



Hudiksvalls
kommun



Kvalitetsberättelse 2021

Social- och omsorgsförvaltningen

Innehåll

1	Sammanfattning	3
1.	Inledning	4
1.1	Bakgrund och syfte	4
1.2	Definition av kvalitet	4
2	Systematiskt förbättringsarbete	4
2.1	Risanalyser.....	4
2.2	Egenkontroll	5
2.2.1	Avvikelser.....	5
2.2.2	Synpunkter, klagomål och beröm	9
2.2.3	Beröm	11
2.2.4	Lex Sarah.....	11
2.2.5	Personuppgiftsincidenter.....	13
2.2.6	Informationssäkerhet	16
2.2.7	Loggkontroller.....	16
2.3	Årets undersökningar	17
2.3.1	Öppna Jämförelser	17
2.3.2	Kommunens kvalitet i korthet.....	18
2.3.3	Brukarundersökning inom funktionsnedsättning.....	20
2.3.4	Genomförandeplaner inom hemtjänsten.....	22
2.3.5	Medarbetarundersökning.....	22
3	Interna förutsättningar för kvalitetsarbetet	23
3.1	Kraftsamling SOM.....	23
3.2	Utvärdering av SOM:s stab	24
3.3	Samverkan	25
3.4	Goda exempel och medarbetarnas medverkan i kvalitetsarbetet.....	26
3.5	Ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete	27
4	Extern uppföljning av verksamheten	28
4.1	Tillsyn av Inspektionen för vård och omsorg (IVO)	28
5	Analys	28
5.1	Ledningssystemet - utvecklingsbehov	28
5.2	Samverkan inom förvaltningen.....	29
5.3	Demensvård.....	29
5.4	Barnets bästa.....	30
	Bilaga, Kraftsamling SOM	323

1 Sammanfattning

Kvalitetsberättelsen syftar till att ge en samlad bild av förvaltningens kvalitetsuppföljningar och arbete under året. Den ska fungera som ett stöd för att utveckla och förbättra verksamheten.

Förvaltningen har under året medverkat i flera nationella undersökningar. Som en del av egenkontrollen används dessa resultat för att göra jämförelser med tidigare resultat, andra verksamheter och kommuner. Analysen ska leda till verksamhetsutveckling, exempelvis utveckling av arbetssätt och bemötande. Resultatet av Öppna jämförelser visade bland annat att kommunen inom vissa delar av verksamheten saknar arbetssätt kring systematisk uppföljning samt att kommunen, till skillnad från många andra, inte arbetar enligt IBIC (individens behov i centrum) vilket är ett systematiskt arbetssätt för utredning, genomförande av och uppföljning av insatser. Under våren påbörjades ett arbete med att införa IBIC vilket ska ge ökad fokus på individens behov och resurser, delaktighet och livskvalitet. Under hösten genomfördes även Sveriges kommuner och regioners (SKR) brukarundersökning inom funktionsnedsättning. Förvaltningen fick goda resultat inom de flesta områden, främst boendestöd.

I början av sommaren fattade Kommunstyrelsen beslutet att tillfälligt flytta över Social- och omsorgsförvaltningen till Kommunledningsförvaltningen och ett omfattande projekt, Kraftsamling SOM, startades upp i syfte att kunna kraftsamla kring ekonomin. Även om huvudprojektets mål är ekonomiska har vissa insatser inom projektet även en kvalitetshöjande effekt. Satsningen, med dess ekonomiska fokus, har samtidigt inneburit att frågor inom ramen för kvalitetsarbetet i vissa fall har behövt prioriteras bort.

Avvikelser ger viktig information om utvecklingsområden och är därmed en viktig grundsten i förvaltningens systematiska kvalitetsarbete. Antalet avvikelser har ökat avsevärt de senaste åren. Under flera år har förvaltningen haft ett ökande antal rapporter om missförhållanden men 2021 har denna trend brutits och antalet rapporter har minskat. Om det är en tillfällig minskning eller en trend är svårt att bedöma i nuläget.

Under oktober-december genomfördes en intern utvärdering av förvaltningens stab vars huvuduppdrag är att vara en stödenhet för förvaltningen samt att stödja och avlasta första linjens chefer. Sammantaget visade utvärderingen att det finns en vilja i verksamheterna att arbeta mer med kvalitetshöjande insatser, men att enhetschefernas nuvarande arbetssituation hindrar dem ifrån att bedriva ett mer långsiktigt utvecklingsarbete. Det stöd som enhetscheferna har att tillgå för detta arbete matchar inte deras behov.

Kommunens dataskyddsbud genomförde under våren en granskning av nämndens arbete utifrån kraven i dataskyddsförordningen. Resultatet visar att dataskyddsarbetet fungerade till viss del men att det fanns stora brister kring bland annat implementering av rutiner och incidentrapportering. Åtgärder som översyn och revidering av dataskyddsrutiner samt registerförteckning har vidtagits i syfte att komma till rätta med bristerna.

1. Inledning

1.1 Bakgrund och syfte

I Socialstyrelsens föreskrift för ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9) står det i kap 7 1 § "Arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet ska dokumenteras". Kvalitetsberättelsen ska beskriva det kvalitetsarbete som pågått under året samt säkra dokumentationen kring det. Kvalitetsberättelsen omfattar Socialtjänstlagens (SoL) samt Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) områden.

Enligt SOSFS 2011:9 bör nämnden årligen upprätta en kvalitetsberättelse där det ska framgå: Hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet har bedrivits, vilka åtgärder som vidtagits och vilka resultat som uppnåtts.

1.2 Definition av kvalitet

Föreskrifterna och de allmänna råden fokuserar på hur ett systematiskt kvalitetsarbete ska bedrivas. Med kvalitet avses att en verksamhet uppfyller de krav och mål som gäller enligt lagar och andra föreskrifter för verksamheten samt beslut som har meddelats med stöd av sådana föreskrifter.

2 Systematiskt förbättringsarbete

2.1 Riskanalyser

Verksamheten ska löpande bedöma om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet. Detta görs genom riskanalys. Här redovisas några exempel på riskanalyser som genomförts under året:

- En riskbedömning av verksamhetssystemet 'Treserva i systemet "Klassa" har utförts.
- Inspektionen för vård och omsorg (IVO) ombad kommunen, inom ramen för en tillsyn, att använda sig av en ny uppladdningstjänst som tillhandahålls av IVO, där en stor mängd patientjournaler skulle laddas upp i e-tjänsten. I Hudiksvalls kommun rörde det sig om 250 stycken patientjournaler med cirka

900 stycken namn på brukare. I samverkan med Nordanstig kommun gjordes en riskanalys där bedömningen utmynnade i att journalerna inte skulle laddas upp i IVO:s nya e-tjänst utan istället skickas med en krypterad USB-sticka i rekommenderat brev till myndigheten.

Risicanalyser och konsekvensbedömningar är ett utvecklingsområde inom förvaltningen. Både riskanalyser och konsekvensbedömningar bör ske i grupp för att bedömningen ska bli så bra som möjligt.

2.2 Egenkontroll

Egenkontroller sker både verksamhets- och förvaltningsövergripande samt på enhetsnivå. I kvalitetsberättelsen redovisas sammanställningar och analys av övergripande egenkontroller.

För att få stöd i att utveckla verksamheterna tas synpunkter, klagomål och beröm emot från medborgare, anhöriga, brukare, klienter med flera. Detta kan ske via blankett eller via kommunens hemsida. Medarbetare inom socialtjänsten och inom kommunal hälso- och sjukvård ska medverka till att den verksamhet som bedrivs och de insatser som genomförs är av god kvalitet. Ett led i detta är att rapportera avvikelser, som en del i det systematiska kvalitetsarbetet.

En stor organisationsförändring i social- och omsorgsförvaltningen genomfördes våren 2020, vilket inneburit en annan verksamhetsindelning.

2.2.1 Avvikelser

Under de senaste åren har antalet inrapporterade avvikelser ökat. Statistiken visar inte alla inkomna avvikelser då vissa tas bort efter bedömning, då de till exempel handlar om tillbud och inte ska hanteras i avvikelsemodulen. Ökningen mellan 2019 och 2020 berodde till stor del på att en ny rutin infördes, att rapportera alla "fall utan skada" (en ökning med 1274 avvikelser i kategorin "trygghet och säkerhet" från föregående år). Den markanta ökningen av avvikelser 2021 är generell, och avser alla kategorier förutom extern samverkan in.

Ökningen har lett till omfattande administration kring avvikelser och längre utredningstider. Detta beror delvis på okunskap kring avvikelser då man inte vet vad som ska registreras, vad som klassas som avvikelse och hur inkomna avvikelser ska hanteras. En stor del av dessa avser arbetsmiljöfrågor exempelvis att personal utsätts för våld i omvårdnadssituationer eller att man anser att man är underbemannade. En rekommendation är att dessa ska rapporteras i Stella, systemet för tillbud och arbetsskada. Den ökning som kan ses kan tolkas som en konsekvens av pandemin och stor sjukfrånvaro.



