

# Kvalitetsberättelse 2013

Omsorgsnämnden



## Innehåll

<b>Kvalitetsberättelsen .....</b>	<b>3</b>
Vad är kvalitet i verksamheten? .....	3
Syfte.....	3
Fokusområden under 2013 .....	4
<b>Underlag för analys.....</b>	<b>5</b>
Kommunens kvalitet i korthet, KKiK .....	5
Öppna jämförelser .....	5
Funktionshinder, LSS .....	6
Funktionshinder, psykiska funktionshinder.....	6
Missbruks- och beroendevården .....	6
Ekonomiskt bistånd .....	6
Barn och unga .....	6
Socialstyrelsens nationella brukarundersökning för äldreomsorgen.....	6
Brukarundersökning i hemvården.....	7
Brukarundersökning på särskilt boende.....	8
Inkomna avvikelser .....	9
Lex Sarah.....	9
Synpunkter och klagomål .....	10
Egenkontroller och internkontroller .....	11
Brukarundersökning gällande mat distribution .....	11
Tillsyner och granskningar .....	11
<b>Sammanfattning och analys .....</b>	<b>12</b>
Genomförande av analysen .....	12
Sammanfattande bedömning .....	12
Utvecklingsområden.....	13
<b>Planerade insatser under 2014.....</b>	<b>13</b>

# Kvalitetsberättelsen

Vad är kvalitet i verksamheten?

Socialtjänstlagen (SoL) 3 kap § 3 säger: *”Insatser inom socialtjänsten skall vara av god kvalitet. För utförande av socialnämndens uppgifter skall finnas personer med lämplig utbildning och erfarenhet. Kvaliteten i verksamheten skall systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras.”* Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) § 6 innehåller motsvarande bestämmelse. Kravet på god kvalitet gäller både enskild och offentlig verksamhet inom socialtjänsten.

Kvalitetsbegreppet omfattar socialtjänstens verksamhet på alla nivåer: strukturinriktade, allmänt inriktade och individinriktade insatser. Medborgare har rätt att få adekvat stöd och hjälp av god kvalitet. God kvalitet inom socialtjänstens verksamhet innefattar bland annat

- Rättssäkerhet
- Bemötande
- Delaktighet
- Socialtjänstens insatser ges i enlighet med de mål och övriga bestämmelser som socialtjänstlagen anger.

Kvalitet definieras på följande sätt: att en verksamhet uppfyller de krav och mål som gäller för verksamheten enligt:

- lagar och andra föreskrifter om hälso- och sjukvård, socialtjänst och stöd och service till vissa funktionshindrade och
- beslut som har meddelats med stöd av sådana föreskrifter

Krav på kvalitet i verksamheten och uppföljning sker på flera nivåer. Det finns en nationell nivå med krav i form av lagstiftning och nationell uppföljning via tillsyner, öppna jämförelser mm. Kommunfullmäktige ställer krav via verksamhetsplaner och mål för verksamheten. Enheterna har egna kvalitetsmätt liksom de enskilda brukarna, vars uppfattning följs upp via synpunktshantering, brukarundersökningar och avvikelshanteringar.

## Syfte

Syftet med kvalitetsberättelsen är att ge en samlad bild av kvaliteten i verksamheten, det arbete och de avvikelser, Lex Sarah-utredningar och synpunkter som förekommit under 2013.

Kvalitetsberättelsen omfattar huvudsakligen socialtjänstlagens och Lagen om särskilt stöd till vissa funktionshindrade, LSS, område. Kvaliteten inom hälso- och sjukvården redovisas i nämndens patientsäkerhetsberättelse.

Kvalitetsberättelsen ger en bild av vilket fokus förvaltningen haft i arbetet med kvalitet under 2013. Även vilka insatser som planeras under 2014 anges. Kvalitetsberättelsen är en sammanfattning av kvalitetsarbetet och många av de områden som redovisas i rapporten, redovisas mer fördjupat för omsorgsnämnden i separata rapporter.

