



Kvalitetsberättelse

Vård- och omsorgsförvaltningen 2017

Datum och ansvarig för innehållet
2018-02-13
Johan Lindström, förvaltningschef
Sara Josefsson, kvalitetschef



Innehållsförteckning

Innehållsförteckning	2
Kvalitetsberättelse	3
Inledning	3
Innehåll och upplägg	3
Organisatoriskt ansvar för kvalitetsarbetet	3
Kvalitetsmål och strategier för 2017	4
Lagstiftning, riktlinjer och styrande dokument	5
Urval av årets viktigaste kvalitethändelser och resultat	5
Ledningssystem	6
Processkartläggning	6
Processutveckling.....	7
Riktlinjer och rutiner	8
Systematiskt förbättringsarbete och hantering av resultat/analys	8
Ledningens genomgång	9
Måluppfyllelse	9
Organisationens värden	10
Värdegrund och bemötande	10
Brukarinvolvering/delaktighet	11
Samverkan	12
Länsgemensam styrgrupp för närvård samt arbetsgrupper	13
Arbetsgrupp norra äldre (ANÄ)	14
Arbetsgrupp norra funktionshinderområdet (ANF)	14
Arbetsgrupp norra psykiatri (ANP).....	15
VOF och andra förvaltningar/organisationer	15
Riskförebyggande arbete, Riskanalyser och Riskbedömningar	16
Uppföljning/kontroll/utvärdering	17
Verksamhetsuppföljningar	17
Internkontroller.....	18
Egenkontroller.....	18
Brukarenkäter	19
Statistik och resultat till/från myndigheter	19
Tillsynsmyndigheter	20
Klagomål och synpunkter, avvikelser och lex Sarah	20
Klagomål och synpunktshantering	20
Generella avvikelser	20
Brukarrelaterade avvikelser och lex Sarah.....	21
Social dokumentation	22
Jämställdhet och jämlikhet	23
Välfärdsteknik/digitalisering/eHälsa	24
Informationssäkerhet	24
Miljö	24

Kvalitetsberättelse

Inledning

Den som bedriver socialtjänst (SoL) eller verksamhet enligt Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) bör varje år upprätta en sammanhållen kvalitetsberättelse enligt Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete SOSFS 2011:9 kap 7 § 1. Innehållet i kvalitetsberättelsen ska ge svar på hur det systematiska och fortlöpande kvalitetsarbetet bedrivits under året, vilka åtgärder som vidtagits samt vilka resultat som uppnåtts.

Innehåll och upplägg

Kvalitetsberättelsen beskriver förvaltningens kvalitetsarbete under förgående kalenderår. I berättelsen framgår det vad förvaltningen har vidtagit för åtgärder för att säkra en god kvalitet samt för att minimera risker och negativa händelser. Förutom några ”neddyk” med redovisning av kvalitetsarbetet i specifika verksamhetsområden så redovisas kvalitetsarbetet på en förvaltningsövergripande nivå.

Vård och omsorgsförvaltningen har ett processorienterat ledningssystem som säkrar ett systematiskt kvalitetsarbete.

Organisatoriskt ansvar för kvalitetsarbetet

Förvaltningschef är ytterst ansvariga tjänsteman och har det övergripande ansvaret för

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

Områdeschef/biståndschef har ett helhetsansvar för sitt specifika verksamhetsområde. Ansvaret innebär

- att genomföra riskanalyser inför större förändringar i verksamheten så som organisatoriska förändringar, byte av/förändrade behandlingsmetoder, medicinteknisk utrustning m.m.
- att ansvara för att mål formuleras för verksamheten och att dessa nås
- att svara för uppföljning och analys av verksamheten så att åtgärder kan vidtas för att förbättra vården
- att det finns den personal och utrustning som krävs
- att personalen inom verksamheten har kännedom om gällande författningar, riktlinjer, rutiner och att dessa följs
- att medarbetarna får adekvat introduktion och fortsatt kompetensutveckling

Enhetschef ansvarar för

- att rutiner och riktlinjer är kända på enheterna
- att ny personal har den kompetens som behövs med hänsyn till de krav som ställs på verksamheten
- att de får den introduktion som krävs för att utföra uppdragen

Omvårdnads- legitimerad personal/handläggare ansvarar för

- att aktivt medverka i och bidra till utveckling av det systematiska kvalitetsarbetet
- att följa riktlinjer och rutiner som styr verksamheten
- att skriva social dokumentation för att säkra god omsorg

De har dessutom skyldighet att rapportera varje avvikelse/lex Sarah händelse som upptäcks i verksamheten i syfte att säkra/förbättra kvaliteten.

Kvalitetsmål och strategier för 2017

Syfte: De långsiktiga strategierna och kvalitetsmålen stödjer verksamheten i att ständigt förbättra kvalitén på den vård- och omsorg som tillhandahålls brukarna. Gemensamt för samtliga verksamhetsområden har under året varit att ansvara för att brukarna får en vård och omsorg av god kvalitet samt att upprätthålla och utveckla kvalitet inom ramen för det kvalitetssystem som finns i verksamheten.

Resultat 2017: Vård- och omsorgsnämnden har flera strategier, såsom strategi för evidensbaserad praktik och strategiska utvecklingsplaner för äldreomsorgen samt för funktionsnedsättningsområdet, som visar hur verksamheten ska utvecklas långsiktigt. I dessa strategier finns kvalitetsmål som stödjer och driver utvecklingen. Dessa mål och övriga beslutade kvalitetsmål finns med i nämndens verksamhetsplan och följs upp kontinuerligt under året.

Exempel på 2017 års kvalitetsmål:

- 86 % av brukarna inom äldreomsorgen ska vara nöjda med myndighetsutövningen
- 86 % av brukarna inom äldreomsorgen ska vara nöjda med pågående och genomförda insatser
- 86 % av brukarna ska vara nöjda med handlagda, pågående och genomförda insatser inom LSS, Socialpsykiatri samt Arbete och aktivitet
- Alla processer ska ha pekat ut ett område med utmaningar, där förbättringsförslag och Modiga idéer önskas. Samtliga chefer ska ha genomgått utbildning i Modiga idéer samt genomfört minst en förändring på sin arbetsplats för att främja ett innovativt klimat
- Att under 2017 ska andelen förverkligade idéer/förbättringsförslag uppgå till 7 %
- Att under 2017 ska 88 % av alla e-postmeddelanden som kommer från invånare, brukare och kunder till någon i förvaltningen bli besvarade inom två dagar.
- Att under 2017 ska minst 50 % av alla enheter på förvaltningen ha börjat arbeta enligt handlingsplan för varumärke

- Att under 2017 ska varje verksamhetsområde ha slutfört minst två av punkterna i handlingsplan för varumärke

Analys: Det är viktigt att strategier och mål även fortsättningsvis hanteras i verksamhetsplaner och verksamhetsuppföljningar då detta säkrar målstyrningen. Det är av vikt att arbetet med strategin för funktionsnedsättningsområdet färdigställs samt att implementeringen av den ges prioritet. Det är också viktigt att strategierna hålls aktuella och revideringar av dem sker fortlöpande utifrån behov.

Lagstiftning, riktlinjer och styrande dokument

Efterlevanden av gällande lagstiftning säkras genom förvaltningens processororienterade ledningssystem.

