



Upplands-Bro

KOMMUNEN SOM GER PLATS

Handlingar till
Socialnämndens sammanträde
den 22 mars 2018

Stina Forsberg

Datum

2018-02-08

Vår beteckning

SN 17/0003

Er beteckning

Socialkontoret

Socialnämnden

stina.forsberg@upplands-bro.se

Redovisning av internkontrollplan 2017

Förslag till beslut

Socialnämnden lägger informationen till handlingarna.

Sammanfattning

Socialnämndens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete följer Socialstyrelsens föreskrift SOSFS 2011:9. Socialkontoret missade att ta upp internkontrollplan 2017 för beslut i socialnämnden under 2017. Redovisningen består således av samma internkontrollplan som 2016. Ledningssystemet för 2016 bestod av planering för verksamhetsstyrning och en internkontrollplan för systematisk kvalitets- och utvecklingsarbete. Vissa delmoment har därför fallit bort i den internkontroll som genomfördes under året i socialnämndens verksamheter.

Under 2018 kommer det att påbörjas ett kommunövergripande projekt att se över respektive nämnds arbete med internkontroll. Syftet är att dels se till att nämnderna bedriver en mer likartad internkontroll samt dels att den interna kontrollen ska genomföras i kommunens verksamhetssystem Stratsys.

I bilaga redovisas hur områden inom socialnämndens verksamheter kontrollerades under 2017. Varje område har ett kontrollmoment som en ansvarig chef eller tjänsteman utför. Momentet utförs under en fastställd frekvens under året samt rapporteras till ansvarig myndighet.

Beslutsunderlag

- Socialkontorets tjänsteskrivelse den 8 februari 2018.
- Bilaga - Internkontrollplan 2017 uppföljning och åtgärdsplan för Socialnämnden den 8 februari 2018.

Barnperspektiv

Socialnämndens arbete med internkontroll bidrar till att nämndens verksamheter följer gällande lagar, regler och förordningar samt arbetar rättssäkert, vilket gynnar de barn och ungdomar som kommer i kontakt med verksamheterna.

Eva Folke

Socialchef

Elisabeth Rågård

Avdelningschef kvalitet- och
verksamhetsstöd

Bilagor

1. Bilaga - Intern kontrollplan 2017 uppföljning och åtgärdsplan för Socialnämnden den 8 februari 2018

Beslut sänds till

- Kommunstyrelsen, ekonomistaben
- Akt

Bilaga – Intern kontrollplan 2017 uppföljning och åtgärdsplan för Socialnämnden 2018-02-08

Område	Kontrollmoment	Uppföljning
Verksamhets- och målstyrningsverktyget Stratsys	Tertialuppföljning av budget, mål, indikatorer och aktiviteter	Tertialuppföljning sker på socialkontorets chefsmöten. 1: a tertialuppföljningen redovisas internt inom socialkontoret. 2: a tertialuppföljningen redovisas i delårsbokslut som ett ärende på Socialnämnden.
Resultatuppföljning med helårsprognos	Resultat och helårsprognos avseende ekonomi	Resultatuppföljning med helårsprognos sker månatligen till socialnämnden.
Delårsbokslut 1 och 2 (delårsrapport)	Delårsbokslut med helårsprognos och tertialuppföljning av verksamhetsplan	Delårsboksluten rapporteras i Stratsys och sammanställs av avdelningen för kvalitet - och verksamhetsstöd per den sista april samt den sista augusti årligen. Redovisas som ärende i Socialnämnden i maj och september.
Egenkontroll Fakturakontroll i ekonomisystem	<ul style="list-style-type: none"> Faktura är beslutsattesterad av behörig attestant Ekonomiskt bistånd sker till rätt betalningsmottagare Kontroll av samtliga handkassar 	<p>Det har ej genomförts någon egenkontroll i fakturasystemen under 2017.</p> <p>Detta på grund utav att socialkontoret missade att ta upp internkontrollplan 2017 för beslut i nämnden under året.</p> <p>Ansvarig ekonom på ekonomistaben fick således inget nytt uppdrag om att genomföra dessa egenkontroller.</p>
Riktlinjer	Socialnämndens riktlinjer revideras	Revidering sker årligen enligt turordning i kalendarier av avdelningen för kvalitet- och verksamhetsstöd samt redovisas som ärenden i socialnämnden löpande under året.

Område	Kontrollmoment	Uppföljning
Kvalitetsberättelse Dokumentation SOSFS 2011:9, 7 kap	<ul style="list-style-type: none"> • Riskbedömning • Egenkontroll • Klagomål och synpunkter • Avvikelse -och förbättringsförslag • Anmälningsskyldigheter • Brukarundersökning • Öppna jämförelser • Medarbetarundersökning • Kompetensutvecklingsplan • Samverkan • Tillsyn • Personalens delaktighet • Systematiskt arbetsmiljöarbete 	<p>Samtliga enhetschefer rapporterar sina kvalitetsberättelser i Stratsys i februari årligen.</p> <p>Sammanställning av inrapporterade kvalitetsberättelser sammanställs av avdelningen för kvalitet- och verksamhetsstöd och redovisas som ärende i socialnämnden.</p>
<p>Patientsäkerhetsberättelse:</p> <p>Patientsäkerhetslagen 3:9 samt SOSFS 2011:9 om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete kap 7:2</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ansvarsfördelning avseende patientsäkerheten • Patientsäkerhet genom egenkontroll • Samverkan för att förbygga vårdskador • Hantering av risk för vårdskador • Hur rapporter och händelser har hanterats • Inkomna klagomål och synpunkter som berör patientsäkerheten 5 kap.§3 PSL • Hur många händelser som utretts (vårdskador) • Uppföljning av ekonomi och nyckeltal • Hur systematiskt patientsäkerhetsarbetet har bedrivits, åtgärder och resultat 	<p>Patient - och säkerhetsberättelsen lämnas till avdelningen för kvalitet- och verksamhetsstöd senast den 1 mars årligen. Medicinsk ansvarig sjuksköterska, MA, skriver den gemensamma tjänsteskrivelsen avseende den kommunala hälso- och sjukvårdens patient -och säkerhetsberättelse som redovisas som ärende i nämnd.</p>

Område	Kontrollmoment	Uppföljning
Rättssäker handläggning av myndighetsutövningen	Rättssäker handläggning.	<p>Avdelningen för kvalitet -och verksamhetsstöd har under 2017 slumpvis granskat 5 % av IFO-verksamheternas pågående insatser. Frågorna utgår och kompletterar enheternas egenkontroller.</p> <p>På barn- och ungdomsenheten har KVS funnit bland annat att utredning har inletts skyndsamt, att barnsamtal och utredningsplan finns samt att besluten är tidsatta och tagna av rätt delegat. Det som bör förbättras är att delge vårdnadshavare med information och dokumentation.</p> <p>På vuxenenheten finns aktualisering i de granskade ärendena. Besluten har motiveringar och det framgår vilka handlingar som begärts in. Förbättringsområden rör bland annat att använda utredningsmallen, att avsluta utredningen inom utsatt tid och att fråga efter den sökandes situation och uppfattning.</p> <p>På Biståndsenheten framgår det att det går att följa ärendena genom dokumentationen, det finns genomförandeplaner och uppföljningssamtal har skett i tid. Förbättringsområden rör bland annat att genomföra barnsamtal, att samtycke framgår samt att använda bedömningsinstrument.</p>

Område	Kontrollmoment	Uppföljning
Lex Sarah enligt SOSFS 2011:5, Klagomål och synpunktshantering	Egenkontroll: Kontroll av utredning och handläggningstider	<p>14 stycken Lex Sarah rapporter inkom till socialkontoret för utredning och ställningstagande 2017. Detta är en ökning med två stycken rapporter sedan 2016. Två stycken Lex Maria inkom under 2017, en ökning ifrån 2016 då inga sådana rapporter inkom.</p> <p>I diariet finns det 28 stycken klagomål och synpunkter registrerade på myndighetsenheterna i enlighet med framtagna process gällande myndighetsenheterna under 2017.</p> <p>Kvalitet- och verksamhetsstöd har inte fått in några synpunkter och klagomål under året.</p> <p>Utföraravdelningen har i sin tur 22 stycken klagomål och synpunkter registrerade i diariet. Återkoppling har skett till lämnaren såvida denne inte valt att vara anonym. Information till brukare och klienter om möjligheten att lämna sina synpunkter behöver förbättras liksom att rutin och process bättre ska efterföljas.</p>
Logg kontroll	Kontroll att tjänsteman tittar på den dokumentation man har med att göra, i Procapita	Det har ej genomförts några stickprov inom VOO under 2017. Inom IFO görs en slumpvis loggkontroll varje månad. Ingen anmärkning.

Område	Kontrollmoment	Uppföljning
Ej verkställda beslut; SoL samt LSS	Beslut äldre än tre månader och ej är verkställda	Ej verkställda beslut har rapporterats enligt föreskrifter från IVO.
Uppföljning av avtalstrohet enligt kommunallagen	<p>Att kommun köper tjänster enligt avtal. Att uppföljning av avtal sker kontinuerligt. Detta gäller exempelvis:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Växelvårdsplatser • Korttidsplatser • HVB hem • SÄBO • Daglig verksamhet • Trygghetslarm m.fl. 	<p>Rutin gällande uppföljning av avtalstrohet skulle tas fram av kommunledningskontoret under 2016. Detta har ej ännu skett.</p> <p>Inom myndighetsenheterna köps platser enligt ramavtal. Vid eventuella avvikelser p g a platsbrist eller att vårdbehovet av olika skäl inte kan tillgodoses hos den upphandlade vårdgivaren så dokumenteras detta. Enheterna dokumenterar dels vilka som har kontaktats, varför de inte kunnat ta emot uppdraget samt motiverar val av annan vårdgivare.</p> <p>För att säkerställa att myndighetsenheterna anlitar upphandlade utförare ligger samtliga upphandlingar och ramavtal tillgängliga på E-avrop med länk från intranätet.</p>
Dokumentation enligt föreskrift SOSFS 2014:5 Myndighet och beställaravdelning	<p>Egenkontroll:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dokumentation • Ansökan/anmälan/begäran • Ställningstagande • Utredning • Arbetsplan/vårdplan • Beslut/avslag <input type="checkbox"/> Beställning • Journalanteckningar 	<p>Myndighetsenheterna har under 2017 genomfört egenkontroller av minst 30 slumpvis utvalda ärenden.</p> <p>Egenkontrollen har sammanställts och analys sker i den egna verksamheten vilken presenteras i verksamhetsberättelsen.</p>

Område	Kontrollmoment	Uppföljning
Dokumentation enligt förskrift SOSFS 2014:5 Utföraravdelning	Egenkontroll; <ul style="list-style-type: none"> • Dokumentation • Genomförandeplan • Riskbedömning - brukare • Journal 	Utföraravdelningen har genomfört egenkontroll på samtliga enheter under 2017. Inom till exempel hemtjänsten görs egenkontroll av registrering i Life Care och Phoniro. På Kungsgården/HSE görs egenkontroller på dokumentation. Resultatet i egenkontrollerna ligger till grund för enheternas fortsatta verksamhetsutveckling.
Egenkontroller	Systematiskt följa upp, analysera och utvärdera den egna verksamheten, bl.a. <ul style="list-style-type: none"> • Livsmedel • Hygien • Arbetsmiljö • Förflyttning • Brandskydd 	Efterlevnad av egenkontroll enligt livsmedelsriktlinjen följs upp på kvalitetsuppföljningarna. Egenkontroll av brandskydd görs enligt instruktion. Enligt hygienriktlinje ska egenkontroll av vårdhygien kontrolleras 2 ggr/år. Enheter inom utföraravdelningen har utfört egenkontroller på livsmedel, hygien och brandskydd. Kontrollerna finns dokumenterade på respektive enhet.
Statistikuppföljning	Statistik och volymmått <ul style="list-style-type: none"> • Ekonomiskt bistånd • Barn- och ungdomsenhet • Missbruk • Insatser SoL • Insatser LSS • Insatser HSL 	Statistikuppföljningen redovisas som ärende i socialnämnden kvartalsvis.

Område	Kontrollmoment	Uppföljning
Kvalitetsuppföljning avseende kommunal hälso- och sjukvård: SOSFS 2011:9 om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, Patientsäkerhetslagen (2010:659)	<p>Granskning av hälso- och sjukvården utifrån:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mall ”Kvalitetsuppföljning hälso- och sjukvård” Sammanställer och analyserar avvikelser inom kommunal hälso- och sjukvård • Genomför journalgranskning • Rapportering och analys av Uppsökande verksamhet (Tandvårdsstöd), redovisas i juni. • Kvalitetsgranskning av läkemedelshanteringen redovisas vid samma tidpunkt som ovanstående. 	<p>Journalgranskningar, sammanställning av avvikelser med analyser, sammanställning kvalitetsuppföljning görs under februari - maj</p> <p>Resultat redovisas till socialnämnden senast i juni.</p> <p>HSE (hälso- och sjukvårdsenheten) lägger senast 31 januari in avvikelserna för 2017 i datasystemet som statistik (ca 400–500/år).</p> <p>Kvalitetsgranskning av läkemedelshanteringen har utförts under hösten 2017. Samverkan har skett med bl.a. Familjeläkarna Saltsjöbaden AB, SLL KSL, Apoteket, Vårdhygien, Tandvårdsenheten, MAS-nätverk, Danderyds akut m.fl.</p>
Kvalitetsuppföljning enligt SOSFS 2011:9 Ledningssystem	<p>Uppföljning av:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Personalens medverkan i kvalitetsarbetet • Vision, mål och uppdrag • Verksamhetsbeskrivning • Värdegrund • Brukare, dokumentation • Systematiskt förbättringsarbete • Personal, kompetens och bemanning • Systematiskt arbetsmiljöarbete • Samverkan • Egenkontroller • Uppföljning, utvärdering, utveckling 	<p>En tjänst som kvalitetutvecklare har varit vakant under stora delar av 2017 och således har färre uppföljningar genomförts under året. Fem kvalitetsuppföljningar inom utföraravdelningen samt inom myndighetsenheterna har genomförts.</p> <p>1 avtalsuppföljning av utförare enligt LOU har gjorts men inga avtalsuppföljningar av utförare med uppdrag enligt LOV har genomförts. LOV-utförarna förnyade dock sina ansökningar om att vara utförare utav hemtjänst i kommun i början av 2017. Deras dokument och verksamheter granskades i och med denna ansökan.</p> <p>Det systematiska arbetsmiljöarbetet följer</p>

direktiven från personalstaben. Skyddsronen genomförs en gång per år. Den psykiska arbetsmiljön följs upp med medarbetarundersökning (vartannat år) och på arbetsplatsträffar samt vid medarbetarsamtal en gång per år.

Riskbedömning av medarbetarnas arbetsmiljö genomförs till stora delar men behöver fortfarande förbättras och genomföras mer konsekvent så att det förebyggande arbetet stärks.

Förhoppningsvis kommer detta arbete att utvecklas i och med det kommunövergripande arbetet med ny internkontrollplan under 2018.

Stina Forsberg

Datum
2018-01-23

Vår beteckning
SN 18/0011

Er beteckning

Socialkontoret

Socialnämnden

stina.forsberg@upplands-bro.se

Yttrande - samråd om detaljplan och miljökonsekvensbeskrivning för Rankhus etapp 1 (del av Ekhammar 4:268 m.fl.)

Förslag till beslut

Socialnämnden beslutar att som eget yttrande överlämna socialkontorets tjänsteskrivelse daterad den 23 januari 2018 till kommunstyrelsen.

Sammanfattning

Kommunstyrelsen beslutade den 6 december 2017 § 129 att sända ut förslag till detaljplan för Rankhus etapp 1 (del av Ekhammar 4:268 m.fl.) på samråd enligt regler för normalt förfarande enligt Plan- och bygglagen, PBL. Detaljplanen för etapp 1 möjliggör för cirka 2 900 bostäder, 8 förskolor, 4 skolor samt ca 3 600 kvm tillkommande ytor för handel, ytor i bottenvåningar på bostadskvarter för centrumändamål, en idrottshall samt ytor med tillhörande kommunala servicefunktioner.

Socialkontoret har synpunkter avseende kollektivtrafiken, planerat äldreboende och/eller seniorboende samt behov utav verksamhetslokaler och sociala bostäder.

Beslutsunderlag

- Socialkontorets tjänsteskrivelse den 23 januari 2018
- Plankarta, planbeskrivning och gestaltungsprinciper Rankhus etapp 1

Ärendet

Kommunstyrelsen beslutade den 6 december 2017 § 129 att sända ut förslag till detaljplan för Rankhus etapp 1 (del av Ekhammar 4:268 m.fl.) på samråd enligt regler för normalt förfarande enligt Plan- och bygglagen, PBL. Samrådstiden är mellan den 17 januari till den 14 mars 2018. Då Socialnämnden har sitt sammanträde den 22 mars har nämndens beviljats anstånd på sitt yttrande.

Det område som detaljplanen avser ligger norr om E18 i Kungsängen och omfattar cirka 450 ha mark varav 75 ha är vattenområde. Området nyttjas idag främst som strövområde för närboende och för bergsklättring vid Ryssviken. Etapp 1 avser cirka 60 ha av den totala ytan och syftet med denna plan är att planlägga området närmast E18. Målet är i sin tur att skapa en *"tät stadslänkande"*

bebyggelsestruktur med bostäder, handel, service och skolor som byggs ut i ett sammanhang”.

Detaljplanen för etapp 1 möjliggör för cirka 2 900 bostäder, 8 förskolor, 4 skolor samt ca 3 600 kvm tillkommande ytor för handel, ytor i bottenvåningar på bostadskvarter för centrumändamål, en idrottshall samt ytor med tillhörande kommunala servicefunktioner.

Plandata i kortform ser ut som följande:

- ca 2 900 bostäder
- ca 3 600 kvm handelsyta
- 1 högstadieskola
- 3 låg- och mellanstadieskolor
- 8 förskolor
- kommunal service/bibliotek
- 1 idrottshall
- 2 parkstråk
- 2 allmänna parker
- kopplar mot ny gång- och cykelbro över E18 (utanför planområdet)
- kopplar mot ny väg i Gröna dalen till Kungsängens IP (utanför planområdet)
- bryggstråk efter stranden
- huvudgator för busstrafik med framtida koppling till Brunna
- möjlighet till icke störande verksamhet i markbostäder
- fullt utbyggt ca 7 000 invånare

Tanken är att bygga ut Rankhusområdet i flera etapper och arbetet kommer att pågå mellan perioden 2019 till 2032

Socialkontorets synpunkter

Socialnämnden är den nämnd i Upplands-Bro kommun som ansvarar för omsorg av äldre och personer med funktionsnedsättning samt att barn och familjer erhåller den hjälp som regleras i den samlade lagstiftningen inom socialtjänsten. Nämnden ansvarar även för sociala bostäder och kontrakt till individer som ej kan få bostad på den ordinarie bostadsmarknaden samt till nyanlända.

På sidan 16 i planbeskrivningen framkommer det att Rankhusområdet är utpekad som strategiskt stadsutvecklingsläge i RUFSS 2050. Med ett strategiskt stadsutvecklingsläge avses ett område som *”ligger inom 1200 meter från stationer och bussterminaler, vilket innebär att människor kan nå*

kollektivtrafiknoden med matarbuss, på cykel eller till fots. Platserna har en potential att utveckla urbana kvaliteter och bidra till stärkt social hållbarhet”.

Socialkontoret anser att det är glädjande att kommunen bygger i sådana områden där kollektivtrafik och andra transportmedel premieras, då socialnämndens målgrupper kan vara beroende av kollektivtrafik för att transportera sig. Kontoret ser även kollektivtrafiken som ett viktigt transportmedel för sina anställda samt för anhöriga.

På sidan 57 i planbeskrivningen, kvarter K4, framgår det att det finns planer på ett äldreboende och/eller seniorboende där Esplanaden möter Kungsvägen. Boendet ska ligga nära en busshållplats och med en gård som öppnar upp i direkt närhet till områdets stora park. Socialkontoret har svårt att bedöma om det finns behov av ett nytt äldreboende när denna etapp 1 är färdigbyggd.

Kommunfullmäktige beslutade under 2017 att införa Lagen om valfrihet, LOV, för äldreboende med heldygnssomsorg för att möjliggöra för privata aktörer att etablera äldreboenden som komplement till äldreboende i egen regi. Socialnämnden har beslutat om förfrågningsunderlag för äldreboende enligt LOV och som publicerade i januari 2018.

Kontoret är positiv till att det byggs ett senior- eller trygghetsboende. Dessa boendeformer kan byggas i kommunal regi eller av privata aktörer och riktar sig till en äldre målgrupp som erbjuder trygghet och gemensamma lokaler för aktiviteter. Kollektivhus kan vara ett annat alternativ som passar den tilltänkta målgruppen.

Socialkontoret bedömer att det kommer att finnas behov utav verksamhetslokaler i det nya Rankhusområdet. I och med en befolkning på 7 000 invånare inom området, kan den kommunala hemtjänsten behöva lokaler till sina medarbetare. Ytterligare behov utav lokaler kan tillkomma under etappens utbyggnad.

Slutligen efterfrågar socialkontoret fler hyresrätter som kan användas inom socialnämndens sociala bostäder samt till nyanlända. Optimalt är integrerade lägenheter i det vanliga bostadsbeståndet som gagnar socialnämndens målgrupper att snabbare komma in i samhället och till självförsörjande med egna bostadskontrakt.

Barnperspektiv

Ett ökat byggande av bostäder i Upplands-Bro kommun kan underlätta för familjer med barn och insatser inom socialtjänsten att hitta en bostad där barnen kan hitta långvarig trygghet.

Eva Folke
Socialchef

Elisabeth Rågård
Avdelningschef kvalitet- och
verksamhetsstöd

Bilagor

1. Handlingarna går att finnas i sin helhet på <http://www.upplands-bro.se/bo-bygga--miljo/stadsplanering-och-byggprojekt/detaljplanering--pagaende-planer/rankhus-etapp-1.html> den 22 februari 2018

Beslut sänds till

- Kommunstyrelsen
- Akt

Lena Bergström

Datum
2018-02-21

Vår beteckning
SN 18/0036

Er beteckning

Socialkontoret

Socialnämnden

lena.bergstrom@upplands-bro.se

Revidering av riktlinjer missbruk

Förslag till beslut

Socialnämnden godkänner socialkontorets revidering av riktlinjer för missbruk.

Sammanfattning

Revidering av riktlinjer görs varje år. Den text som är reviderad är markerad med röd text. Från och med den 1 januari 2018 har socialnämnden ansvar för stöd till personer som spelar om pengar. I riktlinjerna är det tillagt ett stycke som handlar om detta. Det finns en ny överenskommelse mellan kommunen och landstinget som omnämns i riktlinjerna.

Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse daterad 2018-02-21

Barnperspektiv

För att barnen i familjer med missbruksproblematik ska bli uppmärksammade är det viktigt att det finns uppdaterade och väl kända riktlinjer.

Eva Folke

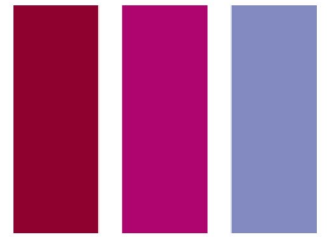
Socialchef

Elisabeth Rågård

Avdelningschef

Beslut sänds till

- Diariet
- Vuxenenheten



Riktlinjer för socialkontorets missbruksvård

2018

Dnr SN

Lena.bergstrom@upplands-bro.se

Innehåll

1	Inledning	4
1.1	Utgångspunkter - Vad säger forskningen.....	4
2	Lagstiftning	5
2.1	Socialtjänstlagen(SoL).....	5
2.2	Lagen om vård av missbrukare i vissa fall - LVM.....	5
3	Utgångspunkter för kommunens arbete med personer med missbruks- och beroendeproblem	7
3.1	Metoder	7
3.2	Klientbedömningsinstrument	7
3.3	Klassificering av missbruk.....	7
3.3.1	Missbruk och beroende enligt DSM-5.....	7
3.3.2	Beroende enligt ICD-10.....	8
3.4	Bemötande	8
3.5	Kommunerna, landstinget och missbrukarvården i Stockholms län – en gemensam policy för missbrukarvård och specialiserad beroendevård.....	9
4	Spel om pengar	10
5	Handläggning.....	12
5.1	Dokumentation.....	12
5.2	Förhandsbedömning.....	12
5.3	Utredning	13
5.4	Kartläggning och bedömning.....	14
5.5	Val av insatser.....	15
5.6	Vårdkedjor, samarbete	15
5.7	Överklagande	15
5.8	Planer för genomförande och uppföljning av insatser	16
5.8.1	Arbetsplan.....	16
5.8.2	Genomförandeplan, hur det ska göras	16
5.8.3	Samordnad individuell plan.....	17
5.8.4	Vårdplan	17
6	Målgrupper.....	18
6.1	Personer med samsjuklighet (svår psykisk funktions- nedsättning och missbruk).....	18
6.1.1	Lagstiftning.....	18
6.1.2	Gruppen personer med samsjuklighet	18
6.1.3	Ansvarsfördelning	18
6.1.4	Särskild kompetens.....	19
6.1.5	Utredning - Identifiering av problematiken.....	19
6.1.6	Insatser.....	19
6.1.7	Personer med samsjuklighet inom LVM-vård respektive LPT-vård.....	20
6.2	Missbrukande unga vuxna (18–24).....	20
6.3	Läkemedelsmissbrukare.....	21
6.4	Personer med substitutionsbehandling.....	21
6.5	Hemlösa personer med missbruks- och beroendeproblem.....	21
6.5.1	Definition.....	21
6.5.2	Tillfälligt boende	22
6.6	Kvinnor med missbruks- och beroendeproblem	22
6.7	Barn till personer med missbruks- och beroendeproblem samt anhöriga.....	22

6.7.1	Umgänge mellan barn och föräldrar	23
7	Insatser	24
7.1	Öppenvård.....	24
7.2	Kontaktperson/-familj	24
7.3	Rehabilitering i boendekedja	24
7.4	Placering i HVB eller familjehem.....	24
7.4.1	Utgångspunkter.....	24
7.4.2	Placering i HVB	24
7.4.3	Placering i familjehem för vuxna	25
7.5	Övriga insatser	25
8	Insatser i samverkan med kriminalvården	26
8.1	Kontraktsvård.....	26
8.1.1	Bedömning av motivation och vårdbehov samt val av vårdgivare	26
8.1.2	Kostnadsansvar	26
8.2	Placering enligt 11 kap 3 § Fängelselagen, vårdvistelse	27
8.2.1	Förutsättningar för vård enligt 11 kap 3 § Fängelselagen, vårdvistelse	27
8.2.2	Utrednings- och planeringsansvar	27
8.2.3	Kostnadsansvar	27
9	Yttranden	29
9.1	Anvisningar för handläggning av yttrande i körkortsfrågor.....	29
9.1.1	Lagstiftning.....	29
9.1.2	Transportstyrelsens uppgift	29
9.1.3	Socialnämndens yttrande.....	29
9.2	Yttrande i samband med överlämnande till annan vård.....	30
9.3	Yttrande i samband med åtalprövning.....	30
10	Socialnämndens skyldigheter enligt Smittskyddslagen	31

Förkortningar

Addiction Severity Index, (bedömningsinstrument)	ASI
Brottsbalken	BrB
Hem för vård eller boende	HVB
Hälso- och sjukvårdslagen	HSL
Lag om psykiatrisk tvångsvård	LPT
Lag om rättspsykiatrisk vård	LRV
Lag om vård av missbrukare	LVM
Lag om vård av unga	LVU
Offentlighets- och sekretesslagen	OSL
Socialtjänstlagen	SoL
Statens institutionsstyrelse	SiS

1 Inledning

Kommunen har det yttersta ansvaret för att personer med missbruks- och beroendeproblem får det stöd och den hjälp som de behöver. Kommunens yttersta ansvar omfattar dock inte de insatser som åligger annan huvudman. I Upplands-Bro kommun ansvarar Socialnämnden för de uppgifter som enligt socialtjänstlagen (SoL) och lagen om vård av missbrukare i vissa fall (LVM) åligger socialnämnden. Enligt den ansvars- och kostnadsfördelning som gäller inom Upplands-Bro kommun är socialkontoret ansvariga för vård- och behandlingsarbetet i samtliga missbruksärenden. Landstinget har ansvar för akutvård, avgiftning (abstinensbehandling, psykiatrisk- och somatisk utredning samt motivationsarbete) och för vård av missbrukare som kräver psykiatrisk behandling. **Från 1 januari 2018 har kommunen och landstinget ett gemensamt ansvar för personer som spelar om pengar. Fördelningen mellan kommunen och landstinget är att jämföra med fördelningen som finns inom missbruksvården.**

Insatserna som erbjuds ska utgå ifrån den enskildes individuella behov och utformas och genomföras i samråd med honom/henne.

Följande riktlinjer utgår från gällande lagstiftning, aktuell forskning och policydokumentet som Socialstyrelsens handbok; Handläggning och dokumentation.

2007 kom Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård från Socialstyrelsen. Denna skrift behandlar hur kommun och landsting ska arbeta inom missbruks- och beroendevården. Riktlinjerna reviderades under 2016.

1.1 Utgångspunkter - Vad säger forskningen

Insatserna ska vara av god kvalitet och bygga på kunskap och beprövad erfarenhet. För att utveckla det vardagliga klientarbetet är det bl.a. viktigt att enskilda verksamheter kontinuerligt dokumenterar sitt arbete utifrån vilka klienter man möter, vilka insatser som görs och om och på vilket sätt klienternas situation förbättras under och efter att vården avslutats. Detta är nödvändigt för att man ska kunna kritiskt granska och reflektera över det egna arbetet, för att utveckla det och för att kunna föra en professionell dialog med kollegor och andra praktiker.

2 Lagstiftning

Socialtjänstens arbete med vuxna missbrukare regleras i Socialtjänstlagen, kompletterad med en tvångslagstiftning, Lagen om vård av missbrukare i vissa fall, (LVM). Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) innehåller bestämmelser om stöd och service för personer med fysiska och psykiska funktionshinder och kan även omfatta personer som till följd av missbruk har ett funktionshinder och omfattande hjälpbehov.

Därutöver gäller den ansvars- och kompetensfördelning som redovisas i följande riktlinjer.

2.1 Socialtjänstlagen(SoL)

Enligt 3 kap 7 § SoL ska socialnämnden arbeta för att förebygga och motverka missbruk av alkohol och andra beroendeframkallande medel. **Socialnämnden ska även arbeta för att förebygga och motverka missbruk av spel om pengar.** Socialnämnden ska genom information till myndigheter, grupper och enskilda och genom uppsökande verksamhet sprida kunskap om skadeverkningar av missbruk och om de hjälpmöjligheter som finns.

Enligt 5 kap 9§ SoL ska socialnämnden aktivt sörja för att den enskilde missbrukare får den hjälp och vård som han eller hon behöver för att komma ifrån missbruket. Nämnden ska i samförstånd med den enskilde planera hjälpen och vården och noga bevaka att arbetsplanen fullföljs.

Enligt 5 kap 1 § SoL ska socialnämnden aktivt arbeta för att förebygga och motverka missbruk bland barn och ungdom av alkoholhaltiga drycker, andra berusningsmedel eller beroendeframkallande medel samt dopingmedel. Bestämmelserna innebär att nämnden är skyldig att på olika sätt vidta åtgärder för att motverka missbruk. Nämnden ska arbeta aktivt med olika insatser på detta område. Arbetet ska bestå av generella insatser såsom information, förebyggande verksamheter och insatser på individnivå.

Med missbruk avses enligt SoL missbruk av alkohol, narkotika och andra beroendeframkallande medel. **Sedan 1 januari 2018 ingår också spel om pengar. Socialnämnden är inte skyldig att arbeta med annat spelmissbruk exempelvis dataspelmissbruk.** Detsamma gäller för andra typer av beroendeproblematik såsom sexmissbruk, matmissbruk, shoppingmissbruk etc.

2.2 Lagen om vård av missbrukare i vissa fall - LVM

Enligt 2 § LVM ska vård inom socialtjänsten ges en missbrukare i samförstånd med honom/henne enligt bestämmelserna i socialtjänstlagen. Under vissa förutsättningar som är angivna i LVM ska dock vård beredas missbrukaren oberoende av hans eget samtycke.

Tvångsvården ska enligt 3 § LVM syfta till att motivera missbrukaren till att frivilligt medverka till fortsatt behandling och till att ta emot stöd för att komma ifrån missbruket. Det innebär både ett kortsiktigt mål, att motivera till

frivillig vård och ett långsiktigt mål, att komma ifrån missbruket. Ett annat viktigt mål som anges i lagens förarbeten är att bryta en destruktiv utveckling.

För att vård med stöd av LVM ska komma till stånd måste såväl *generalindikationen* som någon av *specialindikationerna* i 4 § LVM vara tillämpliga. *Generalindikationen* innebär att missbrukaren till följd av ett fortgående missbruk av alkohol, narkotika eller flyktiga lösningsmedel är i behov av vård för att komma ifrån sitt missbruk och att vårdbehovet inte kan tillgodoses enligt socialtjänstlagen eller på annat sätt.

Specialindikationerna innebär att missbrukaren till följd av missbruket:

- utsätter sin fysiska eller psykiska hälsa för allvarlig fara
- löper en uppenbar risk att förstöra sitt liv, eller
- kan befaras komma att allvarligt skada sig själv eller någon närstående

3 Utgångspunkter för kommunens arbete med personer med missbruks- och beroendeproblem

Utgångspunkterna för kommunens arbete med personer med missbruks- och beroendeproblem ska i första hand bygga på socialstyrelsens Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård.

3.1 Metoder

Socialkontorets arbete ska i första hand bygga på evidensbaserade metoder och praktik.

Evidensbaserad praktik kan beskrivas som en process i flera steg och integrerar tre kunskapskällor:

- den för tillfället aktuella vetenskapliga kunskapen
- brukarens erfarenhet och önskemål
- den professionelles erfarenhet och förmågor

Processen utmynnar i ett beslut där målet är att utfallet ska bli de bästa möjliga för klienterna.

Beslutssituationen kan på flera sätt vara unik. Därför krävs att beslutsfattaren inom det sociala arbetet gör en varsam sammanvägning av innehållet i alla tre källor. Förutsättningen för en lyckad sammanvägning är det praktiska omdöme som de professionella socialarbetarna och beslutsfattarna utvecklat på grundval av erfarenheter och vetenskaplig skolning.

3.2 Klientbedömningsinstrument

ASI-intervjun (Addiction Severity Index) är den standardiserade bedömningsmetod för utredning och uppföljning som ska användas. Den kan också användas som underlag för planering och utveckling av vård och behandlingsarbetet inom socialkontoret. Instrumentet kan användas för vuxna personer med missbruks- eller missbruksrelaterade problem och bör inte användas för personer under 18 år.

En samtalsteknik som har god evidens är MI (Motivational Interviewing). MI är orienterad mot att stödja patientens reflexion kring sina motiv för vissa beteendemönster.

3.3 Klassificering av missbruk

3.3.1 Missbruk och beroende enligt DSM-5

I DSM-5 har man tre diagnoser:

alkoholbrukssyndrom (eng: alcohol use disorder). Det kännetecknas av tvångsmässigt drickande, kontrollförlust, oförmåga att avstå eller att skära ner konsumtionen och ökad alkoholtolerans.

alkoholintoxikation (eng: alcohol intoxication)

alkoholabstinens (eng: alcohol withdrawal)

När alkohol används vanemässigt för att tillfredsställa ett begär eller "sug" efter alkohol, eller för att motverka psykiskt illabefinnande, talar man om psykologiskt beroende, och om fysiskt beroende när drickandet syftar till att motverka eller dämpa abstinenssymtom ("återställarbehov").

Med alkoholmissbruk (eng: alcohol abuse) menas att bruket av alkohol är så omfattande att det leder till en funktionsnedsättning som riskerar att medföra psykiska, kroppsliga och/eller sociala komplikationer, abstinenssymtom som i svårare fall leder till förvirring, hallucinationer och delirium tremens, tillstånd som i DSM-5 alkoholintoxikation (eng: alcohol intoxication) i betydelsen alkoholpåverkan, berusning.

3.3.2 Beroende enligt ICD-10

1. Stark längtan efter drogen.
2. Svårighet att kontrollera intaget.
3. Fortsatt användning trots skadliga effekter.
4. Prioritering av droganvändning är högre än andra aktiviteter och förpliktelser.
5. Ökad tolerans.
6. Fysiska abstinenssymtom.

För beroende enligt ICD-10 krävs att minst tre av de sex kriterierna ska vara uppfyllda i princip vid en given tidpunkt. Det bör dock noteras att kriterierna 1, 2, 3 och 4 framstår som långsiktiga fenomen och inte engångsföreteelser, medan kriterium 5 är ett gradvist ökande fenomen där drogens farmakologiska verkningar avgör vilken tidsrymd som kan vara aktuell (år för alkohol, veckor för heroin, etc.) och att kriterium 6 bör ha hänt vid mer än ett tillfälle, det vill säga att individen återkommande har drabbats av abstinenssymtom.

3.4 Bemötande

Ett professionellt bemötande kännetecknas av förmågan att visa respekt, ödmjukhet och empati samt att kunna skapa och upprätthålla en förtroendefull relation med den enskilde.

I ärenden som rör vuxna med missbruksproblem är ett bra bemötande av grundläggande betydelse. Klientens självkänsla och tilltro till sig själv och andra kan vara påverkad av den situation klienten befinner sig i och det är viktigt att bemötas med respekt, förståelse och empati, för att övervinna den bristande tilltron till den egna förmågan och till omgivningen. Det är också viktigt att klientens delaktighet och inflytande i ärendet säkerställs.

Ett annat viktigt yrkesetiskt krav är att vara medveten om gränserna för den egna kompetensen och att kunna bedöma när det finns behov av annan kompetens. Det är viktigt att samarbeta med andra kompetenser.

3.5 Kommunerna, landstinget och missbrukarvården i Stockholms län – en gemensam policy för missbrukarvård och specialiserad beroendevård

Stockholms läns landsting har haft ett gemensamt policydokument sedan 1998. Dokumentet reviderades 2008. Sedan 2016 finns ett omarbetat dokument ”Samverkan kring personer med missbruk/beroende, Överenskommelse mellan Stockholms läns landsting och kommuner i Stockholm län”. Överenskommelsen ligger till grund för både övergripande och lokal samverkan och för lokala överenskommelser mellan länets kommuner och sjukvårdsområden. Utgångspunkten är att primärvården, allmänpsykiatri, den specialiserade beroendevården och socialtjänsten har som gemensam uppgift att förebygga och behandla drog- och alkoholmissbruk. Målet för vårdinsatserna är att så långt möjligt skapa förutsättningar för klienten att återställa sina somatiska, psykiska och sociala funktionsförmågor. Detta förutsätter en tydlighet ifråga om mål, ansvarsförhållanden och ansvarsgränser utifrån gällande lagstiftning och en gemensam planering av vård- och behandlingsinsatserna.

Avsikten är att samla psykosocial, psykiatrisk och medicinsk kompetens under samma tak i syfte att förenkla samarbetet mellan vårdgivarna och effektivisera insatserna för den enskilde klienten.

I överenskommelsen är nedanstående grupper nämnda som prioriterade målgrupper:

- Föräldrar och gravida med missbruk/beroende samt barn (inklusive det väntade barnet)
- Ungdomar och unga vuxna med missbruk/beroende
- Vuxna personer med missbruk/beroende av alkohol och droger (inklusive läkemedel) och personer med samsjuklighet
- Äldre med missbruk/beroende
- Personer med missbruk av dopningsmedel

I överenskommelsen betonas vikten av samverkan mellan olika huvudmän i arbetet med personer med missbruks- och beroendeproblem. I detta sammanhang är det viktigt att påpeka att kommunens yttersta ansvar för att de som vistas i kommunen får den hjälp och det stöd som de behöver inte omfattar insatser som åligger annan huvudman, t.ex. landstinget. I överenskommelsen framhålls även att frivilligorganisationernas kompetens och erfarenheter ska tas tillvara och ses som en viktig länk i en bra missbrukar- och beroendevård.

Det finns ett lokalt samverkansavtal från 2011 angående personer i behov av insatser från flera vårdgivare pga. missbruk/beroende och eller psykisk ohälsa/psykiska funktionshinder.

4 Spel om pengar

Sedan 1 januari 2018 har socialnämndens ansvar för att förebygga och motverka spel om pengar. Det avser missbruk som rör spel om pengar och syftar till att personer med ett sådant missbruk ska ges bättre förutsättningar att få vård och hjälp för sitt missbruk kombinerat med stöd och behandlingsinsatser för att kunna komma ur problemen. Ett annat syfte med förslagen är att genom förebyggande insatser minska riskerna för att individen utvecklar ett spelmissbruk.

Lagstiftningen bygger på rådande ansvarsfördelning och samverkanslösningar mellan de två huvudmännen landsting respektive kommuner när det gäller vård och stöd vid missbruk och beroende. Detta syftar inte till någon förändring av denna ansvarsfördelning huvudmännen emellan men ska förbättra förutsättningarna för samverkan kring patienter och klienter med spelmissbruk vilka ofta kan behöva insatser av såväl medicinsk som social natur.

Spelberoende är en allvarlig form av spelproblem. Alla som har spelproblem är inte spelberoende. Spelberoende kategoriseras som ett beroende av samma slag som alkohol- och narkotikaberoende eftersom det befunnits påverka hjärnans belöningsystem på ett likartat sätt.

Upplands Bro kommun kommer att använda PGSI (Problem Gambling Severity Index) som en del i utredningen om spel om pengar. PGSI är ett screening-verktyg för kartläggning av spelproblem.

Upplands Bro kommun kommer i första hand att arbeta med spelberoende i öppenvården.

I ICD-10 finns diagnosen spelberoende. Det är en diagnos som i första hand tar fasta på spelets effekter på hälsan.

Hasardspelsyndrom är den kliniska diagnosen i den psykiatriska diagnosmanualen DSM-5. Hasardspelsyndrom ingår i kapitlet i DSM-5 om substansbrukssyndrom och består av nio diagnoskriterier, varav fyra måste vara uppfyllda för att det ska vara fråga om ett hasardspelsyndrom.

Diagnoskriterier DSM-5

Hasardspelsyndrom 312,31

Ihållande och återkommande problematiskt spelbeteende som leder till kliniskt signifikant lidande eller funktionsnedsättning som tar sig uttryck på fyra (eller fler) av följande sätt under en 12-månadersperiod:

1 Upptagenhet Tänker ständigt på spel, till exempel är upptagen av att tänka på tidigare spelupplevelser, av att planera nästa speltillfälle eller av att fundera över hur man kan skaffa pengar att spela med.

2 Tolerans Behöver spela med allt större summor för att uppnå den önskade spänningseffekten.

3 Kontrollförlust Har flera gånger misslyckats med att kontrollera, begränsa eller sluta upp med sitt spelande.

4 Abstinens Blir rastlös eller irriterad vid försök att begränsa eller sluta upp med sitt spelande.

5 Flykt Spelar för att slippa tänka på sina problem eller för att söka lättnad från nedstämdhet, till exempel hjälplöshetskänslor, skuld, ångest, depression.

6 Jagar förluster Återvänder en annan dag för att vinna tillbaka bortspelade pengar.

7 Lögner Ljuger för anhöriga, terapeuter eller andra personer för att dölja vidden av sitt spelande.

8 Sociala konsekvenser Har äventyrat eller förlorat någon viktig personlig relation, anställning, utbildnings- eller karriärmöjlighet på grund av sitt spelande.

9 Ekonomiskt beroende Förlitar sig på att andra kan ordna fram pengar för att lösa en ekonomisk krissituation som uppstått på grund av spelandet.

5 Handläggning

5.1 Dokumentation

I 11 kap 5 § SoL fastställs att handläggning av ärenden som rör enskilda samt genomförande av beslut om stödinsatser, vård och behandling ska dokumenteras. Dokumentationen ska ange beslut och åtgärder som vidtas i ärendet samt faktiska omständigheter och händelser av betydelse. Detta innebär att såväl den som fattar beslut om insatser som den som utför dem har skyldighet att dokumentera. Dokumentationen ska utformas med respekt för den enskildes integritet och beskrivningen av den enskildes förhållanden ska präglas av saklighet och objektivitet. Dokumentationen ska innehålla de uppgifter som behövs för att kunna fatta beslut, varken mer eller mindre. Den enskilde bör hållas underrättad om de journalanteckningar som förs och om andra dokument som rör honom/henne. Om personen i fråga anser att någon uppgift i dokumentationen är oriktig ska detta antecknas. Handlingar som rör enskildas personliga förhållanden ska förvaras så att obehöriga inte får tillgång till dem.

Dokumentationen har olika syften. Den är av avgörande betydelse för att den biståndssökande ska kunna få insyn i ärende som gäller myndighetsutövning. Dokumentationen ska vara så utformad att den möjliggör en korrekt bedömning och utgör en tillräcklig grund för beslut. För att en biståndssökande ska ha möjlighet att begära rättelse och överklaga ett beslut är det extra viktigt att alla förhållanden mellan honom/henne och socialtjänsten har dokumenterats i nödvändig utsträckning.

Det ska alltid dokumenteras om den enskilde har barn och hur barnen påverkas av den enskildes missbruk. Det är viktigt att göra en konsekvensanalys för hur den vuxnes missbruk påverkar barnen. Det är också viktigt att dokumentera den enskildes inställning till de insatser som ges av socialtjänsten.

Dokumentationen ska också kunna användas för tillsyn, uppföljning, utvärdering, kvalitetssäkring, statistik och för forskning. För att enskilda klientinsatser ska kunna följas upp krävs att arbetet dokumenteras systematiskt. Det finns inga tydliga riktlinjer i lagstiftningen vad gäller systematisk klientdokumentation. Uppgifter om kön, ålder, födelseland, familj och umgänge, boende, fysisk- och psykisk hälsa, arbete och försörjning, alkohol- och narkotikaanvändning samt kriminalitet bör dock ingå.

5.2 Förhandsbedömning

En förhandsbedömning syftar till att avgöra om utredning skall inledas eller inte. Förhandsbedömningar inom socialtjänsten kan endast bli aktuella i sådana frågor där socialnämnden avgör om ett formellt ärende skall öppnas eller inte. Förhandsbedömning kan inte bli aktuellt vid ansökan om bistånd eller begäran om yttrande från domstol.

En inkommen skriftlig anmälan tillförs personakt om sådan finnes eller bör upprättas. En muntlig anmälan nedtecknas och behandlas i övrigt som en

skriftlig anmälan. I annat fall diarieförs anmälan eller tillförs diarieförd kronologisk pärm.

Om det inkommer en anmälan från hälso- och sjukvården enligt 7 § LVM är utrymmet för att underlåta att inleda en utredning tämligen litet, av denna anledning bör förhandsbedömningen inte dra ut på tiden. Även om en sådan anmälan avser problem som inte är akuta eller motsvarande uppgifter kommer till socialnämndens kännedom bör förhandsbedömningen ändå endast i undantagsfall överstiga en vecka.

