

Kvalitetsberättelse 2020

Vård- och omsorgsnämnden

Typ av dokument: Rapport

Beslutande instans: Vård- och
omsorgsnämnden

Datum för beslut: ÅÅÅÅ-MM-DD

Diarienummer: 2021.070 VON

Gäller för: Vård- och omsorgsnämnden

Giltighetstid: --

Revideras senast: --

Dokumentansvarig: Socialt ansvarig samordnare

Innehåll

1	Inledning	3
1.1	Bakgrund	3
1.2	Sammanfattning.....	3
2	Systematiskt kvalitetsarbete	4
2.1	Intern kontroll	4
2.2	Risikanalys	4
2.3	Kritiska verksamhetsfaktorer	6
2.4	Väsentlighets- och riskanalys.....	7
2.5	Intern kontrollplan	7
2.6	Kvalitetsmål	7
2.7	Egenkontroller.....	8
2.7.1	Systematisk kvalitetsgranskning inom vård- och omsorgsnämnden.....	8
2.7.2	Brukarundersökningar.....	9
2.7.3	Kommunens Kvalitet i Korthet	16
2.7.4	Avvikelser	17
2.7.5	Avvikelser privata utförare.....	19
2.7.6	Synpunkter och klagomål.....	19
2.7.7	Tillsyn och granskningar	20
3	Analys och bedömning av kvalitetsområden och resultat	21
4	Sammanfattning av resultat i verksamheten.....	25
5	Viktiga framtidsfrågor	27
6	Bilaga – resultat brukarbedömningar.....	29
6.1	Brukarbedömning Daglig verksamhet	29
6.2	Brukarbedömning LSS Gruppbostad.....	29
6.3	Brukarbedömning LSS Servicebostad.....	30
6.4	Brukarbedömning Personlig assistans	31

1 Inledning

Detta dokument utgör den samlade kvalitetsberättelsen för vård- och omsorgsnämnden i Alingsås kommun och redovisar det kvalitetsarbete som genomförts för område äldreboende, hemtjänst, funktionsstöd, myndighet samt planeringsavdelningen under verksamhetsåret 2020.

Rapporten fungerar genom sin utformning som en sådan kvalitetsberättelse som beskrivs i ledningssystemet för kvalitet (SOSFS 2011:9).

1.1 Bakgrund

Enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9) bör vårdgivare eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt stöd och service till vissa funktionshindrade varje år upprätta en sammanhållen kvalitetsberättelse.

Syftet med den sammanhållna kvalitetsberättelsen är att beskriva hur nämndens arbete med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet har bedrivits under året. Resultatet av den sammanhållna kvalitetsberättelsen utgör också underlag för planering av nästkommande års kvalitetsarbete.

Socialstyrelsen har tillsammans med Sveriges kommuner och regioner definierat god vård i områdena kunskapsbaserad verksamhet, självbestämmande och integritet, helhetssyn och samordning, trygghet och säkerhet, tillgänglighet, jämlikhet samt effektivitet. Analys och bedömning av verksamhetens kvalitet görs därför i förhållande till dessa kvalitetsområden.

För 2020 har vård- och omsorgsnämnden valt att särskilja kvalitetsberättelsen från patientsäkerhetsberättelsen, vilket inneburit ett förändrat arbetssätt och ett nytt sätt att redovisa kvalitetsuppföljningen. På sikt förväntas en renodling av kvalitetsberättelsen tillsammans med en förstärkt målstyrning och uppföljning stärka förvaltningens övergripande kvalitetsarbete. Uppdateringar av riktlinjer och rutiner i ledningssystemet är ett fortsatt och ständigt pågående arbete inom förvaltningen.

1.2 Sammanfattning

Sammantaget har pandemin haft stor påverkan på nämndens verksamheter under 2020, såväl utifrån ett brukarperspektiv som ett medarbetarperspektiv. Förvaltningen har sedan april befunnit sig i stabsläge vilket föranlett ett omfattande arbete med att säkerställa följsamhet med gällande riktlinjer, rutiner och föreskrifter från Socialstyrelsen, Folkhälsomyndigheten och Västra Götalandsregionen. Kärnverksamheten har stundtals varit mycket hårt belastad till följd av hög sjukfrånvaro och olika typer av åtgärder och anpassningar.

Det ordinarie systematiska kvalitetsarbetet och dialogen kring målarbete, handlingsplaner och resultat har med anledning av ovan fått stå tillbaka under året. Arbetet med egenkontroller och verksamhetsuppföljningar har antingen pausats eller genomförts i mindre utsträckning än planerat, undantaget de egenkontroller som berör covid-19.

Den förändrade situationen har krävt att verksamheten fått utveckla nya arbetssätt och metoder för att tillhandahålla en god och säker verksamhet för kommunens invånare. Exempelvis har flera aktiviteter inom ramen för genomfört projektet att motverka ofrivillig ensamhet bland äldre fått en förhöjd prioritet i samband med pandemin, tillsammans med säkerställandet av basala hygienrutiner och en ändamålsenlig

användning av skyddsutrustning.

Under 2020 har arbetet med att säkerställa och utveckla det övergripande kvalitetsarbetet fortsatt. En arbetsgrupp bestående av medicinskt ansvarig sjuksköterska, socialt ansvarig samordnare, medicinskt ansvarig för rehabilitering och utvecklingsledare har påbörjat arbetet med att kartlägga behov och utvecklingsområden. En prioriteringsordning har tagits fram i syfte att utveckla och förbättra processen under 2021.

I slutet av dokumentet sammanfattas viktiga resultat för de olika avdelningarna. Dessa resultat har på olika sätt utgjort kvalitetshöjande åtgärder och satsningar under året för dem vi är till för. Därtill sammanfattas ett urval av viktiga framtidsfrågor som utgör fokus för nästkommande års utveckling och inriktning.

2 Systematiskt kvalitetsarbete

2.1 Intern kontroll

Arbetet med internkontroll är lagstadgat och utgör en viktig del i det systematiska kvalitetsarbetet. Syftet är att kunna upptäcka och åtgärda fel och brister som hindrar att organisationen kan nå sina mål på ett säkert och effektivt sätt. Internkontrollen bygger också in medvetenhet om behovet av att värna och vårda en stabil, öppen och rättssäker verksamhet. Internkontrollen ingår i styrningen och är del av ledningssystemet.

Alingsås styrmodell tydliggör att den interna kontrollen ska säkerställa måluppfyllnad tillförlitlig finansiell rapportering samt efterlevnad av lagar och regler. Internkontrollplan med kontrollpunkter ska ingå i nämndens budget. Enligt kommunstyrelsens tillämpningsanvisningar ska nämnden följa upp sitt arbete med intern kontroll i samband med den fördjupade månadsuppföljningen samt vid del- och årsbokslutet.

2.2 Riskanalys

Enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd ska vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS fortlöpande bedöma om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet.

Till följd av covid-19 har vård- och omsorgsförvaltningen genomfört riktade risk- och konsekvensanalyser relaterat till pågående pandemiarbete. Under våren 2020 genomfördes riskbedömningar och åtgärdsplaner för samtliga avdelningar och underliggande enheter i enlighet med mallen för ABC. Dessa riskbedömningar har samverkats i förvaltningens övergripande samverkansgrupp, FSG.

Under hösten har samtliga riskbedömningar reviderats utifrån det förändrade omvärldsläget. Här inkluderas också äldreboendena Ångabogården och Kaptenen som tidigare drivits i extern regi, men som kommunen övertog driften av från och med den 1 oktober.

Under tiden pandemin har pågått har förvaltningen även genomfört fördjupade så kallade omfallsanalyser i syfte att säkerställa en beredskap för alternativa händelseutvecklingar, bland annat utifrån Folkhälsomyndighetens olika smittspridningsscenarier.

Genom dessa omfallsanalyser bedöms förvaltningen ha stärkt sin förmåga att planera och förbereda inför nedstängningen av den flexibla växelvården, planera inför borttag av tillfälligt besöksförbud på äldreboende samt omhänderta risker i samband med utbrott

av smitta på äldreboende.

Arbetet har också möjliggjort för förvaltningen att omhänderta risker för ökad nedstämdhet bland äldre och risker för ökade behov av insatser i hemmet för brukare och anhöriga. Vidtagna åtgärder har bland annat omfattat en förstärkning av det uppsökande arbetet gentemot anhöriga, ett utökat stöd för brukare och anhöriga via telefonlinje samt utlåning av surfplattor i syfte att möjliggöra för digitala möten med anhöriga. Verksamheterna har också genomfört olika anpassningar av sina lokaler i syfte att motverka risk för smittspridning, genom exempelvis att köpa in besöksskärmar av plexiglas.

Omfallsanalyserna har även identifierat ett antal utvecklingsområden så som behov av ytterligare omvärldsbevakning och kartläggning av andra kommuner och aktörer, övergripande översyn av lokaler samt en fördjupad samverkan med andra förvaltningar inom Alingsås kommun. Dessa förbättringsområden kommer att utgöra prioriterade fokusområden i förvaltningens och nämndens kommande väsentlighets- och riskanalys, såväl som i verksamheternas fortsatta utvecklingsarbete.

I tabellen nedan sammanställs väsentliga risker som framkommit under 2020 för nämndens kärnverksamheter.