Omsorgens ledningssystem för kvalitet omfattas endast de delar som omfattas av Socialstyrelsens föreskrift och allmänna råd SOSFS 2011:9. Det innebär att frågor som rör personal och arbetsmiljö inte finns med i ledningssystemet. Trots det berörs dessa delar till viss del i kvalitetsberättelsen, eftersom det varit svårt att analysera kvaliteten i verksamheten utan att beröra arbetsmiljön och möjligheten att rekrytera och behålla kompetent personal.

## Fokusområden under 2013

Kvalitetsarbetet under 2013 har i stor grad varit fokuserade på kvalitetsfrågor kopplade till Kundval enligt Lagen om valfrihetssystem, LOV och framtagandet av ett ledningssystem för kvalitet.

Omsorgsnämnden införde kundval enligt LOV 1/1 2013 och 1/9 började den första externa utföraren, Systrarna Odhs hemtjänst, verka i kommunen.

Under året har ledningsgruppen arbetat med att ta fram ett ledningssystem för kvalitet enligt SOSFS 2011:9, som antogs av nämnden i november 2013. Förvaltningen har haft gott stöd av SKLs satsning Kvalitetssäkrad välfärd i arbetet med kvalitetsledningssystemet och har även deltagit i nätverk tillsammans med de andra 15 kommunerna i Skaraborg, genom Skaraborgs kommunalförbund.

Genom ledningssystemet beskriver förvaltningen hur den planerar, utför, följer upp/utvärderar och förbättrar verksamheten. I centrum för kvalitetsledningssystemet står processkartläggningar som beskriver en process olika delar och hur de förhåller sig till varandra. Varje del är kopplat till ett kvalitetskrav för aktiviteten och hur aktiviteten ska genomföras ska vara beskrivet i riktlinjer och anvisningar. Processerna ska sedan planeras, genomföras, kontrolleras och förbättras. I planeringen ska riskanalyser göras och när verksamheten kontrolleras ska egenkontroll och klagomålshantering användas som verktyg.

I arbetet med att ta fram ett ledningssystem för kvalitet har inneburit att nya riktlinjer för flera områden inom förvaltningen

### **Nya riktlinjer:**

- muta och jäv,
- våld i nära relation,
- handläggning och genomförande av insatser inom vuxenheten
- handläggning och genomförande av insatser gällande barn och unga
- tränings- och utredningsteam
- serveringstillstånd och detaljhandel med folköl (tillsammans med Essunga, Falköping, Gullspång, Hjo, Karlsborg, , Skara, Tibro och Töreboda)

### **Reviderade riktlinjer under 2013:**

- riktlinjerna för handläggning inom äldreomsorgen
- riktlinjer för LSS

### **Nya anvisningar:**

- anvisning för interna samverkan mellan handläggare och
- avvikelser enligt Socialtjänstlagen och LSS har tagits fram
- anvisningar för arbete mot våld i nära relation

Arbete med att revidera riktlinjerna för försörjningsstöd samt ta fram riktlinjer för parboendegaranti på särskilt boende har påbörjats och kommer att slutföras under våren 2014.

Som en del av arbetet med att införa ett ledningssystem för kvalitet enligt SOSFS 2011:9 har arbetet med att kartlägga de processer som är viktiga för verksamhetens kvalitet påbörjats. Arbetet kommer att fortgå under 2014 och ett förslag till standard för förvaltningens processkartor har tagits fram.

## Kartlagda processer:

- handläggning och genomförande av insatser enligt LSS,
- utredning, beslut och genomförande av insatser för vuxna samt
- utredning, beslut och genomförande av insatser inom försörjningsstödsenheten.

En viktig kvalitetsfråga under 2013 har varit inrättandet av tränings- och utredningsteamet, som ska underlätta för enskilda att komma hem till den egna bostaden efter t ex en sjukhusvistelse.

## Underlag för analys

### Kommunens kvalitet i korthet, KKiK

Kommunens Kvalitet i Korthet består av ett antal viktiga kunskapsområden för kommuninvånarna som beskriver kommunens kvalitet och effektivitet. Under 2013 har 220 kommuner deltagit i Kommunens Kvalitet i Korthet för att utveckla och pröva verktyget.

