



2022-02-08

<b>Sammanträde</b>	Socialnämnden
<b>Plats och tid</b>	Rådhuset, Skiensalen* kl. 08:30 onsdagen den 16 februari 2022
<b>Ordförande</b>	Stefan Skoglund
<b>Sekreterare</b>	Barbro Isaksson

## Föredragningslista

## Föredragande

- 1. Upprop och val av justerare samt bestämmande av tid för justering**  
I tur att justera: Merja Henning (UP) alternativt Henrik Sundström (M)  
Beräknad tid för justering: Måndag 21 februari 2022 kl 16.00
- 2. Information avseende familjehemsvården** Annika Johansson
- 3. Behörighetsreglering för socialtjänstens barn- och ungdomsvård samt delegering av beslut rörande behörighetskrav** Kerstin Windemo  
Dnr SN 2022/00040
- 4. Information avseende lokaler 2022/2023** Roger Granat
- 5. Information från förvaltningen** Roger Granat
- 6. Kvalitetsberättelse 2021** Curt-Göran Crantz  
Dnr SN 2022/00033
- 7. Verksamhetsberättelse 2021 Socialnämnden** Roger Granat  
Dnr SN 2021/00260  
*Handling kommer senare*  
Angela Wagnervik  
Marion Vaern  
Maria Kullander  
Mathilda Isaksson  
Emma Rydberg  
Åkerblom
- 8. Ansökan från Jennys Mat & Energi AB om stadigvarande serveringstillstånd till allmänheten enligt alkohollagen** Björn Hernius  
Dnr SN 2022/00041



2022-02-08

## Föredragningslista

## Föredragande

9. **Socialnämndens månadsrapport 2022**  
Dnr SN 2022/00005  
*Handling kommer senare*
  10. **Sammanställning av inkomna synpunkter 2022**  
Dnr SN 2022/00006
  11. **Anmälan av beslut fattade enligt socialnämndens delegeringsordning 2022**  
Dnr SN 2022/00004
  12. **Anmälan om inkomna skrivelser m.m. 2022**  
Dnr SN 2022/00003
  13. **Rapport från nämnden**
  14. **Socialnämndens ärendebalanslista 2022**  
Dnr SN 2022/00002
  15. **Information avseende tillbyggnation av Rotviksbro vård- och omsorgsboende**
- Cecilia Friberg,  
Samhällsbyggnad

## SEKRETESSÄRENDEN ENLIGT SÄRSKILD FÖREDRAGNINGSLISTA

- \* **Ledamot eller ersättare som på grund av särskilda skäl vill delta i sammanträdet på distans, kontaktar ordföranden innan sammanträdet.**

Ledamot och ersättare som är hindrad att delta i sammanträdet ska meddela detta till sekreteraren.

Tänk på att visa hänsyn vid mötet och använd inte parfym, rakvatten eller andra starkt doftande hygienartiklar.



**Handläggare**

Processstödjare Lisa Svanberg

**Telefon** 0522-69 70 34

[lisa.svanberg@uddevalla.se](mailto:lisa.svanberg@uddevalla.se)

## **Behörighetsreglering för socialtjänstens barn- och ungdomsvård samt delegering av beslut rörande behörighetskrav**

### **Sammanfattning**

Den 1 juli 2014 infördes krav på behörighet för socialsekreterare inom socialtjänsten för att få utföra vissa uppgifter inom socialtjänstens barn- och ungdomsvård, bland annat utredning och bedömning av behovet av insatser. 2018 trädde en ny föreskrift i kraft om vad som krävs för att vara behörig och vem som ska ha ansvaret för att göra bedömningen (HSLF-FS 2017:79). Då beslut om en socialsekreterare uppfyller eller ej uppfyller behörighetskraven ej är reglerat i delegeringsordningen föreslås tillägg i delegeringsordningen avseende detta.

### **Beslutsunderlag**

Socialtjänstens tjänsteskrivelse 2022-02-07.

Rapport kring behörighetsreglering för den sociala barn- och ungdomsvården, 2022-01-03.

Högskolan Väst, Underlag för bedömning om "Behörighet att utföra vissa arbetsuppgifter i socialtjänstens barn- och ungdomsvård, 2018-05-21.

### **Förslag till beslut**

Socialnämnden beslutar

**att** delegera beslut om en socialsekreterare uppfyller eller ej uppfyller de behörighetskrav som enligt HSLF-FS 2017:79 krävs för att utföra de uppgifter som fastställs i 3 kap. 3a § andra stycket Socialtjänstlagen till sektionschef inom individ- och familjeomsorgen.

Roger Granat  
Socialchef

Kerstin Windemo  
Sektionschef

Skickas till

Kerstin Windemo, sektionschef

Lena Hansson, enhetschef

Madelene Welander, enhetschef

Annica Johansson, enhetschef

Sonja Åhman, enhetschef



2022-01-03

Dnr:

**Handläggare**

Sektionschef Kerstin Windemo

**Telefon** +46522695139

Kerstin.windemo@uddevalla.se

## Rapport kring behörighetsreglering för den sociala barn- och ungdomsvården

### Bakgrund

Den 1 juli 2014 infördes krav på behörighet för socialsekreterare inom socialtjänsten för att få utföra vissa uppgifter inom socialtjänstens barn- och ungdomsvård, bland annat utredning och bedömning av behovet av insatser. Syftet är att öka förutsättningarna för att verksamheten ska kunna bedrivas med hög rättssäkerhet, god kvalitet, stärka barns och ungas rättigheter och värna deras behov.

Behörighetskravet gäller för socialsekreterare som ska utföra uppgifter inom socialtjänsten rörande barn och unga som innefattar:

1. bedömning av om utredning ska inledas,
2. utredning och bedömning av behovet av insatser eller andra åtgärder, eller
3. uppföljning av beslutade insatser

Regleringen omfattar därför alla anställda som utför någon av ovannämnda arbetsuppgifter, oavsett befattning. Chefer, som inte utför denna typ av arbetsuppgifter, omfattas inte av regleringen.

### Behörighetsregleringen svårtolkad

Sedan behörighetsreglering infördes 2014 har bland annat kommuner, SKR, Socialstyrelsen och Socialdepartementet diskuterat hur regleringen ska tolkas och tillämpas. Med anledning av detta trädde den 1 februari 2018 en ny föreskrift i kraft om vad som krävs för att vara behörig och vem som ska ha ansvaret för att göra bedömningen (HSLF-FS 2017:79). I den nya föreskriften tydliggjordes att även andra examina än socionomexamen kan vara behörighetsgrundande.

Arbetslivserfarenhet får inte lov att tillgodoräknas som behörighetsgrundande. Flera remissinstanser, bland annat SKR, ansåg att de som var anställda innan behörighetsregleringen trädde i kraft den 1 juli 2014 automatiskt skulle anses behöriga med hänvisning till sin erhållna arbetslivserfarenhet. Regeringen avlog med

---

**Socialtjänsten**

Avdelningen för individ- och familjeomsorg

Postadress  
45142 UDDEVALLABesöksadress  
Familjekontoret Junogatan 9Telefon (vx)  
0522-69 60 00

Fax



2022-01-03

2 (4)

Dnr:

hänvisning till att bristen på behörighet kan påverka kvalitet och rättssäkerhet inom socialtjänstens barn- och ungdomsvård.

### **Vad krävs för behörighet enligt nya föreskriften?**

Socialekreteraren ska ha svensk socionomexamen eller annan relevant examen på minst grundnivå (180 poäng) i högskolan. För att annan examen ska anses vara relevant ska den innefatta eller kompletterats, så att socialekreteraren sammantaget har gått högskolekurser på områdena:

1. socialt arbete (svårighetsgraden ska ha höjts stegvis),
2. socialrätt,
3. förvaltningsrätt, och
4. psykologi.

Innehållet i socialekreterarens utbildning ska sammantaget förmedla tillräckliga kunskaper så att denne ska kunna utföra de uppgifter som benämns i regleringen med god kvalitet och på ett rättssäkert sätt.

Om socialekreteraren inte har svensk socionomexamen är det respektive arbetsgivares ansvar att göra bedömningen om en handläggare kan anses ha annan relevant examen utifrån ovanstående kriterier.

### **Övergångsbestämmelser**

I samband med lagändringen togs det även fram övergångsbestämmelser. Enligt den ursprungliga övergångsbestämmelsen skulle en socialekreterare som anställdes före den 1 juli 2014 få lov att fortsätta utföra de uppgifter inom socialtjänstens barn- och ungdomsvård som de nya behörighetskraven fastställde, till och med den 30 juni 2019, även om socialekreteraren inte innehar svensk socionomexamen eller annan relevant examen.

Riksdagen fattade i maj 2019 beslut om en förlängning av övergångsbestämmelsen. Den innebär att den som anställdes före den 1 juli 2014 för att utföra dessa arbetsuppgifter, och som inte har viss föreskriven utbildning, ska vara behörig att utföra uppgifterna till och med den 30 juni 2022. Lagändringen (HSLF-FS 2019:11) trädde i kraft den 1 juli 2019.

### **Vem ansvarar för bedömning**

I cirkulär 19:25 från Sveriges Kommuner och Landsting (SKR) framgår det att det är arbetsgivaren, i det här fallet socialnämndens ansvar att göra bedömningen om socialekreteraren är behörig eller ej. Vem som beslutar bör framgå av kommunens delegationsordning. I socialnämndens delegationsordning för Uddevalla socialtjänst



2022-01-03

3 (4)

Dnr:

framgår det inte vem som kan fatta det beslutet därav måste ärendet beslutas i socialnämnden.

Vid en eventuell tillsyn kan IVO gör en egen bedömning av om socialsekreteraren besitter tillräcklig kompetens i förhållande till kraven i föreskriften. Om IVO anser att kommunen inte uppfyller behörighetskraven kan de förelägga kommunen att avhjälpa bristen. Ett sådant beslut får förenas med vite. Kommunen kan överklaga IVO:s föreläggande.

Socialstyrelsen är ansvarig för föreskrifterna, men bistår inte i själva bedömningen.

### **Vad ska arbetsgivaren göra fram till juli 2022**

Arbetsgivaren behöver göra en inventering av vilka medarbetare som är anställda inom social barn- och ungdomsvården och som arbetar med myndighetsutövning utan att uppfylla de föreskrivna kraven på behörighet.

Det kommer inte att vara möjligt för medarbetare utan behörighet att arbeta kvar med myndighetsutövning inom socialtjänstens barn- och ungdomsvård efter den 1 juli 2022.

### **Lokala förutsättningar - lärosäten**

Många som bor i Uddevalla kommun och omnejd studerar bland annat på Högskolan Väst, med säte i Trollhättan/Uddevalla. Högskolan Väst bedriver sedan 2003 det socialpedagogiska programmet som ger en kandidatexamen inom huvudområdet socialt arbete och socialpedagogik (180 hp). Programmet har successivt utvecklats och i flera avseenden närmast sig Socionomprogrammets mål, innehåll och form.

I samband med den nya föreskriften 2018 gick Högskolan Väst ut med ett bedömningsunderlag (diarienummer 2018/765 BII) gällande högskolans Filosofie Kandidatexamen kopplat till behörighetskraven, se bilaga 1. I denna görs bedömning att den student som blivit antagen och genomgått Socialpedagogiska programmet, 180 högskolepoäng och avlagt Filosofie kandidatexamen med huvudområdet socialt arbete och socialpedagogik, från och med 2003 uppfyller de krav som ställs på utbildning för handläggare som avlagt annan relevant examen på minst grundnivå i högskolan för utförande av vissa uppgifter inom socialtjänsten rörande barn och unga som finns i 3 kap. 3 a § andra stycket socialtjänstlagen (2001 :453).

