

Socialförvaltningens Kvalitetsberättelse 2015

Inledning

Kvalitetsberättelsen utgår från föreskriften om ”Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete” SOSFS 2011:9

Socialförvaltningens kvalitetsarbete grundar sig på:

- Socialtjänstlagen, 3 kap. 3 § . Insatser inom socialtjänsten ska vara av god kvalitet. För utförande av uppgifterna inom socialtjänsten ska det finnas personal med lämplig utbildning och erfarenhet. Kvaliteten i verksamheten ska systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras.
- Hälso- och sjukvårdslagen, 18 § . Varje kommun skall erbjuda en god hälso- och sjukvård.
- Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade, 6 § . Verksamheten enligt denna lag skall vara av god kvalitet och bedrivs i samarbete med berörda samhällsorgan och myndigheter. Verksamheten skall vara grundad på respekt för den enskildes självbestämmanderätt och integritet. Den enskilde skall i största möjliga utsträckning ges inflytande och medbestämmande över insatser som ges. Kvaliteten i verksamheten skall systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras.
- Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9) Definition av kvalitet: att en verksamhet uppfyller de krav och mål som gäller för verksamheten enligt lagar och föreskrifter om hälso- och sjukvård, socialtjänst och stöd och service till vissa funktionshindrade och beslut som har meddelats med stöd av sådana föreskrifter.
- Regionens och förvaltningens styrkortsmål i brukar- och processperspektivet.

Kvalitets- och Patientsäkerhetsberättelser

Samtliga verksamheter i både egen och privat regi (förutom ett privat hemtjänstföretag) har inkommit med Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse för 2015. Av dessa kan man utläsa att samtliga verksamheter nu påbörjat ett systematiskt kvalitetsarbete och många har kommit långt.

Ansvarfördelning och organisation för kvalitetsarbetet

Ett välfungerande kvalitetsarbete förutsätter att det finns en tydlig ansvarsfördelning och befogenheter för att implementera, utveckla och vidta åtgärder inom verksamheterna. Kvalitet är ett personligt åtagande där varje chef och medarbetare har ett ansvar för kvaliteten i sitt eget arbete. Chefer och medarbetare på alla nivåer i Socialförvaltningen ansvarar för att ta del av det systematiska kvalitetsarbetet.

Socialnämnden beslutar genom strategier och övergripande mål i styrkort 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 anmälningar av vårdskador och risk för vårdskador, 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.

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

- att på socialnämndens uppdrag ge förslag på och vid behov revidera socialförvaltningens ledningssystem
- identifiering, framtagande och uppdatering av de förvaltningsgemensamma processer och rutiner i ledningssystemet
- att följa upp, utvärdera, utveckla och dokumentera det systematiska kvalitetsarbetet avseende förvaltningsgemensamma processer och rutiner
- det förvaltningsgemensamma förbättringsarbetet i samverkan med berörda chefer
- att på förvaltningsnivå sammanställa analys av inkomna synpunkter, klagomål, eller rapporter enligt Lex Sarah
- ta fram och samordna förvaltningens årliga kvalitetsredovisning

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 hög 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 en övergripande verksamhetsplan, kvalitetsberättelse (SoL, LSS) och patientsäkerhetsberättelse (HSL) i samband med årets bokslut. Avdelningschef har det samlade ansvaret för det systematiska kvalitetsarbetet inom avdelningen.

Verksamhetschef enligt HSL ansvarar för att säkerställa patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vården samt kontinuerligt samråda med MAS. Verksamhetschefen 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 verksamhetschefen 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.

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 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. 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 styrkortets värderingar, omtanke, förtroende och delaktighet. Samtliga medarbetare har skyldighet att rapportera avvikelser och tillbud.

Ett flertal verksamheter har startat särskilda forum för det systematiska kvalitetsarbetet, så kallade ”kvalitetsråd”.

Socialförvaltningens styrning av kvalitet

Socialnämnden tar beslut om dokumenten ”Uppdrag och kvalitetskrav”. I dessa beskrivs vilket uppdrag verksamheten har och vilka kvalitetskrav som ställs. Dessa dokument finns för: anhörigstöd, hemsjukvård och de flesta verksamheter inom LSS och äldreomsorg. Dokument håller på att skapas för verksamheter inom IFO.

