



JOKKMOKKS KOMMUN
JÅHKÅMÅHKE KOMMUVNNA
JÅHKÅMÅHKI SUOHKAN

Kvalitetsberättelse 2020

Socialnämnden

Sammanställd av kvalitetssamordnare Julia Norlén

Datum: 2021-03-19

Antagen av socialnämnden:



Innehållsförteckning

1	Kvalitetsberättelse	3
1.1	Bakgrund	3
1.2	Syfte med kvalitetsberättelsen	3
1.3	Organisatoriskt ansvar för kvalitetsarbetet	4
2	Mål och måluppfyllelse.....	6
2.1	Vision och mål	6
2.2	Måluppfyllelse	6
3	Systematiskt förbättringsarbete	9
3.1	Processer och styrdokument	9
3.2	Sammanställning avvikelser/synpunkter och klagomål	10
3.3	Avvikelser i egen verksamhet enligt Sol/LSS	10
3.4	Lex Sarah	11
3.5	Klagomål och synpunkter	11
4	Kvalitetsarbete och resultat.....	12
4.1	Hemtjänsten.....	12
4.2	Vård- och omsorgsboenden	12
4.3	Enheten funktionsnedsättning	13
4.4	Biståndsenheten.....	13
5	Brukarundersökning.....	14
5.1	Hemtjänsten.....	15
5.2	Vård och omsorgsboende.....	16
5.3	Enheten funktionsnedsättning	16
5.4	Biståndsenheten.....	16
6	Goda exempel på förbättringsarbete.....	17
7	Utmaningar kommande år.....	18



1 Kvalitetsberättelse

1.1 Bakgrund

Insatser inom socialtjänsten ska enligt socialtjänstlagen (2001:453) vara av god kvalitet.

Socialnämnden ansvarar för att det finns ett ledningssystem för det systematiska kvalitetsarbetet som anger grundprinciper för ledning av verksamheten, ställer upp mål, samt följer upp och utvärderar målen (SOSFS 2011:9 Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete). Ett enklare sätt att uttrycka det är ”våra överenskomna arbetssätt för ständiga förbättringar av verksamheten”. Syftet är att skapa en systematik och samordning av verksamhetens kvalitetsarbete. Det ska finnas en organisatorisk struktur med ett uttalat och tydligt ansvar, dokumenterade rutiner, identifierade processer och rutiner för uppföljning och förbättring av verksamheten.

Ledningssystemet ska vara ett lättillgängligt stöd i det dagliga arbetet för medarbetarna, samt motivera till att utveckla verksamhetens kvalitet. Dokumentationen av valda arbetssätt för kvalitet, medför också ökad insyn och öppenhet för socialtjänstens arbete hos medborgare och andra. Socialnämnden ska också försäkra sig om att det bedrivs ett systematiskt kvalitetsarbete i privat yrkesmässig verksamhet som nämnden upphandlar tjänster av eller har avtal med.

Kvalitet definieras enligt SOSFS 2011:9, 2 kap 1§ som att en verksamhet uppfyller de krav och mål som gäller för en verksamhet enligt lagar och andra föreskrifter om hälso- och sjukvård, socialtjänst och stöd och service till vissa funktionshindrade, samt beslut som har meddelats med stöd av sådana föreskrifter.

1.2 Syfte med kvalitetsberättelsen

Kvalitetsberättelsen ger en samlad bild av hur socialnämnden arbetat med att utveckla och säkra kvaliteten i verksamheten under året som gått, vidtagna åtgärder och uppnådda resultat. Här anges vilket fokus socialnämnden haft i kvalitetsarbetet under det senaste året och vilka områden som identifieras som prioriterade för kommande år. Kvalitetsarbetet för hälso- och sjukvårdsenheten redovisas i patientsäkerhetsberättelsen.



1.3 Organisatoriskt ansvar 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 inom socialtjänsten ansvarar för att ta del av det systematiska kvalitetsarbetet.

