



Socialförvaltningens Kvalitetsberättelse 2023

Fastställt av socialnämnden
Framtagen av socialförvaltningen
Datum 2024-02-23
Ärendenr SON 2024/34
Version [1.0]

Socialförvaltningens Kvalitetsberättelse 2023

Innehåll

Inledning	2
Ansvarsfördelning	2
Förvaltningens uppföljning av kvalitet	4
Kvalitetsuppföljningar	4
Resultat	5
Analysvecka	6
Ledningssystemets grundläggande uppbyggnad	6
Uppdrag och kvalitetskrav	6
Kvalitetsgarantier.....	6
Processer och rutiner	6
Samverkan	7
Systematiskt förbättringsarbete	8
Rapporteringskyldighet	9
Personalens medverkan i kvalitetsarbetet	11
Brukares medverkan i kvalitetsarbetet	11
Plan för kvalitetsuppföljningar 2024	11

Inledning

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

Kvalitetsberättelsen tar sin utgångspunkt i vad ett kvalitetsledningssystem ska innehålla enligt socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Socialförvaltningen har inhämtat kvalitetsberättelser från samtliga utförarverksamheter. Kvalitetsberättelsen syftar till att beskriva hur det systematiska kvalitetsarbetet sker i syfte att säkra kvaliteten för brukare.

Kvalitet i Region Gotland innebär att vi skapar värde tillsammans med dem vi är till för. Regionens processer är värdeskapande, effektiva, rättssäkra, transparenta, förebyggande och förvaltningsövergripande. De bidrar därmed till social, ekologisk och ekonomisk hållbarhet. För att klara utmaningarna i välfärden är regionen en modig organisation med ett intensifierat utvecklingsarbete genom ständiga förbättringar, digitalisering, innovationer och förnyelsesprång.

Ansvarsfördelning

Socialförvaltningen har skapat en struktur för ansvarsfördelningen när det gäller ansvar och utveckling av kvalitetsfrågor vilken följer nedan:

Socialnämnden beslutar genom strategier och övergripande mål i verksamhetsplanen och fastställer ledningssystem, riktlinjer, uppdrag och kvalitetsdokument samt kvalitetsgarantier.

Socialdirektören har det yttersta ansvaret för att planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten, att utse verksamhetschefer enligt HSL samt medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS). Socialdirektören har vidare ett ansvar för att:

- kommunicera och omsätta socialnämndens övergripande strategier och mål inom verksamheten
- mål för verksamheten formuleras och att dessa nås
- bevaka verksamhetens totala resursbehov för att säkerställa kvalitetsarbetet på lång och kort sikt

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) ansvarar för att förvaltningen har system som säkrar en hög patientsäkerhet och en god och säker vård. MAS ansvarar även för att det finns system för anmälan av vårdskada och risk för vårdskada hantering av avvikelser, säkra rutiner för läkemedelshantering, att dokumentationen sker enligt patientdatalagen och att delegeringar av arbetsuppgifter är förenliga med säkerhet för patienterna. MAS deltar i kvalitetsuppföljningar och ansvarar där för uppföljningen av hälso- och sjukvårdsinsatserna, samt sammanställa förvaltningens patientsäkerhetsberättelse utifrån verksamheternas patientsäkerhetsberättelser.

Kvalitetschef har övergripande ansvar för kvalitets- och utvecklingsarbete, kvalitetskrav och systematisk uppföljning. Utifrån uppföljning dokumenteras handlingsplaner som åläggs utförare som inte uppfyller kraven. Kvalitetschef ansvarar även för:

- att på socialnämndens uppdrag ge förslag på och vid behov revidera socialförvaltningens ledningssystem
- identifiering, framtagande och uppdatering av de förvaltningsgemensamma processer och rutiner i ledningssystemet
- att följa upp, utvärdera, utveckla och dokumentera det systematiska kvalitetsarbetet avseende förvaltningsgemensamma processer och rutiner
- det förvaltningsgemensamma förbättringsarbetet i samverkan med berörda chefer
- att på förvaltningsnivå sammanställa och analysera brukarundersökningar, kvalitets-uppföljningar, öppna jämförelser, inkomna synpunkter, klagomål, avvikelser enligt SoL och rapporter enligt lex Sarah
- ansvarig för att utreda missförhållanden enligt lex Sarah och vid risk för allvarligt missförhållande eller allvarlig missförhållande anmäla händelsen till inspektionen för vård och omsorg (IVO) enligt lex Sarah.
- ta fram och samordna förvaltningens årliga kvalitetsberättelse

Myndighetschef ansvarar för det systematiska kvalitetsarbetet inom myndighetsutövningen, att utredning, beslut och beställning av individuella insatser motsvarar den enskildes behov av vård och stöd.