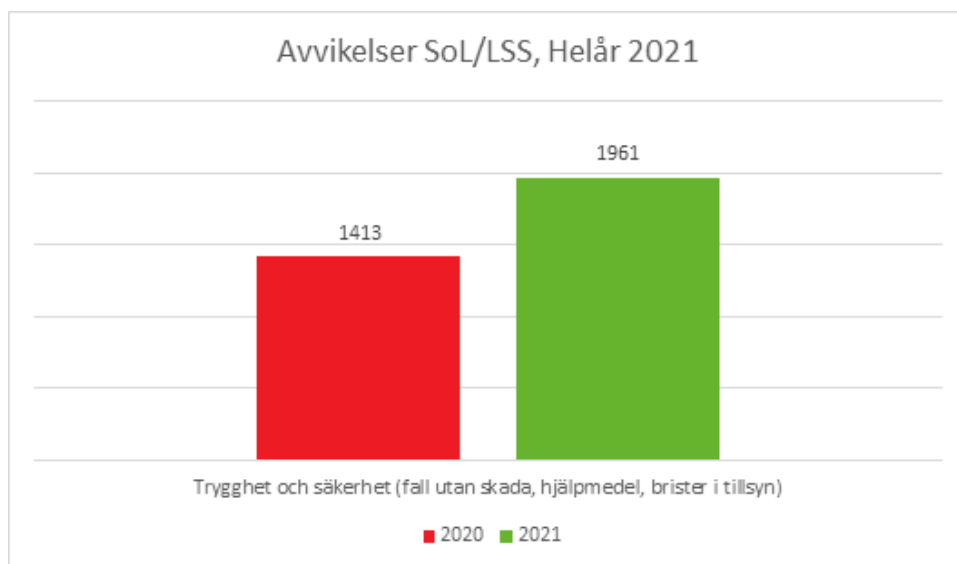
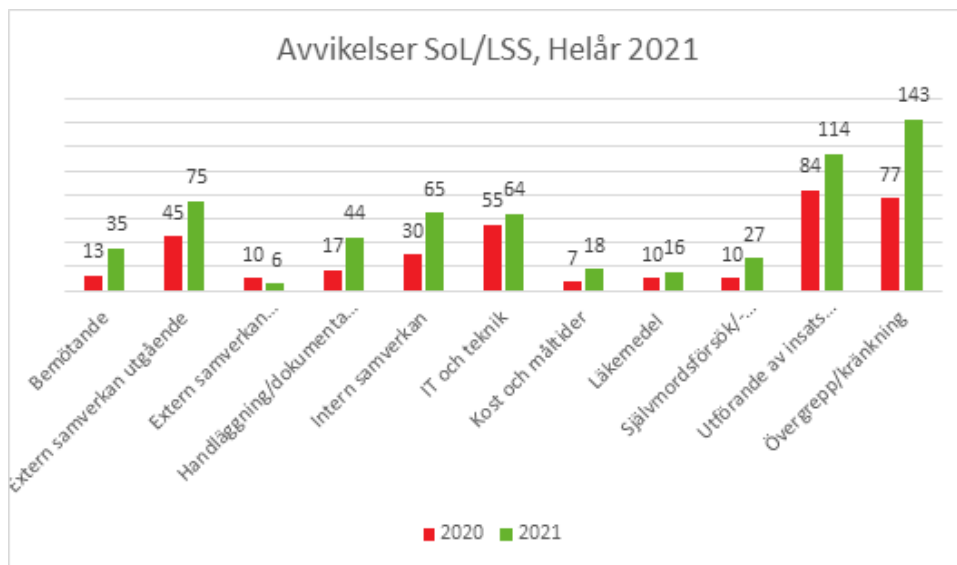
Antal avvikelser per verksamhetsområde

År	A&F	Myndighet	Vård & oms 1*	Vård & oms 2	Tillfälligt stöd	Stab	Totalt
2021	6	96	2267	192	6	1	2568
2020	5	51	1613	101	1		1771

Det kan konstateras att verksamhetsområdena Tillfälligt stöd samt Stab har få avvikelser. Det kan delvis bero på att avvikelsemodulen inte anpassats efter dessa verksamheter, vissa verksamheter dokumenterar i ett annat system. Några andra har inte dokumentationsskyldighet som exempelvis Träffpunkter och Centrum mot våld. De har dock möjlighet att skriva avvikelser på en blankett. Inom äldreomsorg har man en större vana av att rapportera avvikelser. Det är dessutom en större verksamhet.

Antalet rapporterade fall utan skada var totalt 1692 stycken under 2021.

Det är viktigt att arbeta fallförebyggande genom att tillsammans i teamet göra en analys om varför personen faller och därefter vidta förebyggande åtgärder. Teamet består av enhetschef, omvårdnadspersonal, sjuksköterska, arbetsterapeut och fysioterapeut. Den rutin för fallprevention, som tagits fram i förvaltningen, har inte fått genomslag i verksamheterna. Detta är ett stort förbättringsområde.



Externa avvikelser har rapporterats in till nämnd kontinuerligt under året. Flera av dessa har handlat om brister i kommunikation i Lifecare då patienter skrivs ut från sjukhus. Några har handlat om brister hos socialjournen, bland annat avseende skyddsbedömningar. Ett fåtal externa avvikelser har inkommit till förvaltningen. Alla utom en kommer från region Gävleborg. Dessa avser brukares hemsituation eller att man brister då man dröjer med att skicka in en brukare till sjukhus vilket skapar onödigt lidande för den enskilde.

I kategorin *intern samverkan* ryms avvikelser som beskriver att verksamheter inte tycker att mottagande enhet tar emot uppdrag och utför som man förväntar sig eller att man inte får återkoppling. Det kan också handla om brister i

informationsöverföring och kontakter mellan sjuksköterska och undersköterska. Det här visar på brister i processer.

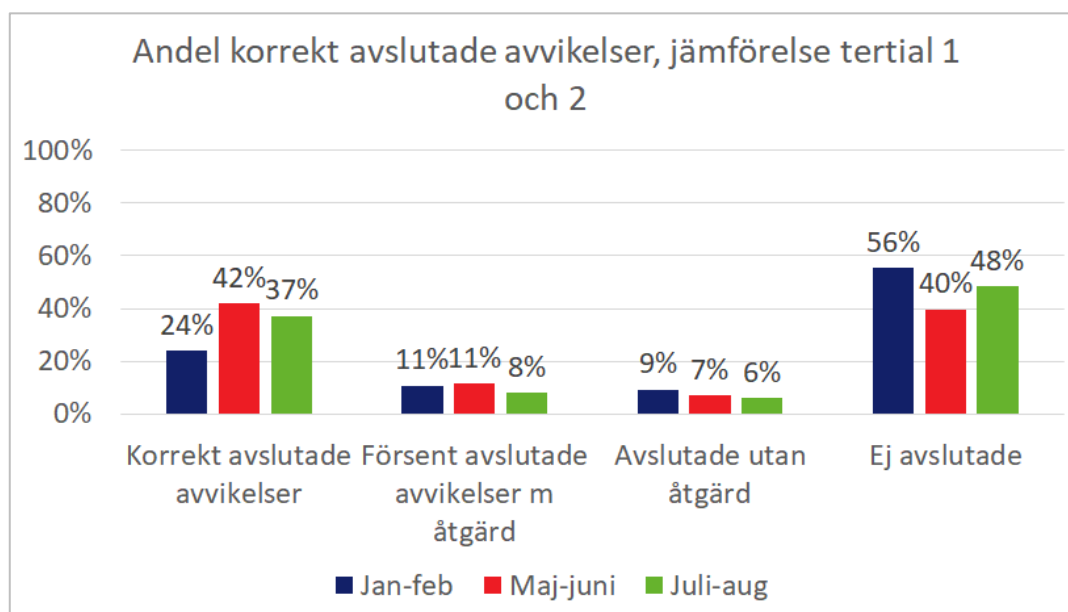
Avvikelser inkommer där man beskriver att orsaken till bristen är ”bristande bemanning”. Avvikelserna rör flera olika kategorier. För att identifiera hur många avvikelser som rör brister i bemanning har en uppgradering gjorts av modulen. Sedan hösten 2021 har uppskattningsvis 100 avvikelser bedömts bero på konsekvenser av brister i bemanning.

I kategorin *övergrepp/kränkning* samt *självskadebeteende* rapporterades 170 avvikelser under året. Det var en markant ökning i jämförelse med helår 2020 där siffran var 87 avvikelser. I de flesta fall rör det sig om utåtagerande beteenden kopplat till demens. När detta sker är personalen ofta upptagna med andra arbetsuppgifter och hinner därför inte alltid avbryta. Det höga antalet beror bland annat på att: en brukare kan generera flera avvikelser med liknande händelser, en händelse genererar ibland flera avvikelser - en på varje involverad person.

Kategori	Arbetsliv o försörjning	Tillfälligt stöd	Myndighets kontor	ÄO	LSS	Stab	Totalt
Bemötande		1	5	25	4		35
Extern samverkan UT			22	30	23		75
Extern samverkan IN			2	2	2		6
Handläggning /dokumentation	4	2	27	6	4	1	44
Intern samverkan	1	2	12	44	6		65
IT och teknik			5	52	7		64
Kost och måltider				12	6		18
Läkemedel				5	11		16
Självmoordsförsök/-skadebeteende				26	1		27
Trygghet och säkerhet (fall utan skada, fall med skada, hjälpmedel, brister i tillsyn)	1		14	1852	94		1961
Utförande av insats (missad insats, basala hygienrutiner)		1	8	92	13	1	114

Övergrepp/ kränkning			1	121	21		143
Totalt	6	6	96	2267	192	1	2568

Under året har följsamhet till rutinen att avsluta avvikelser varit en kontrollpunkt i internkontrollen. Kontrollen avsåg antalet avvikelser som slutfördes korrekt inom två månader samt om åtgärder dokumenterades. Resultatet visade att endast en dryg tredjedel av avvikelserna hade avslutats i enlighet med riktlinjen. Det är inte rimligt att kräva att 100% av avvikelserna hanteras enligt riktlinjen då till exempel flera avvikelser ”fall utan skada” på samma person kan hanteras gemensamt.



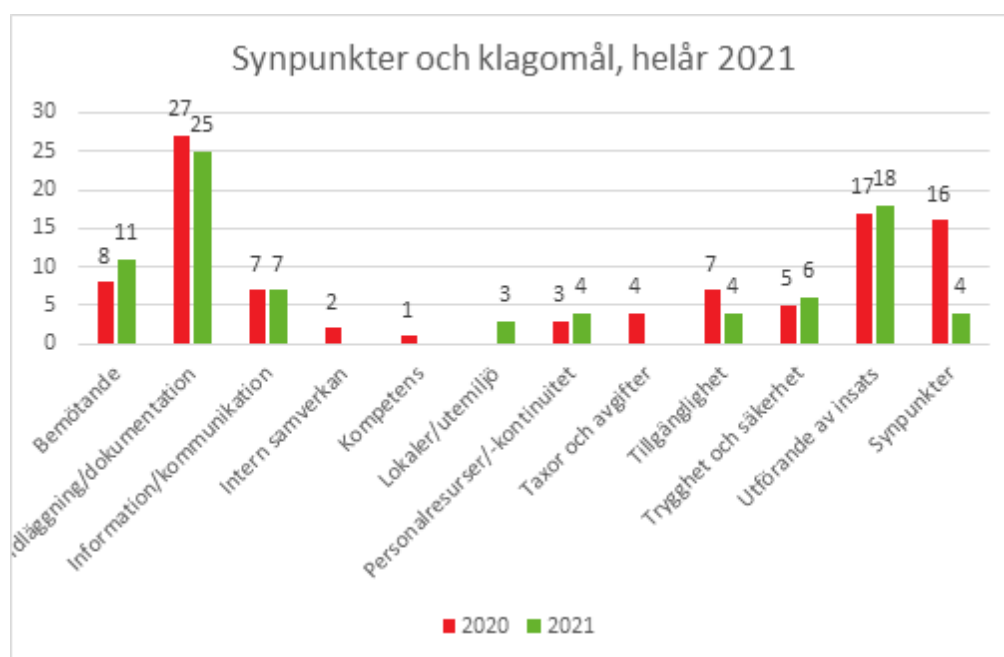
2.2.2 Synpunkter, klagomål och beröm

Synpunkts- och klagomålshantering är en viktig del i kvalitetsarbetet och ger medborgare möjlighet att bidra till förbättringar av verksamheterna.