Socialnämnden har även beslutat om styrdokument och riktlinjer för ett Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

Processer och rutiner

Den förvaltningsövergripande analysen av resultat sker utifrån följande huvudprocesser:

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

På avdelningsnivå arbetar man framför allt med att skapa rutiner. Några avdelningar har kartlagt sina huvudprocesser.

Att koppla rutiner till huvudprocesser och aktiviteter är ett förbättringsområde inom förvaltningen.

Samverkan

Socialförvaltningen har ett nära samarbete med både Hälso- och sjukvårdsförvaltningen och Utbildning och arbetslivsförvaltningen.

I Barnsam sker samverkan med de andra berörda förvaltningarna kring barn och ungdomar.

Mellan vår förvaltning och Hälso- och sjukvårdsförvaltningen finns en samverkansstruktur med gemensamt politiskt arbetsutskott, en grupp för samordnad ledning och styrning och en så kallad ”ärendegrupp” där alla chefer på avdelningsnivå deltar med syfte att fånga alla frågor som ”hamnar mellan stolarna”.

Samtliga verksamheter har i sin kvalitetsberättelse identifierat sina viktigaste samverkanspartners. Många har strukturerade samverkansformer men de är oftast inte dokumenterade och gränssnitten är inte kartlagda.

Systematiskt förbättringsarbete

Årligen görs en analys som grundar sig på samtliga resultat. Se bilaga 2.

Utifrån denna analys identifieras styrkor och förbättringsområden och planer skapas för kvalitetsuppföljning och utvecklingsarbete.

Planen för kvalitetsuppföljning beslutas av socialnämnden.

Resultatet ligger även som grund för årsredovisning och förvaltningens verksamhetsplan.

De identifierade förbättringsområden lyfts på forum för alla utförare både i egen och i enskild regi, så kallade branschråd. Där informeras om årets resultat och sedan diskuteras hur förbättringar kan genomföras bland annat genom att lyfta goda exempel.

På verksamhetsnivå har man kommit olika långt med att arbeta med kvalitet på ett systematiskt sätt. Jämför man kvalitetsberättelserna för 2015 med de som skrevs 2014 så har många under det senaste året utvecklat sitt arbete. Samtliga avdelningar inom egen regi har nu börjat med analysveckor för att på ett systematiskt sätt samla och analysera sina resultat.

Riskanalys

Samtliga verksamheter gör riskanalyser och har rutiner. Många gör riskanalyser i samband med förändringar och när man får nya brukare. Det finns en förbättringspotential i att få ett mer systematiskt arbete kring risk- och händelseanalyser.

Egenkontroll

Den förvaltningsövergripande egenkontrollen görs under de så kallade ”analysveckorna”.

Analysen grundar sig på följande resultat:

- Nationella undersökningar – öppna jämförelser och brukarundersökningar.
- Kommunens kvalitet i korthet (KKIK).
- Förvaltningens egna brukarundersökningar, anhörigundersökning, enkäter och fokusgrupper.
- Förvaltningens uppföljning av kvalitet genom besök i verksamheterna, enkäter och fokusgrupper och dokumentationsgranskningar.
- Sammanställning av patientsäkerhetsberättelser och kvalitetsberättelser
- Inkomna klagomål och synpunkter genom ”Säg vad du tycker”.
- Rapporterade missförhållanden och lex. Sarah.

- Rapporterade vårdavvikelser och lex. Maria.
- Resultat i kvalitetsregister.
- Olika mätningar t.ex. hygien och trycksårsmätningar.
- Tillsyner från IVO och revisioner.
- Rapport från patientnämnden.

Verksamheterna har även här kommit olika långt. En del har kommit igång med en strukturerad egenkontroll som görs regelbundet medans andra inte har hittat systematiken ännu.

Resultat egenkontroll

Brukarundersökningar

Hemtjänst

Resultat från en nationell enkät, ”Vad tycker de äldre om äldreomsorgen” vilket gör det möjligt att jämföra med övriga landet.

Totalt svarade 675 personer, vilket är 69,7% av de tillfrågade.

	Gotland 2015	Gotland 2014	Riket
Sammantagen nöjdhet	92%	92%	89%
Bemötande	98%	99%	97%

Jämförelse egen och privat regi – sammantagen nöjdhet

Egen regi	91%
Privat regi	94%

Särskilt boende

Resultat från en nationell enkät, ”Vad tycker de äldre om äldreomsorgen” vilket gör det möjligt att jämföra med övriga landet.

