



# Kvalitetsberättelse 2017

Socialnämnden Alingsås kommun

Fastställd av: Socialnämnden

Fastställsedatum: 2018-04-17

Diarienummer: 2018.056 SN

## Innehåll

1. Bakgrund.....	2
2. Syfte.....	2
3. Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete .....	2
3.1 GAP-analys.....	2
4. Riskanalys.....	3
5. Uppföljning genom egenkontroll .....	3
5.1 Öppna jämförelser.....	4
5.2 Nyckeltal för kvalitet i kommunen- och landstingsdatabasen Kolada .....	7
5.2.2 Utredningstiden har minskat inom vuxna med missbruksproblematik och ökat för beslut om LSS	8
5.2.3 Kvalitetsaspekter LSS grupp och serviceboende .....	9
5.3. Brukarundersökningar .....	10
5.4 Servicemätning via telefon och e-post .....	15
5.5 Synpunkter från tillsyns/gransknings/revisionsrapporter.....	17
6. Utredning av avvikelser .....	17
6.1 Missförhållande enligt Lex Sarah.....	17
6.2 Hantering av Synpunkter och klagomål.....	18
7. Personalens medverkan .....	19
8. Samverkan.....	20
9. Systematiskt förbättringsarbete .....	21
10. Sammanställning och analys .....	23
Bilaga 1 .....	28
Förteckning över gällande författningar mm, för socialförvaltningen Alingsås, aktualitet 2018-03-22 .	28
Bilaga 2.....	31
GAP-analys ledningssystem enligt SOSFS 2011:9 .....	31
Bilaga 3.....	34
Förbättringsområde Öppna jämförelse 2017.....	34

## 1. Bakgrund

Av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9), framgår att den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS bör upprätta en sammanhållen kvalitetsberättelse varje år.

I samband med att Socialnämndens "Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete" antogs beslutade nämnden att en årlig kvalitetsberättelse ska upprättas (2014-09-23, SN § 88).

## 2. Syfte

Syftet med den sammanhållna kvalitetsberättelsen är att beskriva hur nämndens arbete med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet har bedrivits under året. Den sammanhållna kvalitetsberättelsen utgör också underlag för planering av nästkommande års kvalitetsarbete.

## 3. Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

Som ett styrande dokument för nämndens kvalitetsarbete antog Socialnämnden SN 2014-09-23 § 88 "Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete-grundstruktur/ramverk för Socialförvaltningen i Alingsås".

God kvalitet för socialtjänsten i Alingsås omfattar följande kvalitetsområden. Vilka utgår från kvalitetsbegreppen i socialtjänstlagen (SoL) och lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS).

1. Tillgänglighet
2. Helhetssyn och samordning
3. Kunskapsbaserad verksamhet
4. Trygghet och säkerhet
5. Självbestämmande och integritet
6. Effektivitet

Vid framtagandet av nämndens styrande dokument för kvalitetsarbetet genomfördes en inventering av de lagar och föreskrifter som styr socialtjänst och stöd och service till vissa funktionshindrade. En "Förteckning över gällande författningar- aktualitet 2014-08-23" upprättades. Förteckningen är reviderad 2018-03-22 (se bilaga 1).

### 3.1 GAP-analys

En GAP-analys innebär en jämförelse mellan aktuellt och önskat läge och används för att identifiera områden med utrymme för förbättring. Socialförvaltningen har genomfört en GAP analys utifrån kraven i SOSFS 2011:9 Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

Genomförd analys belyser vad som uppnåtts hittills och vilka aktiviteter som återstår innan socialförvaltningen i Alingsås har ett komplett fungerande ledningssystem (se bilaga 2).

GAP analysen består av totalt 38 aktiviteter. Aktiviteterna viktas utifrån om de finns och används (grönt) om de finns men behöver utvecklas (gult) alternativt om de saknas helt (rött). I GAP- analysen bedöms 19 aktiviteter inom socialförvaltningen som gröna, 17 som gula och en som röd. En aktivitet bedöms ej vara aktuell för socialförvaltningen.

Områden i ledningssystemet som behöver vidareutvecklas är bland annat att

- skapa ett förvaltningsövergripande arbetssätt och system för att fastställa, beskriva och dokumentera förvaltningens viktigaste processer,
- upprätta rutiner för riskanalyser,
- utforma en struktur för intern tillsyn och uppföljning av utförare och

- fortsatt implementera och följa upp arbetet med ledningssystemet.

## 4. Riskanalys

I bestämmelserna för ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete inom socialtjänsten anges att socialförvaltningen fortlöpande ska bedöma om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet. I enlighet med Alingsås styrmodell har socialnämnden gjort en förvaltningsgemensam väsentlighets- och riskanalys. Den ligger till grund för Socialnämndens flerårsstrategi 2018-2020, och uttrycks i nämndens åtaganden och internkontrollpunkter för att uppnå kommunfullmäktiges prioriterade mål.

Nämnden har i internkontrollplan 2018 bland annat beslutat att följa upp att

- förvaltningens rekryteringsprocess ger resultat,
- manuellt arbete ersätts av relevant underlag från verksamhetsystemen,
- verksamhetsystemen hanterar uppgifter enligt GDPR och att alla medarbetare har kännedom om hur behandla personuppgifter.

Arbetet med riskanalyser är ett område som fortsatt kommer att vidareutvecklas och omhändertas genom förvaltningens arbete med att införa ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

## 5. Uppföljning genom egenkontroll

Egenkontroll definieras i bestämmelserna om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete som systematisk uppföljning och utvärdering av den egna verksamheten samt kontroll av att den bedrivits enligt de processer och rutiner som ingår i verksamhetens ledningssystem. Enligt Socialstyrelsens allmänna råd kan egenkontrollen till exempel omfatta: jämförelser av verksamhetens resultat, analys av uppgifter från andra instanser, inhämtande av uppgifter från revisorer och andra intressenter, brukarundersökningar, granskning av journaler, akter och annan dokumentation. Nedan beskrivs socialförvaltningens uppföljning genom egenkontroll.

## 5.1 Öppna jämförelser

Öppna jämförelser finns inom flera områden och tas fram av Socialstyrelsen i samverkan med Sveriges Kommuner och Landsting. Det är frivilligt för kommuner att delta.

Syftet med öppna jämförelser är att

- skapa öppenhet och förbättrad insyn i offentligt finansierad vård och omsorg
- ge ett underlag för förbättring, uppföljning, analys och lärande i verksamheterna
- initiera lokala, regionala och nationella analyser och diskussioner om verksamheternas kvalitet och effektivitet
- ge underlag för ledning och styrning
- utgöra del i information och underlag för vård- och omsorgsval.

2017 deltog socialnämnden i Alingsås kommun i Öppna jämförelse inom sex områden

- ekonomiskt bistånd,
- missbruk- och beroende vård,
- sociala barn och ungdomsvård,
- stöd till personer med funktionsnedsättning enligt LSS,
- stöd till personer med psykisk funktionsnedsättning och
- våld i nära relationer.

Enkäterna i de olika undersökningarna besvaras av personal inom socialförvaltningen. Varje enkät omfattar frågor som berör olika avdelningars och enheters verksamheter. Stabens utvecklingsledare samordnar arbetet med att besvara frågorna, och försöker så långt det är möjligt kvalitetssäkra svaren. Ytterst hänger dock svarens kvalitet på var och en som bidrar med svar.

I Öppna jämförelser undersöks struktur- och processindikatorer som speglar förutsättningar för god kvalitet och att uppnå resultat.

**Strukturindikatorer** mäter de resurser en verksamhet har, till exempel kompetens, rutiner, och överenskommelser. **Processindikatorer** mäter både att och hur aktiviteter genomförs, till exempel olika insatser.

I Öppna jämförelser undersöks indikatorer inom fem olika kvalitetsområden. Kvalitetsområdena utgår från kvalitetsbegreppen i socialtjänstlagen (SoL) och lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS).

- **Tillgänglighet**- rör bland annat möjligheterna att få kontakt med socialtjänsten och vid behov få del av tjänsterna inom rimlig tid. Information och kommunikation ska vara begriplig och anpassad efter olika gruppers och individers behov.
- **Helhetssyn och samordning** - belyses genom indikatorer på intern samordning och extern samverkan.
- **Kunskapsbaserad verksamhet** - handlar om tjänsterna utförs i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet samt att den enskildes erfarenheter tas till vara.
- **Självbestämmande och integritet**- innebär att den enskilde är delaktig, har inflytande och ges möjlighet till egna val.
- **Trygghet och säkerhet**- tar fasta på att tjänsterna utförs enligt gällande regelverk. Transparenta tjänster innebär förutsägbarhet och möjlighet till insyn. Risk för kränkning, försummelse, fysisk eller psykisk skada förhindras genom förebyggande arbete.

Resultaten från Öppna jämförelser används årligen för prioritering och planering av Socialnämndens flerårsstrategi.

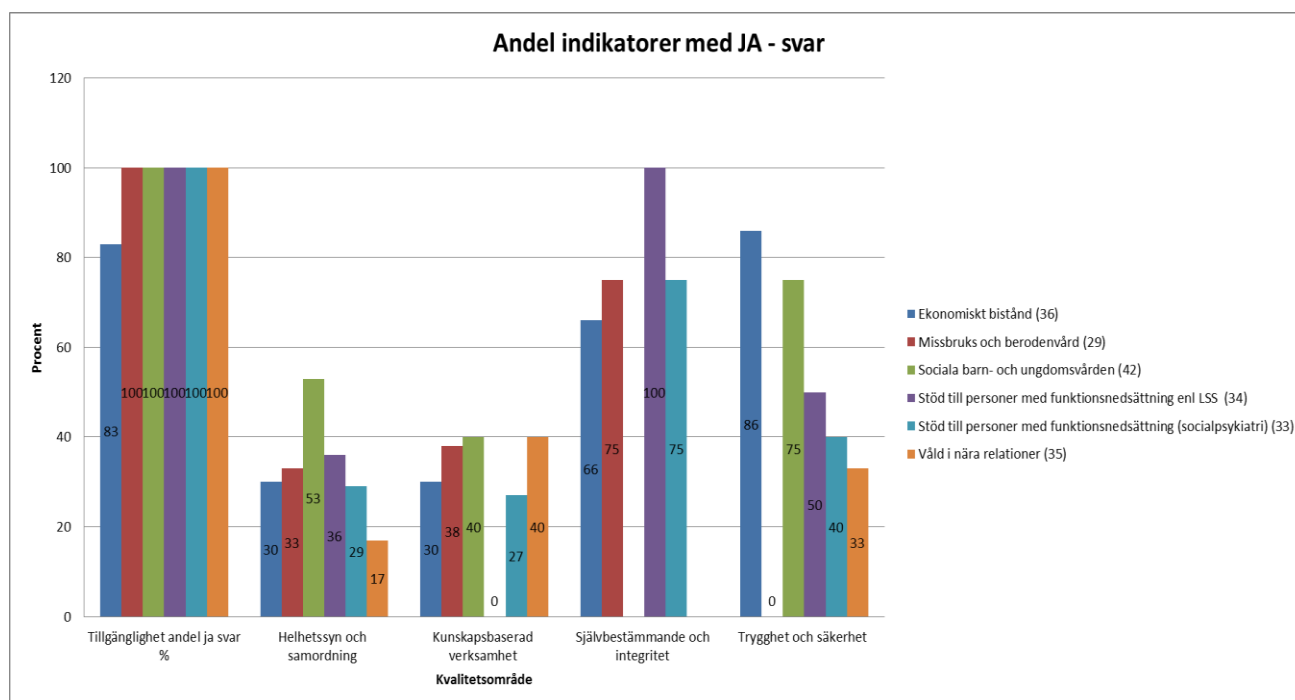
### 5.1.1 Resultat Öppna jämförelse 2017

Frågorna i enkäterna i Öppna jämförelser undersöker förekomsten av förutsättningar för god kvalitet och att uppnå resultat.

I diagrammet nedan redovisas andel indikatorer med JA svar för varje verksamhetsområde inom respektive kvalitetsområde.

I förklaringen till höger redovisas de olika undersökningarna i Öppna jämförelser. Siffran inom parentes redovisar det totala antalet indikatorer i varje enkät.

Diagram 1: Andel indikatorer med JA svar - Öppna jämförelser 2017



**Kommentar:** I Undersökningen sociala barn och ungdomsvården och våld i nära relationer ingår inga indikatorer inom området självbestämmande och integritet.

Högst andel JA-svar återfinns inom kvalitetsområdet **tillgänglighet**, där andelen JA-svar är 100 procent i fem av sex undersökningar.

Även inom områdena **självbestämmande och integritet** samt **trygghet och säkerhet** är andelen JA-svar högt inom flera undersökningar.

Inom kvalitetsområdet självbestämmande och integritet är andelen JA-svar högt inom

- missbruk- och beroendevård (75),
- stöd till personer med funktionsnedsättning enl. LSS (100),
- stöd till personer med funktionsnedsättning (socialpsykiatri) (75).

Inom kvalitetsområdet trygghet och säkerhet är andelen JA-svar högt inom

- ekonomiskt bistånd (86),
- sociala barn- och ungdomsvården (75).