Synpunkter och klagomål

År	A&F Myndighet	Vård & oms 1	Vård & oms 2	Tillfälligt stöd	HSL	Stab	Totalt
2021	8	26	31	7	8	2	82
2020	3	35	36	12	3	7	97
2019							70

Antalet inkomna synpunkter klagomål och beröm var 82 stycken under året vilket är en liten minskning sedan föregående år. Förutom de redovisade klagomålen i tabellen har ytterligare 28 klagomål inkommit. Dessa synpunkter och skrivelser och klagomål har kommit från en och samma klagomålslämnare. Dessa hanteras i en samlingsakt då korrespondensen varit omfattande och av samma art. Klagomålen handlar bland annat om hur kommunen hanterar statsbidrag, brandsäkerhet på äldreboenden, ombyggnationer och om språkbrister hos vårdpersonal inom äldreomsorg. Under året inkom sju klagomål via Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Inte i något av klagomålen har IVO begärt svar på hur dessa hanterats.



Fyra synpunkter/förslag har inkommit.

- Önskemål om boende för icke dementa äldre.
- Uppmaning att nattpatrull inte använder hissar och skramlar med nycklar i flerfamiljshus då detta stör övriga boenden.
- Förslag att språktest ska göras innan anställning inom äldreomsorg. Krav på kunskaper inom svensk matlagning.
- Förslag att färdtjänsthandläggare gör hembesök innan beslut.

Området handläggning/dokumentation genererade flest klagomål. Dessa klagomål avsåg bland annat långa handläggningstider, olämpliga placeringar, att man inte är nöjd med sin socialsekreterare/handläggare. Några avsåg att man inte anser att man blivit beviljad det man ansökt om. Åtgärder kan vara tydligare information och dialog med synpunktslämnaren.

En del klagomål och beröm lämnas och hanteras sannolikt direkt till verksamheten utan att dessa diarieförs. Det får till följd att mörkertalet kan vara betydande. Behov

finns av kompetensutveckling gällande bland annat diarieföring. För att få en systematik i kvalitetsarbetet är det av vikt att fånga upp så många synpunkter och klagomål som möjligt. Även vid beröm finns säkert ett mörkertal. En normal hantering är att kontakta klagomålslämnaren för en dialog. Vid behov vidtas åtgärder för att komma till rätta med bristen. Ibland informeras om hur lagstiftningen fungerar så att det blir tydligare för den enskilde.

2.2.3 Beröm

År	A&F	Myndighet	Vård & oms 1	Vård & oms 2	Tillfälligt stöd	Totalt
2021	2	46				48
2020		52	3			55

Den verksamhet som genererar flest beröm är Trygg hemgång. Ett par beröm har kommit gällande den dagliga verksamheten Härvan.



2.2.4 Lex Sarah

Under året har det varit en viss eftersläpning från år 2020, då 28 rapporter om missförhållanden inkom. Under 2021 har dessa minskat till 15 stycken.

Antalet lex Sarah-utredningar per verksamhetsområde

År	A&F	Myndighet	Vård & oms 1*	Vård & oms 2	Tillfälligt stöd	Totalt
2021	2	3	8	1	1	15*
2020	3	6	11	7	1	28
2019						25

* Antalet inkomna rapporter är 15 men en viss eftersläpning finns från föregående år. Pågående utredningar finns från 2020.

Kategori	Arb.liv o försörjning	Tillf. stöd	Myndighetskontoret	ÄO	LSS	Stab	Tot
Bemötande	1			2			3
Handläggning/dokumentation	1		1		1		3
Självordsförsök/självskaadebeteende							
Trygghet och säkerhet			1	3			4
Utförande av insats		1	1				2
Övergripp/kränkning				3			3
Totalt	2	1	3	8	1		15

Rapportörer kan i avvikelsemodulem markera en händelse som lex Sarah. Där görs ett första urval om man snabbt kan göra bedömningen att händelsen inte är föremål för en utredning. I några andra fall har utredning inletts men där man ganska snabbt kunnat konstatera att det inte fanns brister på systemnivå. Några utredningar har bedömts vara missförhållanden, det rör bland annat sekretessbrott, våld samt bemötande.

Av de utredningar som färdigställt har endast en rapporterats till Inspektionen för vård och omsorg som allvarligt missförhållande. I det fallet återkopplade IVO att man avvisade anmälan då man ansåg att det inte var inom socialtjänstens område utan inom hälso- och sjukvårdens område bristen låg. I det fallet rörde det sig om hantering av en lift vilket bidrog till att brukaren ådrog sig skador.

Under första tertialet 2021 inkom 3 rapporter om missförhållande. En av dessa handlade om två händelser där personer som vistas på korttidsplats kommit i dispyt med varandra och där den ena fått ett slag och ramlat omkull. Händelserna har

bedömts som missförhållanden. Planerade åtgärder är riskanalyser i teamet och handledning av personal.

Ytterligare en utredning har avslutats avseende personlig assistans. Utredning startades efter klagomål från god man avseende sekretessbrott samt dåligt bemötande. Händelsen bedömdes som ett missförhållande avseende personals bemötande som egentligen inte var riktat mot brukaren men som ändå drabbade hen utifrån att brukaren står i beroendeställning till personal. Sekretessbrott går inte att styrka. Då brist framkom avseende annan verksamhet skickades en extern avvikelse till överförmyndarenheten. Andra åtgärder utifrån utredningen är att personalgruppen ska utbildas i sekretesslagstiftning för att säkerställa att tillräckligt god kunskap finns. Samt ansvarig enhetschef tillser att arbetsgruppen diskuterar värdegrund.

En utredning avsåg brister i bemötandet av en dement brukare på ett boende. Vid samtal med personalgruppen framkom att de inte återhämtat sig efter det traumatiska covid-utbrottet som var på boendet under 2020. Teamsamverkan med legitimerad personal brast. Arbetsgruppen var även hårt bevakade av media och fick utstå orsambefolkningens kritik. Rutiner för krisstöd saknas och det krisstöd man fick från företagshälsovården var bristfälligt då de inte kunde komma ut till arbetsplatsen för att ge krisstöd. En åtgärd som vidtagits är att ge arbetsgruppen professionell handledning för att hjälpa arbetsgruppen att hantera känslor efter pandemiutbrottet. Enhetschef för sjuksköterskorna har tillsammans med områdeschef initierat ett arbete för att förbättra teamsamverkan. Andra åtgärder som vidtagits är att säkerställa att säker utskrift sker från skrivare eller att göra en teknisk lösning i e-tjänst för att minska risken att dokument skickas till fel person.

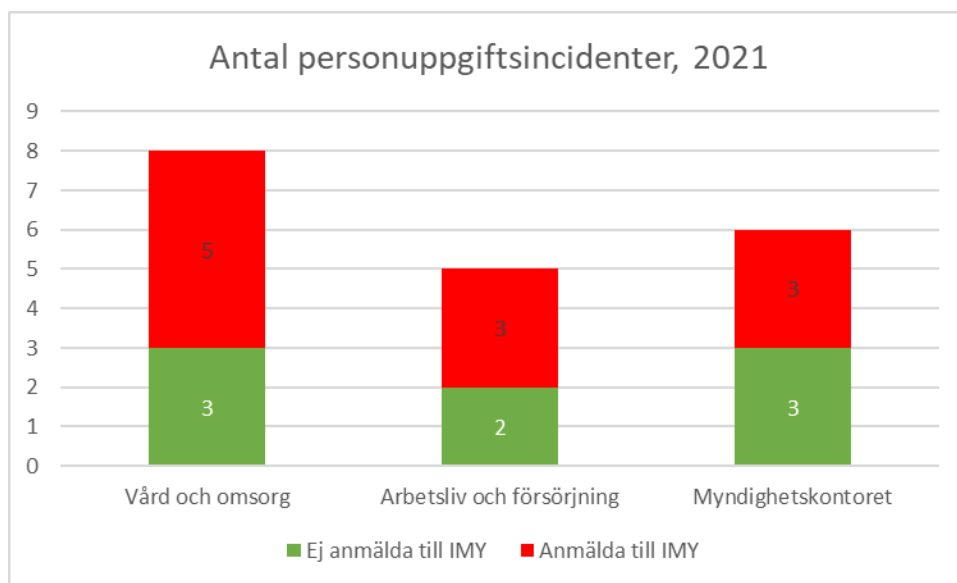
2.2.5 Personuppgiftsincidenter

Den 25 maj 2018 trädde Dataskyddsförordningen (GDPR) i kraft. Syftet med förordningen är att skydda människor mot att deras personliga integritet kränks i samband med behandling av personuppgifter.

En personuppgiftsincident är en incident som kan innebära risker för människors fri- och rättigheter. Risken kan vara att någon förlorar kontrollen över sina uppgifter eller att rättigheterna inskränks genom exempelvis identitetsstöld, brott mot sekretess, skadlig ryktesspridning med mera. När en personuppgiftsincident har inträffat och rapporterats görs en bedömning av allvaret och risken för människors rättigheter och friheter.

Om det är troligt att incidenten kommer att medföra en risk för de registrerade anmäls incidenten till Integritetsskyddsmyndigheten (IMY). Om det är osannolikt att en personuppgiftsincident medför risker anmäls den inte vidare till IMY.