Totalt svarade 305 personer, vilket är 63,4% av de tillfrågade.

	Gotland 2015	Gotland 2014	Riket
Sammantagen nöjdhet	83%	86%	82%
Bemötande	93%	93%	94%

Jämförelse egen och privat regi – sammantagen nöjdhet i %

Egen regi	81%
Privat regi	90%

I bifogat dokument finns hela undersökningen inom äldreomsorgen.

LSS verksamheter

Förvaltningen genomförde en egen undersökning i början av året med hjälp av ett externt företag som även gjorde undersökningen 2013. Här kan vi inte jämföra med övriga landet utan bara med det tidigare resultatet 2013.

Bostad med särskild service enligt LSS

86 personer har svarat vilket är en svarsfrekvens på 54%.

	2015	2013
Övergripande nöjdhet	91%	93%
Förtroende	89%	90%
Bemötande och omtanke	87%	91%
Information	86%	85%
Delaktighet	85%	75%

Daglig verksamhet enligt LSS

127 personer har besvara enkäten vilket ger en svarsfrekvens på 49%.

	2015	2013
Övergripande nöjdhet	89%	86%
Förtroende	87%	91%
Bemötande och omtanke	87%	87%
Information	80%	76%
Delaktighet	82%	79%

Personlig assistans

Endast 10 personer har besvarat enkäten – en svarsfrekvens på 43%.

	2015	2013
Övergripande nöjdhet	98%	95%
Förtroende	100%	100%
Bemötande och omtanke	97%	100%
Information	76%	90%
Delaktighet	84%	79%

I bilaga1 finns hela enkäten inom LSS bifogad.

Enheten för psykiska funktionsnedsättningar, boendestöd

Enheten har genomfört en egen enkät med hjälp av Gotlands folkhögskola.

25 personer har svarat.

Andel som svarat, instämmer helt.

Jag får ett bra bemötande från personalen	80%
Personalen ger mig det stöd jag behöver	72%
Jag möts av respekt från personalens sida	80%
Jag får tillräckligt med information för att kunna vara delaktig i planeringen av mitt boendestöd	76%
Jag har inflytande över min planering	80%

av mitt boendestöd	
--------------------	--

Individ och familjeomsorgen

Avdelningen deltar i en nationell enkät som är under utveckling. Resultatet är därför osäkert.

Soc.sekr = socialsekreterare

Fråga	Totalt	BoU - ungdomar	BoU – föräld- rar/vårdnadshavare	Ekonomiskt bistånd
Andel som svarat att det är lätt att förstå information som ges av soc.sekr.	96 %	100 %	95 %	95 %
Andel som upplever att soc.sekr. frågar efter den enskildes synpunkter om hur situationen skulle kunna förändras.	92 %	88 %	100 %	90 %
Andel som upplever att soc.sekr visar stor förståelse för den enskildes situation.	93 %	88 %	94 %	93 %
Andel som anser att det är lätt att få kontakt med soc.sekr till ex via telefon, sms eller e-post.	91 %	78 %	78 %	100 %
Andel som anser att de har kunnat påverka mycket när det gäller vilken typ av hjälp de har fått av socialtjänsten i kommunen.	73 %	75 %	78 %	69 %

Fråga	Totalt	BoU - ungdomar	BoU – föräld- rar/vårdnadshavare	Ekonomiskt bistånd
Andel som anser att deras situation har förbättrats sedan de fick kontakt med socialtjänsten i kommunen.	77 %	67 %	71 %	82 %

I bifogat dokument finns mer fördjupad information om resultatet av brukarenkäterna.

Resultat kvalitetsuppföljningar

Kvalitets- och utvecklingsenheten har utvecklat ett system för att följa upp kvaliteten på ett mer brukarnära sätt. Detta görs genom att frågor till verksamheternas chefer ställs via enkät innan besöken. Själva besöket i verksamheten fokuserar på samtal med brukare och deras närstående. Samtal förs också med omvårdnadspersonal kring kvalitetsfrågor parallellt med att verksamheten följs under några timmar. Resultatet av denna förändring är att uppföljningarna syftar både till att säkra att verksamheterna lever upp till kvalitetskraven, men även till att följa upp huruvida brukarna upplever att man lever upp till de områden som regleras i Vårdighets/kvalitetsgarantin.