Avdelningschef har ett samlat ledningsansvar så att verksamheterna bedriver en god vård och omsorg med god kvalitet och patientsäkerhet. Avdelningschef ansvarar för att planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten. Det innefattar även att göra risk- och händelseanalyser, utöva egenkontroll och ta emot och utreda synpunkter från brukare. Avdelningschef ska varje år upprätta kvalitetsberättelse (SoL, LSS) och patientsäkerhetsberättelse (HSL) i samband med årets bokslut. Avdelningschef har det samlade ansvaret för det systematiska kvalitetsarbetet inom avdelningen.

Verksamhetschefer enligt HSL ansvarar för patientsäkerhet och att säkerställa patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vården samt kontinuerligt samråda med MAS. Verksamhetschef ansvarar för att skapa strukturer och processer för att möjliggöra delaktighet i ett aktivt kvalitetsarbete och har ansvar för uppföljning av resultat, analys av resultat och för att vidta de förbättringsåtgärder som krävs. Vidare ska verksamhetschef löpande bedöma om det finns risk för att händelser kan inträffa som kan medföra brist i verksamhetens kvalitet, utöva egenkontroll samt ta emot och utreda synpunkter och avvikelser. Verksamhetschef enligt HSL ska årligen upprätta en patientsäkerhetsberättelse.

Enhetschef ansvarar för att bryta ned målen till verksamhetsmål och att kvalitetsarbetet förankras hos medarbetare. Enhetschef ansvarar för att skapa strukturer och processer för att möjliggöra delaktighet i ett aktivt kvalitetsarbete och har ansvar för uppföljning av resultat, analys av resultat och för att vidta de förbättringsåtgärder som krävs. Enhetschef ska även löpande bedöma om de finns risk för att händelser kan inträffa som kan medföra brist i verksamhetens kvalitet, utöva egenkontroll samt ta emot och utreda synpunkter och

avvikelser enligt både SOL/LSS och HSL. Enhetschef har det samlade ansvaret för det systematiska kvalitetsarbetet inom enheten.

Medarbetare har ansvar för att känna till och arbeta i enlighet med riktlinjer och rutiner utifrån ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete. Medarbetare ska medverka i risk- och avvikelsehantering, delta i arbetet med uppföljning av mål och resultat samt visa engagemang utifrån koncernstyrkortets värderingar, omtanke, förtroende och delaktighet. Samtliga medarbetare har skyldighet att rapportera missförhållanden och risk för missförhållanden.

Verksamheter både i egen och privat regi beskriver i sina kvalitetsberättelser ansvarsfördelning för kvalitetsarbetet i sina respektive organisationer. Ett flertal verksamheter har särskilda forum för det systematiska kvalitetsarbetet, så kallade, kvalitetsråd eller kvalitetsforum. Kvalitet är en stående punkt på mötesdagordningar i både ledningsgrupper, medarbetarmöten och professionsträffar. Detta för att säkra att kvalitetsfrågorna lyfts upp och ständigt arbetas med i syfte att öka verksamhetens kvalitet.

Förvaltningens uppföljning av kvalitet

För att följa upp kvaliteten i socialförvaltningens verksamheter så sker under året en rad aktiviteter.

Kvalitetsuppföljningar

Inför varje år så upprättas en plan för kvalitetsuppföljningar som sedan genomförs under året. I utvalda verksamheter genomförs en uppföljning där man både genomför besök i verksamheten, enkäter samt intervjuer/samtal med medarbetare, ansvarig chef och brukare. I de fall verksamheten har brukare som inte själva kan kommunicera sin upplevelse av verksamheten så kompletteras uppföljningen med observation och/eller kontakt med anhöriga. Under 2023 har 25 kvalitetsuppföljningarna genomförts enligt plan. En verksamhet har följts upp genom framtagande av handlingsplaner koppling till utredningar av avvikelser.