Risker	Åtgärder
Risk för att förhöjd sjukfrånvaro bland medarbetare till följd av covid-19 försvårar möjligheten att tillgodose brukarnas behov.	<p>Förvaltningen har pågående åtgärder i form av roterande scheman, uppmaning till distansarbete, möjlighet till hemlån av teknisk utrustning etc.</p> <p>Förvaltningen har ökat digitaliseringstakten och köpt in ny utrustning, nya licenser vilket möjliggjort för fler digitala möten och kontaktytor.</p> <p>I kärnverksamheten har användning av skyddsutrustning, basala hygienrutiner och arbetssätt i enlighet med Västra Götaland Regionens rutiner implementerats. Verksamheterna har utökat insatser för städ och rengöring av arbetsytor etc.</p> <p>Fysiska hembesök hos brukare har endast genomförts i undantagsfall. Under pandemins början prioriterades nödvändiga omvårdnadsinsatser. Detta på grund av en förhöjd frånvaro och prioritering av tillgängliga resurser i verksamheten.</p> <p>Kommunen erbjuder egentester, snabbtester och genomför vaccinering av prioriterade grupper.</p> <p>Rekryteringen har förstärkts i kärnverksamheten genom bland annat snabbspår i samband med pandemin.</p>
Risk för ökad ensamhet och isolering bland äldre brukare.	<p>Risken omhändertas inom ramen för pågående projekt att motverka ofrivillig ensamhet hos äldre.</p> <p>Omhändertas i uppföljningen av kvalitetsmål och genom egenkontroller.</p>
Risk för bristfällig kompetens inom utförarverksamheten avseende basal hygien, städning, skyddsutrustning, egentester och omvårdnad av sjuka.	<p>Förvaltningen har under året genomfört digitala och anpassade fysiska utbildningar.</p> <p>Säkerställande att all personal ska få medicindelegation enligt kommunens rutiner.</p> <p>Utbildning i dokumentation, avvikelshantering och synpunktshantering pågår och ska fortsätta.</p> <p>Säkerställande att mathantering följer rekommendationerna</p>

Risker	Åtgärder
	från livsmedelsverket ska genomföras. Behov av utbildad personal ska tillgodoses genom bland annat äldreomsorgslyftet, praktik, språkombud etc.
Risk för svårigheter att under en akut händelse, så som pandemin, lyckas med att nå ut med relevant kommunikation och information till medarbetare och verksamhet på rätt nivå inom organisationen.	Förvaltningen har säkerställt interna och externa kommunikationsvägar och tagit fram förenklad information, rutiner, lägesbilder med mera på kommunportalen. Antal chefsmöten har utökats i syfte att säkerställa linjeorganisationen. Samverkan har stärkts inom ramen för LSG och FSG.
Risk för att arbetet med kontaktmannaskapet i hemtjänsten inte fullt ut genomförs.	Rutin är framtagen i syfte att underlätta arbetet för kontaktpersonen utifrån den riktlinje som finns för kontaktmannaskap. Rutinen ska implementeras under 2021.
Risk för att bristande kvalitet i verksamheten.	Till följd av pandemin har ordinarie kvalitetsgranskning inom verksamheterna ej kunnat genomföras under 2020. Arbetet ska återupptas så fort förutsättningar finns. Utveckling av det övergripande kvalitetsarbetet pågår. Befintliga kvalitetsmål ska revideras och nya tas fram för Funktionsstöd.
Risk för felaktig hantering av läkemedel och att mobila IT-verktyg inte används för journalföring inom hälso- och sjukvården.	Säkerställande av befintlig rutin och digitalt arbetssätt.
Risk för bristfällig introduktion i samband med nyanställning inom äldreomsorgen.	Genomgång av arbetssätt och säkerställande av följsamhet av befintlig introduktionsmall.
Risk för att den tillfälliga nedstängningen av flexibel växelvård får negativa konsekvenser för den enskilde och anhöriga.	Återöppnande av verksamheten planeras under 2021. Har granskats i omfallsanalys i juni 2020.

2.3 Kritiska verksamhetsfaktorer

I enlighet med Alingsås kommuns styrmodell ska vård- och omsorgsförvaltningen årligen identifiera och besluta om kritiska verksamhetsfaktorer. Dessa kritiska verksamhetsfaktorer ska med fokus på grunduppdraget definiera områden som är särskilt viktiga för en god kvalitet inom förvaltningens verksamhetsområde, utifrån perspektiven ekonomi, målgrupp, verksamhet och medarbetare.

Revidering av de kritiska verksamhetsfaktorerna sker årligen i samband med att nämnden genomför den övergripande väsentlighets- och riskanalysen. För att kunna avgöra om ett mål är uppnått eller inte jämförs indikatorernas utveckling mot det uppsatta målet. Hänsyn tas till om indikatorn utvecklats i rätt riktning utan att ha nått målsättning fullt ut.

Det åligger varje enhetschef på underliggande nivå att analysera och följa upp de verksamhetskritiska faktorerna för den egna verksamheten. Dessa faktorer ska vara styrande för alla verksamheters utvecklings- och förbättringsarbete.

Förvaltningen slutredovisade uppföljningen av de kritiska verksamhetsfaktorerna för 2020 i samband med årsuppföljningen vid nämndsammanträdet den 23 februari 2021.

Nedan sammanfattas de kritiska verksamhetsfaktorerna enligt dokumentet *Kritiska verksamhetsfaktorer, årsuppföljning 2020* dr nr 20202021.038 VON.

- Kostnader överstiger inte intäkter
- Arbetade timmar överstiger inte antalet budgeterade timmar
- God kvalitet i hemtjänst
- God kvalitet i särskilt boende
- God kvalitet i bostad med särskild service
- God kvalitet i daglig verksamhet
- Trygga och säkra hälso- och sjukvårds och omsorgsinsatser
- God arbetsmiljö och goda arbetsvillkor
- Sjukfrånvaron ska inte överstiga 8,0 %
- Korttidsfrånvaron ska inte överstiga 3,0 %
- Tidiga rehabiliteringsinsatser ska erbjuds vid upprepad korttidsfrånvaro
- Den genomsnittliga sysselsättningsgraden ska inte understiga 93 %
- Målsättning om andelen timavlönade inom respektive verksamhet.
- Andelen heltidsanställda ska inte understiga 100 %

2.4 Väsentlighets- och riskanalys

Styrmodellen reglerar att nämnderna ska arbeta fram en väsentlighets- och riskanalys som knyter ihop den interna kontrollen med styrmodellen. Detta genom att nämnden ska analysera områden där det föreligger risk för att styrelsen eller nämnden inte bidrar till att uppnå kommunens prioriterade mål och indikatorer.

Enligt styrmodellen ska nämndens hela väsentlighets- och riskanalys dokumenteras och rapporteras till kommunstyrelsen i samband med budget, som ett led i att fullfölja kommunallagens intentioner om god intern kontroll.

Väsentlighets- och riskanalysen för 2020 innehåller sammanlagt sju identifierade riskområden vilka sammanfattas nedan, enligt dokumentet *Vård- och omsorgsnämndens budget 2020* dr nr 2020.001 VON.

- Utveckling av hemtjänststimmar
- Samsjuklighet som leder till dyra köpta platser
- Brist på lokaler och boendeplatser
- Kompetensförsörjning (heltidsresan)
- Personlig assistans (kostnadsperspektiv)
- Nya målgrupper inom LSS
- Digitalisering

2.5 Intern kontrollplan

Med utgångspunkt ur nämndens väsentlighets- och riskanalys har intern kontrollplan upprättats för 2020.

I uppföljningen av vård- och omsorgsnämndens interna kontrollplan framgick att fyra av nämndens sex internkontrollpunkter är genomförda utan anmärkning eller med försumbar anmärkning, två internkontrollpunkter är genomförda med anmärkning.

Förvaltningen slutredovisade granskningen av den interna kontrollplanen för 2020 i samband med årsuppföljningen vid nämndsammanträdet den 23 februari 2021.

2.6 Kvalitetsmål

Nämnden har antagit kvalitetskrav som anger en lägsta nivå för den vård och omsorg som ges. Dessa krav finns specialiserade för hemtjänst, hemsjukvård och särskilt boende. Kvalitetskrav för verksamheterna inom avdelningarna för funktionsstöd (AFF) kommer att tas fram under 2021. Planering pågår för att motsvarande kvalitetskrav på

sikt även ska tas fram för Myndighetsavdelningen.

Enligt kvalitetskraven är det ledningens ansvar att de insatser som utförs skapar en säker vård och omsorg. Grunden för säker vård är att bedömningar, vård, behandlingar och omvårdnad utförs på rätt sätt. Säker vård och omsorg innebär bland annat att vårdskador och missförhållanden ska förhindras genom ett aktivt riskförebyggande arbete. Vård i livets slutskede ska ges särskild prioritet så att omvårdnad och tillsyn ges på ett säkert, tryggt och värdigt sätt. Utföraren ska ha ett habiliterande och rehabiliterande synsätt. Den enskilde ska ges möjlighet att delta i insatserna efter förmåga med syfte att stärka de egna resurserna.

Kvalitetskraven följs upp årligen som en del i vård- och omsorgsnämndens interna kontrollarbete.

2.7 Egenkontroller

Enligt 5 kap, 2 § SOFS 2011:9 ska vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS utöva egenkontroll. Egenkontrollen ska göras med den frekvens och i den omfattning som krävs för att vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska kunna säkra verksamhetens kvalitet.

Egenkontrollen kan innefatta:

- egen uppföljning av avvikelser, synpunkter och klagomål,
- egen uppföljning av åtgärder som ska leda till tänkt förbättring,
- jämförelser i nationella kvalitetsregister,
- jämförelser av verksamhetens resultat med öppna jämförelser,
- jämförelser av verksamhetens resultat med resultat från andra liknande verksamheter (ex. andra enheter, andra utförare, GR-kommuner)
- inhämtande av synpunkter från kvalitetsuppföljning av SAS och MAS

2.7.1 Systematisk kvalitetsgranskning inom vård- och omsorgsnämnden

Socialt ansvarig samordnare (SAS) ansvarar för att utföra granskningar och uppföljningar av kvalitet inom Socialtjänstens område enligt fastställda dokument från nämnd samt utifrån klagomål, avvikelser och särskilda uppdrag.

I januari 2020 beslutade vård-omsorgsnämnden att kvalitetsgranskningen för året skulle ske utifrån iakttagelser i samband med måltid, utifrån kvalitetsområdet "Kunskapsbaserad verksamhet". Enligt gällande kvalitetskrav ska tillvägagångssättet präglas av respekt för individen. Den enskildes erfarenhet och kunskap samt önskemål och förväntningar ska tas tillvara. För detta krävs ett genomtänkt etiskt förhållningssätt och kunskaper om kommunikation och bemötande. Granskningen skulle genomföras under våren 2020 för avdelningarna för funktionsstöd (AFF) och under hösten 2020 för äldreomsorgen.

