utifrån helheten och att fler har gått vidare till anställning i jämförelse med föregående år (även om antalet är relativt få). Målvärdet har därmed uppnåtts.

ORSAK: Ökat fokus på frågan om vad som är en mer självständig sysselsättning har gett en rörelse i positiv riktning även om arbetsmarknaden under pandemin inte varit ljus.

ÅTGÄRD: Fortsätta jobba med individernas genomförandeplaner utifrån IBIC och metoden Supported Employment så att alla som har en förmåga att ta steget vidare mot en mer självständig sysselsättning får möjlighet att göra detta. Fortsätta att motivera och jobba med de personer som har förmåga att kunna gå vidare långsiktigt.

SOC - Upplevelse av stöd från socialtjänsten är god

**Kommentar:**

MÅLVÄRDE: Utfallet av brukarundersökning ska vara högre än senaste undersökning

SAMLAD BEDÖMNING VO FUNKTIONSTÖD VUXEN (VC):

Indikatorn Upplevelsen av stöd från socialtjänstens är god visar ett bättre resultat i brukarundersökningarna gällande daglig verksamhet och boendestöd inom i stort sett alla frågor i jämförelse med de senaste brukarundersökningarna vilket innebär att målvärdet uppnås. När det gäller resultatet personlig assistans så har Kalmar sämre resultat än genomsnittet i riket.

ORSAK: Med anledning av pågående pandemi har svarsfrekvensen varit lägre än vid tidigare undersökningar varför det finns anledning att tolka resultatet med viss försiktighet.

ÅTGÄRD: Fortsätta skapa intresse för resultat i brukarundersökningar inom hela verksamhetsområdet som en grund för ett utifrån- och in-perspektiv.

SOC - Volymutveckling - Behov inom soc's ansvarsomr. matchas m ändamålsenl. 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 jfrt med samma period föregående år

SAMLAD BEDÖMNING VO FUNKTIONSTÖD VUXEN (VC):

Indikatorn Behov inom socialtjänstens ansvarsområden matchas med ändamålsenligt stöd visar att volymutvecklingen i fråga om andel (%) invånare med insatser enligt LSS ligger kvar på ungefär samma nivå som föregående år liksom kostnad funktionsnedsättning totalt i kronor/invånare enligt uppgifter i Kolada. Uppgifter i KPB visar även att kostnaderna ligger kvar på ungefär samma nivå som föregående år när det gäller grupp- och servicebostäder och daglig verksamhet enligt LSS samt boendestöd enligt SoL. Målvärdet att volymutvecklingen ska plana ut anses vara uppnått med anledning av att andelen personer med insatser legat stabilt sedan 2016.

ORSAK: Den utplanade volymutvecklingen torde hänga ihop med implementeringen av IBIC och pågående utvecklingsarbete inom utvecklingsområdet kortare utredningstid som även sätter ljuset på behovsbedömning över lag.

ÅTGÄRD: Fortsätta följa volymutvecklingen 2022 som processmått samt använda underlag om antal beslut och uppgifter från KPB och Kolada i förbättringsarbete.

Antal verkställda beslut och kostnaden

LSS Bostad: 317 (2020: 313) - (grupp- och servicebostad) Kostnad 2021 (underlag 2020 2.307:-/dygn (jmf 2020 underlag 2019: 2.251:-/dygn) KPB-snitt 2.728:-/dygn (underlag 2020), KPB-snitt 2020 (underlag 2019: 2.691:-/dygn)

SoL Bostad 69 (2020 70)

SoL Boendestöd totalt 295 (funk 63) (2020 totalt 300, Funk 47) Kostnad 2021 (underlag 2020: 453:-/timme) (jmf 2020 underlag 2019: 443:-/timme) KPB-snitt 2021 (underlag 2020 545:-/timme)

Genomsnittlig kostnad per brukare/år: 2021 (underlag 2020) 85.963:- (KPB-snitt: 74.448:-), 2020 (underlag 2019) 90.286:- (KPB_snitt: 67.500:-)

DV 381 (underlag 2020 375) Kostnad 2021 (underlag 2020 588:-/dag med insats) (jmf 2020 underlag 2019: 587:-/dag med insats) KPB-snitt 2021 (underlag 2020) 538:-/dag med insats. 2020 (underlag 2019) 528:-/dag med snitt.

Sysselsättning 85 (2020 100): Kostnad 2021 (underlag 2020 164:-/dag med insats) (jmf 2020 underlag 2019: 175:-/dag med insats)

SOC - Avvikelser 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):

Den samlade bedömningen av indikatorn avvikelser där matchning mellan behov och stöd inte fallit väl ut är att fler förbättringsåtgärder har identifierats framför allt utifrån de Lex Sarah-utredningar som genomförts under året, vilket bl.a. bidragit till ökat fokus på kunskap kring tvångs- och begränsningsåtgärder och vikten av kontinuerlig kompetensutveckling. Däremot är uppgifterna om övriga avvikelser knapphändiga.

ORSAK: Nytt arbetssätt har införts under året kring uppföljning och lärande utifrån Lex Sarah-utredningar som visat sig vara givande. När det gäller övrig händelserapportering så har den inte kommit igång i den utsträckning att det går att följa upp och skapa ett lärande än på verksamhetsområdesnivå.

ÅTGÄRD: Fortsätta att följa upp och lära utifrån de lex Sarah-utredningar som genomförs samt öka kunskapen kring övrig händelserapportering som en grund i förbättringsarbete.

Utvecklingsområde inom process Liv fritt från missbruk - Insatser som matchar behov

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

Bedömning

 Delvis uppfyllt

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. Hög måluppfyllelse. Verksamhetsområdet har de senaste åren arbetat med att möta upp behoven på hemmaplan med ingången att ha ett brett och rätt utbud av insatser i både öppen- och slutenvård. Resultat av detta ses i KPB 2020 och att utmaningen framåt är att hitta baslinjen för antalet platser i heldygnsvård samt effektivisera för att utöka gruppbehandlingar för att kunna hjälpa fler. I KPB 2020 ses att människor blir hjälpta och många kommer ur processen samt att effekter ses på ekonomin. Kostnaderna för externa placeringar har minskat under 2021 i jämförelse med tidigare år.

Verksamhetsområdet har satsat på egna utbildare i ASI som är en evidensbaserad metod för utredning och uppföljning och samtliga socialsekreterare är nu utbildade. Vid personaktsgranskningarna identifieras att uppdrag/vårdplan har tydliga målsättningar som underlättar för insatsdelen att skapa en framåtsyftande genomförandeplan. Nytt avvikelssystem är implementerat där händelser kan ses på processnivå och med ökande antal händelser rapporterade kan verksamheten identifiera ytterligare förbättringsidéer. Under 2022 behöver verksamheten fördjupa sig i avvikelserna som handlar om händelser

där inte matchning mellan behov och stöd inte fallit väl ut och ta med dem som en del i systematisk uppföljning. Inga klara slutsatser kan ännu dras avseende avvikelser i verksamhetsområdet då detta fortfarande är i införandefas avseende att se systematik i avvikelserna och dess statistik.

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

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



Kommentar:

MÅLVÄRDE: 100% av avvikelserna har identifierat förbättringspunkter.

Vo Vuxen

Samlad bedömning: Antalet inkomna rapporter för hela VO Vuxen är under perioden 61 st (22 avslutade) vilket visar på ett fortsatt 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 kommun och region) är för VO Vuxen under året 10 st där samtliga är rapporterade från socialförvaltningen och orsaker är f.a. brister gällande samverkan och kommunikation. ! Lex Sarah-rapport har utretts inom Vo Vuxen under 2021 gällande händelse i samband med LVM-omhändertagande.

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. Även i Lex Sarahn framkommer behov av tydligare samverkan med region samt polis kring LVM.

Åtgärd: Händelserapportering läggs in som återkommande punkt på ledningsgruppens APT för att lyfta oklarheter, påminna om att avsluta utredningar samt diskutera hur dokumentation behöver ske för att få ut informativ statistik. Genomgång av sammanställning på ledningsgruppsmöten kommer ske två gånger per år. Fortsatt diskussion med regionen kring STELLA avvikelssystemet på lokal och regional nivå. I Lex Sarah-utredningen beskrivs åtgärder som kommer följas upp under 2022.

SOC - 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.

Vo Vuxen/Liv fritt från missbruk

Samlad bedömning: Målvärde delvis uppnått. Bedömningen är dock att metoden är implementerad och att detta under 2022 kommer återspeglas i statistiken från ASI-net i och med att alla handläggare nu är färdigutbildade i metoden och kan registrera i ASI-net.

Orsak: 286 utredningar öppnade under perioden 210101-211208 (77 kvinnor, 209 män). 66 ASI-grund är inmatade (19 kvinnor, 47 män), 42 bortfall grund (28 män, 14 kvinnor).

Några medarbetare har fullgjort sin ASI-utbildning under hösten vilket medfört att utredningar tidigare fått göras på annat sätt vilket är orsaken till differensen mellan antal utredningar och inmatningar i ASI-net. 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: Aktivt arbete med att säkerställa inmatning även av bortfall och på vilka grunder bortfall ska registreras. Fortsatt bevaka att metoden används och att inmatning sker i net-klient.

SOC - Mål i vårdplan/uppdrag 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.

Vo Vuxen/Liv fritt från missbruk

Samlad bedömning: I 40 av 42 journalgranskningar i insatserna, totalt 14 kvinnor och 28 män, stämmer genomförandeplanen med uppdrag/vårdplan och det finns aktiviteter hur målen ska nås. Aktgranskning har gjorts inom myndighet första tertiet utan avvikelser.

Orsak: 2 ärenden saknar genomförandeplan. Uppdrag/vårdplan har tydliga målformuleringar vilket underlättar arbetet att tillsammans med brukaren/klienten skapa aktiviteter. Utifrån organisationsförändring har ej aktgranskning redovisats på samma sätt under året.

Åtgärd: Fortsatt arbete på APT och i processteamet som för en dialog kring genomförandeplanerna och dess innehåll.

SOC - Individbaserad systematisk uppföljning



Kommentar:

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

Vo Vuxen (Ett liv fritt från missbruk))

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. Personalförändringar inom myndighetshandläggning har påverkat på så sätt att utvecklingsarbete gällande systematisk uppföljning har fått pausas. Resultat utifrån brukarrevisionen kommer analyseras och ge underlag för fortsatt förbättringsarbete.

Utvecklingsområde inom process socialpsykiatri - Insatser som matchar behov

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

Bedömning

● Helt uppfyllt

Kommentar:

Den samlade bedömningen är att verksamhetsområde Vuxen arbetar intensivt med att skapa insatser som motsvarar brukarnas behov och att arbetet går framåt. Detta görs från olika perspektiv på olika nivåer i förvaltningen och i verksamhetsområdet. Inom verksamhetsområdet har arbetet givit resultat genom att volymökningarna har stannat av både inom boende och sysselsättning dvs. fler personer kan få sina behov tillgodosedda i insatser som leder till ökad självständighet.

Området mäter varför brukare avbokar sitt stöd och hur effektiva och ändamålsenliga våra korttidsbeslut är gentemot uppsatta mål. Att styra och leda verksamheten med den fakta som framkommer inom verksamhetsområdet ger möjlighet till jämförbarhet och systematiskt utvecklingsarbete. Inom sysselsättningsområdet sker utveckling avseende att handläggningen bevakar om behovet kan tillgodoses på annat sätt och hänvisar till öppna

insatser. Samarbete med andra aktörer/myndigheter i Kalmar måste fortsatt arbetas med och att verksamheten behöver bevaka rättigheter och skyldigheter på ett tydligare sätt så att brukarna får rätt stöd och vi inte skapar inlåsnings effekter. 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. Nytt rapporteringssystem för avvikelser, med möjlighet till uppföljning på processnivå, kommer också att ge oss utökade möjligheter att kunna fatta faktabaserade beslut. Under 2022 ökar våra möjligheter till fördjupade analyser med kvalitetssäkrad data.

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 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 kopplade till utvecklingsområde inom process socialpsykiatri - Insatser som matchar behov

SOC - 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.

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

SAMLAD BEDÖMNING: Under T3 är det redovisat något fler avbokningar i förhållande till T2 (1000). Antalet avbokningar är 1183 besök, vilket fortfarande ses som högt. Män: 566 Kvinnor: 617

ORSAK: Vissa brukare står för en stor andel av avbokningarna vilka är kända i respektive boendestödsgrupp. Dokumentationen gällande orsak till avbokningar har ökat då verksamheterna har arbetat aktivt med detta. Vi har synliggjort avbokningar när vi genomförde SU projektet (systematisk uppföljning) med avbokningar i boendestöden. Avbokningar görs av samma orsaker dels pga av mående, rädsla för smitta men även orsaker som kan ses som positiva då det ger signaler om ökad självständighet tex träffa vänner, familj och resor.

ÅTGÄRD: Följa upp insatserna hos brukare där många avbokningar har skett och försöka identifiera orsaker. Upprätta riskanalyser och se över åtgärder. Fortsätta arbetet för att identifiera orsaker och jobba med dessa både på grupp- och individnivå.

SOC - 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.

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

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: Processteam har skapats för att arbeta vidare med resultaten.

SOC - 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

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

SAMLAD BEDÖMNING: Målet kan anses uppfyllt. Flera personer har kunnat hänvisas till de öppna verksamheterna i större utsträckning och behoven av meningsfull sysselsättning har kunnat tillgodoses utan biståndsbeslut. Under året har även flera avslagsbeslut gjorts med avslagsgrund att behovet kan tillgodoses på annat sätt.

ORSAKER: Kunskap om vad de öppna verksamheterna kan erbjuda har ökat. De öppna verksamheterna har fått det förmedlat vad behoven är dels generellt för målgruppen och dels på individnivå. Öppna verksamheter har kunnat möta behoven i vissa ärenden och ibland har ansökningar återtagits och i några fall har avslagsbeslut fattats. Ansökningar om sysselsättning fortsätter att komma in även om öppna verksamheter inte först har provats.

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, bemötande utifrån funktionsnedsättning nykter- och drogfri miljö, trygga verksamheter där det ges möjlighet till mycket stöd och vägledning. Kvinnors behov av trygga platser lyfts särskilt.

Fortsätta 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.

Fortsätta informera till berörda aktörer som ofta hjälper till med ansökningar om möjligheten att besöka öppna verksamheter utan biståndsbeslut.

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



Kommentar:

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

Samlad bedömning: Antalet inkomna rapporter för hela VO Vuxen är under perioden 61 st (22 avslutade) vilket visar på ett fortsatt 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 kommun och region) är för VO Vuxen under året 10 st där samtliga är rapporterade från socialförvaltningen och orsaker är framförallt brister gällande samverkan och kommunikation. Lex Sarah-rapport har utretts inom Vo Vuxen under 2021 gällande händelse i samband med LVM-omhändertagande.

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. Även i Lex Sarahn framkommer behov av tydligare samverkan med region samt polis kring LVM.

Åtgärd: Händelserapportering läggs in som återkommande punkt på ledningsgruppens APT för att lyfta oklarheter, påminna om att avsluta utredningar samt diskutera hur dokumentation behöver

ske för att få ut informativ statistik. Genomgång av sammanställning på ledningsgruppsmöten kommer ske två gånger per år. Fortsatt diskussion med regionen kring STELLA avvikelsesystemet på lokal och regional nivå. I Lex Sarah-utredningen beskrivs åtgärder som kommer följas upp under 2022.

SOC - Volymutveckling - Behov inom soc's ansvarsomr. matchas m ändamålsenl. stöd



Kommentar:

MÅLVÄRDE: Volymutveckling ska plana ut.

Samlad bedömning: Under T3 har det inte fattats något beslut på särskilt boende enligt SoL som det tidigare flaggats för.

Orsak: Det har verkställts 2 beslut under perioden. Det finns därmed 4 beslut som ej är verkställda. 1 av dessa har tackat nej till bostaderbudande men som sedan tackat ja till nytt erbjudande och som kommer att bli verkställt i början av 2022. 1 person har en pågående utslussning från sluten rättspsykiatrisk vård sedan en längre tid tillbaka och har därmed inte kunnat verkställas inom tidsramen. Här finns dock en bostad som kan verkställa beslutet när det går över till öppen rättspsykiatrisk vård. Det finns planering för 1 person där bostad finns för inflyttning i början av 2022. Det saknas bostad att erbjuda för 1 person.

Åtgärd: Det pågår arbete att se över behovet av omflyttningar inom socialpsykiatrins bostäder då en befintlig servicebostad under våren 2022 kommer att flytta till en nybyggnation och som kan ge ett tillskott på några bostäder. Det ger utrymme för att än mer matcha individuella behov.

SOC - Upplevelse av stöd från socialtjänsten är god



Kommentar:

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

SAMLAD BEDÖMNING: Handläggarna har, under 2021, påbörjat ett arbete att systematiskt ställa kvalitetsfrågor till brukarna vid uppföljningar. Underlaget är än så länge för lågt för att analysera. Under T1, T2 och T3 har det ställts till fler brukare och ju fler enkäter som görs så får vi ett underlag som kan analyseras.