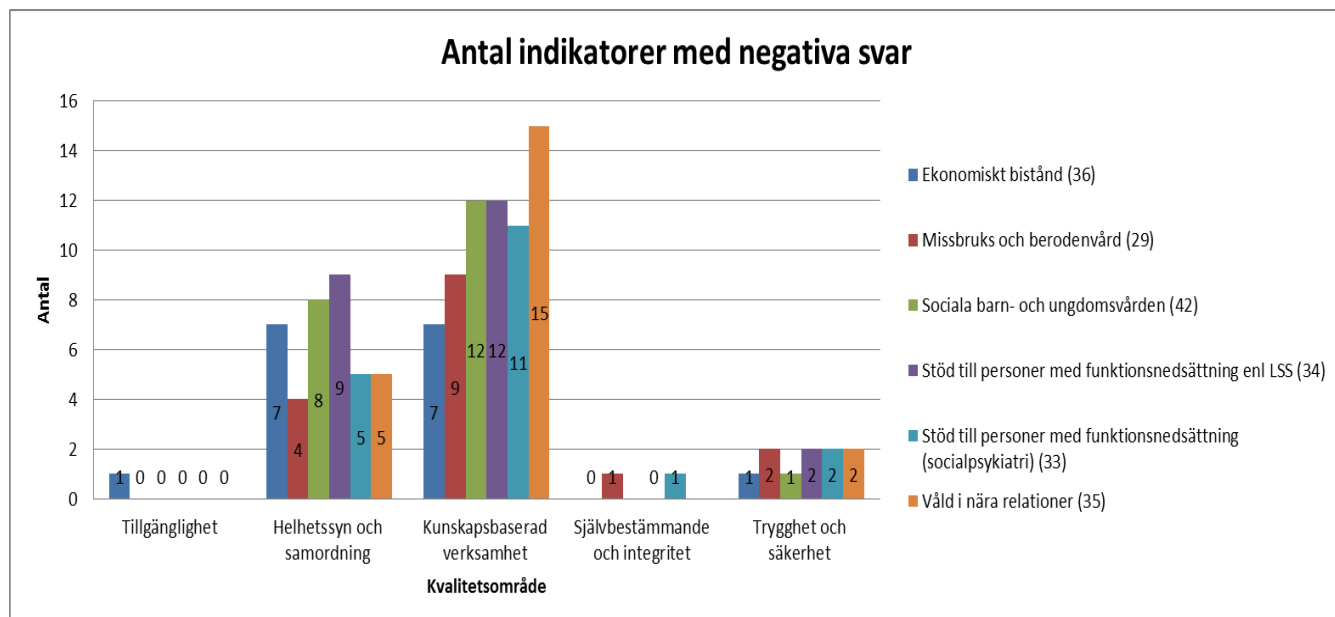
## 5.1.2 Utvecklingsområden

I syfte att kunna identifiera utvecklingsområden i Öppna jämförelser har en sammanställning över negativa svar tagits fram (se bilaga 3). Negativa svar visar icke förekomst av de förutsättningar som undersöks i Öppna jämförelser.

I diagrammet nedan redovisas en sammanställning över antalet negativa svar i varje undersökning fördelat på respektive kvalitetsområde.

I förklaringen till höger redovisas de olika undersökningarna i Öppna jämförelser. Siffran inom parentes redovisar det totala antalet indikatorer i varje undersökning.

Diagram 2: Antal indikatorer med negativa svar- Öppna jämförelser 2017



**Kommentar:** I Undersökningen inom sociala barn och ungdomsvården och våld i nära relationer förekommer inga indikatorer inom området självbestämmande och integritet.

Resultatet visar att flest antal negativa svar finns inom kvalitetsområdet **helhetssyn och samordning** och kvalitetsområdet **kunskapsbaserad verksamhet**.

Extern samverkan och systematisk uppföljning är två utvecklingsområden inom socialförvaltningen då inga enheter följer upp individer, sammanställer på gruppnivå och använder resultaten för att utveckla verksamheten. Vidare saknas i stor utsträckning överenskommelser med externa aktörer. Stöd för systematisk uppföljning på gruppnivå är ett utvecklingsområde som delas med de flesta kommuner.

Sedan resultatet i Öppna jämförelser publicerades i juni 2017 har flera förändringar skett inom verksamheten och under året har följande förutsättningar som efterfrågas i Öppna jämförelser införts inom förvaltningen.

- Stödsamtal med biståndsbeslut för att våldsutövande ska upphöra erbjuds till både kvinnor och män.
- Utredningsmallen för ekonomiskt bistånd har utökats och omfattar fler områden än tidigare.
- Samtliga genomförandeplaner inom ekonomiskt bistånd följs upp inom tre månader.
- Förutom fortbildning erbjuds handläggare som utreder vuxna och barn vidareutbildning. Med vidareutbildning avses utbildning på högskolenivå.
- Väntetiden för nybesök inom ekonomiskt bistånd har minskat från 8-14 dagar till 4-7 dagar.
- De manualbaserade behandlingsinsatserna MET (Motivational Enhancement Therapy) och MI (motiverande samtal) har införts inom missbruks och beroendevården.
- Rutiner för att inte röja skyddade personuppgifter har upprättats.

- En ny övergripande samverkansrutin upprättas för individ- och familjeomsorgens. "Rutin för samordnad planering".

### 5.1.3 Krisberedskap inom socialtjänsten

Öppna jämförelser inkluderar också kvalitetsindikatorer som rör kommunernas krisberedskap inom individ- och familjeomsorg, äldreområde samt funktionshinderområdet. För att tillgodose att förvaltningen har de förutsättningar för kvalitet som efterfrågas i undersökningen har förvaltningen under året upprättat riktlinjer för socialförvaltningens krisberedskap för särskilt sårbara grupper.

## 5.2 Nyckeltal för kvalitet i kommunen- och landstingsdatabasen Kolada

I Kommun- och landstingsdatabasen (Kolada) redovisas nyckeltal för resurser, volymer och kvalitet i kommuners och landstings alla verksamheter. Nyckeltalen bygger ofta på nationell statistik från de statistikansvariga myndigheterna, men också på uppgifter från andra källor. Exempelvis deltar de flesta kommuner och landsting i frivillig redovisning av kvalitet i olika verksamheter i Koladas "inmatningsfunktion".

Nedan redovisas tre tabeller med nyckeltal från kommunen och landstingsdatabasen Kolada.

1. Andelen ej återaktualiserade personer ett år efter avslutad insats - försörjningsstöd, barn 0-12 år, ungdomar 13-20 år och vuxna med missbruksproblem 21 +
2. Utredningstid beslut om LSS insats, försörjningsstöd, barn och ungdom 0-20 år och vuxna med missbruksproblem 21 +
3. Kvalitetsaspekter LSS grupp- och serviceboende

I tabellerna används färgerna rött, gult och grönt för att visa hur resultatet ligger till jämfört med andra. För varje nyckeltal rangordnas alla kommuner/landsting efter sina resultat. De 25 % bästa resultaten får grön färg, de 25 % sämsta får röd färg och de 50 % mittersta från gul färg (grått inga data). Färgsättningen talar inte om ifall resultaten är bra eller dåliga. Man kan ha dåliga resultat jämfört med andra vilket ger röd färg, trots att resultaten egentligen är bra (och vice versa).

### 5.2.1 Andelen ej återaktualiserade ett år efter avslutad insats har ökat inom områdena barn 0-12 och vuxna med missbruksproblematik

Tabell 1: Andelen ej återaktualiserade personer ett år efter avslutad insats - försörjningsstöd, barn 0-12 år, ungdomar 13-20 år och vuxna med missbruksproblem 21 +, 2015-2017

Nyckeltal	2015	2016	2017
Ej återaktualiserade barn 0-12 år ett år efter avslutad utredning eller insats, andel (%)	65	60	66
Ej återaktualiserade personer med försörjningsstöd ett år efter avslutad försörjningsstöd, andel (%)	78	78	81
Ej återaktualiserade ungdomar 13-20 år ett år efter avslutad utredning eller insats, andel (%)	85	78	78
Ej återaktualiserade vuxna med missbruksproblem 21+ ett år efter avslutad utredning eller insats, andel (%)	68	66	72

Resultat visar att andelen ej återaktualiserade ett år efter avslutad insats har ökat inom områdena barn 0-12 och vuxna med missbruksproblematik 21 + 2017 jämfört med 2016.

För personer med försörjningsstöd ses en viss förbättring medan resultatet för ungdomar 13-20 år är oförändrat.

Vid en jämförelse med andra kommuner placera sig Alingsås kommun generellt bland de mittersta kommunerna, med ett undantag för gruppen barn 0-12 år där Alingsås kommun har ett lågt resultat i jämförelse med andra kommuner.



## 5.2.2 Utredningstiden har minskat inom vuxna med missbruksproblematik och ökat för beslut om LSS

I tabellen nedan redovisas tre nyckeltal avseende utredningstiden inom områdena barn- och ungdom 0-20 år, och vuxna med missbruksproblem och LSS-insats.

Tabell 2: Utredningstid beslut om LSS insats, försörjningsstöd, barn och ungdom 0-20 år och vuxna med missbruksproblem 21 +

Nyckeltal	2015	2016	2017
Utredningstid i antal dagar från påbörjad utredning till avslutad utredning inom barn och ungdom 0-20 år, medelvärde	116	104	103
Utredningstid i antal dagar från påbörjad utredning till avslutad utredning för vuxna med missbruksproblematik 21 +, medelvärde	74	82	69
Utredningstid i antal dagar från ansökan till beslut om LSS insats (alla insatser), medelvärde	93	67	105

Resultat visar att utredningstiden inom området vuxna med missbruksproblematik 21 + har minskat med 13 dagar jämfört med 2016. Inom området barn- och unga 0-20 år är utredningstiden i stort sett oförändrad.

Trots att resultatet för utredningstiden inom området vuxna med missbruksproblematik har förbättrats så har det skett en försämring i jämförelse med andra kommuner, vilket tyder på att resultatet har förbättrats inom andra kommuner.

Utredningstiden LSS (alla insatser) har ökat med 38 dagar 2017 jämfört med 2016. Trots att resultatet har försämrats så är det fortfarande högt i jämförelse med andra kommuner vilket tyder på att utredningstiden LSS (alla insatser) har ökat även inom andra kommuner.

Faktorer som bedöms ha påverkat handläggningstiderna inom funktionsstöd under året är bland annat personalbrist och att flera nya handläggare utan längre erfarenheten, med behov av upplärning har börjat.

### 5.2.3 Kvalitetsaspekter LSS grupp och serviceboende

Nyckeltalet Kvalitetsaspekter LSS grupp- och serviceboende, andel (%) av maxpoäng<sup>1</sup> syftar till att ge en samlad bild av vilka kvalitetsaspekter som finns inom LSS grupp- och serviceboende som är finansierade av kommunen.

I tabellen nedan redovisas resultatet för nyckeltalet kvalitetsaspekter grupp- och servicebostad, andel (%) av maxpoäng och tillhörande delmått för åren 2015-2017.

I tabellerna används färgerna rött, gult och grönt för att visa hur resultaten ligger till jämfört med andra. För varje nyckeltal rangordnas alla kommuner/landsting efter sina resultat. De 25 % bästa resultaten får grön färg, de 25 % sämsta får röd färg och de 50 % mittersta får gul färg (grått inga data). Färgsättningen talar inte om ifall resultaten är bra eller dåliga. Man kan ha dåliga resultat jämfört med andra vilket ger röd färg, trots att resultaten egentligen är bra (och vice versa)

Tabell 3: Kvalitetsaspekter LSS grupp- och serviceboende 2014-2016

Nyckeltal	2015	2016	2017
Kvalitetsaspekter LSS grupp- och serviceboende, andel (%) av maxpoäng	74	82	74
Boendeplatser enl. LSS § 9.9 där alla på boendet har möjlighet att äta huvudmålet tillsammans minst en gång per vecka, andel (%)	62	89	68
Boendeplatser enl. LSS § 9.9 där den boende ges möjlighet till aktiviteter med personalstöd efter kl. 21, en gång/månad, andel (%)	72	100	100
Boendeplatser enl. LSS § 9.9 där den boende har möjlighet att planera matsedel, handla livsmedel mm, andel (%)	94	56	60
Boendeplatser enl. LSS § 9.9 där den boende har möjlighet till en individuellt anpassad aktivitet per dag utanför bostaden, andel (%) (Kommentar)			63
Boendeplatser enl. LSS § 9.9 där den boende har möjlighet till internetuppkoppling i det egna rummet/lägenheten, andel (%)	51	79	61
Boendeplatser enl. LSS § 9.9 där den boende har tillgång till egen brevlåda som posten levererar till, andel (%)	92	92	92
Boendeplatser enl. LSS § 9.9 där den boende kan bestämma över vilken mat (huvudmålet) som serveras, andel (%)	94	100	100
Boendeplatser enl. LSS § 9.9 där hot eller våld mot brukare inte förekommit på boendet under de sex senaste månaderna, andel (%)	67	21	20
Enheter enl. LSS § 9.9 där det är möjligt att bli sambo, andel (%)		100	100

Maxpoängen för kvalitetsaspekter LSS grupp och serviceboende minskade med 8 poäng mellan 2016 och 2017. Alingsås kommun rangordnas 2017 bland de mittersta kommunerna.

Resultatet visar att fler boendeplatser har fått möjlighet att planera matsedel, handla livsmedel mm 2017 jämfört med 2016. Medan andelen boendeplatser med möjlighet att äta huvudmålet tillsammans minst en gång per vecka och andelen boendeplatser som har tillgång till internetuppkoppling har minskat.

För övriga delmått är resultatet oförändrat jämfört med föregående år.

Områden med fortsatta utvecklingsbehov är

- möjlighet att äta huvudmåler tillsammans minst en gång per vecka
- möjlighet att planera matsedel, handla livsmedel mm,
- förekomsten av hot eller våld mot brukare,
- möjlighet till internetuppkoppling i det egna rummet/lägenheten

<sup>1</sup> Nyckeltalet baseras på resultatet av ett antal delnyckeltal, kvalitetsaspekter, inom LSS grupp- och serviceboende. De ingående delnyckeltalen finns som undernoder till detta nyckeltal. För varje nyckeltal kan man ha ett värde mellan 0-100 procent och detta poängsätts enligt följande 0 % ger 0 poäng, 1-25% ger 1 p, 25-50% ger 3 p, 76-99% ger 4 p. 100 % ger 5 poäng. Poängen summeras och delas med maximalt möjliga poäng och multipliceras sedan med 100 för redovisning i procent. Observera att delnyckeltal ibland ändras och byts ut mellan åren.

### 5.3. Brukarundersökningar

Brukarundersökningar är en av formerna för att arbeta med brukarinflytande. Brukarundersökningar utgör också en viktig del i förvaltningens systematiska förbättringsarbete.

Under 2017 har socialförvaltningen deltagit i de nationella brukarundersökningarna individ- och familjeomsorg och funktionshinder.

Brukarenkäter och systematiska uppföljningar har också genomförts inom föräldrarådgivningen, arbetsmarknadsenheten och ACT teamet.

Därutöver har den nationella enkätundersökningen Lupp som genomförs av Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällsfrågor (MUCF) genomförts under året. Undersökningen ger kunskap om ungas situation, deras erfarenheter och synpunkter. BUS (Barn- och ungdomsnämnden, utbildningsnämnden socialnämndens och kultur och fritidsnämndens samverkan kring barn och unga) kommer att utgå ifrån enkätens resultat i planeringen av sitt fortsatta arbete under 2018.