Skara kommuns siffror på omsorgens områden i jämförelse med riksgenomsnittet framgår av nedanstående tabell

Mått	Skara	Riksgenom- snitt
Andel förvärvsarbetande i kommunen	77,3 %	78,6 %
Andel som känner trygghet i kommunen	53 %	61 %
Andel innevånare med försörjningsstöd	3,9 %	4 %
Genomsnittlig handläggningstid vid ansökan om försörjningsstöd	14 dagar	16 dagar
Andel ungdomar som inte återkommit till socialtjänsten ett år efter avslutad insats	79 %	80 %
Kostnad för en plats i hemvården	149 tkr/år	202 tkr/år
Antal vårdare som besöker en hemvårdstagare under en 14 dagarsperiod	12	14
Kostnad för en plats på särskilt boende	444 tkr/år	619 tkr/år
Väntetid för att få en plats på särskilt boende	64 dagar	50 dagar

### Öppna jämförelser

Öppna jämförelser finns inom socialtjänstens område på barn- och ungdomsvården, ekonomiskt bistånd, hemlöshet och utestängning från bostadsmarknaden, missbruks- och beroendevård, stöd till

brottsoffer, stöd till personer med funktionsnedsättning och äldreomsorg och hemsjukvård. Nedan följer en kort sammanfattning av vad verksamheterna angivit som svar i enkäterna.

#### Funktionshinder, LSS

Rutiner för samverkan finns internt inom omsorgen. Externt finns överenskommelser med arbetsförmedlingen och försäkringskassan, men saknas med barn- och ungdomspsykiatri och vuxenpsykiatri. Det finns rutiner för att upprätta individuell plan. Uppföljningar av beslut görs inte struktureras och det har inte genomförts någon brukarundersökning inom verksamheten under 2013.

#### Funktionshinder, psykiska funktionshinder

Rutiner för samverkan finns internt inom omsorgen. Externt finns överenskommelser med Västra Götalandsregionen, men saknas med arbetsförmedlingen och försäkringskassan. Det finns uppsökande verksamhet, öppen verksamhet och strukturerad sysselsättning. Det finns även råd för funktionshinder i verksamheten.

#### Missbruks- och beroendevården

Rutiner för samverkan finns internt inom omsorgen. Externt finns överenskommelser med primärvården. Klienter i missbruksvården har inte kartlagts. Det finns strukturerad öppenvård och stöd till närstående. Tid till första besök hos socialsekreterare är 4-7 dagar.

#### Ekonomiskt bistånd

Rutiner för samverkan finns internt inom omsorgen. Externt finns överenskommelser med arbetsförmedlingen och försäkringskassan, men saknas med primärvård, öppenpsykiatri och kronofogdemyndighet.

Strukturerad utredningsmall används i verksamheten. 89 % av personalen är socionomer och 56 % har arbetat i mer än 2 år. Systematisk uppföljning genomförs inte. Genomförandeplaner upprättas. Verksamheten erbjuder arbetsbefrämjande verksamhet och hushållsekonomisk rådgivning. Verksamheten har fått rätt i 90 % av de överklagade besluten under 2013.

#### Barn och unga

Rutiner för samverkan finns internt inom omsorgen. Externt finns överenskommelser med barnhälsovården, barn- och ungdomspsykiatri, förskola/skola och polis.

Verksamheten har en permanent BBIC-licens. Verksamheten erbjuder manualbaserade insatser. Barn- och ungdomsvården uppgår till 3 % av kommunens sammanlagda kostnad. Andelen barn och ungdomar, 0-20 år, i kommunen uppgår till 19 %. Andelen barns som lever i ekonomiskt utsatta familjer uppgår till 17 %.

Mer information om öppna jämförelser hittar du här:

<http://www.socialstyrelsen.se/oppnajokforelser>

#### Socialstyrelsens nationella brukarundersökning för äldreomsorgen

Den nationella brukarundersökningen är en enkät som Socialstyrelsen skickat ut till samtliga över 65 år som har insatser i form av hemvård eller bor på särskilt boende.

