

Omsorgs- och socialförvaltningen

Datum 2025-03-28
Diarienummer OSN/2025:95

Handläggare
Anna Lindmark Stedt

Omsorgs- och socialnämnden

Kvalitetsberättelse 2024

Bakgrund

Enligt Socialstyrelsens författningssamling (SOSFS) 2011:9, 7 kap. 1 § bör vårdgivare som omfattas av 1 kap. 1 § 1 och 2 eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS varje år upprätta en sammanhållen kvalitetsberättelse.

Kvalitetsberättelsen omfattar i huvudsak socialtjänstlagen (SoL) och lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) områden. De delar som avser kommunal hälso- och sjukvård beskrivs i patientsäkerhetsberättelsen.

Kvalitet definieras genom att en verksamhet uppfyller de krav och mål som gäller för verksamheten enligt vad som har meddelats med stöd av lagar, föreskrifter och övriga styrdokument med utgångspunkten att i första hand följa författningen Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, SOSFS 2011:9.

Systematiskt kvalitets- och uppföljningsarbete regleras på flera olika nivåer i nationella lagstiftningar och föreskrifter, i kommunövergripande mål- och uppföljningsprocesser, genom nämndspecifika mål och i uppföljningar av verksamheten på olika sätt.

Kvalitetsbegreppet omfattar socialtjänstens verksamhet på alla nivåer och är strukturellt inriktade, allmänna och/eller individinriktade insatser. Enligt ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete ska arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla verksamhetens kvalitet dokumenteras och redovisas bland annat i den årliga kvalitetsberättelsen.

Under 2024 har den av omsorgs- och socialförvaltningen tillsatta Kvalitetsgruppen med olika professioner, fortsatt arbetet med utvecklings- och kvalitetsarbeten tillsammans med verksamhetschefer, enhetschefer och medarbetare samt övriga stödfunktioner.

Sammanfattning

Kvalitetsberättelsen ger en samlad bild av hur omsorgs- och socialförvaltningen har arbetat med att utveckla och säkra kvaliteten i verksamheten under året som gått, vilka åtgärder som är vidtagna och vilka resultat som har uppnåtts.

Sammanfattningsvis är kvalitetsberättelsen ett viktigt verktyg för att reflektera över verksamhetens kvalitet och utgör underlag för att förbättra verksamhetens kvalitet. Kvalitetsberättelsen ger en överblick över åtgärder och resultat, samt lyfter fram områden där förbättringar kan eller ska göras

Tjänsteskrivelse

Datum 2025-03-28
Diarienummer OSN/2025:95

vilket innebär att den, tillsammans med patientsäkerhetsberättelsen, är ett betydelsefullt styrdokument.

Beslutsunderlag

Tjänsteskrivelse - Kvalitetsberättelse 2024, 2025-03-28
Kvalitetsberättelse omsorgs- och socialförvaltningen 2024

Muntlig föredragning av socialt ansvarig samordnare (SAS), 2025-04-29

Omsorgs- och socialförvaltningens förslag till beslut

1. Omsorgs- och socialnämnden godkänner kvalitetsberättelsen för verksamhetsåret 2024.

—

Beslutet skickas till
Akten
Verksamhetschefer

Beskrivning av ärendet

Enligt Socialstyrelsens författningssamling (SOSFS) 2011:9, 7 kap. 1 § bör vårdgivare som omfattas av 1 kap. 1 § 1 och 2 eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS varje år upprätta en sammanhållen kvalitetsberättelse.

Kvalitetsberättelsen omfattar i huvudsak socialtjänstlagen, SoL och lagen om särskilt stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS, områden. De delar som avser kommunal hälso- och sjukvård beskrivs i patientsäkerhetsberättelsen.

Kvalitet definieras genom att en verksamhet uppfyller de krav och mål som gäller för verksamheten enligt vad som har meddelats med stöd av lagar, föreskrifter och övriga styrdokument med utgångspunkten att i första hand följa författningen Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, SOSFS 2011:9.

Systematiskt kvalitetsarbete

Enligt ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete SOSFS 2011:9 har vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ansvar för att det finns ett ledningssystem för verksamheten.

Ledningssystemet ska användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet. Vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska med stöd av ledningssystemet planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten.

Systematiska uppföljningar är nödvändiga för att säkerställa att kvaliteten i verksamheten genom att identifiera vad som fungerar tillfredställande och vad som behöver utvecklas och förbättras. Ett sätt att följa upp är att

Tjänsteskrivelse

Datum 2025-03-28
Diarienummer OSN/2025:95

sammanställa avvikelser som identifierats i verksamheterna och att vidta relevanta åtgärder som sedan följs upp. Sammanställning har gjorts i kvalitetsredovisning till nämnd tre gånger för verksamhetsåret 2024.

Under 2024 har det kommunövergripande beslutet att arbeta processororienterat på många sätt genomsyrat arbetet inom omsorgs- och socialförvaltningen. Processer har tagits fram och tydliggjorts i processverktyget 2c8 för ett effektivare arbete. Vidare har framtagande och utveckling av förvaltningens kvalitetsledningssystem fortsatt under 2024 och ytterligare exempel på effektiviseringsåtgärder är projekt verksamhetsdata där en standardisering av rutiner kring data och statistik från verksamheterna har tagits fram. Detta är ett viktigt verktyg för uppföljning. Utöver detta har en mängd kvalitetsarbeten genomförts inom samtliga verksamhetsområden och flera av dessa fortsätter under 2025.

Medarbetarnas delaktighet

I SOSFS 2011:9 tydliggör man verksamhetens ansvar att säkerställa att all personal arbetar enligt gällande processer och rutiner. Där lyfts också fram att personalen ska medverka till hög patientsäkerhet och att delta i verksamheternas kvalitetsarbete vilket också sker i respektive verksamhetsområde på olika sätt.

Samråd

Samråd sker kontinuerligt med fackliga representanter.

Beaktande av barnkonventionen

Barnperspektivet ska tillämpas i alla förvaltningens verksamheter när så är påkallat. Beaktande av barnkonventionen har skett i de delar som varit tillämbart.

Omsorgs- och socialförvaltningen

Päivi Pannula
Förvaltningschef

Anna Lindmark Stedt
Socialt ansvarig samordnare



Kvalitetsberättelse omsorgs- och socialförvaltningen 2024

Dokumenttyp: Rapport

Antaget av: Omsorgs- och socialnämnden

2025-04-29/§:

Diarienummer: OSN/2025:95

Ansvarig handläggare: Socialt ansvarig samordnare

Människor

- själva anledningen till att vi finns

Innehåll

1. Sammanfattning.....	5
2. Bakgrund.....	6
2.1 Kvalitet i verksamhet.....	6
2.2 Ledningssystem för kvalitet	7
2.3 Systematiskt förbättringsarbete	8
3. Organisatoriskt ansvar och roller i kvalitetsarbetet.....	8
3.1 Omsorgs- och socialnämnd	8
3.2 Förvaltningschef.....	9
3.3 Verksamhetschef	9
3.4 Enhetschef	9
3.5 Medarbetare	9
4. Förbättringsarbeten	10
4.1 Individ- och familjeomsorgen, IFO	10
4.1.1 Nationell uppföljning av socialtjänstens omställning, NUSO	10
4.1.2 Individbaserad systematisk uppföljning, ISU	10
4.1.3 Samverkan	11
4.1.4 Bostad först.....	11
4.1.5 Implementering av ungdomslotsar och SSPF	11
4.1.6 Avhopparverksamhet	11
4.1.7 Skolfam.....	11
4.1.8 Team hemmaplan	12
4.1.9 Omorganisation boendestöd.....	12
4.1.10 Samverkan mellan myndighet och hemtjänstutförare	12
4.1.11 Felaktiga utbetalningar, FUT, ekonomiskt bistånd	12
4.1.12 Utbetalning av ekonomiskt bistånd.....	12
4.2 Äldreomsorg/särskilt boende (SÄBO)	13
4.2.1 Måltider.....	13
4.2.2 Dacke korttidsboende	13
4.2.3 Korttidsprocessen.....	13
4.2.4 Utbildningar	13
4.3 Hemtjänst/ordinärt boende	14
4.3.1 Trygghetsvårdar och mötesplatser	14
4.3.2 Trygg och säker i hemmet	14

