

# Kvalitetsberättelse för år 2018

---

Uppföljning av Ledningssystem för  
systematiskt kvalitetsarbete

Socialförvaltningen Gällivare kommun



Beslutad av Socialnämnden, 2019-02-29 § 37

# Innehåll

---

<b>1. Kvalitetsberättelse – Uppföljning av Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.....</b>	<b>1</b>
1.1 Händelser och utvecklingsarbeten år 2018 gällande ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete .....	1
1.2 Övergripande utvecklingsarbete år 2019.....	2
<b>2. Avvikelser SoL/LSS .....</b>	<b>3</b>
2.1 Avvikelser SoL.....	3
2.2 Avvikelser LSS .....	6
2.3 Sammanfattning avvikelser .....	7
<b>3. Synpunkter och klagomål.....</b>	<b>9</b>
3.1 Sammanfattning synpunkter och klagomål.....	10
<b>4. Avvikelser extern part.....</b>	<b>12</b>
4.1 Sammanfattning avvikelser extern part .....	13
<b>5. Lex Sarah .....</b>	<b>15</b>
5.1 Sammanfattning lex Sarah .....	16
<b>6. Riskanalys .....</b>	<b>18</b>
6.1 Sammanfattning riskanalys .....	19
<b>7. Egenkontroll.....</b>	<b>20</b>
7.1 Tillsyn och granskningar .....	20
7.2 Sammanfattning egenkontroll .....	22

# 1. Kvalitetsberättelse – Uppföljning av Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

---

Enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete<sup>1</sup> ska den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade ansvara för att det finns ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete för att säkra verksamhetens kvalitet. Genom ledningssystemet ska ledningen säkerställa att samtliga verksamheter följer de krav och mål som gäller enligt lagar, föreskrifter och beslut. Socialförvaltningen i Gällivare kommun har år 2012, utifrån kraven i SOSFS 2011:9, infört ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Syftet med ledningssystemet är att ge verktyg för ett systematiskt förbättringsarbete. Förbättringsarbete sker till stor del genom förebyggande arbete där identifiering av risker är en viktig faktor. Ledningssystemet ger med andra ord möjlighet att planera, leda, följa upp, utvärdera och utreda både händelser som inträffat samt händelser som verksamheterna identifierar som möjliga risker som kan komma att inträffa.

Syftet med en kvalitetsberättelse är att ge en samlad bild av kvaliteten i verksamheten utifrån de avsnitt i ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete som omfattar socialtjänstlagens<sup>2</sup> (SoL) och Lagen om särskilt stöd till vissa funktionshindrade<sup>3</sup> (LSS) område. Vårdgivare ska också årligen enligt Patientsäkerhetslagen<sup>4</sup> upprätta en patientsäkerhetsberättelse som ska beskriva kvaliteten inom hälso- och sjukvården samt hur det systematiska patientsäkerhetsarbetet har bedrivits i verksamhetens olika delar. De delar ur ledningssystemet som beskrivs i patientsäkerhetsberättelsen är avvikelser hälso- och sjukvårdslagen<sup>5</sup> (HSL), och lex Maria. Kvalitetsberättelsen grundas på verksamheternas inlämnade redovisningar i form av Sammanställning av kvalitetssäkring till delårsrapport och årsredovisning och statistik hämtat från verksamhetssystemet VIVA samt ärende- och dokumenthanteringssystemet LEX. I denna Kvalitetsberättelse görs sammanställningar och analyser för verksamhetsåret 2018. För att anpassas till övrig årlig redovisning avser Kvalitetsberättelsen månaderna januari till november från och med detta års redovisning. Kvalitetsberättelse upprättades och beslutades om för första gången under 2016 för verksamhetsåret 2015. Kvalitetsberättelse upprättades sedan igen under 2017 för år 2016 men för år 2017 har ingen Kvalitetsberättelse upprättats pga. organisatoriska skäl. Någon direkt jämförelse mellan år 2017 och 2018 kan därför inte göras och jämförelser i denna kvalitetsredovisning kommer att röra Kvalitetsberättelser från år 2016 och i viss mån år 2015.

## **1.1 Händelser och utvecklingsarbeten år 2018 gällande ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete**

Socialförvaltningens ledning har inte prioriterat något övergripande utvecklingsarbete utifrån ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete under år 2018. Under år 2016 gjordes revideringar och förändringar av rutiner och

---

<sup>1</sup> Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, SOSFS 2011:9.

<sup>2</sup> Socialtjänstlag (2001:453).

<sup>3</sup> Lag (1993:387) om särskilt stöd och service till vissa funktionshindrade.

<sup>4</sup> Patientsäkerhetslag (2010:659).

<sup>5</sup> Hälso- och sjukvårdslag (2017:30).

upprättande av processkartor m.m. och under året som varit har inga behov av övergripande förändringar uppkommit. För år 2018 har varje avdelning sammanställt resultat och analys utifrån inkomna kvalitetsredovisningar inom respektive ansvarsområde. Utifrån detta har handlingsplaner med mål och åtgärder upprättats. Exempel från avdelningarnas handlingsplaner är målsättning att minska antal avvikelser gällande utförande av insatser genom en bättre dagsplanering. För mer information finns socialförvaltningens handlingsplaner att tillgå.

## **1.2 Övergripande utvecklingsarbete år 2019**

Med anledning av en ny politisk viljeinriktning gällande målstyrning arbetas det övergripande med att väva ihop de olika formerna för redovisning i kommunen. Kvalitetsberättelsen och redovisningen som görs utifrån ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete kommer att måsta ses över utifrån övergripande krav på övrig kvalitetsredovisning, som idag sammanställs i verksamhetsberättelse och fördjupad årsredovisning. Under början av år 2019 arbetar avdelningarna med att upprätta handlingsplaner för respektive ansvarsområde, i arbetet används de resultat som redovisats i respektive kvalitetsområde. Arbetet med målsättningar ska göras inför kommande år men är fördröjt till början av innevarande år med anledning av ny politisk mandatperiod.

## 2. Avvikelser SoL/LSS

Avvikelser är något som händer eller riskerar att hända som avviker från det förväntade eller planerade för den som får vård och omsorg, råd eller stöd i socialtjänsten. En avvikelse innebär inte alltid någon felaktighet utan är en förändring som medför att det uppstår konsekvenser som måste hanteras. Utgångspunkten för avvikelshantering är ett systematiskt kvalitetsarbete utifrån brukarperspektivet. Samtliga medarbetare, i berörda verksamheter, är skyldiga att göra avvikelserapportering samt se till att berörd chef får kännedom om avvikelsen. Utifrån inkomna avvikelser ska utredning och analys göras. Den i sin tur ska identifiera och redogöra för eventuella brister samt beskriva vilka åtgärder som vidtagits. Avvikelser ska dokumenteras i socialförvaltningens verksamhetssystem VIVA.