Nedan redovisas resultatet för brukarundersökning inom Individ och familjeomsorg och inom funktionshinder.

#### 5.3.1 Brukarundersökning inom individ- och familjeomsorg (myndighetsutövning)

Brukarundersökningen inom individ- och familjeomsorgen har arbetats fram av SKL och Rådet för främjande av kommunala analyser RKA tillsammans med femtontal kommuner. Undersökningens syfte är att komplettera öppna jämförelser i socialtjänsten med resultatmått för hur brukarna upplever kvaliteten i verksamheten.

Brukarundersökningen omfattar tre verksamhetsområden; social barn- och ungdomsvård (ej familjerätt), ekonomiskt bistånd och missbruks- och beroendevård och fem kvalitetsområden tillgänglighet, information, delaktighet, bemötande och förändring. Undersökningen genomförs årligen på hösten under sex veckor.

Svarsfrekvensen för samtliga verksamhetsområde inom Individ- och familjeomsorgen 2017 är 76 %.

Undersökningen genomfördes första gången 2014.

Tabell 5: Brukarundersökning inom individ- och familjeomsorg 2015-2017

Nyckeltal	2015	2016	2017
Brukarbedömning individ- och familjeomsorg totalt- helhetsyn, andel (%) <sup>2</sup>	-	76	74
Brukarbedömning individ- och familjeomsorg totalt-få kontakt, andel (%)	70	79	90
Brukarbedömning individ- och familjeomsorg totalt-tydlig information (%)	91	85	89
Brukarbedömning individ- och familjeomsorg totalt-visar förståelse (%)	72	82	80
Brukarbedömning individ- och familjeomsorg totalt-inflytande, andel (%)	78	89	82
Brukarbedömning individ- och familjeomsorg totalt-påverka hjälp (%)	62	57	57
Brukarbedömning individ- och familjeomsorg totalt-förbättrad situation, andel (%)	64	80	74

*Kommentar:* Resultaten mellan åren är inte fullt jämförbara då social barn- och ungdomsvård inte ingår i undersökningen 2015.

Resultatet visar att en stor andel av de tillfrågade (90 %) tycker att det är lätt att få kontakt med Individ- och familjeomsorgen, däremot är andelen som upplever att de kan påverka hjälpen är låg (57 %).

Alingsås kommun har främst förbättrat sitt resultat gällande upplevelsen av tillgänglighet. Ytterligare ett område som visar på ett bättre resultat gäller hur lätt det är att förstå informationen från socialsekreteraren.

Generellt har resultatet i brukarundersökning IFO försämrats jämfört med föregående år. I en jämförelse med andra kommuner placerar sig Alingsås kommun bland de mittersta kommunerna eller bland de kommunerna med lägst resultat.

### 5.3.2 Brukarundersökning inom funktionshinder

Brukarundersökning inom funktionshinder har arbetats fram av SKL tillsammans med Rådet för främjande av kommunala analyser RKA.

131 kommuner har deltagit i undersökningen i olika omfattning. I huvudsak är det kommunala verksamheter som finns med, men även privata inklusive ideella verksamheter har deltagit.

Undersökningen omfattar sex områden: Vuxna med boende enligt LSS, gruppboende, Vuxna med boende enligt LSS, serviceboende, Vuxna med boende enligt SoL, (socialpsykiatri), Vuxna med boendestöd enligt SoL, Vuxna med daglig verksamhet enligt LSS och Vuxna med sysselsättning inom socialpsykiatri (beslut enligt SoL eller öppen, strukturerad verksamhet) En enkät för personlig assistans testades under 2017.

Undersökningen genomfördes under perioden september-oktober 2017 med ett webbaserat verktyg för enkäter (Pict-O-Stat). Verktyget är anpassat med ett bildstöd med pictogrambilder och uppläsning av frågor och svar. I några verksamheter genomfördes undersökningen med pappersenkäter.

Frågorna kunde besvaras på egen hand eller – vid behov – med hjälp av en frågeassistent. I Alingsås kommun genomfördes undersökningen på 36 enheter.

Frågorna i undersökningen avser att mäta fyra kvalitetsområden: självbestämmande, bemötande, trygghet och trivsel.

Svarsfrekvensen för Alingsås kommun är 80 %. Totalt delades 516 enkäter ut och 414 sessioner besvarades. Högst svarsfrekvens har gruppboende LSS 97 % och lägst svarsfrekvens har personlig assistans 53 %.

En och samma person kan ha svarat i flera av enkätundersökningarna, både för sitt boende och sin dagliga verksamhet/sysselsättning. Antal enskilda personer som deltagit i undersökningen är alltså troligen lägre än antalet svar.

<sup>2</sup> Nytt nyckeltal från och med 2016.

Resultaten från undersökningen publiceras i Kolada (Kommun- och landstingsdatabasen) och kan i och med det jämföras mellan kommuner. Resultatet för personlig assistans som testades 2017 publiceras inte i Kolada och kan därför inte jämföras med andra kommuner.

I tabellen på sidan 13 redovisas Alingsås kommuns resultat 2016-17 och resultatet för alla kommuner ovägt medel 2017.<sup>3</sup>

I tabellerna används färgerna rött, gult och grönt för att visa resultat ligger till jämfört med andra. För varje nyckeltal rangordnas alla kommuner efter sina resultat. De 25 % bästa resultaten från grön färg, de 25 % sämsta får röd färg och de 50 % mittersta från gul färg (grått inga data). Färgsättningen talar inte om ifall resultaten är bra eller dåliga. Man kan ha dåliga resultat jämfört med andra vilket ger röd färg, trots att resultaten egentligen är bra (och vice versa)

---

<sup>3</sup> Ovägt medelvärde beskriver genomsnittet för Sveriges kommuner/landsting – hur det ser ut i en genomsnittlig kommun/landsting. Det beräknas genom att alla kommuners eller landstings värde summeras och divideras med 290 respektive 21. Om någon eller några kommuner/landsting saknar data för det aktuella nyckeltalet så divideras värdet med det antal som har värden.

Tabell 6: Brukarundersökning inom funktionshinder

Nyckeltal (Kvalitetsområde)	2016	2017	Alla kommuner, ovägt medel
<b>Daglig verksamhet</b>			
Brukarbedömning daglig verksamhet LSS - aldrig rädd för något på daglig verksamhet, andel (%) (Trygghet)	77	66	73
Brukarbedömning daglig verksamhet LSS - inflytande, andel (%) (Självbestämmande)	77	80	72
Brukarbedömning daglig verksamhet LSS - personalen pratar så brukaren förstår, andel (%) (Bemötande)	77	79	73
Brukarbedömning daglig verksamhet LSS - personalens omtanke, andel (%) (Bemötande)	90	85	85
Brukarbedömning daglig verksamhet LSS - rätt stöd, andel (%) (Självbestämmande)	87	80	83
Brukarbedömning daglig verksamhet LSS - trivsel, andel (%) (Trivsel)	82	84	81
Brukarbedömning daglig verksamhet LSS - trygg med personal, andel (%) (Trygghet)	78	81	80
Brukarbedömning daglig verksamhet LSS - möjlighet att framföra synpunkter och klagomål, andel (%) (Trygghet)		86	88
Brukarbedömning daglig verksamhet LSS - verksamheten är viktig för brukaren, andel (%) (Trivsel)		80	81
<b>Boende särskild service SoL</b>			
Brukarbedömning boende särskild service SoL - aldrig rädd för något hemma, andel (%) (Trygghet)	60	67	57
Brukarbedömning boende särskild service SoL - inflytande, andel (%) (Självbestämmande)	60	79	71
Brukarbedömning boende särskild service SoL - möjlighet att framföra synpunkter och klagomål, andel (%) (Trygghet)		82	85
Brukarbedömning boende särskild service SoL - personalen pratar så brukaren förstår, andel (%) (Bemötande)	67	76	62
Brukarbedömning boende särskild service SoL - personalens omtanke, andel (%) (Bemötande)	73	91	77
Brukarbedömning boende särskild service SoL - rätt stöd, andel (%) (Självbestämmande)	63	70	76
Brukarbedömning boende särskild service SoL - trivsel, andel (%) (Trivsel)	73	76	68
Brukarbedömning boende särskild service SoL - trygg med personal, andel (%) (Trygghet)	67	73	67
<b>Boendestöd SoL</b>			
Brukarbedömning boendestöd SoL - aldrig rädd för något hemma, andel (%) (-2016) (Trygghet)	72		
Brukarbedömning boendestöd SoL - inflytande, andel (%) (Självbestämmande)	87	85	81
Brukarbedömning boendestöd SoL - möjlighet att framföra synpunkter och klagomål, andel (%) (Trygghet)		73	73
Brukarbedömning boendestöd SoL - personalen pratar så brukaren förstår, andel (%) (Bemötande)	85	82	84
Brukarbedömning boendestöd SoL - personalens omtanke, andel (%) (Bemötande)	89	98	91
Brukarbedömning boendestöd SoL - rätt stöd, andel (%) (Självbestämmande)	87	80	84
Brukarbedömning boendestöd SoL - trivsel, andel (%) (Trivsel)	76	82	86
Brukarbedömning boendestöd SoL - trygg med personal, andel (%) (Trygghet)	74	83	79
<b>Gruppboendestöd LSS</b>			
Brukarbedömning gruppboendestöd LSS - möjlighet att framföra synpunkter och klagomål, andel (%) (Trygghet)		88	85
Brukarbedömning gruppboendestöd LSS - aldrig rädd för något hemma, andel (%) (Trygghet)	69	83	66
Brukarbedömning gruppboendestöd LSS - inflytande, andel (%) (Självbestämmande)	76	75	75
Brukarbedömning gruppboendestöd LSS - personalen pratar så brukaren förstår, andel (%) (Bemötande)	59	71	69
Brukarbedömning gruppboendestöd LSS - personalens omtanke, andel (%) (Bemötande)	77	83	83
Brukarbedömning gruppboendestöd LSS - rätt stöd, andel (%) (Självbestämmande)	82	73	81
Brukarbedömning gruppboendestöd LSS - trivsel, andel (%) (Trivsel)	85	90	82
Brukarbedömning gruppboendestöd LSS - trygg med personal, andel (%) (Trygghet)	69	66	74
<b>Serviceboendestöd LSS</b>			
Brukarbedömning serviceboendestöd LSS - aldrig rädd för något hemma, andel (%) (Trygghet)	70	70	64
Brukarbedömning serviceboendestöd LSS - inflytande, andel (%) (Självbestämmande)	80	82	82
Brukarbedömning serviceboendestöd LSS - möjlighet att framföra synpunkter och klagomål, andel (%) (Trygghet)		89	82
Brukarbedömning serviceboendestöd LSS - personalen pratar så brukaren förstår, andel (%) (Bemötande)	77	77	68
Brukarbedömning serviceboendestöd LSS - personalens omtanke, andel (%) (Bemötande)	82	82	81
Brukarbedömning serviceboendestöd LSS - rätt stöd, andel (%) (Självbestämmande)	66	72	78
Brukarbedömning serviceboendestöd LSS - trivsel, andel (%) (Trivsel)	77	72	75
Brukarbedömning serviceboendestöd LSS - trygg med personal, andel (%) (Trygghet)	70	67	71
<b>Sysselsättning SoL</b>			
Brukarbedömning sysselsättning SoL - aldrig rädd för något på din sysselsättning, andel (%) (Trygghet)	72	74	72
Brukarbedömning sysselsättning SoL - inflytande, andel (%) (Självbestämmande)	78	71	73
Brukarbedömning sysselsättning SoL - möjlighet att framföra synpunkter och klagomål, andel (%) (Trygghet)		94	88
Brukarbedömning sysselsättning SoL - personalen pratar så brukaren förstår, andel (%) (Bemötande)	72	90	76
Brukarbedömning sysselsättning SoL - personalens omtanke, andel (%) (Bemötande)	100	100	84
Brukarbedömning sysselsättning SoL - rätt stöd, andel (%) (Självbestämmande)	83	85	82
Brukarbedömning sysselsättning SoL - trivsel, andel (%) (Trivsel)	89	88	79
Brukarbedömning sysselsättning SoL - trygg med personal, andel (%) (Trygghet)	72	94	80
Brukarbedömning sysselsättning SoL - verksamheten viktig för brukaren, andel (%) (Trivsel)		..	75

Resultat visar bland annat att:

- Andelen brukare som uppger att de aldrig är rädda hemma eller på sin dagliga verksamhet är högst inom gruppboende LSS och lägst inom dagligverksamhet. Daglig verksamhet har också ett sämre resultat i jämförelse med andra kommuner.
- Sysselsättning SoL har genomgående ett högt resultat i jämförelse med andra områden i undersökningen.
- Sysselsättning SoL utmärker sig också tillsammans boendestöd på frågan. *Bryr sig personalen om dig?* Där sysselsättning SoL har en procentsats på 100 och boendestöd en procentsats på 98.
- Serviceboende SoL har generellt ett lågt resultat i jämförelse med andra områden.
- Serviceboende SoL utmärker sig också tillsammans med gruppboende LSS genom ett lågt resultat på frågan. *Känner du dig trygg med personalen?* Där serviceboende SoL har en procent sats på 67 procent och gruppboende LSS har en procentsats på 66.

Vid en jämförelse med föregående år ses generellt en förbättring av resultaten inom brukarundersökning funktionshinder. Resultatet för 34 av 50 nyckeltal har förbättrats (68 %). Resultatet för 11 nyckeltal har försämrats (22 %) och fem nyckeltal har ett oförändrat resultat (10 %).

Främst ses en förbättring av resultaten inom **kvalitetsområdena trygghet** och **bemötande** för områdena

- boende med särskild service (SoL),
- boendestöd, gruppboende och
- sysselsättning (SoL).

Som exempel har andelen brukare som känner sig trygga med personalen ökat inom boendestödet och sysselsättning SoL och andelen som aldrig känner sig rädda för något hemma har ökat inom gruppboende LSS.

En förbättring ses också när det gäller andelen brukare som upplever att personalen pratar så att de förstår inom särskild service SoL, gruppboende LSS och boendestöd och när det gäller andelen brukare som upplever att personalen bryr sig om dem inom boende särskild service SoL och boendestöd.

En stor förbättring ses också för **kvalitetsområdet självbestämmande** inom området boende med särskild service SoL när det gäller andelen brukare som upplever att de får bestämma saker som är viktiga för dem hemma.