5.3 Utredning

Utredningar inom socialtjänsten utförs med stöd av 11 kap 1 § SoL eller 7 § LVM. I 11 kap 1 § SoL anges att socialnämnden utan dröjsmål ska inleda utredning när något kommit till nämndens kännedom genom ansökan eller på annat sätt och som kan föranleda någon åtgärd från nämnden. Syftet med utredningen är att få fram ett allsidigt underlag för att avslå/bevilja en ansökan eller att vidta åtgärder. En utredning enligt 11 kap 1 § SoL kan inte genomföras mot den enskildes vilja och han/hon ska informeras om att en utredning inletts. Enligt 11 kap 4 § SoL är nämnden skyldig att slutföra utredning om vård av missbrukare och fatta beslut i ärendet även om klienten bytt vistelsekommun under utredningstiden. Detta gäller dock inte om den nya kommunen samtycker till att ta över utredningen i ärendet.

Utredningens omfattning kan variera beroende på klientens behov och vilken typ av insats som efterfrågas. Utgångspunkten är att klienten så långt det är möjligt ska ges möjlighet att medverka i och utöva inflytande över planering av vård- och stödinsatserna. Utredningen ska vara tillräckligt omfattande för att kunna ge tillfredsställande underlag för beslut, men inte vara mer genomgripande än vad som är nödvändigt för utredningens syfte. Det är utredarens ansvar att bevaka att samtalen hålls på rätt nivå. Utredningstiden ska vara högst 3 månader.

Vid missbruk för åldersgruppen 18–21 är Lagen om vård av unga (LVU) tillämplig. Det är viktigt att i dessa ärenden ha ett samarbete med barn- och ungdomsenheten.

Vid arbete med missbrukare som har barn är det viktigt att informera barn- och ungdomsenheten. Det är viktigt för barnen att föräldern kan få den hjälp han/hon behöver för att barnet inte ska behöva leva med en missbrukande förälder.

Varje utredning enligt 11 kap 1 § SoL ska leda fram till ett beslut. Detta beslut kan antingen innebära att ärendet avslutas utan åtgärd, att beslut om insats fattas eller att beslut om att lämna yttrande till annan myndighet fattas, t.ex. yttrande i körkortsfrågor eller rättens begäran om yttrande om överlämnande till annan vård (31 kap 2 § BrB).

5.4 Kartläggning och bedömning

En utredning består av kartläggning, bedömning och förslag till individuellt anpassade insatser. Utredning sker genom ASI (Addiction Severity Index). Drogfrihetsstöd kan påbörjas under kartläggnings- och bedömningsfasen. Insatser av stödjande karaktär kan användas oberoende av klientens medicinska, sociala eller psykiska tillstånd.

De områden som bör ingå i kartläggningen är:

- Bakgrund
- Nätverk (familjesituation, barn, umgänge)
- Barnperspektiv, hur påverkas barnen av den enskildes missbruk
- Skola/ utbildning
- Arbetslivserfarenhet
- Bostad
- Ekonomi
- Psykisk och fysisk hälsa
- Missbruk
- Kriminalitet
- Relationsvåld
- Klientens syn på sin situation
- Tidigare behandling och erfarenheter samt resultat av dessa insatser

Den information som ligger till grund för kartläggningen kan inhämtas direkt från klienten och från eventuell tidigare dokumentation, via samtal, strukturerade intervjuer och frågeformulär. Efter tillåtelse från klienten kan även information hämtas från anhöriga, övrigt nätverk samt från samverkanspartners.

Av de olika strukturerade instrument för kartläggning och uppföljning som finns så ska i första hand ASI användas. Kartläggningen och den efterföljande bedömningen kräver olika kunskaper. En samlad bedömning bör i möjligaste mån ske i samverkan mellan personal med social och medicinsk kompetens. När det framkommer tecken på att klienten har psykiska svårigheter av sådan omfattning att de tydligt påverkar kontakten och behandlingsplaneringen måste samverkan ske med personer med psykologisk/psykiatrisk kompetens. För att undvika överdiagnostisering bör kartläggning och bedömning av psykiska symtom ske först då klienten är fri från abstinenssymtomen.

Kartläggning och bedömning leder fram till val av för klienten individuellt anpassade insatser. Flera insatser måste oftast länkas samman i en långsiktig planering där varje insats ger ett begränsat resultat.

Sammanfattningsvis bör en kvalificerad vårdbehovsbedömning ta fasta på följande faktorer:

- Klientens sociala situation och sociala resurser
- Missbrukets svårighetsgrad
- Eventuell förekomst och grad av psykisk funktionsnedsättning
- Behov av struktur och aktiv vägledning

- Grad av motivation och beredskap för förändring

5.5 Val av insatser

Missbruk är ett komplext fenomen. De klienter som kommer i kontakt med socialtjänsten är en heterogen grupp. Det måste finnas en mångfald av insatser om kan erbjudas den enskilde. Den enskildes behov ska vara vägledande för valet och omfattningen av insatser. Valet av insats ska se i samråd med klienten. Oavsett valet av insatser fattas beslut enligt 4 kap 1 § SoL.

5.6 Vårdkedjor, samarbete

Lagen anger att vården måste planeras och att socialtjänsten noga ska följa vården, vilket betyder att insatserna inte ska ses som isolerade åtgärder utan som delar i en längre vårdkedja. Enligt förarbeten till socialtjänstlagen bör planmässighet och långsiktighet, vårdkedjetänkandet, vara en viktig utgångspunkt för de insatser som socialtjänsten erbjuder personer med missbruks- och beroendeproblem. En annan viktig utgångspunkt är att i arbetet med den enskilde i möjligaste mån verka för att han/hon kan fungera i sin befintliga miljö, stärka relationer som är möjliga och upprätta kontinuitet i arbetet. För att detta ska fungera krävs att handläggarna vid socialtjänsten samverkar med företrädare för andra organisationer och vårdgivare såsom vård- och behandlingsinstitutioner, landstingets psykiatri och beroendevård, kriminalvården, försäkringskassan, frivilliga organisationer m.fl. i syfte att erbjuda klienten bästa möjliga vård.

5.7 Överklagande

En sökande ska alltid underrättas om sin möjlighet att överklaga de beslut som är överklagningsbara genom förvaltningsbesvär. Beslut enligt 4 kap 1 § SoL kan överklagas. Beslutet ska överklagas skriftligt. I skrivelsen anges vilket beslut som överklagas och vilken ändring som önskas. Den sökande vänder sig till den handläggare som fattat beslutet för att få hjälp. Det är den sökande själv eller hans/hennes ombud som står för innehållet och som undertecknar överklagandet. Överklagandet sänds till den delegat som fattat beslutet och ska ha inkommit till nämnden inom tre veckor från den dag sökanden fick del av beslutet (23 § Förvaltningslagen). Handläggaren ska vara behjälplig, om klienten har behov av det, med att skriva det som klienten vill framföra i sin överklagan.

Om den sökande anser att han begärt bistånd och fått avslag utan att något beslut fattas, hanteras detta på samma sätt som ett vanligt överklagande. Det är alltid förvaltningsrätten som prövar beslutets överklagbarhet och klagandens besvärsrätt.

Första instans för överklagan är förvaltningsrätten. För överklagan av förvaltningsrättens dom i mål som gäller socialtjänstlagen krävs prövningstillstånd i kammarrätten och högsta förvaltningsrätten. **För överklagan av förvaltningsrättens dom** i mål om LVU och LVM krävs inte

prövningstillstånd i kammarrätten men prövningstillstånd krävs i högsta förvaltningsrätten.

5.8 Planer för genomförande och uppföljning av insatser

Socialnämndens insatser för den enskilde ska utformas och genomföras tillsammans med honom/henne. Brukarinflytandet ska betonas, vilket innebär att det är viktigt att klienten ifråga ges möjlighet att framföra sina synpunkter på innehållet i erhållna insatser.

För att kunna verkställa beslut om stöd, vård och behandling måste besluten vila på underlag som garanterar den enskildes rättssäkerhet. Före varje beslut ska en individuell plan upprättas oavsett vilket lagrum som åberopas eller vilken insats som är aktuell. Planen tydliggör syftet med insatsen och är en förutsättning för uppföljning och värdering av resultat. I planen kan även ansvarsfördelningen mellan olika enheter inom socialkontoret och andra samarbetspartners klargöras.

Det finns flera typer av planer som har olika ändamål. De begrepp som används är arbetsplan, genomförandeplan, samordnad individuell plan och vårdplan.

5.8.1 Arbetsplan

En arbetsplan är en övergripande plan som syftar till att få till stånd ett mål-inriktat arbete. Arbetsplanen ska innehålla mål och delmål. Den används dels som en överenskommelse mellan klienten och utredaren om hur ett visst problem ska lösas och dels för att ge utföraren de övergripande målsättningarna med insatsen. Arbetsplanen ska också användas vid uppföljning/utvärdering av insatsen. En arbetsplan ska alltid finnas när en utredning leder till beslut om insats. Arbetsplanen skrivs på ett eget dokument. Uppföljning av arbetsplanen sker var tredje månad.

5.8.2 Genomförandeplan, hur det ska göras

Det ska finnas en individuell genomförandeplan för varje person som har en biståndsbedömd insats. Utföraren ansvarar för genomförandeplanen. Genomförandeplanen är en detaljerad plan över en behandlingsåtgärd ska utföras. Planen ska utformas utifrån klientens enskilda behov och upprättas i samråd mellan handläggaren och honom/henne. Den ska skrivas under av klient och handläggare. Genomförandeplanen utgår från arbetsplanen. Ansvarig handläggare och klienten ska utarbeta genomförandeplanen. Genomförandeplanen ska innehålla mål avseende någon eller några av nedanstående punkter:

- Missbrukssituation
- Fysisk och psykisk hälsa
- Kriminalitet
- Boende
- Sysselsättning
- Försörjning
- Kontakt med anhöriga

- Fritid

Planen ska innehålla konkreta kort- och långsiktiga mål som bedöms vara möjliga att uppnå för den enskilde och som ska följas upp regelbundet. Det ska klart framgå av planen när och på vilket sätt den ska följas upp. Det är viktigt att under hela behandlingen kontinuerligt utvärdera hur långt man nått avseende dessa mål och vid behov revidera dem eller komplettera med nya mål. Efter avslutad behandling görs en slutavstämning och därefter eventuella planerade uppföljningar.

5.8.3 Samordnad individuell plan

Samordnad individuell plan (SIP) används när kommun och landsting arbetar med samma klient. Övriga myndigheter kan vara med vid utformandet av SIP. Det är den som ser behov av SIP som tar upp med klienten om den vill ha en SIP. Det är viktigt att SIP är klientens plan. Det är bara kommun och landsting som kan kalla till en SIP, övriga myndigheter kan påtala att en klient vill ha en SIP och kommun eller landsting sammankallar.

5.8.4 Vårdplan

Begreppet vårdplan kan likställas med arbetsplan och används inom missbrukarvården t.ex. i samverkan med Statens institutionsstyrelse (SiS) i samband med ansökan om vård enligt LVM och i samverkan med landstinget, t.ex. vid läkemedelsassisterad underhållsbehandling för opiatberoende.

6 Målgrupper

6.1 Personer med samsjuklighet (svår psykisk funktionsnedsättning och missbruk)

6.1.1 Lagstiftning

Insatserna för personer med samsjuklighet regleras främst i socialtjänstlagen och hälso- och sjukvårdslagen (HSL). De kan också omfattas av åtgärder enligt lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT), lagen om vård av missbrukare i vissa fall (LVM) och lagen om rättspsykiatrisk vård (LRV). Vissa personer kan vara i behov av insatser enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS).

6.1.2 Gruppen personer med samsjuklighet

Personer med samsjuklighet är en av samhällets mest utsatta grupper. Att samtidigt ha en psykisk funktionsnedsättning och ett missbruksproblem medför ett ökat hjälpbehov och ett sämre förlopp med stor risk för utslagning och för tidig död. Dessa personer söker ofta hjälp och är vanligtvis kända inom antingen psykiatrin eller missbrukarvården däremot blir den dubbla problematiken inte alltid identifierad. Eftersom ansvaret för behandling av personer med psykiska funktionsnedsättningar och missbruk är organisatoriskt uppdelat på olika huvudmän försvåras integreringen av behandling och stöd till dessa personer. Detta ställer stora krav på samverkan mellan huvudmännen. Under senare år har antalet personer med neuropsykiatrisk diagnos ökat.

6.1.3 Ansvarsfördelning

Socialtjänsten, allmänpsykiatrin och den specialiserade beroendevården har ett gemensamt ansvar för de personer som är psykiskt funktionsnedsatta och som har missbruks- och beroendeproblem. Kommunen har genom socialkontoret ansvaret för missbrukarvårdens sociala insatser och stöd till psykiskt funktionshindrade. Kommunens ansvar är att tillgodose behovet av insatser i form av boende, social omvårdnad och sysselsättning. Kommunen har även ansvar för uppsökande verksamheter.

Landstinget har ansvar för avgiftning (abstinensbehandling, psykiatrisk- och somatisk utredning samt motivationsarbete) och för vård av missbrukare som kräver psykiatrisk behandling. Inom landstinget har allmänpsykiatrin huvud- och samordningsansvar för de psykiatriska insatserna till personer med samsjuklighet. Allmänpsykiatrin ska därmed svara för både kort- och långvarig psykiatrisk vård och behandling av personer med samsjuklighet i såväl öppen som sluten vård. Psykiatrin ansvarar också för att slutenvård enligt LPT lämnas då det är nödvändigt.

Den specialiserade beroendevårdens uppgifter är att identifiera tyngden i beroendet och missbruket, svara för abstinensbehandling och annan behandling av

missbruket i öppen eller sluten vård, specialprogram, återfallsprevention och drogkontroller. De har också ansvar för substitutionsbehandling.

Ansvaret, som socialkontoret har sedan 1 januari 2018, när det gäller spel om pengar har samma fördelning mellan kommunen och landstinget som ansvaret inom missbruksvården.

Socialkontoret och landstingets specialiserade beroendevård och psykiatri måste samverka lokalt utifrån en fastställd ansvarsfördelning. De lokala överenskommelserna måste dokumenteras skriftligt och förankras på olika nivåer inom respektive organisation med tydliga mandat. Syftet med samverkan är att utnyttja den samlade kompetensen optimalt. Socialkontoret har enligt 5 kap 8 § SoL ansvar för att denna samverkan kommer till stånd och för att insatserna samordnas.

6.1.4 Särskild kompetens

Personer med samsjuklighet och deras sammansatta vårdbehov kräver resurser, kompetens och en samverkan mellan olika personalkategorier. Såväl psykiatrisk kompetens som kunskap och erfarenhet av missbruksarbete är nödvändig för att möta dessa klienters behov. Särskild personal behöver ofta avdelas för att arbeta med gruppen. Behandlingsarbetet måste bygga på en helhetssyn och det krävs kontinuitet och långsiktighet i arbetet för att resultat ska kunna uppnås.

Personer med samsjuklighet kan ha behov av en person (här kallad case manager) som har till uppgift att klarlägga klientens behov och att se till att klienten får dessa tillgodosedda i kontakten med andra instanser. Denna case manager ingår i ett team (samteamet) bestående av olika yrkesgrupper, socialsekreterare, behandlingsassistent, sjuksköterska och/ eller vårdare. Varje klient ska ha en patientansvarig läkare. **Självfallet ska den enskilde godkänna den insats som ges.**

6.1.5 Utredning - Identifiering av problematiken

Eftersom personer med samsjuklighet kan vara aktuella som klienter inom missbrukarvården för missbruksproblem och/eller som patienter inom psykiatrin för psykiska problem är risken att förekomst av dubbelproblem inte utreds och därmed inte behandlas. De verksamheter som möter psykiskt funktionsnedsatta respektive personer med missbruks- och beroendeproblem måste därför vara uppmärksamma på att dubbelproblematik kan föreligga. Inom socialkontorets myndighetsavdelning handläggs frågor om missbruk på vuxenheten och frågor om socialpsykiatri på biståndsenheten. Detta kräver samarbete då de olika kompetenserna finns på olika enheter inom socialkontoret.

6.1.6 Insatser

I socialstyrelsens rapport, ”Personer med svår psykisk störning”, *Psykiatriuppföljningen 1999:1*, anges att vårdkedjetänkandet inte är lämpligt i arbetet med personer med samsjuklighet. Istället poängteras att det behövs ett profes-

sionellt nätverksbygge och lagarbete kring klienten. En noggrann utredning ska leda fram till en gemensam vårdplanering där de olika huvudmännens ansvar klargörs. All planering ska göras i samråd med klienten och en samordnad individuell plan (SIP) utformas. Personer med samsjuklighet har behov av långvarig, ibland livslång psykiatrisk behandling och social omvårdnad. Det kan ta lång tid innan förändringar inträffar. Klientens missbruksproblem och psykiska funktionsnedsättning bör därför behandlas parallellt. Olika insatser i form av praktiskt stöd, boendestöd, sysselsättning, fritidsaktiviteter, medicinering, social färdighetsträning, återfallsprevention etc. behövs samtidigt i olika kombinationer. Omfattningen av insatserna kan variera över tid utifrån klientens individuella behov och förutsättningar.

6.1.7 Personer med samsjuklighet inom LVM-vård respektive LPT-vård

Även om socialtjänsten har huvudansvaret för vård och behandling av personer med missbruks- och beroendeproblem har hälso- och sjukvården ansvar för medicinsk abstinensbehandling, behandling av akuta komplikationer och för mer långvarig vård vid t.ex. toxiska psykoser eller allvarligare psykiska tillstånd som kan följa på missbruk. Om den psykiska funktionsnedsättningen är tillräckligt svår bör behandlingsuppgiften falla inom psykiatrians ansvarsområde enligt HSL eller LPT även om det finns en kombinations-problematik med ett intensivt missbruk. Om däremot missbruket bedöms vara det primära och tvångsåtgärder nödvändiga bör LVM tillämpas i första hand. Beslut om vård enligt LVM kan fattas även om någon för kortare tid ges vård med stöd av LPT. Om psykiatrisk tvångsvård behövs under längre tid bör LVM-vården upphöra. Psykiatrisk tvångsvård får inte bedrivas på LVM-hem. Finns det behov av vård enligt både LPT och LVM är det vård enligt LPT som har företräde.

6.2 Missbrukande unga vuxna (18–24)

Det är ytterst angeläget att fånga upp unga vuxna i riskzonen och att utveckla riktade vård och behandlingsinsatser gentemot dessa. Arbetsmetoderna vid missbruksarbete med vuxna kan inte i alla delar överföras på arbete med yngre personer med missbruks- och beroendeproblem. Bedömningskriterierna skiljer sig åt och det krävs särskild kompetens för arbete med unga vuxna vad gäller fysiska och psykiska mognadsprocesser och hur olika droger påverkar den unge i dessa avseenden. Vad gäller beslut om åtgärder och behandlingsinsatser är snabba reaktioner och insatser av stor betydelse. Unga vuxna ska alltid erbjudas vård och behandling i syfte att uppnå fullständig habilitering. Unga vuxna med samsjuklighet bör ägnas särskild uppmärksamhet och erforderlig specialistvård påkallas vid behov.

Socialkontoret har tillsammans med Maria Ungdoms mottagning, mini Maria, för unga vuxna med missbruksproblem upp till 20 års ålder. Det är mycket angeläget att socialkontorets barn- och ungdomsenheten och vuxnenheten samarbetar så att ungdomar och unga vuxna med missbruksproblem inte ”försvinner” i övergången mellan ungdoms- och vuxenvård. För att underlätta övergången kan ungdoms- och vuxenhandläggare arbeta tillsammans med

ungdomen under en övergångstid. Överlämning av ungdomar från barn- och ungdomsenheten och vuxenenheten går via samordnare. För ungdomar 18–21 år är även Lagen om vård av unga (LVU) tillämplig.

6.3 Läkemedelsmissbrukare

Generellt kräver läkemedelsberoende patienter på grund av långvariga abstinensbesvär nedtrappning och abstinensbehandling samt stödinsatser under lång tid. Det ställer krav på särskilda vård- och behandlingsinsatser inom hälso- och sjukvården.

Enligt gällande lagstiftning har hälso- och sjukvården ansvar för medicinsk vård, behandling och rehabilitering av läkemedelsmissbrukare. Ansvaret innefattar nödvändig psykologisk och psykiatrisk behandling som är medicinskt motiverad. Socialtjänsten ansvarar för social rehabilitering. Försäkringskassan ansvarar för yrkesrehabiliterande åtgärder och arbetsgivaren för arbetslivsinriktade rehabiliteringsinsatser.

6.4 Personer med substitutionsbehandling

Socialstyrelsen har utfärdat föreskrifter och allmänna råd om läkemedels-assisterad underhållsbehandling vid opiatberoende. Föreskrifterna innebär att samma regler gäller vid förskrivningen av Subutex och Metadon. Underhållsbehandling får ges till den som har fyllt 20 år och har två års dokumenterat opiatberoende. I undantagsfall får underhållsbehandling ges till den som är under 20 år, t.ex. om personen har missbrukat opiater sedan han eller hon var mycket ung och tidigare behandlingsinsatser har misslyckats. Underhållsbehandling får endast ges vid en sjukvårdsinrättning som är särskilt inrättad för beroendevård och som anmält till socialstyrelsen att den avser att erbjuda sådan vård.

En vårdplan ska upprättas av ansvarig läkare i samråd med klienten och handläggaren vid socialkontoret. Socialkontoret gör en socialutredning. I vårdplanen ska anges vilka behandlingsåtgärder, medicinska kontrollundersökningar, psykosociala insatser och villkor i övrigt som ska gälla samt mål och delmål för behandlingen. Läkaren har ansvaret för att vårdplanen regelbundet följs upp och omprövas i samråd med klienten och handläggaren på socialkontoret.

Underhållsbehandling får inte ges med stöd av LVM, LPT eller LRV, men vårdplanering kan inledas under tiden klienten vårdas med stöd av någon av dessa lagar.

6.5 Hemlösa personer med missbruks- och beroendeproblem

6.5.1 Definition

Enligt den definition som används vid nationella kartläggningar av hemlöshet är hemlös en person som varken har egen eller hyrd bostad och som inte bor stadigvarande inneboende utan är hänvisad till tillfälliga boendeanternativ eller

till en tillvaro som uteliggare. Till hemlösa räknas också de som bor på institution eller härbärke och som inte har någon bostad ordnad vid utskrivning.

6.5.2 Tillfälligt boende

Tillfälligt boende på vandrarhem utgör en mycket temporär lösning på den hemlöse klientens situation. Arbetet måste därför inriktas på att motivera till mer långsiktiga åtgärder utifrån den enskilde klientens individuella behov och förutsättningar. Ansökan om tillfälligt boende handläggs av försörjningsstöd.

6.6 Kvinnor med missbruks- och beroendeproblem

Kvinnor med missbruks- och beroendeproblem lever många gånger under svåra psykosociala omständigheter. De är i hög grad utsatta för våld eller andra övergrepp och söker ofta dölja missbruket. Kvinnor med missbruks- och beroendeproblem uppvisar såväl fysiska som psykiska sjukdomstillstånd oftare än män vilket gör det extra viktigt att samverkan sker med landstingets beroendevård och psykiatri. Kvinnors specifika behov bör beaktas vid valet av vård- och behandlingsinsatser. Kvinnor med missbruks- och beroendeproblem med barn ska särskilt uppmärksammas oavsett om kvinnorna är ensamförsörjare eller inte. Vid oro för barn ska information lämnas till barn- och ungdomsenheten.

Det är angeläget att motivera gravida med missbruks- och beroendeproblem till så tidig kontakt med mödrahälsovården som möjligt. Vid Rosenlunds mödravårdsteam finns en mödravård specialiserad på kvinnor med missbruks- och beroendeproblem. Samråd mellan socialtjänsten och myndigheter inom hälso- och sjukvården kan ske oavsett kvinnans samtycke då det i 25 kap. 12 § och 23 kap. 9 § OSL anges att uppgifter om gravid kvinna eller närstående till henne kan lämnas mellan myndigheter om det behövs för en nödvändig insats till skydd för det väntade barnet. Under graviditeten finns två huvuduppgifter, att förbereda kvinnan för föräldraskap och att åstadkomma nykterhet/drogfrihet för att förhindra att fostret tar skada. Samråd med socialkontorets barn och ungdomsenhet bör ske i ett tidigt skede för ställningstagande till ifall utredning ska inledas vid barnets födelse.

6.7 Barn till personer med missbruks- och beroendeproblem samt anhöriga

Socialtjänsten måste i betydligt större utsträckning än tidigare erbjuda hjälp till anhöriga till personer med missbruks- och beroendeproblem. Barn till dessa utgör en särskilt utsatt grupp vars behov det är speciellt angeläget att uppmärksamma. Socialkontorets öppenvård har utvecklat kunskaper och metoder för att arbeta med öppenvårdsprogram för barn och tonåringar.

Det är viktigt att anhöriga erbjuds hjälp oavsett om den anhörige missbrukaren själv genomgår missbruksbehandling eller inte. Det är således en angelägen uppgift för socialtjänsten att erbjuda stöd till såväl vuxna anhöriga som vuxna barn till personer med missbruks- och beroendeproblem. Stödet ska i första hand erbjudas inom den egna verksamheten. En anhörigs ansökan om behand-

ling till följd av den anhöriges missbruk måste därför utredas på samma sätt som en ansökan om annan vård och behandling.

6.7.1 Umgänge mellan barn och föräldrar

Enligt 6 kap 1 § tredje stycket SoL har socialtjänsten ett ansvar för att aktivt stödja och stimulera kontakten mellan placerade barn och deras föräldrar. Detta innebär att det är angeläget att barn placerade i familjehem ges möjlighet till regelbundet umgänge med sina föräldrar. Utgångspunkten är att umgänget ska ske utifrån barnets behov, vilket förutsätter nära samarbete mellan socialkontorets vuxenenhet och den handläggare som ansvarar för barnet i familjehemmet. För personer med missbruks- och beroendeproblem, som har umgänesrätt ska socialtjänsten bistå med lämpliga insatser så att sådant umgänge kan ske under för barnet betryggande former. Föräldrarnas möjligheter att upprätthålla kontakten med barnet får inte begränsas av ekonomiska överväganden.

7 Insatser

7.1 Öppenvård

Öppenvård ska alltid vara första alternativet till insats, gärna i olika kombinationer. All öppenvård ska vara strukturerad och följa en genomförandeplan. För en person som inte önskar ta emot hjälp via utredning enl. 11 kap. 1§ SoL, kan viss öppenvård erbjudas utan biståndsbeslut. Det kan vara högst 5 samtal.

7.2 Kontaktperson/-familj

Enligt 3 kap 6 § tredje stycket SoL kan socialnämnden utse en särskild person (kontaktperson) eller familj med uppgift att hjälpa den enskilde och hans närmaste i personliga angelägenheter om den enskilde begär eller samtycker till det. Ett beslut om tillsättande av kontaktperson ska föregås av en utredning enligt 11 kap 1 § SoL av den enskildes behov av insatsen. Beslutet ska vara tidsbegränsat och följas upp regelbundet.

7.3 Rehabilitering i boendekedja

Personer med missbruks-, psykiska eller andra liknande problem har ofta svårigheter att erhålla, klara och behålla ett eget boende. De flesta har hyresskulder eller andra typer av skulder. De är därför i behov av hjälp från socialtjänsten, ofta i kombination med stöd från andra vårdgivare, t.ex. beroendevården, allmänpsykiatri och/eller andra aktörer för att klara sin situation. Upplåtelse av träningslägenhet är en form av bistånd enligt 4 kap 1 § SoL. Upplåtelse av försökslägenheter är bistånd enligt 4 kap 2 § SoL och kan inte överklagas genom förvaltningsbesvär. Dessa bistånd beviljas som ett led i en pågående rehabilitering och syftar till att förbereda klienten för att klara ett eget boende.

7.4 Placering i HVB eller familjehem

7.4.1 Utgångspunkter

Enligt 6 kap 1 § SoL ska socialnämnden ansvara för att personer, som är i behov av vård eller boende i annat hem än det egna, kan tas emot i ett familjehem eller i ett hem för vård eller boende. Nämnden har även ansvar för att personen ifråga får god vård. Socialnämnderna i nordvästkommunerna har gemensamt tecknat ramavtal med ett antal vårdgivare.

Dessa vårdgivare ska användas vid placeringar, Den socialnämnd som beslutat om placeringen har ansvar tills placeringen upphör och vården är avslutad. Nämnden svarar även för ersättningen till familjehemmet eller vårdavgiften till institutionen.

7.4.2 Placering i HVB

Om utredningen visar att missbrukaren har behov av vård, behandling eller omvårdnad i slutna former eller stödboende kan personen ifråga placeras i

HVB. Klientens individuella behov styr valet av insats. Handläggande socialsekreterare vid socialkontoret har ansvar för förberedelserna inför, kontakten under och uppföljningen av placeringen, oavsett om det omedelbara behandlingsansvaret ligger på HVB under tiden klienten vårdas där.

I samband med placeringen ska en genomförandeplan göras i samarbete mellan klienten och vårdgivaren. I planen ska vårdgivarens uppdrag under vårdtiden klart framgå. En placering i HVB utgör oftast endast en del i en längre vårdkedja, varför det är viktigt att handläggaren fortsätter kontakten med klienten under hela vårdtiden och tillsammans med klienten noga planerar de insatser som behövs efter vårdtidens slut. Genomförandeplanen ska följas upp regelbundet.

Beslut om placering i HVB fattas enligt 4 kap 1 § SoL eller 27 § LVM. Beslutet ska alltid innehålla uppgifter om för vilken tid beslutet gäller, vårdavgift per dygn och uppgifter om vilken egenavgift klienten ska betala enligt 8 kap § 1 SoL. Om egenavgiften vid vård och behandling (100-kronan) ska efterges helt eller delvis enligt 9 kap 4 § SoL ska detta också framgå av beslutet.

7.4.3 Placering i familjehem för vuxna

Personer över 18 år med missbruksproblem, sociala eller andra problem kan komma ifråga för placering i familjehem för vuxna. Placeringen kan antingen avse vård och behandling eller boende. Vistelse i familjehem kan ersätta eller utgöra komplement till en institutionsvistelse och ingå som en del i en längre vårdkedja. Familjehemsvistelser inleds i regel med en tids provplacering. Vistelsen bör utformas utifrån klientens individuella behov för att öka förutsättningarna för återgång till en normal livsföring.

Placeringen ska följas upp och utslussningen ska planeras i samarbete med klienten. Beslut om placering i familjehem för vuxna fattas enligt 4 kap 1 § SoL eller 27 § LVM. Beslutet ska alltid innehålla uppgifter om för vilken tid beslutet gäller, om beslutet avser vård och behandling eller boende, vårdavgift per dygn och uppgifter om vilken egenavgift klienten ska betala enligt 8 kap 1 § SoL. Om egenavgiften vid vård och behandling (100-kronan) ska efterges helt eller delvis enligt 9 kap 4 § SoL ska detta också framgå av beslutet.

Kommunen följer Svenska Kommunförbundets rekommendationer angående regler för ersättning till familjehem. Detta innebär att familjehemsersättningen är relaterad till basbeloppet.

7.5 Övriga insatser

Vissa personer med missbruks- och beroendeproblem kan till följd av psykiska funktionshinder eller annan sjukdom vara i behov av ytterligare insatser för att kunna fungera i sin vardag, t.ex. genom att socialtjänsten hanterar den enskildes privata medel, oftast pension. Behov kan också finnas av god man eller förvaltare till följd av att personen ifråga behöver hjälp att bevaka sin rätt, förvalta sin egendom och sörja för sin person.

8 Insatser i samverkan med kriminalvården

8.1 Kontraktsvård

Kontraktsvård är ett alternativ till fängelsestraff. Målgruppen är personer som normalt skulle dömas till fängelse men vars brottslighet i väsentlig grad kan relateras till missbruk av beroendeframkallande medel och som är villiga att genomgå vård och behandling enligt en särskild plan. Även andra omständigheter som fordrar vård och behandling kan utgöra grund för kontraktsvård. Frivården i det distrikt där klienten är bosatt har ansvaret för den utredning och planering som ska ligga till grund för genomförandeplanen i ett kontraktsvårdsärende. Domstolen kan förordna att frivården ska genomföra en kontraktsvårdsutredning. Initiativet till utredningen kan också komma från frivården, klienten, dennes advokat, m.fl.

Frivårdsmyndigheten ska bedöma om förutsättningarna för kontraktsvård är uppfyllda och har det övergripande ansvaret för utredningen och bör i ett tidigt skede inleda samarbete med socialkontoret, eftersom socialkontoret har till uppgift att ta ställning till eventuellt kostnadsansvar efter tidpunkten för tänkt frigivning. Frivårdsmyndigheten bör samråda med socialkontoret även om den planerade vården beräknas vara avslutad inom den tid då kriminalvården har kostnadsansvaret.

8.1.1 Bedömning av motivation och vårdbehov samt val av vårdgivare

Alla typer av vård och behandling kan förekomma liksom deltagande i kriminalvårdens programverksamhet. Socialkontoret bör medverka aktivt i bedömningen av klientens motivation och vårdbehov. Arbetsplan ska anpassas efter klientens behov och förutsättningar och ska skriftligen godkännas av denne. När dom avkunnats ska frivården omgående underrätta vårdgivaren och socialkontoret. Normalt bör den myndighet som har utarbetat arbetsplanen ansvara för uppföljning under behandlingstiden.

8.1.2 Kostnadsansvar

Socialnämndens kostnadsansvar för vården inträder fr.o.m. dagen efter den tänkta tidpunkten för frigivning alternativt villkorlig frigivning och pågår fram till behandlingstidens slut. Socialkontoret bör lämna en skriftlig ansvarsförbindelse till kriminalvården beträffande kostnadsansvaret efter tänkt frigivning. Under den tid då kriminalvården har kostnadsansvar för den dömdes behandling beslutar frivården i alla ekonomiska frågor som rör behandlingen.

I samband med en placering på behandlingshem eller i familjevård kan kriminalvården efter sedvanlig prövning bekosta hela eller del av lämplig grundutrustning avseende kläder, skor, fritidsutrustning m.m.

Vid institutions- eller familjevård svarar kriminalvården även för kostnader för glasögon och tandvård. Vid öppenvårdsbehandling bekostas enbart den behandling och kontroll som följer av genomförandeplanen. Drogkontroller

som inte ingår i vårdgivarens ordinarie verksamhet men som föreskrivits i genomförandeplanen kan betalas av kriminalvården. Om den ansvarige vårdgivaren utför drogkontrollerna ska kostnaden regleras i placeringsavtalet. I vissa fall kan kriminalvården även bekosta drogkontroller efter tänkt frigivning. Här avses kontroller som ingår i genomförandeplanen men som inte ingår i vårdgivarens ordinarie verksamhet.

I samband med att kostnadsansvaret övergår till socialnämnden ska beslut om fortsatt vård enligt 4 kap 1 § SoL fattas. 8 kap 1 § SoL är då tillämplig och i förekommande fall betalar klienten egenavgift på samma grunder som i andra ärenden.

8.2 Placering enligt 11 kap 3 § Fängelselagen, vårdvistelse

8.2.1 Förutsättningar för vård enligt 11 kap 3 § Fängelselagen, vårdvistelse

Intagna i kriminalvård som exempelvis har missbruksproblem och beteendestörningar kan enligt detta lagrum erbjudas att under straffverkställigheten vistas vid t.ex. ett hem för vård eller boende eller i familjehem som erbjuder vård eller annan behandling mot problemen. Det är viktigt att hitta en lämplig balans mellan det individuella behovet och verkställighetens längd.

8.2.2 Utrednings- och planeringsansvar

Kriminalvårdsmyndigheten, vid vilken den intagne är inskriven, har ansvaret för utredning och planering av en placering. Vårdbehov, behandlingsinsatser och kostnader utreds i samråd med socialkontoret där den intagne är folkbokförd (16 kap 2 § andra stycket SoL). Samarbetet bör inledas i ett tidigt skede av utredningen, eftersom socialtjänsten har att ta ställning till kostnadsansvar för vård/behandling efter frigivningsdagen. En placeringsutredning kan initieras av den intagnes kontaktman i samförstånd med den intagne och den som har det övergripande klientansvaret, frivården eller socialkontoret. Den intagnes behov av vård, behandling eller andra insatser ska motsvaras av det vårdinnehåll som den tilltänkta vårdgivaren kan erbjuda.

8.2.3 Kostnadsansvar

Fördelning av kostnadsansvaret ska utredas innan beslutet om placering. Kriminalvården bär kostnadsansvaret för den intagne under vistelsen från placeringsdagen till och med frigivningsdagen. Därefter övergår kostnadsansvaret i normalfallet till socialkontoret. Socialkontoret bör lämna en skriftlig ansvarsförbindelse till kriminalvården beträffande kostnadsansvaret efter tänkt frigivning innan beslut om placering tas.

Kriminalvården ska ansvara för att den intagne erhåller ändamålsenlig utrustning i samband med placeringen samt fickpengar under behandlingstiden fram till frigivning under förutsättning att han saknar inkomster i form av sjukpenning, pension etc. Om placeringen ska fortsätta efter frigivningsdagen ska socialnämnden eller delegat fatta beslut om placering enligt 4 kap 1 § SoL. 8

kap 1 § SoL är då tillämplig och i förekommande fall betalar klienten egenavgift på samma grunder som i andra ärenden.

9 Yttranden

9.1 Anvisningar för handläggning av yttrande i körkortsfrågor

9.1.1 Lagstiftning

Frågor rörande körkort regleras i körkortslagen (1998:488) samt i körkorts-förordningen (1998:980).

9.1.2 Transportstyrelsens uppgift

Transportstyrelsen handlägger ansökningar om körkortstillstånd. Enligt 3 kap. 8 § körkortsförordningen får transportstyrelsen vid handläggning av en ansökan om körkortstillstånd eller förhandsbesked begära in yttrande av polismyndighet, frivårdsmyndighet eller socialnämnd. I 5 kap. 2 § körkorts-förordningen anges att om det finns anledning att anta att en körkorts-innehavare inte uppfyller de förutsättningar som gäller för att inneha körkort, ska transportstyrelsen skyndsamt utreda dennes lämplighet. Transportstyrelsen får förelägga körkortsinnehavaren att lämna läkarintyg som visar att han/hon uppfyller de medicinska kraven för körkortsinnehavet eller ett bevis om godkänt förarprov. Transportstyrelsen får också höra socialnämnden, polismyndigheten eller frivårdsmyndigheten om nämndens eller myndighetens yttrande har betydelse för ärendet.

9.1.3 Socialnämndens yttrande

Att skriva ett körkortsyttrande innebär att genomföra en utredning enligt 11 kap 1 § SoL.

Ett körkortsyttrande ska innehålla en redogörelse för de omständigheter som har betydelse för att bedöma sökandens lämplighet som innehavare av körkort eller traktorkort ur nykterhets-/drogfrihetshänseende.

Utredningen bör dock vara så omfattande att det finns en realistisk möjlighet att göra sig en bedömning av om personen ur nykterhets-/drogfrihetshänseende är lämplig att inneha körkort eller inte. Utredaren kan avstå från att göra en bedömning om personen bör betros med körkort eller inte t.ex. om tidigare kändedom om personen saknas. Det är ytterst transportstyrelsen som beslutar i frågan.

Bestämmelser om hur länge en person med tidigare kända missbruksproblem ska ha varit nykter/drogfri för att kunna bedömas vara lämplig att inneha körkort finns inte heller. Det är dock viktigt att personen har visat en längre tids dokumenterad nykterhet/drogfrihet efter eventuell avslutad missbruks-behandling.

Yttrandet bör innehålla följande uppgifter:

- Bakgrund och aktuell situation.
- Eventuell tidigare aktualitet inom socialtjänsten.

- En redogörelse för personens eventuella tidigare missbruk.
- Eventuell tidigare eller pågående missbruksbehandling,
- Aktuella alkoholvanor (även om inte missbruk föreligger).
- Referenser: Två referenser bör tas. Referenserna bör vara så objektiva som möjligt och inte vara närstående/anhöriga till den som utredningen gäller. Arbetsgivare kan t.ex. vara lämpliga att vidtala.
- Bedömning: Om möjligt, utredarens sammanlagda bedömning om personen ifråga ur nykterhets-/drogfrihetshänseende bör eller inte bör betros med körkort.

9.2 Yttrande i samband med överlämnande till annan vård

Om en missbrukare begått brott och samtidigt kan antas bli föremål för vård enligt LVM kan rätten enligt 31 kap 2 § Brottsbalken (BrB) överlämna åt socialnämnden att anordna behövlig vård. Om den enskilde redan befinner sig i LVM-vård kan rätten besluta om att denna vård ska bestå och överlåta ansvaret åt den som förestår hemmet. Detta gäller endast för brott där påföljden inte är längre än ett år. Innan rätten beslutar om överlämnande ska socialnämnden eller LVM-hemmets föreståndare höras. Att skriva ett sådant yttrande innebär att genomföra en utredning enligt 11 kap 1 § SoL.

9.3 Yttrande i samband med åtalsprövning

I 46 § LVM anges att om en missbrukare som är dömd till vård enligt LVM misstänks för brott som har begåtts innan vården påbörjades eller under vårdtiden ska åklagaren pröva om det är lämpligt att väcka åtal. En förutsättning är att påföljden för brottet inte är längre än ett år. Om det är befogat ska den som förestår vården vid det hem där den misstänkte vårdas höras i frågan. Om vården har upphört ska socialnämnden höras. Att skriva ett sådant yttrande innebär att genomföra en utredning enligt 11 kap 1 § SoL.

10 Socialnämndens skyldigheter enligt Smittskyddslagen

På smittskyddsläkarens begäran är socialnämnden skyldig att lämna uppgifter om enskilda personer som smittats av en allmänfarlig sjukdom.

När smittskyddsläkaren får veta att en person inte följer de förhållningsregler som krävs för att förhindra smittspridning ska smittskyddsläkaren utreda personens situation, behov och vilka insatser som behövs för att förebygga smittspridning (6 kap 4 § Smittskyddslagen). Om smittskyddsläkaren antar att socialnämnden kan lämna uppgifter som behövs för utredningen ska smittskyddsläkaren underrätta nämnden. **Underrättelsen ska vara skriftlig.** Underrättelsen ska innehålla uppgifter om personens identitet och de förhållningsregler som han eller hon ska följa för att förebygga smittspridning (6 kap 11 § Smittskyddslagen). Om nämnden uppmärksammar förhållanden som tyder på att personen inte följer dessa regler, har nämnden skyldighet att anmäla detta till smittskyddsläkaren (6 kap 12 § Smittskyddslagen). Denna skyldighet gäller under två månader efter att nämnden har mottagit underrättelsen.

Stina Forsberg

Datum
2018-02-16

Vår beteckning
SN 18/0031

Er beteckning

Socialkontoret

Socialnämnden

stina.forsberg@upplands-bro.se

Kvalitetsberättelse 2017 från privata utförare med upphandling enligt LOV och LOU

Förslag till beslut

Socialnämnden godkänner inkomna kvalitetsberättelser från privata utförare upphandlade enligt LOV och LOU.

Sammanfattning

Enligt ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete och avtal med utförare efter upphandling enligt LOV (Lagen om valfrihetssystem, 2008:962) och LOU (Lag om offentlig upphandling, 2007:1091), ska utförare årligen upprätta en sammanhållen kvalitetsberättelse.

Samtliga utförare har kommit in med en kvalitetsberättelse inom utsatt tid, den 15 februari 2017. I utförarnas kvalitetsberättelser framgår hur de har arbetat med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet under 2017.

Beslutsunderlag

- Socialkontorets tjänsteskrivelse den 16 februari 2018
- Bilaga 1 - Kvalitetsberättelse 2017 3 systrar omsorg AB
- Bilaga 2 - Kvalitetsberättelse 2017 Destinys Care AB
- Bilaga 3 - Kvalitetsberättelse 2017 Loki AB
- Bilaga 4 - Kvalitetsberättelse 2017 Proffssystem i Stockholm AB
- Bilaga 5 - Kvalitetsberättelse 2017 Frösunda Omsorg- Hagtorp

Ärendet

Enligt ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete SOSFS 2011:9 och upphandling enligt LOV (Lagen om valfrihetssystem) och LOU (Lag om offentlig upphandling), ska utförare årligen upprätta en sammanhållen kvalitetsberättelse som redovisas för socialnämnden. Samtliga utförare har kommit in med en kvalitetsberättelse inom utsatt tid, den 15 februari 2017. I utförarnas kvalitetsberättelser framgår hur de har arbetat med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet under 2017.

Samtliga kvalitetsberättelser beskriver hur utförarens ledningssystem är uppbyggt och det går att utläsa vilka åtgärder som har vidtagits för att säkra

verksamhetens kvalitet samt vilka förbättrande åtgärder som har vidtagits samt vilka områden som respektive företag har fokuserat på under året.

3 systrar omsorg AB

3 systrar omsorg AB genomför egenkontroller två gånger om året, en i mars samt en i november. Egenkontrollen genomförs av verksamhetschef och enhetschef utifrån rutin och checklista för dokumentation.

Systematisk riskanalys sker både hos kund och för personalen på arbetsplatsen. En genomgång av eventuella risker görs i samband med första hembesöket hos kund. Vid misstanke om risker, till exempel fallrisk eller andra riskfaktorer sker åtgärd genom dialog mellan personal och kund/närstående. Vidtagna åtgärder kan gälla ommöblering eller mattor som behöver flyttas och tas bort. Vid behov av hjälpmedel kontaktas alltid arbetsterapeut.

Synpunkter och klagomål identifieras, utreds och åtgärdas omgående samt sammanställs två gånger per år. Personalen skickar interna synpunkter och klagomål vilka leder till analys och förbättring. Totalt har åtta avvikelserapporter gjorts under 2017. Rapporterna handlade om bemötande av enstaka personal, sena besök, felparkeringar och bilkörning. Företaget har ej haft någon Lex Sarah i Upplands-Bro kommun under 2017.

Företagets kundundersökning 2017 visar på en ökad kundnöjdhet enligt företaget själva.

Händelser under året för 3 systrar omsorg har varit bland annat att de flyttade till nya lokaler, teknikutveckling, arbete med delaktighet vid upprättande av genomförandeplaner samt utbildningsinsatser av personalen i basala hygienrutiner, palliativ vård, ergonomi, munhälsa och demens.

Destinys Care AB

Destinys Care AB har genomfört flertalet utav egenkontroller under 2017. Till exempel på matlådor, larm, registrerade timmar, hygien och nyckelhantering. Vid eventuella brister har en åtgärdsplan tagits fram. Gällande brister av larmen har rutinerna setts över. Personal, ansvarig för larm samt kvalitetsansvarig har meddelats om åtgärderna.

Riskanalys görs i enighet med SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 § och HSLF-FS 2017:12 fortlöpande i verksamheten. Med hjälp av ledningssystemet och dokumenterade rutiner har verksamheten arbetat för att förebygga och hantera eventuella risker som framkommit vid riskanalysen. En riskanalys görs även för varje brukare och skrivs i genomförandeplan.

Under 2017 har det inte kommit in några klagomål till verksamheten. Det har däremot kommit in en del avvikelser. Avvikelserna har rapporterats skriftligt, åtgärdats och följts upp. All personal är informerad av dessa avvikelser.