### 2.1 Avvikelser SoL

Under perioden 2018-01-01--2018-11-31 har det rapporterats in 376 st. avvikelser SoL i VIVA, jämförelsetal från Kvalitetsberättelse 2016 är 403 st. Nedan finns en förteckning av det totala antalet för hela socialförvaltningen vilket sedan är nedbrutet per avdelning. Under respektive avdelning lyfts några av förbättringsåtgärderna som vidtagits med anledning av registrerade avvikelser. Avvikelserna har fördelat sig enligt nedan:

#### Socialförvaltningens samtliga verksamheter

Kategori	Antal
Serviceinsatser	84
Larm	70
Personlig omsorg/omvårdnad	67
Brukarens delaktighet/inflytande/information	4
Bemötande	3
Utförande av insats	141
Dokumentation (bristfällig, avsaknad, felaktig)	3
Handläggning (handläggningstid, kommunikering, uppföljning m.m.)	-
Intern samverkan	9
Extern samverkan	1
Sekretess	-
	<b>376</b>

#### Avdelning för bistånd

Kategori	Antal
Serviceinsatser	-
Larm	-
Personlig omsorg/omvårdnad	-
Brukarens delaktighet/inflytande/information	-
Bemötande	-

Utförande av insats	-
Dokumentation (bristfällig, avsaknad, felaktig)	-
Handläggning (handläggningstid, kommunicering, uppföljning m.m.)	-
Intern samverkan	-
Extern samverkan	-
Sekretess	-
	<b>0</b>

Avdelning för bistånd har inga avvikelser i verksamhetsystemet Viva för 2018 och har i Sammanställning för kvalitetssäkring till delårsrapport och årsredovisning uppgett att inga avvikelser inkommit under år 2018. Avdelningen för bistånd har inte redovisat något förbättringsarbete utifrån detta men planerar för genomgång av kvalitetsledningssystem vid avdelningschefs ledningsgrupp under 2019.

### Avdelning för funktionshinder

Kategori	Antal
Serviceinsatser	1
Larm	1
Personlig omsorg/omvårdnad	-
Brukarens delaktighet/inflytande/information	-
Bemötande	-
Utförande av insats	-
Dokumentation (bristfällig, avsaknad, felaktig)	-
Handläggning (handläggningstid, kommunicering, uppföljning m.m.)	-
Intern samverkan	-
Extern samverkan	-
Sekretess	-
	<b>2</b>

Utifrån registrerade SoL-avvikelser har Avdelning för funktionshinder arbetat med att uppdatera genomförandeplaner och tydliggöra larmrutiner. Enhetschefer har tillsammans med personalgrupperna och pedagogteamet arbetat aktivt med genomförandeplaner och personalgrupp där larmavvikelse uppstått har arbetat fram och tagit initiativ till lösningar runt larm.

### Avdelning för hemvård

#### Hemtjänsten

Kategori	Antal
Serviceinsatser	76
Larm	34
Personlig omsorg/omvårdnad	25
Brukarens delaktighet/inflytande/information	-

Bemötande	1
Utförande av insats	88
Dokumentation (bristfällig, avsaknad, felaktig)	2
Handläggning (handläggningstid, kommunicering, uppföljning m.m.)	-
Intern samverkan	3
Extern samverkan	1
Sekretess	-
	<b>230</b>

#### *Rehab- och sjukvård, korttidsvistelse*

<b>Kategori</b>	<b>Antal</b>
Serviceinsatser	1
Larm	-
Personlig omsorg/omvårdnad	1
Brukarens delaktighet/inflytande/information	-
Bemötande	-
Utförande av insats	2
Dokumentation (bristfällig, avsaknad, felaktig)	-
Handläggning (handläggningstid, kommunicering, uppföljning m.m.)	-
Intern samverkan	-
Extern samverkan	-
Sekretess	-
	<b>4</b>

Inom Avdelning för hemvård, hemtjänst, finns ett stort antal av de registrerade SoL-avvikelserna under sommarmånaderna där serviceinsatser och utförande av insats påverkats av verksamhetens vikariebrist. Utifrån avvikelser inom dessa kategorier har avdelningen reviderat prioriteringsordning för insatser vid personalbrist. Avdelningens enheter har också lyft diskussioner i personalgrupperna gällande dokumentation och främst då skillnader mellan avvikelser och journalanteckningar. Avdelningen har vidare utifrån avvikelser sett till den interna samverkan för ökad dialog mellan enheterna, både mellan hemtjänstens enheter men också mellan hemtjänst och hemsjukvård.

#### **Avdelning för vård och omsorg**

<b>Kategori</b>	<b>Antal</b>
Serviceinsatser	6
Larm	35
Personlig omsorg/omvårdnad	41
Brukarens delaktighet/inflytande/information	4
Bemötande	2
Utförande av insats	51
Dokumentation (bristfällig, avsaknad, felaktig)	1

Handläggning (handläggningstid, kommunicering, uppföljning m.m.)	-
Intern samverkan	-
Extern samverkan	-
Sekretess	-
	<b>140</b>

De registrerade SoL-avvikelserna inom Avdelning för vård och omsorg handlar till största del om larm, personlig omsorg/omvårdnad och utförande av insats. Inom avdelningen har det framkommit att det finns brister från leverantörer gällande teknik och en översyn av hanteringen av detta ska göras. Enheterna arbetar med att se över verksamheternas rutiner och avdelningen har funnit att det finns brister gällande larmrutiner. Dessa ska nu ses över övergripande för att en gemensam larmrutin, så långt det är möjligt, ska finnas för samtliga vård och omsorgsboenden. Som orsak till avvikelser gällande utförande av insatser har personalbrist uppgetts och där avser avdelningen att arbeta med planering för att åtgärda detta.

## 2.2 Avvikelser LSS

Under perioden 2018-01-01--2018-11-31 har det rapporterats in 376 st. avvikelser SoL i VIVA, jämförelsetal från Kvalitetsberättelse 2016 är 403 st. Nedan finns en förteckning av det totala antalet för hela socialförvaltningen vilket sedan är nedbrutet per avdelning. Under respektive avdelning lyfts några av förbättringsåtgärderna som vidtagits med anledning av registrerade avvikelser. Avvikelserna har fördelat sig enligt nedan:

### Avdelning för funktionshinder

Kategori	Antal
Serviceinsatser	2
Larm	4
Personlig omsorg/omvårdnad	5
Brukarens delaktighet/inflytande/information	1
Bemötande	1
Utförande av insats	17
Dokumentation (bristfällig, avsaknad, felaktig)	-
Handläggning (handläggningstid, kommunicering, uppföljning m.m.)	-
Intern samverkan	-
Extern samverkan	-
Sekretess	-
	<b>31</b>

Avdelning för funktionshinder har utifrån LSS-avvikelserna som registrerats 2018 arbetat med hantering och tydliggörande av larmrutiner, uppdaterat genomförandeplaner för att skapa mer tydlighet för personalen utifrån brukarens behov och sett över personalbemanning. Som exempel kan nämnas att genomgång av dag- och veckoplanering sker tillsammans med enhetschef i



verksamhet. Utifrån avvikelser har också pedagogteamet tagits in för att stötta verksamheten utifrån sina specialkunskaper inom området.