Vid en jämförelse med andra kommuner placera sig Alingsås kommun generellt bland de mittersta kommunerna. Samtidigt visar resultatet också att andelen nyckeltal med ett högt resultat i jämförelse med andra kommuner är fler 2017 än 2016.

## 5.4 Servicemätning via telefon och e-post

Mätningen av servicenivån avseende svenska kommuners hantering av telefoni- och e-postkontakter genomförs av PROFITEL enligt instruktioner från Sveriges Kommuner och Landsting (SKL). Mätningen har skett inom ramen för Kommunens Kvalitet i Korthet<sup>4</sup> och 147 stycken kommuner deltog 2017. Syftet med mätningen är att ta reda på i vilken omfattning och med vilken kvalitet kommunerna svarar på de frågor som ställs.

Tabell 7: Hur stor andel av medborgarna som skickar in en enkel fråga via e-post får svar inom två arbetsdagar?

Hur stor andel av medborgarna som skickar in en enkel fråga via e-post får svar inom två arbetsdagar?	2015	2016	2017
Medelvärde andra kommuner	84	86	86
Alingsås	69	78	74
Individ o Familj	50	84	83
Handikapp	67	67	50

Resultatet visar att 83 % av de frågor som skickades till verksamheterna via e-post besvarades inom två dagar av individ och familjeomsorgen och 50 % av frågorna besvarades inom två dagar av funktionsstöd.

Resultatet för Individ o Familj är i stort sett oförändrat jämfört med föregående år medan resultatet för handikapp har försämrats.

Tabell 8: Hur stor andel av medborgarna som tar kontakt med kommunen via telefon får ett direkt svar på en enkel fråga?

Hur stor andel av medborgarna som tar kontakt med kommunen via telefon får ett direkt svar på en enkel fråga?	2015	2016	2017
Medelvärde andra kommuner	46	52	53
Alingsås	43	52	57
Individ och Familj	17	67	50
Handikapp	50	33	67

Resultatet visar att 50 % av medborgarna som tog kontakt med Individ- och familjeomsorgen via telefon fick ett direkt svar på en enkel fråga, vilket är en försämrning jämfört med 2016.

Inom funktionsstöd fick 67 % av medborgarna som tog kontakt med verksamheten via telefon ett direkt svar på en enkel fråga, vilket är en stor förbättring jämfört med föregående år.

<sup>4</sup> I Kommunens Kvalitet i Korthet redovisas resultat inom några områden som är intressanta för invånarna. Resultaten har ambitionen att beskriva kvalitet och effektivitet i jämförelse med andra kommuner. Det nationella projektet KKIK omfattar 234 kommuner. KKIK använder cirka 40 mått för att mäta kommunens prestationer inom fem områden: kommunens tillgänglighet, trygghetsaspekter i kommunen, medborgarens delaktighet och kommunens information, kommunens effektivitet och kommunen som samhällsutvecklare.



Tabell 9: Gott bemötande vid kontakt med kommun, andel av maxpoäng (%)<sup>5</sup>

Gott bemötande vid kontakt med kommun, andel av maxpoäng (%) <sup>6</sup>	2015	2016	2017
Medelvärde andra kommuner		83	83
Alingsås		89	83

Totalt 83 % upplever att de får ett gott bemötande vid kontakt med kommunen vilket är i nivå med genomsnittet.

Tabell 10: Hur stor andel av medborgarna uppfattar att de får ett mycket gott eller gott bemötande när de via telefon ställt en enkel fråga till kommunen?

Hur stor andel av medborgarna uppfattar att de får ett mycket gott eller gott bemötande när de via telefon ställt en enkel fråga till kommunen?	2015	2016	2017
Individ och Familj	100	100	100
Handikapp	100	100	100

100 % av medborgarna uppfattar att de får ett mycket gott eller gott bemötande när de via telefon ställt en enkel fråga till Individ- och familjeomsorgen eller avdelningen för funktionsstöd.

<sup>5</sup> Baseras på en subjektiv bedömning av frågeställaren utifrån fyra nivåer; mycket god, god, medelgod och dålig. Varje svar på mycket god ger 3 poäng, god ger 2 p, medelgod 1p och dålig 0p. Poängen summeras och divideras med maximalt möjlig poäng. Det som redovisas här är andel av maxpoäng i procent.

## 5.5 Synpunkter från tillsyns/gransknings/revisionsrapporter

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) genomförde under året tillsyn vid tre av socialnämndens hem för vård eller boende för barn och unga (HVB) och en tillsyn vid kommunens stödboende. Tillsynerna visade i huvudsak att verksamheternas bemanning ger förutsättningar för en trygg och säker vård för de inskrivna barnen och ungdomarna. I samtliga beslut påtalades brister i verksamhetens utformning och dokumentation av lämplighetsbedömningar, men IVO avstod från att ställa krav på åtgärder då verksamheterna uppgett att bristen skulle avhjälpas och att dokumentation vid lämplighetsbedömning fortsättningsvis kommer att ske i enlighet med gällande föreskrifter.

IVO genomförde också en tillsyn som omfattade handläggning av utredningar inom bland annat utredningar inom områdena äldreomsorg, funktionshinder, barn och unga samt missbruk med särskilt fokus på nämndernas planeringsförutsättningar, riskanalys, egenkontroll, uppföljning och samverkan.

Tillsynen visade att handläggning av ärenden inom funktionsstödsområdet ofta har tagit oskälig tid. I beslutet angav IVO att socialnämnden behöver säkerställa att det finns den personal som behövs för att kunna handlägga ärenden inom skälig tid vid funktionsstödsverksamhetens myndighets utövning, att det görs riskanalyser för att identifiera och bedöma händelser som skulle kunna utgöra brist i verksamhetens kvalitet och att det bedrivs egenkontroll med den frekvens och omfattning som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet.

Därutöver har en tillsyn genomförts av IVO rörande handläggning av unga vuxna med missbruksproblem. Något beslut har ännu inte fattats.

## 6. Utredning av avvikelser

Enligt gällande lagkrav för socialtjänsten så ska socialtjänsten utreda avvikelser. I SOSFS 2011:9 4 kap 3 § - 6 § framgår att de avvikelser som avses är 1) rapporterade missförhållanden enligt lex Sarah samt 2) synpunkter och klagomål från vård- och omsorgstagare, personal, vårdgivare, de som bedriver socialtjänst, de som bedriver verksamhet enligt LSS, myndigheter och föreningar, andra organisationer och intressenter.

Avvikelser som rör hälso- och sjukvård d.v.s. fall, läkemedel och hjälpmedel mm utreds, och analyseras och sammanställs av vård- och äldreomsorgsnämnden i Alingsås kommun, som ansvarar för hälso- och sjukvården i socialförvaltningen. Vård- och äldreomsorgsnämnden redovisar avvikelser inom hälso- och sjukvårdens område i en årlig patientsäkerhetsberättelse.

### 6.1 Missförhållande enligt Lex Sarah

Bestämmelserna om lex Sarah omfattar skyldigheten att rapportera missförhållande och påtagliga risker för missförhållande för var och en som fullgör uppgifter inom verksamheten. Andra centrala skyldigheter i bestämmelserna om lex Sarah är utredningsskyldigheten, skyldigheten att avhjälpa eller undanröja missförhållanden och anmälningsskyldigheten. Lex Sarah är en del av det systematiska kvalitetsarbetet och syftar till att verksamheten ska utvecklas, att missförhållanden ska rättas till och att förhindra att liknande händelser inträffar igen.

I *internkontrollplan 2017* beslutade nämnden att särskilt följa upp att upprättade riktlinjer vid missförhållande eller påtagliga risker för missförhållande-lex Sarah är kommunicerade och följs.

Inför delårsbokslutet undersökte utvecklingsledare kvalitet hur avvikelser hanteras. Undersökningen gjordes dels genom en webbenkät som lämnades till förvaltningens samtliga enhetschefer och dels genom en granskning av upprättade lex Sarah utredningar. Resultatet visar att följsamheten är generellt god avseende information till rapporteringsskyldiga och uppföljning av planerade åtgärder. Innehållet i upprättade utredningar följer föreskrifternas krav. I de enstaka fall som brist förekom saknades uppgift om något liknande har inträffat tidigare och om sannolikheten för att avvikelserna kan uppstå igen.

Under året har digital avvikelshantering införts och Socialnämnden antog 2017-11-21, §§ 121 a-b, *Riktlinjer för hantering av avvikelser i verksamhetssystemet Magna Cura* och *Riktlinjer för hantering av avvikelser i verksamhetssystemet Life Care*. Riktlinjer för hantering av avvikelser i Magna Cura omfattar avvikelser,

synpunkter och klagomål, missförhållande (lex Sarah) och vårdskador. Riktlinjer för hantering av avvikelser i Life Care omfattar avvikelser, synpunkter och klagomål och missförhållande (lex Sarah).

I tabellen nedan redovisas en sammanställning över antal inkomna lex Sarah rapporter 2011-2017.

Tabell 11: Antal inkomna Lex Sarah rapporter

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Lex Sarah rapporter	4	7	10	23	23	10	29
Därav anmälda till IVO	*	1	1	1	3	3	7

\*uppgift saknas

2017 inkom 29 Lex rapporter, vilket är en ökning med 19 rapporter jämfört med 2016. Antalet inkomna rapporter till respektive avdelning är relativt jämt fördelat då 12 rapporter inkom till arbetsmarknad stöd och service, 10 rapporter till avdelningen för funktionsstöd och sju rapporter till individ- och familjeomsorgen.

22 stycken av de inkomna rapporterna har utretts inom ramen för bestämmelserna om tillämpningen av lex Sarah. I sju fall har de rapporterade missförhållandena bedömts vara av en sådan allvarlighetsgrad att en anmälan till inspektionen för vård och omsorg (IVO) har lämnats in. I sju fall har de rapporterade händelserna inte bedömts vara av så allvarlig art att de omfattas av bestämmelserna om lex Sarah. I de fall har händelserna har istället hanterats som avvikelser inom ramen för förvaltningens systematiska kvalitetsarbete.

Rapporterna avser bland annat bemötande, felaktigt utförda insatser, uteblivna insatser, ekonomiskt övergrepp, våld/övergrepp medboende och rättsäkerhet. Identifierade orsaker till det inträffande är exempelvis bristande följsamhet mot gällande rutiner, otydliga rutiner, bristande kunskaper om gällande rutiner, hög arbetsbelastning, bristande introduktion samt bristande informationsöverföring.

För att avhjälpa och förhindra att liknande händelser inträffar igen har förvaltningen vidtagit åtgärder. Ofta handlar åtgärderna om förbättrade rutiner, ett ökat medvetande om risker, införande av nya arbetssätt, och åtgärder i form av informations- och utbildningsinsatser.

## 6.2 Hantering av Synpunkter och klagomål

Grunden för att utveckla och säkra kvaliteten i verksamheten är ett väl fungerande systematiskt kvalitetsarbete. I det ingår att ta hand om synpunkter och klagomål för att minska risken för att det inträffar missförhållanden, allvarliga missförhållanden eller andra kvalitetsavvikelser. Inkomna klagomål och synpunkter ska sammanställas för att verksamheten ska kunna se mönster och trender som indikerar brister i verksamhetens kvalitet.

I tabellen nedan redovisas en sammanställning över antal inkomna synpunkter och klagomål 2011-2017. De synpunkter och klagomål som redovisas i tabellen nedan är de som har registrerats i socialnämndens diariéer.

Tabell 12: Antal inkomna synpunkter och klagomål

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Synpunkter	6	6	6	6	7	40	50
Klagomål	10	14	11	15	17	25	20
Totalt	16	20	17	21	24	65	70

Det sammanlagda antalet synpunkter och klagomål 2017 är 70 stycken, vilket är en ökning med 5 stycken jämfört med 2016.

Antalet inkomna synpunkter och klagomål är relativt jämt fördelat mellan förvaltningens avdelningar. 21 synpunkter och klagomål rör individ- och familjeomsorgen, 24 rör avdelningen för funktionsstöd och 25 rör avdelningen för arbetsmarknad stöd och service.

Flertalet synpunkter och klagomål rör handläggning av ärenden (13), entreprenad av personlig assistans (11), och habiliteringsersättning (8). Sex klagomål och synpunkter rör bemötande. Övriga synpunkter och klagomål rör bland annat information, öppettider och arbetsledning. Några synpunkter är förslag till verksamheten och en synpunkt är beröm till verksamheten. Endast ett fåtal klagomål och synpunkter har lämnats in anonymt.

Åtgärder som vidtagits med anledning av inkomna klagomål och synpunkter är bland annat utökade resurser, nya eller förbättrade rutiner och förändrade insatser. För sju synpunkter och klagomål har utredningen i de delar som granskats inte visat på några brister, därför har inte några åtgärder vidtagits med anledning av klagomålen.

Nio klagomål har inkommit till nämnden från Inspektionen för vård och omsorg (IVO) med anledning av att IVO har tagit emot uppgifter om socialtjänsten. I förekommande fall har IVO lämnat över skrivelserna till socialnämnden med hänvisning till bestämmelserna i Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbetet. Där det beskrivs att socialtjänsten ska ta emot och utreda klagomål och synpunkter på verksamhetens kvalitet.

Vid sammanställningen av inkomna synpunkter och klagomål framkommer att inte alla klagomål har utretts vilket tyder på brister gentemot kraven i föreskrifterna och nämndens riktlinjer för hantering av avvikelser.

## 7. Personalens medverkan

Den enskilde medarbetaren är en viktig tillgång i arbetet med att kvalitetssäkra verksamheten. Personalen medverkar i kvalitetsarbetet genom att följa verksamhetens processer, riktlinjer och rapportera upptäckta avvikelser och missförhållanden.

För att ytterligare stärka medarbetarnas förutsättningar att medverka i kvalitetsarbetet har förvaltningen infört digital avvikelshantering under året. Förvaltningen har också upprättat rutiner för hantering av sådana avvikelser som har en lägre allvarlighetsgrad än vad som enligt bestämmelserna om lex Sarah menas med missförhållande.