Utöver dessa har det genomförts uppföljningar av handlingsplaner i 10 verksamheter (2022 genomfördes 23 kvalitetsuppföljningar).

Verksamheten vid Terra Nova äldreboende har följts genom hela året. Verksamheten har följts genom planerade besök i verksamheten. Uppföljningen har skedd genom områdesuppföljning för att säkra progression i enlighet med verksamhetens handlingsplaner. Det har genomförts intervjuer och samtal med medarbetare och chefer, med fokus på verksamhetens avvikelser och synpunkter, planering av insatser, kompetens och bemanning, hälso- och sjukvård och mat och näringsintag.

Resultat

Nationella resultat inom socialtjänstens verksamhetsområden hämtas från öppna jämförelser, brukarundersökningar, enhetsundersökning och kvalitetsregister. En stor del av de nationella resultaten presenteras på www.kolada.se. Utöver detta följer socialförvaltningen egna resultat genom egna patient- och brukarundersökningar, hygienmätningar, inkomna synpunkter, avvikelser (SoL, LSS och HSL) och utredning och anmälan enligt Lex Sarah och Lex Maria.

Brukare/Klienter/Patienter	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Brukarbedömning daglig verksamhet LSS - Brukaren trivs alltid på sin dagliga verksamhet, andel (%)		86		85		85	
Brukarbedömning gruppboende LSS - Brukaren känner sig trygg med alla i personalen, andel (%)	74		83		66		69
Brukarbedömning serviceboende LSS - Brukaren får bestämma om saker som är viktiga hemma, andel (%)	89		84		87		81
Väntetid i antal dagar från beslut till första erbjudna inflyttningsdatum avseende boende enl. LSS § 9.9, medelvärde			91		111	377	289
Brukarbedömning barn- och ungdomsvård IFO - helhetssyn, andel (%)	64	82	100	75	60	81	81
Brukarbedömning barn- och ungdomsvård IFO vårdnadshavare - helhetssyn, andel (%)	94	91	85	82	90	84	84
Brukarbedömning ekonomiskt bistånd IFO - helhetssyn, andel (%)	92	82	89	100	96		98
Brukarbedömning individ- och familjeomsorg totalt - helhetssyn, andel (%)	89	82	90	89	85	81	89
Brukarbedömning hemtjänst äldreomsorg - helhetssyn, andel (%)	93	93	91	92		92	90
Brukarbedömning särskilt boende äldreomsorg - helhetssyn, andel (%)	85	85	89	90		85	86
Väntetid i antal dagar från ansökningsdatum till första erbjudet inflyttningsdatum till särskilt boende, medelvärde	32	45	60	33	28	43	77
Medianvårdtid i särskilt boende äldreomsorg, antal dagar	814	542	691	691	639	557	
Patientundersökning - Sammantagen nöjdhet HSV (%)	96	96		97		99	
Patientundersökning - Delaktighet i planeringen och beslut om vård HSV (%)	61	66		68		85	

*Grönt 25% (bästa i riket), Gult 50% (mitten av riket), Rött 25% (sämst i riket)

**Patientundersökningen HSV genomförs av socialförvaltningen.

2022 visar två röda siffror jämfört med riket. Brukarbedömning gruppboende LSS – brukare känner sig trygg med alla i personalen har utvecklats positivt men är fortfarande lågt. Brukarbedömningen inom bostad med särskild service är ett prioriterat mål för perioden 2024-2028. Väntetiderna till LSS boendet har gått ner minskats under 2023, men är fortfarande för långa. Nybyggnation och nya aktörer förväntas ge tydligt förbättrade resultat under 2024.

Kompetensförsörjningen är förvaltningens största utmaning och stora satsningar har genomförts för att få flera undersköterskor, specialistsjuksköterskor och ökad kunskap inom demens och våld i nära relationer. I och med att arbetarnas kunskap kring digitala verktyg har ökat har digitalisering blivit ett verktyg i verksamhetsutvecklingen.

Analysvecka

För att skapa en förvaltningsövergripande bild för respektive verksamhetsområden så genomför kvalitets- och utvecklingsavdelningen en analysvecka där resultat sammanställs och analyseras per verksamhetsområde. Genomgående ses ett behov att fortsätta arbeta med våra resultat. Det gäller bland annat resultat från brukarundersökningar, egenkontroller, avvikelser och synpunkter. Arbetet med avvikelser har utvecklats, men det är av vikt att verksamheterna inte dröjer med att hantera avvikelserna och att avvikelserna skapar värde för verksamheten genom att de läggs till grund i utvecklingen av kvaliteten.