Socialnämnden ansvarar för att det finns ett ledningssystem. Ansvaret innebär:

- att besluta om ledningssystem för kvalitet
- att besluta om mål för verksamheten samt följa upp dessa
- att besluta om riktlinjer

Socialchef är ytterst ansvariga tjänsteman och har det övergripande ansvaret för:

- att vård och omsorg bedrivs utifrån lagar, föreskrifter, riktlinjer och för verksamheten fastställda rutiner
- att se till att resursanvändning och bemanning är optimal för att uppnå god och säker vård
- att med stöd av ledningssystemet planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten

Verksamhetschef har ett helhetsansvar för sitt verksamhetsområde. Ansvaret innebär:

- att genomföra riskanalyser och egenkontroller
- att ansvara för att mål formuleras för verksamheten och att dessa nås
- att svara för uppföljning och analys av verksamheten så att förbättrande åtgärder kan vidtas
- att personalen inom verksamheten har kännedom om gällande författningar, riktlinjer, rutiner och att dessa följs

Enhetschef ansvarar för:

- att rutiner och riktlinjer är kända på enheterna
- att ny personal har den kompetens som behövs med hänsyn till de krav som ställs på verksamheten

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) ansvarar för:

- att verksamheterna har en hög patientsäkerhet och en god och säker vård
- hantering, sammanställning och analys av vårdavvikelser, anmälningar enligt lex Maria och Lex Sarah
- ta fram och samordna socialtjänstens årliga patientsäkerhetsberättelse.
- att sammanställa och analysera brukarundersökningar, kvalitetsuppföljningar, inkomna

synpunkter, klagomål, avvikelser enligt SoL och rapporter enligt lex Sarah

Kvalitetssamordnare ansvarar för:

- att på socialnämndens uppdrag identifiera och kartlägga verksamheternas processer tillsammans med respektive verksamhet.
- att stötta socialtjänstens ledningsgrupp i det kontinuerliga kvalitetsarbetet
- att sammanställa/analysera brukarundersökningar, kvalitetsuppföljningar, öppna jämförelser, inkomna synpunkter, klagomål, avvikelser enligt SoL och rapporter enligt lex Sarah
- ta fram och samordna socialtjänstens årliga kvalitetsberättelse

Omvårdnads- och legitimerad personal/handläggare ansvarar för:

- att aktivt medverka i och bidra till utveckling av det systematiska kvalitetsarbetet
- att följa riktlinjer och rutiner som styr verksamheten
- att skriva social dokumentation för att säkra god omsorg
- De har dessutom skyldighet att rapportera varje avvikelse/lex Sarah händelse som upptäcks i verksamheten i syfte att säkra/förbättra kvaliteten.



2 Mål och måluppfyllelse

2.1 Vision och mål

Jokkmokks kommun har ett övergripande visionsdokument för 2030 som styr mot en positiv befolkningsutveckling, attraktiv livsmiljö för kommunmedborgarna och ett växande näringsliv. Utifrån denna vision har socialnämnden tagit fram en egen vision och mål.




Socialnämndens vision är "en god och säker stöd och omsorg med självbestämmande och meningsfullhet". De mål som nämnden kopplat till visionen är följande:

- Att socialnämndens verksamheter är attraktiva som arbetsgivare
- Att socialnämndens verksamheter ska präglas av hög rättssäkerhet med utgångspunkt i en god och säker omvårdnad.
- Att socialnämndens verksamheter ska arbeta med förebyggande, effektiva och evidensbaserade insatser.

Socialnämndens verksamheter har utifrån de övergripande målen ovan tagit fram målsättningar som bör vara uppfyllda för att nå de övergripande målen.

2.2 Måluppfyllelse

Socialnämnden har uppfyllt sina mål till övervägande del. De målsättningar som ej är uppfyllda eller ej förväntas uppfyllas under 2020 är att; minska nattfastan, BPSD skattningar på samtliga brukare med behov och kompetensförsörjning utifrån individuella handlingsplaner. De två sistnämnda uppfylls ej pga. utbildningsstopp inom socialnämndens område.

	Mål uppnått
	Mål delvis uppnått
	Målet ej uppnått

Mål 1: Att socialnämndens verksamheter är attraktiva som arbetsgivare

	December 2019	December 2020	Prognos juni 2021	Kommentar
Samtliga handläggare ska ha en rimlig arbetsbelastning	Gult	Gult	Grönt	Förbättringsprocesser pågår.
Utveckla medarbetarnas kompetensnivå	Gult	Gult	Gult	Individuella handlingsplaner upprättade, pga. utbildningsstopp ej genomförda fortbildningsinsatser.
Förbättra introduktion för nya medarbetare	Gult	Gult	Grönt	Framtagna introduktionsplaner är beslutade och implementerade inom 4/5 verksamheter.