Urval av årets viktigaste kvalitethändelser och resultat

- Under året har samtliga verksamhetsområden påbörjat ett arbete för att öka kvaliteten i mötet med brukare och anhöriga samt minska varumärkesglappet mellan brukarnöjdheten och allmänhetens förtroende för våra verksamheter.
- Eskilstuna kommun tilldelades Svenska Jämställdhetspriset och vård- och omsorgsförvaltningens dagliga verksamhet ”Vi Andas Samma Luft” omnämns i juryns motivering. Priset delades ut under Sveriges största jämställdhetskonferens Forum Jämställdhet i Örebro den 1 februari 2017. Eskilstuna kommun fick priset för ett mångårigt, målmedvetet och brett arbete för jämställdhet.
- Socialpsykiatri i Eskilstuna kommuns vård- och omsorgsförvaltning har som första svenska kommunala verksamhet fått EQUASS Assurance Certifikaten, en europeisk kvalitetscertifiering för ledningssystem och kvalitet specifikt för socialt arbete. I ett första steg är det verksamheterna på Kriebsengatan och Ekebyvägen som har granskats av en revisor och kvalitetscertifierats.
- Det har under året gjorts en total genomlysning över arbetssättet inom hemtjänsten med mål om att ta fram ett förändrat arbetssätt som leder till ökad kontinuitet med förbättrad brukarnöjdhet och trygghet samt frisk personal som trivs på jobbet. Schemaläggning, planering av verksamheten och en gemensam målbild är nyckelfaktorer i det förändrade arbetssättet som sammanställts.
- I förvaltningen har det under året arbetats med metod- och verksamhetssystemutveckling inom biståndskontoret. En ny form av Vivamöten är implementerad med berörda funktioner. Enheten har även startat upp och utvecklar det systematiska stödet för handläggningsmetod (med hänsyn till bl.a. ICF/IBIC och processkartan) för att uppnå samsyn, en högre kvalitet och rättsäkerhet i handläggningen. En plan för den fortsatta utvecklingen av det totala handläggningsstödet har tagits fram.
- Under året har processkartan för LSS-barnhandläggningen färdigställts i förvaltningen. Genomgång av handläggningsprocessen har genomförts av biståndskontoret tillsammans med barnhandläggare. Under kartläggningen identifierades förbättringsförslag och processen reviderades. Processkartan är i dagsläget aktuell. Arbetet med genomgång av befintliga styrdokument har färdigställts och revidering av dessa samt nya styrdokument pågår löpande.

Ledningssystem

En GAP-analys, för att se hur väl Vård- och omsorgsförvaltningen uppfyller kraven för ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete enligt SOSFS 2011:9, ISO 9001 och SS 872500, har genomförts. Den fungerar som underlag vid utformningen av Vård- och omsorgsförvaltningens ledningsprocess.

Det som sammantaget kommer att arbetas vidare med är:

- Ledningens genomgång- kvalitetsberättelse, patientberättelse och årsredovisning
- Analysmetoder - Ledningens genomgång, analysvecka, analys före och efter förändringar
- Informationsstruktur - spridning, uppföljning, transparens/insyn
- Beslutsstruktur - mandat/befogenheter, var olika beslut fattas
- Komptens- och erfarenhetsöverföring-mellan olika verksamhetsområden, mellan olika funktioner

Syfte: Föreskriften om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete SOSFS 2011:9 beskriver syftet med ett ledningssystem: ”att verksamheten systematiskt och fortlöpande ska kunna utveckla och säkra kvaliteten utifrån de krav och mål som gäller enligt lagar och förordningar. Detta uppnås genom att ledningssystemet stöder arbetet med att planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten”. Vård- och omsorgsförvaltningen har valt att utforma ett integrerat ledningssystem. Det innebär att förvaltningen utöver att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten enligt SOSFS 2011:9 också har andra syften som t.ex. att uppnå en god arbetsmiljö, god miljöprestanda och en god livsmedelshantering.

Resultat 2017: Vård- och omsorgsförvaltningen har ett processororienterat ledningssystem. Ledningssystemet förbättrat ständigt och under året har ledningsprocesserna varit i fokus. Ledningsprocesser är processer som används för att styra, utveckla och samordna verksamhets- och stödprocesser. Ett skelett för Vård- och omsorgsförvaltningens ledningsprocess har utformats. Arbetet pågår och inriktningen är att tänka mer övergripande i utformningen av ledningsprocessen för att inte tvingas till omarbetning när ledningsprocessen på kommunövergripande nivå formas. Tanken är att skapa ett mera ”detaljerat” ramverk” till ledningsprocessen som stöd till olika funktioner.

Arbete med att uppnå det 4-åriga processmålet ”2019 arbetar alla medarbetare på en miljöcertifierad arbetsplats” pågår. Detta arbete ska implementeras i förvaltningens ledningssystem. Delmålen för 2017 har uppnåtts. Fortsatt arbete enligt plan.

Processkartläggning

Syfte: Verksamheter inom SoL/LSS ska enligt SOSFS 2011:9 4 kap 2-4 § identifiera, beskriva och fastställa de processer i verksamheten som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet. En process är en serie aktiviteter som främjar ett bestämt ändamål eller ett avsett resultat. I varje process ska det tydligt framgå vilka aktiviteter som ingår och aktiviteternas inbördes ordning. Syftet är att nå resultat, utveckla och säkra kvalitet i det arbete som berör många och/eller är återkommande. Eskilstuna

kommunkoncern strukturerar sitt arbete i processer. 2c8 är Eskilstuna kommuns ritverktyg för att kartlägga processer i en interaktiv form.

Resultat 2017: Vård och omsorgsförvaltningen har kartlagt sina huvudprocesser och ett arbete pågår nu att kartlägga stödprocesser och ledningsprocessen. Se rubrik ”Ledningssystem” för mer information

Den generella modellen samt processmodellen ”Redovisa kostnader och intäkter” för processen ”Tillgodose behovet av ekonomi och redovisning” är framtagen och publicerad på internportalen.

Nulägesbeskrivning i form av den generella modellen samt processmodellerna för ”Genomföra omställningsuppdrag”, ”Genomföra lönesättning” samt ”Genomföra löneöversyn” avseende processen Bedriva HR-uppdrag är kartlagda. Även processen för att ”Handlägga avgifter” har kartlagts. Rit/kartläggningsstöd avseende att bedriva verksamhetsförlagd utbildning har lämnats.

Analys: Otydlighet i förändring av beställning avseende kartläggning av processen ”Redovisa kostnader och intäkter” påverkade möjligheterna att planera för andra uppgifter.

I processen ”Bedriva HR-uppdrag” har man slagit samman två stödprocesser ”Tillgodose behovet av bemanning” och ”Tillgodose behovet av kompetensförsörjning”. Frågan är om det är bättre att följa den ursprungliga uppdelningen med tanke på framtida kartläggning på kommuncentral nivå.

Förbättringsförslag: Tydligare uppdrag vid beställning av processkartläggningar.

Ta reda på hur diskussionen runt HR:s processer ser ut på kommuncentral nivå.

Skelettet för processen ”Tillgodose behovet av säkerhet och krisberedskap” var utformat 161019. Fortsatt arbete för färdigställande och publicering av processen bör prioriteras så snart tjänsten som säkerhetssamordnare är tillsatt.

Processutveckling

Syfte: Enligt SOSFS 2011:9, 5 kap, 8§ ”Förbättring av processerna och rutinerna” ska processerna och rutinerna förbättras om resultaten av de aktiviteter som anges i 1-6§§ visar att de inte är ändamålsenliga för att säkra verksamhetens kvalitet.

Processförvaltargruppen i Vård- och omsorgsförvaltningen förmedlar, diskuterar och bearbetar behov av gemensamma dokument eller gemensamt arbete för utveckling av processerna. Processförvaltargruppen utser arbetsgrupper/bearbetar arbetsuppgifter som kommer från Processledningsgrupp Äldre (PLG Ä) respektive Processledningsgrupp Funktionshinder (PLG F).

Resultat 2017:

Systematisk genomgång av processkartor och processdokument, under tre workshops per termin, med avsikt att utveckla och förbättra dessa. Översyn av processkartor och förbättring av gränssnittsfrågor. Processförvaltarna har arbetat med att få bort dubletter och att slå samman likartade dokument, även konstaterat om dokument behövde uppdateras, omarbetas, tas bort eller skapas. Alla dokument bortsett från de inom Processen för säkerhet samt kommunal hälso- och sjukvård har

blivit genomlysta i arbetsgrupper. För att underlätta för medarbetare som vandrar mellan olika verksamhetsprocesser har det utarbetats förvaltningsgemensam utformning av dokumentmappars ordningsföljd i bannern, mappar/mappnamn och beskrivningstext avseende mapparnas innehåll.

Processförvaltare har med visst stöd av Processtöd omarbetat och förbättrat processkartorna: Bedriva kommunal Hälso- och sjukvård, Bedriva boende med särskilt stöd och service – psykiska funktionsnedsättningar samt Bedriva boende med särskild service enligt LSS.

Riktlinjer och rutiner

Syfte: Verksamheter inom SoL/LSS ska enligt SOSFS 2011:9 4 kap 4§ ha utarbetat och fastställt rutiner för de aktiviteter som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet.