Andra sätt som skapar förutsättningar för personal att medverka i kvalitetsarbetet är socialförvaltningens arbete med ständiga förbättringar genom så kallade pulsmöten. Arbetssättet implementerades i socialförvaltningens ledningsgrupp 2015 och på avdelningsnivå och enhetsnivå under 2016. Pulsmöten genomförs veckovis. Syftet är att på ett strukturerat sätt gå igenom brister, avvikelser och förslag till förbättringar i verksamheten. Arbetssättet innebär kortfattat att uppmärksammade avvikelser listas och prioriteras med hjälp av en fyrfältsmatris. Förbättringar som bedöms ge stor effekt avseende verksamhetens mål med en liten insats prioriteras framför effekter som bedöms ge liten effekt med en stor insats. Inom ramen för arbetet upprättas också handlingsplaner med tillhörande införandeplaner, samtidigt som kontinuerlig uppföljning av pågående aktiviteter sker. Vidare genomförs regelbundna metodmöten i syfte att förbättra och följa upp kvaliteten i verksamheten på flera av förvaltningens enheter.

## 8. Samverkan

Att socialtjänsten samverkar med andra myndigheter och även internt med andra verksamhetsområden är i många fall en förutsättning för att den enskilde ska få den hjälp och det stöd som han eller hon behöver.

I syfte att tydliggöra och formalisera samverkan mellan individ- och familjeomsorgens enheter har en ny övergripande samverkansrutin upprättas för individ- och familjeomsorgens. "Rutin för samordnad planering". Även inom avdelningen arbetsmarknad stöd och service har samordnad planering varit ett fortsatt prioriterat område under året.

Närvårdssamverkan bygger på sammanhållna processer mellan flera vårdgivare där den totala kvaliteten i samverkan kring individen är det som skapar mervärde för individen. Under året bildades SAMLA, en samverkansorganisation för nära vård i Alingsås och Lerum. Närvårdssamverkan inom SAMLA omfattas av

- Regionens hälso- och sjukvård: VG Primärvård, Vårdval Rehab, beställd Primärvård (all primärvårdsverksamheten utanför vårdcentralerna och rehab), Habilitering och hälsa, tandvården
- Alingsås lasarett, Södra Älvsborgs sjukhus
- Kommunal vård, omsorg, socialtjänst och elevhälsa i Alingsås- och Lerums kommuner
- Hälso- och sjukvårdsnämnden Väst

Under det inledande året har fokus legat på att upprätta och besluta om en samverkansstruktur inom SAMLA.

Kommunens nämnder samverkar kring barn och unga genom BUS (barn- och ungdomsnämnden, utbildningsnämnden socialnämnden och kultur och fritidsnämnden). Under året har fokus legat på att på samordna gemensamma resurser, åtgärder och aktiviteter för unga. Den prioriterade målgruppen är elever som riskerar att tappa motivationen, elever med hög skolfrånvaro samt unga utan sysselsättning eller utbildning. För målgruppen pågår en kartläggning av förebyggande insatser och förväntade effekter.

Socialförvaltningen samverkar också med skolan utifrån modellen Samtidigt, där fokus ligger på tidiga och förebyggande insatser.

Delegationen för unga till arbete (DUA) syftar till att främja statlig och kommunal samverkan och utveckling av nya samverkansformer med målsättningen att minska ungdomsarbetslösheten. Inom ramen för DUA samverkar förvaltningen med arbetsförmedlingen och andra aktörer kring målgruppen arbetslösa unga 16-24 år som har en utsatt ställning på arbetsmarkanden och som står långt från arbetsmarknaden. En lokal överenskommelse har tecknats mellan Alingsås kommun och Arbetsförmedlingen som bland annat har resulterat i verksamheten ENTER. Under året har DUA – överenskommelsen reviderats och en ny överenskommelse DUA- nyanlända har utformats. Framtagande av den nya överenskommelsen har skett i samverkan/samarbete med Utbildningsförvaltningen, Arbetsförmedlingen, Arbetsmarknadsenheten, ABC kommunen som arbetsgivare, ett antal privata företag samt med Hjälmmared som partner.

Socialförvaltningen samverkar även med aktörer från civilsamhället. För närvarande medverkar 25 organisationer i nätverket, som samlas till vid cirka sex årliga träffar. Utöver kyrkorna i Alingsås deltar representanter från idrottsföreningar och andra ideella organisationer. Nätverksträffarna syftar bland annat till att stärka förutsättningarna för samverkan mellan socialförvaltningen och den ideella sektorn, samt möjliggöra delaktighet i den demokratiska processen och hitta konkreta uttryck för uppdrag och roller.

From 2018 har en ny organisation beslutats i socialförvaltningen. Den nya organisationen syftar bland annat till att främja ett mer processorienterat arbetssätt, samt skapa ökade förutsättningar för helhetssyn och samordning inom förvaltningen.

## 9. Systematiskt förbättringsarbete

Nedan redogörs för olika insatser och åtgärder som genomförts under året för att förbättra kvaliteten i verksamheten, fördelade efter rubrikerna *brukarinflytande, kunskapsbaserad verksamhet, personal- och kompetensförsörjning, rättssäker handläggning och uppföljning, riktlinjer och rutiner, våld i nära relationer, nytt verksamhetssystem, ökat fokus på meningsfull sysselsättning inom boende socialpsykiatri och verksamhets och organisationsförändringar.*

### *Brukarinflytande*

Brukarinflytande har fortsatt varit ett av förvaltningens fokusområde 2017. Särskilt prioriterat har arbetet med arbetsplaner/genomförandeplaner, brukarråd och husmöten varit.

### *Kunskapsbaserad verksamhet*

En kunskapsbaserad verksamhet innebär att tjänsterna utförs i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet, samt att den enskildes erfarenheter tas till vara. Under året har en metod implementerats som bygger på Sign of Safety inom verksamhetsområdet barn och unga. Därutöver har arbetet med att implementera och vidareutveckla arbetssättet i redan befintliga metoder och insatser fortsatt. Bland annat har personal inom stöd och behandlingsenheten fortsatt utbildats i metoderna Trappan, FFT (Funktionell familjeterapi), COPE, MI (Motiverande samtal), FIT och Ersta tonårsgrupp. Inom vuxenheten används ASI (Addiction Severity Index) mer systematiskt i utredningar och inom arbetsmarknadsenheten har arbetet med metoden Supported Employment fördjupats och utvecklats.

I syfte att säkerställa att insatserna motsvarar målgruppens behov har arbetsmarknadsenheten (AME) i samverkan med stöd och försörjningsstödsenheten under året kartlagt och utvecklat insatserna inom verksamheten. Som ett resultat av arbetet finns nu utöver kompetenshöjande verksamhet också insatserna individuell sysselsättning och arbete (ISA F), samt kartläggning av arbetsförmåga (KAF) inom på AME.

### *Personal- och kompetensförsörjning*

Att rekrytera och bibehålla kompetens är fortsatt en stor utmaning för socialförvaltningen, samtidigt visar statistik i arbetsbelastning att socialsekreterarna inom barn- och unga utredningsenheten ligger högt i jämförelse med närliggande kommuner. För att hantera behovet av kompetensförsörjning och en rimlig arbetsbelastning har förvaltningen fortsatt att arbeta aktivt med insatser på olika nivåer inom verksamheten.

Som en del i arbetet har förvaltningen bland annat fortsatt att marknadsföra sig och annonsera tjänster i media såsom branschtidningar samt sociala medier. Socialförvaltningen samarbetar också med skolor, universitet och närvarar på mässor för att tidigt få kontakt med framtida kompetens är värdefull för bristyrken.

Vidare pågår ett aktivt arbete inom förvaltningen med att förbättra rekryteringsprocessen. Individ- och familjeomsorgen använder Göteborgsregionens kommunalförbunds (GR) introduktionsmaterial för att för att ge stöd till nya medarbetare. Under våren startade GR:s nya introduktionsprogram och utbildningspaket "Yrkesresan" för socialsekreterare i den sociala barnavården. Flera nya medarbetare har genomgått basutbildningen med gott resultat och hög nöjdhet.

För att underlätta arbetet och för att stödja socialsekreterarna i deras arbete förekommer tjänsterna förste socialsekreterare och socialadministratörer inom förvaltningen. Därutöver har internkonsulter rekryterats under 2017.

För att säkra kompetensen och minska sårbarheten vid frånvaro och ledigheter inom områdena budget- och skuldrådgivning har två kombinationstjänster skapats under året inom försörjningsstödsenheten. I tjänsterna ingår att arbeta 50 % med budget och skuldrådgivning och 50 % som boendesekreterare.

### *Rättssäker handläggning och uppföljning*

Socialförvaltningen har under året fortsatt att arbeta aktivt för att säkerställa en rättssäker handläggning, samt utvecklat formerna för uppföljning inom verksamheten. Som exempel genomför stöd och försörjningsenheten regelbundna metodmöten och ärendehandledning för att säkerställa en rättssäker handläggning, likabedömning och individuella bedömningar. Därutöver genomförs regelbundna individuella ärendegenomgångar för att säkra att det finns en pågående process mot självförsörjning i alla ärenden.

Stöd- och behandlingsenheten har under året arbetat med en tätare handledning i biståndsärenden vilket en medfört en mer frekvent uppföljning och bättre förutsättningar att följa upp att insatserna ger effekt.

Barn- och unga utredningsenheten har under året infört ett processororienterat arbetssätt som innebär att enheten systematiskt följer upp innehållet och handläggningstiden i alla utredningar. Processtavlor har köpts in på enheten och rutiner för arbetssättet har upprättats. Arbetet leds av förste socialsekreterare och genomförs kontinuerligt på dagliga pulsmöten, samt gemensamma metodmöten varje vecka. Därutöver har grupperna varsin socialadministratör som stöd i arbetet. Arbetssättet bedöms ha bidragit till en ökad helhetssyn och transparens. Arbetssättet har också medfört ett förbättrat arbetsflöde och ett ökat ansvarstagande.

Inom vuxnenheten har en ny rutin tagits fram för skyddsbedömningar och enheten gör numera skyddsbedömningar på samtliga personer 18-20 år inom 24 timmar. Som ett led i arbetet med att säkerställa en rättssäker handläggning har enheten också infört en mottagningsfunktion.

Socialförvaltningen kommer under perioden 2017-11-01- 2018-04-30 att tillsammans med åtta andra kommuner inom GR och alla statsdelar i Göteborg att delta i Aktualiseringsprojektet. Projektet har startat mot bakgrund av det ökade antalet orosanmälningar gällande barn och unga och syftet är att göra en mer djupgående kartläggning och analys kring orosanmälningar.

#### *Riktlinjer och rutiner*

Föreskrifterna om kvalitet i socialtjänsten ställer krav på att socialtjänsten ska utarbeta och fastställa de rutiner som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet. Underlaget i förvaltningens verksamhetsuppföljning visar att ett ökat systematiskt förbättringsarbete utgör en viktig grund för arbetet med att säkerställa att förvaltningen har de rutiner som krävs. Exempelvis har arbetet med att standardisera förvaltningens processer, ständiga förbättringar, avvikelsehantering, samt synpunkts och klagomålshantering medfört att flera nya rutiner har upprättats och att redan befintliga rutiner har reviderats.

För säkerställa en effektiv och kvalitetssäkrad dokumenthantering har socialförvaltningen upprättat "Riktlinjer för styrande dokument och dokumenthantering". Riktlinjerna beskriver bland annat hur styrande dokument ska namnges, utformas och tillgängliggöras. Under året har arbetet med att implementera och säkerställa att riktlinjerna följs fortsatt.

#### *Våld i nära relationer*

Socialtjänsten ansvarar för stöd och hjälp till våldsutsatta och barn som har bevittnat våld. Under året antog Socialnämnden Handlingsprogram 2017-2021 för våld i nära relationer (2017.165 SN). Handlingsprogrammet slår fast inriktningen för individ- och familjeomsorgens insatser för barn, ungdomar och vuxna som lever i våld i nära relationer. Handlingsplanen 2017-2018 för våld i nära relationer beskriver konkret vad, hur och när olika aktiviteter ska genomföras samt vem som ansvarar för dem.

#### *Nytt verksamhetssystem*

Under året har införandet av ett nytt verksamhetssystem Tieto Life Care planerats. Tieto Life Care som införs 2018 är en gemensam lösning för socialtjänst som med sitt processtyrda arbetsflöde förenklar och är tidsparande för handläggaren, vilket frigör mer tid till klientarbete.

#### *Ökat fokus på meningsfull sysselsättning inom boende socialpsykiatri*

Inom boende socialpsykiatri har ett stort fokus under året varit att säkerställa en individuell och meningsfull sysselsättning för den enskilde. För att ytterligare utveckla arbetet och möjliggöra samordning mellan förvaltningens enheter kommer en sysselsättningsansvarig att anställas inom förvaltningen under nästa år.

#### *Verksamhets- och organisationsförändringar*

Familjerätten i Alingsås kommun utökades under året till att även möta invånare i Vårgårda kommun och ett avtal har slutits med Vårgårda kommun. Med anledning av det har flera anpassningar av verksamheten gjorts och nya rutiner har upprättats.

Under hösten har det pågått ett arbete med att förbereda funktionshinderverksamhetens övergång till vård- och äldreomsorgsnämnden utifrån handlingsplan EFFEKT.

From 2018 har en ny organisation beslutats i socialförvaltningen. Den nya organisationen syftar bland annat till att främja ett mer processororienterat arbetssätt, samt skapa ökade förutsättningar för helhetssyn och samordning inom förvaltningen.

## 10. Sammanställning och analys

God kvalitet för socialtjänsten i Alingsås omfattar följande kvalitetsområden: självbestämmande och integritet, helhetssyn och samordning, trygghet och säkerhet, kunskapsbaserad verksamhet tillgänglighet och effektivitet. Vid analys och identifiering av förvaltningens styrkor respektive viktigaste utvecklings- och förbättringsområden har kvalitetsområdena för god kvalitet varit utgångspunkt.

### Självbestämmande och integritet

*Med självbestämmande och integritet menas att den enskilde är delaktig, har inflytande och ges möjlighet till egna val.*

Underlaget till kvalitetsberättelsen visar att det sker ett aktivt och medvetet arbete inom nämndens verksamheter för att stärka den enskildes självbestämmande och integritet. Under året har förvaltningen fortsatt att vidareutveckla arbetet med brukarundersökningar, genomförandeplaner, brukaråd, och husmöten. Andra förekommande former för brukarinflytande inom förvaltningen är exempelvis råd för funktionshinderfrågor, standardiserade bedömningsinstrument, synpunktshantering, samordnade individuella planer, verksamhetsinformation på kommunens webbplats, samt samverkan med brukarorganisationer.