Aktivt arbete med kommunens värdegrund	Gult	Gult	Grönt	Långsiktigt förbättringsarbete. Aktivt arbete i verksamheterna
Öka frisktalet	Gult	Gult	Gult	Frisktalet totalt inom socialnämndens verksamheter har ökat något vid korttids sjukfrånvaro, medan långtids sjukfrånvaron har ökat.
Nyttja kompetensen hos de anställda	Gult	Grönt	Grönt	Kompetensförsörjningsplaner upprättas för samtliga medarbetare, långsiktigt mål. Utbildningar ej genomförda pga. utbildningsstopp.
Sprida mer kunskap för att öka intresset att arbeta inom socialtjänsten	Gult	Gult	Gult	Marknadsföring har påbörjats, långsiktigt arbete.

**Mål 2: Att socialnämndens verksamheter ska präglas av hög rättssäkerhet
med utgångspunkt i en god och säker omvårdnad**

	December 2019	December 2020	Prognos Juni 2021	Kommentar
Lagstadgade tidsramar ska hållas inom myndighetsutövningen	Rött	Gult	Grönt	Åtgärder planeras, hög arbetsbelastning och behov av externa konsulter under perioder främst inom barn- och unga.
Alla utredningar håller likvärdig kvalitet och standard	Gult	Grönt	Grönt	Genom projektet förbättrad dokumentation
Utveckla systematisk kvalitetsuppföljning	Gult	Gult	Grönt	Kvalitetsledningssystem under uppbyggnad. Kvalitetsberättelse och Patientsäkerhetsberättelse framtagen utifrån Stratsys system.
God och säker dokumentation utanför kommunens nätverk	Gult	Gult	Gult	Samarbete med IT-enheten. Genomförbart men ej kostnadstäckning för att genomföra fullt ut i verksamheterna.
Erbjuda en mer aktiv och meningsfull tillvaro	Gult	Gult	Grönt	Visst arbete pågår, pga. Det ekonomiska läget är utbildningsstopp infört vilket resulterar i att BPSD ej kan genomföras utan utbildad personal
Förbättra dokumentation och rapportering	Gult	Gult	Gult	Socialdokumentation, långsiktigt arbete. Implementering pågår
Alla brukare ska ha aktuella genomförandeplaner	Gult	Gult	Grönt	Ca 95 % måluppfyllelse totalt.
Riskbedömningar i egna hemmet ska finnas hos alla brukare	Gult	Gult	Grönt	

**Mål 3: Att socialnämndens verksamheter ska arbeta med förebyggande,
effektiva och evidensbaserade insatser**

	December 2019	December 2020	Prognos Juni 2021	Kommentar
Utveckla det förebyggande arbetet genom samverkan med andra aktörer	Gult	Gult	Gult	Under uppbyggnad
Utveckla egen öppenvård	Gult	Gult	Grönt	Implementerad och i drift
Aktivt arbete med nationella register	Gult	Gult	Gult	Ej registrerat genomgående i verksamheterna pga. pandemi.
Säkerställa dagplanering	Gult	Gult	Grönt	Vimpol implementerat på vård- och omsorgsboenden. Samtliga avdelningar arbetar aktivt med PPP.
Aktivt arbete med befintliga kvalitetsverktyg (BPSD/FUNCA)	Rött	Rött	Gult	Visst arbete pågår, pga. Det ekonomiska läget är utbildningsstopp infört vilket resulterar i att FUNCA ej kan genomföras utan utbildad personal
Minska nattfastan	Rött	Rött	Gult	3/ 7 enheter aktivt arbetat med att minska nattfastan dels genom att senarelägga kvällsfikat, dels genom att erbjuda energirika smoothies. Effekten har dock inte slagit ut i nattfasta mätningarna som utförts under våren och hösten.

3 Systematiskt förbättringsarbete

3.1 Processer och styrdokument

Enligt SOSFS 2011:9 ska den som bedriver verksamhet bedöma vilka processer och rutiner som behövs för att säkra att verksamheten uppfyller de krav och mål som gäller för verksamheten enligt lagar och andra föreskrifter om hälso- och sjukvård, tandvård, socialtjänst och stöd och service till vissa funktionshindrade och beslut som har meddelats med stöd av sådana föreskrifter. Processerna och rutinerna utgör ledningssystemets grundläggande delar.