När det gäller behov och efterfrågan av socionomer har samtliga närliggande lärosäten som ger Socionomprogram (Göteborgs universitet, Karlstad universitet och Jönköping universitet) högt söktryck. Detta gäller även i ett nationellt perspektiv. Därav har Högskolan Väst ansökt om tillstånd för att utfärda socionomexamen och publicerade den 12 november 2020 att de har fått ett positivt besked från Universitetskanslers-ämbetet som godkänt Högskolan Västs ansökan om att kunna ge socionomexamen.



2022-01-03

Dnr:

Detta innebär att högskolan från och med hösten 2021 kommer att ersätta det socialpedagogiska programmet med socionomprogram med socialpedagogisk profil på 210 högskolepoäng.

### **Bedömning**

Idag är det inte reglerat i delegeringsordningen vem som är behörig att fatta beslut om en socialsekreterare uppfyller eller ej uppfyller de behörighetskrav för den sociala barnvården som ställs i allmänna råd och föreskrifter samt gällande lagstiftning. Detta innebär att beslut om detta idag endast kan fattas av socialnämnden. För att göra hanteringen enklare och för att beslut gällande detta ska kunna fattas i samband med rekrytering och anställning föreslås att beslut avseende om en socialsekreterare uppfyller eller ej uppfyller behörighetskraven delegeras till sektionschef inom individ- och familjeomsorgen.

Kerstin Windemo  
Sektionschef  
Barn och unga

Sonja Åhman  
Enhetschef  
Mottagningsenheten

Lena Hansson  
Enhetschef  
Utredningsenheten barn och unga

Annica Johansson  
Enhetschef  
Familjehemsenheten



## Underlag för bedömning om ”Behörighet att utföra vissa arbetsuppgifter i socialtjänstens barn – och ungdomsvård”

Högskolan Väst utfärdar examensbevis i Filosofie Kandidatexamen inom huvudområdet socialt arbete och socialpedagogik. Det är en yrkesförberedande treårig utbildning som bland annat innehåller studier om och tillämpning av socialrätt, civilrätt och förvaltningsrätt, utredningsmetodik och dokumentation, barns behov och risk- skyddsbedömningar samt verksamhetsförlagd utbildning (praktik) inom det sociala arbetets alla yrkesfält.

Detta dokument styrker att den student som blivit antagen och genomgått Socialpedagogiska programmet, 180 högskolepoäng och avlagt Filosofie kandidatexamen med huvudområdet socialt arbete och socialpedagogik, från och med 2003 uppfyller de krav som ställs på utbildning för handläggare som avlagt annan relevant examen på minst grundnivå i högskolan för utförande av vissa uppgifter inom socialtjänsten rörande barn och unga som finns i 3 kap. 3 a § andra stycket socialtjänstlagen (2001:453).

I den gemensamma författningssamlingen avseende hälso- och sjukvård, socialtjänst, läkemedel, folkhälsa m.m (HSLF-FS) 2017:79 (beslutad den 19 december 2017) står det om nya föreskrifter kring handläggning av att utreda och bedöma barn och unga. Socialstyrelsen föreskriver följande med stöd av 7 a kap. 3 § och 8 kap. 3 § socialtjänstförordningen (2001:937) och beslutar följande allmänna råd. I dessa råd står det om behörighet.

3 kap. Behörighet för den som har svensk utbildning

1 § Bestämmelser om att socialnämnden ska använda handläggare som har avlagt svensk socionomexamen eller någon annan relevant examen på minst grundnivå i högskolan för utförande av vissa uppgifter inom socialtjänsten rörande barn och unga finns i 3 kap. 3 a § andra stycket socialtjänstlagen (2001:453).

2 § För att någon annan examen än svensk socionomexamen ska anses vara relevant ska den examen handläggaren har innefatta eller kompletterats så att handläggaren sammantaget har gått högskolekurser på områdena

1. socialt arbete,
2. socialrätt,
3. förvaltningsrätt, och
4. psykologi.

Svårighetsgraden på de högskolekurser i socialt arbete som handläggaren har gått ska ha höjts stegvis så att kunskaperna i ämnet successivt fördjupats.



### Behörighetsbeskrivning:

#### Kraven uppfylls inom området Socialt arbete

Inom området socialt arbete behandlas bland annat: barn och ungas utveckling, behov, uppväxtvillkor och rättigheter, barns utsatthet, föräldrars förmåga, risk och skyddsfaktorer, utredning, bedömning, planering och genomförande av insatser, samarbete och samverkan med barn, föräldrar, nätverk och andra aktörer samt våld och övergrepp mot barn och våld i nära relationer.

Ovan kunskapsområde behandlas exempelvis i kurser som handlar om människors (barn och familjers) livsvillkor och vardagsliv, verksamhetsförlagd utbildning (praktik), utredningsmetodik, handläggning och social dokumentation, socialt och socialpedagogisk arbete med barn, unga och familjer, teori och metod i socialt arbete, organisation, ledarskap (teorier och tillämpning av samarbete och samverkan).

#### Kraven uppfylls inom området socialrätt och förvaltningsrätt

Inom området socialrätt och förvaltningsrätt behandlas lagreglerna kring allmänna handlingar, sekretess och överklagande, tillämpning av socialtjänstlagen, tvångslagsstiftning (LVU, LVM, LPT), familjerätt, migrationsrätt, svensk författning, offentlighetsprincipen, sekretesslagstiftning och privaträtt.


Ovanstående kunskapsområde behandlas i kurser som handlar om välfärdsstatens värdegrund, ramverk och aktörer, socialrätt och civilrätt i det sociala arbetet, samt utredning, handläggning och dokumentation. Kunskapsområdet juridik knyter även an till det lokala examensmålet genom att studenten ska visa färdighet och förmåga att tillämpa relevanta lagar och författningar, i synnerhet inom det sociala området.

#### Kraven uppfylls inom området psykologi

Inom området psykologi behandlas utvecklingspsykologi, utvecklingsekologi och anknytningsteori.

Ovan kunskapsområde behandlas exempelvis i kurser som handlar om människa, samhälle, utveckling och lärande, barn, unga och vuxnas vardag och livsvillkor, utredning av barn och ungas behov, delaktighetsfrämjande metoder i arbete med barn, unga och familjer.

**Kravet om progression i kunskaper uppfylls** (svårighetsgraden på de högskolekurser i socialt arbete som handläggaren har gått ska ha höjts stegvis så att kunskaperna i ämnet successivt fördjupas) i och med att en filosofie kandidatexamen är utformad så att kunskaper bygger på varandra och svårighetsgraden inom områdena socialt arbete, socialrätt, förvaltningsrätt och psykologi fördjupas successivt.



Anette Bolin  
Docent i Socialt arbete  
Programrådsordförande  
Avd. Socialt arbete och socialpedagogik



Marie Vesterlind  
Fil. Dr. i Pedagogik med inriktning arbetsintegrerat lärande  
Avdelningschef  
Avd. Socialt arbete och socialpedagogik



**Handläggare**

Vik. verksamhetsuppföljare Curt-Göran Crantz

**e-post**

Curt-goran.crantz@uddevalla.se

## **Kvalitetsberättelse 2021**

### **Sammanfattning**

Socialstyrelsens föreskrift och allmänna råd "Ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete" (SOSFS 2011:9) innehåller bestämmelser för hur kvaliteten i verksamheten systematiskt och fortlöpande ska utvecklas och säkras. Detta ska dokumenteras genom en sammanhållen kvalitetsberättelse. Kvalitetsberättelsen ger också förslag till nya kvalitetsområden till det kommande året och är underlag för verksamhetsutveckling på verksamhets- och förvaltningsnivå.

### **Beslutsunderlag**

Socialtjänstens tjänsteskrivelse 2022-02-02

Kvalitetsberättelse 2021

### **Förslag till beslut**

Socialnämnden beslutar

**att** godkänna upprättad kvalitetsberättelse för år 2021.

Roger Granat  
Socialchef

Curt-Göran Crantz  
Vik. verksamhetsuppföljare

Skickas till  
Socialtjänstens ledningsgrupp  
Medicinskt ansvarig sjuksköterska

# Kvalitetsberättelse 2021

## Socialtjänsten Uddevalla kommun

2022-02-04

Socialtjänsten, administrativ avdelningen

Curt-Göran Crantz (Vik Verksamhetsuppföljare)

Fastställd åååå-mm-dd

Dnr:



## Innehåll

<b>Kvalitetsberättelse 2021 .....</b>	<b>1</b>
<b>Socialtjänsten Uddevalla kommun .....</b>	<b>1</b>
<b>1 Inledning.....</b>	<b>4</b>
1.1 Sammanfattning av 2021 .....	4
1.2 Kommunfullmäktiges mål uppfylls inte.....	5
1.3 Externa utförare .....	5
1.4 Att sätta mätbara kvalitetsmål är en utmaning .....	5
1.5 Vad är kvalitet? .....	5
<b>2 Kvalitetsstatus för Socialtjänsten Uddevalla kommun .....</b>	<b>6</b>
2.1 Brukarnöjdhet Hemtjänst (egen regi) .....	6
2.2 Externa företag.....	7
2.3 Brukarnöjdhet Särskilt boende, äldreomsorg .....	7
2.4 Sammantaget kvalitetsaspekter SÄBO .....	8
2.5 Brukarbedömning LSS (gruppboestad) .....	9
2.6 Indikatorer för IFO saknas.....	10
2.7 Indikatorer för Hälso- och Sjukvård .....	10
2.8 Brister i systematisk uppföljning (indikatorer i öppna jämförelser) ....	11
<b>3 Avdelningarnas kvalitetsberättelser.....</b>	<b>12</b>
3.1 Avdelning Hälso- och sjukvård .....	12
3.2 Uppföljning .....	13
3.3 Utvecklingsområden.....	13
3.4 Sammanfatt. analys och kommentar, Avd. Hälso- och sjukvård ....	14
3.5 Avdelning Social Omsorg .....	14
3.5.1 Avvikelser.....	14
3.5.2 Klagomål och synpunkter .....	15
3.5.3 Öppna jämförelser .....	15
3.5.4 KKIK - Kommunens kvalitet i korthet .....	15
3.5.5 Sammanfattande analys och kommentar, Avd. Social Omsorg .....	16
3.6 Avdelning Individ- och familjeomsorg (IFO) .....	16
3.6.1 Sektionens för Barn och Ungas sammantagna kvalitetsarbete:.....	16
3.6.2 Aktiviteter och resultat för IFO sektion vuxen och funktionshinder .....	17
3.6.3 Sammanfattande analys och kommentar Avd. IFO.....	18
3.7 Externa utförare .....	19
3.7.1 TKMT (Tanaad Kooperative Multi Tjänster).....	19
3.7.2 Sammanfattande analys och kommentar om Taanad .....	20
3.7.3 TEAM assistans .....	20
3.7.4 Sammanfattande analys och kommentar om TEAM assistans .....	21
3.7.5 TESIA .....	21

3.7.6	Sammanfattande analys och kommentar om TESIA .....	22
<b>4</b>	<b>Resultat av övriga källor .....</b>	<b>23</b>
4.1	Avvikelse under 2021 .....	23
4.2	Lex Sarah .....	23
4.3	KKIK (Kommunens kvalitet i korthet) .....	24
<b>5</b>	<b>Sammanfattning.....</b>	<b>25</b>
<b>6</b>	<b>Bilaga 1 .....</b>	<b>25</b>

# 1 Inledning

Socialstyrelsens föreskrift och allmänna råd ”Ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete” (SOSFS 2011:9) innehåller bestämmelser för hur kvaliteten i verksamheten systematiskt och fortlöpande ska utvecklas och säkras. Arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet ska dokumenteras genom en sammanhållen kvalitetsberättelse och är en del av socialtjänstens uppföljning av verksamheten.