4.3.3	Aktiv vardag.....	15
4.4	LSS.....	15
4.4.1	Hälsan spelar roll.....	15
4.4.2	Boet	15
4.4.3	Samverkan med myndighet.....	16
4.4.4	Studiecirkel.....	16
4.4.5	Avveckling av gruppbostad.....	16
4.5	Hälso- och sjukvård	16
4.5.1	Demensomsorgen.....	16
4.6	Samtliga	17
4.6.1	Projekt verksamhetsdata	17
4.6.2	Kvalitetsledningssystemet.....	17
4.6.3	Omställning till ny socialtjänstlag och Nära vård	18
4.6.4	Individens behov i centrum, IBIC	19
4.6.5	Bemanningsprojektet	19
4.6.6	Rehabiliterande förhållningssätt	19
4.6.7	Funktionshinderpolitisk plan	19
4.6.8	Riktlinje välfärdsteknik.....	19
4.6.9	GPS.....	20
4.6.10	Språktester vikarier.....	20
4.6.11	Handslag för digitalisering	20
4.6.12	Hantering av synpunkter och klagomål OSF.....	21
4.6.13	Processer	21
5.	Systematiskt kvalitetsarbete	22
5.1	Synpunkter och klagomål.....	22
5.2	Avvikelse	23
5.3	Lex Sarah	23
6.	Resultat.....	24
6.1	Måluppfyllelse.....	24
6.2	Internkontroll.....	24
6.3	Öppna jämförelser	25
6.4	Tillsyn av Inspektionen för vård och omsorg.....	25
6.5	Brukarundersökningar	26
6.5.1	Äldreomsorg – vad tycker de äldre om äldreomsorgen.....	26

6.5.2	LSS- daglig verksamhet	26
7.	Medarbetarnas medverkan i kvalitetsarbetet	27
7.1	Konkreta exempel på hur medarbetare har varit delaktiga under 2024 28	
8.	Framtida möjligheter och utmaningar	29
8.1	Omställning till ny socialtjänstlag	29
8.2	Teamsamverkan	29
8.3	Digitaliseringsresan	29
8.4	Kvalitetsledningssystemet	30

1. Sammanfattning

Omsorgs- och socialnämnden har ett tydligt uppdrag - vi finns till för människor. Genom våra insatser bidrar vi till ett självständigt och aktivt liv med meningsfull sysselsättning. Utveckling och trygghet i vardagen är vår drivkraft. Vår gemensamma målbild är att skapa bra välfärdstjänster för alla. Det förutsätter ett stort och kunnigt engagemang. Likaså modiga satsningar på innovativ teknik i framkant. På så sätt skapar vi möjligheter som gör skillnad.

Enligt Socialstyrelsens författningssamling (SOSFS) 2011:9, 7 kap. 1 § bör vårdgivare som omfattas av 1 kap. 1 § 1 och 2 eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS varje år upprätta en sammanhållen kvalitetsberättelse. Kvalitetsberättelsen omfattar i huvudsak områdena socialtjänstlagen, SoL och lagen om särskilt stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS. De delar som avser kommunal hälso- och sjukvård beskrivs i patientsäkerhetsberättelsen.

Kvalitetsberättelsen ger en samlad bild av hur omsorgs- och socialförvaltningen (OSF) har arbetat med att utveckla och säkra kvaliteten i verksamheten under året som gått, utförda åtgärder och uppnådda resultat. Sammanfattningsvis är en kvalitetsberättelse ett viktigt verktyg för att reflektera över och förbättra verksamhetens kvalitet. Den ger en överblick över åtgärder och resultat, samt pekar på områden där förbättringar kan göras.

Under 2024 har den av omsorgs- och socialförvaltningen tillsatta Kvalitetsgruppen med olika professioner, fortsatt arbetet med utvecklings- och kvalitetsarbeten tillsammans med verksamhetschefer, enhetschefer och medarbetare samt övriga stödfunktioner.

I Mjölby kommun finns beslutat att verksamheterna ska arbeta efter ett processorienterat arbetssätt vilket innebär att systematiskt och strukturerat ta tillvara på kompetenser och erfarenheter, för att skapa en ännu bättre vardag för dem vi finns till för. Det som görs i en verksamhet påverkar en annan. Processerna tydliggörs med stöd av kommunens processverktyg 2c8 för att vi ska kunna arbeta så effektivt som möjligt. Syftet med processverktyget är med

andra ord att visualisera processkartor, samla information om processerna, samt visa samband med andra processer eller delar av organisationen och dess befattningar. Detta ger medarbetare stöd i hur processer fungerar och underlag till att utveckla och förbättra verksamheten.

Flertalet processer och projekt har genomförts under året för att på ett hållbart och långsiktigt sätt effektivisera och standardisera arbetssätt och rutiner. Ett exempel är projektet som gäller gemensam verksamhetsdata som tillsammans med resurs från kommunstyrelseförvaltningen har kartlagt, analyserat och utvecklat olika modeller avseende kvalitetssäkring av data, uppföljning, rapportering osv.

Framtagande och utvecklingen av förvaltningens kvalitetledningssystem har fortsatt och förberedelser görs för att processer, rutiner och standardiserade arbetssätt ska bli så tillgängliga som möjligt.

Resultatet från brukarundersökningarna totalt visar på ett gott resultat i jämförelse med regionens och rikets resultat. Verksamheterna arbetar utifrån resultatet med ständiga förbättringar.

2. Bakgrund

2.1 Kvalitet i verksamhet

Utgångspunkten för kvalitet är att följa författningen Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, SOSFS 2011:9. Systematiskt kvalitets- och uppföljningsarbete regleras på flera olika nivåer i nationella lagstiftningar och föreskrifter, i kommunövergripande mål- och uppföljningsprocesser, genom nämndspecifika mål och i uppföljningar av verksamheten på olika sätt.

Kvalitet definieras genom att en verksamhet uppfyller de krav och mål som gäller för verksamheten enligt lagar och andra föreskrifter om hälso- och sjukvård, socialtjänst och stöd och service till vissa funktionshindrade och beslut som har meddelats med stöd av sådana föreskrifter.

Kvalitetsbegreppet omfattar socialtjänstens verksamhet på alla nivåer och är strukturellt inriktade, allmänna och/eller individinriktade insatser. Enligt

ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete ska arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla verksamhetens kvalitet dokumenteras och redovisas bland annat i den årliga kvalitetsberättelsen.

I socialtjänstlagen (2021:453) framgår att insatser inom socialtjänsten ska vara av god kvalitet. För utförande av uppgifter inom socialtjänsten ska det finnas personal med lämplig utbildning och erfarenhet. Kvaliteten i verksamheten ska systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras.

Lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade § 6 innehåller motsvarande bestämmelse. I lagen framgår att verksamheten ska vara av god kvalitet och bedrivas i samarbete med andra berörda samhällsorgan och myndigheter. Kvaliteten i verksamheten ska systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras.

Inom hälso- och sjukvården reglerar flera lagar vårdgivarens skyldighet att bedriva kvalitetsarbete. Patientsäkerhetslag (2010:659) är central och beskriver de skyldigheter som vårdgivaren har att planera, leda och kontrollera verksamheten så att kravet på god vård enligt hälso- och sjukvårdslagen upprätthålls. Redovisning av detta kvalitetsarbete görs i patientsäkerhetsberättelsen.