Totalt har under året 19 personuppgiftsincidenter rapporterats inom Social- och omsorgsförvaltningen. Av dessa har 11 anmälningar gjorts till IMY.



Rapporterade personuppgiftsincidenter inom förvaltningen

Tertial 1
Vård och omsorg
Medarbetare lämnade dator upplåst och förbipasserade kunde läsa datorinnehållet på storskärm. Ej anmäld till IMY.
Brukares kallelse till sjukhusbesök kvarglömt i annan brukares rum. Ej anmäld till IMY.
Arbetsliv och försörjning
Medarbetare råkade skicka för- och efternamn på en brukare till fel mottagare inom förvaltningen på Skype. Ej anmäld till IMY.
Myndighetskontoret
Borttappat intern post-brev. Ej anmäld till IMY.
Tertial 2
Vård och omsorg
Medarbetare fick personuppgifter av anställda (4 st) skickade till sin privata e-postadress gällande deras ledighetsansökningar. Anmäld till IMY.
Medarbetare fick personuppgifter av anställda (2 st) skickade till sin privata e-postadress gällande deras ledighetsansökningar. Anmäld till IMY.
Person med skyddade personuppgifter upptäcktes ligga öppen i journalsystemet. När patienten låg synlig bland övriga patienter var det läsbart för ca. 40 HSL-personal. Anmäld till IMY.
Incident inträffad i januari-2021. En större mängd patientjournaler förvarades i en bil under natten på en inhägnad parkering vid ett gruppboende istället för närarkiv/annat låst utrymme. Anmäls till IMY.
Myndighetskontoret
Dokument låg öppet i S:mapp för medarbetare inom SOM att ta del av. Den ena innehöll uppgift om sjuklöner, den andra innehöll namn och födelsetid samt hälsouppgifter på brukare. Anmäld till IMY.

Papper med brukares namn låg kvar i skrivarrummet. Pappret låg upp och ner. Anmäls inte till IMY.
Arbetsliv och försörjning
Utskrifter från Arbetsliv och försörjning skrivs ut på fel skrivare. Fiberstaden meddelas för åtgärd. Anmäld till IMY.
Vid utskick av normberäkningar vid ansökan om ekonomiskt bistånd råkade ett utskick skickas till annan person än till den mottagare som det skulle. Anmäld till IMY.
Handläggare har vid beräkning av försörjningsstöd räknat med den registrerades inkomst från en annan persons ansökan. Den registrerade har av misstag lagts in i ärendet. Normberäkning har sedan skickats till den sökande med den registrerades inkomstuppgifter för juni samt personnummer. Personen som ansökte har skyddad identitet. Den drabbade har tidigare varit sambo med den som ansökte och incidenten bedöms därför vara begränsad då den sökande känner till den registrerades personnummer samt inkomstuppgifter sedan tidigare. Anmäld till IMY.
Tertial 3
Vård och omsorg
En medarbetare fick meddelanden i Treserva som rörde ett annat verksamhetsområde än sitt egna. Vid kontakt med administratör togs den anställda bort från sändlistan. Ej anmäld till IMY.
Det skrevs ut känsliga personuppgifter på en skrivare som befinner sig på Iggesundsbibliotek. Det var ett formulär som hemtjänsten använder sig av, stod bland annat namn, personnummer, sjukdomshistorik, aktuellt medicinskt tillstånd etc. Anmäld till IMY.
Myndighetskontoret
Familjehemssekreterare har skrivit fel efternamn och personnummer i en medgivandeutredning som varit upp i au och i beslutet står det felaktiga namnet och personnumret. Beslut har skickats hem till den beslutet gäller och de upptäckte att det stod fel efternamn och personnr och ringde till socialsekreterare och informerade om detta. Anmäld till IMY.
En vårdplan på en klient som skulle till ansvarig socialsekreterare hamnade istället hos Bromangymnasiet då man glömt att stryka ett namn på internkuvertet. Personal på Broman har då öppnat brevet. Lade tillbaka brevet i ett brunt internkuvert och skrev socialsekreterarens namn och skickade tillbaka det. Inte anmäld till IMY. Beslut fattat av myndighetschef.
Utskrift av en maskad handling, med undantag för en brukare vars förnamn och hälsotillstånd beskrevs, skrevs ut på fel skrivare. Istället för att skrivas ut hos SOM skrevs den ut på Fiberstaden. Anmäld till IMY.
Arbetsliv och försörjning
Ett brev från en fastighetsägare inkommer om en hyresskuld på en person som inte betalat in hyran, 1 månad. Det ska då skickas ett brev till personen att det har inkommit information om att personen inte har betalat sin hyra och att den riskerar att bli vräkt om den inte betalar in hyran. Då medarbetaren enbart slog på för och efternamn i Treserva skickades brevet ut till fel person. Ej anmäld till IMY.

2.2.6 Informationssäkerhet

Kommunens dataskyddsombud genomförde under våren en granskning av nämndens arbete utifrån kraven i dataskyddsförordningen för att uppmärksamma risker och föreslå åtgärder. Granskningen visade att viss del av dataskyddsarbetet fungerade men att det fanns stora brister kring implementering av rutiner och incidentrapportering. Detta resulterade i följande åtgärder:

- Översyn, gallring och revidering av registerförteckningen. Inaktuella register togs bort och registerförteckningen uppdaterades vad gäller rättslig grund, ändamål och typ av personuppgifter.
- Översyn och implementering av dataskyddsrutiner. Nya rutiner har tagits fram för att säkerställa att medarbetare vet hur och vem som ska hantera dessa typer av ärenden. Rutin för personuppgiftsincidenter och rutin för registerutdrag har tagits fram i samarbete med lärandeförvaltningen för en enhetlig rättstillämpning i Hudiksvalls kommun.
- Regelbunden information till ledningen om dataskyddsarbetet i organisationen: Ett register har upprättats över vilka incidenter som har inträffats och vilka åtgärder som vidtagits och har rapporterats till nämnd.
- Under året har det genomförts utbildningar för anställda i dataskyddsförordningen (GDPR).

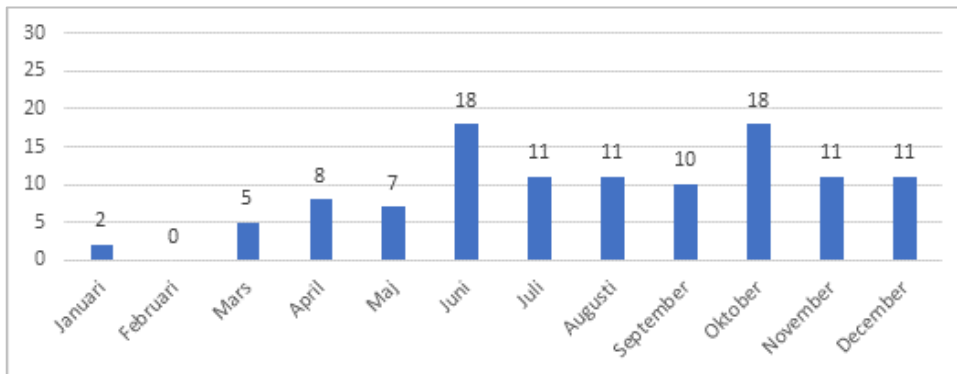
Fler åtgärder för att förbättra dataskyddsarbetet planeras.

I början av året kom en dom i EU-domstolens mål C-311/18, den 16 juli 2020 ("Schrems II"), vilket innebar att det inte längre var möjligt att överföra personuppgifter till tredje land med stöd av det tidigare, gällande "Privacy Shield"-avtalet mellan EU-kommissionen och amerikanska staten. Det innebar i praktiken att digitala möten med klienter och brukare inte var möjliga att genomföra via Microsoft Teams, särskilt med anledning av rådande sekretessbestämmelser i 26 kap. 1 § offentlighets- och sekretesslagen (2009:400). Verksamheten informerades och hänvisades till att använda sig av Skype istället, som ligger på kommunens server vilket förbättrar säkerheten.

2.2.7 Loggkontroller

I årets internkontroll var en kontrollpunkt "Genomförs loggkontroller i enlighet med rutin?". Under året kontrollerades det totala antalet inrapporterade loggkontroller i verksamhetssystemet Treserva. Resultatet visade att av de loggar som skickats till ansvariga chefer för kontroll återrapporterades endast ett fåtal vid den första kontrollen men under året förbättrades resultatet och vid den sista kontrollen hade närmare hälften återrapporterats. Trenden visar att följsamheten till rutinen ökade under året men dock var resultatet fortfarande lågt. Av de kontrollerade loggarna under året hade ingen olovlig hantering förekommit.

Antal återrapporterade loggkontroller



2.3 Årets undersökningar

Förvaltningen har under året medverkat i Socialstyrelsens Öppna jämförelser och Kommunens kvalitet i korthet (KKiK). Under hösten genomfördes även Sveriges kommuner och regioners (SKR) brukarundersökning inom funktionsnedsättning. Socialstyrelsen sköt upp 2021 års undersökning inom äldreomsorgen och denna genomförs istället i början av 2022. Som en del av egenkontrollen används dessa resultat för att göra jämförelser med tidigare resultat, andra verksamheter och kommuner. Analysen ska leda till verksamhetsutveckling, exempelvis utveckling av arbetssätt och bemötande.

2.3.1 Öppna Jämförelser

Öppna jämförelser genomförs årligen av Socialstyrelsen i samverkan med Sveriges kommuner och regioner (SKR). Syftet med öppna jämförelser är att stimulera landsting och kommuner att analysera sin verksamhet, lära av varandra, förbättra kvaliteten och effektivisera verksamheten. Resultat och information om öppna jämförelser finns på www.socialstyrelsen.se.

Några av de förbättringsområden som framkom i undersökningen 2021 var:

- Myndighetskontoret använder generellt inte FREDA kortfrågor för att upptäcka våldsutsatthet.
- Hudiksvall arbetar inte enligt IBIC (individens behov i centrum) vilket är ett systematiskt arbetssätt och dokumentation för utredning, genomförande av insatser samt uppföljning av insatser utifrån socialtjänstlagen, SoL, och lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS. IBIC är en nationell metod som syftar till att skapa struktur, gemensamma begrepp, likvärdighet och rättssäkerhet.
- Hudiksvall saknar delvis arbetssätt kring systematisk uppföljning utifrån Socialstyrelsens modell (SU). Systematisk uppföljning görs inom barn- och

ungdomsvård och ekonomiskt bistånd men saknas inom myndighetskontorets övriga områden.

