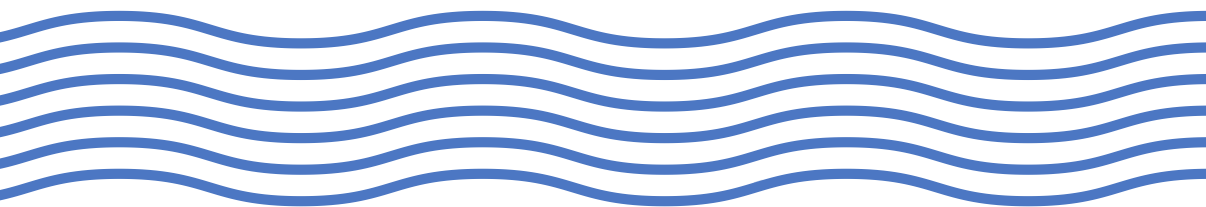


Kvalitetsberättelse

Socialförvaltningen

2022

Karlshamns kommun januari 2023



Innehållsförteckning

1. Inledning	3
1.1. Bakgrund	3
1.2. Genomförande.....	3
2. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.	4
3. Organisatoriskt ansvar 2022	5
4. Systematiskt kvalitetsarbete	6
4.1. Processer och rutiner	7
4.2. Riskanalys och egenkontroll.....	7
4.3. Avvikelsehantering	8
4.3.1. Avvikelser	9
4.3.2. Lex Sarah	10
5. Verksamhetsområdenas resultat för 2022	11
5.1. Individ- och familjeomsorgen, IFO.....	11
5.1.1. Samverkan	15
5.1.2. Egenkontroller	15
5.1.3. Avvikelser	16
5.2. Stöd i ordinärt boende	17
5.2.1. Samverkan	18
5.2.2. Egenkontroller	18
5.2.3. Avvikelser	18
5.3. Stöd i särskilt boende, SÄBO	19
5.3.1. Samverkan	21
5.3.2. Riskanalys	21
5.3.3. Egenkontroll.....	21
5.3.4. Avvikelser	22
5.4. Myndighet och resurs	22
5.4.1. Samverkan	23
5.4.2. Egenkontroll.....	24
5.4.3. Avvikelser	25
5.5. Stöd och service, LSS	25
5.5.1. Riskanalyser	25
5.5.2. Egenkontroller	25
5.5.3. Avvikelser	26
6. Barnkonventionen	27
7. Mål och strategier för 2023	28

1. Inledning

1.1. Bakgrund

Enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete ska den som bedriver verksamhet enligt SoL (socialtjänstlagen) fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten i verksamheten. Det ska finnas ett ledningssystem som ska användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet. Ledningssystemet ska ge en struktur för verksamhetens ledning och styrning och ska bidra till att verksamhetens kvalitet säkerställs.

Med kvalitet avses att verksamheten ska uppfylla de krav och mål som gäller för verksamheten enligt lagar och andra föreskrifter om hälso- och sjukvård, socialtjänst och stöd och service för vissa funktionshindrade samt beslut som meddelats med stöd av sådana föreskrifter.

Med hjälp av ledningssystemet ska den som bedriver socialtjänst

- planera,
- leda,
- kontrollera,
- följa upp,
- utvärdera och
- förbättra verksamheten.

De ska framgå hur uppgifterna i arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten är fördelade i verksamheten. Arbetet ska dokumenteras.

Med dokumentationen som utgångspunkt upprättas en sammanhållen kvalitetsberättelse av vilken det ska framgå

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

Berättelsen bör ha en sådan detaljeringsgrad

- att det går att bedöma hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten har bedrivits i verksamhetens olika delar, och
- att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses.

1.2. Genomförande

Kvalitetsberättelsen är sammanställd av Sara Ottinge, socialt ansvarig socionom, tillsammans med Martin Christensen, verksamhetsutvecklare. Uppgifter till

kvalitetsberättelsen har inhämtats via verksamhetscheferna och deras resultatrapporter. Verksamhetscheferna har även fått lämna uppgifter om de avvikelser (så kallad annan avvikelse samt synpunkter och klagomål) som hanterats. Socialt ansvarig socionom, SAS, och verksamhetsutvecklare har sammanställt information om rapporter och utredningar enligt lex Sarah. SAS har även hämtat statistik om avvikelser i verksamhetssystemet Lifecare avvikelse.

Detta är första kvalitetsberättelse som avser hela socialförvaltningen. Tidigare har det lämnat tre kvalitetsberättelse där en avsett omsorgen, en avsett IFO och en har avsett stöd och service.

2. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

I SOSFS 2011:9 anges hur kvaliteten i verksamheten systematiskt och fortlöpande ska utvecklas och säkras. Den som bedriver verksamhet enligt SoL ska identifiera, beskriva och fastställa de processer och rutiner som behövs för att säkerställa verksamhetens kvalitet. I varje process ska man identifiera de aktiviteter som ingår och bestämma aktiviteternas inbördes ordning. För varje aktivitet ska man ta fram och fastställa de rutiner som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet. Rutinerna ska beskriva tillvägagångssätt och hur ansvaret är fördelat. I processer och rutiner ska det även framgå vilken samverkan som behövs och hur den ska bedrivas.

I det systematiska förbättringsarbetet ska verksamheten fortlöpande bedöma om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet, så kallad riskanalys. Detta är ett förebyggande arbete. Det kan exempelvis vara aktuellt vid en omorganisation.

Verksamheten ska även utöva egenkontroller. Det innebär att systematiskt följa upp och utvärdera den egna verksamheten. Det innebär att kontrollera att verksamheten bedrivs enligt de processer och rutiner som ingår i ledningssystemet. Det ska göras i den frekvens och omfattning som krävs för att kunna säkra verksamhetens kvalitet.

En annan del i det systematiska förbättringsarbetet är avvikelshantering. Enligt SOSFS 2011:9 ska den som bedriver socialtjänst ta emot och utreda klagomål och synpunkter på verksamhetens kvalitet. Utredningen ska leda till att verksamheten ska kunna ta ställning till om det förekommit avvikelser i verksamheten. Verksamheten ska vidta de åtgärder som krävs för att säkra verksamhetens kvalitet och vid behov förbättra processer och rutiner.

Verksamheten ska ta emot klagomål och synpunkter från exempelvis personal, vård- och omsorgstagare och deras närstående och andra myndigheter. (Bestämmelser om lex Sarah regleras i SoL). Inkomna rapporter, klagomål och synpunkter ska



sammanställas och analyseras för att den som bedriver verksamheten ska kunna se mönster och trender som tyder på brister i verksamhetens kvalitet.

3. Organisatoriskt ansvar 2022

Av kvalitetsberättelsen bör framgå hur uppgifterna som ingår i arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten har varit fördelade. Det finns en angiven fördelning av ansvar och befogenheter.

Nämnden

Ansvarar för att det finns ett ledningssystem för det systematiska kvalitetsarbetet och nämnden har ett övergripande ansvar för att med stöd av ledningssystemet planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten.

Förvaltningschef

Ansvarar för att inom ramen för ledningssystemet ta fram ta fram, fastställa och dokumentera rutiner för hur det systematiska kvalitetsarbetet kontinuerligt skall bedrivas för att kunna styra, följa upp och utveckla verksamheten. Förvaltningschefen ska årligen kontrollera förvaltningens övergripande processer och vid behov revidera processer och rutiner.

Förvaltningschef ansvarar också för de arbetsuppgifter som, enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), åligger verksamhetschef. Förvaltningschef ska svara för att verksamheten tillgodoser hög patientsäkerhet och god kvalitet av hälso- och sjukvård samt kostnadseffektivitet.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska, MAS

MAS har tillsammans med förvaltningschef ansvar för att upprätthålla och utveckla verksamhetens kvalitet och säkerhet inom ramen för ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. MAS ansvarar för att författningsbestämmelser och andra regler finns tillgängliga i verksamheten så att patienter får en trygg, säker och ändamålsenligt hälso- och sjukvård av god kvalitet. MAS utövar sitt ansvar genom att planera, styra, kontrollera, dokumentera och redovisa arbete med patientsäkerhet och kvalitet.

Medicinskt ansvarig för rehabilitering, MAR

MAR ansvarar för en likvärdig kvalitetsutveckling av den kommunala rehabiliteringen och habiliteringen. I uppdraget ingår bland annat att inom det rehabiliterande området upprätta och revidera rutiner, kvalitetssäkra verksamheten samt verka som ett organisatoriskt stöd för utveckling av kommunövergripande processer.

Verksamhetschef

Ansvarar för det övergripande systematiska kvalitetsarbetet inom sitt verksamhetsområde enligt processen för systematiskt förbättringsarbete.

Verksamhetschefer ska kommunicera och omsätta övergripande strategier och mål inom sitt verksamhetsområde och årligen kontrollera samtliga processer inom verksamhetsområdet så att processer och rutiner är aktuella.