### **2.3 Sammanfattning avvikelser**

Antal avvikelser som redovisas i Kvalitetsberättelsen för 2018 är 376 st., att jämföra med 382 st. år 2015 och 405 st. år 2016. Till detta noteras att redovisningsåret är en månad kortare från och med år 2018 då statistiken innefattar januari till november men bedömningen utifrån jämförelseunderlaget är att själva avvikelserrapporteringen är relativt konstant år från år.

De kategorier som fortsätter utmärka sig i avvikelserrapporteringen 2018 är utförande av insats, personlig omsorg/omvårdnad och serviceinsatser. Antalet larmavvikelser har vuxit markant från tidigare år och här finns anledning för socialförvaltningen att övergripande diskutera teknikfrågor med berörda interna och externa parter för att mer genomgående belysa teknikproblematik och hur detta påverkar verksamheterna, både brukare och medarbetare. Det är också ytterst angeläget att lyfta diskussioner och tydliggöra ansvar gällande vikten av att besvara larm i verksamheterna, då de är väsentliga för brukarnas trygghet. Larmet är en stor del i grunden i tryggheten, oavsett om brukaren finns inom ordinärt eller särskilt boende.

I Kvalitetsberättelsen år 2016 noterades en markant minskning av avvikelser gällande bemötande och analysen var då att arbete med den nationella värdegrunden pågick i verksamheterna och att detta då torde spegla att arbetet gick framåt. Glädjande nog ser den trenden ut att hålla i sig då antalet avvikelser gällande bemötande är lågt för året som gått.

Vid genomgången framkommer vidare att det fortfarande finns osäkerheter gällande vad en avvikelse är, något som också berörts i Kvalitetsberättelser år 2015 och år 2016. Sammanställningarna från år 2018 lyfter återigen att vissa registrerade avvikelser kanske inte är avvikelser i dess rätta mening och att avvikelser lyfts till diskussion inom verksamheterna utifrån detta. Diskussionerna berör skillnaderna mellan avvikelser och social dokumentation i form av journalanteckningar, skillnaden mellan avvikelser och missförhållanden (lex Sarah) och skillnaden mellan avvikelser och arbetsmiljörelaterade tillbud. Som exempel finns det registrerade avvikelser som egentligen handlar om arbetsmiljö och kanske borde ha hanterats som tillbud i verksamheten istället, eller både som avvikelse och tillbud. Det är viktigt att notera att avvikelser handlar om brukaren medan tillbud handlar om arbetsmiljö för personal – det ena utesluter inte det andra. En del avvikelser handlar om när brukaren själv väljer att inte ta emot insats, vilket inte är en avvikelse utan bör dokumenteras som journalanteckning. Några avvikelser handlar om personalbrist där verksamheterna inte lyckats eller kunnat planera om vilket måste lyftas till diskussion för att klargöra verksamhetens ansvar i utförande av insatser. Omplanering är en del av verksamhetens ansvar och ingen avvikelse så länge brukaren inte går miste om det denne har rätt till i slutändan.

Det är viktigt att komma ihåg att även avvikelser som hamnat fel ger en god grund för utveckling och förbättringsarbeten. Felaktiga avvikelser skapar också möjligheter att lyfta brister, att möta och prata om osäkerheter och därigenom

tillsammans se utvecklingspotential, eller säkerställa att något blir rätt nästa gång. Avvikelsekategorierna anger områden som behöver förbättras men det är inte alltid så att en kategoris viktning handlar om just vad kategorin säger utan det är de bakomliggande orsakerna som måste analyseras. Varför en avvikelse registreras på det sätt den gör är lika viktigt som kategorin den registreras inom. Avvikelser har sin grund i brukares rättigheter och verksamheten ska se på den bakomliggande orsaken till varför denne inte fått vad den har rätt till. Utifrån detta ska förbättringsarbete ske i verksamheten för att säkra att händelse inte upprepas för samma, eller annan, brukare. Avvikelserna ska vara verksamhetens underlag för förbättringsarbete och ge grunden för utveckling och kvalitetssäkring. Avvikelser handlar inte om ett nollsummespel där minst avvikelser är det bästa resultatet. Avvikelser handlar om att se och hantera de brister som finns för att förbättra. Att våga utvecklas utifrån felsökning är att lyfta blicken och se till att skapa en hållbar verksamhet med god vård och omsorg, som gagnar både brukare och medarbetare.

År efter år hanterar verksamheterna i stort sett likvärdiga avvikelser och det lyfts år efter år att det råder stor osäkerhet runt avvikelser. Det framkommer att det fortfarande finns negativa tongångar runt avvikelsehanteringen; man vill inte, kan inte, törs inte skriva avvikelser – oftast med grund i osäkerhet i hanteringen och vad som händer sen. Verksamheterna och medarbetarna, oavsett vart i organisationen anställningen finns, är skyldiga att medverka till kvalitetsutveckling och att göra sina avvikelser när dessa uppstår. Ansvaret att klargöra syftet med avvikelser och minska osäkerheterna ligger hos den verksamhetsansvarige. Denne har i uppgift att se till att respektive arbetsplats är så trygg som möjlig i arbetet. Det måste ske en förändring i sättet organisationen pratar om avvikelser. Avdelningarna och dess verksamheter har ansvar att uppmuntra till arbete utifrån avvikelsehantering. Verksamheterna måste aktivt arbeta med att flytta fokus från den negativa händelsen till den positiva lösningen. Det ska vara positivt att lyfta och synliggöra brister i syfte att förbättra och det ska vara naturligt att använda detta som verktyg i syfte att bli en lärande organisation, att delge erfarenheter mellan och över verksamhetsgränser. De brister som finns är till för att lösas och lösningarna ska vara nycklarna till en fungerande vård och omsorg.

### 3. Synpunkter och klagomål

---

Socialförvaltningen erbjuder möjligheten att lämna synpunkter och klagomål med målsättningen att identifiera starka och svaga punkter inom förvaltningens verksamheter. Detta ger möjlighet att utveckla och förbättra kvaliteten samt bemöta den som har funderingar runt verksamheterna. Blanketten finns digitalt på Gällivare kommuns hemsida, på kommunens intranät för personalens åtkomst samt tillgänglig i pappersform inom samtliga av socialförvaltningens verksamheter. Enligt rutin ska all personal vara behjälplig om någon vill lämna synpunkt/klagomål. Alla inkomna synpunkter går till nämndsekreterare för registrering och därefter skickas ärendet till berörd chef för utredning. Den som lämnat synpunkt/klagomål får bekräftelse på registreringen i form av ett vykort, förutsatt att denne inte är anonym, där diarienummer samt ansvarig chef anges. Berörd chef ansvarar sedan för att utreda samt vidta eventuella åtgärder utifrån inkommen synpunkt/klagomål. Utredningsförfarandet gäller även anonymt inlämnade synpunkter/klagomål. När utredning är gjord ska materialet lämnas till nämndsekreteraren för registrering och avslut av ärendet.