- Krav kring krisberedskap saknas vid upphandling.
- Myndighetskontorets handläggare inom området äldre har ett stort antal ärenden per handläggare. Andelen handläggare med socionomutbildning låg.

Under våren påbörjades ett intensivt arbete med att införa ett nytt arbetssätt som är behovsriktat och systematiskt, IBIC (Individens behov i centrum). IBIC utgår från individens behov och resurser med fokus på delaktighet och livskvalitet. Handläggare och utförare använder ett gemensamt tankesätt och språk vilket bidrar till kvalitetssäkring och tydlighet. Målet är att individen får sina behov beskrivna på ett likvärdigt sätt och att individen får möjlighet att stärka sina egna resurser avseende genomförande av aktiviteter och delaktighet. I och med Kraftsamling SOM beslutade förvaltningens verksamhetschefer i oktober att pausa införandet av IBIC inom äldreomsorgen.

Inom funktionsnedsättning är införandet av IBIC fortsatt prioriterat. En tidigare granskningen av LSS-verksamheten visade att samverkan behövde förbättras mellan myndighetsutövning och verkställighet för att åstadkomma en bättre matchning av boendeform i förhållande till stödbehov. En viktig princip för arbetet enligt IBIC är att ta tillvara på personens egna resurser och främja självständigheten vilket kan bidra till att förbättra matchningen av boendeform.

Under 2021 hade förvaltningen en ambition att införa ett nytt arbetssätt för Öppna jämförelser som innebar att verksamheterna tidigt började med sina resultat och ta fram utvecklingsområden. Detta arbete pausades i samband med Kraftsamling SOM.

2.3.2 Kommunens kvalitet i korthet

Kommunens kvalitet i korthet (KKiK) redovisar och jämför resultat inom områdena barn och unga, stöd och omsorg samt samhälle och miljö. KKiK ger en lägesbild för kommunen som kan bidra till en grund för den egna styrningen av kommunen, dialog med medborgarna och utveckling. Nedan visas de resultat inom området stöd och omsorg som förvaltningen mäter. Mer information om KKiK finns på www.kolada.se.

Väntetid är en mycket viktig trygghetsaspekt, framför allt för utsatta målgrupper. Väntetiden till vård- och omsorgsboende för äldre har sjunkit kraftigt de senaste två åren. Snittet för väntetid till särskilt boende för alla kommuner (ovägt medel) har också sänkts, därför hamnade Hudiksvall trots ett förbättrat resultat återigen bland de 25% sämsta kommunerna. Men resultatet ligger närmare rikets snitt än de föregående åren. Mätningen avser väntetiden för personer 65 år och äldre som erbjudits inflyttningsdatum till vård- och omsorgsboende under det första halvåret 2021. Under 2020 och 2021 påverkade pandemin väntetiderna genom flera olika faktorer,

både lokalt och på riksnivå, vilket gör det svårt att jämföra pandemiårens resultat med tidigare år.

Kvalitetsmått		2017	2018	2019	2020	2021
Ej återaktualiserade personer med försörjningsstöd ett år efter avslutat försörjningsstöd, andel (%)	Hudiksvall		72	66	64	63
	Riket		79	79	78	78
Väntetid i antal dagar från första kontakttillfället för ansökan vid nybesök till beslut inom försörjningsstöd, medelvärde	Hudiksvall	12	4	5	8	11
	Riket	16	15	15	16	15
Väntetid i antal dagar från beslut till första erbjudna inflyttningsdatum avseende boende enl. LSS § 9.9, medelvärde	Hudiksvall	-	-	105	-	-
	Riket			157	159	142
Väntetid i antal dagar från ansökningsdatum till erbjudet inflyttningsdatum till särskilt boende, medelvärde	Hudiksvall	95	111	155	82	56
	Riket	56	53	68	67	44
Personalkontinuitet, antal personal som en hemtjänsttagare möter under 14 dagar, medelvärde	Hudiksvall	10	13	13	12	13
	Riket	15	15	16	15	16
Kvalitetsaspekter särskilt boende äldreomsorg, andel (%) av maxpoäng	Hudiksvall		-	32	28	-
	Riket			51	53	51

Färgsättningen är ett stöd i analysarbetet av resultaten. Den visar kommunens resultat jämfört med riket (alla kommuner ovägt medel).

- Grönt = där kommunen tillhör de 25% bästa kommunerna.
- Gult = Mittersta 50%
- Rött = där kommunen tillhör de 25% sämsta kommunerna.

Inom försörjningsstöd visade den senaste mätningen att väntetiden hade förlängts från i genomsnitt åtta till elva dagar. Tidigare års redovisade resultat har varit missvisande då handläggarna aktualiserade personerna vid olika tillfällen i arbetsprocessen. Arbetet är nu mer kvalitetssäkrat, alla handläggare gör nu lika och aktualiserar vid "nysamtalet". Detta gör att tiderna ser längre ut än tidigare år. I jämförelse med alla kommuner (ovägt medel) samt socioekonomiskt liknande kommuner (2020: 23 dagar) ligger väntetiderna på en fortsatt låg nivå.

De senaste åren har det skett en viss ökning av antalet återkommande personer som ansöker om försörjningsstöd, rikets trend är däremot stabil. Kommunen hade vid

mätningen ett fortsatt sämre resultat än riket gällande ej återaktualiserade inom försörjningsstöd, och låg bland de 25% sämsta kommunerna i landet. Kommuninvånare som är 65 år eller äldre, har omfattande omsorgsbehov, och får stöd av hemtjänsten minst två gånger om dagen träffar i snitt 13 olika hemtjänstpersonal under en två-veckorsperiod (kommunens egen regi sammanslaget med övrig regi). Mätningen gjordes i september och gav ett medelvärde på 13,9 för kommunens egen regi, vilket var relativt stabilt i jämförelse med tidigare år. Resultatet var fortsatt gott sett till resultatet för liknande kommuner (15) samt resultatet för riket. Spridningen var stor mellan olika hemtjänstgrupper och varierade mellan 10–17 personal per kund under perioden i kommunens egen regi. Resultatet påverkas av pandemin; då medarbetarna ska vara hemma vid minsta symtom ökar antalet vikarier. (KKiK-mättet mäts under en 14-dagarsperiod, avser kommunens egen regi, privat utförare samt Svågadalens hemtjänst).

Hudiksvall valde att inte delta i mätningen av kvalitetsaspekter inom särskilt boende 2021 på grund av det ansträngda läget inom äldreomsorgen.

Hudiksvall hade för mätperioderna 2020 och 2021 ett för litet underlag för att göra en mätning av väntetiden till boende enligt lag om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS).

2.3.3 Brukarundersökning inom funktionsnedsättning

Det var tredje gången som Hudiksvalls kommun deltar i Sveriges Kommuner och Regioners (SKR) nationella brukarundersökning inom funktionsnedsättning (tidigare 2017, samt 2018). Kommunen valde att inte delta under 2020 på grund av att coronapandemin försvårade genomförandet.

Syftet med undersökningen är att få kunskap om vad brukarna tycker om insatserna och jämföra oss med andra kommuner. Resultatet kommer att ligga till grund för fortsatt verksamhetsutveckling och kompetenshöjande insatser. Kommunen deltar vartannat år för att hinna ta tillvara på resultatet och genomföra planerade förändringar. Intresset för att delta var lika som 2018 och 67 % valde att svara. I Hudiksvall besvarades 313 enkäter inom sex olika insatser:

- Vuxna med boende enligt Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS), gruppboende och serviceboende
- Vuxna med daglig verksamhet enligt LSS
- Vuxna med sysselsättning enligt Socialtjänstlagen (SOL)
- Vuxna som har boendestöd enligt Socialtjänstlagen (SOL)
- Personlig assistans

Enkäten för sysselsättning SoL hade få respondenter 2021 och redovisas därför inte. Även inom personlig assistans var deltagandet lågt, 40% vilket motsvarade 12 personer.

Resultatet från undersökningen kommer att analyseras på enhetsnivå. Tabellen nedan visar resultatet för kommunen i jämförelse med riket (siffrorna inom parentes, avser “alla kommuner ovägt medel”). Det är andelen positiva svar som redovisas i procent.

Område	Grupp- bostad	Service- bostad	Daglig verksamhet	Boende- stöd	Personlig assistans
Svarsfrekvens	58%	56%	80%	70%	40%
Inflytande	86% (78)	88% (82)	75% (75)	88% (86)	67% (49)
Rätt stöd	84% (81)	72% (79)	86% (86)	90% (86)	83% (87)
Kommunikation Personalen pratar så brukaren förstår	66% (72)	64% (68)	82% (77)	95% (86)	83% (77)
Kommunikation All personal förstår brukaren	79% (71%)	68% (72%)	77% (77%)	95% (85%)	75% (74%)
Omtanke	84% (83)	80% (84)	93% (89)	98% (92)	83% (87)
Förtroende för personalen	84% (77)	84% (73)	90% (83)	89% (82)	83% (80)
Trygghet	79% (66)	72% (66)	87% (73)	Mäts ej	Mäts ej
Trivsel	91% (82)	84% (78)	89% (85)	95% (88)	83% (83)
Möjlighet att framföra synpunkter och klagomål	93% (85)	80% (83)	97% (90)	79% (76)	83% (85)

Förbättrade resultat

Gruppboende hade förbättrat resultaten inom flera områden och ligger generellt högre än riket. Områden med gott resultat var förtroende för personalen, trygghet, trivsel och att hen vet vem hen kan vända sig till om något är dåligt (synpunkter).

Även inom serviceboende och daglig verksamhet hade tryggheten ökat. Inom serviceboende hade andelen som upplever att de aldrig är rädda för något på boendet ökat från 50% (2018) till 72%. Och inom daglig verksamhet hade resultatet på samma fråga ökat från 72% (2018) till 87%. Inom daglig verksamhet svarade 97% att de vet vem de kan vända sig till om något är dåligt, i jämförelse med 93% 2018.