Utifrån resultatet i Öppna jämförelser görs bedömningen att det finns goda förutsättningen för självbestämmande och integritet inom de flesta av förvaltningens verksamheter.

Resultatet i brukarundersökning IFO myndighetsutövning visar att en stor andel brukare anser att socialsekreterarna frågar brukaren efter deras synpunkter om hur deras situation skulle kunna förändras, medan en lägre andel tycker att de i stor eller mycket stor utsträckning har kunnat påverka vilken hjälp de har fått. När det gäller brukarnas upplevelse att kunna påverka vilken hjälp man fått ligger snittet kvar på samma nivå som 2016. Den grupp som svarat betydligt lägre på den frågan än föregående år är ensamkommande barn och ungdomar, vilket säkerligen påverkar det sammantagande värdet för området - Inflytande. En förklaring kan vara att upplevelsen av att inte kunna påverka är ett resultat av den ovisshet som målgruppen har ställts inför under året.

Sammanfattningsvis visar resultatet i brukarundersökning funktionshinder att andelen brukare som tycker att de får bestämma saker som är viktiga hemma eller på sin dagliga verksamhet är relativt högt inom samtliga verksamhetsområden. En stor förbättring ses särskilt inom området boende med särskild service när det gäller andelen brukare som tycker att de får bestämma saker som är viktiga hemma.

Resultatet i brukarundersökning funktionshinder visar också att andelen brukare som tycker att de får den hjälp som de behöver är relativt högt inom samtliga verksamhetsområden, med ett undantag från gruppbostad LSS som också har ett lågt resultat i jämförelse med andra kommuner.

### Helhetssyn och samordning

*Helhetssyn utgår från den enskildes samlade livssituation. Då den enskilde har behov av tjänster som bedrivs inom olika verksamheter eller av olika utförare/professioner är dessa samordnade. Det finns tydlig ansvarfördelning. Tjänsterna präglas av kontinuitet.*

I Öppna jämförelser är helhetssyn och samordning ett av de kvalitetsområden där det finns flest förbättringsområden. Förbättringsområdena rör främst förekomsten av rutiner för extern samverkan.

Under året har flera förändringar genomförts i verksamheten för att underlätta samarbete och helhetssyn, bland annat har initiativ tagits till att förbättra insatserna inom arbetsmarknadsenheten för personer med försörjningsstöd. Vidare har formerna för intern samverkan mellan enheterna inom individ- och familjeomsorgen tydliggjorts. Det processororienterade arbetssätt som införs i och med socialförvaltningens omorganisation förväntas också bidra till ökad helhetssyn och samordning.



Under året bildades SAMLA som är en samverkansorganisation för nära vård i Alingsås och Lerum. Arbetet inom SAMLA utgår från "Samverkansplan för hälsa och den nära vården inom SAMLA – området Alingsås – Lerum.

Inom BUS nämndernas samverkan kring barn och unga har ett utvecklingsarbete genomförts för att kartlägga och förbygga insatser för elever som riskera tappa motivationen, elever med hög skolfrånvaro samt unga utan sysselsättning eller utbildning.

Från mars 2018 finns en förvaltningsövergripande samordnare för våld i nära relationer inom förvaltningen. I samordnarens uppdrag ingår bland annat att driva, leda och samordna arbetet med handlingsplan 2017-2018 för våld i nära relationer. Därutöver kommer samordnaren att kartlägga utvecklingsbehoven i förvaltningen och tillsammans med den interna samverkansgruppen för VINR prioritera satsningar för de kommande åren.

Inom förvaltningen pågår ständigt ett aktivt och medvetet arbete för att öka samverkan både internt och externt och där arbetet med att standardisera förvaltningens processer och att införa ett processorienterat arbetssätt bedöms ge ytterligare verktyg för att öka systematiken i detta arbete. Trots det är socialförvaltningens bedömning att det finns ett fortsatt behov av att vidareutveckla samverkan internt både mellan förvaltningens olika avdelningar och med andra nämnder, samt externt mellan socialförvaltning andra huvudmän särskilt sjukvård och primärvård.

## Trygghet och säkerhet

*Trygghet och säkerhet innebär att tjänsterna utförs enligt gällande regelverk. Tjänsterna är transparenta vilket innebär förutsägbarhet och möjlighet till insyn. Risk för kränkning, försummelse, fysisk eller psykisk skada förhindras genom förebyggande arbete.*

Resultatet i Öppna jämförelse visar att de förutsättningar som undersöks inom kvalitetsområdet trygghet och säkerhet förekommer i olika stor utsträckning inom förvaltningens olika verksamhetsområde. Inom kvalitetsområdet trygghet och säkerhet är förutsättningarna för god kvalitet högst inom ekonomiskt bistånd och den sociala barn- och ungdomsvården.

När det gäller brukarens upplevelse av om socialsekreteraren visar stor förståelse för deras situation ligger resultatet kvar på samma nivå som 2016.

Resultatet i brukarundersökning funktionshinder visar att andelen brukare som känner sig trygga med personalen har ökat inom boendestödet och sysselsättning SoL. Resultatet visar även att andelen brukare som aldrig känner sig rädda för något hemma har ökat inom gruppboendestöd LSS

En ökning ses också när det gäller andelen brukare som upplever att personalen pratar så att de förstår inom särskild service SoL, gruppboendestöd LSS och boendestöd, samt när det gäller andelen brukare som upplever att personalen inom verksamheten bryr sig om dem inom boende särskild service SoL och boendestöd.

Däremot ses en försämring när det gäller andelen brukare som aldrig känner sig rädda för något inom daglig verksamhet och när det gäller andelen brukare som känner sig trygga med personalen inom gruppboendestöd LSS. Resultaten är också låga i jämförelse med andra kommuner. Vidare är antalet boendeplatser där hot och våld mot brukare inte förekommit på boendet under de sex senaste månaderna fortfarande lågt.

Sammanställningen av inkomna lex Sarah rapporter och synpunkter och klagomål visar att antalet lex Sarah rapporter har ökat jämfört med föregående år, medan antalet inkomna klagomål och synpunkter ligger kvar på i stort sätt samma nivå som föregående år.

Under året har individ- och familjeomsorgen fortsatt prioriterat arbetet med att erbjuda en rättssäker handläggning. Förvaltningen har också arbetat på olika nivåer med att systematiskt följa upp utvecklingen av antalet orosanmälningar och att ärenden handläggs inom lagstadad tid.

Vid tillsynen som genomfördes vid socialnämndens hem för vård eller boende för barn och unga (HVB) påtalade Inspektionen för vård och omsorg (IVO) brister i verksamhetens utformning och dokumentation av

lämplighetsbedömningar. För att säkerställa att lämplighetsbedömningar görs och dokumenteras enligt gällande föreskrifter och allmänna råd har nya rutiner för lämplighetsbedömningar upprättats och implementerats under året och numera genomförs lämplighetsbedömningar på förvaltningens hem för vård eller boende för barn och unga och stödboende.

En viktig förutsättning för att nämnden ska kunna följa upp om verksamhetens tjänster utförs med god kvalitet är att ledningssystemets alla delar införs. Under året har ett prioriterat område varit att införa digital avvikelshantering, vilket förväntas effektivisera och förenkla arbetet med att ta emot, utreda, sammanställa samt analysera brister i verksamheten. Ett annat prioriterat område har varit att upprätta och implementera rutiner för att ta om hand om icke förväntade händelser (avvikelser) för att minska risken för att det inträffar missförhållande eller allvarliga missförhållanden. Vidare har arbetet med att implementera förvaltningens riktlinjer och rutiner för dokumentstyrning och dokumentförvaring fortsatt.

Under 2018 kommer fokus ligga på att skapa ett förvaltningsövergripande arbetssätt och en struktur för att fastställa, beskriva och dokumentera förvaltningens processer. Därutöver kommer förvaltningen vidareutveckla arbetet med riskanalys och egenkontroll, genom att ta fram rutiner för riskanalyser vid fastställandet av processer och vid förändringar i verksamheten och genom att utforma en struktur för intern tillsyn och uppföljning av utförare. Vidare finns ett fortsatt behov av att säkerställa att nämndens riktlinjer för hantering av avvikelse avseende synpunkter och klagomål följs.

## Kunskapsbaserad verksamhet

*Kunskapsbaserad verksamhet innebär att tjänsterna utförs i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet, samt att den enskildes erfarenheter tas till vara. Som exempel kan det röra sig om att verksamheten använder manualbaserade metoder och samverkar med forskning och högskola.*

Inom förvaltningen används flera kunskapsbaserade metoder och insatser. Nya metoder har införts under året, parallellt som arbetet med att vidareutveckla arbetet och implementera redan befintliga metoder har fortsatt.

Det som fortsatt saknas är bland annat möjligheten att utvärdera verksamheten genom systematisk uppföljning på gruppnivå. För att få stöd i arbetet med att implementera nya arbetssätt som leder till en evidensbaserad praktik har delar av förvaltningen deltagit i en fortbildning i evidensbaserad praktik. Med utgångspunkt i fortbildningen kommer förvaltningens under nästa år att ta fram en plan för hur förvaltningen ska kunna arbeta med systematiskt uppföljning på gruppnivå.

I Socialnämndens väsentlighets- och riskanalys har möjligheten att rekrytera personal med rätt kompetens identifierats som ett riskområde. Med anledning av det kommer förvaltningen särskilt att följa upp att förvaltningens rekryteringsprocess ger resultat under 2018.

## Tillgänglighet

*Med tillgänglighet menas bland annat att det ska vara lätt att ta kontakt med socialtjänsten och vid behov få del av tjänsterna inom rimlig tid. Information och kommunikation ska vara begriplig och anpassad efter olika grupper och individers behov. Kommunikationen mellan den enskilde och professionen präglas av ömsesidighet och dialog. Verksamheterna är fysiskt tillgängliga.*

I Öppna jämförelse uppnår Alingsås kommun mycket goda resultat avseende tillgänglighet.

Resultatet i brukarundersökning IFO visar att flertalet tycker att det är lätt att få kontakt med socialsekreteraren via telefon, sms eller epost. Även resultatet i servicemätningen ger en positiv bild avseende tillgänglighet via epost inom individ- och familjeomsorgen, däremot ger resultatet en annan bild vad gäller tillgänglighet via telefon.

För avdelningen för funktionsstöd visas tvärtom en positiv bild i servicemätningen vad det gäller tillgängligheten via telefon och en annan bild vad gäller tillgängligheten via epost.

Information och kommunikation ska vara begriplig och anpassad efter olika målgruppers behov. Resultatet i brukarundersökningen IFO visar att en större andel upplever att informationen som lämnas av socialsekreterare är lätt att förstå. Resultatet i brukarundersökning visar att andelen brukare som upplever att personalen pratar så att de förstår är högst inom Sysselsättning SoL och lägst inom Gruppboende LSS.

Ett annat sätt att undersöka om enskilda får del av socialtjänstens tjänster inom rimlig tid är att mäta utredningstiden. Nämnden har särskilt följt upp utredningstiderna inom individ- och familjeomsorgen under året, vilket kan ha påverkat att handläggningstiderna inom barn och unga ligger kvar på samma nivå trots stora volymökningar, och att utredningstiderna har förkortats för vuxna med missbruksproblematik. Däremot ses en ökning av utredningstiden för beslut om LSS.

För att verksamheten ska uppfattas som tillgänglig finns också behov av att regelbundet se över innehållet på webbsidor, uppdatera information och använda nya digitala utvecklingsalternativ inom verksamheten. Under 2017 beviljade kommunstyrelsen socialnämnden medel från innovationsfonden för bland annat digitaliserat försörjningsstöd och digital tidbokning till socialtjänstens reception.

## Effektivitet

*Effektivitet innebär att resurserna utnyttjas på bästa sätt för att uppnå uppsatta mål för verksamheten.*

Att fastställa sambandet mellan insats och effekt är inte alltid enkelt och det är olika svårt i olika delar av verksamheten.

Ett sätt att säkerställa att de insatser som ges ger önskad effekt är att fortsätta att vidareutveckla arbetet med att följa nationella riktlinjer, evidensbaserade metoder, standardiserade arbetssätt och ta tillvara brukarnas synpunkter och erfarenheter. Ett annat sätt att öka resurseffektivitet och kvalitet är att fortsatt vidareutveckla det systematiska kvalitetsarbetet. Detta sker bland annat genom införandet av ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, arbetet med ständiga förbättringar, samt genom brukarundersökningar. Det processorienterade arbetssätt som införs i och med socialförvaltningens omorganisations förväntas också leda till effektivare processer. Därutöver förväntas införandet av ett nytt verksamhetssystem Tieto Life Care samt nya lösningar inom teknik också kunna bidra till en effektivare arbetssätt.

Ett tydligt exempel på att ett ökat systematiskt kvalitetsarbete kan bidra till att öka resurseffektivitet är det utvecklingsarbetet som skett inom verksamheten för barn och unga. Trots att antalet orosanmälningar nästan har fördubblats under perioden 2015-2017 har verksamheten lyckats säkerställa att utredningar genomförs inom lagstadgad tid, samtidigt som utredningstiden har legat kvar på samma nivå som tidigare eller till viss del minskat. Åtgärder har också lett till att mer tid har kunnat frigöras till att följa upp olika ärenden.

Av de nyckeltal som redovisas i underlaget till kvalitetsberättelsen så refererar nyckeltalen kvalitetsaspekter LSS och ej återaktualiserade (barn, unga, personer med försörjningsstöd och vuxna med missbruksproblematik) inom ett år efter avslutad insats till kvalitetsområdet effektivitet. För nyckeltalet kvalitetsaspekter LSS grupp- och serviceboende ses en viss försämring jämfört med föregående år. För andelen ej återaktualiserade ett år efter avslutad insats ses i huvudsak en positiv utveckling.

## Identifierade utvecklingsområden

Utifrån underlaget i kvalitetsberättelsen görs bedömningen att det pågår ett aktivt och kontinuerligt arbete med att förbättra kvaliteten inom nämndens olika verksamheter och områden.

Områden där socialförvaltningen ser störst behov av fortsatt vidareutveckling är:

- Trygghet och säkerhet – Färdigställa och vidareutveckla arbetet med processer, riskanalys samt uppföljning av utförare inom ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete.
- Helhetssyn och samordning – Fortsatt vidareutveckla arbetet med intern och extern samverkan.
- Kunskapsbaserad verksamhet – Fortsatt prioritera arbetet med personal- och kompetensförsörjning, samt systematisk uppföljning av insatser på gruppnivå.