Kvalitetsberättelsen ska vara ett stöd för planering, uppföljning, utvärdering och förbättring av verksamheten på verksamhetsnivå och på förvaltningsnivå.

Kvalitetsberättelsen innehåller information från många olika källor. Informationen sammanställs och analyseras och belyser kvalitet främst ur brukarperspektiv och innehåller också förslag till nya utvecklingsområden till det kommande året.

**På grund av Coronapandemin genomfördes inga brukarundersökningar under 2021. Detta medför att resultat saknas för 2021 och därför ”haltar” resultaten.**

## 1.1 Sammanfattning av 2021

Det systematiska kvalitetsarbetet inom socialtjänsten bedrivs inom respektive avdelning och hos de externa företag som utför hemtjänst. En avsaknad av ett likartat och sammanhållet kvalitetsarbete i förvaltningen, har medfört att man kommit olika långt i formandet av strukturer och arbets sätt vid en jämförelse avdelningarna emellan. Detta är en utmaning för det fortsatta arbetet med det systematiska kvalitetsarbetet.

Under 2021 har en ”omstart” skett på olika sätt av arbetet med det systematiska kvalitetsarbetet. Dels i form av att en gemensam **kvalitetsplattform** har formulerats och beslutats. Denna ska utgöra en vägledning för socialtjänstens arbete med kvalitet med primär inriktning på kvalitet för brukaren.

Dessutom har ett **kvalitetsnätverk** bildats, som består av representanter från alla avdelningar under ledning av administrativa avdelningen. Syftet med nätverket är att samverka i kvalitetsfrågor över avdelningsgränserna. För att ett kvalitetsnätverk ska kunna fungera och vara effektivt bör avdelningarnas representanter ha likartade uppdrag i sina respektive avdelningar, vilket inte är fallet när denna berättelse skrivs. Detta är en utmaning för det fortsatta arbetet med samverkan mellan avdelningarna i kvalitetsfrågor.

Ett ytterligare steg är att ett nytt **IT-stöd** har upphandlats som utgår från SOSFS 2011:9 (se ovan) kommer på sikt att vara en gemensam grund för planering, genomförande och uppföljning av kvalitetsarbetet.

Övergripande har det skett en ökad **fokusering på uppföljning**, primärt i form av avvikelser och Lex Sarah. Båda dessa delar är egenkontroller och grundläggande i det systematiska kvalitetsarbetet.

Det pågår mycket verksamhet med inriktning på kvalitet, både i form av direkta, men också indirekta åtgärder, både inom avdelningarna och hos externa utförare. I tidigare kvalitetsberättelser har detta arbete hos externa utförare inte redovisats. Eftersom socialnämnden har det yttersta ansvaret gentemot brukarna, och därmed också indirekt kvalitetsarbetet hos externa utförare, kommer det att redovisas i denna berättelse.

## 1.2 Kommunfullmäktiges mål uppfylls inte

De mått (egentligen mål) som Kommunfullmäktige har angående ökande brukarnöjdhet, både för särskilda boenden och hemtjänst i ordinärt boende, uppnås inte. Tvärt om är trenden, om än liten, minskande nöjdhet. (se nedan 2.1 och 2.3)

I fråga om dessa mått, som per definition är mål, uppstår lätt en tveksamhet om vad som ska uppnås. Ska nöjdheten öka för varje år? Till vilken nivå?

## 1.3 Externa utförare

Kundnöjdheten för de två externa utförare av hemtjänst och boendestöd (Tesia och Team assistans) som har fler än sju brukare (utförare med färre än sju brukare omfattas inte av Socialstyrelsens brukarundersökning) är runt 85% nöjda eller mycket nöjda. Hur detta resultat ska bedömas är svårt då det inte finns uttalade mål för de externa utförarna. Om dessa ska omfattas av samma kvalitetsmål som verksamheten i egen regi, bör målen formuleras och beslutas. (se vidare 1.1.3)

## 1.4 Att sätta mätbara kvalitetsmål är en utmaning

En generell avsaknad av mål (mätbara) för kvalitetsnivåer inom Uddevalla socialtjänst försvårar analys av resultat och försvårar även beslut om ambitionsnivån på de tjänster som socialtjänsten erbjuder, samt vilka områden som ska prioriteras för att uppnå de övergripande måtten (målen) med ökad brukarnöjdhet. Att formulera och sätta mätbara mål för att sedan analysera måluppfyllelse genom uppföljning och att mäta resultat, är en grannliga uppgift. Det är samtidigt en fundamental del av det systematiska kvalitetsarbetet och en utgångspunkt i det ständigt pågående utvecklingsarbetet.

En förutsättning för att kunna få data till att genomföra analyser baserat på resultat, är att delta i de årliga undersökningar som bl.a. genomförs av Socialstyrelsen, Sveriges kommuner och regioner (SKR), Statistiska Centralbyrån (SCB) mfl. Dessa resultat presenteras bl.a. i öppna jämförelser (ÖJ) inom en rad områden inom socialtjänsten.

Det är ett verktyg för utvärdering och analys av hur den egna verksamheten förhåller sig till andra kommuner, men också till de egna kvalitetsmålen.

**Att sätta mätbara kvalitetsmål är ett övergripande utvecklingsområde.**

## 1.5 Vad är kvalitet?

Enligt SOSFS 2011:9

”Kvalitet innebär att en verksamhet uppfyller de krav och mål som gäller enligt lagar, föreskrifter och beslut. Kvalitetsarbetet utgår från Socialstyrelsens föreskrift

”Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete”

I Socialtjänsten är det i mötet med den enskilde som kvalité uppstår. Kvalitetsarbetet utgår därför från mötet med den enskilde genom god service, gott bemötande, brukarens delaktighet och medarbetarnas professionalitet

## 2 Kvalitetsstatus för Socialtjänsten Uddevalla kommun

Följande avsnitt ska ge en övergripande bild av hur vissa delar av socialtjänsten i Uddevalla ”står sig” i kvalitetshänseende mot bakgrund av resultat för övriga kommuner i riket i öppna jämförelser från Socialstyrelsen. Detta är ett led i det systematiska kvalitetsarbetet och kan ligga till grund för fastställande av kvalitetsmål.

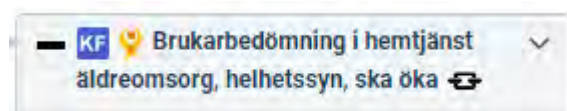
**På grund av pandemin gjordes inga brukarundersökningar 2021. Detta gör att resultaten saknar data för 2021 (resultatet för ett år publiceras året efter). KKIK (kommunens kvalitet i korthet) genomfördes enligt plan 2021.(se 2.3.1)**

### 2.1 Brukarnöjdhet Hemtjänst (egen regi)

”Antal personer i åldrarna 65 år och äldre som uppgett att de är mycket eller ganska nöjda med hemtjänsten dividerat med samtliga personer i åldrarna 65 år och äldre i ordinärt boende med hemtjänst som besvarat undersökningen av äldres uppfattning. ” Måttet ingår i Kommunens kvalitet i korthet (KKIK). Källa: Undersökningen av äldres uppfattning om kvaliteten i hemtjänst och äldreboenden, Socialstyrelsen.”

**Observera att värden för 2020 avser mätningar som gjordes under 2019 men publicerades 2021.**

Kommunfullmäktige har formulerat ett mål (betecknat som mått i VuV-IT) att ”Brukar-bedömning i hemtjänsten, äldreomsorg, helhetssyn, ska öka”.



**Detta mål uppfylls inte och trenden går åt motsatt håll.** Visserligen marginellt, men ändå. Vid en jämförelse med samtliga kommuner i Sverige finns Uddevalla på ”den nedre halvan” men ligger på riksnitt. Siffror för 2021 är inte publicerade ännu (publiceras i juni 2022).

	2017	2018	2019	2020
Brukarbedömning hemtjänst äldreomsorg	92	91	91	89

Grafen nedan visar resultatet för samtliga kommuner i Sverige, Brukarbedömning hemtjänst äldreomsorg - helhetssyn, andel (%)

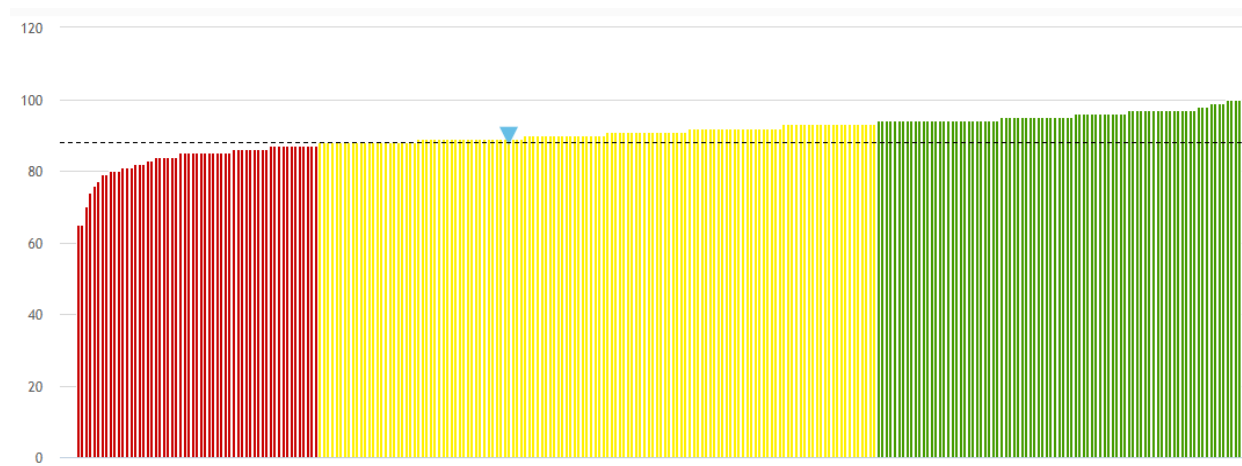


Fig 1. Uddevallas placering jämfört med övriga riket. Källa KOLADA

Brukarnöjdheten i form av helhetssyn i hemtjänsten grundas på en rad underliggande indikatorer, vilka kan djupanalyseras. Mot bakgrund av avsaknad av uttalade



kvalitetsmått och mål för brukarbedömning, annat än ”...ska öka” kan inga slutsatser dras om nivån är relevant eller inte.

## 2.2 Externa företag

I öppna jämförelser finns även en nedbrytning på enhetsnivå, där indikatorerna skiljer sig något från den mer övergripande undersökningen om brukarnöjdhet. I denna enhetsundersökning finns också resultat från vissa externa utförare (med fler än 7 brukare).

Indikator	Enheter i egenregi i Uddevalla	Tesia	Team Assistans
<b>Leva och bo självständigt (% nöjda eller mycket nöjda)</b>			
Helhetssyn, andel (%)	89	84	86
Bemötande, andel (%)	97	97	100
Tas hänsyn till åsikter och önskemål, andel (%)	86	77	86
<b>Trygga förhållanden (% nöjda eller mycket nöjda)</b>			
Trygghet, andel (%)	88	84	86
Personal har tillräckligt med tid, andel (%)	80	59	79

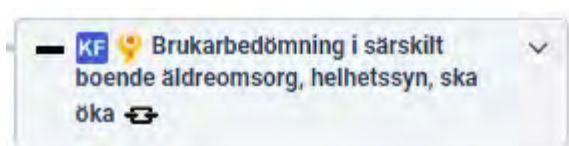
Externa utförare ligger något lägre än egenregin när det gäller helhetssyn på den hemtjänst som utförs.

