3.04

Uppsala KOMMUN

KONTORET FÖR HÄLSA, VÅRD OCH OMSORG

Handläggare
Ahrgren Maria

Datum
2014-08-20

Diarienummer
NHO-2014-0152.01

Nämnden för hälsa och omsorg

Kvalitetsredovisning tertial 1, 2014

Förslag till beslut
Nämnden för hälsa och omsorg föreslås besluta

att godkänna kvalitetsredovisning för tertial 1.

Sammanfattning
Utifrån nämndens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete sammanställs underlag om kvalitetsbrister och kvalitetsnyckeltal kring kontorsintern och nämndens upphandlade verksamheter. Det gäller till exempel resultat från avtalsuppföljningar, individuppföljningar samt socialstyrelsen insamlingar med öppna jämförelser. Utifrån underlaget identifieras områden som bör prioriteras samt vara underlag för det ständiga förbättringsarbetet.

Utifrån redovisade resultat för första tertialet 2014 är identifierade områden för förbättringsarbete implementera rutiner inom LSS-området, social dokumentation samt behovsbedömningar.

Ärendet
Kontoret för hälsa, vård och omsorgs kvalitetsarbete utgår från gällande lagstiftning[1] samt äldrenämndens och nämnden för hälsa och omsorgs ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete[2]. En förutsättning för att kvalitetsarbetet ska vara levande är medskapande medarbetare och att vårt förhållningssätt säkerställer att vi har brukarens/klientens fokus som ledstjärna. Vi utgår från nämndernas värdeord; äldrenämndens TITORB[3] och nämnden för hälsa och omsorgs upplevelsekriterier[4].

[1] SOSFS 2011:9 samt kvalitetsparagraferna inom HSL, SoL och LSS.
[2] ALN-2012-0132 och NHO-2012-0109.
[3] Trygghet, inflytande, tillgänglighet, oberoende, respekt, bemötande.
[4] Trygghet, respektfullt bemötande, delaktighet/inflytande, oberoende.

Postadress: Uppsala kommun, kontoret för barn, ungdom och arbetsmarknad, 753 75 Uppsala
Besöksadress: Stationsgatan 12 • Telefon: 018-727 87 00 (växel) • Fax: 018-727 86 50
E-post: barn-ungdom-arbetsmarknad@uppsala.se
www.uppsala.se

Nämndernas upphandlade verksamheter följs upp inom ramen för ledningssystemet och utifrån gällande lagstiftning och avtal. Kvalitetsredovisningen redogör för både upphandlad och kontorsintern kvalitet.

Resultat sammanställs tre gånger per år (per april, september och december) till kontorets ledningsgrupp. Det ska ge en överblick samt vara underlag för diskussion och beslut om fortsatta prioriteringar och arbete vid ledningen genomgång[5]. Kontoret planerar, genomför, följer upp och utvecklar på så sätt systematiskt nämndernas verksamheter. Rapporten redovisas sedan till nämnd (per juni, oktober och februari). Första tertialets synpunkter, klagomål och avvikelser, Lex Sarah, avtalsuppföljningar, resultat från socialstyrelsens öppna jämförelser 2012-2013 sammanvägt visar på ett antal brister och utvecklingsområden.

- Skapa och implementera vissa rutiner inom LSS-området, främst inom myndighetsutövning.
- Följa upp individers beslut i större utsträckning, samt utifrån uppföljningarna fortsätta att utveckla nämndernas verksamhet.
- Mer systematiska behovsbedömningar inför beslut om insatser ger bättre förutsättningar för ett bra genomförande av insatser.
- Social dokumentation och förbättrad hantering av genomförandeplan, hos nämndens utförare. Från och med januari 2015 kommer nya krav från Socialstyrelsen vilket innebär att kunskap samt hantering behöver förbättras. På så sätt kan brukare/klienter ges möjlighet till ökat inflytande.
- Skapa "Ordning och reda" i form av ett tydligt och implementerat kvalitetsledningssystem för att säkra kontorets kärnprocesser.

Utifrån ovanstående genomförs förbättringsarbete. Se bilaga 1.

Kontoret för hälsa, vård och omsorg

Tomas Odin
Tf Direktör

Bilaga 1. Kvalitetsredovisning tertial 1, 2014

---

[5] Enligt RU 02(01) Ledningen genomgång.

