

Avdelning sydväst  
Annelie Andersson  
Annelie.Andersson@ivo.se  
010-788 50 20

Enligt sändlista

<b>HYLTE KOMMUN</b> Omsorgskontor
2017 -11- 14
Dnr:

## Kommunicering av beslutsunderlag

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) genomför en tillsyn av nämndernas arbete med myndighetsutövning inom områdena äldre, barn och unga, funktionshinder och missbruk.

Ni bereds möjlighet att yttra er över innehållet i bifogat underlag för beslut. Av yttrandet bör framgå om nämnden vidtagit några åtgärder utifrån vad som framkommit i tillsynen.

Nämndens yttrande ska ha inkommit till IVO senast den 8 december 2017. Om yttrande inte inkommit innan detta datum kommer beslut att fattas i ärendet utifrån det befintliga underlaget.

Vid kontakt med Inspektionen för vård och omsorg i detta ärende bör diarienummer 8.5-24122/2017 anges.

För inspektionen för vård och omsorg.



Annelie Andersson  
Inspektör

Bilaga- tjänsteanteckning, förd efter inspektion den 25 oktober 2017.

Sändlista:

Barn- och ungdomsnämnden i Hylte

Omsorgsnämnden i Hylte

Arbets- och näringslivsnämnden i Hylte

Avdelning sydväst  
Annelie Andersson  
Annelie.Andersson@ivo.se

## Protokoll fört vid inspektion

Datum: den 25 oktober 2017

Inspektion vid: Hylte kommun, barn och ungdomsnämnden, omsorgsnämnden och arbets- näringslivsnämnden.

Intervjuade:

Sofie Matovic, enhetschef IFO Barn och Unga (BoU)

Kristina Söderström, 1:e socialsekreterare IFO vuxen (Vux)

Karin Bengtsson, enhetschef (Vux)

Lena Ravantti, 1:e socialsekreterare omsorgskontoret (ÄO och FH)

Lena Berg, enhetschef (ÄO och FH)

Övrig medverkande: Nathalie Larsson, studerande (BoU)

Representanter från IVO: Annelie Andersson och Carina Sannestål

### 1. Planeringsförutsättningar

Har kommunens organisation nyligen förändrats på något sätt?

Kommunen har samma organisation sedan 2007. ÄO och FH tillhör omsorgsnämnden, BoU barn och ungdomsnämnden och Vux arbets- näringslivsnämnden.

Har nämnden mål för respektive område som ska syfta till god kvalitet i utredningar?

**ÄO:** Har ett mål vad gäller handläggningstider om högst 4 veckor.

**FH:** Har ett mål vad gäller handläggningstider om högst 8 veckor.

**BoU:** Har inte specifika mål förutom vad som gäller enligt gällande bestämmelser.

**Vux:** Har ett mål vad gäller att den enskilde ska få en tid för besök inom fem dagar från ansökan.

## Hur mäter ni måluppfyllelse?

**Alla enheter:** Samtliga enheter mäter mål utifrån en nyckeltalslista som redovisas till ansvarig nämnd regelbundet. Uppgifterna ingår i nämndernas kvalitetsberättelse.

## Har nämnden/verksamheten uppsatta mål för jämställdhet och särskilt utsatta grupper i myndighetsutövningen?

**Alla enheter:** Det finns inga specifika mål som rör jämställdhet och särskilt utsatta grupper.

## Hur är situationen vad gäller tillräcklig kompetens och bemanning i myndighetsutövningen?

**ÄO och FH:** Enheten har haft en del personalomsättning. Enheten har en 1:e socialsekreterare samt en enhetschef och antal handläggare har utökats från tre till fyra. De intervjuade bedömer den nuvarande bemanningen som tillräcklig. Den formella kompetensen finns men erfarenhet saknas till viss del inom både ÄO o FH. Utbildning avseende LSS är genomförd.

**BoU:** Vid enheten finns en enhetschef, två 1:e socialsekreterare och nio socialsekreterare varav fyra som arbetar med barnvårdsutredningar, inklusive en visstidsanställd konsult. Antalet orosanmälningar har ökat med 20% det senaste året och man har förstärkt bemanningen med 1 socialsekreterare och 1 socionomkonsult. Enhetschefen bedömer nuvarande bemanning som tillräcklig.

Det är svårt att rekrytera socionomer. Enheten har haft en hög personalomsättning, både vad gäller arbetsledning och handläggare. Större delen av personalgruppen slutade under 2016 och ersattes med ny.