Samtliga verksamheter arbetar med processkartläggning. Processkartläggningen ska ses som ett löpande arbete där verksamheterna löpande ser över processer att kartlägga eller befintliga processer att justera och uppdatera för att upprätthålla kvaliteten.

Processerna har ännu inte gjorts tillgängliga för medarbetare inom socialtjänsten. Det är endast de grupper som deltar i processkartläggningen som hittills tagit del av materialet. Ledningsgruppen beslutade under hösten 2020 att processerna ska göras tillgängliga för samtlig personal så snart de senast kartlagda processerna är färdigställda, detta bör ske under 2021.

På grund av den pågående pandemin har arbetet med processkartläggning tagit längre tid än planerat då verksamheterna tvingas prioritera om, men ambitionen är att personal ska kunna ta del av processerna under 2021.

I samband om processkartläggningen ser verksamheten över befintliga riktlinjer och rutiner som sedan integreras i ledningssystemets processer. Samtidigt görs en bedömning av vilka rutiner och riktlinjer som eventuellt saknas för att personal ska kunna följa processerna. I de fall behov finns så startas arbetet med att ta fram dessa dokument. Under kommande år ska fokus ligga på att identifiera processer där samverkan bedrivs eller bör bedrivas för att tydliggöra ansvar och informationsöverföring.



3.2 Sammanställning avvikelser/synpunkter och klagomål

Typ av ärende	2017	2018	2019	2020
Klagomål och synpunkter SoL, LSS	4	8	12	4
Avvikelse enl. SoL, LSS	810	888	707	741
Lex Sarah	4	3	4	2
Totalt	818	899	723	747

3.3 Avvikelse i egen verksamhet enligt SoL/LSS

Socialtjänstens verksamheter rapporterar avvikelser på blanketter. Det finns en ambition om att digitalisera avvikelshantering men ärendet har inte varit prioriterad under året. Jokkmokks kommun ingår i ett projekt för ett länsgemensamt verksamhetssystem och av den anledningen kommer inga nya moduler att köpas in i dagsläget.

MAS har tagit fram nya rutiner för avvikelshantering och dessa börjar användas från 1 februari 2021. Största förändringen är vid handläggning av fallavvikelse, detta för att man ska ha ett mer förebyggande arbetssätt och på så vis förebygga att brukarna faller.

Avvikelse i egen verksamhet enligt SoL/LSS handlar främst om olyckstillbud, brister i basala hygienrutiner, brister i information och/eller kommunikation.

Jämfört med 2019 är det några typer av avvikelser som sticker ut. En markant ökning av avvikelser gällande fall, 87 fler avvikelser under 2020 jämfört med 2019. Det är en ökning motsvarande 31%. Även avvikelser gällande brister i handläggning och dokumentation på Biståndsenheten har ökat kraftigt med 160 % från 9 avvikelser till 24.

Övriga avvikelser inom SoL/LSS har minskat från 92 avvikelser år 2019 till 42 avvikelser år 2020. En minskning med 54 %.

Avvikelshantering fungerar bra och samtliga enheter har rapporterat avvikelser. MAS sammanställer och redovisar avvikelser var sjätte månad till socialnämnden. Utbildning för personal i avvikelserrapportering ges 1 gång per år samt vid nyanställning och vid begäran.

3.4 Lex Sarah

Under året har MAS gjort två Lex Sarah-utredningar som båda ledde till Lex Sarah-anmälan hos IVO. I båda fallen avslutades ärendet efter kompletteringar till IVO. Verksamheterna har vidtagit åtgärder för att förebygga att missförhållandet ska uppstå igen. Åtgärderna som vidtagits handlar om reviderade rutiner och telefonpolicy, uppdaterad blankett för tystnadsplikt, översyn av introduktion för nyanställda samt att personalenheten har varit till personalgrupper och informerat om vad som gäller och allvaret av att bryta mot tystnadsplikten.

