



**Upplands-Bro**

KOMMUNEN SOM GER PLATS

Handlingar till  
Socialnämndens sammanträde  
den 20 februari 2020

# Dagordning

## Beslutsärenden

11 Val av kontaktpolitiker daglig verksamhet . . . . .	3
12 Beslut om förlängd projekttid SIG-Social insatsgrupp . . . . .	9
13 Överenskommelse om fortsatt samverkan mellan Stockholms läns sjukvård . . . . .	12
14 Kvalitetsuppföljning av grupp- och servicebostäder LSS . . . . .	16
15 Redovisning av öppna jämförelser 2019 - våld i nära relationer . . . . .	85
16 Statistikrapport kvartal 4 . . . . .	94
17 Verksamhetsberättelse 2019 - Socialnämnden . . . . .	115

## Rapporter

## Delegationsbeslut

## Anmälningar

Meddelande inför antagande av detaljplan Köpmanvägen (Härnevi 1:71 m. . . . .	134
Protokoll från Överförmyndaren i Järfälla och Upplands-Bro kommuner, . . . . .	137
Meddelande (1/2020) från SKR:s styrelse om Överenskommelse mellan sta . . . . .	143
Cirkulär 2020:05 - En starkare skydd för välfärdssystemen . . . . .	168

Datum 2020-01-27 Vår beteckning SN 19/0008 Er beteckning

Socialnämnden

## Val av kontaktpolitiker daglig verksamhet

### Förslag till beslut

XX och XX utses som kontaktpolitiker till daglig verksamhet.

### Sammanfattning

Sedan beslut om kontaktpolitiker togs den 31 januari 2019 har daglig verksamhet överförs till Socialnämndens verksamhetsområde. Det finns därför två lediga platser som kontaktpolitiker på ovanstående verksamhet som ska tillsättas.

Målsättningen och syftet med att utse kontaktpolitiker är att få bättre kunskap om och inblick i nämndens verksamhetsområden. Som kontaktpolitiker har du även möjlighet att se kopplingen mellan nämndens beslut och resultat/konsekvenser ute i verksamheten. Kontaktpolitikern blir även en av flera kontaktvägar mellan nämnden och brukare/anhöriga.

Besöken ska rapporteras till nämnden muntligt eller skriftligt vid nämndens närmaste sammanträde efter besöket och ersätts med timarvode till högst 8 timmar per ledamot och år. Ytterligare information om uppdraget finner du i riktlinjerna för kontaktpolitiker.

### Beslutsunderlag

- Socialkontorets tjänsteskrivelse den 27 januari 2020

### Barnperspektiv

Att de förtroendevalda besöker verksamheter är viktigt för en förståelse för hur verksamheten fungerar i vardagen men det är även ett sätt för de förtroendevalda att förstå vilken upplevelse en besökare av verksamheten får. Besökare av dessa verksamheter är i många fall barn och ungdomar vilket innebär att uppdrag som kontaktpolitiker även tar hänsyn till barnens bästa.

## Socialkontoret

[Redacted]

Socialchef

[Redacted]

Avdelningschef för kvalitets- och verksamhetsstöd

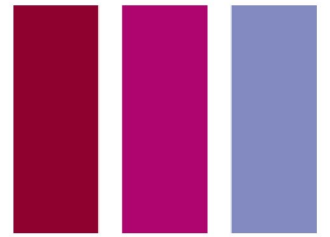
## Bilagor

1. Riktlinjer för kontaktpolitiker

### Beslut sänds till

- Den/ de valda
- Ansvarig handläggare på Socialkontoret





# **Riktlinjer för kontaktpolitiker inom Socialnämndens verksamhetsområde**

Socialnämnden den 2015-04-01

# Innehåll

1	Inledning .....	3
1.1	Uppdraget kontaktpolitiker inom Socialnämndens verksamhetsområde ...	3
1.2	Uppdragsbeskrivning .....	3
1.3	Spontana besök .....	4
1.4	Rapportering .....	4
1.5	Ersättning .....	4

# 1 Inledning

Ett viktigt inslag i Socialnämndens sammanfattande bedömning över utvecklingen i kommunen, är politikernas besök i verksamheterna. Uppdraget som kontaktpolitiker ska även ses som en del av Socialnämndens kontroll av kvalitet i verksamheterna.

## 1.1 Uppdraget kontaktpolitiker inom Socialnämndens verksamhetsområde

Uppdraget kontaktpolitiker inom Socialnämndens verksamhetsområde innebär årliga besök samt kontakter med den verksamhet som Socialnämnden har utsett och där samtala med brukare/anhöriga. Ledamöter och ersättare representerar nämnden och dess beslut under besöket/kontakten oavsett partitillhörighet eller uppfattning i enskild fråga.

## 1.2 Uppdragsbeskrivning

Planering av när besök ska ske bör göras upp med respektive enhetschef (eller dennes företrädare).

Ledamöterna och ersättarna ska under sina besök/kontakter med verksamheten informera om Socialnämndens arbete men även samla in information från den verksamhet som besöks. Syftet med besöken är att ledamöterna och ersättarna ska få en ökad kunskap om, samt inblick i, nämndens verksamhetsområden. Denna kunskap och inblick kan komplettera skriftliga underlag och underlätta vid beslut i nämnden.

Kontaktpolitikern ska även tydliggöra politikerrollen för målgrupp/ verksamhet samt vara en kontaktväg mellan politiker och brukare/anhöriga i ledet för en förbättrad dialog.

När nämndens ledamöter och ersättare uppträder som kontaktpolitiker är det viktigt att de följer ett gemensamt förhållningssätt gentemot målgrupp/verksamheter. Som kontaktpolitiker företräder man Socialnämnden och inte sitt parti. Kontaktytan mellan kontaktpolitikern och verksamheten är inte en politisk arena och ska inte användas för att driva politiska intressefrågor. Samtalen med personalen ska avse verksamheten och inte problemställningar i den löpande verksamheten så som personalfrågor, lokalfrågor och resursfrågor.

En enskild kontaktpolitiker ska inte delta i den löpande verksamheten och kan inte fatta beslut som rör verksamheten.

I konkreta termer kan uppdraget innebära följande:

- Besöka verksamheten, till exempel i form av studiebesök.
- Samtala med brukare/anhöriga i den mån de själva önskar kontakt och dialog.
- Ta del av verksamheternas nedbrutna mål samt dokument som verksamhetsberättelse och verksamhetsplan.
- Återrapportera till Socialnämnden om kontakter och eventuella frågor som tagits upp under besöken.

### 1.3 Spontana besök

Spontana besök av kontaktpolitiker bör ej förekomma. Respektive enhetschef (eller dennes företrädare) ska alltid informeras i förväg om besök som en enskild ledamot eller ersättare ska genomföra.

### 1.4 Rapportering

Efter varje besök/kontakt med verksamheten ska en rapport lämnas in till det närmaste nämndsammanträde efter besöket/kontakten. Denna rapportering kan ske såväl muntligt som skriftligt samt kan lämnas in av en eller flera kontaktpolitiker. En rapport kan till exempel ta upp en kort beskrivning av den besökta verksamheten, allmänna intryck vid besöket och eventuella särskilda frågor som tagits upp i kontakten.

### 1.5 Ersättning

Ersättning utgår med högst 8 timmar/år och ledamot.

Datum 2020-01-16 Vår beteckning SN 17/0104 Er beteckning

Socialnämnden

## Beslut om förlängd projekttid SIG-Social insatsgrupp

### Förslag till beslut

Socialnämnden föreslår Kommunstyrelsen att förlänga SIG-projekt till och med den 31 mars år 2021.

### Sammanfattning

Kommunstyrelsen fattade den 31 januari år 2018 beslut om att bevilja socialnämnden medel ur den sociala investeringsfonden. Socialnämnden erhöll 2 570 000 kronor för att starta upp en social insatsgrupp (SIG) med en projekttid på två år med medel avsatta för hela år 2018 och år 2019. För att arbetet med projektet ska nå uppsatta mål behöver tiden för projektet förlängas. Socialkontoret förespråkar en förlängning av projekttiden till och med den 31 mars år 2021. Medel kvarstår från ursprunglig ansökan varför nya medel inte behöver äskas.

### Beslutsunderlag

- Socialkontorets tjänsteskrivelse den 16 januari år 2020

### Ärendet

Kommunstyrelsen fattade den 31 januari år 2018 beslut om att bevilja socialnämnden medel ur den sociala investeringsfonden. Kommunens sociala investeringsfond finns för att möjliggöra förebyggande arbete för att alla medborgare varaktigt och långsiktigt ska kunna leva goda liv. Investeringarna som sker genom fonden ska ses som ett komplement till den ordinarie löpande verksamheten och främja trygghet, lärande och hälsa för att förebygga risken för arbetslöshet och utanförskap hos kommuninvånarna.

Socialnämnden erhöll 2 570 000 kronor för att starta upp en social insatsgrupp (SIG) med en projekttid på två år med medel avsatta för hela år 2018 och år 2019.

Socialkontoret startade upp projektet med en första anställning först i augusti år 2018 samt ytterligare en i april år 2019. Skäl för den sena starten var vakant tjänst som enhetschef och därmed avsaknad av arbetsledning.

För att arbetet med projektet ska nå uppsatta mål behöver tiden för projektet förlängas. Socialkontoret förespråkar en förlängning av projekttiden till och med den 31 mars år 2021. Medel kvarstår från ursprunglig ansökan varför nya medel inte behöver äskas.

### SIG-Social insatsgrupp

Målgruppen för SIG är ungdomar och unga vuxna mellan 13–29 år som befinner sig i utanförskap och kriminalitet men som är redo att ta emot hjälp för att sluta att begå brott. En social insatsgrupp fungerar som en samverkansplattform mellan lokala aktörer i arbetet med enskilda ungdomar som riskerar att rekryteras till kriminella grupper.

### Utvärdering

Under hösten år 2019 har SIG-projektet utvärderats. Antalet deltagande ungdomar var till en början lågt. I analys, som bland annat har bestått av samtal med ansvarig enhetsledare samt behandlare, kan konstateras att det har tagit tid att sprida information om projektet i kommunen.

Under hösten år 2019 har antalet deltagande ungdomar ökat och vid tidpunkt för utvärdering var två ungdomar inskrivna i projektet. Ytterligare fyra ungdomar befinner sig för närvarande i motivationsfas.

Den kunskap som projektet har givit är att implementering och etablering av nya insatser och arbetsmetoder tar lång tid. Även om projekt ska ha tydliga ramar avseende målgrupp, arbetsmetod och personal krävs viss flexibilitet i utförande. Under ett projekts gång kan ny kunskap leda till nya idéer som är värdefulla att ta tillvara.

Arbetet i projektet fortgår med en projektanställning som planeras att förlängas.

### Barnperspektiv

Den sociala insatsgruppens arbete bidrar till att ge barn och unga en bättre framtid genom att ta fram former för att bryta negativa händelseförlopp och kriminalitet hos målgruppen.

██████████  
Socialchef

██████████  
Avdelningschef

**Beslut sänds till**

- Socialchef
- Avdelningschef utföraravdelningen
- Enhetsledare sociala insatsgruppen/integrationsstöd
- Projektledare/lots SIG-projektet

Datum 2020-02-04 Vår beteckning SN 19/0214 Er beteckning

Socialnämnden

## Överenskommelse om fortsatt samverkan mellan Stockholms läns sjukvårdsområde och Upplands-Bro kommun gällande ungdomsmottagningen i Upplands-Bro

### Förslag till beslut

Socialnämnden beslutar att ingå en överenskommelse mellan Region Stockholm/Stockholms läns sjukvårdsområde och Upplands-Bro kommun om fortsatt samverkan av ungdomsmottagningen i Upplands-Bro.

### Sammanfattning

Ungdomsmottagningen i Kungsängen drivs idag av Upplands-Bro kommun genom ett direktavtal med Region Stockholm. Avtalet innebär bland annat att Upplands-Bro kommun har ansvar för det medicinska och det psykosociala uppdraget. Nuvarande avtal löper ut 2020-12-31.

Region Stockholm och Storsthlm har tillsammans utrett frågan om framtida organisering av ungdomsmottagningar och konstaterat att kommunen inte längre kan vara huvudman för hälso- och sjukvården.

Region Stockholm förordar att ungdomsmottagningar bedrivs av Stockholms läns sjukvårdsområde och kommunens egen regi. Stockholms läns sjukvårdsområde kommer framöver att stå för den medicinska delen och kommunen för den psykosociala (kurator). Socialkontoret delar denna bedömning och förespråkar att ett nytt avtal tecknas som gäller från och med 2021-01-01. Socialkontoret anser även att det är av vikt att ungdomsmottagningen fortsatt har en lokal närvaro i Upplands-Bro kommun, vilket ska framgå i det nya avtalet.

### Beslutsunderlag

- Socialkontorets tjänsteskrivelse den 3 februari 2020

### Barnperspektiv

Ungdomsmottagningen i Kungsängen är en lättillgänglig mottagning som hjälper kommunens ungdomar med diverse frågor som rör till exempel kroppen och känslor vilket bidrar till att ungdomarna har någon att prata med om sina problem och funderingar.



Socialkontoret

[Redacted]

Socialchef

[Redacted]

Avdelningschef kvalitets- och  
verksamhetsstöd

Bilagor

- Önskan om fortsatt samverkan kring ungdomsmottagningarna

Beslut sänds till

- Region Stockholm, Hälso- och sjukvårdsförvaltningen,  
registrator.lsf@sll.se
- Storsthlm

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen  
Närsjukvård  
Barn, Kvinnor, Unga och Asyl

UNGDOMSMOTTAGNING 2021 HSN 2016-0036  
2019-09-12

För kännedom

██████████, ██████████ m

Till

██████████ n  
Socialförvaltningen  
Upplands bro

### **Önskan om fortsatt samverkan kring ungdomsmottagningarna**

Med anledning av beslut från Hälso- och sjukvårdsnämnden ([HSN 2018-0560](#)) kommer vårdavtalen rörande ungdomsmottagningar att ha ändrade förutsättningar inför 2021. Vi hoppas att ni kommunföreträdare är intresserade av en överenskommelse med oss på Region Stockholm!

Under våren 2019 har Hälso- och sjukvårdsförvaltningen tillsammans med Storsthlm samarbetat i en arbetsgrupp<sup>1</sup> med att ta fram förslag på ungdomsmottagningarnas nya uppdrag och avtal. I nuläget har länet 32 ungdomsmottagningar som bedriver gemensam psykosocial respektive medicinsk verksamhet för våra ungdomar<sup>2</sup>. Samtliga av mottagningarna är finansierade av kommun respektive regionen och vi är glada och stolta över det samarbetet! För att vi framöver ska säkra ett gott samarbete har arbetsgruppen påbörjat ett förslag på samverkansöverenskommelse om vilken verksamhet en ungdomsmottagning i vårt län ska bedriva.

Region Stockholm beställer det medicinska uppdraget genom vårdavtal som tecknas med den leverantör som ska utföra uppdraget. Nuvarande vårdavtal går ut 2020-12-31. Inför våra nya vårdavtal ser vi, av juridiska skäl, inte längre någon möjlighet att teckna direktavtal med kommuner eller privata vårdgivare. De juridiska förutsättningarna har utretts av Kommunakuten AB och stämts av med jurister på SKL och Region Stockholm och fokus har främst varit lagstiftning kring upphandling, kompetens och läkarbemanning.

---

<sup>1</sup> Elin Fischer från Storsthlm och Katrin Rekkedal från HSF har sammankallat representanter från flera av länets olika ungdomsmottagningar.

<sup>2</sup> Läs mer om ungdomsmottagningarnas verksamhet i Region Stockholms uppföljningsrapport för 2018 på [www.vardgivarguiden.se/avtal/um](http://www.vardgivarguiden.se/avtal/um)

Region Stockholm har för avsikt att fortsätta driva ungdomsmottagningar tillsammans med kommunerna och föreslår därför två alternativ för det medicinska uppdraget från och med 2021:

- Uppdraget utförs av regionens egna utförare SLSO tillsammans med kommunen.
- Uppdraget utförs av en privat vårdgivare som upphandlas enligt LOU av Hälso- och sjukvårdsförvaltningen i samverkan med er kommun.

Upplands bro kommun har idag ett vårdavtal och är utförare av det medicinska uppdraget vilket betyder det att verksamheten behöver övergå till en ny leverantör, dvs antingen SLSO eller genom en gemensam upphandling. Eftersom en dialog redan är påbörjad med Anna Hollstrand om ungdomsmottagningen i Upplands bro och eventuell samverkan med Järfälla kommun kommer vi fortsätta den dialogen framöver.

Om ni har några frågor kring vårdavtalen och den kommande samverkansöverenskommelsen får ni gärna kontakta ansvarig handläggare på Hälso- och sjukvårdsförvaltningen:

[Redacted]  
[Redacted]  
[Redacted]

Vänliga hälsningar

[Redacted]

Avdelningschef Närsjukvården  
Hälso- och sjukvårdsförvaltningen

Datum 2020-01-16 Vår beteckning SN 20/0025 Er beteckning

Socialnämnden

## Kvalitetsuppföljning av grupp- och servicebostäder LSS

### Förslag till beslut

Socialnämnden godkänner socialkontorets kvalitetsuppföljning avseende grupp- och servicebostäder LSS i egen regi.

### Sammanfattning

Under 2019 genomfördes kvalitetsuppföljningar av Upplands-Bro kommuns nio grupp- och servicebostäder i egen regi. 56 olika punkter följdes upp och medarbetarintervjuer genomfördes i samtliga verksamheter.

Uppföljningarna visar att alla verksamheter överlag har välfungerande arbetssätt och rutiner, det saknas dock i relativt stor omfattning skriftliga rutiner och en struktur för förvaring av dessa. Medarbetarintervjuer bekräftar dock att det finns god kännedom om lokala rutiner och arbetssätt trots att dessa inte finns tillräckligt dokumenterade. I verksamheter där det av olika anledningar finns flera vikarier var kännedomen om arbetssätt och rutiner mer begränsad, vilket bekräftar behovet av förbättringsarbete inom detta område. Vid intervjuerna beskrivs ett arbetssätt som i hög grad bedöms kunna säkerställa att brukarens behov tillgodoses och även rätten till självbestämmande och delaktighet. Sammanfattningsvis är bedömningen att det till viss del saknas ett välfungerande och strukturerat ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Dock arbetar samtliga verksamheter fortlöpande med förbättringsåtgärder.

Granskning av den sociala dokumentationen genomfördes som en del av uppföljningen. Genomförandeplaner saknades för flertalet brukare i nuvarande journalsystem. Detta kan delvis bero på att verksamheterna har ett arbetssätt med så kallade strukturmappar där brukarens behov och önskemål framgår. Detta är ett förbättringsområde för alla verksamheter. Den löpande sociala dokumentationen var dock i alla verksamheter mycket god.

Samtliga verksamheter har fått ta del av resultatet och har därefter arbetat med förbättringsåtgärder gällande de brister som uppmärksammades. Rutinerna som saknades har tagits fram och en ny struktur har byggts upp som är likadan för alla verksamheter. Implementeringsarbete sker fortlöpande. Förbättringsarbete gällande den sociala dokumentationen pågår. Även ett övergripande arbete gällande kvalitetsledningssystem och egenkontroller har initierats.

## Beslutsunderlag

- Socialkontorets tjänsteskrivelse daterad den 16 januari 2020.
- Kvalitetsuppföljningar av samtliga verksamheter som presenteras som bilagor.

## Ärendet

### Genomförande av kvalitetsuppföljningen

Under våren och sommaren 2019 genomfördes kvalitetsuppföljningar av Upplands-Bro kommuns samtliga grupp- och servicebostäder i egen regi. Vid tidpunkten för uppföljningen hade kommunen sju grupp- och två servicebostäder. Kvalitetsutvecklare besökte samtliga verksamheter och träffade enhetschef, enhetsledare och medarbetarrepresentanter. Intervjuer samt granskning av lokala rutiner och andra stöddokument genomfördes. Granskning av social journal genomfördes på distans vid ett annat tillfälle.

Inför uppföljningen arbetades nya uppföljningsmallar fram för att på ett systematiskt och objektivt sätt kunna granska verksamheten. 56 olika punkter följdes upp. Utifrån att nya mallar användes försvåras jämförelse mellan årets och tidigare års resultat.

De nya mallarna är uppbyggda med tydliggörande färgmarkeringar som används i bedömningen av respektive uppföljningspunkt:

- **Grönt** = resultatet överensstämmer helt med kravet
- **Gult** = resultatet överensstämmer delvis med kravet
- **Rött** = resultatet överensstämmer inte alls med kravet/saknas

### Resultat av kvalitetsuppföljningen

Uppföljningarna visar att alla nio verksamheter överlag har väl etablerade och välfungerande arbetssätt och rutiner, det saknas dock i relativt stor omfattning skriftliga rutiner och en struktur för förvaring av dessa. Vid intervjuer beskrivs ett arbetssätt som i hög grad bedöms kunna säkerställa att brukarens behov tillgodoses och även rätten till självbestämmande. Verksamheterna drivs med högt brukarfokus och personalen kan tydligt redogöra för tillvägagångssätt för att säkerställa brukarnas delaktighet. Sammanfattningsvis kan sägas att det, i samtliga verksamheter, till viss del saknas ett välfungerande och strukturerat ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Dock arbetar samtliga verksamheter fortlöpande med förbättringsåtgärder.

Granskningen visar att samma rutiner saknas eller behöver uppdateras inom flera verksamheter. Rutiner kopplat till ny personals introduktion behöver uppdateras tex vad gäller information om yttrandefrihet, tystnadsplikt med mera. Egenkontroller genomförs till viss del i verksamheterna men det finns behov av utveckling av ett strukturerat arbetssätt gällande detta. Några rutiner kopplade till brukarens säkerhet behöver uppdateras.

Medarbetarintervjuer bekräftar dock i hög grad god kännedom om lokala rutiner och arbetssätt trots att dessa inte finns tillräckligt dokumenterade. I verksamheter där det av olika anledningar finns flera vikarier var kännedomen om arbetssätt och rutiner mer begränsad vilket bekräftar behovet av förbättringsarbete inom detta område.

Granskning av den sociala dokumentationen genomfördes som en del av uppföljningen. Genomförandeplaner saknas för flertalet brukare i nuvarande journalsystem. Detta kan delvis bero på att verksamheterna har ett arbetssätt med så kallade strukturmappar (som komplement till genomförandeplanerna) där brukarens behov och önskemål framgår, dessa uppdateras fortlöpande för att säkerställa att insatserna möter brukarens behov och önskemål. Genomförandeplaner fanns även i några verksamheter på andra ställen än i det nuvarande journalsystemet, exempelvis i det gamla journalsystemet. Detta är ett förbättringsområde för alla verksamheter. Den löpande sociala dokumentationen var dock i samtliga verksamheter mycket god.

Nedan presenteras resultatet verksamhetsvis utifrån de 56 bedömningspunkter som granskats. I bifogade bilagor från kvalitetsuppföljningarna framgår vilka delar som saknades inom respektive verksamhet.

*Svartvikens servicebostad*

Gröna	Gula	Röda
25	20	11

*Kyrkvägens servicebostad*

Gröna	Gula	Röda
21	20	15

*Östervägen gruppbostad*

Gröna	Gula	Röda
16	24	16

*Furuhäll gruppbostad*

Gröna	Gula	Röda
24	22	10

*Skytten gruppbostad*

Gröna	Gula	Röda
30	17	9

*Rosa villan gruppbostad*

Gröna	Gula	Röda
24	19	13

*Gula villan gruppbostad*

Gröna	Gula	Röda
28	18	10

*Parkvägen gruppbostad*

Gröna	Gula	Röda
24	26	6

*Kamrervägen gruppbostad*

Gröna	Gula	Röda
24	20	12

**Åtgärder utifrån uppmärksammade brister**

Efter att resultaten presenterades för verksamheterna har ett omfattande förbättringsarbete initierats. De skriftliga rutinerna som saknades har nu upprättats på ett enhetligt sätt i samverkan mellan verksamheterna. De lokala rutiner som går att ha exakt likadana i alla verksamheter har uppdaterats, detta underlättar tex då vikarier går mellan de olika enheterna. Fortsatt arbete med implementering av de nya rutinerna är påbörjat. Verksamheterna har även påbörjat ett utvecklingsarbete gällande genomförandeplanerna, med målsättningen att samtliga brukare ska ha dokumenterade och uppdaterade genomförandeplaner i journalsystemet samt att dessa ska användas som ett stöd i det praktiska arbetet med brukarna.

Ett övergripande arbete med att ta fram ett mer lättillgängligt och verksamhetsanpassat ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete är initierat. Även systemstöd för att dokumentera verksamhetsspecifika egenkontroller är färdigställt och arbete är påbörjat för att analysera samtliga verksamheters ytterligare behov av kontrollmoment.

**Barnperspektiv**

Det finns inga barn som tar del av insatserna i någon av grupp- eller servicebostäderna. Barn kan dock förekomma som besökare. Samtliga verksamheter ska ha rutiner för agerande vid misstanke om barn som far illa vilket efter uppföljningen är säkerställt att samtliga verksamheter har.

[Redacted]

Avdelningschef kvalitet- och  
verksamhetsstöd

[Redacted]

Socialchef

#### Bilagor

1. Kvalitetsuppföljning LSS - Rosa Villan
2. Kvalitetsuppföljning LSS - Gula Villan
3. Kvalitetsuppföljning LSS - Parkvägen
4. Kvalitetsuppföljning LSS - Kamrervägen
5. Kvalitetsuppföljning LSS - Skytten
6. Kvalitetsuppföljning LSS - Östervägen
7. Kvalitetsuppföljning LSS - Furuhäll
8. Kvalitetsuppföljning LSS - Svartviken
9. Kvalitetsuppföljning LSS - Kyrkvägen

#### Beslut sänds till

- Avdelningschef utförarenheten
- Enhetschef och samordnare LSS biståndsenheten
- Enhetschef grupp- och servicebostäder





Sveriges  
Kommuner  
och Landsting

## Uppföljning av krav

	Leverantör		Medelvärde Resultat	
--	------------	--	---------------------	--

### **1. Numrerade krav**

Kraven i förfrågningsunderlag och avtal numreras för att lättare kunna identifieras och eftersökas.

### **2. Krav**

Varje krav i förfrågningsunderlaget, avtalet eller det interna styrdokumentet beskrivs.

### **3. Värdering**

Varje krav värderas och bedöms utifrån hur stor sannolikheten är att kravet inte kommer att uppfyllas och hur omfattande konsekvenserna skulle kunna bli om kravet inte uppfylls. Vikten anges på en tregradig skala där en 3:a innebär stor vikt och en 1:a innebär liten vikt. Numreringen görs för att kunna ställas i relation till resultatet. Värderingen är en subjektiv bedömning utifrån verksamhetens art och omfattning.

1= liten vikt

2= medelstor vikt

3=stor vikt

### **4. Gruppering**

Många förfrågningsunderlag och avtal innehåller ett omfattande antal krav. För att få en bild av vilka krav som ställs kan det finnas behov av att gruppera kraven. Det kan vara krav på leverantören eller på verksamheten. Kraven kan t ex utgå från Socialstyrelsens nationella indikatorer på God vård som kunskapsbaserad och ändamålsenlig hälso- och sjukvård, säker hälso- och sjukvård, patientfokuserad hälso- och sjukvård, effektiv hälso- och sjukvård, jämlik hälso- och sjukvård och hälso- och sjukvård i rimlig tid.

Kraven kan också vara formulerade utifrån process, struktur eller resultat. Detta skulle t ex kunna innebära ett processkrav som krav på rutiner för nyckelhantering, strukturkrav som krav på antal personal och med viss utbildning och resultatkrav som t ex registrering i registrering eller brukarnöjdhet.

### **5. Hur uppföljningen ska genomföras**

Hur kravet ska följas upp måste definieras redan när kravet formuleras. Uppföljningen kan genomföras med olika metoder som t ex besök i verksamheten, brukarundersökningar, registrering i olika register, kollegiegranskningar, oanmälda inspektioner.

### **6. När uppföljningen ska genomföras**

När och hur ofta kraven ska följas upp är beroende av hur stor sannolikheten är att dessa inte kommer att uppfyllas och hur omfattande konsekvenserna skulle kunna bli (riskanalys). En del krav ska kanske därför följas ofta och med stor regelbundenhet medan andra följs upp innan avtalet tecknas eller vid oanmälda besök i verksamheten.

### **7. Vem eller vilken funktion som ska genomföra uppföljningen**

Uppföljningen kan genomföras av olika personer eller funktioner i kommunen eller landstinget som t ex medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS), kontroller, upphandlingsenhet. Uppföljningen kan i andra fall genomföras av den egna enheten och sedan redovisas för beställaren.

### **8. Resultat**

Resultatet överensstämmer helt med kravet.  
Resultatet överensstämmer delvis med kravet.  
Resultatet överensstämmer inte alls med kravet.

### **9. Bedömt resultat på en numrerad skala, 1,2 eller 3**

Resultatet kan värderas på en tregradig skala. Detta blir då en subjektiv bedömning av i vilken omfattning som kravet är uppfyllt.  
Resultat som helt överensstämmer med kravet bedöms som en 1:a.  
Resultat som delvis överensstämmer med kravet bedöms som en 2:a.  
Resultat som inte alls överensstämmer s med kravet bedöms som en 3:a.

### **10. Det bedömda resultat redovisat som en färg, grönt, gult eller rött**

I den aktuella excel-filen översätts det bedömda resultatet till en färgmarkör, vilket sker automatiskt utifrån hur resultatet bedömts på skalan 1-3.  
Resultatet överensstämmer helt med kravet bedöms som en 1:a och redovisas med en grön färg.  
Resultatet överensstämmer delvis med kravet bedöms som en 2:a och redovisas med en gul färg.  
Resultatet överensstämmer inte alls med kravet bedöms som en 3:a och redovisas med en röd färg.

### **11. Åtgärd med anledning av resultatet**

Resultaten kan innebära att åtgärder måste sättas in som t ex avdrag på ersättningen, plan över hur bristen ska åtgärdas. I bakgrunden kan det finnas en lokal "sanktionstrappa" från påpekande till uppsägning av avtal.

### **12. Uppföljning av åtgärd**






Om resultatet har föranlett några åtgärder måste också dessa följas upp så att kraven kan garanteras.

















### **GRAFEN**

Grafen visar på vikten i relation till de bedömda resultatet. Stor vikt (= 3) och dåligt resultat (=3) innebär att här bör extra uppmärksamhet läggas och eventuella insatser göras.

## Enhet: Rosa Villan 20190208

Krav	område	Uppvisa	Resultat	Bedömt resultat	Åtgärd/handlingsplan
<b>Bakgrundsinformation</b>					
Antal kunder/brukare				5	
Antal anställda (tillsvidare/vikarier)			10 tillsvidare och 9 vikarier		
Andel anställda med relevant utbildning			8 av tillsvidare och 7 vikarier.		
<b>Ledning och personal</b>					
Skriftlig information/rutin finns gällande ansvarsfördelning under obekvämt arbetstid (kväll, helg) när verksamhetschef/enhetsledare inte finns på plats samt kontaktuppgifter vid behov av kontakt med chef		Dokument/rutin	Finns.	1	
Samtlig personal ska kunna tala, skriva och förstå svenska spårket		Intervju	Ja.	1	
Skriftlig introduktionsplan för nya medarbetare finns som beskriver viktiga delar utifrån arbetsrätt, arbetsmiljö samt kvalitet (arbetssätt)			Finns, behov finns av uppdatering. Några delar saknas. Rutinpärmen behöver uppdateras (se frågor nedan) och denna ska gås igenom vid intro.	2	
Samtliga medarbetare har fått skriftlig information gällande tystnadsplikt och sekretess samt skrivit på avsedd blankett.		Påskrivna blanketter samt info.dokument	Finns.	1	
Informationsmaterial/rutin finns gällande meddelande- samt yttrandefrihet. Samtlig personal har fått informationen.		Dokument	Saknas.	1	
Skriftlig rutin för muta, gåva och testamente finns.		Rutin	Kommunens övergripande riktlinje finns som personalavdelningen tagit fram. Det bör tilläggas att testamenten vid förfrågan inte ska attesteras.	2	
Inom verksamhetens finns tillräcklig kompetens inom alternativ och kompletterande kommunikation (AKK)		Intervju	Ja, tex bildstöd och tecken som stöd.	1	
<b>Lokaler, teknik och miljö</b>					
Skriftlig rutin för nyckelhantering finns som beskriver hur nycklar kvitteras ut samt återlämnas		Rutin	Rutin för personalnycklar finns. De boende kan inte hantera nycklar själva, rutin för boendes nycklar saknas.	2	
Skriftlig rutin som beskriver hur verksamheten arbetar med miljöfrågor samt hur man arbetar för att uppnå Uppland-Bros kommuns miljömål		Rutin	Sortering sker inte idag. Rutiner saknas.	3	
<b>Verksamhet</b>					
Verksamhetsplan för året finns samt verksamhetsberättelse för föregående år		Dokument	Finns.	1	
Kvalitetsberättelse upprättas årligen senast 1/2		Kvalitetsberättelse	Finns.	1	

Lokalt anpassat ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete finns dokumenterat med beskrivna processer, aktiviteter och tillhörande rutiner	Ledningssystem	Det finns ett övergripande ledningssystem för socialkontoret men det saknas lokalanpassat ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Praktiskt arbete sker dock utifrån de rubriker som är kravställda i författningen.	 2
Skriftlig rutin för riskanalys finns som beskriver hur verksamheten jobbar med riskanalyser på övergripande nivå. Verksamheten ska även kunna redovisa vilka riskanalyser man jobbat med under föregående år.	Rutin samt aktuella riskanalyser	Saknas.	 3
Skriftlig rutin för egenkontroll finns som beskriver vilka egenkontroller som genomförs årligen samt när resp. kontroll ska genomföras.	Rutin samt uppvisa genomförda egenkontroller	Arbetar enligt årshjul. Behöver dock kompletteras med fler kontroller.	 2
Skriftlig rutin för arbete med värdegrund finns. Rutinen ska beskriva hur värdegrundsarbete genomförs och följs upp i verksamheten samt beskriva hur verksamheten arbetar för att uppnå Upplands-Bros kommuns värdighetsgarantier för LSS	Rutin	Värdighetsgarantierna finns i verksamheten och man arbetar aktivt med detta. Bör ingå i introduktion. Rutin saknas.	 2
Rutin för avvikelshantering finns och är känd av all personal.	Rutin	Blanketter för avvikelshantering finns. Rutin behöver skrivas samt arbetsättet implementeras i verksamheten.	 2
Skriftlig rutin för synpunkter och klagomål finns som beskriver hur brukare/närstående ska gå tillväga om de vill lämna synpunkter på verksamheten. Blankett för synpunkter och klagomål finns tillgänglig för alla brukare/närstående.	Rutin.	Arbetsätt gällande klagomålshantering är inarbetade men skriftlig rutin saknas. Övergripande process finns.	 2
Skriftlig rutin för Lex Sarah finns som beskriver vad ett missförhållande kan innebära samt hur detta rapporteras, utreds och följs upp.	Rutin	Rutin finns.	 1
Skriftlig rutin finns som beskriver agerande samt anmälningsskyldighet vid misstanke om barn som får illa	Rutin	Socialstyrelsens informationsmaterial finns, bör förkortas och skrivas i lokal rutin.	 2
Skriftlig rutin som beskriver agerande vid misstanke om eller upptäckt av att den enskilde som bor på boendet har utsatts för våld eller andra övergrepp (t.ex. av en anhörig/närstående, av andra personer som bor på boendet eller av personal)	Rutin	Saknas.	 3
Skriftlig rutin för intern och extern samverkan finns som beskriver hur arbetet med samverkan bedrivs	Rutin	Samverkan sker ffa utifrån den enskildes behov. Rutiner saknas som beskriver kontinuerlig samverkan med tillhörande protokoll samt ev. vid behovssamverkan.	 3
Skriftlig rutin för överrapportering mellan passbyten finns som beskriver hur och när överrapportering mellan passbyten sker	Rutin	Finns.	 1