Destinys Care har kontinuerligt gjort muntliga kundutvärderingar under året. Verksamheten anser att de har haft många nöjda kunder. Det genomfördes även en kundundersökning (kundenkät) under 2017. Sammanställningen skickas till Upplands-Bro kommun om kommunen vill ta del utav denna, resultatet redovisas ej i inskickad kvalitetsberättelse.

Loki AB

Mål, strategier och mått/resultat följs årligen upp enligt ” Checklista för egenkontroll” inom företaget. Resultatet i egenkontrollen återkopplas till ledningsgruppen och i verksamhets - och kvalitetsberättelse. Utifrån konstaterade brister skrivs en handlingsplan på kort eller långsikt beroende på vilken typ av brist som framkommit. Återkoppling av resultatet på egenkontrollen sker även på verksamhetens arbetsplatsträffar och planeringsdagar. Under 2017 genomfördes en översyn av kvalitetsledningssystemet och vissa rutiner har uppdaterats.

Riskanalyser har genomförts i verksamheten. Gällande ”Riskbedömning för enskilt hem” framkom inga risker. Även riskanalys för ”Risk i hemmet för kund ” har genomförts för aktuella kunder. Där skattas risken på sex olika punkter: läkemedel, fall, nutrition, hygien, spis, orientering samt larm och visade en mycket låg risk för samtliga kunder.

Egenkontroller genomfördes i april och i november 2017. De visar bland annat på att dokumentationen är bättre men kan förbättras ytterligare, speciellt vad avser sammanfattningar och kompetensutveckling vad avser undersköterskeutbildning för berörd anställd.

Kundenkät har inte genomförts under år 2017 på grund av minskat kundunderlaget. Företaget ska genomföra en marknadsföringssatsning under 2018 för att attrahera nya brukare/kunder.

Proffssystem i Stockholm AB

Verksamhetschefen har tillsammans med sin biträdande chef genomfört egenkontroller inom verksamheten under 2017. Egenkontrollen genomförs som regel en gång per år. Egenkontroll har skett inom bland annat verksamhetens resultat i öppna jämförelser, målgruppsundersökningar, basala hygienrutiner, granskning av journaler, sociala systemet Phoniro, akter och annan dokumentation. Resultatet av kontrollen visar bland annat på att personalen använder arbetskläder samt att hygienrutinen följs upp. Rutinen kring dokumentation efterlevs men behöver förbättras i det sociala systemet.

Proffssystemen genomför årligen en brukarundersökning. Under 2017 genomfördes den mellan november och december och visade på goda resultat enligt företaget. Resultatet visar att värdighetsgarantierna efterlevs och ger mervärde till brukarna.

Under 2017 har flertal klagomål angående beviljade insatser kommit in till Proffssystemen. Dessa klagomål framfördes via anhöriga såsom barn och makar. Företaget har även inkomna avvikelser. I kvalitetsberättelsen redovisas avvikelser för kommunerna Solna, Upplands-Bro och Järfälla tillsammans. Företaget har för få kunder i Upplands-Bro för att kunna särredovisa dessa. Inkomna avvikelser under 2017 avser att kunden inte varit hemma eller ej öppnat, ej utförda insatser, 30 avvikelser gällande omvårdnad samt serviceinsats. En ej utförd insats ledde till en Lex Sarahanmälan.

Frösunda Omsorg – Hagtorp

Verksamhetschefen leder arbetet i det systematiska kvalitetsarbetet och leder kvalitetsrådet som genomförs en gång per månad. På kvalitetsrådet arbetar verksamheten med att hantera rapporterade avvikelser, synpunkter och klagomål. I Frösundas ledningssystem finns rutiner för egenkontroller av verksamheten. Detta i syfte att säkerställa kvaliteten och att identifiera förbättringsområden. Verksamhetschefen genomför egenkontroll årligen. Frösundas kvalitetsavdelning har genomfört en intern avtalsuppföljning på Hagtorp under hösten 2017. Utöver egenkontrollen utförs även externa granskningar av Upplands Bro kommun, Apoteket, Brandmyndigheten, Hill-Rom, Sodexo och Kommunens Miljö-och hälsa etc.

Hagtorp gör riskbedömningar när en ny kund flyttar in. Riskbedömningen görs utifrån säkerhet för kund samt en riskbedömning utifrån medarbetarnas arbetsmiljö.

Inkomna avvikelser samt synpunkter -och klagomål redovisas på Hagtorps kvalitetsråd som hålls en gång per månad samt rapporteras in till uppdragsgivaren, Upplands-Bro kommun. Under 2017 rapporterades 69 stycken fallavvikelser, 69 stycken läkemedelsavvikelser, 9 stycken avseende arbetsrutiner, 83 stycken omvårdnadsavvikelser, en omläggning, två stycken hjälpmedel och 30 stycken synpunkter och klagomål i verksamheten.

Under 2017 har Hagtorp lagt fokus på bland annat på att ta fram ett nytt menyförslag med fokus på näring och på svensk husmanskost med stor variation, ta fram nya signeringslistor för utevistelse, att alla genomförandeplaner är digitala samt har tagit fram nya scheman för de anställda vilket har gett en bättre arbetsmiljö.

Barnperspektiv

Socialkontoret bedömer att kvalitetsberättelsen inte står i strid med barnets bästa.

Socialkontoret

Eva Folke

Socialchef

Elisabeth Rågård

Avdelningschef kvalitet- och verksamhetsstöd

Bilagor

1. Bilaga - Kvalitetsberättelse 2017 3 systrar omsorg AB
2. Bilaga - Kvalitetsberättelse 2017 Destinys Care AB
3. Bilaga - Kvalitetsberättelse 2017 Loki AB
4. Bilaga - Kvalitetsberättelse 2017 Proffssystem i Stockholm AB
5. Bilaga - Kvalitetsberättelse 2017 Frösunda Omsorg- Hagtorp

Beslut sänds till

- Akt



3 3systraromsorg hemtjänst

Vår affärsidé är att fokusera på individens behov i centrum, bemötande, respekt, självbestämmande, samtycke och det friska hos varje individ

3 systrar omsorg AB

VD och Verksamhetschef/ Simin Torkzadeh 070 773 0792

Adress : Skolvägen 33

196 34 Kungsängen

verksamhet, kvalitet berättelse

Syfte

Syftet med kvalitetsberättelsen är att ge en samlad bild av kvaliteten i verksamheten, det arbete och de avvikelser sker i verksamheten, Lex Sarah-utredningar och synpunkter som förekommit under 2017. Kvalitetsberättelsen omfattar huvudsakligen socialtjänstlagens och Lagen om särskilt stöd till vissa funktionshindrade, LSS, område. Kvalitetsberättelsen ger en bild av vilket fokus företaget haft i arbetet med kvalitet under 2017. Även vilka insatser som planeras under 2018 anges. Kvalitetsberättelsen är en sammanfattning av kvalitetsarbetet och många av de områden som redovisas i rapporten, redovisas mer fördjupat för omsorgsnämnden i separata rapporter och de innebär vissa frågor som rör personal och arbetsmiljö som finns med i ledningssystemet.

3 systrar omsorg sedan 2013 har avtal enligt LOV med Upplands-Bro kommun sedan december -15, med Upplands Väsby kommun och sedan juli 2016 med Sollentuna kommun. Verksamheten har en ledning som består av VD, verksamhetschef, 2 enhetsledare och samordnare, IT ansvarig och ekonomer. Verksamheten har utvecklat sig under 2017 och har ca 50 medarbetare. Hemtjänsten har ett kundunderlag med cirka 150 kunder med uppdrag från klockan 07.00-23.00. Företagets Trygghetslarm ansvarar för larmutryckningar mellan 07.00-22.00 i Upplands-Bro kommun och mellan 07.00-23.00 i Sollentuna kommun för sina kunder. På 3 systrar omsorg hemtjänst arbetar vi för att ge god kvalitet i vård, omsorg och service. Det är viktigt för oss att våra kunder får leva ett värdigt liv och känna välbefinnande samt att de får bo självständigt under trygga förhållanden.

- Vi har ett dokument för systematisk riskanalys både hos kunden och för personalen på arbetsplatsen(hos kunderna). En genomgång av eventuella risker görs i samband med första hembesöket hos kund.
- Vår förbättringsplan är att alltid ligga steget före där vi plockat fram/letat riskerna aktivt genom samtalen på våra arbetsplatsträffar och kundmöten samt i det dagliga arbetet.

- Vid misstanke om risker, till exempel fallrisk eller andra akuta och riskfaktorer sker åtgärd genom dialog mellan personal och kund eventuellt med närstående. Det kan gälla ommöblering, mattor som behöver flyttas eller tas bort, akuta situationer etc. Vid behov av hjälpmedel kontaktas alltid arbetsterapeut.
- Vi har säker nyckelhantering då vi använder digitala nyckelskåp, vi kan se när nycklar hämtats ut och in och av vem.
- Vid medicinska eller delegeringsfrågor kontaktas alltid vårdcentral/MAS i respektive kommun. Personalen har alltid aktuell delegering för medicinhantering i de kommuner som finns HSL delegeringar.
- Vi har synliggjort personalens tillbud och arbetsskador, dessa handlar övervägande om fall vid förflyttning/transport mellan kunder etc.
- Vi har jourverksamhet vilket innebär arbetsledning har jourverksamhets helg och kväll för att säkerställa att personal har stöd att inhämta i olika frågor dygnet runt alla dagar i veckan.
- Vårt nya planeringssystem säkerställer en bra och effektiv planering med korrekta uppgifter och skydd enligt sekretess och PUL.
- Vi har kontinuerlig genomgång i ledningsgruppen och på arbetsplatsträffar av risker kopplade till olika säkerhetsaspekter. Det kan gälla t.ex. bemötande, avvikelser, Lex-Sarah, basala hygienrutiner, hantering av pengar, nycklar, ID-brickor och alla andra rutiner när det gäller arbetsmiljöfrågor. Uppföljning genom egenkontroll SOSFS 2011:9 5 kap.2§, 7 kap.1§
- Genom systemet Phoniro Care kan vi följa upp och säkerställa att kunden får de insatser, den personal och de tidpunkter som är avtalade.
- Phoniro Care är även en kvalitetssäkring vid frågor gällande utförda insatser hos kunden från närstående och kund.
- Ett material(checklista) som handlar om introduktion av nyanställda har framarbetats för att säkerställa den processen.

Utredning avvikelser Rapporteringsskyldighet SOSFS 2011:5; SOSFS2011:9 5 kap. 4,5 och 6 §

- Vid Introduktionen av nyanställda förankras rapporteringsskyldigheten enligt Lex Sarah samt på

arbetsplatsträffar och på vår arbetsplatsträffar och planeringsdagar.

- rapport och utredningar är gjorda av ledningen under året
- Inga Lex-Sarah rapporter år 2017.

Klagomål och synpunkter SOSFS 2011:9 5 kap. 3 § och 6 §, 7 kap2 § p6

- Vid genomgång av klagomål och synpunkter ser vi inget återkommande mönster. Klagomål och synpunkter identifieras, utreds och åtgärdas omgående samt sammanställs två gånger per år.
- Vi får in interna synpunkter och klagomål skriftligt från personalen vilket gör det lättare att analysera och reda ut vad som behöver förbättras exempel på detta är att kunden fått sin hjälp i tid och vid förseningar kunden blir underrättad.
- Totalt 8 avvikelserapporter under 2017 som handlade om bemötande av enstaka personal, sena besök, felparkeringar och bilkörning.

bemötandefrågor och personalkontinuiteten

- Vi arbetar ut efter samverkansrutinen från primärvården då det gäller demens och nutrition/ undernäring och medicindelegering.
- Vi medverkar på samverkansmöten i respektive kommuner
- Vi har rutiner och samverkar med trygghetslarmcentral i kommunerna
- Vi samverkar med alla hemtjänstutförare, med myndighetsavdelningen, kvalitetsavdelningen, demenskoordinator, paramedicinare, socialjouren, ASIH, dagverksamheter och primärvården. Samverkan med kunder och närstående. Vårt förhållningssätt är att kundens och närståendes upplevelse alltid är rätt och att de ska känna att de får ett gott bemötande från oss som vårdgivare vad än saken gäller.
- Vi har blanketten riskanalys och genomförandeplan för varje kund, som upprättas tillsammans med kund alternativt även närstående vid hembesök. vårt mål är att upprätta genomförandeplanen med kunden medverkan inom 14 dagar efter mottagen av beställningen.

- Vid en uppkommen kvalitetsbrist finner vi en lösning tillsammans med kunden, vid behov och önskemål från kunden är även närstående med.
- Vid större förändringar i verksamheten informeras kunderna skriftligt.

Personalens medverkan i kvalitetsarbetet SOSFS 2011:9 6 kap.3 § Utredning av avvikelser

- På morgonmötet samt i det dagliga samtalet tar vi upp frågan om det finns signaler från kunder och närstående om något vi kan bli bättre på i vår verksamhet.
- På varje APT har vi en punkt för Lex Sarah, avvikelser, synpunkter och klagomål där vi tar upp inkomna ärenden sedan föregående möte. Personal delges på detta sätt brister som inkommit, åtgärder som gjorts, konsekvenser och kompensationer.
- På våra ledningsmöten går vi igenom brister, klagomål, synpunkter, avvikelser och förbättringsområden. Både interna och externa signaler går igenom. Vi analyserar och lägger in åtgärder för att förhindra att det händer igen. Sammanställning, analys och resultat SOSFS 2011:95 kap.6 §, verksamhetschef samt en enhetsledare för hemtjänsten har tillsatts. • Färre klagomål inkommer till ledningen då önskemål och synpunkter fångas upp och åtgärdas på ett tidigare stadium av personal, enhetsledare och verksamhetschefen.

Årets kundundersökning. Vi har haft en utökning på vår kundkrets samt personstyrka i slutet av 2017, och ett resultat när det gäller kundnöjdhet. Vi har arbetat kontinuerligt med bemötande, flexibilitet och kundnöjdhet.

Händelser av betydelse under året

- Hemtjänsten hade vuxit ur sina gamla lokaler. Vi har flyttat till en större lokal som fyller arbetsmiljö kravet början av jan 2017.

- Vi har arbetat med teknikutveckling och har startat ett personalplaneringsprogram i Upplands Väsby och Sollentuna(kompanion) vilket vi hade haft i Upplands-Bro sen 2014.
- Vi har haft en planeringsdag där vi tog upp alla viktiga händelser under år 2016 och Ergonomi utbildning(halvdag) samt en genomgång av viktiga aspekter och rutiner som genomförandeplaner och den nationella värdegrunden. Delaktighet för kunder och närstående i kvalitetsarbetet.
- Vid upprättandet av genomförandeplanen är kunden alltid delaktig och närstående är med då kunden önskar.
- Enhetsledarna och samordnare har täta kontakter med kunder och närstående i frågor som gäller planering och utförandet av beviljade insatser.
- Vi jobbar utefter den nationella värdegrunden i mötet och samtal med kunden.
- Större utbildningsinsatser under året med målgrupp och omfattning.
- flera medarbetare har utbildats i basala hygienrutiner, palliativvård, ergonomiutbildning, munhälsa och demens utbildningar.
- Phoniro utbildning(registrering via mobil samt nyckelfri hemtjänst i upplands Väsby och Upplands-Bro kommun.)
- Vi har haft utbildning i Förflyttningsteknik(ergonomiutbildningen.)
- Kvalitetsplanen som är vår röda tråd som vi arbetat med, vilket tas upp i reflektionssamtal, i medarbetarsamtalet och på APT. Vid brister backar vi tillbaka till vårt APT protokoll eller reflektion samtalet.
- Fortbildning av IBIC och att skriva Genomförande plan enligt IBIC.
- Inköp av nya miljövänliga bilar.
- Avfall sortering hos våra brukare.

Eventuella polisanmälningar.

- Vid misstanke om brott eller hot och våld på arbetsplats eller hot och våld i nära relation uppmanas personalen, kunden eller dess närstående att göra polisanmälan.

Arbetsmiljö frågor

- skydds rond utförs en gång/år.
- I lokalen har vi regelbundna kontroller av brandutrustningen.
- Vid risker hemma hos kund kontaktar vi arbetsterapeut för lämpligt hjälpmedel.
- Att arbeta med organisatorisk och social arbetsmiljö AFS 2015.4
- Vid behov av brandlarm, etc. påtalas detta till kund och eller närstående och vi är behjälpliga att införskaffa detta.
- När vi uppmärksammar att det finns brandrisk meddelas kund och närstående, handläggare samt dokumentation i ärendet.
- I vår blankett riskanalys hos kund har vi frågor som handlar om brand och utrymning vid brand.

Företagets kvalitetsplan bifogas

Tack för ett bra samarbete och ser framemot en ännu bättre samverkan.

Simin Torkzadeh /

VD och verksamhetschef

3 Systrar
omsorg AB

<Aktivitet	Frekvens/tidpunkt	Dokument för genomgång	Ansvar	Delges*
------------	-------------------	------------------------	--------	---------

Kvalitetsplan 3systaromsorg AB

Ledningens Genomgång	1g/år (nov/dec)	Särskild agenda kvalitetsplan, Mål, sammanställningar från andra aktiviteter i kvalitetsplanen. Rutin för ledningens genomgång. Dokumentstyrningsrutin	Ledningen	Medarbetare
Kvalitetsberättelse	1 g/år (dec, jan)	Sammanställningar från aktiviteter i kvalitetsplanen	Ledningen VCH	Medarbetare Uppdragsgivare* Kunder/närstående
Riskbedömning hos kund	1gång i samband med uppdatering av GP och Vb	Sammanställning av insatser hos kund och riskerna som kan uppkomma i samband med arbete.	Enhetschef /kontaktperson	medarbetare
Ledningsmöte	2 gånger/år	Särskild agenda löpande uppföljning av kvalitetsplanen och egenkontroll och utvecklingsplan. utbildningar, fortbildningar etc.	Ledningen	
Arbetsplatsträff	Minst 3-4gånger per termin 6-8 gånger /år	Särskild agenda	VC/enhetschef	Medarbetare
Social Dokumentation	Löpande	Checklista för social dokumentation, Rutin för social dokumentation	Kontakt Person	VCH/enhetschef
Egenkontroll	2g/år (mars-nov))	Revision av rutin och checklista för dokumentation, kvalitets genomgång	VCH/enhetschef	Ledningen
Risکانالys på	1 gång/år		Enhetschef	

företagsnivå och skyddsron	(jan)		Och skyddsombud	VCH/enhetsledare
Avvikelse, synpunkter och klagomål.	Löpande 1g/mån.	Utredning och analys Månadens avvikelser, Lex Sarah, Lex Maria, synpunkter och klagomål. Kvartalssammanställning 2 ggr/år (Mars-Nov)	VCH/enhetschef	Medarbetare, Ledningen Uppdragsgivare*
Förbättringsarbete (April)		Revision av rutiner och blanketter samt arbetsmiljöparmen	VCH/enhetschef	Ledningen
Kundupplevelse, Första kontakten, Genomförandeplan	2 gånger/år och Vb Serviceinsatser 1 gång/år	Utvärderingsformulär med kund/närstående 14 dagar efter första kontakten	Enhetschef	Kontaktperson, medarbetare
Kundupplevelse (kundundersökning)	1 gång/år Jan- mars	Utvärderingsformulär med kund/närstående. Sammanställning	Enhetschef /samordnare VCh/enhetschef	Kontaktperson, medarbetare Medarbetare, ledningen, kunder/närstående

Kvalitetsberättelse

**Destinys Care AB
2017**

Verksamhetsbeskrivning

Destinys Care AB startade sin verksamhet 2012-04 03. Destinys Care AB fick tillstånd att bedriva personlig assistans för 3 personkretsen enligt LSS från Socialstyrelsen 2012-06-18. Destinys Care fick tillstånd att bedriva hemtjänst, ledsagar-avlösarservice under mars 2013 i Upplands-Bro kommun. Detta tillstånd gällde för 3 år d.v.s. till och med mars 2017. Ny ansökan förskickades till Uppland-Bro kommun 15 december 2016. Ansökan har blivit godkänd och beviljad av Uppland-Bro Kommun. Detta tillstånd för att bedriva hemtjänst, ledsagar-avlösarservice gäller tillsvidare.

Destinys Care tog emot sin första brukare under maj 2013.

Destinys Care har sitt kontor på Femstenavägen 7 i Kungsängen. På Destinys Care finns en verksamhetschef (kallad nedan VC) som ansvarar det dagliga verksamheten. VC ansvarar för ledningssystemet och lägger tillsammans med samordnare upp gällande arbetsrutiner.

Verksamhetschefen har varit/är ansvarig för att fastställa övergripande mål för det systematiska kvalitetsarbetet. Verksamhetschefen har tagit fram, fastställt och dokumenterat rutiner för hur det systematiska kvalitetsarbetet kontinuerligt skall bedrivas för att kunna styra, följa upp och utveckla verksamheten. Verksamhetschefen säkerställer att alla inom verksamheten ska ha goda kunskaper om tillämpliga lagar, förordningar, föreskrifter och Socialstyrelsens riktlinjer. Detta genom kompetensutveckling, utbildningar, fortbildningar och handledning. Verksamhetschefen är även ansvarig för all kommunikation med brukarna, deras anhöriga och alla anställda samt kommunikation med de berörda verksamheterna dvs Försäkringskassan, kommun, biståndshandläggarna och Socialstyrelsen.

Samordnare ansvarar för den dagliga försörjningen av personal i samråd med VC.

Samordnarna har ingen arbetsledande funktion utan arbetar ”på uppdrag” av VC.

Det finns vårdbiträden, undersköterskor och sjuksköterskor samt en ekonomiansvarig på Destinys Care. Det finns även tillgång till IT och teknisk support. All personal arbetar utifrån socialtjänstlagen.

Mål för 2018

Övergripande mål för 2018 skulle karakteriseras av långsiktighet för ökad stabilitet, förändring och utveckling inom de fyra områdena kvalitet, ekonomi, kund och medarbetare. Destinys Care styrelse har beslutat om att konkurrera enbart med kvalitet.

Vision

Bemötande - Alla människors lika värde är grundläggande!

Lyhörighet - Vi utgår från att alla har olika behov och önskemål!

Kontinuitet - Ur alla perspektiv bara för din trygghet!

Kvalité

Vården och omsorgen på Destinys Care har under 2017 stärkts till det positiva. Egenkontrollen har gjorts bl. a på matlådor, Larm, registrerade timmar, hygien, nyckelhantering. Kundundersökning har gjorts under 2017 och kommer att göras under våren 2018 utav Destinys Cares verksamhetschef. På Destinys Care skrivs arbetsplanerna för att på ett bra sätt strukturera arbetet. Det leder till att insatser och brukare inte på något sätt kan missas vilket höjer kvalitén på vård och omsorgen vi ger.

Under 2017 har det regelbundet varje månad hållits kvalitetsmöten med kvalitetssamordnare, ekonomiansvarige och VC. Där varje händelserapport har behandlats och åtgärd och uppföljning fastställts om nödvändigt. Personalmöte (APT) har erhållits en gång per månad. Målet var att alla anställda inklusive anhöriganställda skulle vara närvarande. All personal varit involverad i kvalitetsarbetet.

Vi har haft ett besök från kvalitetsansvarige på Upplands-Bro under våren 2014, ett besök under våren 2015, ett besök under våren 2016 och ett besök under våren 2017. Rutinerna har kollats och diskuterats. Destinys Care har fått ganska bra betyg med många godkända punkter. En del punkter har kompletterats och åtgärds enligt kommentarerna från kvalitetsansvarige på Upplands-Bro. Kompletteringar och åtgärdsplan har skickats till kvalitetsansvarige på Upplands-Bro

Kontaktmanskap

Enligt Destinys Cares riktlinjer arbetar vi aktivt med att upprätthålla ett bra och fungerande kontaktmanskap. Under året har målet uppfyllts med att varje brukare har en kontaktperson tilldelad, även de brukare som enbart har trygghetslarm och städ. Kontaktpersonen ansvarar ytterst för arbetsplanen kring vårdtagaren samt att om brukaren inte har några andra insatser än städ/larm ändå vet vem dennes kontaktperson är och ett telefonnummer att ringa om den undrar över något och vill komma i kontakt med Destinys Care. Kontaktpersonens huvuduppgift är att skapa trygghet för den enskilde, vara ett stöd för de närstående och därigenom ge förutsättningar för god kontinuitet och bra kvalitet. Om brukare eller anhöriga har frågor eller funderingar kring vården är det i första hand till kontaktpersonen de skall vända sig till. Varje kontaktperson har skrivit en sammanfattning av rutinerna för sin brukare och har lagt in det i pärmen hos brukaren så att alla personal ska göra på samma sätt. Detta för att respektera och följa brukarens rutiner och önskemål och höjer kvaliteten av den vård och omsorg som brukaren får. Brukarna har informerats att de får byta kontaktperson när som helst om så de önskar sig.

Inom hemtjänsten är det biståndsbeslutet som ligger till grund för vilka insatser som kontaktpersonen är huvudansvarig för.

Samverkan

Destinys Care har ett väl fungerande samarbete med biståndshandläggarna på kommunen. Både VC och samordnaren har alltid varit närvarande vid kommunens LOV-samverkans möte. Det har varit ett välfungerande och nära samarbete mellan Destinys Care och kommunens-IT ansvarig (ansvariga för Procapita, Mobipen och life Care). Det har även varit

ett väl fungerande samarbete mellan Destinys Care och larmansvariga i kommunens hemtjänst då behovet har funnits för installering av trygghetslarm osv. Det har varit även en fungerande samverkan mellan Destinys Care och kommunens nattpatrull då behov av överrapportering har funnits. Dessutom finns det rutiner för samverkan dokumenterade i pärmen Intern Rutin.

Risakanalys

Risakanalys har gjorts med enighet med SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 § och HSLF-FS 2017:12

Destinys Care har fortlöpande bedömt om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamheten. Med hjälp av ledningssystemet och dokumenterade rutiner har verksamheten arbetat för att förebygga och hantera eventuella risker som framkommit vid risakanalysen. En risakanalys görs även för varje brukare och skrivs i genomförandeplan.

Egenkontroll

Egen kontroll har gjorts med enighet med SOSFS 2011:9, 5 kap. 2§, 7 kap. 1 § och HSLF-FS 2017:12

Verksamhetens kvalitet har följts upp och utvärderats genom egenkontroll. Nedan kan ni se några exempel på hur Destinys Care har gjort egenkontroll:

Registrering av utförda tider

Mobipen har använts för registrering av utförda timmarna fram till september-oktober. Därefter använts mobiler (life Care) för att registrera utförda tiderna i Procapita. Alla personal har fått utbildning i den nya registrerings systemet via mobilen "Life Care". Anhöriganställda använder fortfarande Mobipen för registrering av utförda timmarna. Sammanlagt 20 mobiler har köpts under hösten 2017 vilket har fungerat bra. Anhöriganställda måste komma in på kontoret för att tömma sina pennor (sina registrerade utförda tider) på verksamhetens dator. Samordnaren går igenom alla registrerade tider i Procapita.

Kontroll av larm:

Det finns ca 30 kunder med trygghetslarm. Alla trygghets larm har testas två gånger under 2017. Kommunens nya rutiner för hantering av larm har införts i verksamheten och följts upp. Inga brister under 2017. Verksamheten får en rapport angående antal larm, uttryckning mm från larmcentralen regelbundet.

Anmälningssärenden/klagomål

Under 2017 har det inte kommit in några klagomål. Däremot har det kommit in en del avvikelser. Avvikelseerna har rapporterats skriftligt, åtgärdats och följts upp. Alla personal är informerade av dessa avvikelser.

Ekonomi

Företaget har funnits i över 13 år i form av en enskild firma men ombildades till Aktie bolag 2012. Företaget kom igång på riktigt under 2013 då fick vi brukare (LSS) från Försäkringskassan, Danderyd, Järfälla och Upplands Väsby samt hemtjänst och ledsagarservice SOL och LSS från Upplands-Bro kommun. Företaget hade en omsättning på ca 9000000 kr under 2016. En kopia på balans och slutrapporten för år 2017 kan lämnas vid begäran till kommunen i slutet av februari 2018. Destinys Care har köpt en fastighet i Brunna park under 2017 och lokalen/kontoret är nu flyttat dit.

Vid varje arbetsplatsträff informeras personalen månadsvis om hur det ekonomiska läget ser ut för verksamheten. Samt hur viktigt det är att arbeta utifrån uppdragen, att utföra de insatser som är beviljade, varken mer eller mindre. En ekonomiansvarig är anställd och jobbar på kontoret. Han betalar lön, skickar fakturor och rapporterar utförda insatser. En bokförare och en revisor är också kopplade till verksamheten. Medarbetarens löner betalas via löneprogrammet Hogia. Utbetalning sker 25:e månad.

En löne-och utvecklingssamtal med alla anställda inklusive anhöriganställda har gjorts under 2017. Lönen/timersättningen kommer att höjas enligt kollektivavtal.

Medarbetare och kompetens

På Destinys Care arbetar en sjuksköterska som är även pedagog och står för interna utbildningar. T.ex hygien, dokumentation, 12 undersköterskor varav en är specialistutbildad i demensvård, 1 vårdbiträde, 2 ledsagare med adekvat gymnasieutbildning samt 2 omsorgspersonal och 3 anhöriganställda (varav 2 jobbar delvis som anhöriganställd). En av dem är utbildad vårdbiträde och en av dem är undersköterskor. 1 administrativa personal med adekvat utbildning inom ekonomi och lönehantering.

Det finns behov av rekrytering av ytterligare meriterade undersköterskor.

Rutinerna för anställning och anställningsintervjuerna har nu setts över. Anhörig anställning har lagts till nu på vårt anställningsavtal som Ja och Nej fråga. Detta för att inte missa denna Viktiga frågan Det är samma krav på anhöriganställda som icke anhöriganställd vad gäller kompetens. Destinys Care följer Upplands-Bros rutiner för anhöriganställda.

Kontakt med anhöriganställda sker nästan dagligen då kommer de till kontoret för att överföra sina registrerade tider i Mobipen till företagets dator.

Destinys Care följer Kommunal kollektivavtal för tryggare anställningsformer. Det finns pension och FORA försäkring för alla anställda.

Lena Karlsson är skyddsombud

Kompetens utveckling

Destinys Cares personal består till största del (75%)utav utbildade undersköterskor. Det finns även vårdbiträden och personal med adekvat gymnasieutbildning. Destinys Care har även personal med många års yrkeserfarenhet inom vården samt anhöriganställda. Vid anställning av ny medarbetare säkerställer vi att den nyanställda ska kunna behärska det svenska språket både i tal och skrift. Vi kräver att utrikesfödda medarbetare visar intyg/betyg på SFI (svenska för invandrare). Detta gäller även för anhöriganställda.

För att utöka kompetensen i verksamheten har Destinys Care skrivit avtal med vuxenutbildningen ”Consensum” och erbjudit sina anställda valideringskurser till undersköterska. En av våra anställda har validerat sin kompetens till undersköterska under 2016. Tre anställda har erbjudits valideringskursen till våren 2017. En av dessa tre har validerat sin kompetens till undersköterska och b Kursen startades 2017-01-30. Destinys Care står för kostnaderna för valideringskursen.

Utbildning

Alla nyanställda på Destinys Care får en vecka introduktion. Under introduktionsveckan säkerställer vi att den nyanställda får information om verksamhetens policy och rutiner. Utbildning i Pro Capita, Phoniro-Care och life Care ges under introduktionsveckan.

En undersköterska på Destinys Care är ansvarig för introduktion av alla nyanställda. Efter introduktionsveckan ska introduktionsansvarige tillsammans med den nyanställda gå igenom checklistan för personalintroduktionen och säkerställer att alla punkter har gått igenom. Verksamhetschefen säkerställer att rutinerna är uppdaterat och är baserade på de aktuella föreskrifterna.

I övrigt har det varit korta utbildningar inom värdegrund, hygien, dokumentation, lyftteknik och tidsregistrering i life Care. Minst 2-3 personal har deltagit i anhörigs dagar, Demens och Alzheimers dagar som hade anordnats bland annat av Upplands-Bro kommun.

Kund

Antal nytillkomna brukare har ökat successivt under andra halvåret. Under 2017 har regelbunden kontakt med brukarna hållits. Samtal med anhöriga/god man sker kontinuerligt. När en ny beställning (brukare) skickas till Destinys Care tilldelas den en kontaktperson som håller i ett ankomstsamtal tillsammans med samordnaren eller VC. Närstående/god man är välkommen att delta i detta samtal om det finns sådant önskemål. I anslutning till välkomstsamtalet delas även en pärm (s.k. hempärm) ut till brukaren. Brukaren har varit delaktig i all samtal och planering.

VC och samordnaren ansvarar och ser till att det upprättas en genomförande plan för aktuella och nytillkomna brukare. Denna hålls sedan uppdaterad vid förändringar. Uppföljning sker minst en gång per år.

Genomförandeplan har upprättats för samtliga brukare och lämnats till respektive biståndshandläggare. Uppföljning sker skett regelbundet och vid nya eller ändrade beslut. Utvärdering av insatserna sker regelbundet.

Utvärdering

Utvärderingen har gjorts muntligt kontinuerligt. Vi har haft många nöjda kunder. Kunderna har rapporterat sin nöjdhet med Destinys Care genom att annonsera på Upplands Bro tidning och takade personalen på Destinys Care, samt rekommenderade företaget till alla i Upplands-Bro.

En kundundersökning (kundenkät) har gjorts utav Destinys Care under våren 2017. Svaren är sammanställda och kan lämnas till Upplands-Bro kommun vid begäran. Ytterligare en kundundersökning ska göras under våren 2018.

Arbetsmiljö

En god arbetsmiljö innebär samverkan mellan människa och arbete genom social kontakt, varierade och stimulerande arbetsuppgifter och teknisk utveckling. Arbetsmiljön skall dessutom innebära hälsa, arbetsglädje och motivation gemenskap samt ett ansvarstagande för var och en.

Vi som arbetar på Destinys Care skall tillsammans sträva efter en god fysisk, psykisk och social arbetsmiljö som främjar en god hälsa på kort och lång sikt samt bidrar till utveckling av verksamheten. Vi på Destinys Care följer Upplands-Bro lokala miljöplanen miljömål för vilket är indelade i tre miljömålsområden:

- Effektivare användning av energi och transporter (vi använder oss av miljöbilar)
- Giftfria och resurssnåla kretslopp
- Hushållning med mark, vatten och bebyggd miljö

Lena Karlsson är miljöansvarig och skyddsombud på Destinys Care.

Aktivitet

Personalen har bjudits på mat och sociala aktiviteter i samband med APT-mötena. Vi har även anordnat ett Julbord på restaurang 9 december.

Arbetskläder: All personal använder arbetskläder med Destinys Care loggan på. Arbetskläderna består av en kortarmad tunika och lång byxor, en flecejacka och en varmvinterjaka. Syftet var att förbättra hygien och arbetsmiljön. Det finns tillgång till tvättmaskin och torkmaskin och all tvättmedel på kontoret.

Lokal: Personalen på Destinys Care har tillgång till en fin, ljus och nyproduktion lägenhet med stor matsal, personalrum, toalett och badrum, vilorum. Samtliga personal har tillgång till företagets bilar och datorer.

Underskrift

Destinys Care
Verksamhetschef
Azar Tavallali
2018-01-12



Kvalitetsberättelse för Loki AB

Upplands Bro Kommun

År 2017

2018-01-15
Madeleine Salvi,
Verksamhetschef

Innehåll

Systematiskt kvalitetsarbete - <i>sammanfattning</i>	3
Syfte.....	3
Övergripande mål och strategier	3
Organisatoriskt ansvar	4
Struktur för uppföljning	4
Åtgärder som vidtagits för att säkra verksamhetens kvalitet	4
Uppföljning och utvärdering	5
Utredning avvikelser.....	5
Samverkan/medverkan	6
Externa granskningar	6
Resultat och analys	6

Systematiskt kvalitetsarbete-sammanfattning

Enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) ska den som bedriver socialtjänst (SoL) eller verksamhet enligt LSS ansvara för att det finns ett ledningssystem för verksamheten som beskriver hur kvalitetsarbetet ska bedrivas.

Ledningssystemet för det systematiska kvalitetsarbetet ska innehålla en struktur för att styra, utveckla och dokumentera kvaliteten i verksamheten samt ange vad, hur och när uppföljning och utvärdering ska göras. Det är ett verktyg som vi måste ha för att kunna säkra kvaliteten. Ledningssystemet ska vara ett stöd för ledningen att göra verksamheten säker, och för att rätt saker görs i rätt ordning och på rätt sätt. Ansvarsfördelningen för kvalitetsarbetet fastställs och personalen görs delaktig i kvalitetsarbetet.

Syfte

Alla vård och omsorgsverksamheter inom SoL och LSS är skyldig att dokumentera hur det systematiska kvalitetsarbetet har bedrivits under året, och bör enligt socialstyrelsens rekommendation – med dokumentationen som utgångspunkt – skriva en sammanhållen *årlig kvalitetsberättelse* (SOSFS 2011:9, 7 kap. 1§).

I verksamhetens årliga kvalitetsberättelse bör det framgå:

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

Övergripande mål och strategier

Loki AB vision

En hållbart växande verksamhet med engagerade medarbetare och ledning som skapar den bästa omsorg för våra kunder.

KF mål och strategi

Äldreplanen 2014-2020, Upplands Bro kommun (valda delar):

- Ett gott bemötande med fokus på individens möjlighet att själv välja.
- Ett system med fritt val som skapar mångfald, tillgänglighet och kvalitet där individen står i centrum.
- Samverkan med andra myndigheter, organisationer och föreningar för ett effektivt resursutnyttjande.
- Säkerställa en god kvalitet inom samtliga verksamheter.
- Utveckla en mer individualiserad äldreomsorg, implementera de lokala värdighetsgarantierna.
- Utveckla kvalitetsbegreppet genom kontinuerlig utveckling av varje verksamhets ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.
- Äldreplanen skall vara en strategisk plan för äldreomsorgen och ange mål och inriktning för äldreomsorgens verksamheter.

Loki AB mål och strategi

- Våra kunder och deras anhöriga ska veta vad de kan förvänta sig av Loki AB.
- Arbeta vidare på vår värdegrund, så att vi i alla lägen tänker, styrs och handlar med kundens bästa för ögonen.
- Samverkan för ökad trygghet för kunden.
- Tydliggöra och förbättra informationen om vår verksamhet via hemsidan, broschyrer
- Sträva mot envidensinriktad praktik.
- Använda genomförandeplanen som ett centralt verktyg i vardagsarbetet.
- Hög prioritet för kundens inflytande över hur och när omsorgsinsatserna utförs.
- Verksamheten utvecklas och anpassas med beaktande av omvärlds-förändringar.

Organisatoriskt ansvar

- Ledningsgruppen har rollen att fastställa verksamhetens övergripande kvalitetsarbete i en kvalitetsplan, följa upp och utvärdera kvalitetsplanen.
- Verksamhetschefen ansvarar för att kvalitetsarbetet genomförs ute i verksamheten. dokumentera, och att sammanställa kvalitetsberättelsen.
- Alla medarbetare har ansvar att aktivt delta i kvalitetsarbetet.

Struktur för uppföljning

Mål, strategier och mått/resultat följs årligen upp enligt ” Checklistan för egenkontroll ”

- Resultatet i egenkontrollen återkopplas till ledningsgruppen verksamhets - och kvalitetsberättelse, bifogas.
- Utifrån eventuellt konstaterade brister skrivs en handlingsplan kort eller långsiktig beroende av vilken typ av brist som framkommit.
- Återkoppling av resultatet av egenkontrollen sker även på verksamhetens arbetsplatsträffar och planeringsdagar där möjlighet till fördjupad diskussion finns.
- Med en växande verksamhet finns en planering att bilda en kvalitetsgrupp bestående av verksamhetschef och intresserade medarbetare.

Åtgärder som vidtagits för att säkra verksamhetens kvalitet

- Översyn av kvalitetsledningssystemet har gjorts och vissa rutiner har uppdaterats.
- Kundunderlaget har under året minskat och omfattar 2017-12-31 noll kunder. En av kunderna har bytt utförare och den andra har avslutat sina hemtjänstinsatser.
- Arbetsplatsträffar har genomförts 4 gånger under året, utifrån en standardiserad mall. Mötena har dokumenterats.
- De LOV utförarmöten som Myndighets – och beställaravdelningen kallat till har VD, verksamhetschef och/eller samordnare deltagit i. Övriga mötestillfällen/utbildningar bla IBIC utbildningen 2017-10-04 har samordnare och verksamhetschef deltagit i.

- Utvecklingssamtal har genomförts 2017-04-15, och kompetensplan upprättades. Behovet av kompetensutveckling visades sig vara fortsatt utbildning till undersköterska för berörd person. Denna person valde att avsluta sin tjänst hos oss under sommaren, varvid kompetensutvecklingsplanen inte längre blev aktuell.

Uppföljning och utvärdering

Risikanalyser

- ”Riskbedömning för enskilt hem” har genomförts. Inga risker framkom.
- Riskanalys för ”Risk i hemmet för kund ” har genomförts för aktuella kunder. Det skattade risken på sex olika punkter, läkemedel, fall, nutrition, hygien, spis, orientering samt larm visade en mycket låg risk för samtliga kunder.
- Riskanalys har genomförts vad avser vad som kan ha negativ påverkan på verksamheten. Skattningen har gjorts i sannolikhet och konsekvens.

Samverkan

- Ingen samverkan mellan vår verksamhet och andra verksamheter, primärvård och sjukhus, andra kommuner, landsting, försäkringskassan, arbetsförmedlingen eller andra intressenter/organisationer har varit aktuell under år 2017.

Egenkontroll

- Intern granskning – uppföljning och utvärdering genom egenkontroll - har genomförts, 2017-04 -26, 2017-11-04.
- Behov av fortsatt utbildning till undersköterska för en anställd föreligger. Kompetensutvecklingsplan upprättad för berörd person.
- Dokumentationen är bättre men kan ytterligare förbättras, vad avser sammanfattningar. Avvikelse rapporten är känd och används enligt rutin. Ingen avvikelse har inkommit under året vad avser fall hos kund, eller övriga händelser.
- Aktuella kunder har egenvård.
- Lokala värdighetsgarantierna är genomgångna på ett APT och jämförelse/reflektion gjordes mot verksamhetens egen värdegrund.
- Riskanalys visar låga risker för både kund och anställd. Rutinen för fel och brister genomgången.
- Avtalsuppföljning enligt LOV har inte genomförts under år 2017.
- Arbetsplatsträff har genomförts 4 gånger under året. Samtliga har dokumenterats. Behov av fler arbetsplatsträffar verkar inte föreligga.
- Bemanningen är tillfredställande. Gäller även rutinen för rekrytering och intro.
- Personalens medverkan i kvalitetsarbetet är godtagbar, med tanke på att det endast är två anställda. Anhöriga och kund har inte deltagit, trots att det finns ett sådant erbjudande.
- Kommunen har under hösten 2017 valt att införa ett nytt registreringssystem för kunds beviljade insatser. Mobil ska användas vid registreringen av utförd tid hos kund, stället för tidigare pennan. Utbildning vad avser det nya tidsregistreringssystemet har samordnare och verksamhetschef deltagit i.
- Mobiler som motsvarar kommunens krav har inköpts under hösten, och personal har fått utbildning i användandet.

- Start för mobilanvändningen i vår verksamhet skedde i mitten av oktober. Verksamhetschef och samordnare gjorde hembesök hos kunderna tillsammans med kontaktman och gav info plus satte upp NCF etiketterna.

Utredning avvikelser

Rapporteringskyldigheten

- Översyn av rutin för Lex Sarah har gjorts av verksamhetschef – särskild vikt har lagts vad gäller anmälningsskyldigheten, kriterier för vad som räknas som missförhållanden eller risk för missförhållanden, och handläggningen av en Lex Sarah anmälan. Rutinen förankras fortlöpande i verksamheten vid nyanställning årligen eller oftare om behov finns för redan anställd personal. Finns inget behov av uppdatering av rutinen.
- Verksamheten har inte haft någon Lex Sarah anmälan eller händelse som är anmäld till IVO.

Klagomål och synpunkter

- Översyn av rutinen för klagomål och synpunkter har gjorts av verksamhetschef. Ingen behov av uppdatering har framkommit.
- Några klagomål/synpunkter från kund eller anhörig har inte inkommit under år 2017
- Inga klagomål eller synpunkter har inkommit från Upplands Bro kommun.
- Årlig sammanställning av klagomål och synpunkter är genomförd.

Samverkan/medverkan

Samverkan med brukare och närstående

- Kund och deras närstående har möjlighet att medverka i kvalitetsutvecklingsarbetet, men det erbjudandet har inte antagits.

Personalens medverkan i kvalitetsarbetet

- Personalen medverkan i kvalitetsarbetet har skett under APT.

Privata medel

- Översyn av rutinen för privata medel visar att den fyller kraven för hur dessa ska trygga kunden i detta avseende. Inget behov av uppdatering av rutinen har framkommit.
- Vi inte haft något uppdrag att hantera kunds privata medel.

Externa granskningar

- Avtalsuppföljning enligt LOV har inte gjorts under året.

Resultat och analys

- Uppföljning av verksamheten har gjorts enligt vår rutin för egenkontroll. Förbättringsområden som identifierats är kompetensutveckling vad avser undersköterskeutbildning för berörd anställd. Denna planerades att börja under hösten år 2016 men har blivit framskjuten till våren 2017, p.g.a. personliga skäl hos den anställda. Planerad utbildning blev inte genomförd p.g.a. att berörd person valde att avsluta sin anställning.
- Genomförandeplanerna har skrivits utifrån ÄBIC.
- Kundenkät har inte distribuerats under år 2017 p.g.a. det minskade kundunderlaget.
- Dokumentationen är bättre, men kan förbättras bla vad gäller sammanfattningar.
- En anställning som vikarie vid sjukdom och semester har gjorts. Personen har undersköterskeutbildning.
- Fortlöpande genomgång av rutinpärmen.
- Skydds rond har inte genomförts eftersom ny personal anställdes under sommaren som sedan avslutade sin tjänst under hösten. Övrig riskanalys visar låga risker för kunden och anställd.
- Kontaktman har god kontakt med anhöriga, och verksamhetschef har även haft samtal med anhörig. Kontaktmannaskap fungerar tillfredställande trots byte av personal.
- Fortsatt arbete med att kvalitetssäkra verksamheten och omvärldsbevaka under år 2018.
- Avtalet med Upplands Bro kommun är förlängt till 2018-05-31.
- Satsning på att utöka kundunderlaget, genom en mer genomgripande marknadsföring finns planerad för 2018.