2.2 Ledningssystem för kvalitet

Enligt ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete SOSFS 2011:9 har vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ansvar för att det finns ett ledningssystem för verksamheten.

Ledningssystemet ska användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet. Vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska med stöd av ledningssystemet planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten. Systematiska uppföljningar är nödvändiga för att säkerställa att kvaliteten i verksamheten genom att identifiera vad som fungerar tillfredställande och vad som behöver utvecklas och förbättras.

Det är av största vikt att organisationen fokuserar på utveckling av kvalitetsarbetet och uppföljningar genom att prioritera arbetet med att förhindra

negativa händelser bland annat avvikelser i form av missförhållanden och vårdskador.

2.3 Systematiskt förbättringsarbete

För att säkerställa att ledningssystemet är lämpligt uppbyggt för att planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten krävs ett fortlöpande systematiskt förbättringsarbete.

I förbättringsarbetet läggs vikt vid förebyggande åtgärder såsom riskanalyser för att kunna förhindra att vårdskador, missförhållanden och andra avvikelser inträffar.

Även egenkontroller betonas där den som bedriver verksamhet ska undersöka verksamhetens resultat och kontrollera kvaliteten. Därutöver ska rapporter, klagomål och synpunkter och personuppgiftsincidenter som kommer in tas emot, utredas, sammanställas och analyseras för att säkerställa kvaliteten.

Genom dessa olika sätt kan den som bedriver verksamhet få kännedom om de resultat verksamheten uppnår och om förekomsten av eventuella avvikelser. Om en verksamhet inte når upp till krav och mål i föreskrifter och beslut föreligger en avvikelse som verksamheten måste hantera.

Identifierade avvikelser ska dels åtgärdas, dels ska processer och rutiner ses över så att den som bedriver verksamheten med stöd av dem kan säkra att en inträffad avvikelse inte inträffar igen. På detta sätt uppnås en systematisk och fortlöpande utveckling och säkring av verksamhetens kvalitet.

3. Organisatoriskt ansvar och roller i kvalitetsarbetet

3.1 Omsorgs- och socialnämnd

Nämnden ansvarar för att verksamheterna bedrivs utifrån gällande lagstiftning, förordningar och föreskrifter samt i enlighet med kommungemensamma styrdokument och ekonomiska ramar.

3.2 Förvaltningschef

Förvaltningschefen har det yttersta ansvaret för kvalitetsarbetet.

Förvaltningschefen har tillsammans med omsorgs- och socialnämnden ansvar för att kvalitetsarbetet planeras, genomförs, följs upp och utvecklas.

Förvaltningschefen med sin ledningsgrupp fastställer och prioriterar områden att arbeta med utifrån de politiska målen, lagar och föreskrifter samt allmänna råd tar fram, fastställer och dokumenterar rutiner för hur ledningssystemet kontinuerligt följs upp och förbättras.

3.3 Verksamhetschef

Ingår i förvaltningens ledningsgrupp och ansvarar därutöver för att

- informera om gällande processer, riktlinjer och övergripande rutiner
- vid behov upprätta processer och övergripande rutiner
- säkerställa att processer, riktlinjerna och övergripande rutiner följs
- följa upp den egna verksamheten och arbeta med ständiga förbättringar.

3.4 Enhetschef

Enhetschefen ansvarar för att

- vid behov upprätta rutiner för den egna enheten utifrån riktlinjer och övergripande rutiner
- informera sin personal om gällande processer, riktlinjer och rutiner
- säkerställa att processer, riktlinjer och rutiner följs inom enheten
- följa upp den egna enheten och arbeta med ständiga förbättringar
- informera sin personal om resultatet av förvaltningens gemensamma kvalitetsarbete.

3.5 Medarbetare

Personal är enligt patientsäkerhetslagen skyldig att bidra till hög patientsäkerhet och är enligt socialtjänstlagen skyldiga att medverka i verksamhetens kvalitetsarbete. All personal ska

- utföra de arbetsuppgifter som ingår i yrkesrollen på ett systematiskt och säkert sätt enligt

- de processer, riktlinjer och rutiner som finns
- vid behov medverka till att ta fram nya processer och rutiner för den egna enheten
- påtala förbättringsbehov och aktivt delta i att enheten ständigt förbättras.

4. Förbättringsarbeten

Under 2024 har många förbättrings- och kvalitetsarbeten påbörjats och genomförts i förvaltningen. Nedan beskrivs en del av dessa utifrån varje verksamhetsområde.

4.1 Individ- och familjeomsorgen, IFO

4.1.1 Nationell uppföljning av socialtjänstens omställning, NUSO

Socialtjänstens omställning mot ny socialtjänstlag har påbörjats. IFO har deltagit i studien *Nationell uppföljning av socialtjänstens omställning* (NUSO) som består av tre delstudier. IFO har medverkat i två av dessa studier.

Delstudie 1 avsåg barnavårdsutredningar. Under 2024 följde kommunerna upp samtliga barnavårdsutredningar som avslutats mellan 1 oktober 2023 och 31 mars 2024. Under våren 2025 ska en uppföljande studie göras av de barn som fått minst en biståndsbedömd insats.

Delstudie 2 avsåg insatser utan bistånd. Syftet var att följa upp i vilken omfattning barn, unga och familjer tar del av icke biståndsprövade insatser, och hur mycket personalresurser socialtjänsten lägger på förebyggande insatser utan biståndsprövning.

4.1.2 Individbaserad systematisk uppföljning, ISU

Inom enhet vuxen och enhet råd stöd och behandling har arbetet med Individbaserad systematisk uppföljning (ISU) utvecklats under året. ISU handlar om att dokumentera och mäta arbetet med enskilda brukare och sammanställa informationen på gruppnivå i syfte att utveckla och förbättra verksamhetens kvalitet. Att systematiskt följa upp och utveckla verksamheten och därigenom

bygga lokal kunskap är centralt i utvecklingen av en kunskapsbaserad socialtjänst. Målsättningen är att sprida kunskap och arbetssätt inom hela Individ- och familjeomsorgen.

4.1.3 Samverkan

Arbete och integration (AoI) har i samarbete med Kultur- och fritidsförvaltningen och Studieförbundet startat ett etableringscentrum för att på ett mer lättillgängligt sätt ge stöd och vägledning i samhällsfrågor.

4.1.4 Bostad först

Metoden *Bostad först* har utvecklats ytterligare under året och gemensamma arbetssätt och rutiner har tagits fram tillsammans med Bostadsbolaget. Metoden är ett verktyg i arbetet med att förhindra hemlöshet.

4.1.5 Implementering av ungdomslotsar och SSPF

Arbetet med ungdomslotsar och SSPF har implementerats i samverkan med utbildningsförvaltningen, kultur- och fritidsförvaltningen och polisen. Ungdomslotsar och SSPF är viktiga delar i det förebyggande arbetet och att möta barn och ungdomar tidigt. Förvaltningens SSPF-koordinator och det framgångsrika arbetet i Mjölby väcker intresse i flera kommuner i Sverige och koordinatören får med regelbundenhet föreläsa för andra om hur SSPF tagits fram och byggts upp i vår kommun.

4.1.6 Avhopparverksamhet

Arbetssätt och processer har under året tagits fram för att kunna möta avhoppare. Nätverk har skapats med kommunerna i Västra länsdelen och polisen. Mjölby kommun var tidigt ute och den framtagna processen har delgetts övriga kommuner.

4.1.7 Skolfam

Skolfam är en frivillig och förebyggande insats där socialtjänst, skola och familjehem samarbetar med fokus på att stärka barnets skolresultat. Skolfam-teamet består av psykolog, specialpedagog, barnets socialsekreterare och familjehemssekreterare, som har ett nära samarbete med barnet, barnets skola och familjehemsföräldrarna. Under året har skolfam i Mjölby kommit att också omfatta barn i förskoleåldern, Förfam. Förfam är ett sätt att utveckla arbetet med

Skolfam och kunna börja ännu tidigare med det förebyggande arbetet redan i förskolan.