Enhetscheferna

Ansvarar för att leda kvalitetsarbetet inom sin enhet genom att med bemötande och personligt engagemang vara föredöme i en framåtsyftande kvalitetsutveckling. Enhetschefer ska bedriva ett systematiskt förbättringsarbete och kommunicera och omsätta övergripande strategier och mål inom sin enhet. De ska ytterst ansvara för de aktiviteter som är aktuella för den enskilda enheten och beskrivna i processerna.

Alla medarbetare

Alla medarbetare ansvarar för att skapa förtroende och god kvalitet genom att visa engagemang, lyhördhet, positiv inställning och respekt i varje möte med brukare, närstående och varandra. Medarbetarna ska tillämpa gällande rutiner som finns och delta i uppföljning av mål och resultat.

4. Systematiskt kvalitetsarbete

Under 2022 har det arbetat två verksamhetsutvecklare inom socialförvaltningen och socialnämndens verksamhetsområden. Från och med 1 januari 2023 är en tjänst som socialt ansvarig socionom, SAS, tillsatt. Det finns en verksamhetsutvecklare inom IFO och en verksamhetsutvecklare inom stöd och service. Det finns även enhetschef som ansvarar för kvalitetsfrågor inom stöd i ordinärt boende samt stöd i särskilt boende. Inom den kommunala hälso- och sjukvården finns en verksamhetsutvecklare HSL, en MAS och en MAR. Arbetet med det systematiska kvalitetsarbetet har således förstärkt inför 2023.

SAS, MAS och MAR är organiserade under förvaltningschef. Verksamhetsutvecklarna är organiserade under verksamhetscheferna.

Tidigare var socialtjänstens uppdelad i två förvaltningar. Under 2021 har en handlingsplan tagits fram för arbetet med att utveckla och bygga upp ett ledningssystem för hela socialförvaltningen. Under 2022 har ett fortsatt arbete med att bygga upp ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete för hela socialförvaltningen pågått. Det pågår ett arbete med att utveckla vårt systematiska kvalitetsarbete i alla delar och att bygga upp ett ändamålsenligt ledningssystem. Det ingår bland annat att skapa process, rutin och tydlig ansvarsfördelning av kvalitetsarbetet, kartlägga och fastställa processer och rutiner, skapa en struktur för egenkontroller och riskanalyser. I arbetet ingår även att utveckla och förbättra arbetet med avvikelshantering. Arbetet rör samtliga verksamheter inom förvaltningen.

4.1. Processer och rutiner

Under 2022 har ett arbete med att kartlägga och fastslå processer och rutiner pågått. Process för särskilt boende är klar och finns tillgänglig på medarbetarwebben. Även process för hälso- och sjukvård finns på medarbetarwebben.

Stabschef ansvarar för arbetet med utvecklandet av ledningssystemet och stabschefen har planerat in regelbundna möten för att driva utvecklingen framåt. Delaktiga i arbetet är SAS, MAS, MAR, verksamhetsutvecklarna samt handläggare.

När det i avvikelshantering under året framkommit brister i rutiner så har rutiner reviderats eller så har ny rutin arbetats fram.

Målet är att ledningssystemet med processer och rutiner ska vara samlat och lättillgängligt för all personal. Det ska så långt det är möjligt vara enhetligt för all verksamhet inom socialförvaltningen. Arbetet sker utifrån bestämmelserna i SOSFS 2011:9 om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

4.2. Riskanalys och egenkontroll

I samband med avvikelshantering görs en bedömning av vilka åtgärder som behöver vidtas för att säkerställa verksamhetens kvalitet och för att händelsen ej ska inträffa igen. Riskanalyser görs i övrigt vid behov exempelvis vid omorganisationer och då görs den även utifrån arbetsmiljö.

Internkontrollplan finns för socialförvaltningen/socialnämnden. Under 2022 gjordes internkontroll gällande hur beslut och genomförandeplaner stämmer överens. Hur utförare följer genomförandeplan och hur genomförandeplan revideras.

Verksamhetsutvecklarna tittade på kopplingen mellan beslutad insats och mål i genomförandeplan, även vid revidering. Där det var aktuellt tittade vi även på HSL-instruktion i genomförandeplan. Dessutom granskades i urvalet biståndshandläggarnas formuleringar av mål för insatser utifrån Socialstyrelsens handbok om IBIC rörande målformuleringar (ärenden hemtjänsten). I kontrollen granskades även den enskildes delaktighet, inklusive barns delaktighet. Granskningen avsåg även hur man i utförandet av insats följer genomförandeplanen.

Interkontrollen avsåg 50 ärenden inom stöd i ordinärt boende, 30 ärenden vid beslut om placering barn och unga samt 20 ärenden som avser placering av vuxna inom vuxenenheten. Av de ärenden som gällde vuxna var 4 stycken placerade på stödboende Mariegården så där har dessa genomförandeplaner varit med i granskningen.

I granskningen för placeringar framkommer att det finns behov av att utveckla och förbättra målformuleringar, struktur på uppföljningar och dokumentation av den enskildes delaktighet. Uppföljningar görs men det är i dokumentationen svårt att utläsa framsteg utifrån mål med insatsen. I 11 stycken ärenden gällande placerade barn saknades genomförandeplan, vilket det enligt lag ska finnas.

Det finns även behov av fortsatt implementering av barnkonventionen både barns delaktighet och prövning av barnets bästa. Ett arbete med detta är påbörjat (se nedan under rubrik om barnkonventionen)

Av genomförd internkontroll hemtjänsten framgår bland annat följande:

- Kopplingen mellan beslutade insatser och mål i genomförandeplan behöver tydliggöras då detta saknades i 19 av granskade ärenden.
- Kopplingen mellan beställning av insatser efter revidering av genomförandeplan behöver tydliggöras då denna saknades i en tredjedel av granskade ärenden.
- Biståndshandläggarnas målformuleringar kan utvecklas med avseende på att de i enlighet med IBIC ska vara specifika, mätbara och tidsatta.
- I 6 av granskade ärenden har den enskilde inte varit delaktig i upprättandet av genomförandeplanen utan att det framgår varför. När så varit fallet bör anledningen till att den enskilde inte varit delaktig redovisas i planen.

Hur verksamheterna arbetar med resultaten ovan redovisas nedan under respektive verksamhetsområde.

4.3. Avvikelsehantering

Det framgår av SOSFS 2011:9 att klagomål och synpunkter ska tas emot och utredas. Bestämmelser om rapporterings- och utredningsskyldighet enligt lex Sarah finns i socialtjänstlagen samt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade.

Det behöver bli lättare att följa hur avvikelserna hanteras, vilken information som samlas in och vad man gör för bedömning utifrån den informationen. Det ska tydligt gå att utläsa om det förelegat en avvikelse i verksamheten och behov av åtgärder.

Det är arbetsledning, oftast enhetschef, som ansvarar för att utreda de avvikelser som ej är rapporter enligt lex Sarah. Det finns ett behov av att utveckla och säkra kvaliteten i socialförvaltningens avvikelsehantering. Förbättringsområden avser både hur avvikelser (så kallad annan avvikelse samt klagomål och synpunkter) utreds, säkerställa ändamålsenliga åtgärder i verksamheten samt hur dessa sedan följs upp. Samtliga verksamheter behöver utveckla systematik i att sammanställa och analysera avvikelser. Det är viktigt att avvikelserna utreds tillräcklig så att man får en kunskap om hur vi kan förbättra vår verksamhet så att det blir en del i det systematiska förbättringsarbetet. Behov av utveckling gäller både interna och externa klagomål.

Februari 2023 kommer en utbildning gällande avvikelsehantering att hållas för enhetschefer i förvaltningen. Ansvariga för utbildningen är SAS, MAS och MAR samt systemförvaltare. Utbildningen kommer att belysa regelverk som styr vår avvikelsehantering, syfte och hur de ska hanteras. Hösten 2022 så köptes e-learning till verksamhetssystemet för avvikelser in och genom detta finns ett stöd i hur

dokumentationen ska göras. Systemförvaltare kommer dock vara delaktig så att vi säkerställer att samtliga berörda får möjlighet till stöd gällande verksamhetssystemet.

Det finns en rutin som avser interna och externa synpunkter och klagomål (annan avvikelse). Klagomål och synpunkter kan lämnas både av personal och av externa parter. Rutin för hantering av klagomål och synpunkter, både externa och interna, så kallad annan avvikelse, godkändes 2021-06-24. Det finns olika mallar, bland annat för utredning, och de finns både i Ephorte och i verksamhetssystemet för interna avvikelser.

Det finns även rutiner som avser hantering av ärenden enligt bestämmelserna i socialtjänstlagen om lex Sarah. Det är främst verksamhetsutvecklarna som utrett avvikelser enligt lex Sarah. Vid behov har samverkan skett med kommunjurist. Hösten 2022 så anställdes en handläggare för att förstärka resurserna i hanteringen av lex Sarah. Denna tjänst finns kvar under 2023.