Kvalitetsredovisning T1 2014
Nämnden för hälsa och omsorg

Innehåll

Kvalitetsprinciper 2
Metod för ständigt förbättringsarbete 2
Resultat nämnden för hälsa och omsorg 3
Synpunkter och klagomål 3
Lex Sarah 5
Lex Maria 5
Individuppföljning 5
Avtalsuppföljningar 6
Nationella nyckeltal 8
Nexus 9
Intern granskning och egenkontroll 10
Pågående förbättringsarbete utifrån resultat 10
Sammanfattning av förbättringsområden 11

Postadress: Uppsala kommun, Kontoret för hälsa, vård och omsorg, 753 75 Uppsala
Besöksadress: Stationsgatan 12 • Telefon: 018-727 00 00 (växel) • Fax: 018-727 87 10
E-post: halsa-vard-omsorg@uppsala.se
www.uppsala.se

Kvalitetsprinciper

Kontoret för hälsa, vård och omsorgs kvalitetsarbete utgår från gällande lagstiftning[1] samt äldrenämndens och nämnden för hälsa och omsorgs ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete[2]. En förutsättning för att kvalitetsarbetet ska vara levande är medskapande medarbetare och att vårt förhållningssätt säkerställer att vi har brukarens/klientens fokus som ledstjärna. Vi utgår från nämndernas värdeord; äldrenämndens TITORB[3] och nämnden för hälsa och omsorgs upplevelsekriterier[4].

Nämndernas upphandlade verksamheter följs upp inom ramen för ledningssystemet och utifrån gällande lagstiftning och avtal. Kvalitetsredovisningen redogör för både upphandlad och kontorsintern kvalitet.

Metod för ständigt förbättringsarbete

Det ständiga förbättringsarbetet bygger på sju delområden:

1. Särskilda händelser (synpunkter och klagomål)
2. Riskanalys
3. Egenkontroll (revision) och avtalsuppföljningar
4. Brukarundersökningar/individuppföljningar
5. Extern granskning och övriga rapporter
6. Värdegrundsarbete
7. Projekt

Utifrån dessa delområden sammanställs resultat tre gånger per år (per april, september och december) till kontorets ledningsgrupp. Det ska ge en överblick samt vara underlag för diskussion och beslut vid ledningen genomgång[5] om fortsatta prioriteringar och arbete. Kontoret planerar, genomför, följer upp och utvecklar på så sätt systematiskt nämndernas verksamheter. Rapporten redovisas sedan till nämnd (per juni, oktober och februari).

---

[1] SOSFS 2011:9 samt kvalitetsparagraferna inom HSL, SoL och LSS.
[2] ALN-2012-0132 och NHO-2012-0109.
[3] Trygghet, inflytande, tillgänglighet, oberoende, respekt, bemötande.
[4] Trygghet, respektfullt bemötande, delaktighet/inflytande, oberoende.
[5] Enligt RU 02(01) Ledningen genomgång.

Resultat nämnden för hälsa och omsorg

Synpunkter och klagomål

Från och med januari 2014 har äldrenämnden och nämnden för hälsa och omsorg infört ett gemensamt web-baserat synpunktshanteringssystem. Syftet med att skapa systemet är att underlätta för medborgare att lämna synpunkter på nämndernas verksamhet samt att tydligöra ansvaret som kontoret har i att utreda och vidta förbättringsåtgärder utifrån inkomna synpunkter[6]. Totalt har det under perioden januari till och med april inkommit 154 synpunker via webformulär, samtal eller brev till kontoret. 6 av synpunkterna har lämnats in anonymt. Två ärenden som inkommit rör frågor på andra kontor/nämnder och dessa har skickat dit för vidare hantering. Ytterligare två ärenden rör annan verksamhet (landstingets kollektivtrafik). Antalet inkomna synpunkter ökar för varje månad under perioden, vilket kan ses som ett led i implementeringen. Förutom de synpunkter som inkommer till kontoret lämnar brukare synpunkter direkt till verksamheterna, dessa redovisas inte här utan hanteras i respektive utförares egna synpunktshanteringssystem[7]. För fördelning per utförare/enhet se diagram 1.