Det är glädjande att konstatera att andelen som är nöjda eller mycket nöjda med bemötandet är mycket högt!

## 2.3 Brukarnöjdhet Särskilt boende, äldreomsorg

*”Antal personer i åldrarna 65 år och äldre i särskilt boende som är mycket eller ganska nöjda med sitt särskilda boende dividerat med samtliga personer i åldrarna 65 år och äldre i särskilt boende som besvarat undersökningen av äldres uppfattning. Källa: Undersökningen av äldres uppfattning om kvaliteten i hemtjänst och äldreboenden, Socialstyrelsen.”*

Kommunfullmäktige har formulerat ett mål (betecknat som mått i VuV-IT) att ”Brukarbedömning i särskilda boenden, äldreomsorg, helhetssyn, ska öka”.



**I likhet med målet för hemtjänsten uppfylls inte målet och trenden går åt motsatt håll.** Resultatet visar en minskning med 6% från 2019 till 2020 och hamnar på 79%. Vid en jämförelse med samtliga kommuner i Sverige finns Uddevalla på ”den nedre halvan” och ligger under rikssnitt. Siffror för 2021 publiceras i juni 2022.

	2017	2018	2019	2020
Brukarbedömning särskilt boende äldreomsorg - helhetssyn	82	81	85	79

Brukarbedömning äldreboende, - helhetssyn, andel (%)

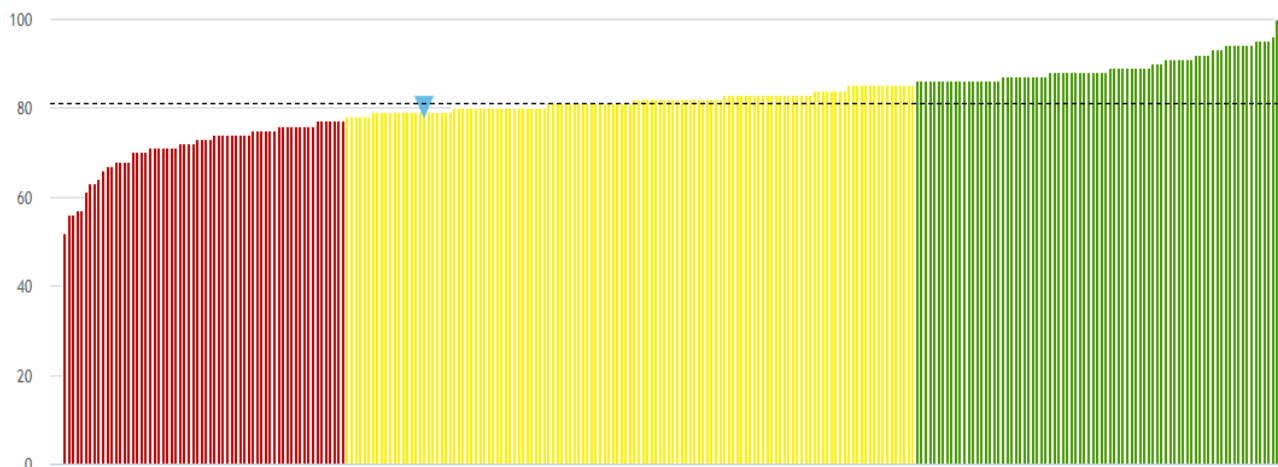


Fig 2. Uddevallas placering jämfört med övriga riket

**Kommentar:** 79% är ett genomsnittsvärde. En nedbrytning på enhetsnivå ger ett splittrat resultat där Rosenhäll 3A har 50% nöjda eller mycket nöjda brukare. Motsvarande siffra för Västanvinden VoB är 90%

Även resultatet för bemötande varierar stort. Från 63% nöjda eller mycket nöjda på Rosenhäll 2A, till 91 % på Österängen VoB.

## 2.4 Sammantaget kvalitetsaspekter SÄBO

Den 20 januari 2022 presenterades årets (2021) resultat i KKIK (kommunens kvalitet i korthet.) där Uddevalla deltar sedan några år. En del av KKIK handlar om resultat inom stöd och omsorg. Resultatet för Uddevalla i den sammantagna bedömning av kvalitetsaspekter är 28% (av maxpoäng 100) vilket är ett resultat som hamnar i den sämre kvartilen jämfört med riket.

Anmärkningsvärt är nedgången på indikatorn om SÄBO som erbjuder daglig utevistelse där värdet har minskat dramatiskt från 100% 2019 till 29% 2021.

Uddevalla hamnar i det röda fältet vid en jämförelse med samtliga kommuner i riket



Källa: kommunens kvalitet i korthet (KKIK) 2021, SKR

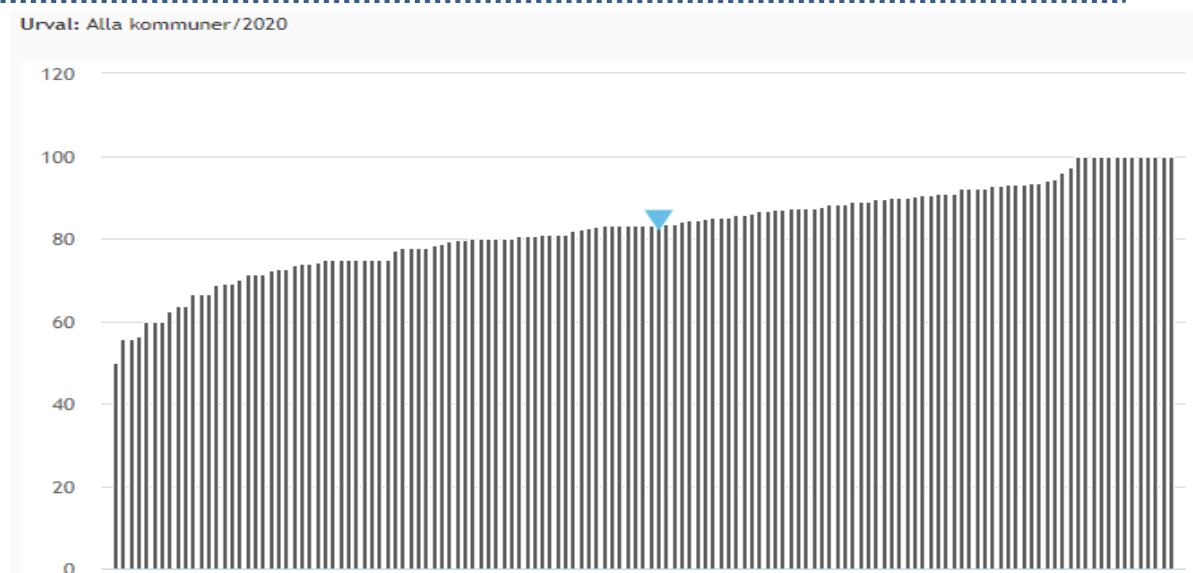
Hur mycket Coronapandemin påverkar resultatet eller om frågor tolkats fel, är oklart.

### Utvecklingsområden för avdelning Social Omsorg utifrån indikatorresultat

- Bemötande, förtroende och trygghet i SÄBO
- Motverka ensamhet (50% besväras av ensamhet) i ordinärt boende

## 2.5 Brukarbedömning LSS (gruppboende)

*Antal personer boende i gruppboende LSS som har svarat Ja på frågan Trivs du hemma? Dvs i den gruppboende man bor i, dividerat med samtliga personer boende i gruppboende LSS som har besvarat frågan.*



Källa: SKR:s undersökning om brukares uppfattning av kvalitet inom verksamheter för personer med funktionsnedsättning.

Resultatet för Uddevalla i denna undersökning av Socialstyrelsen är att 83% trivs i sin gruppboende (hemma). Detta är också rikssnitt. Samma undersökning visar att 0% trivs hemma ibland. Tyvärr innebär detta att 17% aldrig trivs i sitt gruppboende (= hemma).

Det finns ingen statistik på hur brukare trivs i **servicebostad LSS**, då inga mätningar är gjorda i denna boendeform.

### **Utvecklingsområden för Avdelningen Social Omsorg LSS**

Mot bakgrund av resultatet i undersökningarna kan två utvecklingsområden beaktas:

- Hälften av brukarna anser att de inte blir förstådda av all personal
- En tredjedel anser sig inte trygga med alla i personalen

### **2.6 Indikatorer för IFO saknas**

Det finns inga motsvarande data angående brukarnas uppfattning av verksamheten för IFO. Anledningen är att man har valt att inte delta i SKR:s undersökning om brukares uppfattning av kvalitet inom individ- och familjeomsorgen. Detta medför att det inte går att bedöma hur kvalitetsläget är jämfört med andra kommuner. Det finns inte heller något mått på om brukarna upplever att deras situation har förbättrats.

**En stark rekommendation är att IFO deltar i kommande undersökningar för att få indikation på hur brukarna uppfattar kvalitén i den service de får.**

### **2.7 Indikatorer för Hälso- och Sjukvård**

I öppna Jämförelser för Hälso- och Sjukvård mäts inte brukarnöjdhet eller motsvarande. I stället efterfrågas strukturella egenskaper, dvs ja, nej eller delvis på frågor som Socialstyrelsen anser vara viktiga för innehållet i den kommunala hälso- och sjukvården och kan ses som en ”checklista”. Nedanstående tabell visar utfallet för Hälso- och sjukvården inom socialtjänsten i Uddevalla i 2021 års mätning i kommunenkäten.

Nyckeltal 2021	Status
Forum för systematiskt patientsäkerhetsarbet	Ja
Patientmedverkan i kommunens systematiska patientsäkerhetsarbete	Nej
Information om patientens möjligheter till samordnad individuell plan (SIP)	Ja
Fallriskvärdering vid inskrivning i hemsjukvården	Nej
legitimerad hälso- och sjukvårds-personal med fördjupad kompetens i att förebygga och behandla undernäring	Ja
Övergripande kompetensutvecklingsplan för fortbildning i stroke	Nej
<b>Standardiserad bedömningsmetod</b>	
för symtomskattning vid läkemedels-behandling i bostad med särskild service (LSS)	Nej
för symtomskattning vid läkemedels-behandling i bostad med särskild service	Nej
för symtomskattning vid läkemedels-behandling i ordinärt boende	Nej
för symtomskattning vid läkemedels-behandling i särskilt boende	Ja
för symtomskattning vid läkemedels-behandling på korttidsplats	Nej
<b>Strukturerad uppföljning</b>	
med vård- och omsorgspersonal med särskild kunskap om stroke i bostad med särskild service	Nej
med vård- och omsorgspersonal med särskild kunskap om stroke i särskilt boende	Ja
med vård- och omsorgspersonal med särskild kunskap om stroke inom samtliga boendeforme	Nej
med vård- och omsorgspersonal med särskild kunskap om stroke på korttidsplats	Ja
<b>Vård och Omsorg</b>	
vid blåsdysfunktion - Rutiner för basala utredning avseende blåsdysfunktion	Ja
vid blåsdysfunktion - Styrande dokumen	Ja
vid demenssjukdom - Multiprofessionella demensteam	Ja
vid demenssjukdom - Styrande dokument	Nej
vid diabetes - Enkel fotundersökning för att förebygga allvarliga fotproblem	Nej
vid diabetes - Styrande dokument	Nej
vid palliativ vård - Styrande dokument	Ja
vid palliativ vård - Övergripande kompetensutvecklingsplan för fortbildning av personal,	Nej

Källa: Socialstyrelsens kommunenkät ÖJ socialtjänst.