Antal nöjda: 12/14 = 86% nöjdhet

ORSAKER: Flera frågor har ställts och därmed större underlag att analysera. Utifrån aktuellt underlag så har vi god nöjdhet.

ÅTGÄRD: Alternativa tillvägagångssätt för att få in fler svar och som kan användas för att möta olika behov och för att möjliggöra så stort underlag som möjligt.

SOC - Individbaserad systematisk uppföljning



Kommentar:

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

Vo Vuxen (Verka för att kunna leva som andra)

Samlad bedömning är att arbete med Individbaserad systematisk uppföljning planeras eller pågår. Under 2021 har processen för socialpsykiatri deltagit i ett SKR-projekt inom systematisk uppföljning som innefattar alla. Detta redovisas separat under indikatorn- "Färre avbokningar i boendestöd" samt "Ändamålsenlig användning av korttidsplatser".

Utvecklingsområde inom process Säkra barns rätt - Samarbetssamtal

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

Bedömning

 Delvis uppfyllt

Kommentar:

VO Barn och familj

Målet med utvecklingsområdet Samarbetssamtal är att förfina arbetet med samarbetsamtal för att undvika att konflikter mellan föräldrar leder till domstolsprocess.

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

Orsak: Familjerätten arbetar utifrån Centris metod och struktur för samarbetsamtal vilket visar goda resultat. Kvaliteten på samarbetsamtalen är hög och förbättras kontinuerligt. Informationsbroschyren är klar och har distribuerats ut.

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

Åtgärd: Genom att fortsätta med den framtagna strukturen och använda framtaget stöddokument kommer samarbetsamtalen ha fortsatt hög kvalitet. Fortsätta att starta upp samarbetsamtalen så snart det finns möjligt. Noga följa utvecklingen av ny lagstiftning gällande informationssamtal.

Indikatorer kopplade till utvecklingsområde inom process Säkra barns rätt - Samarbetssamtal

SOC - Samarbetssamtal leder till minskat antal domstolsprocesser



Beskrivning:

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

Kommentar:

VO Barn och familj

Samlad bedömning: Målet att antalet ansökta och genomförda samarbetsamtal som lett till domstolsprocess ska minska är uppnått. Några få av samtliga genomförda samarbetsamtal har gått vidare till domstolsprocess. Handläggarna har i dessa ärenden också ansett att föräldrarna bör gå till domstol då möjlighet till samarbete saknas.

Orsak: Under våren har familjerätten arbetat igenom strukturen för samarbetsamtalen och producerat ett stöddokument som hjälp att hålla i strukturen för samarbetsamtalen samt öka kvaliteten. Familjerätten arbetar utifrån Centris metod och struktur för samarbetsamtal vilket innebär att föräldrarna också får information och utbildning i kommunikation och samarbete samt hur brister i detta påverkar barnen. För de föräldrapar som genomgått en samtalsserie visas goda resultat.

Åtgärd: Familjerätten fortsätter att arbeta utifrån Centris metod och struktur.

SOC - Samarbetssamtal påbörjas snabbt



Beskrivning:

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

Kommentar:

VO Barn och familj

Samlad bedömning: Målet att samarbetsamtal påbörjas inom två veckor är inte uppfyllt. Aktiviteterna har inte visat någon effekt än på indikatorn. Endast några enstaka samarbetsamtal, av de 100 aktuella barn, har kunnat inledas inom 14 dagar.

Orsak: Ansökningar om samarbetsamtal fortsätter att öka. Den 6/12 finns 34 barn som är aktuella i samarbetsamtal. Antalet vårdnadsutredningar är högre än 2020 vilka prioriterar sig före samarbetsamtalen. Med nuvarande bemanning och aktuellt inflöde saknas möjligheter att nå det uppsatta målet. Genomförda aktiviteter bidrar i dagsläget endast till struktur.

Åtgärd: Från och med den 1 januari 2022 ska familjerätten erbjuda informationssamtal till alla föräldrar som har för avsikt att stämma in till tingsrätten. Detta innebär att familjerätten kommer att få kontakt med alla föräldrapar och få möjlighet att informera om vad en tvist i domstol kan innebära för det fortsatta samarbetet samt erbjuda samarbetsamtal och eller andra insatser inom socialtjänsten. Antalet föräldrar som går vidare till tingsrätten kommer förhoppningsvis att minska vilket innebär att antalet snabbupplysningar och vårdnad-, boende- och umgängesutredningar kommer att bli färre. Om detta lyckas kommer det ge utrymme för att ta sig an samarbetsamtalen inom 14 dagar.

SOC - Samarbetssamtal ska öka och snabbupplysningar minska



Beskrivning:

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

Kommentar:

Målvärde: Samarbetssamtalen ska öka på bekostnad av snabbupplysning.

VO Barn och familj

Samlad effekt: Fram till den 6/12 har det registrerats 100 barn för samarbetsamtal. Under hela året 2020 var 109 barn aktuella totalt. Fortsätter samma inflöde så kan det bli fler barn i samarbetsamtal under 2021 än under 2020. Under perioden fram till den 6/12 öppnades 102 st snabbupplysningar. Under samma period 2020 öppnades 105 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. Även i denna indikatorn sätts stora förhoppningar till lagändringen (1/1 2022) med obligatoriska informationssamtal innan man för stämman in till domstol.

Övriga indikatorer kopplade till Effektiv vård och omsorg

SOC - Kostnad för placeringar



Kommentar:

Målvärde: Kostnad för externa placeringar ska ske inom budgetram

VO Barn och familj

Samlad bedömning: Målet gällande kostnader för placeringar är uppnått. Utfallet jan-nov 2021 är 19,5 mnkr. (Utfallet jan-nov 2020 var 20,8 mnkr). Prognosen för jan-dec 2021 är 20,9 mnkr. Budgeten är 20,3 mnkr. Kostnaden ser dock ut att bli lägre jämfört med jan-dec 2020, då den var 22,5 mnkr.

Orsak: Det har pågått ett aktivt arbete med en framtagen placeringsrutin., Ett stort

utvecklingsarbete sker på förvaltningens interna 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. God samverkan inom och mellan berörda delprocesser.

Åtgärd: Fortsätta utveckla och förfina arbetet med externa samverkanspartners, tex Regionen. Aktivt arbete med matchning och rekrytering av HVB-hem. Arbeta aktivt med våra placeringar.

VO Vuxen

Samlad bedömning: Kostnaden för externa placeringar har minskat mellan 2020 och 2021 från 8,2 mnkr till 6,4 mnkr (prognos 2021). Även om uppgiften för 2021 är prognos, och ej slutgiltig, så är det en tydlig minskning. Jämför man period jan-nov 2021 är kostnaden 4,7 mnkr jämfört med 7,7 mnkr för jan-nov 2020.

Orsak: Omställningsarbete pågår ständigt för att ge behandling och insatser på hemmaplan med boende, sysselsättning och hälsa för en god hälsa.

Åtgärder: För att ta ytterligare kliv i utvecklingsarbetet så ska statistiken kompletteras med externa och interna placeringar tillsammans. Socialförvaltningens eget HVB samt stödboende måste hela tiden utvärderas så att de motsvarar de behov av heldygnssomsorg som finns. Att de placeringar som ska göras kan inrymmas i de interna insatserna så långt som möjligt. Utveckling pågår i hypergene för att kunna följa vårdcygn. Uppgifterna är inte kvalitetssäkrade ännu.

SOC - 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: Den totala KPB för korttidsvistelsen ökade med 17% motsvarar en kostnad på 6650 kr/dygn.

Björkenäsvägen har ökat med 27% motsvarar en kostnad på 7250 kr/dygn, Vesta ökat med 19% motsvarar en kostnad på 7056 kr/dygn, Lindebo har ökat med 26% motsvarar en kostnad på 6444 kr/dygn och Slöjdaregatan har minskat sin kostnad med 4 % motsvarar en kostnad på 5849 Kr/dygn.

Orsak: På Björkenäsvägen har antalet beslutade dygn minskat med 151 dygn från förra året. Det är vuxna och äldre ungdomar som slutat, vilkas behov var mindre än de barn och ungdomar som nu har beslut. De nya beslut som kommit under 2021 är barn vars behov är en-till- en-stöd samt vaken natt.

På Vesta har dygnen minskat med 164 dygn beroende på att ett beslut gått över till bostad och en ungdom har flyttat. På Vesta kräver alla ungdomar en-till-en-stöd.

På Lindebo verkställs en insats för ett barn som man i och med korttidsvistelsen kunnat undvika en extern placering. Detta har dock inneburit extra omkostnader för verksamheten.

Slöjdaregatan har kunnat sänka sina kostnader då enheten har verkställt fler beslut under hösten, utan behov av ökade resurser.

Åtgärd: Arbete pågår kontinuerligt med att lösa bemanning i förhållande till barnens behov av stöd och omvårdnad. Där det är möjligt minskas bemanningen och boende stängs vissa dygn för att på så sätt har full beläggning övrig tid. Det har ändå visat sig att detta inte räcker då många barn kräver mycket stöd från personal. Ett processteam med medarbetare från våra verksamheter startar upp under 2022 i syfte att analysera och föreslå aktiviteter för att sänka kostnaderna.

SOC - 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.

Ekonomiskt bistånd

Samlad bedömning: Målvärde delvis uppnått. Statistik har inte tagits fram för denna period men tidigare mätningar visar att sjukskrivna inte ökat.

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.

SOC - 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.

SOC - Dygnskostnad boendestöd



Kommentar:

MÅLVÄRDE: Medelkostnaden per brukare med boendestöd ska minska. (2019 90*286:-)

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

SOC - Dygnskostnad bostad socialpsykiatri



Beskrivning:

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

Kommentar:

MÅLVÄRDE: 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. (2019 1952:-)

Samlad bedömning: Målvärde uppnått. Kalmar socialpsykiatri 2020: 2.049 kr/ dygn. KP.B genomsnitt 2020: 2.728 kr/dygn

Orsak: I KP.B genomsnitt finns kostnad för HSL-kostnad inräknad i dygnskostnad. Kalmars dygnskostnad är exkl. HSL. Kalmars HSL-kostnad är +122 kr/ dygn, alltså skulle Kalmar fortfarande ligga lägre än genomsnitt. Kalmar ligger lägre än genomsnittligt resultat KP.B. Kalmar, och andra kommuner med låga genomsnittskostnader, har en högre andel med servicebostadsbeslut jämfört med kommuner i KP.B med högre genomsnittskostnader som har högre andel av gruppboendestödsbeslut.

Åtgärd: Ett kontinuerligt arbete för enhetscheferna att följa volymförändringar och vidta

åtgärder vid behov.

SOC - 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 uppnått. Implementeringen med utbildning och införandet av digitala signeringslistor genomfört.

Orsak: Sjuksköterska och ansvarig enhetschef arbetat fortlöpande med utbildning och införande av digital signering, Appva, i verksamheterna. Breddinförande genomfört under 2021, tertiäl 3.

Åtgärd: Fortsatt arbeta med utveckling av digitala arbetssätt. Utvärdera effekt av införandet av digitala signeringslistor, stärka analys, lärande och utveckling.

SOC - Effektiv läkemedelshantering genom läkemedelsrobot



Kommentar:

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

Samlad bedömning: Målvärde ej uppfyllt. Det finns fortsatt fem stycken läkemedelsrobotar utplacerade hos socialförvaltningens patienter. Införandet av läkemedelsrobotar går inte lika snabbt som förväntat. Ingen ökning sedan andra tertiäluppföljningen.


Orsak: Sjuksköterskebrist i HSL-teamet resulterat i prioriteringsordning av arbetsuppgifter där införandet av läkemedelsrobotar ej funnits med som prioriterad arbetsuppgift. Utbildad systemadministratör gått över till annan tjänst. Implementeringen är beroende av samverkan och samordning samt gemensam processkartläggning med omsorgsförvaltningen. Omsorgsförvaltningen pågående kartläggning av eget flöde. Ej gemensam arbetsgrupp.

Åtgärd: Utbildning av två stycken nya systemadministratörer i HSL-teamet bokad. Uppstart/nystart av gemensam arbetsgrupp som samordnas av omsorgsförvaltningen är planerad till januari 2022. Då påbörjas kartläggning av gemensamt flöde. Därefter 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.

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.

Ansvarig	Bedömning
Camilla Freedeke	 Delvis uppfyllt

Kommentar:

Till målet om en jämlik vård och omsorg finns inga utvecklingsområden kopplade. Medvetenheten och aktiviteter för hälsa på lika villkor och jämställdhet pågår dock ständigt, t ex genom att jämställdhetsperspektivet granskas i de analyser socialförvaltningen gör av fakta som samlas in i olika sammanhang.

Kartläggning av processen för att ge vuxna förutsättning för nära relationer fria från våld, är i ett aktivt skede. Förutom att säkerställa vuxnas behov av skydd, stöd och hjälp för att hantera konsekvenser av våld i nära relation, i alla olika former, på både på kort och lång sikt, kommer processen ge stöd att uppmärksamma och hantera våld i nära relation hos personer som redan har stöd från socialförvaltningen.

Indikatorer kopplade till Jämlik vård och omsorg

SOC - Jämställd verksamhet



Kommentar:

MÅLVÄRDE: Minst en framtagen och genomförd förbättringsåtgärd per verksamhet.

VO Barn och familj

Samlad bedömning: I de brukarundersökningar som gjorts visar de flesta resultaten att det inte är någon större skillnad i pojkar och flickors upplevelse av socialtjänsten.

Orsak: I alla enheter pågår aktiviteter som gör medarbetarna uppmärksamma på jämställdhetsperspektivet i verksamheterna. I flera enheter har man till exempel systematiskt noterat vem av föräldrarna man kontakter i så väl utredning som i insats. Man tittar på skillnader mellan flickor och pojkar som får insatser via service och skillnader i sammanbrott vid placeringar i familjehem.

Åtgärd: Fortsätta och ta fram nya aktiviteter för att kunna sträva mot en mer jämställd verksamhet.

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

SAMLAD BEDÖMNING:

Alla verksamheter har påbörjat eller genomfört aktiviteter. Vissa har haft diskussioner, bildat grupper, andra har utsett ombud för att diskutera sig fram till vilka förbättringsåtgärder som behöver göras. Erfarenhetsutbyte och normkritiskt.

ORSAK: Alla verksamheter har lyft jämställdhet och vill arbeta aktivt med frågan.

ÅTGÄRD: Fortsätta arbeta med planerade aktiviteter. Erfarenhetsutbyte och kollegiala diskussioner för att hitta olika aktiviteter.

"Liv fritt från missbruk"

Samlad bedömning; Insatserna har arbetat med egna framtagna frågeställningar från personalprogrammet och frågor från Nano- utbildningen om Våld i nära relation. Ökad kunskap och medvetenhet kommer att främja våra brukare/klienter. Brukarrevisionen på ADM visade inga skillnader utifrån jämställdhet 91,4% svarade ja på att behandlingen tillgodoser deras behov och 8,6% svarade delvis, ingen svarade nej. (Totalt 67% män och 32,8% kvinnor svarade på enkäten) ADM har under året haft underlag för enbart en kvinnogrupp. Rapporteringen av ringa narkotikabrott/SAMMIK har gjort att vi når fler kvinnor som går in i behandling. Inom myndighet har någon förbättringsåtgärd inom området inte genomförts under året.

Orsak: I utvecklingsarbetet som pågår finns perspektiven med för att jämställdsäkra verksamheten.

Åtgärd: Fortsatt arbete på att alla brukare/klienter ska mötas utifrån sina enskilda behov. Behov finns av ökad kunskap kring våld.

SOC - 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?"

Vo Vuxen:

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. Dock uppnås inte det uppsatta målvärdet. 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.

SOC - 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 Samordnad Individuell Plan (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.

VO Funktionsstöd Vuxen

SAMLAD BEDÖMNING: Av totalt 19 verksamheter har 16 SIPAR genomförts under T3. Detta är en ökning från 2020.


ORSAK: Där de inte genomförts kan vi se utifrån kommentarer att behov ej funnits.

ÅTGÄRD: Osäkert resultat då vissa sipar kan räknas dubbelt då dv och boende kan ha en gemensam SIP, som i rapporteringen räknas som 2 men egentligen är 1 SIP.

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.

Ansvarig	Bedömning
Camilla Freedeke	 Delvis uppfyllt

Kommentar:

Socialnämnden lever inte helt upp till att tillhandhålla en så tillgänglig vård och omsorg som man föresatt sig. Det har dock skett en positiv utveckling inom processen för funktionsstöd vuxen när det gäller hur länge en person som söker stöd får vänta på sitt beslut.

Arbetet med det förebyggande arbetet inom processen Trygga säkra barn har även det utvecklats positivt. Föräldraskapsstödsgrupperna är i full gång och väntetiderna är korta i de allra flesta fall. Även i processen Möjliggöra utveckling för barn och unga med funktionsnedsättning går trenden åt rätt håll i att barn och unga ska få rätt insats på ett säkert sätt inom rätt tid.

När det däremot gäller utvecklingsområdet om en Kortare väntetid till daglig verksamhet är trenden fortsatt oförändrat negativ.