Ledningssystemets grundläggande uppbyggnad

Uppdrag och kvalitetskrav

För socialförvaltningens samtliga insatsområden så tar Socialnämnden beslut om dokumenten ”Uppdrag och kvalitetskrav”. I dessa beskrivs utförarnas uppdrag samt de kvalitetskrav som ställs på utförare av en insats.

Eftersom uppdrag och kvalitetskraven riktar sig till verksamheterna presenteras dessa nu på samarbetswebben under respektive område.

<https://gotland.se/rg/samarbetswebb/for-utforare-inom-socialtjanst-och-omsorg>

Kvalitetsgarantier

Utifrån Uppdrag och kvalitetskrav utformas kvalitetsgarantier som riktar sig till mottagaren av insatserna. Kvalitetsgarantin beskriver vad den enskilde och anhöriga kan förvänta sig av insatsen.

Kvalitetsgarantier kommer efter uppdatering presenteras på gotland.se under respektive insats. Målet är att de ska vara lätt tillgängliga för våra medborgare.

Processer och rutiner

Den förvaltningsövergripande analysen av resultat sker utifrån följande huvudprocesser:

- Särskilt boende enl. SoL
- Hemtjänst enl. SoL
- Hemsjukvård
- Dagverksamhet för personer med demenssjukdom
- Daglig verksamhet enl. LSS
- Bostad med särskild service enl. LSS
- Personlig assistans
- Barn och unga
- Ekonomiskt bistånd
- Missbruk och beroendeverksamheten
- Socialpsykiatri

Samtliga verksamheter arbetar med att kartlägga processer och rutiner och använder dessa i sitt förbättringsarbete. Verksamheterna har kvalitetsråd/kvalitetsforum som forum för

processarbetet och förbättringsarbetet. Verksamheterna beskriver att det sker ett kontinuerligt arbete med revidering av rutiner, men också att nya rutiner eller revidering aktualiseras på grund av avvikelser. Implementeringen säkras genom introduktionen, arbetsplatsträffar och skriftliga utskick.

Nedan följer några exempel på rutiner som verksamheterna reviderat under året:

- Dokumentation
- Läkemedel
- Informationshantering
- Hantering av brukares pengar och inköp
- Hantering av resultat från brukarundersökning
- Hantering övergrepp/kränkningar mellan brukare

Utvecklingsområde:

Verksamheterna behöver fortsätta arbeta för att synliggöra det systematiska förbättringsarbetet och visa på värde för våra brukare/patienter/klienter och verksamhetens interna processer.

Samverkan

Våra viktigaste samarbetspartners är våra brukare samt anhöriga och närstående. För våra utförare lyfts hemsjukvården och primärvården fram som de viktigaste samverkansparterna. Samtliga verksamheter har i sin kvalitetsberättelse identifierat sina viktigaste samverkanspartners. Inom flera av insatsområdena finns det strukturerade samverkansformer.

Flera utvecklingsarbeten drivs inom och i linje med målbilden för Hälsa genom hela livet i samarbete med berörda förvaltningar inom regionen (HSF, UAF, RSF). Förutom dessa finns det många samverkanspartners så som arbetsförmedlingen, försäkringskassan, teknikförvaltningen och överförmyndare.

Region Gotland har en struktur för samverkan både för barn och vuxna.



Genom *samverkansforum för barn och unga* sker samverkan med de andra berörda förvaltningarna kring barn och ungdomar. I *samverkansforum för vuxna* sker samverkan mellan socialförvaltning och hälso- och sjukvårdsförvaltningen kring vuxna där det även finns ett gemensamt politiskt arbetsutskott. Vidare finns arbetsgrupper både med chefer på avdelnings och enhetsnivå som behandlar gemensamma frågor. Fokus är samverkan i linjeorganisationen. För socialförvaltningen innebär det ett internt arbete för att koppla ihop linjeorganisationen med socialtjänsteskunskapsstyrning.

Det finns även ett flertal överenskommelser med Hälso- och sjukvårdsförvaltningen som är riktlinjer för samverkan mellan förvaltningarna.