Resultat 2017:

Processförvaltargruppen i Vård- och omsorgsförvaltningen förmedlar, diskuterar och bearbetar behov av gemensamma dokument. Vissa uppdrag kommer från Processledningsgrupp Äldre (PLG Ä) respektive Processledningsgrupp Funktionshinder (PLG F). Riktlinjer och rutiner godkänns i processledningsgrupperna. Processförvaltarna ansvarar för att skapa och revidera processdokument länkade till processkartor på Internportalen. Bortsett från de revideringar som skett i samband med processutvecklingsarbetet har bland annat följande dokument tillkommit: Rutin för transporter med brukare inom Vård- och omsorgsförvaltningen, Samverkan med anhörigcentrum och Rätten att tala sitt modersmål, att kommunicera (inskrivna i uppdragsbeskrivningarna).

Systematiskt förbättringsarbete och hantering av resultat/analys

Syfte: Det systematiska förbättringsarbetet ligger till grund för förbättringar av både verksamheten och ledningssystemets processer och rutiner. Grunden i det systematiska förbättringsarbetet utgörs av analys av resultatet från genomförda riskanalyser, kontroll och uppföljningar samt utredning av avvikelser.

Syftet med riskanalys, kontroll och uppföljning samt hantering av avvikelser är att säkra verksamhetens kvalitet. Om resultaten från genomförda analyser visar att processer och rutiner inte ger bra kvalitet behöver de förbättras. Det är därför viktigt att säkra att det avsätts tid för grundliga analyser av verksamhetens resultat. Genom detta säkras att styrningen riktas mot de mål som kan ge effektiva förbättringar.

Resultat 2017: Analys av resultat och förbättringsåtgärder har skett kontinuerligt under året. Det har saknats en systematisk hantering och analys av resultaten. Genom upprättandet av denna kvalitetsberättelse som komplement till patientsäkerhetsberättelsen skapas grunden för att genomföra en övergripande resultatanalys via en analysvecka. Syftet är att skaffa en helhetsbild av hur verksamheten fungerar samt att ge ett underlag för att prioritera förbättringsområden och att styra verksamheten.

Analys: Kvalitetsberättelse som komplement till patientsäkerhetsberättelsen skapar grunden för att genomföra en övergripande resultatanalys av hur verksamheten fungerar inom förvaltningen. Det finns behov att förbättra förvaltningens analyser av resultat.

Förbättringsförslag: En analysvecka genomförs v. 9 2018 i syfte att testa ett verktyg som stödjer det systematiska förbättringsarbetet. Under analysveckan skapas en helhetsbild av hur förvaltningens verksamhet fungerar och det skapas ett underlag till ledningens genomgång. Vid ledningens genomgång prioriteras och beslutas förbättringsåtgärder.

Ledningens genomgång

Syfte: Syftet med ledningens genomgång är att göra en analys av förvaltningens måluppfyllelse och resultat, vilket kan leda fram till nya strategier och prioriteringar i verksamheterna samt att bedöma om ledningssystemet är lämpligt, tillräckligt och verkningsfullt, vilket kan leda till förbättring och ändringar i systemet

Resultat 2017: Ledningens genomgång har inte genomförts på övergripande nivå inom förvaltningen.

Analys: Det finns behov av att genomföra ledningens genomgång inom förvaltningen i syfte att säkra att förvaltningens ledningssystem är lämpligt, tillräckligt och ger efterfrågad effekt. Analysveckan som genomförs vecka 9 kommer att ge ett bra underlag till ledningens genomgång gällande måluppfyllelse och resultat. Vid ledningens genomgång prioriteras och beslutas förvaltningsövergripande förbättringsåtgärder.

Förbättringsförslag: Ledningens genomgång genomförs inom förvaltningsledningen under mars 2018.

Måluppfyllelse

Måluppfyllelse utav några av kvalitetsmålen som finns med i nämndens verksamhetsplan

Resultat 2017:

- *86 % av brukarna inom äldreomsorgen ska vara nöjda med myndighetsutövningen;* Resultatet gällande myndighetsutövningen för 2017 var 78.33% vilket är en ökning jämfört med resultatet för 2016 som var 70 %. Biståndskontoret har arbetat aktivt under året för att öka brukarnöjdheten utifrån föregående års brukarresultat. Arbetet för att ta fram ett nytt mätverktyg för att mäta brukarnöjdheten pågår i dagsläget inom biståndskontoret men inget resultat finns ännu att redovisa för 2017. Resultatet för 2017 är därför framtaget utifrån det gamla mätverktyget.
- *86 % av brukarna inom äldreomsorgen ska vara nöjda med pågående och genomförda insatser;* Den sammanlagda brukarnöjdheten för äldreomsorgen uppmättes till 84 % för 2017. Resultatet från brukarenkäten för 2017 visar att vård- och omsorgsboendena redovisade en brukarnöjdhet på 80 (riket 82 %) vilket är en sänkning med föregående års resultat som var 81 % (riket 83 %). Resultatet för ordinärt boende var 88 % (riket 89 %) vilket är en höjning med 2 % jämfört med 2016 då resultatet var 86 % (riket

89 %). Verksamheterna har arbetat aktivt med olika åtgärder och aktiviteter under året för att öka brukarnöjdheten utifrån föregående års brukarresultat.

- *86 % av brukarna ska vara nöjda med handlagda, pågående och genomförda insatser inom LSS och Socialpsykiatri, Arbete och aktivitet;*

Verksamheterna har nått över målet för brukarnöjdhet på 86 % för 2017. Den sammanlagda brukarnöjdheten för verksamheterna uppmättes till 89 % för 2017. Inom Särskilt boende enligt LSS uppmättes resultatet i oktober 2017 till 89,5 %, inom Personlig assistans till 91 % och inom Socialpsykiatri/arbete och aktivitet till 88 %. Aktiviteter har pågått under året för att höja brukarresultatet vilket har givit resultat. Inom biståndskontoret har arbete för att öka brukarnöjdheten samt ta fram ett nytt mätverktyg för att mäta nöjdheten pågått under året men inget resultat finns ännu att redovisa. Enligt den gamla enkäten så är resultatet för 2017 78.33%. Arbetet med att ta fram ett nytt mätverktyg är försenat och kommer fortsätta under 2018.

- *Alla processer ska ha pekat ut ett område med utmaningar, där förbättringsförslag och Modiga idéer önskas. Samtliga chefer ska ha genomgått utbildning i Modiga idéer samt genomfört minst en förändring på sin arbetsplats för att främja ett innovativt klimat;*

Alla processer har pekat ut ett område med utmaningar. En stor del av förvaltningens enhetschefer har genomfört utbildningen modiga idéer och genomfört minst en förändring på sin arbetsplats för att främja ett innovativt klimat. Samtliga enhetschefer har inte genomfört utbildningen modiga idéer.

- *Att under 2017 ska minst 50 % av alla enheter på förvaltningen ha börjat arbeta enligt handlingsplan för varumärke;*

Arbete har pågått i mer än 50 % av förvaltningens enheter utifrån handlingsplanen under året. Arbetet fortsätter i verksamheterna under 2018.

Analys: Måluppfyllelsen för kvalitetsmålen har följts upp kontinuerligt under året och resultaten har analyserats av respektive verksamhet. Utifrån analyserna har olika åtgärder vidtagits med syfte att förbättra resultatet.

Organisationens värden

Värdegrund och bemötande

Syfte: En gemensam värdegrund är en viktig del av det systematiska kvalitetsarbetet. För att stärka värdegrunden har ett beslut tagits om att förslaget till handlingsplan för värdegrundsarbete ska gälla på hela vård- och omsorgsförvaltningen från den 22 mars 2017. Handlingsplanen innehåller följande målområden.

- Alla medarbetare ska känna till dokumentet riktlinjer för värdegrund och etik och kunna konkretisera innehållet i riktlinjerna i det vardagliga arbetet.
- Alla medarbetare ska känna till diskrimineringsgrunderna och ha kunskap om hur innehållet i dessa påverkar det dagliga arbetet.
- Alla medarbetare ska ha grundläggande kunskap om hur föreställningar om kön påverkar oss i vårt yrkesutövande.
- Samtliga anställda inom Eskilstuna kommun ska ha en grundläggande kunskap om mäns våld mot kvinnor anpassat efter den verksamhet hen arbetar inom.
- Allt arbete ska utgå från evidensbaserad praktik.