4.1.8 Team hemmaplan

Inför hösten 2024 fattades beslut om att starta *Team hemmaplan* med syfte att möta barn, ungdomar och familjer i ett tidigt skede med målsättningen att undvika placering men också kortare placeringstid om placering varit nödvändig. Teamet arbetar med intensivt stöd i hemmet. En verksamhetsbeskrivning har tagits fram, medarbetare har anställts och mycket kunskapsinhämtning och omvärldsbevakning har skett under hösten.

4.1.9 Omorganisation boendestöd

I november flyttades boendestöd socialpsykiatri över till IFO. Ett led i att skapa en större utförardel inom IFO som nu består av Dacke stödboende, boendestöd och Team hemmaplan. Det skapar möjlighet för fortsatt utveckling av stödet till de vi möter.

4.1.10 Samverkan mellan myndighet och hemtjänstutförare

Samverkan mellan biståndshandläggare på myndighet och utförare inom hemtjänsten har utvecklats under året. En arbetsgrupp har med stöd av verksamhetsutvecklare arbetat med specifika frågeställningar på uppdrag av verksamhetschefer. Syftet har varit att skapa samsyn och samarbete utifrån ett brukarperspektiv.

4.1.11 Felaktiga utbetalningar, FUT, ekonomiskt bistånd

I januari anställdes en FUT-handläggare och enhet Vuxen har tagit fram en tydlig process och rutin för arbetet med felaktiga utbetalningar (FUT). FUT-handläggaren samt en socialsekreterare i mottagningen deltar i FUT-nätverket i Östergötland där de utbyter idéer och arbetssätt. Av stor vikt är det förebyggande arbetet med ordentliga grundutredningar baserade på rutiner, riktlinjer och ett systematiskt utredningsarbete. Ett arbete som förbättras och utvecklas kontinuerligt.

4.1.12 Utbetalning av ekonomiskt bistånd

Under året har utbetalningsrutinerna för ekonomiskt bistånd utvecklats för att undvika akuta och dyra lösningar i form av rekvisitioner. Nu sker utbetalningar av ekonomiskt bistånd samma dag direkt till personens konto vilket medför

minskad administration, minskade kostnader och har skapat mervärde för våra medborgare.

4.2 Äldreomsorg/särskilt boende (SÄBO)

4.2.1 Måltider

På våra särskilda boenden har ett gemensamt fokus under året varit levande måltider vilket har genererat i nya och mer salutogena rutiner med enhetsanpassade checklistor. Enheterna strävar efter att de boende ska vara så delaktiga som möjligt i att själva ta för sig av mat och dryck, att delta mer aktivt i måltiden. På Folkungagården har de boende fått möjlighet att odla vilket medfört en måltid med flera ingredienser vilket varit till stor tillfredställelse för både boende och medarbetare.

4.2.2 Dacke korttidsboende

På Dacke korttidsboende har tvättstugor byggts om som förbättrar följsamhet till rutiner gällande smittskydd och hygien. Vissa medarbetare har blivit våningsplacerade för att förbättra kontinuiteten, stärka patientsäkerheten och förbättra arbetsmiljön. Under året har Dacke anställt en undersköterska med särskilt rehabiliteringsansvar som ger brukare bättre möjligheter till träning och rehabilitering och därmed öka chanser till hemgång.

4.2.3 Korttidsprocessen

Under hösten har verksamhetsutvecklare på uppdrag av verksamhetschef, gjort en kartläggning av korttidsprocessen som resulterat i flera identifierade förbättringsområden. Det framkom bland annat att ett arbete behöver göras vad gäller utskrivningsprocessen från slutenvård till korttidsboende samt från korttidsboende och hem till ordinärt boende. Hur det fortsatta arbetet kommer se ut ska fastställas under våren 2025 då även arbetet med förbättringsområdena kommer att påbörjas.

4.2.4 Utbildningar

Inom särskilt boende har arbetet med Senior alert startats upp genom utbildning och påbörjade skattningar med teamet.

Hygienutbildningar har genomförts på enheterna med tillhörande hygienskattningar.

Diverse utbildningar utöver ovan nämnda har genomförts som exempelvis munvård, HLR, brandutbildningar, IBIC, BPSD.

4.3 Hemtjänst/ordinärt boende

4.3.1 Trygghetsvärdar och mötesplatser

Förvaltningen fick under 2024 ett uppdrag av omsorgs- och socialnämnden att utreda en omorganisering av bemanningen av trygghetsvärdar på våra trygghetsboenden samt mötesplatser för äldre. Nämnden beslutade därefter att minska bemanningen av trygghetsvärdar från sju årsarbetare till fem årsarbetare. Utvärdering av förändringen kommer att göras under 2025.

De fem trygghetsvärdarna genomför aktiviteter på kommunens trygghetsboenden och mötesplatser. Kultur- och fritidsförvaltningen driver mötesplatsen Zenit. Trygghetsvärdarnas uppdrag är att på olika sätt motivera och stimulera kunder enskilt och/eller i grupp till att bibehålla förmågor utifrån ett salutogent förhållningssätt. Som trygghetsvärd är förmågan att se hela människan och dennes behov utifrån både fysiska, psykiska och sociala aspekter viktigt. Exempelvis erbjuds gäster som flyttar in på trygghetsboende ett välkomstsamtal för att skapa en kontakt och påbörja ett förtroende som krävs för det fortsatta salutogena arbetet. Trygghetsvärdarna arbetar med ABC-modellen för god psykisk hälsa och försöker inspirera kommuninvånare att vara aktiv, uppleva social gemenskap och ha syften och mål i livet. Det är ett samarbete med Region Östergötland som har tagit initiativet för att främja psykisk hälsa i befolkningen. Metoden är inspirerad av metoden Act Belong Commit (ABC) som har sitt ursprung i Australien.

4.3.2 Trygg och säker i hemmet

Arbetet kring insatsen *Trygg och säker i hemmet*, som påbörjades under 2023, har varit i fokus även under 2024. Arbetsgruppen bestående av representanter från både myndighet och hälso- och sjukvårdsenheten har träffats regelbundet. Arbetet har genomförts med stöd av verksamhetsutvecklare, och mynnat ut i flera aktiviteter som bland annat syftar till att öka samverkan i förvaltningen vid komplexa hemgångar samt att utveckla arbetssättet. Arbetet kommer fortgå

under våren 2025 med fokus på att implementera en ny rutin gällande teamträffar.

4.3.3 Aktiv vardag

Aktiv vardag inkluderar tre fokusområden med syfte att arbeta förebyggande gentemot målgruppen äldre i ordinärt boende. Dessa fokusområden är Fallförebyggande hembesök, samverkan rehab och bistånd samt samverkan rehab och hemtjänst. Verksamhetsutvecklare har under hösten 2023 och våren 2024 lett en arbetsgrupp bestående av de tre arbetsterapeuter som arbetar i hemsjukvård i ordinärt boende tillsammans med enhetschef för Hälso- och sjukvårdsenheten (HSE). Arbetet har bland annat syftat till att stärka arbetsterapeutens roll att arbeta förebyggande istället för rehabiliterande och/eller behandlande. Ett annat mål har varit att utveckla arbetsmaterial och arbetssätt gällande hembesök och det arbetet är nu implementerat och klart.