Utvecklingsområde:

Samverkan är ett prioriterat utvecklingsområde för förvaltningen under 2024 och kommer följas upp genom verksamhetsplanen.

Systematiskt förbättringsarbete

På förvaltningsövergripande nivå så är en del av det systematiska förbättringsarbetet den årliga analysveckan. Under denna vecka analyseras resultat från Socialförvaltningens samtliga verksamhetsområden. Utifrån denna analys identifieras styrkor och förbättringsområden och är även ett underlag för förvaltningens årsredovisning och även verksamhetsplan för kommande år. De identifierade förbättringsområdena lyfts på forum för alla utförare både i egen och i enskild regi, så kallade branschråd.

På verksamhetsnivå har samtliga verksamheter i sin kvalitetsberättelse beskrivit att de arbetar systematiskt med kvalitet för att utveckla verksamheten.

Risikanalys

Samtliga verksamheter gör riskanalyser och har rutiner för detta. Riskanalyser görs i samband med förändringar samt när man tar emot nya brukare. Risker bedöms utifrån sannolikhet och allvarlighetsgrad och de bakomliggande orsakerna till riskerna identifieras. Exempel på förändringar som har vidtagits i verksamheterna i form av kontakt med bostadsanpassning, ändrad belysning, utökad tillsyn, bemötandeplaner vid demenssjukdom, olika typer av larm såsom rök-, fall-, och dörrlarm mm.

Egenkontroll

Den förvaltningsövergripande egenkontrollen görs under ”analysveckan”.

Analysen grundar sig på följande resultat:

- Nationella undersökningar – öppna jämförelser och brukarundersökningar.
- Förvaltningens egna brukarundersökningar.
- Förvaltningens uppföljning av kvalitet genom besök i verksamheterna, enkäter och fokusgrupper och dokumentationsgranskningar.
- Sammanställning av patientsäkerhetsberättelser och kvalitetsberättelser
- Inkomna klagomål och synpunkter genom ”Lämna dina synpunkter”
- Rapporterade missförhållanden och lex. Sarah.
- Rapporterade vårdavvikelse och lex. Maria.
- Resultat i kvalitetsregister.
- Olika mätningar t.ex. hygien och trycksårsmätningar.
- Tillsyn från IVO och revisioner.

Samtliga verksamheter beskriver att de har rutiner för egenkontroll. Områden som verksamheternas oftast gjort egenkontroll inom är:

- Avvikelse
- Brukarundersökning
- Hygien
- Dokumentation

- Genomförandeplaner
- Läkemedel

Rapporteringskyldighet

Verksamheterna informerar medarbetarna om skyldigheten att rapportera avvikelser, som medfört eller kan ha medfört risk för missförhållande eller vårdskada, vid introduktion och årligen genom arbetsplatsträffar. Flera verksamheter beskriver att rapporteringskyldigheten 2 eller flera gånger per år för att säkra att alla medarbetare känner till den.

Avvikelse

Socialförvaltningen har rutiner för hantering av rapporterade avvikelser och för verksamheter inom Regionens egen regi så hanteras dessa i verksamhetssystemet Flexite. Samtliga verksamheter har rutiner för hantering rapporterade avvikelser. Verksamheterna hanterar avvikelser på APT, kvalitetsforum eller andra forum avsedda för att analysera avvikelser och identifiera förbättringsområden. Verksamheterna har även rutiner för hur man vid introduktion går igenom arbetet med avvikelshantering.

En stor del av rapporterade avvikelser handlar om följande områden:

- Brister i bemötande
- Brister i personlig omvårdnad
- Brister i informationsöverföring och dokumentation
- Hot, våld eller övergrepp mellan brukare (gäller de olika boende formerna)

(Vårdavvikelse beskrivs i patientsäkerhetsberättelsen SON 2024/35)

Verksamheterna har arbetat med åtgärder utifrån rapporterade avvikelser. Nedan följer exempel på områden som verksamheterna har arbetat med under 2022:

- Bemötande
- Metodhandledning
- Genomförandeplaner
- Informationsöverföring inom och mellan verksamheter

Utvecklingsområde:

I vissa verksamheter så är det få rapporterade avvikelser. Det kan tyda på att det är en underrapportering på avvikelser utifrån socialtjänstlagen.