Kvalitetsgranskningen påbörjades i mars genom verksamhetsbesök och iakttagelser i samband med måltider samt genom enskilda intervjuer av personal. Syftet var att undersöka hur verksamheterna arbetar med planering och delaktighet kring måltider. Granskningen undersökte även personalens kunskap om måltidens betydelse samt den fysiska måltidsmiljön. Till följd av pandemin tvingades granskningen avbrytas efter två veckor då nya restriktioner började gälla. Resultatet av de besök som kunde genomföras bedömdes inte vara tillräckligt omfattande för att resulteras i en rapport.

MAS, SAS och MAR har som en del av den systematiska kvalitetsuppföljningen och granskningen i förvaltningen att följa upp hur enheterna arbetar med egenkontroll. Under 2020 har det varit mycket fokus på covid-19 och den planerade egenkontrollen

har därmed inte kunnat genomföras som planerat.

I samband med att förvaltningen övertog driften av Ängabogårdens och Kaptanens särskilda boende för äldre i oktober 2020 framkom brister i kunskaper om social dokumentation och hantering av avvikelssystemet i verksamheten. Utbildningsinsatser påbörjades, men har till följd av pandemin ej kunnat genomföras fullt ut. Bedömningen är att behovet av förstärkta utbildningsinsatser kvarstår under 2021.

Covid-19

I samband med pandemiutbrottet framkom brister i kunskap gällande basala hygienrutiner i förvaltningens kärnverksamhet. Dessa kunskaper är grundläggande för att kunna utföra omvårdnadsinsatser på ett ändamålsenligt och smittsäkert sätt. En fördjupad granskning och redovisning av vidtagna åtgärder har därför redovisats i patentsäkerhetsberättelsen.

Kommunens Covidsamordnare har under året genomfört riktade tillsyner och löpande utbildningsinsatser. Utbildningar i basala hygienrutiner har också genomförts digitalt. Covidsamordnare har i samband med verksamhetsbesök genomfört information- och stödinsatser i frågor som rör smitta, symtom, egentester, smittspårning och användning av skyddsutrustning för såväl enhetschefer som omvårdnadspersonal. Sammantaget bedöms detta varit en mycket värdefull åtgärd i syfte att säkerställa en ändamålsenlig verksamhet.

Förvaltningen har sedan i mars 2020 haft en förvaltningsövergripande stab som haft i uppdrag att fram och revidera riktlinjer och rutiner utifrån Socialstyrelsens, Folkhälsomyndighetens och Västra Götalandsregionens rekommendationer. Då dessa riktlinjer och rutiner reviderats flera gånger under året har det inneburit ett omfattande arbete med att kommunicera och implementera dessa rutiner i organisationen. Detta har också påvisat risk för svårigheter att under en akut händelse nå ut med relevant kommunikation och information till medarbetare och verksamhet på rätt nivå inom organisationen.

Förvaltningen skapade initialt en organisation för egentester (PCR) för förvaltningens personal. Behovet av testverksamhet ökades sedan till samtlig personal i Alingsås kommun och ansvaret övergick därmed till kommunledningskontoret.

I början av pandemin förekom brist på skyddsutrustning och inköp gjordes utifrån ett krisavtal. Förvaltningen fick i uppdrag att bygga upp ett fungerande beredskapslager för hantering av skyddsutrustning som skulle räcka i tre månader. För att underlätta beställningarna till skapades en e-tjänst för beställningar. Personalresurser tillsattes från förebyggandeenheten och enheten för hälso- och sjukvård för packning och leveranser ut till verksamheten. Kommunens upphandlingsavdelning var behjälplig med att ta fram leverantörer som hade godkänd skyddsutrustning att leverera.

2.7.2 Brukarundersökningar

Sveriges kommuner och regioner tillsammans med Socialstyrelsen sammanställer varje år nationella brukarundersökningar för funktionshinderområdet, individ- och familje- samt äldreomsorgen.

Resultaten av dessa mätningar tillsammans med jämförelser på kommun- och enhetsnivå presenteras i databasen Kolada, en öppen och kostnadsfri databas innehållandes över 5 000 nyckeltal. Data inhämtas från bland annat SCB, Socialstyrelsen samt Sveriges kommuner och regioner.

Ett urval av resultatet redovisas nedan per verksamhetsområde. Resultatet finns att ta del av i sin helhet på www.kolada.se. Resultatet för verksamheterna inom funktionsstöd biläggs detta dokument i sin helhet.

De nationella brukarundersökningarna utgör underlag för verksamhetsutveckling på enhetsnivå. Respektive enhetschef ansvarar för att tillsammans med verksamheten analysera resultatet och identifiera styrkor och förbättringsområden.

På övergripande förvaltningsnivå har tre frågor i brukarenkäterna koppling till politiska mål i nämndens budget. Svaresresultatet för dessa tre frågor utgör därmed målvärden, vilka följs upp del- och årsbokslutet.

Politiska mål

Vård- och omsorgsnämndens budget för 2020 anger följande mål, vars målvärden hämtas ur brukarenkäternas resultat.

- Bibehålla andelen som sammantaget är ganska eller mycket nöjda med sin hemtjänst
- Bibehålla andelen som sammantaget är ganska eller mycket nöjda med sitt särskilda boende
- Bibehålla andelen nöjda brukare inom LSS som trivs hemma

2.7.2.1 Brukarbedömning Hemtjänst

Frågeindex	2018	2019	2020	2020 medel kommuner
Hänsyn till åsikter och önskemål	92	92	92	87
Möjlighet att påverka tider	70	69	67	59
Tillräckligt med tid	86	88	85	82
Bemötande	98	99	98	97
Förtroende för personal	93	96	94	92
Trygghet	89	90	93	89
Hemtjänst i sin helhet	94	94	95	88
Hälsotillstånd, hemtjänst	30	31	37	34
Rörelseförmåga inomhus, hemtjänst	22	27	29	28
Besväras ofta av ensamhet, hemtjänst	17	11	16	13
Svåra besvär av ångslan, oro eller ångest, hemtjänst	9	8	9	6

Sammanfattning av resultatet

Frågorna i brukarundersökningen mäter tre kvalitetsområden: leva och bo självständigt, trygga förhållanden samt aktiv och meningsfull tillvaro.

Totalt svarade 384 personer på enkäten, vilket motsvarar 64,1 procent av de tillfrågade. Motsvarande siffra för riket är 57 procent.

Resultatet visar bland annat att:

- 98 procent upplever att de får ett bra bemötande från personalen, vilket är den fråga som får högst andel positiva svar i enkäten. Motsvarande siffra för 2019 var 99 procent.
- En stor andel av brukarna upplever sig sammantaget nöjd med sin hemtjänst (95 procent) och upplever förtroende för sin personal (94 procent)
- 93 procent av de äldre känner sig mycket eller ganska trygga att bo hemma med stöd från hemtjänsten, vilket placerar Alingsås på plats nummer 28 av 283.
- Andelen män som känner sig trygga är 94 procent, jämfört med 93 procent av kvinnorna
- 55 procent uppger att de besväras av ensamhet, vilket är den fråga där andelen positiva svar är som lägst. Trots pandemin är denna oförändrad jämfört med föregående år.
- Andelen kvinnor som besväras av ensamhet är 61 procent, jämfört med 47 procent för männen.
- 67 procent uppger att de kan påverka vilka tider hjälpen ges vilket placerar Alingsås på plats 34 av 281 av de kommuner som deltar
- Merparten av brukarna vet vart de ska vända sig för att lämna synpunkter på verksamheten (67 procent). Dock är detta en minskning från 73 procentenheter jämfört med föregående år.

Analys av måluppfyllelse

- Bibehålla andelen som sammantaget är ganska eller mycket nöjda med sin hemtjänst

Äldres helhetsbedömning av kvaliteten inom hemtjänsten har ökat under 2020 jämfört med 2019 och resultatet ligger över målvärdet. Därmed anses målet vara uppfyllt.

De äldres helhetsbedömning av sin hemtjänst under 2020 är bland de högsta i landet (95 procent), det finns dock variationer mellan olika enheter i kommunen. Över tid ses en stabilt hög andel nöjda brukare i Alingsås, med en liten ökning det senaste året. Skillnaden mellan män och kvinnor är marginell. Alingsås kommun ligger bättre till än genomsnittet för landets kommuner (88 procent), såväl som i regionen och liknande kommuner.

Sammantaget visar resultatet på en marginell förändring mellan 2019 och 2020 där samtliga frågeområden förutom två antingen fått ett förbättrat resultat eller bibehållen nivå. På frågan huruvida den enskilde vet vart man vänder sig med synpunkter och klagomål (67 procent) samt på frågan om personalen kommer på avtalad tid (87 procent) har resultatet minskat med fem procentenheter vardera.

På frågan om den enskilde besväras av ensamhet kvarstår resultatet på samma nivå trots pandemin. Detta är den enda fråga där Alingsås kommun har ett lägre resultat än rikssnittet, vilket varit fallet de tre senaste åren. Detta kan tänkas vara en effekt av de förstärkta åtgärder som förvaltningen vidtagit i syfte att motverka ensamhet bland äldre,

både inom ramen för särskilt projekt och i den löpande verksamheten för att möta brukarnas behov.

2.7.2.2 Brukarbedömning Äldreboende

Frågeindex	2018	2019	2020	2020 medel kommuner
Hänsyn till åsikter och önskemål	87	86	86	79
Möjlighet att påverka tider	68	63	71	60
Tillräckligt med tid	83	81	84	74
Bemötande	95	96	96	94
Förtroende för personalen	93	92	86	84
Trivsel eget rum/lägenhet	81	80	77	74
Trivsamma gemensamma utrymmen	69	64	67	64
Trivsamt utomhus	79	77	73	67
Maten	70	75	76	75
Måltidsmiljö	72	63	74	71
Sociala aktiviteter	65	62	75	62
Möjligheten att komma utomhus	60	68	73	58
Träffa sjuksköterska	75	69	80	75
Träffa läkare vid behov	59	53	59	53
Kontakt med personal	88	89	88	82
Trygghet	92	93	93	87
Särskilt boende i sin helhet	86	88	86	81
Hälsotillstånd, särskilt boende	28	32	31	29
Rörlighet inomhus, särskilt boende	20	18	17	18
Besväras ofta av ensamhet, särskilt boende	18	16	16	19
Svåra besvär av ångslan, oro eller ångest, särskilt boende	9	11	11	12

Sammanfattning av resultatet

Frågorna i brukarundersökningen mäter tre kvalitetsområden: leva och bo självständigt, trygga förhållanden samt aktiv och meningsfull tillvaro.