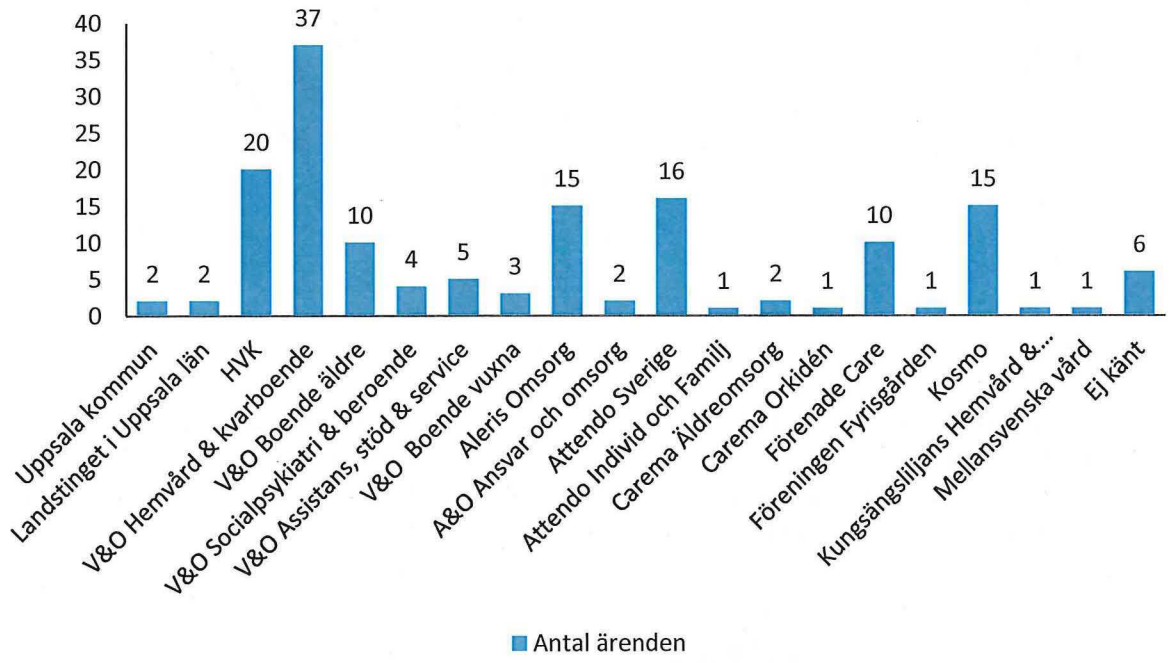

Diagram 1. Inkomna synpunkter per utförare/kontor januari-april 2014.

20 ärenden synpunkter gäller kontoret (HVK). Dessa synpunkter visar främst på brister gällande tillgänglighet, att man lätt vill få kontakt med handläggare och att få prata med samma handläggare varje gång. 6 av synpunkterna rör avtalsfrågor, och en synpunkt har inkommit från en utförare gällande boendekedjan och svårigheter kring de korta ledtiderna. I alla 20 ärenden har utredning gjorts. Resultat är att dialog förts, rutin har reviderats och kommunicerats och i ett fall har en anmälan enligt Lex Sarah gjorts till Inspektionen för vård

[6] Se RU 12(01) Synpunktshanteringsrutin.
[7] Något som kan begäras in vid t ex avtalsuppföljning.

och omsorg (IVO). I övrigt gäller inkomna synpunkter främst upphandlad verksamhet. Orsaken till att synpunkten lämnas till kontoret kan vara att medborgaren/brukaren inte kan eller vill ha en dialog med utföraren. Nedan redovisas de synpunkter som rör upphandlad verksamhet uppdelad per kategori.