Interna klagomål och synpunkter rapporteras och dokumenteras i avvikelsemodulen Lifecare, likaså avvikelser enligt lex Sarah. Externa klagomål och synpunkter dokumenteras i diariet. I Lifecare skiljer man på om det är lex Sarah eller ”annan avvikelse”. Alla avvikelser ska utredas och det är ingen skillnad på om det är personal eller extern person/myndighet som lämnat in klagomålet. (SOSFS 2011:9 samt SoL).

Avvikelsehanteringen är en viktig del i ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete och förvaltningens systematiska förbättringsarbete. SAS, MAS och MAR kommer under 2023 se över samtliga processer och rutiner för avvikelsehantering. Syftet är att ge ett tydligt stöd medarbetare och arbetsledning och att säkerställa att vi har en avvikelsehantering av god kvalitet där avvikelser sammanställs och analyseras för att identifiera eventuella mönster.

4.3.1. Avvikelser

2021 rapporterades 424 stycken avvikelser. 2022 inkom 557 avvikelser enligt rapporttyp ”annan avvikelse” inom hela förvaltningen.

266 stycken avser stöd i ordinärt boende. 4 stycken avser dagverksamhet. 4 stycken avser myndighet och resurs. 49 stycken avser IFO, inklusive gruppboende socialpsykiatri. 132 avser stöd och service. 93 avser stöd i särskilt boende. 1 avvikelse avser larmteamet och 8 stycken avser MAS/MAR organisation och ssk ytterområde.

Av ovanstående är det inlett utredning på 437 rapporter. 129 åtgärder är registrerade. Förutom de åtgärder som redovisas nedan är även följande registrerade. 28 åtgärder är registrerade som ”annan”. 16 åtgärder gäller omsorgs-/vårdnära insats/åtgärd. 7 åtgärder avser händelsenära åtgärd. 2 åtgärder rör arbetsrättsliga åtgärder.

- 146 ärenden avser brister i processer och rutiner. 21 åtgärder är registrerade som processer/rutiner.
- 104 ärenden rör felaktigt utförd eller utebliven insats.
- 59 ärenden rör brister i kommunikation och information. 41 åtgärder är registrerade som kommunikation och information.
- 31 ärende rör brister i eller avsaknad av utbildning eller kompetens. 3 åtgärder rör utbildning och kompetens.
- 21 ärenden avser brister i dokumentation.
- 14 ärenden rör brister i handläggning.
- 14 ärenden rör våld/övergrepp/tvång/begränsning.
- 13 ärenden avser brister i omgivning/organisation. 4 åtgärder rör omgivning och organisation.
- 13 ärenden avser brist på eller avsaknad av delaktighet.
- 12 ärenden avser brister i rättssäkerhet.
- 8 ärenden rör brister i bemötande.
- 8 ärenden rör brister i teknik, utrustning eller apparatur. 7 åtgärder avser teknik, utrustning eller apparatur.

124 ärenden är avslutade utan åtgärd. 259 ärenden är avslutade med åtgärd. 32 ärenden är avslutade med bedömning att avvikelse ej förelegat.

Mer information om vad avvikelserna avsett redovisas under varje verksamhetsområde nedan.

Under 2022 har det identifierats att flera rapporter som lämnats är rapporterade felaktigt. Det förefaller som att det finns en okunskap bland medarbetare och enhetschefer om vad som ska rapporteras som vårdskada respektive annan avvikelse. Det kan även finnas en brist på kunskap kring hur statistiken ska fyllas i. Statistiken bedöms således inte vara helt tillförlitlig. Det går av statistiken även att utläsa att alla avvikelser inte utreds. Ovanstående kommer att belysas under den utbildning som är inplanerad februari 2023.

4.3.2. Lex Sarah

Under 2022 inkom 49 rapporter enligt lex Sarah. Det är en ökning jämfört med 2021 då 28 rapporter inkom. Samtliga rapporter har tagits emot och utredning har inletts. De rapporter som inkom i slutet av förra året är ännu inte avslutade och därmed anges inte de i statistik över bakomliggande orsak och åtgärd men de handlar bland annat om brister i handläggning och rättssäkerhet.

11 stycken av rapporterna rör stöd i särskilt boende, 26 stycken rör stöd i ordinärt boende, 5 stycken rör stöd och service, 6 stycken rör IFO och en avser korttidsboendet kompassen.

Bakomliggande orsaker och åtgärder.

- 24 ärenden avser brister i eller avsaknad av processer/rutiner eller att de ej följs. 22 åtgärder avseende detta är registrerade.
- 16 ärenden avser brister i kommunikation och information. 7 åtgärder är registrerade gällande kommunikation och information.
- 11 ärenden avser brister i bemötande.
- 11 ärenden rör felaktigt utförd eller utebliven insats.
- 10 ärenden avser brister i eller avsaknad av utbildning/kompetens. 6 åtgärder är registrerade gällande utbildning/kompetens.
- 8 ärenden rör brister i dokumentation.
- 5 ärenden avser våld/övergrepp/tvång/begränsning.
- 5 ärenden avser brister i omgivning/organisation. 2 åtgärder är registrerade gällande detta.
- 3 ärenden rör brister i rättssäkerhet.
- 3 ärenden avser brister på eller avsaknad av delaktighet.
- 2 ärenden avser brister i teknik, utrustning eller apparatur.
- 1 ärende rör brister i handläggning.

Förutom ovanstående är även en åtgärd registrerad som gäller omsorgs-/vårdnära insats/åtgärd. Totalt är 38 åtgärder registrerade i verksamhetssystemet.

4 utredningar har avslutats med bedömning att det ej förelagt något missförhållande eller risk för missförhållande och utredningarna avslutas således utan åtgärd. 4 stycken anmälningar till IVO har lämnats efter att bedömning gjorts att det förelagat ett allvarligt missförhållande. Dessa utredningar har rört hemtjänst Asarum, hemtjänst Hällaryd, hemtjänst Mörrum samt särskilt boende Gustavsborg – natten.

5. Verksamhetsområdenas resultat för 2022

Verksamheternas ska varje år upprätta verksamhetsplaner för arbetet under året. Verksamhetsplaner anger mål och enheternas arbete med dessa. Arbetet redovisas sedan i en resultatrapport, som sammanfattas nedan. Verksamhetsplaner ska vara en del i det systematiska kvalitetsarbetet.

5.1. Individ- och familjeomsorgen, IFO

Under augusti och oktober 2022 så gjordes en organisatorisk förändring i verksamheten. I verksamhetsområdet ingår barn och familj (mottagnings- och utredningsenheten, placeringsenheten samt öppenvård), myndighet och öppenvård avseende vuxna, försörjningsenheten och arbetsmarknadsenheten. Dessa verksamheter var tidigare indelade i två olika verksamhetsområden med två verksamhetschefer.

Verksamhetschef har under höst/vinter påbörjat ett utvecklingsarbete för ledningsgruppen där fokus ska vara hur de skapar en struktur för VLG där samtliga enhetschefer upplever att de är berörda av frågeställningarna. De har haft en konferens där de skapade gemensamma ledstjärning, uppdrag för ledningsgruppen samt gemensamma utvecklingsområden på två till tre år.

Under 2022 har verksamheten anställt en verksamhetsutvecklare koppad till IFO/AME. Tjänsten tillsattes vid årsskiftet.

IFO har under perioden påbörjat ett gemensamt utvecklingsarbete under paraplyet ”en enad socialtjänst”. Det främsta syftet med arbetet är att uppnå en mindre sårbarhet i organisationen där medarbetare på ett tryggt sätt kan samarbeta över enhetsgränserna. Målet är att förbättra arbetsmiljön och öka kvalitet och effektivitet i ärendehantering genom att sätta individen i centrum och utifrån dennes behov använda de personalresurser som är berörda. De första stegen i detta arbete har varit att renodla uppdrag för 1:e socialsekreterare, samordnare och just nu pågår arbetet med uppdraget för chef. Därutöver har en satsning påbörjats i den här konstellationen där verksamhetschefer och HR tillsammans med medarbetarna fördjupar sig i vilka krav målet med en enad socialtjänst ställer på verksamheterna och vilka förändringar det medför.

Barn och familj har påverkats av personalomsättningar vilket medfört svårigheter med att bedriva ett hållbart utvecklings- och förändringsarbete. Bland annat har det påverkat arbetet med att följa upp placeringar och ett förbättringsarbete gällande detta kommer ske under 2023. Rekrytering har gått bra inom mottagnings- och utredningsenheten. För placeringsenheten kvarstår utmaningen med rekrytering av barnhandläggare där fyra av sju tjänster är vakanta.

Inom mottagnings- och utredningsenheten samt placeringsenheten har det anställts senior socionom, vilket gett ett positivt resultat för verksamhetens kvalitet.