Under 2015 har kvalitets- och utvecklingsenheten gjort kvalitetsuppföljningar inom särskilt boende, hemtjänst, korttidsboende för barn, gruppboende och serviceboende inom OOF.

Vid besöken på särskilt boende identifierades styrkor så som, bra bemötande, maten, och aktiviteter för brukare både enskild och i grupp. De förbättringsområden som identifierades var, dokumentation, genomförandeplaner och rehabiliteringsinsatser.

På ett särskilt boende där brister i ledarskap, rutiner, avvikelshantering och dokumentation identifierats 2014 har kvalitets- och utvecklingsenheten varit behjälpliga med att genomföra en speciell satsning för att säkra kvalitén. Uppföljningen via enkät till personalen fyra månader efter visade en viss förbättring på några av avdelningarna.

Vid uppföljning av privata hemtjänstföretag fann man en god personalkontinuitet men att man kan förbättra arbetet med genomförandeplaner, dokumentation och det systematiska kvalitetsarbetet.

Styrkor på boenden enligt LSS var bland annat bra introduktion av personal, väl fungerande delegeringar, god kompetens och erfarenhet, vårdnadshavare

känner till hur de kan lämna synpunkter och klagomål och bra information .
Förbättringsområden är bland annat, genomförandeplaner, dokumentation, avvikelshantering och systematiskt kvalitetsarbete.

Uppföljning har också gjorts på de verksamheters handlingsplaner som upprättats efter kvalitetsuppföljningar 2014, i syfte att säkra verksamheterna vidtagna åtgärder.

Kvalitets- och utvecklingsenheten har reviderat uppdrag och kvalitetskrav för särskilt boende för äldre.

Resultat analysvecka

Utifrån varje huvudprocess har styrkor och förbättringsområden identifierats. Se bilaga 2.

Utredning av avvikelser

Klagomål och synpunkter - ”säg vad du tycker”

Totalt har 136 synpunkter inkommit. Det är något lägre än förra året då det kom in 187 stycken. Det är en ganska jämn fördelning mellan klagomål och beröm. Merparten av synpunkterna rör äldreomsorgen och framför allt hemtjänsten. Inom övriga avdelningar har det inkommit få synpunkter. Detta är troligtvis ett resultat av att man inom äldreomsorgen arbetar mer aktivt för att få in synpunkter.

Rapporteringskyldighet

Samtliga verksamheter informerar sin personal om skyldigheten att rapportera missförhållanden i samband med introduktion och på arbetsplatsträffar.

Sammanställning och analys

Vårdavvikelser, Se patientsäkerhetsberättelsen.

Fel och brist

Totalt har man registrerat 655 avvikelser för fel o brist. Det har skett en ökning jämfört med 2014 då 544 avvikelser rapporterades.

Verksamhet	Antal rapporter
Myndighetsavdelningen	46
Individ och familjeomsorgen	56
Särskilt boende	128
Hemtjänst	133
Omsorg om personer med funktionsnedsättning	48
Hemsjukvård/trygghetspatruller	244
Totalt	655

De två vanligast orsakerna till avvikelserna är utebliven insats och brister i informationsöverföring.

Lex Sarah

Under året har 20 rapporter inkommit varav 11 har beslutats vara allvarligt missförhållande eller risk för ett allvarligt missförhållande och anmälts till IVO. Av de som rapporterade till IVO gällde sju stycken särskilt boende för äldre, en hemtjänst, en bostad med särskild service enligt LSS, en socialpsykiatri och en familjestödsenheten.

Rapporterna handlade om:

Särskilt boende: boende försvann från boendet (1), olämpligt bemötande (4), pengar som försvann (1), en boende blev kvarglömd på toaletten (1)

Hemtjänst: en brukare som larmade fick inte hjälp i tid (1).

Bostad med särskild service enligt LSS: brister i omhändertagande och bemötande (1)

Socialpsykiatri: Ej verkställt beslut (1)

Familjestödsenheten: ett barn placerat i familjehem blev utsatt för hot och våld (1)

Förbättrande åtgärder i verksamheten

I kvalitetsberättelserna har verksamheterna sammanställt sina avvikelser och många har även analyserat och identifierat förbättringsområden.

I samtliga Lex Sarah utredningar finns beskrivna förbättringsåtgärder. När IVO har återrapporterat, har man bedömt att utredningarna och förbättringsåtgärderna varit tillräckliga.