Hantering av avvikelser behöver ske skyndsamt och hanteringen behöver säkerställas i alla verksamheter.

Syftet med avvikelser är att förbättra verksamheten och skapa värde för både verksamheten och den enskilde. För att uppnå detta behöver avvikelse arbetet fortsatt prioriteras.

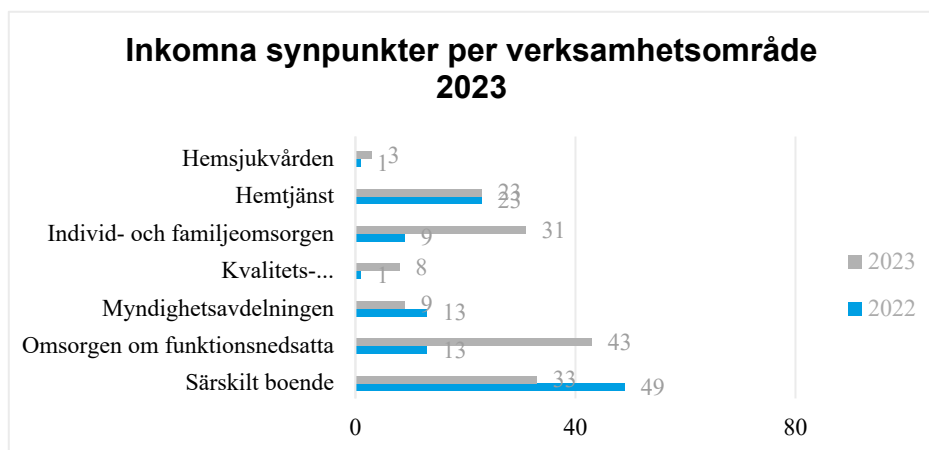
Klagomål och synpunkter

Under 2023 har det inkommit 150 synpunkter som registrerats i förvaltningens ärendehanteringssystem. 71 procent av de inkomna synpunkterna avser klagomål, 20 procent avser beröm, 6 procent avser förbättringsförslag och 3 procent kategoriseras som övriga synpunkter. 100 personer av de som inkommit med synpunkter har lämnat kontaktuppgifter (i jämförelse år 2022: 89 personer) och 46 har valt att vara anonyma (i jämförelse år 2022: 20).

Tabellen visar antal synpunkter fördelat på kategori och jämförelse mellan år

	2023	2022	2021
Totalt antal synpunkter	150	109	86
Klagomål	107	96	64
Beröm	31	3	3
Förbättringsförslag	9	5	19
Övrigt	4	5	0

129 av de registrerade synpunkterna avser verksamheter i förvaltningens egen regi (i jämförelse år 2022: 63), 21 avser verksamheter som drivs i privat regi (i jämförelse 2022: 46). I tabellen nedan presenteras synpunkterna fördelade på verksamhetsområde, oavsett regiform.



Antalet inkomna synpunkter skiljer sig åt mellan de olika verksamhetsområdena. En övervägande del av de inkomna synpunkterna gäller verksamhetsområdet Omsorgen om funktionsnedsatta (43 stycken). Flertalet av dessa (16 stycken) är klagomål från anonyma synpunktslämnare.

Det registreras fler synpunkter som avser klagomål än synpunkter som avser beröm. Synpunkterna som avser beröm innehåller utlåtanden om att personalen gör ett bra jobb och har ett gott bemötande. Synpunkterna som avser klagomål innehåller till exempel beskrivningar av brister i bemötande, bemanning, omvårdnad samt bristande information från enheten/verksamheten. Synpunkter i kategorin övrigt har under året avsett synpunkter och frågor gällande individärenden och förvaltningens utdelning av broddar i samband med årets Trill int ikull-kampanj. Ett exempel på förbättringsförslag som inkommit till

hemtjänsten i egen regi beskriver att Norra Gotlands hemtjänst på natten har för stort geografiskt område.

Samtliga klagomål har hanterats enligt Region Gotlands riktlinjer för synpunktshantering. Respektive avdelning och enhet/verksamhet ansvarar för utredning av inkommen synpunkt och återkoppling till synpunktslämnare. Analys och eventuella åtgärder sker främst inom den verksamhet/enheten som synpunkten är ställd till. Kvalitets- och utvecklingsavdelning följer förvaltningens synpunktshantering och säkerställer arbetsgången.

