



Socialförvaltningens Kvalitetsberättelse 2024

Fastställt av socialnämnden
Framtagen av socialförvaltningen
Datum 2025-03-20
Ärendenr SON 2025/34
Version [1.0]

Socialförvaltningens Kvalitetsberättelse 2024

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 behöver regionen vara 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 kvalitet- 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, kvalitetsuppföljningar, 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 (Avdelningschefer inom särskilt boende, hemsjukvård, omsorg om personer med funktionsnedsättning) 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 avvikelshantering, 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 2024 har 16 kvalitetsuppföljningarna genomförts enligt plan. En verksamhet har följts upp genom framtagande av handlingsplaner kopplat till utredningar av avvikelser.

På förekommen anledning har det genomförts kvalitetsuppföljningar vid Tingsbrogården och Syrengården. Det resulterade i att kvalitetsuppföljningen vid Fältgatan flyttats till år 2025.

Utöver dessa har det genomförts uppföljningar av handlingsplaner i 15 verksamheter (2023 genomfördes 24 kvalitetsuppföljningar).

Verksamheten vid Terra Nova äldreboende har följts under våren 2024. Verksamheten har följts genom planerade besök i verksamheten. Uppföljningen har skett 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. Under hösten intensifierades arbetet inför övergången och uppföljningarna avslutades. Kvalitetsplanen för 2025 inkluderar Terra Nova äldreboende eftersom boendet har bytt driftsform.

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	2020	2021	2022	2023	2024	Mål
Brukarbedömning daglig verksamhet LSS - Brukaren trivs alltid på sin dagliga verksamhet, andel (%)	85	i.u.	85	i.u.	84	80-100
Brukarbedömning gruppboendest LSS - Brukaren känner sig trygg med alla i personalen, andel (%)	i.u.	66	i.u.	69	i.u.	80-100
Brukarbedömning serviceboendest LSS - Brukaren får bestämma om saker som är viktiga hemma, andel (%)	i.u.	87	i.u.	81	i.u.	80-100
Brukarbedömning barn- och ungdomsvård IFO - helhetssyn, andel (%)	75	60	81	81	95	80-100
Brukarbedömning barn- och ungdomsvård IFO vårdnadshavare - helhetssyn, andel (%)	82	90	84	84	92	80-100
Brukarbedömning ekonomiskt bistånd IFO - helhetssyn, andel (%)	100	96	i.u.	98	92	80-100
Brukarbedömning individ- och familjeomsorg totalt - helhetssyn, andel (%)	89	85	81	89	93	80-100
Brukarbedömning hemtjänst äldreomsorg - helhetssyn, andel (%)	92	i.u.	92	90	88	80-100
Brukarbedömning särskilt boende äldreomsorg - helhetssyn, andel (%)	90	i.u.	85	86	87	80-100
Patientundersökning - Sammantagen nöjdhet HSV (%)	97	i.u.	99	i.u.	99	80-100
Patientundersökning - Delaktighet i planeringen och beslut om vård HSV (%)	68	i.u.	75	i.u.	62	80-100

Myndighet	2020	2021	2022	2023	2024	Mål
Väntetid i antal dagar från beslut till första erbjudna inflyttningsdatum avseende boende enl. LSS § 9.9, medelvärde	i.u.	111	377	289	102	90 (individ 120)
Väntetid i antal dagar från ansökningsdatum till första erbjudet inflyttningsdatum till särskilt boende, medelvärde	33	28	43	77	82	95 (individ 125)
Medianvårdtid i särskilt boende äldreomsorg, antal dagar	691	639	557	615		

*Resultat-färgerna i tabellerna är hämtade från kolada.se och bygger på nationell jämförelse.
Orange = 25% lägst resultat, Grå = 50% mitten, Blå = 25% bäst resultat, Vit = inga nationella jämförelsesiffror.