Totalt svarade 145 personer på enkäten, vilket motsvarar 43 procent av de tillfrågade. Motsvarade siffror för riket är 40 procent.

Resultatet visar bland annat att:

- 96 procent upplever att de får ett bra bemötande från personalen, vilket är den fråga som får högst andel positiva svar i enkäten. Resultatet är samma som för föregående år.
- Merparten av brukarna upplever sig sammantaget nöjd med sitt boende (86 procent)

- Nöjdheten bland de äldre har ökat på flera områden under året, bland annat upplevelsen av maten (76 procent) måltiden (74 procent) och trivsamheten i de gemensamma utrymmena (67 procent).
- 93 procent av de äldre känner sig mycket eller ganska trygga på sitt äldreboende, vilket placerar Alingsås på plats nummer 28 av 210.
- Andelen kvinnor som känner sig trygga är 92 procent, jämfört med 95 procent av männen
- 16 procent uppger att de ofta besväras av ensamhet, vilket är samma resultat som föregående år. Andelen kvinnor som ofta besväras av ensamhet är 17 procent, jämfört med 11 procent av männen.
- Trots pandemin har upplevelsen av sociala aktiviteter och möjligheten att få komma utomhus ökat under året jämfört med 2019

Analys av måluppfyllelse

- Bibehålla andelen som sammantaget är ganska eller mycket nöjda med sitt särskilda boende

Bedömningen av särskilt boende utifrån en helhetssyn har minskat något från 88 till 86 procent. Men bör ändå betraktas som en mindre avvikelse från målvärdet. Kvinnor är generellt mer nöjda än män. Resultatet för Alingsås kommun är högre än genomsnittet för landets kommuner (81 procent). Resultatet för den sammantagna nöjdheten har minskat med det en positiv utveckling kan ända ses för flera av de områden som undersöks. Exempelvis, måltiderna ses som en trevlig stund och aktiviteterna som erbjuds på boendet. Andelen som uppger att de besväras av ensamhet har dock blivit större än föregående år, vilket tros vara en effekt av pandemin.

Konsekvenserna av covid-19 har i hög grad påverkat livssituationen för personer som bor på äldreboende. Besöksförbudet på landets äldreboende har medfört begränsade möjligheter till fysiska kontakter med anhöriga och vänner inomhus. Vidare har åtgärder och anpassningar som har vidtagits i verksamheten, i syfte att förhindra smittspridning inneburit minskade sociala aktiviteter. Mot bakgrund av det genomfördes en särskild satsning under hösten, i syfte att bryta isolering och motverka ensamhet på kommunens äldreboende, med stöd av statsbidrag. Där samtliga avdelningar tilldelades extra resurser för att anställa personer utöver ordinarie schema, som regelbundet har genomfört individuella och anpassade gruppaktiviteter.

Genom att en positiv utveckling kan ses inom flera av de områden som undersöks i mätningen för särskilt boende tillsammans med de åtgärder som har vidtagits för att motverka ensamhet bedöms målet sammantaget vara uppfyllt.

2.7.2.3 Brukarbedömning daglig verksamhet

Kvalitetsområde	Fråga	2018	2019	2020	2020 medel kommuner
Förtroende för personalen	Brukaren känner sig trygg med alla i personalen, andel (%)	84	82	84	83

Kvalitetsområde	Fråga	2018	2019	2020	2020 medel kommuner
Trivsel	Brukaren trivs alltid på sin dagliga verksamhet (%)	89	86	91	83
Trygghet	Brukaren är aldrig rädd för något på sin dagliga verksamhet andel (%)	69	64	76	73

2.7.2.4 Brukarbedömning LSS Gruppbostad

Kvalitetsområde	Fråga	2018	2019	2020	2020 medel kommuner
Förtroende för personalen	Brukaren känner sig trygg med alla i personalen, andel (%)	65	71	68	75
Trivsel	Brukaren trivs alltid hemma (%)	90	86	82	85
Trygghet	Brukaren är aldrig rädd för något hemma, andel (%)	63	57	65	65

2.7.2.5 Brukarbedömning LSS Servicebostad

Kvalitetsområde	Fråga	2018	2019	2020	2020 medel kommuner
Förtroende för personalen	Brukaren känner sig trygg med alla i personalen, andel (%)	72	75	68	72
Trivsel	Brukaren trivs med alla i boendepersonalen, andel (%)	75	66	79	76
Trygghet	Brukaren är aldrig rädd för något hemma, andel (%)	72	75	65	67

2.7.2.6 Brukarbedömning Personlig assistans

Kvalitetsområde	Fråga	2018	2019	2020	2020 medel kommuner
Förtroende för personalen	Brukaren känner sig trygg med alla i sina assistenter, andel (%)	92	90	100	83
Trivsel	Brukaren trivs med sina assistenter, andel (%)	93	90	100	84
Frihet	Brukaren kan göra det hen vill med hjälp av sina assistenter, andel (%)	64	70	75	76
Synpunkter	Brukaren vet vem hen ska prata med om något fungerar dåligt med assistenterna, andel (%)	77	90	63	80

Sammanfattning av resultat

Alingsås kommun deltar sedan 2016 i Sveriges kommuner och regioners, SKR:s nationella brukarundersökning för funktionshinder inom följande områden:

- Gruppbostad LSS
- Servicebostad LSS
- Daglig verksamhet
- Personlig assistans

Undersökningen har genomförts med ett webbverktyg (från enkätfabriken) som är anpassat med ett bildstöd och uppläsning av frågor och svar. Frågorna kan besvaras på egen hand eller, vid behov med hjälp av en frågeassistent.

Frågorna i undersökningen mäter åtta kvalitetsområden: Inflytande, rätt stöd, omtanke, kommunikation, förtroende för personal, trygghet, trivsel, synpunkter. I undersökningen för personlig assistans mäts valfrihet och frihet istället för inflytande och trygghet.

Svarsfrekvensen var 88,9 procent för gruppbostad LSS, 88,2 procent för servicebostad LSS, 69 procent för daglig verksamhet och 19 procent för personlig assistans.

Resultatet visar bland annat att:

- De flesta brukarna upplever att personalen bryr sig om dem. Mest omtanke från personalen upplever brukarna inom personlig assistans och daglig verksamhet.
- Andelen som känner sig trygga med alla i personalen är högst inom personlig assistans (100 procent) och lägst inom grupp- och servicebostad LSS (68 procent)
- Upplevelsen av trivsel har ökat inom alla verksamhetsområden utom gruppbostad LSS
- Andelen brukare uppger att de aldrig är rädda hemma eller på sin dagliga verksamhet är högst inom daglig verksamhet (76 procent) och lägst inom grupp- och servicebostad LSS (65 procent)
- Merparten av brukarna inom daglig verksamhet och boende LSS vet hur de ska lämna synpunkter på verksamheten
- Flest positiva förändringar det senaste året ses inom daglig verksamhet
- Flest negativa förändringar det senaste året ses inom gruppbostad LSS, där åtta av nio frågeområden uppvisar ett försämrat resultat.
- I jämförelse med andra kommuner placerar sig Alingsås kommun generellt över riket inom ett verksamhetsområde daglig verksamhet. För övriga verksamhetsområden ses en större spridning av resultatet för de olika kvalitetsområden som undersöks i jämförelse med andra kommuner.

Måluppfyllelse

- Bibehålla andelen nöjda brukare inom LSS som trivs hemma

Målvärdet för 2020 uppnås inte och därmed bedöms inte målet vara uppfyllt.

Resultatet visar att andelen brukare som uppger att de alltid trivs hemma inom grupp- och servicebostad LSS har minskat jämfört med föregående år. Trenden över en längre tidsperiod är relativt jämn.

Andelen brukare inom servicebostad som uppger att de trivs med personalen har ökat jämfört med föregående år. Vid en jämförelse med andra kommuner ligger Alingsås kommun högre än genomsnittet för servicebostad LSS (76 procent) och lägre än genomsnittet för grupp- och servicebostad LSS (83 procent). Resultat för LSS totalt ligger i nivå med riket (80 procent). Brukare inom daglig verksamhet som får bestämma om saker som är viktiga minskar istället något jämfört med tidigare år, men även där är trenden över en längre tidsperiod relativt jämn.

Konsekvenserna av covid-19 har på olika sätt påverkat livssituationen för de personer som bor i grupp- och servicebostad, vilket beaktas i analysen av årets resultat. På flera enheter involveras brukarna i förbättringsarbetet genom exempelvis utvecklandet av alternativ och kompletterande kommunikation, AKK, i syfte att göra vardagen mer begriplig och öka brukares delaktighet och inflytande. Dessa insatser bedöms ha varit särskilt viktiga under pandemin för att kunna tydliggöra vad en pandemi är och vilka konsekvenser det innebär för den enskilde.

2.7.3 Kommunens Kvalitet i Korthet

I rapporten Kommunens Kvalitet i Korthet (KKiK) redovisas resultat för utvalda frågeområden i brukarenkäten som bedöms vara viktiga ur ett medborgarperspektiv. Syftet med KKiK är att stärka de förtroendevalda i att styra mot resultat och att föra dialog med medborgarna. Resultaten har ambitionen att i ett övergripande perspektiv beskriva kommunens kvalitet och effektivitet i jämförelse med andra kommuner. Idag ingår 260 kommuner i nätverket och Alingsås har deltagit sedan 2014.

Det är Sveriges Kommuner och Regioner, SKR om samlar in resultat och mått som används för att mäta kommunens prestationer inom tre mätområden.