I ärende- och dokumenthanteringssystemet LEX finns för år 2018 finns 82 st. synpunkter och klagomål diarieförda.

	<b>Antal</b>	<b>Orsaker</b>
<b>Förvaltningsövergripande</b>	0 st.	
<b>Avdelning för bistånd</b>	25 st.	
<b>Avdelning för funktionshinder</b>	6 st.	
<b>Avdelning för hemvård</b>	29 st.	
<b>Avdelning för kvalitetssäkring och bemanning</b>	0 st.	
<b>Avdelning för vård och omsorg</b>	22 st.	

#### **Förvaltningsövergripande**

För år 2018 finns det förvaltningsövergripande inga registrerade synpunkter och klagomål.

#### **Avdelning för bistånd**

Avdelning för bistånd har i Sammanställning av kvalitetssäkring för år 2018 skrivit att inkomna synpunkter och klagomål lett till genomgång av de inkomna ärendena med medarbetarna och dialog avseende revideringar av rutiner och riktlinjer har förts.

### **Avdelning för funktionshinder**

Utifrån inkomna synpunkter och klagomål har Avdelning för funktionshinder arbetat med planering inför brukaraktiviteter, förtydligat arbetsbeskrivningar, följt upp och reviderat genomförandeplaner, haft dialog med skola och jobbat med inomhusmiljöer i arbetsrum.

### **Avdelning för hemvård**

Avdelning för hemvård beskriver i Sammanställning av kvalitetssäkring för år 2018 att synpunkter och klagomål har lett till dialog med medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) gällande arbetskläder där alla medarbetare får information om användandet av arbetskläder. Vidare har avdelningen tillsammans med MAS arbetat med hygienfrågor hela året och genomför hygienronder i samverkan. Bilkörning och hantering av Gällivare kommuns bilar har varit ett förbättringsområde där genomgång av riktlinje gjorts på arbetsplatsträffar och kommunens bilpoolsansvarige har deltagit. Kommunens bilpoolsansvarige har informerat medarbetarna om bilarna, hur de ska framföras, användas och tas om hand. Avdelningen har också arbetat med samverkan mellan hemsjukvården och hemtjänst samt mellan sjuksköterskor inom vård och omsorgsboende och berörd enhetschef. Avdelningen har vidare justerat bemanningskrav, genomförandeplaner och bemötande utifrån inkomna synpunkter.

### **Avdelning för kvalitetssäkring och bemanning**

För år 2018 finns det inga registrerade synpunkter och klagomål gällande avdelning för kvalitetssäkring och bemanning.

### **Avdelning för vård och omsorg**

Inom Avdelning för vård och omsorg har inkomna synpunkter och klagomål främst lett till arbeten gällande bemötande, personlig omsorg/omvårdnad och utförande av insats. I sammanställningen beskriver avdelningen att det finns en tydlig koppling mellan inkomna synpunkter och klagomål och behov av att utveckla arbetet med genomförandeplanernas innehåll. Inom verksamheterna beskrivs att synpunkter och klagomål lett till fortsatta utbildningar i värdegrund, tydligare dokumentation, förtydligande gällande hjälpmedel, framtagande av verksamhetsrutiner som berör det dagliga arbetet och planeringen för detta samt utveckling av aktiviteter och ökad kommunikation med anhöriga.

### **3.1 Sammanfattning synpunkter och klagomål**

Antalet inlämnade och diarieförda synpunkter och klagomål har ökat till 82 st. jämfört med inlämnat antal om 28 st. år 2016. I Kvalitetsberättelserna för 2015 och 2016 konstaterades att många inkomna synpunkter och klagomål hade sin grund i individärenden, vilket i viss mån fortfarande kvarstår år 2018. Analysen som lämnades var att verksamheterna har ett stort uppdrag i att se till att brukare, anhöriga m.fl. måste ges möjlighet att komma till tals och involveras i dialog för att undvika missförstånd. Detta kvarstår även utifrån genomgång av synpunkter och klagomål för år 2018. Verksamheterna bör även fortsättningsvis lägga fokus på kommunikation och information. Ett ytterligare perspektiv i användandet av synpunkter och klagomål som bör lyftas är att det används för

att klaga på bemötande i verksamheterna. Lyfts verksamheternas bemötande ur ett negativt perspektiv är detta en självklarhet att arbeta vidare med, både ur brukar-, medborgar- och arbetstagarperspektiv. Ett gott bemötande bör vara en självklarhet för samtliga som besöker, vistas i eller berörs av socialförvaltningens verksamheter.

Det framkommer återigen vid årets genomgång av inkomna synpunkter och klagomål att den beslutade rutinen för hantering inte efterföljs inom flertalet verksamheter. Synpunkter och klagomål ska enligt rutin färdigställas, utredas och besvaras inom två månader. Vid granskningstidpunkt är 10 utredningar av synpunkt/klagomål pågående inom ram för tid, 22 synpunkter och klagomål har utretts inom tidsram och 50 av 82 ärenden är inte utredda i tid. Vid genomgången av synpunkt och klagomål för år 2016 var 15 av 28 ärenden inte utredda och hade överskridit utredningstid. I Kvalitetsberättelse för 2016 berördes problematiken av att efterföljande av rutiner kvarstod från analysen året innan men att en förbättring ändå skett. Tyvärr har förbättringsarbetet som gjort fallit och i viss mån förvärrats. Genomgången av synpunkter och klagomål visar inte enbart att tidsperspektivet i rutinen inte efterföljs, utredningsmaterial och information om svar visar också stora brister och är i många fall undermåligt.

## 4. Avvikelser extern part

---

Det finns behov i socialförvaltningens verksamheter att ta emot och lämna information till externa parter då brister, avvikelser eller annat uppstår i exempelvis samverkan. Syftet med avvikelser extern part är dels att synliggöra det som socialförvaltningen upptäcker som påverkar brukarna och/eller verksamheten där ansvaret ligger hos annan part, dels att ta emot de brister andra parter upptäcker. Rutinen för avvikelser extern part formaliserar hur utredning och svar ska lämnas till externa parter som lämnar avvikelser gentemot socialförvaltningens verksamheter. Utifrån detta kan verksamheterna arbeta med både inkommande och utgående avvikelser som en kvalitetssäkring för brukare och verksamhet. Avvikelse extern part används inte i första hand när det finns andra felanmälningssystem att använda sig av.

I ärende- och dokumenthanteringssystemet LEX finns för år 2018 62 st. avvikelser extern part diarieförda. Av dessa är 26 st. utgående och 36 st. är inkommande.