Personalens medverkan i kvalitetsarbetet

Samtliga verksamheter beskriver att personalen görs delaktiga i kvalitetsarbetet genom arbete på arbetsplatsträffar, planeringsdagar och kvalitetsråd. Många har skrivit in skyldigheten i medarbetarkontrakten.

Förslag på kvalitetsplan 2016

Kvalitetsuppföljningar :

Bostad med särskild service enligt LSS

Daglig verksamhet enligt LSS

Bostad med särskild service enligt SoL

Boendestöd enligt SoL

Inga planerade uppföljningar inom äldreomsorgen om det inte inkommer några signaler på oro för någon verksamhet.

Barn o unga: resultatuppföljning av placerade barn, uppföljning av delaktighet, uppföljning av handlingsplan för vården av barn och ungas som är placerade i familjehem

Avtalsuppföljning HVB

Uppföljning av beroendevården

Skapa en metod för fördjupad analys av försörjningsstöd

Skapa ”Uppdrag och kvalitetskrav” för samtliga verksamheter inom Individ och familjeomsorgen.

Revidera samtliga ”Uppdrag och kvalitetskrav”.

Förslag på utvecklingsplan 2016

Utvecklingsarbete kring:

- Delaktighet
- Genomförandeplaner
- Dokumentation
- SIP – samordnad individuell plan

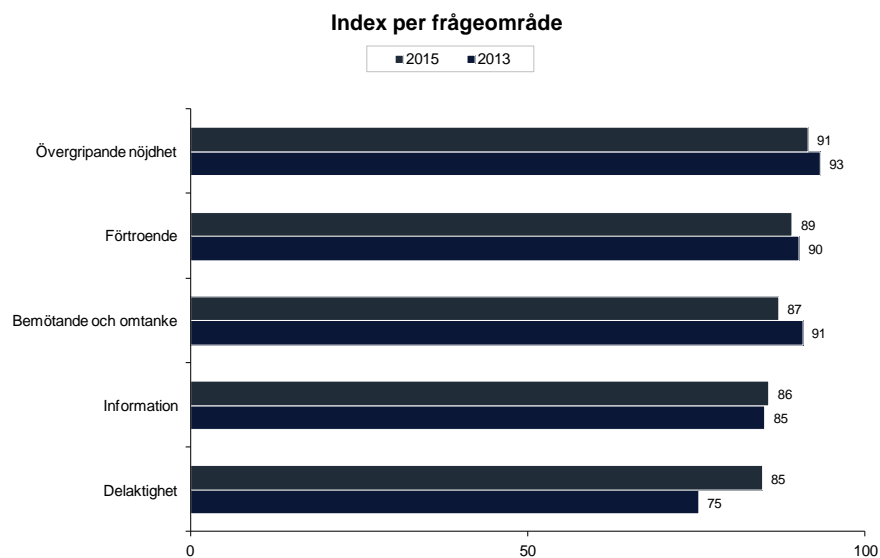
Mariann Godin Luthman

Kvalitetschef

Bilaga 1

Brukarundersökning Bostad med särskild service 2015

- Svarefrekvens på undersökningen är 54% och det är 86 personer som besvarat enkäten (57 män och 29 kvinnor).
- Undersökningen omfattar Bostäder både i egen och privat regi
- Undersökningen är gjord med postal enkät och två påminnelser har skickats
- Undersökningen är genomförd från 27 januari – 16 mars 2015



De två frågor där brukarna är minst nöjda

- Jag vet vilken hjälp jag har rätt att få (78%) *
- Jag upplever att jag kan påverka min vardag (77%) *