- barn och unga
- stöd och omsorg
- samhälle och miljö

Rapporten innehåller sammanlagt 36 mått. Resultat för samtliga mått finns på www.skr.se/kkik

Nyckeltal för mätområdet stöd och omsorg	2018	2019	2020	Trend	Medel
Brukare inom LSS som upplever att de alltid trivs hemma	81	75	80	↗	80
Brukare inom daglig verksamhet LSS som upplever att de får bestämma om saker som är viktiga	87	82	79	↘	73
Väntetid i antal dagar från ansökningsdatum till första erbjudandet om inflyttning till särskilt boende, medelvärde	-	-	88		64
Personalkontinuitet, antal personer som en hemtjänsttagare möter under 14 dagar, medelvärde	-	-	16		15
Kvalitetsaspekter särskilt boende äldreomsorg av maxpoäng		80	84	↗	53
Andel äldre som bor i särskilt boende och är nöjda med sitt boende som helhet	86	88	86	→	81
Andel äldre med hemtjänst som är nöjda med sin hemtjänst som helhet	94	94	95	→	90

Färgkodningen redovisar resultatet jämfört med andra kommuner. Grön färg innebär ett utfall bland de 25 % med högst resultat, gul färg bland de 50 % mittersta och röd färg bland de 25 % med lägst resultat.

2.7.4 Avvikelser

Nämndens verksamhet är skyldig att ha rutiner för hur avvikelser ska identifieras, dokumenteras, åtgärdas och följas upp. Genom ett internt rapporteringssystem för hur fel och brister ska hanteras kvalitetssäkras och utvecklas verksamheten.

Nedan presenteras avvikelser enligt Social-tjänstlagen (SoL) och Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS).

Lex Sarah

Under året har en händelse utretts enligt Lex Sarah.

En allvarlig händelse som inträffade i slutet av 2019 utreddes under året och handlade om psykiskt och fysiskt övergrepp mot en brukare på ett demensboende. Den närvarande kollegan rapporterade inte avvikelserna förrän efter två månader. Tidsförskjutningen gjorde att fler händelser tillkom innan enhetschefen fick kännedom om situationen.

Efter att enhetschef kontaktat SAS gjordes bedömningen att händelsen var ett allvarligt missförhållande och ärendet anmäldes till IVO.

Enhetschefen hanterade situationen genom att medarbetaren förflyttades och en särskild handledare på den nya arbetsplatsen utsågs.

I utvärderingen av händelsen betonas vikten av att snabbt agera och rapportera då en händelse inträffar. Vid allvarlig händelse ska enhetschef kontaktas och avvikelse skrivas omgående. På så sätt kan effekten av allvarliga händelser minimeras. Samtliga medarbetare ska ha kunskap om sin rapporteringsskyldighet vid missförhållanden eller risk för missförhållanden.

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) avslutade ärendet med motiveringen att åtgärder har vidtagits för att förhindra att liknande allvarligt missförhållande eller påtaglig risk för allvarligt missförhållande inträffar igen.

Avvikelser utöver Lex Sarah

Enligt 5 kap, 1 § SOFS 2011:9 har verksamheten skyldighet att bedöma om det finns risk för att en händelse skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet. Här inryms samtliga mindre allvarliga avvikelser i verksamheten som inte rymms inom lagrummet för lex Sarah.

Under året har två händelser inträffat som föranlett interna granskningar av förvaltningen. Båda händelserna avser bemötande hos personal på två olika gruppboendestäder.

Händelserna har utretts och lämpliga åtgärder har vidtagits. Respektive enhetschef har i uppdrag att omhänderta brister och bedriva ett löpande förbättringsarbete.

Förändringsarbetet har under året fortsatt i form av att enhetschef tillsammans med metodutvecklare och stödpedagog tagit fram och arbetat utifrån framtagna handlingsplaner.

Händelse 1

På gruppboendestad 1 genomfördes tillsyn av IVO i augusti 2019 efter en anmälan om missförhållanden. IVO avslutade ärendet men påtalade följande brister:

- För omfattande dokumentation i social journal
- Nämnden hade inte säkerställt personalens kompetens utifrån brukarnas individuella behov gällande kommunikation
- Nämnden hade inte säkerställt att arbetet organiserades så att den enskilde tillförsäkrades goda levnadsvillkor

En ny anmälan inkom till IVO april 2020 och IVO begärde då in ett yttrande från avdelningschef. I svaret framkom att verksamheten vidtagit följande åtgärder:

- Genomförandeplaner och bemötandestrategier
- Dagliga scheman upprättas för varje brukare för att säkerställa att personalen genomför det varje brukare har rätt till
- Utbildning i social dokumentation genomförd
- Ansvarig chef är involverad i personalens schemaläggning

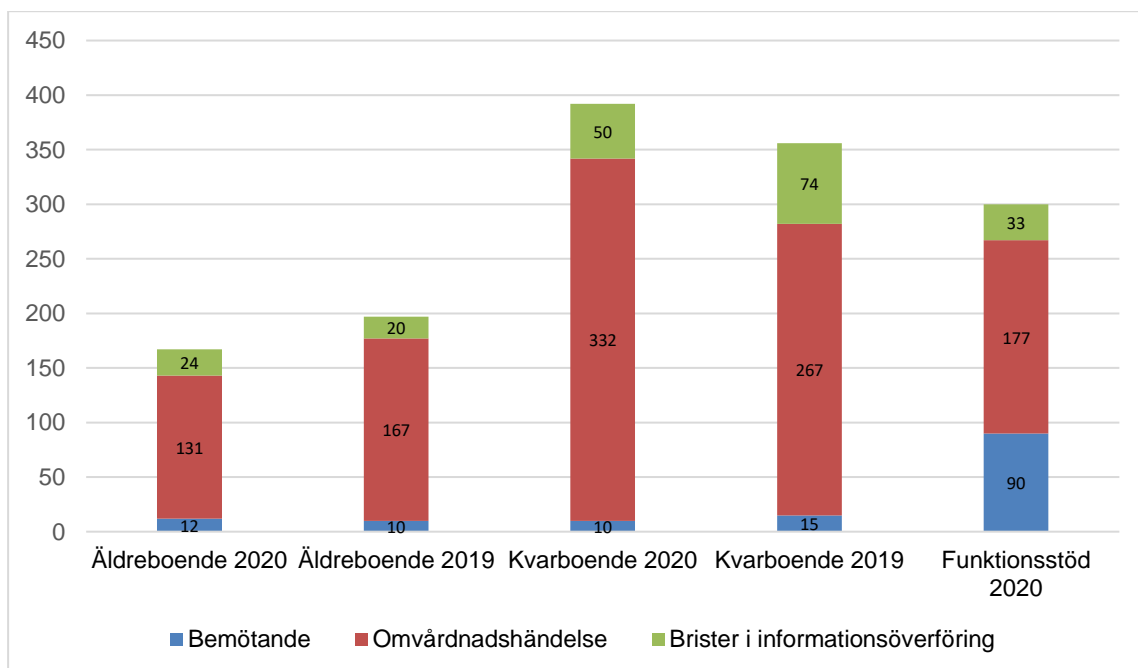
IVO avslutade ärendet den 28 juli 2020 med motivering att nämnden har vidtagit åtgärder för att komma tillrätta med brister i verksamheten. Avdelningschef och SAS följer förändringsarbetet och deltar återkommande på APT.

Händelse 2

På gruppboestad 2 påbörjades ett förändringsarbete i juni 2019 efter att en Lex Sarah rapport inkom från delar av omvårdnadspersonalen rörande brister i social dokumentation, pedagogiskt förhållningssätt samt kommunikation mellan brukare och omvårdnadspersonal.

En handlingsplan togs fram som dåvarande enhetschef tillsammans med metodutvecklare implementerade.

Utvärdering genomfördes av SAS i juni 2020 vilket visade att omvårdnadspersonalen upplevt en förbättring på boendet. Det hade då tillkommit en ny enhetschef som fortsatte förändringsarbetet tillsammans med metodutvecklare.



Under 2020 har antalet avvikelser för omvårdnadshändelser ökat i högre utsträckning än andra avvikelser. En omvårdnadshändelse är en insats som inte blivit utförd på det

sätt som är överenskommet. Att insatserna ej har kunnat utföras kan bero på personal- och tidsbrist eller att insatsen har saknats i planeringen.

Omvårdnadshändelsen kan delvis vara personlig vård men också serviceinsatser så som städ och tvätt. Om brukaren själv tackar nej till en insats ska det inte rapporteras som en avvikelse utan dokumenteras i social dokumentation. Ökningen skedde framförallt under våren i början av pandemin inom dåvarande kvarboendeavdelningen. Verksamheten hade då en kraftigt ökad sjukfrånvaro bland personal vilket innebar att icke nödvändiga insatser fick prioriteras ned.

2.7.5 Avvikelse privata utförare

De privata utförarna använder sig av egna verksamhetssystem och rapporterar därmed inte avvikelser i verksamhetssystemet Magna Cura. Enligt avtal redovisas avvikelser till förvaltningen fyra gånger om året. Rapporteringen sker på en särskild anpassad blankett.

Jämfört med kommunen har de privata aktörerna rapporterat färre avvikelser. Skillnaden är som störst för omvårdnadshändelser där kommunen procentuellt sett har rapporterat fler avvikelser. Orsak till denna skillnad behöver undersökas och analyseras. Möjliga orsaker kan vara teknisk utformning i avvikelssystemen, skillnader i anvisningar och instruktioner samt att personalsituationen varit olika ansträngd.

Under 2020 har ingen allvarlig händelse inom hälso- och sjukvården rapporterats för privata utförare av hemtjänst.

	Bräcke Diakoni	Hemtrevnad	Ruts hemtjänst	24 h vård och omsorg
Informationsöverföring	7	7	1	0
Omvårdnadshändelse	13	34	0	0
Bemötande	0	0	0	0
Dokumentation	1	1	8	0
Fall utan skada (ej inskriven i hemsjukvården)	10	53	2	0
Fall med skada (ej inskriven i hemsjukvården)	6	12	1	0
Lex Sarah	1	0	0	0
Lex Maria	0	0	0	0
Synpunkter/klagomål	1	1	5	0

2.7.6 Synpunkter och klagomål

Den som bedriver verksamhet enligt SoL och LSS ska enligt SOSFS 2011:9 ta emot och utreda klagomål och synpunkter.