Utvecklingsområde inom process Leva som andra - Kortare utredningstid

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

Bedömning

 Delvis uppfyllt

Kommentar:

SAMLAD BEDÖMNING FUNKTIONSSTÖD VUXEN (VC):

Den samlade bedömningen av indikatorerna inom utvecklingsområdet Kortare utredningstid är ett av två mätvärden uppnås och att trenden är mycket positiv. Den positiva utveckling som sker innebär att vi går mot en mer tillgänglig vård och omsorg.

ORSAK: Ett gediget och gott arbete av alla involverade medarbetare med följsamhet i uppföljningsplan och handlingsplan för utvecklingsarbetet.

ÅTGÄRD: Fortsatt arbete med utvecklingsområdet som byter namn 2022 till Beslut inom skälig tid. Målvärdet kommer att ändras då utredningstiden för nya ansökningar kommer att mätas. Det innebär även fortsatt arbete med upprättad handlingsplan för utvecklingsarbetet.

Indikatorer kopplade till utvecklingsområde inom process Leva som andra - Kortare utredningstid

SOC - Beslut inom skälig tid



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 VO FUNKTIONSSTÖD VUXEN (VC):

Indikatorn skälig utredningstid visar att målvärdet inte uppnås men att trenden är fortsatt positiv. Medelvärde för alla fattade beslut under året är 80 dagar. En mycket positiv trend är medelvärde för utredningstid gällande nya ansökningar (dvs när personen inte har pågående beslut om insatsen). För T3 är värdet 80 dagar, i jämförelse med T1 o T2 då värdet var 116 dagar.

ORSAK: Målvärdet för året var för högt satt och avsåg alla beslut, vilket inte ger en värdefull bild ur ett utifrånperspektiv där det kan tänkas att det är de nya besluten som är mest värdeskapande.

ÅTGÄRD: Fortsatt arbete med utvecklingsområdet som byter namn 2022 till Beslut inom skälig tid. Målvärdet kommer att ändras då utredningstiden för nya ansökningar kommer att mätas. Arbetet med handlingsplanen fortsätter.

SOC - 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 grupp nivå 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 VO FUNKTIONSSTÖD VUXEN (VC):

Indikatorn Individens behov i centrum styr vårt arbete i bedömning av behov visar att 102 personer

beslut blivit uppföljda enligt IBIC. Målvärdet om 100 uppföljda beslut har därmed uppnåtts.
ORSAK: Medarbetarnas goda arbete och följsamhet av uppföljningsplanen.
ÅTGÄRD: Fortsatt arbete med uppföljningar enligt lagd tidplan för 2022.

Utvecklingsområde inom process Leva som andra - Kortare väntetid till daglig verksamhet

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

Bedömning

 Ej uppfyllt

Kommentar:

SAMLAD BEDÖMNING FUNKTIONSTÖD VUXEN (VC):

Den samlade bedömningen av indikatorerna inom utvecklingsområdet Kortare väntetid till daglig verksamhet visar att trenden är oförändrad och effekten på målet Tillgänglig vård och omsorg uteblir.

ORSAK: Utvecklingsarbetet har inte kommit tillräckligt långt för att få effekt.

ÅTGÄRD: Fortsätta utvecklingsarbetet 2022.

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

SOC - Skälig väntetid



Kommentar:

MÅLVÄRDE: Väntetid på insats ska inte överstiga 90 dagar. (T1 var väntetiden 221 dagar och T2 157 dagar)

SAMLAD BEDÖMNING FUNKTIONSTÖD VUXEN (VC):

Indikatorn Skälig väntetid visar att medelvärdet för väntetiden är 175 dagar, vilket är en förbättring i jämförelse med 2020, men långt ifrån målvärdet 90 dagar.

ORSAK: Det finns fördröjningar i delprocesserna Matcha behov och Ge stöd för en meningsfull sysselsättning och utvecklingsarbetet har inte kommit tillräckligt långt för att få effekt.

ÅTGÄRD: Fortsätta med utvecklingsarbetet 2022.

SOC - 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: Avvikelse ska öka om matchning inte uppnås för att få stöd att identifiera förbättringsåtgärder

SAMLAD BEDÖMNING FUNKTIONSTÖD VUXEN (VC):

Indikatorn Ökat antal som får sysselsättning utifrån matchning visar att få händelser har rapporterats under året kopplat till matchning vilket innebär att förbättringsarbete inte dokumenterats. Däremot har utvecklingsarbetet bidragit till att antalet individer som önskar en förändring ringats in, vilket arbetas vidare med.

ORSAK: Utvecklingsarbetet har inte kommit tillräckligt långt för att ringa in behövliga åtgärder i en handlingsplan för att ökat antalet som får sysselsättning utifrån matchning.

ÅTGÄRD: Fortsätta att rapportera händelser där sysselsättning inte kan erbjudas utifrån matchning för att kunna bedriva förbättringsarbete samt fortsätta pågående utvecklingsarbete.

SOC - 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

2019 30-35 avbrott. Senaste inrapporteringen till IVO så var det totalt 52 LSS och 11 SoL.

SAMLAD BEDÖMNING VO FUNKTIONSSTÖD VUXEN (VC):

Utfallet för indikatorn Färre avbrott i daglig verksamhet visar på ett fortsatt stort antal avbrott när det gäller insatsen daglig verksamhet och målvärdet uppnås inte.

ORSAK: Under hösten har fokus legat på att minska avbrott p.g.a. pandemin, vilket till stor del har gått bra, men övriga avbrott har fått stå tillbaka.

ÅTGÄRD: Fortsätta utvecklingsarbetet och ta fram en handlingsplan för att tydliggöra vad som ska göras och vem som ansvarar för respektive åtgärd för att minska avbrotten.

Utvecklingsområde inom process Trygga säkra barn - Förebyggande och tidiga insatser

Vi ska arbeta förebyggande med tidiga insatser och öka vår tillgänglighet

Bedömning

Delvis uppfyllt

Kommentar:

Målet med utvecklingsområdet är att vi ska arbeta förebyggande med tidiga insatser och öka vår tillgänglighet.

Samlad bedömning: Arbetet med det förebyggande arbetet har utvecklats positivt och bedöms till största delen vara uppfyllt. Föräldraskapsstödsgrupperna är i full gång och väntetiderna hålls korta i de allra flesta fall.

Orsak: I stort sett samtliga planerade program startades upp under 2021 efter det att restriktionerna på grund av pandemin hävts. En förbättrad struktur ger nu en god överblick av de program som ges, vem som utför och när de sker i tid. Det är även en god tillgänglighet på insatser inom öppenvården och familjer kan oftast få stöd inom 35 dagar, de flesta redan inom 1-2 veckor.

Åtgärder: Fortsätta de pågående utvecklingsarbetet kring förebyggande och tidiga insatser. Under 2022 har utvecklingsområdet ett flertal nya indikatorer som kommer att följas noggrant.

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

SOC - Fler får stöd gm föräldraskapsstödsgrupper



Beskrivning:

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

Kommentar:

VO Barn och familj

Samlad bedömning: Målet med att erbjuda fler föräldrar stöd genom föräldrastödsgrupper än 2020

är nått.

Orsak: I stort sett samtliga planerade program startades upp under 2021. En struktur där allt föräldraskapsstöd som sker i grupp är skapad vilket ger en överblick för vilka program som ges, vem som utför och när i tid. Föräldrarnas nöjdhet efter avslutad grupp följs upp och om någon hoppar av stödet så undersöks orsaken.

Åtgärd: Fortsätta och vidareutveckla arbetet med föräldraskapsstöd.

SOC - Skälig väntetid



Kommentar:

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

VO Barn och familj

Samlad bedömning: 86% av familjerna har fått insats inom 35 dagar (76 av 89) och 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. Resultatet visar ändå att flertalet fick insats snabbt, inom 1-2 veckor. Analysen av de som överskred tiden visar på viss arbetsanhopning, avvaktan av uppstarter på grund av ledigheter/sjukdom, mer motivationsarbete krävdes för vissa familjer eller justeringar av uppdrag innan uppstart. Ett fåtal beslutade uppdrag har legat kvar hos handläggare utan att ha blivit skickat vidare till insatserna och därigenom inte blivit uppstartade inom den skäliga väntetiden. Arbete som görs för att möjliggöra snabba fördelningar är regelbundna ärendedragningar med EC och kollegial ärendehandledning på behandlingskonferens varje vecka som stöttar enskild behandlare att arbeta med rätt interventioner i insatserna. Arbete tillsammans i gruppen för att använda möjligheterna i Journal Digital optimalt gällande genomförande/måluppfyllelse/klientdeltagande.

Åtgärd: Fortsätta arbetet med medvetna och klientfokuserade interventioner i insatsarbetet. Arbeta målfokuserat tillsammans med klienterna i arbetet och avsluta ärenden utifrån måluppfyllelse, rimlighet och tilltro till individers förmåga att hantera sin livssituation vidare för att minska risken att ärenden "hänger kvar".

Utvecklingsområde inom process Möjliggöra utveckling - Rätt insats i rätt tid

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

Bedömning

Delvis uppfyllt

Kommentar:

Målet med utvecklingsområdet säkra att barn får rätt insats på ett säkert sätt inom rätt tid.

Samlad bedömning: Målen inom utvecklingsområdet att barn och unga ska få rätt insats på ett säkert sätt inom rätt tid uppnås till stor del.

Orsak: Medarbetarna har skapat en rutin och ett gemensamt arbetssätt där nya beslut riskbedöms så att en god matchning till rätt insats kan göras. Inom insatserna kan man snabbt möta upp och besluten kan verkställas inom skälig tid.

När det gäller utredningstid har flera assistansärende inte kunnat skyndas på av olika anledningar som bland annat inväntande av intyg. Handläggarna haft en hög arbetsbelastning.

Åtgärd: Fortsätta med det överenskomna arbetssättet med att göra riskanalys och med handlingsplan vid nya beslut om korttidsvistelse.

För att minska utredningstiden pågår ett arbete med att utveckla utredningsplaner. Ett analysarbete kommer att ske kring de utredningar som tagit längre än 45 dagar under denna period och utifrån detta göra en handlingsplan.

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

SOC - 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

VO Barn och familj

Samlad bedömning: Riskanalys har gjorts för samtliga nya beslut som fattats och måluppfyllelsen är därför god.

Orsak: Rutin är framtagen där handläggarna först sammanfattar de risker som framkommit i utredningen. Därefter görs ytterligare riskanalys för att säkerställa en säker matchning för varje barn som beviljas ny insats.

Åtgärd: Fortsätta att använda och säkerställa att ny rutin fungerar.

SOC - Beslut inom skälig tid



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:

Samlad bedömning: Målet med att utredningstiden understiger 45 dagar uppnås ej då 10 av 19 nya utredningar har längre utredningstid. Medelvärde har dock sjunkit från 77 till 63 dagar vilket visar på en positiv trend.

Orsak: Då utredningstiden varit längre har det gällt ärenden om personlig assistans där det handlat om saker man som handläggare inte har kunnat påskynda. Därutöver har handläggarna haft en hög arbetsbelastning och utrett många ärende samtidigt som gjort att det tagit längre tid.

Åtgärd: Arbete med utredningsplaner har påbörjats och kommer att implementeras. Genom att analysera de ärenden som tagit längre tid än 45 dagar kommer en handlingsplan att tas fram.

SOC - Skälig väntetid



Kommentar:

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





VO Barn och familj

Samlad bedömning: Målet för tertial 3 är uppnått då medelvärdet för väntetid är 24 dagar (22 dagar för korttidsvistelse, 41 dagar för korttidstillsyn samt 9 dagar för avlösarservice).

Orsak: Aktivt arbete då nya beslut tas för att snabbt och säkert kunna påbörja insatsen. Genom ett tätt samarbete mellan utredare och insatser har lett till ett snabbare flöde.

Åtgärd: Fortsatt samarbete mellan handläggare och insatser för att bibehålla ett snabbt och säkert flöde. Ett arbete är inplanerat för att ta fram ett gemensamt kartläggningmaterial.

Övriga indikatorer kopplade till Tillgänglig vård och omsorg

SOC - 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. Vo Vuxen: Den samlade bedömningen för verksamhetsområdet 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. Utmaningen är att verksamhetsområdet har ca 300 medarbetare och den digitala mognaden varierar. Förvaltningsövergripande är detta identifiera som ett utvecklingsbehov för att kunna ta de kommande kliv som krävs för omställningsarbetet.	
SOC - Beslut inom skälig tid	
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: Process Ett liv fritt från missbruk: Tid från ansökan till beslut understiger 120 dagar för utredning och 14 dagar för förhandsbedömningar. Process Socialpsykiatri: Tid från ansökan till beslut fortsätter att understiga 90 dagar. Vo Vuxen 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.	
SOC - Skälig väntetid	
Kommentar: Proocess Nära relationer fria från våld: Tid från beslut till insats understiger 14 dagar. Process Socialpsykiatri: Tid från beslut till påbörjad insats understiger: Boendestöd: 30 dagar, Bostad SoL/LSS: 90 dagar Vo Vuxen: 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.	
SOC - Nå fler våldsutsatta	
Kommentar: MÅLVÄRDE: Antal inledda utredningar rörande våldsutsatta jämfört med 2020. Antal påringningar till ATV från Kalmar kommuns invånare jämfört med 2020 VO Vuxen/Nära relationer fria från våld: Samlad bedömning: Målvärde ej uppnått. Antalet inledda utredningar har inte ökat. Orsak: Samma antal ärenden inom myndighet Vuxen som gäller våld i nära relation på helåret. En	

ökning av ärenden ses inom VO Barn och Familj och analysen är att detta kommer att påverka antalet vuxenärenden under 2022.

Åtgärd: Under 2022 genomförs ett utvecklingsarbete inom Våld i nära relation med syfte att stärka kompetensen inom hela förvaltningen. Detta kommer att medföra att fler processer upptäcker våld och effekten blir att behov framkommer som ska tillgodoses inom denna process. VO Vuxen arbetar med att samordna och effektivisera resurserna inom våldsområdet internt och externt med exempelvis kommunens nya Idéburna offentliga partnerskap tillsammans med Kvinnojouren. Samverkan med externa aktörer pågår med hälso- och sjukvården samt idéburen sektor, förebyggande och indikerat, på flera nivåer.

Antalet placeringar i exempelvis Kvinnojour varierar och det är ett område som är svårt att budgetera av den anledningen. VO Vuxen försöker också att arbeta aktivt med att finna alternativa skyddslösningar beroende på nivå av skydd, exempelvis att våldsutövare istället ska flyttas till lediga lägenhet.

SOC - 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: Målvärde ej uppnått. I dagsläget, utifrån nuvarande avvikelshantering och system, inte möjligt att få fram statistik som rapporterats in kopplat till bristande följsamhet hemsjukvårdsavtalet under tertial 3. Det upplevs finnas ett mörkertal i rapporteringen med anledning av att medarbetare ger uttryck för bristande följsamhet av hemsjukvårdsavtal.

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

Åtgärd: Målarbete VP 2022, indikator: tillförlitliga och säkra system och processer genom kartlagd HSL-process. Process för utredning av händelser - säkerställer systematik avseende avvikelserapportering, ökad kunskap om vårdskador genom digitalt avvikelssystem - säkerställer ändamålsenligt system. Även stärka analys, lärande och utveckling genom implementering av årshjul i patientsäkerhet.

SOC - Ökad tillgänglighet till sjuksköterskeresurs



Kommentar:

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

Samlad bedömning: Samordningsfunktionen avskaffad under tertial 3 relaterad till bemanningsproblematik sjuksköterskor. Samordningsfunktion ej prioriterad arbetsuppgift under perioden. EC HSL-teamet haft avstämningar med sjuksköterskor samt baspersonal kring hur samordningsfunktionen fungerat. Sjuksköterskor angav att arbetssättet inte upplevts effektivt samt att tillgängligheten inte ökat. Baspersonal angav missnöje med samordningsfunktion, att det fungerade bättre när det gick att ha direktkontakt med patientansvarig sjuksköterska. Enkätundersökning ej genomförts.

Orsak: Samordningsfunktionen avskaffad. Implementeringen av nationella handlingsplanen i patientsäkerhet med dess nulägesanalys har prioriterats under året.

Åtgärd: Målarbete VP 2022, indikatorn; Ökad samordning och planering med delaktiga och medskapande patienter och närstående syftar till att främja arbetssätt som underlättar för ett gemensamt agerande och samordning. Genom teamarbete, säkra överlämningar och enkla kommunikationsvägar kring tillstånd, omständigheter samt risker skapa en säker vård här och nu.