Boendestöd sticker ut genom att de hade en hög svarsfrekvens (70%) i förhållande till riket (ca 52%). Resultaten var genomgående höga och högre än riket på samtliga områden. Kommunikationen mellan personalen och de som tar emot insatserna hade

förbättrats. Enheten har analyserat resultatet och kommit fram till att “synpunkter” är ett utvecklingsområde framåt.

Utvecklingsmöjligheter

Inom gruppbofastad och servicebofastad är kommunikationen ett utvecklingsområde. Inom servicebofastad hade resultatet på frågan “förstår all personal hemma vad du säger?” minskat från 80% vid undersökningen 2018 till 68% (riket 72%). Andra områden inom servicebofastad där resultatet försämrats i jämförelse med tidigare år och rikets resultat är “rätt stöd” och “omtanke”.

2.3.4 Genomförandeplaner inom hemtjänsten

I anslutning till höstens uppföljning av kommunens privata utförare inom hemtjänst genomfördes motsvarande egenkontroll till vissa delar av kommunens egenregi. Totalt slumpades 35 hemtjänstkunder fram ur verksamhetssystemet. Alla hemtjänstområden fanns representerade med mellan en och sex genomförandeplaner. Tio kunder saknade genomförandeplan i systemet. Övriga 25 genomförandeplaner ingick i granskningen. Planerna granskades av enhetsutvecklarna samt kvalitetsutvecklare utifrån aktualitet samt kvalitetskriterier; bland annat att planerna innehöll mål för insatserna samt var tillräckligt informativa avseende bakgrund och hälsa samt hur insatserna ska utföras.

Aktualitet

Av de 25 personer som hade genomförandeplan hade 14 personer planer som bedömdes korrekt hanterade i verksamhetssystemet. Av dessa var nio planer aktuella, det vill säga upprättade eller uppföljda sex månader innan eller senare.

Utifrån kriterierna att genomförandeplanen ska vara aktuell samt dokumenterad och upprättad i verksamhetssystemet hade endast 9 av 35 personer en godkänd genomförandeplan (26 %).

Kvalitet

Det var positivt att majoriteten av planerna innehöll mål för insatserna samt en beskrivning av bakgrund och hälsa. Denna rubrik möjliggör viktig information för att insatserna ska kunna utföras på ett tryggt, säkert och individanpassat sätt. Beskrivningen av hur insatserna ska genomföras behöver utvecklas, särskilt för de personer som har ett fåtal insatser.

Sammanfattningsvis visar egenkontrollen att de utvecklingsområden som identifierades vid 2019 års egenkontroll kvarstår.

2.3.5 Medarbetarundersökning

Medarbetarundersökningen genomfördes under hösten 2021. Svarefrekvensen för Social- och omsorgsförvaltningen blev 65 % vilket var lägre än kommunen totalt 72 %. Det var också en något lägre svarefrekvens än 2019 års undersökning då 68 % besvarade enkäten.

Social- och omsorgsförvaltningens resultat inom de tre områdena för hållbart medarbetarengagemang (Motivation, styrning och ledarskap) samt inom områdena ”Trivsel och arbetsklimat” och ”Arbetskrav och arbetsbelastning” har sjunkit sedan mätningen 2019. Det är också betydligt färre, 49 %, som svarade positivt på frågan om de skulle rekommendera Hudiksvalls kommun som arbetsgivare. 2019 var resultatet 64 %.

Jämförelse med kommunen som helhet

Social- och omsorgsförvaltningens resultat var lägre än hela kommunens resultat inom alla områden utom ”Trivsel och arbetsklimat” där förvaltningen hade ett likvärdigt resultat.

Vid 2019 års undersökning var förvaltningens resultat likvärdigt med kommunen inom ”ledarskap” och ”styrning”, marginellt sämre inom ”motivation” samt bättre inom områdena ”Trivsel och arbetsklimat” och ”Arbetskrav och arbetsbelastning”. Det innebär att förvaltningen ”tappat” i förhållande till kommunen i stort inom alla områden.

Mobbning/kränkande särbehandling

99 personer av de 1084 som svarat upplever att de blivit utsatt för mobbning/kränkande särbehandling på jobbet under de senaste 6 månaderna. Det är en större andel, 9,1 % än vid 2019 års undersökning då 8 % svarade ”ja” på frågan. Motsvarande siffra för kommunen som helhet var 7,7 % (för kommunen exklusive SOM är siffran 6,8%)

Chefer

I jämförelse med medarbetarna hade gruppen chefer ett sämre resultat inom samtliga områden, i synnerhet inom området ”Arbetskrav och arbetsbelastning”. De var också mindre benägna att rekommendera Hudiksvalls kommun som arbetsgivare, endast 39 % svarade positivt på frågan.

Förvaltningens chefer hade dessutom ett sämre resultat inom alla områden än gruppen alla chefer inom kommunen.

3 Interna förutsättningar för kvalitetsarbetet

3.1 Kraftsamling SOM

I juni fattade Kommunstyrelsen beslutet att tillfälligt flytta över Social- och omsorgsförvaltningen till Kommunledningsförvaltningen för att kunna kraftsamla kring att få ordning på ekonomin. ”Kraftsamling SOM” startades upp under augusti 2021 bestående av ett övergripande huvudprojekt och fem delprojekt. Syftet med kraftsamlingen är ”att säkerställa att social- och omsorgsförvaltningens verksamheter bedrivs inom beslutade ekonomiska ramar samt att verksamheten utgår från brukarens behov”. Huvudprojektets mål är rent ekonomiska. Samtidigt har flera av delprojekten verksamhetsförbättrande mål som kommer att ge en ekonomisk effekt

först på längre sikt. En uppföljning av första halvåret av “Kraftsamling SOM” visar att flera insatser har initierats, och till viss del genomförts, som har en direkt eller indirekt kvalitetshöjande effekt. Exempel är nulägesbeskrivningar, kartläggningar, involvering av enhetschefer och medarbetare, pilotprojekt för att testa olika förbättringsidéer, med mera.

Satsningen på kraftsamlingen, och dess ekonomiska fokus, har samtidigt inneburit att frågor inom ramen för kvalitetsarbetet i vissa fall har behövt prioriteras bort, vilket också framgår av årets kvalitetsberättelse.

Du kan läsa mer om kraftsamlingen i bilaga Kraftsamling SOM.

3.2 Utvärdering av SOM:s stab

I samband med förvaltningens omorganisation mars 2020 skapades en stab med huvuduppdrag att vara en stödenhet för hela förvaltningen, med ett särskilt uppdrag att stödja och avlasta första linjens chefer genom ett coachande arbetssätt.

Under oktober-december genomfördes en intern utvärdering av staben¹. Utvärderingen synliggör olika typer av utmaningar som förvaltningens framtida kvalitetsarbete har att hantera när det gäller matchningen mellan verksamheter och stödfunktioner.

Utvärderingen utgick ifrån ett kundperspektiv och hade som syfte att ta reda på hur väl stabens stödfunktioner motsvarar enheternas behov. Data samlades in i första hand med hjälp av en enkät till samtliga enhetschefer, 63 procents svarsfrekvens, och separata fokusgrupper med enhetschefer, ledningsgrupp och stabens medarbetare. Utvärderingen visar tydligt att förvaltningens nuvarande stödstruktur inte matchar stödbehovet, varken när det gäller stödets omfattning eller utförande.

Det område där flest enhetschefer (86%) uppger att de har ett stödbehov som de inte får tillgodosett är “att få stöd i att kvalitetssäkra enhetens verksamhet”. Det är också det stödområdet där flest (45%) efterfrågar en annan typ av stöd än det som de får idag. Enkäten visar även att enhetschefer vill ägna mindre tid åt bemanning, administration, fastighetsfrågor och praktiska sysslor och mer tid åt verksamhetsutveckling, arbetsledning och brukarnära arbetsuppgifter. Även i fokusgruppen uttryckte enhetscheferna en vilja att arbeta mer med verksamhetsutveckling.

Sammantaget visar dessa resultat att det finns en vilja i verksamheterna att arbeta mer med kvalitetshöjande insatser, men att deras nuvarande arbetssituation hindrar dem ifrån att bedriva ett mer långsiktigt utvecklingsarbete. Det stöd som enhetscheferna har att tillgå för detta arbete matchar inte deras behov.

¹ Utvärdering av SOM:s stab Rapport, okt-dec 2021

En av utvärderingens slutsatser är att ett fokus i arbetet med att utveckla en bättre fungerande stödorganisation för förvaltningen bör ligga på kulturförändring. Då en välfungerande stödorganisation är en viktig förutsättning för förvaltningens kvalitetsarbete är det en slutsats som även är relevant ur ett renodlat kvalitetsperspektiv.

3.3 Samverkan

Enligt SOSFS 2011:9 ska nämnden identifiera de processer där samverkan behövs för att säkra kvaliteten på de insatser som ges i verksamheten. Det ska genom processerna och rutinerna även säkerställas att samverkan möjliggörs med andra verksamheter inom socialtjänsten eller enligt LSS och med vårdgivare, myndigheter, föreningar och andra organisationer.

Demensteam

Hudiksvalls kommun har fått möjlighet att utveckla demensvården inom kommunens verksamhet med hjälp av stimulansbidrag. Social- och omsorgsnämnden beslutade 2020 att tillsätta ett demensteam.

Under 2021 startades demensteamet upp med syftet att göra det möjligt för demenssjuka att bo kvar hemma längre och öka livskvaliteten och vara ett stöd för personer med demenssjukdom och deras närstående. Teamet består av sjuksköterska, arbetsterapeut och två undersköterskor som är utbildade i "stjärnmärkt". De ska bland annat utbilda medarbetare inom äldreomsorgen kring personcentrerad vård och omsorg vid demenssjukdomar. Utbildningsplan finns för samtliga vård- och omsorgsboenden och några enheter är färdigutbildade. Läs mer i förvaltningens Patientsäkerhetsberättelse 2021.