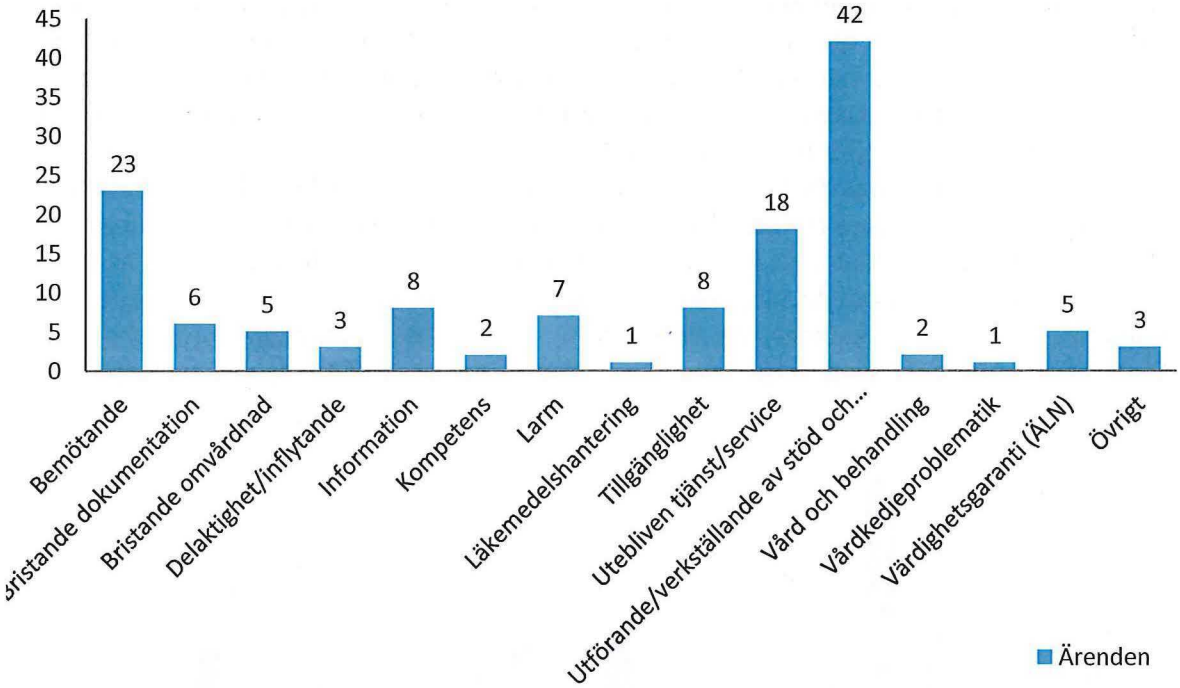

Diagram 2. Inkomna synpunkter per kategori januari-april 2014.

Inkomna synpunker som rör utförare skickas till utförare för åtgärd. De återkopplar sin hantering till kontoret. I drygt hälften av ärendena är synpunktslämnaren mycket nöjd/nöjd med hantering av synpunkten, medan 22 % är missnöjd/mycket missnöjd. Nedan redovisas årgärder för alla inkomna synpunkter under perioden (154 ärenden).

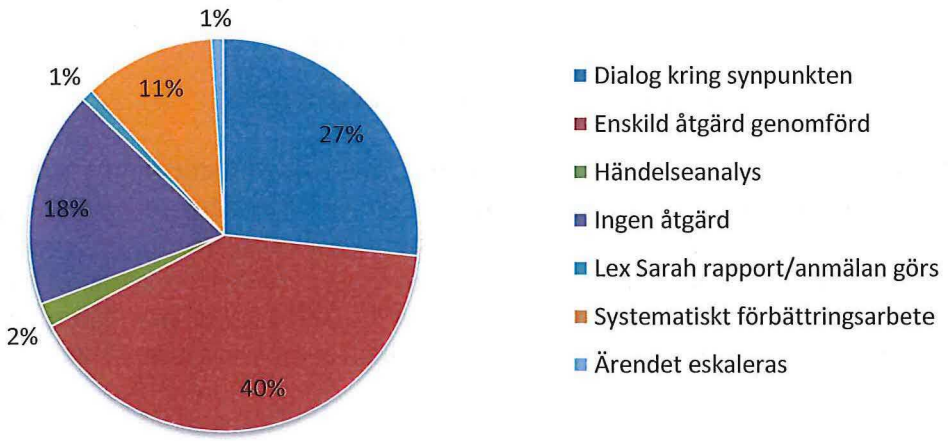

Diagram 3. Redovisade åtgärder för inkomna synpunkter januari-april 2014.

Under perioden arbetar kontoret med att tydliggöra och förbättra gällande rutiner för utredare, administratörer samt utförare. Kontoret arbetar även med att implementera ett avvikelsehanteringssystem för samtliga utförare gällande hälso- och sjukvårdsavvikelser.

Lex Sarah

Medarbetare inom kontoret har en skyldighet att om en person som omfattas av SoL eller LSS är utsatt för ett missförhållande eller att det finns risk för ett missförhållande rapportera detta till närmsta chef som sedan ansvarar för utredning och åtgärder. Kontoret får också del av utförares rapporter och ska utifrån uppföljning säkra att om kontoret bidragit till situationen utreda och genomföra korrigerande åtgärder. Nedan redovisas en kort beskrivning av periodens utredningar enligt Lex Sarah inom nämnden för hälsa och omsorgs ansvarsområde.