## Brukarundersökning i hemvården

Brukarundersökningen för hemvården har skickats till dem som har hemvård i Skara kommun, dock ej till dem som endast har trygghetslarm. 218 av 309 brukare i hemvården, eller deras anhöriga, har svarat på 2013 års enkät från Socialstyrelsen. Det motsvarar 71 % av brukarna. 78,5 % av brukarna har själva svarat på enkäten. När det gäller hemvården har andelen positiva svar per fråga som följer på socialstyrelsens nationella brukarundersökning

Fråga	Andel positiva svar 2013	Andel positiva svar 2012	Riks- genomsnitt 2013
Beslutet är anpassat efter brukarens behov	77	79	73
Fick välja utförare av hemtjänsten	34	35	53
Vet vart man vänder sig med synpunkter och klagomål	61	70	62
Personalen tar hänsyn till brukarens egna åsikter och önskemål	87	89	85
Kan påverka vilka tiden man får hjälp	63	62	61
Personalen utför sina arbetsuppgifter bra	88	91	87
Personalen kommer på avtalad tid	86	88	86
Personalen har tillräckligt med tid för arbetet	81	85	82
Personalen brukar informera om tillfälliga förändringar	69	81	70
Får bra bemötande av personalen	98	97	97
Känner sig trygg hemma med hemtjänst	89	91	87
Känner förtroende för personalen	94	94	91
Besväras inte av ensamhet	43	42	45
Har lätt att få träffa sjuksköterska vid behov	80	82	69
Har lätt att få träffa läkare vid behov	52	52	57
Har lätt att få kontakt med personalen vid behov	89	90	81
Är sammantaget nöjd med hemtjänsten	90	92	90
Fungerande samarbete mellan närstående och hemtjänsten	89	Ny fråga	87

Brugarundersökning på särskilt boende

50 av 82 boende på särskilt boende, eller deras anhöriga, har svarat på Socialstyrelsens nationella enkät 2013. Det är 61 % av de boende. 45 % av de boende har själva svarat på enkäten. När det gäller särskilt boende är andelen positiva svar per fråga som följer:

Fråga	Andel positiva svar 2013	Andel positiva svar 2012	Riks-genomsnitt
Fick plats på önskat äldreboende	90	89	88
Trivs med sitt rum/lägenhet	72	78	96
Tycker det är trivsamt i gemensamma utrymmen	73	69	94
Tycker att maten smakar bra	80	78	77
Upplever måltiderna som en trevlig stund	73	72	70
Personalen har tillräcklig med tid för arbetet	77	68	72
Personalen brukar informera om tillfälliga förändringar	44	44	48
Kan påverka vilka tiden man får hjälp	60	60	59
Får bra bemötande av personalen	96	94	95
Personalen tar hänsyn till brukarens egna åsikter och önskemål	78	71	78
Känner sig trygg på sitt äldreboende	85	87	90
Känner förtroende för personalen	87	86	89
Är nöjd med de aktiviteter som erbjuds på äldreboende	53	56	63
Möjligheterna att komma utomhus är bra	47	57	58
Besväras inte av ensamhet	21	36	34
Har lätt att få träffa sjuksköterska vid behov	80	81	78
Har lätt att få träffa läkare vid behov	56	64	60
Har lätt att få kontakt med personalen på äldreboendet vid behov	93	83	86
Är sammantaget nöjd med äldreboendet	81	80	83
Vet vart man vänder sig med synpunkter och klagomål	43		74
Fungerande samarbete mellan närstående och boendet	86	Ny fråga	89



## Inkomna avvikelser

Under året har det inkommit 105 avvikelser gällande insatser enligt socialtjänstlagen och LSS. Den vanligaste avvikelsen gäller lång väntetid vid larm

Avvikelserna har fördelat sig enligt följande:

Avvikelse	Antal
Lång väntetid vid larm (30 – 60 min)	36
Försenat besök	33
Uteblivet besök	12
Brister i dokumentationen	2
Brister i rapporteringen	3
Omplanerat besök	18
Övrig avvikelse (Ej använt hjälpmedel på rätt sätt)	1

Huvuddelen av avvikelserna kommer från äldreomsorgen, som har mest vana att lämna in avvikelserapporter. Flest avvikelser kommer från nattpatrullen och där gäller de flesta avvikelser långa väntetider vid larm eller att tillsynsbesök blivit försenade. Huvuddelen av de försenade besöken avser tillsynsbesök under natten, som blivit försenade p.g.a. att personalen varit upptagna med besök efter larm.