- Alla medarbetare ska ha schemalagd tid för reflektion samt tillgängliga verktyg för att kunna använda tiden på ett bra sätt.

Resultat 2017: De områden som arbetat systematiskt utifrån handlingsplanen är ordinärt boende, LSS, socialpsykiatri/arbete och aktivitet där nu samtliga medarbetare har fått utbildning i diskrimineringsgrunderna och jämställdhet. Inom LSS har utbildningen genomförts tillsammans med brukare från Vi Andas Samma Luft. Det finns en egen strategi för EBP (målområde 5) som kvalitetschefen ansvarar för. De områden som inte tagit fram en handlingsplan för värdegrundsarbete arbetar aktivt med frågan i andra former och/eller har en planering kring framtagande av handlingsplan för värdegrundsarbete.

Analys: Tidplanen som beslutades i mars har skjutits fram med anledning av att dåvarande utvecklare bytte tjänst. Nya utvecklaren började i oktober och tar fram en ny tidplan för 2018.

Förbättringsförslag: Nya utvecklaren presenterar tidplanen för processledningsgrupp gemensamt där vi går igenom handlingsplanen. Därefter kommer utvecklaren för jämställdhet och folkhälsa sammankalla utvecklarna från de olika verksamhetsområdena i syfte att söka samordningsvinster i förvaltningens värdegrundsarbete.

Brukarinvolvering/delaktighet

Enligt uppdragsbeskrivningen ska ett salutogent förhållningssätt tillämpas och verksamheten ska präglas av respekt för varje enskild individs behov, resurser och önskemål och bygga på grundtanken att den enskilde har förmåga att själv välja hur han/hon vill leva sitt liv.

Syfte: Ta tillvara och öka brukarnöjdheten

Resultat 2017: Olika åtgärder har vidtagits och aktiviteter har bedrivits i verksamheterna under året för att öka resultatet på brukarundersökningarna, ex har:

Ett boende inom *Socialpsykiatri* där det var ett lågt resultat på brukarundersökningen/enkäten 2016 har under hösten 2017 genomfört en brukarrevision, dvs en granskning av en verksamhet som utförs av personer med egen erfarenhet av psykisk ohälsa. Syftet med en brukarrevision är att identifiera tillgångar, svagheter och utvecklingsmöjligheter i en psykiatrisk verksamhet. Verksamheten ville förbättra kvaliteten i verksamheten samt fördjupa frågan om vad det är brukarna på enheten inte var nöjda med, utifrån brukarenkäten 2016. I slutet av året kommer resultatrapporten av revisionen, då kommer en plan utifrån resultatet att tas fram för enheten.

Några enheter inom *ordinärt boende* provat att använda sig av enkäter direkt i surfplattorna, där brukaren direkt efter sin insats kunnat fylla i om hen är nöjd, ”varken eller” eller missnöjd med hjälp av grön, gul eller röd ”gubbe”. Det har fungerat bra där det använts och skapat en känsla av delaktighet och direktpåverkan för brukaren. Målet är att implementering sker i hela ordinärt boende under 2018, när alla enheter har tillgång till surfplattor. Resultaten från föregående års brukarenkät har inom ordinärt boende presenterats vid träffpunkter och matlag dels för att kunna

ge en återkoppling på brukarnas medverkan, men även för att visa på vikten av att fylla i enkäterna.

Syfte: Genomföra åtgärder för att öka/främja brukarinvolvering

Resultat: Olika aktiviteter som har genomförts i förvaltningen för att öka/främja brukarinvolveringen under året är, ex:

1. Har ungefär en tredjedel av enhetscheferna inom *vård och omsorgsboendena* haft brukarråd där olika frågor tagits upp och diskuterats och det har även förekommit idé brevlådor.
2. Har förvaltningens *LSS- verksamheter, socialpsykiatri och Arbete o aktivitet* aktivt arbetat med att testa och utveckla en modell för att mäta mål i genomförandeplaner och utbildningar och workshops kring detta har arrangerats hela året.

Analys:

1. Då målgrupperna i verksamheterna skiljer sig åt har det inte varit möjligt att ha brukarråd på samtliga enheter men planen är att fortsätta med brukarråd samt att starta med kvalitativa intervjuer månadsvis med brukare och anhöriga.
2. Målet är att alla brukare vid årets slut ska ha minst ett mätbart mål i genomförandeplanen.

Samverkan

Syfte: Utveckla och förbättra samverkan i syfte att förbättra kvalitén på den vård- och omsorg som tillhandahålls brukarna

Resultat 2017: Olika arbeten har pågått i förvaltningen under året för att utveckla och förbättra den interna samverkan, ex har:

1. Nya förvaltningsövergripande samverkansrutiner för *biståndskontoret och utförarverksamheterna* har tagits fram. Syftet med det nya arbetssättet är att förtydliga informationsflödet och mötesformerna. Vidare ska samverkansrutinerna underlätta för varje verksamhet att fullfölja sitt uppdrag. Implementeringen av rutiner genomfördes i form av gemensamma Workshops. Mätning har genomförts av områdena biståndskontoret och ordinärt boende samt vård- och omsorgsboende i form av uppföljningsenkät. Resultatet har visat viss förbättring av upplevelse av samverkan. Medarbetarna har lämnat synpunkter och ytterligare förbättringsförslag.
2. Förvaltningen har ett pågående förbättringsarbete för förvaltningsövergripande samverkan och arbetssätt för de årliga individuella uppföljningarna av biståndsbeslut och uppföljning av utförande. Syftet med det nya arbetssättet är att förtydliga samverkan och ansvarsfördelningen vid uppföljningarna samt utarbeta verktyg för medarbetare som säkerställer kvalitén i uppföljningen. Arbetsgruppen har utarbetat fram ett förslag till arbetsmetod och nya mallar (på utförarsidan). Arbete pågår med att möjliggöra metoden i verksamhetssystemet. Rutinen är i dagsläget inte färdig och implementeringen beräknas att ske under våren 2018.
- 3 *Biståndskontoret och utförarverksamheterna inom ordinärt boende, korttidsverksamhet, och inom socialpsykiatrin* ska utveckla och införa nya arbetssätt för att skapa tryggare och

effektivare utskrivningar från sjukhus. Den genomsnittliga tiden för vistelse på sjukhus efter utskrivningsklar ska minska till 0. Om antalet dagar överstiger tre så inträder ett betalningsansvar till landstinget. Nya arbetssätt har utarbetats i olika arbetsgrupper både inom biståndskontoret, hemtjänsten och korttidsverksamheten och förvaltningsövergripande inom förvaltningen och delvis med samarbetspartners. Testperioden för de nya arbetssätten har pågått under 2017 och mätningar för att följa resultatet pågår kontinuerligt.

Analys:

2-En framgångsfaktor har varit att samtliga verksamhetsområden har medverkat i arbetet. För att komma vidare med arbetet och kunna implementera det nya arbetssättet måste åtgärder vidtas för att verksamhetssystemet ska kunna stödja arbetssättet.

3 Det skiljer sig i nuläge en del åt gällande hur de olika samarbetsparterna, biståndskontoret, utförarverksamheten samt landstinget arbetar enligt det nya arbetssättet vilket har en påverkan på möjligheter att fullfölja det nya arbetssättet.

Förbättringsförslag:

1. Utarbeta gemensam metod för analys av uppföljningsresultat på samtliga verksamhetsområden (kategorisera förbättringsområden på verksamhetsnivå och ledningsnivå). Återkoppling av resultat till FL och samtliga verksamhetsområden sker på liknande sätt. Genom årshjul säkerställa att gemensamma teammöten terminsvis utifrån aktuella utvecklingsområden/teman.

3. Det finns behov av fortsatt arbete inom förvaltningen och tillsammans med landstinget Sörmland för att ytterligare tydliggöra samt förbättra flödet vid utskrivning från slutenvården samt att hitta lämpligt sätt att följa upp och analysera processen.

Resultat 2017: *Hälso- och sjukvårdsverksamheten* har under 2017 bla:

1. Gått in via svenskt demenscentrum och arbetar med utbildning och kunskapsprov webb baserat vid delegering av hälso- sjukvårdsuppgifter till omvårdnadspersonal.