Driftredovisning, tkr	Budget	2021 Utfall	Avvikelse
Verksamhet			
LEDNINGS- O STÖDFUNKTIONER	71 016	51 120	19 896
NÄMNDVERKSAMHET	1 745	1 550	195
ALKOHOLTILLSYN	264	1 195	-931
BOSTAD SÄRSK.SERV LSS VUXEN	2 672	-5 004	7 676
PERSONLIG ASSISTANS	86	-6 095	6 181
KORTTIDSVISTELSE	1 530	-59	1 589
DAGLIG VERKSAMHET	100	71	29
BEMANNINGSSERVICE	3 209	3 722	-513
ÖVR INSATSER LSS	2 223	649	1 574
INSATS T PERS M FUNKTNEDS SOL	610	-180	790
INSTVÅRD SAMT ÖPPNA INS MISSBRUK	55	48	7
ÖPPNA INSATSER BARN, UNGA	1 059	955	104
ÖVRIG VUXENVÅRD	2 434	2 222	212
FAMILJERÄTT	736	1 140	-404
GEMENSAMT	54 293	50 906	3 387
BARN o FAMILJ	192 125	197 043	-4 918
Gemensamt barn o familj	13 653	13 966	-313
GEMENSAMT	12 915	13 515	-600
PERSONLIGA OMBUD	738	451	287
Trygga, säkra o stödda barn o ungas levnadsvillkor	125 205	131 550	-6 345
INSTVÅRD BARN OCH UNGDOM	26 880	27 304	-424
FAMILJEHEMSV BARN O UNGA	52 453	60 750	-8 297
ÖPPNA INSATSER BARN, UNGA	24 178	23 290	888
ÖVRIG VUXENVÅRD	1 103	1 390	-287
GEMENSAMT	20 591	20 142	449
FLYKTINGMOTTAGANDE	0	-1 326	1 326
Säkra o föra fram barnets rätt	4 019	3 735	284
FAMILJERÄTT	4 019	3 735	284
Möjliggöra utveckling hos barn o unga m funktionsnedsättning	49 249	47 792	1 457
BOSTAD BARN O UNGA LSS	9 760	9 037	723
KORTTIDSVISTELSE	25 376	25 962	-586
ÖVR INSATSER LSS	12 263	10 944	1 319
GEMENSAMT	1 850	1 850	0
FUNKTIONSSTÖD VUXEN	371 803	367 010	4 793
Gemensamt med funktionsnedsättning att leva som andra	16 547	16 739	-192
GEMENSAMT	16 547	16 739	-192
Möjliggöra för kvinnor o män m funktionsnedsättning att leva som andra	355 256	350 271	4 985
BOSTAD SÄRSK.SERV LSS VUXEN	184 059	184 448	-389
PERS ASS ENL LSS OCH SFB	74 359	73 547	812
DAGLIG VERKSAMHET LSS	78 319	74 794	3 525
ÖVRIGA INSATSER LSS	2 120	1 862	258
INSATS T PERS M FUNKTNEDS SOL	9 915	9 740	176
GEMENSAMT	6 484	5 881	603

Driftredovisning, tkr	2021		
Verksamhet	Budget	Utfall	Avvikelse
HÄLSO- OCH SJUKVÅRD	17 259	19 009	-1 750
Tillgodose behov av hälso- o sjukvård	17 259	19 009	-1 750
VÅRD OCH OMSORG SoL & HSL	15 722	17 493	-1 771
GEMENSAMT	1 537	1 516	21
VUXEN	229 814	227 250	2 564
Gemensamt vuxen	14 903	13 678	1 225
ÖPPNA INSATSER	1 000	525	475
EKONOMISKT BISTÅND	85	65	20
GEMENSAMT	13 818	13 088	730
Möjliggöra ett liv fritt fr riskbruk, missbruk o beroende	35 203	36 098	-895
INSTVÅRD VUXN MISSBRUKARE	12 200	12 863	-663
ÖPPNA INSATSER VUX MISSBR	19 098	20 044	-946
GEMENSAMT	3 905	3 191	714
Verka för att vuxna m psykisk funktionsn kan leva som andr	129 904	127 726	2 178
BOSTAD SÄRSK.SERV LSS VUXEN	89 596	88 203	1 394
DAGLIG VERKSAMHET	200	200	0
ÖVR INSATSER LSS	0	0	0
INSATS T PERS M FUNKTNEDS SOL	36 428	35 872	556
GEMENSAMT	3 680	3 452	228
Utreda o bedöma rätt t ekonomiskt bistånd	48 446	48 236	210
ÖVRIG VUXENVÅRD	1 010	995	15
EKONOMISKT BISTÅND	45 419	45 264	155
GEMENSAMT	1 067	1 073	-6
FLYKTINGMOTTAGANDE	950	904	46
Möjliggöra för kvinnor o män att leva i relationer fria fr våld	1 358	1 512	-154
ÖVRIG VUXENVÅRD	450	883	-433
GEMENSAMT	908	629	279
Summa	882 017	861 433	20 585

Verksamhetsmått/Nyckeltal LSS

Antal verkställda beslut	Dec	Dec	Dec	Dec	Förändr 2021	Plan 2021
	2018	2019	2020	2021		
Boendestöd SoL	268	278	285	307	+22	+15
Personlig assistans SFB	108	111	111	104	-7	
Personlig assistans LSS	39	35	35	37	+2	
Ledsagarservice LSS	53	47	35	32	-3	
Kontaktperson LSS	167	169	158	162	+4	
Avlösarservice LSS	10	12	10	11	+1	
Livsföring i övr SoL	6	7	5	5	+0	
Korttidsvistelse LSS	67	71	65	63	-2	+3
Korttidstillsyn LSS	30	35	35	35	+0	
Bostad barn o ungdom LSS	4	3	4	4	+0	
Bostad vuxna LSS	304	313	316	316	+0	+12
Särskilt boende SoL	59	69	69	66	-3	
Daglig verksamhet LSS	362	366	374	381	+7	+12
Sysselsättning SoL	89	94	97	79	-18	

Kvalitetsberättelse

Socialförvaltningen Kalmar kommun

2021



Inledning

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

Samma föreskrift föreskriver att arbetet med att utveckla och säkra kvalitet ska dokumenteras och att det varje år bör upprättas en kvalitetsberättelse (Kap. 7 SOSFS 2011:9). Av kvalitetsberättelsen bör det framgå:

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

Kvalitetsberättelsen ska ha en sådan detaljeringsgrad att det går att bedöma hur detta arbete har bedrivits i verksamhetens olika delar samt att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses.

Berättelsen bör hållas tillgänglig för den som önskar ta del av den.

Innehåll

SAMMANFATTNING AV KVALITETSARBETE 2021	4
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR KVALITET	5
Engagerad ledning och tydlig styrning	5
Organisation och ansvar	9
Arbeta med processer	9
Arbeta med ständiga förbättringar	10
Basera beslut på fakta	10
De vi finns till för i fokus	10
Skapa förutsättningar för delaktighet	11
SYSTEMATISKT FÖRBÄTTRINGSARBETE 2021	12
Förebygga brister genom riskhantering	12
Säkra kvaliteten genom egenkontroll	13
Nationella jämförelser	14
Resultat i Öppna jämförelser	14
Resultat i Kommunens Kvalitet i Korthet - KKik	14
Brukarundersökningar	16
Brukarundersökningen individ- och familjeomsorg (IFO)	16
Brukarundersökning, funktionshinder	19
Revisioner	21
Internrevision	21
Extern revision	22
Kvalitetsuppföljning i extern verksamhet	23
Ej verkställda beslut	24
Stärka analys, lärande och utveckling genom utredning av avvikelser	25
lex Sarah	26
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR KOMMANDE ÅR	28

SAMMANFATTNING AV KVALITETSARBETE 2021

Nedan följer en sammanfattning av arbete och åtgärder under 2021, med avsikt att stärka och förbättra kvaliteten i socialförvaltningens verksamhet:

- Framtagande av styr- och ledningsprocess för hur förvaltningen tar fram underlag till budget, vilket har lett till bättre struktur för hur arbete bedrivs samt ett budgetunderlag med tydlig röd tråd in i verksamhetsplaneringen för nästkommande år
- Framtagande, beslut om, samt implementering av stödprocess för att informera effektivt och välriktat vilket har lett till förbättringar i hur vi hanterar behov av information på ett strukturerat sätt
- Framtagande, beslut om samt implementering av styr- och ledningsprocess för att prioritera och införa digitala arbetssätt vilket har lett till att behov av digitala arbetssätt hanteras
- Framtagande, beslut om samt fortsatt arbete enligt huvudprocess för att främja ansvarsfull servering och försäljning av alkohol, tobak, e-cigarettor och receptfria läkemedel vilket har lett till att den individuella kompetensen som finns hos alkoholhandläggarna har blivit ett gemensamt strukturkapital
- Bedömning och visualisering av vilken påverkan och vilket bidrag kartlagda nedbrutna huvudprocesser har ur ett agenda 2030 perspektiv. Detta har skapat en medvetenhet för vilken påverkan respektive process har och gett förutsättningar för analys- och förbättringsarbete för en hållbar socialtjänst
- Fortsatt arbete med nedbruten huvudprocess för hur förvaltningen arbetar med våld vilket har lett till att möjligheterna att uppmärksamma och hantera våldet där det uppstår, kommer att öka
- Genomförd riskanalys inför sammanslagning av tre separata enheter för fastighet och teknik inom socialförvaltningen och omsorgsförvaltningen till två gemensamma vilket har lett till att beslut om sammanslagning fattades med realistiska förutsättningar och förväntningar
- Påbörjat processarbete för stödprocess för ändamålsenliga lokaler, teknik och logistik vilket har lett till att skillnader i styrning, ledning, syn- och arbetssätt mellan förvaltningarna blir synliga och förutsättningarna att hantera dem ökar
- Implementering av nytt händelserapporteringsystem för avvikelser och klagomål vilket har lett till fler rapporterade händelser och utveckling av statistikuttag
- Delaktighet i framtagande och implementering av ny kommungemensam plattform för verksamhetshandboken vilket har lett till att förvaltningens alla dokument gått genom och att förvaltningens processer kan publiceras på samma ställe som stöddokumentet
- Utvecklingsarbete för stärkt riskbaserat arbetssätt vilket har lett till att ett stödmaterial inklusive processkarta kan pilot testas Q1 2022
- Ett grundutbildningskoncept för medarbetare inom LSS (det pedagogiska ramverket) har sjuösatts vilket kommer höja och säkerställer kvaliteten i verksamheterna genom att kompetensen stärks och förutsättningarna för att tillgodose behov och förväntningar från personer med funktionsnedsättning och deras anhöriga ökar

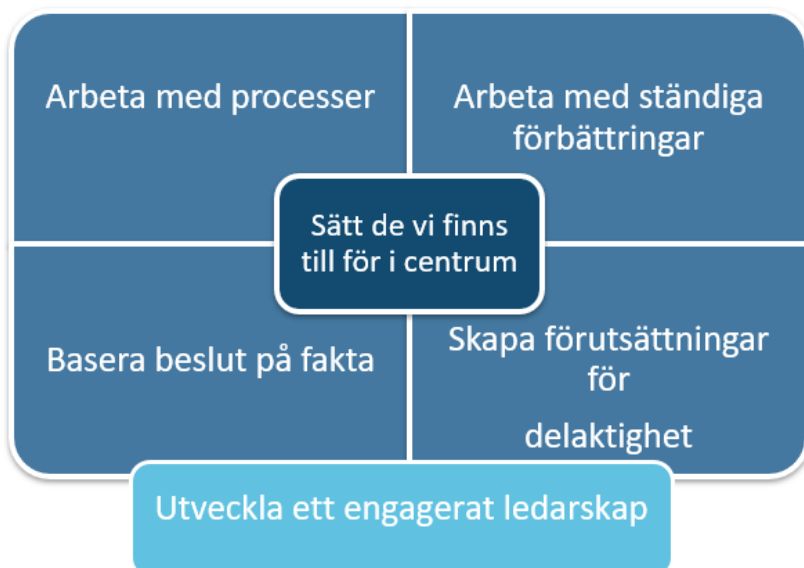
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR KVALITET

Enligt SOSFS 2011:9 2 kap 1§ definieras kvalitet genom att en verksamhet uppfyller de krav och mål som gäller för verksamheten enligt aktuella lagar och föreskrifter samt beslut som fattats med stöd av dessa. Den som bedriver verksamhet ska ta reda på vad som är kvalitet för just den verksamheten.

Socialförvaltningen har därför övergripande valt att definiera att kvalitet inom socialförvaltningen uppnås:

- ✓ när behovet hos dem vi finns till för tillgodoses och förväntningar infrias på ett kostnadseffektivt sätt samtidigt som krav och intentioner i lagar och mål uppfylls
- ✓ när det sociala arbetets innehåll präglas av evidensbaserad praktik och ständiga förbättringar

Ett vedertaget sätt att se på och arbeta med kvalitetsutveckling illustreras i figuren nedan (hörnstensmodellen). Modellen fastställer vilka *värderingar* som anses vara viktiga för ett framgångsrikt kvalitetsarbete. Socialförvaltningen har valt att använda denna modell som utgångspunkt i sitt kvalitetsutvecklingsarbete.



Engagerad ledning och tydlig styrning

SOSFS 2011:9, 3 kap. 1-3 §

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

Socialförvaltningen har ett förtydligande dokument som beskriver ledningssystemet "Socialförvaltningens ledningssystem för kvalitet – ett beskrivande ramverk". Ramverket syftar till att tydliggöra vad ledningssystemet består av och hur det ska



användas och därmed underlätta förståelsen för hur vi behöver arbeta systematiskt med att hela tiden säkra och förbättra vår kvalitet.

Genom processororienteringens möjligheter att förstå, leda och ständigt förbättra våra verksamheter agerar ledningen förebild samt engagerar till, och möjliggör förändring och utveckling.

Uppdrag, krav och mål för socialnämnden

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

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

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

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

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

Verksamhetsplanen följs upp och rapporteras till nämnden och kommunledningen tertialvis. Fullmäktigemålet om en socialtjänst av hög kvalitet bedöms vara delvis uppfyllt på grund av att socialnämnden har ambitionen att nå ännu längre.

Nedan följer en koncentrerad sammanställning över socialnämndens måluppfyllelse för de sex långsiktiga mål som fullmäktigemålet brutits ner med.

Mål	Kommentar
<p>Socialnämndens vård och omsorg ska vara kunskapsbaserad.</p> <p><i>Vården och omsorgen ska baseras på bästa tillgängliga kunskap och bygga på både vetenskap och beprövad erfarenhet.</i></p> <p>Fokus är implementering av evidensbaserade metoder och systematiska 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.</p>	<p>Socialnämnden lever näst intill upp till målet om att ha en kunskapsbaserad vård och omsorg med, de för året, uppsatta ambitionerna. I vissa av indikatorerna uppnås dock inte målvärdena helt. Utvecklingen bedöms ändå vara god och målvärdena inom räckhåll. Två av indikatorerna som inte är uppfyllda bedöms som mindre betydelsefulla än den tyngre vägande indikatorn om kompetens utifrån bästa tillgängliga kunskap, varför den sammanvägda bedömningen blir att målet är uppnått.</p>
<p>Socialnämndens vård och omsorg ska vara säker.</p> <p><i>Vården och omsorgen ska vara säker. Riskförebyggande verksamhet ska förhindra skador. Verksamheten ska också präglas av rättssäkerhet.</i></p> <p>Fokus är rättssäkerhet, brukar- och patientsäkerhet och att stärka verksamhetens riskbaserade tänkande.</p>	<p>Utvecklingen inom målet har varit positiv det senaste tertialet men socialnämnden har fortsatta utmaningar inom området, främst inom Hälso- och sjukvården som har stort förbättringspotential när det gäller det systematiska patientsäkerhetsarbetet. Grunden har lagts under året för att sådana förbättringar ska kunna påbörjas under 2022.</p> <p>Utvecklingen att säkra placerade barns rätt till den vård och omsorg som de har rätt till har varit mycket god under det sista tertialet. Målet bedöms därför i sin helhet som delvis uppnått samt med en positiv trend.</p>
<p>Socialnämndens vård och omsorg ska vara individpassad.</p> <p><i>Vården och omsorgen ska ges med respekt för individens specifika behov, förväntningar och integritet. Individerna ska ges möjlighet att vara delaktiga.</i></p> <p>Fokus är att bedriva en flexibel och behovsstyrd vård och omsorg där den enskildes delaktighet och behov är</p>	<p>Socialnämnden bedriver i stort sett en individanpassad vård och omsorg utifrån de mål och mått som satts upp för 2021. Mål om delaktighet har uppnåtts i processerna Trygga och säkra barn samt i Liv fritt från missbruk. I processen för Funktionsstöd vuxen uppnås inte den standard i genomförandeplanerna som eftersträvas, vilket innebär att utfallet för det utvecklingsområdet inte är acceptabelt.</p>