Förvaltningen har en rutin som ska säkerställa ett systematiskt sätt för att ta emot och utreda synpunkter och klagomål från enskild, personal, anhöriga och kommuninvånare. Hanteringen ska säkerställa att synpunkter tas tillvara på ett bra sätt för att snabbt och effektivt kunna åtgärda eller förbygga fel och brister. Synpunkter kan lämnas vid besök, via telefonsamtal, brev, e-post, formulär på hemsidan eller sociala medier. Samtliga inkomna synpunkter och klagomål registreras i ärendehanteringssystemet.

Alla synpunkter sammanställs och redovisas till vård- och omsorgsnämnden två gånger per år. Synpunkterna sorteras in under rubrikerna klagomål och beröm. Utredning och

sammanställning ska visa om det förekommit avvikelser mot de krav och mål som verksamheten har enligt lagar och föreskrifter. Synpunkterna analyseras för att kunna se mönster och trender som indikerar brister i verksamheten.

Under året har totalt 140 synpunkter inkommit, varav 130 klagomål och tio beröm.

	2018	2019	2020
Samtliga inkomna synpunkter inkl. klagomål och beröm	58	52	140

55 av de inkomna synpunkterna under året utgör klagomål som handlar om verksamheten och tjänster inom kommunen, 23 av dessa har tillkommit under andra halvåret och handlar om införandet av digitala köp samt brister hos leverantören. Sju av klagomålen avser bilkörning, hur personalen cyklar samt hur de parkerar. Sju klagomål är kopplade till pandemin och avser användandet av skyddsutrustning, besöksförbud och användande av personalutrymme med mera.

Övriga klagomål handlar bland annat om bemötande, bristande insatser för den enskilde, bristande information, brister i utförandet av insatser samt svårigheter att nå rätt personal.

Klagomålen utreds och besvaras av ansvarig enhetschef eller i de fall det behövs av avdelningschef. Klagomålen berör ibland flera enheter på förvaltningen och då görs en gemensam utredning och svar. Klagomål ska analyseras och användas som en förbättringsåtgärd i verksamheten.

Tio synpunkter utgörs av beröm från enskilda och utgör beröm till personal och belåtenhet med utförda insatser.

2.7.7 Tillsyn och granskningar

Under 2020 har en extern tillsyn genomförts av Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Därutöver har förvaltningen genomfört två egna interna granskningar.

I maj 2020 genomförde IVO även en nationell övergripande riktad tillsynsinsats avseende särskilda boende för äldre, bostad med särskild service enligt lagen (1993:387) om stöd och servicetill vissa funktionshindrade (LSS) och hemtjänst. Tillsynen gjordes med anledning av den pågående smittspridningen av covid-19. I Alingsås granskades Noltorpsgården och Hagagården. Resultatet föranledde inte till någon ytterligare granskning av verksamheten och redovisas därför inte i tabellen nedan.

Tillsyn/granskning	Bedömning	Åtgärd
IVO har genomfört granskning av gruppboenden Videgården 2019 och 2020 gällande anmälan av bristande bemötande från personal.	Granskning av anmälan 2019 avslutad. Granskning pågår efter anmälan under 2020.	Handlingsplan är upprättad. Enhetschef, avdelningschef och SAS har deltagit i utredning och genomför fortlöpande uppföljning av handlingsplan. Uppföljningen sker genom deltagande på APT.

Tillsyn/granskning	Bedömning	Åtgärd
En intern granskning har genomförts av gruppbestad Lövekullevägen med anledning av att det inkom en Lex Sarah anmälan 2019 gällande brister i bemötande mot brukare och kollegor/personal.	Granskningen avslutad juni 2020	Handlingsplan är upprättad. Intervjuer av personal har genomförts av SAS. Enhetschef har tillsammans med metodutvecklare påbörjat ett förändringsarbete rörande bemötande och att utveckla LSS dokumentationen.
Granskning genomförd enligt verksamhetsplan för systematisk kvalitetsuppföljning och granskning 2020 antagen av vård- och omsorgsnämnden.	Granskning avbruten.	Granskningar har påbörjats enligt plan med granskning av verksamheterna inom avdelningen för funktionsstöd (AFF). Med anledning av pandemin avbröts de planerade fysiska besöken i verksamheterna i april för att inte riskera att bidra till smittspridning. Förvaltningens SAS, MAS och MAR har deltagit i förvaltningens stabsarbete rörande hantering av covid och kontrollen kopplades samman med arbetet kring pandemin.

3 Analys och bedömning av kvalitetsområden och resultat

Covid-19

Pandemin har haft stor påverkan på förvaltningens verksamheter och kvalitetsarbete under året. Förvaltningen har sedan april befunnit sig i stabsläge vilket innebär att planerad ordinarie verksamhetsutveckling och uppföljning till stor del har fått omprioriterats i syfte att säkerställa en ändamålsenlig kärnverksamhet.

Stabens arbete har under året fokuserat på kontinuerlig omvärldsbevakning, att följa utvecklingen både internt och externt, hantera informationsflöden och att utforma nya och befintliga rutiner. Syftet har varit att säkerställa utrustning kring skydd och hygien samt att planera för bemanning på både kort och lång sikt i kärnverksamheten.

Utifrån ett kvalitetsperspektiv är det viktigt att tillvarata både positiva och negativa erfarenheter och kunskap som förvaltningen har tillgodogjorts sig i pandemin. Krisledningsorganisationen har bidragit med arbetssätt som kan stärka arbetet med planeringen och uppföljning av verksamheten framåt. Pandemin har också bidragit till att påskynda den digitala omställningen inom förvaltningen vad gäller digital kommunikation och distansarbete.

Förvaltningen har identifierat följande framgångsfaktorer i arbetet med att minska pandemins effekter och hindra smittspridning. Dessa ska omhändertas i kommande utvecklingsarbete.

- en god grundläggande kunskap i basala hygienrutiner
- en hög kvalitet i detaljerna kring vårdhygien och skyddsutrustning
- ett närvarande ledarskap

Kunskapsbaserad verksamhet

Kunskapsbaserad innebär att tjänsterna utförs i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet. Den enskildes erfarenhet ska tas tillvara.

I en kunskapsbaserad verksamhet utgör brukarnas erfarenheter en väsentlig del för att utveckla och höja kvaliteten. Samtliga enheter inom förvaltningen där brukarbedömningar genomförts har tagit del av sitt resultat. Enhetschef tillsammans med medarbetare ansvarar för att analysera resultaten och identifiera mål- och utvecklingsområden. Resultaten har även presenterats vid de digitala brukarråd och anhörigträffar som har hållits under året.

Resultatet av nämndens sammanhållna kvalitetsberättelse inkluderat identifierade utvecklingsområden i brukarenkäterna utgör en viktig del i förvaltningens planering av nästkommande års kvalitetsarbete. Underlaget omhändertas i följande delar:

- förvaltningens och nämndens årliga väsentlighets- och riskanalys
- förvaltningens arbete med kritiska verksamhetsfaktorer
- nämndens plan för systematisk kvalitetsuppföljning
- arbetet med budget 2022

Inom avdelningen för funktionsstöd har verksamheterna fortsatt att utveckla arbetet för att brukare ska förstå och kommunicera på ett bättre sätt. Genom att implementera olika former av bildstöd, scheman eller genom digital teknik. Ett exempel är DV-bloggen där brukare uttrycker sig i olika format. Genom att verksamheten i större utsträckning reflekterar kring brukarnas olika agerande och beteende kan verksamheten utvecklas till att bli mer kunskapsbaserad och anpassad utifrån brukarens individuella behov. På så sätt ökar förutsättningarna för den enskilde att kunna delta i nya typer av aktiviteter.

Självbestämmande och integritet

Självbestämmande och integritet innebär att den enskilde är delaktig, har inflytande och ges möjlighet till egna val.

Under 2020 har verksamheterna i den mån det varit möjligt, arbetet vidare med att stärka den enskildes inflytande och delaktighet kring det stöd och den hjälp som ges. Utbildningar i dokumentation, uppföljning av avvikelser och genomförandeplaner i verksamhetssystemet Magna Cura har genomförts. För nytillkommen personal med anledning av övertagandet av särskilt boende för äldre från Frösunda Omsorg planeras riktade utbildningsinsatser under 2021.

Inom utförarverksamheterna utformas stödinsatser individuellt så att personer med funktionsnedsättning ska kunna påverka planeringen av sina insatser. Det framgår av genomförandeplanen hur brukaren varit delaktig i hur insatsen ska verkställas.

För att stärka det lågaffektiva arbetet och möjliggöra för fortlöpande reflektion har avdelningarna för funktionsstöd påbörjat en utbildningsinsats i utbildning i pedagogiskt förhållningssätt. Till följd av pandemin har genomförandet försenats och utbildningen kommer att fortsätta under 2021.

Helhetssyn och samordning

Helhetssyn utgår från den enskildes samlade livssituation. När den enskilde är behov av insatser från flera olika verksamheter eller professioner bör dessa vara samordnade. Insatserna ska präglas av god kontinuitet.

Förvaltningens verksamheter arbetar utifrån den enskildes behov i samverkan med personer från olika professioner, anhöriga och gode män. Arbetet sker genom

nätverksmöten och vårdplanering vilket utgör en viktig framgångsfaktor för att den enskilde ska ges ett samlat och individanpassat stöd av hög kvalitet.

Inom avdelningarna för funktionsstöd genomförs pedagogiska konferenser för att tillförsäkra den enskilde god kvalitet. Avdelningens metodutvecklare ansvarar för att kvalitetssäkra insatsen, de utgår då bland annat ifrån brukarundersökningens resultat för att arbeta med utvecklingsområden.

Inom avdelningen för hemtjänst finns framtagna rutiner för samverkande team där olika yrkeskategorier samarbetar och planerar vården utifrån brukarens behov. Att utveckla kontaktmannaskapet förväntas underlätta för en förstärkt samverkan mellan handläggare, sjuksköterska och rehabiliteringspersonal. Implementering av dessa arbetssätt pågår.