## Förteckning över gällande författningar mm, för socialförvaltningen Alingsås, aktualitet 2018-03-22

Nedan redovisas en lista över lagar och föreskrifter samt handböcker för rättstillämpning och nationella riktlinjer. Aktualitet: 2017-02-27 (revidering av 2014-08-23, 2015-02-23, 2017-02-27).

Nya författningar 2016-04-20 – 2017-02-27 tom är gråmarkerade.

Enligt bestämmelserna i SOSFS 2011:9 om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete *definieras kvalitet enligt följande: Att en verksamhet uppfyller de krav och mål som gäller för verksamheten enligt lagar och andra föreskrifter om socialtjänst, stöd-och service för vissa funktionshindrade och hälso-och sjukvård och beslut som meddelas med stöd av sådana föreskrifter.*"

### Lagar som inte är specifika för socialtjänst

- Offentlighets- och sekretesslagen (2009:400)
- Förvaltningslagen (1986:223)
- Lag om valfrihetssystem (LOV, 2008:962)
- Lag om offentlig upphandling (LOU, 2007:1 091)
- Lag om registerkontroll av personal vid sådana hem för vård och boende som tar emot barn (2007:171)
- Lagen om vissa kommunala befogenheter (2009:47)
- Lag om introduktionsersättning för flyktingar och vissa andra utlänningar (1992:1 068)
- Arkivlag (1990:782)

### Lagar socialtjänst

- Socialtjänstlagen (SoL, 2001:453)
- Socialtjänstförordningen (2001:937)
- Lagen om särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU, 1990:52)
- Lagen om vård av missbrukare i vissa fall (LVM, 1988:870)
- Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS, 1993:387)
- Förordningen om stöd och service till vissa funktionshindrade (1993:1 090)
- Föräldrabalken (1949:381) kap 1-3, 4,6 och 15.
- Lag om särskilda bestämmelser om unga lagöverträdare (1964:167)
- Lag om medling vid anledning av brott (2002:445)
- Lag om behandling av personuppgifter inom socialtjänsten (2001:454)
- Förordning om behandling av personuppgifter inom socialtjänsten (2001:637)
- Lagen om vissa kommunala befogenheter (2009:47)
- Lagen om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård (1990:1 404)
- Lag om god man för ensamkommande barn (2005:429)

## Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd Socialtjänst

- HSFL-FS 2016:55 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om hem för vård eller boende
- SOSFS 2005:27 Socialstyrelsens föreskrifter om samverkan vid in- och utskrivning av patienter i slutna vård HSLF-FS, 2017:23 Ändring i föreskrifterna (SOSFS 2005:27) om samverkan vid in- och utskrivning av patienter i slutna vård
- SOSFS 2007:10 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om samordning av insatser för habilitering och rehabilitering, HSLF-FS 2017:19 Ändring i föreskrifterna och allmänna råden (SOSFS 2007:10) om samordning av insatser för habilitering och rehabilitering
- SOSFS 2011:9 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbetet, HSLF-FS 2017:12 Ändring i föreskrifterna och allmänna råden (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete
- SOSFS 2011:13. Socialnämndernas skyldighet att lämna statistiska uppgifter, HSLF-FS 2016:2 Ändring i föreskrifterna (SOSFS 2011:13) om socialnämndernas skyldighet att lämna statistiska uppgifter
- Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2009:6) om bedömningen av om en hälso- och sjukvårdsåtgärd kan utföras som egenvård
- SOSFS 2011:5. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om lex Sarah, SOSFS 2013:16 Ändring i föreskrifterna och allmänna råden (SOSFS 2011:5) om lex Sarah
- SOSFS 2014:4 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd. Våld i nära relationer
- SOSFS 2014:5 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd Dokumentation i verksamhet som bedrivs med stöd av SoL, LVU, LVM och LSS, HSLF-FS 2016:89 Ändring i föreskrifterna och allmänna råden (SOSFS 2014:5) om dokumentation i verksamhet som bedrivs med stöd av SoL, LVU, LVM och LSS
- HSFL-FS 2016:61 Socialstyrelsens föreskrifter om statsbidrag till kvinno- och tjejjourer
- HSLF-FS 2016:98 Om statsbidrag till verksamhet med personligt ombud

### Socialtjänst-barn-och unga

- SOSFS 1997:15 Tillämpning av lagen om särskilda bestämmelser om vård av unga.
- SOSFS 2013:24 Ändring i föreskrifterna (SOSFS 2003:15) om socialnämndens skyldighet att föra förteckning över barn som vistas i familjehem eller annat enskilt hem
- SOSFS 2006:20 Socialstyrelsens allmänna råd om socialnämndens ansvar vid behov av ny vårdnadshavare
- SOSFS 2008:30 Socialstyrelsens allmänna råd om handläggning av ärenden som gäller unga lagöverträdare
- SOSFS 2012:11 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om socialnämndens ansvar för barn och unga i familjehem, jourhem eller hem för vård och boende
- SOSFS 2014:6 Socialstyrelsens allmänna råd. Handläggning av ärenden som gäller barn och unga
- HSLF-FS 2017:79 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om behörighet att utföra vissa arbetsuppgifter i socialtjänstens barn- och ungdomsvård
- HSLF-FS 2016:3 Socialnämndernas skyldighet att lämna statistiska uppgifter om insatser för barn och unga (grund & ändring, internetversion)
- HSLF-FS 2016:55 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om hem för vård eller boende
- HSLF-FS 2016:56 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om stödboende

### Socialtjänst-ekonomi

- SOSFS 2013:1 Ekonomiskt bistånd, HSLF-FS 2017:10 Ändring i allmänna råden (SOSFS 2013:1)
- HSLF-FS 2015:30 Socialnämndernas skyldighet att lämna statistiska uppgifter om ekonomiskt bistånd

### Socialtjänst-funktionshinder

- SOSFS 2002:8 Socialstyrelsens allmänna råd om avgifter inom äldre- och handikappomsorg
- SOSFS 2002:9 Bostad med särskild service för vuxna enligt 9 § 9 lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS , HSLF:2016:2 Ändring i föreskrifterna och allmänna råden (SOSFS 2002:9) om bostad med särskild service för vuxna enligt 9 § 9 lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS
- SOSFS 2005:21 Socialstyrelsens föreskrifter om kommunens skyldighet att lämna uppgifter till statistik om stöd och service till vissa funktionshindrade., HSFL-FL 2016:48 Socialstyrelsens föreskrifter om

ändring i föreskrifterna (SOSFS 2005:21) om kommunens skyldighet att lämna uppgifter till statistik om stöd och service till vissa funktionshindrade)

- SOSFS 2008:32 Socialstyrelsens allmänna råd om personalens kompetens vid handläggning och uppföljning av ärenden som avser personer med funktionshinder
- SOSFS 2012:6 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om bostad med särskild service för barn eller ungdomar enligt LSS
- SOSFS 2014:2 Kunskaper hos personal som ger stöd, service eller omsorg enligt SoL och LSS till personer med funktionshinder.

### **Socialtjänst: adoption, faderskap, vårdnad, boende, umgänge.**

- SOSFS 2015:9 Upphävande av allmänna råden (SOSFS 1989:20) om hälsoundersökning av utländska adoptivbarn
- SOSFS 2008:8 Socialstyrelsens allmänna råd om socialnämndens handläggning av ärenden om adoption (ändring 2014:8)
- SOSFS 2014:8 Ändring i allmänna råden (SOSFS 2008:8) om socialnämndens handläggning av ärenden om adoption
- SOSFS 2011:2 och SOSFS 2011:3 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om socialnämndens utredning och fastställande av faderskap och föräldraskap
- SOSFS 2012:13 Socialstyrelsens kungörelse om upphävande av Socialstyrelsens allmänna råd SOSFS 1993:11 gällande medicinsk åldersutredning av invandrarbarn och adoptivbarn
- SOSFS 2012:4 Socialstyrelsens allmänna råd om socialnämndens ansvar för vissa frågor om vårdnad, boende och umgänge
- SOSFS 2006:20 Socialnämndens ansvar vid behov av ny vårdnadshavare

### **Handböcker från Socialstyrelsen- med stöd för rättstillämpning**

- Adoption- Handbok för socialtjänstens handläggning av internationella och nationella adoptioner, 2014-09-24
- Adoption – Handbook for the Swedish social services 2009-01-01
- Anmälan oro för barn- Stöd för anmälningskyldiga och andra anmälare 2014-06-11
- Utreda barn och unga-Handbok för socialtjänstens arbete enligt socialtjänstlagen 2015-01-14
- Barn-och unga i familjehem och HVB, Handbok om socialnämndens ansvar och uppgifter, 2013-01-08
- Barn och unga som begår brott- Handbok för socialtjänsten, 2009-01-01
- Bostad med särskild service för vuxna enligt LSS- Stöd för rättstillämpning och handläggning, 2007-01-01
- Ekonomiskt bistånd- Handbok för socialtjänsten, 2013-12-19
- Handläggning och dokumentation inom socialtjänsten, 2015-01-30.
- Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete- Handbok för tillämpningen av föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, 2012-06-29
- Lex Sarah- Handbok för tillämpning av bestämmelserna om Lex Sarah, 2015-01-12
- Om barnet behöver ny vårdnadshavare, 2006-01-01 ( Handböcker och andra publikationer inom familjerätt och familjerådgivning finns hos Myndigheten för familjerätt och föräldraskapsstöd)
- Stöd till barn och unga med funktionsnedsättning- Handbok för rättstillämpning vid handläggning och utförande av LSS-insatser, 2014-04-04
- Våld – Handbok om socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens arbete md våld i nära relationer 2016-6-37
- Vårdnad boende och umgänge- Handbok-stöd för rättstillämpning och handläggning inom socialtjänstens familjerätt, 2012-07-13. ( Handböcker och andra publikationer inom familjerätt och familjerådgivning finns hos Myndigheten för familjerätt och föräldraskapsstöd)

### **Nationella riktlinjer**

- Nationella riktlinjer Missbruk Beroende, 2015 (*Riktlinjerna är en revidering av Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård från 2007.*)

## GAP-analys ledningssystem enligt SOSFS 2011:9

Datum: 2018-03-22

Delar i ledningssystemet		Dagens status	Behov av utveckling	Viktning utifrån grönt, gult, rött	Prioritering
1	En ram för ledningssystemet finns	Antogs av SN 2014-09-23 § 88			
2	Lagar är inventerade	Inventering genomförd 2014-08-23, reviderad 2016-04-20 och 2017-03-22, 2018-03-22			
3	Kvalitet är definierat	Definierat i "Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete grundstruktur/ramverk enligt SOSFS 2011:9"			
4	Mål är tydliggjorda	Tydliggörs i socialnämndens flerårsstrategi, arbetsplaner, chefsöverenskommelse och medarbetaröverenskommelse			
5	Ledningssystemet är anpassat för verksamheten				
6	Ansvar är tydliggjort	Tydliggörs i chefsöverenskommelse medarbetaröverenskommelse, samt i upprättade riktlinjer och rutiner för ledningssystemets olika delar, samt i förvaltningens introduktionsmaterial för chefer	Fortsatt implementera förvaltningens introduktionsmaterial för chefer		
7	Processer som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet är identifierade	Ett arbete med att standardisera förvaltningens processer har pågått inom ramen för förvaltningens arbete med styrkort sedan 2016. From 2018 har en ny organisation beslutats, som syftar till ett främja ett mer processororienterat arbetssätt.	Upprätta ett förvaltningsövergripande system för att fastställa/beskriva/ dokumentera förvaltningens processer		
8	Processer som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet är kartlagda	Punkt 8-16 se punkt 7	Punkt 8-16 se punkt 7		
9	I processen är de aktiviteter som ingår identifierade				
10	I processen är aktiviteternas inbördes ordning bestämd				
11	För varje aktivitet är rutiner utarbetade och fastställda för att säkra kvalitet				
12	För varje process är ansvaret tydligt				
13	För varje process är tillvägagångssättet beskrivet				
14	Processer för samverkan är identifierade				



Delar i ledningssystemet		Dagens status	Behov av utveckling	Viktning utifrån grönt, gult, rött	Prioritering
15	Det framgår av processerna hur samverkan ska bedrivas i den egna verksamheten				
16	Det framgår genom processerna och rutinerna hur samverkan med andra verksamheter/myndigheter/föreningar ska ske				
17	Systematiskt förbättringsarbete är tydliggjort	Sker genom förvaltningens arbete med ständiga förbättringar, samt genom förvaltningens hantering av avvikelser.			
18	Risکاناليس är utarbetad	Risk och väsentlighetsanalys genomförs inför framtagande av socialförvaltningens flerårsstrategi och internkontroll.	Upprätta rutiner för riskanalyser i samband med fastställande av processer, samt rutiner för riskanalys och riskhantering vid förändringar i verksamheten.		
19	Det är tydligt var, när och vem som är ansvarig för att riskanalys ska genomföras	Tydliggjort vid - Risk och väsentlighetsanalys i samband med socialförvaltningens flerårsstrategi och internkontroll.	Se punkt 18		
20	I riskanalysen uppskattas sannolikhet och konsekvens	Sannolikhet och konsekvens uppskattas vid- risk och väsentlighetsanalys i samband med socialförvaltningens flerårsstrategi och internkontroll.	Se punkt 18		
21	Egenkontroll är utarbetad	Genomförs och redovisas i socialnämndens kvalitetsberättelse, samt genom månadsuppföljning och analys till nämnden.			
22	Vad som ingår i egenkontrollen är tydliggjort				
23	Frekvens och omfattning för egenkontroll är tydlig				
24	System för uppföljning av utförare finns		Utforma metod/struktur för intern tillsyn		
25	System för avvikelser är utarbetad	Riktlinjer för avvikelshantering har utarbetats			
26	System för synpunkter och klagomål finns	Riktlinjer för synpunkter och klagomål finns			
27	System för rapportering och utredning av händelser finns	Ingår i riktlinjer för Lex Sarah			
28	Sammanställning sker av inkomna rapporter, klagomål och synpunkter	Sker i förvaltningens kvalitetsberättelse, samt vid vårbokslut och delårsuppföljning			

Delar i ledningssystemet		Dagens status	Behov av utveckling	Viktning utifrån grönt, gult, rött	Prioritering
29	Analys sker av inkomna rapporter, klagomål och synpunkter för att se mönster och trender	Skер i samband med förvaltningens kvalitetsberättelse, samt vid vår bokslut och delårsuppföljning			
30	Sammanställningen och analysen är kopplade till åtgärder i verksamheten	Skер i förvaltningens kvalitetsberättelse, samt vid vår bokslut och delårsuppföljning			
31	Sammanställningen och analysen är kopplade till åtgärder av processer och rutiner	Skер i förvaltningens kvalitetsberättelse, samt vid vår bokslut och delårsuppföljning			
32	Personalens medverkan är tydliggjord	Tydliggörs i "Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete grundstruktur/ramverk enligt SOSFS 2011:9" samt i specifika riktlinjer och rutiner inom ramen för det systematiska kvalitetsarbetet			
33	Arbetet med att säkra kvaliteten dokumenteras	En årlig kvalitetsberättelse upprättas			
34	Dokumentationsskyldigheten är tydliggjord	Tydliggörs i riktlinjer och rutiner för det systematiska kvalitetsarbetet			
35	En patientsäkerhetsberättelse finns utarbetad	Upprättas av VÄN			
36	Ledningssystemet är antaget	Antogs av SN 2014-09-23 § 88			
37	Ledningssystemet är implementerat och känt i organisationen	Graden av implementering och kännedom om för ledningssystemets olika delar varierar inom förvaltningen.	Fortsatt implementera och göra alla delar i ledningssystemet kända		
38	Rutiner finns för att uppdatera och hålla systemet levande	Ingår i utvecklingsledares kvalitets uppdrag	Fortsatt standardisera ledningssystemets processer, samt upprätta riktlinjer och rutiner för de delar i ledningssystemet där det saknas.		