Med systematiskt patientsäkerhetsarbete avses att vårdgivare vidtar åtgärder som behövs för att förebygga att patienter drabbas av vårdskador.

## 2.8 Brister i systematisk uppföljning av indikatorer i ÖJ.

I de öppna jämförelser (ÖJ) som publiceras av Socialstyrelsen finns i samtliga ett avsnitt som handlar om förekomsten och användningen av resultat av systematisk uppföljning som ett medel för att utveckla verksamheten. Denna fråga ställs följande områden:

- Äldreomsorg
- LSS
- Missbruk och beroendevård
- Socialpsykiatri
- Social barn- och ungdomsvård
- Våld i nära relationer

Samtliga områden svarar nej på denna fråga. Att använda systematisk uppföljning av resultat mm. som underlag för verksamhetsutveckling är grundläggande i det systematiska kvalitetsarbetet för att uppnå bra kvalitet för brukaren.

Tyvärr är detta mycket vanligt. Enligt ÖJ (öppna jämförelser) är det bara 7% av kommunerna i riket som svarar ”Ja” på denna fråga.

### 3 Avdelningarnas kvalitetsberättelser

Arbetet med kvalitetsuppföljning sker i allt väsentligt i respektive avdelning. Skillnaden på ”vanlig” verksamhetsutveckling och specifikt kvalitetsarbete kan vara svår att definiera, då verksamhetsutveckling ofta har som mål att i förlängningen medföra ökad kvalitet för brukaren.

I detta avsnitt följer avdelningarnas kvalitetsberättelser, där vissa delar tenderar att vara mer verksamhetsutveckling än direkt kvalitetsarbete baserat på systematisk genomförd riskanalys, egenkontroll och uppföljning.

#### 3.1 Avdelning Hälso- och sjukvård

Avdelning hälso- och sjukvård har under 2021 arbetat med kvalitet genom att kontinuerligt under året utvärdera processer, arbetat efter kommunens författningssamling och följt de styrdokument som är relevanta för verksamheten.

Aktiviteter som är gjorda är baserade på:

- Covidmöten (vaccination) med förvaltningsledning och i samråd med regionen
- Lifecare HSL genomförs efter beslut i förvaltningsledning.
- Kompetensutveckling genomförs utifrån Nära vård där det finns nationella studier som visar på behov av kompetensutveckling samt i dialog med verksamheterna/sektionerna
- Social omsorg, sårvård genomfördes efter studier och påvisat resultat utifrån pilot som genomförts.

Mot bakgrund av ovanstående har avdelning Hälso- och sjukvård har bland annat arbetat med:

#### **Vaccinering;**

Vaccinering mot Covid, 3 doser, till alla patienter/brukare inskrivna i hemsjukvården. Nära samarbete med vårdcentraler och mobila vårdteamet.

#### **Lifecare:**

Planering och införande av nytt dokumentationssystem, Life care. Införandet beräknas ske under första tertialen 2022.

#### **Appar:**

Sårvårdsapp,

Rekrytering av semestervikarier med digital referenstagning via en app.

#### **Kompetensutveckling:**

Påbörjat kompetensutvecklingsplan för arbetsterapeuter, fysioterapeuter och sjuksköterskor. Kompetensutveckling till 600 undersköterskor i bl. a läkemedel och fall, diabetes och sårvård. Framtagning av utbildningskoncept rehabiliterande förhållningssätt. Kompetenshöjande utbildningar har givits digitalt till medarbetare på bemanningsenheten.

**Välfärdsteknik:**

Breddinförande av medicingivare. Under december månad var det 27 medicingivare ute hos patienter.

**Kvalitetsregister:**

Implementering av **BPSD-registret** har fortskridit på boenden/enheter som varit under omvandling till demensinriktning.

**Palliativa registret** är ett kvalitetsregister för att förbättra vården i livets slutskede. Registret används inom verksamheten men resultaten analyseras inte på ett systematiskt sätt och används inte i fullt ut i kvalitetsarbetet.

**Senior alert**, kvalitetsregister, använder man sig till viss del av.

Med anledning av Covid-19 har inga samverkansdagar ägt rum inom Bemanningens verksamhet. APT har hållits via Teams.

**3.2 Uppföljning**

Genomförd uppföljning av genomförda aktiviteter visar följande resultatet:

- Vaccinering av alla patienter/brukare som är inskrivna i hemsjukvården har bidragit till att hålla nere antalet smittade patienter med Covid-19 och därmed förbättrat måendet.
- Sårvårdsapp har kortat sår läkningen för flera brukare.
- Ökad självständighet och delaktighet för brukare som använder medicingivare.
- Referenstagning vid rekrytering av semestervikarier har medfört en mer likvärdig och säker process.

**3.3 Utvecklingsområden**

Som utvecklingsområden ser avdelning Hälso-och sjukvård bl.a.:

- Fortsätta implementera och utveckla arbetet med Lifecare HSL
- Utveckla teamarbete tillsammans med Social omsorg
- Utveckla Nära Vård
- Utveckla delegeringsprocessen genom arbetsgrupp som leds av enhetschef HS och utsedda medarbetare inom social omsorg
- Minska antalet bemannings sjuksköterskor
- Utveckla och införa mer välfärdsteknik, digitalisering och automatisering inom Bemanningenheten och Hälso- och sjukvård
- Utveckla arbetet med de palliativa platserna på Rosenhäll.
- Kompetensutvecklingsplan för arbetsterapeuter, fysioterapeuter och sjuksköterskor.
- Fortsatt implementering av BPSD-registret
- Anpassa och utveckla verksamheten till heltidsresan
- En utökning av Bemanningspoolen.

Stora utmaningar med att rekrytera rätt medarbetare med rätt kompetens för uppdragen, både timvikarier och månadsavlönade medarbetare.

### 3.4 Sammanfattande analys och kommentar, Avd. Hälso- och sjukvård

Verksamhetsuppföljaren gör följande sammanfattande analys och kommentar om kvalitetsarbetet inom Hälso- och sjukvård;

Som tidigare nämnts mäts inte brukarnöjdhet inom området kommunal Hälso- och sjukvård vilket gör att det inte finns data om detta. Det som mäts är strukturella data, vilka redovisas under 2.6 ovan.

Som underlag för beslut om vilka områden och aktiviteter som ska prioriteras används andra kriterier är brukarundersökningar. Exempel är beslut i förvaltningsledning, nationella studier, piloter etc. Mot bakgrund av att det inte finns brukardata tenderar de utvecklingsaktiviteter som görs att ha en karaktär av verksamhetsutveckling.

Detta är absolut inget fel, då verksamhetsutvecklingen verkar i riktning mot ökad säkerhet och nöjdhet för brukare av kommunal hälso- och sjukvård, men mer indirekt. Givet förutsättningarna är det svårt att peka ut specifika områden där mer brukar-fokuserade aktiviteter kan sättas in.

### 3.5 Avdelning Social Omsorg

Under året har alla chefer inom social omsorg fått besvara en enkät gällande implementeringen av avdelningens arbete med kvalitetsledningssystem. Denna enkät visar följande problemområden/utmaningar, på övergripande avdelningsnivå.

- Otillräcklig tid för dialog och gemensam analys. APT-tiden räcker ej.
- Otydlighet i rutiner på många olika sätt. Fler gemensamma önskas, antingen sektionsgemensamma eller avdelningsgemensamma samt en klarhet var de beslutas och var de går att hitta.
- Bristande systematik i granskning/egenkontroller av t.ex. social dokumentation och genomförandeplanen, avvikelser. Bristande systematik i uppföljning generellt.

Avdelningen har också under året analyserat sammanställningar av avvikelser, Lex Sarah och synpunkter i samband med varje delårs- och årsredovisning för att se eventuella mönster och trender. Sammanställningarna från respektive period har analyserats och förbättringsåtgärder och utvecklingsinsatser har följts upp och satts i relation till resultatet, dvs huruvida man kan se förbättringar utifrån våra åtgärder eller om nya krävs. Arbetssättet har varit nytt och har ännu inte blivit tillfullo implementerat.

#### 3.5.1 Avvikelse

Årets tre analystillfällen av avvikelser visar följande på övergripande nivå:

**HSL: fall och läkemedel förekommer ofta,**

**SOL/LSS-avvikelse är betydligt färre.**

Orsaken bedöms bero på att det finns mer kunskap om att rapportera avvikelser inom HSL än avvikelser inom Sol/LSS. Att genomförandeplanerna inte används fullt ut



bedöms vara ytterligare orsak, samt kunskapsbrist om vad en SOL/LSS-avvikelse är. Kravet om skyndsam hantering uppfylls inte och inte heller utredningstiden på 60 dagar. Det finns heller ingen samstämmighet i bedömningarna av avvikelser, t.ex. allvarlig, påtaglig osv. Många har inte gjort någon bedömning alls.

Orsakerna bedöms bero på kunskapsbrist kring hantering av rapporterade händelser (avvikelser, lex Sarah) för att kunna utreda på rätt sätt och i rätt tid.

Fortsatt arbete med värdegrund och bemötande krävs.

### 3.5.2 Klagomål och synpunkter

Vid genomgång av de månatliga sammanställningarna som går till nämnden framgår att det är förhållandevis få klagomål som kommer in. Hemtjänsten sticker ut i klagomålen och gäller då fortkörning. Bedömningen är att det kommer in betydligt fler synpunkter och klagomål än de som finns med i sammanställningarna till nämnden. Orsaken kan härledas till otydlig alt. icke-kommunicerad rutin.

### 3.5.3 Öppna jämförelser

Det område med generellt sämre resultat oavsett om det rör LSS, äldreomsorg, socialpsykiatri eller missbruk är att **det saknas aktuell rutin för samordning** mellan de olika verksamhetsområdena, t.ex. äldreomsorg-socialpsykiatri, äldreomsorg-missbruk. Dessa nyckeltal ingår också som en indikator i den av kommunfullmäktiges antagna handlingsplan för psykisk ohälsa, Västra Götaland.

Ett annat område som brister oavsett verksamhetsområde är att avdelningen **inte använder systematisk uppföljning för utveckling av verksamheten**.

En tredje avvikelse som noteras är att avdelningen **inte använder standardiserade metoder** för att upptäcka t.ex. våldsutsatthet eller riskfull alkoholkonsumtion eller drogrelaterade problem, också detta en indikator i ovan nämnda handlingsplan för psykisk ohälsa. Åtgärder kopplade till avvikelserna i Öppna jämförelser behöver hanteras i samverkan med myndighetsavdelningen.

### 3.5.4 KKIK - Kommunens kvalitet i korthet

I KKIK finns fem kvalitetsnyckeltal för särskilt boende som årligen följs upp genom att respektive enhetschef ska besvara ett antal frågor. Frågorna besvarades i september månad enligt de nationella anvisningarna. Totalt för Uddevalla kommun är resultatet följande:

Resultat för inmatning i Koladas inmatningsfunktion	
Delnyckeltal	%
Boendeplatser i särskilt boende där den äldre erbjuds daglig utevistelse, andel (%) (U23405)	29
Boendeplatser i särskilt boende där den äldre har möjlighet att välja alternativt rätt vid huvudmål, andel (%) (U23426)	29
Boendeplatser i särskilt boende där den äldre kan påverka tv-kanaler utöver basutbudet i gemensamhetslokal, andel (%) (U23428)	0
Boendeplatser i särskilt boende som erbjuder minst en organiserad och gemensam aktivitet per dag under helgen, andel (%) (U23409)	14
Boendeplatser i särskilt boende som erbjuder minst två organiserade och gemensamma aktiviteter under vardagar, andel (%) (U23408)	32

Resultaten visar en negativ trend från föregående år vilket bedöms bero på att man

svarat utifrån definitionen och beskrivningen på respektive fråga utifrån KKIK:s anvisningar, vilket ger ett mer rättvist resultat än tidigare.