<p>en bärande del vid både bedömning, beslut, planering, genomförande och uppföljning. Fokus ska också vara att tillsammans med den enskilde anpassa och utforma insatser så att de stärker den enskildes förmåga att leva ett självständigt liv.</p>	
<p>Socialnämndens vård och omsorg ska vara effektiv.</p> <p><i>Vården och omsorgen ska utnyttja tillgängliga resurser på bästa sätt för att nå uppsatta mål.</i></p> <p>Fokus är hög kostnadseffektivitet genom att ständigt förbättra och utveckla kvaliteten i våra arbetsätt samt ta vara på digitaliseringens möjligheter.</p>	<p>Socialnämnden bedöms bedriva en effektiv vård och omsorg med högt uppsatta mål. Kostnader ligger på en acceptabel nivå i jämförelser med andra kommuner. Målen om att insatser ska matcha behov uppnås inte helt med de ambitioner och mått som satts upp för 2021.</p>
<p>Socialnämndens vård och omsorg ska vara jämlik.</p> <p><i>Vården och omsorgen ska tillhandahållas och fördelas på lika villkor för alla.</i></p> <p>Fokus är hälsa på lika villkor och jämställdhet mellan kvinnor och män, flickor och pojkar.</p>	<p>Medvetenheten och aktiviteter för hälsa på lika villkor och jämställdhet pågår ständigt, t ex genom att jämställdhetsperspektivet granskas i de analyser socialförvaltningen gör av fakta som samlas in i olika sammanhang.</p> <p>Kartläggning av processen för att ge vuxna förutsättning för nära relationer fria från våld, är i ett aktivt skede. Förutom att säkerställa vuxnas behov av skydd, stöd och hjälp för att hantera konsekvenser av våld i nära relation, i alla olika former, på både på kort och lång sikt, kommer processen ge stöd att uppmärksamma och hantera våld i nära relation hos personer som redan har stöd från socialförvaltningen.</p>
<p>Socialnämndens vård och omsorg ska vara tillgänglig.</p> <p><i>Vården och omsorgen ska vara tillgänglig och ges i rimlig tid. Ingen ska behöva vänta oskälig tid på den vård eller omsorg som hen har behov av.</i></p> <p>Fokus är ändamålsenliga och effektiva ledtider.</p>	<p>Socialnämnden lever inte helt upp till att tillhandhålla en så tillgänglig vård och omsorg som man föresatt sig. Det har dock skett en positiv utveckling inom processen för funktionsstöd vuxen när det gäller hur länge en person som söker stöd får vänta på sitt beslut.</p> <p>Arbetet med det förebyggande arbetet inom processen Trygga säkra barn har även det utvecklats positivt.</p> <p>Föräldraskapsstödsgrupperna är i full gång och väntetiderna är korta i de allra flesta fall. Även i processen Möjliggöra utveckling för barn och unga med funktionsnedsättning går trenden åt</p>

	<p>rätt håll i att barn och unga ska få rätt insats på ett säkert sätt inom rätt tid.</p> <p>När det däremot gäller utvecklingsområdet om en Kortare väntetid till daglig verksamhet är trenden fortsatt oförändrat negativ.</p>
--	--

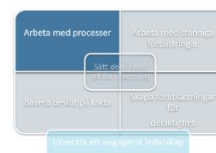
Organisation och ansvar

SOSFS 2011:9, 7 kap. 2 § p 1

Det är alltid vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst som har ansvaret för att det finns ett ledningssystem. Kvalitetsledningssystemet ska integreras med de befintliga systemen för budget och verksamhetsplanering som nämnden har. Men kvalitet är också ett personligt åtagande, där varje chef och varje medarbetare ytterst har att ansvara för kvaliteten i sitt eget arbete. De enskilda medarbetarna är en viktig tillgång i arbetet med att kvalitetssäkra verksamheten (SOSFS 2011:9 6 kap 1-3 §). Som stöd i att säkra och utveckla kvalitet finns stödfunktioner inom verksamhetsutveckling, ekonomi, IT och HR. I varje förvaltning inom Kalmar kommun finns också en kvalitetsledare med särskilt ansvar för kvalitet.

Arbeta med processer

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



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

Utgångspunkten för vilka processer som behövs för att säkerställa verksamhetens kvalitet är socialförvaltningens huvudprocess. Under denna finns nio nedbrutna huvudprocesser. Med start i "varför finns vi till" har förvaltningen definierat sina viktigaste processer.

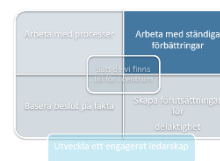
Alla processer följs upp årligen enligt en systematik som synliggör processens behov av förändringar och förbättringar. Behov av utveckling dokumenteras och prioriteras på ett strukturerat sätt och utgör grund för utvecklingsarbete inom processen.

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

Processkartorna finns, tillsammans med rutiner och övriga styrande dokument, sedan slutet av året tillgängliga i kommunens digitala verksamhetshandbok.

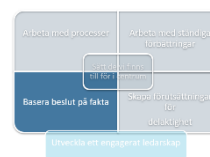
Arbeta med ständiga förbättringar

Ständiga förbättringar av arbetsätten är en av de bärande principerna i processorienteringen. Det systematiska förbättringsarbete som består av; riskanalyser, egenkontroll och utredning av avvikelser utgör viktiga underlag för vilka behov av förändringar i processerna som behövs för att uppnå god kvalitet. Det systematiska förbättringsarbete som bedrivits under 2021 redovisas längre fram i denna rapport.



Basera beslut på fakta

En grundläggande förutsättning för god kvalitet är att det finns tillräckligt med personal som har adekvat kompetens och goda förutsättningar att utföra sitt arbete. Förvaltningens processer är utformade för att leva upp till lagar och andra krav. För att god kvalitet ska uppnås ska personalen arbeta i enlighet med fastställda processer och rutiner som ingår i ledningssystemet.



Omvärldsbevakning sker strukturerat för att vid behov kunna ställa om och möta förändrade krav och behov. Uppföljning av insatser och resultat som underlag för beslut är avgörande för att bibehålla och förbättra kvalitet. Uppföljningen måste ske på alla nivåer med start hos den enskilde individen vidare på grupp- och systemnivå.

De vi finns till för i fokus

Processsynsättet innebär att man definierar sin verksamhet utifrån de man finns till för och hur deras behov kan tillgodoses i gränsöverskridande samverkan i processer snarare än i stuprörsutformade funktioner. Eftersom en framgångsrik process börjar i ett behov och slutar med att det behovet är tillgodosett, innebär processsynsättet en möjlighet att skapa värde för dem vi finns till för. Processsynsättets centrala värderingar är att:

- ha kundfokus genom att se på verksamheten utifrån och in
- ha en positiv människosyn och utgå från att alla kan och vill bidra
- tänka proaktivt och arbeta förebyggande och förutseende
- helheten är större än summan av delarna

Brukarundersökningar, synpunkter och klagomål är viktiga möjligheter för oss att sätta den vi finns till för i fokus. Det är ett sätt att ringa in behov och se vår verksamhet utifrån-och-in.



Skapa förutsättningar för delaktighet

Med processororientering kan man uppnå ett effektivt och engagerat samarbete över verksamhets- och organisationsgränser för att tillgodose de behov som de vi finns till för har, på ett värdeskapande sätt. Genom socialnämndens processororientering ges medarbetare en större möjlighet att medverka i kvalitetsarbetet. En ökad delaktighet ger en större tydlighet och ett större engagemang i att skapa samsyn kring vilka arbetsätt som ska råda och vad som fungerar i det dagliga arbetet med klienterna/brukarna.



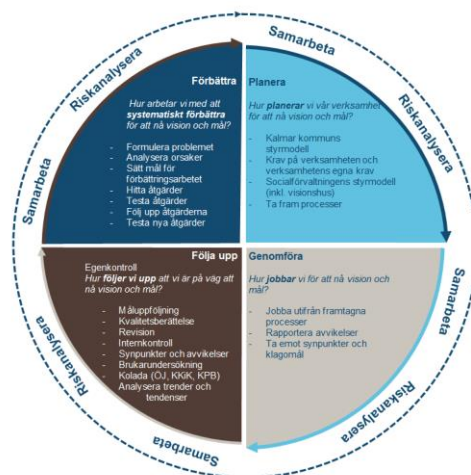
Tydliga överenskomna arbetsätt med utgångspunkt i krav, behov och önskemål gör det också lättare för personal att identifiera när något avviker och därmed kan leda till kvalitetsbrist.

För den enskilde är genomförandeplanen det enskilt viktigaste verktyget för delaktighet, självbestämmande och medskapande i det stöd som planeras och ges.

SYSTEMATISKT FÖRBÄTTRINGSARBETE 2021

SOSFS 2011:9, 5 kap. 7 kap. 2 § p 1

Systematiskt förbättringsarbetet består av; riskanalyser, egenkontroll, utredning av avvikelser, förbättrande åtgärder i verksamheten och förbättring av processer och rutiner. För att säkerställa att ledningssystemet är ändamålsenligt uppbyggt för att planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten krävs ett fortlöpande systematiskt förbättringsarbete.



Visualisering av socialförvaltningens ledningssystem

Kvalitetsberättelsen ska beskriva hur förbättringsarbetet bedrivits under föregående kalenderår, vilka åtgärder som vidtagits för att säkra verksamhetens kvalitet samt vilka resultat som uppnåtts.

Förebygga brister genom riskhantering

SOSFS 2011:9 5. 1§

Den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS, ska fortlöpande identifiera händelser som, om de inträffar, skulle kunna leda till att verksamheten inte kan leva upp till de krav och mål som ställs i lagar och andra föreskrifter.

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

Socialförvaltningen arbetar på flera olika sätt med att identifiera risker och förebygga att de inträffar. Vid behov görs riskanalyser på individnivå i verksamheterna.

I samband med att socialförvaltningen kartlägger sina processer identifieras risker för att processen inte ska kunna leva upp till de styrande värdena i processen. I den årliga

uppföljningen av processerna följs risker upp och ställning tas till om nya risker uppkommit. Under 2021 har det vid de årliga uppföljningarna kunnat konstateras att riskerna behöver utvärderas och omprövas av processledare och processägare innan den systematiska årliga uppföljningen, för att få större effekt på riskhanteringen.

Det arbete som är gjort med att bedöma och visualisera processers påverkan och bidrag ur ett Agenda 2030 perspektiv (se sammanfattning s.4) ger nya och andra förutsättningar att bedöma risker och möjligheter för en hållbar utveckling utifrån en ekonomisk, social och miljömässig dimension.

Risikanalyser görs också med verksamhetsfokus i verksamheterna och på förvaltningsnivå i samband med allvarliga händelser eller förändringar. För risker med hög sannolikhet och allvarlighetsgrad görs en handlingsplan för att förebygga att risken ska inträffa.

Under 2020 gjordes stora framsteg i det riskbaserade arbetet i samband med pandemin då det blev tydligt att ett systematiskt hanterande av risker bidrar till en tydlig och förtroendeskapande ledning. Förvaltningen har haft fortsatt stor hjälp av de totala riskanalyser och riskbedömningar som gjordes i pandemins tidiga skede.

Under 2021 har ett utvecklingsarbete bedrivits för att stärka systematiken och stödet för ett riskbaserat arbetssätt. Processkartor och tillhörande stödjande mallar för riskanalysarbete har tagits fram. Under den första delen av 2022 kommer ändamålsenligheten testas av en pilotgrupp, innan en större lansering och utbildningsinsats görs.

Säkra kvaliteten genom egenkontroll

SOSFS 2011:9 5kap. 2§

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

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

Nationella jämförelser

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

Resultat i Öppna jämförelser

Socialförvaltningen lämnade 2021 in resultat i åtta olika öppna jämförelseundersökningar. Underlaget till årets resultat samlades in i januari till mars 2021, och gäller förhållanden innan covid-19-pandemin. Undersökningarna omfattade dessa områden:

- missbruks- och beroendevård,
- ekonomiskt bistånd,
- social barn- och ungdomsvård,
- våld i nära relationer,
- stöd till personer med funktionsnedsättning,
- stöd till personer med psykisk funktionsnedsättning
- krisberedskap inom socialtjänsten samt

Socialstyrelsen publicerar varje år faktablad som beskriver några av årets centrala resultat på nationell nivå. Vid publicering sätter socialförvaltningen sina resultat i relation till de centrala nationella resultaten. Av de 28 punkter som lyftes fram i 2021 års redovisning hade Kalmar ett positivt resultat i 18 av punkterna. Socialförvaltningen redovisar resultaten för nämnden samt publicerar en kortfattad sammanfattning av resultaten i juni varje år på Kalmar kommuns webbplats i samband med Öppna jämförelsernas publicering nationellt.

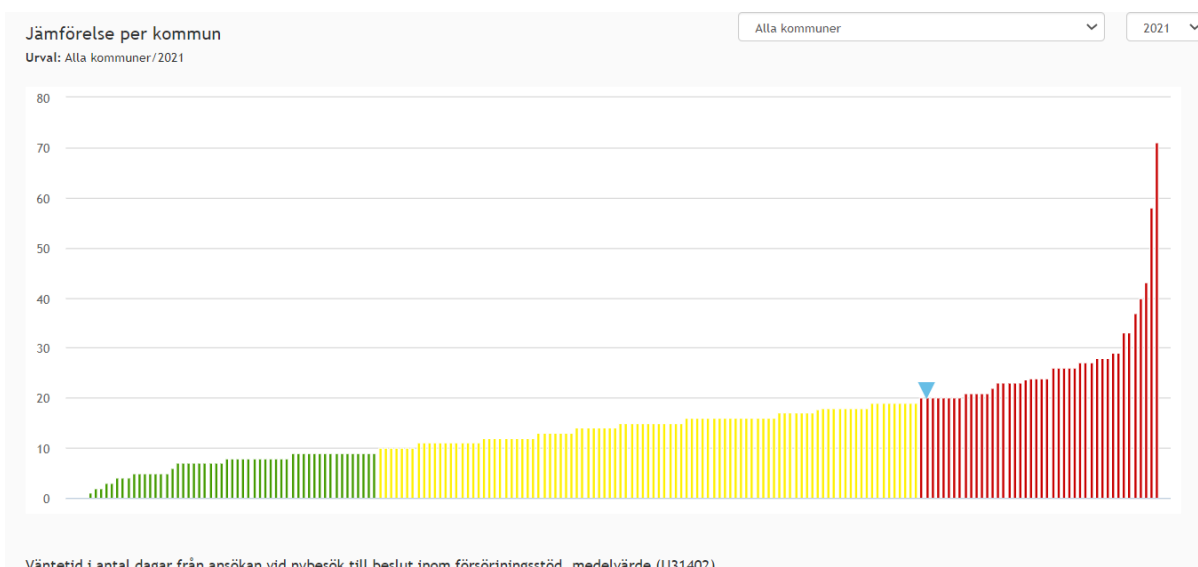
Resultat i Kommunens Kvalitet i Korthet - KKiK

Kommunens kvalitet i korthet omfattar ca 160 kommuner. Undersökningen mäter drygt 40 olika nyckeltal för att värdera kommuners prestationer inom en tre olika områden. Områdena är Barn och unga (gäller bara skola) Stöd och omsorg (socialtjänst inklusive äldreomsorg) samt Samhälle och miljö. Socialförvaltningen berörs av sex av de 42 nyckeltalen. En av SKR:s kommentarer i den kortfattade analys de gör i januari efter undersökningens genomförande handlar om väntetid. De menar att väntetid är "en mycket viktig trygghetsaspekt generellt sett, men framför allt för utsatta målgrupper. Är väntetiderna orimligt långa bör det vara ett prioriterat område att åtgärda". Två av nyckeltalen om väntetid berör socialförvaltningens verksamhetsområden.

				2018	2019	2020	2021
Brukarbedömning individ- och familjeomsorg totalt - förbättrad situation, andel (%) Totalt		..	~	76	64	83	62
Brukarbedömning individ- och familjeomsorg totalt - förbättrad situation, andel (%) Män	♂	..	~	77	64	83	67
Brukarbedömning individ- och familjeomsorg totalt - förbättrad situation, andel (%) Kvinnor	♀	..	~	76	64	82	58
Väntetid i antal dagar från ansökan vid nybesök till beslut inom försörjningsstöd, medelvärde Totalt		..	~	19	22	20	20
Väntetid i antal dagar från ansökan vid nybesök till beslut inom försörjningsstöd, medelvärde Män	♂	..	~	19	23	20	20
Väntetid i antal dagar från ansökan vid nybesök till beslut inom försörjningsstöd, medelvärde Kvinnor	♀	..	~	20	21	19	20
✓ Kostnad individ- och familjeomsorg, kr/inv Totalt		..	~	3 870	3 785	3 851	
Väntetid i antal dagar från beslut till första erbjudna inflyttningsdatum avseende boende enl. LSS § 9.9, medelvärde Totalt		..	~		295	149	361
Brukarbedömning boende LSS totalt - Brukaren trivs alltid hemma Totalt		..	~	86	79	-	82
Brukarbedömning boende LSS totalt - Brukaren trivs alltid hemma Män	♂	..	~	88	81	-	84
Brukarbedömning boende LSS totalt - Brukaren trivs alltid hemma Kvinnor	♀	..	~	85	76	-	79

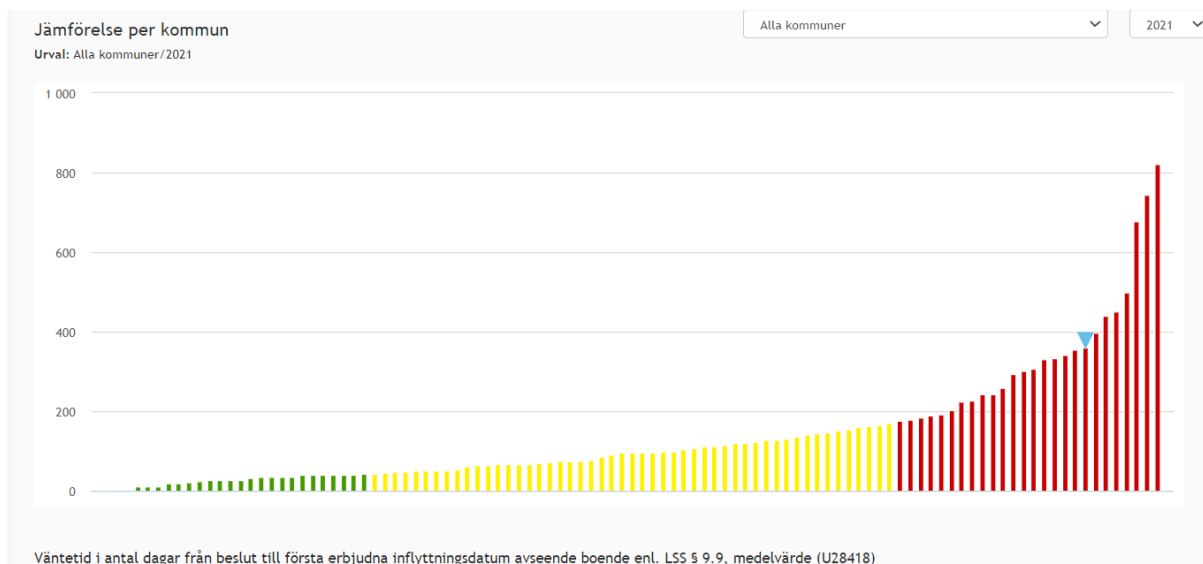
Väntetid i antal dagar - försörjningsstöd

Väntetiden i antal dagar från ansökan vid nybesök, till beslut om försörjningsstöd, ligger nationellt i genomsnitt på 15 dagar (2021). Spridningen mellan medelvärdet hos "liknande kommuner ekonomiskt bistånd", ligger mellan tre och 26 dagar. Nationellt är spridningen mellan en och 71 dagar. I Kalmar är väntetiden 20 dagar. Det är samma väntetid som förra året.