	<b>Antal</b>	<b>Orsaker</b>
<b>Förvaltningsövergripande</b>	20 st.	Kommunikation/samverkan, samverkanssystem Lifecare, brister i hygienrutiner, kostnader och leveranser hjälpmedel.
<b>Avdelning för bistånd</b>	7 st.	Kommunikation/samverkan, inställda SIP-möten, ej lästa kallelser/meddelanden i Lifecare.
<b>Avdelning för funktionshinder</b>	3 st.	Kommunikation/samverkan mellan avdelning och Folktandvården, information mellan avdelning, avdelning för hemsjukvård och assistansbolag ang. läkemedel.
<b>Avdelning för hemvård</b>	27 st.	Kommunikation/samverkan, samverkanssystem Lifecare.
<b>Avdelning för kvalitetssäkring och bemanning</b>	0 st.	
<b>Avdelning för vård och omsorg</b>	5 st.	Kommunikation/samverkan mellan avdelning och Region Norrbotten, Folktandvården.

### **Förvaltningsövergripande**

Under året som gått har 20 stycken förvaltningsövergripande avvikelser extern part registrerats, av dessa är 11 st. utgående och 9 st. inkommande. Samtliga av de utgående externa avvikelserna är upprättade av MAS utifrån ett förvaltningsövergripande perspektiv i HSL-frågor. De inkommande externa

avvikelserna berör även dessa HSL-frågor av en förvaltningsövergripande karaktär. I huvudsak berör både inkommande och utgående avvikelser brister i samverkan och kommunikation med Region Norrbotten och det huvudsakliga ämnet gällande dessa är brister som uppstått utifrån det gemensamma verksamhetssystemet Lifecare.

### **Avdelning för bistånd**

Avdelning för bistånd skriver i sammanställning av kvalitetssäkring att de externa avvikelserna, åtta inkomna och tre utgående, lett till Min plan/Lifecare-samverkan med Region Norrbotten, vilket leder till bättre struktur och samarbete.

### **Avdelning för funktionshinder**

Inom avdelning för funktionshinder har tre externa avvikelser registrerats, två utgående och en inkommande. Dessa beskrivs beröra systemet Lifecare och har lyfts till samverkansgrupp för Lifecare.

### **Avdelning för hemvård**

Avdelning för hemvård har utifrån externa avvikelser, 13 inkomna och 14 utgående, sett över larmrutiner för att säkerställa trygghetslarm, sett över extern samverkan med Matlaget, arbetat med interna HSL-rutiner för att säkerställa vård och patientsäkerhet, samverkat med Region Norrbotten för rutin gällande transporter. De externa avvikelserna berör även här systemet Lifecare och avdelningen har för att kvalitetssäkra detta utsett en ansvarig sjuksköterska för Lifecare.

### **Avdelning för kvalitetssäkring och bemanning**

För år 2018 finns det inga registrerade avvikelser extern part för avdelning för kvalitetssäkring och bemanning.

### **Avdelning för vård och omsorg**

Avdelning för vård och omsorg har för under året fem stycken registrerade externa avvikelser, samtliga inkommande. Dessa gäller överhängande samverkan och kommunikation med Region Norrbotten.

## ***4.1 Sammanfattning avvikelser extern part***

Antalet avvikelser extern part är fler med 62 stycken för år 2018 än under år 2016 då 30 stycken registrerats. Majoriteten av externa avvikelser, både inkommande och utgående, handlade då liksom nu om samverkan, kommunikation och informationsöverföring mellan socialförvaltningen och Region Norrbotten. Vid granskning av de externa avvikelserna för år 2018 var 13 st. av avvikelserna utredda och avslutade enligt rutin. Noteras bör att 11 st. av dessa var utgående och avslutas per automatik i dokumenthanteringsystemet när de skickas iväg. Om svar i ärendet inkommer öppnas ärendet igen för registrering av inkommande handling. Genomgående under åren som gått kan konstateras

att flertalet av de utgående externa avvikelserna aldrig besvaras. För år 2018 kan vidare konstateras att socialförvaltningen visar stora brister i besvarandet av inkomna avvikelser från extern part. Under hösten 2018 har ett arbete pågått för att avsluta öppna ärenden i dokumenthanteringssystemet men den övergripande analysen är att rutinen och hantering av externa avvikelser inte efterföljs. Av 62 registrerade ärenden har som ovan beskrivits 11 st. utgående avvikelser avslutats inom tidsram, i övrigt är det enbart två av de inkommande som avslutats. För år 2018 innebär det att verksamheterna misslyckats med att besvara 49 st. ärenden i utsatt tid. I flertalet av de för sent avslutade ärendena är också underlagen och svaren inte kompletta.

I Kvalitetsberättelsen för år 2016 påtalades att avvikelser extern part ofta har bäring i hälso- och sjukvård vilket innebär att dessa registreras under avdelning för hemvård. Det stora flertalet av avvikelser har registerats på socialförvaltningens MAS som också då gjort utredning. En översyn av sortering av avvikelser och hantering av dessa föreslogs då göras för att ärendenas tillhörighet skulle hamna på rätt verksamhet. Till viss del har arbete skett med detta, förtydligande har gjorts vad gäller diarieföring och dokumenthantering, och ett antal ärenden har lyfts för att sorteras under socialförvaltningen övergripande istället för att hamna direkt under avdelning. Arbete måste dock fortgå i verksamheterna för att lyfta betydelse av att hantera det av verksamhetsansvarig istället för av MAS. Det är av hög vikt att, som föreslogs i Kvalitetsberättelsen 2016 att vidareutveckla och säkerställa att de delar som berör just HSL redovisas korrekt. Det är också en kritisk framgångsfaktor att öka samverkan med externa parter i fortsatt utveckling- och förbättringsarbeten gällande externa avvikelser.



## 5. Lex Sarah

Lex Sarah är en samlad benämning på bestämmelser i SoL och LSS och avser skyldigheten för medarbetare inom socialförvaltningen att rapportera missförhållanden och risk för missförhållanden. Syftet med rapporteringen är att komma till rätta med brister i verksamheterna och förhindra att liknande händelser upprepas. Utgångspunkten för lex Sarah är ett kvalitetsarbete utifrån brukarperspektivet som ger socialförvaltningen en möjlighet att utveckla verksamheterna. Utredning och analys av händelse görs av berörd chef och utifrån detta, samt övrigt material som bedöms behövas, görs en övergripande utredning av lex Sarah-utredare som på delegation av socialnämnden fattar beslut i ärende.

Vid sökning i LEX för år 2018 finns åtta lex Sarah-rapporter registrerade. Av dessa är fyra stycken omregistrerade efter systemproblem och tillhör tidigare år. För år 2018 är det fyra st. lex Sarah-rapporter som diarieförts och utretts, dessa är fördelade enligt nedan.