Ytterligare ett KKIK-nyckeltal som avdelningen ansvarar för att ta fram är **personalkontinuitet inom hemtjänsten**. Måttet mäter antal personal som en hemtjänsttagare möter under 14 dagar under september/oktober. Uddevalla visar ett medelvärde på 16 vilket är i nivå med föregående år och i nivå med riket.

Dialog och samarbete med myndighetsavdelningen kring analys av resultat är ett förbättringsområde vi ser.

### **3.5.5 Sammanfattande analys och kommentar, Avd. Social Omsorg**

Verksamhetsuppföljaren gör följande sammanfattande analys och kommentar om kvalitetsarbetet inom Social Omsorg:

Avdelning Social Omsorg har kommit långt i utvecklingen och implementering av ett avdelningsinternt kvalitetsledningsarbete och många aktiviteter pågår inom ramen för detta inom avdelningens sektioner.

Avdelningen och sektionerna har mot bakgrund av egenkontroller och analys definierat utvecklingsområden som påbörjades under 2021 och som fortgår under 2022. Sammanfattningsvis är dessa fortsatt arbete med genomförandeplaner och dokumentation, systematiskt arbete med avvikelser, ökad samverkan mellan avdelningens sektioner samt ett övergripande arbete med värdegrund och bemötande.

Hemtjänst och särskilda boenden som är organiserade under Social Omsorg, hör till det verksamheter som är mest undersökta och mätta i flertalet undersökningar årligen och vars resultat redovisas i bl.a öppna jämförelser. Avdelningen deltar på ett föredömligt sätt i dessa undersökningar och får på så sätt ett bra dataunderlag för djupare analys. Trots allt arbete som avdelningen gör inom ramen för sitt kvalitetsarbete och den verksamhetsutveckling som mer indirekt ska bidra till högre kvalitet för brukarna, är trenden en viss minskad brukarnöjdhet, både inom hemtjänst och vård- och omsorgsboenden. (se 2.1 och 2.2 ovan). Detta kan ha flera underliggande orsaker som avspeglar sig i de övergripande indikatorerna. Dessa underliggande orsaker skulle kunna var föremål för vidare analys

## **3.6 Avdelning Individ- och familjeomsorg (IFO)**

Individ- och familjeomsorgen har ingen övergripande sammanfattande kvalitetsberättelse vilket gör att sektionernas sammanfattade berättelser redovisas nedan.

### **3.6.1 Sektionens för Barn och Ungas sammantagna kvalitetsarbete:**

Sektionen arbetar konstant med att kvalitetssäkra och förbättra det arbete som görs, med mål att varje barn skall ha rätt insats i rätt tid. För att säkerställa detta har flera faktorer identifierats som nödvändiga, därav bland annat förbättrad samverkan såväl internt som externt samt systematisk uppföljning.

Vad gäller den interna samverkan har samtliga enheter arbetat med att ta fram dialogformer och rutiner för att säkerställa att samverkan sker i rätt tid för att nyttja sektionens resurser och kompetens optimalt.

Det har skett många positiva förändringar i hur de olika enheterna samverkar med varandra, en framgångsfaktor är att sektionen har arbetat med att skapa en enad och tydlig ledning där det gemensamma uppdraget för sektionen är i fokus och en samsyn skall råda.

Det har skett en stor utveckling i hur de olika enheterna använder sig av varandra, men detta är ett ständigt pågående arbete som hela tiden behöver utvecklas och vara i fokus.

### **Identifierade utmaningar inför 2022:**

- Fortsatt arbeta med att hitta metoder att ge hjälp och stöd till barn och unga i ett tidigt skede.
- Fortsatt arbeta för att minska behovet av placeringar utanför hemmet, både vad gäller familjehem samt HVB.
- Fortsatt arbeta med att utveckla samverkan såväl internt inom sektionen som externt inom socialtjänsten samt med andra aktörer där våra barn och unga finns.

### **3.6.2 Aktiviteter och resultat för IFO sektion vuxen och funktionshinder**

Under 2021 har sektionen vuxen och funktionshinder inom ramen för avdelningens kvalitetsarbete identifierat området samverkan både internt och externt, vilket är prioriterat mot bakgrund av Öppna Jämförelser.

Med det som grund har aktiviteter genomförts tillsammans med utförande verksamheter vilket resulterat i upprättade samverkansdokument. Det kvarstår några verksamhetsområden inom LSS att förtydliga samverkansdokument.

Arbete i samverkan pågår mellan Försörjningsstöd AMA och sektion vuxen. Även inom verksamheterna LSS och familjekontoret pågår förtydligande av samverkan. Samverkan mellan biståndsenheten SoL äldre och hemtjänstens enhetschefer sker digitalt utifrån pandemin, men förväntas kunna startas upp med personliga möten så snart restriktionerna tillåter.

Inom lokala närsjukvården missbruk/socialpsykiatri/ Närhälsan/Psykiatri har upprättats en ny rutin för samverkan där, utifrån den enskildes samtycke, socialsekreterare kan delta i psykiatriens behandlingskonferens utifrån särskilda behov av gemensamt samarbete för den enskildes insatser.

Samarbetet inom LSS bogrupp utvecklas och arbetar med uppdraget boendekedjan LSS, vilket medför att enskilda brukare med beslut om boende LSS planeras till boendeenheter utifrån behov av omvårdnadsnivå, samt att boende vid externa boenden kan erbjudas LSS boende inom Uddevalla internt. Arbetet medför en kvalitetssäkring för brukare.

Sektionens egenkontroller har genomförts och den sammantagna bedömningen är att IBIC (individens behov i centrum) medför en tydlig myndighetsutövning för handläggarna. Nivån på utredningarna håller en jämn och god kvalitet. Generellt består texten av ett bra språk genom att vara välskrivna och lättlästa, och utredningarna innehåller det underlag som är behövligt utifrån ansökan och beslutsfattande.

Detta arbete har givit resultat i form av tydligare samverkan och ansvarsfördelning mellan verksamheter samt tydligare myndighetsutövning utifrån den enskildes ansökan, vilket lett till ökad kvalitet för brukarna.

### **Identifierade förbättringsområden utifrån genomförda egenkontroller, är**

- Behov av förtydligande instruktioner till handläggare om protokollsutdrag till akt
- Påminnelse av omskrivning av HSL termer i utredningar som finns återgivna i äldre utredningar.
- Information om Individuell Plan enligt LSS ska lämnas tydligare.
- Lifecare verksamhetssystem medför tydligare myndighetsutövning och visar på betydelsen av att övergången från procapita till Lifecare ska ske snarast möjligt inom de enheter där det inte genomförts fullt ut.
- Loggkontroller visar att ingen data har brukats otillbörligt.

### **Som kommande områden för kvalitetsutveckling ser avdelningen**

- Full övergång av införandet av Lifecare verksamhetssystem
- Fortsätta att utveckla och implementera samverkansrutiner både internt och externt för ett utvecklat samarbete.
- Genom gemensam samverkan tillförsäkras att den enskilde brukaren att få sitt behov tillgodosett.
- Fortsatt arbete inom bokedjan LSS.

### **3.6.3 Sammanfattande analys och kommentar Avd. IFO**

Verksamhetsuppföljaren gör följande sammanfattande analys och kommentar om kvalitetsarbetet inom IFO.

Individ- och familjeomsorgen har valt att under flera år inte delta i Sveriges Kommuner och Regioners årliga enkätundersökning ”Brukares uppfattning av kvalitet inom individ- och familjeomsorg” vilket medför att det inte finns fakta i form av mätresultat av brukarnöjdhet. Detta medför i sin tur att kvalitetsnivån är svår att bedöma i jämförelse med andra kommuner eller om det egna resultatet förändras över tid.

Avsaknaden av mätdata innebär att utfallet av kvalitetshöjande aktiviteter ”mäts” genom personliga bedömningar, vilket kan var gott nog, då kunskap och erfarenhet är

grundläggande. Med avsaknad av mätdata från undersökningar kan det ibland vid egenkontroll vara svårt att vaska fram de specifika områden som brukarna är mindre nöjda med och som skulle kunna utgöra mer avgränsade utvecklingsområden. Det kan också vara svårt att bedöma resultatet av aktiviteter som genomförs.

IFO har, liksom övriga avdelningar, många pågående aktiviteter med syfte att förbättra kvalitén för brukarna. Som tidigare nämnts tenderar vissa aktiviteter mer att ha karaktär av verksamhetsutveckling, vilket inte är något fel i sig.

### **3.7 Externa utförare**

#### **3.7.1 TKMT (Tanaad Kooperativ Multi Tjänster)**

Sammanfattning av viktiga åtgärder som genomförts under året 2021 för att säkra verksamhetens fortsatta kvalitet

- Särskild kvalitetsuppföljning av Tanaad avseende rapporterad utförd tid.
- Fortsatt kontinuerligt fokus på vikten av basala hygienrutiner.
- Mera utrymme till reflektion och mera utrymme till att diskutera olika perspektiv och på så vis kunnat lära av varandra.
- Sammanställning av inkomna synpunkter
- Tanaad gör egenkontroll en gång i kvartalet enligt rutin.
- Verksamheten har utarbetat ett kvalitetsråd samt kvalitetsombud på enheten.
- Regelbundet samtalar om vikten av att rapportera och registrera avvikelser
- Kvalitetsledningssystemet har kontinuerligt uppdateras och nya rutiner utarbetas och fortlöpande arbete med att hållas levande i verksamhetens dagliga arbete.
- Öppen dialog förs kontinuerligt med brukare, närstående och andra aktörer.
- Processer och rutiner finns tillgängliga för samtlig personal i verksamhetens intranät

#### **Prioriteringar och aktiviteter**

Mot bakgrund av genomförda egenkontroller, analys och riskbedömningar har följande prioriteringar gjorts och åtgärder genomförda av årets avvikelse och synpunkter är:

- Från procapita systemet till verksamhetssystemet Lifecare har samtliga genomförandeplaner lagts in manuellt och samtliga genomförandeplaner har uppdaterats.
- Uppdaterad lokalrutin för avvikelser och uppdaterad lokal rutin för lex Sarah.
- Mera utrymme till reflektion och mera utrymme till att diskutera olika perspektiv och på så vis kunnat lära av varandra.
- Byggt upp en tydligare struktur för att gå igenom avvikelser/avvikelse på kvalitetsråden och därefter sprida informationen vidare till berörda i verksamheten.

### Utvecklingsområden

- Öka aktiva användandet av årshjulet.
- Fortsatt kontinuerligt utveckla kvalitetsledningssystemet
- Fortsatt arbete med riskanalyser och handlingsplaner vid behov i verksamheten.
- Öka kunskap kring samordnad individuell plan (SIP).
- Förbättra kvalitén kontinuerligt arbeta med mer teamarbete med olika professioner. Syftet med det är att underlätta bedömningar som kan kräva flera perspektiv eller kompetenser. Finns svårigheter att hitta lösningar då tillgodose kundens behov ur ett helhetsperspektiv

#### 3.7.2 Sammanfattande analys och kommentar om Taanad

Verksamhetsuppföljaren gör följande sammanfattande analys och kommentar om kvalitetsarbetet inom TKMT.