Skriftlig rutin för när brukare avviker, inte öppnar dörren eller inte går att nå på överenskommen tid finns som beskriver hur personalen ska agera	Rutin	Finns men behöver uppdateras.	 3
Skriftlig rutin finns som beskriver handhavandet om privata medel hanteras	Rutin	Finns, överenskommelser skrivs även i genomförandeplanen.	 1
Skriftlig rutin/checklista för inflyttning finns som beskriver processen från erbjuden plats till inflyttning	Rutin/checklista	Finns, ingår i stödansvarigs uppdragsbeskrivning.	 1
Skriftlig rutin för kontaktmannaskap finns som beskriver ansvarsområden och arbetssätt, verksamheten ska även ha skriftlig information att delge brukaren gällande vad kontaktmannaskapet innebär	Rutin samt brukarinfo.	Rutin för stödansvarig finns som beskriver uppdraget väl.	 1
Arbetssätt finns för att främja brukarens självständighet, delaktighet, självbestämmande och inflytande	Intervju	Väl etablerade arbetssätt finns.	 1
Skriftlig rutin som beskriver agerande vid utmanande beteende samt arbetssätt för att minska risken för utmanande beteende	Rutin	Finns på individnivå, övergripande rutin saknas.	 2
Skriftlig rutin för hot och våld finns som beskriver hur personalen ska agera i sådana situationer	Rutin	Finns.	 1
Skriftlig rutin finns som beskriver vad skydds- och begränsningsåtgärder innebär samt arbetssätt	Rutin	Saknas.	 3
Skriftlig rutin som beskriver agerande vid misstanke om eller upptäckt av att den boende missbrukar alkohol, andra beroendeframkallande medel eller läkemedel	Rutin	Saknas.	 3
Skriftlig rutin finns som beskriver agerande vid behov av kontakt med hälso- och sjukvården (akut samt icke akut) vid förändrat hälsotillstånd hos brukare	Rutin	Finns.	 1
Skriftlig rutin finns som beskriver hur medarbetarna ska agera vid dödsfall eller allvarlig skada	Rutin	Saknas.	 3
Skriftlig rutin för delegering samt egenvård finns.	Rutin	Saknas.	 3
Skriftliga basala hygienrutiner finns	Rutin	Finns.	 1
Utföraren ska kunna uppvisa att samtlig personal har genomgått Vårdhygiens webbaserade utbildning	Utbildningsbevis	De flesta men inte alla	 2
Arbetskläder används enligt SOSFS 2015:10 samt AFS 2018:4	Stickprov, intervju	Finns att tillgå, används delvis.	 2
I verksamheter där mat hanteras ska skriftliga rutiner för livsmedelshantering och godkända egenkontroller uppvisas	Rutin och egenkontroll	Ej aktuellt.	 1
Skriftlig rutin/beskrivning av vad god man samt förvaltare innebär finns	Rutin/beskrivning	Finns.	 1
<b>Dokumentation och dokumentationsgranskning</b>			

All dokumentation som rör den enskilde ska förvaras inlåst dvs skyddad mot obehörig åtkomst, brand och fukt.			Nej.		3
Skriftlig rutin för social dokumentation finns som beskriver arbetet med genomförandeplaner, löpande dokumentation, loggning, gallring, tillvägagångssätt vid ev. driftstopp samt utlämning av handling.	Rutin.		Finns delvis, dock saknas några delar.		2
Aktuell genomförandeplan finns för alla brukare	Stickprov		Finns i 3 av 5 granskade journaler.		2
Genomförandeplanen uppdateras minst två gånger per år	Stickprov				2
Genomförandeplanen beskriver vilka insatser som ska ges samt hur och när	Stickprov				3
Regelbundna journalanteckningar finns i den sociala journalen	Stickprov		Ja, i samtliga journaler.		1
Det finns beskrivet på vilket sätt brukaren (företrädare) varit delaktig vid upprättandet av genomförandeplanen	Stickprov				3
Uppföljning av händelser/åtgärder finns (röd tråd i journalanteckningarna)	Stickprov				2
<b>Arbetsmiljö, arbetsrätt och säkerhet</b>					
Riskbedömningar utifrån arbetsmiljöfokus finns för samtliga brukare	Stickprov		Finns, dock ej uppdaterade.		2
Skriftlig rutin/handlingsplan finns som beskriver hur säkerheten upprätthålls vid ex.vis brand, längre elavbrott, översvämning m.m.	Rutin/handlingsplan		Finns delvis, uppdatering påbörjad vad gäller en övergripande rutin. Evakueringsplan för grupp- och servicebostäder finns.		2
Skyddsronde är genomförd under året/föregående år	Dokumentation		Ej 2018. Senast genomförd 2016.		3
Skriftliga rutiner för kort- samt långtidsfrånvaro finns som beskriver arbetsgivarens (tex rehabilitering) samt arbetstagarens ansvar	Rutin		Ja, personalavdelningens framtagna riktlinjer finns att tillgå.		1
Skriftlig rutin för kränkande särbehandling finns	Rutin		Ja, personalavdelningens framtagna riktlinjer finns att tillgå.		1
Skriftliga rutiner för agerande vid anmälan av arbetsskada/tillbud finns	Rutin		Finns delvis, behov av att förtydliga vad tillbud/arbetsskada är/kan vara.		2
Skriftliga rutiner för systematiskt arbetsmiljöarbete finns där ansvarsfördelning av arbetsuppgifter framgår	Rutin		Finns.		1
APT hålls regelbundenhet enligt dagordning.	Protokoll samt dagordning		Ja.		1
Samtliga medarbetare har en skriftlig kompetensutvecklingsplan	Kompetensutvecklingsplaner		Ja, vid medarbetarsamtal. Planerar att skapa lokal utbildningsplan för stöd assitenter för att få en överblick över utbildningsbehovet.		1

RESULTAT:

24 1 Resultatet överensstämmer med kravet  
19 2 Resultatet överensstämmer delvis med kravet  
Resultatet överensstämmer inte alls med  
13 3 kravet/saknas

Av totalt 56 uppföljningspunkter



Sveriges  
Kommuner  
och Landsting

## Uppföljning av krav

	Leverantör		Medelvärde Resultat	
--	------------	--	---------------------	--



### **1. Numrerade krav**

Kraven i förfrågningsunderlag och avtal numreras för att lättare kunna identifieras och eftersökas.

### **2. Krav**

Varje krav i förfrågningsunderlaget, avtalet eller det interna styrdokumentet beskrivs.

### **3. Värdering**

Varje krav värderas och bedöms utifrån hur stor sannolikheten är att kravet inte kommer att uppfyllas och hur omfattande konsekvenserna skulle kunna bli om kravet inte uppfylls. Vikten anges på en tregradig skala där en 3:a innebär stor vikt och en 1:a innebär liten vikt. Numreringen görs för att kunna ställas i relation till resultatet. Värderingen är en subjektiv bedömning utifrån verksamhetens art och omfattning.

1= liten vikt

2= medelstor vikt

3=stor vikt

### **4. Gruppering**

Många förfrågningsunderlag och avtal innehåller ett omfattande antal krav. För att få en bild av vilka krav som ställs kan det finnas behov av att gruppera kraven. Det kan vara krav på leverantören eller på verksamheten. Kraven kan t ex utgå från Socialstyrelsens nationella indikatorer på God vård som kunskapsbaserad och ändamålsenlig hälso- och sjukvård, säker hälso- och sjukvård, patientfokuserad hälso- och sjukvård, effektiv hälso- och sjukvård, jämlik hälso- och sjukvård och hälso- och sjukvård i rimlig tid.

Kraven kan också vara formulerade utifrån process, struktur eller resultat. Detta skulle t ex kunna innebära ett processkrav som krav på rutiner för nyckelhantering, strukturkrav som krav på antal personal och med viss utbildning och resultatkrav som t ex registrering i registrering eller brukarnöjdhet.

### **5. Hur uppföljningen ska genomföras**

Hur kravet ska följas upp måste definieras redan när kravet formuleras. Uppföljningen kan genomföras med olika metoder som t ex besök i verksamheten, brukarundersökningar, registrering i olika register, kollegiegranskningar, oanmälda inspektioner.

### **6. När uppföljningen ska genomföras**

När och hur ofta kraven ska följas upp är beroende av hur stor sannolikheten är att dessa inte kommer att uppfyllas och hur omfattande konsekvenserna skulle kunna bli (riskanalys). En del krav ska kanske därför följas ofta och med stor regelbundenhet medan andra följs upp innan avtalet tecknas eller vid oanmälda besök i verksamheten.

### **7. Vem eller vilken funktion som ska genomföra uppföljningen**

Uppföljningen kan genomföras av olika personer eller funktioner i kommunen eller landstinget som t ex medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS), kontroller, upphandlingsenhet. Uppföljningen kan i andra fall genomföras av den egna enheten och sedan redovisas för beställaren.

### **8. Resultat**

Resultatet överensstämmer helt med kravet.  
Resultatet överensstämmer delvis med kravet.  
Resultatet överensstämmer inte alls med kravet.

### **9. Bedömt resultat på en numrerad skala, 1,2 eller 3**

Resultatet kan värderas på en tregradig skala. Detta blir då en subjektiv bedömning av i vilken omfattning som kravet är uppfyllt.  
Resultat som helt överensstämmer med kravet bedöms som en 1:a.  
Resultat som delvis överensstämmer med kravet bedöms som en 2:a.  
Resultat som inte alls överensstämmer s med kravet bedöms som en 3:a.

### **10. Det bedömda resultat redovisat som en färg, grönt, gult eller rött**

I den aktuella excel-filen översätts det bedömda resultatet till en färgmarkör, vilket sker automatiskt utifrån hur resultatet bedömts på skalan 1-3.  
Resultatet överensstämmer helt med kravet bedöms som en 1:a och redovisas med en grön färg.  
Resultatet överensstämmer delvis med kravet bedöms som en 2:a och redovisas med en gul färg.  
Resultatet överensstämmer inte alls med kravet bedöms som en 3:a och redovisas med en röd färg.

### **11. Åtgärd med anledning av resultatet**

Resultaten kan innebära att åtgärder måste sättas in som t ex avdrag på ersättningen, plan över hur bristen ska åtgärdas. I bakgrunden kan det finnas en lokal "sanktionstrappa" från påpekande till uppsägning av avtal.

### **12. Uppföljning av åtgärd**

Om resultatet har föranlett några åtgärder måste också dessa följas upp så att kraven kan garanteras.


















### **GRAFEN**

















Grafen visar på vikten i relation till de bedömda resultatet. Stor vikt (= 3) och dåligt resultat (=3) innebär att här bör extra uppmärksamhet läggas och eventuella insatser göras.

## Enhet: Gula Villan 20190220




Krav	område	Uppvisa	Resultat	Bedömt resultat	Åtgärd/handlingsplan
<b>Bakgrundsinformation</b>					
Antal kunder/brukare				6	
Antal anställda (tillsvidare/vikarier)			14 tillsvidare, 12 vikarier		
Andel anställda med relevant utbildning			Hög andel		
<b>Ledning och personal</b>					
Skriftlig information/rutin finns gällande ansvarsfördelning under obekvämt arbetstid (kväll, helg) när verksamhetschef/enhetsledare inte finns på plats samt kontaktuppgifter vid behov av kontakt med chef		Dokument/rutin	Finns.	1	
Samtlig personal ska kunna tala, skriva och förstå svenska språket		Intervju	Ja.	1	
Skriftlig introduktionsplan för nya medarbetare finns som beskriver viktiga delar utifrån arbetsrätt, arbetsmiljö samt kvalitet (arbetssätt)			Finns, behov finns av uppdatering. Några delar saknas. Rutinparmen behöver uppdateras (se frågor nedan) och denna ska gås igenom vid intro.	2	
Samtliga medarbetare har fått skriftlig information gällande tystnadsplikt och sekretess samt skrivit på avsedd blankett.		Påskrivna blanketter samt info.dokument	Finns.	1	
Informationsmaterial/rutin finns gällande meddelande- samt yttrandefrihet. Samtlig personal har fått informationen.		Dokument	Finns, policy för sociala medier finns även.	1	
Skriftlig rutin för muta, gåva och testamente finns.		Rutin	Kommunens övergripande riktlinje finns som personalavdelningen tagit fram. Det bör tilläggas att testamenten vid förfrågan inte ska attesteras.	2	
Inom verksamheten finns tillräcklig kompetens inom alternativ och kompletterande kommunikation (AKK)		Intervju	Ja, teacchutbildning genomförd, även utbildning i sociala berättelser.	1	
<b>Lokaler, teknik och miljö</b>					
Skriftlig rutin för nyckelhantering finns som beskriver hur nycklar kvitteras ut samt återlämnas		Rutin	Kvittenser finns. Etablerat arbetssätt finns, skriftliga rutiner saknas.	2	
Skriftlig rutin som beskriver hur verksamheten arbetar med miljöfrågor samt hur man arbetar för att uppnå Uppland-Bros kommuns miljömål		Rutin	Hyresgästerna sorterar idagsläget inte, motiveringsarbete pågår. Sortering sker i personalutrymmen. Skriftliga rutiner saknas.	2	
<b>Verksamhet</b>					
Verksamhetsplan för året finns samt verksamhetsberättelse för föregående år		Dokument	Finns.	1	
Kvalitetsberättelse upprättas årligen senast 1/2		Kvalitetsberättelse	Finns.	1	

Lokalt anpassat ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete finns dokumenterat med beskrivna processer, aktiviteter och tillhörande rutiner	Ledningssystem	Det finns ett övergripande ledningssystem för socialkontoret men det saknas lokalanpassat ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Praktiskt arbete sker dock utifrån de rubriker som är kravställda i författningen.	2
Skriftlig rutin för riskanalys finns som beskriver hur verksamheten jobbar med riskanalyser på övergripande nivå. Verksamheten ska även kunna redovisa vilka riskanalyser man jobbat med under föregående år.	Rutin samt aktuella riskanalyser	Blanketten finns i pärmen, riskanalyser genomförs vid behov men inte med regelbundenhet.	2
Skriftlig rutin för egenkontroll finns som beskriver vilka egenkontroller som genomförs årligen samt när resp. kontroll ska genomföras.	Rutin samt uppvisa genomförda egenkontroller	Finns delvis. Egenkontroller genomförs bl.a. genom brukarenkäter, HME-enkät m.m.	2
Skriftlig rutin för arbete med värdegrund finns. Rutinen ska beskriva hur värdegrundsarbete genomförs och följs upp i verksamheten samt beskriva hur verksamheten arbetar för att uppnå Upplands-Bros kommuns värdighetsgarantier för LSS	Rutin	Värdighetsgarantierna finns i verksamheten och man arbetar aktivt med detta. Arbetet har skett på planeringsdagar och är en naturlig del i det dagliga arbetet. Rutin saknas.	2
Rutin för avvikelshantering finns och är känd av all personal.	Rutin	Blanketter för avvikelshantering finns. Rutin behöver skrivas samt arbetsättet implementeras i verksamheten.	2
Skriftlig rutin för synpunkter och klagomål finns som beskriver hur brukare/närstående ska gå tillväga om de vill lämna synpunkter på verksamheten. Blankett för synpunkter och klagomål finns tillgänglig för alla brukare/närstående.	Rutin.	Arbetsätt gällande klagomålshantering är inarbetade men skriftlig rutin saknas. Informationstext till brukare och närstående finns. Personalen har kännedom om klagomålshantering.	2
Skriftlig rutin för Lex Sarah finns som beskriver vad ett missförhållande kan innebära samt hur detta rapporteras, utreds och följs upp.	Rutin	Rutin finns. Vid intervjuer framkommer att det finns behov av implementeringsarbete.	1
Skriftlig rutin finns som beskriver agerande samt anmälningsskyldighet vid misstanke om barn som får illa	Rutin	Saknas.	3
Skriftlig rutin som beskriver agerande vid misstanke om eller upptäckt av att den enskilde som bor på boendet har utsatts för våld eller andra övergrepp (t.ex. av en anhörig/närstående, av andra personer som bor på boendet eller av personal)	Rutin	Saknas.	3
Skriftlig rutin för intern och extern samverkan finns som beskriver hur arbetet med samverkan bedrivs	Rutin	Samverkansplan vid akut händelse som föranleder att brukare måste flyttas från boendet finns. Rutin för övrig intern och extern samverkan saknas, dock kan detta muntlig beskrivas tydligt. Mycket samverkan utifrån den enskildes behov sker.	2
Skriftlig rutin för överrapportering mellan passbyten finns som beskriver hur och när överrapportering mellan passbyten sker	Rutin	Finns.	1

Skriftlig rutin för när brukare avviker, inte öppnar dörren eller inte går att nå på överenskommen tid finns som beskriver hur personalen ska agera	Rutin	Saknas.	 3	
Skriftlig rutin finns som beskriver handhavandet om privata medel hanteras	Rutin	Finns. Rekommenderar att kort med tillhörande kod bara ska användas i undantagsfall och att summan som finns på kortet isåfall kraftig ska begränsas.	 1	
Skriftlig rutin/checklista för inflyttning finns som beskriver processen från erbjuden plats till inflyttning	Rutin/checklista	Finns, ingår i stödansvarigs uppdragsbeskrivning.	 1	
Skriftlig rutin för kontaktmannaskap finns som beskriver ansvarsområden och arbetssätt, verksamheten ska även ha skriftlig information att delge brukaren gällande vad kontaktmannaskapet innebär	Rutin samt brukarinfo.	Rutin för stödansvarig finns som beskriver uppdraget väl. I brukarens information har man metvetet tagit bort detta för att undvika att brukaren blir bunden till enbart en viss person.	 1	
Arbetsätt finns för att främja brukarens självständighet, delaktighet, självbestämmande och inflytande	Intervju	Väl etablerade arbetssätt finns.	 1	
Skriftlig rutin som beskriver agerande vid utmanande beteende samt arbetssätt för att minska risken för utmanande beteende	Rutin	Finns.	 1	Kommentar: dela med er av denna till andra enheter som saknar.
Skriftlig rutin för hot och våld finns som beskriver hur personalen ska agera i sådana situationer	Rutin	Finns.	 1	
Skriftlig rutin finns som beskriver vad skydds- och begränsningsåtgärder innebär samt arbetssätt	Rutin	Behöver uppdateras, bör göras i samråd med HSE.	 2	
Skriftlig rutin som beskriver agerande vid misstanke om eller upptäckt av att den boende missbrukar alkohol, andra beroendeframkallande medel eller läkemedel	Rutin	Saknas.	 3	
Skriftlig rutin finns som beskriver agerande vid behov av kontakt med hälso- och sjukvården (akut samt icke akut) vid förändrat hälsotillstånd hos brukare	Rutin	Finns.	 1	
Skriftlig rutin finns som beskriver hur medarbetarna ska agera vid dödsfall eller allvarlig skada	Rutin	Finns.	 1	
Skriftlig rutin för delegering samt egenvård finns.	Rutin	Informationstext finns, rutin saknas.	 2	
Skriftliga basala hygienrutiner finns	Rutin	Finns.	 1	
Utföraren ska kunna uppvisa att samtlig personal har genomgått Vårdhygiens webbaserade utbildning	Utbildningsbevis	Inte under 2018, men finns med i årshjulet och är planerat. Ssk håller i detta.	 2	
Arbetskläder används enligt SOSFS 2015:10 samt AFS 2018:4	Stickprov, intervju	Finns åtta tillgå, används delvis.	 2	
I verksamheter där mat hanteras ska skriftliga rutiner för livsmedelshantering och godkända egenkontroller uppvisas	Rutin och egenkontroll	Ej aktuellt.	 1	
Skriftlig rutin/beskrivning av vad god man samt förvaltare innebär finns	Rutin/beskrivning	Finns.	 1	
<b>Dokumentation och dokumentationsgranskning</b>				

All dokumentation som rör den enskilde ska förvaras inlåst dvs skyddad mot obehörig åtkomst, brand och fukt.			Nej.		3	
Skriftlig rutin för social dokumentation finns som beskriver arbetet med genomförandeplaner, löpande dokumentation, loggning, gallring, tillvägagångssätt vid ev. driftstopp samt utlämning av handling.		Rutin.	Finns delvis, dock saknas några delar.		2	
Aktuell genomförandeplan finns för alla brukare		Stickprov	Inga aktuella genomförandeplaner finns i lifecare		3	
Genomförandeplanen uppdateras minst två gånger per år		Stickprov			3	
Genomförandeplanen beskriver vilka insatser som ska ges samt hur och när		Stickprov			3	
Regelbundna journalanteckningar finns i den sociala journalen		Stickprov	Ja, i alla journaler		1	
Det finns beskrivet på vilket sätt brukaren (företrädare) varit delaktig vid upprättandet av genomförandeplanen		Stickprov			3	
Uppföljning av händelser/åtgärder finns (röd tråd i journalanteckningarna)		Stickprov	Ja, i alla journaler		1	
<b>Arbetsmiljö, arbetsrätt och säkerhet</b>						
Riskbedömningar utifrån arbetsmiljöfokus finns för samtliga brukare		Stickprov	Finns, fortlöpande arbete sker.		1	
Skriftlig rutin/handlingsplan finns som beskriver hur säkerheten upprätthålls vid ex.vis brand, längre elavbrott, översvämning m.m.		Rutin/handlingsplan	Finns delvis, uppdatering påbörjad vad gäller en övergripande rutin. Evakueringsplan för grupp- och servicebostäder finns.		2	
Skyddsronde är genomförd under året/föregående år		Dokumentation	Ej 2018, planerad april 2019.		3	
Skriftliga rutiner för kort- samt långtidsfrånvaro finns som beskriver arbetsgivarens (tex rehabilitering) samt arbetstagarens ansvar		Rutin	Ja, personalavdelningens framtagna riktlinjer finns att tillgå. Även kortfattad bra informationblad finns.		1	Kommentar: dela med er av infobladet till övriga enheter
Skriftlig rutin för kränakande särbehandling finns		Rutin	Ja, personalavdelningens framtagna riktlinjer finns att tillgå.		1	
Skriftliga rutiner för agerande vid anmälan av arbetskada/tillbud finns		Rutin	Skriftlig info om programmet KIA finns, men rutin kring vad som ska rapporteras och när saknas. Processkarta finns.		2	
Skriftliga rutiner för systematiskt arbetsmiljöarbete finns där ansvarsfördelning av arbetsuppgifter framgår		Rutin	Finns.		1	
APT hålls regelbundenhet enligt dagordning.		Protokoll samt dagordning	Ja.		1	
Samtliga medarbetare har en skriftlig kompetensutvecklingsplan		Kompetensutvecklingsplaner	Ja, vid medarbetarsamtal.		1	

RESULTAT:

- 28  1 Resultatet överensstämmer med kravet  
18  2 Resultatet överensstämmer delvis med kravet  
Resultatet överensstämmer inte alls med  
10  3 kravet/saknas

Av totalt 56 uppföljningspunkter.



Sveriges  
Kommuner  
och Landsting

## Uppföljning av krav

	Leverantör		Medelvärde Resultat	
--	------------	--	---------------------	--

### **1. Numrerade krav**

Kraven i förfrågningsunderlag och avtal numreras för att lättare kunna identifieras och eftersökas.

### **2. Krav**

Varje krav i förfrågningsunderlaget, avtalet eller det interna styrdokumentet beskrivs.

### **3. Värdering**

Varje krav värderas och bedöms utifrån hur stor sannolikheten är att kravet inte kommer att uppfyllas och hur omfattande konsekvenserna skulle kunna bli om kravet inte uppfylls. Vikten anges på en tregradig skala där en 3:a innebär stor vikt och en 1:a innebär liten vikt. Numreringen görs för att kunna ställas i relation till resultatet. Värderingen är en subjektiv bedömning utifrån verksamhetens art och omfattning.

1= liten vikt

2= medelstor vikt

3=stor vikt

### **4. Gruppering**

Många förfrågningsunderlag och avtal innehåller ett omfattande antal krav. För att få en bild av vilka krav som ställs kan det finnas behov av att gruppera kraven. Det kan vara krav på leverantören eller på verksamheten. Kraven kan t ex utgå från Socialstyrelsens nationella indikatorer på God vård som kunskapsbaserad och ändamålsenlig hälso- och sjukvård, säker hälso- och sjukvård, patientfokuserad hälso- och sjukvård, effektiv hälso- och sjukvård, jämlik hälso- och sjukvård och hälso- och sjukvård i rimlig tid.

Kraven kan också vara formulerade utifrån process, struktur eller resultat. Detta skulle t ex kunna innebära ett processkrav som krav på rutiner för nyckelhantering, strukturkrav som krav på antal personal och med viss utbildning och resultatkrav som t ex registrering i registrering eller brukarnöjdhet.

### **5. Hur uppföljningen ska genomföras**

Hur kravet ska följas upp måste definieras redan när kravet formuleras. Uppföljningen kan genomföras med olika metoder som t ex besök i verksamheten, brukarundersökningar, registrering i olika register, kollegiegranskningar, oanmälda inspektioner.

### **6. När uppföljningen ska genomföras**

När och hur ofta kraven ska följas upp är beroende av hur stor sannolikheten är att dessa inte kommer att uppfyllas och hur omfattande konsekvenserna skulle kunna bli (riskanalys). En del krav ska kanske därför följas ofta och med stor regelbundenhet medan andra följs upp innan avtalet tecknas eller vid oanmälda besök i verksamheten.

### **7. Vem eller vilken funktion som ska genomföra uppföljningen**

Uppföljningen kan genomföras av olika personer eller funktioner i kommunen eller landstinget som t ex medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS), kontroller, upphandlingsenhet. Uppföljningen kan i andra fall genomföras av den egna enheten och sedan redovisas för beställaren.

### **8. Resultat**



Resultatet överensstämmer helt med kravet.  
Resultatet överensstämmer delvis med kravet.  
Resultatet överensstämmer inte alls med kravet.

### **9. Bedömt resultat på en numrerad skala, 1,2 eller 3**

Resultatet kan värderas på en tregradig skala. Detta blir då en subjektiv bedömning av i vilken omfattning som kravet är uppfyllt.  
Resultat som helt överensstämmer med kravet bedöms som en 1:a.  
Resultat som delvis överensstämmer med kravet bedöms som en 2:a.  
Resultat som inte alls överensstämmer s med kravet bedöms som en 3:a.

### **10. Det bedömda resultat redovisat som en färg, grönt, gult eller rött**

I den aktuella excel-filen översätts det bedömda resultatet till en färgmarkör, vilket sker automatiskt utifrån hur resultatet bedömts på skalan 1-3.  
Resultatet överensstämmer helt med kravet bedöms som en 1:a och redovisas med en grön färg.  
Resultatet överensstämmer delvis med kravet bedöms som en 2:a och redovisas med en gul färg.  
Resultatet överensstämmer inte alls med kravet bedöms som en 3:a och redovisas med en röd färg.

### **11. Åtgärd med anledning av resultatet**

Resultaten kan innebära att åtgärder måste sättas in som t ex avdrag på ersättningen, plan över hur bristen ska åtgärdas. I bakgrunden kan det finnas en lokal "sanktionstrappa" från påpekande till uppsägning av avtal.

### **12. Uppföljning av åtgärd**

Om resultatet har föranlett några åtgärder måste också dessa följas upp så att kraven kan garanteras.


















### **GRAFEN**

















Grafen visar på vikten i relation till de bedömda resultatet. Stor vikt (= 3) och dåligt resultat (=3) innebär att här bör extra uppmärksamhet läggas och eventuella insatser göras.

## Enhet: Kamrervägen 20190211




Krav	område	Uppvisa	Resultat	Bedömt resultat	Åtgärd/handlingsplan
<b>Bakgrundsinformation</b>					
Antal kunder/brukare				6	
Antal anställda (tillsvidare/vikarier)			9,5 tillsvidare.		
Andel anställda med relevant utbildning			7-8 st.		
<b>Ledning och personal</b>					
Skriftlig information/rutin finns gällande ansvarsfördelning under obekvämt arbetstid (kväll, helg) när verksamhetschef/enhetsledare inte finns på plats samt kontaktuppgifter vid behov av kontakt med chef		Dokument/rutin	Finns. Bör kompletteras med rutin för ensamarbete under natt.	1	
Samtlig personal ska kunna tala, skriva och förstå svenska språket		Intervju	Ja.	1	
Skriftlig introduktionsplan för nya medarbetare finns som beskriver viktiga delar utifrån arbetsrätt, arbetsmiljö samt kvalitet (arbetssätt)			Finns, behov finns av uppdatering. Några delar saknas. Rutinparmen behöver uppdateras (se frågor nedan) och denna ska gås igenom vid intro.	2	
Samtliga medarbetare har fått skriftlig information gällande tystnadsplikt och sekretess samt skrivit på avsedd blankett.		Påskrivna blanketter samt info.dokument	Finns.	1	
Informationsmaterial/rutin finns gällande meddelande- samt yttrandefrihet. Samtlig personal har fått informationen.		Dokument	Informationsmaterial samt blanketter för påskrift finns.	1	
Skriftlig rutin för muta, gåva och testamente finns.		Rutin	Kommunens övergripande riktlinje finns som personalavdelningen tagit fram. Det bör tilläggas att testamenten vid förfrågan inte ska attesteras.	2	
Inom verksamhetens finns tillräcklig kompetens inom alternativ och kompletterande kommunikation (AKK)		Intervju	Ja.	1	
<b>Lokaler, teknik och miljö</b>					
Skriftlig rutin för nyckelhantering finns som beskriver hur nycklar kvitteras ut samt återlämnas		Rutin	Kvittenser finns. Rutin för personalnycklar finns men ej för brukarnas nycklar.	2	
Skriftlig rutin som beskriver hur verksamheten arbetar med miljöfrågor samt hur man arbetar för att uppnå Uppland-Bros kommuns miljömål		Rutin	Hiresgästerna sorterar. Sortering sker även i personalutrymmen. Skriftliga rutiner saknas.	2	
<b>Verksamhet</b>					
Verksamhetsplan för året finns samt verksamhetsberättelse för föregående år		Dokument	Finns.	1	
Kvalitetsberättelse upprättas årligen senast 1/2		Kvalitetsberättelse	Finns.	1	

Lokalt anpassat ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete finns dokumenterat med beskrivna processer, aktiviteter och tillhörande rutiner	Ledningssystem	Det finns ett övergripande ledningssystem för socialkontoret men det saknas lokalanpassat ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Praktiskt arbete sker dock utifrån de rubriker som är kravställda i författningen.	2
Skriftlig rutin för riskanalys finns som beskriver hur verksamheten jobbar med riskanalyser på övergripande nivå. Verksamheten ska även kunna redovisa vilka riskanalyser man jobbat med under föregående år.	Rutin samt aktuella riskanalyser	Finns inte på övergripande nivå, dock finns riskanalyser genomförda på individnivå per brukare.	2
Skriftlig rutin för egenkontroll finns som beskriver vilka egenkontroller som genomförs årligen samt när resp. kontroll ska genomföras.	Rutin samt uppvisa genomförda egenkontroller	Saknas.	3
Skriftlig rutin för arbete med värdegrund finns. Rutinen ska beskriva hur värdegrundsarbete genomförs och följs upp i verksamheten samt beskriva hur verksamheten arbetar för att uppnå Upplands-Bros kommuns värdighetsgarantier för LSS	Rutin	Värdighetsgarantierna finns i verksamheten och man arbetar aktivt med detta bl.a. på APT. Rutin saknas.	2
Rutin för avvikelshantering finns och är känd av all personal.	Rutin	Ingår i introduktionen av nyanställd. Rutin saknas. Behov av att implementera arbetssättet.	2
Skriftlig rutin för synpunkter och klagomål finns som beskriver hur brukare/närstående ska gå tillväga om de vill lämna synpunkter på verksamheten. Blankett för synpunkter och klagomål finns tillgänglig för alla brukare/närstående.	Rutin.	Arbetsätt gällande klagomålshantering är inarbetade men skriftlig rutin saknas. Processkarta för klagomålshantering finns.	2
Skriftlig rutin för Lex Sarah finns som beskriver vad ett missförhållande kan innebära samt hur detta rapporteras, utreds och följs upp.	Rutin	Rutin finns. Vid intervjuer framkommer att det finns behov av vidare implementeringsarbete.	1
Skriftlig rutin finns som beskriver agerande samt anmälningsskyldighet vid misstanke om barn som far illa	Rutin	Finns informeringsmaterial från socialstyrelsen, skulle behöva kortas ned och skrivas i en lokal rutin.	2
Skriftlig rutin som beskriver agerande vid misstanke om eller upptäckt av att den enskilde som bor på boendet har utsatts för våld eller andra övergrepp (t.ex. av en anhörig/närstående, av andra personer som bor på boendet eller av personal)	Rutin	Saknas.	3
Skriftlig rutin för intern och extern samverkan finns som beskriver hur arbetet med samverkan bedrivs	Rutin	Rutin för intern och extern samverkan saknas, dock kan detta muntlig beskrivas tydligt. Mycket samverkan sker utifrån den enskildes behov.	2
Skriftlig rutin för överrapportering mellan passbyten finns som beskriver hur och när överrapportering mellan passbyten sker	Rutin	Finns.	1
Skriftlig rutin för när brukare avviker, inte öppnar dörren eller inte går att nå på överenskommen tid finns som beskriver hur personalen ska agera	Rutin	Behöver uppdateras.	2

Skriftlig rutin finns som beskriver handhavandet om privata medel hanteras	Rutin	Ej aktuellt på enheten. Dock bör rutin upprättas ifall behovet uppstår.	 2
Skriftlig rutin/checklista för inflyttning finns som beskriver processen från erbjuden plats till inflyttning	Rutin/checklista	Finns, ingår i stödansvarigs uppdragsbeskrivning.	 1
Skriftlig rutin för kontaktmannaskap finns som beskriver ansvarsområden och arbetssätt, verksamheten ska även ha skriftlig information att delge brukaren gällande vad kontaktmannaskapet innebär	Rutin samt brukarinfo.	Rutin för stödansvarig finns som beskriver uppdraget väl.	 1
Arbetsätt finns för att främja brukarens självständighet, delaktighet, självbestämmande och inflytande	Intervju	Väl etablerade arbetssätt finns.	 1
Skriftlig rutin som beskriver agerande vid utmanande beteende samt arbetssätt för att minska risken för utmanande beteende	Rutin	Finns enbart individuella planer, lokal övergripande rutin saknas.	 2
Skriftlig rutin för hot och våld finns som beskriver hur personalen ska agera i sådana situationer	Rutin	Finns.	 1
Skriftlig rutin finns som beskriver vad skydds- och begränsningsåtgärder innebär samt arbetssätt	Rutin	Behöver uppdateras, bör göras i samråd med HSE.	 2
Skriftlig rutin som beskriver agerande vid misstanke om eller upptäckt av att den boende missbrukar alkohol, andra beroendeframkallande medel eller läkemedel	Rutin	Saknas.	 3
Skriftlig rutin finns som beskriver agerande vid behov av kontakt med hälso- och sjukvården (akut samt icke akut) vid förändrat hälsotillstånd hos brukare	Rutin	Finns och det finns även individuella planer.	 2
Skriftlig rutin finns som beskriver hur medarbetarna ska agera vid dödsfall eller allvarlig skada	Rutin	Saknas.	 3
Skriftlig rutin för delegering samt egenvård finns.	Rutin	Finns delvis, behöver bli kompletteras med del om egenvård.	 2
Skriftliga basala hygienrutiner finns	Rutin	Finns, dock ej anslagna i verksamheten.	 1
Utföraren ska kunna uppvisa att samtlig personal har genomgått Vårdhygiens webbaserade utbildning	Utbildningsbevis	Ja.	 1
Arbetskläder används enligt SOSFS 2015:10 samt AFS 2018:4	Stickprov, intervju	Nej.	 3
I verksamheter där mat hanteras ska skriftliga rutiner för livsmedelshantering och godkända egenkontroller uppvisas	Rutin och egenkontroll	Ej aktuellt.	 1
Skriftlig rutin/beskrivning av vad god man samt förvaltare innebär finns	Rutin/beskrivning	Finns.	 1
<b>Dokumentation och dokumentationsgranskning</b>			
All dokumentation som rör den enskilde ska förvaras inlåst dvs skyddad mot obehörig åtkomst, brand och fukt.		Nej.	 3

Skriftlig rutin för social dokumentation finns som beskriver arbetet med genomförandeplaner, löpande dokumentation, loggning, gallring, tillvägagångssätt vid ev. driftstopp samt utlämning av handling.	Rutin.	Finns delvis gällande löpande dokumentation, övriga delar saknas.	 2
Aktuell genomförandeplan finns för alla brukare	Stickprov		 3
Genomförandeplanen uppdateras minst två gånger per år	Stickprov		 3
Genomförandeplanen beskriver vilka insatser som ska ges samt hur och när	Stickprov		 3
Regelbundna journalanteckningar finns i den sociala journalen	Stickprov		 1
Det finns beskrivet på vilket sätt brukaren (företrädare) varit delaktig vid upprättandet av genomförandeplanen	Stickprov		 3
Uppföljning av händelser/åtgärder finns (röd tråd i journalanteckningarna)	Stickprov		 1
<b>Arbetsmiljö, arbetsrätt och säkerhet</b>			
Riskbedömningar utifrån arbetsmiljöfokus finns för samtliga brukare	Stickprov	Finns, fortlöpande arbete sker.	 1
Skriftlig rutin/handlingsplan finns som beskriver hur säkerheten upprätthålls vid ex.vis brand, längre elavbrott, översvämning m.m.	Rutin/handlingsplan	Finns delvis, uppdatering påbörjad vad gäller en övergripande rutin. Evakueringsplan för grupp- och servicebostäder finns.	 2
Skyddsronde är genomförd under året/föregående år	Dokumentation	Protokoll kan inte uppvisas för 2018. Kan ej	 3
Skriftliga rutiner för kort- samt långtidsfrånvaro finns som beskriver arbetsgivarens (tex rehabilitering) samt arbetstagarens ansvar	Rutin	Ja, personalavdelningens framtagna riktlinjer finns att tillgå. Även kortfattad bra informationblad finns.	 1
Skriftlig rutin för kränkande särbehandling finns	Rutin	Ja, personalavdelningens framtagna riktlinjer finns att tillgå.	 1
Skriftliga rutiner för agerande vid anmälan av arbetskada/tillbud finns	Rutin	Saknas, medarbetarna får logga in i KIA där instruktioner finns.	 2
Skriftliga rutiner för systematiskt arbetsmiljöarbete finns där ansvarsfördelning av arbetsuppgifter framgår	Rutin	Finns.	 1
APT hålls regelbundenhet enligt dagordning.	Protokoll samt dagordning	Ja.	 1
Samtliga medarbetare har en skriftlig kompetensutvecklingsplan	Kompetensutvecklingsplaner	Kan ej uppvisas vid granskningstillfället.	 3

RESULTAT:

- 24  1 Resultatet överensstämmer med kravet  
20  2 Resultatet överensstämmer delvis med kravet  
Resultatet överensstämmer inte alls med  
12  3 kravet/saknas

Av totalt 56 uppföljningspunkter



Sveriges  
Kommuner  
och Landsting

## Uppföljning av krav

	Leverantör		Medelvärde Resultat	
--	------------	--	---------------------	--

### **1. Numrerade krav**

Kraven i förfrågningsunderlag och avtal numreras för att lättare kunna identifieras och eftersökas.