Samverkan inom förvaltningen

I förvaltningen finns en rutin för att skapa god samverkan mellan yrkeskategorier. På vård och omsorgsboende ska sjuksköterska, enhetschef, arbetsterapeut, fysioterapeut och undersköterskor samverka för personcentrerad vård. Förändringar i sjuksköterskeorganisationen syftar till att underlätta och förbättra samverkan

Trisam

Utvecklingsprojektet "Trisam 2.0" har genomförts 2020-2021 som delvis finansierats av Samordningsförbundet. Trisam står för Tidig Rehabilitering i Samverkan. Insatsen Trisam 2.0 riktade sig till individer mellan 16-64 år med behov av samordnad rehabilitering på grund av ohälsa, sjukdom eller funktionsnedsättning. När de olika verksamheterna och olika professionerna möts så får de medverkande en bra inblick i varandras arbete, vilket gör det lättare att se vilka former av insatser som finns att tillgå. Kompetensutbytet har bidragit till en ökad förståelse för respektive parts uppdrag, delaktighet och ansvar, vilket är till en fördel i det rehabiliterande arbetet med individerna. Lokalt har insatsens syfte varit att utveckla det interna arbetet i

Hudiksvall vad gäller tidig identifiering, dokumentation, frågeställning, planering och uppföljning kopplat till Trisam. Samt att utveckla förberedelsearbete och efterarbete med individen för att öka delaktigheten i dennes egen rehabiliteringsprocess. Projektet har lett till att en del personer har fått en kortare väg mot vårdinsatser och arbetsförmedlingen, därmed ett steg närmare arbetsmarknaden.

Samarbete mellan förvaltningar

Ett arbete pågår att göra ett gemensamt informationsmaterial kring elevhälsans arbete, SSPF (skola, socialtjänst, polis, fritid) och orosanmälan. I arbetet deltar lärandeförvaltningen och social- och omsorgsförvaltningen.

3.4 Goda exempel och medarbetarnas medverkan i kvalitetsarbetet

Enligt 6 kap 1 § SOSFS 2011:9 ska nämnden säkerställa att verksamhetens personal arbetar i enlighet med processerna och rutinerna som ingår i ledningssystemet. Av 14 kap. 2 § socialtjänstlagen (2001:453) och 24 a § LSS framgår det att var och en som fullgör uppgifter inom socialtjänsten eller i verksamhet enligt LSS är skyldig att medverka i verksamhetens kvalitetsarbete.

För att sprida goda exempel och inspirera till fortsatt förbättringsarbete följer nedan några exempel på kvalitetsarbete under året:

Öppna träffpunkterna har under 2021 startat upp tre projekt med stimulansmedel:

- Ut i natur som ska främja och ge förutsättningar för äldre att komma ut i naturen
- Teknikbyrån som ska öka kunskap hos våra äldre i teknik
- Cykelprojektet som innebär att ge möjlighet att få komma ut på cykeltur med våra par cyklar som finns på de öppna träffpunkterna.

Att nå förvaltningens målgrupper på deras rätta arenor blir allt mer viktigt. Tillfälligt stöd har under året därför startat en Instagramkonto för att lätt kunna nå ut med information till föräldrar. Ett annat exempel är det samarbete som pågår med kommunikationsavdelningen för att skapa en webbsida som ska fungera som en ingång för föräldrar så att de slussas till rätt stöd.

I syfte att minska ungdomsarbetslöshet och öka intresset för studier gjorde Jobbcentrum en satsning på “ungdomsanställningar” under året. För att säkerställa och kvalitetssäkra arbetet skapades en processkarta. Denna process syftade även till att:

- Säkerställa ett systematiskt arbetssätt genom att visualisera arbetsprocessen

- Säkerställa att utvärdering av effekterna för individerna genomfördes under samma processteg.
- Utvärdera satsningen som helhet.

Inom ramen för satsningen kommer även ungdomarnas upplevelser av kontakten med jobbcentrum/ungdomsanställningen att följas upp.

Växande intresse för uppföljning

Det finns ett stigande intresse för att kunna följa inflöde, bakgrundsvariabler, insatser och resultat inom förvaltningens verksamheter. Ett par exempel på verksamheter som har jobbat på att utveckla sin uppföljning är jobbcentrum och anhörigstöd. Det nystartade jobbtorget hade redan vid uppstart en plan för uppföljning och verktyg för detta klart.

Signs of safety

Arbete pågår med införande av signs of safety inom barn och unga området. Signs of safety är en riskbedömningsmodell för utredning och uppföljning i socialt barnavårdsarbete som ska säkerställa handläggningen samt tillgodose trygga förhållanden för alla barn och unga som kommer i kontakt med socialtjänsten. I modellen finns bland annat verktyg för samtal med barn.

3.5 Ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete

Förvaltningens ledningssystem enligt föreskriften SOSFS 2011:9 syftar till att vara ett stöd i arbetet med att planera, leda, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten. Ledningssystemet ska även vara ett stöd i medarbetarnas dagliga arbete.

Den upphandling av ett system för att kartlägga processer som planerades i början av året pausades i samband med Kraftsamling SOM.

Behovet att utveckla struktur, användarvänlighet samt innehåll i ledningssystemet kvarstår liksom att göra ledningssystemet mer känt och använt bland alla förvaltningens medarbetare.

Nyheter i ledningssystemet

Under året har bland annat undersidan för social dokumentation utvecklats för att fungera som ett stöd för medarbetarna i arbetet. Löpande uppdateras och skapas nya stöddokument som läggs ut på förvaltningens sida "Så här jobbar vi" på intranätet. Flera nya rutiner har skapats, några exempel:

- En intern rutin för SIP "Samordnad Individuell plan SIP, rutin"
- Checklistor inför omvårdnadsträffar inom äldreomsorgen
- Rutin kring dödsfall utan anhörig

- Undersökning och riskbedömning av arbetsmiljön i ordinärt boende och en checklista för förundersökning av hemmiljön hos kund i ordinärt boende.

4 Extern uppföljning av verksamheten

4.1 Tillsyn av Inspektionen för vård och omsorg (IVO)

Smittspridning av covid-19 och fortsatt besöksförbud på särskilda boenden efter 1 oktober 2020, äldreomsorg

IVO gör bedömningen att nämnden har hanterat frågan om smittspridning i sitt ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete i enlighet med 3 kap. 3 § patientsäkerhetslagen och 5 kap 3 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Webbutbildningar i basala hygienrutiner har genomförts ett flertal gånger sedan pandemiutbrottet, rutiner har uppdaterats och arbetskläder har förstärkts med mera.

Bostaden i ett särskilt boende är den enskildes hem och det är den enskilde som avgör vilket besök denne vill ha. Att neka den enskilde besök innebär en otillåten begränsningsåtgärd. IVO har granskat rutiner och informationsmaterial och konstaterar att nämnden möjliggör för säkra besök.

IVO har inte uppfattat några brister inom ramen för tillsynen och avslutar ärendet.

HVB-hem

Under 2020 genomförde IVO en tillsynsinsats av hem för vård eller boende (HVB) inom kommunen. Inspektionen leder fram till två brister; att verksamheten hade besöksförbud med anledning av covid-19 samt att boendet hade låsta utrymmen under nattetid vilket begränsade vardagslivet för barnen. Under 2021 gjordes en förnyad tillsyn. I granskningsprotokollet framgår bland annat att IVO konstaterar att besöksförbudet har upphävts. IVO ställer sig fortsatt frågande till att köksutrymmen hålls låsta nattetid trots den anpassning som gjorts för att barnen ska ha tillgång till lättare mellanmål nattetid. IVO har ännu meddelat beslut i ärendet.

5 Analys

5.1 Ledningssystemet - utvecklingsbehov

Det ledningssystem som finns idag används inte av hela förvaltningen, en av anledningarna är att det upplevs föråldrat och svårhanterligt. I lex Sarah-utredning framkommer att några verksamheters rutiner ligger i mappar utanför ledningssystemet.

Enligt SOSFS 2011:9 ska den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS identifiera, beskriva och fastställa de processer i verksamheten som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet. Utifrån processen kan förvaltningen sedan identifiera de rutiner som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet.

Processkartläggning bidrar till att skapa struktur, överblick och förståelse för verksamhetens innehåll och ”samband”, tydliggör ansvarsfördelning och samverkan. En processkarta bidrar också till att skapa samsyn. Då ett standardiserat arbetssätt saknas inom olika områden leder det till svårigheter att förbättra och utveckla arbetssättet. Det ökade antalet avvikelser bedöms till viss del bero på brister i ledningssystemet.

Att verksamheter saknar det stöd som processkartor kan ge blir tydligt i utredningar av avvikelser kring exempelvis intern samverkan. Olika verksamheter saknar samsyn i arbetet, vilket kan leda till att arbetsuppgifter faller mellan stolarna, brister kring ärendehantering, dokumentation som i en förlängning kan äventyra rättssäkerheten. Det är även tydligt i andra avvikelser kring våldsärenden med skyddad identitet vilket leder till att de våldsutsatta blir oroliga för sin säkerhet. Detta tyder även på kompetensbrist i ärenden rörande våld.

Några verksamheter har uppmärksammat fördelarna med processkartläggning, behov finns, och förvaltningen behöver inleda ett strukturerat arbete med processkartläggning. Förvaltningen saknar ett IT-stöd för arbete med att kartlägga och visualisera processer i syfte att säkra verksamhetens kvalitet. (4 kap. 2 § SOSFS 2011:9). Den upphandling av ett systemstöd för att kartlägga processer som planerades i början av året pausades i samband med Kraftsamling SOM.

5.2 Samverkan inom förvaltningen

Ett utvecklingsområde som varit återkommande under de två senaste åren är tvärprofessionell samverkan. I förvaltningen finns en rutin för att skapa god samverkan mellan yrkeskategorier. På vård och omsorgsboende ska sjuksköterska, enhetschef, arbetsterapeut, fysioterapeut och undersköterskor samverka för personcentrerad vård Resultat av egenkontroll, utvärderingar och tillsyn utifrån lex Sarah visar att samverkan mellan olika yrkeskategorier är ett fortsatt utvecklingsområde.