Kvalitetsberättelse 2017

2017

Proffssystem I Stockholm AB

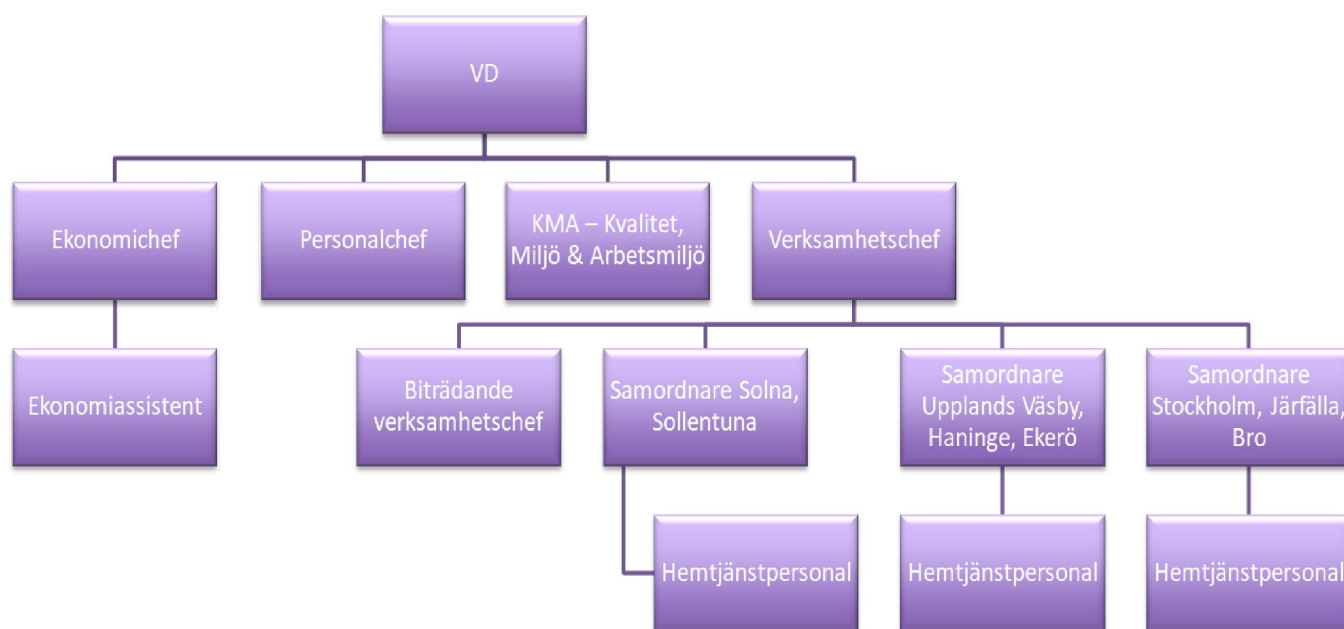
Inledning

Vårt företag har sitt ursprung från 2002 och har sedan dess utvecklat sin hemtjänstverksamhet i norra Storstockholm. Vi finns idag etablerade i Ekerö, Järfälla, Stockholm, Solna, Upplands Väsby, Haninge, Upplands Bro samt Sollentuna. Proffssystem har lång erfarenhet inom hemtjänst och personlig assistans. Vårt mål är att kunna ge varje individ ett gott och tryggt liv. Verksamheten bedrivs på ett kvalitetssäkert sätt och i enlighet med gällande lagstiftning. Kvaliteten i verksamheten utvecklas systematiskt och fortlöpande.

Vi arbetar utifrån ett salutogent perspektiv och strävar efter att kunna ge våra kunder möjlighet att bevara sin nuvarande funktion och stimulera de sämre fungerande funktionerna. Vi har kompetent personal som arbetar tillsammans med individen för att stärka dennes självständighet.

Vår Organisation

Ett välfungerande kvalitetsarbete förutsätter att det finns en tydlig ansvarsfördelning och befogenheter för att implementera, utveckla och vidta åtgärder inom verksamheterna. Vi har tillsatt en KMD ansvarig Maria Christensen som sitter med miljö samt kvalitetsfrågor. KMA har regelbundna möte med vår konsult från Shipley Sweden Carina Tranberg rörande kvalitetsfrågor samt kartläggning av miljöaspekter som finns i Proffssystem. Verksamhetschefen Hengameh Moghaddam Azari har haft större ansvar gentemot både brukarna samt personal då Proffssystem fick större ansvar för flertal brukare med större vård- och omsorgsbehov i några kranskommuner vilket krävde ökad ekonomiska och personella resurser. Fokuset på personalens arbetsmiljö har ökat med tanke på antal ökade ärenden. Samordnarna har också fått större ansvar i respektive område då antal personal samt brukare har utökats. Det är av yttersta vikt för ledarskapet liksom att kunna arbeta med olika människor. Proffssystem har som mål att bygga ledarskapet på relationer samt samspel.



Vårt mål

Under 2017 har Proffssystem fokuserat mest på sitt bemötande vilket alltid bygger på delaktighet och valfrihet. Vi har strävat efter brukarens personliga integritet. All dessa faktorer har vi även kombinerat med personalens kompetens och lyhörddhet.

Att brukarna känner extra trygg genom att få sin dagliga hjälp av samma igenkännande personalgrupp och att kunna ha hög personaltäthet har vi nått som mål. Vi har även lyckats med att matcha personal och brukare i enlighet med personlighet och särskilda behov. Att hålla samman personalgruppen har vi jobbat hårt med. Att all personal bär arbetskläder och personalkort för att identifiera sig hade vi som mål i början av året vilket vi har uppfyllt.

Målet under år 2017 var att ha mer än 95% av vår personal som kompetenta arbetskraft vilket i sin tur kan garantera trygg vård. Under 2017 färdig utbildades 10 st av vår personal från vårdbiträde till undersköterska oavsett tjänstegrad. Under våra APT möte har vi gått igenom olika metoder samt

förhållningssätt som personalen kan ta nytta av när de plötsligt står i en akut situation som fordrar ett mycket snabbt agerande. Till följd av akuta situationer ser verksamhetschefen till att personal vid eventuell inträffad händelse erbjuds briefing, samtalsstöd, krisstöd eller liknande.

Att kunna som en kompetent personal vara en bra lyssnare när brukaren öppnar för ett samtal och vill ha svar på ett inlyssnande och empatiskt sätt har varit en utgångspunkt för ett fint arbete hos brukarna.

Vi har även haft som mål att ge personalen möjlighet till mer delaktighet och ansvar enligt nedan.

- Upprätta genomförandeplan tillsammans med brukaren i dennes hem.
- Löpande införa justeringar och kompletteringar i genomförandeplanen.
- Håller aktivt i kontakten med närstående/anhöriga och andra viktiga personer.

Värdighetsgarantierna har följts upp

Vår värdegrund baseras på:

- Självbestämmande
- Visar respekt för privatliv och personlig integritet
- Arbetar med individanpassning och delaktighet
- Ger ett gott bemötande
- Ger insatser av god kvalitet

Genom vår brukarundersökning som påbörjades den 9:e november i form av intervjuer och enkäter och slutfördes 18:e december fick vi goda resultat att flertalet värdighetsgarantier utgör mervärde för brukaren samt att värdighetsgarantierna efterlevs.

Systematiskt förbättrings arbete

Verksamheten ska bedrivas på ett kvalitetssäkert sätt och i enlighet med gällande lagstiftning för att ge den enskilde stöd och service denne har rätt till för att få leva ett värdigt och självständigt liv, känna välbefinnande samt få möjlighet till att delta i samhällslivet.

Kvaliteten i verksamheten ska systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras.

Målet med förbättringsarbetet är att man genom förebyggande åtgärder såsom riskanalyser ska förhindra att skador, missförhållanden och andra avvikelser inträffar. Dessutom använder

Proffssystem egenkontroller för att undersöka verksamhetens resultat och kontrollera kvaliteten.

Vårt kvalitetssäkrande arbete pågår kontinuerligt för att säkerställa att vi erbjuder den enskilde möjlighet att leva ett självständigt och värdigt liv och känna välbefinnande. Vi säkerställer att den enskilde får leva och bo självständigt under trygga förhållanden och kan delta i samhällslivet som alla andra.

Det ständiga förbättringsarbetet består av följande områden. Ledningssystemet ska ge stöd i arbetet med att planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten.

- Riskanalys
- Egenkontroll
- Sammanställning av inkomna avvikelser, rapporter, synpunkter och klagomål
- Förbättring av processer och rutiner

Riskanalys

Vi bedömer fortlöpande om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet. Årligen genomförs en verksamhetsuppföljning då vi går igenom alla processer för att

1. Uppskatta sannolikheten för att händelsen inträffar
2. Bedöma vilka konsekvenser som skulle kunna bli följden av händelsen.

Vi arbetar konstant med arbetsmiljöfrågor och till vår hjälp har vi två checklistor. En avseende arbetsmiljö kring kunden och en avseende rutiner i hemmet. Dessa checklistor används vid första hembesöket eller vid behov. Riskfaktorer som kan medföra skada för brukare eller personal bedöms årligen hemma hos brukaren. I samråd med brukaren fattas beslut om omgående åtgärd som leder till

mindre risk för brister. För att åtgärda brister har vi även haft en bra samverkan med andra aktörer såsom vårdcentral och rehab. I hemtjänstlokalen genomförs brandförebyggande kontroller (företagsnivå).

Riskbedömningen utförs av samordnare eller kontaktperson inför ett nytt uppdrag. Arbetsgivaren har huvudansvaret men det ligger även på arbetstagarens ansvar att meddela förändringar, brist och behov. Under 2015 har tre anställda gått arbetsmiljöutbildning varav en utsetts till skyddsombud.

Vi använder en 5-gradig skala för att uppskatta vilka negativa konsekvenser som skulle kunna bli följden av händelsen. Resultatet av det arbetet sammanställs och införs i en tabell och utifrån det planeras åtgärder för att minska risken för att händelsen ska kunna inträffa igen.

Under 2017 uppmärksammade Proffssystem risk för stress samt överbelastning för personal i samband med utökade ärenden. Enligt handlingsplanen som upprättades via KMA fattades beslut om ökad personella resurser samt att fler personal skulle utbildas från vårdbiträde till undersköterska. Det är ett pågående arbete som även beräknas fortsättas under 2018. Olika fortbildningar som är integrerade i arbetet erbjuds också löpande till personal.

Gällande brandskydd i hemmet har även Proffssystem gjort en stor satsning för samtliga brukare. Ansvarig kontaktman eller samordnare lägger mer fokus på brukare med hörselskada, demensdiagnos samt brukarna som talar ett annat språk. Proffssystem har till följd av kontrollen ett pågående arbete för att brukarna i frågan ska få hjälpmedel som minimerar risken för skada. Hjälpmedel såsom brandsläckare, brandfilt samt spisvakt. Samtliga brukare har brandvarnare installerad på rätt plats.

Efter genomgång av inkomna avvikelser uppmärksammades vi att det finns stor risk att brukarens behov kommer i skymundan. Denna brist kan förekomma mest kring brukarna som har demenssjukdom. Antal inkomna rapport samt eventuella avvikelser var mindre jämfört med förra året. Därför agerade verksamhetschefen efter sammanställningen genom att vidta åtgärder som står nedan.



PROFFSSYSTEM

HEMTJÄNST • BEMANNING

Riskområde	Negativa konsekvenser	Allvarlig. Grad 1-5	Åtgärd
Stress och överbelastning för personal	Sjukfrånvaro, dåligt hälsoläge.	4	Kompetenshöjande insatser i form av återkommande interna utbildningar. Större satsning på personella resurser. Anställa mer kvalificerade personal samtidigt som man försöker behålla personaltätheten. Pågående process som ska utföras kontinuerligt.
Brandskydd i brukarens hem. Brukare som inte kan ropa efter hjälp pga. hörselskada, demensdiagnos samt att brukaren talar ett annat språk.	Stor risk för skada då brukaren inte kan förmedla vid brand.	4	Pågående arbete att brukaren ska ha brandsläckare eller brandfilt i hemmet samt fungerande brandvarnare och spisvakt. Arbetet kräver god samverkan med andra aktörer samt närstående/förvaltare.
Samverkan och dialog.	Brukarens behov kommer i skymundan. Mest fokus på brukare med demensdiagnos	3	Samverkan kring personer med demenssjukdom ska förbättras. Regelbundna intagandet av dokumentation som leder till tätare samtal med beställare, förvaltare eller närstående. Regelbund telefonuppföljning med ansvarig kontaktman så att inhämtningen av avvikelser samt dyl. underlättas.

Egenkontroll

Genom den årliga interna granskningen av att den egna verksamheten undersöker vi om verksamheten har uppnått ställda krav och mål. Verksamhetschefen tillsammans med sin biträdande utöver förlöpande egenkontroll. Egenkontrollen genomförs som regel en gång per år. Vid eventuella större förändringar eller om delar av verksamheten bedömts särskilt riskfyllda kan extra genomgångar genomföras. Verksamheten genomförde egenkontroll år 2017 enligt ett egenkontrollprogram för att säkra kvaliteten på insatser som ges i verksamheten.

Nedanstående område kontrollerades enligt programmet.

- Jämförelser av verksamhetens resultat dels med uppgifter i öppna jämförelser, dels med resultat för andra verksamheter,
- Jämförelser av verksamhetens nuvarande resultat med tidigare resultat
- Målgruppsundersökningar
- Undersökning om basala hygienrutiner efterlevs.
- Granskning av journaler, sociala systemet Phoniro, akter och annan dokumentation
- Undersökning av om det finns förhållningssätt och attityder hos personalen som kan leda till brister i verksamhetens kvalitet

Resultat från årliga egenkontroll

Efter att ledningsgruppen gick igenom den ifyllda checklistan och rapporten enligt ovan fattades beslut om åtgärder. Uppföljningen av det beslutade åtgärderna genomfördes inom specificerad tid.

Resultatet visade att personalen använder arbetskläder samt hygienrutinen följs upp.

Rutinen kring dokumentation efterlevs dock fortfarande behöver förbättras i det sociala systemet.

Genom granskning av brukarnas akt visade det sig att samtliga brukare har en aktuell genomförandeplan dock en del saknade brukarens signatur trots den var godkänd. I sådana fall fanns en anteckning till varför brukaren inte hade skrivit under planen.

Egenkontroll av registrerade pass i Phoniro genomförs slutet av varje vecka då ansvarig samordnare sammanställer hur passen har utförts. Kontroll på kvittenser, kontroll om passen utförs enligt aktuell genomförandeplan samt granskning av brukarens behov genom att vara uppmärksamma på antal avböjda besök eller besök som har dragit mer tid. En markant förbättring har vi uppmärksammat efter tätare kontroll samt uppsikt av Phoniro.

Efter granskning av genomförandeplaner fick vi bästa resultat då vi har kunnat implementera nya arbetssättet IBIC som lägger fokuset på brukarens behov. Brukarna har haft möjligheten välja tid för insats samt om insatser angående den personliga hygien ska utföras av en kvinnlig eller manlig personal. Av alla planer framgick hur brukaren och/eller dennes företrädare haft inflytande vid upprättandet av genomförandeplanen. Målformuleringarna behöver dock utvecklas. Samtliga planer har dokumenterats i verksamhetssystemet Procapita.

Vid första hembesöket lämnas hempärmarna via samordnaren/kontaktpersonen till kunden. Kontaktpersonen har ansvaret för att hempärmarna ska uppdateras. Verksamhetschef /dennes biträdande och samordnare har ansvaret för att hempärmarnas innehållsförteckning är aktuell. Efter granskning av hempärm uppmärksammade vi att det fanns material som saknades. Fåtal brukare hade inte informationsbladet gällande inlämning av synpunkt och klagomål i hempärmarna. Alla brukare känner till vem som är deras kontaktpersonal.

Personal hjälper till med förbättringsarbete

För att relationen och förutsättningarna att arbeta tillsammans ökar i en arbetsgrupp ska man se på den som en relation. Detta leder till att gruppen tar sig tid för att diskutera rätt saker med respekt för varandra. För att skapa möjligheten till detta anordnar Proffssystem APT minst 3 gånger per år. Via APT kan vi säkerställa att rutiner följs. Under dessa tillfällen kan vi även uppdatera kring nya rutiner. Samtliga medarbetare har en skyldighet att vara delaktiga i kvalitetsarbetet genom arbete på arbetsplatsträffar, planeringsdagar och kvalitetsråd. Många har skrivit in skyldigheten i medarbetarkontrakten. Efter möten sätts protokoll in i specifik pärm på våra lokala kontor för att vara tillgängliga alla personal.

Under 2017 har personalen haft mer påverkan på att tydliga/sakliga genomförandeplaner upprättas. Personal/kontaktman som jobbar tätt intill brukaren har fått mer agerandet i att upprätta genomförandeplan tillsammans med brukaren i dennes hem. Personalen har även gått delvist ansvar för löpande införing av justeringar och kompletteringar i genomförandeplanen. I vissa fall har personalen även fått ansvar att hålla aktivt i kontakten med närstående/anhöriga och andra viktiga personer. Dock ansvarig samordnare har genomgående gett stöd vid behov.

Generell utvecklingsplan 2017–2018

Mål	Vad behövs för att målet ska uppnås	Tidplan	Ansvarig	Klar
Bättre kunskap om demenssjukdomar	Ha en gemensam utbildning för de anställda som saknar erforderlig kunskap i demenssjukdomar	Kvartal 1 2018	Verksamhetschef	<input type="checkbox"/>
Att lära sig ett ergonomiskt arbetssätt	Utbildning av extern ergonom för samtliga personal som arbetar med förflyttningar och lyft	Kvartal 1 2018	Verksamhetschef	<input type="checkbox"/>
Bättre info om företagets Styrning, mål och organisation	Genomgång av företagets mål, styrning och organisation Tillsammans med VC och samordnaren	Kvartal 1 2018	Verksamhetschef	<input type="checkbox"/>

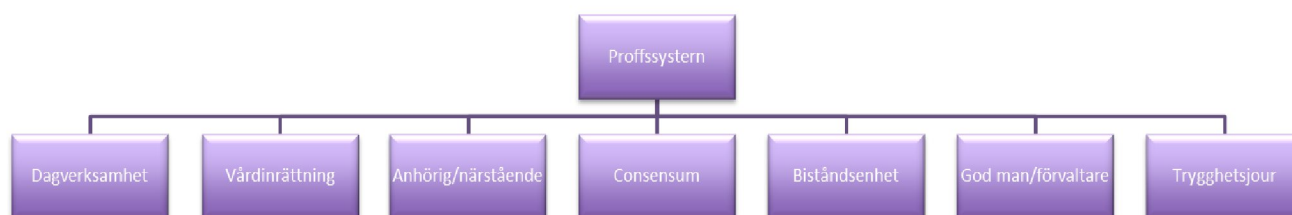
Intern samverkan med kunder och medarbetare

Utifrån kundens behov och omsorg har all personal skyldighet att samverka. Förändringar som kan komma att påverka insatserna ska informeras till övriga medarbetare. För att säkerhetsställa den interna samverkan anordnas regelbundna arbetsplatsträffar (APT)

- Personalen träffas en gång i kvartalet på ett möte där bl. a diskuteras gemensamma rutiner och etiska frågor utifrån olika fall.
- Kvalitetsgruppen träffas varannan månad och går igenom de inkomna klagomål och synpunkter, avvikelser mm.
- Regelbundna möte mellan verksamhetschef, dessa biträdande samt samordnare, 3 gånger i månaden dock antal möte kan bli flera i samband med uppkomna avvikelser, frågor samt viktiga förslag och funderingar.
- Regelbundna telefonuppföljning är ett annat sätt som har hjälpt oss och skapa och bevara tillit hos våra brukare. Telefonuppföljningen utförs via samordnare eller dennes assistent 2 gånger i månaden. Detta har hjälpt oss till en bättre informationsöverföring samt bättre inhämtning av synpunkt och klagomål.
- Genom en kvalitetssäker social dokumentation överförs den nödvändiga informationen till all personal involverade i insatsen hos aktuell kund.

Extern samverkan

För att skapa bästa möjliga förutsättningar för en hög kvalitet och rätt stöd och service för den enskilde har alla medarbetare ansvarar för att ha en god kontakt med, anhöriga, larm, primärvård, kommun, mm. Under 2017 har Proffssystem haft ett mycket gott samarbete med kommunen, biståndshandläggare distriktsköterska, trygghetsjouren samt sjukgymnast och arbetsterapeut



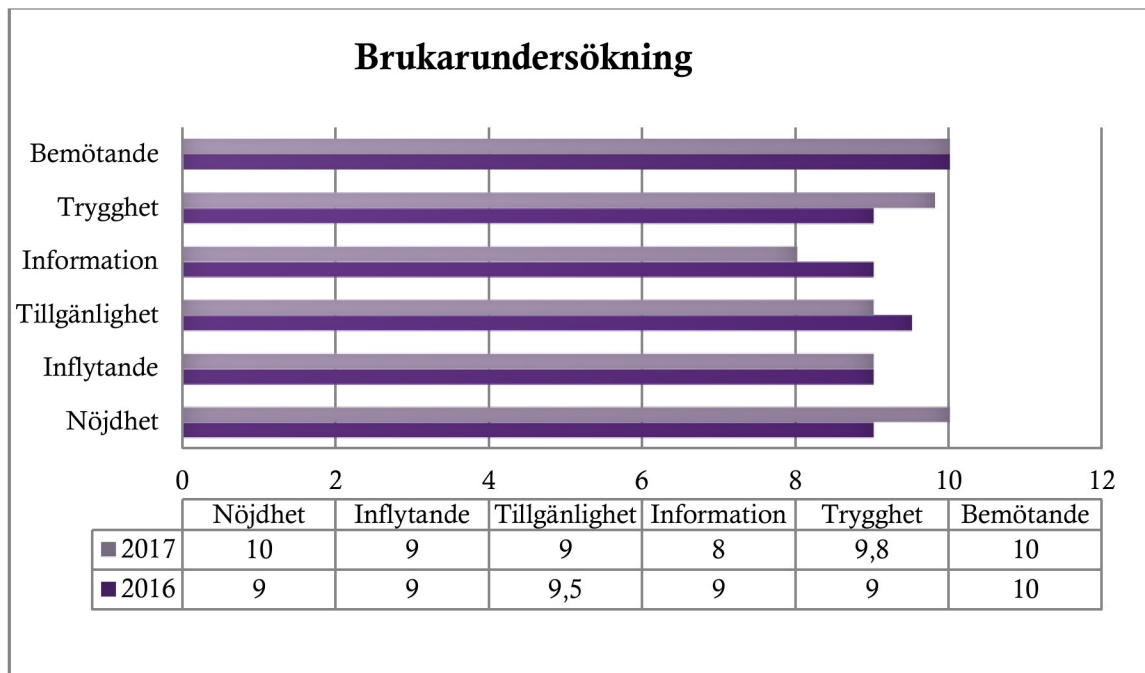
Kvalitetsuppföljning brukarundersökning

För att få en uppfattning om hur våra kunder upplever kvaliteten i omsorgen som Proffssystem erbjuder genomförs en årlig brukarundersökning. Resultaten från dessa analyseras och ligger till grund för kontinuerlig utveckling av verksamheten. Under november fick samtliga kunder med hemtjänst en enkät. Enkäten avser 2017 kundundersökning. Utifrån kvalitetsfaktorer såsom nöjdhet, bemötande, påverkan, har brukaren svarat på frågorna genom att välja en siffra mellan 1 och 10. Kryss i rutan "Ingen åsikt/Ej aktuellt" om det är en fråga som kunden inte har erfarenhet av. Då proffssystem fick i uppdrag att utföra hjälp hos flertal brukare som inte kan tala svenska så har även undersökningen gjorts i form av intervjuer tillsammans med närstående/förvaltare. Till vår stora förvåning har svarsfrekvensen varit mer än 70 procent avseende 2017.



PROFFSSYSTEMN
HEMTJÄNST • BEMANNING

Nedan presenteras resultaten från kundundersökningen 2017 jämfört 2016



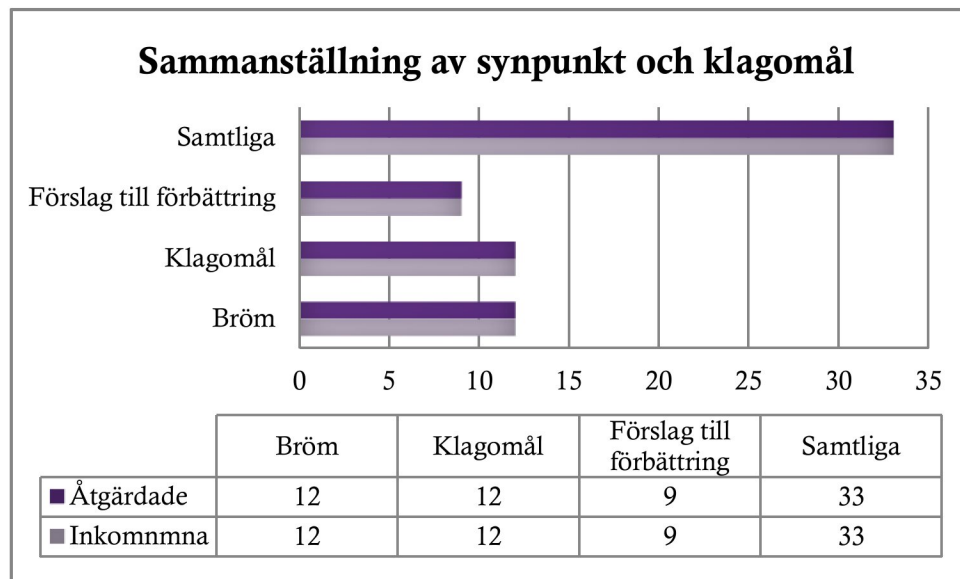


Klagomål och synpunkter

När vi får synpunkter och klagomål från den enskilde och/eller dennes företrädare tar vi dem alltid på stort allvar. De synpunkter och klagomål vi får gällande verksamheten ser vi i första hand som en möjlighet för oss att ytterligare förbättra och utveckla verksamheten. Klagomålet åtgärdas och behandlas omgående

Under 2017 har flertal klagomål angående beviljade insatser kommit in. Dessa klagomål framfördes via anhöriga såsom barn och makar.

Baserat på en ny utvärdering och analys planeras nya förbättringsåtgärder och en ny handlingsplan upprättas. I diagrammet nedan visas fördelningen mellan inkomna klagomål, beröm och förslag till förbättringar under perioden 2017-04-01-2017-12-31





Avvikelsehantering

Syftet med att rapportera inträffade avvikelser är att dra lärdom av tillbudet eller den negativa händelsen och att med riskförebyggande insatser förhindra att samma typ av avvikelse inträffar igen. För att avvärja att negativa händelser upprepas ska inkomna avvikelser sammanställas och analyseras vid verksamhetsuppföljning inom ramen egenkontroll. Sammanställning av verksamhetens alla avvikelser ska diskuteras inom ledningen en gång per halvår. Med detta syftar man till en lärande och förbättrande åtgärd i det systematiska förbättringsarbetet. Åtgärdsplanen ska tas fram utifrån analysen för att förhindra att liknande brister uppstår igen. Uppföljning av inkomna avvikelser avseende år 2017 skedde den 7:e augusti –2017 samt 2:e januari–2018

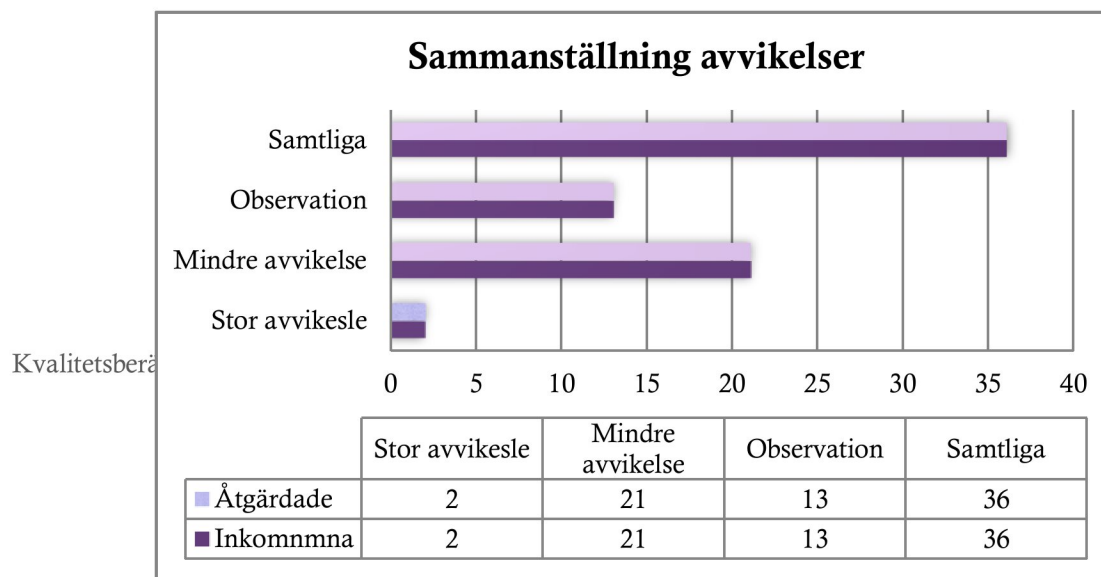
Exempel på inrapporterade avvikelse:

- Fall och fallskador.
- Inom läkemedelshandlingen utebliven signering.
- Avvikelse från genomförandeplan då kundens behov har utökats.
- Hot och våld

Under 2017 har det inrapporterats:

- 2 avvikelser gällande att kunden inte varit hemma eller ej öppnat. Ingen av dem ledde till anmälan enligt lex Sarah.
- 4 avvikelser gällande ej utförda insatser. Ena ledde till anmälan enligt lex Sarah.
- 30 avvikelser gällande omvårdnad samt serviceinsats. Ledde ej till anmälan enligt lex Sarah.

Rapporten gäller för kommunerna Solna, Upplands Bro, Stockholm samt Järfälla. Då vi har väldigt få antalkunder i Upplands Bro var det ganska svårt att kunna enbart sammanställa inkomna avvikelser för denna kommun.



Personal

Vi satsar på personal med viljan att ge god service på ett personligt sätt. Våra kunder ska uppleva att våra insatser är utifrån deras egna önskemål. Personalens egenskaper ska vara flexibilitet, positivitet, humor, initiativförmåga och ha lätt för att samarbeta. Att personalen har goda kunskaper i svenska är viktigt för dokumentation och i mötet med kunden. Flera språkkunskaper är meriterande då våra kunder har olika etniska bakgrunder.

Vi menar att hög kvalitet uppnås genom:

- Att vi utför våra uppdrag rättssäkert d.v.s. tillämpar gällande lagar och förordningar korrekt.
- Att vi utgår från individens behov och erbjuder ett professionellt bemötande.
- Att våra medarbetare har rätt kompetens för sina uppdrag.
- Att vi tillvaratar våra medarbetares lust och förmåga att utveckla verksamheten.
- Att vi använder våra resultat som en del i arbetet att ständigt förbättra vår verksamhet.

Arbetsmiljöarbete

Ett förebyggande, systematiskt arbetsmiljöarbete leder till en bra arbetsmiljö som gynnar alla.

Arbetsgivaren ansvarar för arbetsmiljön och ska se till att arbetsmiljöarbetet ingår naturligt i verksamheten. Ett systematiskt arbetsmiljöarbete handlar om att i det dagliga arbetet uppmärksamma och ta hänsyn till alla förhållanden i arbetsmiljön som kan påverka de anställdas hälsa och säkerhet. En god arbetsmiljö skapar förutsättningar för att den viktigaste resursen, personalen, trivs och fungerar väl i sitt arbete. Arbetsmiljölagen är en lag vars syfte är att förebygga ohälsa och olycksfall i arbetet samt skapa en god arbetsmiljö. Lagen omfattar anställda, elever och vårdtagare. En tillfredsställande arbetsmiljö utmärks t.ex. av möjlighet till inflytande, handlingsfrihet, utveckling, variation, samarbete och sociala kontakter. Både arbetsgivaren och arbetstagarna har ett ansvar för arbetsmiljön och ska tillsammans verka för att åstadkomma en god arbetsmiljö.

Inom vårt företag har vi som målsättning att:

- Personalen ska ha nödvändig kunskap för att kunna utföra det systematiska arbetsmiljöarbetet.
- Arbetsmiljön ska vara tillfredsställande så att ingen ska behöva utsättas för ohälsa eller olycksfall till följd av arbetet.
- Anställda som drabbas av ohälsa eller olycksfall ska, så långt det är möjligt kunna återvinna arbetsförmågan.

Händelser av betydelse under 2017

- Proffssystem blev godkänd för att utföra hemtjänst i en ytterligare kommun nämligen Sollentuna.
- Proffssystem valde FSB finsk hemtjänst AB som sin underleverantör för att utföra natt samt larminsatser.
- Ett tiotal medarbetare färdigutbildades i undersköterska utbildning under året. Dessa medarbetare erhöll diplom den 21:e december.
- Proffssystem har stolt kunnat ta emot flertal ärende från uppdragsgivaren i några av kranskommuner såsom Järfälla, Upplands Väsby samt Sollentuna. Med en genomtänkt riskanalys som utfördes innan kunde verksamheten vidta åtgärder i god tid vilket ledde till att nya brukare kände sig trygga samt nöjda redan från början. Den goda samverkan mellan Proffssystem och beställaren har även bidragit till detta resultat.

- Fler brukare har deltagit i brukarundersökningen vilket resulterade i en svarsfrekvens på 74 procent. Detta är ett kvitto på att våra brukare samt närstående känner sig motiverad att påverka och säkerställa verksamhetens kvalitet.



PROFFSYSTEM

HEMTJÄNST • BEMANNING

Kvalitetsberättelse 2017

Hagtorps äldreboende

Kort om Hagtorp

Hagtorps äldreboende vänder sig till personer som är över 65 år och har ett omfattande omsorgsbehov. Till oss kommer kunden efter beslut av Upplands Bro kommuns biståndshandläggare.

Hagtorp byggdes 2010 och är ett modernt äldreboende med 36 lägenheter fördelat på fyra enheter. På enheterna Freja och Tor erbjuder vi boende för personer med demenssjukdom, totalt 18 lägenheter. På enheten Oden erbjuder vi 9 lägenheter för personer med omfattande omsorgsbehov. På avdelningen Idun som är en enhet med 9 lägenheter erbjuder vi korttids- och växelvårdsboende.

Det huvudsakliga målet för medarbetare och verksamhetschef på Hagtorp har under året varit att med utgångspunkt i våra värderingar, respekt, engagemang och nyfikenhet skapa ett mycket bra boende där man trivs både som kund och medarbetare. Allt arbete utgår utifrån vårt kundlöfte att Kunden bestämmer. Detta genomsyrar verksamheten och vi har alltid Kundens fokus.

Tillsammans med ett salutogent förhållningssätt leder detta till att kunderna får insatser av god kvalitet, får ett gott bemötande, känner trygghet, har ett självbestämmande samt kan leva ett privatliv med integritet där de känner en delaktighet. Medarbetarnas förhållningssätt och arbetssätt ska säkerställa att varje kunds speciella behov och önskemål tillgodoses så långt det är möjligt med kundens fokus.

Ledning och styrning sker enligt principen planera, genomföra, utvärdera och förbättra. Medarbetarna erbjuds aktuella utbildningar för måluppfyllelsen av en vård och omsorg av god kvalitet för våra kunder.

Bemanning

Verksamheten är bemannad med omvårdnadspersonal dygnet runt samt med egna sjuksköterskor vardagar mellan kl. 06.45- 16:30 och sjuksköterskepatrull från Care Team övrig tid.

Arbetsterapeut/aktivitetsansvarig arbetar 07-15:30 på vardagar och sjukgymnasten arbetar en dag i veckan. Verksamheten leds av en verksamhetschef som arbetar 100 % på Hagtorp.

Vaktmästare samt aktivitetsombud är två kvalitetshöjande tjänster som finns på Hagtorp sedan år 2014. Aktivitetsombudet genomför mycket enskilda aktiviteter med olika kunder. Dessa aktiviteter kan bestå av t ex högläsning, utevistelser, besök hos fotvård, frisör eller sjukhus, en del besök i affärer samt många personliga samtal.

Frukost och mellanmål tillreds på varje enhet i deras respektive kök. Lunch och middag lagas på plats av medarbetarna i köket, som består av en kock och två ekonomibiträden. Köket är bemannat årets alla dagar.

Organisatoriskt ansvar för det systematiska kvalitetsarbetet

Verksamhetschefen leder arbetet i det systematiska kvalitetsarbetet och leder Kvalitetsrådet som genomförs en gång per månad.

Sjuksköterskorna leder de temamöten som genomförs varje vecka. Sjuksköterskorna har skriftligt uppdrag att ansvara för säkerheten i det lokala läkemedelsförrådet samt kontroll av narkotikaklassade läkemedel.

Arbetsterapeut, sjukgymnast och dietist ansvarar som legitimerad personal för kvalitetsarbetet och patientsäkerheten inom ramen för sina respektive ansvarsområden.

De legitimerade medarbetarna hanterar även avvikelser i förekommande fall.

Medarbetarna med eller utan delegerade arbetsuppgifter har utifrån sina tilldelade arbetsuppgifter ett tydligt uppdrag att rapportera uppmärksammade risker, hälsförändringar, skador och vårdavvikelser.

Att vi har ett eget tillagningskök med egen kock på Hagtorp vilket tillför mycket för kundernas livskvalitet.

Struktur för uppföljning och utvärdering

I Frösundas kvalitetspolicy samt i Ledningssystemets rutiner anges hur kvalitetsarbetet ska följas upp. Följande aktiviteter ingår:

Månadsuppföljning Varje månad sker rapportering av avvikelser och synpunkter.

Myndighetstillsyn Verksamheten på Hagtorp står under tillsyn av ett flertal myndigheter. Vi använder myndigheternas tillsynsrapporter och resultat i vårt kvalitets- och förbättringsarbete.

Intern avtalsuppföljning Kvalitetsavdelningen gör avtalsuppföljningar av hela eller delar av verksamheten.

Egenkontroll Genom egenkontroll säkerställer vi vår verksamhet och kartlägger eventuella punkter som behöver stärkas upp.

Egenkontroll avseende livsmedelshygien Genom vårt Egenkontroll Program för livsmedelshygien säkerställer vi att den mat som tillagas och serveras till kunderna är säker att äta.

Egenkontroll av medarbetarnas följsamhet kring basala hygienrutiner har utförts under juni och december. Vi har även genomfört en observation av förutsättningarna för basala hygienrutinerna på alla avdelningar och observerat 30 medarbetare.

Kvalitetsråd Arbetar med att hantera rapporterade avvikelser, synpunkter och klagomål så att vi lär av det som varit.

Vård- och omsorgsavvikelser Vi lägger stor vikt vid att dokumentera avvikelser. Vid introduktionsutbildningen samt återkommande på våra verksamhetsmöten går vi igenom vikten av att avvikelshanteringen samt hur det ska gå till. Verksamhetschefen graderar avvikelser i fyra steg, mindre allvarlig, måttligt allvarig, betydande allvarig eller mycket hög/katastrofalt allvarig och ska enligt rutin samtidigt ta ställning till om det kan röra sig om en allvarlig vårdskada eller risk för allvarlig vårdskada. Alla avvikelser följs upp av Kvalitetsrådet. Stor vikt läggs vid att vi drar lärdomar av den rapporterade händelsen.

Allvarlig vårdskada och Lex Maria Vi har särskilda rutiner för anmälan enligt Lex Maria vid allvarlig vårdskada eller risk för allvarlig vårdskada. Frösundas MAS, medicinskt ansvarig sjuksköterska, genomför en strukturerad utredning och beslutar om händelsen ska anmälas till Inspektionen för Vård och Omsorg (IVO) utifrån händelsens allvarlighetsgrad.

Missförhållande och Lex Sarah Alla medarbetare på Hagtorp får information avseende rapporteringsskyldighet och anmälan av Lex Sarah vid nyanställning. Denna information tas även upp 2 gånger per år på verksamhetsmötet.

Risakanalys

När en ny kund flyttar in görs riskbedömningar. Riskbedömning utifrån säkerhet för kund samt en riskbedömning utifrån medarbetarnas arbetsmiljö.

Arbete mot trycksår

I verksamheten har medarbetarna arbetat med riskbedömningar enligt en modifierad Nortonskala för att undvika att trycksår uppstår. Analys, uppföljning och utvärdering av riskbedömningar och åtgärdsplaner har tagits på teammötena. Individuella vårdplaner har utarbetats samt registrerats i kvalitetsregistret Senior Alert.

Arbete mot undernäring

I verksamheten har medarbetarna arbetat med riskbedömningar och åtgärder kring nutrition och undernäring utifrån rutiner och vårdprogram. Riskbedömning, uppföljning och utvärdering av åtgärdsplaner har skett på ett strukturerat sätt och med stöd av kvalitetsregistret Senior Alert.

Frösundas dietist har varit på Hagtorp enligt den i avtalet angivna frekvensen.

Kostombud finns på samtliga avdelningar på Hagtorp som stöd för det egna förbättringsarbetet. Utbildning för kostombuden har genomförts vår och höst samt utbildning angående kost för äldre riktad till närstående erbjöds under våren.

Nattfastemätningar har genomförts både vår och höst och under våren låg den på 11,3 timmar i snitt och höstens resultat visade på 11 timmar i snitt.

Arbete mot fall och fallskador

Arbetet kring riskbedömningar och individuella åtgärdsplaner för de kunder som har haft en bedömd risk att falla har skett i multiprofessionellt team. Sjukgymnastens och arbetsterapeutens kompetens har varit en naturlig del i arbetet. Läkare har informerats och läkemedelsordinationer har setts över. Fall och fallskador har rapporterats och utretts enligt rutin. Vikten av att följa rutinerna och att rapportera fallhändelser tas regelbundet upp på kvalitetsrådet.

Arbetet för förbättrad munhälsa

Vid inflyttning av ny kund har sjuksköterskan gjort en bedömning av munstatus som en del i det riskförebyggande arbetet. Resultatet har registrerats i patientjournalen samt i kvalitetsregistret Senior Alert. Tandhygienist har besökt Hagtorp var tredje månad under året och genomfört munhälsobedömning hos de kunder som tackat ja till detta. Tandläkaren kommer till Hagtorp 2 gånger per år eller vid behov.

Arbete med inkontinens/blåsdysfunktion

Aktuella bedömningar och förskrivningar dokumenteras i kundens journal. Utbildning för inkontinensombuden har genomförts med produktspecialist från leverantören av inkontinensprodukter.

ADL och funktionsbedömning

På Hagtorp finns arbetsrutiner för kontakt med arbetsterapeut och sjukgymnast samt för samarbete och teamarbete kring rehabiliteringsinsatser. De veckovisa temamöten som genomförs behandlar också dessa insatser.

Det finns planerade veckoaktiviteter för vardagsrehabilitering. Grupp gymnastik har genomförts 1-2 gånger per vecka under året. Individuella hjälpmedel har förskrivits och

funktionsbedömningar har utförts dock inte på alla kunder. Sjukgymnast har funnits tillgänglig 1 dag per vecka och arbetsterapeut har funnits 5 dagar per vecka under 2017.

Handledning och utbildning i rehabiliterande arbetssätt samt lyftteknik för medarbetarna har skett kontinuerligt.

BPSD, beteendemässiga och psykiska symtom vid demens

Under året har vi arbetat med BPSD och det finns utbildade BPSD-administratörer på Hagtorp samt att ett stort antal medarbetare har gått på utbildning i ämnet. Vi ser att arbetet med detta kommer att fortgå och förfinas då vi ser att detta sätt att arbeta gör stor skillnad för kunderna.

Bedömning och individuell planering om behov av åtgärder finns och utförs i takt med att medarbetarna ser ett förändrat behov hos kunden.

Uppföljning genom egenkontroll

I Frösundas ledningssystem finns rutiner egenkontroller av verksamheten. Detta i syfte att säkerställa kvaliteten och att identifiera förbättringsområden. Verksamhetschefen genomför egenkontroll årligen.

Frösundas Kvalitetsavdelning har även gjort en intern avtalsuppföljning på Hagtorp under hösten 2017.

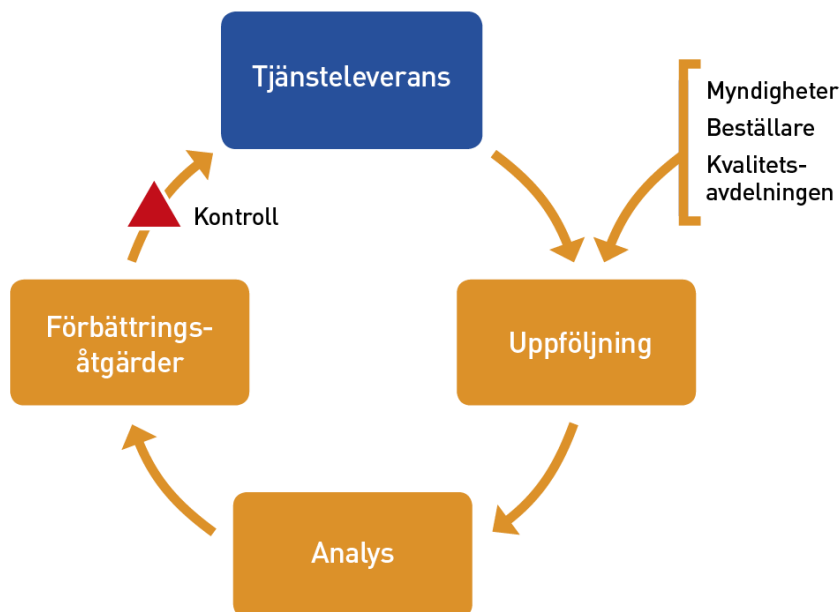
Utöver egenkontrollen utförs extern granskning av Upplands Bro kommun, Apoteket, Brandmyndigheten, Hill-Rom, Sodexo och Kommunens Miljö-och hälsa etc

För medarbetarnas arbetsmiljö har skyddsronder genomförts. Vi rapporterar och följer, tillbud, arbetsskador och sjukfrånvaro samt att det genomförts en medarbetarundersökning under året.

Resultat från kundundersökningar av olika slag såväl interna som externa ligger till grund för förbättringsarbetet på Hagtorp.

Avvikelse

Systemet för avvikelshantering ser vi i Frösunda som ett viktigt led i kvalitetsarbetet. Vi använder oss av Q-loopen för att säkerställa att avvikelser hanteras rätt så det leder till en utveckling av verksamheten.



I ledningssystemet finns tydliga rutiner för hantering av vård och omsorgsavvikelser inklusive missförhållande eller påtaglig risk för missförhållande samt synpunkter och klagomål. Rutiner finns också för Lex Maria och Lex Sarah.

Alla medarbetare ansvarar för att rapportera vård- och omsorgsavvikelser samt synpunkter och klagomål direkt i ledningssystemet. Där skall också uppmärksammade risker för avvikelser samt missförhållande rapporteras. Alla medarbetare informeras noggrant om denna rapporteringsskyldighet som följer med anställningen redan under sin introduktion.

Sammanfattning 2017

Frösunda bedömer att verksamheten på Hagtorp har kända arbetsrutiner kring alla delar om rapportering, utredning och återkoppling av vård- och omsorgsavvikelser samt synpunkter och klagomål inom verksamheten.

Verksamhetschef och legitimerade medarbetare arbetar tillsammans med medarbetarna för att ytterligare öka kunskapen hur man rapporterar i ledningssystemet och för att uppmuntra till avvikelserapportering. Att ta lärdom av dessa inkomna avvikelser och synpunkter är att skapa bättre förutsättningar för verksamheten.