Väntetid i antal dagar - boende enligt LSS

Den genomsnittliga nationella väntetiden för erbjudet inflyttningsdatum i LSS-boende är 142 dagar. Spridningen mellan kommuner är stor, allt från 12 till 821 dagar. I jämförelse med "liknande kommuner LSS" har Kalmar i särklass den längsta väntetiden medan de andra deltagande kommunerna ligger mellan ca 50 och 150 dagar. Kalmars väntetid har ökat konstant sedan 2015 fram till 2019, då ett tydligt trendbrott skedde. 2021 års väntetid på 361 dagar är den registrerat längsta vi haft.



Djupare analys av resultaten behöver göras i samverkan med verksamheten. Det sker direkt när resultaten publiceras om de är röda och sedan under analysveckan på hösten.

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

Brukarundersökningar

Varje år deltar Kalmar kommuns socialförvaltning i de nationella brukarundersökningarna. Några av frågorna utgör mått i KKiK enligt tabell i ovan avsnitt. Deltagande och resultat är viktiga delar av en kunskapsbaserad socialtjänst. Undersökningarna ger kunskap om hur brukare upplever kontakten med och stödet från socialtjänsten. Undersökningar genomförs inom områdena funktionshinder, individ- och familjeomsorg samt placerade barn och unga. Under 2021 deltog 202 kommuner i minst en brukarundersökning.

Brukarundersökningen individ- och familjeomsorg (IFO)

Brukarundersökningen inom individ- och familjeomsorg har inriktning på myndighetsutövning och omfattar verksamhetsområdena social barn- och ungdomsvård, ekonomiskt bistånd samt missbruks- och beroendevård.

Totalt deltog 133 kommuner i årets undersökning, och brukarna gav totalt 8 223 svar.

Skillnaden i de sammantagna resultaten för samtliga målgrupper inom IFO är små i förhållande till tidigare år, men det finns både positiva och negativa trender inom olika målgrupper.

Personer som får stöd inom *ekonomiskt bistånd* är mer positiva i år i flera av undersökningens frågor, jämfört med förra året. Även för **Kalmars** del stämmer detta, men vi uppvisar samtidigt ett försämrat resultat både när det gäller hur lätt det är att komma i kontakt med socialsekreterare och hur stor förståelse socialsekreteraren visar för den enskildes situation. Däremot uppger en stor andel att de har fått möjlighet att ha inflytande över hur situationen kan förändras.

Barn och unga över 13 år är genomgående mindre positiva i år, i samtliga frågor, jämfört med förra året. För **Kalmars** del stämmer detta, såväl som på upplevelsen av hur lätt det är att få kontakt med socialsekreterare, samt möjligheten att ha inflytande över sin situation. Inom dessa frågeområden är resultaten bättre 2021 än 2020. En stor försämring har dock skett när det gäller upplevelsen av att socialsekreterare visar förståelse för den enskildes situation.

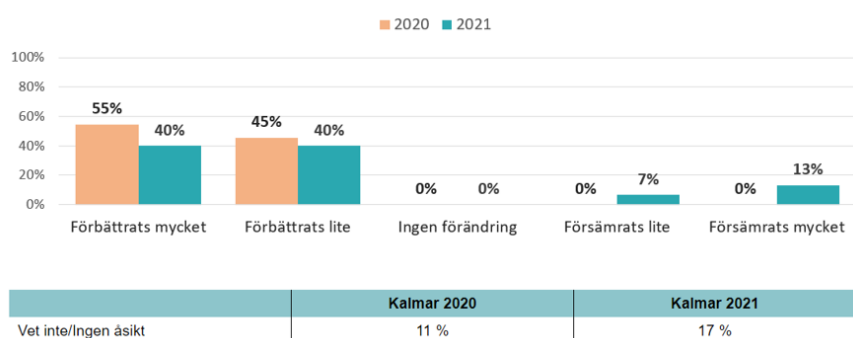
Vårdnadshavare till Barn och unga i **Kalmar** upplever sämre helhetssyn, förståelse och i lägre uträkning en förbättrad situation i jämförelse med andra deltagande kommuner (ovägt medel). Mest utmärkande är den låga andel som upplever en förbättrad situation efter kontakt med den sociala barn- och ungdomsvården. Resultatet har sannolikt stor påverkan på det totala utfallet på samma fråga för individ- och familjeomsorgen i Kalmar.

Nationellt ser man en stor förbättringspotential för individens möjlighet att påverka sitt stöd. Här har flera målgrupper en lägre andel positiva svar, i jämförelse med övriga frågor. Även **Kalmar** har ett sämre resultat på frågan jämfört med 2020 och ligger dessutom under det ovägda medelvärdet för alla deltagande kommuner.

Den nationella analysen visar att skillnaden mellan kön har ökat framför allt inom målgruppen *barn och unga* över 13 år, där tjejerna är mindre nöjda än killarna. Detta stämmer inte alls med de resultat **Kalmar** har för 2021. Av de som svarat i Kalmar är förhållandet det omvända.

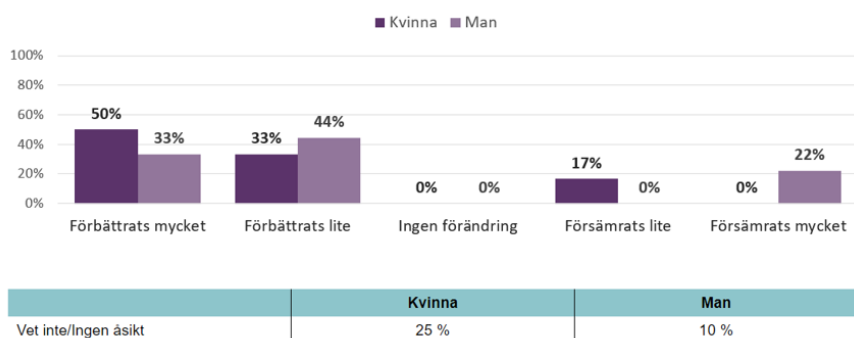
Socialnämnden beslutade 2021 att använda en av frågorna i den nationella brukarundersökningen som mål i 2022 års verksamhetsplan. Nedan följer därför en redovisning av resultatet på frågan: Hur har din situation förbättrats sedan du fick kontakt med socialtjänsten?

Hur har din situation förändrats sedan du fick kontakt med socialtjänsten i kommunen?



Bilden visar en jämförelse mellan år 2020 och 2021. Det är en mindre andel av de svarande som uppger att deras situation förbättrats och en större andel som uppger att den försämrats 2021. På nästa bild åskådliggörs hur de svarande kvinnorna respektive männen upplevt sin situation.

Hur har din situation förändrats sedan du fick kontakt med socialtjänsten i kommunen? Resultat för 2021.



Männen som svarat tycker att deras situation har förbättrats i mindre utsträckning än kvinnorna.

År 2020 hamnade Kalmar på en 27:e plats i jämförelse med de andra deltagande kommuner när det gällde andel personer som upplevde en förbättrad situation efter kontakt med socialtjänsten. År 2021 hamnar Kalmar i jämförelse med deltagande kommuner på 97:e plats. Initial analys av resultatet ger vid handen att resultaten svänger kraftigt över åren. Detta hänger samman med svarsfrekvensen och olika sätt att från nationellt håll administrera, distribuera och samla in enkäterna. Svarsfrekvensen är betydligt lägre under såväl 2020 och 2021 jämfört med 2019. 2019 hade vi ca 250 svarande och 2020 och 2021 hade vi strax under hundra. Vid låg svarsfrekvens får svar på skalans ytterkanter ett större genomslag än om svarsfrekvensen är hög.

Hur har din situation förändrats sedan du fick kontakt med socialtjänsten i kommunen?



Trenden med låg svarsfrekvens återspeglas på nationell nivå och har sannolikt sin grund i pandemin samt i förändringar i genomförandet av undersökningarna. En viktig åtgärd i Kalmar under 2022 blir att skapa förutsättningar för att öka svarsfrekvensen, för att på sätt få ett stabilare underlag. Att vårdnadshavare är den målgrupp som primärt svarar mer negativt på frågan om hur situationen förändrats efter kontakt med socialtjänsten behöver analyseras vidare för att mötas med ändamålsenliga åtgärder.

Brukarundersökning, funktionshinder

Brukarundersökningen riktar sig till vuxna personer med funktionsnedsättning inom boende, boendestöd och daglig verksamhet/sysselsättning enligt lag om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) och socialtjänstlagen (SoL) samt personlig assistans.

I årets undersökning deltog 177 kommuner och elva privata aktörer. Totalt lämnade brukarna 34 415 svar. I Kalmar genomförs brukarundersökningen vartannat år om upplevelse av boendet och vartannat år om upplevelse av daglig verksamhet/-sysselsättning.

Nationellt är resultaten positiva, med en liten förbättring över tid för nästan alla frågor, från 2016 till 2021. Män svarar även i år mer positivt på de flesta frågor, med några undantag. Till exempel anger fler kvinnor än män med boendestöd och sysselsättning att de får bestämma om saker som är viktiga för dem.

Nationellt ser man att kvinnor känner sig fortsatt mer otrygga än män, särskilt i servicebostäder och boenden inom socialtjänstlagen. Resultaten från undersökningarna i **Kalmar** uppvisar samma bild.

Frågor om kommunikation och inflytande har sammantaget de lägsta resultaten även i årets undersökning. För **Kalmars** del stämmer det när det gäller gruppbostad och servicebostad, där vi också i flera av frågorna ligger lägre än det ovägda medelvärdet i jämförelse med andra deltagande kommuner. Däremot har vi ett av de bättre resultaten när det gäller inflytande i boende med särskild service (SoL) samt ett bättre resultat än det ovägda medelvärdet när det gäller kommunikation.

Precis som för socialförvaltningens individ och familjeomsorg beslutade socialnämnden 2021 att använda frågor i den nationella brukarundersökningen som mål i 2022 års verksamhetsplan. Nedan följer en redovisning av resultaten på de frågor som valts för funktionshinderomsorgen:

Brukaren får den hjälp hen vill ha. (De som svarat "ja")

Trivs du med hemma/ med boendepersonalen?			
Insatsområde	2018/2019	2021 Kalmar	2021 Riket
Gruppbostad total:	86%	85%	82%
Män:	88%	86%	
Kvinnor	85%	83%	
Servicebostad LSS total:	78,67%	80%	78%
Män:	80,95%	83%	
Kvinnor:	75,76%	76%	
Boende med särskild service SoL total:	68,33%	77%	70%
Män:	73,53%	86%	
Kvinnor:	61,54%	72%	

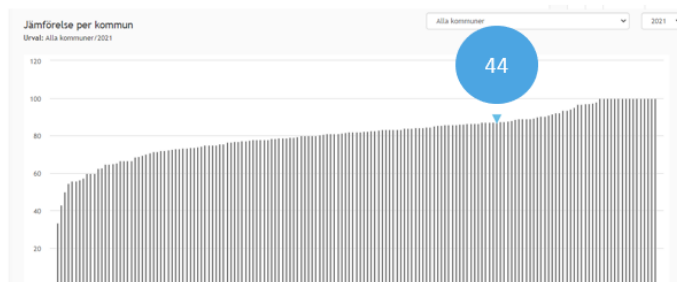
Brukaren trivs alltid hemma. (De som svarat "Ja")

Trivs du med hemma/ med boendepersonalen?			
Insatsområde	2018/2019	2021 Kalmar	2021 Riket
Gruppbostad total:	86%	85%	82%
Män:	88%	86%	
Kvinnor	85%	83%	
Servicebostad LSS total:	78,67%	80%	78%
Män:	80,95%	83%	
Kvinnor:	75,76%	76%	
Boende med särskild service SoL total:	68,33%	77%	70%
Män:	73,53%	86%	
Kvinnor:	61,54%	72%	

Kalmar uppvisar ett resultat på de två frågorna som ligger högre än det ovägda medelvärdet i alla undersökta boendeformer. I jämförelse med andra deltagande kommuner tillhör Kalmar de mittersta 50 procenten (d.v.s. gult resultat i Kolada).

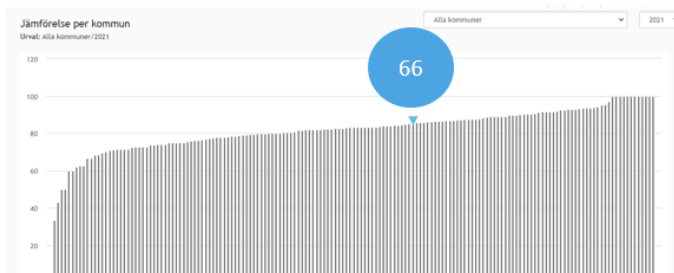
Målet är att hamna bland de 30 kommuner som har de bästa resultaten på dessa frågor. År 2021 hamnar Kalmar på 44:e plats i jämförelse med andra deltagande kommuner när det gäller brukarens upplevelse av att få den hjälp hen vill ha samt på 66:e plats på frågan om trivsel.

Brukaren får den hjälp hen vill ha



2021

Brukaren trivs alltid hemma



2021

Revisioner

Internrevision

Tidigare har socialförvaltningen utfört ett tjugotal interna revisioner på våren. Under 2020 och 2021 utfördes istället 12 revisioner vardera år, digitalt på hösten med anledning av coronapandemin.

Revisionsfokus 2021 var riskbaserat tänkande med anledning av att coronapandemin förstärkt vikten av att arbeta förebyggande. Riskförebyggande arbete är avgörande för ett välfungerande kvalitetsledningssystem.

Målet med revisionerna var att förstärka och utveckla arbete och goda effekter av systematiska sätt att förebygga att risker inträffar och blir negativa händelser, samt att tillvarata möjligheter till utveckling och förbättring.

Sex verksamhetsutvecklare genomförde två revisioner var på Multiversum, Mobila teamet LSS barn och familj, Familjehemsteamet, Dressinen, Väpnaregatan, Boendestöd Två Brödersväg, Mottagning Vuxen, Brändebo, Varvsgatan, Fältet, Lindeberga, Mobilcenter.

Revisionerna ringade in att det finns brister i arbetet med risker, såväl vad gäller förståelse för nyttan, som i genomförande av riskanalysarbetet. Resultaten används vid pågående förbättringsarbete av den stödande strukturen för riskhantering.

Extern revision

Under 2021 genomfördes externrevisionen mellan den 18 och 22 oktober.

Inom socialförvaltningen reviderades följande verksamheter:

- Förvaltningens ledning och styrning,
- Process Verka för att vuxna med psykisk funktionsnedsättning ska kunna leva som andra - Servicebostad Norr, enhet 316
- Process Möjliggöra för kvinnor och män med funktionsnedsättning att leva som andra - Servicebostad Vasallgatan, enhet 501
- Gränsöverskridande SOC och OMS (område fastighet- och teknik)

Revisionen genomfördes av Qvalify. Inga avvikelser riktades enbart till de reviderade verksamheterna inom socialförvaltningen. Eftersom Kalmar kommun har ett kommungemensamt certifikat berör dock avvikelser noterade i andra verksamheter hela kommunen. Revisorerna konstaterade totalt nio mindre allvarliga avvikelser. Fem var övergripande och fyra var förvaltningsspecifika. De övergripande avvikelserna gäller genomförande av ledningens genomgång, säkerställande av kritisk miljökompetens, utvärdering av genomförd utbildning, samt kommunens kvalitets- och miljöpolicy. Kvalitets- och miljönätverket ansvarar för att besvara avvikelserna med en förklaring till orsak samt beskrivning av omedelbar och långsiktig åtgärd.