Under 2020 har förvaltningen fortsatt att prioritera säkerställandet och utvecklandet av det övergripande kvalitetsarbetet. En kvalitetsgrupp bestående av medicinskt ansvarig sjuksköterska, socialt ansvarig samordnare, medicinskt ansvarig för rehabilitering och utvecklingsledare har påbörjat arbetet med att kartlägga behov och utvecklingsområden.

En prioriteringsordning bestående av aktiviteter har tagits fram i syfte att utveckla och förbättra processen under 2021, dessa omfattar:

- Revidering av förvaltningens ledningssystem
- Etablera och utveckla modell för processororienterat arbetssätt
- Framtagande av årshjul i Hypergene
- Framtagande av risk och konsekvensanalys av avvikelssystemet
- Säkerställandet och uppföljning av förvaltningens rutin för avvikelser
- Översyn av kvalitetsberättelse
- Översyn av patientsäkerhetsberättelse
- Upprättandet nya enkät inför kvalitetsgranskning
- Kartläggning av förvaltningsinterna mallar
- Kartläggning av struktur på styrande dokument
- Översyn av egenkontroller
- Översyn av kvalitetskrav

Trygghet och säkerhet

Trygg och säker innebär att tjänsterna utförs enligt gällande regelverk. Tjänsterna är transparenta vilket innebär förutsägbart och möjlighet till insyn. Risk för kränkning, försummelse, fysisk eller psykisk skada förhindras genom förebyggande arbete.

För att skapa goda förutsättningar för att den enskilde brukaren ska känna sig trygg arbetar utförarverksamheterna med att stärka personalkontinuiteten och se till att medarbetarna har rätt kompetens för att möta den enskilde. Ett gott bemötande är en grundläggande förutsättning för den enskilde brukarens delaktighet och självbestämmande. Nämndens verksamheter har en hög andel personal med adekvat utbildning vilket är en viktig förutsättning för god kvalitet i utförandet.

Genom att arbeta ändamålsenligt med genomförandeplaner kan verksamheten inom äldreomsorgen uppfylla sina kvalitetskrav.

Inom funktionsstöd utformas stödet individuellt så att personer med funktionsnedsättning ska kunna påverka planeringen av sina insatser. Det framgår av genomförandeplanen hur brukaren varit delaktig i verkställandet av insatsen.

Hemtjänsten har under året prioriterat att stärka kontaktmannaskapet och att omhänderta inkomna synpunkter från brukare och anhöriga i samband med pandemin. Samtliga brukare ges kontaktuppgifter och direktnummer till handläggare och samordnare. Vid synpunkter och klagomål tar berörd chef alltid kontakt med uppgiftslämnaren och ger återkoppling. På så sätt skapas trygghet till både brukare och anhöriga.

Tillgänglighet

Tillgänglighet innebär att det är lätt att komma i kontakt med verksamheten och vid behov få del av tjänsterna inom rimlig tid. Information och kommunikation är begriplig och anpassad efter individer och olika gruppers behov. Kommunikation mellan den enskilde och professionen präglas av ömsesidighet och dialog. Verksamheten är fysiskt tillgängliga.

Pandemin har inneburit att flera verksamheter fått anpassa sitt utbud och stöd utifrån gällande restriktioner och allmänna råd. När pandemin startade runt mars 2020 stängdes alla kommunens träffpunkter ner, likaså alla aktiviteter riktade till anhörigvårdare, all dagverksamhet och växelvård. I kombination med tidigare beslut om besöksförbud på äldreboenden har verksamheternas tillgänglighet varit begränsad.

Förebyggandeenheten har med anledning av händelseutvecklingen ställt om och anpassat sitt arbete i syfte att nå ut till målgruppen äldre även i tider av pandemi och social distansering. Verksamheten har erbjudit fortsatta kontakter med besökare och frivilligarbetare genom telefon och digitala lösningar. Även den uppsökande verksamheten gentemot anhöriga har förstärkts.

Inom ramen för projektet att motverka ofrivillig ensamhet bland äldre har förvaltningen genomfört en satsning på telefonlinje i syfte att ge stöd till äldre personer som upplevt ensamhet och social isolering eller behövt hjälp att hitta rätt inom vård och omsorgens olika tjänster.

Kommunens äldreboenden har genomfört åtgärder för att ge brukarna fortsatt tillgång till aktiviteter och för att kunna bibehålla sina sociala kontakter. Bland annat genom att köpa in plexiglas och ljudförstärkare i syfte att möjliggöra för smittsäkra besök. Verksamheten har i möjligaste mån erbjudit stöd kring videosamtal med anhöriga via exempelvis surfplattor.

Jämlikhet

Jämlikhet innebär att omsorg och vård ska ges på lika villkor för alla.

Organisationskulturen är en viktig del av kvalitetsarbetet. Den nationella värdegrunden för äldreomsorgen tillsammans med den gemensamma värdegrunden i Alingsås kommun ska säkerställa att verksamheterna präglas av ett bra bemötande, trygghet och god omsorg. Detta möjliggörs genom att verksamheten arbetar utifrån ett salutogent synsätt vilket innebär ett anpassat stöd och omsorg utifrån individuella behov.

De beslutade kvalitetskraven är styrande för nämndens verksamhet.

Effektivitet

Effektivitet innebär att resurserna utnyttjas på bästa sätt för att uppnå uppsatta mål för verksamheten.

I januari 2020 fattade nämnden beslut om en handlingsplan för budget i balans med inriktning på att säkerställa grunduppdraget.

Inom personlig assistans och hemtjänst har arbetet med utveckling av nya rörliga budgetmodeller med ersättning för beslutade timmar pågått och kommer att implementeras under 2021. Syftet är att skapa en enklare modell med bättre ekonomistyrning.

Inom hemtjänsten har digitala inköp införts och en upphandling kylda lunchlådor genomförts. Målet med införandet är att vård och omsorgspersonalen ska ägna sig åt vård och omsorgsuppgifter och få en effektivare verksamhet. De digitala inköpen var införda i alla verksamheter först i november. Upphandling av lunchlådor gjordes under hösten och införandet skedde i mars 2021. Detta innebär att effekten på antalet timmar inte effektuerats under 2020.

Nya arbetssätt med digitala hjälpmedel kommer att effektivisera verksamheten. Under året har digital signering av läkemedel införts med start i hemtjänsten. Målet är bättre patientsäkerhet genom att minska antalet läkemedelsavvikelser.

Planering inför framtidens vårdinformationsmiljö, FVM pågår, liksom byggprojekteringar som omfattar IT-infrastrukturella behov. Ett arbete för att prova läkemedelsrobotar har initierats men pausats med anledning av pandemin.

I pandemins spår har fysiska möten ersatts av digitala möten i stor utsträckning.

4 Sammanfattning av resultat i verksamheten

Hemtjänst

- Införandet av digital fjärrtillsyn genom trygghetskamera har påbörjats i syfte att erbjuda ökad självständighet och valfrihet för den enskilde.
- Implementering av planeringsverktyget TES har påbörjats inom Tuve hemtjänstområde i syfte att stärka säkerheten för att planera insatser. Aktiviteten förväntas också leda till ett mer effektivt arbetssätt när den manuella hanteringen minskar.
- Inom ramen för projektet att motverka ofrivillig ensamhet bland äldre har verksamheten synliggjort och anpassat sitt arbete med att nå ut till målgruppen i tider av pandemi och social distansering.
- Projektplan för att ökad kvalitet i vården och omsorgen om personer med demenssjukdom har tagits fram.
- Nyckelfunktioner inom verksamheten har deltagit i GR:s forskningsprojekt "Välfärdsteknik i äldreomsorgen".

Äldreboende

- Övertag av verksamhet från Frösunda Omsorg, Kaptanens och Ängabos särskilda boende för äldre övergick i kommunens regi 2020-10-01. Arbetet med att integrera verksamheten i befintliga processer och systematiskt kvalitetsarbete pågår.
- Verksamheten har i möjligaste mån prioriterat det ordinarie utvecklingsarbetet gentemot brukare, exempelvis genom att leva upp till gällande kvalitetskrav och att erbjuda en meningsfull vardag.
- Covid-19 har synliggjort behov av att stärka arbetet med information och

kommunikation kring nya rutiner och arbetssätt inom verksamheten.

- Covid-19 har uttröttat flera funktioner inom avdelningen och inneburit en ökad belastning för vård- och omsorgspersonal. Frågor kopplade till arbetsmiljö och hälsa samt möjlighet till återhämtning utgör prioriterade målområden framåt.
- Projektplan för att ökad kvalitet i vården och omsorgen om personer med demenssjukdom har tagits fram.

Avdelningarna för funktionsstöd

- Avdelningen har under året prioriterat efterlevnad av förvaltningens och kommunens riktlinjer och rutiner, kring exempelvis basal hygien och skyddsutrustning vilket kommer att fortsätta 2021. I samband med pandemiutbrottet framkom brister i kunskap gällande basala hygienrutiner i kärnverksamheten. Dessa kunskaper är grundläggande för att kunna utföra omvårdnadsinsatser på ett ändamålsenligt och smittsäkert sätt. En fördjupad granskning och vidtagna åtgärder har redovisats i patentsäkerhetsberättelsen.
- Har påbörjat deltagande i flerårsprojektet "Testbädden" med All Age Hub inom GR. Projektet möjliggör för att utveckla välfärdsteknik i vardagsmiljöer hos grupper av invånare som har eller löper förhöjd risk att drabbas av funktionsnedsättning, eller hos deras anhörig.
- Avdelningen har aktivt arbetat med utveckling av AKK, Alternativ och kompletterande kommunikation, i syfte att göra vardagen mer begriplig och öka brukares delaktighet och inflytande i stöd och insatser som verkställs. Dessa insatser har varit särskilt viktiga under pandemin i syfte att tydliggöra vad en pandemi är och dess konsekvenser för den enskilde. AKK är ett stöd för personer som har svårt att förstå eller använda tal. Förutom uttryckssätt som kroppsspråk och gester finns specifika AKK-former som tecken med händerna, bilder, symboler och ord.
- Viss verksamhet inom daglig verksamhet har pausats under pandemin. Brukare har erbjudits alternativa aktiviteter.
- Verksamheten har under året digitaliserats genom exempelvis digitala APT.
- Genomgång av samtliga enheters minimibemanning och åtgärder vid krisituation har genomförts.
- Inom personlig assistans har en modell med samordnare införts i syfte frigöra tid för enhetschefer att driva och utveckla verksamheten.
- Del fem av utbildningen pedagogiskt förhållningssätt har påbörjats men har pausats till följd av covid-19.