Under 2022 har implementeringen av Signs of Safety fortgått inom barn och familj. På enheterna har modellens olika delar använts i ärenden där flera enheter varit involverade, exempelvis från barn och familj och relationsvård. Enheternas medarbetare upplever att det är positivt och framgångsrikt att tillsammans riskbedöma och identifiera nätverkets styrkor för att kunna planera insatser som kan genomföras på hemmaplan. Det har under hösten tagits ett beslut om att upphandla en mer omfattande implementering av arbetssättet för att skapa hållbarhet i arbetet. Upphandlingen påbörjas under sen höst och ett totalt koncept förväntas kunna påbörjas under våren 2023. Upphandlingen bygger på stöd i implementeringsarbetet under 2,5 år där verksamheten efter genomförandet förväntas vara självförsörjande i utbildning vid nyanställningar.

Förutom arbetet med Signs of Safety har man även arbetat med att utveckla SSPF (Skola, Socialtjänst, Polis, Fritid). Det är en samverkansmodell som ska implementeras för att förbättra arbetet mellan aktörerna främst med ungdomar i risk- eller missbruk som målgrupp. Kommunens folkhälsstrateg är ansvarig för att samordna införandet och ett första steg i arbetet är en gemensam halvdag i maj. Det är också konstaterat att en koordinator inom socialtjänsten krävs för att hålla ihop arbetet i alla dess delar, koordinatortjänsten ska rekryteras och organiseras inom IFO:s verksamhetsområde. Rekrytering av koordinator har pågått under hösten och tjänsten tillsätts med en internt sökande som förväntas kunna gå över till sitt nya uppdrag 1 februari 2023.

Inom öppenvården barn och familj har medborgarlöftet att befinna sig ute 100 kvällen under året infriats. Det har också genomförts utbildningsinsatser i form av ABC-grupper till föräldrar och detta stöd ges som en service.

I maj 2022 gjorde IVO (inspektionen för vård och omsorg) tillsyn av Fyrens stödboende. I beslut 2022-08-29 framkommer att tillsynen inte visar på några brister och att stödboendet har förutsättningar att erbjuda ungdomarna trygg och säker vård.

Inom området vuxen så finns stort behov av närvarande ledarskap och tydlighet i uppdrag och roller. Ett utvecklingsarbete gällande arbetsmiljö pågår. I samband med att myndighetsenheten fick egen enhetschef samorganiserar myndighetsutövning för missbruk, våld i nära relation, LSS och socialpsykiatri.

För myndighet och öppenvård vuxen krävs ett större omtag kring grundläggande strukturer då det är verksamheter som på olika sätt förlorat samsynen kring enheternas gemensamma uppdrag samt förväntningar och förutsättningar för respektive roller i hur det gemensamma uppdraget ska fullföljas. Det har genomförts kartläggning inom båda enheterna och dessa ska användas som utgångspunkt i det fortsatta arbetet med handlingsplaner för den vidare utvecklingen.

Försörjningsenheten kan konstatera att antal biståndsmottagare minskar, liksom andelen av befolkningen med ekonomiskt bistånd. De som har ekonomiskt bistånd har det i genomsnitt under en längre tid. Det är troligtvis flera faktorer som ligger bakom detta såsom indragna socialförsäkringsförmåner/andra inkomster som tidigare bidragit till en del av hushållets försörjning, ökade omkostnader exempelvis el, hyra, andra godtagbara utgifter samt vissa hushåll som sticker ut gällande antalet hushållsmedlemmar.

Försörjningsenheten arbetar riktat med insatser mot självförsörjning i första hand till barnfamiljer, detta för att motverka barnfattigdom och för att arbeta förebyggande mot att normalisera bidragsmottagande. Detta speglas exempelvis i samband med finansierade anställningar via Arbetsmarknadsenheten där barnfamiljer har prioriterats. Arbetet med felaktiga utbetalningar (FUT) har pågått under året och vid

en jämförelse mellan 2021 och 2022 ser man att antalet öppnade FUT-utredningar gått från 5 stycken 2021 till 15 stycken år 2022.

Inom försörjningsenheten har e-ansökan implementerats men det kräver fortfarande att handläggare stöttar klienter som många gånger är osäkra på hur de ska gå tillväga. Kontinuitet i bemanning i receptionen har gjort att fler klienter kan få stöd även på annat språk än svenska. Det är uppenbart att det finns klienter som fortfarande föredrar pappersansökan och i vissa fall är det nödvändigt t ex om klienten har sekretesskyddade uppgifter. Trots detta har antalet e-ansökningar ökat. 2021 gjordes 783 stycken och 2022 gjordes 1145 stycken.

Budget- och skuldrådgivningen har under året genomfört ett projekt, Ung och skuldfri, med fokus på att identifiera förutsättningar till att förebygga skuldsättning för personer mellan 18 och 29 år. Under projektet har flera åtgärdsförslag tagits fram som är förvaltningsövergripande och något gemensamt ställningstagande kring hur dessa ska arbetas vidare med är inte fattat. Inom enheten har en ny rutin införts där ett personligt kontaktförsök görs om en individ inom åldersintervallet uteblir från sitt första besök. Tendensen är att så inte sker, det är dock svårare med återkommande besök efter det första. En förklaring till detta kan vara brist på tillräckligt med motivation, men även att de behövt prioritera andra delar i livet som inte fungerat då deras situation många gånger varit/är komplex. Upplevelsen är att unga, generellt, är mer mottagliga för förändringsarbete när det kommer till samtal om budget. I övrigt har det uppmärksammats att antalet inkomna ärenden under året är något färre än tidigare medan antalet pågående ärenden är på samma nivå. Detta tyder på att kontakten numera är mer långvarig än tidigare. Detta utifrån ett utvecklat förhållningssätt i arbetet där vi strävar efter tätare kontakt, mer motivationsarbete och fokus på hållbara och fungerande lösningar för den enskilde över tid.

Under 2022 har möjligheterna till arbets- och praktikplatser utökats inom arbetsmarknadsenheten. På enheten har det tagits emot 192 personer under 2022. 93 individer avslutades inklusive 33 av våra BEA-anställningar. 32 individer har påbörjat arbete utan subvention och 9 har börjat studera med CSN. 9 individer med BEA-anställningar har avslutats och istället gått över till A-kassa. Det har etablerats 46 nya BEA-anställningar där 10 av dem är personer med långvarigt försörjningsstöd och de har bland annat fått sysselsättning via cykelgänget.

Målgruppen bedöms stå längre ifrån arbetsmarknaden vilket medför att det genomförts en översyn av arbetssätt baserat på BIP-forskningen. Det nya arbetssättet innebär att varje arbetsmarknadskonsulent följer individen igenom hela resan på arbetsmarknadsenheten och hanterar löpande uppföljningar så förflyttning sker i rätt riktning. Inom enheten fokuseras på rätt insats tidigt i ärendet och det strävas efter att kunna erbjuda fler sociala praktikplatser i form av arbetsträning i egen verksamhet. Därutöver arbetar medarbetarna med att öka antalet praktikplatser i kommunens övriga verksamheter enligt beslutet 1 på 20.

Antalet medarbetare har under året anpassats efter tilldelad budget och minskat från 15 till 12 vilket har medfört att det inte funnits förutsättningar att ta emot lika många individer från försörjningsenheten som tidigare.

5.1.1. Samverkan

Samverkan mellan myndighetsutövning och öppenvård barn och familj har påverkats negativt av den höga personalomsättningen, även om öppenvården haft en mer stabil bemanning. Det har trots detta genomförts arbete med goda resultat där placerade barn, på ett tryggt och säkert sätt, kunnat återvända till hemmet. Detta arbete förväntas utvecklas med Signs of safety och förhoppningar om kontinuitet i bemanning på samtliga enheter inom barn och familj. Signs of safety är en metod för samtal med föräldrar och barn där man kartlägger, riskbedömer och säkerhetsplanerar och följer upp den oro som finns för barnet och vad som kan behövas för att stärka det som fungerar med hjälp av familjen och barnets nätverk.

Projektet Barnsäkert har startat under 2022, vilket innebär ett samarbete mellan barnhälsovården och socialtjänstens öppenvård. Det finns ännu ingen statistik framtagen för arbetet i Karlshamn men projektet är pågående i Blekinge län med goda resultat. Arbetet bygger på att tidigt låta nyblivna föräldrar skatta sin situation inom en rad riskområden och där behov identifieras gör sköterska inom barnhälsovården insatser tillsammans med familjebehandlare från öppenvården.

Försörjningsenheten och arbetsmarknadsenheten har en samverkan gällande sysselsättning och kompetenshöjande insatser för klienter med försörjningsstöd. Rutinen för att klienter ska bokas in hos vägledare vid arbetsmarknadsenheten har inte fullt ut kunnat följas på grund av att utrymmet hos dessa vägledare varit begränsat. Det finns i nuläget inte tillräckligt med insatser som riktar sig till personer som är språksvaga, denna målgrupp har idag svårt att tillgodogöra sig insatserna från arbetsmarknadsenheten.