Det generella intrycket av kvalitetsarbetet är mycket positivt, vilket avspeglas i deras kvalitetsberättelse för 2021. Företaget genomför egenkontroller, analyser och genomför åtgärder. Antalet brukare är för litet för att TKMT ska kunna delta i brukarundersökningar om hemtjänst, vilket kompenseras med egna intervjuundersökningar. Här framkommer att personalkontinuitet, i form av individanpassning är grundläggande för trygghet, minskad stress och oro. Med en mindre grupp brukare ökar möjligheten till mer individanpassning.

#### 3.7.3 TEAM assistans

Mot bakgrund av införande av nytt verksamhetssystem har prioriteringen varit, att stötta personal i att hantera det nya systemet. Detta för att inte riskera fel i planeringen för kunderna. Det har inte framkommit att kunderna drabbats på något sätt i övergången till ett nytt system.

### Uppföljning och analys

- Uppföljning av KKiK visar att personalkontinuiteten är relativt hög.
- Ingen anmälan enligt Lex Sarah har upprättats under året.

Avvikelser har främst handlat om läkemedelsavvikelser.

Inget direkt mönster ses, i flera fall har det handlat om otydlighet vad som gäller. För att öka säkerheten gällande läkemedel förtydligas i planeringssystemet vad som ska utföras och när det ska göras. En uppföljning kommer att ske under våren.

Undersökningen ”Vad tycker de äldre om äldreomsorgen” som görs av Socialstyrelsen har inte utförts under 2021, därför finns inget resultat därifrån att redovisa.

## Utvecklingsområden

Det som framkommit under året är följande område att arbeta vidare med.

- **Planering**

Under 2022 kommer verksamheten att fortsatt arbeta i planeringssystemet Care- Fox. Fokus kommer ligga på tydlighet för personal för att förebygga insatser som utförs fel pga. missförstånd.

- **Dokumentation**

En dag per vecka kommer en personal avsättas för att kontrollera genomförandeplaner och dokumentation samt handleda och stötta personal i arbetet med dokumentation.

## Kundundersökning

En kundenkät kommer skickas ut under 2022.

### 3.7.4 Sammanfattande analys och kommentar om TEAM assistans

Verksamhetsuppföljaren gör följande sammanfattande analys och kommentar om kvalitetsarbetet inom TEAM assistans.

Kvalitetsberättelsen från TEAM assistans är mycket kortfattad, men visar att man har ett kvalitetsarbete. Hur systematiskt detta är framgår inte av berättelsen. I brukarundersökningen 2020 uppnås 86% nöjda eller mycket nöjda brukare, och 100% är nöjda eller mycket nöjda med bemötandet.

Det finns inte någon Lex Sarah rapport skriven under året och inte heller någon avvikelse annat än läkemedel. Att ha regelbundna genomgångar med medarbetarna kring vad en Lex Sarah är och vad en avvikelse SoL är, och när man ska rapportera detta och varför, är ett utvecklingsområde

### 3.7.5 TESIA

#### Prioriteringar och aktiviteter

TESIA har under 2021 haft högsta prioritet på att få en fungerande vardag, med tanke på Covid-19 har det funnits en hel del utmaningar i det arbetet

#### Lifecare Planering

Tesia har för avsikt att under våren 2022 starta upp med planeringsdelen i Lifecare. En introduktion av systemet har givits i december 2021. Med den storlek i hemtjänsten och administrationen som TESIA har, är detta rätt steg att gå.

#### Uppföljning och resultat

#### KKIK

Tesia har i mätning av personalkontinuitet ett medelvärde på 9 anställda under uppmätt period om 14 dagar. Resultatet visar också att fördelningen var 50% kvinnor

och 50% män. Mätningen var endast inom hemtjänst och således lämnades boendestödet utanför.

### **Avvikelser**

Under 2021 har enheten haft totalt 17 avvikelser.

Avvikelsekategori:	Läkemedel	Fall
Antal:	16	1

16 ärenden av läkemedelsavvikelser har rapporterats under 2021 med stöd av kommunens blankettunderlag för avvikelshantering. 2 varit av kategorin utebliven dos på grund av att brukare ej varit hemma. 1 ärende gäller fallolycka, här var det en lindrig händelse där brukare gled ur sängen, inga skador.

### **Lex Sarah**

Tesia har inte under året fått in några rapporter om fel och brister eller missförhållanden enligt Lex Sarah.

#### **Synpunkter från brukare/anhöriga/medborgare**

TESIA har fått ett fåtal avvikelser där brukares anhöriga har synpunkter på utförandet av vissa insatser. Synpunkter som vi tyvärr får ta på oss då vi under året i större utsträckning använt oss av vikarier eller flyttat runt personal (till nya brukare) för att få pusslet i coronatider att gå ihop. Man kan då uppleva att vissa saker i hemmet har missats. TESIA har i personalgrupperna belyst dessa avvikelser. Brukare/anhöriga är väldigt alerta i dessa avvikelser och verksamheten får snabbt feedback om något inte står rätt till, så har det varit sedan dag 1 för Tesias hemtjänst.

#### **Utvecklingsområden**

Vid en samlad bild av årets som gått ser man en ökning av brukare. Man ser också att fler brukare har ett större vårdbehov. Med TESIA vision för framtiden är att kompetensen behöver ökas för att klara behovet för brukare som allt oftare väljer att bo i sin ordinarie bostad trots högre vårdbehov. Man undersöker möjligheten till kompetenshöjning som passar in i verksamheten och möjliggör så få avbrott i personalgrupperna som möjligt.

#### **3.7.6 Sammanfattande analys och kommentar om TESIA**

Verksamhetsuppföljaren gör följande sammanfattande analys och kommentar om kvalitetsarbetet inom TESIA.

TESIA beskriver kortfattad och koncist sitt kvalitetsarbete med fokus på aktiviteter och resultat. Kvalitetsarbetet förefaller välorganiserat med uttalade ansvarsområden. TESIA redovisar de egenkontroller som gjorts den efterföljande analysen. Detta resulterar sedan i utvecklingsområden. Detta sätt att arbeta följer den systematik som beskrivs i SOSFS 2011:9. I officiella mätningar har TESIA en brukarnöjdhet på 84% och en nöjdhet med bemötande på 97 %.

Det finns inte någon Lex Sarah rapport skriven under året och inte heller någon avvikelse annat än läkemedel. Att ha regelbundna genomgångar med medarbetarna kring vad en Lex Sarah är och vad en avvikelse SoL är, och när man ska rapportera detta och varför, är ett utvecklingsområde



## 4 Resultat av övriga källor

### 4.1 Avvikelse under 2021

Att följa upp och analysera avvikelser är en grundläggande del av den egenkontroll som ska göras inom ramen för det systematiska kvalitetsarbetet.

Det är svårt att bedöma om antalet avvikelser är signifikant för en socialtjänst av Uddevallas storlek då det inte finns tillgänglig statistik från andra kommuner.

En fördjupad analys av avvikelser har gjorts under 2021. Av analysen framkommer att antalet rapporterade avvikelser under perioden 2021-01-01 till 2021-12-30 är 358 st.

Vid en djupanalys av ex. läkemedelsavvikelse under hösten 2021 framkom att 68% utgjordes av avvikelsen ”Utebliven dos”, dvs att brukaren inte fått sina läkemedel. Vissa av dessa ”Utebliven dos” skulle kunna leda till allvarlig skada.

Avvikelsestatistik presenteras månadsvis av verksamhetsuppföljare för att på så sätt stödja avdelningarnas arbete med hantering av avvikelser.

Det viktiga är dock inte primärt antalet avvikelser, då det är ett viktigt kvalitetsinstrument att avvikelser upptäcks och rapporteras. Det viktiga är att avvikelser utreds och att åtgärder vidtas för att förhindra upprepning. Avvikelse är, som nämnts tidigare, en grundläggande del av egenkontrollen, och kan efter utredning snabbt leda till att förbättringsåtgärder sätts in.

#### Utvecklingsmöjligheter för hela socialtjänsten baserat på analys av avvikelser.

- Rapportera avvikelser när de uppstår
- Utred och analysera
- Åtgärda omgående

### 4.2 Lex Sarah

En fördjupad analys av Lex Sarah har gjorts under 2021. Av analysen framkommer att 2021 inkom 72 rapporter om Lex Sarah vilket är jämförbart med 2020 då 71 Lex Sarah rapporterades.

2018	2019	2020	2021
63	81	71	72

*(Om detta är många avvikelser jämförelsevis är mycket svårt att bedöma då denna typ av statistik från motsvarande kommuner inte är tillgänglig).*

Alla inkomna rapporter utreddes enligt rutin och 4 ansågs vara så allvarliga att anmälan till IVO gjordes.

Nästan hälften av alla rapporter handlade om **brister i omsorg/tillsyn** av den enskilde, även brister i bemötande stod högt i statistiken.

Anmärkningsvärt för året var alla rapporter som handlat om **stöld** hos den enskilde och då främst pengar/kontanter.

Under andra hälften av 2021 lades stort fokus på arbetet och rutinerna kring Lex Sarah då utredare presenterade för förvaltningsledningen om de brister som man sett under en längre tid;

- att man inte följde befintlig rutin
- hur utredning skall hanteras
- samt åtgärder

Mot bakgrund av ovanstående beslutade förvaltningsledningen därför att ge administrativa avdelningen i uppdrag att se över ett utbildningspaket kring

- Avvikelsehanteringen
- Återkommande påfyllnad/repetition
- Processen och systemet.

I detta följde en informationsrunda där utredare besökte sektionerna för en övergripande genomgång kring Lex Sarah och utredningsförfarandet. 4 sektioner hanns med innan årets slut och 2 sektioner planeras i slutet av januari 2022. Dessa informationstillfällen var mycket uppskattade och visar på behovet av utbildning och information.

Lex Sarah är en mycket viktig del av egenkontrollen. Att en situation som föranleder att en Lex Sarah uppkommer är allvarligt och ska följas av omedelbara åtgärder för att undvika att liknande situationer uppkommer igen. Att ansvariga chefer vidtar åtgärder och sedan följer upp resultatet är mycket viktigt.

### 4.3 KKIK (Kommunens kvalitet i korthet)

Den 20 januari 2022 presenterades 2021 resultat i den undersökning som Sveriges kommuner och regioner (SKR) genomför årligen. KKIK ger en samlad bild över hela kommunens kvalitetsstatus.

En del av rapporten behandlar ”Stöd och Omsorg” som innehåller ett stort antal indikatorer inom socialtjänstens område. Det är brukarbedömningar av olika slag men också kostnadsmått, väntetider, bemanning, mm. KKIK har valt att i mycket liten omfattning indexera indikatorer till samlingsmått då det förfaringssättet blir allt för allmänt hållet. Styrkan med KKIK är att man kan gå in i samtliga indikatorer och göra egna analyser vilket rekommenderas.

Tabellen nedan ger exempel på resultat för ”Stöd och Omsorg” i Uddevalla kommun.