	Verksamhet	Händelse	Bedömning/beslut	Anmälan
1	Vård- och omsorgsboende	Brister i rättssäkerhet, integritet	Missförhållande	Ja
2	Hemtjänst/ vård- och omsorgsboende	Brister i omsorg	Missförhållande	Ja

3.5 Klagomål och synpunkter

Sedan tidigare så finns en blankett som går under namnet "säg vad du tycker" som delas ut till brukare. Under 2020 lanserades också en e-tjänst där kommunmedborgarna kan skicka in synpunkter och klagomål digitalt via kommunens hemsida. För att uppmärksamma kommunmedborgarna om e-tjänsten gjorde verksamhetsutvecklarna en film som publicerades på kommunens Facebooksida, dessvärre verkar detta inte fått någon effekt då antalet inkomna synpunkter är väldigt få.

Eftersom det är av stor vikt att socialtjänsten får in synpunkter, både positiva och negativa, så kommer man under 2021 utreda hur man kan arbeta för att få in fler synpunkter.

4 Kvalitetsarbete och resultat

Kvalitetsarbetet består till stor del av att planera, genomföra och analysera egenkontroller och riskanalyser. Egenkontroll innebär att granska och utvärdera om verksamheterna bedrivs enligt lagkrav, kvalitetskrav och andra uppsatt mål. Egenkontroll är en form av intern granskning som ger socialtjänsten en möjlighet att förbättra kvaliteten och utveckla verksamheterna.

Socialtjänsten ska fortlöpande bedöma om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet. För varje sådan händelse ska verksamheten uppskatta sannolikheten för att händelsen inträffar samt bedöma vilka negativa konsekvenser som skulle kunna bli följden av händelsen. Utifrån detta beslutas det sedan om vilka åtgärder som eventuellt ska vidtas för att minimera de identifierade riskerna.

4.1 Hemtjänsten

Under året har fem risker identifierats. De riskerna som fått ett högre riskvärde och därmed ses som mer allvarliga handlar om bristande följsamhet mot arbetssättet IBIC (Individens Behov i Centrum), bristande följsamhet av nytt arbetssätt vid implementering av Lifecare mobil omsorg samt bristande kvalitet i genomförandeplaner. För att minimera dessa risker har verksamheten vidtagit ett flertal åtgärder. Åtgärderna är pågående och handlar om att utbilda personal vid nyanställning och behov samt att utse särskilda användarstödjare, erbjuda E-Learning och upprätta en rutin för social dokumentation.

Under året har en egenkontroll varit planerad men ej utförts. Egenkontrollen är kopplad till en risk för brist i tilldelningen av kontaktperson, vilket kan resultera i att en brukare inte får en kontaktperson tilldelad i samband med nya insatser. Egenkontrollen innebär att enhetschef ska kontrollera att alla nya brukare får en kontaktperson tilldelad. Egenkontrollen följer med till 2021 års kvalitetsarbete.

4.2 Vård- och omsorgsboenden

En av riskerna som bedömdes vara hög var efterlevnaden av basala hygienrutiner. På grund av Corona pandemin har alla som arbetar inom vård och omsorgsboende utfört utbildning om basala hygienrutiner. Dessutom har särskilda omklädningsrum ställts i ordning för en säker hantering av arbetskläder. Åtgärder har därmed genomförts och bidragit till att verksamheten inte längre bedömer att det föreligger någon risk för att basala hygienrutiner inte följs.

En annan risk som identifierats är brister i att tillgodose den boendes behov av utevistelser och delaktighet i att styra sin vardag. För att åtgärda detta har verksamheten genomfört ett arbete för att säkerställa att samtliga brukare har en aktuell genomförandeplan. För att ytterligare minimera risken

har en egenkontroll införts som syftar till att genomföra kontroller i dagplaneringsverktyget Vimpol gällande vilka insatser som genomförts och vilka som inte genomförts.

4.3 Enheten funktionsnedsättning

Under året har man bedömt att risken för utebliven insats är medelhög men eftersom allvarlighetsgraden är betydande ska verksamheten arbeta med att minimera risken. För att åtgärda risken är planen att insatserna inom boendestöd ska hanteras i planeringsverktyget Lifecare planering. Arbetet är i uppstartsfas och kommer fortgå under 2021.

4.4 Biståndsenheten

Riskanalyser har gjorts utifrån rådande pandemin vilket medfört att säkerheten för att undvika smitta har ökat. Åtgärder som utförts är att plexiglas har köpts in och används i besöksrummen, handsprit erbjuds till besökande och rutiner för hur ytor och hygien ska skötas har upprättats.