Varje månad rapporteras föregående månads avvikelser, synpunkter och klagomål för uppdragsgivaren, Upplands Bro kommun och i de månatligen återkommande samrådsmötena med kommunen diskuteras dessa samt vilka åtgärder som vidtagits.

De inkomna avvikelserna samt synpunkter och klagomål går igenom på Hagtorps kvalitetsråd som hålls en gång per månad. Då diskuteras även förbättringar och åtgärdsplaner i lärande syfte. Anteckningar från kvalitetsråden finns åtkomliga för alla medarbetare på Hagtorp.

Under 2017 har totalt 263 avvikelser registreras i ledningssystemet. Fördelningen av dessa är:

- 69 st Fallavvikelser
- 69 st Läkemedelsavvikelser
- 9 st Avseende arbetsrutiner
- 83 st Omvårdnadsavvikelser
- 1 st Omläggning
- 2 st Hjälpmedel
- 30 st Synpunkter och klagomål

Hantering av synpunkter och klagomål

Alla på Frösundas verksamheter ska på ett enkelt sätt kunna göra sin röst hörd. Vi har flera olika sätt där man kan lämna sina synpunkter och klagomål:

- ☐ Via förtryckt formulär som man lämnar i brevlåda på verksamheten, dessa formulär finns i närståendepärmarna på avdelningarna eller vid brevlådan i entrén
- ☐ Muntligt eller skriftligt till valfri medarbetare på Hagtorp
- ☐ Via formulär som man hittar på vår hemsida, www.frosunda.se
- ☐ Eller via vår Kundombudsman, 010-130 34 30

När en synpunkt eller ett klagomål har lämnats in undersöker verksamhetschefen om bristen kan åtgärdas direkt. I nästa steg upprättas en åtgärdsplan med tydliga tids- och ansvarsangivelser.

Sammanställning och analys

Verksamhetschefen sammanställer varje månad den rapportering som inkommit. Vid denna sammanställning görs även en riskbedömning på samtliga avvikelser. Alla avvikelser, synpunkter och klagomål tas upp Kvalitetsrådet. Alla avvikelser, synpunkter och klagomål går igenom, analyseras och diskuteras med Upplands Bro kommun vid de månatliga mötena.

Inkomna rapporter från tillsyner och granskningar eller enkäter ligger till grund för att utveckla kvaliteten på verksamheten ytterligare.

Utifrån de analyser, handlingsplaner och åtgärder vi kommit fram till på våra Kvalitetsråd och i samverkan med kommunen ser vi att ständiga förbättringar uppnås på Hagtorp.

Förbättrande åtgärder i verksamheten

De punkter som vi lagt stort fokus på under 2017 är i korthet:

- ☐ Nytt menyförlag är framtaget där näringsaspekten har tagits stor hänsyn till samt fokus på svensk husmanskost med stor variation
- ☐ Ny kock har anställts då vår tidigare kock valde att sluta på Hagtorp
- ☐ Aktiviteterna är ett ständigt diskuterat ämne där kunderna har stor påverkan

- ☐ Nya signeringslistor har tagits fram för utevistelsen så vi alltid har koll
- ☐ Alla kunders genomförandeplaner är digitaliserade
- ☐ Alla avvikelser, synpunkter och klagomål tas upp på kvalitetsrådet
- ☐ Närståendepärmar finns nu fyllda med information på varje avdelning plus i entrén
- ☐ Nya schema för medarbetarna, vilket har gett en bättre arbetsmiljö
- ☐ Verksamhetschefen är närvarande på avdelningarna i stor utsträckning
- ☐ Vi har skapat ett Bibliotek/Sparum på avdelning Freja dit kunderna från alla avdelningar är välkomna

Samverkan

Värdegrundsarbete inom Frösunda Omsorg har utgångspunkt i våra värderingar, respekt, engagemang och nyfikenhet. Allt arbete utgår utifrån vårt kundlöfte att Kunden bestämmer. Detta genomsyrar verksamheten och vi har alltid Kundens fokus. Detta tillsammans med ett salutogent förhållningssätt leder till att kunderna får insatser av god kvalitet, får ett gott bemötande, känner trygghet, har ett självbestämmande samt kan leva ett privatliv med integritet där de känner en delaktighet.

Vår närmsta samarbetspartner är Upplands Bro kommun med sina flera olika delar i form av tjänstemän och politiker. Vi upplever att vi har ett brett och gott samarbete.

Vid inflyttning av ny kund sker samverkan med berörd vårdgivare eller hemsjukvård/hemtjänst.

Närstående

Hagtorp har under 2017 haft fyra möten för närstående. Närstående är alltid välkomna att delta på våra kostråd samt aktivitetsråd.

Varje månad skriver verksamhetschefen ett månadsbrev som finns tillgängligt i entrén samt det sitter i alla närståendepärmar på avdelningarna plus på Frösundas hemsida under Hagtorp

Vi väljer även att nämna Måltidens dag som vi genomförde i oktober då flera politiker var på plats. De bjöds på en måltid tillsammans med våra kunder och ett glatt samtal fördes runt bordet.

Medarbetarnas medverkan i kvalitetsarbetet

Medarbetarna deltar på de kvalitetsutvecklingsmöten som genomförs om den har sådan roll. En viktig uppgift för medarbetarna är att dokumentera eventuella avvikelser. Vi kan se att detta sker, men att det finns möjlighet att fler händelser och typer av händelser kan rapporteras. Detta är ett viktigt utvecklingsområde.

Vi har även Kostråd samt Aktivitetsråd där medarbetarna är representerade tillsammans med kunder och närstående.

Övergripande mål för verksamhetens kvalitetsarbete kommande år

För att vi ska kunna hålla vårt kundlöfte Kunden bestämmer ser vi att alla våra insatser under året hänger ihop.

Som mål för 2018 vill vi se att det dokumenteras fler avvikelser, synpunkter och klagomål. Vi kommer också att fortsätta vårt arbete med att ständigt utveckla dokumentationen.

Stina Forsberg

Datum
2018-02-20

Vår beteckning
SN 18/0032

Er beteckning

Socialkontoret

Socialnämnden

stina.forsberg@upplands-bro.se

Kvalitetsberättelse 2017 för socialnämndens verksamheter

Förslag till beslut

Socialnämnden godkänner kvalitetsberättelse 2017 för socialnämndens verksamheter.

Sammanfattning

Enligt ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete SOSFS 2011:9 bör nämnden årligen upprätta en sammanhållen kvalitetsberättelse.

Samtliga enheter inom socialkontoret har kommit in med sin kvalitetsberättelse inom utsatt tid. Berättelsen visar hur socialkontoret har arbetat enligt ledningssystemet i syfte att utveckla och säkra kvaliteten i socialkontorets verksamheter.

Beslutsunderlag

- Socialkontorets tjänsteskrivelse den 20 februari 2018
- Bilaga - Kvalitetsberättelse 2017 socialnämnden

Ärendet

Enligt ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete SOSFS 2011:9 bör nämnden årligen upprätta en sammanhållen kvalitetsberättelse. På socialkontoret tas ledningssystemet fram utifrån politiska mål, aktuell lagstiftning och andra styrande dokument. Syftet med ledningssystemet är att utveckla och säkra kvaliteten i socialkontorets verksamheter samt att systematiskt utveckla den för att uppnå socialnämndens mål.

I kvalitetsberättelsen ska det framgå:

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

Sammanfattning kvalitetsberättelse 2017 för Socialnämndens verksamheter

Sedan 2016 års kvalitetsberättelse har det skett ett stort utvecklingsarbete inom socialnämndens enheter gällande arbetet med den systematiska kvaliteten. Merparten utav av de förbättringsområden som enheterna uppgav i kvalitetsberättelse 2016 går att utläsa som genomförda åtgärder i kvalitetsberättelse 2017. Arbetssättet med ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete SOSFS 2011:9 har implementerats i enheterna och förbättringsarbetet sker fortlöpande under året.

Arbetet med egenkontroller har implementerats väl på myndighetsenheterna. En årlig kollegial granskning utav pågående insatser sker på respektive enhet i november månad. Avdelningen för kvalitet- och verksamhetsstöd utför en aktgranskning utav 5 procent av pågående ärenden inom myndighetsenheterna årligen under våren. Aktgranskningen genomförs som en komplettering till egenkontrollerna. Aktgranskningen bygger vidare på det resultat som redovisas i egenkontrollerna och de områden/frågor som ej blev godkända undersöks för att se hur arbetet med åtgärder fortlöper inom enheterna. Utföraravdelningen har även nu ett välfungerat arbete med sina egenkontroller. Kontroller sker till exempel på områdena hygien, livsmedel och utav verksamhetssystem som Phoniro och social dokumentation. Egenkontrollerna dokumenteras och används till det fortsatta utvecklingsarbetet inom enheterna.

Samtliga enheter har utvecklat sitt arbete med att genomföra brukarundersökningar samt ta fram handlingsplaner och åtgärdsförslag på att förbättra sitt resultat jämfört med föregående år. Enheterna har även utvecklat sitt arbete med att ta del utav resultatet i Öppna jämförelser.

Ett fortsatt förbättringsområde är riskbedömningar och riskanalyser. Enheterna beskriver hur de arbetar med dessa bedömningar men kvalitetsuppföljningar visar på att dessa fortfarande sker sporadiskt och inte alls i den utsträckning som avses. Även avvikelser och förbättringsförslag är ett område som bör prioriteras under 2018. Det skrevs och inkom väldigt få avvikelser under 2017 vilket tyder på att processen för hanteringen har fallit i glömska på enheterna. Avdelningen för kvalitet- och verksamhetsstöd har börjat se över processen samt ser över möjligheten att införa ett verksamhetssystem som stödjer denna process och där avvikelserna kan hanteras.

Barnperspektiv

Socialkontoret bedömer att kvalitetsberättelsen inte står i strid med barnets bästa.

Eva Folke
Socialchef

Elisabeth Rågård
Avdelningschef kvalitet- och
verksamhetsstöd

Bilagor

1. Kvalitetsberättelse 2017 socialnämnden

Beslut sänds till

- Akt



Kvalitetsberättelse 2017

Socialnämnden

Innehållsförteckning

1	Bakgrund	3
2	Verksamheten vänder sig till	4
3	Riskbedömning	5
4	Egenkontroll	8
5	Klagomål och synpunkter	11
6	Värdegrundsarbetet	14
7	Anmälningsskyldigheter	16
8	Avvikelse och förbättringsförslag	18
9	Brukarundersökningar och öppna jämförelser	21
10	Medarbetarundersökning	24
11	Kompetensutveckling	27
12	Samverkan	30
13	Tillsyner	33
14	Systematiskt arbetsmiljöarbete	35
15	Personalens delaktighet	38
16	Förbättringsområden	41

1 Bakgrund

Nämnden har genom internkontrollplanen beskrivit hur och när kontrollen ska genomföras. Egenkontroll är systematisk uppföljning och utvärdering av den egna verksamheten samt kontroll av att den bedrivs enligt de processer och rutiner som ingår i verksamhetens ledningssystem. Enheten ska sammanställa kontrollerna, analysera dessa och lägga upp en plan till förbättrandeåtgärder i verksamheten.

I kvalitetsberättelsen (SOSFS 2011:9) ska det framgå:

- Hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet har bedrivits under föregående kalenderår*
- Vilka åtgärder som har vidtagits för att säkra verksamhetens kvalitet*
- Vilka resultat som har uppnåtts*
- Kvalitetsberättelsen ska vara så detaljerad att:
 - Det går att bedöma hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten har bedrivits i verksamhetens olika delar*
 - Informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses**

2 Verksamheten vänder sig till

Socialnämnden ansvarar för omsorg av äldre samt personer med funktionsnedsättning samt att barn och familjer får det stöd och den hjälp som regleras i den samlade lagstiftningen. Nämnden ansvarar även för ekonomiskt bistånd, insatser för personer med missbruksproblematik, boendestöd och sysselsättning till personer med psykisk funktionsnedsättning samt kommunens flyktingmottagande.

Inom äldreomsorgens särskilda boenden och inom gruppboenden och serviceboenden ansvarar nämnden för hälso- och sjukvårdsinsatser, upp till sjuksköterskenivå.

Socialkontorets tre myndighetsenheter handlägger ärenden enligt SoL, LVU, LVM och LSS. Utföraravdelningen bedriver verksamhet så som hemtjänst, äldreboenden, boenden enligt LSS, personlig assistans, stöd för barn och unga, öppenvård för personer med missbruk samt socialpsykiatriskt stöd. Avdelningen för kvalitet - och verksamhetsstöd ansvarar för utvecklings- och kvalitetsfrågor, och hanterar bland annat övergripande administration samt samordning av Nämndens budget.

3 Riskbedömning

Barn- och ungdomsenhet

På Barn- och ungdomsenheten görs i riskbedömningar dagligen. Bedömningarna handlar om vilka risker och konsekvenser enhetens beslut kan ha för deras klienter, men också för att säkerställa socialsekreterarnas arbetsmiljö och säkerhet. Under året har det införts rutiner avseende hembesök, med syfte att säkerställa medarbetarnas trygghet. Utifrån resultat av exempelvis egenkontroll och rapporteringar från IVO så görs också riskanalyser för att förbättra kvaliteten för enhetens klienter.

Vuxenenhet

Riskbedömningar görs kontinuerligt utifrån verksamhetens behov. Det görs också i individuella ärenden till exempel vid besök och hembesök. Enheten har gemensamt arbetat med olika förbättringsområden, såsom högre tillgänglighet, bättre introduktion för nyanställda, bättre utnyttjande av befintlig statistik för att följa verksamheten, arbete kring "mötet med klienten" med mera. Under 2017 har en utbildning genomförts där aktuell lagstiftning varit i fokus samt handläggning och dokumentation. Utbildningen har även innefattat barnrätt samt hur vi kan arbeta med feedback-kultur. Utbildningen genomfördes med både interna och externa resurser under tio dagar från mars till november.

Förbättringsarbetet i enheten har drivits med hög delaktighet vilket har lett till att personalomsättningen har avstannat, under 2017 slutade en person. Enheten har anställt nya, erfarna socionomer på vakanta tjänster och vid utgången av 2017 fanns endast en konsult kvar, detta i avvaktan på att en anställd kommer i februari 2018. Då kommer vuxenenheten att vara fulltalig, alla tjänster besatta.

Medarbetarna informeras om säkerhetsrutiner och rutiner hur personlarm används regelbundet på APT, enhetsmöten samt på myndighetsforum. Samtliga nyanställda informeras muntligt och skriftligt. Riskbedömning inför besök av eller hos klient skall alltid genomföras.

Biståndsenhet / Äldre och funktionsnedsatta

Samtlig personal på enheten har tillgång till personlarm som ska användas vid hembesök där det kan finnas en risk. Rutiner för användningen av larmen reviderades i maj 2015. Rutin finns även upprättad gällande hembesök med risk och är känd av samtliga på enheten. Samtliga medarbetare har signerat och tagit del av enhetens rutin för hembesök.

Riskbedömning ska enligt rutin göras inför varje hem -och nybesök. Riskbedömningsblankett finns tillgänglig för samtliga på enheten. Pärm för riskbedömningar tas med vid varje ärendedragning hemtjänst, socialpsykiatri och LSS. Under året har det upprättats tolv riskbedömningar inför brukarmöte.

Kvalitet- och verksamhetsstöd

På planeringsdagar har arbetsgruppen tagit fram och identifierat kvalitetskritiska riskmoment inom avdelningen. Riskbedömning, åtgärd och handlingsplan har upprättats för att bland annat säkerställa att det alltid finns bemanning att verkställa beslut om utbetalningar från Procapita, Infoga, att det finns kompetens att installera trygghetslarm med mera. Att utveckla avdelningens arbete med riskbedömning och riskanalyser är ett förbättringsområde till 2018.

Hemtjänst / Egen regi / Servicehus K-ängen/Bro

Enhetschefen och enhetsledare gör löpande riskbedömningar om verksamheten och om uppdragen. Riskbedömningar utförs på varje enskild arbetsplats, vilket i hemtjänst betyder varje enskild brukares hem. Detta för att fortlöpande bedömning minimerar risk för händelser som kan inträffa, vilket kan medföra brister i verksamhetens kvalitet.

Norr- och Allégården/Solrosens dagverksamhet

Vid varje ny verkställan av beställning och i var brukares genomförandeplan, har det upprättats riskbedömning, analys och handlingsplan för brukare. Riskinventering har även utförts och reviderats löpande vid ändrade förhållanden. Detta för att identifiera risk då händelser sannolikt skulle kunna inträffa, vilka kan leda till olycksfall, vårdskador eller kvalitetsbrister i verksamheten. Analyser som har upprättats rörande brukare är exempelvis risk för fall, övermöblering, dåligt ljus, oro, otrygghet, hot och våld, vilka således berör den fysiska som psykosociala miljön för brukaren. Andra riskbedömningar har även upprättats av sjuksköterska, sjukgymnast, arbetsterapeut gällande risk för vårdskador och olycksfall.

För medarbetarna har det även upprättats riskbedömning och handlingsplan av medarbetarens arbetsmiljö, som kan påverka arbetet hos brukare. Denna upprättas av brukarens kontaktman vid inflyttning och uppdateras vid förändringar. Utifrån arbetsmiljö har Risk och konsekvensanalyser upprättats vid förändringar i verksamheten, vid exempelvis schemaändringar. Vid återrapportering av HME resultaten användes dialog, analys och riskbedömning av HME/Medarbetarenkät.

Kungsgården / Hälso- och sjukvårdsenhet

Riskbedömningar görs när respektive brukare har flyttat in i sin lägenhet. Personalen går igenom fysisk - och psykosocialmiljö utifrån en för ändamålet framtagen blankett. När det behövs görs ändringar i samarbete med brukaren/närstående, så att det blir så riskfritt som möjligt. Fallriskbedömningar, nutritionsbedömningar, trycksårsbedömningar samt munhälsa görs två gånger per år på alla brukare i samband med registrering i Senior Alert samt vid behov. Riskanalyser görs vid behov på enheterna i samband med förändringar i organisationen.

Förebyggande enhet äldre

I början av året jobbade enheten intensivt med riskbedömningen, handlingsplan och analysen för flytten från Norrgårdsvägen till Kvistaberg. Med hjälp av en bra planering, engagerad personal och en bra kommunikation skedde flytten smidigt utan större störningsmoment för de äldre och personalen.

I januari drabbades enheten av en vattenskada vid Torget 4 i Kungsängen, enheten genomförde en risk-och konsekvensanalys framförallt med tanke på att medarbetarna inte har haft tillgång till sina lokaler. Lokalerna återställdes efter åtta veckors renovering. Förutom detta genomfördes två riskbedömningar på dagverksamheten. För brukarens säkerhet genomfördes en riskbedömning vid vandringsbeteende som ett symptom vid demenssjukdom. Som åtgärd skrev arbetsgruppen rutinerna om hur vi kan förebygga att en person med demens gå vilse samt rutinerna om hur enheten ska förhålla sig i fall att det händer. Personalen har exempelvis foto på alla deltagare för i fall att det uppstår situationen att utomstående behöver söka en deltagare med demenssjukdom.

2018 ska arbetet med riskbedömningar utvecklas så att hela personalgruppen känner sig uppmuntrad att ta ansvar för att genomföra riskbedömningar ännu mer självständiga.

Gruppboväder Personlig assistans / Ledsagar / Avlösarservice / Kontaktperson

Riskbedömningar och handlingsplaner har genomförts löpande i verksamheten och reviderats vid förändrade förhållanden, till exempel i samband med att nya beställningar verkställes. I boendeverksamheterna har även skyddsronder genomförts. De upprättade riskbedömningarna har haft varierande innehåll och har till exempel berört fysiska risker för brukare och/eller personal, bemanning och psykosocial miljö. Till samtliga risker har handlingsplan kopplats och de har följts upp löpande i samband med arbetsplatsträffar och Kvalitetsråd.

Riskbedömningar utifrån arbetsmiljö i den enskildes hem (personlig assistans) har genomförts och följts upp regelbundet.

4 Egenkontroll

Barn- och ungdomsenhet

En aktgranskning har gjorts under året. Aktgranskningen görs av avdelningen för kvalitet- och verksamhetsstöd. Resultatet av denna visar överlag att handläggningen fungerar väl och rättssäkert med bland annat korrekta och tidssatta beslut, vård- och genomförandeplaner, att utredningar inleds skyndsamt och att handläggning sker inom lagstadgad tid. Resultatet visar också att barn görs delaktiga genom samtal. Förbättringsområden som framkommit genom aktgranskningen är bland annat formalia kring akuta skyddsbedömningar, rutiner kring kommunikering och hur uppföljningar dokumenteras.

Enheten har under 2017 arbetat med resultat från den egenkontroll som gjordes hösten 2016. Detta arbete har gjorts enligt den handlingsplan som gällt för 2017, genom utbildningar, metodträffar, planeringsdagar och vid ärendedragningar.

En ny egenkontroll genomfördes i 2017 november, då medarbetarna har granskat ett antal av andra handläggares ärenden som handlagts under året. En analys av egenkontrollen samt handlingsplan upprättas i början av 2018, där medarbetarna kommer att vara delaktiga. Resultatet av egenkontrollen visar en måttlig försämring av handläggning och dokumentation, jämfört med resultatet för 2016. Detta antas bero på den instabilitet som funnits i ledningen under året.

Vuxenenhet

Vuxenenheten har under 2017 arbetat med resultatet från den egenkontroll som genomfördes 2016. En socialsekreterare har haft som specialuppdrag att vara stödperson för Procapita-arbetet vilket var ett av de områden som behövde utvecklas. Vidare har hela enheten fått utbildning i sociallagstiftning samt handläggning och dokumentation.

I november 2017 genomfördes en ny egenkontroll. Handlingsplan kommer att göras med aktiviteter för de områden där förbättring kan ses. Generellt kan vi konstatera att förbättring har skett sedan föregående år.

Biståndsenhet / Äldre och funktionsnedsatta

Egenkontroll utifrån internkontrollplan har genomförts två gånger under år 2017. Resultatet av föregående egenkontroll och de åtgärder som framkom där, återfinns i enhetens gemensamma handlingsplan som regelbundet följs upp. I november så genomfördes en egenkontroll utav akterna genom en kollegial granskning. Det finns ett resultat men det har inte analyserats ännu. En aktgranskning har utförts av utredare på avdelningen för kvalitet -och verksamhetsstöd, under våren 2017.

Kvalitet- och verksamhetsstöd

Egenkontroll har genomförts på kontroll av utredning och handläggningstider vid Lex Sarah samt klagomål och synpunktshantering. Vid utredning och handläggningstider vid Lex Sarah och de registrerade klagomål -och synpunkterna, sker handläggning och svarstid inom fastställd tid. Logg kontroll i verksamhetssystemet Procapita med ingen anmärkning. Avdelningen genomför en akt granskning utav myndighetsärenden årligen.

Stöd- och behandlingsenhet / Lane / Socialpsykiatri (2018-01-24)

Solängen, Härnevi och boendestöd psykiatri har gjort egenkontroller av dokumentation genom stickprovsgranskning av varandras ärenden. Resultaten har återkopplats och

ansvarig personal har åtgärdat de brister som uppmärksammats.

I LANE- verksamheten har föreståndare genomfört löpande stickprov utav dokumentationen under året. Medarbetare har åtgärdat de brister som kommit fram.

Hemtjänst / Egen regi / Servicehus K-ängen/Bro

Enheten genomför egenkontroll av beställda och genomförda insatser samt avvikelser en gång per månad för att undersöka att brukare får sin beviljade hjälp och tid och för att kvalitetssäkra att alla besök planeras i planeringssystemet Lifecare.

Enheten genomför egenkontroll av livsmedelshantering en gång i veckan för att säkra en obruten kylkedja samt genomför egenkontroll av Phoniro minst en gång i månaden för att kvalitetssäkra genomförandet av insatser hemma hos brukare. Enheten genomför även egna granskningar utav sina journaler. Signatur för dagliga genomförda insatser samt avvikelser skall dokumenteras. Enheten har förbättrat sin dokumentation på grund av uppkomna brister i egenkontrollen. Socialkontoret granskar akter i samband verksamhetsuppföljning.

Norr- och Allégården/Solrosens dagverksamhet

Den sociala dokumentationen och genomförandeplaner granskas och kontrollerats fortlöpande. Alla medarbetare dokumenterar dagligen. Dock sker inte all dokumentation digitalt ännu. En handlingsplan är upprättad för en förbättring gällande detta.

Kungsgården / Hälso- och sjukvårdsenhet

Egenkontroller görs genom jämförelser utav verksamhetens resultat med uppgifter i nationella och regionala kvalitetsregister som tex. Palliativa registret och Senior Alert. enl 7 kap patientdatalagen 2008:355 en gång per år. Enheten granskar även Sol-dokumentationen två gånger per år och MAS gör kvalitets- och journalgranskning en gång om året. Egenkontroll av basal hygien sker var tredje månad och kostombuden gör en egenkontroll av måltidsmiljön var tredje månad.

Förebyggande enhet äldre

Regelbunden egenkontroll genomförs exempelvis gällande livsmedelshygien, hygien och dokumentation. Egenkontroll i köket genomförs dagligen i form av att exempelvis kolla temperaturen på maten och en gång i veckan om temperaturen i kylskåpet. Enheten har en egenkontrollpärm. Gällande hygienfrågor genomförde alla en egenkontroll enkät som kommunens MAS rekommenderade.

Resultatet av kontrollerna visade att man följer reglerna enligt direktiv. I början av året visades svagheter gällande dokumentationen, det fattades mer än 50 % av genomförande planer och enheten hade inte påbörjat med digital dokumentation. Som åtgärd har enheten utsett en dokumentstödjure som stödjer personalen med dokumentationen. Detta led till att enheten uppnådde målet 100 % genomförande planer och 100 % digital dokumentation.

Gruppboheter Personlig assistans / Ledsagar / Avlösarservice / Kontaktperson

Samordnare och enhetsledare i verksamheterna har under året granskat sociala journaler, genomförandeplaner samt eventuella arbetsanteckningar för att säkerställa att dokumentation skett på rätt sätt, det vill säga att det som dokumenterats varit tillräckligt, väsentligt och korrekt. Med utgångspunkt i denna granskning har återkoppling skett från samordnare/enhetsledare till personal, för att skapa förutsättningar för ständig utveckling och förbättring av dokumentationen. Genomförandeplanerna har under året

följts upp och uppdaterats, detta är dock ett fortsatt utvecklingsområde i flera verksamheter utifrån kvalitetsuppföljningen 2016. 2017 genomfördes ingen kvalitetsuppföljning.

Egenkontroll av livsmedelshantering har genomförts regelbundet inom boendeverksamheter där gemensamma måltider tillreds. Kontrollen har gjorts i enlighet med kommunens fastställda riktlinjer för livsmedelshantering inom socialtjänstens verksamheter. De skriftliga rutinerna behöver fortfarande bli mer kända av personal.

5 Klagomål och synpunkter

Barn- och ungdomsenhet

Under året har det inkommit tre klagomål - och synpunkter till enheten. Klagomålen har handlat om missnöje med handläggning och bemötande. Enhetschefen har vid samtliga klagomål haft kontakt med den person som lämnat klagomålet. Inget av klagomålen har bedömts av den grad att de överlämnats till IVO.

Vuxenenhet

Klagomål -och synpunkter lämnas av klienter vilka tas om hand av enhetschefen. Återkoppling sker i den mån individen inte vill vara anonym. Processen för klagomål och synpunkter följs. Under 2017 har tre klagomål/synpunkter inkommit. Alla tre har fått återkoppling från samordnare respektive enhetschef. Klagomålen har i två fall handlat om begäran om byte av handläggare och i ett fall om upplevt dåligt bemötande från socialtjänsten.

Biståndsenhet / Äldre och funktionsnedsatta

Kvalitetsråd har under 2017 tydliggjort rutiner och blanketter för klagomål - och synpunkter för samtliga medarbetare på enheten. Processen för klagomål- och synpunkter är känd. Enheten har en samlad översikt på synpunkter, klagomål, avvikelser och anmälningsskyldighet i form av ett Excel dokument. Enheten återkopplar till den klagande. Sex synpunkter har inkommit under 2017. Dessa har bland annat handlat om faktureringsprocessen i Phoniro, fördröjning av verkställighet i ett ärende, hantering utav ett ärende från vårdplanering till flytt på servicehus samt missnöje med beslut.

Kvalitet- och verksamhetsstöd

50 synpunkter och klagomål har registrerats i diariet gällande socialnämndens verksamheter under 2017. Dessa har registrerats enligt framtagen process. Samtliga synpunkter- och klagomål är ställda till antingen Myndighetsenheterna eller Utföraravdelningen, avdelningen för kvalitet- och verksamhetsstöd har ej fått in någon synpunkt eller klagomål under 2017 för besvarande.

Socialkontorets arbete med processen kring synpunkter- och klagomål är fortfarande ett förbättringsarbete. Möjligheten att lämna sina synpunkter och klagomål behöver förbättras inom kontoret, liksom att rutin och process behöver implementeras och följas upp bättre.

Stöd- och behandlingsenhet / Lane / Socialpsykiatri

Klagomål -och synpunkter tas emot och åtgärdas samt återkopplas i varje enhet. Dokumenten samlas i en pärm och diarieförs när klagomålet åtgärdats samt tas upp på det kvalitetsråd som hålls cirka en gång per månad.

I diariet finns åtta synpunkter/klagomål registrerade. Vid granskning framkommer att sex av dessa berör olika personers oro för att Träffpunkten (socialpsykiatri) ska stängas. Detta var en missuppfattning som spritts bland brukare. Två synpunkter/klagomål berör Härnevimmottagningen. Den ena är en uppskattande synpunkt på Härnevimmottagningens positiva utveckling vad gäller arbetssätt. Den andra föreslår att särskilda kvinnogrupper med aktiviteter ska återinföras.

Hemtjänst / Egen regi / Servicehus K-ängen/Bro

Medarbetarna har fått information och utbildning för hantering av synpunkter, klagomål och avvikelser. Utbildning hålls en gång per år på APT mötet. Medarbetarna följer socialkontorets skriftliga rutiner för hantering av avvikelser. Enheten har haft tre klagomål under 2017.

Norr- och Allégården/Solrosens dagverksamhet

Verksamheten uppmuntrar brukarna och närstående att lämna synpunkter eller klagomål. Vid ankomst till enheten får ny brukare med närstående alltid ta del av blanketten "synpunkter och klagomål". Blanketten finns även alltid tillgänglig i verksamhetens alla entréer. Verksamheten har endast fått muntliga synpunkter från brukare och anhöriga sporadiskt, vilka som oftast inneburit synpunkter om matens kvalitet eller variation. Dessa synpunkter har omgående bemöts av chef och verksamhetens kockar, vilka tagit till sig de förslag och kritik som givits och vidare i fortsättningen försökt att tillmötesgå brukaren på bästa sätt. Under året har det inkommit synpunkter och klagomål till Allégården via IVO, vilka har begärt handlingar från enheten. Ärendet gällde en anmälan om vanvård från en brukares anhörig. Enheten startade en utredning omgående.

Kungsgården / Hälso- och sjukvårdsenhet

Klagomål -och synpunkter finns på det företag som har Hälso-och sjukvårdsuppgifterna på obekvämt arbetstid. Enheten har möte med företaget två gånger per år för att gå genom förbättringsåtgärder och utvecklingsområden som kan finnas för samarbete.

Klagomål på maten har funnits. Från oktober 2017 har enheten fått varm mat från kostenheten och inkomna synpunkter på maten verkar ha minskat sedan dess. Kostombuden har träffats en gång per månad. Efter att enheten avslutade ekonomibiträdes uppdrag kom synpunkter både från anhöriga och medarbetare. Enheten bemötte och besvarade deras frågor via olika möten. Ett uppföljningsmöte planerades då under februari 2018. Tre skriftliga klagomål och synpunkter från anhöriga kom till kommunen gällande Kungsgården som är besvarade.

Förebyggande enhet äldre

Enheten fick ett klagomål om vägen till Kvistaberg, klagomålet framfördes till Samhällsbyggnadskontoret. Förutom detta har det inte kommit in skriftligt klagomål, enheten har dock arbetat aktivt med att uppmuntra alla deltagare och äldre invånare att lämna in synpunkter om verksamheten i strävan att ständigt förbättras. Det har satts upp en hylla med enkäter som är lättillgänglig för alla äldre. Alla nya deltagare på dagverksamheten får ett välkommenskit som bland annat innehåller enkäten för synpunkter.

Gruppboheter Personlig assistans / Ledsagar / Avlösarservice / Kontaktperson

Till enheten inkom totalt 16 stycken klagomål -och synpunkter under 2017. Av dessa tillhörde fyra stycken personlig assistans och resterande tolv grupp- och serviceboheter. Samtliga klagomål -och synpunkter har besvarats och återkopplats till den som lämnat dem. Åtgärden har ofta bestått i att verksamheten sett över och justerat rutiner.

Totalt 16 inkomna synpunkter och klagomål på 8 grupp- och serviceboheter samt personlig assistans med 17 assistansberättigade under 2017 är ett lågt antal sammantaget. Att antal inkomna synpunkter och klagomål är lågt kan bero på olika orsaker. En orsak kan vara att blanketten inte finns tillgänglig i verksamheterna, samt att

den inte är anpassad till målgruppen. En annan anledning kan vara att anhörig och god man inte har kännedom om blanketten, eller inte har tillgång till blanketten. Ytterligare en aspekt är att medarbetarna tar emot synpunkter och klagomål muntligt och för informationen vidare till enhetsledare som åtgärdar och återkopplar till den som lämnat synpunkten/klagomålet. Eller att de själva åtgärdar synpunkten eller klagomålet utan att dokumentera detta.

Under 2018 behöver verksamheten utveckla arbetet kring synpunkter och klagomål för att göra det till en mer aktiv och levande del i verksamheten. Enhetschef, enhetsledare och samordnare kommer att arbeta med processen i samtliga arbetsgrupper för att öka andelen rapporterade synpunkter och klagomål, både från brukare, god man och anhöriga. Enheten kommer även arbeta vidare med brukardelaktigheten samt se över möjligheten och tillgängligheten när det gäller blanketten.

6 Värdegrundsarbetet

Barn- och ungdomsenhet

Enheten känner väl till värdighetsgarantierna och har gått igenom dessa vid planeringsdagar. Broschyren med värdighetsgarantierna finns på enheten och klienterna kan ta del av den. Garantierna har blivit en del i metodiken som medarbetarna använder i mötet med klienterna och i möten med varandra. I vardagen och vid handledning arbetar enheten med förhållningssätt och metodik men benämner det inte för värdegrund.

Vuxnenhet

I vardagen, på ärendedragningar och på handledning arbetar enheten med gemensamt med förhållningssätt och metodik utan att benämna det värdegrund. Värdegrunden består utav områdena insatser av god kvalitet, självbestämmande, delaktighet och individanpassning, gott bemötande samt trygghet. Enhetens utvecklingsarbete sker utifrån de värdegrundsgarantier som framtagits och enhetens vision för sitt utvecklingsarbete är "*En stabil verksamhet där tydlighet, delaktighet, kompetens och gott samarbete genomsyrar arbetet med medborgarnas bästa i fokus*".

Biståndsenhet / Äldre och funktionsnedsatta

Värdighetsgarantierna finns implementerade sedan 2016 i det dagliga arbetet hos handläggarna. Vid varje nybesök som handläggarna har med brukare/anhöriga som ansöker om insatser delar handläggaren ut broschyren med information om värdighetsgarantierna. Enheten har under året jobbat med värdegrundsgarantierna på APT, de första som togs fram i samarbete med utförare inom socialkontoret. Man tog då fram små kort där varje värdegrund finns nedskrivet. På några APT under 2017 har enhetens medarbetare fått reflektera i grupp över varsitt kort och de värdegrundsord som står nedskrivet.

Kvalitet- och verksamhetsstöd

2015 gav Socialnämnden socialkontoret i uppdrag att vidareutveckla arbetet med de lokala värdighetsgarantierna. Garantierna visar vad en person i behov av omsorg och de anhöriga kan förvänta sig av kommunen. Det arbete som avdelningen bedrev, med att ta fram nya mer verksamhetsanpassade värdighetsgarantier har nu implementerats i verksamheterna. Avdelningen följer upp de arbete som enheterna genomför i sina kvalitetsuppföljningar samt stöttar arbetet med hur dessa kan och ska användas. Det finns framtaget tre broschyrer utav värdighetsgarantier, en med inriktning äldreomsorg, en med inriktning för personer med funktionsnedsättning och en för individ och familjeomsorg. Avdelningen har tagit fram dessa broschyrer på språken somaliska, arabiska samt finska utöver de broschyrer på svenska som redan fanns

Stöd- och behandlingsenhet / Lane / Socialpsykiatri

Tas upp på respektive enhets APT då och då. Enheterna brukar spela "Samspelet" samt göra värderingsövningar. Diskussioner kring värdegrundsarbetet har även hållits i de olika grupperna på gruppmöten.

Hemtjänst / Egen regi / Servicehus K-ängen/Bro

Värdighetsgarantierna genomsyrar hela verksamheten och ingår som en punkt på dagordning för APT. All personal har haft genomgång av värdighetgarantier under

2017. Vårdighetsgarantierna ingår i introduktion till vikarier och nyanställda.

Norr- och Allégården/Solrosens dagverksamhet

Enheten har haft två värdegrundshandledare under året. Dessa har haft en sammankomst innan sommaren för feriearbetare och vikarier där de framför allt talat om bemötandesituationer med brukare. Vid varje arbetsplatsträff har enheten haft 30 minuters reflektion, där man tagit upp situationer med brukare kontra vårdighetsgarantierna. Enheten måste dock utbilda fler värdegrundshandledare, då dessa inte riktigt räcker till.

Kungsgården / Hälso- och sjukvårdsenhet

Enheten drar varje måndag ett kort som är en vårdighetsgaranti såsom "veckans ord", och har det på tavlan i personalexpeditionen så att alla kan läsa. Personalen reflekterade och skrev om veckans ord i reflektionsboken. På varje APT har enheten haft en punkt om vårdighetsgarantier. Under året hade kvalitetsavdelningen reviderat de ursprungliga vårdighetsgarantierna och enheten har arbetat igenom dessa. Värdegrundsledarna stöttar övriga medarbetare i det dagliga arbetet vad gäller vårdighetsgarantierna.

Förebyggande enhet äldre

Verksamheten har inte påbörjat att arbeta med vårdighetsgarantierna. Enhetschefen har dock utsett ett värdegrundsombud samt att det utarbetas en plan hur enheten kommer att arbeta med vårdighetsgarantierna under 2018.

Gruppboende Personlig assistans / Ledsagar / Avlösarservice / Kontaktperson

Kvalitetsuppföljningen ifrån 2016 av verksamheterna visade på en god implementering av vårdighetsgarantierna, arbetet har utvecklats väl på enheterna och att arbetsgrupperna använder och reflekterar över garantierna i det dagliga arbetet med brukarna. I boendeverksamheterna har man arbetat med att involvera och informera brukare och närstående om vad garantierna innebär på respektive enhet. Inom området personlig assistans ska värdegrundsarbetet prioriteras under våren 2018 på assistansgruppernas gruppmöten samt planeringsdagar.

7 Anmälningsskyldigheter

Barn- och ungdomsenhet

Nyanställd personal får information om Lex Sarah som en del av introduktionen. Enheten har inte haft några rapporterade missförhållanden under året.

Vuxenenhet

Nyanställd personal får information om Lex Sarah som en del av introduktionen. Enheten har inte haft några rapporterade missförhållanden under året.

Biståndsenhet / Äldre och funktionsnedsatta

Rutin kring Lex Sarah är känd hos samtliga medarbetare på enheten och finns som dokument i enhetens rutin manual. Till enheten har det inkommit två Lex Sarah under år 2017 som berör annan verksamhet i egen regi. Enheten har medverkat till åtgärder för att förhindra ytterligare missförhållanden. En Lex Sarah har inkommit från extern verksamhet.

Kvalitet- och verksamhetsstöd

14 stycken Lex Sarah rapporter blev inlämnade till socialkontoret och avdelningen för kvalitet- och verksamhetsstöd för utredning och ställningstagande under 2017. Detta är en ökning med två stycken anmälningar sedan föregående år. Två stycken Lex Maria inkom under 2017.

Stöd- och behandlingsenhet / Lane / Socialpsykiatri

Information och utbildning i Lex Sarah är planerat att genomföras under våren 2018 för att vidmakthålla kunskapen. Inga rapporterade missförhållanden enligt Lex Sarah har skett under 2017 inom enheten Stöd -och behandling.

Hemtjänst / Egen regi / Servicehus K-ängen/Bro

Enheten följer socialkontorets skriftliga rutiner för rapporteringsskyldighet för personal som fullgör uppgifter enligt socialtjänstlagen eller lag om stöd och service till vissa funktionshindrade. Samtliga medarbetare har fått utbildning/information om rapporteringsskyldighet. Enheten har gjort sex Lex Sarah anmälningar under året 2017. Enheten arbetar aktivt med att förhindra att dessa händelser ska hända igen genom att förbättra och förnya verksamhetens rutiner och för att implementera dessa rutiner i enheten på APT- möten och planeringsdagar.

Norr- och Allégården/Solrosens dagverksamhet

Under 2017 har Norrgården haft en Lex Maria utredning, vilken fortfarande är pågående. För att förebygga att händelsen ska återupprepas har omedelbara åtgärder vidtagits med samtal och indragen delegering. Långsiktiga förebyggande åtgärder är utbildningsinsatser, förbättrade introduktioner, påminnelser, information på APT och föreläsning. Enheten har inte haft någon utredning om Lex Sarah.

Kungsgården / Hälso- och sjukvårdsenhet

Enheten har haft fyra Lex Sarah anmälningar under 2017. Hälso-och sjukvårdsenheten har haft sammanlagt en Lex Maria på Kungsgården.

Förebyggande enhet äldre

2016 erbjöd kommunens MAS en utbildning om anmälningsskyldigheter för förebyggande enheten i Kungsängen och 2017 på dagverksamheten i Bro. Hela personalgruppen har fått information om anmälningar enligt Lex Maria och Lex Sarah från kommunens MAS.

Gruppboheter Personlig assistans / Ledsagar / Avlösarservice / Kontaktperson

Enheter har under året haft nio rapporter om missförhållanden enligt Lex Sarah. Tre av dessa avsåg personlig assistans, två berör bristande rutiner och icke utförda stödinsatser. Den andra berör bemötande. De återstående sex rapporterna berör gruppboheter. Tre rapporter berör hot och våld mellan brukare i en verksamhet, två rapporter brister gällande möjlighet att ge stöd. En rapport gäller brister i brukarens möjlighet att vara på daglig verksamhet. Samtliga rapporter resulterade i såväl omedelbara som långsiktiga åtgärder för att förhindra att något liknande kan uppstå igen.

8 Avvikelser och förbättringsförslag

Barn- och ungdomsenhet

Barn- och ungdomsenheten har fortsatt att utveckla det systematiska förbättringsarbetet. Kvalitetsråd genomförs en gång/månad, vilka protokollförs tydligt. Rådet arbetar med att analysera avvikelser, klagomål och synpunkter. Enheten har utvecklat rådet ytterligare och använder gruppens kompetens med att förbättra kvalitetskritiska rutiner och processer. De beslut och förslag som kvalitetsrådet kommer fram till presenteras och diskuteras med övriga medarbetare på APT.

Alla medarbetare på enheten arbetar med avvikelse rapportering och skriver avvikelser på stort som smått. Detta är ett välfungerande sätt att hela tiden utveckla och förbättra verksamheten. Alla medarbetare förstår syftet med avvikelse rapporteringen. Protokoll från APT och Kvalitetsråd finns att ta del av i samarbetsforumet. Enheten har olika grupper som arbetar med olika frågor. En grupp är Procapita-gruppen som träffar systemförvaltaren en gång per månad och arbetar enligt en handlingsplan med förbättringar i verksamhetssystemet. En annan grupp är Signs of safety operativ grupp, som arbetar med att öka kunskap och användande av Signs of safety.

Vuxnenhet

Under 2017 har det inte inkommit några avvikelser eller förbättringsförslag på skriftlig blankett. I utvecklingsarbetets start gjordes en nulägesanalys och utifrån den hittade enheten gemensamt tre fokusområden för förbättringar, introduktion av nyanställda, statistik samt brukarens delaktighet. Dessa områden har enheten arbetat med under året gemensamt medarbetare och ledare.

Biståndsenhet / Äldre och funktionsnedsatta

Enheten arbetar med avvikelshantering och har tagit fram en lokal struktur för att följa ”var avvikelser finns”. De avvikelser som finns att granska följer struktur och vidtagna åtgärder finns på kvalitetsrådsprotokollen. Enheten har arbetat med att öka avvikelserna och har dem på sitt skrivbord framför sig för att bli påmind om arbetet. Till enheten har det inkommit sex avvikelser, samtliga har besvarats till den som lämnat avvikelserna och lagts till enhetens förbättringsåtgärder. Enheten efterlyser återkoppling på vidtagna åtgärder på avvikelser de skickat till andra enheter, endast en av tre har inkommit.

Kvalitet- och verksamhetsstöd

Avdelningen har börjat se över arbetet och processen för avvikelser- och förbättringsförslag i kontorets enheter. Det har inkommit väldigt få avvikelser till avdelningen under året, vilket borde tyda på att processen för avvikelshantering ute på enheterna inte är lika känd som den varit tidigare år. Arbetet med översynen ska ske under 2018.

Stöd- och behandlingsenhet / Lane / Socialpsykiatri

Avvikelse tas upp på enhetens Kvalitetsråd där det dokumenteras och åtgärder diskuteras vid behov. Under 2017 har fjorton avvikelser dokumenterats i kvalitetsrådet. Det har nästan enbart handlat om ärenden där vårdplan/uppdrag saknats eller ej varit uppdaterat och därmed även lett till att genomförandeplan saknats/ej uppdaterats. Åtgärder har varit att kontakta myndighetsenheterna för vårdplan. I slutet av året har det blivit bättre. Vårdplan och genomförandeplan finns i de allra flesta ärenden.

Hemtjänst / Egen regi / Servicehus K-ängen/Bro

Medarbetarna har fått information och utbildning för hantering av avvikelser. Enheten följer kontorets skriftliga rutiner för hantering av avvikelser. Enheterna inom äldre- och handikappomsorgen har så kallade kvalitets-/omvårdnadsmöte var fjärde vecka. Syfte är att löpande följa upp enhetens kvalitet enligt underlag för uppföljning som följer enhetens verksamhetsplan. På kvalitetsmötet diskuteras/analyseras samtliga rapporter i verksamheten. På kvalitet-/omvårdnadsmötet deltar enhetsledare och personalen, på servicehusmötena deltar även sjuksköterska och vid behov sjukgymnast/ arbetsterapeut. Enheten har avvikelser på dagordningen på sina APT. Syftet är att fortlöpande diskutera/analysera enhetens kvalitet och rapportera förbättringsåtgärder i verksamheten.