Indikator	2018	2019	2020	2021
Brukarbedömning individ- och familjeomsorg totalt - förbättrad situation, andel (%)	Deltar inte i undersökning			
Ej återaktualiserade vuxna personer med försörjningsstöd ett år efter avslutat försörjningsstöd, andel (%)	85	86	90	85
Väntetid i antal dagar från ansökan vid nybesök till beslut inom försörjningsstöd, medelvärde	12	12	15	16
Väntetid i antal dagar från beslut till första erbjudna inflyttningsdatum avseende boende enl. LSS § 9.9, medelvärde	32	241		47
Brukarbedömning boende LSS totalt - Brukaren trivs alltid hemma	50		83	
Brukarbedömning daglig verksamhet LSS - Brukaren får bestämma om saker som är viktiga, andel (%)		56		
Väntetid i antal dagar från ansökningsdatum till första erbjudet inflyttningsdatum till särskilt boende, medelvärde	42	42	55	24
Personalkontinuitet, antal personal som en hemtjänsttagare möter under 14 dagar, medelvärde	16		16	16
Kvalitetsaspekter särskilt boende äldreomsorg, andel (%) av maxpoäng		32	48	28
Brukarbedömning särskilt boende äldreomsorg - helhetssyn, andel (%)	81	85	79	
Brukarbedömning hemtjänst äldreomsorg - helhetssyn, andel (%)	91	91	89	

## 5 Sammanfattning

Att ge ett kort svar på frågan om socialtjänsten i Uddevalla har bra kvalitet är inte helt enkelt. Som så mycket annat är svaret ”det beror på”. Det beror på vad man menar med bra kvalitet och det beror på om resultaten i de mätningar som gjort är tillfredställande. Vad som är bra kvalitet för brukarna varierar säkert på lika många sätt som det finns brukare, vem och när man frågar osv. Sammantaget ger ändå de mätningar som görs om brukarnas upplevelse av kvalitet en indikation på hur socialtjänsten i Uddevalla just ”levererar” kvalitet.

Det är viktigt att poängtera att det ger indikationer åt vilket ”håll det lutar” eller på vilken procentuell nivå resultatet ligger. Om inte brukarnöjdhet mäts alls, då saknas även indikatorer på vilka nivåer som uppnås.

Socialtjänsten har 79% nöjda brukare i SÄBO äldreomsorg och 89% nöjda brukare i hemtjänst äldreomsorg. Är det ett bra resultat? Det beror på vilka mål som finns för verksamheten. Finns det inga mål beslutade, är resultaten bara en siffra som visserligen kan jämföras med andra kommuner, men som inte säger något om det är nivåer som socialtjänsten är nöjda med. Vilken nivå är OK? Ska den öka?

Det pågår mycket aktiviteter, både i egenregion och i externa företag, med inriktning på kvalitetsutveckling. Mycket är dock ”vanlig” verksamhetsutveckling som mer indirekt verkar kvalitetshöjande för brukaren. Att vaska fram mer direkta åtgärder för ökad kvalitet för brukaren är ett utvecklingsområde.

**Det finns en stark vilja inom socialtjänsten att verka för brukarens bästa och att ge bästa möjliga kvalitet. Det lovar gott för framtiden!**

## 6 Bilaga 1

Definitioner, förkortningar mm.

## **Öppna Jämförelser (ÖJ)**

Socialstyrelsens Öppna jämförelser gör det möjligt att jämföra vissa kvalitetsaspekter i socialtjänsten och hälso- och sjukvården i Sverige med hjälp av indikatorer. Resultaten av jämförelserna kan användas för att följa upp, analysera och utveckla socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens verksamheter på olika nivåer. Öppna jämförelser finns inom områdena socialtjänst och hälso- och sjukvård.

De riktar sig främst till tjänstemän och beslutsfattare i kommuner och regioner samt till politiker på olika nivåer.

## **KKiK (Kommunens kvalitet i korthet)**

Kommunens kvalitet i korthet redovisar och jämför resultat inom områden som är av stort intresse för invånarna. Det är i huvudsak den politiska ledningens underlag och verktyg för att styra och bidra till en demokratisk dialog med medborgarna.

Resultaten har ambitionen att i ett övergripande perspektiv beskriva kommunens kvalitet och effektivitet i jämförelse med andra kommuner. KKiK ger inte svaret på allt, men det ger en bra lägesbild av kommunen som, inte minst för ledande förtroendevalda, kan utgöra grund för den egna styrningen av kommunen, och i dialog med medborgarna samt för utveckling

## **Senior alert**

Senior alert är ett av Sveriges mest använda nationellt kvalitetsregister och ett verktyg för att stödja vårdprevention; prevention för äldre personer som riskerar att falla, få trycksår, minska i vikt, utveckla ohälsa i munnen och/eller har problem med blåsdysfunktion.

## **BPSD**

BPSD-registret är ett nationellt kvalitetsregister. Syfte och mål med BPSD-registret är att genom multiprofessionella vårdåtgärder minska beteendemässiga och psykiska symtom (BPSD) och därigenom minska lidandet och öka livskvaliteten för personen med demenssjukdom.

## **Svenska palliativregistret**

Svenska palliativregistret är ett nationellt kvalitetsregister. Syftet är att förbättra vården i livets slut för patienten och deras närstående.

## **Life care**

Lifecare är ett verksamhetssystem som bland annat hanterar avvikelser och Lex Sarah.



**Handläggare**

Tillståndshandläggare Björn Hernius

Telefon 0522-69 68 38

bjorn.hernius@uddevalla.se

## **Ansökan från Jennys Mat & Energi AB om stadigvarande serveringstillstånd till allmänheten enligt alkohollagen**

### **Sammanfattning**

Jennys Mat & Energi AB ansöker om tillstånd för servering av alkoholdrycker vid Uddevalla golfbistro. Ansökan avser stadigvarande serveringstillstånd till allmänheten och cateringstillstånd och omfattar spritdrycker, vin, starköl, andra jästa alkoholdrycker samt alkoholdrycksliknande preparat mellan kl.11:00 – 01:00 i restaurangen och mellan kl.11:00 – 01:00 på uteserveringen.

### **Beslutsunderlag**

Socialtjänstens tjänsteskrivelse 2022-02-04.

Socialtjänstens utredning 2022-02-04.

Ansökan 2022-01-04.

### **Förslag till beslut**

Socialnämnden beslutar

**att** bevilja Jennys Mat & Energi AB serveringstillstånd jämlikt 8 kap. 2 § alkohollagen vid Uddevalla golfbistro, enligt ansökan, avseende stadigvarande serveringstillstånd till allmänheten och omfattar spritdrycker, vin, starköl, andra jästa alkoholdrycker samt alkoholdrycksliknande preparat mellan kl.11:00 – 01:00 i restaurangen och mellan kl.11:00 – 01:00 på uteserveringen, alla dagar året runt samt

**att** serveringstillståndet även omfattar catering.

Roger Granat  
Socialchef

Björn Hernius  
Tillståndshandläggare

Skickas till  
Tillståndshandläggaren

## Sammanställning av synpunkter för januari 2022

Ärenden/ man/kvinna	Synpunkter på	Verksamhetsområde	Verksamhet	Avdelningschef	Inkom/ Avslutad	Antal 2022
2022/20 kvinna	<b>Klagomål</b> via IVO gällande personlig assistans	Avd social omsorg	Sektionen personlig assistans	Marion Vaern	2022-01-21/ 2022-01-21	1.
2022MC3297 man	<b>Klagomål</b> gällande informations material	Avd social omsorg	Sektionen förebyggande och trygghet	Marion Vaern	2022-01-13/	2.



2022-02-07

Dnr SN 2022/00004

**Handläggare**

Nämndsekreterare Barbro Isaksson

**Telefon** 0522-69 70 22

barbro.isaksson@uddevalla.se

## **Anmälan av beslut fattade enligt socialnämndens delegeringsordning 2022**

### **Sammanfattning**

Följande beslut fattade med stöd av socialnämndens delegationsordning anmäls:

Förteckning av beslut fattade av förste socialsekreterare 2022-02-07.

Förteckning av beslut fattade av enhetschef individ- och familjeomsorgen 2022-02-07.

Förteckning av beslut fattade av ordförande 2022-02-07.

Förteckning av beslut fattade av tillståndsenheten 2022-02-07.

Arbetsutskottets protokoll januari 2022.

### **Beslutsunderlag**

Socialtjänstens tjänsteskrivelse 2022-02-08.

### **Förslag till beslut**

Socialnämnden beslutar

**att** lägga anmälan av delegationsbeslut till handlingarna.

Roger Granat  
Socialchef

Barbro Isaksson  
Nämndsekreterare

Skickas till  
Ärendet



**Handläggare**

Administratör Anna-Lena Lundin

**e-post**

anna-lena.lundin@uddevalla.se

## **Anmälan om inkomna skrivelser m.m. 2022**

### **Sammanfattning**

Följande inkomna skrivelser anmäls:

- JO beslut 2022-01-14 gällande sektionen barn-och unga (SN 2021 178)
- KF beslut 2022-01-12 § 6, Alkolås i kommunens fordon (SN 2020 122)
- KS protokoll 2022-01-26 § 27, Förutsättningar för budgetdialogen 2022 inför flerårsplan 2023-2025 med budget 2023 (SN 280305 dok)
- KS protokoll 2022-01-26 § 27, Revidering av firmateknare i Uddevalla kommun (SN 280303 dok)
- KS protokoll 2022-01-26 § 27, Revidering av flaggbestämmelser för Uddevalla kommun (SN 280302 dok)
- KS protokoll 2022-01-26 § 27, Uppföljning av kommunstyrelsens interkontrollplan 2021 - om distansarbete (SN 280304 dok)
- Verksamhetsberättelse 2021 - Athenagården (SN 2022 22)
- Verksamhetsberättelse 2021 - Barnhus Fyrbodol, filial Uddevalla (SN 2022 22)
- Verksamhetsberättelse 2021 - Edingen stödboende (SN 2022 22)
- Verksamhetsberättelse 2021 - Familjförskolan (SN 2022 22)
- Verksamhetsberättelse 2021 - Familjerådgivningen (SN 2022 22)
- Verksamhetsberättelse 2021 - Fältenheten (SN 2022 22)
- Verksamhetsberättelse 2021 - Föräldraresursen (SN 2022 22)
- Verksamhetsberättelse 2021 - Kompassen (SN 2022 22)
- Verksamhetsberättelse 2021 - Kriscentrum (SN 2022 22)
- Verksamhetsberättelse 2021 - Kunskap i Rörelse (KIR) (SN 2022 22)
- Verksamhetsberättelse 2021 - Nätverkslaget (SN 2022 22)
- Verksamhetsberättelse 2021 - Tillståndsenheten (SN 2022 22)
- Verksamhetsberättelse 2021 - TSI-teamet Magnetten (SN 2022 22)
- Verksamhetsberättelse 2021 - Vingen (SN 2022 22)
- Verksamhetsberättelse 2021 - Öppna förskolan Dalaberg (SN 2022 22)
- Verksamhetsberättelse 2021 - Öppna förskolan Kungstorget (SN 2022 22)
- Verksamhetsrapport 2021 - Frivilligcentrum (IOP) (SN 2020 262)
- VGR beslut 2021-11-30 § 243 angående sjukresor och färdtjänstillstånd (SN 280596 dok)

### **Beslutsunderlag**

Socialtjänstens tjänsteskrivelse 2022-02-07





2022-02-06

**Dnr** SN 2022/00003

**Förslag till beslut**

Socialnämnden beslutar

**att** lägga anmälan om inkomna skrivelser till protokollet.

## Socialnämndens ärendebalanslista februari 2022

<u>Initierats</u>	<u>Fråga</u>	<u>Kommentar</u>
2020-12-15 § 190	Stefan Skoglund (S) och Christina Nilsson (KD) efterfrågar berättelser från brukare samt digitala studiebesök i socialtjänstens verksamheter.	Under våren 2021
2022-01-19 § 14	Ewa Tillander (C) efterfrågar information om hur kommunen arbetar med självmordsprevention inom ramen för barn och ungas psykiska hälsa	
2022-01-19 § 14	Ann-Charlott Gustafsson (UP) önskar information om familjehem så som skapande av fler familjehem i egen regi, utbildning för familjehem, "tyngden" på ärendena etc.	Februari 2022