**Mål-färgerna visar måluppfyllelse i förhållande till målvärdet
Grön = uppfyller, Gul = nära/delvis, Röd = uppfyller ej

***Patientundersökningen HSV genomförs av socialförvaltningen.

Förvaltningen har tagit fram målvärden för samtliga indikatorer. Målen för brukar-/patientundersökningar har satts till 80-100%. Gällande väntetid från beslut till erbjudande (LSS) och ansökan till erbjudet inflyttningsdatum (säbo) är målvärdet satt utifrån lagkrav och riktlinjer beslutade av socialnämnden. Tre indikatorer uppfyller ej målvärdet. Resultatet

i brukarundersökningen för gruppboendestäder LSS anses ej uppfyllt då senaste resultat (2023) var 69%. Patientundersökningen i hemsjukvården gav överlag mycket goda resultat, men indikatorn ”delaktighet” uppnår ej målvärdet. Gällande väntetid på boende enl. LSS § 9.9 syns en tydlig förbättring kopplat till att vi under 2024 fått tillgång till tre nya boenden med totalt 18 platser.

Gällande väntetid från ansökningsdatum till första erbjudna inflyttningsdatum på särskilt boende visar 2024 ett resultat där Gotland är bland de 25% med lägst resultat jämfört med riket. Siffran har stark koppling till aktuellt kö-läge för särskilt boende. Det betyder att siffran förväntas var lägre 2025.

Den samlade bedömningen av socialnämndens verksamhet är att den håller en god kvalitet överlag, men att det finns stora skillnader mellan verksamheterna och det är viktigt att följa resultatet i verksamheterna. Det är viktigt att de ekonomiska förutsättningarna inte blir ett indirekt argument för att sänka kvaliteten i verksamheten, men ett tydligt incitament för att utveckla nya arbetssätt med bibehållen kvalitet.

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 medarbetarnas kunskap kring digitala verktyg har ökat har digitalisering blivit ett verktyg i verksamhetsutvecklingen.

Analysvecka

För att skapa en förvaltningsövergripande bild för respektive verksamhetsområde så genomför kvalitet- och utvecklingsavdelningen en analysvecka där resultat sammanställs och analyseras per verksamhetsområde. Från och med 2025 kommer analysveckan ske efter delår 2 (augusti-september). Analysveckan kommer sätta fokus på resultat över tid och trender, detta då avdelningarna i stor utsträckning tar hand om sina egna resultat. Flytten av analysveckan förväntas ge bättre förutsättningar för att få ett tydligt kvalitetsperspektiv i verksamhetsplanen.

På bakgrund av detta kommer förvaltningen fortsätta arbeta med de identifierade behoven från 2024 och 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.

Under året har merparten av uppdrag och kvalitetskraven uppdaterats och beslutats av socialnämnden (arbetet kommer slutföras under 2025). Revideringen har gjorts i syfte att förvaltningens samtliga uppdrag- och kvalitetskrav ska vara aktuella och lätt tillgängliga för respektive verksamhet. Ytterligare syfte är ökade enhetliga formuleringar i krav som avser flera verksamheter/enheter inom förvaltningen. Såväl innehåll som språk och formalia har setts över. De nya förslagen innefattar formuleringar som överensstämmer med aktuell lagstiftning, nationella vägledningar och förvaltningens mål. Vidare har de nya förslagen en tydlig layout som ska underlätta för läsaren.

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.

Utifrån uppdateringen av uppdrag och kvalitetskraven har även samtliga kvalitetsgarantier uppdaterats och publiceras i takt med att kraven beslutats av nämnden.

Kvalitetsgarantier 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.

Utvecklingsområde:

Verksamheterna behöver fortsätta arbeta för att synliggöra det systematiska förbättringsarbetet genom processer 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.

Region Gotland har en struktur för samverkan som inkluderar skola, vård och omsorg. Det finns en Strategisk samverkansledning (förvaltningschefer från socialförvaltningen, hälso- och sjukvårdsförvaltningen och barn- och utbildningsförvaltningen) och en Operativ samverkansledning (chefer i förvaltningsledningen från socialförvaltningen, hälso- och sjukvårdsförvaltningen och barn- och utbildningsförvaltningen) Utifrån gemensamma ärenden, frågeställningar, förändrade behov och förutsättningar med mera bildas arbetsgrupper.

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.