### **2. Krav**

Varje krav i förfrågningsunderlaget, avtalet eller det interna styrdokumentet beskrivs.

### **3. Värdering**

Varje krav värderas och bedöms utifrån hur stor sannolikheten är att kravet inte kommer att uppfyllas och hur omfattande konsekvenserna skulle kunna bli om kravet inte uppfylls. Vikten anges på en tregradig skala där en 3:a innebär stor vikt och en 1:a innebär liten vikt. Numreringen görs för att kunna ställas i relation till resultatet. Värderingen är en subjektiv bedömning utifrån verksamhetens art och omfattning.

1= liten vikt

2= medelstor vikt

3=stor vikt

### **4. Gruppering**

Många förfrågningsunderlag och avtal innehåller ett omfattande antal krav. För att få en bild av vilka krav som ställs kan det finnas behov av att gruppera kraven. Det kan vara krav på leverantören eller på verksamheten. Kraven kan t ex utgå från Socialstyrelsens nationella indikatorer på God vård som kunskapsbaserad och ändamålsenlig hälso- och sjukvård, säker hälso- och sjukvård, patientfokuserad hälso- och sjukvård, effektiv hälso- och sjukvård, jämlik hälso- och sjukvård och hälso- och sjukvård i rimlig tid.

Kraven kan också vara formulerade utifrån process, struktur eller resultat. Detta skulle t ex kunna innebära ett processkrav som krav på rutiner för nyckelhantering, strukturkrav som krav på antal personal och med viss utbildning och resultatkrav som t ex registrering i registrering eller brukarnöjdhet.

### **5. Hur uppföljningen ska genomföras**

Hur kravet ska följas upp måste definieras redan när kravet formuleras. Uppföljningen kan genomföras med olika metoder som t ex besök i verksamheten, brukarundersökningar, registrering i olika register, kollegiegranskningar, oanmälda inspektioner.

### **6. När uppföljningen ska genomföras**

När och hur ofta kraven ska följas upp är beroende av hur stor sannolikheten är att dessa inte kommer att uppfyllas och hur omfattande konsekvenserna skulle kunna bli (riskanalys). En del krav ska kanske därför följas ofta och med stor regelbundenhet medan andra följs upp innan avtalet tecknas eller vid oanmälda besök i verksamheten.

### **7. Vem eller vilken funktion som ska genomföra uppföljningen**

Uppföljningen kan genomföras av olika personer eller funktioner i kommunen eller landstinget som t ex medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS), kontroller, upphandlingsenhet. Uppföljningen kan i andra fall genomföras av den egna enheten och sedan redovisas för beställaren.

### **8. Resultat**

Resultatet överensstämmer helt med kravet.  
Resultatet överensstämmer delvis med kravet.  
Resultatet överensstämmer inte alls med kravet.

### **9. Bedömt resultat på en numrerad skala, 1,2 eller 3**

Resultatet kan värderas på en tregradig skala. Detta blir då en subjektiv bedömning av i vilken omfattning som kravet är uppfyllt.  
Resultat som helt överensstämmer med kravet bedöms som en 1:a.  
Resultat som delvis överensstämmer med kravet bedöms som en 2:a.  
Resultat som inte alls överensstämmer s med kravet bedöms som en 3:a.

### **10. Det bedömda resultat redovisat som en färg, grönt, gult eller rött**

I den aktuella excel-filen översätts det bedömda resultatet till en färgmarkör, vilket sker automatiskt utifrån hur resultatet bedömts på skalan 1-3.  
Resultatet överensstämmer helt med kravet bedöms som en 1:a och redovisas med en grön färg.  
Resultatet överensstämmer delvis med kravet bedöms som en 2:a och redovisas med en gul färg.  
Resultatet överensstämmer inte alls med kravet bedöms som en 3:a och redovisas med en röd färg.

### **11. Åtgärd med anledning av resultatet**

Resultaten kan innebära att åtgärder måste sättas in som t ex avdrag på ersättningen, plan över hur bristen ska åtgärdas. I bakgrunden kan det finnas en lokal "sanktionstrappa" från påpekande till uppsägning av avtal.

### **12. Uppföljning av åtgärd**

Om resultatet har föranlett några åtgärder måste också dessa följas upp så att kraven kan garanteras.

### **GRAFEN**

Grafen visar på vikten i relation till de bedömda resultatet. Stor vikt (= 3) och dåligt resultat (=3) innebär att här bör extra uppmärksamhet läggas och eventuella insatser göras.



## Enhet: Parkvägen 20190230




Krav	område	Uppvisa	Resultat	Bedömt resultat	Åtgärd/handlingsplan
<b>Bakgrundsinformation</b>					
Antal kunder/brukare				6	
Antal anställda (tillsvidare/vikarier)			6 tillsvidare, 2 vikarier		
Andel anställda med relevant utbildning			Samtliga		
<b>Ledning och personal</b>					
Skriftlig information/rutin finns gällande ansvarsfördelning under obekvämt arbetstid (kväll, helg) när verksamhetschef/enhetsledare inte finns på plats samt kontaktuppgifter vid behov av kontakt med chef		Dokument/rutin	Finns.	1	
Samtlig personal ska kunna tala, skriva och förstå svenska spårket		Intervju	Ja.	1	
Skriftlig introduktionsplan för nya medarbetare finns som beskriver viktiga delar utifrån arbetsrätt, arbetsmiljö samt kvalitet (arbetssätt)			Finns, behov finns av uppdatering. Några delar saknas. Rutinpärmen behöver uppdateras (se frågor nedan) och denna ska gås igenom vid intro.	2	
Samtliga medarbetare har fått skriftlig information gällande tystnadsplikt och sekretess samt skrivit på avsedd blankett.		Påskrivna blanketter samt info.dokument	Finns, hela lagen finns utskrivna, det vore bra med en kortare skriftlig del där det som är av vikt är skrivet.	2	
Informationsmaterial/rutin finns gällande meddelande- samt yttrandefrihet. Samtlig personal har fått informationen.		Dokument	Saknas.	3	
Skriftlig rutin för muta, gåva och testamente finns.		Rutin	Kommunens övergripande riktlinje finns som personalavdelningen tagit fram. Det bör tilläggas att testamenten vid förfrågan inte ska attesteras.	2	
Inom verksamhetens finns tillräcklig kompetens inom alternativ och kompletterande kommunikation (AKK)		Intervju	Ja, tecken som stöd, bilder m.m.m används	1	
<b>Lokaler, teknik och miljö</b>					
Skriftlig rutin för nyckelhantering finns som beskriver hur nycklar kvitteras ut samt återlämnas		Rutin	Kvittenser finns. Rutin finns för personalnycklar, saknas gällande brukarnas nycklar.	2	
Skriftlig rutin som beskriver hur verksamheten arbetar med miljöfrågor samt hur man arbetar för att uppnå Uppland-Bros kommuns miljömål		Rutin	Finns.	1	
<b>Verksamhet</b>					
Verksamhetsplan för året finns samt verksamhetsberättelse för föregående år		Dokument	Finns.	1	
Kvalitetsberättelse upprättas årligen senast 1/2		Kvalitetsberättelse	Finns.	1	

Lokalt anpassat ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete finns dokumenterat med beskrivna processer, aktiviteter och tillhörande rutiner	Ledningssystem	Det finns ett övergripande ledningssystem för socialkontoret men det saknas lokalanpassat ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Praktiskt arbete sker dock utifrån de rubriker som är kravställda i författningen.	2
Skriftlig rutin för riskanalys finns som beskriver hur verksamheten jobbar med riskanalyser på övergripande nivå. Verksamheten ska även kunna redovisa vilka riskanalyser man jobbat med under föregående år.	Rutin samt aktuella riskanalyser	Blanketten finns i pärmen, dock har inga övergripande riskanalyser genomförts under föregående år.	2
Skriftlig rutin för egenkontroll finns som beskriver vilka egenkontroller som genomförs årligen samt när resp. kontroll ska genomföras.	Rutin samt uppvisa genomförda egenkontroller	Finns delvis. Egenkontroller genomförs i viss mån, översyn av arbetet behövs.	2
Skriftlig rutin för arbete med värdegrund finns. Rutinen ska beskriva hur värdegrundsarbete genomförs och följs upp i verksamheten samt beskriva hur verksamheten arbetar för att uppnå Upplands-Bros kommuns värdighetsgarantier för LSS	Rutin	Värdighetsgarantierna finns i verksamheten, men rutin saknas. Arbetssätt finns etablerade till viss del.	2
Rutin för avvikelshantering finns och är känd av all personal.	Rutin	Blanketter för avvikelshantering finns. Rutin finns men behöver kompletteras med tex vad en avvikelse kan vara samt att arbetsättet implementeras i verksamheten.	2
Skriftlig rutin för synpunkter och klagomål finns som beskriver hur brukare/närstående ska gå tillväga om de vill lämna synpunkter på verksamheten. Blankett för synpunkter och klagomål finns tillgänglig för alla brukare/närstående.	Rutin.	Arbetssätt gällande klagomålshantering är inarbetade men skriftlig rutin saknas. Informationstext till brukare och närstående finns. Personalen har god kännedom om klagomålshantering.	2
Skriftlig rutin för Lex Sarah finns som beskriver vad ett missförhållande kan innebära samt hur detta rapporteras, utreds och följs upp.	Rutin	Rutin finns. Vid intervjuer framkommer att det finns behov av implementeringsarbete.	1
Skriftlig rutin finns som beskriver agerande samt anmälningsskyldighet vid misstanke om barn som får illa	Rutin	Socialstyrelsen skrift finns utskriven. Lokal rutin saknas.	2
Skriftlig rutin som beskriver agerande vid misstanke om eller upptäckt av att den enskilde som bor på boendet har utsatts för våld eller andra övergrepp (t.ex. av en anhörig/närstående, av andra personer som bor på boendet eller av personal)	Rutin	Övergripande riktlinje finns, lokal handlingsplan/rutin saknas.	2
Skriftlig rutin för intern och extern samverkan finns som beskriver hur arbetet med samverkan bedrivs	Rutin	Kort beskrivning av hur samvekan sker finns. Denna skulle kunna utvecklas där både intern och extern samverkan (planerad och vid behov) beskrivs.	2
Skriftlig rutin för överrapportering mellan passbyten finns som beskriver hur och när överrapportering mellan passbyten sker	Rutin	Finns.	1

Skriftlig rutin för när brukare avviker, inte öppnar dörren eller inte går att nå på överenskommen tid finns som beskriver hur personalen ska agera	Rutin	Rutin finns som delvis beskriver agerandet. Denna behöver förtydligas och lokalanpassas.	 2
Skriftlig rutin finns som beskriver handhavandet om privata medel hanteras	Rutin	Finns. Dock är rekommendationen att kort med tillhörande kod bara ska användas i undantagsfall och att summan som finns på kortet isåfall kraftigt ska begränsas.	 1
Skriftlig rutin/checklista för inflyttning finns som beskriver processen från erbjuden plats till inflyttning	Rutin/checklista	Finns, ingår i stödansvarigs uppdragsbeskrivning.	 1
Skriftlig rutin för kontaktmannaskap finns som beskriver ansvarsområden och arbetssätt, verksamheten ska även ha skriftlig information att delge brukaren gällande vad kontaktmannaskapet innebär	Rutin samt brukarinfo.	Rutin för stödansvarig finns som beskriver uppdraget väl.	 1
Arbetsätt finns för att främja brukarens självständighet, delaktighet, självbestämmande och inflytande	Intervju	Väl etablerade arbetssätt finns. Delaktighetsmodellen kommer införas.	 1
Skriftlig rutin som beskriver agerande vid utmanande beteende samt arbetssätt för att minska risken för utmanande beteende	Rutin	Finns bemötandeplaner på individnivå men en övergripande rutin saknas.	 2
Skriftlig rutin för hot och våld finns som beskriver hur personalen ska agera i sådana situationer	Rutin	Finns.	 1
Skriftlig rutin finns som beskriver vad skydds- och begränsningsåtgärder innebär samt arbetssätt	Rutin	Saknas.	 3
Skriftlig rutin som beskriver agerande vid misstanke om eller upptäckt av att den boende missbrukar alkohol, andra beroendeframkallande medel eller läkemedel	Rutin	Saknas.	 3
Skriftlig rutin finns som beskriver agerande vid behov av kontakt med hälso- och sjukvården (akut samt icke akut) vid förändrat hälsotillstånd hos brukare	Rutin	Finns, rutinen behöver kompletteras med vad som ska skickas med vid en ev. sjukhusvistelse.	 2
Skriftlig rutin finns som beskriver hur medarbetarna ska agera vid dödsfall eller allvarlig skada	Rutin	Saknas.	 3
Skriftlig rutin för delegering samt egenvård finns.	Rutin	Övergripande beskrivning finns, behöver verksamhetsanpassas.	 2
Skriftliga basala hygienrutiner finns	Rutin	Finns.	 1
Utföraren ska kunna uppvisa att samtlig personal har genomgått Vårdhygiens webbaserade utbildning	Utbildningsbevis	Ja	 1
Arbetskläder används enligt SOSFS 2015:10 samt AFS 2018:4	Stickprov, intervju	Nej.	 3
I verksamheter där mat hanteras ska skriftliga rutiner för livsmedelshantering och godkända egenkontroller uppvisas	Rutin och egenkontroll	Ej aktuellt.	 1
Skriftlig rutin/beskrivning av vad god man samt förvaltare innebär finns	Rutin/beskrivning	Finns.	 1

Dokumentation och dokumentationsgranskning				
All dokumentation som rör den enskilde ska förvaras inlåst dvs skyddad mot obehörig åtkomst, brand och fukt.			Nej.	3
Skriftlig rutin för social dokumentation finns som beskriver arbetet med genomförandeplaner, löpande dokumentation, loggning, gallring, tillvägagångssätt vid ev. driftstopp samt utlämning av handling.	Rutin.		Finns delvis, dock saknas flera delar. Lathund för genomförandeplan finns.	2
Aktuell genomförandeplan finns för alla brukare	Stickprov		Finns i 4 av 6 granskade journaler.	2
Genomförandeplanen uppdateras minst två gånger per år	Stickprov			2
Genomförandeplanen beskriver vilka insatser som ska ges samt hur och när	Stickprov		I de journaler som har genomförandeplaner beskrivs insatserna väl.	2
Regelbundna journalanteckningar finns i den sociala journalen	Stickprov		Ja, i samtliga journaler.	1
Det finns beskrivet på vilket sätt brukaren (företrädare) varit delaktig vid upprättandet av genomförandeplanen	Stickprov			2
Uppföljning av händelser/åtgärder finns (röd tråd i journalanteckningarna)	Stickprov		Delvis.	2
Arbetsmiljö, arbetsrätt och säkerhet				
Riskbedömningar utifrån arbetsmiljöfokus finns för samtliga brukare	Stickprov		Finns, fortlöpande arbete sker.	1
Skriftlig rutin/handlingsplan finns som beskriver hur säkerheten upprätthålls vid ex.vis brand, längre elavbrott, översvämning m.m.	Rutin/handlingsplan		Finns delvis, uppdatering påbörjad både vad gäller en övergripande rutin samt evakueringsplan för grupp- och servicebostäder.	2
Skyddsronnd är genomförd under året/föregående år	Dokumentation		Ja.	1
Skriftliga rutiner för kort- samt långtidsfrånvaro finns som beskriver arbetsgivarens (tex rehabilitering) samt arbetstagarens ansvar	Rutin		Ja, personalavdelningens framtagna riktlinjer finns att tillgå.	1
Skriftlig rutin för kränakande särbehandling finns	Rutin		Ja, personalavdelningens framtagna riktlinjer finns att tillgå.	1
Skriftliga rutiner för agerande vid anmälan av arbetsskada/tillbud finns	Rutin		Skriftlig info om programmet KIA finns, men rutin kring vad som ska rapporteras och när saknas.	2
Skriftliga rutiner för systematiskt arbetsmiljöarbete finns där ansvarsfördelning av arbetsuppgifter framgår	Rutin		Årshjul finns, skriftliga rutiner saknas.	2
APT hålls regelbundenhet enligt dagordning.	Protokoll samt dagordning		Ja.	1
Samtliga medarbetare har en skriftlig kompetensutvecklingsplan	Kompetensutvecklingsplaner		Ja, vid medarbetarsamtal.	1

RESULTAT:

- 24  1 Resultatet överensstämmer med kravet  
26  2 Resultatet överensstämmer delvis med kravet  
Resultatet överensstämmer inte alls med  
6  3 kravet/saknas

Av totalt 56 uppföljningspunkter.



Sveriges  
Kommuner  
och Landsting

## Uppföljning av krav

	Leverantör		Medelvärde Resultat	
--	------------	--	---------------------	--

### **1. Numrerade krav**

Kraven i förfrågningsunderlag och avtal numreras för att lättare kunna identifieras och eftersökas.

### **2. Krav**

Varje krav i förfrågningsunderlaget, avtalet eller det interna styrdokumentet beskrivs.

### **3. Värdering**

Varje krav värderas och bedöms utifrån hur stor sannolikheten är att kravet inte kommer att uppfyllas och hur omfattande konsekvenserna skulle kunna bli om kravet inte uppfylls. Vikten anges på en tregradig skala där en 3:a innebär stor vikt och en 1:a innebär liten vikt. Numreringen görs för att kunna ställas i relation till resultatet. Värderingen är en subjektiv bedömning utifrån verksamhetens art och omfattning.

1= liten vikt

2= medelstor vikt

3=stor vikt

### **4. Gruppering**

Många förfrågningsunderlag och avtal innehåller ett omfattande antal krav. För att få en bild av vilka krav som ställs kan det finnas behov av att gruppera kraven. Det kan vara krav på leverantören eller på verksamheten. Kraven kan t ex utgå från Socialstyrelsens nationella indikatorer på God vård som kunskapsbaserad och ändamålsenlig hälso- och sjukvård, säker hälso- och sjukvård, patientfokuserad hälso- och sjukvård, effektiv hälso- och sjukvård, jämlik hälso- och sjukvård och hälso- och sjukvård i rimlig tid.

Kraven kan också vara formulerade utifrån process, struktur eller resultat. Detta skulle t ex kunna innebära ett processkrav som krav på rutiner för nyckelhantering, strukturkrav som krav på antal personal och med viss utbildning och resultatkrav som t ex registrering i registrering eller brukarnöjdhet.

### **5. Hur uppföljningen ska genomföras**

Hur kravet ska följas upp måste definieras redan när kravet formuleras. Uppföljningen kan genomföras med olika metoder som t ex besök i verksamheten, brukarundersökningar, registrering i olika register, kollegiegranskningar, oanmälda inspektioner.

### **6. När uppföljningen ska genomföras**

När och hur ofta kraven ska följas upp är beroende av hur stor sannolikheten är att dessa inte kommer att uppfyllas och hur omfattande konsekvenserna skulle kunna bli (riskanalys). En del krav ska kanske därför följas ofta och med stor regelbundenhet medan andra följs upp innan avtalet tecknas eller vid oanmälda besök i verksamheten.

### **7. Vem eller vilken funktion som ska genomföra uppföljningen**

Uppföljningen kan genomföras av olika personer eller funktioner i kommunen eller landstinget som t ex medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS), kontroller, upphandlingsenhet. Uppföljningen kan i andra fall genomföras av den egna enheten och sedan redovisas för beställaren.

### **8. Resultat**

Resultatet överensstämmer helt med kravet.  
Resultatet överensstämmer delvis med kravet.  
Resultatet överensstämmer inte alls med kravet.

### **9. Bedömt resultat på en numrerad skala, 1,2 eller 3**

Resultatet kan värderas på en tregradig skala. Detta blir då en subjektiv bedömning av i vilken omfattning som kravet är uppfyllt.  
Resultat som helt överensstämmer med kravet bedöms som en 1:a.  
Resultat som delvis överensstämmer med kravet bedöms som en 2:a.  
Resultat som inte alls överensstämmer s med kravet bedöms som en 3:a.

### **10. Det bedömda resultat redovisat som en färg, grönt, gult eller rött**

I den aktuella excel-filen översätts det bedömda resultatet till en färgmarkör, vilket sker automatiskt utifrån hur resultatet bedömts på skalan 1-3.  
Resultatet överensstämmer helt med kravet bedöms som en 1:a och redovisas med en grön färg.  
Resultatet överensstämmer delvis med kravet bedöms som en 2:a och redovisas med en gul färg.  
Resultatet överensstämmer inte alls med kravet bedöms som en 3:a och redovisas med en röd färg.

### **11. Åtgärd med anledning av resultatet**

Resultaten kan innebära att åtgärder måste sättas in som t ex avdrag på ersättningen, plan över hur bristen ska åtgärdas. I bakgrunden kan det finnas en lokal "sanktionstrappa" från påpekande till uppsägning av avtal.

### **12. Uppföljning av åtgärd**

Om resultatet har föranlett några åtgärder måste också dessa följas upp så att kraven kan garanteras.

### **GRAFEN**













Grafen visar på vikten i relation till de bedömda resultatet. Stor vikt (= 3) och dåligt resultat (=3) innebär att här bör extra uppmärksamhet läggas och eventuella insatser göras.










## Enhet: Skytten 20190315

Krav	område	Uppvisa	Resultat	Bedömt resultat	Åtgärd/handlingsplan
<b>Bakgrundsinformation</b>					
Antal kunder/brukare				4	
Antal anställda (tillsvidare/vikarier)			11 tillsvidare, 1 provanställning.		
Andel anställda med relevant utbildning				11	
<b>Ledning och personal</b>					
Skriftlig information/rutin finns gällande ansvarsfördelning under obekvämt arbetstid (kväll, helg) när verksamhetschef/enhetsledare inte finns på plats samt kontaktuppgifter vid behov av kontakt med chef		Dokument/rutin	Finns.	1	
Samtlig personal ska kunna tala, skriva och förstå svenska spårket		Intervju	Ja.	1	
Skriftlig introduktionsplan för nya medarbetare finns som beskriver viktiga delar utifrån arbetsrätt, arbetsmiljö samt kvalitet (arbetssätt)			Finns, behov finns av uppdatering. Några delar saknas. Rutinpärmen behöver uppdateras (se frågor nedan) och denna ska gås igenom vid intro.	2	
Samtliga medarbetare har fått skriftlig information gällande tystnadsplikt och sekretess samt skrivit på avsedd blankett.		Påskrivna blanketter samt info.dokument	Finns.	1	
Informationsmaterial/rutin finns gällande meddelande- samt yttrandefrihet. Samtlig personal har fått informationen.		Dokument	Finns, policy för social medier finns även.	1	
Skriftlig rutin för muta, gåva och testamente finns.		Rutin	Kommunens övergripande riktlinje finns som personalavdelningen tagit fram. Det bör tilläggas att testamenten vid förfrågan inte ska attesteras.	2	
Inom verksamhetens finns tillräcklig kompetens inom alternativ och kompletterande kommunikation (AKK)		Intervju	Ja,TAKK-utbildning i höstas.	1	
<b>Lokaler, teknik och miljö</b>					
Skriftlig rutin för nyckelhantering finns som beskriver hur nycklar kvitteras ut samt återlämnas		Rutin	Kvittenser finns. Etablerat arbetssätt finns, skriftliga rutiner saknas.	2	
Skriftlig rutin som beskriver hur verksamheten arbetar med miljöfrågor samt hur man arbetar för att uppnå Uppland-Bros kommuns miljömål		Rutin	Hysesgästerna sorterar. Sortering sker även i personalutrymmen. Skriftliga rutiner saknas.	2	
<b>Verksamhet</b>					
Verksamhetsplan för året finns samt verksamhetsberättelse för föregående år		Dokument	Finns.	1	
Kvalitetsberättelse upprättas årligen senast 1/2		Kvalitetsberättelse	Finns.	1	






Lokalt anpassat ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete finns dokumenterat med beskrivna processer, aktiviteter och tillhörande rutiner	Ledningssystem	Det finns ett övergripande ledningssystem för socialkontoret men det saknas lokalanpassat ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Praktiskt arbete sker dock utifrån de rubriker som är kravställda i författningen.	2
Skriftlig rutin för riskanalys finns som beskriver hur verksamheten jobbar med riskanalyser på övergripande nivå. Verksamheten ska även kunna redovisa vilka riskanalyser man jobbat med under föregående år.	Rutin samt aktuella riskanalyser	Blanketten finns i pärmen, riskanalyser genomförs vid behov men inte med regelbundenhet.	2
Skriftlig rutin för egenkontroll finns som beskriver vilka egenkontroller som genomförs årligen samt när resp. kontroll ska genomföras.	Rutin samt uppvisa genomförda egenkontroller	Finns delvis. Egenkontroller genomförs bl.a. genom brukarenkäter.	2
Skriftlig rutin för arbete med värdegrund finns. Rutinen ska beskriva hur värdegrundsarbete genomförs och följs upp i verksamheten samt beskriva hur verksamheten arbetar för att uppnå Upplands-Bros kommuns värdighetsgarantier för LSS	Rutin	Värdighetsgarantierna finns i verksamheten och man arbetar aktivt med detta. Arbetet har skett på planeringsdagar och är en naturlig del i det dagliga arbetet. Rutin saknas.	2
Rutin för avvikelshantering finns och är känd av all personal.	Rutin	Blanketter för avvikelshantering finns. Rutin behöver skrivas samt arbetsättet implementeras i verksamheten.	2
Skriftlig rutin för synpunkter och klagomål finns som beskriver hur brukare/närstående ska gå tillväga om de vill lämna synpunkter på verksamheten. Blankett för synpunkter och klagomål finns tillgänglig för alla brukare/närstående.	Rutin.	Arbetsätt gällande klagomålshantering är inarbetade men skriftlig rutin saknas. Informationstext till brukare och närstående finns. Personalen har kännedom om klagomålshantering.	2
Skriftlig rutin för Lex Sarah finns som beskriver vad ett missförhållande kan innebära samt hur detta rapporteras, utreds och följs upp.	Rutin	Rutin finns. Vid intervjuer framkommer att det finns behov av implementeringsarbete.	1
Skriftlig rutin finns som beskriver agerande samt anmälningsskyldighet vid misstanke om barn som får illa	Rutin	Saknas.	3
Skriftlig rutin som beskriver agerande vid misstanke om eller upptäckt av att den enskilde som bor på boendet har utsatts för våld eller andra övergrepp (t.ex. av en anhörig/närstående, av andra personer som bor på boendet eller av personal)	Rutin	Saknas.	3
Skriftlig rutin för intern och extern samverkan finns som beskriver hur arbetet med samverkan bedrivs	Rutin	Samverkansplan vid akut händelse som föranleder att brukare måste flyttas från boendet finns. Rutin för övrig intern och extern samverkan saknas, dock kan detta muntlig beskrivas tydligt. Mycket samverkan sker utifrån den enskildes behov.	2
Skriftlig rutin för överrapportering mellan passbyten finns som beskriver hur och när överrapportering mellan passbyten sker	Rutin	Finns.	1

Skriftlig rutin för när brukare avviker, inte öppnar dörren eller inte går att nå på överenskommen tid finns som beskriver hur personalen ska agera	Rutin	Saknas.	 3	
Skriftlig rutin finns som beskriver handhavandet om privata medel hanteras	Rutin	Finns. Rekommenderar att kort med tillhörande kod bara ska användas i undantagsfall och att summan som finns på kortet isåfall kraftig ska begränsas.	 1	
Skriftlig rutin/checklista för inflyttning finns som beskriver processen från erbjuden plats till inflyttning	Rutin/checklista	Finns, ingår i stödansvarigs uppdragsbeskrivning.	 1	
Skriftlig rutin för kontaktmannaskap finns som beskriver ansvarsområden och arbetssätt, verksamheten ska även ha skriftlig information att delge brukaren gällande vad kontaktmannaskapet innebär	Rutin samt brukarinfo.	Rutin för stödansvarig finns som beskriver uppdraget väl. I brukarens information har man metvetet tagit bort detta för att undvika att brukaren blir bunden till enbart en viss person.	 1	
Arbetsätt finns för att främja brukarens självständighet, delaktighet, självbestämmande och inflytande	Intervju	Väl etablerade arbetssätt finns.	 1	
Skriftlig rutin som beskriver agerande vid utmanande beteende samt arbetssätt för att minska risken för utmanande beteende	Rutin	Finns.	 1	Kommentar: dela med er av denna till andra enheter som saknar.
Skriftlig rutin för hot och våld finns som beskriver hur personalen ska agera i sådana situationer	Rutin	Finns.	 1	
Skriftlig rutin finns som beskriver vad skydds- och begränsningsåtgärder innebär samt arbetssätt	Rutin	Behöver uppdateras, bör göras i samråd med HSE.	 2	
Skriftlig rutin som beskriver agerande vid misstanke om eller upptäckt av att den boende missbrukar alkohol, andra beroendeframkallande medel eller läkemedel	Rutin	Ej aktuellt.	 1	
Skriftlig rutin finns som beskriver agerande vid behov av kontakt med hälso- och sjukvården (akut samt icke akut) vid förändrat hälsotillstånd hos brukare	Rutin	Finns.	 1	
Skriftlig rutin finns som beskriver hur medarbetarna ska agera vid dödsfall eller allvarlig skada	Rutin	Finns.	 1	
Skriftlig rutin för delegering samt egenvård finns.	Rutin	Informationstext finns, rutin saknas.	 2	
Skriftliga basala hygienrutiner finns	Rutin	Finns.	 1	
Utföraren ska kunna uppvisa att samtlig personal har genomgått Vårdhygiens webbaserade utbildning	Utbildningsbevis	Ja.	 1	
Arbetskläder används enligt SOSFS 2015:10 samt AFS 2018:4	Stickprov, intervju	Finns att tillgå, används delvis.	 2	
I verksamheter där mat hanteras ska skriftliga rutiner för livsmedelshantering och godkända egenkontroller uppvisas	Rutin och egenkontroll	Ej aktuellt.	 1	
Skriftlig rutin/beskrivning av vad god man samt förvaltare innebär finns	Rutin/beskrivning	Finns.	 1	
<b>Dokumentation och dokumentationsgranskning</b>				

All dokumentation som rör den enskilde ska förvaras inlåst dvs skyddad mot obehörig åtkomst, brand och fukt.			Nej.	 3	
Skriftlig rutin för social dokumentation finns som beskriver arbetet med genomförandeplaner, löpande dokumentation, loggning, gallring, tillvägagångssätt vid ev. driftstopp samt utlämning av handling.	Rutin.		Finns delvis, dock saknas några delar.	 2	
Aktuell genomförandeplan finns för alla brukare	Stickprov		Finns inte för någon brukare.	 3	
Genomförandeplanen uppdateras minst två gånger per år	Stickprov			 3	
Genomförandeplanen beskriver vilka insatser som ska ges samt hur och när	Stickprov			 3	
Regelbundna journalanteckningar finns i den sociala journalen	Stickprov		Ja, i alla granskade journaler.	 1	
Det finns beskrivet på vilket sätt brukaren (företrädare) varit delaktig vid upprättandet av genomförandeplanen	Stickprov			 3	
Uppföljning av händelser/åtgärder finns (röd tråd i journalanteckningarna)	Stickprov			 1	
<b>Arbetsmiljö, arbetsrätt och säkerhet</b>					
Riskbedömningar utifrån arbetsmiljöfokus finns för samtliga brukare	Stickprov		Finns, fortlöpande arbete sker.	 1	
Skriftlig rutin/handlingsplan finns som beskriver hur säkerheten upprätthålls vid ex.vis brand, längre elavbrott, översvämning m.m.	Rutin/handlingsplan		Finns delvis, uppdatering påbörjad vad gäller en övergripande rutin. Evakueringsplan för grupp- och servicebostäder finns.	 2	
Skyddsronnd är genomförd under året/föregående år	Dokumentation		Ej 2018.	 3	
Skriftliga rutiner för kort- samt långtidsfrånvaro finns som beskriver arbetsgivarens (tex rehabilitering) samt arbetstagarens ansvar	Rutin		Ja, personalavdelningens framtagna riktlinjer finns att tillgå. Även kortfattad bra informationblad finns.	 1	Kommentar: dela med er av infobladet till övriga enheter
Skriftlig rutin för kränakande särbehandling finns	Rutin		Ja, personalavdelningens framtagna riktlinjer finns att tillgå.	 1	
Skriftliga rutiner för agerande vid anmälan av arbetskada/tillbud finns	Rutin		Skriftlig info om programmet KIA finns, men rutin kring vad som ska rapporteras och när saknas. Processkarta finns.	 2	
Skriftliga rutiner för systematiskt arbetsmiljöarbete finns där ansvarsfördelning av arbetsuppgifter framgår	Rutin		Finns.	 1	
APT hålls regelbundenhet enligt dagordning.	Protokoll samt dagordning		Ja.	 1	
Samtliga medarbetare har en skriftlig kompetensutvecklingsplan	Kompetensutvecklingsplaner		Ja, vid medarbetarsamtal.	 1	

RESULTAT:

- 30  1 Resultatet överensstämmer med kravet  
17  2 Resultatet överensstämmer delvis med kravet  
Resultatet överensstämmer inte alls med  
9  3 kravet/saknas

Av totalt 56 uppföljningspunkter



Sveriges  
Kommuner  
och Landsting

## Uppföljning av krav

	Leverantör		Medelvärde Resultat	
--	------------	--	---------------------	--

### **1. Numrerade krav**

Kraven i förfrågningsunderlag och avtal numreras för att lättare kunna identifieras och eftersökas.

### **2. Krav**

Varje krav i förfrågningsunderlaget, avtalet eller det interna styrdokumentet beskrivs.

### **3. Värdering**

Varje krav värderas och bedöms utifrån hur stor sannolikheten är att kravet inte kommer att uppfyllas och hur omfattande konsekvenserna skulle kunna bli om kravet inte uppfylls. Vikten anges på en tregradig skala där en 3:a innebär stor vikt och en 1:a innebär liten vikt. Numreringen görs för att kunna ställas i relation till resultatet. Värderingen är en subjektiv bedömning utifrån verksamhetens art och omfattning.