### Socialförvaltningens samtliga verksamheter

Kategori	Antal
Fysiska övergrepp	
Psykiska övergrepp	
Sexuella övergrepp	
Ekonomiska övergrepp	
Brister i bemötande	
Brister i utförande av insatser	4
Brister i rättssäkerhet vid handläggning och genomförande	
Brister i fysisk miljö, utrustning, teknik	
	<b>4</b>

	Antal	Kategorier
<b>Avdelning för bistånd</b>	0 st.	
<b>Avdelning för funktionshinder</b>	1 st.	Brister i utförande av insats.
<b>Avdelning för hemvård</b>	1 st.	Brister i utförande av insats.
Hemtjänsten	1 st.	
Rehab- och sjukvård, korttidsboende	0 st.	
<b>Avdelning för kvalitetssäkring och bemanning</b>	0 st.	
<b>Avdelning för vård och omsorg</b>	2 st.	Brister i utförande av insats.

### **Avdelning för bistånd**

För år 2018 finns det inga registrerade lex Sarah-rapporter inom avdelning för bistånd.

### **Avdelning för funktionshinder**

Inom avdelning för funktionshinder har en lex Sarah-rapport registrerats och utretts. Händelsen har lett till att verksamheten arbetat med överföring av helgplanering mellan arbetsgrupper, hantering av nycklar till brukares boende och genomgång har gjorts runt rutiner för avvikelser samt revidering av brukares genomförandeplan. Personalgrupperna har varit delaktiga i utredning som enhetschef överlämnat till lex Sarah-utredare för vidare utredning.

### **Avdelning för hemvård**

Inom avdelning för hemvård har en lex Sarah-rapport upprättats och registrerats. Utredningen avskrev ärendet, bedömningen var att det inte handlade om missförhållande enligt lex Sarah. Utifrån ärendet har dock avdelningen arbetat vidare med händelsen utifrån arbetsprocess och samverkan mellan olika verksamheter. Personalgrupp har varit delaktig i utredning och analys som enhetschef överlämnat till lex Sarah-utredare för vidare utredning.

### **Avdelning för kvalitetssäkring och bemanning**

För år 2018 finns det inga registrerade lex Sarah-rapporter inom avdelning för kvalitetssäkring och bemanning.

### **Avdelning för vård och omsorg**

Avdelning för vård och omsorg har under år 2018 två stycken registrerade lex Sarah-ärenden. Händelserna har lett till tydliggörande av rutiner runt den dagliga planeringen, översyn av larmrutiner och hantering och fördelning av larmtelefoner inom verksamheten.

### **5.1 Sammanfattning lex Sarah**

Under år 2018 har fyra stycken lex Sarah-rapporter inkommit och utretts. Under år 2016 registrerades och utreddes 15 stycken lex Sarah-rapporter, vilket var samma antal som hanterades under år 2015. Av de fyra lex Sarah-ärendena har ett ärende anmälts till Inspektionen för vård och omsorg (IVO). IVO har utifrån beslutat avsluta ärendet utan ytterligare krav på åtgärder, då de funnit att tillräckliga åtgärder vidtagits inom verksamheterna.

Vid upprättande av Kvalitetsberättelse för år 2018 var ett av de fyra lex Sarah-ärendena inte utredda i tid då verksamheten inte lämnat ifrån sig utredning och analys enligt rutin och begäran från lex Sarah-utredare. Vid redovisning av Kvalitetsberättelsen för 2016 var 13 ärenden färdigställda, ett ärende var under utredning inom tidsram och ett ärende som registrerats i januari 2016 var utrett av berörd verksamhet. Analysen i Kvalitetsberättelsen för år 2016 var att utredningarna från verksamheten hade i högre utsträckning än tidigare färdigställts i tid men det fanns fortfarande tendenser i verksamheten att inte

leverera utredningsmaterial i enlighet med rutin. Analysen för år 2018 är fortsatt att den utredning och analys av händelse som ska lämnas av berörda verksamheter ofta är tunna i sitt innehåll. Lex Sarah-utredare måste kräva kompletteringar från verksamheterna vilket i sin tur också påverkar utredningstiden. Det är fortsatt relevant för avdelningarna att diskutera vikten av att dokumentera och informera mer i utredning och analys för att säkerställa och synliggöra arbeten som vidtas med anledning av händelsen. Händelse som lett till lex Sarah-rapport är en grund för förändrings- och förbättringsåtgärder i verksamheterna och verksamheterna har att säkerställa att liknande händelser inte ska inträffa för brukare.

Den kategori som det registreras flest rapporter inom är utförande av insatser vilket återkommer från år till år. Det är också liknande rapporter som registreras med likartade händelser. I dessa ärenden framkommer det tydligt att själva utredningsförfarandet och åtgärderna är något som hanteras för stunden och att verksamheterna inte har ett långsiktigt lösningsperspektiv. Det är naturligtvis av godo att händelser avvärjs och hanteras och att situationer ses över och åtgärdas omgående men ett mer strategiskt arbete måste ändå göras för att se till att liknande händelser inte inträffar i framtiden. Lex Sarah-rapporterna och dess utredningar ska ligga till grund för en långsiktig och hållbar kvalitetssäkring i verksamheterna och inte enbart hanteras för stunden.

## 6. Riskanalys

---

Riskanalyser är ett sätt att arbeta förebyggande genom att identifiera händelser/företeelser som kan utgöra en risk i verksamheterna. I riskanalysarbetet värderas riskernas sannolikhet och vilka konsekvenser som de kan innebära och utifrån detta beslutas det sedan om vilka åtgärder som eventuellt ska vidtas för att begränsa de identifierade riskerna. Riskanalyser genomförs t.ex. för att begränsa risker vid omorganisationer, vid införande av ny teknisk utrustning, inför semesterperioder, utifrån riskområden som identifierats vid avvikelser, lex Sarah med mera. Nedan redovisas ett antal av de riskanalyser som gjorts inom respektive avdelning.

### **Förvaltningsövergripande**

Förvaltningsövergripande har under år 2018 upprättats riskanalyser för organisationsförändring och avveckling av avdelning.

### **Avdelning för bistånd**

Avdelning för bistånd har upprättat riskanalyser för omstrukturering av Smedjegatans stödboende samt reducering av antal personal, borttag av fast personalbemanning dagtid och införande av dagteam inom stödboendena. Riskanalys har också gjorts för stängning av hem för vård eller boende (HVB) samt nedläggning av HVB-platser i egen regi. Riskanalys har upprättats för neddragning av en enhetschefstjänst samt en verksamhetsledare. Riskanalys har vidare upprättats utifrån ökad arbetstyngd för biståndshandläggare. Grunden till upprättade riskanalyser har bl.a. varit arbetsmiljö och övergripande beslut om förändring av verksamhet. Vid arbete med riskanalyser har berörd personal, skyddsombud, enhetschefer och avdelningschef deltagit. Fackliga företrädare har varit inbjudna och deltagit vid olika tillfällen i arbetet med riskanalyser.