5.3 Demensvård

Under året har ett stort antal avvikelser dokumenterats gällande våld mellan brukare i vård- och omsorgsboende. Avvikelserna är kopplade till personer med demenssjukdom. Användandet av kvalitetsregistren Senior alert och BPSD som verktyg i det förebyggande arbetet har under året varit lågt. Trots att nämnden 2020 fattade beslut om att det förebyggande arbetet med stöd av kvalitetsregistren skulle ha hög prioritering 2021 och framåt, sjönk antalet registreringar kraftigt under året. Detta på grund av att effekterna av pandemin krävde omprioriteringar i

verksamheterna. I de fall då BPSD registrering och uppföljning gjorts, visar resultatet att dessa individer mådde bättre och hade en högre livskvalité. Det i sin tur genererar en lugnare miljö både för personerna, medboende, omvårdnadspersonal och anhöriga. Ett omtag kring kvalitetsregistren behövs och i detta arbete blir multiprofessionella team en viktig pusselbit. En annan bit är demensteamet som i slutet av året påbörjade utbildningsinsatser i verksamheten. Läs mer om detta i förvaltningens Patientsäkerhetsberättelse 2021.

Utifrån det ökade antalet avvikelser rörande övergrepp/kränkning och våld som ofta rör enskilda med demenssjukdom finns anledning att ställa sig frågan om inte en fördjupad analys bör göras för att hitta adekvata åtgärder.

5.4 Barnets bästa

Från 1 januari 2020 är barnkonventionen svensk lag. Grunden i barnkonventionen och i lagen är att alla barn och unga oavsett bakgrund ska behandlas med respekt och får komma till tals. Den som fattar beslut om ett barn eller en grupp barn i Sverige har en skyldighet att beakta barnets bästa. Då kvalitetsberättelsen syftar till att ge en samlad bild av kvalitetsarbetet inom förvaltningen, samt kan ligga till grund för beslut om satsningar och utvecklingsområden, lyfts resultaten av egenkontroll och uppföljning ur ett barnperspektiv särskilt fram under denna rubrik. Analysen utgår från barnkonventionens fyra grundprinciper samt ytterligare artiklar som ansetts aktuella.

Artikel 2: Alla barn har samma rättigheter och lika värde. Ingen får diskrimineras. En tillsynsinsats av ett boende i kommunen visade på låsta utrymmen vilket begränsade vardagslivet för barnen. Detta kan anses strida mot en av barnkonventionens grundläggande princip, alla barns lika värde och rättigheter.

Artikel 6: Alla barn har rätt till liv, överlevnad och utveckling. Här handlar det inte enbart om fysisk hälsa utan även om den psykiska, moraliska, andliga och sociala utvecklingen.

Artikel 19. Barn ska skyddas mot alla former av fysiskt eller psykiskt våld, skada eller övergrepp, vanvård eller försumlig behandling, misshandel eller utnyttjande, inklusive sexuella övergrepp.

Gävleborgs län har en gemensam socialjour som startades 2015 i samarbete mellan länets alla kommuner. Ett antal externa avvikelser har skickats till socialjouren under året. Avvikelserna gäller bland annat brister i skyddsbedömningar exempelvis där man vid en orosanmälan om våld valde att ringa familjen i stället för att åka ut. I ett annat ärende gällande misstänkt hedersvåld placerades syskonen med en äldre bror som misstänktes vara en del i hedersproblematiken. Socialjouren, som är geografiskt placerad i Gävle, anger bland annat långa avstånd samt frånvaro av assistans från den ordinarie socialtjänsten, som anledning till brister i en skyddsbedömning. Bristande skyddsbedömningar gällande barn kan leda till negativa konsekvenser för barns så väl

fysiska som psykiska hälsa. Ofta handlar det om barn som redan befinner sig i utsatthet. Liknande externa avvikelser har skickats till socialjouren både 2019 och 2020. Detta var även något som uppmärksammades i den utvärdering av socialjouren som FoU Gävleborg genomförde 2018 (FoU rapport 2018:1).

Artikel 12: Alla barn har rätt att uttrycka sin mening och få den respekterad. Hänsyn ska tas till barnets åsikter i frågor som berör honom eller henne, hänsyn ska tas till barnets ålder och mognad.

Barns rättighet att få uttrycka sina åsikter och få dem beaktade gäller både i enskilda ärenden kring barn likväl som i frågor som berör barn i allmänhet.

Genom Förebyggande enhetens Instagram kan ungdomar lämna förslag på aktiviteter Fältarna ska anordna vilket gör att fler ungdomar kommer till aktiviteterna.

Kommunens nuvarande system för synpunktshantering gör det inte möjligt att särskilja synpunkter som lämnats in av barn och ungdomar. Genom att utveckla synpunktshantering kan kommunen ge barn och ungdomar ytterligare en kanal för att göra sin röst hörd. Samtidigt skulle kommunen få bättre förutsättningar för att analysera materialet utifrån ett barnperspektiv.

Genom individ- och familjeomsorgens brukarundersökning ges ungdomar från 13 år och uppåt möjlighet att genom anonyma svar ge sin syn på hur de upplever kontakten med socialtjänsten. Förvaltningen har sedan några år tillbaka fattat ett strategiskt beslut att undersökningen endast ska genomföras vartannat år i syfte att hushålla med resurser samt ge verksamheterna mer utrymme att arbeta med resultaten mellan undersökningarna. En viktig fråga vid genomförandet av kommande undersökningar är att hitta bra vägar för att återkoppla resultatet av undersökningen och förvaltningens förbättringsarbete till målgruppen unga.

Artikel 33. Barn ska skyddas från narkotika.

Artikel 3: Barnets bästa ska beaktas vid alla beslut som rör barn. Vad som är barnets bästa måste avgöras i varje enskilt fall och hänsyn ska tas till barnets egen åsikt och erfarenhet.

En ungdom slog larm till sin socialsekreterare på Myndighetskontoret om att hen hittat narkotika i det externa familjehem där ungdomen var placerad. Myndighet placerade omedelbart om ungdomen till ett annat familjehem. Den externa familjehemsplaceringen avslutades av Hudiksvalls kommun.

[Barnbokslut - Barnombudsmannen](#)

Bilaga, Kraftsamling SOM

I juni fattade Kommunstyrelsen beslutet att tillfälligt flytta över social- och omsorgsförvaltningen till kommunledningsförvaltningen för att kunna kraftsamla kring att få ordning på ekonomin. "Kraftsamling SOM" startades upp under augusti 2021 bestående av ett övergripande huvudprojekt och fem delprojekt: Brukartid inom hemtjänsten, Kostnadseffektiv och hälsosam bemanningsplanering, Handläggning/Myndighet, Funktionsnedsättning, samt Kultur och ledarskap

Kraftsamlingen i sin helhet leds av projektägare (kommundirektör), projektledare (extern konsult), samt en samordningsgrupp bestående av nyckelfunktioner inom kommunledningsförvaltningen och en representant för SOM:s ledningsgrupp. Delprojektet Kultur och ledarskap har SOM:s ledningsgrupp som styrgrupp. Syftet med kraftsamlingen är *"att säkerställa att social- och omsorgsförvaltningens verksamheter bedrivs inom beslutade ekonomiska ramar samt att verksamheten utgår från brukarens behov"*. De mål som ska uppnås är att underskottet för 2021 ska reduceras, i jämförelse med prognosen under våren 2021, och att månadsutfallet, under fjärde kvartalet 2022, ska ligga i linje med tilldelad budgetram.

Huvudprojektets mål är således rent ekonomiska. Samtidigt har flera av delprojekten verksamhetsförbättrande mål som kommer att ge en ekonomisk effekt först på längre sikt. Exempelvis har delprojektet "brukartid" målet att öka den andel av personalens arbetstid som de använder till att utföra brukarnära insatser. Uppnås målet kommer det att ge en direkt kvalitetsförbättring för brukarna. Men den ekonomiska effekten kommer att komma först när ett nästa steg tas, i form av en mer restriktiv bemanningsplanering där färre arbetstimmar används totalt sett.

Delprojektet kultur och ledarskap skapades för att bidra med kulturförflyttning inom SOM, med linjens ledare som styrgrupp och kulturbärare. Projektet har dock nedprioriterats och inte nått resultat i SOM ledning. Däremot har arbete med förvaltningens ledande principer gjorts på enheterna för att bidra med mottaglighet inför eventuella förändringar i samband med Kraftsamlingens målsättning.

En uppföljning av "Kraftsamling SOM:s" första halvår visar att flera insatser har initierats, och till viss del genomförts, som har en direkt eller indirekt kvalitetshöjande effekt. Exempel är nulägesbeskrivningar, kartläggningar, involvering av enhetschefer och medarbetare, pilotprojekt för att testa olika förbättringsidéer, m.m. Andra insatser är planerade, som till exempel utbildnings- och inspirationsinsatser och att få ett bättre fungerande systemstöd på plats. Samtidigt lyfter uppföljningen också ett antal kvalitetsrelaterade utmaningar.

- 1 Att den röda tråden mellan orsak-problem-lösning-delmål-huvudmål är otydlig, vilket bland annat kommer till uttryck i att övergripande ekonomiska mål kombineras med verksamhetsutvecklande delprojektmål.

- 2 Att flera av delprojektens delmål är formulerade som aktiviteter. Sådana mål kan sägas ha uppnåtts om aktiviteten har genomförts, oavsett om det har lett till önskat resultat eller inte.
- 3 Att ett brukar-/kundfokus är påtagligt frånvarande i projektplaner m.m., trots att kraftsamlingens syfte innehåller formuleringen "att verksamheten utgår från brukarens behov".
- 4 Att kraftsamlingens kvalitetssäkring har försvårats genom att planering, organisering och genomförande inte har möjliggjort ett proaktivt kvalitetssäkringsarbete, vilket är en viktig förutsättning för att den här typen av satsningar ska ge önskat resultat.
- 5 Att de övergripande målen är kortsiktiga, och dessutom rent ekonomiska, bidrar till att arbetssätt som ger en kortsiktig ekonomisk effekt prioriteras framför arbetssätt som har större sannolikhet att generera en stabil ekonomi över tid och en bättre fungerande organisation. Dvs. Arbetssätt som bland annat kvalitetsforskningen har lyft som framgångsfaktorer för väl fungerande verksamheter.

Dessa utmaningar har sammantaget haft en påtaglig negativ påverkan på kraftsamlingens möjligheter att ge ett kvalitetshöjande bidrag till förvaltningens verksamheter. Dessutom har satsningen på kraftsamlingen, och dess ekonomiska fokus, inneburit att frågor inom ramen för kvalitetsarbetet i vissa fall har behövt prioriteras bort, vilket också framgår av årets kvalitetsberättelse.