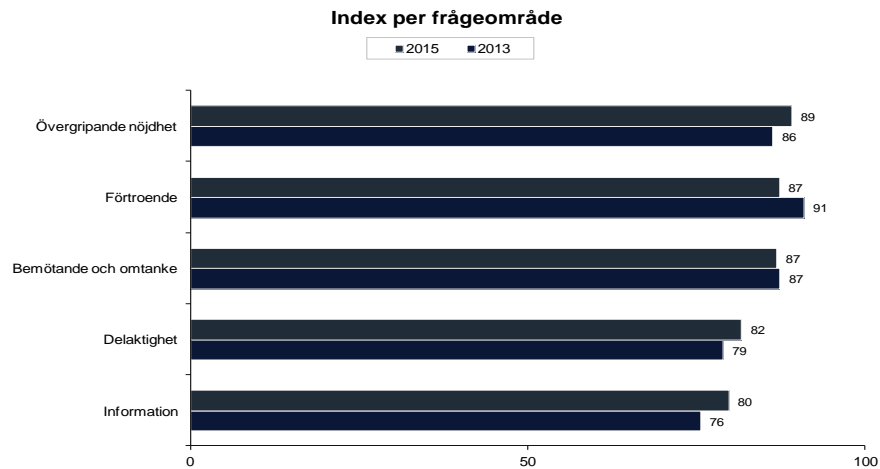
De två frågor där brukarna är mest nöjda

- Jag trivs i min bostad (93%) *
- Personalen bemöter mig på ett bra sätt (91%) *

* Andel brukare som svarat ”stämmer helt” och ”stämmer ganska bra” redovisas som positiva svar

Brukarundersökning Daglig verksamhet 2015

- Svarefrekvens på undersökningen är 49% (2013 – 66%) och det är 127 personer som besvarat enkäten (77 män och 50 kvinnor).
- Undersökningen omfattar daglig verksamhet både i egen och privat regi
- Undersökningen är gjord med postal enkät och två påminnelser har skickats
- Undersökningen är genomförd från 27 januari – 16 mars 2015



De två frågor där brukarna är minst nöjda

- Jag vet vilka verksamheter jag kan välja emellan (65%) *
- Jag har själv valt vilken verksamhet jag skall vara med i (78%) *

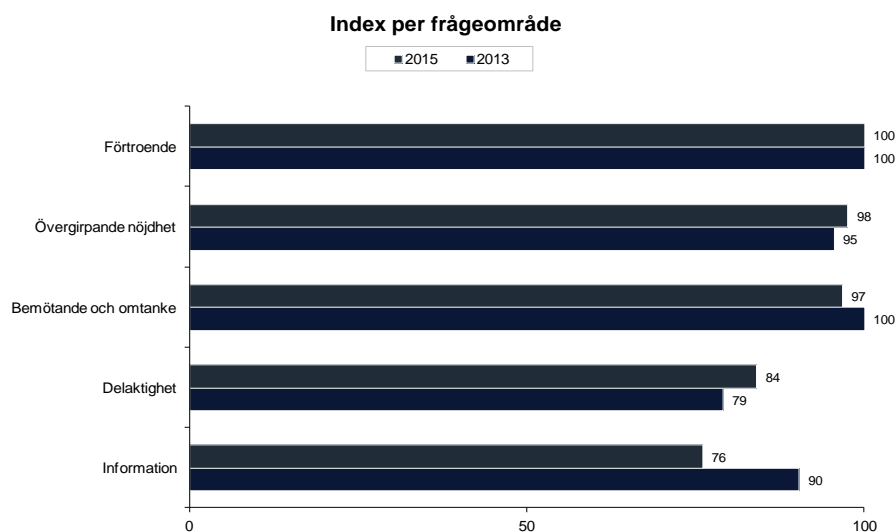
De två frågor där brukarna är mest nöjda

- Jag har de hjälpmedel jag behöver i min dagliga verksamhet (93%) *
- Personalen bemöter mig på ett bra sätt (93%) *

* Andel brukare som svarat ”stämmer helt” och ”stämmer ganska bra” redovisas som positiva svar

Brukarundersökning Personlig assistans 2015

- Svarsfrekvens på undersökningen är 43% (2013 – 52%) och det är endast 10 personer som besvarat enkäten (6 män och 4 kvinnor).
- Undersökningen omfattar personlig assistans både i egen och enskild regi (Regionen + omsorgshuset)
- Undersökningen är gjord med postal enkät och två påminnelser har skickats
- Undersökningen är genomförd från 27 januari – 16 mars 2015



De två frågor där brukarna är minst nöjda

- Jag vet vilken hjälp jag har rätt att få (38%) *
- Jag har själv varit med och planerat den hjälp jag har fått (76%) *

De två frågor där brukarna är mest nöjda

- Jag trivs med personalen som hjälper mig (100%) *
- Jag känner mig trygg där jag bor (100%) *

* Andel brukare som svarat ”stämmer helt” och ”stämmer ganska bra” redovisas som positiva svar

Bilaga 2

Resultat analysvecka

Utifrån varje huvudprocess har styrkor och förbättringsområden identifierats.