Enhetschefen är beteendevetare. Av barnutredarna är de två 1:e socialsekreterarna och konsulten socionomer. Av de resterande fem som arbetar med myndighetsutövning är två socionomer och övriga har utbildningar som socialpedagog, beteendevetare och socialt arbete. Enheten har satsat på att ge utrymme för att komplettera med utbildning i socialrätt för de som inte redan har den. Utbildning har även skett i BBIC, MI och LVU handläggning.

**Vux:** Vid enheten finns en enhetschef, två 1:e socialsekreterare (även ekonomiskt bistånd) samt 2 socialsekreterare som arbetar med utredningar som rör missbruk. Bemanningen har utökats med ytterligare en handläggare och de intervjuade bedömer nuvarande bemanning som tillräcklig. En av socialsekreterarna har god erfarenhet av arbetet och har ungefär ett års

erfarenhet. En är socionom har en har en högskoleutbildning i socialt utvecklingsarbete.  
Enheten planerar en utbildning inom MI samt en utbildning i ASI för den handläggare som inte redan har denna utbildning.

## 2. Dokumentgranskning

Utifrån den egengranskning som gjorts, vilka brister och förbättringsområden har ni själva identifierat?

**ÄO och FH:** Brister i dokumentation av samtycke. Brister vad gäller dokumentation av skäl saknas till att den enskilde inte är delaktig. De intervjuade uppgav att bristen inte är faktisk utan en dokumentationsbrist. Svårt att veta om information om handlägningsprocess, möjligheten att ansöka utan begränsningar samt socialtjänstens insatser i kommunen har lämnats eftersom det inte är dokumenterat.  
**BoU:** Samtycke har inte alltid dokumenterats när uppgifter har inhämtats från andra. Utredningarna är inte alltid skyndsamt handlagda.  
**Vux:** Har noterat förbättringsområden vad gäller att använda standardiserade bedömningsinstrument mer frekvent samt tydligare motivera valet av behandlingshem. Vidare noterades att man inte inlett utredning i direkt anslutning till ansökan i ett ärende.

Vilka åtgärder har nämnden/verksamheterna för avsikt att vidta med anledning av identifierade förbättringsområden?

**ÄO och FH:** Har lyft upp vad som framkommit vid egengranskningen med arbetsgruppen samt tydliggjort vikten av att dokumentera utifrån gällande bestämmelser. 1:e socialsekreterare läser alla utredningar, även fortsättningsvis och följer upp. Fortsatt kollegiegranskning.  
**BoU:** Har lyft upp vad som framkommit vid egengranskningen med arbetsgruppen. Har tydliggjort för arbetsgruppen att samtycke att inhämta uppgifter ska dokumenteras. 1:e socialsekreterare läser alla utredningar, även fortsättningsvis, och följer upp. Arbetar vidare med utredningstider. Kollegiegranskning kommer att införas.  
**Vux:** Har lyft upp vad som har framkommit vid egengranskningen med arbetsgruppen. 1:e socialsekreterare läser alla utredningar, även fortsättningsvis, och följer upp. Fortsatt kollegiegranskning. Ett arbete med att upprätta och revidera rutiner har påbörjats och fortgår. Under hösten

kommer enheten att arbeta med att upprätta och revidera rutiner. Work shops med olika teman är inplanerade.

### Sammanfattande återföring av IVO:s iakttagelser

IVO har vid kontrollgranskning sammanfattningsvis noterat vad de intervjuade redogjort för enligt ovan.

## 3. Handläggning av utredningar

Hur arbetar ni med att säkerställa att utredning alltid inleds vid ansökan?

**ÄO och FH:** Aktualiseringar sker i dokumentationssystemet vid ansökan och utredning inleds samma dag. Det är så få handläggare vid enheten att det tydligt syns om någon aktualisering inte har blivit bedömd och hanterad.

**BoU:** 1:e socialsekreterare tar emot alla anmälningar och ansökningar samt fattar beslut att inleda utredning. Vid ansökan inleds alltid utredning utan förhandsbedömning.

**Vux:** aktualiseringar. Kontroll att det inte ligger kvar aktualiseringar. Finns ingen rutin medskriven men det utförs. Liten enhet – han en ständig dialog om alla ärenden.

Hur arbetar ni med att säkerställa att utredningar bedrivs skyndsamt?