2. Infört två stycken samordningssjuksköterskor inom korttids och vuxna yngre för att säkerställa övergången av komplexa ärenden från Mälarsjukhuset och verka för samverkan mellan interna och externa aktörer samt leda kvalitetsarbetet.

3. Kvalitetssäkrat processen gällande elrullstolsärenden vilket innebär att en särskild grupp arbetsterapeuter och fysioterapeuter har satts samman och hanterar alla förskrivningar av elrullstol i syfte att få en mer likvärdig bedömning samt ett samlat underlag för att utveckla arbetssättet.

Analys: 2017 provades en gemensam delegeringsutbildning för sommarvikarier med mycket gott resultat och den kommer därför att utökas inför 2018.

Länsgemensam styrgrupp för närvård samt arbetsgrupper

Länsstyrgruppen består av representation av förvaltningschefer, divisionschefer eller motsvarande från kommunerna samt landstinget och ska skapa förutsättningar för att invånarna i Sörmland får en likvärdig vård. Under länsstyrgruppen finns det tre

arbetsgrupper i norra länsdelen som består av mer lokal representation från verksamheterna i Strängnäs och Eskilstuna kommuner samt Landsinget Sörmlands verksamheter i Norra länsdelen. Arbetsgrupperna har ett avgränsat arbetsområde (äldre, funktionshinderområdet, psykiatri och barn) och handlägger frågor på verksamhetsnivå.

Arbetsgrupp norra äldre (ANÄ)

ANÄ ingår i närvårdsstrukturen för samverkan mellan länets kommuner och landstinget i Sörmland. Representationen i ANÄ består bland annat av områdeschefer, biståndschef och Masar från kommunernas äldreomsorg/vård- och omsorgsförvaltningar, verksamhetschefer från berörda vårdcentraler (inklusive privata utförare), närvårdskoordinator samt representanter från sjukhusets kliniker. ANÄ hanterar lokala frågeställningar inom äldreomsorgen, i norra länsdelen.

Resultat 2017: Under 2017 har fokus varit att anpassa och förbereda kommunen och landstingets verksamheter inför Lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård. En gemensam riktlinje har arbetats fram och även arbetats med, parallellt med nu gällande riktlinje, i syfte att öva inför att den nya lagens träder i kraft.

Analys: Kommunen och landstingets verksamheter har haft goda möjligheter att genom året testa och följa upp riktlinjen vilket har setts som en framgångsfaktor för att undvika och/eller minska misstag vid utskrivning från slutenvård till kommunens verksamheter.

Förbättringsförslag: Arbetet kommer att följas samt följas upp i närvårdsstrukturens olika forum under året.

Arbetsgrupp norra funktionshinderområdet (ANF)

ANF består av verksamhets- och områdeschefer för primärvården, medicinkliniken, vuxenpsykiatri, vuxenhabilitering och de förvaltningar i Eskilstuna och Strängnäs kommuner som hanterar frågor för personer med funktionsnedsättningar. Arbetsgruppen har regelbundna träffar för att diskutera frågor på områdesnivå, information, samarbete och kommunikation etc.

Resultat 2017: Under året har gruppen kompletteras med fler deltagare från de olika parterna för att få ett aktivare arbete i gruppen. Arbete har gjorts för att kartlägga och prioritera aktuella frågor. Ett projekt genomfördes under hösten med hjälp av en samverkanscheck från Mälardalens kompetenscentrum för hälsa och välfärd (MKHV) där vi gemensamt tittat på informations/överföringsprocessen mellan barn- och vuxenverksamheter. Material kommer att lanseras våren 2018.

Analys: Arbetsgruppen har identifierat flera olika områden som kommer att arbetas med under 2018.

Förbättringsförslag: Prioriterat blir arbete med att förbättra samarbetet mellan kommuner och landstingets psykiatri som behöver förbättras.

Arbetsgrupp norra psykiatri (ANP)

ANP består av verksamhets- och områdeschefer för primärvården, vuxenpsykiatri och de förvaltningar i Eskilstuna och Strängnäs kommuner som hanterar socialpsykiatriska och beroende/missbruksfrågor.

Resultat 2017:

1. Under året har en inventering av livssituation för personer med psykiska funktionsnedsättningar genomförts. Syftet med behovsinventeringen är att identifiera de behov som finns hos målgruppen personer med psykiska funktionsnedsättningar i Eskilstuna och för att få ett relevant planeringsunderlag. I enkäten finns 1202 individer med. Det område där tillståndet är sämst är arbete, sysselsättning och försörjning. 94 % av målgruppen har dock en stadigvarande boendesituation. Andelen med stöd från socialtjänsten i ordinärt boende har dock ökat.
2. Arbete har också bedrivits under året för att kunna erbjuda brukare med psykiska funktionsnedsättningar psykoedukativa insatser för att öka möjligheten till återhämtning. Resultatet av arbetet blev att från 2017 erbjuds nu det manualbaserade programmet IMR – Illness management and recovery tillsammans med Landstinget Sörmland.

Analys:

1. Årets inventering visar att målgruppen har skiftande behov, många har sina behov tillgodosedda, men många behöver en översyn av sina insatser och några saknar insatser trots behov.
2. Utbildningsgrupper har startats upp under 2017 för att erbjuda brukare psykoedukativa insatser som kommer att utvärderas under 2018.

Förbättringsförslag: Det finns många olika förbättringsområden, men det som verkar behövas allra mest är någon som håller samman insatser och har ett övergripande ansvar för att det som behövs erbjuds, och att det passar den enskilde.

VOF och andra förvaltningar/organisationer

Syfte: Genomföra och upprätthålla samverkan med externa parter

Resultat 2017: Olika arbeten har pågått i förvaltningen under året för att utveckla och förbättra den interna samverkan, ex har:

1. Arbete pågått under året för att ta fram en metod för att effektivisera samarbetet mellan VoF och andra förvaltningar för att förebygga att brukarna med behov av komplexa insatser eller behov från flera förvaltningar inte hamnar mellan stolarna. **Syftet med vuxenspåret** är att arbeta fram ett arbetssätt för en gemensam ingång för brukare med behov av komplexa insatser och hitta rätt insats så tidigt som möjligt. **Syftet med barnspåret** är att skapa ett planerande och beslutande forum som möjliggör för alla berörda parter inom kommun och landsting, att aktualisera ett ärende som parten anser är i behov av komplexa insatser. Samverkansforumet har haft regelbundna möten under året. De olika mötesformerna för ärendehantering och för arbete på strategisk nivå fortlöper. Utvecklingsforumet följer och utvärderar de nya arbetsmetoderna och utvecklar forumen vid behov.

2. Ett projekt bedrivits med syfte att förbättra informationsflöden i samband med alla övergångar i verksamheter för unga med funktionsnedsättningar. Projektet *Övergång i samsyn* har pågått hösten 2017 och är ett samarbete mellan Vård- och omsorgsförvaltningen, Barn- och utbildningsförvaltningen, Strängnäs kommun och Landstinget Sörmland där informationsflöden i samband med alla övergångar i verksamheter för unga med funktionsnedsättningar som övergår till vuxenverksamheter har setts över. Ett gemensamt informationsmaterial har tagits fram till stöd för både ungdomen, vårdnadshavarna och verksamheterna.

3. Tre *Vård- och omsorgsboenden* varit med i projektet APIL (Arbetsplatsintegrerat lärande) som drivs av regionförbundet Sörmland och sträcker sig till juli 2019. Syftet är att utomeuropeiskt födda män och kvinnor utbildas till arbete inom vård- och omsorgssektorn. För att stärka deras ställning på arbetsmarknaden byggs stödstrukturer upp runt dem på arbetsplatsen. Eleverna läser vårdämnen och svenska samt har praktik samtidigt.

Analys:

1. Stort fokus kring barnfrågor och arbetet som insatskoordinator bedriver. Flera nya forum har växt fram med ett stort brukarfokus på att förbättra samverkan. Gemensam mottagning, ESKIL Barn.
2. Förbättrad kunskap behövs om varandras processer och uppdrag samt samordning kring information.
3. Arbetet flyter på bra, till stor del på grund av ett gott arbete av enhetschefer och medarbetare och ett nära samarbete med skolan.

Förbättringsförslag:

1. Behov av fortsatt arbete, för att få till samverkan på handläggare/socialsekreterarnivå i deras vardag. Workshop med representanter från samtliga verksamheter för att öka kunskapen om och förståelsen för varandras uppdrag och roller.
2. Vi behöver möta upp med information tidigare och på ett enhetligt sätt.

