

Kvalitetsberättelse 2021

Beslutande instans: Vård- och omsorgsnämnden

Datum för beslut: 2022-05-18 § 40

Diarienummer: 2022.096 VON

Innehåll

1. Inledning	1
2. Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete	1
3. Mål och krav	1
3.1. Lag och förordningar	2
3.2. Alingsås styrmodell.....	2
3.2.1 Nämndens budget	2
3.2.2 Kritiska verksamhetsfaktorer	3
3.2.3 Alingsås kvalitetsstrategi	3
3.3. Nämndens styrning.....	3
3.3.1 Kvalitetskrav	4
3.3.2 Processer, riktlinjer och rutiner	4
4. Verksamhetsstyrning och uppföljning	4
5. Covid-19	5
6. Processer och rutiner	5
6.1. Processororienterat arbetssätt.....	5
6.2. Effektiv och kvalitetssäkrad dokumenthantering av styrande dokument.....	6
6.3. Genomlysning och revidering av nämndens riktlinjer för beslut enligt SoL.....	6
6.4. Korttidsboendeprocessen	6
6.5. Ökat fokus på kontaktmannaskap och personkontinuitet inom hemtjänsten	7
6.6. Optimerad planering av hemtjänstinsatser.....	7
6.7. Demensprocessen	7
6.8. Intensifierat arbete med digitalisering och välfärdsteknik	7
6.9. Översyn och inventering av befintligt informationsmaterial om kommunens boende. 8	7
6.10. Biståndsbedömt trygghetsboende	8
6.11. Avvikelse i vårdsamverkan	8
6.12. Omställning till Nära Vård	8
7. Samverkan	8
8. Kunskapsbaserad verksamhet	9
9. Personal- och kompetensförsörjning	9
10. Riskanalys	10
11. Resultat av egenkontroll	10
11.1. Brukarundersökning funktionshinder	11
11.2. Synpunkter och klagomål	12
11.3. Mål och resultatstyrning.....	13
11.4. Internkontroll.....	14



11.5. Kritiska verksamhetsfaktorer	14
11.6. Kvalitetsgranskning	21
11.7. Avvikelser	22
11.8. Utvärdering av digitala inköp av dagligvaror inom hemtjänsten.....	25
11.9. Öppna jämförelser	26
11.10. Kommunens kvalitet i korthet KKIK.....	27
11.11. Utredningstiden för beslut om LSS-insats	28
11.12. Servicemätning via telefon och e-post	28
11.13. Tillsyn	29
12. Analys och utvecklingsområde	32
12.1. Självbestämmande och integritet.....	32
12.2. Helhetssyn och samordning	32
12.3. Trygghet och säkerhet	33
12.4. Kunskapsbaserad verksamhet	34
12.5. Tillgänglighet	34
12.6. Effektivitet.....	35
13. Bilagor	36

1. Inledning

Av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9), framgår att den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS bör upprätta en sammanhållen kvalitetsberättelse varje år.

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. Den sammanhållna kvalitetsberättelsen utgör också underlag för planering av nästkommande års kvalitetsarbete.

Kvalitetsberättelsen för vård- och omsorgsnämnden i Alingsås kommun redovisar det kvalitetsarbete som genomförts för verksamheterna på myndighet, äldreomsorg och funktionsstöd.

2. Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9) bildar tillsammans med Alingsås kommuns styrmodell grund för förvaltningens kvalitetsarbete.

Som styrande dokument för kvalitetsarbetet antog vård- och omsorgsnämnden 2014 Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete inom vård och äldreomsorg i Alingsås kommun. Sedan 2016 finns som en del av kommunens styrmodell "Kvalitetsstrategi för Alingsås".

Ledningssystemet fungerar som stöd för att planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten. Enligt bestämmelserna om ledningssystem för systematiska kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9) ska ledningssystemet bestå av de processer och rutiner som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet. Därtill ska den som bedriver socialtjänst arbeta med systematiskt förbättringsarbete genom riskanalyser, egenkontroll och hantering av avvikelser. Vidare ska arbetet med att utveckla och säkra verksamhetens kvalitet dokumenteras.