### **Avdelning för funktionshinder**

Inom avdelning för funktionshinder har riskanalyser upprättats gällande bl.a. blodsmitta, bemötande av brukare med utmanande beteende, ändring från jour till vaken natt, neddragning av tjänst inom verksamhet och sammanslagning av verksamheter. Bakgrund till de upprättade riskanalyserna har varit behov av tydliggörande av risker och rutiner, översyn av schema utifrån brukarnas behov, arbetsmiljö, omorganisation och psykosocial arbetsmiljö. Riskanalyserna har lett till tydligare rutiner, arbetssätt med lågaffektivt bemötande, schemaförändringar, förändringar i arbetsmiljö m.m. Vid arbete med riskanalyser har berörd personal, skyddsombud, enhetschefer och avdelningschef deltagit. Arbetsterapeut och fysioterapeut har deltagit i riskanalyser där behov funnits.

### **Avdelning för hemvård**

Avdelning för hemvård har arbetat med riskanalyser utifrån beredskap och schema, revidering av bemanning utifrån övertalighet i personalgrupper, lokalbyte för verksamhet, organisationsjustering och bilkörning. Utifrån riskanalyserna har rutiner för hantering av larm tydliggjorts och beredskap finns inte kvar för medarbetare. Daglig planering, aktivitetslista och ansvarsfördelning

inom arbetsgrupp har arbetats fram för att förbättra planering för brukare inom verksamhet. Arbeta med förbättring av arbetsmiljö i lokaler pågår kontinuerligt och material angående väglag samt genomgång av bilar och bilkörning har gjorts. Vid riskanalyserna har berörd personal, skyddsombud, enhetschefer och avdelningschef deltagit.

### **Avdelning för kvalitetssäkring och bemanning**

Inom avdelning för kvalitetssäkring och bemanning har riskanalyser upprättats gällande avveckling av avdelning, arbetsmiljö och personalplanering med brukarfokus. Utifrån riskanalyserna har åtgärder vidtagits för att säkerställa att avveckling pågår utifrån beslutade målsättningar samt för säkerställande av arbetsuppgifternas fortlevnad.

### **Avdelning för vård och omsorg**

Avdelning för vård och omsorg har upprättat riskanalyser gällande HSL, arbetsmiljö, larm, nattarbete, kontorsmiljö och byte av arbetsrum. Vid riskanalysernas framtagande har det tagits fram arbetsmiljöåtgärder inom verksamheterna, översyn av behov inom lokaler med fastighetsägare, larmöversyn för hantering av fallrisker för brukare, schemadiskussioner inom personalgrupper och handlingsplaner för brukare där behov funnits. Vid riskanalyserna har berörd personal, skyddsombud, enhetschefer och avdelningschef deltagit. Fackliga företrädare har varit involverade i riskanalyser och schemadiskussioner.

## **6.1 Sammanfattning riskanalys**

I maj 2015 kom riskanalyser in i socialförvaltningens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete som ett eget avsnitt. Riskanalyser har gjorts på flertalet olika sätt under ett många år inom socialförvaltningen men som del i ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete reviderades formen och arbetet med att jobba på ett likvärdigt sätt med riskanalyser formaliserades. Riskarbete handlar om att konkretisera risker, hot och problem i verksamheterna och att värdera effekterna och konsekvenserna av dessa. Riskanalyser inom ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete ska hantera övergripande frågor med utgångspunkt i organisation och verksamhet. Inom socialförvaltningen arbetas också med riskbedömningar på medarbetar och brukarnivå och många gånger sammanfaller arbetet. Organisation, medarbetare och brukarfrågor vävs ofta ihop och kan föranleda viss förvirring i arbetet. Det viktiga att ta med sig vid sådana situationer är att separera frågorna och arbeta med dem på rätt sätt, att definiera och hantera åtgärder utifrån de behov som finns. Riskanalyser och arbete med riskmått kan vara ett svårt arbete då det ofta handlar om situationer som inte är konkreta där sannolikhet för eventuell händelse och konsekvens av en eventuell händelse ska värderas. Att mäta risker handlar många gånger om att möta osäkerheter i ett förändringsarbete och riskanalyser är då ett värdefullt verktyg för att konkretisera situationer som kan komma att uppstå. Det ger möjligheten att proaktivt arbeta med händelser och situationer genom att lyfta frågor till diskussion med berörda och fånga upp åsikter och synsätt. Riskanalyser sätter också ansvarsfrågor på plats och synliggör åtgärder på kort och lång sikt för verksamhet och berörda.

## 7. Egenkontroll

---

Egenkontroll innebär att granska samt utvärdera om verksamheterna bedrivs enligt lagkrav, kvalitetskrav och andra uppsatta mål. Egenkontroll är en form av intern granskning som ger socialförvaltningen en möjlighet att förbättra kvaliteten och utveckla verksamheterna. Verksamheterna ska förutom följa upp lagkrav etc. granska och analysera inkomna resultat, fastställa egna målsättningar och planera för eventuella åtgärder. Arbetet med egenkontroll ska ske kontinuerligt och i denna ingår att följa upp de övergripande lagkraven, att göra uppföljning av måluppfyllelse utifrån socialnämndens beslut, följa upp de årliga handlingsplanerna, göra uppföljning och analys enligt rutiner i ledningssystemet, göra jämförelser av verksamhetens resultat utifrån uppgifter i kvalitetsregister, öppna jämförelser, riskanalyser med mera. Som en del av egenkontrollen måste verksamheterna också utföra andra aktiviteter, exempelvis hantera tillsyner, granskningar, förelägganden från IVO, Arbetsmiljöverket, revisorerna med flera.

### 7.1 Tillsyn och granskningar

Vid sökning i LEX för år 2018 finns 51 st. registrerade tillsynsärenden, fördelade enligt nedan:

Arbetsmiljöverket: 3 st.

Förvaltningsrätten: 4 st.

Inspektionen för vård och omsorg (IVO): 33 st.\*

Justitieombudsmannen (JO): 2 st.

Länsstyrelsen: 1 st.

Miljö-, bygg och räddningsnämnd: 2 st.

Patientnämnd: 2 st.

Socialnämnd: 4 st.

\* 1 ärende har registrerats felaktigt under tillsyn, de inkomna handlingarna hör till lex Sarah-ärende som utretts under 2018. Totala antalet hanterade ärenden är i och med detta 50 st.

Nedan följer några exempel på vad respektive avdelning arbetat med i sin egenkontroll och med anledning av tillsyner och granskningar under år 2018.

### Förvaltningsövergripande

Nämnds- och förvaltningsövergripande utövas egenkontroll löpande inom socialförvaltningens områden genom rapportering och uppföljning av ärenden, genom internkontroll, delårsrapport och årsredovisning, granskning av ansvarsutövande m.m. De flesta revisionsrapporter, inspektioner, tillsyner och granskningar faller under någon av socialförvaltningens avdelningar vilket innebär att de utreds inom den verksamheten. Samtliga ärenden går dock för kännedom till förvaltningsledning. Många gånger arbetas också ärendena övergripande av förvaltningsledningen då ärendena kan ha beröringspunkter i flera verksamheter.