Äldreomsorg – Särskilt boende

	Styrkor	Förbättringsområden
Myndighetsutövning	<p>Individuella behovsbedömningar enligt VBIC, vuxnas behov i centrum.</p> <p>Minskad kö till särskilt boende</p> <p>Andel lägenheter för personer med demens har ökat</p> <p>Servicemätning: Tillgänglighet Bemötande Information</p>	<p>Uppföljning</p> <p>Saknas uppdrag och kvalitetskrav</p> <p>Plats på önskat boende – strax under riket i brukarundersökning</p> <p>Sservicemätning : Svarstider på mail</p>
Verkställighet	<p>De flesta frågorna i nationella brukarundersökningen ligger över riksgenomsnittet.</p> <p>Frågor där andelen positiva svar är högt: Bemötande Förtroende Trygghet Lätt att få kontakt med personalen Sammantagen nöjdhet</p> <p>Fler platser har omvandlats till demensplatser.</p> <p>Hygienarbetet Kvalitetsregister</p> <p>Lägre kostnader än jmf med riket per inv och</p>	<p>Frågor i brukarundersökning där andel positiva svar är lågt: Besvär av ensamhet Synpunkter och klagomål Information vid tillfälliga förändringar Lätt att träffa läkare Trivsamt i gemensamma utrymmen</p> <p>Dokumentation, SoL och HSL</p> <p>Genomförandeplaner Rehabinsatser Förbättringsarbete utifrån kvalitetsregister Alla enheter ska delta i BPSD registret</p>

Äldreomsorg – hemtjänst

	Styrkor	Förbättringsområden
Myndighetsutövning	<p>Enligt brukarundersökningen upplever man att man fått välja utförare</p> <p>Servicemätningen: Tillgänglighet Bemötande Information</p>	<p>Enligt brukarundersökningen upplever brukaren att besluten motsvarar deras behov .</p> <p>Högt antal timmar/brukare Kunskap om stöd till personer med hörsel- och synfunktionsnedsättningar</p> <p>Servicemätningen: Svarstider på mail</p>
Verkställighet	<p>Frågor i brukarundersökningen med bäst resultat: Bemötande, förtroende, sammantagen nöjdhet, trygghet, personalen tar hänsyn till den äldres egna åsikter och önskemål</p> <p>Personalkontinuitet Hygien – utbildade ombud Kostnader hemtjänst-timme lägre än riket o jmf kommuner</p>	<p>Frågor i brukarundersökningen med lägst resultat: Ensamhet, träffa läkare, synpunkter och klagomål, träffa sjuksköterska, påverka tider man får hjälp</p> <p>Dokumentation Genomförandeplaner Registrera i senior alert</p>

Hemsjukvård

	Styrkor	Förbättringsområden
Hemsjukvårdssatser	<p>Påbörjat teamarbete Vårdplaner</p>	<p>Brukarundersökning Klagomålshantering Dokumentation Utveckla samverkan med hemtjänst Strukturerat förebyggande arbete (Senior alert)</p>

Bostad med särskild service enligt LSS

	Styrkor	Förbättringsområden
Myndighetsutövning	<p>Servicemätningen: Bemötande, tillgänglighet</p>	<p>Servicemätningen: Att få svar på frågan, svarstider</p>
Verkställighet	<p>Brukarundersökning: Övergripande nöjdhet Bemötande Trivs i min bostad</p> <p>HSL dokumentation</p> <p>Kostnader lägre än riket och liknande kommuner</p>	<p>Brukarundersökning: Vet vilken hjälp jag kan få Kan påverka min vardag</p> <p>Klagomålshantering Avvikelsehantering Genomförandeplaner Dokumentation Läkemedelshantering på korttidsboenden. Hot och våld förekommer i hög utsträckning Riktlinjer för anhörigstöd Öka deltagande i kvalitetsregister</p>

Daglig verksamhets LSS

	Styrkor	Förbättringsområden
Myndighetsutövning	<p>Servicemätning: Bemötande, tillgänglighet</p>	<p>Brukarundersökning: Att veta vilka verksamheter man kan välja mellan. Uppleva att man har valt verksamhet man är med i.</p> <p>Tillgänglig webb Samverkan med AF och FK</p> <p>Servicemätning: Att få svar på frågan. Svarstider</p>
Verkställighet	<p>Brukarundersökning: Övergripande nöjdhet Bemötande Hjälpmedel</p> <p>3 personer från Daglig verksamhet har övergått till arbete.</p>	<p>Dokumentation Genomförandeplan Klagomålshantering Samverkan med AF och FK Hygienombud</p>