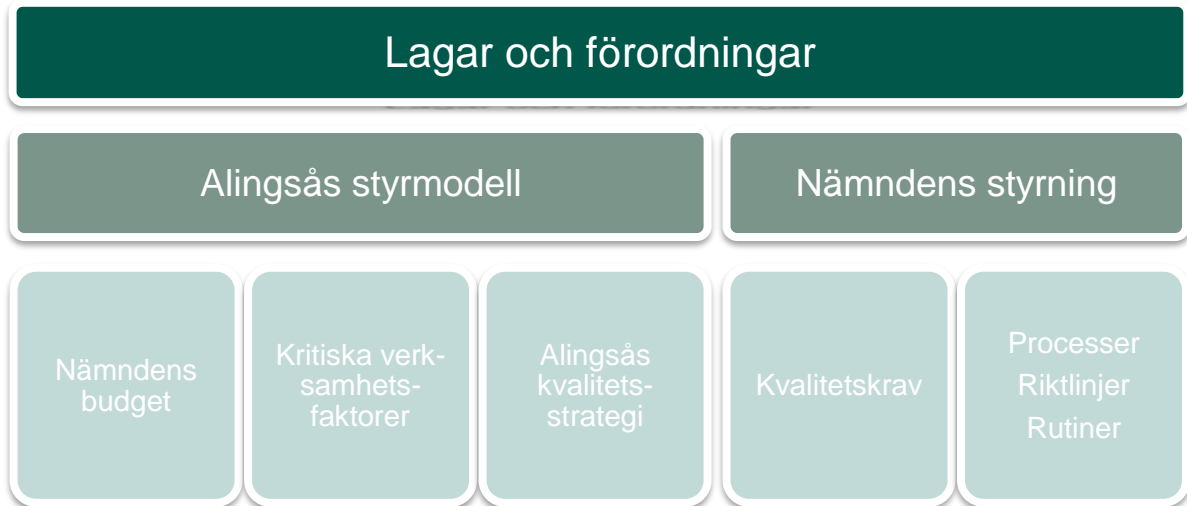
Under året har ett arbete med att uppdatera förvaltningens ledningssystem påbörjats. Fokus har varit att säkerställa att förvaltningen har ett processbaserat ledningssystem och att samordna förvaltningens uppföljning av kvalitetsfrågor med övrig verksamhetsuppföljning och styrmodellen.

3. Mål och krav

Kvalitet definieras i föreskrifterna om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9) som att en verksamhet uppfyller de krav och mål som gäller för verksamheten enligt lagar och andra föreskrifter om andra föreskrifter inom om hälso- och sjukvård, tandvård, socialtjänst och stöd och service till vissa funktionshindrade och beslut som har meddelats med stöd av sådana föreskrifter.

Utöver de mål och krav som anges i författningar och beslut för nämndens verksamhet ingår politiska mål och inriktningar om verksamhetens kvalitet som en del i ledningssystemet.

Verksamhetens mål och krav sammanfattas av nedanstående bild.



3.1. Lag och förordningar

Vård- och omsorgsnämnden fullgör kommunens uppgifter för sina målgrupper enligt socialtjänstlagen (2011:453), hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) samt vad som i övrigt i lag eller annan författning sägs om socialnämnd. Vård- och omsorgsnämnden fullgör också kommunens uppgifter enligt lag (1997:736) om färdtjänst, lag (1997:735) om riksfärdtjänst, lag (2018:222) om bostadsanpassningsbidrag, lag (1993:584) om medicintekniska produkter. Vård- och omsorgsnämnden utför också samtliga kommunens uppgifter enligt lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade

3.2. Alingsås styrmodell.

Styrmodellen består av tre delar mål- och resultatstyrning, kvalitetsstyrning och ekonomistyrning som tillsammans bildar kommunens styrsystem. Styrmodellen har sin utgångspunkt i kommunens gemensamma vision och värdegrund samt kommunen och dess verksamhetens grunduppdrag som regleras genom lagstiftning och nämndernas reglementen.

3.2.1 Nämndens budget

Utifrån kommunfullmäktiges budget och nämndens grunduppdrag ska nämnden årligen anta en budget i vilken nämnden inom ramen för styrmodellens mål- och resultatstyrning antar mål som ska bidra till att fullmäktiges prioriterade mål kan uppnås. Internkontrollplanen ingår som en del i nämndens budget.

3.2.2 Kritiska verksamhetsfaktorer

I enlighet med styrmodell och som en del av kvalitetsstyrningen identifierar och beslutar vård- och omsorgsförvaltningen årligen om kritiska verksamhetsfaktorer. En kritisk verksamhetsfaktor ringar in områden som är av särskild vikt för en god kvalitet i förvaltningens grunduppdrag och sorteras i fyra perspektiv; ekonomi, målgrupp, verksamhet och medarbetare. De kritiska verksamhetsfaktorer följs upp genom nyckeltal som mäter kvaliteten eller resultatuppfyllelsen.