En analys för det arbete som pågår inom försörjnings- och arbetsmarknadsenhet behöver prioriteras för att deras arbete ska få fokus i 2023 års verksamhetsplan utifrån relevanta behov av förändrings- och förbättringsarbete.

5.1.2. Egenkontroller

En planering för genomförande av brukarundersökning med fokus på IFO påbörjades under 2022 men med anledning av förändrade förutsättningar genomfördes den aldrig. Ett omtag kan bli aktuellt under 2023 under förutsättningar att det görs en hållbar planering som i god tid presenteras för enheterna. Det positiva med ett genomförande är att bli jämförbara med andra kommuner.

Placeringsenheten har genomfört en egenkontroll med frågor om bemötande, delaktighet i beslut, stöd och samarbete och umgängesplanering. Egenkontrollen

genomfördes i december 2022 och resultatet har sammanställts och lyfts med hela arbetsgruppen. Det som stack ut i resultatet var att det förekommit mycket byten av handläggare. Detta kommer enheten ha med sig i planering av pågående ärenden, både från mottagnings- och utredningsenheten och placeringsenheten. De arbetar också för att kunna aktualisera barnhandläggare tidigare i ärenden där placering är aktuellt. De har också en pågående dialog kring vikten av att göra barn, ungdomar, föräldrar och familjehem mer delaktiga.

Egenkontroll har genomförts gällande dokumentation av övervägande av nätverksplacering enligt 6 kap 5 § SoL då brister identifierats i en lex Sarah-utredning. Denna egenkontroll gjordes även under 2021. Egenkontrollen har genomförts flera gånger då fortsatta brister i dokumentationen förelegat trots åtgärder. Enhetschef ansvarar för åtgärder och fortsatt uppföljning.

Mariegårdens stödboende har identifierat och åtgärdat brister som synliggjorts vid internkontrollen som redogjorts för tidigare. Genomförandeplanen har reviderats för att tydliggöra den enskildes delaktighet i genomförandeplanen. De har tydliggjort vilka insatser de använder sig av för att se till att mål och delmål uppfylls. De arbetar med att formulera mätbara mål i den mån det är möjligt och de har tydliggjort att ansvarig handläggare ska få information efter att genomförandeplan upprättats eller följts upp. De har även skapat en bättre struktur med separata anteckningar vid uppföljningar i syfte att lättare kunna urskilja denna dokumentation från övrig dokumentation.

5.1.3. Avvikelse Försörjningsenheten

På försörjningsenheten har det inkommit 8 stycken klagomål. De har i huvudsak berört missnöje över beslut som påverkat upplevelsen av bemötandet från socialsekreteraren. Enhetschef har hanterat och bemött alla inkomna klagomål.

Under 2022 har det rapporterats 23 annan avvikelse på försörjningsenheten och en lex Sarah-rapport har lämnats. I samtliga har utredning inletts av enhetschef och en Lex Sarah-utredning som inletts av socialt ansvarig socionom (SAS). Lex Sarah-utredningen är pågående. 16 utredningar totalt är pågående, omedelbara åtgärder har gjorts i samtliga men möjlighet har inte funnits att prioritera att färdigställa samtliga utredningar under året.

Några avvikelser på försörjningsenheten har rört att socialsekreterare missat att utbetala beviljat bistånd. Åtgärd har vidtagits i form av upprättande av checklista som medarbetarna ska använda. En annan avvikelse har rört att inkommen överklagan ej tagits emot och där har enhetschef gått igenom rutin och JO-anmälan med samtliga medarbetare på APT. Kommunen fick kritik från JO men det framförs även att genomförda åtgärder anses vara tillräckliga.

Lex Sarah-rapporten rör brister i handläggning av ansökan om ekonomiskt bistånd.

Mottagning- och utredningsenheten

Inom enheten har ett klagomål hanterats som i huvudsak handlade om missnöje i ärendehantering och utredningsprocess i samband med omhändertagande av ett barn. Det fanns inga tydliga brister i ärendehantering men det finns alltid skäl att uppmärksamma och ha en dialog kring mötet med människor i kris. Enhetens medarbetare har tillgång till handledning. Ett klagomål som mottagits under 2022 är under utredning.

Placeringsenheten

Det har inkommit 9 stycken klagomål och synpunkter. De har avsett bemötande och synpunkter på bedömningar och beslut. I alla ärendena har enhetschef erbjudit fysiska möten i syfte att för att bemöta de inkomna klagomålen på bästa sätt för medborgarna.

Öppenvård, barn och unga samt Fyrens stödboende.

Det har genomförts 2 stycken lex Sarah-utredningar där händelserna inträffat på öppenvården. Utredningarna inleddes i augusti samt september 2022. Båda utredningarna avsåg händelser där en medarbetare var inblandad. Händelserna avsåg brister i bemötande och utebliven insats. Arbetsrättsliga åtgärder vidtogs av arbetsgivaren. Åtgärd beslutad utifrån vad som framkommit i lex Sarah-utredningarna, var att i rutin tydliggöra ansvar vid genomförande av insats och kontakt med klienter.

5.2. Stöd i ordinärt boende

I verksamheten arbetar man med digitalisering och att öka antalet digitala medicinskåp, fler brukare med fjärrtillsyn på natten samt förberedande för införande av mobilt trygghetslarm.

Under hösten 2022 har samtliga medarbetare fått en genomgång kring varför social dokumentation ska utföras. Att skriva en bra dokumentation som innehåller det som är av värde för individen behöver ha fortsatt fokus. Att uppnå en bra dokumentation över hela verksamheten är ett arbete som behöver pågå över tid. Det behövs stöd för medarbetarna som möjliggör att de kan träna och förstå vad god dokumentation är.

Arbetet med IBIC utvecklas framåt, här spelar det multiprofessionella teamet och dess samverkan en stor roll för att nå framgång. Arbetssättet har resulterat till att det numera bedrivs en mer personcentrerad vård än tidigare men det finns fortsatt utvecklingsbehov då arbetssättet måste sitta ut i hela organisationen, hos samtliga medarbetare i alla led. Det finns stöd för gemensam syn på hur brukarna fungerar i det dagliga livet. Vidare föreligger stöd för både handläggare och utförare att beskriva och dokumentera uppgifter om brukarnas resurser, behov, mål och resultat med ett gemensamt språk.

Verksamheten har under året arbetat med implementering av fast omsorgskontakt men inte kommit så långt som planerat. Arbetet med att nå förväntad effekt

fortsätter under 2023. Med fast omsorgskontakt förväntas uppföljning av insatsen blir än bättre och framför allt mer systematisk än i dag. Förväntan är att uppföljningen ska ses som en självklar del av uppdraget. En annan förväntad effekt är bättre utformade genomförandeplaner som följer utredning, beslut och mål. Här behöver verksamheten även arbeta med följsamheten av genomförandeplanerna samt att öka brukarnas delaktighet i utformning av planen.

Resultat i Kolada visar på 90 % brukarnöjdhet 2022. Resultat för riket är 86 %. Det finns inget resultat för 2021. 2020 var resultatet 89 % och 2019 var resultatet 93 %. I Blekinge har en Karlskrona kommun samma resultat. Två kommuner har högre resultat där Sölvesborg har 93 % och Olofström har 94%.

På fråga om hur lätt eller svårt det är att få kontakt med hemtjänstpersonal vid behov och som svarat mycket lätt eller ganska lätt har resultatet försämrats. 2019 var resultatet 84 %, 2020, var resultatet 80 % och 2022 är resultatet 71 %. Det finns inget resultat för 2021. Resultat för riket är 74 %.

5.2.1. Samverkan

Ett fokusområde under 2022 har varit vårdmöten. De tvärprofessionella teamen är viktiga för att säkerställa kvalitet, säkerhet och utveckling. Samma professioner finns både i vårdmöten och i kvalitetsteam.

5.2.2. Egenkontroller

Utifrån resultat av internkontrollen är arbetet med genomförandeplaner, kopplat till arbetet med fast omsorgskontakt, ett prioriterat område 2023.

I verksamheten arbetar man även med att skapa förståelse för IBIC som arbetssätt. Man arbetar med att kvalitetssäkra genomförandeplaner så att de tydligt beskriver brukarens resurser och behov av stöd.

5.2.3. Avvikelse

Lex Sarah

Under 2022 uppgick antalet lex Sarah-ärenden till 24 stycken, vilket är nästan en femdubblad ökning jämfört med de 5 ärenden som rapporterades 2021. Anledningen till den ökningen kan antingen bero på att fler allvarliga händelser faktiskt inträffade under året men även på att personal har blivit mer medvetna om sina skyldigheter att rapportera missförhållanden som de själva bevittnar eller får vetskap om. Under året har ledningsgruppen haft fokus på avvikelshantering, där förvaltningens verksamhetsutvecklare har hållit genomgång i hantering av avvikelser och lex Sarah för hela ledningsgruppen.