RisKFörebyggande arbete, Riskanalyser och Riskbedömningar

Syfte: För att uppnå en god kvalitet i vård och omsorg måste den baseras på bästa möjliga kunskap. Att arbeta kunskapsbaserat innebär bland annat att systematiskt och strukturerat identifiera risker och sätta in åtgärder på individnivå. Riskanalyser innebär ett framåtblickande och förebyggande arbetssätt och syftar till att upptäcka brister i verksamheten kvalitet innan den har inträffat. Enligt Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, SOSFS 2011:9 ska riskanalyser göras inför varje förändring av organisation eller arbetssätt. Riskanalys görs dels på individnivå dels på verksamhetsnivå.

Resultat 2017: Inom förvaltningen har ett riskförebyggande arbete genomförts under året. Detta arbete har sjuksköterskorna drivit tillsammans med omvårdnadspersonal, fysioterapeuter, arbetsterapeuter och cheferna ute på enheterna

med stöd av de evidensbaserade nationella kvalitetsregistren, senior alert, BPSD, Palliativa registret och Ryssar. Samtliga verksamheter har under året systematiskt och utifrån framtagana rutiner utfört riskbedömningar på individnivå och vidtagit åtgärder vid förhöjd risk. Riskbedömningarna har följts upp fortlöpande. Riskbedömningar har även utifrån behov genomförts inför organisationsförändringar.

Analys: Det riskförebyggande arbetet är basen för hela vår verksamhet med kvalitét och det är av vikt inför 2018 att alla samverkar med sin del för den enskildes bästa och god kvalitét i vård och omsorg.

Uppföljning/kontroll/utvärdering

Det systematiska kvalitetsarbetet bygger kommunövergripande på att planera, utföra, förändra och förbättra. (PUFF). I verksamheterna förekommer flera olika metoder för att genomföra uppföljningar, kontroller och utvärderingar, blå genom uppföljningar genom internkontroller, egenkontroller, verksamhetsuppföljningar och avvikelshantering.

Verksamhetsuppföljningar

Syfte: Verksamhetsuppföljningar genomförs vår och höst med syfte att granska följsamhet till förvaltningens uppdragsbeskrivningar samt avtal med externa utförare. Verksamhetsuppföljningar ska användas för att systematiskt och fortlöpande, följa upp, utveckla och säkra verksamheters kvalitet. Genom att granska ett antal kvalitetskrav säkerställs att verksamheterna uppfyller de krav och mål som finns enligt lagar och andra föreskrifter. I de fall verksamheterna inte når uppsatta kvalitetsmål uppförs en åtgärdsplan. Åtgärdsplanen följs upp efter sex månader för att säkerställa att överenskomna åtgärder vidtagits och haft avsedd effekt.

Resultat: På våren 2017 genomfördes en verksamhetsuppföljning inom Biståndskontoret. Under hösten 2017 har verksamhetsuppföljning genomförts med temat ledningssystem inom särskilda boenden för äldre samt inom bostad med särskild service LSS, samt bostad med särskild service för personer med psykisk funktionsnedsättning enligt Sol/LSS. Andra uppföljningar som genomförts under 2017 är exempelvis fakturering, nattinsatser och avvikelshantering hos våra externa utförare inom område äldre.

Analys: Verksamhetsuppföljningarna har utvecklats mot ett större fokus på områdesnivå, med en områdesgemensam verksamhetsrapport som speglar ett medelvärde och som är tänkt att bidra till analys och utveckling på hela området.

Förbättringsförslag: Det har påbörjats ett arbete med att genomföra verksamhetsuppföljningar tematiskt och målet är att genomföra tematiska uppföljningar i så hög grad möjligt inom alla verksamhetsområden. Ett utvecklingsområde som uppmärksammats under 2017 är att det finns behov av att sprida kunskap från verksamhetsuppföljningarna på alla nivåer i förvaltningen för att få ett lärande av uppföljningarna. Slutligen har det uppmärksammats ett utvecklingsområde kring publiceringen av verksamhetsuppföljningarna på eskilstuna.se.

Internkontroller

Syfte: Enligt Kommunallagen 6 kap 7§ ska nämnder se till att den interna kontrollen är tillräcklig. Den interna styrningen och kontrollen är en del av förvaltningens styrsystem och ett redskap för förvaltningen att främja en effektiv ledning av organisationen, hantering av risker, utveckling av verksamheten och utvärdering av verksamhetens resultat. Ytterst för att säkerställa att verksamhetens syfte och mål nås. En god intern kontroll är en förutsättning för att bedriva en effektiv och säker verksamhet, och hantera de risker som kan förhindra detta.

Resultat 2017: För varje verksamhetsår beslutar nämnden om ett antal förvaltningsövergripande respektive förvaltningsspecifika interna kontrollmoment. Samtliga av de 10 kontrollmomenten i internkontrollplanen för 2017 har genomförts enligt plan, med varierat resultat. Åtgärdsförslag har tagits fram i de fall brister/avvikelser förelåg, vilka berörda verksamheter kommer arbeta utifrån. En internkontrollplan innehållande 14 st kontrollmoment har tagits fram och beslutats av nämnden i december 2017.

Analys: Internkontrollarbetet har genomförts enligt plan i förvaltningen under 2017. Under 2018 kommer arbete ske, enligt framtagna planer, med att genomföra granskningar av kontrollmomenten i internkontrollplan 2018 samt med att genomföra åtgärder utifrån internkontrollplan 2017.

Förbättringsförslag: En ny Riktlinje för intern styrning och kontroll i Eskilstuna kommunkoncern, beslutade av Kommunfullmäktige 21 sept. 2017. Riktlinjen säger att den interna styrningen och kontrollen inte ska skiljas åt från övrig verksamhet som syftar till att målen nås, utan vara ett led i den dagliga ledningen och det dagliga arbetet. Den interna styrningen och kontrollen ska omfatta alla system, processer och arbetsrutiner och de flesta risker ska hanteras under verksamhetsåret med olika åtgärder. För att stämna av efterlevnaden av den interna kontrollen och styrningen inom valda områden föreslås i internkontrollplanen kontrollmoment. Den nya riktlinjen kommer under 2018 innebära ett förändrat arbetssätt gällande att ta fram internkontrollplanen.

Egenkontroller

Syfte: Egenkontroll innebär att granskning ska göras av den verksamhet som har bedrivits eller bedrivs och kan beskrivas som en intern granskning av att den egna verksamheten uppnår ställda krav och mål. Enligt uppdragsbeskrivningarna ska verksamheterna utöva systematisk uppföljning, utvärdering och förbättringsarbete i den egna verksamheten samt kontroll av att verksamheten bedrivs enligt de processer och processdokument som ingår i verksamhetens ledningssystem.

Resultat 2017: Samtliga verksamhetsområden förutom biståndskontoret har utifrån framtagna handlingsplaner systematiskt och strukturerat arbetat med olika verksamhetsspecifika egenkontrollpunkter under året. Resultatet har dokumenterats och resultatet följts upp regelbundet. Statistiken granskas könsuppdelat för att synliggöra eventuella könsrelaterade skillnader.

Analys: Biståndskontoret har utarbetat en plan för egenkontroll och under 2018 kommer den att påbörjas på verksamhetsnivå. På handläggarnivå har implementeringen av denna påbörjats.

Brukarenkäter

Syfte: Inom förvaltningen används verksamhetsspecifika samt nationella brukarenkäter som ett led i att säkra en god kvalitet i verksamheterna. Resultaten från olika nationella brukarenkäter används för att identifiera förbättringsområden i verksamheten. Statistiken granskas könsuppdelat för att synliggöra eventuella könsrelaterade skillnader.

Resultat: De olika resultaten från brukarundersökningarna har sammanställts av förvaltningens statistiker och analyserats av respektive verksamhet. Utifrån resultatet har handlingsplaner tagits fram utifrån verksamheternas analyser med förbättringsområden och åtgärder. Under året har arbete också gjorts för att öka antalet brukare/anhöriga som svarar på enkäterna. Inom biståndskontoret har en revidering av brukarenkäten skett med syfte att tydliggöra/konkretisera frågeställningarna. Detta för att möjliggöra analys av resultat och fortsatt arbete för att kunna uppnå nämndens målnivå.