Enhetschefen ansvarar för att alla medarbetare är delaktiga i enhetens kvalitetsarbete med uppföljning av avvikelser, justering och upprättande av aktuella rutiner och arbetssätt samt att uppföljningar sker enligt gällande rutiner. Syftet är att upptäcka fel och brister samt att genom nya rutiner och arbetssätt förhindra att fel och brister uppstår igen. Avvikelser om fysiska arbetsmiljön har åtgärdats med att kontakt tagen med rehabpersonalen om behovet av hjälpmedel. Avvikelser om hög arbetsbelastning har åtgärdats med genomgång och förbättring av arbetssätt genom att justera kringtiden och besöks längden hos brukare, användandet av planeringssystem Lifecare har gett bättre arbetssätt för personalen. Avvikelser av nycklar som har varit försvunna har hemtjänsten införskaffat digitala nyckelskåp för att kunna förvara nycklar på ett säkert sätt.

Norr- och Allégården/Solrosens dagverksamhet

Under 2017 har Norrgården haft 37 stycken avvikelser och förbättringsförslag. Allégården har haft 22 stycken avvikelser och förbättringsförslag. Dessa har tagits upp på Kvalitetsråd varje månad, där representanter från enhetens samtliga avdelningar, sjuksköterskor, arbetsterapeuter och sjukgymnaster tillsammans diskuterat och fastställt åtgärder. Enheternas avvikelser och förbättringsförslag har bidragit till utveckling av enhetens rutiner och främjat medarbetarnas delaktighet.

Kungsgården / Hälso- och sjukvårdsenhet

Enheten har kvalitetsmöten en gång i månaden där de avvikelser, klagomål och synpunkter som uppkommit i verksamheten analyseras. På mötet medverkar alltid någon från rehab, sjuksköterskorna och kvalitetsombuden från respektive plan. Protokollet från kvalitetsmötet tas upp på APT varje månad. Detta ger möjligheter till personalen för att få information om verksamhetens kvalitetsarbete. Antal avvikelser med fall och läkemedel under 2017 var 137 stycken samt sex stycken övriga avvikelser.

Förebyggande enhet äldre

2017 bearbetades 24 avvikelser inom enheten. Nästan alla avvikelser berörde transporter. Åtgärd för att komma tillrätta med dessa avvikelser var att enheten skaffade ny struktur för planering av körningar samt samarbete med transport-och servicegruppen. Transportgruppens samordnare har ett möte med dagverksamhetens personal varje månad för att garantera ett bra samarbete. Alla avvikelser tas upp i kvalitetsrådet i lärande funktion.

Gruppboheter Personlig assistans / Ledsagar / Avlösarservice / Kontaktperson

Under 2017 inkom totalt 47 stycken avvikelser och förbättringsförslag. 43 av dessa

tillhör personlig assistans och resterande fyra grupp- och servicebostäder. Totalt har antalet inkomna avvikelser och förbättringsförslag dubblerats från 2016. En markant ökning har skett inom området personlig assistans medan antalet har minskat kraftigt när det gäller grupp- och servicebostäder. Anledningen till ökningen inom personlig assistans beror på att samordnarna arbetat aktiv under året med att implementera processen, vilket har givit effekt.

Att det skett en stor minskning på grupp- och servicebostäder kan bero på att medarbetarna ofta framför sina förbättringsförslag på APT och gruppmöten varannan vecka. Samt att de åtgärdar avvikelser när de uppstår eller att de direkt vänder sig till enhetsledaren som har sitt kontor i verksamheten, istället för att fylla i en blankett. När det gäller assistansen så har de ingen ledare fysisk nära och det blir mer naturligt att fylla i en blankett och ta med till nästa gruppmöte/APT. Vid mer allvarliga avvikelser kontaktas samordnare eller enhetsledare på telefon.

De flesta av de inkomna avvikelserna och förbättringsförslagen gäller mindre brister i rutiner som har kunnat åtgärdats genom uppdatering och förtydligande av genomförandeplan och/eller verksamhetens rutiner. Några avvikelser gäller samverkan god man/förvaltare. En avvikelse handlar om att en assistansgrupp inte fått förlängd delegering i tid. Tre avvikelser berör försvunna saker i en brukares lägenhet. Inkomna avvikelser och förbättringsförslag har under 2017 tagits upp under respektive verksamhets arbetsplatsträffar och på enhetens Kvalitetsråd, där enhetschef och samordnare/enhetsledare deltagit. Avvikelser eller förbättringsförslag som berört flera delar av verksamheten har diskuterats och bidragit till utökad samverkan och/eller nya rutiner.

Under 2018 kommer enheten arbeta med processen i samtliga arbetsgrupper för att öka andelen rapporterade avvikelser och förbättringsförslag.

9 Brukarundersökningar och öppna jämförelser

Barn- och ungdomsenhet

Brukarundersökning har genomförts i samarbetet med SKL (Sveriges kommuner och landsting) under september månad. Resultatet visar att en hög andel av vårdnadshavarna anser att det är lätt att förstå information som socialsekreterare ger och att socialsekreteraren visar stor förståelse för situationen. En relativt hög andel av vårdnadshavarna anser att socialsekreteraren efterfrågat förslag på hur den egna situationen skulle kunna förändras och en relativt hög andel är nöjd med stödet från enheten.

Förbättringsområden är att öka tillgängligheten så att brukare lättare kommer i kontakt med sin socialsekreterare och att vårdnadshavare känner att de i högre utsträckning kan påverka vilket stöd de får. Mest negativa var de när det gällde hur den egna situationen förändrats efter kontakt med socialtjänsten, där endast drygt hälften, ansåg att situationen förbättrats. Resultaten är liknande gällande barnens svar på brukarundersökningen (exklusive ensamkommande). Skillnaderna är huvudsakligen att barnen är mer nöjda med stödet från socialtjänsten och de anser i högre utsträckning att situationen förbättrats.

Brukarundersökning har också genomförts genom gruppsamtal med ensamkommande utifrån temat delaktighet och krav. Ungdomarna uttryckte att de saknade återkoppling från sina socialsekreterare och att de upplevde det som svårt att få kontakt med socialsekreterarna. De efterfrågade mer inflytande över sin situation. Enheten har utöver brukarundersökningen deltagit i Jönköping FoU:s utvärdering av implementeringen av Signs of Safety, där även brukarintervjuer gjorts. Resultatet visar att drygt 70% av de tillfrågade vårdnadshavarna som deltagit i undersökningen anser att de blivit väl lyssnade på. Drygt 80 procent upplever att socialsekreteraren varit öppen och ärlig och drygt 90 procent tycker sig blivit behandlade med respekt. Gällande i vilken omfattning arbetsverktygen inom Signs of safety använts är det ungefär hälften av de tillfrågade vårdnadshavarna som känner igen att verktygen använts.

Vuxenenhet

Brukarundersökning har genomförts utifrån SKLs modell under september månad 2017. Antal utdelade enkäter översteg 300 och svarsfrekvensen var nästan 40 %. Föregående år delades ett litet fåtal enkäter ut vilket gör att resultatet av den undersökning inte kan anses som ett trovärdigt resultat. Enheten har under året arbetat med målet om ett högt antal utdelade enkäter och självklart med målet att få en hög svarsfrekvens.

Resultatet för år 2017 undersökning visar på ett bra resultat på de flesta frågor, men det finns många saker enheten kan förbättra, såsom bättre tillgänglighet och om klientens upplevda delaktighet. Detta ingår självklart i utvecklingsarbetet under 2018. Årets enkät ska ha en högre svarsfrekvens och högre andel mycket nöjda och nöjda brukare.

Biståndsenhet / Äldre och funktionsnedsatta

Enheten ansvar för myndighetsutövningen inom flertalet områden inom Öppna Jämförelser, exempelvis stöd för personer med funktionsnedsättning enligt LSS samt enligt SoL (psykisk funktionsnedsättning) och myndighetsutövning till äldre.

Öppna Jämförelser visar bland annat på att det finns både en intern och extern samverkan mellan enheten och andra områden samt externa aktörer, att enheten har

börjat att implementera IBIC inom några områden men inte alla samt att varje handläggare inom bistånd för äldre har 122 ärenden var. Enheten har en aktuell rutin för att lämna ut information till den enskilde om samordnade individuella planer (SIP) samt att enheterna har de flesta rutiner som Socialstyrelsen efterfrågar.

Förbättringsområden är bland annat att införa en samordning med området missbruk, att implementera arbetet med IBIC inom Biståndsenhetens utredningar inom LSS samt att se över rutinerna för brukare med missbruk av alkohol eller andra beroendeframkallande medel för att även inkludera läkemedel.

Kvalitet- och verksamhetsstöd

Avdelningen är ansvarig för flertalet av de undersökningar som genomförs inom socialkontoret. Öppna Jämförelser är Socialstyrelsens årliga undersökning utav av socialtjänstens verksamhetsområden. Avdelningen har här huvudansvaret för ett samla och rapportera in uppgifterna men även för analyser av resultatet samt redovisningen för Socialnämnden.

Avdelningen har även genomfört brukarundersökningar inom myndighetsavdelningen IFO och funktionshinderområdet tillsammans med SKL samt på eget initiativ gjort undersökningar inom bland annat den egna öppenvården på Härnevimmottagningen. Under 2017 drog Socialnämnden i gång fokusgruppsintervjuer för nämndens olika målgrupper. Avdelningen för kvalitet- och verksamhetsstöd genomför dessa fokusgrupper i ett led att öka delaktigheten för nämndens målgrupper.

Stöd- och behandlingsenhet / Lane / Socialpsykiatri

Brucarundersökningar har genomförts på Härnevimmottagningen samt för boendestöd inom psykiatrin. Frågorna i undersökningen har haft fokus på den enskildes känsla av självbestämmande, trygghet samt engagemang hos personalen. Båda undersökningarna har visat att de allra flesta brukare är mycket nöjda med det stöd/behandling som erbjuds. Verksamheterna har analyserat de fåtal mindre positiva svar som kommit in för att ha som grund för vidareutveckling.

Hemtjänst / Egen regi / Servicehus K-ängen/Bro

Samtliga brukare ska känna delaktighet, inflytande samt känna sig nöjda med planering, genomförande och uppföljning avseende beviljade insatser från äldre- och handikappomsorgen. I Socialstyrelsens brukarundersökning år 2017 bland personer som hade hemtjänst i kommunen får enheten ett bättre resultat avseende nöjdhet och delaktighet och bemötande i jämförelse med året 2016. Enheten har haft mål att förbättra kundnöjdheten under året samt har arbetat med att förbättra kontinuiteten för att brukare ska kunna känna sig trygga.

För att garantera att enheten uppnår målet avser enheten att till exempel arbeta med att alla medarbetarna ska följa enhetens värdegrund avseende gott bemötande, att kontaktsmannen i samråd med brukaren upprättar genomförandeplan samt att det på varje arbetskort finns beviljad tid och brukare för respektive kontaktperson inplanerat.

Norr- och Allégården/Solrosens dagverksamhet

Enheten har arbetat mycket med bemötande, trygghet och måltiden under 2017. Sammantaget visar Socialstyrelsen brukarundersökning att 87 % av brukarna på Allégården är nöjda med sitt äldreboende. Området måltid som enheten har lagt ned mycket arbete kring visar att 88% av svaren är positiva och brukarna är nöjda med maten. 100% positiva svar fick Allégården i frågan om bemötande och 89% fick

Norrgården i frågan om bemötande, vilket är mycket positivt. Sammantaget visar undersökningen att 88% av brukarna på Norrgården är nöjda med sitt äldreboende. 53 % positiva svar fick Norrgården om maten smakar bra. Vilket tyder på ett stort förbättringsområde för Norrgården. Enheten arbetar vidare med temat den goda måltiden.

Kungsgården / Hälso- och sjukvårdsenhet

Enheten hade brukarråd två gånger under våren och en gång under hösten 2017. Brukarna är nöjda med sina boenden på Kungsgården. De frågor som kommer upp i brukarrådet är oftast en del om maträtter som de inte tycker är ok till exempel köttfärsrätterna som serveras. Öppna jämförelser visar att enheten fick ett ganska bra resultat men det bör ske en förbättring avseende aktivering, promenader och måltidsmiljön.

Förebyggande enhet äldre (2018-02-01)

Enheten är inte med i någon form av brukarundersökningar. Därför genomförde enheten själv enkätundersökningar samt att personalen har hela tiden en dialog med de äldre för att säkerställa kvalitén inom enheten.

Gruppboendestäder Personlig assistans / Ledsagar / Avlösarservice / Kontaktperson

Brukarundersökning genomfördes under 2017 inom området grupp- och serviceboendestäder samt personlig assistans tillsammans med Sveriges kommuner och Landsting och RKA. Inom ledsagar- och avlösarservice har brukarnas nöjdhet följts upp genom regelbundna samtal där samordnare förhör sig om hur uppdraget fortskrider och om det är något brukaren önskat ändra på, såsom byte av ledsagare/avlösare. Vid varje uppföljning av genomförandeplanen har enheten också möjlighet att ta reda på om brukaren är nöjd eller om det är något vi kan göra annorlunda. Under 2018 kommer utföraravdelningen genomföra en egen brukarundersökning med samma frågor, för att undersöka brukarnas nöjdhet även inom insatserna ledsagar- och avlösarservice.

Enkäten bestod liksom föregående år av sju frågor inom kvalitetsområdena självbestämmande, trygghet och bemötande. Sammanfattningsvis ger undersökningarna en bild av hög brukarnöjdhet inom samtliga områden när det gäller båda verksamhetsområdena. Verksamheterna har att arbeta vidare med att alla brukare ska känna sig trygga och trivas i sitt boende och med sina assistenter, samt att alla brukare ska uppleva att personalen pratar med dem så att de förstår. Vilket främst kommer att ske genom fortsatt individuellt anpassat stöd, tydliggörande pedagogik, anpassad bemanning och struktur i verksamheten samt övergripande arbete med att stödja personer som vill göra bostadskarriär. Fortsatt samverkan med myndighet kommer även att ske för att ännu bättre kunna anpassa insatsen. Inom personlig assistans ska alla brukare som önskar vara delaktig vid rekrytering av sina assistenter, få möjlighet till detta. Alla brukare ska även veta vem de ska vänta sig till om de är missnöjda med stödet.

10 Medarbetarundersökning

Barn- och ungdomsenhet

Under hösten genomfördes en medarbetarundersökning. Resultatet var ett hållbart medarbetarindex, HME, på 72 procent varav motivationsindex 71 procent, ledarskapsindex 68 procent och styrningsindex 76 procent. Detta är en försämring mot föregående år där HME-index var 88. Resultatet är också något lägre än kommunens sammantagna på 77 procent. Enheten kommer tillsammans att analysera resultatet och en handlingsplan kommer att upprättas i början av 2018.

Vuxenenhet

Det var en hög delaktighet i enheten på att svara på enkäten och resultatet är bra. Medarbetarindex var 79 vilket är två steg högre än kommunen som total (77), motivation ligger på 82, ledarskap på 77 och styrning på 77. Värdet på "mitt arbete känns meningsfullt" ligger på 4,61 (på en 5-gradig skala). Arbetsmiljöindex ligger på 68 vilket räknas som ett godkänt resultat. Det är dock inom området arbetsmiljö det finns mest att arbeta vidare med i vuxenenheten. Vilket kommer att ske under 2018

Biståndsenhet / Äldre och funktionsnedsatta

Under september 2017 genomfördes en medarbetarundersökning, HME (hållbart medarbetarengagemang). Av elva medarbetare inkom tio svar. Resultatet har redovisats på APT utifrån följande frågeställningar med max poäng 5,0. Resultatet visar bland annat på att jämfört med 2016 så har motivationen sjunkit något gällande meningsfullhet och utveckling men ökat gällande motivation att gå till arbetet. Samtliga svarande lär nytt och utvecklas i det dagliga arbetet.

Sedan 2016 har resultatet gällande uppskattning från närmaste chef samt förutsättningar att ta ansvar sjunkit men ökat gällande förtroende för medarbetaren. Merparten upplever att chefen har förtroende och visar uppskattning för medarbetaren. Jämfört med 2016 har styrning, mål och förväntningar ökat. Merparten av medarbetarna vet vad som förväntas av dem i arbetet samt så har trivseln och tid att utföra sitt arbete sjunkit medan inflytande och kontroll samt stöd vid hög arbetsbelastning ökat. Flertalet anser inte att arbetstiden räcker till för att utföra sitt arbete.

Arbetsmiljöindex visar godkänt resultat 64/100, något lägre än Upplands-Bro kommun i sin helhet, 67/100. Resultatet i sin helhet visar samma resultat som 2016. HME index visar bra resultat 79/100, något högre än Upplands-Bro i sin helhet. Dock avviker några punkter som enheten behöver jobba vidare med under år 2018.

Kvalitet- och verksamhetsstöd

Medarbetarundersökning HME= Hållbart medarbetarengagemang genomfördes under hösten 2017 utav Personalstaben. Avdelningens svarsfrekvens var 92 procent. Resultatet presenterades på ett APT i slutet av 2017 och ska tas upp på avdelningens planeringsdag i början av 2018. Hållbart medarbetarengagemanget var 80 (referens hela kommunen 77) Motivationsindex 74 (ref. 80) Ledarskapsindex 87 (ref. 75) Styrningsindex 80 (ref 78). Samtliga områden förutom styrning har minskat sedan föregående år. Analys och handlingsplan kommer att tas fram under kvartal 1 2018.

Stöd- och behandlingsenhet / Lane / Socialpsykiatri

Ledningsgruppen.

Hemtjänst / Egen regi / Servicehus K-ängen/Bro

HME enkäten delades ut till 69 medarbetare. Enkäten genomfördes i oktober månad 2017 och byggde på frågor kring motivation, ledarskap och styrning. Svarsfrekvensen blev 57 % vilket är något lägre än svarsfrekvensen för Socialkontoret. De allra flesta medarbetare i Upplands-Bro kommunala hemtjänst anser, liksom de gjorde 2016, att de känner att deras arbete är meningsfullt (4,44) och att de ser framemot att gå till sitt arbete (3,97). I jämförelse med 2016 säger medarbetarna att de lär nytt och utvecklas i sitt dagliga arbete (3,83) mer än året innan (3,67). I likhet med 2016 anser medarbetarna att de är insatta i arbetsplatsens mål (4,06) och vet vad som förväntas av dem i sitt arbete (4,44) däremot måste verksamheten arbeta med att följa upp och utvärdera verksamhetens mål på arbetsplatsen (3,39)

Majoriteten av medarbetarna känner att de har förutsättningarna för att ta ansvar för sina arbetsuppgifter (4,11) och att chefen visar förtroende (4,03) däremot är det många som känner att chefer inte visar tillräcklig uppskattning för deras arbetsinsatser (3,47). Utifrån resultatet av HME enkäten arbetar enheten med att förbättra trivseln på arbetsplatsen och upprätta tydligare rutiner för uppföljning av verksamhetens mål.

Norr- och Allégården/Solrosens dagverksamhet

Allégårdens medarbetarundersökning hade 8 av 19 svarande vilket ger en svarsfrekvens på 42 %. Resultatet är totalt sett bra, med några förbättringsområden inom styrning, där man exempelvis önskar att mål följs upp och utvärderas. Norrgårdens medarbetarundersökning har 27 av 41 svar vilket ger en svarsfrekvens på 66 %. Resultatet är godkänt med ett något sämre resultat i ledarskap. Även här kan man se en brist i att mål följs upp och utvärderas. Enheterna måste således analysera resultatet vidare och genom detta skapa en handlingsplan för förbättring inom respektive områden.

Kungsgården / Hälso- och sjukvårdsenhet

Under året 2017 har enheten arbetat med medarbetarundersökningen som gjordes 2016. Ny undersökning gjordes hösten 2017. Enheten arbetar med handlingsplaner för de punkterna som är under snitt 4. Handlingsplanen gjordes tillsammans med medarbetarna.

Förebyggande enhet äldre

2016 fick enheten inget eget resultat på grund av att enheten har varit för liten. Enheten jobbade med resultatet som hela Socialkontoret fick. Hösten 2017 svarade 86 % av medarbetarna och enheten fick eget resultat. Resultatet har varit bra och visade en HME index från 90 gällande motivation och över 90 gällande ledarskap och styrning. Resultatet presenterades vid enhetens planeringsdag i januari och enheten kommer att identifiera gemensamma risk -och hälsfaktorer utifrån resultatet. Sedan ska hela personalgruppen utarbeta en handlingsplan för att behålla ett bra resultat.

Gruppbovärdar Personlig assistans / Ledsagar / Avlösarservice / Kontaktperson

Grupp- och servicebovärdar

Enhetens utvecklingsområden inom boendeverksamheten är genomgående inom området möjligheten att lära nytt och utvecklas i det dagliga arbetet samt uppföljning av arbetsplatsens mål. I jämförelse med förra årets resultat har området ledarskap, styrning och motivation ökat i verksamheterna.

Varje enhetsledare kommer tillsammans med medarbetarna på respektive enhet att

diskutera resultatet och utarbeta en handlingsplan. En handlingsplan med aktiviteter för att förbättra de områden som behöver utvecklas men även lyfta det som varit bra, och skriva upp vilka aktiviteter som behövs för att bibehålla resultat eller höja det.

Personlig assistans

2016 var svarsfrekvensen låg och det var svårt att dra några slutsatser av resultatet. I år var svarsfrekvensen 59 %. Skillnaden mot 2016 var att länken med medarbetarenkäten skickades till de personliga assistenternas privata mail samt att de påmindes via sms att länken skickats.

Positiva områden var motivation, trivsel och upplevelse av inflytande och kontroll över arbetssituationen samt upplevelsen av att tiden räcker till när gäller att utföra arbetsuppgifterna. Utvecklingsområden inom personlig assistans är möjligheten att lära nytt och utvecklas i det dagliga arbetet, upplevelsen av att närmsta chef visar uppskattning, stöd med prioriteringar vid hög arbetsbelastning samt uppföljning av arbetsplatsens mål. Samordnarna kommer tillsammans med respektive assistansgrupp att diskutera resultatet och utarbeta en handlingsplan. Det finns utmaningar i insatsen och arbetets utformningar som sker i brukarens hem och till största del består av ensamarbetet utan fysisk närhet till ledningen. Detta ställer stora krav på arbetsgivaren och ledarskapet för att skapa en organisation med bra informationsöverföring, delaktighet och feedback kultur, trots att arbetsledningen inte finns på samma plats fysiskt som assistenterna.

Enhetsledare/samordnare

Det är svårt att jämföra resultatet med 2016 då enhetsledare/samordnare presenterades tillsammans med stödassistenterna på en gruppbestad. Därav görs ingen analys av årets resultat jämfört med 2016.

Inom ledningsgruppen, bestående av samordnare, enhetsledare är resultatet högt inom områdena meningsfullhet och ledarskap. Upplevelsen av att närmsta chef visar uppskattning och förtroende för medarbetaren och arbetsinsatser samt förutsättningar för att ta ansvar för arbetet, är hög. Även en indikator på styrning är hög, upplevelsen av att vara insatt i arbetsplatsens mål.

Utvecklingsområden är möjligheten att lära nytt och utvecklas i det dagliga arbetet, trivsel och lust att gå till arbetet, att verksamhetens mål följs upp och utvärderas på ett bra sätt samt upplevelsen av att veta vad som förväntas i arbetet. Området arbetsmiljö ligger på en kritisk nivå, främst inom området upplevelsen av att arbetstiden inte räcker till för att utföra arbetet samt stöd med prioriteringar vid hög arbetsbelastning.

Undersökningen genomfördes under en period där det varit en hög arbetsbelastning inom personlig assistans under en längre period. Området personlig assistans hade även under en period varit utan chef och hade vid undersökningens genomförande precis fått en ny enhetschef, vilket även gällde grupp- och servicebestäder. Enhetschef kommer tillsammans med enhetsledare och samordnare göra en detaljerad handlingsplan, utifrån resultatet, på planeringsdagarna i februari. Vidare kommer enhetschef följa upp resultatet enskilt med samtal då det kan vara aktuellt med individuella handlingsplaner. Vid behov kommer personalavdelningen att konsulteras.

11 Kompetensutveckling

Barn- och ungdomsenhet

Under året har hela enheten gått en större utbildning i barnsamtal. Satsningen på Signs of safety har fortsatt, och flera medarbetare har gått fördjupningsutbildning inom detta. Nyanställda utan tidigare erfarenhet har gått Nordvästkommunernas basutbildning. Enstaka medarbetare har även gått utbildning i handledning av familjehem, ledarskap och studenthandledning. Hela enheten har ingått i handledning med utbildningsinslag i Signs of safety.

Vuxenenhet

Medarbetarna i vuxenenheten har obligatoriskt medverkat i en internutbildning som pågått under tio tillfällen under perioden mars 2017 till och med november 2017. Innehållet har varit socialtjänstens lagstiftning, barnrätt, handläggning och dokumentation, Signs of safety (kortversion) samt inspirationsföreläsning om feedbackkultur. Lärare har varit interna föreläsare samt kommunjurist och jurist med specialistkompetens i socialrätt från advokatbyrå (upphandlad). Utbildningen avslutades med examination samt firande. Vissa medarbetare har deltagit i ASI-utbildning samt utbildning kring arbete med våld i nära relationer. Hela enheten har kontinuerlig handledning samt att samordnare och enhetschef har ledarhandledning.

Biståndsenhet / Äldre och funktionsnedsatta

I samband med medarbetarsamtal tar enhetschefen upp med varje anställd om deras individuella behov och önskemål av utbildnings- och kompetensutvecklingsinsatser samt behovet av handledning för att förbättra verksamheten. Enheten har uppdaterat litteratur i form av LSS och SoL 2017 samt LSS en vägledning (ny upplaga). Enheten har deltagit i flertalet utbildningar/kompetenshöjningar 2017 bland annat DigIT - ESF projekt digital teknik i vård och omsorg, löpande under året, Webbaserad utbildning Demens ABC x 2 samt ÄBIC/ IBIC och juridisk handledning. Samtliga handläggare har högskoleutbildning som socionom eller liknande.

Kvalitet- och verksamhetsstöd

Avdelningen har flera unika yrkesroller. Kompetensutveckling har erbjudits samtliga medarbetare såsom utbildning i IT-system, webb, projektledning, juridik inom hälso- och sjukvårdsområdet och GDPR med mera. Avdelningen har även deltagit i satsningen DigIT och fått utbildning i Excel, Outlook och Word.

Stöd- och behandlingsenhet / Lane / Socialpsykiatri

Kompetenser i enheten är: Socionomer, familjebehandlarutbildning, kurator, läkare, barnmorskor, beteendevetare, socialpedagog, fritidsledare, steglutbildning och undersköterskor. I samband med medarbetarsamtal planerar arbetsledare och medarbetare för behov av kompetensutveckling kommande år. Kompetensutveckling som finns behov av övergripande under kommande år är bland annat hot -och våldsutbildning, brandskyddsutbildning och Lex Sarahutbildning. Specifik kompetensutveckling som några i enheten behöver är bland annat behandling spelmissbruk, behandling ungdomar med begynnande missbruk, kriminalitet och föräldrargrupp (tex ABC, Komet)

Hemtjänst / Egen regi / Servicehus K-ängen/Bro

I hemtjänsten arbetar en enhetschef, fyra enhetsledare, tillsvidareanställd personal varav 60 % är undersköterskor. Därutöver har enheten haft fyra anhörganställda. Enhetschefen upprättar och följer upp enhetens utbildnings- och kompetensutvecklingsplan en gång per år. I samband med medarbetarsamtal tar enhetsledarna upp med varje anställd om deras individuella behov och önskemål av utbildnings- och kompetensutveckling samt behovet av handledning för att förbättra verksamheten.

Norr- och Allégården/Solrosens dagverksamhet

Enheten har under året fortsatt utbilda medarbetare inom demens. Två medarbetare har gått utbildning till språkombud och fyra medarbetare har utbildats till elevhandledare. Enhetsledarna har gått utbildning i arbetsmiljö. Allégårdens medarbetare har utbildats internt i taktil beröring, vilket påverkat enheten oerhört positivt. Medarbetarna har även fått DigIT licenser till webbutbildningar vilket kommer att vara gynnsamt i framtiden och för medarbetarnas digitala utveckling.

Kungsgården / Hälso- och sjukvårdsenhet

Förteckning förs över vilka utbildningar personalen har finns på Kungsgården och används för att se vad som behövs vad gäller kompetensutveckling och verksamhets behov. De flesta av personalen har gått en förflyttningsutbildning som HSE tillhandahåller. Enheten prioriterar att personalen kontinuerligt går igenom webbutbildningar om Hygien, Demens ABC och Demens ABC+. Enheten tar upp utbildningsbehoven på APT och redovisar de inbjudningar till utbildningar som kommer från olika utbildningsverksamheter. Om behov och intresse funnits har en eller ett par gått på det som är relevant för verksamheten.

Fyra sjuksköterskor har varit på utbildning för "inkontinens förskrivning". Rehabpersonal har också varit på olika utbildningar såsom Lyftinstruktörskurs, fungerande vardag (föreläsning LSS), förskrivning av hjälpmedel, omgivningskontroll/fjärrstyrning, Autism, SIP – för vuxna och IBIC. Samtliga medarbetare både från Kungsgården och HSE gruppen har gått på en brandutbildning.

Förebyggande enhet äldre

För en hög kvalitet i verksamheten satsar förebyggande enheten på kunskap och vidareutveckling. Hela personalgruppen har genomgått kommunens miljöutbildning. En medarbetare deltog vid årets gerontologi. Gerontologin är vetenskapen om åldern och för att ligga i utvecklingens framkant är det viktigt att personalen är uppdaterad vad gäller ny forskning och rön för att sedan använda det som arbetsmetod. Förutom detta har hela personalgruppen genomfört en webbutbildning om hygien och kommunens MAS erbjöd en utbildning gällande hygienfrågor.

I enlighet med den nyaste forskningen satsar enheten på fysisk aktivitet, därför fick en del av personalen möjlighet att delta i en "smovey" utbildning, vilket är en speciell form av fysisk aktivitet för äldre och tre medarbetare har fått utbildning om sittdans för äldre.

Förutom detta så har enheten genomfört en webbaserad utbildning om säkerheten vid läkemedel och en medarbetare har gått en utbildning inom teckenspråk.

Anhörigkonsulenten genomförde en webbutbildning om anhöriga i fokus och samverkan mellan offentlig verksamhet, frivillig - och intresseorganisationer samt Nka:s webinarie om sexualitet och relationer vid sjukdom och funktionsnedsättning. Några medarbetare fick kunskap inom Signs of safety och information kring

orosanmälan. En Silviasyster deltog vid Silviahemmets demensdag 2017.

Hela personalgruppen deltog vid brandutbildningen och all personal i Kungsängen har gått utbildning inom HLR. Förebyggande enheten fick en utbildning om mötesteknik som avdelningen för kvalitet-och verksamhetsstöd anordnade. Förebyggande enheten har även erbjudit utbildningar om demens till omsorgspersonalen och anhöriga. Enhetschefen föreläste vid olika tillfällen som exempelvis på Svenska demensdagarna eller Dagens Medicins demensdag.

Gruppboväder Personlig assistans / Ledsagar / Avlösarservice / Kontaktperson

Under 2017 fortsatte satsningen på poängkurser i specialpedagogik, grund- och fortsättningsutbildning. Utöver detta har verksamheten även satsat på högskolekurs i psykiatri samt utbildningar och föreläsningar i diagnoskunskap, bemötande och tydliggörande pedagogik. En enhetsledare blev under året klar med enhetsledarutbildningen på Yrkeshögskolan och en enhetsledare har under året påbörjat utbildningen.

12 Samverkan

Barn- och ungdomsenhet

Samverkan sker på många olika nivåer och med flera aktörer. Bland annat så deltar enheten i resurssamråd bestående av enhetschefer/samordnare från BUP, Habiliteringen, Utbildningskontoret, Enheten för stöd och behandling, Biståndsenheten samt Barn och ungdomsenheten träffas två till tre gånger per termin i syfte att samordna insatser för barn. Förebyggande rådet sammanträder ca fyra gånger per termin, bestående av bland annat rektorer och enhetschefer från Socialkontoret och Utbildningskontoret samt representanter från polis och brandförsvaret. Samverkan mellan Socialkontoret och Utbildningskontoret bestående av kontorschefer, avdelningschefer och enhetschefer sker två-tre gånger per termin. Socialsekreterare och samordnare samverkar med skolkuratorerna en gång per termin och tvärprofessionell samverkan avseende gravida och nyblivna mödrar sker tillsammans med bland annat BVC och BUP en gång per månad. Utöver dessa så har enheten samverkat med flertalet andra externa aktörer samt att ytterligare samverkan gällande de kommungemensamma verksamheterna inom Nordväst, såsom exempelvis Barnhus och Socialjouren finns också.

Enheten samverkar också med polisen i olika former, både gällande individuella insatser samt runt samarbetsformer.

Vuxenenhet

Samverkan sker både internt och externt i syfte att hitta enkla samverkansformer, att utveckla gemensamt arbete, att finna gemensamt stöd till klienter, allt utifrån enhetens klienters bästa. Bland annat så deltar enheten i lokal samverkansgrupp (Socialkontoret + AME + AF + FK) som sker var 6:e vecka. Individärenden med samtycke kan tas upp samt allmän info/kunskapsöverföring. Samverkan på PRIMA (Prima + AF + FK + Upplands-Bro socialtjänst + Järfälla socialtjänst) sker en gång/månad. Individärenden med samtycke kan tas upp samt allmän info/kunskapsöverföring. Samverkan AME + Socialkontoret. Sker var 6:e vecka och insatsmöte (Socialkontoret + AME + Vuxenutbildningen + AF) gällande de anställningsformer och möjligheter till gemensamma insatser som finns inom kommunen kopplat till AF och Vuxenutbildningen, t.ex. extratjänster, Åter i arbete, traineeplatser. Nyanländgruppen samverkar var 6:e vecka med AF, Vuxenutbildningen och integrationsstödarna. Mötena syftar till uppdateringar och bomöten kring nyanländas boende sker kontinuerligt mellan boendesamordnare, nyanländgruppen samt integrationsstrateg. Utöver dessa har enheten samverkat med flertalet andra externa aktörer.

Biståndsenhet / Äldre och funktionsnedsatta

Enheten har en samverkan med övriga enheter inom socialtjänstens område, Barn och ungdomsenhet och Vuxenenheten i syfte att sätta brukare i fokus. Då enheten har saknat en samordnare inom LSS/Socialpsykiatri har stor del av den samverkan som vanligtvis sker mellan samordnare myndighet och utförarverksamhet skett mellan enhetschef myndighet och enhetschef utförarverksamhet.

Exempel på intern samverkan inom enheten är LOV - Hemtjänst och ledsagarservice/avlösarservice LSS där enhetschef, samordnare och biståndshandläggare och andra berörda inom socialkontoret har haft två LOV-möten under året med utförare i syfte att upprätthålla ett bra samarbete samt delge förändringar i verksamheter. Särskilt boende där enheten har haft två samverkansmöten med samtliga

chefer under året i syfte att se över samverkan, processer och lokala rutiner som är gemensamma samt inom socialpsykiatri där biståndshandläggare har haft månatliga avstämningsmöten för genomgång av beställda och genomförda insatser, avvikelser samt händelser av betydelse med samordnare för boendestöd.

Extern samverkan sker inom till exempel habilitering barn avseende barn och ungdomar och där sker planering, genomgång och samordning av resurser. Resurssamråd är samverkan avseende barn och ungdomar med behov av LSS och samverkan sker med Prima Psykosmottagning avseende vuxen psykiatri. Lokal samverkan Demens och lokal samverkan psykisk ohälsa PRIO är samverkanforum mellan kommunen och landstinget. Från och med våren 2017 ingår enheten i Plansam, en samverkansform mellan kommun/landsting/beroendevård. Möten sker varannan månad.

Kvalitet- och verksamhetsstöd

Avdelningen samverkar med både med interna och externa aktörer, bland annat med Arbetsförmedlingen, Migrationsverket, Stockholms Läns landsting, kommunala och privata bostadsbolag, Nordvästkommunerna, SKL, KSL samt med övriga enheter och kontor i kommunen.

Stöd- och behandlingsenhet / Lane / Socialpsykiatri

Personal från Stöd -och behandlingsenheten deltar i organiserad samverkan (dvs kan ge stöd från olika huvudmän direkt) i Bryggan/familjesamverkan och Ungdomsmottagningen. Regelbundna samverkansmöten finns med Prima Beroendemottagning, polis, BUP, mini-Maria, Bryggan, traumaenheten, skola, Komvux, BVC/MVC och öppen förskola med flera.

Personal från Stöd -och behandlingsenheten deltar även i Förebygganderådet och i uppföljningen utav den verksamhets som Fryshuset bedriver i kommunen. Med myndighetsavdelningens respektive delar finns även regelbundna veckomöten för samverkan.

Hemtjänst / Egen regi / Servicehus K-ängen/Bro

Under året har verksamheterna samverkat löpande med bland annat kommunal hälso- och sjukvård avseende verksamheter i servicehus. Enhetschefen samverkar med de fackliga organisationerna i kommunen. Enheten har medverkat på LOV- möten som anordnas av myndighetsavdelningen fyra gånger per år.

Norr- och Allégården/Solrosens dagverksamhet

Enheten har haft volontärer som besöker enheterna och som har högläsning för de boende. Ung Omsorg har varit ett trevligt och uppskattat helginslag på boendena. Även de feriearbetande ungdomarna under sommaren har varit mycket omtyckta och givit brukaren det lilla extra , utflykter och social gemenskap. Svenska Kyrkan är ett stående inslag och Spelmanslaget som varje vecka spelar upp till Dans är oerhört populärt bland brukare.

Kungsgården / Hälso- och sjukvårdsenhet

Enheterna samverkar med varandra inom äldreomsorgen i Upplands-Bro för att brukarna ska få så likvärdig omvårdnad som möjligt inom kommunen. Samverkan sker med Biståndsenheten och Familjeläkarna i Saltsjöbaden AB kontinuerligt under året. Samverkan med Arbetsmarknadsenheten sker i samband med att ferieungdomar kommer till oss på sommaren och ifrån företaget Ung Omsorg som har ungdomar

kommer till Kungsgården på lördagar för att kunna hålla i aktiviteter för de boende under några timmar.

Olika utbildningsverksamheter, skolor och kursverksamheter placerar varje termin praktikanter hos enheten vilket blir en naturlig samverkan och SLL:s Tandvårdsenhet och Vårdhygien har utbildningar med personalen. Samverkan med Apoteket sker genom utbildningar och kvalitetsgranskningar varje år. Samverkan sker även med Svenska kyrkan och kommunens Volontärverksamhet.

Förebyggande enhet äldre

I enlighet med kommunens organisationsfilosofi arbetar förebyggande enheten flitigt med samverkan. Förebyggande enheten har startat ett nätverk med pensionärsföreningar där man träffas regelbundet. Genom samverkansträffar har olika aktörer lärt känna varandra och det underlättar samarbetet. Gällande demensfrågor finns samverkan mellan kommun och landstinget. Samarbete ledde till att kommunen fick nya kontakter till personer med demens. Särskilt genom det goda samarbetet med minnesmottagningen har kommunen möjlighet att i ett tidigt skede av sjukdomsförloppet hitta personerna och kan erbjuda stöd. Inom kommunen samarbetar förebyggande enheten intensivt med Kulturkontoret, kommunikationsstaben, hemtjänsten, transport-och servicegruppen; Café Torget 4, biståndsenheten mm.

Gruppbostäder Personlig assistans / Ledsagar / Avlösarservice / Kontaktperson

Verksamheten har haft regelbunden samverkan med daglig verksamhet, hälso- och sjukvården (primärvård respektive kommunens hälso- och sjukvårdsteam) samt med myndighetsavdelningen. Ledsagar- och avlösarservice har även deltagit i samverkan med myndighet. Samordnare/enhetsledare och enhetschef är de som har deltagit i de forum för samverkan som beskrivs ovan. Enhetschef har utöver detta haft egna samverkansmöten med enhetschef på biståndsenheten samt deltagit i facklig samverkan på avdelningsnivå. Fackliga företrädare har även bjudits in att delta i arbetsplatsträffar under året. Ett utvecklingsområde under 2018 är att starta en facklig samverkan på enhetsnivå med skyddsombud från respektive enhet.

13 Tillsyner

Barn- och ungdomsenhet

Under november genomförde Inspektionen för vård och omsorg, IVO, en granskning av enhetens förhandsbedömningar som ej lett till utredning. Efter granskningen framförde IVO att deras uppfattning var att det inom enheten finns välkända och fungerande rutiner kring hanteringen av orosanmälningar och att handläggningen verkar ske rättssäkert och är väldokumenterad. De förbättringsförslag som fördes fram gällde att öka andelen barnsamtal i förhandsbedömningar samt en del mindre formaliadetaljer. IVO ansåg också att socialnämnden borde ha inlett utredning i två av de granskade ärendena.

Vuxenenhet

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) har under året utövat tillsyn i enheten avseende förhandsbedömningar som inte lett till utredning för personer under 21 år. Inga anmärkningar riktades mot verksamheten vid tillsynen.

Biståndsenhet / Äldre och funktionsnedsatta

Enheten har under året arbetat med det resultat som kom fram i den genomlysning som genomfördes av extern part Avancera omsorg under perioden 2016-08-17 ---2016-11-30. Resultatet visade bland annat på att enheten behöver utveckla arbetet med formulering av målen, att gå från allmänna mål till konkreta mål i syfte att öka brukarnas delaktighet. Enheten har sedan 2015 arbetat efter Socialstyrelsens metod i dokumentation ÄBIC, dock hade metoden inte implementerats i sin helhet då utredningar saknat systematisk uppföljning av insatsbeslut avseende resultat, måluppfyllelse och kvalitet för individen. En implementeringsmall för modellen IBIC (tidigare ÄBIC) har tagits fram och implementerats under år 2017.

Enheten har fortsatt sett över resultatet från IVOs tillsyn av kommunernas myndighetsutövning 2015, inom LSS samt hemtjänst - inom LSS uppmärksammade tillsynen stor personalomsättning samt svårigheter att verkställa beslut om boende och kontaktperson. Enheten har rapporterat in samtliga ej verkställda beslut varje kvartal till IVO, inspektionen för vård och omsorg. Kvalitetsuppföljning har inte genomförts under år 2017 och kan därför inte redovisas.

Kvalitet- och verksamhetsstöd

Avdelningen har inte själv haft någon tillsyn men varit enheterna behjälpliga i att sammanställa, utveckla och besvara tillsynsmyndigheternas rapporter.

Stöd- och behandlingsenhet / Lane / Socialpsykiatri

Stödboende LANE har haft ett tillsynsbesök av IVO. Inga anmärkningar på verksamheten.

Hemtjänst / Egen regi / Servicehus K-ängen/Bro

Under året har kvalitetsuppföljningar gjorts i alla enhetens verksamheter.

Norr- och Allégården/Solrosens dagverksamhet

Enheten har haft brandtillsyn med uppföljning, vilket fick ett gott resultat. Tillsyn av arbetsmiljöverket har påvisat en del brister i rutiner och skyddsronder som ska upprättas och förbättras. Enheten har inte haft någon intern kvalitetsuppföljning under året.

Kungsgården / Hälso- och sjukvårdsenhet

Interna kvalitetskontroller från avdelningen för kvalitet- och verksamhetsstöd har genomförts under året. Personalen på Kungsgården lär sig att dokumentera i Pro-Capita kontinuerligt. Det finns två dokumentationsstödjare som ger stöd till personalen. Att kunna se den röda tråden i dokumentationen från beställning- mål- genomförande- till uppföljning är ett ständigt arbete för personalen på Kungsgården. Säkerställa informationsöverföring mellan HSE-personal och omvårdnadspersonalen för att öka patientsäkerhet har varit en uppmaning för verksamheten.

Förebyggande enhet äldre

Skydds rond genomfördes i både Bro (Kvistaberg) och Kungsängen (Torget 4) under 2017.

Gruppbovärd Personlig assistans / Ledsagar / Avlösarservice / Kontaktperson

Under 2017 genomfördes ingen intern kvalitetsuppföljning på grund av att Avdelningen för kvalitet -och verksamhetsstöd inte hade någon kvalitetsutvecklare som kunde genomföra uppföljningarna. Kvalitetsuppföljningar är planerade under 2018. Ingen extern tillsyn har genomförts.

14 Systematiskt arbetsmiljöarbete

Barn- och ungdomsenhet

Enheten har tydliga informationskanaler och information finns tillgänglig i samverkansforumet. Utöver de planeringsdagar enheten haft och de möten som regelbundet sker, som enhetsmöte och ärendedragning, så skriver enhetschef veckobrev varje fredag. Enheten har haft handledning varannan vecka och metodhandledning utifrån Signs of safety två till tre gånger per termin.

Samordnarna mäter genom skalfrågor varje medarbetares upplevda arbetsbelastning vid individuell ärendegenomgång som sker varje månad. Arbetsplatsträffar genomförs enligt rutin, liksom medarbetarsamtal. Skydds rond genomförs gemensamt med andra enheter i kommunhuset. Enheten genomför riskbedömningar inför varje klientbesök och fyller i en riskbedömningsblankett inför hembesök. Alla medarbetare har fått information om säkerhet och fått skriva under på att de känner till rutinerna kring detta. Inga arbetsskador har rapporterats. Två tillbud är skrivna under året, båda utifrån samma händelse. Inga förebyggande åtgärder hade kunnat vidtas utifrån tillbudens karaktär.

Vuxenenhet

Inga arbetsskador eller tillbud är rapporterade under 2017. Samtal om arbetsmiljö sker i olika forum och information sker kontinuerligt. Säkerhetstänket är hela tiden aktuellt i enheten. Vuxenenheten har enhetsmöten med enhetschef varannan vecka samt APT en gång i månaden. Informationsbrev från enhetschef skrivs varje månad. Vid ärendedragning, som samordnare ansvarar för och som sker en gång per vecka, finns också plats för arbetsmiljöfrågor. Om sådana uppkommer förs det vidare till enhetschef, oftast via enhetens ledningsgrupp. Enhetens ledningsgrupp består av enhetschef och tre samordnare och genomförs varje vecka. Alla medarbetare har fått information om säkerhet och fått skriva under på att de känner till rutinerna kring detta

Biståndsenhet / Äldre och funktionsnedsatta

Det finns en implementerad rutin för det systematiska förbättringsarbetet utifrån kvalitetsledningssystemet på enheten. Kvalitetsråd genomförs 1 gång/månad, utförliga minnesanteckningar skrivs och återkopplas på följande APT. På enheten har en tillbudsanmälan i KIA gjorts under 2017.

På enheten finns tydliga rutiner för att fånga upp och motverka ohälsosam arbetsbelastning samt behov av stöd. Risk vid underbemanning har uppmärksammats, handlingsplan har upprättats och ärendefördelning har setts över och ändrats under året. Biståndsenheten har även gjort en översyn av bemanning inom äldreomsorg och kommer under 2018 att utöka med en resurstjänst.

För att kunna behålla den personal enheten har idag och satsa på dem så gjordes justeringar av befintliga löner under våren 2017. Därefter har arbetet för att vara en attraktiv arbetsgivare fortsatt och ytterligare lönesatsningar görs under 2018. Samtliga medarbetare har fått medarbetarsamtal, uppföljningssamtal, lönesamtal samt avslutningssamtal och arbetsmiljöuppföljning sker vid varje APT.