	<p>Öppet hus för brukare i Ljusgården – för att informera vilka verksamheter som finns.</p> <p>Lika eller lägre kostnad än riket och jämförbara kommuner per brukare och kostnad per dag</p>	
--	--	--

Personlig assistans LSS

	Styrkor	Förbättringsområden
Myndighetsutövning	<p>Servicemätning: Bemötande, tillgänglighet</p>	<p>Servicemätning: Att få svar på frågan.</p> <p>Brukarundersökning: Veta vilken hjälp man har rätt att få.</p>
Verkställighet	<p>Brukarundersökning: Övergripande nöjdhet Förtroende Bemötande Trivs med personalen Trygghet</p>	<p>Brukarundersökning: Vara med och planera den hjälp jag har fått.</p> <p>Genomförandeplaner Klagomålshantering Läkemedelshantering Analysera kostnader</p>

Socialpsykiatri

	Styrkor	Förbättringsområden
Myndighetsutövning	<p>Informationsguide Samlad och uppföljd plan för kompetensutvecklingsplan för handläggare</p>	<p>Intern samverkan med Barn och unga, missbruk och beroende och LSS-verksamhet. Stöd i föräldraskap</p>
Verkställighet	<p>Informationsguide Genomfört egen brukarundersökningar, (Träffpunkter och boendestöd). Samtliga indikatorer över 72%.</p>	<p>Genomförandeplaner Delaktighet Möta ny målgrupp, neuropsykiatri och självskador VBIC ,vuxnas behov i centrum</p>

		<p>Resultatuppföljning vid avslut.</p> <p>Rutin för att säkra att man erbjuder föräldrar stöd i föräldrarollen</p>
--	--	--

Barn o unga, IFO

Styrkor	Förbättringsområden
<p>Information lättförståelig</p> <p>Bra informationsbroschyr om alla insatser</p> <p>Handläggares kompetens och erfarenhet och kompetensutvecklingsplaner</p> <p>Använt resultat från systematiska uppföljningar för verksamhetsutveckling av insatser öppenvård</p> <p>Kortare utredningstid</p> <p>Fler placerade barn har fått besök</p> <p>Börjat använda standardiserade uppföljningsinstrument (ORS/SRS, västernorrlandmodellen och ADAD)</p> <p>Utredningstiden har blivit kortare</p> <p>Servicemätningen: Intresse, engagemang och bemötande</p>	<p>Resultatuppföljning</p> <p>Uppföljning av placerade barn och ungdomar</p> <p>Delaktighet</p> <p>Dokumentation</p> <p>Vårdplaner/genomförandeplaner</p> <p>Synpunktshantering</p> <p>Avvikelsehantering</p> <p>Servicemätning: Tillgänglighet och svar på frågan</p>

Missbruk och beroende

Styrkor	Förbättringsområden
<p>Mini Maria</p> <p>Rutiner för samordnad individuell plan</p> <p>Kortare utredningstider jmf med tidigare år</p> <p>Överenskommelse med Hälso- och sjukvården</p> <p>Servicemätning: Intresse, engagemang och bemötande</p>	<p>Genomföra brukarundersökning</p> <p>Uppföljning och utvärdering av insatser på individ- och gruppnivå (ORS/SRS, ASI)</p> <p>Genomförandeplaner</p> <p>Synpunktshantering</p> <p>Avvikelseberapportering</p> <p>Servicemätning: Tillgänglighet och svar på fråga.</p>

Försörjningsstöd

Styrkor	Förbättringsområden
Brukarundersökning: Bra information, tillgänglighet, delaktighet, fler bedömer att deras situation har förbättrats. Handläggarnas tillgång till stöd i arbetet . Kollegiegranskning Servicemätning: Intresse, engagemang och bemötande	Uppföljning av insatser Analys av målgruppen Utveckling av insatser som kan minska behov av ek bistånd. Finns evidensbaserade metoder? Klagomålshantering och avvikelserapprotering Servicemätning: Tillgänglighet och svar på fråga