4.4 LSS

4.4.1 Hälsan spelar roll

En grupp av medarbetare har samverkat under året för att öka individers intresse och nyfikenhet för hälsa. En dag arrangerades med detta tema. Planering framåt i "Hälsan spelar roll" är att erbjuda gemensamma promenader en eftermiddag i veckan som har kommit att kallas för "Vårpeppen". Implementering av "Vårpeppen" sker under våren 2025

4.4.2 Boet

Boet, som är ett digitalt verksamhetsstöd där man arbetar för individens självständighet och delaktighet, har implementerats på tre gruppboendestäder under 2024. Verktöget syftar till att förbättra kvaliteten och öka delaktigheten i insatserna. Det är också en viktig del i verksamhetsområdets digitaliseringsresa. Boet är ett pedagogiskt och digitalt stödverktyg som stärker självständigheten och möjligheten att fatta egna beslut för personer inom LSS. Det gör genomförandeplanen lättillgänglig och uppdaterad för både brukare och personal, vilket skapar tydlighet och trygghet i hur insatser ska utföras. Brukaren får stöd enligt planen på ett likvärdigt sätt av alla medarbetare – även vikarier. Verktöget är inte bara ett stöd för individen eller ett planeringsverktyg för personalen, utan en resurs för hela verksamheten. Boet förenklar det

systematiska kvalitetsarbetet och säkerställer att rätt stöd ges, på rätt sätt och vid rätt tidpunkt. Planen för 2025 är att Boet ska användas på fler enheter, samt att det ska vara ett självklart verksamhetsstöd från start när nya verksamheter öppnas kommande år.

4.4.3 Samverkan med myndighet

Enhetschefer LSS/Socialpsykiatri har haft samverkansmöte med enhetschef myndighet, förste handläggare och övriga handläggare två gånger under 2024. På samverkansmötena har det diskuterats matchning och behov. Dessa samverkansmöten har skapat en bättre förståelse, dialog och samsyn utifrån hur verksamheten på bästa sätt kan ta emot nya personer. Diskussioner om matchning har även handlat om eventuella omflyttar inom verksamheterna för att hitta så bra boendelösningar som möjligt för de som bor i våra verksamheter.

4.4.4 Studiecirkel

Inom daglig verksamhet har studiecirkel för personal anordnats under året. Genomförandet skedde i tvärgrupper mellan verksamheterna. Studiematerialet "Att utveckla den dagliga verksamheten från socialstyrelsen" har använts. Mellan tillfällena har deltagare involverats i olika frågeställningar. Fokusområden som belystes var grundläggande principer inom LSS, delaktighet, kvalitet, kommunikation och samverkan.

4.4.5 Avveckling av gruppbostad

För att bygga för framtiden och utifrån behovet av fler korttidsplatser för barn och unga inom LSS, avvecklades gruppbostad Gräsvägen under våren 2024. Under hösten påbörjades iordningställande och renovering av Gräsvägens lokaler som har varit nödvändiga att genomföra innan inflytt, och kommer stå klart för nyöppnande under våren 2025. För att höja kvaliteten på korttidsverksamheten Villerkulla var det nödvändigt att dela upp verksamheten mellan barn och unga på olika adresser.

4.5 Hälso- och sjukvård

4.5.1 Demensomsorgen

Inom demensomsorgen har en del olika förbättringsområden pågått under 2024. Exempelvis påbörjades arbetet med en ny *Levnadsberättelse* under året och den beräknas vara klar under våren 2025.

Demenssjuksköterska har erbjudit kompetensutveckling inom olika områden såsom LSS och korttidsboende. På två LSS-boenden har medarbetare fått utbildning i demenssjukdomar. På Dacke korttidsboende utformades utbildning i demens i flera steg. Först fick medarbetare enskilt genomföra webbutbildning Demens ABC. Därefter utfördes två utbildningstillfällen av demenssjuksköterska.

Demenssjuksköterska har deltagit på samverkansmöten med Treklövern's dagverksamhet var femte vecka under året. Med på mötena har även representanter från hemtjänstens demensenhet, Hemstöd, varit. Under året har dagverksamheten utvecklats och man har börjat jobba mer multiprofessionellt då arbetsterapeut och sjuksköterska blivit mer involverade i verksamheten.

Under 2024 Certifierades Änggårdens och Folkungagårdens demensavdelningar av VPP Demens. Båda på nivå brons.

4.6 Samtliga

4.6.1 Projekt verksamhetsdata

Projektet *Gemensam verksamhetsdata* har genomförts under året. Projektet som har letts av ekonomistrateg på KSF har haft förvaltningens ledningsgrupp som styrgrupp och i arbetsgruppen har representanter från samtliga verksamhetsområden deltagit.

Den gemensamma nyttan har bestått i huvudsak av tre områden:

- systematisk datainsamling på olika nivåer för ett gemensamt beslutsstöd till enhet, verksamhet och nämnd
- beslutsstöd ska vara kvalitetssäkrade och kunna ligga till grund för beslut och vägval
- data ska vara tillgängliga i rapporter så att respektive chef samlat kan styra, följa upp och analysera sin verksamhet.

Projektets uppdrag har varit att ta fram en gemensam metodik för verksamhetsdata för omsorgs- och socialförvaltningen. Metodiken innefattar syfte, rapportering, datainsamling och källa samt ansvar och roller för vem som tar fram, analyserar och rapporterar data.

4.6.2 Kvalitetsledningssystemet

Förvaltningen har under 2024 tillsatt en projektledare som tillsammans med stödfunktioner och deltagare från respektive verksamhetsområde driver utvecklingsarbetet med att tillgängliggöra och digitalisera kvalitetsledningssystemet. Projektet pågår till och med sommaren 2026.

Kvalitetsledningssystemets syfte är att möjliggöra för chefer i verksamheten att leda arbetet samt stötta medarbetarna i deras dagliga arbete, samt aktivt arbeta med förbättringar och följa upp verksamhetens kvalitet löpande.

I nuläget saknar förvaltningen ett digitalt system/verktyg för att tillgängliggöra fastställda principer för ledning av verksamheten samt stöd i arbetet för ledning, stöttning, förbättring och uppföljning.

Målsättningar med ett tillgängligt och digitalt kvalitetsledningssystem är att öka medarbetarnas, stödfunktionernas och chefernas möjligheter att på ett snabbt och lätt sätt komma åt och använda rutiner och standardiserade arbetssätt. Med möjlighet för medarbetaren via sin smartphone, surfplatta eller dator lätt komma in i kvalitetsledningssystemet sparas tid, den information som är aktuell i situationen kan direkt användas och insatsens utförande säkerställas. Risken för att felaktigheter och avvikelser uppstår minimeras.

Projektet ska ta fram en långsiktig målbild för utvecklingen av kvalitetsledningssystemet och fastställa en struktur för det digitala kvalitetsledningssystemet samt kartlägga pågående arbeten med att tillgängliggöra rutiner, dokument, mallar etc. och ta ett samlat grepp kring det. Projektet ska även synliggöra och tillgängliggöra kvalitetsledningssystemet och utforma en arbetsordning för framtida förvaltning/drift av ledningssystemet.

4.6.3 Omställning till ny socialtjänstlag och Nära vård

För att hålla ihop arbetet och stötta förvaltningen i omställningen till ny Socialtjänstlag har en utvecklingsledare anställts under året. Som komplement

till detta har en verksamhetsutvecklare med IFO-kompetens rekryterats för att leda utvecklingsprocesser och kvalitetsarbete kopplat till omställningsarbetet.

Omställningen till ny socialtjänstlag är starkt knutet till omställningen till Nära vård, där det inom förvaltningen finns en processledare. Nära vård handlar om en mer tillgänglig och närmare vård med utgångspunkt från individens behov. Alla utvecklings- och kvalitetsarbeten genomsyras av Nära vårds-konceptet.

4.6.4 Individens behov i centrum, IBIC

Ett gemensamt och förvaltningsövergripande arbete har varit att fortsätta implementeringen av IBIC och att förbättra kvaliteten av de genomförandeplaner som upprättas tillsammans med den enskilde vid utförande av insatser. I detta arbete har den nationella värdegrunden och dokumentation har varit viktiga parametrar att ta hänsyn till. Verksamheterna har kommit olika långt i arbetet, men manualer och arbetssätt för upprättande av genomförandeplaner har arbetats fram och implementering i verksamheterna pågår.