ANMÄLAN:	ÅTGÄRD:	BESLUT:
Datum: 2014-03-12 **Anmälare:** V& B **Händelse:** Misstanke om sexuella övergrepp mellan brukare, vårdgivaren brustit i att inte vidta akute omedelbara skyddsåtgärder	• Polisanmälan av de misstänkta övergreppen • Utredningsteam om två personer tillsatts • Händelseanalys • Handlingsplan upprättad • Åtgärder för den enskilde har vidtagits • En process för rutin gällande hot och våld har påbörjats • Uppföljning av handlingsplan kommer att ske	**Datum: -** **IVO:s beslut:** *Ärendet ej beslutat än.*
Datum: 2014-03-05 **Anmälare:** HVK **Händelse:** Ansökan om anhöriganställning avslutad på fel grund och utan att kommuniceras med den enskilde	• Genomgång med handläggare vid allmän handläggarträff om när de olika beslutstyperna kan/får användas • Skriftlig blankett framtagen avsedd att skickas hem till brukare då ärende avslutas på grund av återtagen ansökan. Syftet är att ge brukaren möjlighet att reagera för det fall återtagandet av ansökan är ett missförstånd.	**Datum: -** **IVO:s beslut:** *Ärendet ej beslutat än.*

Lex Maria

Enligt riktlinje för avvikelsehantering[8] ska utförares verksamhetschef utreda samtliga händelser i verksamheten och rapportera dessa till medicinskt ansvariga på kontoret som bedömer om händelsen ska rapporteras till IVO för kännedom eller anmälas enligt lex Maria. Inga ärenden har under perioden redovisats till IVO för verksamheter inom nämnden för hälsa och omsorgs ansvarsområde.

Individuppföljning

Under våren har kontoret arbetat fram systematisk individuppföljning för beviljade insatser inom individ och familjeomsorg (vuxen) samt för boendeinsatser LSS. Syftet är ett ge stöd

[8] ALN-2013-0246

till medarbetare i deras arbetssätt kring individuppföljning samt att strukturerat följa upp och redovisa resultat på en ackumulerad nivå. Utifrån resultatet kan förbättringsåtgärder tas fram. Arbetetmed systematisk individuppföljning påbörjas under sommaren/tidig höst och i verksamhetssystemet Simone kommer registrering att påbörjas under september. Resultat kan redovisas per tertial 3 i år.

Avtalsuppföljningar

Under första tertialen 2014 har 17 avtalsuppföljningar påbörjats. Några av uppföljningarna har skett vid oanmälda besök och några har föranletts av inkomna klagomål (se tabell 1). Kontoret har vid nio tillfällen under T1 gjort oanmälda avtalsuppföljningar.

	Antal avtalsuppföljningar	Varav oanmäld	Varav klagomål
Total	**17**	**4**	**4**
Varav NHO	7	3	1
Varav ÄLN	10	1	3

Tabell 1. Påbörjade avtasluppföljningar under perioden 1 januari till och med 30 april 2014.

Totalt har 12 uppföljningar avslutats under T1. Vid årsskiftet 2013/2014 fanns 24 avtalsuppföljningar som påbörjats under 2013 som ännu inte avslutats. Av dessa 24 har nio avslutats under T1 (se tabell 2). En uppföljning avslutas då utföraren vidtagit åtgärder, alternativt presenterat en handlingsplan med godtagbara åtgärder, som kontoret godkänt.

	Antal avslutade avtalsuppföljningar	Varav påbörjad T1	Varav påbörjad 2013
Total	**12**	**3**	**9**
Varav NHO	6	2	4
Varav ÄLN	6	1	5

Tabell 2. Avslutade avtalsuppföljningar under perioden 1 januari till och med 30 april 2014.

De uppföljningar som både påbörjats och avslutats under tertial 1 är samtliga uppföljningar som skett vid oanmälda besök. Dessa uppföljningar är mer avgränsade, det vill säga att endast ett eller några fåtal områden följs upp. Det kan till exempel vara personalbemanning, kultur- och fritidsaktiviteter och/eller måltidssituationen.

Av de sex avtalsuppföljningar inom NHO:s ansvarsområde som avslutats T1 har tre skett inom korttidsvistelse LSS, en inom bostad med särskild service LSS samt två inom individ-

och familjeomsorg. För de tre uppföljningarna inom korttidsvistelse enligt LSS har fokusområdena varit

- Upplevelsekriterier och inflytande för den enskilde
- Personal, bemanning och kompetensutveckling
- Samverkan
- Dokumentation och genomförandeplaner
- Hälso- och sjukvård inklusive habiliterande och rehabiliterande arbetssätt
- Klagomålshantering och avvikelsesystem

Det fanns vissa förbättringsområden och brister[9] inom dokumentation, klagomålshantering, hälso- och sjukvård samt samverkan med legitimerad personal men verksamheterna är i stort sett välfungerande. Utföraren har i handlingsplan fått beskriva vilka åtgärder som vidtagits/kommer att vidtas. Dessa har sedan efter genomgång och eventuella kompletteringar godkänts av kontoret. Uppföljningen har därefter avslutats genom att rapporten skickats till nämnden.