Analys: Inom förvaltningen har arbeten bedrivits under året för att hitta bra sätt för att presentera resultaten samt för att utveckla de sätt på vilket resultatet av förra årets resultat har presenterats. Bland annat har resultatet presenterats skriftligt på "lätt läst" samt muntligt på brukarråden, samt i ett områdes kvalitetsråd. Enheter har även utifrån resultaten arbetat vidare med förbättringsområden som framkommit bland annat i dialog med brukarna. Inom en av verksamheterna har det även genomförts en extern brukarrevision för att ta reda på mer om vad som behöver förbättras.

Förbättringsförslag: Att fortlöpande utveckla arbetssätten för att ta tillvara, förbättra resultaten som öka antalet brukare/anhöriga som svarar på brukarundersökningarna.

Statistik och resultat till/från myndigheter

Syfte: Vi rapporterar in statistik, och erhåller resultat från bland annat Kommunens Kvalitet i Korthet (KKIK), Socialstyrelsen, SCB Medborgarundersökning. Syftet är att kvalitetssäkra nationell statistik och att använda denna i vårt kvalitetsutvecklingsarbete.

Resultat 2017: Inrapporteringen till andra myndigheter fungerar bra. De resultat vi fått tillbaka i form av olika brukarundersökningar har använts för att säkerställa att vi håller en god kvalitet och som underlag för att utveckla våra verksamheter.

Analys: In- och utrapporteringen av statistik har fungerat bra. Dock kan en viss osäkerhet råda kring uppföljning av resultaten. Ibland får vi tillbaka resultat utan att ha en tydlig strategi för hur vi ska hantera dessa.

Förbättringsförslag: En analysvecka är planerad där vissa resultat kommer att djupanalyseras och ligga till grund för fortsatt förbättringsarbete.

Tillsynsmyndigheter

Syfte: Ett led i att säkra kvaliteten i våra verksamheter är att tillsynsmyndigheter, ex Inspektionen för Vård- och omsorg, IVO, gör inspektioner och tillsynar.

Resultat 2017: Under året har tillsynsbesök och uppföljning av tidigare rapporterade ärenden genomförts i förvaltningen.

Analys: Resultaten av dessa granskningar har tagits till vara som ett led i att säkra en god brukar- och verksamhetskvalitet. Återföring av tillsynsresultaten är en viktig del av Inspektionen för vård och omsorg (IVO) tillsynsarbete. Även andra verksamheter än den granskade kan ha nytta av resultaten för att förbättra sin kvalitet och säkerhet

Förbättringsförslag: Säkerställa att de åtgärder som bl.a. IVO beslutar om får en vidare spridning i våra verksamheter i ett lärande syfte

Klagomål och synpunkter, avvikelser och lex Sarah

Syfte: Den som bedriver verksamhet inom SoL/LSS ska enligt SOSFS 2011:9 5 kap 3 § ta emot och utreda klagomål och synpunkter på verksamheten kvalitet från brukare och deras närstående, personal, vårdgivare, de som driver socialtjänst och LSS verksamhet, myndigheter samt föreningar, organisationer och intressenter. Utredningen ska visa om det förekommit avvikelser mot de krav och mål som verksamheten har enligt lagar och föreskrifter. Klagomål och synpunkter ska också sammanställas och analyseras för att kunna se mönster och trender som indikerar brister i verksamheten. Verksamheterna ska enligt uppdragsbeskrivningen aktivt verka för att den enskilde, dennes anhöriga eller annan person ges möjlighet att lämna synpunkter, klagomål, förslag och beröm på verksamheten. Eventuella brister som framkommer ska åtgärdas.

Klagomål och synpunktshantering

Resultat 2017: För att få en bättre struktur på hanteringen och ett bredare lärande av erfarenheterna efter en utredning har förvaltningen sett ett behov av nytänkande av att hantera klagomål och synpunkter. Därför pågår det ett arbete på förvaltningen för att ur ett processperspektiv beskriva hur ett klagomålsärende och synpunkter ska hanteras.

Analys: Det pågående arbetet innebär en möjlighet att säkerställa hela processen, från mottagande, ansvarsfördelning, registrering, hantering, avslut, återkoppling till uppföljning.

Förbättringsförslag: Under 2018 fortsätta det arbete som är påbörjat.

Generella avvikelser

Resultat: Ett arbete har påbörjats för att ta fram arbetssätt gällande hantering av generella avvikelser vilket tydliggöra hur verksamheterna ska kunna rapportera och utreda negativa händelser som inte är brukarrelaterade. Arbetet är vilande i nuläget. På biståndskontoret har det skett ett stort arbete under året med att samtliga avvikelser och synpunkter som rör biståndskontoret har sammanställts och

analyserats. Samtliga medarbetare har fått information om vad en avvikelse är och i vilka former det kan yttra sig.

Analys: Möjliggör att verksamheter kan kvalitetssäkra processer som ännu inte drabbat en brukare, exempelvis brister i samverkan eller kommunikation mellan olika verksamheter. Det arbete som genomförts inom biståndskontoret har lett till att rapportering av generella/systemavvikelse på biståndskontoret har ökat. Nödvändiga åtgärder vidtas och kommuniceras med medarbetarna.

Förbättringsförslag: Att prioritera det arbete, som är påbörjat men vilande i nuläget, för att ta fram arbetssätt gällande hantering av generella avvikelser

Brukarrelaterade avvikelser och lex Sarah

Syfte: Verksamheten ansvarar för att följa nämndens riktlinjer gällande *lex Sarah* och *Utredning av vårdskador och anmälan till inspektionen för vård och omsorg (enligt lex Maria)*, ha rutiner för att rapportera, dokumentera, analysera och åtgärda avvikelser enligt socialtjänstlagen (SoL) och lag om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) och hälso- och sjukvårdslagen (HSL). Verksamheten ansvarar även för att avvikelsehanteringen är känd och följs samt att följa upp registrerade avvikelser. Statistiken granskas könsuppdelat för att synliggöra eventuella könsrelaterade skillnader.

Resultat: Under 2016-2017 har ett stort utvecklingsarbete genomförts gällande förvaltningens avvikelsehantering för de brukarrelaterade avvikelserna. I utvecklingsarbetet har det tydliggjorts hur avvikande händelser ska mottas, registreras, utredas och åtgärdas.

Analys: Arbetsättet för att hantera brukarrelaterade avvikelser har förbättrats för att säkerställa att avvikelserna utreds på ett korrekt sätt och därmed även åtgärdas för att säkra kvaliteten för brukarna. Kunskapen om vad som är en avvikelse och hur man skriver dem, skiftar ute i verksamheterna.

Förbättringsförslag: Arbetet med implementering fortsätter under 2018. Behov finns i verksamheterna av att ta fram och implementera en plan för hur verksamheterna ska ta till vara ny kunskap och lära av varandra, utifrån de avvikelser som görs och den nya rutin som förvaltningen implementerat under hösten.

Resultat: Under 2017 har antal händelser ökat gällande misstanke om missförhållande, lex Sarah. Under året har det rapporterats sammanlagt 18 händelser enligt lex Sarah, av dem har 5 rapporter resulterat i en anmälan till Inspektionen för vård och omsorg(IVO).

Verksamhetsområde	Antal rapporter	Kvinna	Man
Vård- och omsorgsboende	12	7	5
Ordinärt boende	2	1	1
LSS-boende, autismverksamhet och personlig assistans	1		1
Socialpsykiatri/ Arbete och aktivitet	2	1	1
Biståndskontoret	1		1

Analys: Under 2017 har arbetssättet förändrats gällande hur avvikelser och missförhållanden hanteras och utreds. Tidigare gjordes händelseanalyser ifall rapportören var osäker på ifall händelsen skulle rapporteras som en lex Sarah. Under 2017 har det inte gjorts några händelseanalyser och det i sin tur kan ha lett till att antalet rapporteringar enligt lex Sarah har ökat.

Förbättringsförslag: Att fortsätta att informera om rapporteringsskyldigheten och vikten av att rapportera händelser som kan ha lett till ett missförhållande som en del i det systematiska kvalitetsarbetet.