4.6.5 Bemanningsprojektet

Enhetschefer samt administrativa funktioner inom verksamhetsområdena hemtjänst, äldre och LSS har under 2024 anslutits till ett bemanningsprojekt som ska leda till en effektivare bemanningsplanering. Projektet pågår även under 2025 och syftar till att vid schemaläggning öka verksamheternas kundfokus. Målet är att genom att rikta resurser rätt, öka kvaliteten i verksamheterna.

4.6.6 Rehabiliterande förhållningssätt

Ett pilotprojekt gällande rehabiliterande förhållningssätt har genomförts under året på tre särskilda boenden. Rehabiliterande förhållningssätt handlar om att våra brukare ska få bibehålla sina förmågor så länge som möjligt vilket ger ökad självkänsla och upplevd hälsa. Att ha ett rehabiliterande förhållningssätt ger individerna större delaktighet i omvårdnadsarbetet.

4.6.7 Funktionshinderpolitisk plan

Under hösten har en ny funktionshinderpolitisk plan med tillhörande stödmaterial framtagits i förvaltningen. Planen har antagits både i nämnden och på kommunövergripande nivå. Syftet med planen är att ge stöd i att beakta det

funktionshinderpolitiska perspektivet i alla verksamheternas planering. Planen är publicerad på mint och ett implementeringsarbete ska påbörjas under 2025.

4.6.8 Riktlinje välfärdsteknik

I april fattade omsorgs- och socialnämnden beslut om att anta riktlinje för välfärdsteknik. Riktlinjen ska säkerställa systematiskt användande av välfärdsteknik i enlighet med gällande lagstiftning. Riktlinjen förtydligar definitionen av välfärdsteknik samt fastställer ansvar och befogenheter. Syftet med den är att kvalitetssäkra och ge stöd till kommunala och externa utförare i kommunen.

Utifrån riktlinjen fortgår arbetet med att förtydliga rutiner och arbetssätt. Alla enhetschefer inom omsorgen har kompetensutvecklats när det gäller samtycke och tvångs-, begränsnings- och skyddsåtgärder som en del i det förvaltningsövergripande arbetet. I december genomfördes även en kompetensutvecklande workshop med alla IBIC-ombud från verksamheterna inom samma område.

4.6.9 GPS

Under 2024 har ett rutinarbete pågått för att uppdatera och revidera kommunens handhavande av GPS, vilket faller inom riktlinjen för välfärdsteknik. Riktlinjen tydliggör att GPS till enskilda ska ingå som en del av omvårdnaden men kräver teamsamverkan och riskbedömning för att säkerställa behovet av GPS.

4.6.10 Språktester vikarier

Det görs olika satsningar för att utveckla språkkompetensen hos medarbetare inom förvaltningen. Under december 2023 startades ett pilotprojekt med en dokumentationsutbildning för språksvaga. Utbildningen vände sig till medarbetare som behövde extra stöd i det svenska språket och blev oerhört uppskattad av de cirka 30-tal medarbetare som genomgick den.

Utöver detta har förvaltningen även infört språktester vid nyrekrytering för att lättare kunna stötta medarbetare som har behov av att utveckla sin språkkompetens för att klara arbetet. Under våren genomfördes cirka 190 språktester.

4.6.11 Handslag för digitalisering

”Kommungemensamt handslag för välfärdsutveckling genom digitalisering” handlar om att kommuner, Sveriges kommuner och regioner (SKR), Adda och Inera har gått samman kring konkreta digitaliseringsinitiativ. Under 2023 genomfördes flera träffar på nationell nivå för att skapa dialog om innehållet i initiativen. Resultatet blev handslaget samt en handlingsplan som presenterade 13 konkreta initiativ inom områden som socialtjänst, skola, grundläggande infrastrukturella förutsättningar och kompetensförsörjning inom digitalisering. Varje kommun fick möjligheten att "peka ut" vilka initiativ som de ser som mest angelägna. Mellan juni och september 2024 har kommunerna fått ta del av erbjudanden för fyra av initiativen.

Mjölby kommun har valt att ansluta sig till fyra av initiativen varav ett handlar om breddinförande av vissa välfärdstekniska lösningar. Handslaget för välfärdsutveckling genom digitalisering är ett sätt för kommunen att tillsammans med SKR och andra kommuner skapa en gemensam agenda och utvecklingsplan för digitalisering.

Under hösten har enheten för bemanning och välfärdsteknik (EBV) tagit fram en försörjningsstrategi utifrån antalet hemtjänstkunder, vilka typer av insatser de har och hur dessa kan verkställas digitalt. Utifrån detta kan graden av införande av de olika tekniska lösningarna bedömas och en analys göras kring prioriteringar framåt för att klara demografiska och resursmässiga utmaningar.

4.6.12 Hantering av synpunkter och klagomål OSF

Inkomna synpunkter är en viktig del i omsorgs- och socialförvaltningens kvalitetsarbete. Det finns en kommunövergripande digital plattform för synpunkter och klagomål, Infracontrol. På plattformen kan kommuninvånaren lämna en synpunkt eller ett klagomål som sedan skickas vidare till respektive förvaltning. Det saknas dock rutiner och stöddokument för den specifika hanteringen inom omsorgs- och socialförvaltningen. Under 2024 har verksamhetsutvecklare påbörjat ett arbete i att tydliggöra synpunktshanteringen. Inkomna synpunkter och klagomål kommer under 2025 hanteras samlat i verksamhetssystemet Lifecare istället för i diarieföringssystemet LEX. Målet är att öka andelen synpunkter och klagomål för att skapa underlag för kvalitetsarbetet som bedrivs i förvaltningen.

4.6.13 Processer

Under året har det processorienterade förhållningssättet fortsatt att präglade kvalitetsarbetet. I processverktyget 2c8 har ett flertal processer tagits fram. Nedan beskrivs dessa processer och hur implementeringen går till.

4.6.13.1 Process för hantering av ärenden i Topdesk

Processen beskriver hur förvaltningen hanterar ärenden som inkommer till Topdesk. Det är ett digitalt ärendesystem som finns på Mint där medarbetare kan skicka in förslag till förbättringar/förändringar som gäller arbetssätt, utvecklingsområden m.m. Till exempel en ny process av uppstart av nytt boende eller en ny funktion i verksamhetssystem.

4.6.13.2 Process för Arbetsgång trygghetsskapande teknik-insats

Processen visar hur förvaltningen hanterar en individs behov av trygghetsskapande insats. Från ansökan om insats tills att behovet har tillgodosetts.

4.6.13.3 Process för OSF Krisstabsarbete

Processen beskriver förvaltningens hantering av en extra ordinär händelse som uppstår i verksamheten. Det framgår tydligt hur förvaltningen ska organisera sig och vem som gör vad.

4.6.13.4 Process för bemanning /schema

Processen beskriver hur verksamheterna planerar sin bemanning och medarbetarnas schemaperioder. Samt hur bemanning och schema följs upp och analyseras inför nästa period.

4.6.13.5 Implementering av processer/rutiner

Processerna arbetas fram av olika arbetsgrupper och skickas sedan på remiss till berörda personer. När en process/rutin är klar publiceras den i processverktyget på Mint och ska finnas att hitta i kvalitetsledningssystemet som är under uppbyggnad. Därefter presenteras den på ett Kvalitetsforum för chefer samt verksamheternas ledningsgrupper för vidare implementering i organisationen. Den kan även publiceras på Mint som en nyhet och i förvaltningens månadsbrev.

5. Systematiskt kvalitetsarbete

5.1 Synpunkter och klagomål

Synpunkter och klagomål är en viktig del i omsorgs- och socialförvaltningens kvalitetsarbete. I första hand hanteras varje synpunkt eller klagomål i aktuell verksamhet, av verksamhetschef eller enhetschef enligt kommunövergripande rutiner för klagomålshantering.