Psykosocial arbetsmiljöenkät har genomförts under september månad. Resultatet ligger till grund för fortsatt arbetsmiljöarbete. Hjälpmiddel till arbetsplatser har setts över kontinuerligt och åtgärder har skett med ex armstöd till skrivbord, rullmus samt extra datorskärm till alla arbetsplatser.

Kvalitet- och verksamhetsstöd

Det systematiska arbetsmiljöarbetet ingår i dagordningen på avdelningens arbetsplatsträffar. Avdelningen har även gemensamt fyllt i det årliga systematiska arbetsmiljöarbetet i Stratsys på ett APT. Inga tillbud och arbetsskador finns inrapporterade under 2017.

Stöd- och behandlingsenhet / Lane / Socialpsykiatri

Totalt i enheten har elva händelser rapporterats. Fyra händelser har rört personal som; snubblat i trappa, halkat på isfläck, snubblat i dörr och fått ett kastrullock i huvudet. Händelserna har analyserats och när det varit motiverat har åtgärder vidtagits.

Två händelser rör en persons upplevelse av orättvis behandling från arbetsledare. Samtal har i dessa fall förts. Två personal har händelserapporaterat när de upplevt sig orättvist behandlade av arbetsledare. Åtgärd: samtal. Övriga tre händelser handlar om hot/våld incidenter kund/personal, allmänhet/boende samt lokal som behövt åtgärdas pga läckage. I hot/våld situationerna har olika åtgärder vidtagits för att trygga personal och boende

Hemtjänst / Egen regi / Servicehus K-ängen/Bro

Alla medarbetare ska ha möjlighet att påverka sin egen arbetssituation. Detta ska främst ske i det dagliga arbetet. Genom det årliga medarbetarsamtalet har chef och medarbetaren en möjlighet att genom dialog dokumentera mål för arbetet och upprätta en individuell utvecklingsplan. Arbetsplatsträffen är ett forum där chef och medarbetare har en dialog och gemensamt har att arbeta med frågor som rör det dagliga arbetet. Hemtjänsten samverkan sker varannan månad, och hos oss består samverkansgruppen av enhetschef, enhetsledare och skyddsombud. Detta är ett forum för dialog mellan arbetsgivare och fackliga företrädare.

Arbetsgivaren är ansvarig för arbetsmiljöarbetet, men arbetsgivare och arbetstagare ska samarbeta när det gäller att rapportera och undersöka tillbud. Det blir då lättare att vidta åtgärder innan något händer. Tillbudsansmälan enligt arbetsmiljölagen görs när en händelse hade kunnat leda till personskada eller olycka. Samtliga medarbetare är ansvariga för att rapportera in tillbud. Den som råkar ut för ett tillbud ska fylla i tillbudsansmälan på Upplands-Bro kommuns intranät. Efter anmälan behandlas alla tillbudsansmälningar i kvalitetsrådet och hemtjänstens samverkan.

Norr- och Allégården/Solrosens dagverksamhet

Under året 2017 har enheten haft tretton stycken tillbud, varav tre stycken avser två medarbetare som rapporterar kränkningar om varandra. Handlingsplanen för detta resulterade i besök på Avonova för samtal mellan medarbetarna, där en försoning senare kunde göras. Två tillbud avser hot från anhörig, där båda tillbudena gäller samma person. Handlingsplan upprättades och resulterade i en mindre omorganisation av medarbetare för att förbättra rådande arbetsmiljö.

Kungsgården / Hälso- och sjukvårdsenhet

Enheten hade nio stycken tillbud under året. Hot och våld är orsaken till dem flesta tillbudena. Enheten hade även nio stycken arbetsskador under 2017.

Förebyggande enhet äldre

Enheten har ett skyddsombud och skyddsronder genomförs. Arbetsmiljöfrågor tas upp som en stående punkt på varje APT och vid eventuella tillbud anmäldes detta via KIA.

Enheten arbetar gemensamt aktivt för en hälsofrämjande arbetsmiljö.

Gruppboväder Personlig assistans / Ledsagar / Avlösarservice / Kontaktperson

Under 2017 har enheten fortsatt sitt arbete med att i större utsträckning rapportera tillbud och arbetsskador, för att öka delaktigheten, synliggöra utvecklingsområden och förbättra förutsättningarna för att kunna arbeta förebyggande. Inom grupp- och serviceboväder rapporterar medarbetarna digitalt genom KIA på portalen. När det gäller personlig assistans finns dessa möjligheter inte, då de inte har tillgång till datorer. Turordningen har varit att assistenter skriver tillbud och arbetsskador på blanketter, som samordnarna lägger in i KIA.

Under året rapporterades totalt 47 stycken tillbud, 41 av dessa inom grupp- och serviceboväderna och sex inom personlig assistans. Detta kan jämföras med 2016 då antalet tillbud var 77 stycken. 57 tillbud inom personlig assistans och 20 inom grupp- och serviceboväder. På en gruppboväd har det varit en allvarlig hot -och våldsincident som anmäldes till Arbetsmiljöverket. Inom personlig assistans har det varit tre stickskador och inom gruppboväd en arbetsskada på grund av fall. Samtliga tillbud handlar om hot - och våldssituationer. I en gruppboväd har 23 tillbud varit kopplade till en och samma brukare. Verksamheten har under höstterminen prioriterat arbetet med att minska antal tillbud, genom bland annat förhöjd bemanning och utbildning av personal i lågaffektivt bemötande. Arbetsterapeut har varit inkopplad, rutiner och aktiviteter har reviderats och ett mer tydliggörande förhållningssätt används med schema och bildstöd.

En anledning till att antalet tillbud har minskat inom personlig assistans är att det fungerar bättre hos den brukare som merparten av alla tillbud inträffat under 2016. Personalgruppen har fått handledning och utbildning, vilket har givit resultat. En annan anledning kan vara att gruppledare som var ansvarig i den specifika assistansgruppen slutade i augusti, det var hen som ansvarade för att lägga in tillbuden i KIA, vilket kan ha medfört att färre tillbud registrerats.

Inom grupp- och serviceboväderna har det varit fortsatt fokus på bemötande vid problemskapande beteenden som kan leda till hot och våldssituationer för medarbetare även under 2017. Medarbetarna har under året arbetat kontinuerlig med riskbedömningar och handlingsplaner för att förebygga problemskapande beteenden. Ökningen av andelen tillbud jämfört med 2016 kan bero på att det blivit enklare att rapportera genom det digitala systemet KIA.

15 Personalens delaktighet

Barn- och ungdomsenhet

Barn och ungdomsenheten har arbetat vidare utifrån det systematiska förbättringsarbetet. Kvalitetsråd arbetar med de avvikelser och förbättringsförslag som lämnas av medarbetarna. Rådet gör riskanalyser och går igenom avvikelser, klagomål och synpunkter. Enheten har även utvecklat rådet ytterligare och använder gruppens kompetens med att förbättra kvalitetskritiska rutiner och processer.

De beslut och förslag som kvalitetsrådet kommer fram till presenteras och diskuteras med övriga medarbetare på APT. I det systematiska arbetsmiljöarbetet följs även rutiner för säkerhet och risker upp huruvida de är tillräckliga och om de behöver förbättras. Personalen görs även delaktiga genom skyddsronder, medarbetarsamtal och medarbetarundersökningar. Enheten har arbetsplatsträffar tio gånger per år. Under året genomfördes en mindre omorganisation där personalen gjordes delaktiga.

Vuxenenhet

Vuxenenhetens utvecklingsarbete, som syftar till bättre stöd med mer delaktighet för klienterna, syftar likväl till en bättre arbetsmiljö för alla medarbetare. Delaktighet i förändringsprocesser är en av de mest framgångsrika arbetsmiljöfaktorer vi kan använda. Medarbetarna är experter på processerna kring klienterna och processerna i sitt arbete. Enheten utgår från dessa, samt från brukarundersökningar och medarbetarundersökningar. Vuxenenheten utgår från ett systematiskt förhållningssätt och utgår från att "det vi gör bra kan vi göra mer av" för att nå nya framgångar.

Ovanstående är utgångspunkten i utvecklings- och kvalitetsarbetet och där är det oerhört viktigt med vars och ens delaktighet, dels på APT, planeringsdagar samt i grupparbeten som för arbetet framåt

Biståndsenhet / Äldre och funktionsnedsatta

Kvalitetsråd har genomförts en gång/månad. Utförliga minnesanteckningar har skrivits och återkopplats på APT. Kvalitetsrådet har under året haft i uppdrag att bland annat identifiera förbättringsområden som framkommit i samband med olika kvalitetsuppföljningar/tillsyner/aktgranskning/egenkontroller och följa upp olika händelser som skett under månaden (avvikelser, synpunkter och klagomål, Lex Sarah mm). Kvalitetsrådet diskuterar även förbättringsförslag som inkommit från närstående/anhöriga och klienter/brukare.

APT har genomförts med bra innehåll. Enligt överenskommelse med arbetstagarorganisationen ska arbetsplatsen ha nio APT om året. Biståndsenheten har fram till december genomfört sju APT och tre planeringsdagar. Samtliga medarbetare har blivit uppmärksammade om enhetens uppdrag och mål samt deltagit med att ta fram aktiviteter kopplade till socialnämndens uppdrag. Aktiviteterna har följts upp på planeringsdagar. Från och med 2017 gäller en ny ärendefördelning som samtliga har varit delaktiga i.

Kvalitet- och verksamhetsstöd

Avdelningen har strukturerade möten och en tydlig informationsstruktur. En gång i veckan fördelas nya ärenden i arbetsgruppen till de som har mest lämplig kompetens inom området. Åtta arbetsplatsträffar har genomförts under 2017 samt tre planeringsdagar. Ett APT var under en heldagsutflykt med avdelningen.

Funktionsträffar sker en gång i månaden med medarbetare som har likvärdiga uppdrag. Funktionerna delger och använder varandras kompetens i uppdragens genomförande för att säkerställa god kvalitet och rättssäkerhet.

Avdelningen har även särskilda forum ett par gånger i kvartalet för att diskutera och analysera kvalitetskritiska områden på socialkontoret och planera för att kunna bistå i socialkontorets förbättringsarbete. Frekvensen på Forumen var fortfarande väldigt låg under 2017 och denna mötesform behövs ses över under 2018.

Stöd- och behandlingsenhet / Lane / Socialpsykiatri

Kvalitetsrådet består av enhetschef, tre enhetsledare samt en medarbetare från respektive arbetsgrupp. Rådet träffas ca en gång per månad och registrerar samt följer upp eventuella avvikelser och klagomål och synpunkter som inkommit i de olika grupperna. Kvalitetsrådet kan ibland uppmärksamma åtgärder som kan behöva vidtas på flera grupper för att undvika till exempel avvikelser eller klagomål/synpunkter från brukare. Protokoll från Kvalitetsrådet återkopplas löpande till arbetsgrupperna.

Hemtjänst / Egen regi / Servicehus K-ängen/Bro

Enhetschefen ansvarar för att alla medarbetare medverkar i enhetens kontinuerliga kvalitetsarbete och att alla medarbetare känner till och arbetar i enlighet med de processer och rutiner som ingår i ledningssystemet/ kvalitetsplan. Medarbetarna är skyldiga att medverka i verksamhetens kvalitetsarbete. Enhetschefen ansvarar för att en skriftlig uppdragsöverenskommelse görs mellan enhetschef och varje medarbetare. I denna överenskommelse specificeras medarbetaransvaret

Norr- och Allégården/Solrosens dagverksamhet

Varje månad har enheten haft Kvalitetsråd under 2017. Rådet har tagit upp alla tillbud, avvikelser och förbättringar, fallavvikelser, medicinska avvikelser, tillsyner och arbetsmiljö. Handlingsplaner och åtgärder har tagits fram och delaktiga representanter från enheten har varit med i diskussionerna. Även på arbetsplatsträffarna har eventuella incidenter tagits upp och diskuterats.

Kungsgården / Hälso- och sjukvårdsenhet

Det systematiska förbättringsarbetet har utvecklats på bägge enheterna. Enheterna har gått igenom klagomål- och synpunktshandlingen på APT och planeringsdagar. HSE-personalen tar emot omvårdnads- och medicinska avvikelser som övrig personal alternativt anhöriga lämnar in. Dessa förbereds till Kungsgårdens kvalitetsmöte vilket också HSE-personalen deltar i. Ovanstående har förbättrat kvalitetsutvecklingen på enheten. Alla är medvetna om behovet av att träffas och diskutera hur enheten förbättrar vår kvalitet. Kvalitetsmötesprotokollet tas upp på APT.

HSE - personalen som arbetar på Kungsgården deltar på Kungsgårdens APT möten.

Förebyggande enhet äldre

På förebyggande enheten ska alla medarbetare vara delaktiga i hur enhetens service, verksamhet, aktiviteter och miljö utformas. Stor betydelse har öppenhet och meningsfullhet för vårt arbete. För att säkerställa att alla känner sig delaktiga spelar APT möten, Kvalitetsråd och gemensamma planeringsdagar en stor roll. Alla medarbetare är aktivt involverade i planeringen och enheten ska följa upp våra mål gemensamt. Så är exempelvis verksamhetsberättelsen inte bara enbart enhetschefens verk, den har skrivits med mycket bra hjälp av alla medarbetare som har givit input till detta.

Kvalitetsrådet genomförs efter kommunens mall för dagordningen. På dagverksamheten har man på Kvalitetsrådet sett behov av att skapa nya rutiner. I rutinerna så ingår bland annat momenten mottagande av beställning, hantera och förebygga beteendeproblem, checklista när brukare uteblir samt hjälp vid vandringsbeteende. Förutom detta skapades en checklista för välkomstsamtal och ett informationsskit för alla nya gäster. 2018 ska enheten jobba vidare med att alla känner till rutinerna samt att man följer de med hjälp av egenkontroll.

Gruppboväder Personlig assistans / Ledsagar / Avlösarservice / Kontaktperson

Kvalitetsrådet tog under hösten 2017 en ny form. Tidigare var det enhetschef, enhetsledare och samordnare som satt med på kvalitetsrådet en gång i månaden. På kvalitetsrådet gick man igenom det som eventuellt kommit in i form av avvikelser och förbättringar, klagomål och synpunkter, tillbud/arbets-skador, tillsyner/upp-följningar, missförhållanden och hälso- och sjukvårdsavvikelser i varje verksamhet. Mötet protokollfördes och statistik dokumenteras i en särskild Excelmall som är gemensam för hela enheten och där samtliga i ledningsgruppen kan överblicka det som inkommit.

Det nya kvalitetsrådet består av en medarbetare från respektive grupp- och serviceboväder (8) samt en enhetsledare som håller i mötet. På rådet diskuteras bland annat avvikelser och förbättringsförslag, tillbud och synpunkter/klagomål samt rutiner och riktlinjer kopplade till det systematiska förbättringsarbetet. Syftet med rådet är kollegialt lärande samt syftar till att öka samverkan mellan enheterna. Vidare är syftet att enheterna ska arbeta lika utifrån kommunens riktlinjer och processer samt att medarbetarna ska bli mer delaktiga och ges möjlighet till inflytande.

På varje enhets APT är det systematiska förbättringsarbetet en punkt på dagordningen. Det är på detta mötet det kontinuerliga förbättringsarbetet sker med revidering av riskbedömningar, handlingsplaner och uppdateringar av verksamhetens rutiner. Medarbetarna bestämmer tillsammans vad representanten ska ta med för case till Kvalitetsrådet.

Enhetsledarna på grupp- och serviceboväder går på sin ledningsgrupp igenom inkomna allvarligare tillbud, avvikelser eller klagomål. Samordnarna för personlig assistans gör detsamma på sin ledningsgrupp.

16 Förbättringsområden

Barn- och ungdomsenhet

- Ett fortsatt arbete med att upprätthålla och förbättra en rättssäker handläggning behöver göras.
- Enheten ska under året arbeta med den handlingsplan som ska upprättas utifrån egenkontroll, brukarundersökning, medarbetarundersökning och aktgranskning.

Vuxenenhet

- Vuxenenheten ska arbeta med handlingsplan utifrån egenkontroll, med utvecklingsområden från brukarenkät och medarbetarenkät. Satta utvecklingsområden i utvecklingsarbetet ska arbetas vidare med.
- Utbildning i MI (Motiverande samtal) kommer att ske under 2018, detta tillsammans med Arbetsmarknadsenheten, samt de två andra myndighetsenheterna.
- Implementering av Instrument-X ska ske under 2018. Detta i samverkan med AME.
- Förbättrad samverkan internt och externt ska också prioriteras.

Biståndsenhet / Äldre och funktionsnedsatta

Utifrån enhetens verksamhetsberättelse samt kvalitetsberättelse framkommer följande förbättringsområden;

- Säkerställa att uppföljning av beslut sker i enlighet med gällande lag och riktlinjer (SOSFS 2014:5 ”Dokumentation i verksamhet som bedrivs med stöd av SoL, LVU, LVM och LSS” samt socialnämndens riktlinjer för handläggning.
- Se över möjligheten att införa systematisk uppföljning utav verksamhetens utredningar.
- Att verksamheten genomför skriftliga riskbedömningar inför hembesök samt registrering i KIA
- Tydliggöra rutiner och hantering kring kränkande särbehandling.
- Öka antal avvikelser och förbättringsförslag samt hitta metod för återkoppling
- Tydliggöra enhetens tillgänglighet för medborgaren

Kvalitet- och verksamhetsstöd

Avdelningen har under året fortlöpande identifierat processer som bör utredas och förbättras under 2018.

- Ett sådant område är kontorets avvikelshantering och avdelningen har påbörjat arbetet med att se över processen och utbudet av verksamhetssystem där avvikelserna kan hanteras digitalt.
- Även avdelningens process för att ta emot beställningar på uppdrag bör ses över då antalet inkomna uppdrag har minskat drastiskt under året.

Stöd- och behandlingsenhet / Lane / Socialpsykiatri

- Frågorna i egenkontrollen behöver ses över för att vara adekvata för de olika verksamheterna.
- Vissa rutiner behöver utvecklas i de olika arbetsgrupperna. Arbeta pågår i respektive grupp. Enhetsledare ansvarar för detta.

- Värdegrundsarbete bör planeras in under året
- Brandskyddsarbete ska planeras in under 2018

Hemtjänst / Egen regi / Servicehus K-ängen/Bro

- Enheten behöver utveckla och förbättra skriftliga arbetsrutiner och arbetsätt och göra dessa kända för berörda medarbetare i samband med enhetens uppföljning genom månatliga APT. I och med detta säkerställs att medarbetarna arbetar i enlighet med processerna och rutinerna som ingår i ledningssystemet
- Enheten behöver utveckla och förbättra arbetet med kontaktmannaskap och kontinuitet

Norr- och Allégården/Solrosens dagverksamhet

- Engagera medarbetarna i verksamhetens mål och förbättra delaktigheten
- Analysera och jämföra resultaten från brukarundersökningen 2016/2017 och därmed förbättra de områden där behov framkommit
- Analysera och jämföra resultaten från medarbetarenkäten 2016/2017 och därmed förbättra de områden där behov framkommit
- Utveckla den goda måltiden så att fler brukare är nöjda med maten
- Förbättra den digitala dokumentationen på Norrgården till 100%
- Upplysa brukare och anhöriga och därmed förbättra rapporteringen av klagomål och synpunkter

Kungsgården / Hälso- och sjukvårdsenhet

- Att alla ska kunna identifiera risker i verksamheten och påtala det. Skriva riskanalyser. Även skriva riskanalyser vid stora förändringar i verksamheterna.
- Alla brukare ska vara delaktiga när kontaktpersonen skriver genomförandeplanen.
- Analysera och arbeta med de förbättringsförslag som framkommer från MAS kvalitetsgranskningsrapport.
- Samarbete mellan planen ska ökas, att man arbetar på Kungsgården och ha "vi känsla".
- Alla ska kunna dokumentera, vi ska följa röda tråden.

Förebyggande enhet äldre

- Förebyggande enheten önskar stöd kring arbete med värdighetsgarantierna.
- Enkät för synpunkter -och klagomål ska anpassas till våran målgrupp, som är äldre, t.ex. genom anpassad teckenstorlek mm.
- 2018 ska arbetet kring livsmedelshygien utvecklas.

Gruppboheter Personlig assistans / Ledsagar / Avlösarservice / Kontaktperson

- Ökad svarsfrekvens på medarbetarundersökning 2018.
- Arbeta vidare med att implementera processen när det gäller det systematiska förbättringsarbetet dvs. användandet av blanketter och anmäla tillbud i KIA.
- Fortsätta arbetet med att implementera kunskapen om de skriftliga rutinerna för livsmedelshantering hos all personal inom boendeverksamheten.
- Fortsatt kompetensutveckling kring bemötande vid problemskapande beteenden och tydliggörande pedagogik
- Analysera resultatet av den senaste brukarundersökningen och anpassa/utveckla verksamheten utifrån det som framkommit.

- Analysera resultatet av respektive enhets medarbetarenkät och utifrån resultatet tillsammans med medarbetarna göra en handlingsplan för att anpassa/utveckla verksamheten.
- Fortsätta arbetet med brukardelaktighet.
- Facklig samverkan på enhetsnivå, skyddsombud från respektive enhet ska träffas tillsammans med enhetschef och en enhetsledare varje månad.



Elisabeth Rågård
Kvalitetsutvecklare
Socialkontoret

Datum 2018-02-25 Vår beteckning SN 18/0037 Er beteckning

Socialnämnden

Elisabeth.Ragard@upplands-bro.se

Kvalitetuppföljning barn- och ungdomsenheten den 26 januari 2018

Förslag till beslut

Socialnämnden godkänner socialkontorets kvalitetsuppföljning av barn- och ungdomsenheten gjord den 26 januari 2018.

Sammanfattning

Kvalitetsuppföljning genomfördes under januari 2018 av avdelningen för kvalitet och verksamhetsstöd, socialkontoret.

Besök har genomförts på barn- och ungdomsenheten. Undersökande frågor har ställts till enhetschef, samordnare och medarbetare samt stickprovskontroll av kvalitetskritiska processer och dokument har genomförts.

Sammanfattningsvis uppfyller barn- och ungdomsenheten kraven för godkänd/utmärkt inom samtliga områden som har följts upp. Det finns dock några förbättringsområden, bland annat föreslås att ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete tas upp i introduktion till nya medarbetare samt tydligare protokoll från APT och kvalitetsråd. En del förbättringspunkter ska hanteras av kvalitet- och verksamhetsstöd gällande uppdatering av styrande dokument och tydligare återkoppling av aktgranskning som görs av samma avdelning.

Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse daterad den 25 februari 2018
- Bilaga BoU kvalitetsuppföljning 18-01-26

Ärendet

Den vårdgivare (kommun) som bedriver socialtjänst ska ansvara för att det finns ett ledningssystem för verksamheten. Ledningssystemet ska användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet. Med stöd av ledningssystemet kan nämnden leda, kontrollera, följa upp och utvärdera verksamheten. *3 kap § 3 SoL (Lag 2009:596) Socialstyrelsen föreskrift SOSFS 2011:9*

Sedan 2013 har socialnämnden genomfört kvalitetsuppföljning av socialkontorets samtliga verksamheter. Kvalitetsuppföljning följer de moment som finns beskrivna i internkontrollplanen och som ingår i socialnämndens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

Uppföljningen har skett genom samtal med enhetschef, samordnare och medarbetare, undersökande frågor har ställts samt granskat dokumentation och rutiner.

Följande områden har följts upp: Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, värdegrund, brukare/klienter, personal och miljö.

Sammanfattningsvis utförs ett arbete med hög kvalitet inom barn- och ungdomsenheten även om det kvarstår vissa förbättringsområden. Förbättringsområden för enheten är tydligare protokoll från APT och kvalitetsråd och vad som tas upp i samband med introduktion av nya medarbetare samt arbetet med riskbedömningar. En del av de förbättringar som behöver göras ligger på kvalitet- och verksamhetsstöd då det handlar om gemensamma mallar och dokument som behöver uppdateras och vara tillgängliga för samtliga medarbetare.

Barn- och ungdomsenheten har arbetat aktivt med att göra barn mer delaktiga i sin utredning genom att ta fram häftet Min utredning. Enheten har också arbetat aktivt med att följa upp medarbetarnas upplevelse av den psykosociala arbetsmiljön och upplevd arbetsbelastning. Uppföljningen genomförs genom att samordnaren på individuella ärendegenomgångar en gång i månaden, ställer ”skalfrågor” till sin arbetsgrupp. Uppföljning av skalfrågorna görs via enskilda samtal med varje handläggare. Vinsten med månadsuppföljningen har blivit framgångsrik och handläggarna upplever sig bli mer sedda och att ledningen tar deras upplevelse på allvar.

Barn- och ungdomsenheten ska besvara de förbättringsområden som tagits upp i kvalitetsuppföljningen senast den 13 mars 2018. Detta ligger sedan till grund till nästa kvalitetsuppföljning.

Barnperspektiv

Socialkontoret bedömer att beslutet inte står i strid med barnets bästa.

Eva Folke

Socialchef

Elisabeth Rågård

Avdelningschef kvalitet- och
verksamhetsstöd

Bilagor

1. BoU kvalitetsuppföljning 180126

Beslut sänds till

- Socialchef
- Enhetschef Barn- och ungdomsenheten
- Akt

Socialkontorets kvalitetsuppföljning

Barn och Ungdomsenheten (BoU) 2018-01-26

Deltagare; Emma Ling enhetschef, Cecilia Mollo Perez samordnare, Petra Baranowski och Mia Floren handläggare, Marianne Iggmark kvalitetstvecklare.

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete SOSFS 2011:9

	0 = ej godkänd	1= behöver utvecklas	2= godkänt/utmärkt
2013		1	
2014		1	2
2015			2
2016			2
2018			1-2

Barn och ungdomsenheten har god kännedom om ett systematiskt kvalitetsarbete. Socialnämndens (SN) styrande dokument "Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete 2017" är inte tillgängligt bland de styrande och allmänna dokumenten på Portalen/intranätet. I övrigt är intranätet/Portalen med riktlinjer, dokument och rutiner väl kända och tillgängliga för samtliga medarbetare. Enhetens lokala rutiner uppdateras och revideras kontinuerligt av ansvarig samordnare och administratör.

Personalens engagemang och delaktighet är en grundförutsättning för enhetens systematiska kvalitetsarbete. Medarbetare på enheten arbetar föredömligt enligt processen för avvikelser- och förbättringsförslag. Kvalitetsrådet har möte enligt anvisning 1 gång/månad och protokoll upprättas. Kvalitetsrådet som består av medarbetare, samordnare och enhetschef, arbetar med att analysera inkomna rapporter och avvikelser. Handlingsplan för förbättringsarbete upprättas i rådet och den revideras kontinuerligt. Ansvarig för respektive förbättringsaktivitet framgår tydligt av handlingsplanen och personalens delaktighet säkerställs genom att ansvaret för att driva aktiviteten fördelas på olika medarbetare. De beslut och förbättringsförslag som kvalitetsrådet kommer fram till presenteras för övriga medarbetare på APT. Protokoll från APT (arbetsplatsträffar) och kvalitetsråd finns att ta del av i samarbetsforum på Portalen. På APT-protokollet redovisas att information från kvalitetsråd lämnats till medarbetarna. APT protokollet saknas dock förtydligande information om vilka avvikelser som inkommit och vilka förbättringar man genomfört och beslutat om. De medarbetare som i efterhand läser protokollet från APT får därmed inte tillräcklig kunskap om de förbättringsåtgärder som vidtagits på enheten.

Det har under 2017 inkommit 3 klagomål/synpunkter och 0 Lex Sarah rapporter. Enhetschefen reflekterade över att det är få inlämnade avvikelser. Trolig anledning kan vara en osäkerhet av medarbetare om aktuell process. Processen för klagomål och synpunkter var tillgänglig och medarbetarna kunde lätt leta upp den i rutinmanualen. Blankett och processen för Lex Sarah består av flera dokument med olika delar av utredningsprocessen, vilket skapar lite osäkerhet om vilket dokument som ska användas av rapport lämnaren. Enhetschef har under året 2017 haft genomgång med medarbetarna om anmälningsplikt avseende Lex Sarah.

Egenkontroll utifrån internkontrollplan har genomförts under november månad. November är en månad med många olika aktiviteter för enheten varför enhetschefen under 2018 kommer att dela

upp egenkontrollen i två delmoment. En kontroll under 1:a halvåret och resterande i november. Resultatet av föregående egenkontroll och de åtgärder som framkom där återfinns i enhetens gemensamma handlingsplan som månadsvis följs upp. Gemensam analys av resultatet genomförs på planeringsdagar i mars 2018. Egenkontrollens frågeställningar innehåller bra och relevanta kontrollmoment i målet för kvalitetssäker och rättssäker handläggning. Den aktgranskning som genomförs av KVS enligt internkontrollplanen under kvartal 2, upplevs av enhetschefen som ett komplement till enhetens egenkontroll.

Enligt denna kvalitetsuppföljning är att enhetens arbete med systematiskt förbättringsarbete "godkänd" men det finns några mindre förbättringar som behöver utvecklas för att helt uppnå graderingen "utmärkt". Två av förbättringsförslagen riktas mot avdelning för Kvalitet och verksamhetsstöd (KVS) som bör återkoppla till barn- och ungdomsenheten om planen för deras åtgärder. Förbättringsförslagen redovisas nedan.

Behöver utvecklas:

1. Komplettera med information om SN ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete i "checklista för introduktion av nya medarbetare".
2. Förtydliga i APT-protokollet, vilka avvikelser som har inkommit och vilka beslut och förbättringar som analysen i kvalitetsrådet har lett fram till. Alternativt hänvisa till ett daterat kvalitetsrådsprotokoll.
3. Genomgång med samtliga medarbetare om rutin och process för klagomåls- och synpunktshantering.
4. *Avdelning för Kvalitet och verksamhetsstöd (KVS) behöver förenkla och förtydliga på portalen vilken blankett och process för Lex Sarah som anmälaren ska använda sig av.*
5. *KVS ska ansvara för att SN styrande dokument om "Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbetet" 2017/2018 finns tillgängligt för alla anställda på portalen/intranätet.*

Värdegrundsarbete

	0 = ej godkänd	1= behöver utvecklas	2= godkänt/utmärkt
2014		1	
2015			2
2016			2
2018			2

Enheten känner väl till värdighetsgarantierna och de har tidigare arbetat mer aktivt med dem. Några direkta framgångar utifrån värdegrundsgarantierna kan inte beskrivas. Kvalitetsutvecklaren upplever att utvecklingsarbetet har stannat av något men medarbetarna lyfter upp att de ständigt arbetar med värdegrundsfrågor i sitt dagliga arbete utan att för den skull just ta fram värdighetsgarantierna. Broschyr om värdegrundsgarantierna finns i väntrummet och de tas även med vid en del klientbesök.

I enhetens rutinmanual står en kort information om värdegrundsgarantierna samt en länk till den aktuella värdegrundsgarantin. Manualens faktatext bör kompletteras med en kort beskrivning om hur BoU- enheten vill att värdegrundsarbetet ska upprätthållas och säkerställas på enheten.

Behöver utvecklas:

6. Manualens faktatext om "Värdegrundsgarantier" bör kompletteras med en kort beskrivning om hur BoU- enheten vill att värdegrundsarbetet ska upprätthållas på enheten

Brukare/klienter

	0 = ej godkänd	1= behöver utvecklas	2= godkänt/utmärkt
2013		1	
2014		1	2
2015			2
2016			2
2018			2

Ett av SN:s mål för 2017 är att barns delaktighet ska öka. Vissa brister har identifierats vid brukarenkäter, aktgranskning och egenkontroll om att barnsamtal inte tillräckligt har genomförts och dokumenterats. Med anledning av dessa brister har barn- och ungdomsenheten arbetat mycket aktivt med olika förbättrande åtgärder. Barn- och ungdomsenheten har tagit fram ett häfte "Min utredning" för att öka barns delaktighet i utredningsprocessen samt för att säkerställa att barnen informeras. I häftet dokumenteras utredning och kontakter, utifrån barnets perspektiv, om vad socialtjänsten och föräldrarna gör för att barnets ska må bra. Häftet har blivit mycket framgångsrikt och efterfrågas av andra kommuner. Häftet ingår även i en forskningsstudie, i samarbete med FOU.nordväst, som troligen blir klar under senare delen av 2018.

En annan brist som har identifierats i aktgranskningen är att måluppföljning inte alltid dokumenteras. Mål är dokumenterade men huruvida och på vilket sätt målen har uppnåtts behöver bättre beskrivas i dokumentationen.

Enheten har i oktober genomfört brukarundersökning. Analystillfället är planerat till enhetens planeringsdag i mars 2018. Vid en snabb analys av resultatet visa den att vårdnadshavare upplever att de möts av god förståelse (93 %) och att de får bra information (86 %) av respektive handläggare. En av anledning att analysen dröjer till mars är att det är en stor mängd statistik och resultat som ska analyseras. Analys sker dock alltid och handlingsplan upprättas av alla undersökningar såsom tidigare beskrivits under rubriken ledningssystem. Ett mål med undersökningen 2017 var att öka antalet svarande klienter, vilket de lyckades med. Enligt resultat 2016 var det 28 vårdnadshavare och 7 ungdomar som besvarade enkäten. 2017 visar resultatet 28 svarande vårdnadshavare och 12 svarande ungdomar.

Enheten arbetar med medhandläggarskap vilket skapar ha en hög kontinuitet mellan socialsekreterare och klient. Enheten arbetar även med metoden Sign of Safety med syfte att stärka barnskyddet i utredningsprocessen. Genom en kartläggning av det utsatta barnets livssituation identifieras risk- och skyddsfaktorer. Meningen med säkerhetsplaneringen är att socialtjänsten så småningom ska kunna lämna över ansvaret för barnet till dess föräldrar. Denna modell används i kombination med BBIC (Barnets behov i centrum). Sign of Safety omfattar 5 olika enkäter under året (bl.a. brukarenkät och enkät kring utredningarna). Analys och uppföljning av dessa görs på enheten utifrån de presenterade resultaten.

Samverkan med andra verksamheter och parter sker regelbundet såsom bl.a. polis, skola, Solängen, BUP. Enhetschefen uppmuntrar medarbetarna till effektiva möten och resultatet av samverkan återrapporteras till chef, kvalitetsråd och på APT.

Personal/medarbetare

	0 = ej godkänd	1= behöver utvecklas	2= godkänt/utmärkt
2013		1	
2014		1	2
2015			2
2016			2
2018			2

Totalt arbetar 20,5 årsarbetare på enheten. Personalomsättningen är 19,5% vilket innebär att 4 har slutat under året. Två av dessa har återrekryterats. På frågan från om vad anledningen kan vara att dessa medarbetare har sökt sig tillbaka är arbetsgruppens bild att det är en attraktiv arbetsplats där det råder god ordning och ett trivsamt arbetsklimat.

Introduktion genomförs utifrån den kommunövergripande introduktionslistan och utifrån lokal checklista som är mycket omfattande. Vid uppföljningen genomfördes intervju med en nyanställd som berättar om att checklistan följs, att den är omfattande och löper från dag 0 till 1 år med återkommande uppföljningar av mentor, samordnare och chef. Checklistan beskriver också olika fakta inhämtning och utbildningsinslag såsom BBIC, Sign of Safety och verksamhetssystemet Procapita.

Kvalitetsutvecklaren uppmärksammar att under rubriken "Systematiskt kvalitetsarbete" på checklistan bör det även finnas information om "SN ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete" för att kunna beskriva för den nyanställde om hur socialnämnden styr verksamheten och vilken kontroll och uppföljningskrav som SN ställer.

Enheten har tydliga informationskanaler. Utöver planeringsdagar, APT, enhetsmöte och ärendedragning så skriver enhetschef veckobrev. Socialsekreterare har regelbundet grupphandledning var 4:e vecka. Arbetsplatsträffar genomförs enligt rutin liksom medarbetarsamtal. Under punkten "Samverkan", på APT-mallen, är det otydligt om det här endast ska beskrivas facklig samverkan eller om det gäller information om all samverkan. Enheten önskar ett förtydligande från KVS vad som ska informeras under denna punkt.

Skyddsronnd genomförs gemensamt med andra enheter i kommunhuset. Resultatet av skyddsronden har inte kommunicerats till enheten. Oklart vem som är ägare av protokollet och en eventuell handlingsplan, men KVS bör kunna informera om detta på socialkontorets ledningsgrupp.

Arbetsmiljöverket (AMV) har genomfört en arbetsmiljöundersökning i januari 2018, resultatet har ännu inte kommunicerats. Medarbetarenkät har genomförts under oktober 2017, resultatet av dessa två undersökningar kommer att analyseras på planeringsdag i mars 2018. Enligt enhetschefen har medarbetarundersökningen ett något lägre resultat än tidigare, vilket kan bero på att enheten under det senaste året haft byten av enhetschefer. Kvalitetsutvecklaren konstaterar att det går lång tid mellan undersökningen till analystillfället i mars. Enhetschefen informerar om att det praktiskt inte är möjligt att genomföra detta tidigare utan hänvisar till planeringsdagen i mars där analys och utvärdering är en av punkterna på dagordningen.

Mer aktuell uppföljning sker av samordnaren som kontinuerligt undersöker upplevelsen av medarbetarens psykosociala arbetsmiljö och upplevda arbetsbelastning. Uppföljningen genomförs genom att samordnaren på individuella ärendegenomgångar ställer till sin arbetsgrupp en gång i

månaden, skalfrågorna samt följdfrågor kring vald siffra. Uppföljning av skalfrågorna görs kontinuerligt via enskilda samtal med varje handläggare. Vinsten med denna månadsuppföljning har blivit framgångsrik och handläggarna upplever sig bli mer sedda och att ledningen tar deras upplevelse på allvar.

Enheten genomför muntliga riskbedömningar inför varje klientbesök och en skriftlig blankett för riskbedömning skrivs ibland. Syftet om innehållet i blanketten inte är tydlig vilket kan leda till att man inte anser att momentet är viktigt. Blanketten sparas inte i akten. Vid denna kvalitetsuppföljning diskuterades huruvida muntliga riskbedömningar är tillräckliga eller om AMV ställer ökade krav på skriftlig riskbedömning. Enhetschefen ska undersöka frågeställningen med AMV och ledning för att ge klarhet i detta. Enhetsövergripande riskanalys som påtalats vid tidigare kvalitetsuppföljning 2016, kan inte visas.

Kvalitetsuppföljningen av rubriken "Personal" är godkänd och de avvikelser och förbättringsförslag som redovisas nedan är förslag på förtydligande av det redan fastlagda arbetssättet. Ett förtydligande om hur riskbedömning ska upprättas och dokumenteras utifrån AMV, måste dock fastställas. Information om KVS:s förbättringsåtgärder bör lämnas till samtliga medarbetare på socialkontoret.

Behöver utvecklas:

7. Enhetschef undersöker om det är ett krav att skriftlig riskbedömning ska upprättas, vad den i så fall ska innehålla, om den ska arkiveras eller om den muntliga är tillräcklig?
8. Att genomföra en enhetsövergripande riskbedömning som omfattar de fysiska, psykiska och sociala riskerna som kan finnas på en arbetsplats.
9. Under rubriken "Systematiskt kvalitetsarbete" i introduktionsmaterialet, bör det även finnas information om "SN Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete"
10. Förtydligande från KVS om vad som ska informeras under rubriken "Samverkan" på APT mallen.
11. Information från KVS om resultat från skydds rond 2017

Miljö

	0 = ej godkänd	1= behöver utvecklas	2= godkänt/utmärkt
2014			2
2015			2
2016			2
2018			2

Miljömålen som är presenterade i budget 2017 är kända. Enheten källsorterar enligt samma regler som gäller för resten av kommunhuset. Vid tjänsteresor åker handläggarna i de el- tjänstebilar som finns att tillgå alternativt åker de kommunalt. För att minska el-förbrukning släcker medarbetare onödig belysning och stänger av datorer efter arbetsdagens slut.

Svar med åtgärder och/eller handlingsplan ska ha inkommit till avdelningen för kvalitet och verksamhetsstöd senast den **13/3-2018**. Det går bra att skriva svar med åtgärder i tidsatt handlingsplan i detta dokument under "behöver utvecklas".

Marianne Iggmark

Kvalitetsutvecklare på uppdrag från Socialkontoret, avdelningen för kvalitet och verksamhetsstöd

E-post: info@mimanagement.se



Elisabeth Rågård
Kvalitetsutvecklare
Socialkontoret

Datum 2018-02-25 Vår beteckning SN 18/0038 Er beteckning

Socialnämnden

Elisabeth.Ragard@upplands-bro.se

Kvalitetsuppföljning Biståndsenheten den 31 januari 2018

Förslag till beslut

Socialnämnden godkänner socialkontorets uppföljning av biståndsenheten gjord den 31 januari 2018.

Sammanfattning

Kvalitetsuppföljning har genomförts under februari 2018 av socialkontorets avdelning för kvalitet- och verksamhetsstöd

Kvalitetsutvecklare har besökt biståndsenheten den 31 januari 2018. Undersökande frågor har ställt till enhetschef, samordnare och medarbetare samt stickprovskontroll av kvalitetskritiska processer och dokument har genomförts.

Sammanfattningsvis kan sägas att biståndsenheten till stora delar uppfyller kraven för godkänt/utmärkt inom de områden som har följts upp. Det kvarstår dock vissa förbättringsområden. Bland annat föreslås att enheten behöver säkerställa att tillgång till lokala rutiner/manualer läggs upp på som en genväg på datorn och inte en kopia för att vara säker på att alla medarbetare får uppdaterat material. Checklistan vid introduktionen av nya medarbetare bör kompletteras med information om socialnämndens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Enheten bör också i högre utsträckning arbeta med avvikelser och förbättringsförslag. En del förbättringsförslag handlar om att kvalitet- och verksamhetsstöd behöver uppdatera och göra centrala dokument mer tillgängliga och ha en mer aktiv återkoppling gällande aktgranskningen.

Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse daterad den 25 februari 2018
- Bilaga Biståndsenheten 2018-01-31

Ärendet

Den vårdgivare (kommun) som bedriver socialtjänst ska ansvara för att det finns ett ledningssystem för verksamheten. Ledningssystemet ska användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet. Med stöd av ledningssystemet kan nämnden leda, kontrollera, följa upp och

utvärdera verksamheten. 3 kap § 3 SoL (Lag 2009:596) Socialstyrelsen föreskrift SOSFS 2011:9

Sedan 2013 har socialnämnden genomfört kvalitetsuppföljning av socialkontorets samtliga verksamheter. Kvalitetsuppföljning följer de moment som finns beskrivna i internkontrollplanen och som ingår i socialnämndens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

Kvalitetsuppföljningen har genomförts av kvalitetsutvecklare som i samtal med enhetschef och medarbetare ställt undersökande frågor samt granskat dokumentation och rutiner för enheten. De områden som har följts upp är: ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, värdegrund, brukare/klienter, personal och miljö.

Sammanfattningsvis framkommer att biståndsenheten bedriver sitt arbete med god kvalitet. Det finns dock en del förbättringsområden. Kvalitetsutvecklaren föreslår att enheten behöver säkerställa att lokala rutiner/manualer läggs upp på skrivbordet på datorn som en genväg och inte en kopia för att materialet hela tiden ska vara uppdaterat. Checklistan för introduktion av nya medarbetare behöver kompletteras med information om socialnämndens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Biståndsenheten bör i högre utsträckning arbeta med avvikelser och förbättringsförslag. Vidare behöver värdegrundsgarantierna kompletteras med en kort beskrivning om hur värdegrundsarbetet ska upprätthållas på enheten. Broschyrerna behöver också göras tydligare gällande biståndsenhetens arbete. Biståndsenheten bör ställa krav att ta del av brukarens genomförandeplan för att kunna utvärdera måluppfyllelsen av den beställda insatsen. Enheten behöver säkerställa att information om samtycke, både för vem och för vad ska framkomma i dokumentationen.

Avdelningen för kvalitet- och verksamhetsstöd bör uppdatera centrala dokument och göra dessa mer tillgängliga samt en aktivt återkoppla aktgranskning.

Biståndsenheten ska besvara de förbättringsområden som har framkommit senast den 13 mars 2018. Detta ligger sedan till grund för nästa års kvalitetsuppföljning.

Barnperspektiv

Socialkontoret bedömer att beslutet inte står i strid med barnets bästa.

Eva Folke
Socialchef

Elisabeth Rågård
Avdelningschef kvalitet- och
verksamhetsstöd

Bilagor

1. Biståndsenheten 180131

Beslut sänds till

- Socialchef
- Enhetschef Biståndsenheten
- Akt

Socialkontorets kvalitetsuppföljning

Biståndsenheten 2018-01-31

Deltagare: Isabel von Wachenfeldt enhetschef, Sanna Bergh biståndshandläggare, Fanny Öhman biståndshandläggare/vårdplanering, Julia Collmar biståndshandläggare, Rahele Darban-Khales biståndshandläggare/LSS, Patrik Johansson biståndshandläggare/socialpsykiatri. Marianne Iggmark kvalitetsutvecklare.

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete SOSFS 2011:9

	0 = ej godkänd	1= behöver utvecklas	2= godkänt/utmärkt
2013		1	
2014		1	
2015		1	
2016			2
2018		1	2

Biståndsenheten har kännedom om krav för ett systematiskt kvalitetsarbete. Socialnämndens (SN) styrande dokument "Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete 2017" återfinns inte tillgängligt bland de styrande och allmänna dokumenten på Portalen/intranätet. Däremot återfinns en Powerpoint-presentation om vad ledningssystem innebär. Denna är känd av enhetschefen, men används inte i informationsyfte. I övrigt är intranätet/Portalen med riktlinjer, dokument och rutiner väl kända och tillgängliga för samtliga medarbetare. Några av handläggarna använder mest intranätets sökfunktion istället för Portalens dokumentregister. Anledningen är att de inte är säkra på att det är det senaste dokumentet som finns inlagt där.

Enheten har lokala rutiner i en manual som ligger på varje handläggares PC-skrivbord. Manualen uppdateras och revideras kontinuerligt av enhetschef och samordnare. Viss osäkerhet uppfattas hos någon handläggare om att manualen verkligen innehåller de senaste uppdateringarna. För att skapa trygghet är det viktigt att enheten säkerställer att manualen läggs upp på skrivbordet som en "genväg" till huvuddokumentet och inte som en kopia då en kopia inte automatiskt uppdateras.

För att säkerställa att alla medarbetare ska få kunskap om nya händelser, förändringar, direktiv och rutiner, skickar enhetschefen ut ett veckobrev med information. En del aktuella nyheter och händelser rapporteras även muntligt på enhetens veckomöten.

Det systematiska förbättringsarbetet fortsätter att utvecklas på ett bra sätt. Kvalitetsråd, som består av enhetschef och två medarbetare, samlas för genomgång 1 gång/månad strax före enhetens APT (arbetsplatsträff). Ingen samordnare är representerad i kvalitetsrådet p.g.a. vakans samt hård arbetsbelastning. Minnesanteckningar skrivs och avvikelser och förbättringsförslag återkopplas informativt på APT.