## Förbättringsområde Öppna jämförelse 2017

Nedan redovisas en lista över förutsättningar som efterfrågats inom Öppna jämförelser och som saknas inom Alingsås kommun, fördelat på kvalitetsområde och verksamhetsområdet.  
(Siffran inom parentes efter varje indikator redovisar andel kommuner i riket som svarat JA på indikatorn)

### Tillgänglighet

#### Ekonomiskt bistånd

1. Erbjuder enklare hushållsekonomisk rådgivning(78)

### Helhetssyn och samordning

#### Ekonomiskt bistånd

1. Aktuell rutin för samordning med missbruk (69)
2. Aktuell rutin för samordning med socialpsykiatri(43)
3. Aktuell rutin för samordning med LSS (barn och vuxna)(33)
4. Aktuell överenskommelse om samverkan med Försäkringskassan (35)
5. Aktuell överenskommelse om samverkan med primärvård (31)
6. Aktuell överenskommelse om samverkan med vuxenpsykiatri (32)
7. Aktuell överenskommelse i enskilda ärenden - bostadsföretag/hyresvärdar (33)

#### Missbruk och beroendevård

1. Aktuell rutin för samordning med ekonomiskt bistånd (69)
2. Aktuell rutin för samordning med socialpsykiatri (54)
3. Aktuell rutin för samordning med barn och unga (59)
4. Aktuell överenskommelse med landsting(56)

#### Social barn- och ungdomsvård

1. Aktuell rutin för samordning med missbruk (59)
2. Aktuell rutin för samordning med socialpsykiatri (38)
3. Aktuell överenskommelse om samverkan med barn- och ungdomshabilitering (43)
4. Aktuell överenskommelse om samverkan med förskola (52)
5. Aktuell överenskommelse om samverkan med skola (53)
6. Aktuell överenskommelse om samverkan med Statens institutions-styrelse (17)
7. Aktuell överenskommelse om samverkan med Polis (40)
8. Aktuell överenskommelse om samverkan med Migrationsverket (18)

#### Stöd till personer med funktionsnedsättning enligt LSS

1. Aktuell rutin för samordning med ekonomiskt bistånd - LSS (barn och vuxna) (33)
2. Aktuell överenskommelse om samverkan med Arbetsförmedlingen - LSS-vuxna (13)
3. Aktuell överenskommelse om samverkan med Försäkringskassan - LSS-barn (11)
4. Aktuell överenskommelse om samverkan med Försäkringskassan - LSS-vuxna (15)
5. Aktuell överenskommelse om samverkan med barn- och ungdomspsykiatri - LSS-barn (35)
6. Aktuell överenskommelse om samverkan med barn- och ungdomsmedicin - LSS-barn (29)
7. Aktuell överenskommelse om samverkan med barn- och ungdomshabilitering - LSS-barn (34)
8. Aktuell överenskommelse om samverkan med vuxenpsykiatri - LSS-vuxna (33)
9. Aktuell överenskommelse om samverkan med vuxenhabilitering - LSS-vuxna (27)

#### Stöd till personer med funktionsnedsättning (socialpsykiatri)

1. Aktuell rutin för samordning med ekonomiskt bistånd (43)
2. Aktuell rutin för samordning med missbruk (54)
3. Aktuell rutin för samordning med barn och unga (38)
4. Aktuell överenskommelse om samverkan med Arbetsförmedlingen (22)
5. Aktuell överenskommelse om samverkan med Försäkringskassan (21)

## Våld i nära relationer

1. Aktuell överenskommelse om samverkan med primärvård (22)
2. Aktuell överenskommelse om samverkan med vuxenpsykiatri (20)
3. Aktuell överenskommelse om samverkan med akutmottagningar (20)
4. Aktuell överenskommelse om samverkan med ungdomsmottagningar (20)
5. Aktuell överenskommelse om samverkan med polisen (25)

## Kunskapsbaserad verksamhet

### Ekonomiskt bistånd

1. Strukturerad utredningsmall som inkluderar barns situation används i alla utredningar(78)
2. Använder standardiserade bedömningsmetoden FIA(16)
3. Använder standardiserad bedömningsmetod för att upptäcka riskfylld alkoholkonsumtion(45)
4. Använder standardiserad bedömningsmetod för att upptäcka drogrelaterade problem(34)
5. Använt resultat från systematisk uppföljning för verksamhetsutveckling (19)
6. Genomfört systematisk uppföljning med ett könsperspektiv (11)
7. Använt resultat från systematisk uppföljning med ett könsperspektiv för verksamhetsutveckling (9)

### Missbruk och beroendevård

1. Aktuell rutin vid indikation på att en vuxen utsatts för våld – missbruk (50)
2. Erbjuder Individuell Case Management - Integrerade team (39)
3. Erbjuder Individuell Case management - Strengths model (23)
4. Använt resultat från systematisk uppföljning till verksamhetsutveckling - bor med barn (6)
5. Använt resultat från systematisk uppföljning till verksamhetsutveckling - unga vuxna (9)
6. Använt resultat från systematisk uppföljning till verksamhetsutveckling - 65 år eller äldre (7)
7. Använt resultat från systematisk uppföljning till verksamhetsutveckling - de som har kontakt med beroendevård/psykiatri (7)
8. Genomfört systematisk uppföljning med ett könsperspektiv (16)
9. Använt resultat från systematisk uppföljning med ett könsperspektiv till verksamhetsutveckling (10)
10. Uppföljning utifrån standardiserad bedömnings-metod (Delvis) (27)

### Social barn- och ungdomsvård

1. Aktuell samlad plan handläggarnas kompetens-utveckling (25)
2. Handläggare som utreder barn som utsatts för eller bevittnat våld har fått vidareutbildning på högskolenivå om våld i nära relation det senaste året (19)
3. Erbjuder minst en manualbaserad insats - psykosocial behandling (35)
4. Använder minst en bedömningsmetod - utagerande beteende(27)
5. Använder minst en bedömningsmetod - föräldra-förmåga (8)
6. Använder standardiserade bedömnings-metoden FREDA-kortfrågor för att upptäcka våldsutsatthet hos enskilda vuxna - barn och unga (61)
7. Använt resultat från systematisk uppföljning till verksamhetsutveckling inom öppenvård(11)
8. Använt resultat från systematisk uppföljning till verksamhetsutveckling inom dygnsvård (8)
9. Genomfört systematisk uppföljning med ett könsperspektiv inom öppenvård(7)
10. Genomfört systematisk uppföljning med ett könsperspektiv inom dygnsvård (5)
11. Använt resultat från systematisk uppföljning med ett könsperspektiv till verksamhetsutveckling inom öppenvård(78)
12. Använt resultat från systematisk uppföljning med ett könsperspektiv till verksamhetsutveckling inom dygnsvård(82)

### Stöd till personer med funktionsnedsättning enligt LSS

1. Aktuell samlad plan handläggarnas kompetensutveckling - LSS-barn (34)
2. Aktuell samlad plan handläggarnas kompetensutveckling - LSS-vuxna (33)
3. Aktuell rutin vid indikation på att en vuxen utsatts för våld -LSS-barn (40)
4. Aktuell rutin vid indikation på att en vuxen utsatts för våld - LSS-vuxna (40)
5. Använt IBIC (Individens behov i centrum) vid alla utredningar (LSS-vuxna)(9)
6. Använt IBIC (Individens behov i centrum) vid alla uppföljningar (LSS-vuxna)(9)
7. Använder standardiserade bedömnings-metoden FREDA-kortfrågor för att upptäcka våldsutsatthet hos enskilda vuxna - LSS-vuxna (34)
8. Använder standardiserad bedömnings-metod för att upptäcka riskfylld alkohol-konsumtion - LSS-vuxna (8)
9. Använder standardiserad bedömnings-metod för att upptäcka drogrelaterade problem - LSS-vuxna(7)
10. Använt resultat från systematisk uppföljning till verksamhetsutveckling - LSS (barn och vuxna) (6)
11. Genomfört systematisk uppföljning med ett könsperspektiv LSS (barn och vuxna)(1)
12. Använt resultat från systematisk uppföljning med ett könsperspektiv till verksamhetsutveckling- LSS (barn och vuxna) (1)

### Stöd till personer med funktionsnedsättning (Socialpsykiatri)

1. Aktuell rutin vid indikation på att en vuxen utsatts för våld – Socialpsykiatri (41)
2. Använt IBIC (Individens behov i centrum) vid alla utredningar (8)
3. Använder IBIC (Individens behov i centrum) vid alla uppföljningar (5)
4. Erbjuder social färdighetsträning - Ett självständigt liv (ESL) (52)
5. Erbjuder IPS-Supported Employment (40)

6. Erbjuder Case Management i form av integrerade team (39)
7. Använder standardiserad bedömningsmetod för att upptäcka riskfylld alkohol-konsumtion (29)
8. Använder standardiserad bedömningsmetod för att upptäcka drogrelaterade problem (24)
9. Använt resultat från systematisk uppföljning till verksamhetsutveckling (8)
10. Genomfört systematisk uppföljning med ett könsperspektiv (5)
11. Använt resultat från systematisk uppföljning med ett könsperspektiv till verksamhetsutveckling (4)

#### Våld i nära relationer

1. Aktuell samlad plan för handläggarnas kompetensutveckling - våld i nära relationer (barn) (34)
2. Handläggare som utreder barn som utsatts för eller bevittnat våld har under det senaste året fått vidareutbildning på högskolenivå om våld i nära relation det senaste året (19)
3. Handläggare som utreder vuxna har under det senaste året fått vidareutbildning på högskolenivå om våld i nära relationer (28)
4. Aktuell rutin vid indikation på att en vuxen utsatts för våld – missbruk(50)
5. Aktuell rutin vid indikation på att en vuxen utsatts för våld – socialpsykiatri (41)
6. Aktuell rutin vid indikation på att en vuxen utsatts för våld - LSS-barn (40)
7. Aktuell rutin vid indikation på att en vuxen utsatts för våld - LSS-vuxna (40)
8. Aktuell rutin vid indikation på att en vuxen utsatts för våld – äldreomsorg (37)
9. Aktuell rutin vid indikation på att en vuxen utsatts för våld - våld i nära relationer-vuxna(53)
10. Erbjuder stödsamtal med biståndsbeslut till kvinnor som utövat våld (66)
11. Använder standardiserade bedömnings-metoden FREDA-kortfrågor för att upptäcka våldsutsatthet hos enskilda vuxna - barn och unga (61)
12. Använder standardiserade bedömningsmetoden FREDA-kortfrågor för att upptäcka våldsutsatthet hos enskilda vuxna - LSS-vuxna (34)
13. Använder standardiserade bedömningsmetoden FREDA-kortfrågor för att upptäcka våldsutsatthet hos enskilda vuxna - äldreomsorg (29)
14. Använder standardiserad bedömningsmetod för att upptäcka riskfylld alkohol-konsumtion(43)
15. Använder standardiserad bedömningsmetod för att upptäcka drogrelaterade problem (35)

### Självbestämmande och integritet

#### Ekonomiskt bistånd

1. Genomförandeplanen har följts upp minst var tredje månad för alla (Delvis) (15)

#### Missbruk och beroendevård

1. Aktuell rutin - erbjuda enskilda att ta med stödperson på möten (9)

#### Stöd till personer med funktionsnedsättning (Socialpsykiatri)

1. Brukarinflytande-samordnare BISAM (12)

### Trygghet och säkerhet

#### Ekonomiskt bistånd

1. Aktuell rutin för att inte röja skyddade personuppgifter

#### Missbruk och beroendevård

1. Aktuell rutin för information om samordnad individuell plan (SIP) (43)
2. Aktuell rutin för att inte röja skyddade personuppgifter (23)

#### Social barn- och ungdomsvård

1. Aktuell rutin för att inte röja skyddade personuppgifter (28)

#### Stöd till personer med funktionsnedsättning enligt LSS

1. Aktuell rutin för att inte röja skyddade personuppgifter - LSS-barn (21)
2. Aktuell rutin för att inte röja skyddade personuppgifter -LSS-vuxna (20)

#### Stöd till personer med funktionsnedsättning (Socialpsykiatri)

1. Uppsökande verksamhet för personer med psykisk funktionsnedsättning
2. Aktuell rutin för information om samordnad individuell plan (SIP) (43)
3. Aktuell rutin för att inte röja skyddade personuppgifter (21)

#### Våld i nära relationer

1. Aktuell rutin för information om samordnad individuell plan (SIP) (38)
2. Aktuell rutin för att inte röja skyddade personuppgifter (25)