För bostad med särskild service har fokusområdena varit

- Nämndens upplevelsekriterier
- Personal, bemanning och kompetensutveckling
- Samverkan
- Klagomåls- och avvikelsehantering
- Dokumentation och genomförandeplaner
- Hälso- och sjukvård
- Kultur- och fritidsaktiviteter

Förbättringsområden och brister fanns inom områdena klagomåls- och avvikelsehantering, kompetensutveckling för legitimerad personal, struktur för omvärldsbevakning samt chefens formella kompetens. Utföraren har för dessa brister fått beskriva i handlingsplan vilka åtgärder som vidtagits/kommer att vidtas. Dessa har sedan efter genomgång och eventuella kompletteringar godkänts av kontoret. Uppföljningen har därefter avslutats genom att rapporten skickats till nämnden.

De två uppföljningarna inom individ- och familjeomsorgen skedde vid oanmälda besök. Syftet var att följa upp om utföraren genomfört de åtgärder som beskrivits i handlingsplan avseende dokumentation och hälso- och sjukvård vid tidigare avtalsuppföljning. Då utföraren gjort detta ledde inte de nu genomförda uppföljningarna till ytterligare åtgärder.

Sammanfattande kommentar avseende resultat av avtalsuppföljningar

Det är svårt att dra några generella slutsatser av resultatet från de tolv avtalsuppföljningar som avslutats under T1. Det är olika verksamhetsområden, med olika krav i avtal vilket gör att de

[9] Med förbättringsområde avses att utföraren till viss del uppfyller ställda krav i avtal, men att det pågår eller planeras ett arbete för att fullt ut uppfylla kravet. Med brist avses en avvikelse mot krav i avtal som utföraren ska beskriva i handlingsplan, där kontoret sedan bedömer om planerade/vidtagna åtgärder är tillräckliga för att uppfylla krav i avtal.

inte är helt jämförbara. Några områden kan dock anses som mer frekvent förekommande som brist eller förbättringsområde:

- Dokumentation
- Klagomåls- och avvikelsehantering
- Hälso- och sjukvård inklusive rehabilitering

Nationella nyckeltal

Inom missbruks- och beroendevård har flertalet förbättringar skett mellan 2012-2013, se tabell 3 nedan. Det är områden som uppföljning av insatser utifrån egna mål på individnivå, att information om överklagan lämnas vid beslut, kontinuerlig handledning och att enskildes delaktighet dokumenteras. Vidare har ett antal rutiner implementerats. De utvecklingsområden som finns är verksamhetsutveckling utifrån systematisk uppföljning, rutin för stödperson vid möten samt bostad först.

Fråga	2012	2013
U. Aktuell överenskommelse med landstinget inom missbruk- och beroendevård (Ja=1, Nej=0)		1
U. Brukarstyrd brukarrevision inom missbruk- och beroendevård (Ja=1, Nej=0)		0
U. Följt upp resultat av insatser utifrån egna mål på individnivå inom missbruk- och beroendevård (Ja, alla=2, Ja, vissa=1, Nej=0)		2
U. Information om överklagan lämnas vid beslut inom missbruk- och beroendevård (Ja=1, Nej=0)		1
U. Kartläggningen visar klienter med indiviuell plan & kontakt med beroendevård (Ja=1, Nej=0)	-	-
U. Kommunen erbjuder Bostad först inom missbruk- och beroendevård (Ja=1, Nej=0)		0
U. Kompetensutveckling av personal om att stärkt föräldraroll inom missbruk- och beroendeproblematik (Ja=1, Nej=0)		1
U. Kontinuerlig handledning av handläggare inom missbruk- och beroendevård (Ja=1, Nej=0)		1
U. Länk på kommunens webbplats till anhörigorganisation inom missbruk- och beroendevård (Ja=1, Nej=0)		1
U. Rutin för att dokumentera enskildas delaktighet inom missbruk- och beroendevård (Ja=1, Nej=0)		1
U. Rutin för att erbjuda enskilda att ha stödperson på möten inom missbruk- och beroendevård (Ja=1, Nej=0)		0
U. Rutin för stödinsatser till närstående barn inom missbruk- och beroendevård (Ja=1, Nej=0)		1
U. Rutin för stödinsatser till närstående vuxna inom missbruk- och beroendevård (Ja=1, Nej=0)		1
U. Rutiner för att delge information om att ta ut sin journal inom missbruk- och beroendevård (Ja=1, Nej=0)		1
U. Rutiner för att delge information om samordnad individuell plan inom missbruk- och beroendevård (Ja=1, Nej=0)		1
U. Rutiner för att delge information om överklagan av beslut inom missbruk- och beroendevård (Ja=1, Nej=0)		1
U. Standardiserade bedömningsmetoder som underlag för behov av insats inom missbruk- och beroendevård (Ja=1, Nej=0)		1
U. Strategi för att arbetet med unga vuxna inom missbruk- och beroendevård (Ja=1, Nej=0)		1
U. Tid till första personligt besök inom missbruk- och beroendevård (inom 3 dagar=1, 4-7 dagar=2, 7-14 dagar=3, mer än 15 dagar=4)	3	2
U. Undertecknade genomförenadeplaner inom missbruk- och beroendevård (Ja, alla=2, Ja, vissa=1, Nej=0)		1
U. Verksamhetsutveckling utifrån resultat av systematisk uppföljning inom missbruk- och beroendevård (Ja=1, Nej=0)		-