Biståndsenheten har inte genomfört några egenkontroller men planen är att under året skapa en granskningsmall för förhandsbedömningar utifrån anmälan om att barn far illa.



5 Brukarundersökning

Socialstyrelsen gör på Regeringens uppdrag varje år en rikstäckande undersökning av äldres uppfattning om kvaliteten i hemtjänst och särskilt boende.

Med tanke på att det fanns en samhällsspridning av covid-19 och därmed råd om att undvika att träffa andra människor och att det var besöksförbud på särskilda boenden under den större delen av svarsperioden, så hindrades många anhöriga från att kunna hjälpa till att besvara enkäter. Detta resulterade i att svarsfrekvensen generellt i hela landet är sämre i båda grupperna jämfört med föregående år.

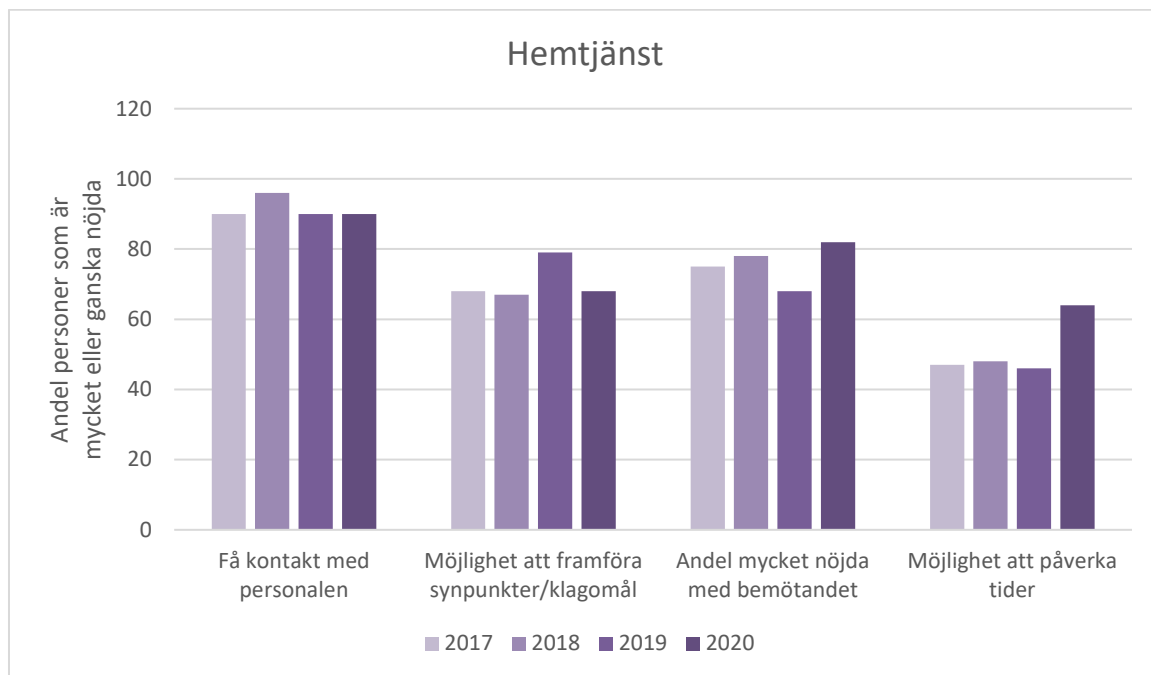
Sjunkande svarsfrekvenser är ett generellt problem i enkätundersökningar, så även för denna undersökning. Socialstyrelsen presenterar bara resultat för verksamheter med minst sju svaranden, för att inte riskera att röja enskilda personers svar.

Syftet med undersökningen "Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?" är att ge enskilda äldre en röst samt att ta fram kvantitativa mått på äldreomsorgen utifrån brukarnas perspektiv. Det möjliggör att utfallet av insatser kan mätas och jämföras och därmed även utvärderas och utvecklas i linje med vad de som tar emot omsorg tycker.