1= liten vikt

2= medelstor vikt

3=stor vikt

### **4. Gruppering**

Många förfrågningsunderlag och avtal innehåller ett omfattande antal krav. För att få en bild av vilka krav som ställs kan det finnas behov av att gruppera kraven. Det kan vara krav på leverantören eller på verksamheten. Kraven kan t ex utgå från Socialstyrelsens nationella indikatorer på God vård som kunskapsbaserad och ändamålsenlig hälso- och sjukvård, säker hälso- och sjukvård, patientfokuserad hälso- och sjukvård, effektiv hälso- och sjukvård, jämlik hälso- och sjukvård och hälso- och sjukvård i rimlig tid.

Kraven kan också vara formulerade utifrån process, struktur eller resultat. Detta skulle t ex kunna innebära ett processkrav som krav på rutiner för nyckelhantering, strukturkrav som krav på antal personal och med viss utbildning och resultatkrav som t ex registrering i registrering eller brukarnöjdhet.

### **5. Hur uppföljningen ska genomföras**

Hur kravet ska följas upp måste definieras redan när kravet formuleras. Uppföljningen kan genomföras med olika metoder som t ex besök i verksamheten, brukarundersökningar, registrering i olika register, kollegiegranskningar, oanmälda inspektioner.

### **6. När uppföljningen ska genomföras**

När och hur ofta kraven ska följas upp är beroende av hur stor sannolikheten är att dessa inte kommer att uppfyllas och hur omfattande konsekvenserna skulle kunna bli (riskanalys). En del krav ska kanske därför följas ofta och med stor regelbundenhet medan andra följs upp innan avtalet tecknas eller vid oanmälda besök i verksamheten.

### **7. Vem eller vilken funktion som ska genomföra uppföljningen**

Uppföljningen kan genomföras av olika personer eller funktioner i kommunen eller landstinget som t ex medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS), kontroller, upphandlingsenhet. Uppföljningen kan i andra fall genomföras av den egna enheten och sedan redovisas för beställaren.

### **8. Resultat**

Resultatet överensstämmer helt med kravet.  
Resultatet överensstämmer delvis med kravet.  
Resultatet överensstämmer inte alls med kravet.

### **9. Bedömt resultat på en numrerad skala, 1,2 eller 3**

Resultatet kan värderas på en tregradig skala. Detta blir då en subjektiv bedömning av i vilken omfattning som kravet är uppfyllt.  
Resultat som helt överensstämmer med kravet bedöms som en 1:a.  
Resultat som delvis överensstämmer med kravet bedöms som en 2:a.  
Resultat som inte alls överensstämmer s med kravet bedöms som en 3:a.

### **10. Det bedömda resultat redovisat som en färg, grönt, gult eller rött**

I den aktuella excel-filen översätts det bedömda resultatet till en färgmarkör, vilket sker automatiskt utifrån hur resultatet bedömts på skalan 1-3.  
Resultatet överensstämmer helt med kravet bedöms som en 1:a och redovisas med en grön färg.  
Resultatet överensstämmer delvis med kravet bedöms som en 2:a och redovisas med en gul färg.  
Resultatet överensstämmer inte alls med kravet bedöms som en 3:a och redovisas med en röd färg.

### **11. Åtgärd med anledning av resultatet**

Resultaten kan innebära att åtgärder måste sättas in som t ex avdrag på ersättningen, plan över hur bristen ska åtgärdas. I bakgrunden kan det finnas en lokal "sanktionstrappa" från påpekande till uppsägning av avtal.

### **12. Uppföljning av åtgärd**

Om resultatet har föranlett några åtgärder måste också dessa följas upp så att kraven kan garanteras.

### **GRAFEN**


















Grafen visar på vikten i relation till de bedömda resultatet. Stor vikt (= 3) och dåligt resultat (=3) innebär att här bör extra uppmärksamhet läggas och eventuella insatser göras.

## Enhet: Furuhall 2019-03-26

Krav	område	Uppvisa	Resultat	Bedömt resultat	Åtgärd/handlingsplan
<b>Bakgrundsinformation</b>					
Antal kunder/brukare				5	
Antal anställda (tillsvidare/vikarier)			8 tillsvidare och timvikarier		
Andel anställda med relevant utbildning				5	
<b>Ledning och personal</b>					
Skriftlig information/rutin finns gällande ansvarsfördelning under obekvämt arbetstid (kväll, helg) när verksamhetschef/enhetsledare inte finns på plats samt kontaktuppgifter vid behov av kontakt med chef		Dokument/rutin	Finns.	1	
Samtlig personal ska kunna tala, skriva och förstå svenska spårket		Intervju	Ja.	1	
Skriftlig introduktionsplan för nya medarbetare finns som beskriver viktiga delar utifrån arbetsrätt, arbetsmiljö samt kvalitet (arbetssätt)			Finns, behov finns av uppdatering. Några delar saknas. Rutinparmen behöver uppdateras (se frågor nedan) och denna ska gås igenom vid intro.	2	
Samtliga medarbetare har fått skriftlig information gällande tystnadsplikt och sekretess samt skrivit på avsedd blankett.		Påskrivna blanketter samt info.dokument	Finns.	1	
Informationsmaterial/rutin finns gällande meddelande- samt yttrandefrihet. Samtlig personal har fått informationen.		Dokument	Finns, powerpointpresentation.	1	
Skriftlig rutin för muta, gåva och testamente finns.		Rutin	Kommunens övergripande riktlinje finns som personalavdelningen tagit fram. Det bör tilläggas att testamenten vid förfrågan inte ska attesteras.	2	
Inom verksamheten finns tillräcklig kompetens inom alternativ och kompletterande kommunikation (AKK)		Intervju	Ja, några har gått TAKK-kurs. Önskvärt med vidareutbildning inom kognitiva hjälpmedel.	1	
<b>Lokaler, teknik och miljö</b>					
Skriftlig rutin för nyckelhantering finns som beskriver hur nycklar kvitteras ut samt återlämnas		Rutin	Tydlig rutin för personalnycklar finns, rutin för hantering av hyresgästernas nycklar saknas.	2	
Skriftlig rutin som beskriver hur verksamheten arbetar med miljöfrågor samt hur man arbetar för att uppnå Uppland-Bros kommuns miljömål		Rutin	Inarbetade arbetsätt finns men skriftliga rutiner saknas.	2	
<b>Verksamhet</b>					
Verksamhetsplan för året finns samt verksamhetsberättelse för föregående år		Dokument	Finns.	1	
Kvalitetsberättelse upprättas årligen senast 1/2		Kvalitetsberättelse	Finns.	1	




Lokalt anpassat ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete finns dokumenterat med beskrivna processer, aktiviteter och tillhörande rutiner	Ledningssystem	Det finns ett övergripande ledningssystem för socialkontoret men det saknas lokalanpassat ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Praktiskt arbete sker dock utifrån de rubriker som är kravställda i författningen.	2
Skriftlig rutin för riskanalys finns som beskriver hur verksamheten jobbar med riskanalyser på övergripande nivå. Verksamheten ska även kunna redovisa vilka riskanalyser man jobbat med under föregående år.	Rutin samt aktuella riskanalyser	Saknas. Riskanalyser har gjorts tidigare.	3
Skriftlig rutin för egenkontroll finns som beskriver vilka egenkontroller som genomförs årligen samt när resp. kontroll ska genomföras.	Rutin samt uppvisa genomförda egenkontroller	Egenkontroller genomförs delvis bl.a har personakter granskats. Skriftlig rutin saknas.	2
Skriftlig rutin för arbete med värdegrund finns. Rutinen ska beskriva hur värdegrundsarbete genomförs och följs upp i verksamheten samt beskriva hur verksamheten arbetar för att uppnå Upplands-Bros kommuns värdighetsgarantier för LSS	Rutin	Värdighetsgarantierna har brutits ned och anpassats till enhetsnivå. Rutin saknas.	2
Rutin för avvikelshantering finns och är känd av all personal.	Rutin	Avvikeler hanteras endast i SOL-journalen. Rutin behöver skrivas samt arbetsättet implementeras i verksamheten.	3
Skriftlig rutin för synpunkter och klagomål finns som beskriver hur brukare/närstående ska gå tillväga om de vill lämna synpunkter på verksamheten. Blankett för synpunkter och klagomål finns tillgänglig för alla brukare/närstående.	Rutin.	Arbetsätt gällande klagomålshantering är inarbetade men skriftlig rutin saknas. Informationstext till brukare och närstående finns. Personalen har kännedom om klagomålshantering.	2
Skriftlig rutin för Lex Sarah finns som beskriver vad ett missförhållande kan innebära samt hur detta rapporteras, utreds och följs upp.	Rutin	Rutin finns. Vid intervjuer framkommer att det finns behov av implementeringsarbete.	1
Skriftlig rutin finns som beskriver agerande samt anmälningsskyldighet vid misstanke om barn som får illa	Rutin	Finns.	1
Skriftlig rutin som beskriver agerande vid misstanke om eller upptäckt av att den enskilde som bor på boendet har utsatts för våld eller andra övergrepp (t.ex. av en anhörig/närstående, av andra personer som bor på boendet eller av personal)	Rutin	Finns delvis, riktlinje för våld i nära relation finns som delvis beskriver området. Komplettering krävs gällande agerande från boendet sida vid misstanke/upptäckt.	2
Skriftlig rutin för intern och extern samverkan finns som beskriver hur arbetet med samverkan bedrivs	Rutin	Samverkansplan vid akut händelse som föranleder att brukare måste flyttas från boendet finns. Rutin för övrig intern och extern samverkan saknas, dock kan detta muntlig beskrivas tydligt.	2
Skriftlig rutin för överrapportering mellan passbyten finns som beskriver hur och när överrapportering mellan passbyten sker	Rutin	Skriftlig rutin saknas, dock finns inarbetade arbetsätt.	2



Skriftlig rutin för när brukare avviker, inte öppnar dörren eller inte går att nå på överenskommen tid finns som beskriver hur personalen ska agera	Rutin	Saknas, men finns delvis beskrivet i brukarnas egna strukturpärmar.	 3	
Skriftlig rutin finns som beskriver handhavandet om privata medel hanteras	Rutin	Finns. Rekommenderar att kort med tillhörande kod bara ska användas i undantagsfall och att summan som finns på kortet isåfall kraftig ska begränsas.	 1	
Skriftlig rutin/checklista för inflyttning finns som beskriver processen från erbjuden plats till inflyttning	Rutin/checklista	Finns, ingår i stödansvarigs uppdragsbeskrivning. Behöver läggas till information om brukarnas andrahandskontrakt.	 2	
Skriftlig rutin för kontaktmannaskap finns som beskriver ansvarsområden och arbetssätt, verksamheten ska även ha skriftlig information att delge brukaren gällande vad kontaktmannaskapet innebär	Rutin samt brukarinfo.	Rutin för stödansvarig finns som beskriver uppdraget väl.	 1	
Arbetssätt finns för att främja brukarens självständighet, delaktighet, självbestämmande och inflytande	intervju	Väl etablerade arbetssätt finns.	 1	
Skriftlig rutin som beskriver agerande vid utmanande beteende samt arbetssätt för att minska risken för utmanande beteende	Rutin	Finns dokument från socialstyrelsen, lokal rutin saknas.	 2	
Skriftlig rutin för hot och våld finns som beskriver hur personalen ska agera i sådana situationer	Rutin	Finns.	 1	
Skriftlig rutin finns som beskriver vad skydds- och begränsningsåtgärder innebär samt arbetssätt	Rutin	Socialstyrelsens dokument finns. Behöver uppdateras och skapas lokal rutin, bör göras i samråd med HSE.	 2	
Skriftlig rutin som beskriver agerande vid misstanke om eller upptäckt av att den boende missbrukar alkohol, andra beroendeframkallande medel eller läkemedel	Rutin	Saknas.	 3	
Skriftlig rutin finns som beskriver agerande vid behov av kontakt med hälso- och sjukvården (akut samt icke akut) vid förändrat hälsotillstånd hos brukare	Rutin	Saknas.	 3	
Skriftlig rutin finns som beskriver hur medarbetarna ska agera vid dödsfall eller allvarlig skada	Rutin	Finns gällande dödsfall, behöver kompletteras med allvarlig skada.	 2	
Skriftlig rutin för delegering samt egenvård finns.	Rutin	Informationstext finns, rutin saknas.	 2	
Skriftliga basala hygienrutiner finns	Rutin	Finns.	 1	
Utföraren ska kunna uppvisa att samtliga personal har genomgått Vårdhygiens webbaserade utbildning	Utbildningsbevis	Sjuksköterska samlar in årsvis, finns inte på plats i verksamheten men är gjort under året.	 2	
Arbetskläder används enligt SOSFS 2015:10 samt AFS 2018:4	Stickprov, intervju	Nej.	 3	
I verksamheter där mat hanteras ska skriftliga rutiner för livsmedelshantering och godkända egenkontroller uppvisas	Rutin och egenkontroll	Ej aktuellt.	 1	
Skriftlig rutin/beskrivning av vad god man samt förvaltare innebär finns	Rutin/beskrivning	Finns.	 1	
<b>Dokumentation och dokumentationsgranskning</b>				

All dokumentation som rör den enskilde ska förvaras inlåst dvs skyddad mot obehörig åtkomst, brand och fukt.			Nej, enbart digital dokumentation. Dock bör det finnas papperskopior på viktiga delar ifall åtkomst till digitala verktyg saknas tex om systemen är ur funktion.	 3	
Skriftlig rutin för social dokumentation finns som beskriver arbetet med genomförandeplaner, löpande dokumentation, loggning, gallring, tillvägagångssätt vid ev. driftstopp samt utlämning av handling.		Rutin.	Finns delvis, dock saknas några delar.	 2	
Aktuell genomförandeplan finns för alla brukare		Stickprov	Finns för färre än 50% av brukarna digitalt i lifecare.	 3	
Genomförandeplanen uppdateras minst två gånger per år		Stickprov	I 2 av 5 granskade journaler.	 3	
Genomförandeplanen beskriver vilka insatser som ska ges samt hur och när		Stickprov	I de 2 genomförandeplaner som finns beskrivs insatserna väl.	 2	
Regelbundna journalanteckningar finns i den sociala journalen		Stickprov	Ja, i alla granskade journaler.	 1	
Det finns beskrivet på vilket sätt brukaren (företrädare) varit delaktig vid upprättandet av genomförandeplanen		Stickprov		 3	
Uppföljning av händelser/åtgärder finns (röd tråd i journalanteckningarna)		Stickprov	Ja, i alla granskade journaler.	 1	
<b>Arbetsmiljö, arbetsrätt och säkerhet</b>					
Riskbedömningar utifrån arbetsmiljöfokus finns för samtliga brukare		Stickprov	Finns, fortlöpande arbete sker.	 1	
Skriftlig rutin/handlingsplan finns som beskriver hur säkerheten upprätthålls vid ex.vis brand, längre elavbrott, översvämning m.m.		Rutin/handlingsplan	Finns delvis, uppdatering påbörjad vad gäller en övergripande rutin. Evakueringsplan för grupp- och servicebostäder finns.	 2	
Skyddsronde är genomförd under året/föregående år		Dokumentation	Delvis, hälften är gjort.	 2	
Skriftliga rutiner för kort- samt långtidsfrånvaro finns som beskriver arbetsgivarens (tex rehabilitering) samt arbetstagarens ansvar		Rutin	Ja, personalavdelningens framtagna riktlinjer finns att tillgå.	 1	
Skriftlig rutin för kränkande särbehandling finns		Rutin	Ja, personalavdelningens framtagna riktlinjer finns att tillgå.	 1	
Skriftliga rutiner för agerande vid anmälan av arbetsskada/tillbud finns		Rutin	Finns, en snabbguide finns som bra beskriver vad en arbetsskada/tillbud är samt vägledning för anmälan.	 2	Kommentar: Dela med er av snabbguide till övriga enheter
Skriftliga rutiner för systematiskt arbetsmiljöarbete finns där ansvarsfördelning av arbetsuppgifter framgår		Rutin	Finns.	 1	
APT hålls regelbundenhet enligt dagordning.		Protokoll samt dagordning	Ja.	 1	
Samtliga medarbetare har en skriftlig kompetensutvecklingsplan		Kompetensutvecklingsplaner	Ja, vid medarbetarsamtal.	 1	

RESULTAT:

- 24  1 Resultatet överensstämmer med kravet
- 22  2 Resultatet överensstämmer delvis med kravet
- Resultatet överensstämmer inte alls med
- 10  3 kravet/saknas

Av totalt 56 uppföljningspunkter



Sveriges  
Kommuner  
och Landsting

## Uppföljning av krav

	Leverantör		Medelvärde Resultat	
--	------------	--	---------------------	--

### **1. Numrerade krav**

Kraven i förfrågningsunderlag och avtal numreras för att lättare kunna identifieras och eftersökas.

### **2. Krav**

Varje krav i förfrågningsunderlaget, avtalet eller det interna styrdokumentet beskrivs.

### **3. Värdering**

Varje krav värderas och bedöms utifrån hur stor sannolikheten är att kravet inte kommer att uppfyllas och hur omfattande konsekvenserna skulle kunna bli om kravet inte uppfylls. Vikten anges på en tregradig skala där en 3:a innebär stor vikt och en 1:a innebär liten vikt. Numreringen görs för att kunna ställas i relation till resultatet. Värderingen är en subjektiv bedömning utifrån verksamhetens art och omfattning.

1= liten vikt

2= medelstor vikt

3=stor vikt

### **4. Gruppering**

Många förfrågningsunderlag och avtal innehåller ett omfattande antal krav. För att få en bild av vilka krav som ställs kan det finnas behov av att gruppera kraven. Det kan vara krav på leverantören eller på verksamheten. Kraven kan t ex utgå från Socialstyrelsens nationella indikatorer på God vård som kunskapsbaserad och ändamålsenlig hälso- och sjukvård, säker hälso- och sjukvård, patientfokuserad hälso- och sjukvård, effektiv hälso- och sjukvård, jämlik hälso- och sjukvård och hälso- och sjukvård i rimlig tid.

Kraven kan också vara formulerade utifrån process, struktur eller resultat. Detta skulle t ex kunna innebära ett processkrav som krav på rutiner för nyckelhantering, strukturkrav som krav på antal personal och med viss utbildning och resultatkrav som t ex registrering i registrering eller brukarnöjdhet.

### **5. Hur uppföljningen ska genomföras**

Hur kravet ska följas upp måste definieras redan när kravet formuleras. Uppföljningen kan genomföras med olika metoder som t ex besök i verksamheten, brukarundersökningar, registrering i olika register, kollegiegranskningar, oanmälda inspektioner.

### **6. När uppföljningen ska genomföras**

När och hur ofta kraven ska följas upp är beroende av hur stor sannolikheten är att dessa inte kommer att uppfyllas och hur omfattande konsekvenserna skulle kunna bli (riskanalys). En del krav ska kanske därför följas ofta och med stor regelbundenhet medan andra följs upp innan avtalet tecknas eller vid oanmälda besök i verksamheten.

### **7. Vem eller vilken funktion som ska genomföra uppföljningen**

Uppföljningen kan genomföras av olika personer eller funktioner i kommunen eller landstinget som t ex medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS), kontroller, upphandlingsenhet. Uppföljningen kan i andra fall genomföras av den egna enheten och sedan redovisas för beställaren.

### **8. Resultat**

Resultatet överensstämmer helt med kravet.  
Resultatet överensstämmer delvis med kravet.  
Resultatet överensstämmer inte alls med kravet.

### **9. Bedömt resultat på en numrerad skala, 1,2 eller 3**

Resultatet kan värderas på en tregradig skala. Detta blir då en subjektiv bedömning av i vilken omfattning som kravet är uppfyllt.  
Resultat som helt överensstämmer med kravet bedöms som en 1:a.  
Resultat som delvis överensstämmer med kravet bedöms som en 2:a.  
Resultat som inte alls överensstämmer s med kravet bedöms som en 3:a.

### **10. Det bedömda resultat redovisat som en färg, grönt, gult eller rött**

I den aktuella excel-filen översätts det bedömda resultatet till en färgmarkör, vilket sker automatiskt utifrån hur resultatet bedömts på skalan 1-3.  
Resultatet överensstämmer helt med kravet bedöms som en 1:a och redovisas med en grön färg.  
Resultatet överensstämmer delvis med kravet bedöms som en 2:a och redovisas med en gul färg.  
Resultatet överensstämmer inte alls med kravet bedöms som en 3:a och redovisas med en röd färg.

### **11. Åtgärd med anledning av resultatet**

Resultaten kan innebära att åtgärder måste sättas in som t ex avdrag på ersättningen, plan över hur bristen ska åtgärdas. I bakgrunden kan det finnas en lokal "sanktionstrappa" från påpekande till uppsägning av avtal.

### **12. Uppföljning av åtgärd**



Om resultatet har föranlett några åtgärder måste också dessa följas upp så att kraven kan garanteras.

















### **GRAFEN**

Grafen visar på vikten i relation till de bedömda resultatet. Stor vikt (= 3) och dåligt resultat (=3) innebär att här bör extra uppmärksamhet läggas och eventuella insatser göras.

## Enhet: Östervägen 2019-02-24

Krav	område	Uppvisa	Resultat	Bedömt resultat	Åtgärd/handlingsplan
<b>Bakgrundsinformation</b>					
Antal kunder/brukare				6	
Antal anställda (tillsvidare/vikarier)			9 tillsvidare varav 6 med provanställning		
Andel anställda med relevant utbildning			4 undersköterskor, fler med bra arbetslivserfarenheter		
<b>Ledning och personal</b>					
Skriftlig information/rutin finns gällande ansvarsfördelning under obekvämt arbetstid (kväll, helg) när verksamhetschef/enhetsledare inte finns på plats samt kontaktuppgifter vid behov av kontakt med chef		Dokument/rutin	Finns.	1	
Samtlig personal ska kunna tala, skriva och förstå svenska spårket		Intervju	Ja.	1	
Skriftlig introduktionsplan för nya medarbetare finns som beskriver viktiga delar utifrån arbetsrätt, arbetsmiljö samt kvalitet (arbetssätt)			Finns, behov finns av uppdatering. Några viktiga delar saknas tex avvikelshantering. Rutinparmen behöver uppdateras (se frågor nedan) och denna ska gås igenom vid intro.	2	
Samtliga medarbetare har fått skriftlig information gällande tystnadsplikt och sekretess samt skrivit på avsedd blankett.		Påskrivna blanketter samt info.dokument	Finns, behövs tydligare information om vad sekretess och tystnadsplikt innebär.	2	
Informationsmaterial/rutin finns gällande meddelande- samt yttrandefrihet. Samtlig personal har fått informationen.		Dokument	Saknas.	3	
Skriftlig rutin för muta, gåva och testamente finns.		Rutin	Muntligt, men skriftlig rutin saknas.	2	
Inom verksamhetens finns tillräcklig kompetens inom alternativ och kompletterande kommunikation (AKK)		Intervju	Ja, AKK-utbildning pågående.	1	
<b>Lokaler, teknik och miljö</b>					
Skriftlig rutin för nyckelhantering finns som beskriver hur nycklar kvitteras ut samt återlämnas		Rutin	Kvittenser finns, men skriftlig rutin saknas. Behöver finnas rutin både för personalnycklar och nycklar till brukare.	2	
Skriftlig rutin som beskriver hur verksamheten arbetar med miljöfrågor samt hur man arbetar för att uppnå Uppland-Bros kommuns miljömål		Rutin	Personalen arbetar aktivt tillsammans med brukarna och sorterar även i personautrymmen. Skriftlig rutin saknas.	2	
<b>Verksamhet</b>					
Verksamhetsplan för året finns samt verksamhetsberättelse för föregående år		Dokument	Finns.	1	
Kvalitetsberättelse upprättas årligen senast 1/2		Kvalitetsberättelse	Finns.	1	




Lokalt anpassat ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete finns dokumenterat med beskrivna processer, aktiviteter och tillhörande rutiner	Ledningssystem	Det finns ett övergripande ledningssystem för socialkontoret men det saknas lokalanpassat ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Praktiskt arbete sker dock utifrån de rubriker som är kravställda i författningen.	 2
Skriftlig rutin för riskanalys finns som beskriver hur verksamheten jobbar med riskanalyser på övergripande nivå. Verksamheten ska även kunna redovisa vilka riskanalyser man jobbat med under föregående år.	Rutin samt aktuella riskanalyser	Saknas. Riskanalyser genomförs på individnivå och utifrån arbetsmiljöfokus.	 3
Skriftlig rutin för egenkontroll finns som beskriver vilka egenkontroller som genomförs årligen samt när resp. kontroll ska genomföras.	Rutin samt uppvisa genomförda egenkontroller	Egenkontroller genomförs i viss mån, ett strukturerat arbete saknas. Rutin saknas.	 3
Skriftlig rutin för arbete med värdegrund finns. Rutinen ska beskriva hur värdegrundsarbete genomförs och följs upp i verksamheten samt beskriva hur verksamheten arbetar för att uppnå Upplands-Bros kommuns värdighetsgarantier för LSS	Rutin	Väl utarbetade arbetsätt finns etablerade. Värdegrundsarbetet är väl förankrat i verksamheten och arbetet är aktivt. Skriftlig rutin saknas.	 2
Rutin för avvikelshantering finns och är känd av all personal.	Rutin	Avvikelsehantering finns som punkt på APT och aktuella avvikelser lyft på kvalitetsråd. Rutin behöver skrivas samt arbetsättet implementeras i verksamheten.	 2
Skriftlig rutin för synpunkter och klagomål finns som beskriver hur brukare/närstående ska gå tillväga om de vill lämna synpunkter på verksamheten. Blankett för synpunkter och klagomål finns tillgänglig för alla brukare/närstående.	Rutin.	Arbetsätt är inarbetade men skriftlig rutin saknas. Personalen har god kännedom om klagomålshantering.	 2
Skriftlig rutin för Lex Sarah finns som beskriver vad ett missförhållande kan innebära samt hur detta rapporteras, utreds och följs upp.	Rutin	Rutin finns. Vid intervjuer framkommer att det finns behov av implementeringsarbete.	 1
Skriftlig rutin finns som beskriver agerande samt anmälningsskyldighet vid misstanke om barn som far illa	Rutin	Saknas.	 3
Skriftlig rutin som beskriver agerande vid misstanke om eller upptäckt av att den enskilde som bor på boendet har utsatts för våld eller andra övergrepp (t.ex. av en anhörig/närstående, av andra personer som bor på boendet eller av personal)	Rutin	Saknas.	 3
Skriftlig rutin för intern och extern samverkan finns som beskriver hur arbetet med samverkan bedrivs	Rutin	Regelbunden samverkan med bl.a. daglig verksamhet, biståndsenheten, habiliteringen finns etablerad. Skriftlig rutin saknas.	 2
Skriftlig rutin för överrapportering mellan passbyten finns som beskriver hur och när överrapportering mellan passbyten sker	Rutin	Finns.	 1

Skriftlig rutin för när brukare avviker, inte öppnar dörren eller inte går att nå på överenskommen tid finns som beskriver hur personalen ska agera	Rutin	Saknas skriftlig rutin. Bedömning sker på individnivå och detta dokumenteras då i brukarens journal. Denna rutin är av mycket stor vikt att den finns i verksamheten och är lokalt anpassad.	 2
Skriftlig rutin finns som beskriver handhavandet om privata medel hanteras	Rutin	Saknas över gripande rutin, men individuella överenskommelser saknas.	 2
Skriftlig rutin/checklista för inflyttning finns som beskriver processen från erbjuden plats till inflyttning	Rutin/checklista	Finns, ingår i stödansvarigs uppdragsbeskrivning.	 1
Skriftlig rutin för kontaktmannaskap finns som beskriver ansvarsområden och arbetssätt, verksamheten ska även ha skriftlig information att delge brukaren gällande vad kontaktmannaskapet innebär	Rutin samt brukarinfo.	Rutin för stödansvarig finns som beskriver uppdraget väl.	 1
Arbetssätt finns för att främja brukarens självständighet, delaktighet, självbestämmande och inflytande	Intervju	Väl etablerade arbetssätt finns. Bl.a. hålls husmöte veckovis där brukarna ges möjlighet att uttrycka sina åsikter.	 1
Skriftlig rutin som beskriver agerande vid utmanande beteende samt arbetssätt för att minska risken för utmanande beteende	Rutin	Finns handlingsplaner på individnivå men en övergripande rutin saknas.	 2
Skriftlig rutin för hot och våld finns som beskriver hur personalen ska agera i sådana situationer	Rutin	Finns.	 1
Skriftlig rutin finns som beskriver vad skydds- och begränsningsåtgärder innebär samt arbetssätt	Rutin	Saknas.	 3
Skriftlig rutin som beskriver agerande vid misstanke om eller upptäckt av att den boende missbrukar alkohol, andra beroendeframkallande medel eller läkemedel	Rutin	Saknas.	 3
Skriftlig rutin finns som beskriver agerande vid behov av kontakt med hälso- och sjukvården (akut samt icke akut) vid förändrat hälsotillstånd hos brukare	Rutin	Skriftlig rutin saknas, etablerade arbetssätt finns.	 2
Skriftlig rutin finns som beskriver hur medarbetarna ska agera vid dödsfall eller allvarlig skada	Rutin	Finns delvis, rutin finns för agerande vid allvarlig skada, dödsfall saknas.	 2
Skriftlig rutin för delegering samt egenvård finns.	Rutin	Finns delvis, delen om egenvård behöver kompletteras.	 2
Skriftliga basala hygienrutiner finns	Rutin	Saknas. Rutin finns i kommunen men ej på aktuell enhet. Dock har personalen genomgått utbildning.	 3
Utföraren ska kunna uppvisa att samtlig personal har genomgått Vårdhygiens webbaserade utbildning	Utbildningsbevis	Ja	 1
Arbetskläder används enligt SOSFS 2015:10 samt AFS 2018:4	Stickprov, intervju	Nej.	 3
I verksamheter där mat hanteras ska skriftliga rutiner för livsmedelshantering och godkända egenkontroller uppvisas	Rutin och egenkontroll	Ej aktuellt.	 1
Skriftlig rutin/beskrivning av vad god man samt förvaltare innebär finns	Rutin/beskrivning	Saknas.	 3



Dokumentation och dokumentationsgranskning				
All dokumentation som rör den enskilde ska förvaras inlåst dvs skyddad mot obehörig åtkomst, brand och fukt.			Skåp finns, men dokumentationen förvaras ej däri.	3
Skriftlig rutin för social dokumentation finns som beskriver arbetet med genomförandeplaner, löpande dokumentation, loggning, gallring, tillvägagångssätt vid ev. driftstopp samt utlämning av handling.	Rutin.		Finns delvis, dock saknas flera delar.	2
Aktuell genomförandeplan finns för alla brukare	Stickprov		Genomförandeplan finns i en av fem granskade journaler.	3
Genomförandeplanen uppdateras minst två gånger per år	Stickprov			3
Genomförandeplanen beskriver vilka insatser som ska ges samt hur och när	Stickprov		Den genomförandeplanen som finns skriven beskriver väl insatserna.	3
Regelbundna journalanteckningar finns i den sociala journalen	Stickprov		Ja, i samtliga journaler.	1
Det finns beskrivet på vilket sätt brukaren (företrädare) varit delaktig vid upprättandet av genomförandeplanen	Stickprov			3
Uppföljning av händelser/åtgärder finns (röd tråd i journalanteckningarna)	Stickprov			1
Arbetsmiljö, arbetsrätt och säkerhet				
Riskbedömningar utifrån arbetsmiljöfokus finns för samtliga brukare	Stickprov		Alla kontrollerade brukare hade riskbedömningar, dock var dessa inte uppdaterade på länge.	2
Skriftlig rutin/handlingsplan finns som beskriver hur säkerheten upprätthålls vid ex.vis brand, längre elavbrott, översvämning m.m.	Rutin/handlingsplan		Finns delvis, uppdatering påbörjade både vad gäller en övergripande rutin samt evakueringsplan för grupp- och servicebostäder.	2
Skyddsronde är genomförd under året/föregående år	Dokumentation		Nej	3
Skriftliga rutiner för kort- samt långtidsfrånvaro finns som beskriver arbetsgivarens (tex rehabilitering) samt arbetstagarens ansvar	Rutin		Ej utskriven, dock finns riktlinjer på intranätet.	2
Skriftlig rutin för kränakande särbehandling finns	Rutin		Ej utskriven, finns på intranätet.	2
Skriftliga rutiner för agerande vid anmälan av arbetsskada/tillbud finns	Rutin		Genomgång sker vid intro, men skriftlig rutin saknas.	2
Skriftliga rutiner för systematiskt arbetsmiljöarbete finns där ansvarsfördelning av arbetsuppgifter framgår	Rutin		SAM-hjulet används, skriftliga rutiner saknas.	2
APT hålls regelbundenhet enligt dagordning.	Protokoll samt dagordning		Ja.	1
Samtliga medarbetare har en skriftlig kompetensutvecklingsplan	Kompetensutvecklingsplaner		Detta genomförs på medarbetarsamtal, alla medarbetare har ännu inte haft sitt första medarbetarsamtal varför samtliga inte har planer.	2

RESULTAT:

- 16  1 Resultatet överensstämmer med kravet  
24  2 Resultatet överensstämmer delvis med kravet  
Resultatet överensstämmer inte alls med  
16  3 kravet/saknas

Av totalt 56 uppföljningspunkter.



Sveriges  
Kommuner  
och Landsting

## Uppföljning av krav

	Leverantör		Medelvärde Resultat	
--	------------	--	---------------------	--

### **1. Numrerade krav**

Kraven i förfrågningsunderlag och avtal numreras för att lättare kunna identifieras och eftersökas.

### **2. Krav**

Varje krav i förfrågningsunderlaget, avtalet eller det interna styrdokumentet beskrivs.

### **3. Värdering**

Varje krav värderas och bedöms utifrån hur stor sannolikheten är att kravet inte kommer att uppfyllas och hur omfattande konsekvenserna skulle kunna bli om kravet inte uppfylls. Vikten anges på en tregradig skala där en 3:a innebär stor vikt och en 1:a innebär liten vikt. Numreringen görs för att kunna ställas i relation till resultatet. Värderingen är en subjektiv bedömning utifrån verksamhetens art och omfattning.

1= liten vikt

2= medelstor vikt

3=stor vikt

### **4. Gruppering**

Många förfrågningsunderlag och avtal innehåller ett omfattande antal krav. För att få en bild av vilka krav som ställs kan det finnas behov av att gruppera kraven. Det kan vara krav på leverantören eller på verksamheten. Kraven kan t ex utgå från Socialstyrelsens nationella indikatorer på God vård som kunskapsbaserad och ändamålsenlig hälso- och sjukvård, säker hälso- och sjukvård, patientfokuserad hälso- och sjukvård, effektiv hälso- och sjukvård, jämlik hälso- och sjukvård och hälso- och sjukvård i rimlig tid.

Kraven kan också vara formulerade utifrån process, struktur eller resultat. Detta skulle t ex kunna innebära ett processkrav som krav på rutiner för nyckelhantering, strukturkrav som krav på antal personal och med viss utbildning och resultatkrav som t ex registrering i registrering eller brukarnöjdhet.

### **5. Hur uppföljningen ska genomföras**

Hur kravet ska följas upp måste definieras redan när kravet formuleras. Uppföljningen kan genomföras med olika metoder som t ex besök i verksamheten, brukarundersökningar, registrering i olika register, kollegiegranskningar, oanmälda inspektioner.

### **6. När uppföljningen ska genomföras**

När och hur ofta kraven ska följas upp är beroende av hur stor sannolikheten är att dessa inte kommer att uppfyllas och hur omfattande konsekvenserna skulle kunna bli (riskanalys). En del krav ska kanske därför följas ofta och med stor regelbundenhet medan andra följs upp innan avtalet tecknas eller vid oanmälda besök i verksamheten.

### **7. Vem eller vilken funktion som ska genomföra uppföljningen**

Uppföljningen kan genomföras av olika personer eller funktioner i kommunen eller landstinget som t ex medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS), kontroller, upphandlingsenhet. Uppföljningen kan i andra fall genomföras av den egna enheten och sedan redovisas för beställaren.