De brister som uppdagades i genomförda utredningar handlade oftast om uteblivna eller felaktigt utförda insatser, personals bemötande av brukare och kommunikation och information mellan personalgrupper. Orsakerna har bland annat varit brister i ledning och kompetens men även brister hos personal som medfört att arbetsrättsliga åtgärder vidtagits.

Några av de åtgärder som genomförts eller är pågående är följande:

- Reviderat rutiner.
- Utbildning i lågaffektivt bemötande.
- Information och genomgång av lex Sarah-bestämmelserna sker vid nyanställning. Ledningsgruppen ser ett behov av att ytterligare säkerställa att medarbetarna förstår sin rapporteringsskyldighet kommer och framöver kommer det ske genomgång en gång per år för samtliga medarbetare.

Annan avvikelse

266 stycken avvikelser har inkommit under 2022, jämfört med 123 stycken under 2021. 58 ärenden rör brister i processer/rutiner, 40 ärenden rör brister i utförande av insats och 24 ärenden rör brister i utbildning/kompetens. De vanligaste åtgärderna rör information och kommunikation samt processer/rutiner.

Avvikelsehanteringen är en del av det systematiska förbättringsarbetet. I detta arbete är kvalitetsundersköterskorna (KUSK) i hög grad involverade i arbetet, så även de övriga representanterna som ingår de kvalitetsteam som finns i verksamheten bestående av professioner såsom biståndshandläggare, arbetsterapeut, fysioterapeut och sjuksköterska. Arbetet med att hitta bra strukturer och systematik i arbetet fortsätter under 2023 med bland annat workshop för verksamhetens enhetschefer och kvalitetsundersköterskor. Kvalitetsundersköterskorna kommer att bli än mer involverade. Verksamhetsutvecklare ska under en tid framöver delta på vårdmöten med syfte att sätta mer fokus på avvikelse och på så vis få en systematik i vardagen kring avvikelsehantering.

5.3. Stöd i särskilt boende, SÄBO

Verksamheten arbetar utifrån ett personcentrerat förhållningssätt med teamsamverkan och utifrån de verktyg som finns i verksamheten för att skapa kvalitet för den enskilda individen. Metodstöd för genomförandeplan har utarbetats och reviderats för att säkerställa att den enskilde blir delaktig och får en trygg omsorg utifrån sina behov och för att använda rätt resurser/kompetens för att skapa en säker genomförandeplan och dokumentation. Det reviderade metodstödet implementeras i verksamheten under våren 2023.

Under våren 2022 började flera nya chefer i verksamheten och det har påverkat verksamhetens arbete mot mål i verksamhetsplan. Det har förelegat hög sjukfrånvaro inom alla professioner. Sammantaget har dessa faktorer påverkat teamsamverkan där till exempel förbättringsarbete fördröjts. Förändringen av arbetstidsmättet för natt och efterföljande schemaförändringar har tagit mycket fokus under våren i hela SÄBO. Under hösten har JOTIB krävt en del resurser.

Från 1 oktober 2022 ingår socialpsykiatrins särskilda boenden i verksamheten. Verksamheten har därför utökats med en enhetschefstjänst. Enheterna har fördelats om på Gustavsborg, vilket främst påverkat det boendet. Inom socialpsykiatrins

boende ser enhetschefen behov av effektivisering av schemaläggning och resurser. Det finns även behov av kompetenshöjning hos medarbetarna. Personalen behöver utveckla ett mer personcentrerat arbetssätt och där man arbetar mer aktivt med brukarnas genomförandeplaner. Arbete och planering för detta kommer ske under 2023.

Under 2022 så infördes fast omsorgskontakt. Endast de individer som har kompetens och intresse är fasta omsorgskontakter. Fortsatt arbete med att fördela uppdraget rätt sker löpande. Alla fasta omsorgskontakter har fått utbildning i uppföljning av insats särskilt boende under december 2021 och våren 2022. Utbildningen för fast omsorgskontakt innehåller genomgång av uppdraget, vårdmöte, privata medel och metodstöd. Dessa har gått igenom på APT på varje enskild enhet under 2022. Medarbetare som är fast omsorgskontakt kommer genom denna satsning vara mer trygga i sitt uppdrag och på så sätt bidra till ökad kvalitet för vårdtagaren.

Enheterna arbetar kontinuerligt med KUSK (kvalitetsundersköterska) och fast omsorgskontakt för att stärka individerna i deras uppdrag. Fast omsorgskontakt ansvarar för uppföljning av insats särskilt boende via en enkät som fylls i tillsammans med varje vårdtagare. I ledningsgruppen är två enhetschefer utsedda för att tillsammans med utvalda KUSK arbeta med resultaten för hela SÄBO. Varje enhet ska tillsammans med KUSK utvärdera resultat för enheten. Detta arbete har inte kommit igång som planerat men kommer vara ett fokusområde 2023.

Utbildning i demens ABC har genomförts för all personal inom SÄBO under hösten 2022. Alla medarbetare ska ha genomgått utbildningen i den nationella värdegrunden på Socialstyrelsen, på vissa enheter har inte detta uppnåtts pga. omsättning på personal. Flera enheter har jobbat väldigt aktivt med värdegrunden genom KUSK och med ett nytt material som heter "vård i annans hem" under hösten. Övriga enheter har fattat beslut om att också använda detta material under 2023. KUSK kommer vara ansvariga för detta arbete på APT.

Verksamheten har tagit fram principer som ska gälla på alla avdelningar inom de särskilda boendena. Principerna tar upp hur man ska agera i allmänna utrymmen, kring måltider, ljudnivå, hur man ska kommunicera mellan personal och förhållningssätt gentemot brukarna.

Verksamheten har en bemanningsstrategi. Under 2022 strukturerades nattens schema om för att möta behovet av att fördela resurser över dygnet i samband med att fler ska arbeta heltid. Personal arbetar nu 9-timmarsnatt. Det har resulterat i ökat antal disponibelpass, vilket medför en tryggare verksamhet vid exempelvis sjukdom och semestrar. Fler disponibelpass gör att behovet av timvikarier minskar. Verksamheten kommer under perioden november till februari arbeta aktivt med att sänka antalet timanställda i verksamheten och använda disponibeltid optimalt. Detta kommer att utvärderas i mars till april 2023.

Arbete tillsammans med JOTIB gällande bemanningsprocessen är pågående under året och hjälper verksamheten att optimera bemanning, tänka långsiktigt och möta framtida utmaningar. Detta arbete har krävt mycket resurser från både enhetschefer och medarbetare under hösten.

Ledningsgruppen för särskilt boende har under hösten 2022 arbetat med ökad sammanhållning och de är nu en grupp med mycket energi och framåtanda. Det har lett till att många av målen i verksamhetsplanen för 2022 nåtts.

Resultat i Kolada visar på 75 % brukarnöjdhet 2022. Det finns inget resultat för 2021. 2018 till 2020 var resultatet 80%. Resultat för riket är 77 %. I Blekinge har tre kommuner högre resultat där Sölvesborg har 76 %, Ronneby 81 % och Karlskrona 86%.

5.3.1. Samverkan

Våren 2022 gick kvalitetsteam en utbildning utifrån SOSFS 2011:9 och kvalitetsarbete. Vårdmöten och kvalitetsteam börjar fungera och förbättringsarbeten pågår utifrån avvikelser och andra brister. Kvalitetsteamet har på varje enhet arbetat fram handlingsplaner utifrån verksamhetsplanens prioriterade områden.

Från december 2022 så är inte rehab med på vårdmöten, på grund av ny organisation, vilket kan påverka brukaren negativt och kvalitetsteamet kommer bli påverkat. Uppföljning kommer ske kontinuerligt.

Fortsatt arbete med implementering av kompetenstrappan har skett genom samverkan med skola och arbetsmarknad. Under våren har ett samarbete med arbetsmarknad lett till att fler serviceassistenter anställts.

5.3.2. Riskanalys

Riskanalyser har gjorts vid omorganisationer och förändringar i verksamheten tillsammans med skyddsombud och enhetschef/verksamhetschef. Uppföljningar sker kontinuerligt. Riskanalyser har även gjorts i enskilda individärenden och handlingsplaner och bemötandeplaner upprättas där behov finns.

5.3.3. Egenkontroll

Kontroll av skydds och begränsningsåtgärder har gjorts inom SÄBO. Man ser att dialog om skyddsåtgärder i stor utsträckning sker i vårdmöten och utifrån individen i centrum. I rapporten framgår att många känner att vårdmöten är ett bra forum där man kan lyfta frågan med alla professioner runt vårdtagaren. I rapporten beskrivs ett behov av kompetenshöjning hos enhetschef och personal inom HSL. Enhetschefer har fått utbildning gällande skyddsåtgärder i april 2022. Ett förbättringsområde är att dokumentation av samtycke i den enskildes journal.