Myndighetsavdelningen

- Översyn av reglementet mellan socialförvaltningen och vård- och omsorgsförvaltningen har påbörjats i syfte att tydliggöra gränsdragningar och ansvarsområden enligt gällande lagstiftning. Arbetet fortgår under 2021 genom regelbundna samverkansträffar på olika nivåer mellan förvaltningarna.
- Överflytt av LSS-ärenden till verksamhetssystemet Magna Cura har avslutats och samtliga ärenden har levererats till närarkiv i enlighet med regler för

arkivering, bevaring och gallring.

- Införandet av handläggning enligt individens behov i centrum, IBIC inom myndighetsavdelningen har pausats i avvaktan på införandet av nytt verksamhetssystem.
- Inom ramen för SAMLA pågår ett utvecklingsarbete i syfte att skapa ett bättre flöde med trygg och säker hemgång från slutenvård. Bland annat genom att genomföra fler SIP:ar i den enskildes hem.
- Under vissa perioder har handläggningstiden varit lång inom LSS. Orsaken är en alltmer större inflöde av ärenden samt att handläggningstiden blir utdragen då verksamheten inväntar på intyg om funktionshindrets varaktighet.

Planeringsavdelningen

- Vid utformandet av planen för systematisk kvalitetsuppföljning och granskning under 2021 har den rådande pandemin och de där medföljande behoven och förutsättningarna fått styra. Tanken med detta är att säkerställa en ändamålsenlig och relevant tillsyn med tydlig koppling de just nu rådande omständigheter.
- Det kan också konstaterats att delar av de planerade aktiviteterna kopplade till kvalitetsarbete inte genomfördes under 2020 och återstår att genomföra så snart möjligt. Verksamheten har ställt om och arbetat utifrån de förutsättningar som pandemin medfört. Värdefulla lärdomar och erfarenheter från 2020 utgör underlag för framtida utveckling av verksamheten.
- Covid-19 har påvisat brister i rutiner och arbetssätt vilket föranledde förvaltningen att i början av 2020 tillsätta en förvaltningsövergripande stabsgroup som arbetat separat med frågor kopplade till pandemin.

5 Viktiga framtidsfrågor

- Upphandling av ett nytt verksamhetssystem som fyller förvaltningens behov av en rättssäker process från ansökan till verkställighet. Verksamhetssystemet behöver också innefatta en modul med avvikelshantering. På så sätt kan kvalitetsarbetet i förvaltningen stärkas.
- Förvaltningens övergripande ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete är i behov av uppdatering. Arbetet har påbörjats under 2020 och ska fortgå under 2021. Fokus under året är bland annat att etablera en metod och modell för ett processorienterat arbetssätt samt att säkerställa och följa upp förvaltningens rutiner för hantering av avvikelser. Genom att ha ett väl fungerande kvalitetssystem säkerställs kvalitet och ekonomi.
- Vidare ska arbetet med verksamhetsstyrning och verksamhetsuppföljning fortsatt utvecklas och förstärkas. Som en del i arbetet pågår ett arbete med att tydliggöra och samordna förvaltningens uppföljning av kvalitetsfrågor med övrig verksamhetsuppföljning enligt styrmodellen. Dessutom kommer det digitala beslutsstödet Hypergene målstyrning att införas i syfte att underlätta och bidra till en bättre verksamhetsuppföljning och analys.
- Kvalitetskrav för avdelningarna för funktionsstöd (AFF) ska tas fram under 2021. Målet är att de ska tas fram tillsammans med verksamheten och för att underlätta det fortsatta kvalitetsarbetet. Planering pågår för att på sikt ta fram

motsvarande kvalitetskrav för Myndighetsavdelningen.

- Arbetet med kontaktmannaskap ska utvecklas så att Alingsås hemtjänst blir en föregångare till det lagförslag som ligger om en fast omvårdnadskontakt och förväntas träda i kraft 2022. Syftet är att bygga upp ett väl fungerande kontaktmannaskap där brukaren och deras anhöriga känner sig trygga.

6 Bilaga – resultat brukarbedömningar

6.1 Brukarbedömning Daglig verksamhet

Fråga	2018	2019	2020	2020 medel kommuner
Brukarbedömning daglig verksamhet LSS - Brukaren får bestämma om saker som är viktiga, andel (%)	87	82	79	73
Brukarbedömning daglig verksamhet LSS - Brukaren får den hjälp hen vill ha, andel (%)	87	87	87	86
Brukarbedömning daglig verksamhet LSS - Personalen bryr sig om brukaren, andel (%)	89	90	93	89
Brukarbedömning daglig verksamhet LSS - Personalen pratar så brukaren förstår, andel (%)	79	75	77	76
Brukarbedömning daglig verksamhet LSS - All personal förstår brukaren, andel (%)	78	81	81	77
Brukarbedömning daglig verksamhet LSS - Brukaren känner sig trygg med alla i personalen, andel (%)	84	82	84	83
Brukarbedömning daglig verksamhet LSS - Brukaren är aldrig rädd för något på sin dagliga verksamhet, andel (%)	69	64	76	73
Brukarbedömning daglig verksamhet LSS - Brukaren trivs alltid på sin dagliga verksamhet, andel (%)	89	86	91	83
Brukarbedömning daglig verksamhet LSS - Verksamheten är viktig för brukaren, andel (%)	87	84	87	83
Brukarbedömning daglig verksamhet LSS - Brukaren vet vem hen ska kontakta om något är dåligt, andel (%)	89	93	90	88
Brukarbedömning daglig verksamhet LSS, svarsfrekvens (%)			69	60
Brukarbedömning daglig verksamhet LSS, antal svar			140	76

6.2 Brukarbedömning LSS Gruppbostad

Fråga	2018	2019	2020	2020 medel kommuner
Brukarbedömning gruppbostad LSS - Brukaren får bestämma om saker som är viktiga hemma, andel (%)	78	79	69	77

Fråga	2018	2019	2020	2020 medel kommuner
Brukarbedömning gruppbofastad LSS - Brukaren får den hjälp hen vill ha, andel (%)	85	83	78	82
Brukarbedömning gruppbofastad LSS - Personalen pratar så brukaren förstår, andel (%)	63	65	58	69
Brukarbedömning gruppbofastad LSS - All personal förstår brukaren, andel (%)	65	71	70	69
Brukarbedömning gruppbofastad LSS - Personalen bryr sig om brukaren, andel (%)	77	83	80	83
Brukarbedömning gruppbofastad LSS - Brukaren känner sig trygg med alla i personalen, andel (%)	65	71	68	75
Brukarbedömning gruppbofastad LSS - Brukaren är aldrig rädd för något hemma, andel (%)	63	57	65	65
Brukarbedömning gruppbofastad LSS - Brukaren trivs alltid hemma, andel (%)	90	86	82	83
Brukarbedömning gruppbofastad LSS - Brukaren vet vem hen ska kontakta om något är dåligt hemma, andel (%)	83	90	82	85
Brukarbedömning gruppbofastad LSS, svarsfrekvens (%)			88,9	66,6
Brukarbedömning gruppbofastad LSS, antal svar			56	36

6.3 Brukarbedömning LSS Servicebostad

Fråga	2018	2019	2020	2020 medel kommuner
Brukarbedömning servicebostad LSS - Brukaren får bestämma om saker som är viktiga hemma, andel (%)	82	91	83	79
Brukarbedömning servicebostad LSS - Brukaren får den hjälp hen vill ha, andel (%)	77	72	73	76
Brukarbedömning servicebostad LSS - Personalen bryr sig om brukaren, andel (%)	88	89	86	81
Brukarbedömning servicebostad LSS - Personalen pratar så brukaren förstår, andel (%)	73	68	76	66
Brukarbedömning servicebostad LSS - All personal förstår brukaren, andel (%)	77	66	81	71
Brukarbedömning servicebostad LSS - Brukaren känner sig trygg med alla i personalen, andel (%)	72	75	65	67

Fråga	2018	2019	2020	2020 medel kommuner
Brukarbedömning servicebostad LSS - Brukaren trivs med alla i boendepersonalen, andel (%)	75	66	79	76
Brukarbedömning servicebostad LSS - Brukaren vet vem hen ska kontakta om något är dåligt hemma, andel (%)	92	91	91	82
Brukarbedömning servicebostad LSS, svarsfrekvens (%)			88,2	68,5
Brukarbedömning servicebostad LSS, antal svar			67	32

6.4 Brukarbedömning Personlig assistans

Fråga	2018	2019	2020	2020 medel kommuner
Brukarbedömning Personlig assistans - Brukaren har varit med och bestämt några av sina assistenter, andel (%)	46	50	25	54
Brukarbedömning Personlig assistans - Brukaren får den hjälp hen vill ha av assistenterna, andel (%)	86	100	100	92
Brukarbedömning Personlig assistans - Assistenterna bryr sig om brukaren, andel (%)	85	100	100	91
Brukarbedömning Personlig assistans - Alla assistenter pratar så brukaren förstår, andel (%)	86	50	88	82
Brukarbedömning Personlig assistans - Alla assistenter förstår brukaren, andel (%)	71	60	88	76
Brukarbedömning Personlig assistans - Brukaren känner sig trygg med alla sina assistenter, andel (%)	92	90	100	83
Brukarbedömning Personlig assistans - Brukaren kan göra det hen vill med hjälp av sina assistenter, andel (%)	64	70	75	76
Brukarbedömning Personlig assistans - Brukaren trivs med sina assistenter, andel (%)	93	90	100	84
Brukarbedömning Personlig assistans - Brukaren vet vem hen ska prata med om något fungerar dåligt med assistenterna, andel (%)	77	90	63	80
Brukarbedömning Personlig assistans, svarsfrekvens (%)			19	61,1
Brukarbedömning Personlig assistans, antal svar			8	11