**ÄO och FH:** Utredningarna handläggs skyndsamt. Utifrån få handläggare är det lätt att få en god överblick.

**BoU:** 1:e socialsekreterare har regelbundna ärendegenomgångar med handläggare. Enheten har också infört ett system bestående av whiteboard och post-it lappar för uppföljning av pågående utredningar. White boarden uppdateras varje torsdag vid gemensamt möte. Systemet ger en överskådlig bild av antal pågående utredningar samt olika stadier i arbetet och underlättar även fördelning av nya ärenden.

**Vux:** Utredningarna handläggs skyndsamt. Utifrån få handläggare är det lätt att få en god överblick.

Finns rutiner eller riktlinjer för utredningsarbetet?

**Alla enheter:** De processer som finns i kommunens kvalitetsledningssystem är inte aktuella och en översyn med åtföljande revidering har påbörjats.

Kommunen har nyligen rekryterat en kvalitetsutvecklare som har påbörjat detta arbete. Hon har informerat om arbetet vid APT samt bokat in tider för intervjuer med handläggare.

Arbetar ni enligt någon särskild struktur för handläggning?

**ÄO och FH:** En modul för arbete med stöd av IBIC finns. Implementering i arbetsgruppen pågår och målet är att IBIC ska vara infört som arbetsstruktur under 2018.

**BoU:** Arbetar med BBIC – nya versionen och personalen har utbildats.

**Vux:** Ingen särskild struktur – ingen direkt planering. Inbjudan utbildning i IBIC har inkommit men ingen vidare planering är fastställd.

Använder ni standardiserade bedömningsinstrument, i så fall vilka?

**ÄO och FH:** Nej

**BoU:** Använder sig av FREDA, Patriark och ADAD

**Vux:** Använder sig av ASI – men kan användas mer. Vidare används FREDA och Patriark

#### 4. Systematiskt förbättringsarbete

Beskriv kommunens organisation och fördelning av ansvar för det systematiska förbättringsarbetet

**Alla enheter:** Det saknas skriftliga rutiner för hur det systematiska förbättringsarbetet ska bedrivas samt över ansvarsfördelningen. Enhetscheferna har ytterst ansvar för förbättringsarbetet. Kommunen har en kvalitetsutvecklare som arbetar övergripande. Kommunens MAS lyfter exempel från avvikelshantering till arbetsgruppen.

**ÄO och FH:** Det finns en kvalitetsutvecklare på 100 % samt en 1:e socialsekreteraren på 50 % som har ett ansvar att tillsammans med enhetscheferna bedriva förbättringsarbete inom omsorgskontorets verksamheter. Sammanställningar av rapporter, klagomål och synpunkter används i förbättringsarbetet. Kommunens MAS sammanställer och redovisar avvikelshantering inom HSL i patientsäkerhetsberättelsen. (Arbetar inte mot de andra enheterna)

**BoU:** Kvalitetsutvecklaren arbetar med analyser och sammanställningar. Utvärdering/synpunkter från brukare inhämtas via en enkät och används i förbättringsarbetet.

**VuX:** Kvalitetsutvecklaren arbetar med analyser och sammanställningar.

### **Risakanalys**

*Nämnden ansvarar för att fortlöpande bedöma om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet. För varje sådan händelse ska sannolikheten och negativa konsekvenser bedömas. (5 kap. 1 § SOSFS 2011:9)*

Har nämnden gjort någon riskanalys som rör utredningsarbetet i verksamheterna?

**ÄO och FH:** Nej, inte för utredningsarbetet specifikt.

**BoU:** Riskanalyser sker i det dagliga arbetet och utförs av arbetsledningen.

**Vux:** Nej.

**Övrigt:** En övergripande riskbedömning av verksamheterna utförs årligen av enhetscheferna och tillsänds nämnden. De områden där riskerna bedöms störst framgår i en internkontrollplan.

Hur arbetar ni i era verksamheter för att fortlöpande identifiera och bedöma risker för att utredningsarbetet inte skulle leva upp till kraven? Finns det någon dokumentation från era riskanalyser?

**Alla enheter:** I det dagliga arbetet men det saknas dokumentation.

Hur har riskanalyserna använts, vad har de lett till?

**ÄO och FH:** Man har säkerställt att personalen har kunskap om rutiner för arbetet och gällande bestämmelser bl.a. vad gäller dokumentation sekretess, och patientdatalagen. Vidare har man arbetat med att personalen ska ha kunskap om rutiner för hantering av klagomål och synpunkter från enskilda.

Vilka egenkontroller görs i era verksamheter för att säkra att utredningarna och utredningsarbetet lever upp till kraven?

**ÄO och FH:** MAS och kvalitetsutvecklaren utför stickprovskontroller vad avser dokumentation.

**BoU:** 1:e socialsekreterare läser alla utredningar. Enhetschefen utför arbetstyngdsmätningar och upprättar en handlingsplan vid hög belastning.