Från december har ansvaret för att ordinera passiva larm lagts på enhetschef vilket gör det mycket viktigt att kontinuerligt ha utbildning och dialog om skydds-och begränsningsåtgärder.

Kontroll av genomförandeplaner görs löpande av fast omsorgskontakt och enhetschef utifrån metodstödet som finns avseende genomförandeplaner.

I demens- och psykiatriteamets rapporter ses en klar förbättring inom demensvården gällande bemötande och miljö.

5.3.4. Avvikelser

Under hösten har enhetscheferna förbättrat hanteringen av avvikelser. Under 2022 har ledningsgruppen även arbetat aktivt med lex Sarah och att få ut kunskap kring dessa i hela verksamheten för att få en lärande organisation.

Under 2022 genomfördes 11 stycken lex Sarah-utredningar inom SÄBO. Det är en liten ökning jämfört med 2021 då antalet var 9 stycken.

När det gäller klagomål och annan avvikelse inom särskilt boende så har det genomgående handlat om att man som personal inte följt de rutiner och riktlinjer som finns i verksamheten. Även brister i bemötande har varit ett genomgående tema, vilket även framkommit i utredningar enligt lex Sarah. Åtgärder som gjorts för all personal är utbildning inom demens och värdegrund enligt verksamhetsplan. Rutiner och checklistor har upprättats vid behov och rutinerna har lagts in i ledningssystemet. Enhetschefer har informerat personal på APT om brister och klagomål i verksamheten och vilka åtgärder som vidtagits. Verksamhetschef har gjort detsamma på VLG. Syftet är att skapa en lärande organisation. De ser att den planen som de haft för året gått i linje med de behov som de sett övergripande.

5.4. Myndighet och resurs

Det pågår ett arbete gällande systematiskt förbättringsarbete i teamen. Arbetet rör att sätta kvalitetsteam och införa kvalitetsmöten. Varje team skall ta fram gemensam handlingsplan kopplat till valt förbättringsområde. Workshop med fokus på systematiskt förbättringsarbete för samtliga enhetschefer inom omsorg och LSS. Teamen har tagit steg framåt och arbetar idag mer tillsammans med kvalitetsarbete än tidigare. På Kompassen arbetar man aktivt i teamet, där samtliga professioner är delaktiga i både framtagande av plan och de olika uppdrag man valt att fokusera på. Bland annat har man tagit fram en rutin för att säkerställa att ingen information försvinner vid överrapporteringar. Dock kommer en stor förändring att ske 2023, då resurserna inom rehab inte räcker till för att delta i det systematiska förbättringsarbete som sker i geografiskt utsedda team. De kommer dock att fortsätta vara en viktig och förhoppningsvis självklar del i teamet kring individärenden. Under 2022 har dock även rehab varit delaktig i att ta fram någon form av gemensam handlingsplan kopplat till valt förbättringsområde vilket är en framgång.

Ett arbete med att säkra kompetensförsörjning pågår. Tillsammans med HR tittar man på bemanningsstrategi. Projektet påbörjades oktober 2021 och pågår fortfarande. Verksamheten arbetar även med kompetenstrappa och kompetensutveckling. Fast omsorgskontakt är under implementering. Fortsatt arbete med vårdbiträdesuppdraget och kompetensutveckling kopplat till detta ska ske.

Sedan tidigare så görs alla hemtjänstutredningar i verksamhetssystemet Lifecare. Under våren 2022 har fler utredningstyper lagts till för att ge förutsättningar att göra utredning gällande bistånd avseende särskilt boende, korttidsboende, kontaktperson, dagverksamhet och avlösning. Manualer och handbok har upprättats i syfte att ge stöd i arbetet med utredningarna i Lifecare. Samtliga handläggare har fått utbildning i verksamhetssystemet. Den slutliga övergången till Lifecare gick bättre än beräknat. Detta beror på att det redan fanns en vana att arbeta i Lifecare. Men centralt beror det på att resurser funnits att avsätta två handläggare som med stort engagemang, arbetat fram underlag och skapat utbildningsunderlag.

Statistiken påvisar en stadig ökning av biståndsbeslut. Handläggarna upplever även att det är mer komplexa utredningar än tidigare och utredningarna tar längre tid. Beslut för särskilt boende har ökat de senaste tre åren, utan att kösituationen har ändrats markant. Det påvisar en ökad vårdtyngd, där personer bor kortare tid på särskilt boende än tidigare. Verksamheten ser också ett ökat tryck på korttidsboende, där fler avlider på korttidsboende samt får beslut om särskilt boende och inte kan gå hem i väntan på detta.

Ett område som är under utveckling är digital välfärdsteknik och hur det kan användas. Här ingår digital signering, mobilt trygghetslarm och digital tillsyn. 2022-12-31 har totalt 17 personer tillsyn nattetid. Av dessa har 3 stycken fysisk tillsyn och 14 har tillsyn via fjärrtillsyn. Bedömningen är att det är god följsamhet till beslutet. Att vi inte når 100 % beror på att det finns personer som inte ger samtycke till digital tillsyn eller som av andra orsaker har ett behov av en fysisk tillsyn där behovet inte kan tillgodoses digitalt.

5.4.1. Samverkan

Demens- och psykiatriteamet har implementerats väl. De får numera fler ärenden, vilket är positivt. Nytt beslut är fattat så att även hälso- och sjukvårdspersonal kan initiera teamet, vilket gett effekt på antalet ärenden. Hälso- och sjukvårdspersonal tenderar även att koppla på teamet i tidigare skede i ärenden med BPSD (beteendemässiga och psykiska symtom vid demens).

Rapporterna visar på ett ökat engagemang och ökad delaktighet hos enhetschefer. Fler individuella vårdmöten med god samverkan mellan samtliga berörda professioner. Teamet ser numera att det i varje grupp där de varit inkopplade finns en eller flera engagerade medarbetare som arbetar för personcentrerad vård utifrån värdegrunden.

Demens- och psykiatriteamet identifierar även kvarstående brister i verksamheten. De ser att det finns en rädsla, okunskap eller fördomar som sprids av enhetschefer och individer i personalgrupper på särskilda boenden, där psykiatrisk diagnos finns hos den enskilde. Teamet hör fortfarande ofta personal uttrycka att ”hen är felplacerad”, vilket skapar problem i personcentrerad vård och omsorg. Livskvaliteten blir sämre och människan glöms bort av rädslor och fördomar. Det är inte alltid teamets arbetsplan följs av personal. Det kvarstår brister i det salutogena arbetssättet, och man fokuserar fortfarande på det som inte fungerar och det vårdtagaren inte klarar. Teamet ser även att hemtjänstens tidsmallar inte fungerar vid BPSD-problematik. Brist på språkkunskaper påverkar negativt, och kan vara en trigger mellan den enskilde och medarbetare, vilket kan utlösa oro, aggressivitet mm. De ser också en ökning av demens hos yngre personer, där den traditionella omsorgen inte räcker till.

Demens- och psykiatriteamet ger övergripande förslag på åtgärder i sina rapporter. Bland annat har teamet initierat införande av ”Principer i allmänna utrymmen på demensavdelningar” som är implementerat inom särskilda boenden (se under verksamhetsområde SÄBO). Teamet har också gett förslag på hur omsorgen kan förbättra för yngre dementa, där flera förslag arbetas vidare med under 2023. Exempel är att demens- och psykiatriteamet hjälper par där person fått demensdiagnos, med lärande i vardagen på individnivå. Andra exempel på övergripande förbättringsförslag givna av teamet är:

- Avdramatisera diagnoserna, tänka vad kan jag/vi göra för individen.
- Höja kunskapen inom hemtjänsten gällande psykisk ohälsa och demenssjukdomar, anpassa tidsramen utifrån behov hos individ.
- Fortsätta utveckla genomförandeplanen och i större utsträckning beskriva *hur*-et.
- Öka meningsfullheten i den äldres vardag. Kan använda tex personalens styrkor/intresse i olika aktiviteter för att skapa både ökad livskvalitet för den äldre och ökad arbetsglädje för medarbetare.

5.4.2. Egenkontroll

Utifrån internkontrollen behöver man arbeta vidare med delaktighet, att det ska finnas genomförandeplaner i alla ärenden samt förbättra kopplingen mellan HSL-instruktion och genomförandeplan. Det finns en identifierad brist i överensstämmelsen mellan handläggarens beställning och hur den avspeglas i genomförandeplanens mål, där antingen mål saknas eller så saknas genomförandeplanen helt.