## Lex Sarah

Det har under året inkommit 26 rapporter om missförhållanden eller risk för missförhållanden enligt Lex Sarah inom verksamheten. De 26 rapporterna har resulterat i 18 utredningar. I de övriga 8 rapporterna har utredaren tidigt konstaterat att det inte rör sig om ett missförhållande och inte utrett händelsen ytterligare.

Lex Sarah-rapporterna, utredningarna, typ av missförhållande och åtgärder har fördelat sig enligt följande:

	Äldreomsorgen	Avdelning för funktionshinder	Individ- och familjeomsorg
Rapporter	21	2	3
Avskrivna	8	0	0
Utredningar	13	2	3
<b><u>Missförhållande</u></b>			

Utebliven insats	3	0	1
Brist i insatsen, t.ex. ej enligt rutin	5	1	1
Bemötande	1	1	1
Stöld	2	0	0
Annat	2	0	0
<b><u>Åtgärder</u></b>			
Arbetsrättsliga åtgärder	1 (2 anställda)	1	1 (4 anställda)
Ändrad introduktion	5	0	0
Ändrade rutiner			1
Arbete med personalgruppen		1	1
Ingen åtgärd	7	0	1
<b>Anmält till IVO</b>	1	1	0

De ärenden som anmälts till Inspektionen för vård- och omsorg, IVO är ett ärende där personalen glömde en brukare på toaletten på ett särskilt boende under ca 1 – 1 ½ timme och ett ärende där en personlig assistent inte gått upp och hjälpt en brukare under sovande jour. I både ärenden har omsorgsnämnden vidtagit åtgärder för att se till att missförhållandet inte händer igen. Förbättringar har gjorts även i de ärenden där händelsen inte bedömts vara så allvarlig att en anmälan till IVO ska göras.

### Synpunkter och klagomål

De synpunkter och klagomål som inkommit under året har redovisats för nämnden

	Beröm	Förslag/synpunkt	Missnöje	Skaderisk	Totalt
<b>AFF</b>	2	0	3	0	<b>5</b>
<b>IFO</b>	0	3	13	0	<b>16</b>
<b>ÄO</b>	21	7	13	1	<b>42</b>
<b>Totalt</b>	<b>23</b>	<b>10</b>	<b>29</b>	<b>1</b>	<b>63</b>

Brukare inom äldreomsorgen har lämnat flest synpunkter under 2013. Inom äldreomsorgen är det dubbelt så många synpunkter med beröm som med missnöje. Det kommer också många förslag från äldreomsorgens brukare. Beröm gäller framför allt bemötandet från personalen. Missnöje handlar oftast om brist på kontinuitet och missnöje med maten.

Inom avdelningen för funktionshinder gäller missnöjet personalplanering för personliga assistenter, hur personal för samtal samt att det saknats stöd för träning. Berömmet är ett allmänt beröm om att allting är bra. Synpunkterna från avdelningen från funktionshinder är så få att det är svårt att dra några slutsatser av dem.

Inom IFO är huvuddelen av synpunkterna klagomål. Den händelse som under 2013 har resulterat i flest missnöje via synpunkts hanteringen är Oasens flytt från Fontänen. Efter att den nya brukarlokalen Iris på Skaraborgsgatan har öppnat har inga fler synpunkter om detta inkommit.

Synpunkterna under 2013 visar tydligt att förändringar i verksamheten och den osäkerhet som det för med sig ofta leder till missnöje i synpunkts hanteringen. Det visar på vikten av att vara tydlig i informationen till våra brukare.