### **8. Resultat**

Resultatet överensstämmer helt med kravet.  
Resultatet överensstämmer delvis med kravet.  
Resultatet överensstämmer inte alls med kravet.

### **9. Bedömt resultat på en numrerad skala, 1,2 eller 3**

Resultatet kan värderas på en tregradig skala. Detta blir då en subjektiv bedömning av i vilken omfattning som kravet är uppfyllt.  
Resultat som helt överensstämmer med kravet bedöms som en 1:a.  
Resultat som delvis överensstämmer med kravet bedöms som en 2:a.  
Resultat som inte alls överensstämmer s med kravet bedöms som en 3:a.

### **10. Det bedömda resultat redovisat som en färg, grönt, gult eller rött**

I den aktuella excel-filen översätts det bedömda resultatet till en färgmarkör, vilket sker automatiskt utifrån hur resultatet bedömts på skalan 1-3.  
Resultatet överensstämmer helt med kravet bedöms som en 1:a och redovisas med en grön färg.  
Resultatet överensstämmer delvis med kravet bedöms som en 2:a och redovisas med en gul färg.  
Resultatet överensstämmer inte alls med kravet bedöms som en 3:a och redovisas med en röd färg.

### **11. Åtgärd med anledning av resultatet**

Resultaten kan innebära att åtgärder måste sättas in som t ex avdrag på ersättningen, plan över hur bristen ska åtgärdas. I bakgrunden kan det finnas en lokal "sanktionstrappa" från påpekande till uppsägning av avtal.

### **12. Uppföljning av åtgärd**

Om resultatet har föranlett några åtgärder måste också dessa följas upp så att kraven kan garanteras.

### **GRAFEN**

Grafen visar på vikten i relation till de bedömda resultatet. Stor vikt (= 3) och dåligt resultat (=3) innebär att här bör extra uppmärksamhet läggas och eventuella insatser göras.




## Enhet: Kyrkvägen 20190327

Krav	område	Uppvisa	Resultat	Bedömt resultat	Åtgärd/handlingsplan
<b>Bakgrundsinformation</b>					
Antal kunder/brukare				8	
Antal anställda (tillsvidare/vikarier)			5 tillsvidare och vikarier		
Andel anställda med relevant utbildning			Oklart då enhetsledaren i dagsläget är ny		
<b>Ledning och personal</b>					
Skriftlig information/rutin finns gällande ansvarsfördelning under obekvämt arbetstid (kväll, helg) när verksamhetschef/enhetsledare inte finns på plats samt kontaktuppgifter vid behov av kontakt med chef		Dokument/rutin	Finns.	1	
Samtlig personal ska kunna tala, skriva och förstå svenska spårket		Intervju	Ja.	1	
Skriftlig introduktionsplan för nya medarbetare finns som beskriver viktiga delar utifrån arbetsrätt, arbetsmiljö samt kvalitet (arbetssätt)			Finns, behov finns av uppdatering. Några delar saknas. Rutinparmen behöver uppdateras (se frågor nedan) och denna ska gås igenom vid intro.	2	
Samtliga medarbetare har fått skriftlig information gällande tystnadsplikt och sekretess samt skrivit på avsedd blankett.		Påskrivna blanketter samt info.dokument	Finns, ej implementerad.	2	
Informationsmaterial/rutin finns gällande meddelande- samt yttrandefrihet. Samtlig personal har fått informationen.		Dokument	Saknas	3	
Skriftlig rutin för muta, gåva och testamente finns.		Rutin	Kommunens övergripande riktlinje finns som personalavdelningen tagit fram. Det bör tilläggas att testamenten vid förfrågan inte ska atteras.	2	
Inom verksamhetens finns tillräcklig kompetens inom alternativ och kompletterande kommunikation (AKK)		Intervju	Ja, TAKK-utbildning genomförd.	1	
<b>Lokaler, teknik och miljö</b>					
Skriftlig rutin för nyckelhantering finns som beskriver hur nycklar kvitteras ut samt återlämnas		Rutin	Kvittenser finns. Rutin finns för personalnycklar men saknas för brukarnas nycklar.	2	
Skriftlig rutin som beskriver hur verksamheten arbetar med miljöfrågor samt hur man arbetar för att uppnå Uppland-Bros kommuns miljömål		Rutin	Saknas, källsortering genomförs inte i dagsläget	3	
<b>Verksamhet</b>					
Verksamhetsplan för året finns samt verksamhetsberättelse för föregående år		Dokument	Finns.	1	
Kvalitetsberättelse upprättas årligen senast 1/2		Kvalitetsberättelse	Finns.	1	




Lokalt anpassat ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete finns dokumenterat med beskrivna processer, aktiviteter och tillhörande rutiner	Ledningssystem	Det finns ett övergripande ledningssystem för socialkontoret men det saknas lokalanpassat ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Praktiskt arbete sker dock utifrån de rubriker som är kravställda i författningen.	2
Skriftlig rutin för riskanalys finns som beskriver hur verksamheten jobbar med riskanalyser på övergripande nivå. Verksamheten ska även kunna redovisa vilka riskanalyser man jobbat med under föregående år.	Rutin samt aktuella riskanalyser	Saknas.	3
Skriftlig rutin för egenkontroll finns som beskriver vilka egenkontroller som genomförs årligen samt när resp. kontroll ska genomföras.	Rutin samt uppvisa genomförda egenkontroller	Saknas, årshjul bör arbetas fram.	3
Skriftlig rutin för arbete med värdegrund finns. Rutinen ska beskriva hur värdegrundsarbete genomförs och följs upp i verksamheten samt beskriva hur verksamheten arbetar för att uppnå Upplands-Bros kommuns värdighetsgarantier för LSS	Rutin	Värdighetsgarantierna finns i verksamheten men behöver implementeras ytterligare. Rutin saknas.	3
Rutin för avvikelshantering finns och är känd av all personal.	Rutin	Rutin saknas samt behöva av implementering i verksamheten.	3
Skriftlig rutin för synpunkter och klagomål finns som beskriver hur brukare/närstående ska gå tillväga om de vill lämna synpunkter på verksamheten. Blankett för synpunkter och klagomål finns tillgänglig för alla brukare/närstående.	Rutin.	Arbetsätt gällande klagomålshandling är delvis inarbetade men skriftlig rutin saknas.	2
Skriftlig rutin för Lex Sarah finns som beskriver vad ett missförhållande kan innebära samt hur detta rapporteras, utreds och följs upp.	Rutin	Rutin finns. Dock två olika versioner i två olika pärmar. Behov av tydligare struktur i rutinpärmarna.	2
Skriftlig rutin finns som beskriver agerande samt anmälningskyldighet vid misstanke om barn som får illa	Rutin	Finns.	1
Skriftlig rutin som beskriver agerande vid misstanke om eller upptäckt av att den enskilde som bor på boendet har utsatts för våld eller andra övergrepp (t.ex. av en anhörig/närstående, av andra personer som bor på boendet eller av personal)	Rutin	Rutin gällande våld i nära relation finns övergripande. Lokal rutin för agerande saknas.	2
Skriftlig rutin för intern och extern samverkan finns som beskriver hur arbetet med samverkan bedrivs	Rutin	Rutin för intern och extern samverkan saknas, dock kan detta muntlig beskrivas. Mycket samverkan sker utifrån den enskildes behov.	2
Skriftlig rutin för överrapportering mellan passbyten finns som beskriver hur och när överrapportering mellan passbyten sker	Rutin	Rutin saknas, dock finns upparbetade arbet	2
Skriftlig rutin för när brukare avviker, inte öppnar dörren eller inte går att nå på överenskommen tid finns som beskriver hur personalen ska agera	Rutin	Saknas.	3

Skriftlig rutin finns som beskriver handhavandet om privata medel hanteras	Rutin	Finns, men behöver uppdateras.	 2
Skriftlig rutin/checklista för inflyttning finns som beskriver processen från erbjuden plats till inflyttning	Rutin/checklista	Finns, ingår i stödansvarigs uppdragsbeskrivning.	 1
Skriftlig rutin för kontaktmannaskap finns som beskriver ansvarsområden och arbetssätt, verksamheten ska även ha skriftlig information att delge brukaren gällande vad kontaktmannaskapet innebär	Rutin samt brukarinfo.	Rutin för stödansvarig finns som beskriver uppdraget väl.	 1
Arbetsätt finns för att främja brukarens självständighet, delaktighet, självbestämmande och inflytande	Intervju	Arbetsätt finns, behov av ytterligare implementering.	 1
Skriftlig rutin som beskriver agerande vid utmanande beteende samt arbetssätt för att minska risken för utmanande beteende	Rutin	Checklista för lågaffektivt bemötande finns. Saknas rutin.	 2
Skriftlig rutin för hot och våld finns som beskriver hur personalen ska agera i sådana situationer	Rutin	Policy finns, behov av implementering.	 2
Skriftlig rutin finns som beskriver vad skydds- och begränsningsåtgärder innebär samt arbetssätt	Rutin	Finns utskriven från socialstyrelsen en övergripande information som behöver kortas och riktas till målgruppen, bör göras i samråd med HSE.	 2
Skriftlig rutin som beskriver agerande vid misstanke om eller upptäckt av att den boende missbrukar alkohol, andra beroendeframkallande medel eller läkemedel	Rutin	Saknas.	 3
Skriftlig rutin finns som beskriver agerande vid behov av kontakt med hälso- och sjukvården (akut samt icke akut) vid förändrat hälsotillstånd hos brukare	Rutin	Saknas.	 3
Skriftlig rutin finns som beskriver hur medarbetarna ska agera vid dödsfall eller allvarlig skada	Rutin	Finns.	 1
Skriftlig rutin för delegering samt egenvård finns.	Rutin	Informationstext finns, rutin saknas.	 2
Skriftliga basala hygienrutiner finns	Rutin	Finns.	 1
Utföraren ska kunna uppvisa att samtlig personal har genomgått Vårdhygiens webbaserade utbildning	Utbildningsbevis	Ja.	 1
Arbetskläder används enligt SOSFS 2015:10 samt AFS 2018:4	Stickprov, intervju	Saknas.	 3
I verksamheter där mat hanteras ska skriftliga rutiner för livsmedelshantering och godkända egenkontroller uppvisas	Rutin och egenkontroll	Ej aktuellt.	 1
Skriftlig rutin/beskrivning av vad god man samt förvaltare innebär finns	Rutin/beskrivning	Finns.	 1
<b>Dokumentation och dokumentationsgranskning</b>			



All dokumentation som rör den enskilde ska förvaras inlåst dvs skyddad mot obehörig åtkomst, brand och fukt.		Nej.	 3
Skriftlig rutin för social dokumentation finns som beskriver arbetet med genomförandeplaner, löpande dokumentation, loggning, gallring, tillvägagångssätt vid ev. driftstopp samt utlämning av handling.	Rutin.	Saknas.	 3
Aktuell genomförandeplan finns för alla brukare	Stickprov	Finns för mindre än hälften av brukarna.	 3
Genomförandeplanen uppdateras minst två gånger per år	Stickprov		 3
Genomförandeplanen beskriver vilka insatser som ska ges samt hur och när	Stickprov	De planer som finns beskriver insatserna väl.	 2
Regelbundna journalanteckningar finns i den sociala journalen	Stickprov	I samtliga granskade journaler.	 1
Det finns beskrivet på vilket sätt brukaren (företrädare) varit delaktig vid upprättandet av genomförandeplanen	Stickprov		 3
Uppföljning av händelser/åtgärder finns (röd tråd i journalanteckningarna)	Stickprov		 1
<b>Arbetsmiljö, arbetsrätt och säkerhet</b>			
Riskbedömningar utifrån arbetsmiljöfokus finns för samtliga brukare	Stickprov	Finns delvis. Arbeta påbörjat för att uppdatera.	 2
Skriftlig rutin/handlingsplan finns som beskriver hur säkerheten upprätthålls vid ex.vis brand, längre elavbrott, översvämning m.m.	Rutin/handlingsplan	Finns delvis, uppdatering påbörjad vad gäller en övergripande rutin. Evakueringsplan för grupp- och servicebostäder finns.	 2
Skyddsronde är genomförd under året/föregående år	Dokumentation	Ja, april 2018.	 1
Skriftliga rutiner för kort- samt långtidsfrånvaro finns som beskriver arbetsgivarens (tex rehabilitering) samt arbetstagarens ansvar	Rutin	Ja, personalavdelningens framtagna riktlinjer finns att tillgå.	 1
Skriftlig rutin för kränakande särbehandling finns	Rutin	Ja, personalavdelningens framtagna riktlinjer finns att tillgå.	 1
Skriftliga rutiner för agerande vid anmälan av arbetskada/tillbud finns	Rutin	Skriftlig info om programmet KIA finns, men rutin kring vad som ska rapporteras och när saknas.	 2
Skriftliga rutiner för systematiskt arbetsmiljöarbete finns där ansvarsfördelning av arbetsuppgifter framgår	Rutin	Delegering av arbetsmiljöansvar saknas. Riktlinjer finns.	 2
APT hålls regelbundenhet enligt dagordning.	Protokoll samt dagordning	Ja.	 1
Samtliga medarbetare har en skriftlig kompetensutvecklingsplan	Kompetensutvecklingsplaner	Ja, vid medarbetarsamtal.	 1

RESULTAT:

- 21  1 Resultatet överensstämmer med kravet  
20  2 Resultatet överensstämmer delvis med kravet  
Resultatet överensstämmer inte alls med  
15  3 kravet/saknas

Av totalt 56 uppföljningspunkter



Sveriges  
Kommuner  
och Landsting

## Uppföljning av krav

	Leverantör		Medelvärde Resultat	
--	------------	--	---------------------	--

### **1. Numrerade krav**

Kraven i förfrågningsunderlag och avtal numreras för att lättare kunna identifieras och eftersökas.

### **2. Krav**

Varje krav i förfrågningsunderlaget, avtalet eller det interna styrdokumentet beskrivs.

### **3. Värdering**

Varje krav värderas och bedöms utifrån hur stor sannolikheten är att kravet inte kommer att uppfyllas och hur omfattande konsekvenserna skulle kunna bli om kravet inte uppfylls. Vikten anges på en tregradig skala där en 3:a innebär stor vikt och en 1:a innebär liten vikt. Numreringen görs för att kunna ställas i relation till resultatet. Värderingen är en subjektiv bedömning utifrån verksamhetens art och omfattning.

1= liten vikt

2= medelstor vikt

3=stor vikt

### **4. Gruppering**

Många förfrågningsunderlag och avtal innehåller ett omfattande antal krav. För att få en bild av vilka krav som ställs kan det finnas behov av att gruppera kraven. Det kan vara krav på leverantören eller på verksamheten. Kraven kan t ex utgå från Socialstyrelsens nationella indikatorer på God vård som kunskapsbaserad och ändamålsenlig hälso- och sjukvård, säker hälso- och sjukvård, patientfokuserad hälso- och sjukvård, effektiv hälso- och sjukvård, jämlik hälso- och sjukvård och hälso- och sjukvård i rimlig tid.

Kraven kan också vara formulerade utifrån process, struktur eller resultat. Detta skulle t ex kunna innebära ett processkrav som krav på rutiner för nyckelhantering, strukturkrav som krav på antal personal och med viss utbildning och resultatkrav som t ex registrering i registrering eller brukarnöjdhet.

### **5. Hur uppföljningen ska genomföras**

Hur kravet ska följas upp måste definieras redan när kravet formuleras. Uppföljningen kan genomföras med olika metoder som t ex besök i verksamheten, brukarundersökningar, registrering i olika register, kollegiegranskningar, oanmälda inspektioner.

### **6. När uppföljningen ska genomföras**

När och hur ofta kraven ska följas upp är beroende av hur stor sannolikheten är att dessa inte kommer att uppfyllas och hur omfattande konsekvenserna skulle kunna bli (riskanalys). En del krav ska kanske därför följas ofta och med stor regelbundenhet medan andra följs upp innan avtalet tecknas eller vid oanmälda besök i verksamheten.

### **7. Vem eller vilken funktion som ska genomföra uppföljningen**

Uppföljningen kan genomföras av olika personer eller funktioner i kommunen eller landstinget som t ex medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS), kontroller, upphandlingsenhet. Uppföljningen kan i andra fall genomföras av den egna enheten och sedan redovisas för beställaren.

### **8. Resultat**

Resultatet överensstämmer helt med kravet.  
Resultatet överensstämmer delvis med kravet.  
Resultatet överensstämmer inte alls med kravet.

### **9. Bedömt resultat på en numrerad skala, 1,2 eller 3**

Resultatet kan värderas på en tregradig skala. Detta blir då en subjektiv bedömning av i vilken omfattning som kravet är uppfyllt.  
Resultat som helt överensstämmer med kravet bedöms som en 1:a.  
Resultat som delvis överensstämmer med kravet bedöms som en 2:a.  
Resultat som inte alls överensstämmer s med kravet bedöms som en 3:a.

### **10. Det bedömda resultat redovisat som en färg, grönt, gult eller rött**

I den aktuella excel-filen översätts det bedömda resultatet till en färgmarkör, vilket sker automatiskt utifrån hur resultatet bedömts på skalan 1-3.  
Resultatet överensstämmer helt med kravet bedöms som en 1:a och redovisas med en grön färg.  
Resultatet överensstämmer delvis med kravet bedöms som en 2:a och redovisas med en gul färg.  
Resultatet överensstämmer inte alls med kravet bedöms som en 3:a och redovisas med en röd färg.

### **11. Åtgärd med anledning av resultatet**

Resultaten kan innebära att åtgärder måste sättas in som t ex avdrag på ersättningen, plan över hur bristen ska åtgärdas. I bakgrunden kan det finnas en lokal "sanktionstrappa" från påpekande till uppsägning av avtal.

### **12. Uppföljning av åtgärd**

Om resultatet har föranlett några åtgärder måste också dessa följas upp så att kraven kan garanteras.











### **GRAFEN**


















Grafen visar på vikten i relation till de bedömda resultatet. Stor vikt (= 3) och dåligt resultat (=3) innebär att här bör extra uppmärksamhet läggas och eventuella insatser göras.

## Enhet: Svartviken 2019-02-13




Krav	område	Uppvisa	Resultat	Bedömt resultat	Åtgärd/handlingsplan
<b>Bakgrundsinformation</b>					
Antal kunder/brukare				10	
Antal anställda (tillsvidare/vikarier)			7,5 tillvidareanställda		
Andel anställda med relevant utbildning			3 och flera med goda arbetslivserfarenheter		
<b>Ledning och personal</b>					
Skriftlig information/rutin finns gällande ansvarsfördelning under obekvämt arbetstid (kväll, helg) när verksamhetschef/enhetsledare inte finns på plats samt kontaktuppgifter vid behov av kontakt med chef		Dokument/rutin	Finns.	1	
Samtlig personal ska kunna tala, skriva och förstå svenska spårket		Intervju	Ja.	1	
Skriftlig introduktionsplan för nya medarbetare finns som beskriver viktiga delar utifrån arbetsrätt, arbetsmiljö samt kvalitet (arbetssätt)			Finns, behov finns av uppdatering. Några delar saknas. Rutinparmen behöver uppdateras (se frågor nedan) och denna ska gås igenom vid intro.	2	
Samtliga medarbetare har fått skriftlig information gällande tystnadsplikt och sekretess samt skrivit på avsedd blankett.		Påskrivna blanketter samt info.dokument	Finns, dock behov av uppdatering med en kortare skrift anpassad efter målgrupp.	1	
Informationsmaterial/rutin finns gällande meddelande- samt yttrandefrihet. Samtlig personal har fått informationen.		Dokument	Saknas.	3	
Skriftlig rutin för muta, gåva och testamente finns.		Rutin	Kommunens övergripande riktlinje finns som personalavdelningen tagit fram. Det bör tilläggas att testamenten vid förfrågan inte ska atteras.	2	
Inom verksamhetens finns tillräcklig kompetens inom alternativ och kompletterande kommunikation (AKK)		Intervju	Ja, medarbetarna har gått en del kurser. Alltid behov av påfyllning.	1	
<b>Lokaler, teknik och miljö</b>					
Skriftlig rutin för nyckelhantering finns som beskriver hur nycklar kvitteras ut samt återlämnas		Rutin	Kvittenser finns. Rutin finns för personalnycklar, saknas gällande brukarnas nycklar.	2	
Skriftlig rutin som beskriver hur verksamheten arbetar med miljöfrågor samt hur man arbetar för att uppnå Uppland-Bros kommuns miljömål		Rutin	Kommunens miljömål följs, arbetssätt finns dock saknas rutin.	2	
<b>Verksamhet</b>					
Verksamhetsplan för året finns samt verksamhetsberättelse för föregående år		Dokument	Finns.	1	
Kvalitetsberättelse upprättas årligen senast 1/2		Kvalitetsberättelse	Finns.	1	

Lokalt anpassat ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete finns dokumenterat med beskrivna processer, aktiviteter och tillhörande rutiner	Ledningssystem	Det finns ett övergripande ledningssystem för socialkontoret men det saknas lokalanpassat ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Praktiskt arbete sker dock utifrån de rubriker som är kravställda i författningen.	2
Skriftlig rutin för riskanalys finns som beskriver hur verksamheten jobbar med riskanalyser på övergripande nivå. Verksamheten ska även kunna redovisa vilka riskanalyser man jobbat med under föregående år.	Rutin samt aktuella riskanalyser	Blanketten finns i pärmen, dock har inga övergripande riskanalyser genomförts under föregående år.	2
Skriftlig rutin för egenkontroll finns som beskriver vilka egenkontroller som genomförs årligen samt när resp. kontroll ska genomföras.	Rutin samt uppvisa genomförda egenkontroller	Finns delvis. Egenkontroller genomförs i viss mån, översyn av arbetet behövs.	2
Skriftlig rutin för arbete med värdegrund finns. Rutinen ska beskriva hur värdegrundsarbete genomförs och följs upp i verksamheten samt beskriva hur verksamheten arbetar för att uppnå Upplands-Bros kommuns värdighetsgarantier för LSS	Rutin	Enheten har jobbat fram egna värdegrundsord utifrån värdighetsgarantierna. Värdegrund lyfts på husmöten, APT osv.	2
Rutin för avvikelshantering finns och är känd av all personal.	Rutin	Blanketter för avvikelshantering finns. Rutin behöver skrivas samt arbetsättet implementeras i verksamheten.	2
Skriftlig rutin för synpunkter och klagomål finns som beskriver hur brukare/närstående ska gå tillväga om de vill lämna synpunkter på verksamheten. Blankett för synpunkter och klagomål finns tillgänglig för alla brukare/närstående.	Rutin.	Arbetsätt gällande klagomålshantering är inarbetade men skriftlig rutin saknas. Informationstext till brukare och närstående finns.	2
Skriftlig rutin för Lex Sarah finns som beskriver vad ett missförhållande kan innebära samt hur detta rapporteras, utreds och följs upp.	Rutin	Rutin finns. Vid intervjuer framkommer att det finns behov av implementeringsarbete.	1
Skriftlig rutin finns som beskriver agerande samt anmälningsskyldighet vid misstanke om barn som får illa	Rutin	Saknas.	3
Skriftlig rutin som beskriver agerande vid misstanke om eller upptäckt av att den enskilde som bor på boendet har utsatts för våld eller andra övergrepp (t.ex. av en anhörig/närstående, av andra personer som bor på boendet eller av personal)	Rutin	Saknas.	3
Skriftlig rutin för intern och extern samverkan finns som beskriver hur arbetet med samverkan bedrivs	Rutin	Väl etablerade arbetssätt finns för både övergripande samverkan samt smaverkan på brukarnivå utifrån behov. Rutin saknas.	2
Skriftlig rutin för överrapportering mellan passbyten finns som beskriver hur och när överrapportering mellan passbyten sker	Rutin	Etablerade arbetssätt finns, rutin saknas.	2

Skriftlig rutin för när brukare avviker, inte öppnar dörren eller inte går att nå på överenskommen tid finns som beskriver hur personalen ska agera	Rutin	Saknas. Arbetsätt finns.	 3
Skriftlig rutin finns som beskriver handhavandet om privata medel hanteras	Rutin	Ej aktuellt.	 1
Skriftlig rutin/checklista för inflyttning finns som beskriver processen från erbjuden plats till inflyttning	Rutin/checklista	Finns, ingår i stödansvarigs uppdragsbeskrivning.	 1
Skriftlig rutin för kontaktmannaskap finns som beskriver ansvarsområden och arbetsätt, verksamheten ska även ha skriftlig information att delge brukaren gällande vad kontaktmannaskapet innebär	Rutin samt brukarinfo.	Rutin för stödansvarig finns som beskriver uppdraget väl.	 1
Arbetsätt finns för att främja brukarens självständighet, delaktighet, självbestämmande och inflytande	Intervju	Väl etablerade arbetsätt finns.	 1
Skriftlig rutin som beskriver agerande vid utmanande beteende samt arbetsätt för att minska risken för utmanande beteende	Rutin	Finns bemötandeplaner på individnivå men en övergripande rutin saknas.	 2
Skriftlig rutin för hot och våld finns som beskriver hur personalen ska agera i sådana situationer	Rutin	Finns.	 1
Skriftlig rutin finns som beskriver vad skydds- och begränsningsåtgärder innebär samt arbetsätt	Rutin	Saknas. Finns inga skyddsåtgärder i dagsläget.	 3
Skriftlig rutin som beskriver agerande vid misstanke om eller upptäckt av att den boende missbrukar alkohol, andra beroendeframkallande medel eller läkemedel	Rutin	Saknas, dock finns inarbetade arbetsätt.	 2
Skriftlig rutin finns som beskriver agerande vid behov av kontakt med hälso- och sjukvården (akut samt icke akut) vid förändrat hälsotillstånd hos brukare	Rutin	Saknas.	 3
Skriftlig rutin finns som beskriver hur medarbetarna ska agera vid dödsfall eller allvarlig skada	Rutin	Saknas.	 3
Skriftlig rutin för delegering samt egenvård finns.	Rutin	Saknas.	 3
Skriftliga basala hygienrutiner finns	Rutin	Finns.	 1
Utföraren ska kunna uppvisa att samtlig personal har genomgått Vårdhygiens webbaserade utbildning	Utbildningsbevis	Ja	 1
Arbetskläder används enligt SOSFS 2015:10 samt AFS 2018:4	Stickprov, intervju	Nej.	 3
I verksamheter där mat hanteras ska skriftliga rutiner för livsmedelshantering och godkända egenkontroller uppvisas	Rutin och egenkontroll	Ej aktuellt.	 1
Skriftlig rutin/beskrivning av vad god man samt förvaltare innebär finns	Rutin/beskrivning	Saknas.	 1

Dokumentation och dokumentationsgranskning				
All dokumentation som rör den enskilde ska förvaras inlåst dvs skyddad mot obehörig åtkomst, brand och fukt.			Nej.	 3
Skriftlig rutin för social dokumentation finns som beskriver arbetet med genomförandeplaner, löpande dokumentation, loggning, gallring, tillvägagångssätt vid ev. driftstopp samt utlämning av handling.	Rutin.		Finns delvis, dock saknas flera delar.	 2
Aktuell genomförandeplan finns för alla brukare	Stickprov		Finns i 7 av 10 granskade journaler.	 2
Genomförandeplanen uppdateras minst två gånger per år	Stickprov			 2
Genomförandeplanen beskriver vilka insatser som ska ges samt hur och när	Stickprov		I de journaler som har en genomförandeplan beskrivs instaserna väl.	 2
Regelbundna journalanteckningar finns i den sociala journalen	Stickprov		Ja, i samtliga granskade journaler.	 1
Det finns beskrivet på vilket sätt brukaren (företrädare) varit delaktig vid upprättandet av genomförandeplanen	Stickprov			 2
Uppföljning av händelser/åtgärder finns (röd tråd i journalanteckningarna)	Stickprov		I hög grad.	 1
Arbetsmiljö, arbetsrätt och säkerhet				
Riskbedömningar utifrån arbetsmiljöfokus finns för samtliga brukare	Stickprov		Finns, fortlöpande arbete sker.	 1
Skriftlig rutin/handlingsplan finns som beskriver hur säkerheten upprätthålls vid ex.vis brand, längre elavbrott, översvämning m.m.	Rutin/handlingsplan		Finns delvis, uppdatering påbörjad både vad gäller en övergripande rutin samt evakueringsplan för grupp- och servicebostäder.	 2
Skyddsronnd är genomförd under året/föregående år	Dokumentation		Ja.	 1
Skriftliga rutiner för kort- samt långtidsfrånvaro finns som beskriver arbetsgivarens (tex rehabilitering) samt arbetstagarens ansvar	Rutin		Ja, personalavdelningens framtagna riktlinjer finns att tillgå.	 1
Skriftlig rutin för kränakande särbehandling finns	Rutin		Ja, personalavdelningens framtagna riktlinjer finns att tillgå.	 1
Skriftliga rutiner för agerande vid anmälan av arbetsskada/tillbud finns	Rutin		Saknas.	 3
Skriftliga rutiner för systematiskt arbetsmiljöarbete finns där ansvarsfördelning av arbetsuppgifter framgår	Rutin		Personalavdelnings övergripande riktlinjer finns.	 1
APT hålls regelbundenhet enligt dagordning.	Protokoll samt dagordning		Ja.	 1
Samtliga medarbetare har en skriftlig kompetensutvecklingsplan	Kompetensutvecklingsplaner		Ja, vid medarbetarsamtal samt gemensam plan.	 1

RESULTAT:

- 25  1 Resultatet överensstämmer med kravet  
20  2 Resultatet överensstämmer delvis med kravet  
Resultatet överensstämmer inte alls med  
11  3 kravet/saknas

Av totalt 56 uppföljningspunkter.



Datum 2019-10-24 Vår beteckning SN 19/0028 Er beteckning

Socialnämnden

## Redovisning av öppna jämförelser 2019 - våld i nära relationer

### Förslag till beslut

Socialnämnden godkänner redovisning av öppna jämförelser 2019 - våld i nära relationer.

### Sammanfattning

Socialstyrelsens öppna jämförelser är ett verktyg för kommuner att analysera, följa upp och utveckla sina socialtjänstverksamheter. Syftet med undersökningen är att den ska stimulera till kunskapsutveckling för att främja en jämlik socialtjänst med god kvalitet på nationell, regional samt kommunal nivå. Målet med öppna jämförelser är att kunna genomföra verksamhetsförbättringar som ska gynna den enskilde klienten samt se till att denne får rätt insatser utifrån sina behov.

2019 års öppna jämförelse för området våld i nära relationer är den åttonde till ordningen sedan 2012.

Socialkontoret har i bilaga jämfört och analyserat Upplands-Bro kommuns resultat i öppna jämförelser området våld i nära relationer med övriga nordvästkommuner (Ekerö, Järfälla, Solna, Sollentuna, Sigtuna, Sundbyberg och Upplands-Väsby) samt med Stockholms län och riket.

### Beslutsunderlag

- Socialkontorets tjänsteskrivelse den 24 oktober 2019
- Bilaga- Öppna jämförelser 2019 - våld i nära relation den 27 juni 2019

### Ärendet

Socialstyrelsens öppna jämförelser är ett verktyg för kommuner att analysera, följa upp och utveckla sina socialtjänstverksamheter. Syftet med undersökningen är att den ska stimulera till kunskapsutveckling för att främja en jämlik socialtjänst med en god kvalitet på nationell, regional samt kommunal nivå. Målet med öppna jämförelser är att kunna genomföra verksamhetsförbättringar som ska gynna den enskilde klienten samt se till att denne får rätt insatser utifrån sina behov.

2019 års öppna jämförelse för området våld i nära relationer är den åttonde till ordningen sedan 2012.

Insamling av uppgifter sker genom en samlad webbenkät för kommunernas arbete med myndighetsutövning inom områdena: våld i nära relationer, ekonomiskt bistånd, missbruks- och beroendevård, social barn- och ungdomsvård, socialtjänstens krisberedskap, stöd till personer med funktionsnedsättning (LSS och socialpsykiatri) och äldre.

Socialkontoret har i bilaga jämfört och analyserat Upplands-Bro kommuns resultat i öppna jämförelser 2019 inom området våld i nära relationer med övriga nordvästkommuner (Ekerö, Järfälla, Solna, Sollentuna, Sigtuna, Sundbyberg och Upplands-Väsby) samt med Stockholms län och riket.

### Socialstyrelsens avgränsningar

Socialstyrelsen har avgränsat uppdraget att ta fram öppna jämförelser av kommunens stöd till våldsutsatta personer till följande grupper:

- vuxna utsatta för våld eller andra övergrepp av närstående (våldsutsatta vuxna)
- barn utsatta för våld eller andra övergrepp av närstående (våldsutsatta barn)
- barn som bevittnat våld eller andra övergrepp av eller mot närstående (barn som bevittnat våld)

Det innebär att stödet till andra personer som utsatts för våld inte ingår i jämförelserna, till exempel stöd till personer utsatta för våld av en okänd person.

### Resultat öppna jämförelser – våld i nära relationer på riksnivå 2019

2019 års resultat visar bland annat på:

- Andelen kommuner som har en aktuell skriftlig och på ledningsnivå beslutad rutin för hur handläggare ska säkra skolgången för barn i skyddat boende är 22 procent.
- 95 procent av kommunerna uppger att de under det senaste året har genomfört fortbildning till handläggare som utreder våldsutsatta vuxna. Andelen kommuner som har genomfört likande fortbildning till handläggare som utreder barn som utsatts för eller bevittnat våld är i sin tur 92 procent.
- Den systematiska uppföljningen inom området våld i nära relationer är låg i kommunerna. 8 procent av kommunerna uppger att de har följt

upp resultaten av insatser till enskilda vuxna, sammanställt dem på gruppnivå och sedan använt dem till verksamhetsutveckling.

- 12 procent av kommunerna uppger att de inom området våld i nära relationer har använt sig av den enskildes uppfattning för att utveckla kvaliteten i sin myndighetsutövning. Inom utförarverksamheterna har 11 procent av kommunerna använt sig av den enskildes uppfattning om kvaliteten i verksamheten för att utveckla just denna.

## Vuxenenhetens åtgärder

- **Införa AUDIT för att upptäcka alkoholrelaterade problem.**  
Enheten ska genomföra en utbildning så att kunskap finns för att vid behov kunna använda AUDIT. Efter genomförd utbildning behöver tillägg göras i vuxenenhetens interna arbetsrutiner. Aktiviteten ska genomföras på ett metodmöte, planeringsdag eller i anslutning till enhetsmöte/APT senast under januari månad 2020. Aktiviteten ska följas upp i vuxenenhetens kvalitetsberättelse för år 2019 som skrivs i början av 2020.
- **Översyn överenskommelser**  
Vuxenenheten ska se över sina överenskommelser om samverkan med primärvården. Under hösten 2019 har enheten träffat kommunens vårdcentraler. En ny överenskommelse med vårdcentralen i Bro är nu undertecknad. Uppföljning utav överenskommelserna ska följas upp i enhetens kvalitetsberättelse.
- **Aktuell samlad plan för handläggarnas kompetensutveckling.**  
Enheten ska samla in de sista underlagen för att vuxenenheten ska ha genomfört en fullständig kompetensinventering samt sammanställa/undersöka utbildningsbehov. Pågår redan nu och avslutas under hösten 2019. Aktiviteten ska följas upp i vuxenenhetens kvalitetsberättelse för år 2019 som skrivs i början av 2020.

## Upplands-Bro kommuns åtgärder

Kommunen har under 2019 anställt en relationsvårdsstrateg på 50 procent, en tjänst som under en tid varit vakant. Strategen arbetar även med övergripande trygghets- och preventionsarbete i kommunen och tillhör kommunledningskontoret. Relationsvårdsstrategen ska bland annat återuppta arbetet med kommunens handlingsplan för våld i nära relationer och hedersrelaterat våld samt arbeta med området våld i nära relation kontorsövergripande.

## Barnperspektiv

Det är av vikt att kommunen arbetar aktivt med även proaktivt med våldsutsatta barn och barn som har bevittnat våld men även med de barn som själva har utövat våld.