Det finns även ett flertal överenskommelser med Hälso- och sjukvårdsförvaltningen som är riktlinjer för samverkan mellan förvaltningarna. Under året har ett *Gemensamt ramverk för samverkan skola, vård och omsorg* tagits fram vilket syftar till att ersätta en del av överenskommelserna samt tydliggöra överenskommelsernas tillhörighet.

Utvecklingsområde:

Samverkan är ett prioriterat utvecklingsområde för förvaltningen under 2025 och kommer följas upp genom verksamhetsplanen och den politiska prioriteringen *hälsofrämjande arbete och utveckla tidiga förebyggande insatser*.

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. Från och med 2025 kommer veckan genomföras efter delår 2.

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

Risakanalys

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 utökad tillsyn, utbildning till personal, 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 tas upp två eller flera gånger per år för att säkra att alla medarbetare känner till den.

Avvikelser

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. För 2024 har ca 95% av avvikelserna hanterats och ligger för framtida uppföljning eller har avslutats. Det visar på ett mer aktivt arbete med avvikelserna.

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)

(Vårdavvikelser beskrivs i patientsäkerhetsberättelsen SON 2025/35)

Verksamheterna har arbetat med åtgärder utifrån rapporterade avvikelser. Nedan följer exempel på områden som verksamheterna har arbetat med under 2024:

- Bemötande
- Metodhandledning
- Genomförandeplaner och dokumentation
- Samverkan och informationsöverföring inom och mellan verksamheter

Lex Sarah

Under 2025 har förvaltningen genomfört 23 lex Sarah-utredningar varav 9 har anmälts till IVO enligt lex Sarah av dessa tillhör 6 ärenden OOF, två ärenden IFO och ett ärende hemtjänst. Ärendena har omfattat bristande verkställighet, utebliven insats, ekonomiska övergrepp, fysiska övergrep och sekretessbrott – alla ärenden är avslutade hos IVO och verksamheterna har arbetat och arbetar utifrån handlingsplaner. De 14 ärenden som ej anmälts till IVO har bedömts som missförhållande och verksamheterna ansvarar för handlingsplanerna genomförs och följs upp.

Utöver egen regins anmälningar har våra privata utförare anmält 1 händelse till IVO enligt lex Sarah och förvaltningen har genom utförare fått kännedom om 5 händelser som utretts enligt lex Sarah men ej anmälts

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 2024 har det inkommit 158 synpunkter som registrerats i förvaltningens ärendehanteringssystem. 47 procent av de inkomna synpunkterna avser klagomål, 35 procent avser beröm, 14 procent avser förbättringsförslag och 4 procent kategoriseras som övriga synpunkter.

Tabellen visar antal synpunkter fördelade per kategori och jämförelse mellan år.

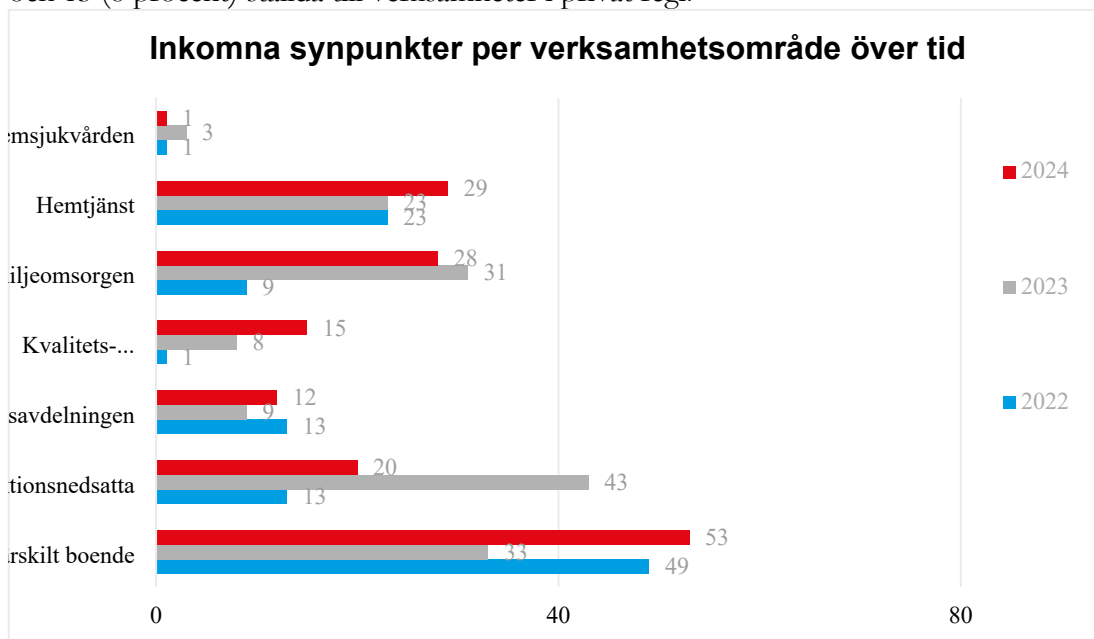
	2024	2023	2022	2021
Totalt antal synpunkter	158	150	109	86
Klagomål	75	107	96	64
Beröm	56	31	3	3
Förbättringsförslag	20	9	5	19
Övrigt	7	4	5	0