Tabell 3. Socialstyrelsens Öppna jämförelser av missbruks- och beroendevård 2013.

Gällande stöd till personer med funktionsnedsättning har förbättringar skett gällande ledsagare samt rutiner för daglig verksamhet. I Tabell 4 redovisas även de områden som behöver förbättras, så som uppföljning av beslut och individuell plan.

Frågor	2012	2013
U. Beslut om bostad med särskild service följs upp inom ett år, andel (%)		0
U. Beslut om daglig verksamhet följs upp inom ett år, andel (%)		0
U. Brukarundersökningar om LSS används för att utveckla verksamheten, (Ja=1, Nej=0)	1	1
U. Den enskilde kan påverka vem som ska ledsaga, (Ja=1, Nej=0)		1
U. Habiliteringsersättning utgår till deltagare i daglig verksamhet, (Ja=1, Nej=0)	1	1
U. Individuell plan enligt LSS som har följts upp det senaste året, (Ja=1, Nej=0)		0
U. Information om LSS Lättläst på kommunens hemsida, (Ja=1, Nej=0)	0	0
U. Information om LSS som textfil, (Ja=1, Nej=0)	1	1
U. Information om talad information för LSS på kommunens hemsida, (Ja=1, Nej=0)	1	1
U. Kommunen betalar för ledsagares omkostnader, (Ja=1, Nej=0)		1
U. Kommunen har en samlad plan för personalens kompetensutveckling inom arbete med personer med funktionsnedsättning, (Ja=1, Nej=0).		1
U. Kommunen har rutiner för att pröva möjligheten till arbete för personer som deltar i daglig verksamhet, (Ja=1, Nej=0).	0	1
U. Kommunen har rutiner för barn & unga (IFO) som följts upp inom LSS, (Ja=1, Nej=0)	1	1
U. Kommunen har rutiner för socialpsykiatri inom LSS, (Ja=1, Nej=0)	1	0
U. Kommunen har rutiner för äldreomsorg inom LSS, (Ja=1, Nej=0)	1	0
U. LSS-handläggartimmar utförda av handläggare med socionomexamen, andel (%)	94	91
U. Personer har gått från daglig verksamhet till förvärvsarbete, (Ja=1, Nej=0)		1
U. Personer har gått från daglig verksamhet till lönearbete, (Ja=1, Nej=0)	1	1
U. Timmar LSS-handläggning utförda av handläggare med aktuell utvecklingsplan, andel (%)	85	100
U. Timmar LSS-handläggning utförda av handläggare som arbetat längre än ett år, andel (%)		100
U. Timmar LSS-handläggning utförda av handläggare som har haft kontinuerlig ärendehandläggning, andel (%)		100

Tabell 4. Socialstyrelsens Öppna Jämförelser av stöd till personer med funktionsnedsättning 2013.

För området socialpsykiatri och stöd till personer med psykisk funktionsnedsättning har inte någon redovisning lämnats in till socialstyrelsen för 2012, men för 2013. Resultat för dessa, samt för brottsoffer redovisas per tertial 2.

Nexus

Nexus är en stödverksamhet inom kommunens Resurscentrum för våld i nära relation. De erbjuder stödsamtal enskilt och i grupp samt rådgivning. Var femte vecka ber Nexus alla besökare att fylla i en kort utvärdering. Resultatet sammanställs halvårsvis. 21 personer har under hösten 2013 lämnat i svar på enkäten.