██████████

Socialchef

██████████

Avdelningschef kvalitet- och verksamhetsstöd

## Bilagor

1. Öppna jämförelser 2019 - våld i nära relation den 27 juni 2019

## Bilaga Öppna jämförelser 2019 - våld i nära relation

Resultatet kommer ifrån Socialstyrelsens hemsida under Öppna Jämförelser 2019

	Tillgänglighet utanför kontorstid	Extern samverkan i enskilda ärenden					
		Aktuell överenskommelse om samverkan med primärvård	Aktuell överenskommelse om samverkan med vuxenpsykiatri	Aktuell överenskommelse om samverkan med akutmottagningar	Aktuell överenskommelse om samverkan med ungdomsmottagningar	Aktuell överenskommelse om samverkan med polisen	Aktuell överenskommelse om samverkan med kvinnojourer
<b>Ekerö</b>	JA	NEJ	NEJ	NEJ	NEJ	NEJ	NEJ
<b>Järfälla</b>	JA	NEJ	NEJ	NEJ	NEJ	NEJ	NEJ
<b>Sigtuna</b>	JA	NEJ	NEJ	NEJ	JA	NEJ	JA
<b>Sollentuna</b>	JA	JA	JA	NEJ	JA	NEJ	NEJ
<b>Solna</b>	JA	NEJ	NEJ	NEJ	NEJ	NEJ	JA
<b>Sundbyberg</b>	JA	NEJ	NEJ	NEJ	NEJ	JA	NEJ
<b>Upplands-Bro</b>	<b><u>JA</u></b>	<b><u>NEJ</u></b>	<b><u>JA</u></b>	<b><u>NEJ</u></b>	<b><u>JA</u></b>	<b><u>JA</u></b>	<b><u>JA</u></b>
<b>Upplands Väsby</b>	JA	NEJ	NEJ	NEJ	JA	NEJ	JA
<b>Riket</b>	87	21	20	15	18	25	32
<b>Stockholms län</b>	97	9	15	0	18	21	38

	<b>Handläggarnas kompetensutveckling</b>					
	Aktuell samlad plan för handläggarnas kompetensutveckling: Våld i nära relationer -barn	Aktuell samlad plan för handläggarnas kompetensutveckling: Våld i nära relationer -vuxen	Genomfört fortbildning om våld under det senaste året riktat till handläggare som utreder barn	Genomfört vidareutbildning på högskolenivå om våld under det senaste året riktat till handläggare som utreder barn	Genomfört fortbildning om våld under det senaste året riktat till handläggare som utreder vuxna	Genomfört vidareutbildning på högskolenivå om våld under det senaste året riktat till handläggare som utreder vuxna
<b>Ekerö</b>	NEJ	NEJ	JA	NEJ	JA	NEJ
<b>Järfälla</b>	JA	JA	NEJ	NEJ	JA	JA
<b>Sigtuna</b>	JA	JA	JA	NEJ	JA	JA
<b>Sollentuna</b>	JA	JA	JA	NEJ	JA	NEJ
<b>Solna</b>	JA	JA	JA	JA	JA	JA
<b>Sundbyberg</b>	NEJ	NEJ	JA	NEJ	JA	NEJ
<b><u>Upplands-Bro</u></b>	<b><u>JA</u></b>	<b><u>NEJ</u></b>	<b><u>JA</u></b>	<b><u>NEJ</u></b>	<b><u>JA</u></b>	<b><u>NEJ</u></b>
<b>Upplands Väsby</b>	JA	JA	JA	NEJ	JA	JA
<b>Riket</b>	47	49	92	22	95	33
<b>Stockholms län</b>	54	57	91	29	100	59

	Handläggarnas agerande vid indikation på våld								Stödsamtal			
	Aktuell rutin vid indikation på att en vuxen utsatts för våld: Ekonomiskt bistånd	Aktuell rutin vid indikation på att en vuxen utsatts för våld: Missbruks- och beroendevården	Aktuell rutin vid indikation på att en vuxen utsatts för våld: Socialpsykiatri	Aktuell rutin vid indikation på att en vuxen utsatts för våld: Barn och unga	Aktuell rutin vid indikation på att en vuxen utsatts för våld: LSS-barn	Aktuell rutin vid indikation på att en vuxen utsatts för våld: LSS-vuxen	Aktuell rutin vid indikation på att en vuxen utsatts för våld: Äldreomsorg	Aktuell rutin vid indikation på att en vuxen utsatts för våld: Våld i nära relationer-vuxen	Erbjuder stödsamtal med biståndsbeslut till kvinnor som utövat våld	Erbjuder stödsamtal utan biståndsbeslut till kvinnor som utövat våld	Erbjuder stödsamtal med biståndsbeslut till män som utövat våld	Erbjuder stödsamtal utan biståndsbeslut till män som utövat våld
<b>Ekerö</b>	JA	JA	NEJ	JA	JA	JA	JA	JA	NEJ	NEJ	NEJ	NEJ
<b>Järfälla</b>	JA	NEJ	JA	JA	JA	JA	NEJ	NEJ	NEJ	JA	NEJ	JA
<b>Sigtuna</b>	NEJ	NEJ	JA	NEJ	JA	JA	JA	JA	JA	NEJ	JA	NEJ
<b>Sollentuna</b>	JA	JA	JA	JA	JA	JA	JA	JA	JA	JA	JA	JA
<b>Solna</b>	JA	JA	JA	JA	EA	EA	EA	JA	JA	NEJ	JA	NEJ
<b>Sundbyberg</b>	JA	JA	JA	JA	JA	JA	JA	JA	NEJ	JA	NEJ	JA
<b>Upplands-Bro</b>	<b><u>JA</u></b>	<b><u>JA</u></b>	<b><u>JA</u></b>	<b><u>JA</u></b>	<b><u>JA</u></b>	<b><u>JA</u></b>	<b><u>JA</u></b>	<b><u>JA</u></b>	<b><u>NEJ</u></b>	<b><u>JA</u></b>	<b><u>NEJ</u></b>	<b><u>JA</u></b>
<b>Upplands Väsby</b>	NEJ	NEJ	JA	NEJ	JA	JA	JA	JA	JA	JA	JA	JA
<b>Riket</b>	59	55	47	58	46	46	44	57	64	55	62	57
<b>Stockholms län</b>	75	61	64	75	69	71	69	68	62	56	62	56

	Skyddat boende		Barn i skyddat boende	Standardiserade bedömningsmetoder								
	Erbjuder skyddat boende med biståndsb eslut till kvinnor som utsatts för våld	Erbjuder skyddat boende med biståndsb eslut till män som utsatts för våld		Aktuell rutin för att säkra skolgång för barn i skyddat boende	Använder standardiserade bedömningsmetoden FREDA-kortfrågor för att upptäcka våldsutsatthet hos enskilda vuxna: Ekonomiskt bistånd	Använder standardiserade bedömningsmetoden FREDA-kortfrågor för att upptäcka våldsutsatthet hos enskilda vuxna: Missbruks- och beroendevård	Använder standardiserade bedömningsmetoden FREDA-kortfrågor för att upptäcka våldsutsatthet hos enskilda vuxna: Socialpsykiatri	Använder standardiserade bedömningsmetoden FREDA-kortfrågor för att upptäcka våldsutsatthet hos enskilda vuxna: Barn och unga	Använder standardiserade bedömningsmetoden FREDA-kortfrågor för att upptäcka våldsutsatthet hos enskilda vuxna: LSS-vuxna	Använder standardiserade bedömningsmetoden FREDA-kortfrågor för att upptäcka våldsutsatthet hos enskilda vuxna: Äldreomsorg	Använder minst en standardiserad bedömningsmetod vid utredning av våldsutsatta vuxna	Använder standardiserad bedömningsmetod för att upptäcka riskfylld alkoholkonsumtion: Våld i nära relationer-vuxen
<b>Ekerö</b>	JA	JA	NEJ	JA	JA	JA	JA	JA	JA	JA	NEJ	NEJ
<b>Järfälla</b>	JA	JA	JA	NEJ	NEJ	JA	NEJ	JA	JA	JA	NEJ	NEJ
<b>Sigtuna</b>	JA	JA	NEJ	NEJ	NEJ	JA	JA	JA	JA	JA	NEJ	NEJ
<b>Sollentuna</b>	JA	JA	NEJ	JA	JA	JA	JA	NEJ	NEJ	JA	JA	JA
<b>Solna</b>	JA	JA	JA	JA	JA	JA	NEJ	JA	JA	JA	NEJ	NEJ
<b>Sundby berg</b>	JA	JA	NEJ	NEJ	NEJ	NEJ	NEJ	NEJ	NEJ	JA	NEJ	NEJ
<b>Upplands-Bro</b>	<u>JA</u>	<u>JA</u>	<u>NEJ</u>	<u>JA</u>	<u>JA</u>	<u>JA</u>	<u>JA</u>	<u>JA</u>	<u>JA</u>	<u>JA</u>	<u>NEJ</u>	<u>NEJ</u>
<b>Upplands Väsby</b>	JA	JA	NEJ	JA	NEJ	NEJ	NEJ	NEJ	NEJ	JA	NEJ	NEJ
<b>Riket</b>	98	92	22	73	84	52	76	39	35	99	43	33
<b>Stockholms län</b>	100	94	32	72	81	75	75	64	56	100	26	18



	Systematisk uppföljning för att utveckla verksamheten			Brukarinflytande på verksamhetsnivå		Kartläggning av våld i kommunen		Information till enskilda	
	Använt resultat från systematisk uppföljning till verksamhetsutveckling	Genomfört systematisk uppföljning uppdelat på kön	Använt resultat från systematisk uppföljning uppdelat på kön till verksamhetsutveckling	Enskildas uppfattning används till att utveckla myndighetsutövningen i verksamheten för vuxna som utsatts för våld av närstående	Enskildas uppfattning används till att utveckla utförarverksamheten för vuxna som utsatts för våld i nära relationer	Kartlagt antalet våldsutsatta vuxna i kommunen	Kartlagt antalet barn som utsatts för eller bevittnat våld i kommunen	Aktuell rutin för information om samordnad individuell plan (SIP): Våld i nära relationer - vuxen	Aktuell rutin för att inte röja skyddade personuppgifter: Våld i nära relationer - vuxen
<b>Ekerö</b>	NEJ	NEJ	NEJ	NEJ	NEJ	NEJ	NEJ	NEJ	JA
<b>Järfälla</b>	NEJ	NEJ	NEJ	NEJ	NEJ	NEJ	NEJ	NEJ	JA
<b>Sigtuna</b>	NEJ	NEJ	NEJ	NEJ	NEJ	JA	JA	NEJ	JA
<b>Sollentuna</b>	NEJ	NEJ	NEJ	NEJ	NEJ	JA	JA	JA	JA
<b>Solna</b>	JA	NEJ	NEJ	JA	NEJ	JA	NEJ	JA	JA
<b>Sundbyberg</b>	NEJ	NEJ	NEJ	NEJ	NEJ	JA	JA	NEJ	NEJ
<b>Upplands-Bro</b>	<b>NEJ</b>	<b>NEJ</b>	<b>NEJ</b>	<b>NEJ</b>	<b>NEJ</b>	<b>JA</b>	<b>JA</b>	<b>JA</b>	<b>JA</b>
<b>Upplands Väsby</b>	DELVIS	JA	DELVIS	NEJ	NEJ	JA	JA	JA	NEJ
<b>Riket</b>	8	9	6	12	11	43	40	47	40
<b>Stockholms län</b>	16	19	13	24	9	69	44	53	50

Datum 2020-01-22 Vår beteckning SN 19/0182 Er beteckning

Socialnämnden

## Statistikrapport kvartal 4

### Förslag till beslut

Socialnämnden godkänner statistikrapporten för kvartal fyra.

### Sammanfattning

Denna kvalitetsuppföljning avser kvalitet i individ- och familjeomsorgen. Rapporten är en del i det kvalitetsarbete som ger information och kan vara till grund för eventuella handlingsplaner för utökad kvalitet i socialkontorets arbete.

Rapporten inhämtar uppgifter både från Statistiska Central Byrån (SCB) och socialkontorets interna verksamhetssystem. Siffrorna för december månad finns inte publicerade och kan på grund av detta inte redovisas.

I de ärendeslag där antal ärenden understiger fyra personer kommer inte någon redovisning att ske på grund av sekretesskäl. I andra sammanhang där statistik redovisas, exempelvis Kolada, redovisas ingen statistik om individantalet understiger fyra personer och vi har antagit samma mått.

Statistikrapporter ska lämnas kvartalsvis. Under 2019 har en rapport lämnats in för de första tre kvartalen. Den här rapporten behandlar statistik för hela 2019.

### Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse daterad 2020-01-22
- Statistikrapport kvartal 4

### Ärendet

Antal hushåll inom ekonomiskt bistånd har varit på en konstant nivå sedan juli 2019. Juni månad utmärker sig med 283 aktuella hushåll i jämförelse med högsta notering i mars med 303 aktuella hushåll. Utbetalt belopp per hushåll har varierat mellan 8 093 kr – 9 553 kr från januari till december. Utbetalt belopp i kronor per månad fluktuerar något över tid vilket kan bero på att ansökan kommit in sent i månaden.

När det gäller utbetalning per ändamål har kostnaderna delats upp i två olika tabeller då det annars blir svåräst på grund av differensen i kostnaderna. Kostnaden för försörjningsstöd är den enskilt största posten. Kostnaderna för tillfälligt boende/kvinnojour har haft stora variationer under 2019.

Antal pågående utredningar har varierat från 69 till 99 per månad. Antalet personer som deltar i insatser hos arbetsmarknadsenheten AME har ökat och varit på en ganska konstant nivå sedan september 2019.

Av de insatser som avslutas går de flesta ut i egen försörjning. De flesta går till arbete, egen försörjning kan även vara inkomster från andra myndigheter. När det gäller jämförelse med andra kommuner har Upplands-Bro en hög andel vuxna bidragstagare i procent jämfört med andra kommuner. En hög procentandel när det gäller barn kan bero på att ett hushåll kan ha flera barn.

När det gäller missbruk och annan vuxenvård har antalet pågående utredningar ökat sedan maj 2019 för att minska igen i augusti 2019. Antal vård dygn har ökat och det är frivilligplaceringar (SoL). Vid öppenvårdsinsatser används i hög grad kommunens egen öppenvård.

Antal beviljade bostäder med sociala kontrakt fluktuerar under hela året.

Barn- och ungdomsenheten visar på högre antal utredningar 0-12 år än i åldersgruppen 13-18 år. Det gäller både pågående och påbörjade utredningar. Det kan bero på att när det gäller små barn kan utredning handla mer kring föräldraförmågan och när det gäller äldre barn, 13-18 år, är det mer utredning kring barnets eget beteende.

Vård utanför hemmet har sedan oktober 2019 minskat när det kommer till 0-12 år. För åldersgruppen 13-18 år är det marginella förändringar. När det gäller öppenvård används i stor utsträckning kommunens egen öppenvård.

När det kommer till orossamtal med polis kan det inte redogöras för några siffror då antalet är under 4 personer. Orossamtal riktas främst till barn under 15 år och som inte har anammat en kriminell livsstil.

Avslutade insatser hos barn- och ungdomsenheten har en hög andel där både klient och socialsekreterare anser att målet med vården är uppfyllt. Det tyder på att arbetet präglas av motivering och kartläggning av familjen tillsammans med familjen för att rätt insats ska kunna ges familjen och barnet/ungdomen.

## Barnperspektiv

Detta ärende handlar om statistik från de olika myndighetsavdelningarna. Statistik för barn- och ungdomsenheten redovisas. Barnperspektivet beaktas i det utredningsarbete som bedrivs på myndighetsavdelningarna och är ej aktuellt i statistik som redovisas för att ge inblick i verksamheten.

[Redacted]

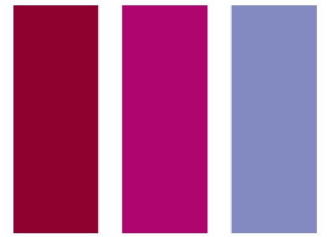
Socialchef

[Redacted]

Verksamhetschef kvalitets- och  
utvecklingsavdelningen

Bilaga:

- Statistikrapport kvartal 4



# Statistikrapport Socialnämnden

Kvartal fyra  
SN 19/0182-4

2020-01



## Innehåll

1	Inledning .....	3
2	Vuxenenheten.....	4
2.1	Ekonomiskt bistånd.....	4
2.2	Arbetsmarknadsinsatser .....	7
2.3	Avslutsorsaker ekonomiskt bistånd 2019 .....	8
2.4	Jämförelse andra kommuner .....	9
2.5	Missbruk och annan vuxenvård .....	11
2.5.1	Avslutsorsaker missbruk.....	13
2.5.2	Boende.....	13
2.6	Barn- och ungdomsenheten.....	14
2.6.1	Orossamtal med polis .....	17
2.6.2	Avslutsorsaker .....	17

# 1 Inledning

Denna uppföljning avser kvalitet i individ- och familjeomsorgen. Rapporten är en del i det kvalitetsarbete som ger information och kan ligga till grund för eventuella handlingsplaner för utökad kvalitet i socialkontorets arbete.

Rapporten bygger på uppgifter som lämnas till SCB (Statistiska Central Byrån) och Socialstyrelsen för att kunna jämföra Upplands-Bro med andra kommuner. Rapporten innehåller även uppgifter ur vårt eget verksamhetssystem.

En förutsättning för att siffrorna ska vara riktiga är att handläggare öppnar och avslutar utredningar och insatser vid rätt tidpunkt och att de i övrigt redovisar de förändringar som sker i insatserna på ett korrekt sätt i verksamhetssystemet.

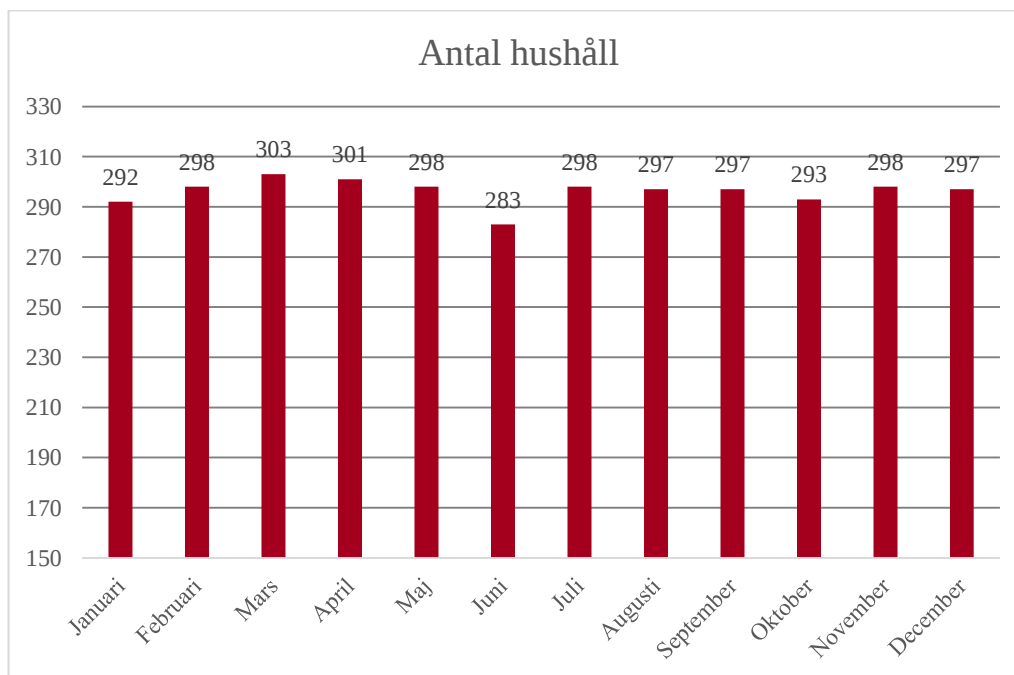
I de ärendeslag där antal ärenden understiger fyra personer kommer någon redovisning inte att ske på grund av sekretesskäl. I andra sammanhang där vi redovisar statistik, exempelvis Kolada redovisas ingen statistik om individantalet understiger fyra personer och vi har antagit samma mått.

Alla diagram som redovisas visar siffror från första januari till sista december 2019.

## 2 Vuxenheten

Vuxenheten handhar ärenden som rör ekonomiskt bistånd, missbruk, boende och våld i nära relationer (ViNR). Nedan kommer varje grupp redovisas för sig. Jämförelse med andra kommuner kommer presenteras i ett separat avsnitt.

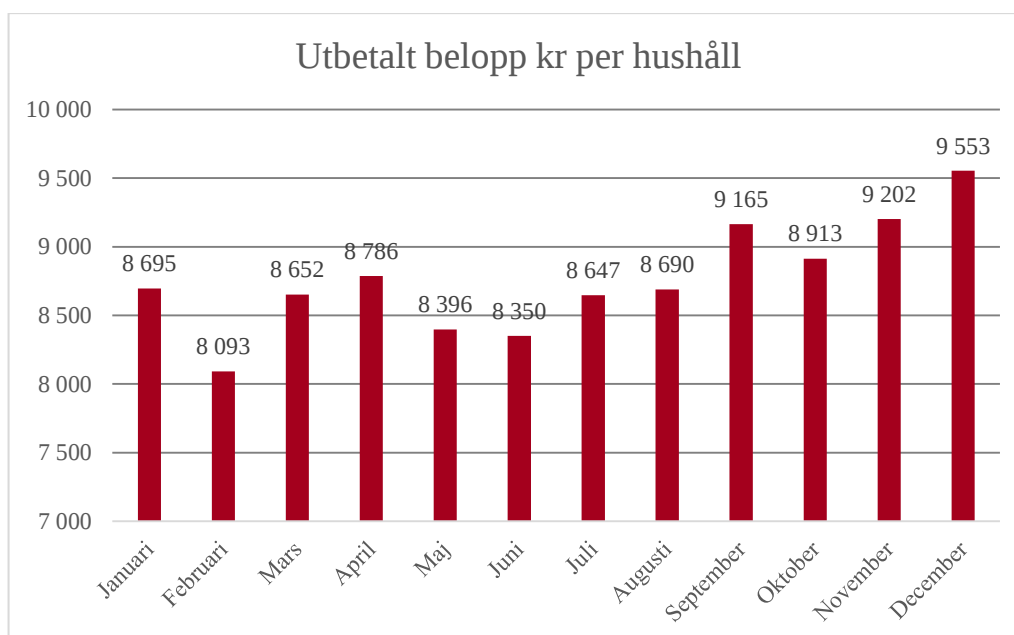
### 2.1 Ekonomiskt bistånd



**Beskrivning:** Diagrammet visar hur många hushåll som har fått ekonomiskt bistånd under hela 2019.

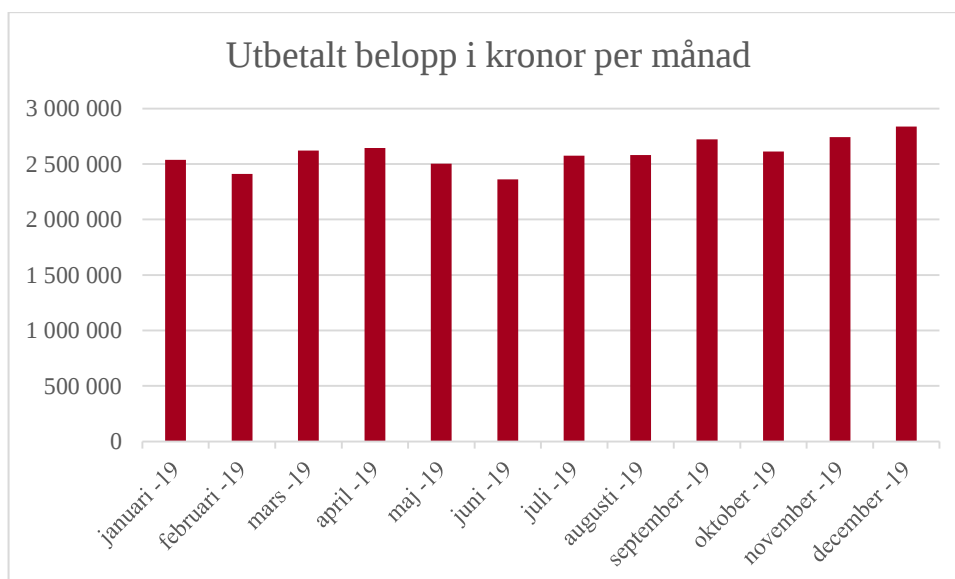
**Kommentar:** Antal hushåll ökade under första kvartalet 2019. Från april 2019 har antal hushåll minskat något. Sammantaget har antalet hushåll varit relativt konstant sedan juli månad. Noteringen för juni månad sticker ut och det är oklart vad den beror på.





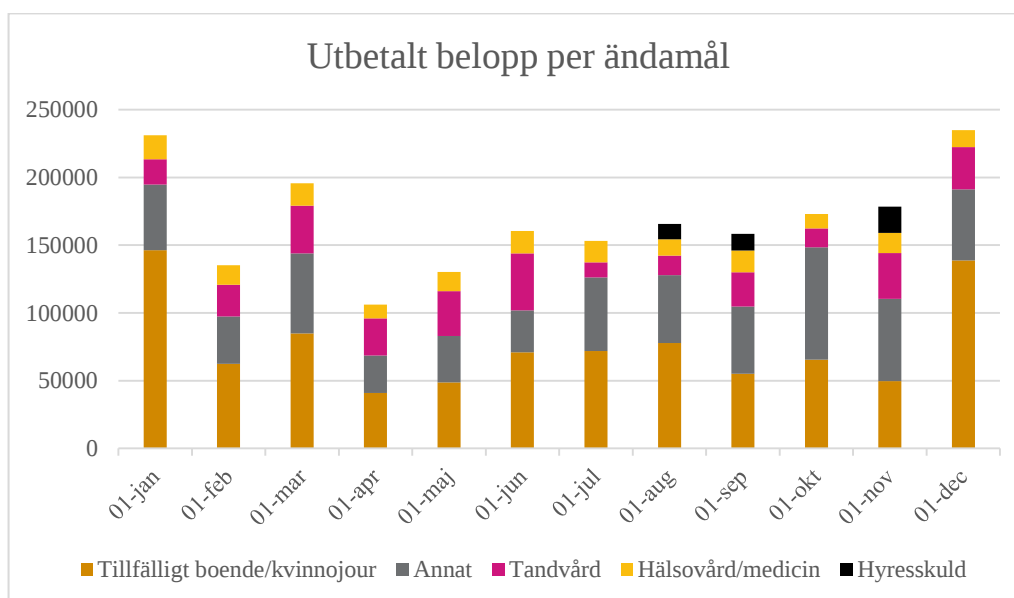
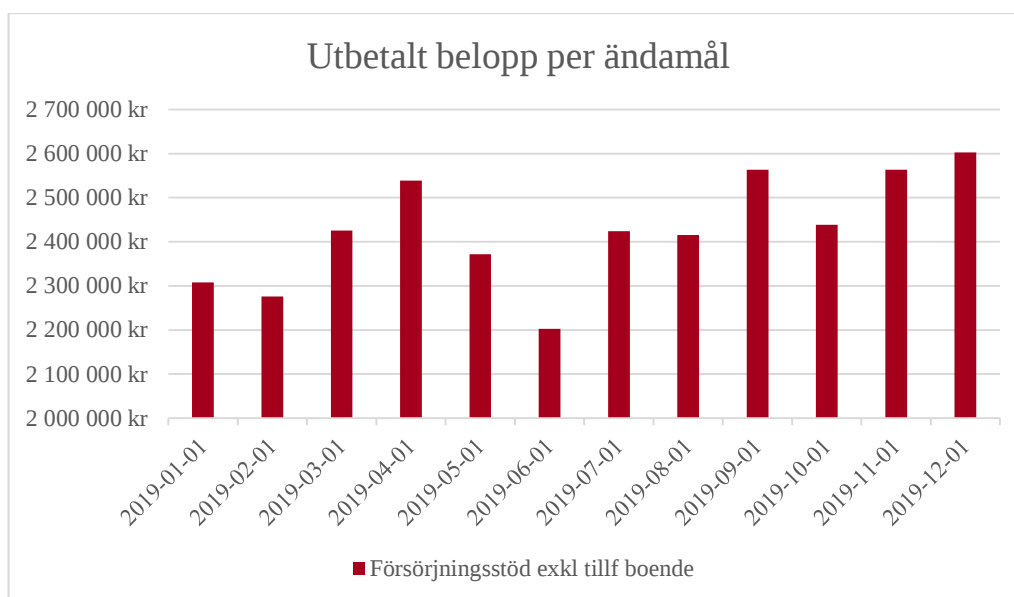
**Beskrivning:** Diagrammet visar den summa som utbetalts per hushåll under 2019.

**Kommentar:** Differenserna i utbetalningar per månad kan variera utifrån vilket datum som utbetalning av ekonomiskt bistånd görs. Kommer en ansökan in sent kan bistånd för exempelvis oktober betalas ut i november.



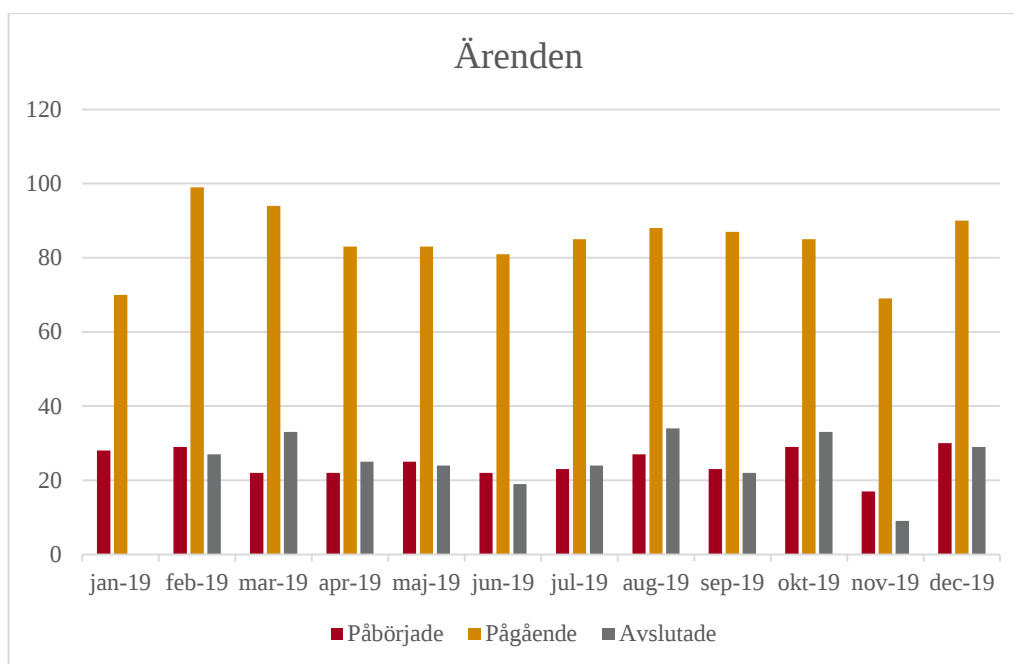
**Beskrivning:** Diagrammet visar hur mycket ekonomiskt bistånd som har utbetalats per månad under 2019. I budget finns det två olika poster, en för nyanlända och en för övriga. I den här tabellen redovisas sammanlagd kostnad för de två olika posterna.

**Kommentar:** Det är inga större förändringar när det gäller försörjningsstödet.



**Beskrivning:** I redovisningen av vilka ändamål ekonomiskt bistånd utgått till visas det i två olika tabeller. Detta då den stora kostnaden är för försörjningsstöd som ingår i skälig levnadsstandard (så kallad riksnorm) och differensen är stor mot de andra kostnaderna. Informationen blir oläsbar om kostnaderna inte delas upp i två olika tabeller. Tabellen visar hur mycket som betalats ut månadsvis under 2019.

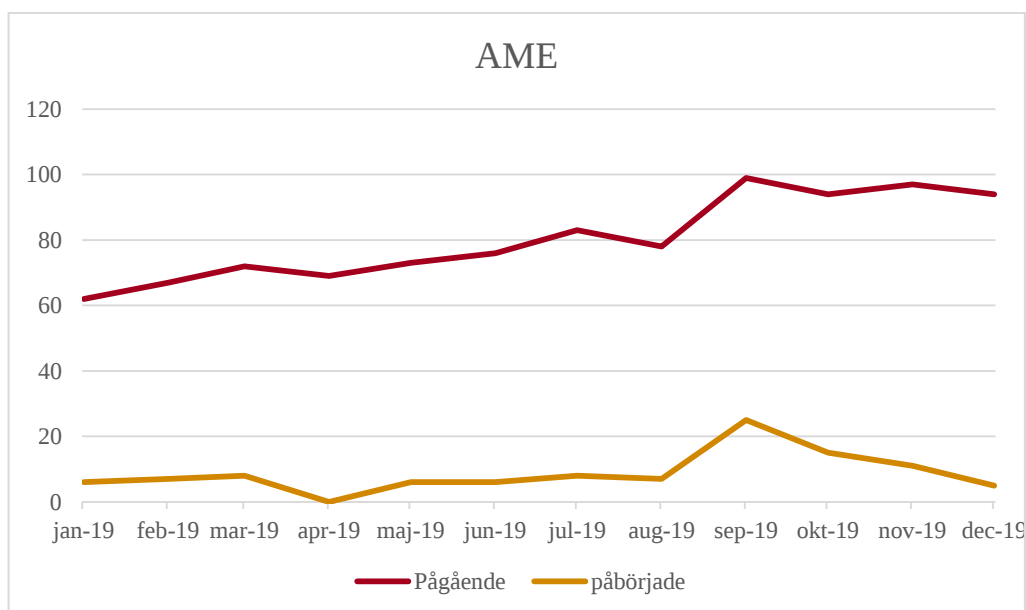
**Kommentar:** Den största utgiftsposten är försörjningsstöd. Kostnad för tillfälligt boende/kvinnjour är periodvis en stor utgiftspost men varierar per månad. Oklart vad posten annat innehåller och svårt att göra analys vad differens de olika månaderna beror på.



**Beskrivning:** Antal påbörjade, pågående och avslutade utredningar som avser ekonomiskt bistånd. Siffrorna är exklusive ärenden nyanlända. Staplarna ska läsas som att pågående är alla utredningar som är aktuella på enheten. Stapel påbörjade visar antal nya ärenden och avslut de ärenden som avslutats.

**Kommentar:** Under våren 2019 har antal pågående utredningar på ekonomiskt bistånd minskat. Sett över hela året har antal pågående utredningar varierat från 69 till 99 per månad.

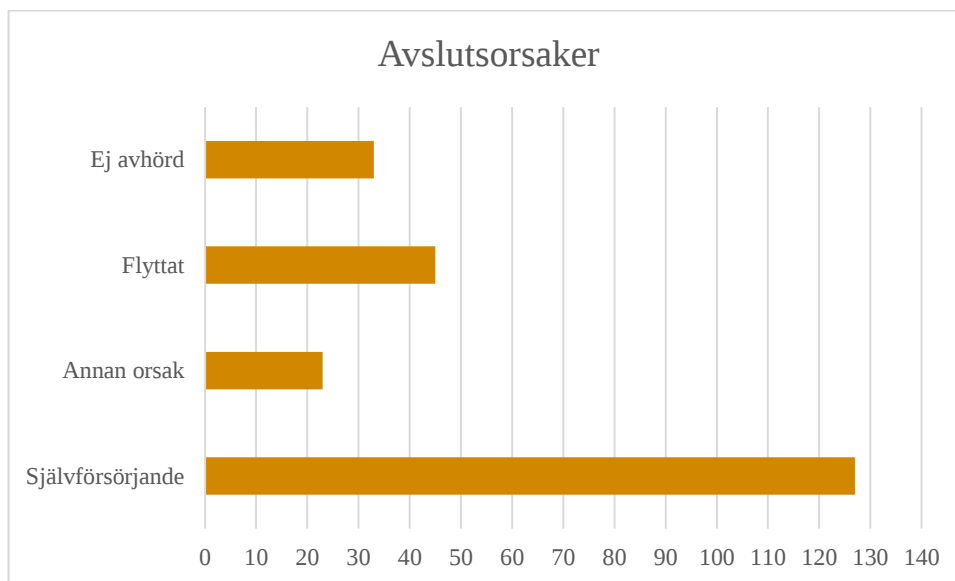
## 2.2 Arbetsmarknadsinsatser



**Beskrivning:** Antal beslutade insatser från ekonomiskt bistånd hos arbetsmarknadsenheten. De arbets sökande som har ekonomiskt ska ha kontakt med Arbetsmarknadsenheten (AME). De personer som är aktuella på grund av missbruk och har en insats på AME som bistånd är inte medräknade.