### **Avdelning för bistånd**

Avdelning för bistånd har uppgett att egenkontroll skett gällande socialnämndens internkontroll, uppföljning av verksamhetens årligen upprättade handlingsplaner, uppföljning och analys enligt ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, granskning av journaler, akter och annan dokumentation, uppföljning av riskanalyser/riskbedömningar och uppföljning, uppföljning av förhållningssätt och attityder i organisationen som kan leda till brister i verksamhetens kvalitet samt analys av uppgifter från patientnämnd, revisorer och andra intressenter.

Avdelning för bistånd uppger att verksamheten inte arbetat med uppföljning och jämförelse av verksamhetens resultat utifrån nationella och regionala kvalitetsregister, uppföljning och jämförelse av verksamhetens resultat utifrån öppna jämförelser och uppföljning av målgruppsundersökningar. Som förklaring till varför egenkontroll inte gjorts inom dessa områden uppges att det inte varit aktuellt. De utvecklingsområden som verksamheten planerar att arbeta med utifrån den genomförda egenkontrollen beskrivs finnas upptagna i handlingsplaner.

Avdelningen har under år 2018 haft tillsyn/granskning av Arbetsmiljöverket, IVO, Justitieombudsmannen, revisionen och räddningstjänsten. Arbetsmiljöverket och IVO har i tillsyn lämnat kritik respektive kommentarer i ärenden och revisionen har i sitt lämnat rekommendationer. De genomförda tillsynerna/granskningarna har lett till förbättringsåtgärder i form av bl.a. revidering av rutiner för hot och våld, revidering av samverkansrutiner och fortsatt arbete med dokumentation i individärenden utifrån IBIC (individens behov i centrum) och BBIC (barns behov i centrum). Avdelningschef och enhetschefer har varit delaktiga i förbättringsarbetet utifrån tillsyn och granskning.

### **Avdelning för funktionshinder**

Avdelning för funktionshinder uppger att egenkontroll skett i samtliga områden som avses inom ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Utifrån den genomförda egenkontrollen planerar verksamheten att arbeta med att bl.a. följa upp dokumentation och genomförandeplaner, att fortsätta arbeta med att öka gemensamma aktiviteter, att arbeta för attraktiva arbetsplatser, arbeta med delaktighetsmodellen utifrån nationella brukarundersökningen och arbeta med arbetsmiljö, personalplanering, fördelning av arbetsuppgifter och ombudsroller.

Avdelning för funktionshinder har under år 2018 haft tillsyn/granskning av Arbetsmiljöverket. Avdelning för funktionshinder har i sin redovisning också uppgett både svar ja och nej på tillsyn/granskning av IVO, Miljö- och byggnämnden och Räddningstjänsten. Utifrån tillsyn och granskningar uppges tydligare brandinstruktioner och arbete med brandskydd vara förbättringsarbeten som pågår. Vid tillsynerna har berörd personal, brandskyddsansvariga och enhetschefer deltagit.

### **Avdelning för hemvård**

Avdelning för hemvård uppger att egenkontroll skett i samtliga områden som avses inom ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Avdelningen har dock svarat att inom hemsjukvården har inte uppföljning av handlingsplan gjorts då enhetschefstjänst varit vakant. Inom korttidsboende och hemtjänsten natt har

uppgetts att uppföljning av förhållningssätt och attityder i organisationen som kan leda till brister i verksamheten gjorts men verksamheten gör själv bedömningen att den skett i för liten utsträckning. Utifrån den utförda egenkontrollen kommer avdelning för hemvård att arbeta med det systematiska kvalitetsarbetet och ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete som verktyg för förbättringsarbete. Förbättringsarbete ska göras gällande social dokumentation, avvikelser och genomförandeplaner. Det övergripande arbetet med målstyrning ska också tydliggöras på alla nivåer inom verksamheten. Avdelningschef avser att följa upp arbetet med ovanstående kvartalsvis i avdelningens ledningsgrupp.

Avdelningen för hemvård har under år 2018 haft tillsyn/granskning av Arbetsmiljöverket, IVO, Miljö- och byggnämnden, revisionen och Räddningstjänsten. Utifrån tillsyn har IVO gjort uppföljning på att verksamheten vidtagit de åtgärder som redovisats och utifrån detta har inga anmärkningar eller krav på vidare åtgärder inkommit.

### **Avdelning för kvalitetssäkring och bemanning**

Information angående egenkontroll inom avdelning för kvalitetssäkring och bemanning har inte inlämnats för redovisning till Kvalitetsberättelsen för år 2018.

### **Avdelning för vård och omsorg**

Avdelning för vård och omsorg uppger att egenkontroll skett inom samtliga områden som avses inom ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Inom vissa verksamhetsområden uppges delar av egenkontrollen vara delvis genomförd och orsaker till detta beskrivs vara svårigheter att arbeta med kvalitetsregister BPSD utifrån att verksamhet saknar BPSD-ombud samt KPB-boxanalys då genomgång av detta saknas inom del av verksamhet. Utifrån egenkontrollen planerar avdelning för vård och omsorg att arbeta med tillsyn av brandskydd, skyddsronder med fastighetsförvaltare, genomgång av dokumentation och åtaganden i verksamhetssystemet, arbete med utveckling av genomförandeplaner utifrån IBIC, fortsatt arbete med attityder och värdegrund i äldreomsorgen.

Avdelningen för vård och omsorg har under år 2018 haft tillsyn/granskning av Arbetsmiljöverket, IVO, Miljö- och byggnämnden, revisionen och Räddningstjänsten. De genomförda tillsynerna/granskningarna har exempelvis lett till översyn av brandsäkerhet, arbete med värdegrund och bemötande, översyn av köksutrustning inom verksamhet, framarbetande/revidering av rutiner gällande nattplanering/nattlistor.

## **7.2 Sammanfattning egenkontroll**

Arbete med att formellt följa upp verksamheten genom egenkontroll är liksom avsnittet för riskanalyser något som tagits in som egen del i ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete i maj 2015. Rutinen för egenkontroll och sättet att redovisa det systematiska arbetet formaliserades men att följa upp den egna



verksamheten är ingen ny företeelse. De delar av egenkontrollen som kräver redovisning är något som verksamheterna alltid arbetat med då det ligger inom verksamhetsansvaret att tillse att samtliga redovisningsområden följer lagar, krav och mål. Egenkontroll handlar om att följa och följa upp den egna verksamheten, att se de egna resultaten och arbeta med utvecklingsområden. Redovisningen av egenkontroll är inom de flesta avdelningar mycket spretig och tyder på fortsatt behov av utbildning, handledning och diskussioner. Analysen från Kvalitetsberättelsen för år 2016 kvarstår med andra ord för år 2018; Det finns fortsatt behov av ett övergripande utvecklingsarbete för att tydliggöra vad egenkontroll betyder, vad egenkontroll ska innehålla och hur detta ska redovisas. Ansvaret för resultatet måste ägas inom verksamhetsansvaret vare sig resultaten är goda eller inte. Det är en skyldighet i ansvaret att hantera det som framkommer utifrån egenkontrollen men det är lika viktigt att komma ihåg att det ger en fantastisk möjlighet för verksamheterna att arbeta med förbättringar.