Av dessa tyckte alla att det var enkelt att komma i kontakt med Nexus första gången. 16 av dem instämde helt i att "Jag är nöjd med personalen Nexus bemötande" och de övriga instämde delvis. 17 instämde helt eller delvis med att "Jag förstår bättre vilken situation jag befunnit/befinner mig i", medan 1 inte visste. Som helhet var 18 av 21 mycket nöjd/nöjd med kontakten som helhet. Några hade lämnat kommentarer kring verksamheten:

"Gruppverksamheten har varit otroligt givande"
"Att gå enskilt är guld värt"
"Det var lite svårt att hitta till Nexus hemsida"

Intern granskning och egenkontroll

Vid genomförd egenkontroll och utifrån intern granskning av kontorets processer vid Ledningens genomgångar under 2013, samt T1 2014 har utvecklingsområden identifierats. Kontoret har processbeskrivit:

- Myndighetsutövning
- Nämndhantering
- Fakturahantering
- Avtalsuppföljning

Arbete pågår med implementering och färdigställande av dessa. Behov av att synliggöra för medarbetare process och rutin finns. Kontorets pågående omorganisation påverkar också utformning av rutiner, vilket kommer behövas ses över under T2 och T3 för att säkra god kvalitet. Prioritering av fortsatt kartläggning sker utifrån avtalsprocess samt styrprocess.

Pågående förbättringsarbete utifrån resultat

(Äldres) behov i centrum (ÄBIC och BIC)

Programmet har utvecklats för att skapa förutsättningar för strukturerad social dokumentation. Den information som dokumenteras om den enskilde är beskriven med ett gemensamt språk. Detta språk utgår från internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa, ICF

Motiverande samtal (MI)

Utbildning av medarbetare i metoden.

Våld i nära relationer

Framtagande av handbok, rutiner samt utbildning för medarbetare.
Utveckling av resurscentrum/Nexus

Brukarrevision IFO

Implementera brukarrevision som metod för utveckling av myndighetutövning med tydligt klientfokus.

Innovationsprojekt Innobe

Innovationsprojekt inom ordinärt boende för (att utveckla system för) innovativa lösningar.

Servicegarantier
Projektform. Servicegarantierna ska tydliggöra tjänsterna och garantera en viss nivå, så att medborgarna vet vilka förväntningar de kan ha på verksamheten. Medborgarna ska veta vart de ska vända sig om kommunen inte håller det som lovas i garantin.

Boendekedjan
Översyn av rutiner inom för vård- och omsorgsboende samt skapande av tydlig boendekedja, dvs hur administration kring boendelägenheter ska ske, gällande NHO:s verksamheter.

Strategisk kompetensförsörjningsplan
Framtagande av en strategisk plan, aktiviteter. För att säkra rekryteringsbehovet inom socialtjänst, vård och omsorg krävs ett kraftfullt och långsiktigt arbete. Det kräver insatser på strukturell nivå för att förändra villkor och förutsättningar i branschen.

Avvikelsehanteringssystem för HSL-avvikelser
Implementera ett kommunövergripande system för avvikelsehantering i syfte att säkra verksamhet, samt möjliggöra förbättringsarbete.

Kvalitetsdokument
Processer, rutiner och mallar görs tillgängliga internt för medarbetare på kontoret i syfte att möjliggöra rätt arbetssätt.

Utveckla strategiska områden
Utveckla framtagande av nyckeltal inom Öppna Jämförelser (samt tertialfrågor) som möjliggör ett bättre analys- och beslutsunderlag för nämnderna.

Sammanfattning av förbättringsområden

- Skapa och implementera vissa rutiner inom LSS-området, främst inom myndighetsutövning.
- Följa upp individers beslut i större utsträckning, samt utifrån uppföljningarna fortsätta att utveckla nämndernas verksamhet.
- Mer systematiska behovsbedömningar inför beslut om insatser ger bättre förutsättningar för ett bra genomförande av insatser.
- Social dokumentation och förbättrad hantering av genomförandeplan, hos nämndens utförare. Från och med januari 2015 kommer nya krav från Socialstyrelsen vilket innebär att kunskap samt hantering behöver förbättras. På så sätt kan brukare/klienter ges möjlighet till ökat inflytande.
- Skapa "Ordning och reda" i form av ett tydligt och implementerat kvalitetsledningssystem för att säkra kontorets kärnprocesser.