Resultat: Blanketten för rapportering av missförhållande enligt lex Sarah har reviderats och anpassats för att möjliggöra digital hantering i så stor utsträckning som möjligt. Ett arbete har även påbörjats för att omvandla riktlinjer för tillämpningen av lex Sarah till en rutin för att i större utsträckning möjliggöra utveckling av arbetssätt och ansvarsfördelning.

Analys: Att blanketten för rapportering enligt lex Sarah blir mer tillgänglig och lätthanterlig för personal inom förvaltningen.

Förbättringsförslag: Att fortsätta att informera om rapporteringsskyldigheten och vikten av att rapportera händelser som kan ha lett till ett missförhållande som en del i det systematiska kvalitetsarbetet. Att fortsätta utvecklingen av rutin för tillämpningen av lex Sarah.

Social dokumentation

Syfte: Säkra kvaliteten på den sociala dokumentationen utifrån upprätthållande av lagrummen

Resultat 2017: Under 2017 har ett arbete påbörjats för att ta fram utbildningskoncept för att säkerställa att kraven på den sociala dokumentationen uppnås. Det har tillsatts en arbetsgrupp där samtliga utförarverksamheter deltar. Arbetsgruppen har testat befintliga utbildningskoncept på marknaden men beslutade sedan att ta fram ett eget material som ska användas till förvaltningens baspersonal. Det har även bokats ett utbildningstillfälle för att utbilda nyckelpersoner i social dokumentation.

Analys: Arbete pågår för att få till en kompetensutveckling inom social dokumentation över tid för att säkerställa att dokumentation sker enligt rådande krav.

Förbättringsförslag: Fortsatt arbete med att säkerställa den sociala dokumentationen genom utbildningsinsatser samt att processdokumentation kring social dokumentation säkerställs.

Jämställdhet och jämlikhet

Syfte: Verksamheterna ska bedrivas så att de är tillgängliga, anpassade och av samma kvalitet för alla. För att uppnå detta behövs ett normkritiskt tankesätt kring de perspektiv som nämns i diskrimineringslagen; kön, ålder, trosuppfattning, sexuell läggning, könsuttryck, funktionsförmåga och etnicitet. För att säkerställa att kommunen levererar jämställd service, ger ett jämställt bemötande ska alla förvaltningens verksamhetsområden ha en enkel handlingsplan för hur verksamheten ska utvecklas ur ett jämställdhetsperspektiv. Förvaltningens arbete styrs av de kommunövergripande handlingsplanerna På spaning efter jämställdheten samt Eskilstuna – en FriStad för kvinnor.

Resultat 2017: Det finns handlingsplaner för jämställdhetsarbetet inom LSS, socialpsykiatri/arbete och aktivitet samt inom ordinärt boende och de är integrerade i handlingsplanen för värdegrundsarbetet. Det har genomförts kartläggningar och analyser utifrån 5R-metoden.

Under 2017 utbildades 19 nyckelpersoner från förvaltningens sex verksamhetsområden som fått fördjupad kunskap om att förebygga, upptäcka och agera vid våld i nära relationer mot brukare i verksamhet. Inom område funktionshinder pågår arbete med att förebygga våld i nära relationer genom att erbjuda brukarna att delta i VIP-grupper. Under 2017 genomfördes 6 grupper för män och 5 grupper för kvinnor. Den dagliga verksamhet Utbildning och relationer har föreläst om våld i nära relationer och om VIP-kursen på 10 APT (88 kvinnor och 29 män). En VIP-ledare fick i uppdrag att informera brukare om VIP-kursen på plats i deras boende för att rekrytera deltagare till kursen. Under hösten besökte VIP-ledaren 5 boenden inom LSS och 5 inom socialpsykiatrin. Sammanlagt fick 23 män och 18 kvinnor samt 19 medarbetare och en chef information på plats i boendets gemensamma utrymme. Vi Andas Samma Luft har erbjudit workshop i jämställdhet och jämlikhet till brukare på mötesplatserna vid 4 tillfällen under året.

Analys: Det saknas kartläggning och analys av verksamheterna ur ett jämställdhetsperspektiv och därmed tydliga målsättningar för att åtgärda ojämställdheten inom tre av förvaltningens sex verksamhetsområden. Arbetet mot våld i nära relationer har genomförts enligt tidsplan.

Förbättringsförslag: Utveckla stödmaterial till verksamhetsområdena anpassat utifrån deras specifika behov i arbetet med att ta fram handlingsplaner. Arbetet med jämställdhetsplaner kommer att integreras i handlingsplanen för värdegrundsarbete för att förenkla arbetet och minska antalet handlingsplaner. Det bör lyftas positiva exempel från de verksamhetsområden som kommit igång med att arbeta utifrån sina jämställdhetsplaner för att ta tillvara på lärandet i organisationen.

Välfärdsteknik/digitalisering/eHälsa

Under senare år har utvecklingen i välfärdsteknik gått allt snabbare. Välfärdsteknik kan vara ett stöd för att bland annat öka trygghet och säkerhet samt underlätta behandling och vård.

Syfte: Under året har det genomförts en behovsanalys med omvärldspaning samt påbörjats en plan för införande av välfärdsteknik och digitalisering. Införandet sker i samspel med aktörer inom regionen och intresseorganisationer.

Resultat: Kvalitetsenheten har formulerat en Strategisk utvecklingsplan för digital transformation år 2018 och framåt. I den formulerade strategisk utvecklingsplan för digital transformation för VOF finns handlingsplan för utveckling av infrastrukturen samt en gemensam beslutsprocess och struktur för arbete med digitalisering.

Förbättringsförslag: Den strategiska utvecklingsplanen behöver fastställas och förankras under 2018. Behovsanalys av nuläge och önskat läge för respektive område/enhet kommer att utföras under 2018.

Informationssäkerhet

Syfte: Syftet med informationssäkerhetsarbetet är att förvaltningen ska hantera personuppgifter på ett säkert sätt så att brukare, personal och övriga personer vars personuppgifter vi hanterar, inte drabbas av negativa konsekvenser, samt att vi under 2018 ska uppfylla kraven i nya Dataskyddsförordningen som ersätter Personuppgiftslagen.

Resultat 2017: Under 2017 har nuläget för informationssäkerheten utretts utifrån Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården. Vi har inventerat våra IT-system och andra digitala behandlingar av personuppgifter. Enhetschefsgруппerna har inför inventeringen fått en kort presentation av Dataskyddsförordningen. En riskanalys för våra personuppgiftsbehandlingar har gjorts.

En genomgång har gjorts av vad Konsult och uppdrag IT gör för att säkerställa att vår information behandlas på ett säkert sätt.

Analys: Ett arbete behöver göras i förvaltningen och i kommunen för att säkerställa att behandling av personuppgifter uppfyller kraven enligt Dataskyddsförordningen och övriga regelverk.

Förbättringsförslag: Vi behöver fortsätta att utveckla rutiner och dokumentation kring våra personuppgiftsbehandlingar för att säkerställa korrekt hantering internt och se över våra avtal med de som behandlar våra personuppgifter externt så att vi uppfyller kraven i den nya lagstiftningen och övriga regelverk. Förutom Dataskyddsförordningen kommer det att bli ändringar i andra lagar som blir klara under våren.

Miljö

Syfte: Vård- och omsorgsförvaltningen har beslutat att vi ska vara miljödiplomerade enligt Svensk Miljöbas år 2019. Syftet är att skapa en miljöorganisation som kan förvalta och förbättra det systematiska miljöarbetet.

Resultat 2017: En projektplan har tagits fram, en miljöorganisation har upprättats och implementerats och informations- och utbildningsinsatser har genomförts. Miljöutredningar har genomförts på enhets- eller arbetsplatsnivå, områdesnivå och förvaltningsnivå. Utifrån miljöutredningarna har förvaltningens miljöaspekter identifierats. Delmålen för 2017 har uppnåtts.

Analys: Det systematiska miljöarbetet har varit ett prioriterat område under 2017. Arbetet har på det stora hela fungerat bra men det finns också förbättringsmöjligheter gällande information/utbildning, arbetssätt och Hypergene. På grund av prestandaproblem med Hypergene försvårades och försenades inmatning av data samt sammanställningar och av denna anledning justerades tidsplanen för kommande arbete.

Förbättringsförslag: Fortsatt arbete enligt plan med justeringar utifrån de förbättringsmöjligheter som identifierats gällande information/utbildning, arbetssätt och Hypergene.