Rutinerna för synpunktshanteringen behöver förbättras, så att fler synpunkter återrapporteras enligt anvisningen.

## Egenkontroller och internkontroller

Under året har tre internkontroller av delar som påverkar verksamhetens kvalitet genomförts. Det gäller hur snabbt verksamheten hanterar anmälningar, rättssäkerhet i handläggning och om beslut fattats i enlighet med delegationsordning genomförts.

När det gäller internkontrollen av anmälningar mäts hur lång tid det tar från anmälan om att någon far illa tills ställningstagande om en utredning ska öppnas tar. Målsättningen är att en anmälan ska behandlas inom 10 dagar om det gäller barn och inom 20 dagar om det gäller vuxna. 2012 hade ställning tagit i rätt tid i 68 % av ärendena. 2013 hade den siffran stigit till 78 %.

Internkontrollen gällande rättssäkerhet i handläggning görs i form av kollegiegranskning, där handläggare på en enhet granskar ärenden från en annan enhet. Ärendena plockas slumpvis ut för stickprovskontroll och granskningen görs enligt en framtagen granskningsmall. 2012 var rättssäkerheten i de granskade ärenden 69 %. 2013 hade siffran stigit till 72 %. Verksamheterna har använt granskningsmallen som checklista för att skriva mer rättssäkra utredningar.

När det gäller granskning av om delegationsordningen efterlevs visar granskningen att samtliga beslut som granskats fattats av rätt delegat.

## Brukarundersökning gällande mat distribution

En enkät gällande kosten delades ut till alla som hade matdistribution under v 50. Sista svarsdag var v 51, den 20/12.

## Tillsyner och granskningar

Under året har Inspektionen för vård och omsorg gjort två tillsyner på Kosmos, nämndens boende för ensamkommande flyktingbarn. Inspektionens bedömning är att verksamheten lever upp till lagstiftningens krav.

Arbetsmiljöverket har gjort fyra inspektioner i nämndens verksamhet under 2013, på Malmgården, Ardalagården, Bumerangen och Åkerstigen. Inspektionerna visade att enhetschefer inom omsorgen behöver mer kunskap om arbetsmiljöansvaret och en utbildning för alla omsorgen chefer har därför genomförts.

## Sammanfattning och analys

### Genomförande av analysen

Analysen av verksamhetens kvalitet har skett genom att varje ledningsgrupp har fått göra en SWOT-analys av sin egen verksamhet med utgångspunkt av det underlag för analys som framgår av kvalitetsberättelsen. Avdelningarnas SWOT-analys har sedan sammanställts till en gemensam SWOT-analys.

<b>Styrkor</b>	<b>Svagheter</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• God struktur med riktlinjer och anvisningar</li> <li>• Gott bemötande</li> <li>• Låga kostnader till hög kvalitet</li> <li>• Samverkansavtal</li> <li>• God arbetsmiljö enligt den årliga arbetsmiljöundersökningen</li> <li>• God rättssäkerhet</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informationen till brukare brister</li> <li>• Verksamheten känner inte alltid till och följer riktlinjer och anvisningar</li> <li>• Lite data från funktionshinderområdet</li> </ul>
<b>Möjligheter</b>	<b>Hot</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fortsätta skapa struktur genom processkartläggningar, riktlinjer och anvisningar</li> <li>• Använda de system vi har för att följa verksamheten</li> <li>• Skapa delaktighet hos personalen för att utveckla verksamheten</li> <li>• Vidmakthålla bra resultat</li> <li>• Att Skara har ett bra rykte som verksamhet och arbetsgivare</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dålig information leder till oklarheter och oro</li> <li>• Att vi blir så upptagna av vårt eget arbete att vi inte ser brukaren</li> <li>• Förväntningar om att spara ytterligare</li> <li>• Svårighet att rekrytera och behålla personal med rätt kompetens</li> </ul>

### Sammanfattande bedömning

Den sammanfattande bedömningen av omsorgsnämnden kvalitet under 2013 är att kvaliteten i verksamheten är god.