**Vux:** 1:e socialsekreterare och/eller enhetschef utför en granskning av ett antal ärendakter två gånger per år, inför nämnden delårs- och årsrapport. Arbetsutskottet läser ett antal slumpmässigt utvalda utredningar.

Utförs egenkontroll med den frekvens och i den omfattning som krävs för att säkra verksamhetens kvalitet?

**ÄO och FH:** Utför en egenkontroll som dokumenteras och tillsänds nämnden utförs 1 gång per år.

**BoU:** Ingen egenkontroll som dokumenteras.

**Vux:** Egenkontroll utförs och dokumenteras två gånger per år i samband med att den tillsänds nämnden.

**Alla enheter:** Det är önskvärt med en mer frekvent och bättre systematisering samt dokumentation av egenkontroll.

### Förbättrande åtgärder i verksamheten

*Nämnden ansvarar för att på grundval av resultaten av riskanalys, egenkontroll, utredning, sammanställning och analys av rapporter, klagomål och synpunkter vidta de åtgärder som krävs för att säkra verksamhetens kvalitet. (5 kap. 7-8 §§ SOSF 2011:9)*

Vilka åtgärder har ni vidtagit eller planerar ni att vidta för att förbättra kvaliteten i utredningarna och utredningsarbetet utifrån ert förbättringsarbete?

**Alla enheter:** ett arbete som rör översyn och förbättring av ledningssystemet med processer och tillhörande rutiner är påbörjat av kvalitetsansvarig som nyligen anställts. Personal och chefer är delaktiga i detta arbete. Antalet medarbetare har utökats.



## Sammanställning och analys

*Nämnden ansvarar för att inkomna rapporter, klagomål och synpunkter sammanställs och analyseras för att kunna se mönster eller trender som indikerar brister i verksamhetens kvalitet. (5 kap. 6 § SOSFS 2011:9)*

Hur arbetar ni med att sammanställa och analysera inkomna klagomål, synpunkter och Lex Sarah-rapporter?

**ÄO och FH:** Varje år sammanställs klagomål och synpunkter och som redovisas till nämnd. Sedan 2016 ingår de i kvalitetsberättelsen. Lex Sarah rapporter redovisas löpande i nämnden. Enhetschefen ansvarar för det tillsammans med kvalitetsansvarig vid enheten.

**BoU:** Någon sammanställning sker ej.

**Vux:** Någon sammanställning sker ej.

Vilka mönster har ni kunnat se som tyder på brister i verksamhetens kvalitet?

**Alla enheter:** Inget mönster har framkommit.

Något annat ni vill framföra som rör det systematiska förbättringsarbetet?

Det är av vikt att kvalitetsutvecklaren arbetar på en övergripande nivå för att identifiera gemensamma övergripande processer för myndighetsutövning och handläggning av utredningar samt på enhetsnivå för att skapa rutiner för handläggningen.

## 5. Samverkan

Har nämnden/verksamheterna identifierat de **processer** där samverkan **behövs** för att säkra kvaliteten i utredningar?

**Alla enheter:** Det finns rutiner för samverkan. Man arbetar med kontinuerliga träffar i konsultationsteam över enheterna samt vid behov. Man har också haft utbildningsdagar där man bland annat identifierade områden där samverkan behövs, både internt och externt. Skriftliga processer saknas.

Framgår det av era processer och rutiner *hur* intern samverkan ska bedrivas?

**ÄO och FH:** Samverkansmöten med utförare inom den egna enheten hålls fyra ggr per år och mer vid behov. Beskrivning av processer saknas men skriftliga rutiner finns för denna samverkan.

**BoU:** Man arbetar med samverkan i det vardagliga arbetet vid behov men beskrivning av processer och rutiner saknas. Regelbundna samverkansmöten hålls t.ex. med enhetschef för HVB och stödboende samt andra utförare.

**Vux:** Samverkan sker vid behov men beskrivning av processer och skriftliga rutiner saknas.

Framgår det av era processer och rutiner *hur* extern samverkan ska bedrivas?

**ÄO o FH:** Enheten har upprättade avtal och rutiner med region Halland när det gäller utskrivningsprocessen från slutenvård.

**Alla enheter:** Extern samverkan sker vid behov i övrigt men beskrivning av processer samt skriftliga rutiner saknas.

Upprättad av:



Annelie Andersson

Inspektör

*Uppgifterna är sakgranskade*