Inom socialförvaltningen noterade externrevisorn bland andra dessa positiva iakttagelser:

- Ett mycket moget processtänk som genomsyrar organisationen
- Stort fokus på vem man/processen är till för
- Tydligt visionshus och tydliga styrande värden
- Förbättringsförslagen från föregående revision har hanterats på ett tydligt och seriöst sätt
- Hållbarhetsaspekter inkl. miljöaspekter har identifierats för respektive process och indikatorer har identifierats
- Förbättringsarbete pågår gällande gränssnitt/samarbete med HSL, vilket bedöms rätt prioriterat
- Flera olika åtgärder har påbörjats för att förbättra avvikelshantering, systemstöd, motivation för inrapportering, utredning och lärande

Externrevisorn identifierade ett litet antal förbättringsförslag för socialförvaltningen:

- Vara tydligare med hur vi utvärderar effekt av utbildning
- Säkerställa att vi har ett tydligt arbetssätt för att kommunicera och lära oss av våra avvikelser så att det blir en verklig förändring/förbättring ute i den dagliga verksamheten

- Se över hur verksamheterna kan utgöra stöd vid introduktion av ny sjuksköterska

Resultat från externrevisionen redovisas för socialnämnden i januari 2022.

Kvalitetsuppföljning i extern verksamhet

Särskild kvalitetsuppföljning görs av förvaltningen i upphandlad och avtalad verksamhet inom verksamhetsområde funktionsnedsättning. Uppföljningen innefattar förutom granskning av tillstånd, verksamhets- och årsberättelser, resultat av brukarundersökning också intervjuer och stickprover (exempel på genomförandeplan, rutiner etc.).

Kvalitetsuppföljningarna görs i slutet av året och redovisas för nämnden i februari varför sammanställningen i kvalitetsberättelsen släpar efter ett år.

Under 2020 genomfördes kvalitetsuppföljningar vid de dagliga verksamheterna Miniprint, Del-Ta, Mossegården, Lustgården samt vid gruppbostäderna Birgittagården och Calmia samt av entreprenaden för personlig assistans Humana. Resultatet av uppföljningarna redovisades i socialnämnden i februari 2021.

Uppföljningarna för bostad och personlig assistans visade på god kvalitet såväl utifrån brukarnas behov som till yttre krav utifrån föreskrifter och allmänna råd. I kvalitetsuppföljning med Birgittagården framgick dock att verksamheten har ekonomiska utmaningar i och med renoveringskostnader. I kvalitetsuppföljning med Calmia framkom fortsatta svårigheter att utföra brandövningar utifrån ett brukarfokus.

Kvalitetsuppföljning med Humana Assistans AB visade att de tagit fasta på de utmaningar som konstaterades 2019, vilket lett till att fler gjort aktiva val att arbeta hos dem och att interna motsättningar minskat. Förbättringsområden konstaterades när det gällde t ex analys och lärande av avvikelser

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

Uppföljningarna visar på att det finns ett starkt brukarengagemang/brukarfokus och en vilja att göra rätt utifrån yttre krav men att det finns en del brister t.ex. med att uppfylla kraven för tillstånd vad gäller föreståndare på Del-Ta samt att behovet av stöd från socialförvaltningen generellt är relativt stort. Det noteras också oklarheter i vissa av verksamheterna vad gäller framtida drift på grund av ägarnas ålder.

Ej verkställda beslut

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

Förvaltningen har under året vid varje kvartalsredovisning haft ej verkställda beslut att rapportera till IVO. Under 2021 har förvaltningen som mest haft 170 ej verkställda beslut (kvartal 1 och 2). Som en jämförelse hade förvaltningen under 2020 som mest 293 ej verkställda beslut (kvartal 3). Årets ej verkställda beslut gäller främst daglig verksamhet enligt LSS/sysselsättning SoL (som mest 119 och som minst 69) samt kontaktperson LSS (som mest 34 och som minst 27). Den stora antalet ärenden under 2020 berodde huvudsakligen på covid-19-pandemin, som förhindrade verkställighet av en del nya beslut men som också, framför allt, ledde till ett stort antal avbrott i redan påbörjade verkställigheter. Det stora flertalet av dessa avbrott fanns inom daglig verksamhet/sysselsättning. Under 2021 kunde dock många tidigare hemmavarande återgå i sysselsättning, i takt med att vaccineringen mot covid-19 fortskred. Vid sista rapporteringstillfället 2021 hade det totala antalet ej verkställda beslut minskat till 117.

Merparten av beslut som inte kunnat verkställas är, precis som under 2020, inom funktionshinderomsorgen (LSS och SoL). Antalet ej verkställda beslut om bostad för vuxna, enligt LSS eller SoL, har det senaste året varit relativt konstant, med en svängning mellan som mest 17 och som minst 15 ärenden. Under 2021 tilldömdes inte socialnämnden i Kalmar kommun av förvaltningsrätten att erlagga särskild avgift i något ärende. Två ärenden ligger för närvarande hos domstolen för avgörande, varav ett från 2020 och ett från 2021, efter ansökan från Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Det ena ärendet avser ledsagarservice enligt LSS och det andra sysselsättning enligt SoL.

Stärka analys, lärande och utveckling genom utredning av avvikelser

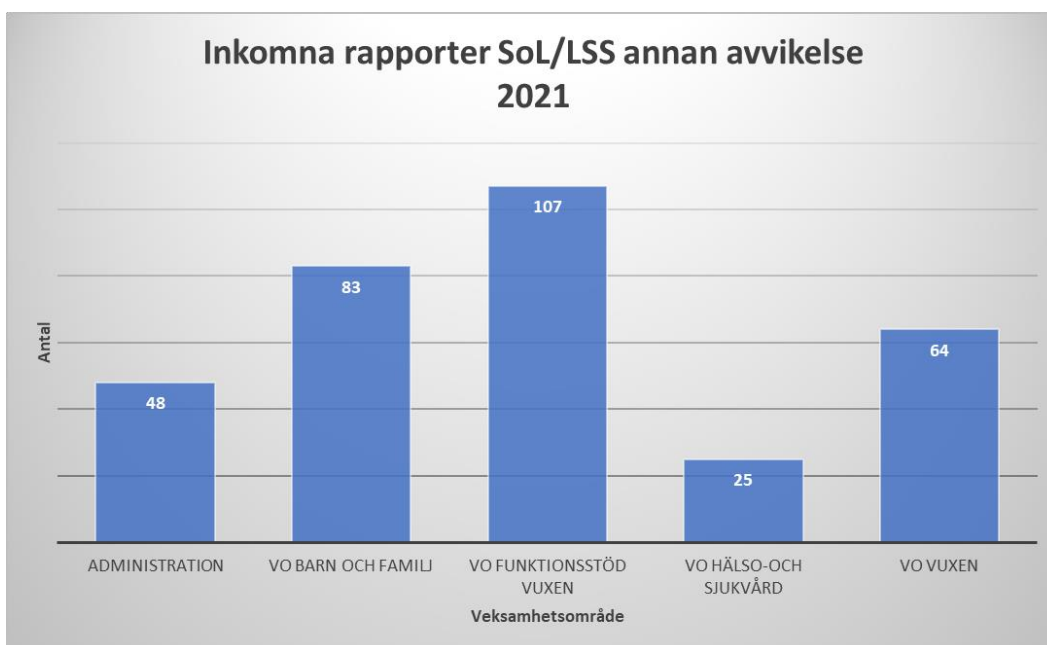
SOSFS 2011:9 5 kap. 5 §, 7 kap. 2 § p 5

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

Klagomål och synpunkter kan framföras av alla intressenter med syfte att den som bedriver verksamhet ska kunna få en bred återkoppling på hur verksamheten bedrivs och få kännedom om ifall verksamheten avviker från krav och mål som gäller för verksamheten.

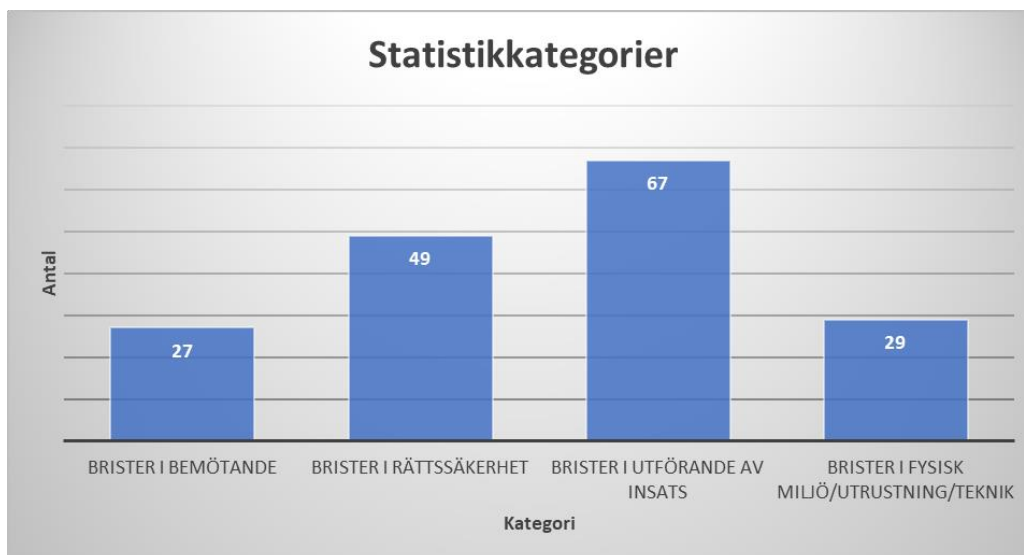
Socialförvaltningen har ett förbättringsarbete att göra när det gäller gemensamt lärande och utbyte mellan processer och verksamheter inom förvaltningen. Verksamhetsområdenas fördjupade analyser behöver återkopplas på övergripande nivå för möjlighet till ett sådan lärande.

Under första kvartalen 2021 tog Socialförvaltningen ett nytt system i bruk för att ta emot och utreda avvikelser. Under året har förvaltningen rapporterat 327 händelser (jämfört med 225 under 2020). Det är framförallt verksamhetsområde Funktionsstöd vuxen (57 rapporter 2020) och verksamhetsområde Vuxen (30 rapporter 2020) som ökat sin rapportering av händelser. Båda verksamhetsområdena har i princip fördubblat sin rapportering.



Av de rapporterade händelserna är ca 90 procent sådana som vi själva upptäckt och rapporterat (d.v.s. inte klagomål). Efter utredning är det ca 10 procent av händelserna som inte bedöms vara en avvikelse.

Det är brister i utförande av insats som är den avvikelse som dominerar, följt av brister i rättssäkerhet. Varje typ av brist specificeras ytterligare i systemet.



Bristerna har resulterat i åtgärder som på något sätt inbegriper information och kommunikation samt med åtgärder som stödjer önskade arbetsätt.

Systemet för att hantera händelser är fortfarande under implementering och behöver fortsätta att utvecklas genom stöd och uppmuntran till:

- Fortsatt ökad rapportering
- Att avvikelser och utredningar avslutas i systemet
- Att statistikuppgifter fylls i av respektive utredare och på rätt sätt
- Att posten "annat" granskas för att se om någon statistikkategori behöver någon ytterligare specificering
- Att statistikkategorierna ses över

lex Sarah

Rapportering och utredning av missförhållanden och risk för missförhållanden (lex Sarah) sker även det i systemet som togs i drift under 2021. I samband med det kartlades arbetet i en process som stödjer, underlättar och säkerställer kvaliteten i hantering och utredning av rapporterade händelser.

Under 2021 har 33 händelser rapporterats enligt lex Sarah. I tio av dessa pågår utredning vid årets slut. Sex händelser är bedömda som allvarliga och har således anmälts till Inspektionen för vård och omsorg.

lex Sarah 2021	
Antal rapporter totalt under perioden:	33
Varav pågående:	10
Anmälda till IVO:	6

Sju av utredningarna har registrerat brister i utförande, samt fysiskt och psykiskt övergrepp som orsak till missförhållandet. Det innebär enligt nedan tabell att en rapporterad händelse kan innehålla flera olika typer av handlingar eller

underlåtelse. Fem av händelserna har efter utredning kunnat konstateras ej röra sig om missförhållanden eller risk för missförhållanden.

Registrerade typer av handlingar eller underlåtelse	
Fysiska övergrepp	8
Sexuella övergrepp	
Psykiska övergrepp	8
Brister i bemötande av anställda med flera	4
Brister i rättssäkerhet	6
Brister i utförande av insatser (insatser som utförts felaktigt eller inte alls)	14
Brister i fysisk miljö, utrustning, teknik	1
Ekonomiska övergrepp	
Inget missförhållande	5

Händelserna har åtgärdats med typer av åtgärder som kategoriserats enligt nedan tabell.

Registrerade typer av åtgärder (ej antal åtgärder) som berör:	
Omgivning och organisation	4
Utbildning och kompetens	2
Processer, rutiner och riktlinjer.	5
Kommunikation och information	2
Teknik, utrustning och apparatur	
Arbetsrättslig åtgärd	1

Lex Sarah ärendena under 2021 gäller 18 män/pojkar och 10 kvinnor/flickor. Angivelse av kön saknas i nio utredningar. I fyra rapporter/utredningar berörs fler än en individ.

Förra året (2020) upprättades 26 lex Sarahrapporter. Antalen har varierat mellan 11 och 27 från 2016.

Sammanställning visar en övertikt i händelser som gäller brister i utförande av insats.

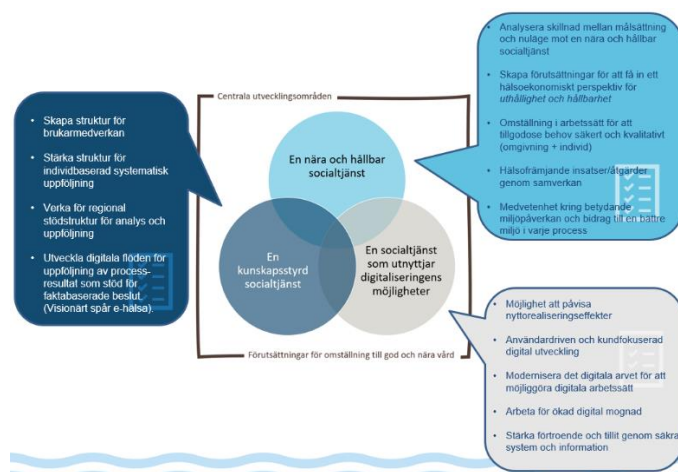
Kunskapen om skyldigheten att rapportera missförhållande och risk för missförhållanden ska hela tiden hållas aktuell. Enhetschef ska därför enligt rutin informera medarbetare minst en gång per år på t.ex. arbetsplatsträff. För att underlätta detta arbete finns en webbintröduktion till lex Sarah som ligger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

Det finns en lex Sarahgrupp bestående av verksamhetsutvecklare för att kvalitetssäkra och utveckla arbetet med lex Sarahutredningar.

MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR KOMMANDE ÅR

Förvaltningen fortsätter med sina sex långsiktiga kvalitetsmål och utvecklingsområden och indikatorer kopplade till dessa. Förutom dessa har förvaltningen ringat in tre centrala utvecklingsområden som rör:

- En nära och hållbar socialtjänst
- En socialtjänst som utnyttjar digitaliseringens möjligheter
- En kunskapsstyrd socialtjänst



Inom dessa områden arbetar förvaltningen vidare på central nivå med omställningen till en god och nära vård, anpassningen till krav i Agenda 2030 och förutsättningarna för att nyttja digitaliseringen.

Under 2022 kommer en strategi för processorientering presenteras för nämnden. Den, och tillhörande handlingsplan, ska bidra till fortsatt utveckling av styrning och ledning mot ökad kvalitet.

Utifrån analys och erfarenheter från året som gått behöver fortsatt utvecklingsarbete ske gällande:

- det gemensamma lärandet och utbytet mellan processer och verksamheter efter sammanställning och analys t ex avvikelser
- stärkt systematik och stöd för ett riskbaserat arbetssätt
- ökad svarsfrekvens i brukarundersökningar
- att uppmärksamma och hantera våld i nära relation där det uppstår
- stödprocesser för ändamålsenliga lokaler, teknik och logistik
- ökad användarvänlighet och nytta av den digitala verksamhetshandboken

Utöver det planeras processutvecklingsarbete för:

- ekonomiskt bistånd
- matchning av beslut om daglig verksamhet samt placering av barn och unga
- prioriterade stödprocesser
- kommunal hälso- och sjukvård

Uppföljning av intern kontroll 2021

Fas: Intern kontroll 2021 - Uppföljning Rapportperiod: 2021-12-31 Organisation: Socialnämnd

LEDNINGSPROCESSER

Fastställa mål och fördela resurser

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

Organisera, leda och följa upp verksamheten



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

Risk för ineffektiv och kostsam administration

Kommungemensamma stödprocesser är inte kartlagda eller designade efter intressenters krav, önskemål eller behov. Det medför risker inom såväl legalt som ekonomiskt område.