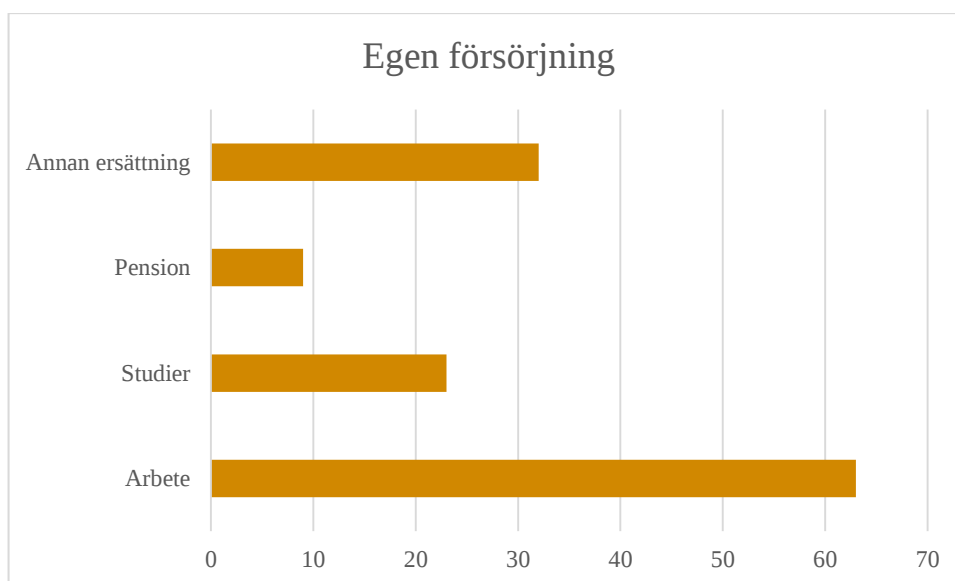
**Kommentar:** Antal personer som deltar i AME har ökat. Projektet Kom i jobb har fokuserat på att öka antalet deltagare med insats hos AME. Sedan september 2019 har antal deltagare varit på en relativt konstant nivå.

### 2.3 Avslutsorsaker ekonomiskt bistånd 2019



**Beskrivning:** Staplar visar antal avslut av ekonomiskt bistånd beroende på självförsörjande, annan orsak, flyttat, ej avhörd. Vi har valt att i rapporten använda oss av de siffror som vi redovisar till Socialstyrelsen. Siffrorna är för 2019.

**Kommentar:** Av de ärenden som avslutas är de flesta självförsörjande.

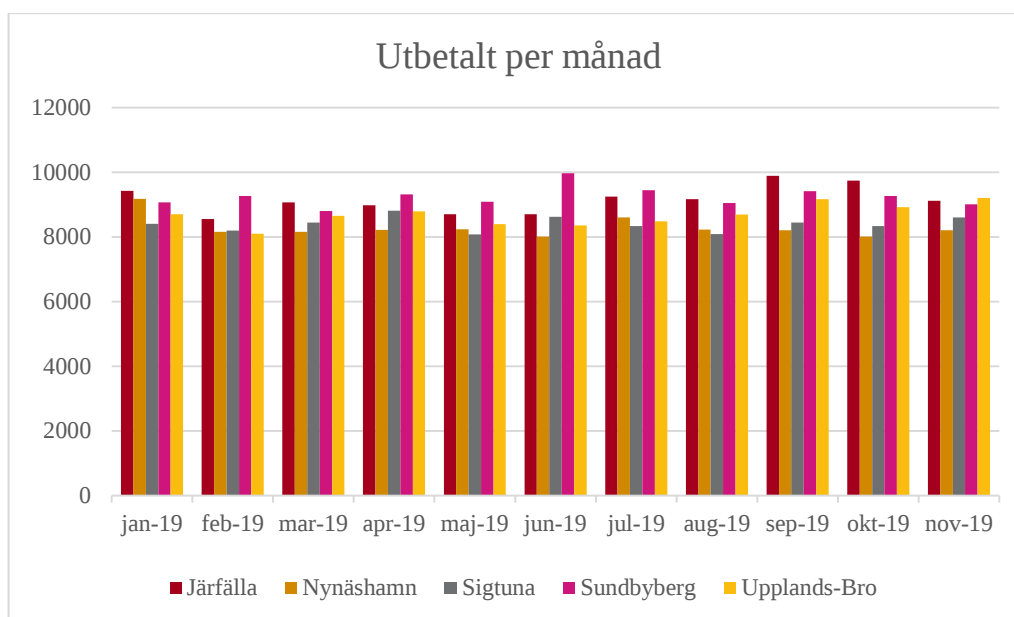


**Beskrivning:** De antal avslutade insatser som har kodats som självförsörjande finns uppdelade i vilken typ av självförsörjning som klienten har gått till. Vi har valt att i rapporten använda oss av de siffror som vi redovisar till Socialstyrelsen. Siffrorna är för helår 2019.

**Kommentar:** Inkomst genom arbete är den vanligaste avslutsorsaken inom egen försörjning. Annan ersättning är den näst vanligaste och det kan vara exempelvis ersättning från Försäkringskassan.

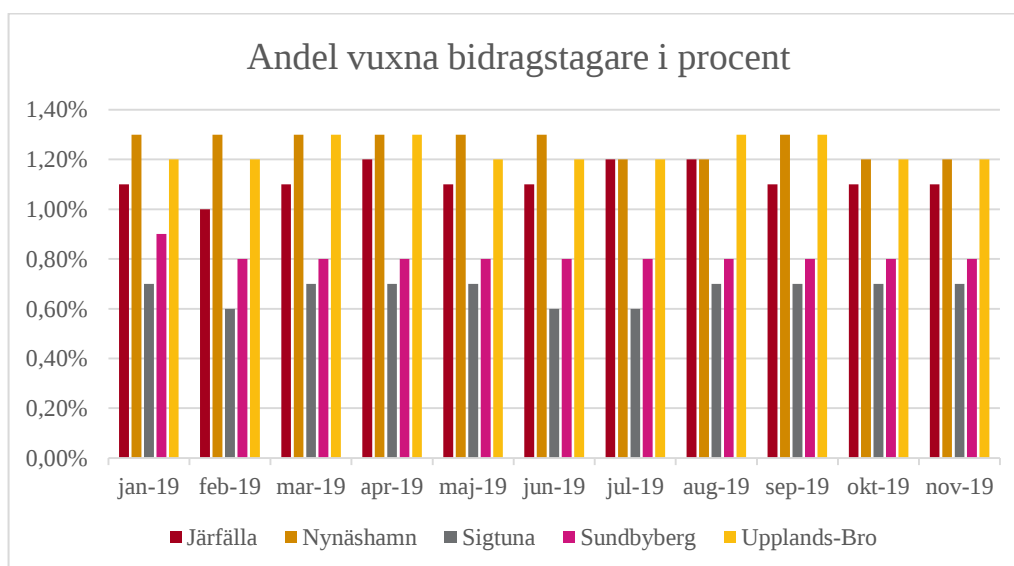
## 2.4 Jämförelse andra kommuner

De jämförelsekommuner som vi har tagit fram grundar sig på de kommuner som mest liknar oss när det gäller andel av befolkningen som har försörjningsstöd samt kostnad per invånare. De kommuner vi har valt finns i Stockholms län och jämförelser med dessa kommuner har gjorts sedan 2013. Jämförelsekommuner är Järfälla, Nynäshamn, Sigtuna och Sundbyberg. Siffror för december månad 2019 har ännu inte publicerats och kan på grund av detta inte redovisas i rapporten.



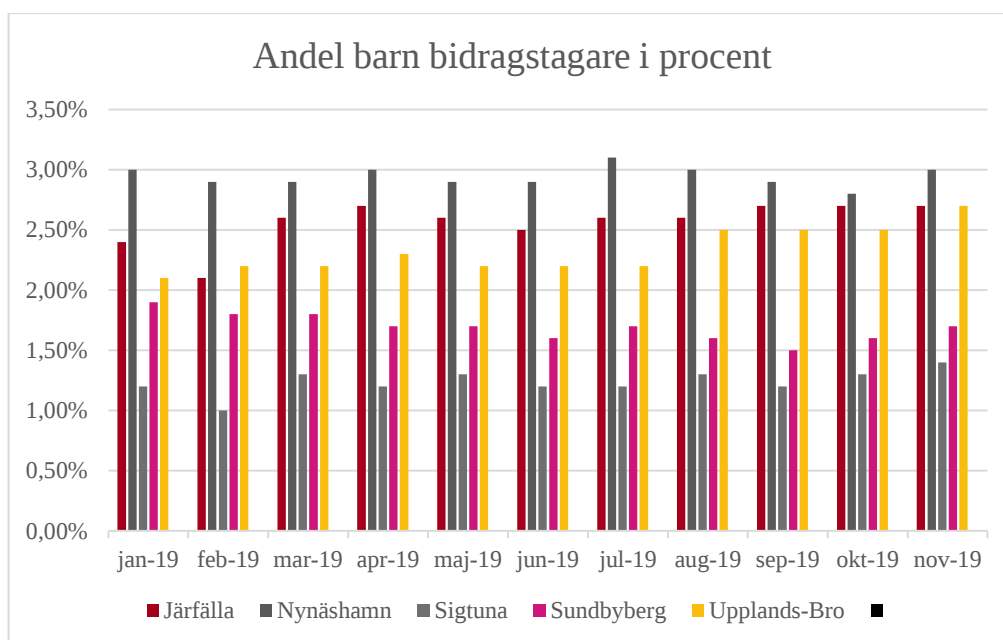
**Beskrivning:** Ovan visar utbetalt belopp per månad och hushåll.

**Kommentar:** Upplands-Bro kommun har ingen månad som sticker ut. Upplands-Bro har sedan augusti fått en ökad kostnad när det gäller utbetalning per månad. I tabell nedan kan noteras att antal barn i procent ökat som lever i en familj med försörjningsstöd.



**Beskrivning:** Den här grafen avser andel vuxna, personer 18 år och uppåt, bidragstagare i procent av befolkningen i varje kommun under 2019.

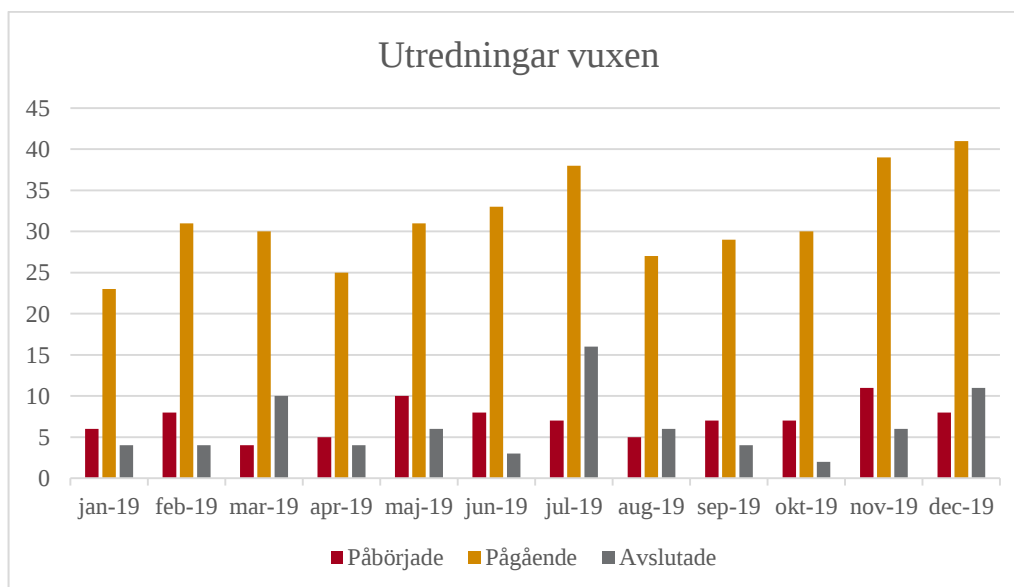
**Kommentar:** Upplands-Bro kommun är i augusti 2019 tillbaka på samma nivå som mars och april 2019. Vad ökningen beror på dessa månader är oklart.



**Beskrivning:** Grafen visar andelen barn under 18 år som lever i en familj som uppstår försörjningsstöd.

**Kommentar:** Tabellen med antal barn under 18 år som har försörjning genom ekonomiskt bistånd är högre procentuellt än tabell med antal vuxna som har försörjning genom ekonomiskt bistånd. Det kan bero på flera olika saker exempelvis att hushåll kan ha flera barn.

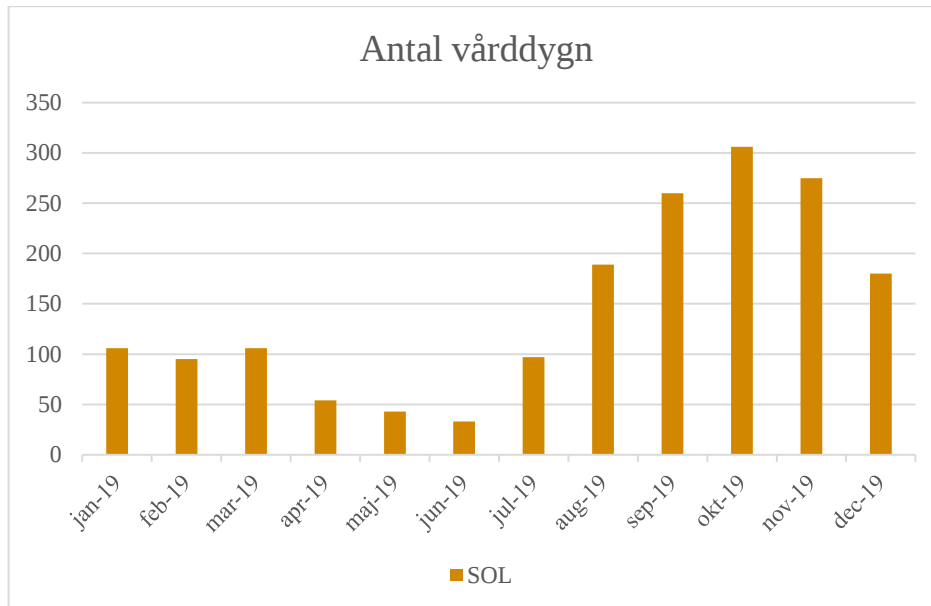
## 2.5 Missbruk och annan vuxenvård



**Beskrivning:** Detta avser utredningar avseende vuxna. Det är ansökan som avser missbruksvård eller våld i nära relation. Vad avser missbruksvård kan det gälla både öppenvårdsbehandling och ansökan om behandlingshem. LVM utredningar redovisas inte på grund av sekretessen då det är för lågt antal.

Med påbörjade utredningar avses nya utredningar som startats upp, pågående är de utredningar som pågår under perioden.

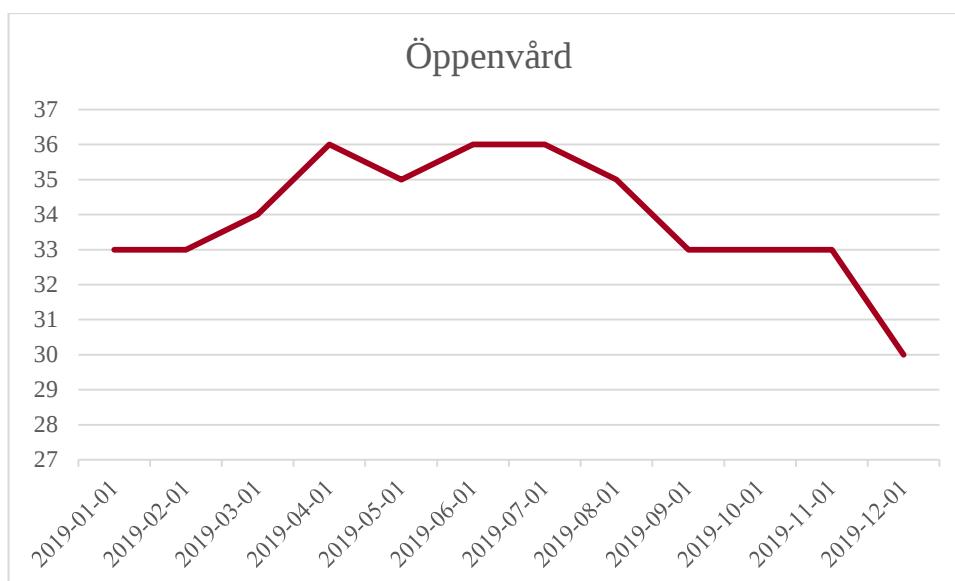
**Kommentar:** Antal utredningar som har varit pågående har pendlat under 2019.



**Beskrivning:** Tabellen ovan visar antal vårddygn. Tabellen visar placeringar genom SoL

**Kommentar:** Det finns inga placeringar på statens institutionsstyrelse (SiS) enligt LVM under 2019. Däremot finns det en placering med ett LVM beslut som placerats på ett HVB och har då räknats in som en vanlig SoL placering. Kostnader för placeringar som genomförs på SiS och ett HVB för SoL placeringar skiljer sig väsentligt åt i kostnad.

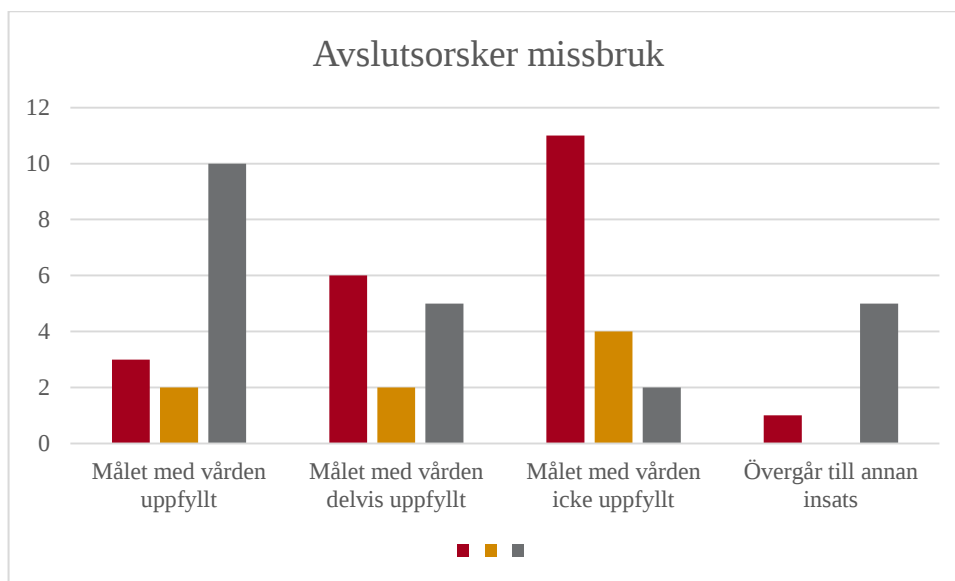




**Beskrivning:** Antal insatser som avser öppenvård för vuxna i egen regi.

**Kommentar:** Grafen visar att vuxenenheten i stor utsträckning använder sig av öppenvården som drivs i egen regi.

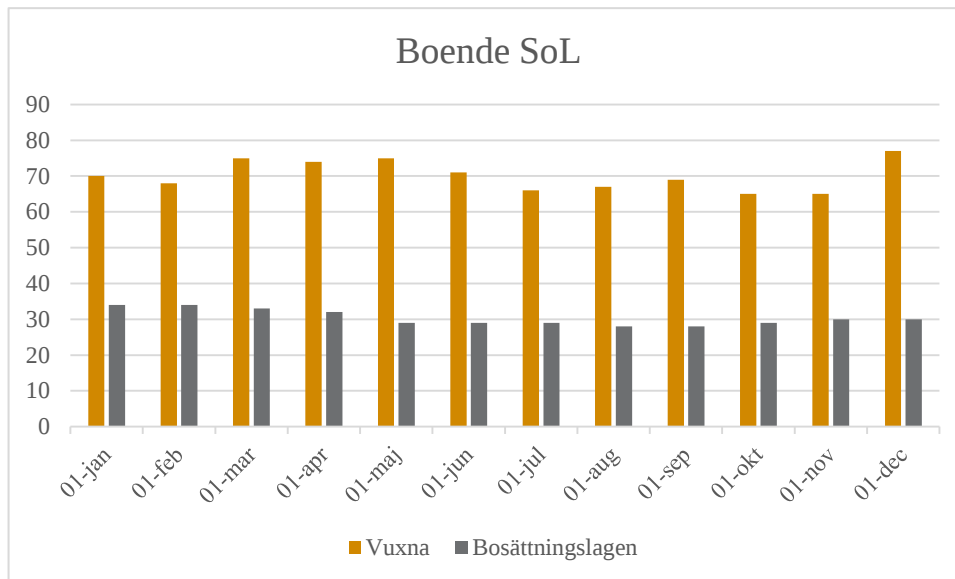
### 2.5.1 Avslutsorsaker missbruk



**Beskrivning:** Tabellerna beskriver hur många av de avslutade insatserna där målen har uppfyllts, delvis uppfyllts eller icke uppfyllts samt om insatsen övergår till en annan insats. Totalt har det avslutats 51 insatser.

**Kommentar:** Ofta när målet inte är uppfyllt beror det oftast på att klienten själv valt att avbryta pågående insats.

### 2.5.2 Boende

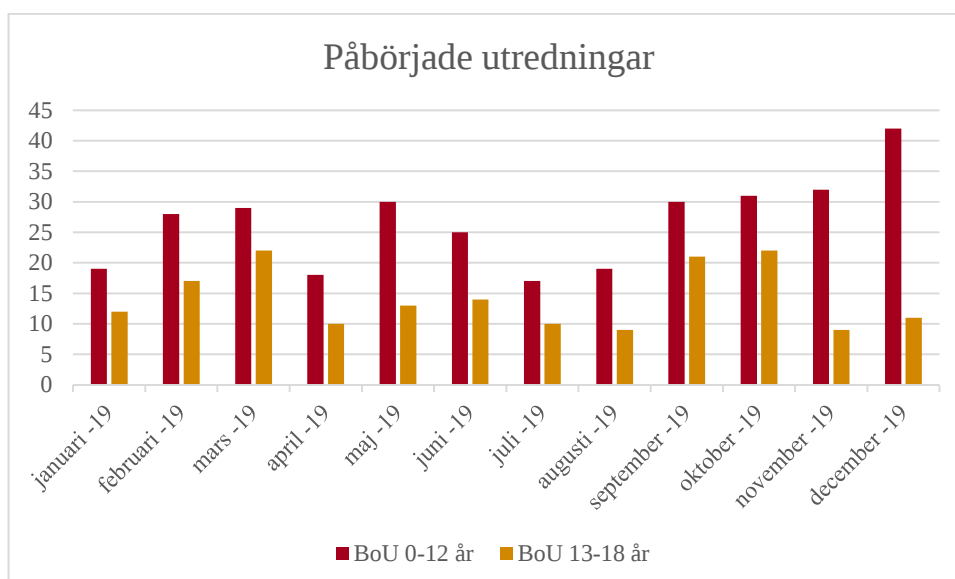


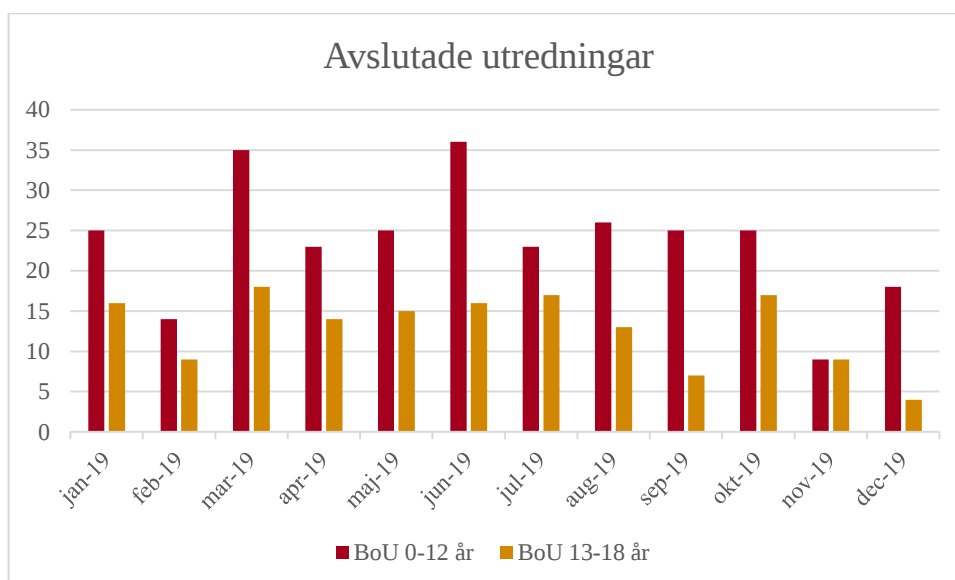
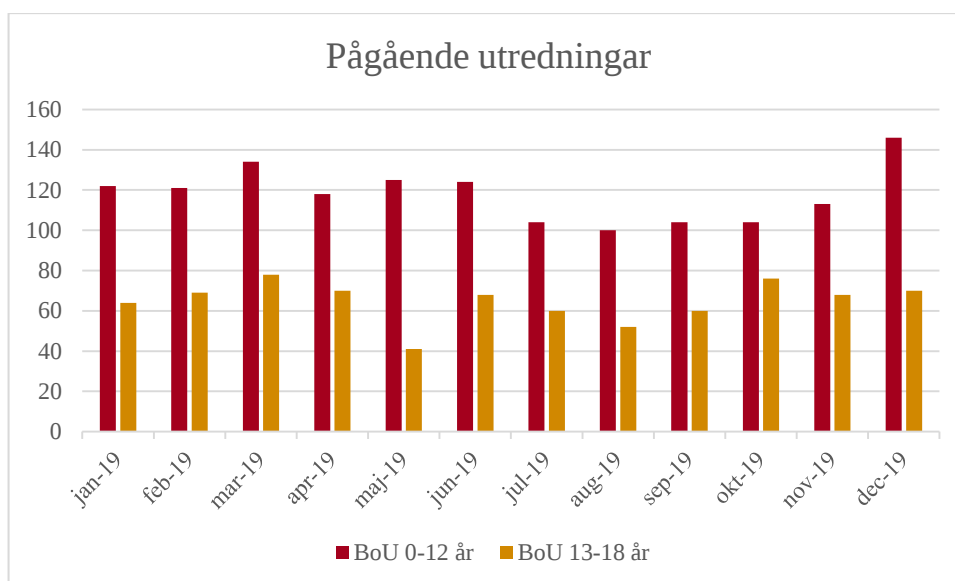
**Beskrivning:** Detta beskriver antal boende i sociala lägenheter. Det är uppdelat i vuxna samt de som fått bostad enligt bosättningslagen. Bostad enligt bosättningslagen får de nyanlända under sina två första år i kommunen. Sedan november 2018 ges beslut enligt bosättningslagen.

**Kommentar:** Antal beviljade bostäder har fluktuerat under året. Bostäder enligt bosättningslagen är på en konstant nivå.

## 2.6 Barn- och ungdomsenheten

På barn- och ungdomsenheten utreds de anmälningar/ansökningar som kommer in gällande barn och ungdomar 0-18 år. Ungdomar 18 år och uppåt handläggs av vuxenenheten.

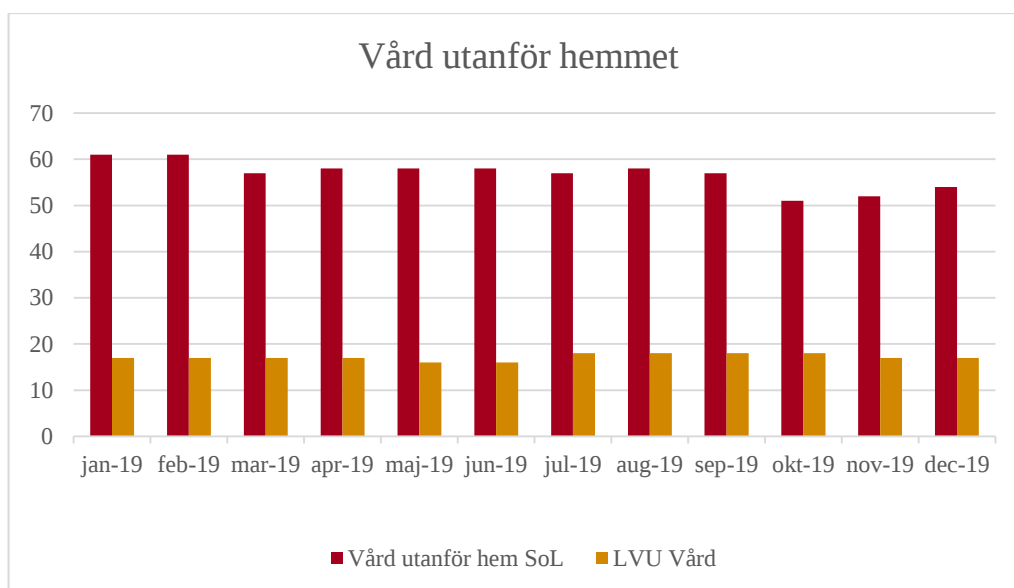




**Beskrivning:** Tabellerna visar antal utredningar hos barn- och ungdomsenheten. Redovisningen delas upp i barn 0-12 år och ungdom 13-18 år. Diagrammen är uppdelade på påbörjade, pågående och avslutade utredningar.

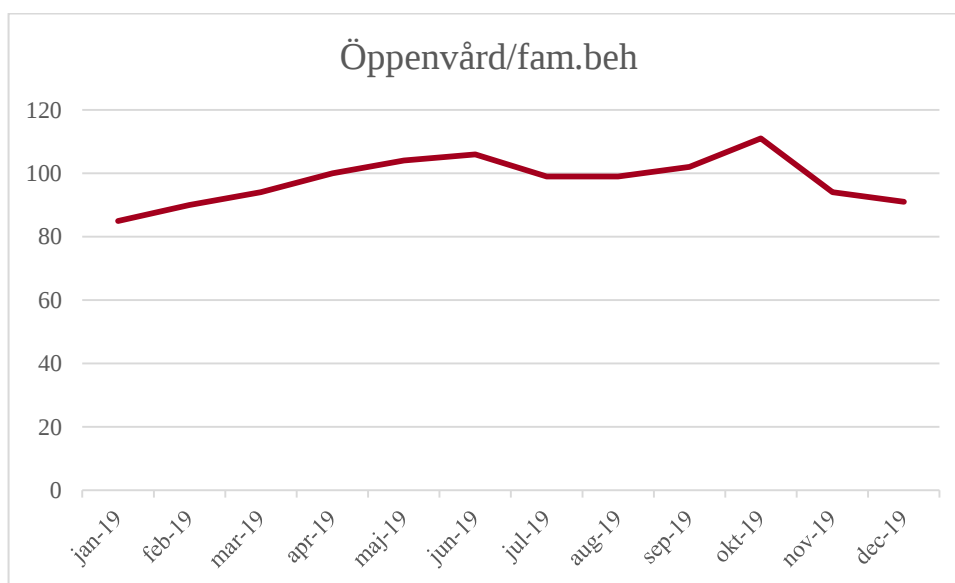
Staplarna ska läsas som att pågående är alla utredningar som är aktuella på enheten. Stapel påbörjade visar antal nya ärenden och avslut de ärenden som avslutats.

**Kommentar:** I gruppen 0-12 år är det högre antal påbörjade och pågående utredningar. Det kan bero på att när det gäller små barn kan utredning handla mer kring föräldraförmågan och när det gäller äldre barn, 13-18 år, är det mer utredning kring barnets eget beteende.



**Beskrivning:** Tabell visar vård utanför hemmet både med SoL och LVU.

**Kommentar:** Utifrån tabellen ovan kan man se att barn- och ungdomsenheten bifaller vård utanför hemmet mestadels genom frivillig medverkan (SoL). Tvång används i mindre skala (LVU). Antal insatser vård utanför hemmet har minskat sedan oktober 2019 för åldersgruppen 0-12 år. För åldersgruppen 13-18 år är det marginella skillnader.



**Beskrivning:** Tabell visar antal öppenvårdsinsatser med öppenvård/familjebehandling. Antal kontaktpersoner och kontaktfamilj har så litet urval så den insatsen har plockats bort ur grafen.

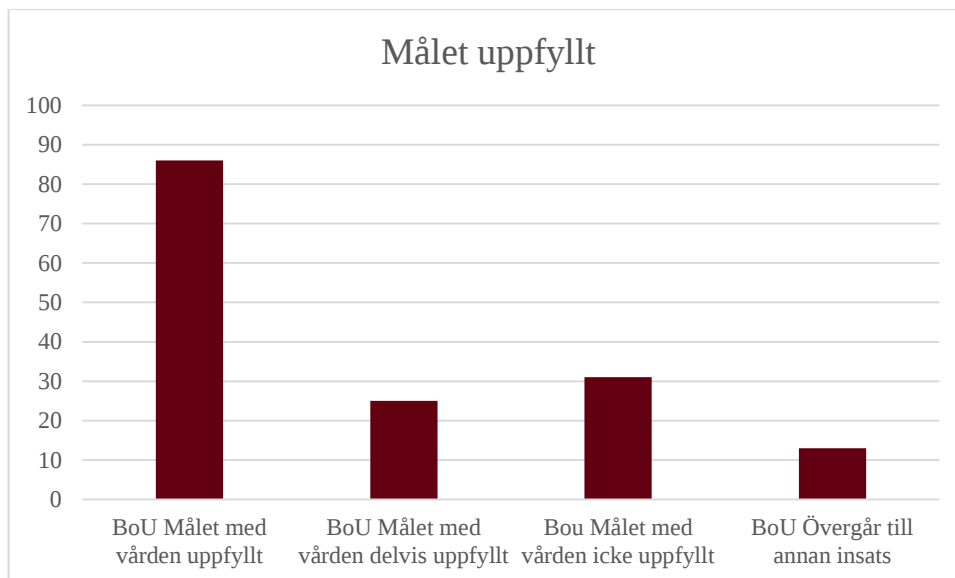
**Kommentar:** Grafen visar att barn- och ungdomsenheten i stor utsträckning använder sig av öppenvården som drivs i egen regi.

### 2.6.1 Orossamtal med polis

Antal orossamtal som genomförts tillsammans med Polisen är för få för att kunna redovisa utifrån sekretess.

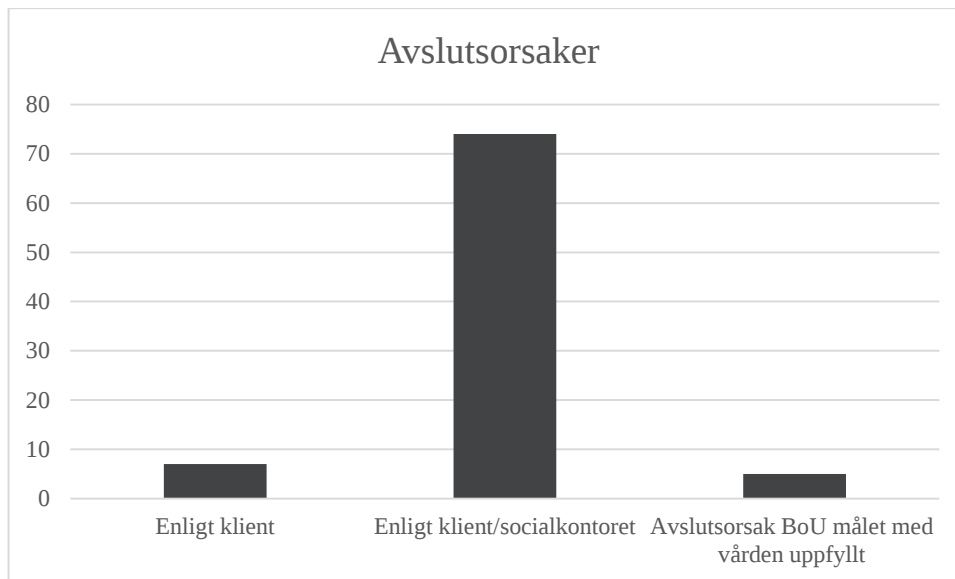
Det är en ny arbetsform tillsammans med Polisen som startade under 2019. Arbetsmetoden är att socialtjänsten får information och gör en bedömning om det är lämpligt att ha ett orossamtal tillsammans med Polisen. Orossamtal riktas främst till barn under 15 år och som inte har anammat en kriminell livsstil. Orossamtal ska inte hållas om det finns en pågående förundersökning hos Polisen. Syftet med samtalet är att förtydliga och förmedla oro för både vårdnadshavare och barn.