Då synpunkterna är ställda till olika verksamheter och avser skilda ärenden är det svårt att dra övergripande slutsatser gällande eventuella samband i innehåll. Det är av största vikt att inkomna synpunkter hanteras och analyseras i den egna verksamheten för att synliggöra eventuella samband. Kvalitets- och utvecklingsavdelningen följer upp såväl enskilda verksamheter som insatser och hela verksamhetsområden, utifrån inkomna synpunkter. Samtliga registrerade synpunkter följs också upp i syfte att säkerställa att de tas tillvara av verksamheterna, att åtgärder vidtas vid behov samt att synpunktslämnare får återkoppling inom utsatt tid.

Utvecklingsområde:

Förvaltningen har en god hantering av inkomna synpunkter, men kan fortfarande förbättras genom att alla synpunktslämnare får svar/återkoppling på inom 2 veckor.

Personalens medverkan i kvalitetsarbetet

Kvalitet inom socialtjänsten skapas i mötet med den enskilde och det är viktigt att alla medarbetaren ser sin roll i kvalitetsarbetet. Samtliga verksamheter beskriver att personalen görs delaktiga i kvalitetsarbetet genom arbete på arbetsplatsträffar, planeringsdagar och kvalitetsråd.

Brukares medverkan i kvalitetsarbetet

Verksamheterna beskriver olika sätt att göra brukare och anhöriga delaktiga i kvalitetsarbetet. Detta sker bl a genom att man går igenom brukarundersökningens resultat med brukare, brukarmöten, enkäter och uppföljningsmöten. Brukare har även varit med i processen kring remissvarande.

Brukarråd finns inom alla boendeformer, och flertalet verksamheter beskriver att de har ett aktivt brukarråd som träffas regelbundet.

Utvecklingsområde:

Brukarnas erfarenheter behöver fångas in i större utsträckning för att skapa och utveckla kvaliteten i verksamheten.

Plan för kvalitetsuppföljningar 2024

Utifrån de resultat som framkommit och analyserats på analysveckan så upprättar Kvalitets- och utvecklingsavdelningen en plan för uppföljningar för kommande år. **I bilaga 1** redovisas planen för kvalitetsuppföljningar för 2024.

Bilaga 1 - Plan för kvalitetsuppföljningar 2024

Under kvalitet- och utvecklingsavdelningens analysvecka så går övergripande resultat igenom och utifrån detta så görs ett urval av de verksamheter där vi kommer att göra en uppföljning av kvaliteten under året. För 2024 ser det ut enligt följande:

Kvalitetsuppföljningar

Verksamheter riktade till Barn och unga inom OOF

Bokbindargatan (egen)

Korttidsfamilj (egen)

Bostad med särskilt service enligt LSS

Område 7 – Visby mobila team (egen)

Särskilt boende

Pjäsen (egen)

Fältgatan 75 (egen)

Solrosen (privat)

Gotlandssjukhem (privat)

Hattstugan (privat)

Hemtjänst & Hemsjukvård

Läkemedelshantering (egen och privat)

Gotlandshemtjänster (privat)

Mellersta Gotland (egen)

Norra Visby (egen)

Myndighetsutövning IFO

Missbruk och beroende (egen)

Barn och unga (egen)

Barn och unga, föräldrar med barn IFO

Ängsvillan (egen)

Tors gård (privat)

Familjerådgivning IFO

Mentea (privat)

Uppföljning av tidigare kvalitetsuppföljningar med identifierade förbättringsområden

Särskilt boende:

Terra Nova (privat)

Korttidsenheten Visby (egen)

Hemtjänst

Ava Care (privat)

Hemtjänst Södra Visby (egen)

Hemtjänst Norra Gotland 2 (egen)

Hemtjänst Södra Gotland (egen)

Hälso- och sjukvård i OOFs regi

Sjuksköterskeorganisation inom OOF (egen)

Bostad med särskild service enligt SoL

Gotlands Vård, Karshäll och Havdhem (privat)

Boendestöd enligt SoL

Boendestödet, 6 team (egen)

Verksamheter riktade till Barn och unga inom OOF

Riggen (egen)

Puma/Pantern (egen)

Bryggargatan 12 (egen)

Gesällen (egen)

Hänget (egen)

Lillkorpen (egen)