Under 2024 har totalt 33 synpunkter och klagomål registrerats för förvaltningen varav 13 avsåg IFO, 6 SÄBO, 3 LSS, 7 hemtjänst och 3 förvaltningsövergripande. Synpunkterna och klagomålen har berört områden såsom bemötande, verkställighet av insatser, beslut och handläggning, lokaler samt information och kommunikation.

Samtliga klagomål besvaras muntligt eller skriftligt, förutsatt att den klagande inte är anonym.

5.2 Avvikelser

Avvikelser är ett samlingsbegrepp för händelser som har lett till, eller kunnat leda till fel eller brister i vård, omsorg och socialtjänst. En negativ händelse är en händelse som har lett till konsekvenser. I utförandet av insatser enligt SoL, LSS eller HSL är avvikelser det som uppstår när verksamheten inte når tillräcklig kvalitet, det vill säga inte efterlever krav och mål i föreskrifter eller beslut, eller om personalen inte arbetar i enlighet med exempelvis genomförandeplaner eller arbetsrutiner. All personal som är anställd inom nämndens verksamheter är skyldiga att rapportera avvikelser och den som är ansvarig chef är skyldig att utreda dessa. Ansvarig chef är även skyldig att utbilda sin personal i avvikelsearbetet.

Under året har riktlinjer för avvikelsehantering antagits av omsorgs- och socialnämnden och en rutin för hantering av missförhållanden/lex Sarah har färdigställts och implementerats i verksamheterna. I samband med detta har även en avvikelseprocess framtagits som visar hela flödet från att en rapport upprättas till att det skapas ett lärande i organisationen genom kvalitetsförbättringar.

5.3 Lex Sarah

Alla som arbetar i verksamheter som bygger på socialtjänstlagen (SoL) eller lagen om särskilt stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS), ska rapportera missförhållande eller påtaglig risk för missförhållande enligt lex Sarah. Rapporteringsskyldigheten är till för att komma tillrätta med brister i verksamheten, utveckla kvaliteten och förhindra att liknande missförhållanden uppstår igen.

Under 2024 rapporterades totalt 14 avvikelser i form av missförhållanden eller risk för missförhållanden enligt bestämmelserna om lex Sarah. 4 av dessa händelser anmäldes till Inspektionen för vård och omsorg, IVO, då dessa bedömdes utgöra allvarligt eller påtaglig risk för allvarligt missförhållande. Ett par av händelserna utgjorde även personuppgiftsincidenter som parallellt anmäldes till Integritetsskyddsmyndigheten, IMY.

6. Resultat

Ett systematiskt uppföljningsarbete genomförs i förvaltningen för att kunna visa resultat. Det är grunden till kvalitetssäkring av verksamheterna och ett underlag till förbättringsarbete och lärande i organisationen. Uppföljning behöver genomföras på olika sätt och på alla nivåer; förvaltningsövergripande, inom verksamhetsområdet och på respektive enhet.

När olika resultat har sammanställts behöver uppgifterna analyseras och eventuella åtgärder tas fram som sedan följs upp.

6.1 Måluppfyllelse

2024 års uppfyllelse avseende kommunfullmäktiges mål till nämnden, nämndspecifika mål samt särskilda satsningar, redovisades i tertiäluppföljning 3/årsbokslutet 2024.

För ytterligare information hänvisas till årsbokslut för 2024.

6.2 Internkontroll

2024 års internkontrollplan bestod av fyra moment, se tabell nedan.

Kontrollmoment	Status
Kontroll av att Mjölby kommuns program för uppföljning av privata utförare följs	Genomfört
Rapportering av delegationsbeslut till nämnd/ styrelse	Genomfört
Utbetalning av ekonomiskt bistånd	Genomfört
Digitalisering av socialtjänstens insatser	Genomfört

Nämnden var nöjd med resultatet av genomförd internkontroll avseende systematisk uppföljning av de privata utförarna. Uppföljning sker tre gånger per år med syfte att bevaka följsamhet till avtal och lagstiftning, förordningar och föreskrifter.

Vad gäller internkontrollmomentet rapportering av delegationsbeslut till nämnd, är nämnden överlag nöjd med resultatet. Uppföljningen visar att delegationsbeslut i form av anställningar direkt underställd verksamhetschef har avsevärt förbättrats efter halvårsskiftet 2024 vilket nämnden är nöjd med.

Nämnden är nöjd med resultatet av genomförd internkontroll avseende felaktiga utbetalningar av ekonomiskt bistånd. Under 2024 har enhet Vuxen arbetat fram rutiner och arbetssätt för att undvika felaktiga utbetalningar, och dessa har även implementerats.

Resultatet av granskningen avseende arbetssätt och reservrutiner för utvalda digitala tjänster är nämnden nöjd med då den visar att det finns arbetssätt och reservrutiner framtagna. De granskade tjänsterna är trygghetslarm och digitalt tillsyn.

6.3 Öppna jämförelser

Omsorgs- och socialförvaltningen deltar årligen i Socialstyrelsens Öppna jämförelser och resultatet presenteras i Kolada. Resultatet används för att ringa in förbättringsområden inom äldreomsorg, funktionshinderomsorg, individ- och familjeomsorg samt kommunal hälso- och sjukvård.

[I statistikverktyget Kolada kan du läsa mer.](#)

6.4 Tillsyn av Inspektionen för vård och omsorg

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) har under året haft åtta aktiva tillsynsärenden inom omsorgs- och socialnämndens verksamheter.

Det har varit fyra tillsynsärenden avseende ej verkställda beslut. Det vill säga individbeslut enligt SoL eller LSS som nämnden inte har kunnat verkställa i tid. Dessa beslut har rapporterats till IVO, vilket är anledningen till att tillsyn har gjorts.

Under hösten 2023 genomförde IVO inspektioner på Kungsvägens HVB och Dacke stödboende. IVO upptäckte brister i båda verksamheterna och beslutade i början av 2024 att nämnden skulle vidta åtgärder för att undanröja bristerna. IVO avslutade båda ärendena under 2024 då nämnden vidtagit relevanta åtgärder för att komma till rätta med bristerna.

IVO beslutade att avsluta tillsynsärendet gällande gruppboenden Rustningsgatan under 2024. En tillsyn som IVO inledde efter ett mottaget klagomål år 2021. IVO bedömde att nämnden hade genomfört och kommer att genomföra åtgärder för att komma till rätta med bristerna i verksamheten. IVO har meddelat att de kan komma att följa upp beslutet.

Under 2023 genomförde IVO tillsyn av gruppboenden Slomarps gård. I december 2024 beslutade IVO att nämnden skulle redovisa åtgärder avseende de brister som upptäcktes vid tillsynen. Ärendet är ännu inte avslutat.

6.5 Brukarundersökningar

Brukarundersökningar är viktiga verktyg för att förstå hur brukare upplever kontakten med och stödet från omsorgs- och socialförvaltningen. Genom att regelbundet genomföra dessa undersökningar får man insikter som hjälper till att utveckla verksamheten i dialog med både brukare och personal.

Under 2024 deltog förvaltningen i brukarundersökningen "Vad tycker de äldre om äldreomsorgen", som sammanställs av Socialstyrelsen årligen.

Inom verksamhetsområde LSS genomfördes en egen, lokal brukarundersökning inom daglig verksamhet.