### 2.6.2 Avslutsorsaker



**Beskrivning:** Tabellen visar hur många av de avslutade insatserna som målen har uppfyllts, delvis uppfyllts eller icke uppfyllts. Den här tabellen bör läsas tillsammans med tabellen under för att kunna sättas i ett helhetsperspektiv.

**Kommentar:** I 86 av de avslutade ärendena har målet med vården uppfyllts.



**Beskrivning:** Tabellerna visar vem som har bedömt att målet med vården har uppfyllts.

**Kommentar:** Både klient och socialsekreterare är i stor grad överens om att målet är med vården är uppfyllt. Det tyder på att arbetet präglas av motivering och kartläggning av familjen tillsammans med familjen för att rätt insats ska kunna ges familjen och barnet/ungdomen.

Datum 2020-02-04 Vår beteckning SN 19/0124 Er beteckning

Socialnämnden

## Verksamhetsberättelse 2019 - Socialnämnden

### Förslag till beslut

Socialnämnden godkänner verksamhetsberättelse för år 2019, vilken översänds till Kommunstyrelsen.

### Sammanfattning

Socialkontoret har upprättat verksamhetsberättelse för år 2019 i enlighet med Kommunstyrelsens anvisningar. Verksamhetsanalysen görs utifrån den av fullmäktige beslutade budgeten för 2019.

Socialnämnden visar ett positivt resultat för 2019 med 0,6 mnkr, vilket motsvarar 0,3 procent.

Ekonomiskt bistånd visar ett negativt resultat för 2019 med 9,5 mnkr motsvarande 61 procent.

### Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse daterad den 31 januari 2020
- Verksamhetsberättelse 2019

### Ärendet

Verksamheten inom socialkontoret har under år 2019 bedrivits enligt ansvarsområde, uppställda mål och uppdrag.

Socialnämnden visar ett positivt resultat för 2019 med 0,6 mnkr, vilket motsvarar 0,3 procent. Huvudsakligen beror överskottet på lägre kostnader för externa placeringar och för externa boenden för barn och vuxna.

Ekonomiskt bistånd visar ett negativt resultat för 2019 med 9,5 mnkr motsvarande 61 procent.

### Barnperspektiv

Socialkontoret konstaterar att rapporten inte strider mot barnet bästa.

Socialkontoret

██████████  
Socialchef

██████████  
Avdelningschef kvalitet- och  
verksamhetsstöd

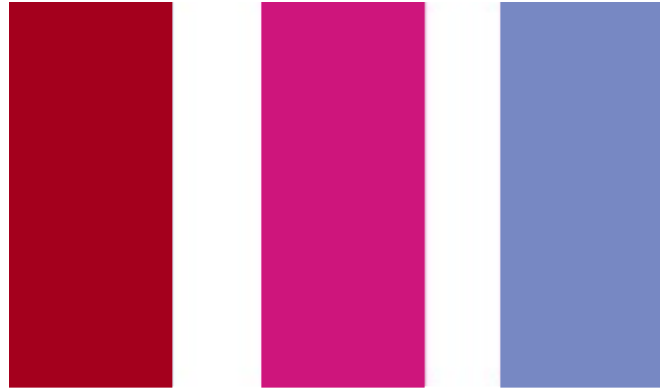
Bilagor

1. Verksamhetsberättelse 2019

Beslut sänds till

- Kommunstyrelsen





# Verksamhetsberättelse år 2019

## Socialnämnden

# Innehållsförteckning

1	Inledning.....	3
1.1	Vinjett.....	3
1.2	Ansvarsområde och organisation.....	3
1.3	Verksamheten i siffror.....	3
1.4	Viktiga händelser under året.....	4
2	Mål och resultat.....	8
2.1	I Upplands-Bro ska invånarna känna trygghet i livets alla skeden.....	8
2.2	Invånarna ska uppleva största möjliga valfrihet.....	11
2.3	Nämndens bedömning av måluppfyllelse.....	12
3	Ekonomi.....	14
3.1	Årets resultat.....	14
3.2	Ekonomisk analys.....	14
3.3	Sociala investeringsfonden.....	16
3.4	Kommentarer sociala investeringsfonden.....	16
3.5	Investeringsredovisning.....	16
3.6	Kommentarer investeringsredovisning.....	17

# 1 Inledning

## 1.1 Vinjett

Vid årsskiftet delades Socialnämnden till två nämnder; Socialnämnden och Äldre- och omsorgsnämnden. Samverkan mellan myndighetsenheterna, stöd- och behandlingsenheten samt utbildningskontoret och andra verksamheter internt och externt har utökats och utvecklas ständigt för att möjliggöra bra livsval för ungdomar. Arbetsmetoder och arbetssätt inom ekonomiskt bistånd utvecklas och anpassas för att bryta bidragsberoende. Ett sätt att öka möjligheterna att komma ut i arbete är projektet *Kom i jobb 2019/2020* som startade i mars 2019. Projektet är ett samarbete mellan Gymnasie- och arbetslivsnämnden och Socialnämnden. En översyn av arbetet inom socialpsykiatrin har genomförts, där hela processen från ansökan om insats till utförande av beviljad insats setts över.

## 1.2 Ansvarsområde och organisation

Från och med januari 2019 arbetar socialkontoret under två nämnder; Socialnämnden och Äldre- och omsorgsnämnden.

Socialnämnden ansvarar för omsorg om personer med funktionsnedsättning samt att barn och familjer får det stöd och den hjälp som regleras i den samlade lagstiftningen. Nämnden ansvarar även för ekonomiskt bistånd, insatser för personer med missbruksproblematik, boendestöd och träfflokal för personer med psykiska funktionshinder samt kommunens flyktingmottagande.

Socialkontorets tre myndighetsenheter handlägger ärenden enligt Socialtjänstlagen (SoL), Lagen om vård av unga (LVU), Lagen om vård av missbrukare (LVM) och Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS). Utföraravdelningen bedriver verksamhet som grupp- och serviceboenden, personlig assistans, stöd för barn, unga och familjer samt öppenvård för personer med missbruksproblematik och socialpsykiatriskt stöd. Avdelningen för kvalitet- och verksamhetsstöd hanterar bland annat övergripande administration, genomför avtals- och kvalitetsuppföljningar, håller i övergripande projekt, omvärldsbevakning samt samordning av nämndärenden och budgetarbete.

Inom grupp- och serviceboenden enligt LSS ansvarar nämnden för hälso- och sjukvårdsinsatser till och med sjuksköterskenivå.

## 1.3 Verksamheten i siffror

	2019	2018	2017
Nämndens nettokostnader	207 342	369 952	359 640
Nämndens budgetavvikelse	588	16 268	-5 199
Ekonomiskt bistånd nettokostnader	25 132	22 069	21 648
Ekonomiskt bistånd budgetavvikelse	-9 512	-1 449	-1 028
Antal månadsavlönade personer	238	448	427
Varav antal tillsvidareanställda personer	222	418	403
Antal vård dygn vuxna	2 029	1 934	1 284
Antal vård dygn samtliga barn och unga	26 117	20 706	36 438

	2019	2018	2017
Andel invånare i behov av ekonomiskt bistånd	1,8 %	1,5 %	1,6 %

Från 2019 har Äldre- och omsorgsnämnden brutits ut från Socialnämnden vilket påverkar jämförelse tidigare år för verksamhetsmått; Antalet anställda personer och Antalet tillsvidareanställda personer.

## 1.4 Viktiga händelser under året

### Barn- och ungdomsenheten

- Barn- och ungdomsenheten har arbetat intensivt med frågor och arbetssätt som rör barn och ungas rätt till information och delaktighet. I detta pågår ett samarbete med föreningen Maskrosbarn.
- För att dokumentationen ska vara lättläst och överskådlig för klienter samt för att frigöra tid för socialsekreterarna att träffa barn, unga och deras familjer har enheten under året deltagit i utbildningen *Förbättrad dokumentation* som har arrangerats av SKR (Sveriges Kommuner och Regioner).
- En omfattande satsning på arbetsmetoden Signs of safety har gjorts, där hela enheten tillsammans med stöd- och behandlingsenheten har genomgått fördjupningsutbildning. Några medarbetare gått en ytterligare fördjupning i syfte att vägleda och stötta enheten. Genom arbetet med Signs of safety har sex placeringar avslutats. Fyra av dessa placeringar hade sannolikt varit uppväxtplaceringar om inte arbetsmetoden hade använts.
- Under året har antalet placeringar varit högt i jämförelse med tidigare år, särskilt avseende placerade ungdomar med kriminalitet eller missbruk som huvudsaklig problematik. Antalet inkomna orosanmälningar har ökat i jämförelse med samma period föregående år, likaså antalet inledda utredningar. Under året har arbetsbelastningen varit hög och enheten har varit beroende av konsulter. Nyrekrytering har gjorts under våren vilket har bidragit till att arbetssituationen har upplevts positiv av medarbetarna trots den ansträngda arbetssituationen.

### Vuxenenheten

- För att förbättra arbetet för klienterna och för att göra enheten till en attraktiv arbetsplats pågår ett intensivt utvecklingsarbete. Arbetet handlar bland annat om hur rutiner, manualer och arbetsprocesser är utformade. Utvecklingsarbetet fokuserar på det interna arbetet och på det externa där klientkontakter och dennes förändringsprocess ingår.
- Vuxenenheten har tidigare år haft hög personalomsättning, vilket nu har stabiliserats. Utifrån det ökade inflödet av ärenden inom ekonomiskt bistånd samt att medarbetare varit frånvarande på grund av sjukskrivning och vakant tjänst har enheten haft behov av socionomkonsulter. Samtliga tjänster inom enheten är tillsatta.

Störst fokus har arbetet kring ekonomiskt bistånd i syfte att öka antalet individer som blir självförsörjande:

- Sedan 2018 är det möjligt att ansöka om ekonomiskt bistånd digitalt, e-ansökan. Ett aktivt arbete har pågått för att öka antalet e-ansökningar.

- Projekt *Kom i jobb* har påbörjats, ett samverkansprojekt mellan vuxenenheten, vuxenutbildningen och arbetsmarknadsenheten. Syftet är att minska kommunens kostnader för ekonomiskt bistånd genom att öka antalet individer som blir självförsörjande. Samverkan med en konsultläkare har upphandlats och arbetsprocesser är klara samtidigt som samverkan med vårdcentralerna i kommunen utvecklats.
- Öka antalet klientkontakter för att göra den enskilde än mer delaktig i sin situation vilket är viktig faktor i positiva förändringsprocesser.
- Arbetar med en handlingsplan med fler aktiviteter för att öka antalet individer som blir självförsörjande samt för att upptäcka individer som är behov av andra insatser än ekonomiskt bistånd.
- Arbetet kring bostadsfrågor har fortsatt under året och avser frågor kring bostadsförtur, träningslägenheter, försökslägenheter samt hur kommunen ska arbeta när det gäller nyanlända individer i etableringen och deras boende. Ny riktlinje för boendefrågor inom kommunen har upprättats och implementerats i verksamheten.
- Vuxenenheten har arbetat fram olika förslag för att utveckla samverkan/arbetet med nyanlända vilket är ett arbete som fortsatt när integrationsstödjarna åter tillhör socialkontoret. Vuxenenheten utvecklar arbetet ytterligare när det gäller att individerna ska vara självförsörjande när etableringsersättningen upphör samt att de ska ha möjlighet att flytta till egen bostad.

### **Biståndsenheten - personer med funktionsnedsättning**

- Biståndsenheten har tillsammans med andra verksamheter inom socialkontoret genomfört en översyn av socialpsykiatri i Upplands-Bro kommun; från myndighetsutövning till utförarnas olika delar. Målet är att uppnå en modern verksamhet som möter alla brukare, gammal som ung utifrån behov.
- Revidering av riktlinjer för biståndsenhetens handläggning enligt Lag om stöd och service för vissa funktionshindrade (LSS) samt SoL under 65 år pågår.
- Under hösten deltog samtliga biståndshandläggare och enhetschef på en rundtur till kommunens olika dagliga verksamheter. En mycket uppskattad rundtur där deltagare vid daglig verksamhet fick möjlighet att träffa biståndshandläggare på sin egna arena.
- Fortsatt arbete med att implementera metod IBIC (Individens Behov i Centrum) inom LSS. Handläggare har påbörjat övertagande av att söka platser inom ramavtal.
- Enheten har skapat metod för likvärdiga uppföljningar av individärenden i form av utvecklade mål för insatserna.
- Kollegial egenkontroll med konstruktiv återkoppling har införts där

biståndshandläggare läser varandras utredningar och lämnar återkoppling.

- Personalgruppen inom LSS och socialpsykiatri rekryterades under år 2018, därav har fokus under första halvåret 2019 varit att handleda och implementera rutiner och arbets sätt. Under hösten har gruppen börjat fokuserat mer på erfarenhets- och kunskapsutbyten samt samverkan.

Följande kompetensutvecklingsinsatser har gjorts under 2019:

- Seminarium boendestöd i praktiken
- Grundkurs FREDA våld i nära relation
- Samverkanskonferens Nordväst, våld i ungas parrelationer
- SIP utbildning
- Juridisk handledning
- Process och grupphandledning
- HBTQ, att synliggöra normer i socialtjänsten med ett hbtq-perspektiv
- Psyk e-bas
- Intern fortbildning personlig assistans
- Lex Sarah
- Lågaffektivt bemötande
- Forum Carpe, olika seminarier
- Socionomdagarna
- FOU workshop LUS, Lag kring utskrivningsklara
- Webinarium Tieto

### **Stöd- och behandlingsenheten**

- En ny SIG-lots (Sociala Insatsgruppen) har tillsatts och samarbete med Frivården i Sollentuna har påbörjats.
- Föräldrastödsutbildning i samverkan med utbildningskontoret, Trygghetscirkeln, för föräldrar med barn 1-6 år har fullföljts i tre omgångar.
- Föräldrastödsutbildning, Connect, för föräldrar med barn 7-13 år har fullföljts och avslutats under vår och höst.
- Utvecklingsarbete gällande målgruppen barn och ungdomar med problematisk skolfrånvaro har påbörjats i samverkan med utbildningskontoret.
- Ansökan om ett barnskyddsteam om tre tjänster under tre år har gjorts till sociala investeringsfonden. Barnskyddsteamets målgrupp är familjer med barn upp till 18 år som har behov av akut- och krisstöd, samt att förebygga akuta placeringar av barn och ungdomar i familjehem eller HVB-hem.
- En översyn av socialpsykiatri - boendestöd och träfflokal har utförts av konsult och lett fram till förändringar och utveckling av arbetsmetoder och samverkan med biståndsenheten och vuxenenheten.

### **LSS-enheten**

- Antalet enhetsledare har utökats från fem till sju för att möjliggöra ett mer nära

ledarskap samt skapa förutsättningar för närmare ekonomi- och verksamhetsuppföljning samt bättre arbetsmiljö.

- Kvalitetsgranskningar genomförda av kvalitet- och verksamhetsstöd.
- Införande genomfört av nytt schemahanterings- och bemanningssystem.
- Beslut har fattats av Socialnämnden att personlig assistans ska upphandlas enligt LOU.

#### **Hälso- och sjukvårdsenheten**

- Enheten har anordnat utbildning för omsorgspersonal i förflyttningsteknik och läkemedelshantering.
- Enheten har arbetat med att införa Klassifikation av Vårdåtgärder (KVÅ) i verksamhetssystemet. Klassifikationen är någonting som Socialstyrelsen kräver av verksamheter inom hälso- och sjukvård för att kunna ta ut statistik.

#### **Kvalitet- och verksamhetsstöd**

- Avdelningen har arbetat med att byta utförare inom familjerådgivningen då tidigare avtal löpt ut. Det innebär att familjerådgivningen har möjlighet att ta emot fler besök.
- Digitaliseringsarbetet sker fortlöpande och handlar bland annat om att verksamhetssystemet Procapita övergår till LifeCare. Avdelningen håller också i arbetet med att öka antalet e-ansökningar inom ekonomiskt bistånd.
- Avdelningen har hållit i arbetet med att införa personligt ombud.
- Avdelningen har utökats med en tjänst på grund av förändring av nämnderna samt lagstiftning som kräver tät uppföljning.
- Strateg för våld i nära relation har flyttats till Kommunstyrelsen.
- Integrationsstödjare från tidigare integrationsenheten, tillhörande Kommunstyrelsen har flyttats över till Socialnämnden.
- Avdelningen har med hjälp av konsult hållit i arbetet med översyn av socialpsykiatri.

## 2 Mål och resultat

I det här avsnittet redovisas nämndens måluppfyllelse för 2019. Måluppfyllelsen bedöms genom resultatet av framtagna indikatorer. För de indikatorer där man i nämndbudgeten beslutat om ett målvärde bedöms måluppfyllelsen utifrån detta, för de som inte har ett målvärde redovisas trend, det vill säga förbättring/försämring jämfört med tidigare år.

Målet uppfyllt: ●

Målet delvis uppfyllt: ◆

Målet ej uppfyllt: ■

### Övergripande mål:

2.1 I Upplands-Bro ska invånarna känna trygghet i livets alla skeden

### Nämndmål:

2.1.1 En aktiv samverkan för att fånga upp ungdomar i behov av stöd för att undvika att de kommer i riskzon för kriminalitet



#### Kommentar

##### Barn- och ungdomsenheten

- Målgrupp och rutiner för genomförandet av orossamtal har tagits fram. Under året har fyra orossamtal initierats och av dem har två blivit av. Ett av dessa samtal har utförts enbart med Polis närvarande. I tre fall har bedömning gjorts att kriterier var uppfyllda men att det har inte varit aktuellt med orossamtal då det har pågått andra åtgärder. Enheten arbetar aktivt för att fortsätta öka antalet orossamtal. Målet anses som delvis uppfyllt.

##### Vuxenenheten

- Har arbetat för att utveckla barnperspektivet i utredningar.
- Samverkar med SIG-lots.
- Har frågeställningar kring kriminalitet i mötet med klienter samt utvecklar ärendegenomgångarna för att individer ska erbjudas insatser som är relevanta för att uppnå målet i det aktuella ärendet. Antalet ärenden som tar emot insats för sin kriminalitet har ökat under 2019.

##### Biståndsenheten

- Arbetar i nära samverkan med både skolans resursteam samt barn- och ungdomsenheten för att tidigt upptäcka social isolering och utanförskap.
- Informerar om insatser som kan vara aktuella i förebyggande syfte. Det finns ett utvecklingsområde inom Upplands-Bro kommun att se helheten kring barn med




funktionsnedsättning. Biståndsenheten planerar att göra en kartläggning över barnkonventionens genomslag vid tillämpning av LSS.

### Stöd- och behandlingsenheten

- Leder föräldrastödgrupper som en del i det förebyggande arbetet. Grupperna är öppna för samtliga föräldrar i kommunen med barn i åldrarna 1-13 år.
- Stöd och behandlingsenheten har flera verksamheter som vänder sig till ungdomar i riskzonen för kriminalitet. Det mesta handlar om att arbeta förebyggande; ungdomsstödjare, SIG-lots, familjebehandlare samt missbruksbehandlare. Samtliga verksamheter arbetar aktivt för att skapa relationer till de ungdomar de kommer i kontakt med ute på fältet, på fritidsgårdar, i skolan och genom de uppdrag de får från barn- och ungdomsenheten. Ungdomsstödjarna och SIG-lotsen är väl etablerade i kommunen och de känner många ungdomar och är väldigt uppskattade av såväl vuxna som ungdomar.




### Kvalitet- och verksamhetsstöd

- Har möjliggjort för samtliga verksamheter att registrera pågående insatser och ta ut statistik.
- Har påbörjat utvärdering av Social Insatsgrupp.

Indikatorer	Målvärde 2019	Utfall 2019	Utfall 2018	Trend
Andel orosamtal som genomförs tillsammans med Polisen som sker inom 48 timmar 		14%		—

#### Kommentar

Totalt har sju tillfällen till orosamtal funnits under året, av dem har ett samtal utförts enligt ovanstående kriterier och ett enbart av Polisen. Observera att orosamtal inte är detsamma som orosanmälan. Orosamtal genomförs när Polisen eller socialtjänsten får kännedom om en händelse där man gör bedömning om att ett sådant samtal kan behövas.

Antalet tidiga förebyggande insatser för barn och ungdomar som riskerar att hamna i utanförskap 	5	5		—
Antal insatser inom den sociala insatsgruppen (SIG) ska öka jämfört med föregående år 	4	3	1	↗
Utfall av kommuninvånarnas upplevda trygghet enligt den nationella trygghetsundersökningen 	54%	41%		—

## Nämndmål:

### 2.1.2 Integrationen är en förutsättning för ett hållbart samhälle



#### Kommentar

#### Barn- och ungdomsenheten

- Har arbetat för att öka kunskapen om våldets konsekvenser för barn och unga genom att tillsammans med vuxenenheten erbjuda föreläsningar för olika verksamheter inom kommunen.
- Intern utbildning för all personal i ämnet våld i nära relation har genomförts genom vuxenenheten.
- Planering och förberedelse har under hösten gjorts i samarbete med vuxenenheten för att genomföra intern utbildning i hedersrelaterat våld och förtryck.

### Vuxenenheten



- Handlingsplanen för våld i nära relation har implementerats i verksamheten.
- Intern utbildning för samtliga medarbetare inom ämnet våld i nära relation genomförs löpande genom vuxenenheten.
- Har genomfört arbete för att öka antalet individer som blir självförsörjande. Aktiviteter så som att arbeta med fokusklinter, öka klientkontakter, använda konsultläkare, samverka med integrationsstödjare och utveckla en handlingsplan för ytterligare insatser är alla knutna till detta mål.

### Stöd- och behandlingsenheten

- Integrationsstödjare arbetar utifrån uppdraget att stödja nyanlända såväl praktiskt som psykosocialt genom samarbete med vuxenenheten och barn- och ungdomsenheten samt ett flertal andra verksamheter kring arbete och bostad.





### Kvalitet- och verksamhetsstöd

- Arbetar med att ta fram statistik för att utläsa utfall av antal hushåll med ekonomiskt bistånd.
- Funktionen som strateg inom våld i nära relation och hedersrelaterat våld och förtryck har flyttats till Kommunledningskontoret, vilket innebär att arbetet med att implementera handlingsplanen kommunövergripande har flyttats.
- Avdelningen har deltagit i föreläsning om våld i nära relation.

Indikatorer	Målvärde 2019	Utfall 2019	Utfall 2018	Trend
Andel hushåll med långvarigt behov av ekonomiskt bistånd ska minska i jämförelse med föregående år 	10%	29%	17%	

#### Kommentar

Hushållen med långvarigt ekonomiskt bistånd (tre år) har minskat med 29 procent.

Implementera handlingsplan för våld i nära relationer under 2019 		 Delvis uppnått		—
Minska antalet integrationsinsatser som får avslutsorsak målet delvis eller icke uppfyllt i jämförelse med föregående år 	4	15	6	

## Övergripande mål:

### 2.2 Invånarna ska uppleva största möjliga valfrihet

#### Nämndmål:

##### 2.2.1 Valfriheten och kunskapen om möjliga val ska öka



#### Kommentar

##### **Barn- och ungdomsenheten**

- Enheten har inventerat processen från inkommen anmälan till avslutad insats, och sett över vilken information som behöver ges till barn och unga. Alla på enheten har deltagit i arbetet med att ta fram mallar för denna information och implementering av framtaget material har startat.
- För att löpande utvärdera barns, ungdomars och vårdnadshavares upplevelse av kontakten med barn- och ungdomsenheten, kommer samtliga erbjudas att besvara en enkät efter avslutad utredning.
- Samarbetet med Maskrosbarn pågår. Det har lett till förbättringar och ökat engagemang avseende frågor kring barn och ungdomars delaktighet.

##### **Vuxnenheten**

- Vuxnenhetens planering inför genomförande av brukarundersökningen gav resultat med högre svarsfrekvens samtidigt som resultatet ökade. Under året har det också varit fokus på att öka antalet klientkontakter med möten minst var tredje månad. Brukarundersökningen och att öka antalet besök kombinerades och gav resultat avseende båda aktiviteterna.

##### **Biståndsenheten**

- Arbetar med bland annat aktiviteterna individuppföljningar, genomförandeplaner samt informationsmaterial och information på hemsidan kopplat till valfrihet och ökad kunskap om möjliga val.

##### **Stöd- och behandlingsenheten**

- Samverkar med externa utförare kring öppenvårdsinsatser som inte kan tillgodoses inom den egna verksamheten samt kring enstaka insatser för boendestöd på helger.

##### **LSS-enheten**







- Ökad brukardelaktighet, självbestämmande och inflytande är ständigt i fokus inom LSS-enhetens verksamheter. För att möjliggöra detta anpassas kommunikation utifrån individens behov.
- Enheten arbetar för att sprida och öka kunskapen om mänskliga rättigheter och FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning.
- Samverkan med Kultur- och fritidsnämnden genomförs regelbundet i syfte att öka möjligheterna och tillgängligheten till kultur- och fritidsaktiviteter i Bro och

Kungsängen.

- Samverkan med biståndsenheten och daglig verksamhet inom arbetsmarknadsenheten har varit framgångsrik under året, då flera brukare utan tidigare sysselsättning nu kommit igång med daglig verksamhet.

### Kvalitet- och verksamhetsstöd

- Översyn av hur kvalitets- och avtalsuppföljningar görs pågår inom avdelningen. Översynen handlar om att ta fram struktur, planering och underlag för uppföljningar.
- Avdelningen har under perioden hållit i en utredning gällande införande av Lagen om offentlig upphandling (LOU) inom personlig assistans.
- Sammanställt och genomfört brukarundersökning inom IFO och LSS.

Indikatorer	Målvärde 2019	Utfall 2019	Utfall 2018	Trend
Antalet avtals, kvalitets- och individuppföljningar som genomförs likartat och regelbundet inom den interna verksamheten samt inom externt köpta platser jämfört med föregående år		 Delvis uppnått		—
Antalet medverkande brukare och klienter i socialkontorets brukarundersökningar och fokusgrupper i jämförelse med föregående år	250	262		—
Antalet informationsinsatser om valfrihet inom nämndens verksamhetsområde ska öka jämfört med föregående år		 Uppnått		—
Se över och kartlägga om det finns behov utav att införa lagen om valfrihet (LOV) eller lagen om offentligupphandling (LOU) inom någon utav socialnämnden verksamheter, till exempel inom LSS-området.		 Uppnått		—
Andelen klienter som är nöjda med insatsen/det stöd de har fått ifrån IFO jämfört med föregående år.	75%	85%	73%	↗
Andelen boende som trivs med sin insats servicebostad samt gruppboende enligt LSS likvärdigt jämfört med föregående år.	96%	91%	92%	↘

### 2.3 Nämndens bedömning av måluppfyllelse

Bedömningen är att målen uppfylls till stor del. Det krävs ett fortsatt arbete inom samtliga verksamheter för att total måluppfyllelse ska kunna uppnås. Vad gäller arbetet med våld i nära relation och hedersrelaterat våld och förtryck har strategifunktionen

flyttats till Kommunstyrelsen under året, vilket också innebär att arbetet med att implementera handlingsplanen har flyttats. Under året har kvalitet- och verksamhetsstöd påbörjat en översyn av hur kvalitets- och avtalsuppföljningar planeras, utförs och struktureras.

## 3 Ekonomi

### 3.1 Årets resultat

#### Driftredovisning

(tkr)	Budget 2019		Redovisat 2019		Avvikelse 2019			Avvikelse 2018
	Kostnad	Intäkt	Kostnad	Intäkt	Kostnad	Intäkt	Netto	Netto
Myndighetsenheter erna	148 389	31 403	147 049	34 305	1 340	2 902	4 242	13 741
Utföraravdelning	124 046	43 307	127 967	44 257	-3 921	950	-2 971	561
Kvalitet- och verksamhetsstöd	42 130	31 925	37 726	26 838	4 404	-5 087	-683	1 967
<b>Summa</b>	<b>314 565</b>	<b>106 635</b>	<b>312 742</b>	<b>105 400</b>	<b>1 823</b>	<b>-1 235</b>	<b>588</b>	<b>16 269</b>

(tkr)	Budget 2019		Redovisat 2019		Avvikelse 2019			Avvikelse 2018
	Kostnad	Intäkt	Kostnad	Intäkt	Kostnad	Intäkt	Netto	Netto
Ekonomiskt bistånd	15 820	200	25 336	204	-9 516	4	-9 512	-1 449
<b>Summa</b>	<b>15 820</b>	<b>200</b>	<b>25 336</b>	<b>204</b>	<b>-9 516</b>	<b>4</b>	<b>-9 512</b>	<b>-1 449</b>

### 3.2 Ekonomisk analys

Socialnämnden visar ett positivt resultat för 2019 med 0,6 mnkr, vilket motsvarar 0,3 procent. Huvudsakligen beror överskottet på lägre kostnader för externa placeringar och för externa boenden för barn och vuxna.

Ekonomiskt bistånd visar ett negativt resultat för 2019 med 9,5 mnkr motsvarande 61 procent.

#### **Myndighetsenheterna visar sammantaget ett positivt resultat med 4,2 mnkr**

*Övergripande verksamhet visar ett positivt resultat med 5,0 mnkr*

Avvikelsen beror på budgeterade medel för höga kostnader för personlig assistans samt externa placeringar.

#### **Barn- och ungdomsenheten visar ett negativt resultat med 4,6 mnkr**

Resultatet beror på ökning av externa placeringar samt ökning av ersättningen för familjehem egen regi.

*HVB, konsulentstödda familjehem* - under 2018 steg antalet placeringar och flertalet av dessa barn och unga är fortsatt placerade, där kostnaderna följer med. Många är ungdomar där problembilden i kombination med stor brist på erfarna familjehem har lett till att konsulentstödda placeringar, eller placeringar vid institution, varit nödvändiga.

*Familjehem* - ökade kostnader för familjehem i egen regi beroende på ökade ersättningsnivåer till familjehemmen, delvis beroende på att problembilden hos de barn och unga som placeras blivit allt svårare, och delvis beroende på att kommunen ska kunna konkurrera med konsulentstödda organisationer och kunna rekrytera och behålla familjehem i egen regi.

*Administration* - ett ökat inflöde av ärenden har lett till att enheten varit beroende av flera socionomkonsulter under perioden. Trots detta visar personalkostnaderna och administrationen ett resultat enligt budget.

***Vuxenenheten visar ett positivt resultat med 1,0 mnkr***

Resultatet beroende på att antalet placeringar inte har varit så högt som beräknat.

*Våld i nära relation* - antalet placeringar har varit få och kostnadseffektiva.

*Missbruk* - i början av året har vuxenenheten haft två till fyra pågående placeringar per månad, att jämföra med slutet av året där antalet placeringar varit tio till tolv per månad. Inga beslut har fattats om tvångsvård utan all behandling har erbjudits via frivilliga insatser.

*Övrigt samt administration* - visar ett överskott för perioden med 0,3 mnkr beroende på vakanta tjänster.

***Biståndsenheten - omsorg om personer med funktionsnedsättning under 65 år visar ett positivt resultat med 2,7 mnkr***

*Boende vuxna och barn enligt SoL och LSS* - visar ett positivt resultat med 1,5 mnkr. Under årets första sex månader har antalet externa placeringar inom barn- och vuxenboende varit lägre än budgeterat beroende på att enskilda individer har fått möjlighet att flytta hem till kommunen. En placering gällande boende enligt SoL har avslutats på grund av flytt till annan kommun.

*Personlig assistans* - visar ett positivt resultat med 0,5 mnkr

På grund av lagändringar inom LSS gällande personlig assistans ökar kostnaderna. Ett ärende har dock bidragit till retroaktiv ersättning från 2018 och ett ärende har övergått till Försäkringskassan och ger återbetalning från utförare.

*Daglig verksamhet* - visar ett positivt resultat med 0,9 mnkr

Insatser har kunnat erbjudas inom kommunens egen regi.

***Utföraravdelningen visar ett negativt resultat med 3,0 mnkr***

Övergripande verksamhet visar ett positivt resultat med 0,8 mnkr vilket beror på avsatta medel för volymförändringar.

*Stöd- och behandlingsenheten samt socialpsykiatrien* - visar ett negativt resultat med 1,0 mnkr

Resultatet beror på höga personalkostnader samt köp av externt boendestöd som inte kunde förutses vid budgetering.

***LSS-enheten***

*Grupp- och servicebostäder* - visar ett negativt resultat med 1,9 mnkr

Behoven hos fler av de senast tillkommande hyresgästerna är komplexa och kräver en tät bemanning vilket har medfört höga personalkostnader. Åtgärder för att uppnå en ekonomi i balans har vidtagits under hösten 2019.

*Personlig assistans, ledsagning, avlösning och kontaktpersoner* - visar ett negativt resultat med 1,2 mnkr.

Ersättningen från Försäkringskassan täcker inte personalkostnaderna. Även ledsagarservice och avlösning enligt LoV har ett underskott beroende på att ersättningsnivån har varit oförändrad under flera år.

*Hälso- och sjukvårdsenheten* - visar ett positivt resultat med 0,4 mnkr

Personalkostnaderna har varit lägre mot budgeterat beroende på vakant tjänst under del av året.

### **Avdelningen för Kvalitet- och verksamhetsstöd visar ett negativt resultat med 0,7 mnkr**

*Kvalitet- och verksamhetsstöd - visar ett positivt resultat med 2,2 mnkr*

Lägre personalkostnader beroende på vakanta tjänster samt budgeterade medel för konsultspecialister.

*Integrationen - visar ett negativt resultat med 2,9 mnkr*

Ökade kostnader för externa placeringar samt hyres- och avvecklingskostnader för Ängen stödboende under år 2016 till och med maj 2019.

### **Ekonomiskt bistånd visar ett negativt resultat med 9,5 mnkr**

Faktorer som påverkar resultatet är att kommunens invånarantal har ökat kraftigt under året vilket får effekt på antalet individer som behöver stöd till försörjning samt att Försäkringskassan gör en mer restriktiv bedömning.

Projektet Kom i jobb 2019/2020 startade upp under mars månad, ett samarbete mellan Gymnasie- och arbetslivsnämnden samt Socialnämnden.

## 3.3 Sociala investeringsfonden

Projekt	Projekt start	Projekt slut	Budget hela projektet	Redovisat tom 2019	Prognos för projektet	Prognos avvikelser
(tkr)	År	År	Netto	Netto	Netto	Netto
SIG - sociala insatsgruppen	2018	2020	2 570	1 247	2 570	0
<b>Summa</b>			<b>2 570</b>	<b>1 247</b>	<b>2 570</b>	<b>0</b>

## 3.4 Kommentarer sociala investeringsfonden

**Sociala Insatsgruppen, SIG**, startade upp under september månad 2018. Målsättningen med SIG är att stötta individer som vill bryta en kriminell identitet. Svårigheter med rekrytering av medarbetare har medfört låga kostnader under 2018. Med anledning av senarelagd start av projektet finns medel kvar. Socialkontoret planerar att förlänga projekttiden till och med den 31 mars år 2021 för att öka förutsättningarna för att nå uppsatta mål vilka är att skapa förutsättningar för samordning av kommunens arbete i samarbete med interna och externa samarbetspartners.

## 3.5 Investeringsredovisning

Projekt	Total kalkyl	Redovisat 2018	Redovisat 2019	Budget 2019	Kvar av budget 2019	Omudgeteras till 2020
(tkr)	Netto	Netto	Netto	Netto	Netto	
Socialpsykiatri Träfflokalen	150	0		150	150	
Säkerhetsdörrar	0	0	40	0	-40	
Härnevottagningen	0	0	29	0	-29	



Projekt	Total kalkyl	Redovisat 2018	Redovisat 2019	Budget 2019	Kvar av budget 2019	Omudgeteras till 2020
Inventarier familjerådgivningens lokaler	0		26	0	-26	
<b>Summa</b>	<b>150</b>	<b>0</b>	<b>95</b>	<b>150</b>	<b>55</b>	

### 3.6 Kommentarer investeringsredovisning

Inköp av säkerhetsdörrar till matsal, träfflokal och boendestöds kontor på Fjärilsstigen. Säkerhetsdörrarna är till för att skapa en säkrare arbetsmiljö för medarbetare samt skydd för det som finns i lokalerna.

En projektor har köpts in till Härnevimmottagningens verksamheter.

Utökning av familjerådgivnings lokaler medförde investeringar i diverse inventarier.