70 procent av synpunktsinlämnarna har valt att uppge kontaktuppgifter, det är något fler än föregående år då 67 procent av de som lämnade synpunkter upp gav kontaktuppgifter (2022 var det hela 82 procent som lämnade kontaktuppgifter).

Antalet inkomna synpunkter är fördelade per verksamhetsområde (oavsett regiform) och kategori enligt följande:

Verksamhetsområde	Synpunkt: Beröm	Synpunkt: Förbättringsförslag	Synpunkt: Klagomål	Synpunkt: Övrigt	Synpunkter: Totalt
Hemsjukvård	1	0	0	0	1
Hemtjänst	4	4	18	3	29
Individ- och familjeomsorg	17	1	10	0	28
Myndighetsavdelningen	1	1	9	1	12
Omsorgen om funktionsnedsatta	2	2	15	1	20
Särskilt boende	21	11	20	1	53
Övrig verksamhet	10	1	3	1	15

Av de totalt 158 inkomna synpunkterna är 145 (92 procent) ställda till enheter i egen regi och 13 (8 procent) ställda till verksamheter i privat regi.



83 procent (131 st) av synpunkterna är hanterade i enlighet med rutinen för synpunktshantering, 17 procent av synpunkterna saknar dokumenterade åtgärder vilket medför att hanteringen inte går att följa upp.

Analys och eventuella åtgärder

Antalet synpunkter som inkommit totalt under året har ökat något i jämförelse med antalet synpunkter som inkom 2023. Ökningen avser synpunkter ställda till verksamheter i egen regi och kan bland annat förklaras med att flera av förvaltningens enheter har som arbetssätt att efterfråga synpunkter i mötet med medborgare/brukare. Det har under året inkommit färre synpunkter som avser klagomål och fler som avser beröm, i jämförelse med föregående år. Även antalet synpunkter som avser förbättringsförslag har ökat och då främst i synpunkterna som är ställda till avdelningen Särskilt boende, egen regi.

Avdelningen Särskilt boende är en avdelning som under året aktivt har efterfrågat synpunkter från boende/anhöriga.

Samtliga synpunkter hanteras i första hand av chef ansvarig för den enhet/verksamhet som synpunkten är ställd till. Förvaltningens kvalitet- och utvecklingsavdelning hanterar synpunkter som är ställda generellt eller mer övergripande. Under året har några av de inkomna synpunkterna tangerat flera verksamhetsområden vilket ställt krav på intern samordning vid besvarande av synpunkterna och i kontakterna med synpunktslämnarna.

Utvecklingsområde:

Förvaltningen har en god hantering av inkomna synpunkter, men kan fortfarande förbättras genom att alla synpunktslämnare får svar/återkoppling på inom 2 veckor. I samband med detta har det identifierats behov av att förtydliga förvaltningens process för synpunktshantering.

Dokumentationen av vidtagna åtgärder och kontakten med synpunktslämnaren behöver förbättras.

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 bland annat genom att man går igenom brukarundersökningens resultat med brukare, brukarmöten, enkäter och uppföljningsmöten. Ett exempel på delaktighet är

pensionärsorganisationerna del i framtagande av e-tjänsten för förenklad ansökan för hemtjänst. 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.