Riskkategori	Ansvarig	Riskvärde	Sannolikhet	Konsekvens
Verksamhetsrisk	Kristina Appert	9	3	3

KONTROLLMOMENT

Titel	Beskrivning	Status	Bedömning
Påbörja kartläggningar inom socialförvaltningen	Socialförvaltningen påbörjar kartläggning av sin del av stödprocesserna.		

Kommentar:

Resultat: Socialförvaltningen har under 2021 identifierat stödprocesserna till 5 st. 1 är kartlagd, 1 är pågående och resten ska kartläggas enligt upprättad tidplan under 2022. Stödprocesserna har dock inte kartlagts kommungemensamt.

Åtgärd: Dialog fortsätter med kommunledningskontoret ang kommungemensam kartläggning av stödprocesserna.



Bedriva samhällsskydd och säkerhetsarbete



- Planera åtgärder inför extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap
- Tillhandahålla räddningstjänst
- Arbeta med frågor inom förebyggande brandskydd

Risk för att vi inte följer handlingsplan vid värmebölja och höga temperaturer

Höga temperaturer medför risk för brukares/klienters hälsa i socialförvaltningens olika boendeformer. Viktigt att upprättad handlingsplan efterföljs.

Riskkategori	Ansvarig	Riskvärde	Sannolikhet	Konsekvens
Verksamhetsrisk	Kristina Appert	8	2	4

KONTROLLMOMENT

Titel	Beskrivning	Status	Bedömning
Handlingsplan för höga temperaturer	Kontroller att handlingsplan efterföljs		

Kommentar:

Resultat: Den upprättade handlingsplanen har följts under året och åtgärder har vidtagits i verksamheter som bedömts som mest utsatta för värme.

Åtgärder: Handlingsplanen kommer att fortsätta följas under 2022.

Svara för vård, omsorg och sociala tjänster

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

Risker vid ansvar för individ- och familjeomsorg samt funktionsnedsättning

Risker i socialförvaltningens huvudprocesser och nedbrutna processer identifieras och följs upp systematiskt i respektive process samt i verksamhetsplanens måldel.

Riskkategori	Ansvarig	Riskvärde	Sannolikhet	Konsekvens
Verksamhetsrisk	Cecilia Frid	3	1	3

Hantera ekonomi

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

Risk för brister i hantering av attest och firmatecknare

Det finns risk för att attest sker i strid mot reglementet för verifikationer avseende jävs- och integritetsreglerna. Det finns risk för att utbetalningar attesteras av fel person på grund av att attestförteckningarna inte är uppdaterade och kommunicerade med systemförvaltarna för ekonomisystem och verksamhetssystem. Det finns en risk för att kontrakt/avtal skrivs på av andra än firmatecknare för Kalmar kommun.

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

KONTROLLMOMENT

Titel	Beskrivning	Status	Bedömning
Attestförteckning	Kontrollera att attestförteckning är uppdaterad av nämnd.	✓	●

Kommentar:

Resultat: Attestförteckning har uppdaterats 17 ggr under året dvs när det skett förändringar av beslutsattester.

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

Kommentar:

Resultat: Under året har 64 avtal diarieförts och vid kontroll av 20 slumpmässigt utvalda var samtliga undertecknade med korrekt firmatecknare.

Risk för brister i hantering av leverantörsfakturor

Risk föreligger att kostnader inte redovisas enligt gällande kommunbas. Risk att representation, kurser och resor inte har korrekt dokumentation avseende syfte, deltagande och program. Risk för att abonnemangsfakturor och utländska fakturor är svåra att rimlighets bedöma. Risk att leverantörsfakturor inte betalas i tid.

Riskkategori	Ansvarig	Riskvärde	Sannolikhet	Konsekvens
Risk i finansiell rapportering	Cecilia Frid	12	4	3

KONTROLLMOMENT

Titel	Beskrivning	Status	Bedömning
Förfallna fakturor	Kontrollera att det inte finns några förfallna fakturor vid månadsbryt.	✓	○

Kommentar:

Resultat: Kontroll har skett månadsvis och flertalet av de fakturor som varit på väg att förfalla har haft anteckning om att åtgärd vidtagits. Om det inte funnits någon anteckning har berörd beslutsattestant kontaktats. Bokförda kostnader för påminnelseavgifter har ökat något jämfört med 2020.

From oktober infördes hantering av externa leverantörsfakturor i Proceedo, vilket inneburit att vi har använt två system för hantering av fakturor. Inledningsvis var det svårt att få samma koll i Proceedo, pga ovana vid systemet. Detta har åtgärdats och kontroll sker i båda systemen.

Åtgärder: Information och utbildning ang vikten av att betala fakturor i tid kommer att ske även under 2022 till beslutsattestanter.

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

Kommentar:

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

Representation, kurser och resor	Kontrollera att syfte och deltagare är angivet på underlaget till fakturorna enligt fastställd rutin	✓	◐
----------------------------------	--	---	---

Kommentar:

Resultat: Stickprovskontroller har skett enligt instruktion. Andelen korrekt administrerade fakturor har minskat något de sista månaderna under 2021. Anledningen är att nytt system börjat användas from oktober där anteckningsfält inte är ett tvingande fält.

Åtgärder: Ytterligare information och utbildning behövs till beslutsattestanter. Önskemål om tvingande fält har framfört till systemförvaltare av systemet. Kompletteringar av anteckningar har gjorts i efterhand.

Risk för brister i redovisningen

Risk för felaktig kontering gällande periodisering, motparter, kontoslag, drift och investeringskostnader. Risk för brister i rättelser som inte kan härledas. Risk för att balanskonto inte stäms av regelbundet.

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

Risk för brister i hantering av kundfakturer

Risk för att fakturering inte sker i rätt tid eller inte alls. Risk att försystem inte har uppdaterade kundregister, taxor eller avtal.



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

Risk att ej verkställda beslut faller ut i vite

Om risken inträffar kan det innebära betydande ekonomiska konsekvenser för nämnden. För den enskilde innebär det en oskäligen väntetid på insats som beviljats. Detta hanteras inom verksamhetsplanen och respektive process.

Riskkategori	Ansvarig	Riskvärde	Sannolikhet	Konsekvens
Risk i finansiell rapportering	Cecilia Frid	12	3	4

KONTROLLMOMENT

Titel	Beskrivning	Status	Bedömning
Utvecklingsarbete	Under året sker uppstart av utvecklingsarbete som syftar till att kartlägga problematiken med att det uppstår ej verkställda beslut.		

Kommentar:

Resultat: Det planerade utvecklingsarbetet har pausats under året pga pandemin.

Åtgärd: Utvecklingsarbetet för att hitta arbetsätt som minskar antalet ej verkställda beslut fortsätter 2022. Redovisning till IVO har skett enligt upprättad rutin.

Kontroll av statsbidrag

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

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



Risk för brister i hanteringen av kontanter eller motsvarande stöldbegärliga värdeföremål

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

Kommentar:

Sannolikheten att detta skulle inträffa bedöms som allvarlig då socialförvaltningen har många handkassar. Skulle redovisningen av handkassorna blir fel blir konsekvensen allvarlig då det kan skada förtroendet för kommunens verksamhet

KONTROLLMOMENT

Titel	Beskrivning	Status	Bedömning
Kontroll av handkassar	Kassakontroll av handkassar. Kontroll av ansvarig för		

	handkassan och kontroll av utbetalningsadress.		
--	--	--	--

Kommentar:

Resultat: Kontroll av handkassor och innehavare har skett under året. Flera handkassor har i samband med kontrollen avslutats eller är på väg att avslutas. Fortfarande måste handkassor finnas i vissa verksamheter där andra befintliga betalsätt inte kan användas. Gäller exvis vid betalning av en del aktiviteter med brukare. Behövs även för att lösa in parkeringsavgifter.

Åtgärd: Dialog förs med Kommunledningskontoret för att hitta bättre betalsätt för att samtliga handkassor ska kunna avslutas.

Risk för brister i hanteringen av mervärdesskatt

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

Risk för brister vid hantering av mål och uppdrag

Det finns risk för att målarbetet inte följer fastställd process.

Riskkategori	Ansvarig	Riskvärde	Sannolikhet	Konsekvens
Verksamhetsrisk	Camilla Freedeke	0	0	0

Hantera ärenden och dokument

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

Risk för att diarieföring och gallring inte sker enligt gällande lagstiftning

Risk för att diarieföring inte sker enligt gällande lagstiftning eftersom det är många tjänstepersoner som är mottagare och avsändare av inkommande och utgående post.

Riskkategori	Ansvarig	Riskvärde	Sannolikhet	Konsekvens
Legal risk	Kristina Appert	6	2	3

Risk för felaktig hantering av inkommande ärenden och dokument

Riskkategori	Ansvarig	Riskvärde	Sannolikhet	Konsekvens
Legal risk	Kristina Appert	6	2	3

Informera och kommunicera

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

Risk för att informationen inte når fram eller inte tas emot

Risk för att informationen inte når fram eller inte tas emot eftersom informationsflödet är högt och informationskanalerna många.

Riskkategori	Ansvarig	Riskvärde	Sannolikhet	Konsekvens
Verksamhetsrisk	Kristina Appert	9	3	3

KONTROLLMOMENT

Titel	Beskrivning	Status	Bedömning
Tillämpa stödprocessen	Stödprocessen "Informera effektivt och välriktat" har kartlagts. Kontroll sker ifall kommunikation och information sker enligt processen.	✓	○

Kommentar:

Resultat: Stödprocessen fastställdes i ledningsgruppen under hösten. Uppföljning av processen är inplanerad under 2022. Därför finns inget resultat från uppföljning ännu. Under året har inkommit fyra klagomål från klienter/brukare som handlar om att information från handläggare eller insatspersonal inte varit tillräcklig.

Åtgärd: Varje klagomål hanteras enligt fastställt rutin. Åtgärder har vidtagits och återkoppling har gjorts till berörda klienter/brukare. Översyn har skett i arbetsätten för att förhindra att felen ska uppstå igen.

Risk för att information är felaktig

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

Riskkategori	Ansvarig	Riskvärde	Sannolikhet	Konsekvens
Verksamhetsrisk	Kristina Appert	6	2	3

Leverera IT-stöd

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

Risk för att IT-system inte stödjer verksamheten

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

Riskkategori	Ansvarig	Riskvärde	Sannolikhet	Konsekvens
IT-risk	Kristina Appert	9	3	3

KONTROLLMOMENT

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

Kartläggning av socialförvaltningens stödprocesser se kontrollmoment under ledningsprocesser	Kartläggning av stödprocesser tydliggör och säkerställer att IT-stöd stödjer verksamhetens behov		
--	--	---	---

Kommentar:

Resultat: Under året har socialförvaltningen process "Nya digitala arbetsätt" färdigställt och används nu vid införandet av alla digitala system. Dessutom håller den kommunövergripande "Samverkansmodellen" på att implementeras. Risken för att IT-system inte stödjer verksamheten bedöms därför som låg.

Risk för att det finns oklarheter i befogenheter och ansvar gällande IT-system

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

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

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

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



Riskkategori	Ansvarig	Riskvärde	Sannolikhet	Konsekvens
IT-risk	Kristina Appert	4	2	2

Risk för felaktiga behörigheter i system

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

Riskkategori	Ansvarig	Riskvärde	Sannolikhet	Konsekvens
IT-risk	Kristina Appert	9	3	3

KONTROLLMOMENT

Titel	Beskrivning	Status	Bedömning
Kontroll av behörigheter	Varje system kontrolleras enligt kommungemensam informationssäkerhetspolicy. Riktlinje upprättas för behörighetstilldelning i våra verksamhetssystem efterföljs.		

Kommentar:

Resultat: Övergången till verksamhetssystemet Lifecare har inneburit att alla behörigheter setts över. Systemförvaltare gör kontinuerligt stickprov av behörigheter. Loggning har även skett enligt rutin under året. Riktlinje för behörighetstilldelning har upprättats under året men ej hunnit fastställas i socialnämnden. Det kommer att ske i mars 2022.

Åtgärd: Riktlinje för behörighetstilldelning fastställs i socialnämnden i mars 2022. Där tydliggörs vilka behörigheter varje befattningshavare ska tilldelas i verksamhetssystemen procapita och lifecare. Delar av den kommungemensamma "Onboardingprocessen" ska färdigställas under 2022 vilket kommer att underlätta kontroll av upplägg och avslut av behörigheter i olika IT-system.

Rekrytera, utveckla och avveckla personal

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

Risk för brister i hantering av lön

Personalkostnader utgör den andelsmässigt största delen av kommunens kostnader, cirka 80%. Processer från anställning till utbetald lön innefattar flera steg beroende av den mänskliga faktorn. I de fall processerna inte följs eller blivit föråldrade kan detta generera fel vid löneutbetalningar eller få stor påverkan för den anställda eller arbetsgivaren. Det finns risk att frånvaro såsom sjukfrånvaro, semester och föräldraledighet inte rapporteras som det ska. Det finns också risk att redovisningen av lönen blir fel.

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

KONTROLLMOMENT

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

Kommentar:

Resultat: Kontroll har skett dels av ekonomer men även av enhetschefer i samband med månadsuppföljningar. En felaktig utbetalning har hittats. Felaktiga konteringar har även hittats. Uppstår i samband med förändringar i organisationen samt då personal byter arbetsplats. Åtgärd: Felaktig lön har återbetalats. Rättningar av felaktiga konteringar sker kontinuerligt.

Risk för att kommunen inte kan säkerställa personalförsörjning med rätt kompetens

Det finns risk att kommunen inte kan rekrytera personal eller behålla personal med rätt kompetens. Flera yrkesgrupper inom välfärdssektorn är bristyrken och befolkningen i

arbetsför ålder minskar i relation till barn och äldre. Kommunen måste vara en attraktiv arbetsgivare samt arbeta för att kommunens verksamheter är i ständig förändring för att kunna möta nya lagstadgade krav. Kompetensutveckling av personalen ska ske i den utsträckning som behövs för att klara yrkesrollen nu och i framtiden

Riskkategori	Ansvarig	Riskvärde	Sannolikhet	Konsekvens
Verksamhetsrisk	Kristina Appert	6	2	3

Stödja och utveckla den demokratiska processen

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

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

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

Riskkategori	Ansvarig	Riskvärde	Sannolikhet	Konsekvens
Legal risk	Kristina Appert	6	2	3

Risk för att delegationsbeslut inte rapporteras

Det finns risk för att delegationsbeslut inte återrapporteras enligt antagen delegationsordning

Riskkategori	Ansvarig	Riskvärde	Sannolikhet	Konsekvens
Legal risk	Kristina Appert	4	2	2

Tillhandahålla lokaler

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

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

Risk för orationell hantering av lokaler

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

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

Tillhandahålla varor och tjänster

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

Risk för att inköp inte sker enligt avtal

Det finns risk för att inköp inte sker enligt de ramavtal som kommunen tecknat. Det finns brister i det systemstöd som används för att samla alla tecknade avtal. Beställningsportalen Proceedo har ännu inte införts i alla kommunens verksamheter då det finns vissa brister som ännu inte har åtgärdats.

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

KONTROLLMOMENT

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

Inköp följer avtal	Kontroll av att inköp sker av kommunens avtalade leverantörer.		
--------------------	--	---	---

Kommentar:

Resultat: Under året har ingen omfattande analys ang avtalstrohet genomförts. Detta gjordes för 2020 och kommer även att genomföras 2022. Anledningen är att socialförvaltningen inte infört beställningsportal ännu. Därför saknas smidigt system för denna typ av uppföljning.

Under 2 månader har kontroll skett av samtliga inköp som gjorts via betalkort. Utav totalt 173 inköp är 85% gjorda hos leverantörer där ramavtal finns med kommunen. För att erhålla rabatter och andra förmåner som finns i avtalen ska inte betalkort användas utan köpet ska i stället faktureras. Summan för dessa inköp är dock låg - totalt 4 tkr.

Åtgärd: Påminnelse och förtydligande om vad som gäller vid användande av betalkort till berörda medarbetare.



Genomförandet av beställningsportal sker efter tidplan som fastställts kommuncentralt. Det är socialförvaltningens tur under 2022.

Risk att direktupphandling inte sker

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

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

KONTROLLMOMENT

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

Kommentar:

Resultat: Kontroll i form av stickprov har skett under året. Samtliga kontrollerade avtal har hanterats enligt rutin för direktupphandling.

Åtgärd: Under 2022 införs beställningsportalen på socialförvaltningen vilket kommer medföra att det blir lättare för alla beställare att följa inköpsprocessen. Det blir även lättare att följa upp och kontrollera att processen följs.



Risk för mutor, jäv och oegentligheter

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

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

KONTROLLMOMENT

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

Årlig genomgång av riktlinje	Påminnelse till alla chefer om årlig genomgång av riktlinjen.		
------------------------------	---	---	---

Kommentar:

Genomgång av riktlinje "att förhindra mutor och jäv" har skett med alkoholhandläggarna vid ett tillfälle under året.