Inom verksamheten arbetar man utifrån IBIC (individens behov i centrum) och man arbetar med att fortsätta införandet av IBIC. I detta ingår bland annat att det ska finnas en koppling mellan utredning, beslut, mål och genomförandeplaner. Över lag håller utredningarna av ansökan om bistånd hög kvalitet men det finns mer att

utveckla. Även fortsatt behöver verksamheten fokusera på att tidsätta mål, i de fall det är möjligt, i insats hemtjänst. När det gäller utredningar som avser bistånd särskilt boende så behöver verksamheten arbeta vidare med att analysera informationen i utredningen i syfte att göra det tydligt att behov inte går att tillgodose på annat sätt. I utredningar gällande bistånd till korttidsboende så brister det ibland avseende syfte och målformuleringar. Det ska fortsatt bedrivas ett arbete med målformuleringar och kvalitet i utredningar samt uppföljningar.

Internkontroll gällande skyddsåtgärder är genomförd av MAS och MAR under 2022. Under hösten 2022 beslutades att passiva larm är att anses som en insats enligt socialtjänstlagen eller lagen om stöd och service för vissa funktionshindrade. Passiva larm skall numera hanteras av enhetschefer. Viktigt är att det finns en följsamhet och att enhetschef har kontroll på skyddsåtgärder inom sin enhet. I intern- och egenkontrollplan som tas fram kommer kartläggning av skyddsåtgärder på enhetsnivå att vara en del. I det ingår att ta fram mål och planer för att minska antalet skyddsåtgärder.

5.4.3. Avvikelser

Det har inkommit 7 stycken externa klagomål. Klagomålen rör synpunkter på handläggning och bedömning/beslut, brister i bemötande, uteblivet hembesök, brister i planering för dubbelbemanning och bristande uppföljning och kommunikation med enskild och anhöriga. De som lämnat klagomålen har fått svar.

5.5. Stöd och service, LSS

Under året så har man arbetat med bemanningsstrategi som rör både stöd och service och hela förvaltningen. Bland annat är ett arbete med JOTIB påbörjat.

Utbildning i tecken som stöd/teckenspråk har fortsatt under 2022. TBA-utbildning (tillämpad beteendeanalys) har genomförts för nyanställda och för de som önskat påfyllnad. I de enheter där behov finns har utbildning i förflyttningsteknik genomförts. Utbildning i demens för målgruppen funktionshindrade och också genomförts.

5.5.1. Riskanalyser

Enheterna har fortlöpande arbetat med riskanalyser kring pågående pandemi covid-19. Inom daglig verksamhet har ledning och personal arbetat för att ha verksamheten igång så att brukarna kunnat få sin dagliga verksamhet, vilket har möjliggjorts genom ändringar av gruppstorlekarna, justeringar av transportschema etc. Vidare har riskanalyser genomförts i övergången av socialpsykiatriin gällande HSL-teamet.

5.5.2. Egenkontroller

I likhet med tidigare år genomfördes under 2022 en brukarundersökning som vände sig till samtliga brukare i kommunens grupp- eller servicebostäder och/eller hade sysselsättning i någon av de dagliga verksamheter som finns inom Stöd och service.

Vad avser andelen svar för respektive enkät låg denna på förhållandevis låga nivåer för gruppboende (60 %) och daglig verksamhet (54 %). Detta innebär att en viss försiktighet behöver iaktas när det gäller att dra säkra och långtgående slutsatser av undersökningen. För serviceboendena del uppgick svarsfrekvensen till 83 %.

Generellt visar brukarundersökningen att verksamheterna genomgående har en hög andel brukare som är tillfreds med sitt boende och sin dagliga verksamhet, vilket inom flera områden låg väsentligt högre än riket som helhet. Det gäller bland annat i frågor som rör att man får den hjälp man vill ha, att det man gör på sin dagliga verksamhet känns viktigt och att brukaren upplever att personalen bryr sig om en och att man känner sig trygg med personalen såväl hemma som i sin dagliga verksamhet.

De områden där det finns utrymme för förbättringar handlar om att brukare i daglig verksamhet och boende på gruppboende har en relativt hög andel som upplever att personalen inte förstår vad man säger. Däremot har brukare som bor i serviceboende i betydligt högre utsträckning än riksnittet uppgett att man kan göra sig förstådd hos all personal. Även när det gäller frågan om brukaren har inflytande över saker som är viktiga för en i hemmet ligger kommunen flera procentenheter under riket som helhet för grupp- respektive serviceboende. Ytterligare ett förbättringsområde är frågan om brukaren vet vem man ska vända sig till med klagomål, där resultatet visar att kommunen överlag har en lägre andel som uppgett att så är fallet i förhållande till riksnittet. Detta gäller i synnerhet de som bor i serviceboende men även brukare i gruppboende och daglig verksamhet. Identifierade förbättringsområden har tagits upp på VLG, varvid enhetscheferna fått i uppdrag att tillsammans med sin personal vidta de åtgärder som behövs för att vända utvecklingen.

I arbetet med skyddsåtgärder har egenkontroller genomförts där förekomsten av skyddsåtgärder inventerats på samtliga enheter som underlag för bedömningar av om behoven av dessa åtgärder kvarstår. Där det har funnits skyddsåtgärder har man undersökt förutsättningarna, vad som är grunden till att de finns kvar samt inventerat hur planeringen ser ut för att arbeta bort dessa. De skyddsåtgärder som saknat tydliga motiv har plockats bort. Utbildning för samtliga medarbetare i skyddsåtgärder har genomförts. En uppföljning av hur omfattningen av dessa åtgärder ser ut ett år senare kommer att utföras i början av 2023. Därutöver kan nämnas att flertalet av enhetscheferna har utfört egenkontroller avseende brukarnas privata medel och nyckelhanteringen.

5.5.3. Avvikelse

Lex Sarah

Under det gångna året hade LSS-verksamheterna totalt 5 lex Sarah-ärenden, vilket innebar en väsentlig minskning jämfört med 2021 års 13 ärenden. Ärendena gällde dels brister i personals bemötande av brukare, dels efterlevnaden av införda förstärkta hygienrutiner med anledning av pågående pandemi.

Mot bakgrund av att det under 2021 rapporterades ett förhållandevis stort antal lex Sarah-händelser, tillsattes en arbetsgrupp bestående av enhetschefer som på uppdrag av verksamhetschefen tog fram en handlingsplan med fokus på värdegrunds- och bemötandefrågor. Inriktningen har bland annat utmynnat i att 10 arbetsgrupper i verksamheten har arbetat med värdegrundsfrågor med utgångspunkt i verktyget Teamr, där deltagarna har genomgått en digital utbildning för att utveckla sitt värdegrundsarbete. Vidare har utbildning genomförts för samtliga medarbetare kring Lex Sarah och rapporteringsskyldigheten under hösten 2022, utifrån ett skriftligt material med diskussionsfrågor som tagits fram.

Annan avvikelse och klagomål

Det har inkommit cirka 130 avvikelser både 2021 och 2022. De vanligaste orsakerna till rapporterna är brister i processer/rutiner 48 stycken, felaktigt utförda eller uteblivna insatser 35 stycken, brister i kommunikation och information 17 stycken samt våld/övergrepp/tvång/begränsning 10 stycken. De vanligaste åtgärderna är inom information och kommunikation, omsorgs/vårdnära insats samt processer/rutiner.

Det inkom 3 stycken klagomål under 2022. Ett klagomål kom från personal och rörde sig om brister i planering av flytt av barnboende. VC har svarat personal att hon tagit del av handlingsplan och mejlkonversation och bedömt att om alla tagit ansvar för sina delar hade flytten flutit på utan missöden.

Ett annat klagomål kom från en granne till ett LSS-boende och handlade om att personal röker på lekplatsen när det finns barn där. Berörd enhetschef har svarat att han informerat grupperna vad som gäller avseende rökning vid lekplats och i anslutning till arbetsplatsen.

Det tredje klagomålet kom från närstående till en brukare och gällde den mat som personal köper till brukaren och att de inte kastar den mat som passerat bäst föredatum. Berörd enhetschef har svarat att hon talat med berörd personal.

6. Barnkonventionen

Hösten 2022 har socialt ansvarig socionom utbildats till barnstrateg genom SKR. Samtidigt har enheterna inom IFO samt barnboenden LSS fått utbildning i Barnkonventionen och ett arbete med implementering är påbörjad. Utbildningen har bestått av två halvdagar, där barnboenden LSS har sin sista halvdag i mars i år. Socialt ansvarig socionom ansvarade för utbildningen och material till utbildningen hämtades från utbildningen till barnstrateg.

Under 2023 kommer vi fortsätta arbeta med att implementera barnkonventionen och en handlingsplan ska arbetas fram. Under våren 2023 utbildas verksamhetsutvecklare IFO också till barnrättsstrateg, vilket bidrar till ökat stöd i den fortsatta implementeringen.

7. Mål och strategier för 2023

- Fortsätta att utveckla och ta fram ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete för Socialförvaltningen.
- Arbeta med att säkra kvaliteten i förvaltningens avvikelshantering.
- Fortsatt arbete med att implementera barnkonventionen.
- Fortsätta arbeta med och utveckla digital välfärdsteknik.