Det finns möjlighet att genomföra brukarundersökning även inom andra brukargrupper men detta har inte prioriterats. Brukarnas egna upplevelser av insatserna är viktiga för att verksamheten ska kunna förbättra kvaliteten och därför kommer fokus ligga på att genomföra fler brukarundersökningar under kommande år.

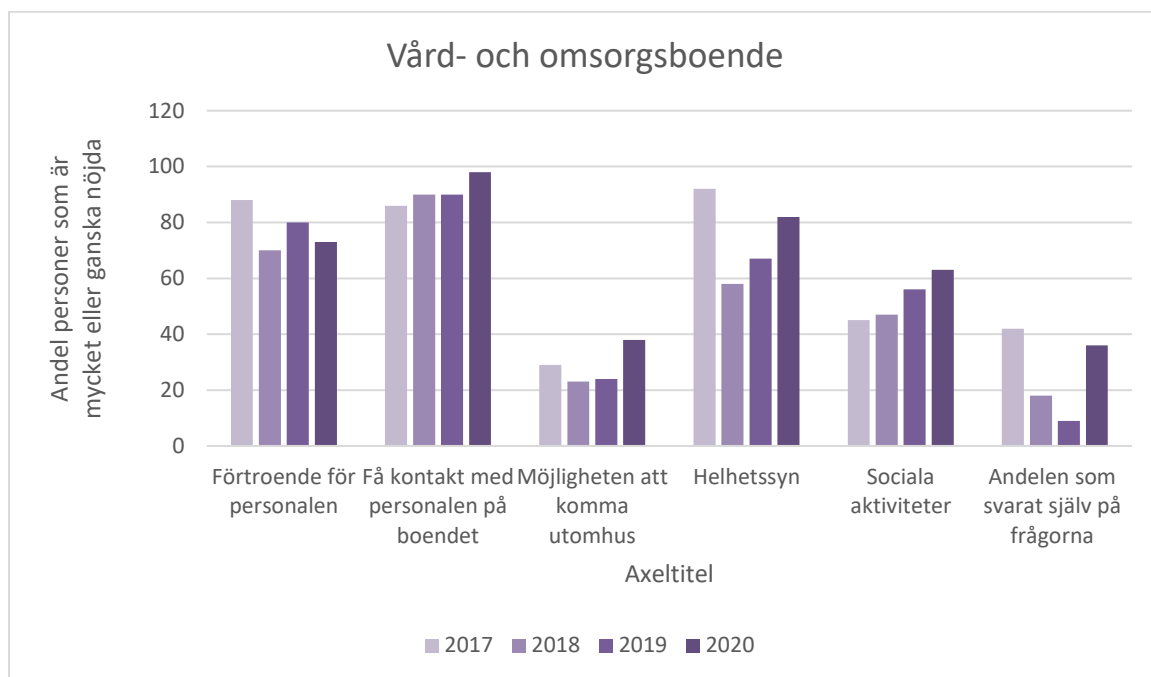


5.1 Hemtjänsten



Styrkor	Svagheter
Brukarna upplever ett bra bemötande.	Möjligheten att påverka tider anses relativt låg trots att trenden går åt rätt håll.
Lätt att få kontakt med personalen.	
Möjlighet att framföra synpunkter och klagomål.	

5.2 Vård och omsorgsboende



Styrkor	Svagheter
Helhetssyn	Möjlighet att komma utomhus
Sociala aktiviteter	Förtroende för personalen
	Få kontakt med personal på boendet.
	själv svarat på frågorna