6.5.1 Äldreomsorg – vad tycker de äldre om äldreomsorgen

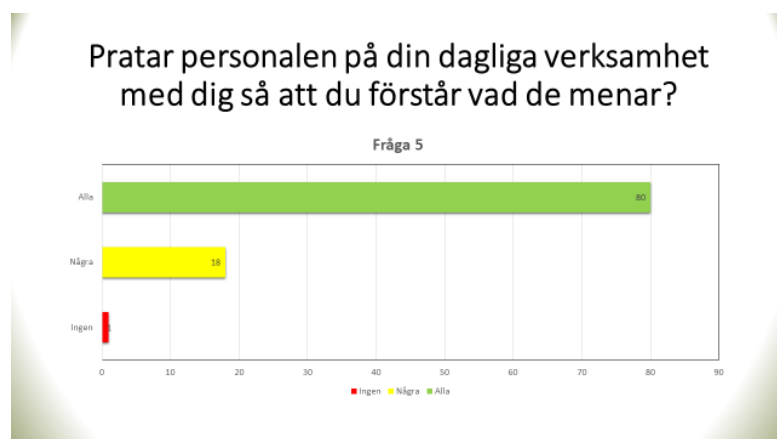
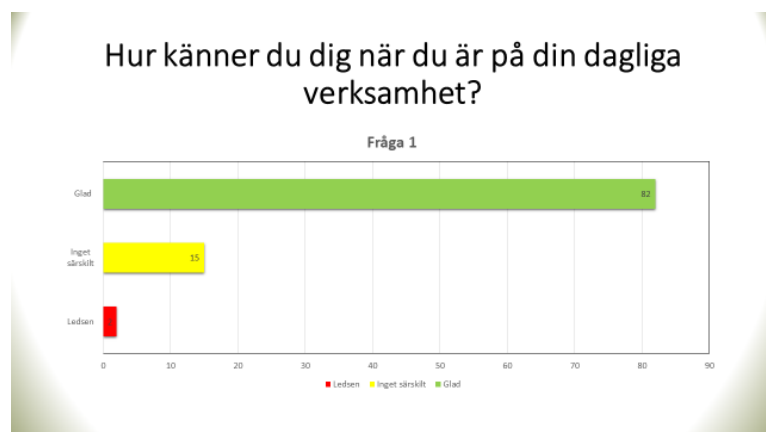
Andelen svarande av de tillfrågade inom hemtjänsten i kommunen uppges vara mellan 40-60 procent. Vad gäller de tillfrågade på särskilt boende i kommunen, svarade 51,9 procent. Hela brukarundersökningen finns att ta del av här:

[Undersökningar | Mjölby kommun](#)

6.5.2 LSS- daglig verksamhet

En brukarundersökning genomfördes inom daglig verksamhet och resultatet används för att arbeta fram mål och åtgärder för 2025.

Bilderna nedan illustrerar delar av resultatet. Brukare som har daglig verksamhet känner sig i hög grad glada när de vistas på sin dagliga verksamhet och kommunikationen med personalen är god.



7. Medarbetarnas medverkan i kvalitetsarbetet

Medarbetarens medverkan i kvalitetsarbetet är en central del i arbetet med att ständigt utveckla förvaltningens verksamheter. Delaktighet behövs i alla led av planering, genomförande, uppföljning och utveckling – både för att tillvarata kompetens och för att öka förutsättningarna att alla arbetar enligt fastslagna processer och styrande dokument. Allt underlag som kommer fram genom riskanalyser, egenkontroller och utredningar av avvikelser ska tas tillvara som underlag för ständiga förbättringar av verksamheterna. I SOSFS 2011:9 6 kap 1-3 § tydliggörs man verksamhetens ansvar att säkerställa att all personal arbetar enligt gällande processer och rutiner. Man lyfter också fram att personalen är skyldig att medverka till hög patientsäkerhet och att delta i verksamheternas kvalitetsarbete.

Medarbetare har varit delaktiga genom olika forum såsom APT och planeringsdagar. Inom våra verksamheter finns olika ombudsroller för vilka det genomförs möten. Det sker även teamträffar och kvalitetsmöten.

7.1 Konkreta exempel på hur medarbetare har varit delaktiga under 2024

Under 2024 har medarbetare varit delaktiga på flera olika sätt i de kvalitetsarbeten och utvecklingsområden som har genomförts och påbörjats.

- Medarbetare med särskilda ombudsroller har haft en viktig roll i kvalitetsarbetet. Det finns exempelvis hygienombud och IBIC-ombud.
- Medarbetare från olika verksamheter har genomgått kompetenshöjande insatser i syfte att höja kvaliteten på insatser som utförs, såsom utbildningar och studiecirkel.
- I arbetet att implementera IBIC i våra verksamheter och kvalitetshöja genomförandeplanerna, har medarbetares delaktighet varit viktig och nödvändig.
- Medarbetares delaktighet kring arbetet att införa rehabiliterande förhållningssätt inom särskilt boende har varit nödvändig.

- Medarbetare har varit delaktiga i projekt såsom samverkan myndighet och hemtjänst samt i arbetsgrupp gällande insatsen Trygg och säker i hemmet.
- Vid uppstart av den nya insatsen Team hemmaplan har medarbetare varit delaktiga.
- Medarbetare har varit involverade i de nationella studier, NUSO, som genomförts under året.
- Medarbetare har en viktig funktion i avvikelsearbetet genom att upprätta och registrera avvikelser när brister uppmärksammas i verksamheten. Detta är en viktig del av kvalitetsarbetet.

8. Framtida möjligheter och utmaningar

Omsorgs- och socialförvaltningen arbetar systematiskt med kvalitets- och förbättringsarbete. Det är viktigt att beakta framtida möjligheter och utmaningar för att kunna fortsätta detta viktiga arbete. Många av de kvalitetsområden som påbörjades under 2024 kommer att fortsätta under 2025 och även flera år framåt.

8.1 Omställning till ny socialtjänstlag

Något som påverkar hela förvaltningen är arbetet med omställningen till ny socialtjänstlag. Vissa delar ska vara på plats redan när ny socialtjänstlag träder i kraft 1 juli 2025. Förvaltningen står inför utmaningen att fortsätta med nuvarande arbetssätt, metoder och insatser samtidigt som omställningen ska leda mot en mer lätt tillgänglig socialtjänst där visst stöd och vissa insatser ges utan biståndsbedömning/utredning och vissa metoder fasas ut och nya kommer till. Det kommer med största sannolikhet att ta tid innan effekten av större fokus på förebyggande och tidiga insatser syns i ett minskat inflöde. Samtidigt ger förändringsarbetet möjligheten att möta personers behov av stöd på ett lättare sätt och med minskad administration.

8.2 Teamsamverkan

Teamarbete mellan olika professioner innebär både utmaningar och möjligheter. Att samverka kring stödet för våra kunder är en möjlighet som är gynnsamt för dem vi möter. Utmaningen består i att kunna samlas frekvent i en verksamhet där det uppstår oplanerade behov som medför att en eller flera professioner behöver prioritera annat än teamarbetet.

8.3 Digitaliseringsresan

En utmaning är att fortsätta arbetet med att införa tekniska och digitala lösningar för en effektivare verksamhet. Detta spänner över hela förvaltningen. Den försörjningsstrategi som framtagits utifrån hemtjänstområdet behöver omfattas, prioriteringar för framtiden behöver göras för att klara demografiska och resursmässiga utmaningar.

8.4 Kvalitetsledningssystemet

Det fortsatta utvecklingsprojektet gällande kvalitetsledningssystemet fortsätter under 2025 och även under delar av 2026. Detta är ett långsiktigt arbete som kräver resurser från alla verksamhetsområden i förvaltningen, vilket är en utmaning med tanke på övriga krav och utvecklingsarbeten som pågår. Detta är dock ett prioriterat område då kvalitetsledningssystemet är ett viktigt verktyg för ledning och styrning av verksamheten, för att rutiner och styrdokument ska finnas lättillgängliga för medarbetare i det dagliga arbetet samt för fortlöpande kvalitetsuppföljning.



Mjölby kommun

Omsorgs- och socialförvaltningen
Omsorgs- o Socialförvaltningen
Telefon: 010-234 50 00
E-post: social@mjolby.se
Burensköldsvägen 11-13, 595 80 Mjölby

Världsvan
& Hemkär