Verksamheten har under året ytterligare förbättrat strukturen genom att ta fram nya riktlinjer och anvisningar samt revidera tidigare riktlinjer. Enligt beslut av omsorgsnämnden ska riktlinjer revideras en gång per år.

Öppna jämförelser visar att förvaltningen har samarbetsavtal inom många områden, men inom varje verksamhetsområde finns aktörer med vilka samarbetsavtal saknas.

Den nationella brukarundersökningen visar att 90 % av brukarna inom hemvården är sammantaget nöjda med hur hemvården fungerar. Inom särskilt boende är 81 % sammantaget nöjda. 98 resp. 96 % är nöjda med det bemötande de får av äldreomsorgens personal, vilket är en glädjande siffra. Det område som behöver utvecklas är att många, både inom hemvården och särskilt boende, besväras av ensamhet.

Avvikelsehanteringen, synpunkter och klagomål och Lex Sarah är en viktig del i det systematiska förbättringsarbetet. Dessa delar fungerar bra i verksamheten. Det lämnas in rapporter och synpunkter från alla delar av verksamheten, även om äldreomsorgen är överrepresenterade. Under 2013 har två anmälningar om missförhållande gjorts till Inspektionen för vård och omsorg, IVO. Många av rapporterna enligt Lex Sarah, avvikelser och klagomål har lett till förbättringar i verksamheten och i arbetet gentemot enskilda brukare. Synpunkterna på verksamheten visar att antalet synpunkter som innehåller beröm är nästa lika stort som de som innehåller klagomål.

Internkontroller av behandling av anmälningar, rättsäkerhet i handläggning och efterlevnad av delegationsordning visar att rättssäkerheten har stigit sedan förra året. Rättssäkerheten är relativt god, men behöver bli ännu bättre.

Inom några områden, främst individ- och familjeomsorgen och specialistfunktioner, har förvaltningen stora svårigheter att rekrytera och behålla erfaren personal. Det är av största vikt att omsorgen har en god arbetsmiljö och att vi har ett gott rykte som arbetsgivare.

Det är viktigt att nämnden och förvaltningen i kvalitetsarbetet inte bara fokuserar på de områden vi vill förbättra, utan att vi också arbetar med att behålla de goda resultat vi har inom t ex bemötande, struktur och samverkan.

## Utvecklingsområden

Det finns samverkansavtal på många områden, men de behöver utvecklas ytterligare. Verksamheten behöver också fortsätta arbetet med att skapa delaktighet hos våra brukare och att individanpassa våra verksamheter och insatser.

Flera områden har svårigheter att rekrytera och behålla erfarens personal, trots att omsorgen har goda resultat i arbetsmiljöundersökningen. Omsorgen behöver därför arbeta med att marknadsföra verksamheten. Hemvården arbetar just nu med en marknadsföringsplan och Individ- och familjeomsorgen marknadsför sig på Högskolan i Jönköping.

Att ständigt utveckla och förbättra informationen både om vår verksamhet och om förändringar i verksamheten är ett område som vi behöver fokusera på och bli bättre på, det visar såväl brukarundersökningen som de klagomål som inkommit under 2013.

## Planerade insatser under 2014

Implementering av ledningssystemen enligt SOSFS 2011:9 kommer att pågå under hela 2014. Verksamheternas processkartor, riktlinjer och anvisningar kommer att ligga på intranätet medan uppföljningsarbetet kommer att ske i Stratsys.

De insatser som är planerade som en del av implementeringen är:

- Processkartläggningar av alla processer som är viktiga för verksamhetens kvalitet
- Riskanalyser på verksamheterna
- Egenkontroll
- Synpunktshantering även för personalens synpunkter och förslag till verksamheten

Med utgångspunkt av underlaget för analys och den SWOT-analys som genomförts av verksamheten kommer följande insatser att genomföras under 2014:

- Fortsatt arbete med värdegrund och bemötande
- Förbättra informationen till våra brukare, inklusive att ta fram information på lättläst svenska, punktskrift och i bilder.
- Marknadsföring av Omsorgen som arbetsgivare
- Göra i ordning gemensamhetslokaler på särskilt boende.