5.3 Enheten funktionsnedsättning

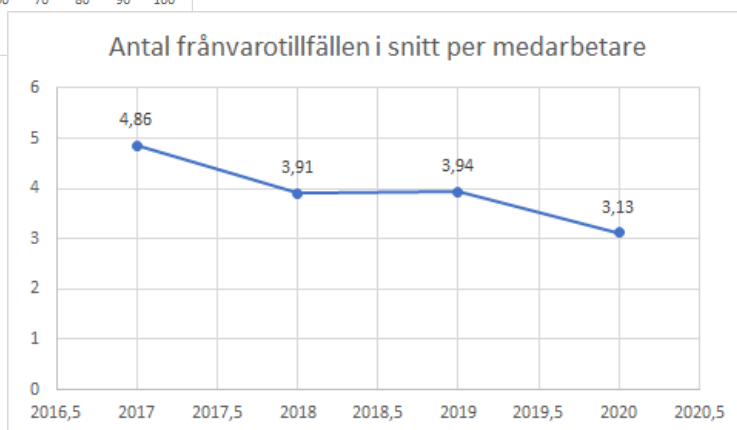
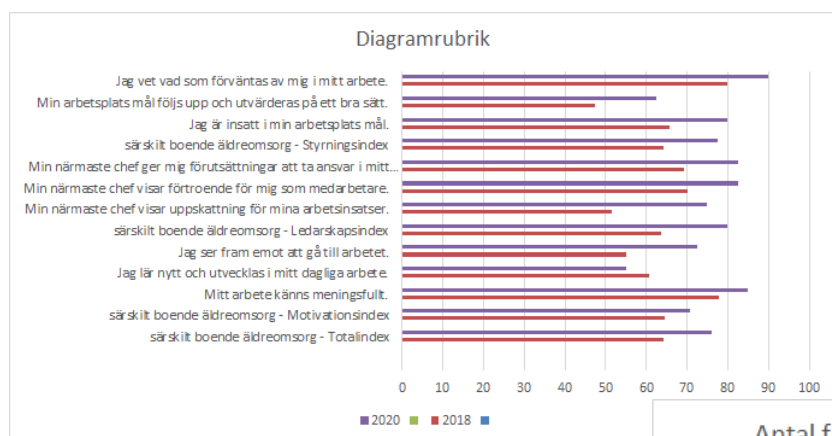
Ingen brukarundersökning genomförd 2020.

5.4 Biståndsenheten

Ingen brukarundersökning genomförd 2020.

6 Goda exempel på förbättringsarbete

- Inom Daglig verksamhet enligt LSS pågår ett utvecklingsarbete där målet är att omstrukturera verksamheten för att bättre kunna möta brukarnas behov. Främst handlar det om att skapa meningsfull sysselsättning för de som har en högre funktionsnivå. Eftersom det visat sig vara svårt att ordna praktikplatser så behöver personalen kunna arbeta som handledare.
- Hemtjänsten har ett pågående arbete med implementering av Lifecare Mobil Omsorg som innebär att personalen kan använda mobiltelefoner som ett arbetsverktyg för att se schema och dokumentera digitalt.
- Samtliga avdelningar på vård- och omsorgsboenden har försetts med terapidjur. Terapidjuren är interaktiva robotdjur i form av katter och hundar. Likt verkliga djur kan terapidjuren ge brukare fysisk närhet och någon att bry sig om. Verksamheten rapporterar att djuren skänker väldigt mycket glädje till de äldre och är ett mycket uppskattat inslag i vardagen.
- På vård- och omsorgsboende befinner man sig i planeringsfasen till flera nya arbetssätt bland annat införande av digital dokumentation för alla personal, resursplanering i Lifecare Planering för Natteamet samt e-tillsyn via kamera.
- Inom vård- och omsorgsboendes har man följt upp resultaten på medarbetarundersökningen. Där syns en tydlig förbättring på åtta av nio punkter från 2018 till 2020. Inom samma verksamhet har också sjukfrånvaron per medarbetare minskat. Dessa resultat är indikatorer på att personalen trivs vilket medför högre kvalitet. Se diagram nedan.



7 Utmaningar kommande år

- Verksamhetssystemet behöver utvecklas och integrera fler arbetsprocesser. Det gäller särskilt inom två områden, det ena är avvikelshantering men även HSL. Avvikelse rapportering sker idag på pappersblanketter och utredningarna saknar systematik. Gällande HSL är ett mål att kunna införa digital signering.
- Öka inflödet av synpunkter och klagomål. Här kan det vara av vikt att även beröm uppskattas att få in. Verksamheterna vill även veta vilka delar som fungerar bra.
- Ledningsgruppen beslutade under hösten 2020 att processerna ska göras tillgängliga för samtlig personal så snart de senast kartlagda processerna är färdigställda, detta bör ske under 2021.
- Under kommande år ska fokus ligga på att identifiera processer där samverkan bedrivs eller bör bedrivas för att tydliggöra ansvar och informationsöverföring.
- Brukarnas egna upplevelser av insatserna är viktiga för att verksamheten ska kunna förbättra kvaliteten och därför kommer det successivt genomföras fler brukarundersökningar under kommande år.