Under 2017 har enheten arbetat med och fått kännedom om 1 Lex Sarah rapport (rörande en utförarens enhet), 8 klagomål och synpunkter samt 8 avvikelser och förbättringsförslag. En av handläggarna har som specialuppdrag att ta emot och ansvara för att alla inkomna klagomål och synpunkter samt att övriga avvikelser registreras och dokumenteras korrekt. Handläggaren drar de

inkomna avvikelserna på kvalitetsrådet. Handläggaren kan på ett mycket övertygande sätt redogöra för processen för klagomål och synpunktshantering. Fördelen med att en handläggare har ansvaret för avvikelsernas dokumentationsflöde är att säkerställa kvaliteten i processen.

Endast 8 avvikelser och förbättringsförslag har inkommit. Enheten anser det är bra med ett lågt antal avvikelser och förbättringsförslag, medan kvalitetsutvecklaren uppmuntrar till ett högre antal avvikelser vilket skulle kunna visa på en större delaktighet av medarbetarna i det systematiska förbättringsarbetet. I det stora hela upplevs att medarbetare är medvetet aktiva i det förbättringsarbetet, men en samordnare och flera medarbetare är nya och behöver extra handledning i processen. Under våren 2017 uppger enheten att de haft en genomgång från KVS (avdelning för Kvalitet och verksamhetsstöd) om anmälningsskyldigheten utifrån Lex Sarah.

Egenkontroll utifrån internkontrollplan har genomförts under november månad, analys av resultatet är ännu inte avslutad. Aktgranskning som genomförs av KVS, enligt internkontrollplanen under kvartal 2, har i rapporten "Aktgranskning 2017" lyft fram att bl.a. uppföljning av mål samt att dokumentation om samtycke behöver förbättras. Biståndsenheten upplever inte samma brist som i rapporten. De uttrycker en viss oklarhet om hur aktgranskningen gått till och om granskarna har tittat på rätt moment i dokumentationen. Biståndsenheten har därmed svårt att ta till sig de förbättringsförslag som lämnats i rapporten och ingen ytterligare analys är genomförd. Enhetschefen planerar att ha ett förberedande samtal med KVS inför nästa aktgranskning, så att parterna får samsyn om på vilket sätt dokumentation sker och hur akten ska granskas.

Av inkomna rapporter, granskningar och avvikelser upprättar enhetschefen handlingsplaner i Stratsys. Dessa handlingsplaner följs upp med olika åtgärder i aktiviteter tillsammans med samtliga medarbetare på planeringsdagar som genomförs 2-3 ggr/år.

Anledningen till delad bedömning vid denna kvalitetsuppföljning är att enhetens arbete med systematiskt förbättringsarbete är godkänd men det finns dock några mindre förbättringar som behöver åtgärdas för att helt uppnå graderingen "utmärkt". Ett av förbättringsförslagen (nr 5) riktas mot KVS som bör återkoppla till biståndsenheten om planen för deras åtgärder.

Behöver utvecklas:

1. Säkerställer att rutin/manualen läggs upp på skrivbordet som en genväg och inte en kopia
2. Komplettera med information om SN ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete i "checklista för introduktion av nya medarbetare".
3. Att i högre utsträckning arbeta med avvikelser och förbättringsförslag.
4. Samtal med KVS inför och efter aktgranskning för ökad förståelsen om vad som granskas.
5. *KVS ska ansvara för att SN styrande dokument om "Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbetet" 2017/2018 finns tillgängligt för alla anställda på portalen/intranätet.*

Värdegrunds arbete

	0 = ej godkänd	1= behöver utvecklas	2= godkänt/utmärkt
2013		1	
2014			2
2015			2
2016			2
2018			2

Enheten känner väl till värdighetsgarantierna och de har tidigare arbetat aktivt med dem. Ett klagomål har inkommit under 2017 med hänvisning till värdegrundsgarantin, vilket kan anses som en framgång och att klagomålsprocessen därmed blivit mer känd för brukarna och deras anhöriga. Broschyr om värdegrundsgarantierna finns i väntrummet och de tas även med vid hembesök.

I enhetens rutinmanual står en kort information om värdegrundsgarantierna samt en länk till den aktuella värdegrundsgarantin. Manualens faktatext bör kompletteras med en kort beskrivning om hur biståndsenheten arbetar för att värdegrundsarbetet ska upprätthållas på enheten.

Värdegrundsgarantin för biståndsenheten är samma som för övrig myndighetsutövning. Av broschyrens undertext framgår detta inte helt tydligt. Idag står det att garantin gäller "Individ och familjeomsorg". I texten kan man läsa att garantin gäller för myndighetsutövning, individ och familj, stöd och service till personer med funktionsnedsättning LSS och äldreomsorg Sol. Rubriken är missvisande och ger intryck att den endast gäller Barn- och ungdomsenheten samt Vuxenenheten. Istället har utförarnas värdegrundsgarantier för personer inom äldreomsorg och funktionsnedsättning används på enheten. Den myndighetsutövning som ges på Biståndsenheten kommer i broschyren inte fram på ett tydligt sätt och detta förbättringsförslag behöver skyndsamt åtgärdas.

På kommunens webb sida finns över huvud taget inte någon information om biståndsenheten och därmed inte heller information om den gemensamma värdegrundsgarantin som gäller för myndighetsutövning på biståndsenheten.

Värdegrundsarbetet är godkänd men två avvikelser som riktar sig till avdelning för Kvalitet- och verksamhetsstöd är beskrivna med kursiv stil. Återkoppling om åtgärder ska lämnas till Biståndsenheten.

Behöver utvecklas:

6. Manualens faktatext om "Värdegrundsgarantier" bör kompletteras med en kort beskrivning om **hur** Biståndsenheten vill att värdegrundsarbetet ska upprätthållas på enheten.
7. *Revidering av Värdegrunds broschyr för "Individ och familjeomsorg" och att tydliggöra att den även reglerar Biståndsenhetens arbete.*
8. *Att information om Biståndsenheten ska finnas på kommunens webbsida.*

Brukare/klienter

	0 = ej godkänd	1= behöver utvecklas	2= godkänt/utmärkt
2013		1	
2014		1	2
2015		1	2
2016		1	2
2018		1	2

Biståndsenheten har sedan förra kvalitetsuppföljningen fått ett nytt verksamhetssystem Life Care för utredning och dokumentation. Life Care ska underlätta utredning och dokumentationen enligt IBIC (individens behov i centrum). Biståndsenheten har haft externt stöd för utbilda alla handläggare i IBIC och idag dokumenterar man enligt modellen. Inom LSS (Lagen om stöd och service för vissa funktionshindrade) har det målinriktade arbetat förbättrats genom att använda Life Care. Handläggare och utförare för i systemet ett större stöd i ta fram målbeskrivningar.

Biståndshandläggarna berättar att det inte finns med alla moduler i Life Care för att vara komplett. Bland annat kan de inte se utförarens upprättade genomförandeplaner (GP) utan de måste gå in i det gamla verksamhetssystemet Procapita. Handläggaren har inte heller i Life Care tillgång till KIR (kommundatabasen) vilket de hade i Procapita. Dessa två brister försvårar utrednings- och uppföljningsarbetet något.

Enligt rapport om "Aktgranskning 2017" förslås det att biståndsenheten vid uppföljning bör förbättra att dokumentera vad som är uppfyllt i förhållande till målen, liksom att det bättre ska framgå att det finns samtycke, för vem, när och i vilket syfte. Samtyckesblankett finns men har utarbetats lokalt på enheten. Blanketten behöver revideras för att uppfylla kraven. Revidering bör ske i samarbete med KVS så dokumentet kvalitetssäkras. Handläggarna anser att de dokumenterar om att samtycke lämnats men noteringen kan möjligen vara alltför generellt beskrivet för att uppfylla de krav på dokumentation som ställs i föreskriften SOSFS 2014:5. Vägledning om samtycke finns i Socialstyrelsens handbok "Handläggning och dokumentation inom socialtjänsten" sid 387.

Då GP inte finns tillgängliga i Life Care kan handläggaren inte se om de beställda insatserna har beskrivits hos utföraren. Förbättringsförslag har lämnats till KVS om att handläggaren ska få ett "pling" i systemet, så de kan gå in i Procapita och hämta GP från de kommunala utförarna. Privata utförare inom hemtjänsten lämnar fysiskt in GP till Biståndsenheten. För att upprätta en GP får hemtjänstutförare ekonomisk kompensation. Verkställigheten av detta är svårt att kontrollera på utförarens faktura om inte biståndsenheten också har tillgång till GP.

Vid uppföljningstillfället begär handläggaren idag inte om att få ta del av GP. Handläggaren ställer i första hand uppföljningsfrågor till brukaren och eventuella närstående. Kvalitetsrevisorn förtydligar att om beställaren inte följer upp vad som är beställt genom att granska hur utföraren planerat utförandet av insatsen och hur planens mål uppnåtts, blir det stora svårigheter att utvärdera insatsen. LSS-handläggaren upplyser om att externa HVB- hem samt inom socialpsykiatri är de generellt duktiga på att arbeta med mål- och måluppfyllelse.

I öppna jämförelser (ÖJ) resultat för 2016 hade biståndsenheten uppgivit att de inte hade samverkan enligt Plansam, vilket gav ett NEJ resultat i ÖJ. Under 2017 har enheten åtgärdat bristen och samverkar nu enligt Plansam, vilket innebär strukturerad samverkan inom missbruksvården i kommunen. Arbetet har enligt enhetschefen varit framgångsrikt och biståndsenheten upplever att de bland annat har kunnat sprida kunskap om LSS-lagstiftning och biståndsenhetens myndighetsutövning till övriga parter vilket förbättrat samarbetet.

Enheten arbetar med att upprätthålla kontinuitet för brukarna genom att handläggare ansvarar för vissa datumintervaller. Tillgängligheten upplevs som god. Biståndsenheten har telefontid en timme/dag må-fre utom tisdagar. Alla handläggare lämnar visitkort med direktnummer till brukarna så de inte behöver ringa genom växeln utanför telefontid. Rutin finns för handläggare att bevaka varandras meddelande och telefoner vid frånvaro. Återkoppling till den som ringt sker alltid samma dag eller senast dagen efter.

Anledningen till delad bedömning är att arbetet med brukare håller en bra kvalitet men att uppföljning och samtycke kan utvecklas vidare.

Behöver utvecklas:

9. Myndigheten bör ställa krav att ta del av brukarens genomförandeplan för att kunna utvärdera måluppfyllelsen av den beställda insatsen.
10. Säkerställa att information om samtycke, både för vem och för vad ska framkomma i dokumentationen.

Personal/medarbetare

	0 = ej godkänd	1= behöver utvecklas	2= godkänt/utmärkt
2013		1	
2014		1	2
2015		1	2
2016		1	2
2018			2

Biståndsenheten har idag 11,5 årsarbetare, behovet är 14,5 och rekrytering pågår.

Personalomsättningen 2017 har varit 34 % vilket är en förbättring sedan förra kvalitetsuppföljningen.

Introduktionen av nya medarbetare har utvecklats i positiv riktning på enheten. Enheten arbetar med mentorskap. Introduktion genomförs utifrån den kommunövergripande introduktionslistan samt utifrån lokal checklista som är likvärdigt utformad för samtliga tre myndighetsenheter.

Kvalitetsutvecklaren uppmärksammar att under rubriken "Systematiskt kvalitetsarbete" på introduktionschecklistan bör det även finnas information om "socialnämndens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete" för att visa den nyanställda om hur socialnämnden styr verksamheten och vilka uppföljningskrav som ställs.

Arbetet med riskbedömningar uppfyller kraven och har en god kvalitet. Riskbedömning vid personalens möte med brukare genomförs kontinuerligt och arbetsgruppen går igenom dessa varje vecka på ärendedragning. Arbetsgruppen är inte helt nöjd med den blankett för riskbedömning som finns på Portalen så de har själva utarbetat nya blanketter för ändamålet. Kvalitetsrevisorn påtalar att det är viktigt att en blankett inte endast utarbetas lokalt. Utan blankettförslag tas fram och lämnas som ett förbättringsförslag till KVS för kvalitetssäkring. Om innehåll och funktion blir godkänd fastställs blanketten och läggs upp på portalen. Om denna rutin inte respekteras så riskerar socialkontoret att snabbt återgå till det blankettkaos som rådde för 6 år sedan, då det fanns blanketter för samma syfte i många versioner utan att någon visst vem som var ägare till dokumentet och vilken blankett som var den senaste versionen.

Skyddsronde genomförs gemensamt med andra enheter i kommunhuset. Resultatet av skyddsronden har inte kommunicerats med enheten. Oklart vem som är ägare av protokollet och en eventuell handlingsplan, men KVS bör kunna informera om detta på socialkontorets ledningsgrupp.

Arbetsplatsträffar genomförs enligt rutin liksom medarbetarsamtal. Det är varje medarbetares ansvar att ta med den individuella kompetensutvecklingsplanen till medarbetarsamtalet. De intervjuade medarbetarna uppger att de under året varit på några olika föreläsningar och utbildningsdagar.Handledning erbjuds regelbundet. Kompetensutvecklingsplan finns upprättad där det framgår vilka utbildningar som respektive medarbetare gått och planeras att gå.

Medarbetarenkät har genomförts under september och resultatet var över medel. Deltagarna på kvalitetsuppföljningen framförde att det funnits tre frågor som handlade om kränkande

särbehandling. Dessa frågor upplevdes vara felaktigt formulerade. Bland annat frågades inte om "kränkande särbehandling förekommer" utan istället om det finns en rutin för detta.

Process för tillbudsrapportering via KIA är känd. Enligt deltagarna har ett tillbud registrerats i KIA på hösten 2017. Tillbudet har dessvärre inte kommit fram till enhetschefen för åtgärd i enlighet med rutinen för KIA. Detta är en brist i KIA som personalavdelningen skyndsamt borde åtgärda och därmed säkerställa att rapporterna går till ansvarig chef. Personalavdelningen bör även säkerställa att alla som är arbetsmiljöansvariga även har kunskap om hur de ska åtgärda och dokumentera i systemet.

Medarbetarna upplever att informationsflödet inom enheten och socialkontoret är gott. Enhetschef skriver minnesanteckningar på enhetens tisdagsmöten som hon under veckan fyller på med information och delger alla medarbetare via mail på fredagen.

Bedömning under rubriken "Personal" är godkänd utifrån biståndsenhetens ansvarsområden. De delar som behöver utvecklas, 13-15, berör personalavdelningen och avdelning för kvalitet och verksamhetsstöd. Information om rapporterade utvecklingsområden bör lämnas till biståndsenheten.

Behöver utvecklas;

11. Under rubriken "Systematiskt kvalitetsarbete" i introduktionsmaterialet, bör det även finnas information om "SN Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete"
12. Inte skapa egna blanketter (Riskbedömning) utan samarbeta med KVS om utformandet så blanketten kvalitetssäkras.
13. *Personalavdelning bör skyndsamt säkerställa att flödet av tillbudsrapporter i KIA kommer till arbetsmiljöansvarig för kännedom och åtgärd.*
14. *Frågeställningarna om Kränkande särbehandling bör utvecklas så att otydligheten elimineras.*
15. *Information från KVS om resultat från skydds rond 2017*

Miljö

	0 = ej godkänd	1= behöver utvecklas	2= godkänt/utmärkt
2013			2
2014			2
2015			2
2016			2
2018			2

Miljömålen som är presenterade i budget 2017 är kända. Enheten källsorterar enligt samma regler som gäller för kommunhuset. Vid tjänsteresor åker medarbetarna till största delen kollektivtrafik eller i kommunens El- bilar. Medarbetare har frångått papperskalendrar och använder istället kalendern digitalt. Plastmuggar undviks och dataskärmar släcks efter arbetsdagen slut.

Svar med åtgärder och/eller handlingsplan ska ha inkommit till kvalitetsutvecklare senast **13 mars 2018**. Det går bra att skriva svar med åtgärder i tidsatt handlingsplan i detta dokument under "behöver utvecklas".

Marianne Iggmark

Kvalitetsutvecklare på uppdrag från Socialkontoret och Avdelningen för kvalitet och verksamhetsstöd

E-post: infomianagement.se



Elisabeth Rågård
Kvalitetsutvecklare
Socialkontoret

Datum 2018-02-26 Vår beteckning SN 18/0039 Er beteckning

Socialnämnden

Elisabeth.Ragard@upplands-bro.se

Kvalitetsuppföljning vuxenenheten 13 februari 2018

Förslag till beslut

Socialnämnden godkänner socialkontorets kvalitetsuppföljning av vuxenenheten.

Sammanfattning

Kvalitetsuppföljning av vuxenenheten har genomförts under februari 2018 av socialkontorets avdelning för kvalitet- och verksamhetsstöd.

Undersökande frågor har ställt till enhetschef, samordnare och medarbetare samt genomfört stickprovskontroll av kvalitetskritiska processer och dokument.

Sammanfattningsvis har vuxenenheten genomgått ett omfattande utvecklingsarbete och med inriktning att skapa en stabil arbetsgrupp. Fokus har legat på rekrytering och att skapa en bra arbetsplats med kompetent personal som trivs, stannar och har förmåga att möta klienterna på ett professionellt sätt. Detta är ett arbete som har gett mycket gott resultat. Personalomsättning har varit 5 % senaste året mot tidigare 60 %.

Kvalitetsuppföljningen visar att vuxenenheten utför ett gott arbete. På grund av utvecklingsarbete och med inriktning att få till en bra och stabil arbetsgrupp har andra områden fått stå tillbaka. Några områden som behöver arbetas vidare med är bland annat att göra ledningssystemet mer känt för samtliga medarbetare, arbeta mer med avvikelser och förbättringsförslag samt lokala rutiner och manualer. Vissa områden ligger på kvalitet- och verksamhetsstöd att förbättra. Det gäller bland annat centrala dokument som behöver uppdateras och göras tillgängliga samt arbetet med aktgranskning.

Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse daterad den 26 februari 2018
- Bilaga Vuxenenheten kvalitetsuppföljning 2018-02-13

Ärendet

Den vårdgivare (kommun) som bedriver socialtjänst ska ansvara för att det finns ett ledningssystem för verksamheten. Ledningssystemet ska användas för

att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet. Med stöd av ledningssystemet kan nämnden leda, kontrollera, följa upp och utvärdera verksamheten. *3 kap § 3 SoL (Lag 2009:596) Socialstyrelsen föreskrift SOSFS 2011:9*

Sedan 2013 har socialnämnden genomfört kvalitetsuppföljning av socialkontorets samtliga verksamheter. Kvalitetsuppföljning följer de moment som finns beskrivna i internkontrollplanen och som ingår i Socialnämndens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

Kvalitetsuppföljningen har skett genom samtal på plats med enhetschef, tf enhetschef, samordnare och medarbetare. Kvalitetsutvecklaren har ställt undersökande frågor och dokumentation samt rutiner har granskats. Följande områden har följts upp; Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, värdegrund, brukare/klienter, personal och miljö.

Kvalitetsuppföljningen visar att vuxenenheten har gjort ett omfattande utvecklingsarbete och för att få en stabil arbetsgrupp med fokus på rekrytering och en bra arbetsplats med kompetent personal som trivs, stannar och har förmåga att möta klienterna på ett professionellt sätt. Utgångspunkterna i arbetet har varit att skapa en attraktiv arbetsplats och en utökad brukarmedverkan. Arbetet har fallit ut mycket väl och enheten har gått från en personalomsättning på 60 % till 5 %. Arbetet med att skapa en stabil arbetsgrupp med fokus på klientarbetet har gjort att andra områden har fått stå tillbaka. Bland annat är det arbetet med ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete som inte är känt av alla medarbetare, förtydliga arbetet med kvalitetsråden och arbetet med avvikelser och förbättringsförslag. En del förbättringsområden ligger på avdelningen kvalitet- och verksamhetsstöd, vilket bland annat handlar om centrala dokument som behöver uppdateras och göras tillgängliga för samtliga medarbetare inom socialkontoret samt arbetet med aktgranskning som behöver förtydligas.

Kvalitetsutvecklaren lyfter fram att enheten har ett annat ”driv” idag än vad som redovisades vid förra uppföljningen. Det finns en lust att utveckla och förbättra och ett uttalat mål var ”att om ett år ska vi uppvisa ett perfekt resultat vid nästa kvalitetsuppföljning”.

Vuxenenheten har fått underlaget från kvalitetsuppföljningen och ska innan den 13 mars 2018 svara på vilka åtgärder de sätter in. Detta ligger sedan till grund för nästa kvalitetsuppföljning.

Barnperspektiv

Socialkontoret bedömer att beslutet inte står i strid med barnets bästa.

Elisabeth Rågård
Avdelningschef kvalitet- och
verksamhetsstöd

Bilagor

1. Vuxenheten kvalitetsuppföljning 2018-02-13

Beslut sänds till

- Socialchef
- Enhetschef Vuxenheten
- Akt

Socialkontorets kvalitetsuppföljning

Vuxenenheten 2018-02-13

Deltagare; Lena Svärd och Janna Gaverstedt samordnare, Mattias Jarl enhetschef, Marianne Saur Hedlund tf enhetschef, Johanna Koskinen Karlsson och Anne Gerdin socialsekreterare, kvalitetsuppföljare Marianne Iggmark.

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete SOSFS 2011:9

	0 = ej godkänd	1= behöver utvecklas	2= godkänt/utmärkt
2013		1	
2014		1	
2015		1	
2016		1	
2018		1	

Inledningsvis bör nämnas att under perioden februari 2017 till februari 2018 har enheten genomgått ett stort internt "utvecklingsarbete" efter att ha haft en mycket stor personalomsättning och sviktande kvalitet. Fokus har legat på rekrytering och att skapa en bra arbetsplats med kompetent personal som trivs, stannar och har kompetens att möta klienterna på ett professionellt.

Tf enhetschef har medvetet lågprioriterat arbetet med ledningssystem och systematiskt kvalitetsarbetet. Enheten har istället inledningsvis arbetat med att i en SWOT-analys undersöka verksamhetens nuläge februari 2017 och inventerade enhetens svaghet, hot men framför allt dess styrkor och möjligheter. Utifrån detta tog enheten fram ett idealläge och vision och har sedan gemensamt arbetat fram en plan med olika aktiviteter för att nå dit. Fokus låg i första hand på 1) en attraktiv arbetsplats 2) bättre brukarmedverkan.

Socialnämndens (SN) ledningssystem och internkontrollplan är till vissa delar kända av deltagarna. Tf enhetschef har inför sitt uppdrag inte fått information om egenkontroll, aktgranskning eller tidigare rapport från kvalitetsuppföljning 2016-10-24. Vid uppföljningen gick kvalitetsuppföljaren igenom syftet med ledningssystemet och socialnämndens(SN) internkontrollplan. Inga handlingsplaner har blivit upprättade utifrån avvikelser och granskningar.

Kvalitetsråd har haft 6 möten men syftet med rådet och dess funktion är oklar vilket framgår av protokollen där det inte finns så mycket dokumenterat och det är inte möjligt att utläsa hur förbättringsarbete har genomförts. I kvalitetsrådet ska det enligt anvisning, finnas representanter från arbetsgruppen som tillsammans med enhetschef har mandat att analysera inkomna avvikelser och rapporter samt komma med förbättringsförslag att utveckla och säkra verksamhetens kvalitet.

Intranät/Portalen med riktlinjer, dokument och rutiner väl kända och tillgängliga för samtliga medarbetare. Enhetens lokala rutiner har behov att uppdateras och även kompletteras med en del nya kvalitetskritiska processer och blanketter som arbetsgruppen upplever sig sakna. Kvalitetsuppföljaren informerade om att en beställning kan lämnas till avdelning Kvalitet och verksamhetsstöd (KVS) som då bistår enheten i arbetet med att ta fram de processbeskrivningar som saknas.

3 klagomål och synpunkter har inkommit under 2017, minst ett av dem har rört missnöje med en handläggare. Klagomålet har registrerats av kanslistaben enligt process och rutin för synpunkter och klagomål. Inkomna klagomål har besvarats men inte vidare analyserats på kvalitetsråd och APT då klagomål som berör en klients missnöje med sin handläggare upplevs vara känsligt att diskutera i grupp. Deltagarna visar en viss osäkerhet om processen för klagomål- och synpunkter, men efter lite sökande återfinns processen på portalen.

Enheten arbetar inte med att dokumentera "avvikelse och förbättringsförslag" i det interna arbetet. Vid uppföljningen framfördes en hel del bra förbättringsförslag. Deltagarna fick handledning av kvalitetsuppföljaren i att dessa var bra exempel på det som ska ingå i det systematiska förbättringsarbetet.

Egenkontroll utifrån internkontrollplan har genomförts under november månad. Vid en första analys kunde samordnare redogöra att arbetsplaner behöver förbättras liksom aktualiseringar, uppföljning och genomförandeplaner. Dessa förbättringsområden överensstämmer väl med vad som framkommit i "Aktgranskning 2017" som genomförs kvartal 2 av avdelning för Kvalitet och verksamhetsstöd (KVS). Tf enhetschef har inte informerats om eller tagit del av rapporten för aktgranskning. Kvalitetsrevisor rekommenderar ny enhetschef att ta kontakt med KVS och de handläggare som utför granskningen för att få information och dialog om granskningen.

Genomgång av Lex Sarah har genomförts för samtlig personal på avdelningsforum hösten 2017, tillsammans med personal från kvalitet och verksamhetsstöd. 0 anmälan om Lex Sarah har inkommit.

En ytterligare utvecklingsfas i enhetens fortsatta arbete för en attraktiv arbetsplats, är att det ska gå att följa den röda tråden i det systematiska kvalitetsarbetet från avvikelse-, analys- förbättrande åtgärder.

Kvalitetsrevisorn vill i denna rapport lyfta fram att enheten har ett annat "driv" idag än vad som redovisades vid förra uppföljningen. Det finns en lust att utveckla och förbättra och ett uttalat mål var "att om ett år ska vi uppvisa ett perfekt resultat vid nästa kvalitetsuppföljning".

Enligt denna kvalitetsuppföljning framkommer det att enhetens arbete med systematiskt kvalitetsarbete behöver utvecklas ytterligare. Två av förbättringsförslagen riktas mot KVS som bör återkoppla till Vuxenenheten om planen för deras åtgärder (*kursiv stil nedan*).

Behöver utvecklas:

1. Säkerställa att SN ledningssystem och internkontrollplan är kända i verksamheten
2. Återupprätta kvalitetsrådet i enlighet med anvisning
3. Aktivt arbeta med avvikelser och förbättringsförslag i det interna arbetet på enheten. Dessa avvikelser och förbättrings ska bearbetas i kvalitetsrådet
4. Enhetens lokala rutiner/manual har behov att uppdateras och kompletteras med några kvalitetskritiska processer.
5. *Idag är det endast enhetschef som har tillgång till planerings- och uppföljningsverktyget Stratsys, vilket kan vara en brist då personalens delaktighet är ett krav enligt SOSFS 2011:9. En möjlig "titt-behörighet" bör övervägas för att öka personalens delaktighet i enhetens mål och de planerade aktiviteterna för att nå målet.*
6. *Avdelning för Kvalitet och verksamhetsstöd bör bli mer transparent när aktgranskningen är genomförd för att granskningen ska bli till det utvecklingsverktyg som det är ämnat.*

Värdegrunds arbete

	0 = ej godkänd	1= behöver utvecklas	2= godkänt/utmärkt
2013		1	
2014		1	
2015		1	
2016	0	1	
2018		1	

Enhetens arbete med den lokala värdegrunden har avstannat. Personalgruppen är utbytt och ingen av de anställda finns kvar som känner till eller kan berätta varför värdegrundsgarantierna finns. Kvalitetsuppföljaren gjorde en genomgång och informerade om att broschyrer finns på webben och på KC bland annat. Enheten ska beskriva i rutin/manualen om HUR de anser att arbetet med att värdegrundsgarantin ska upprätthållas.

Anledningen till bedömning ”behöver utvecklas” beror på att det framkom vid samtal med deltagarna att enheten upplever att de arbetar enligt värdegrunden i sitt dagliga arbete och i mötet med klienter, men utan att de har reflekterat över sambandet med värdegrundsgarantin.

Behöver utvecklas:

1. Säkerställa att alla medarbetare har kännedom om de lokala värdighetsgarantierna.
2. Implementera och bryt ner värdighetsgarantierna på enheten så det är tydligt hur enheten ämnar arbeta med garantierna och hur klienter ska få kännedom om dem (kvarstående utvecklingsområden från tidigare uppföljning)

Brukare/klienter

	0 = ej godkänd	1= behöver utvecklas	2= godkänt/utmärkt
2013		1	
2014	0		
2015	0	1	
2016	0	1	
2018		1	2

Inför brukarundersökning 2017 hade enheten som mål att öka antalet svarande klienter. Enligt resultat 2016 var det 15 enkäter som lämnades ut och 9 besvarades. 2017 lämnas 300 ut och 140 besvaras. Enligt brukarundersökningen i öppna jämförelser (ÖJ) 2017 var enhetens resultat något lägre än grannkommunerna. Analys av brukarundersökningarna har genomförts och flera förbättrande aktiviteter finns beskrivna i Stratsys. Handlingsplanen i Stratsys kunde inte visas då enhetschef inte hade behörighet till systemet i nuläget.

Deltagarna kunde berätta om att ett förbättringsområde som enheten arbetat med under hösten 2017 är bland annat att öka klientens tillgänglighet till handläggare samt att ge ett bättre bemötande. Mottagningsgruppen har telefontider mellan 9-11 utom tisdagar men i övrigt har klienten möjlighet att kontakta sin handläggare under kontorstid. Om handläggare är upptagen av annat lämnas ett meddelande och handläggare ringer alltid upp senast nästa dag. För att ytterligare öka tillgängligheten erbjuds alltid nybesök inom 2 veckor.

Vuxenheten har tillsammans med arbetsmarknadsenheten (AME) beslutat att ha en gemensam utbildning om motiverande samtal (MI). MI är en samtalsmetod för rådgivning med syfte att

underlätta förändring för klienten. Metoden lämpar sig väl för information och få individen att känna sig delaktig i samtalet vilket också är ett av de förbättringsområden som enheten vill arbeta med.

Genom införandet av elektronisk ansökan av ekonomiskt bistånd avlastas handläggare en del arbetsuppgifter och kan fokusera på mötet med klienten, då alla formella uppgifter redan blivit registrerade i ansökningsformuläret. För att säkerställa att ansökningarna är korrekta, kontrolleras 10 % av ansökningarna slumpmässigt av handläggare. Rutin för ansökningsprocessen är enligt uppgift påbörjad men kan inte visas vid denna uppföljning.

Det har under längre tid varit hög personalomsättning vilket gör att kontinuiteten för klienterna varit låg. Under 2017 upplevs numera kontinuiteten som god då enheten bemannas av permanent och kompetent personal.

Den aktgranskning som gjordes av KVS under kvartal 2 enligt internkontrollplanen är inte känd av enheten vilket förklarar att analys av aktgranskningens resultat och åtgärdsplan saknas. KVS bör bli mer transparent när rapporten är klar, för att granskningen ska bli till det utvecklingsverktyg som det är ämnat. Ett förbättringsområde som har identifierats i aktgranskningen är att uppföljning av målen inte alltid dokumenterats. Mål är dokumenterade men huruvida och på vilket sätt målen har uppnåtts behöver bättre beskrivas i dokumentationen. Även brister i att upprätta av arbetsplaner har identifierats i aktgranskningen vilket även arbetsgruppen själva noterat på enhetens egenkontroll i november. Muntlig analys av enhetens egenkontroll överensstämmer väl med de förbättringsområden som aktgranskningen presenterat.

Arbetsgruppen har även analyserat att de måste bli tydligare på att begära in genomförandeplaner från utföraren. Genomförandeplanen kan bli ett komplement för handläggaren för att bättre, med klienten, kunna utvärdera insatsen och måluppfyllelsen. Arbetsgruppen har även uppmärksammat enhetens brist att konsekvent dokumentera in Procapita hur och när utredning har kommunicerats med den sökande.

Samverkan med andra verksamheter och parter sker regelbundet. Här kan nämnas sociala bostäder med Upplands-Bro hus, Kvinnojouren Anna, Origo – samverkansorgan för att motverka våld i nära relationer, Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan, Härnevimottagningen med flera. De socialsekreterare som deltar i samverkansmöten rapporterar aktuell information till enhetschef samt till sin arbetsgrupp.

Kvalitetsuppföljningen av enhetens arbete med rubriken "brukare/klient" har utvecklats på ett positivt sätt varför bedömningen delas mellan "godkänd" och "behöver utvecklas". Som kvalitetsrevisorn beskrivit ovan har ett flertal åtgärder genomförts under 2017 för att förbättra tillgängligheten för klienterna samt öka kunskapen om rättssäker handläggning.

Behöver utvecklas:

3. Analysera aktgranskning och egenkontroll 2017 samt utarbeta handlingsplaner för att utveckla och förbättra enhetens verksamhet samt en rättssäker handläggning.
4. Upprätta skriftlig rutin för e-ansökningsprocessen.
5. Upprätta rutin att inhämta genomförandeplaner från utföraren så att den blir ett komplement vid uppföljning av mål med klienten.
6. *KVS bör bli mer transparent när rapporten om aktgranskning är klar.*

Personal/medarbetare

	0 = ej godkänd	1= behöver utvecklas	2= godkänt/utmärkt
2013		1	
2014		1	
2015		1	
2016	0	1	
2018		1	2

Idag är personalgruppen bemannad med 14 socialsekreterare, 3 samordnare och 1 administratör, efter att under flera år varit underbemannad med många vakanser och inhyrda konsulter.

Personalomsättningen är det senaste året 5 % (en personal har slutat) till skillnad mot vid förra kvalitetsuppföljningens 60 %. Den personal som idag arbetar på enheten är kompetenta och har mellan 10-30 års erfarenhet av arbete som socialsekreterare. Samtliga har högskolutbildning.

Framgången till stabilt personalläge beror på det utvecklingsarbete som påbörjades senhösten 2016 med extern konsult som har haft ett tydligt uppdrag att också arbeta med 1) en attraktiv arbetsplats och 2) bättre brukarmedverkan. För en attraktiv arbetsplats har ledarskapet en mycket stor betydelse men även mindre åtgärder som "hittelön" för den som värvar en ny medarbetare samt en tydlig lönetrappa har givet önskad effekt. Tf enhetschef har filosofin om att mår medarbetare bra får också brukar/klinten ett bättre och kvalificerat bemötande.

Introduktion genomförs utifrån den kommunövergripande introduktionslistan samt utifrån lokal checklista (likvärdig för samtliga myndighetsenheterna). Introduktionen är mycket omfattande och löper från dag 0 till 1 år med återkommande uppföljningar av mentor, samordnare och chef. Tydliga uppdragsbeskrivningar finns om vad som förväntas av respektive yrkesroll.

Kvalitetsuppföljaren uppmärksammar att under rubriken "Systematiskt kvalitetsarbete" på checklistan för introduktion bör det även kompletteras med information om "SN ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete" för att kunna beskriva för den nyanställda om hur socialnämnden styr verksamheten och vilken kontroll och uppföljningskrav som SN ställer.

Medarbetarsamtal har genomförts med samtliga medarbetare och kompetensutvecklingsplan har upprättats i samtalet. Medarbetarundersökning har genomförts i september 2017. Svarsfrekvensen var 100 % och resultatet är över kommunens medelresultat. För att förbättra enhetens gemensamma kompetens har alla medarbetarna bland annat fått utbildning i socialrätt under totalt 10 dagar. De har även utbildats i Signs of Safety med syfte att stärka individen i utredningsprocessen.

Skydds rond har genomförts gemensamt med andra arbetsplatser i kommunhuset. Resultatet av skydds ronden har inte kommunicerats till enheten. Oklart vem som är ägare av protokollet och en eventuell handlingsplan, men KVS bör kunna informera om detta på socialkontorets ledningsgrupp.

Enheten genomför muntliga riskbedömningar inför varje klientbesök. Alla anställda får vid introduktion ta del av rutin för "Hot och Våld" där det framgår hur man som handläggare förbereder sig inför ett besök och vilka säkerhetskrav man ska iaktta. Det finns ingen skriftlig rutin och blankett för riskbedömning utan man hänvisar till ovan nämnda rutin för Hot och Våld. Kvalitetsrevisorn rekommenderar att man kallar en rutin för vad den är till för och en rutin för riskbedömning ska finnas. Central rutin för "Hot och Våld" för kommunhuset finns redan centralt framtagen.

APT har genomförts under 9 tillfällen under året. Protokoll finns och ligger samlade på samarbetsforumet på Portalen som är tillgängliga för samtliga medarbetare. Enheten har förutom APT, ledningsgrupp, ärendedragning i respektive samordnargrupp varje tisdag. Informationsöverföring upplevs som mycket god.

En av medarbetare vid uppföljningen känner till hur och var man ska göra en tillbudsansökan digitalt i KIA. Övriga känner sig trygga i att det alltid finns någon annan att fråga om ett tillbud eller arbetsskada skulle uppstå. Nyttillträdd enhetschef har god kännedom om KIA. Då det har förekommit, på andra enheter inom socialkontoret, att tillbudsansökan adresserats till ej aktuell chef i KIA systemet, uppmanas ny enhetschef att säkerställa att hans mail adress är aktuell i systemet. Arbetsmiljöansvar för nyanställd enhetschef är fördelat till nyanställd enhetschef.

Anledning till bedömning godkänd/utmärkt är att många och stora framgångsåtgärder vidtagits att skapa en attraktiv arbetsplats där medarbetare trivs och vill stanna. Förbättringar inom rutiner och systematiskt förbättringsarbete behöver utvecklas ytterligare, framför allt genom riskbedömningar och implementering av arbetsmiljöarbetet.

Behöver utvecklas:

7. Upprätta rutin för riskbedömning alternativt döpa om "Hot och Våld". Rutinen ska även finnas länkad i rutin/manual.
8. Under rubriken "Systematiskt kvalitetsarbete" i introduktionsmaterialet, bör det även finnas information om "SN Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete"
9. Implementera i arbetsgruppen hur arbetsskada och tillbud ska rapporteras i KIA.
10. Säkerställ att arbetsmiljöansvarigchefs mail adress är inlagd i KIA på Vuxenenheten.
11. *Information från KVS om resultat och protokoll från skydds rond 2017*

Miljö

	0 = ej godkänd	1= behöver utvecklas	2= godkänt/utmärkt
2013			2
2014			2
2015			2
2016			2
2018			2

Miljömålen som är presenterade i budget 2017 är kända. Enheten källsorterar enligt samma regler som gäller för resten av kommunhuset. Vid tjänsteresor åker handläggarna i de el- tjänstebilar som finns att tillgå, alternativt åker de kommunalt färdmedel. För att minska elförbrukning släcker medarbetare onödig belysning och stänger av datorer efter arbetsdagens slut.

Svar med åtgärder och/eller handlingsplan ska ha inkommit till avdelningen för kvalitet och verksamhetsstöd senast den **13/3-2018**. Det går bra att skriva svar med åtgärder i tidsatt handlingsplan i detta dokument under "behöver utvecklas".

Marianne Iggmark

Kvalitetsuppföljare på uppdrag från Socialkontoret och Avdelningen för kvalitet och verksamhetsstöd

E-post: info@mimanagement.se



Anna Skrifvars

Datum

2018-02-20

Vår beteckning

SN 17/0069

Er beteckning

Socialkontoret

Socialnämnden

Anna.Skrifvars@upplands-bro.se

Rapportering av ej verkställda och verkställda beslut, 31 december 2017

Förslag till beslut

1. Socialnämnden överlämnar socialkontorets rapportering av ej verkställda och verkställda beslut den 30 september 2017 till kommunens revisorer.
2. Socialnämnden överlämnar statistikrapport av ej verkställda beslut och verkställda beslut den 30 september 2017 till Kommunfullmäktige.

Sammanfattning

Kommunerna har enligt socialtjänstlagen (SoL) och lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) skyldighet att rapportera in ej verkställda beslut till Inspektionen för vård och omsorg.

Vid rapporteringstillfället 31 december 2017 fanns det fyra ej verkställda beslut, enligt LSS samt fyra gällande äldreomsorgen och ett avseende handikappomsorg enligt SoL. 16 beslut som tidigare inrapporterats som ej verkställda har avslutats under perioden, där 15 beslut avser insats enligt insats enligt SoL och ett beslut avser insatser enligt LSS.

Beslutsunderlag

- Socialkontorets tjänsteskrivelse daterad den 20 februari 2018.

Ärendet

Kommunerna har från den 1 juli 2006 genom en ändring i SoL samt från den 1 juli 2008 genom ett tillägg i LSS, skyldighet att rapportera in gynnande beslut som inte verkställts inom tre månader från beslutsdatum till Inspektionen för vård och omsorg. Från samma datum gäller även skyldigheten att rapportera in avbrott i verkställigheten om beslutet inte verkställts på nytt inom tre månader från dagen för avbrottet.

Alla ej verkställda beslut som rapporterats ska alltid återrapporteras när beslutet har verkställts.

Rapporteringen till IVO och kommunens revisorer ska ske på individnivå och lämnas in en gång per kvartal.

Rapporteringen till Kommunfullmäktige ska ske i form av en statistikrapport där individen är avidentifierad.

En kommun som inte inom skäligen tid tillhandahåller bistånd som någon är berättigad till kan åläggas att betala en särskild avgift. Det lägsta beloppet för en sanktionsavgift är tio tusen kronor och den högsta en miljon kronor.

Nuläge vid rapporteringstillfället 31 december 2017

Individ och familjeomsorg, insatser enligt SoL

Vid rapporteringstillfället den 31 december 2017 fanns det inte några ej verkställda beslut att rapportera från individ och familjeomsorgen.

Äldreomsorg, insatser enligt SoL

Vid rapporteringstillfället den 31 december 2017 fanns det fyra ej verkställda beslut, samtliga ärenden avser ansökan om särskilt boende med heldygnsomsorg. Skälet till att besluten avseende särskilt boende inte verkställts är att inom ett av ärendena har den enskilde tackat nej till erbjudande. I två ärenden är skälen till att besluten ej verkställts resursbrist. De enskilda får behovet tillgodosett genom korttidsplatser i avvaktan på permanent boendeplats. Femton tidigare inrapporterade ej verkställt beslut har verkställts under rapporteringsperioden.

Handikappomsorg, insatser enligt SoL

Vid rapporteringstillfället den 31 december 2017 fanns det ett ej verkställt beslut att rapportera från handikappomsorgen. Ärendet avser ansökan om kontaktperson och skälet till att beslutet ej verkställts är resursbrist där lämplig personal/uppdragsgivare saknas.

Insatser enligt LSS

Vid rapporteringstillfället den 31 december 2017 fanns det fyra ej verkställda beslut enligt LSS. Två ärenden avser bostad med särskild service, ett ärende avser biträde av kontaktperson och ett ärende avser ledsagare. Skälet till att besluten avseende boende med särskild service är ej verkställt är att i ett ärende har den enskilde tackat nej till erbjuden plats och i ett ärende kan beslutet inte verkställas då den enskilde är inne i ett aktivt missbruk. Skälen till att beslut om biträdande av kontaktperson ej verkställts är att den enskilde tackat nej till erbjuden insats och skälet till att beslut om ledsagare ej verkställts är resursbrist, där lämplig personal/uppdragsgivare saknas. Ett tidigare inrapporterade ej verkställda beslut har avslutats under perioden.

Barnperspektiv

Socialkontoret konstaterar att denna rapport inte står i strid med barnets bästa.

Socialkontoret

Eva Folke

Socialchef

Elisabeth Rågård

Avdelningschef kvalitet- och
verksamhetsstöd

Bilagor

1. Statistikrapport

Beslut sänds till

- Kommunfullmäktige
- Kommunens revisorer

Statistikrapport ej verkställda beslut enligt Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS)

Rapporteringstillfälle 31 december 2017

Verkställda eller avslutade beslut som tidigare rapporterats ej verkställda (LSS).						
Beslutsdatum för gynnande beslut som ej verkställts	Ledsagare	Biträde av kontaktperson	Bostad med särskild service	Kvinna/ flicka	Man/ pojke	Datum för avslut
2017-06-13	X				X	2017-08-17

Rapporteringstillfälle 31 december 2017

Gynnande beslut som inte verkställts inom tre månader från beslutsdatum (LSS).							
Beslutsdatum för gynnande beslut som ej verkställts	Biträde av kontaktperson	Bostad med särskild service	Ledsagare	Daglig verksamhet	Kvinna/flicka	Man/pojke	Kommentar
2015-01-02		X			X		Den enskilde har tackat nej till erbjudande 2015-07-03, 2016-10-24, 2016-11-22 samt 2017-01-25. Januari 2017 skickades anvisningsbrev med mottagningsbevis. Svar skulle inkomma om behovet fortfarande förelåg. Inget svar inkom. Beslutet omprövas.
2016-09-01	X				X		Kontaktperson har erbjudits men den enskilde har avböjt – 2017-07-17
2017-02-22		X				X	Är inne i ett aktivt missbruk, insatsen kan inte verkställas för stunden.
2017-06-01			X			X	Resursbrist avseende kontaktperson. Saknar lämplig personal/uppdragstagare.

Statistikrapport ej verkställda beslut enligt Socialtjänstlagen (SoL)

Rapporteringstillfälle 31 december 2017

Verkställda eller avslutade beslut som tidigare rapporterats ej verkställda (SoL)					
Beslutsdatum för gynnande beslut som ej verkställts	Äldreomsorg	Handikappomsorg	Kvinna/flicka	Man/pojke	Datum för verkställighet
2017-02-28	X			X	2017-10-25
2017-03-06	X			X	2017-11-06
2017-03-27	X		X		2017-11-27
2017-03-27	X			X	2017-12-14
2017-04-09	X			X	2017-10-31
2017-05-03	X			X	2017-12-14
2017-05-15	X		X		2018-01-15
2017-05-24	X			X	2017-10-08
2017-06-01	X			X	2018-01-15
2017-06-07	X		X		2018-01-17
2017-06-16	X		X		2018-01-16
2017-07-18	X		X		2018-01-23
2017-07-21	X			X	2018-01-15
2017-08-14	X		X		2018-01-16
2017-09-26	X			X	2018-01-11

Rapporteringstillfälle 31 december 2017

Gynnande beslut som inte verkställts inom tre månader från beslutsdatum (SoL)						
Beslutsdatum för gynnande beslut som ej verkställts	Äldreomsorg	Handikapp-omsorg	IFO	Kvinna/flicka	Man/pojke	Kommentar
2017-03-27	X				X	Resursbrist avseende permanent bostad. Den enskilde har tackat nej till plats på Norrgården.
2017-05-24		X			X	Resursbrist avseende kontaktperson. Saknar lämplig personal/uppdragstagare.
2017-05-24	X				X	Resursbrist avseende permanent bostad. Den enskilde får behovet tillgodosett via korttidsplats.
2017-08-12	X			X		Den enskilde har tackat nej till plats på Norrgården. Vistats på korttidsplats i avvaktan på permanent plats.
2017-09-12	X			X		Den enskilde har tackat nej till erbjuden plats på Allégården 2017-10-20. Den enskilde har blivit erbjuden plats på Kungsgården 2018-01-04, har ej svarat. Platsen är inflyttningsklar.