Faktorerna är styrande för alla verksamheters utvecklings- och förbättringsarbete. För att kunna avgöra om ett mål är uppnått eller inte jämförs indikatorernas utveckling mot det uppsatta målet. Hänsyn tas till om indikatorn har utvecklats i rätt riktning utan att ha nått målsättningen fullt ut. Revideringen av de kritiska verksamhetsfaktorerna sker årligen i samband med genomförandet av nämndens övergripande väsentlighets- och riskanalys.

Förvaltningen redovisar uppföljningen av de kritiska verksamhetsfaktorerna inom perspektiven målgrupp och verksamhet till vård- och omsorgsnämnden i kvalitetsberättelsen och patientsäkerhetsberättelsen. Se avsnitt 11.4 Kritiska verksamhetsfaktorer.

3.2.3 Alingsås kvalitetsstrategi

Kvalitetsstrategin utgör kommunens gemensamma förhållningssätt i arbetet med kvalitet och resultat. Strategin sammanfattas i följande punkter:

- Invånaren i fokus
- Dialog och samarbete
- Engagerade och tydliga ledare
- Engagerade och delaktiga medarbetare
- Göra rätt saker på rätt sätt - processorienterat arbetssätt
- Resultatinriktat förbättringsarbete-Ständiga förbättringar
- Basera beslut på fakta

3.3. Nämndens styrning

Vård- och omsorgsnämnden har enligt bestämmelserna om ledningssystem för systematiska kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9) ansvaret för att det finns ett ledningssystem för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten i verksamheten. Som styrande dokument för kvalitetsarbetet antog vård- och omsorgsnämnden 2014 "Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete inom vård och äldreomsorg i Alingsås kommun".

Som en del av nämndens kvalitetsstyrning antar nämnden årligen en verksamhetsplan för systematisk kvalitetsuppföljning och granskning. Syftet med verksamhetsplanen är tydliggöra vad vård- och omsorgsnämnden avser att fokusera på i den systematiska kvalitetsuppföljningen och granskningen av verksamheten under året.

Förvaltningens övergripande strukturdocument "Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete inom vård och omsorg i Alingsås kommun" är i behov av revidering. Arbetet kommer att genomföras under 2022.

3.3.1 Kvalitetskrav

För att säkra verksamhetens kvalitet och patientsäkerhet har vård- och omsorgsnämnden antagit kvalitetskrav som anger en lägsta nivå för den vård och omsorg som ges. Kvalitetskraven omfattar all verksamhet, oavsett utförare, som arbetar på nämndens uppdrag och beskriver de grundläggande krav som ska uppfyllas. Kvalitetskrav finns specificerade för särskilt boende, hemtjänst samt hemsjukvård.

Kraven utgår från de områden som Socialstyrelsen har angett vara viktiga för att uppnå en god och säker vård och omsorg

- Säker vård och omsorg
- Självbestämmande och integritet
- Helhetssyn och samordning
- Trygghet och säkerhet • Kunskapsbaserad verksamhet
- Tillgänglighet och Effektivitet.

Under 2021 reviderades kvalitetskraven när det gjordes så utgick förvaltningen från SIS, Svenska institutet för standarder. Arbetet fortsätter under 2022, då även kvalitetskrav för LSS kommer tas fram.

3.3.2 Processer, riktlinjer och rutiner

Övergripande processer och styrdokument är grundläggande i nämndens systematiska kvalitetsarbete. Den som bedriver verksamhet ska bedöma vilka processer och rutiner som behövs för att säkra att verksamhetens kvalitet

4. Verksamhetsstyrning och uppföljning

Förvaltningens styrning mot att uppnå målen i nämndens mål- och resultatstyrning, samt kvalitetsstyrning sker genom att mål och kritiska verksamhetsfaktorerna bryts ner i chefs- och medarbetaröverenskommelse.

Det åligger respektive chef på underliggande nivå att analysera och följa upp mål och kritiska verksamhetsfaktorer för den egna verksamheten. Uppföljning av hur målen utvecklas sker två gånger per år i samband med delårs- och årsuppföljning.

Arbetet med verksamhetsrapportering och analys har utvecklats genom att beslutstödet Hypergene används i arbetet med mål- och kvalitetsstyrning. Berörda chefer har utbildats i det nya arbetssättet och förvaltnings specifika uppföljningsanvisningar har tagits fram under året.

För att ytterligare underlätta och bidra till en bättre verksamhetsrapportering och analys har förvaltningen under året omvärlds bevakat och undersökt möjligheterna att införa Hypergens applikationer för hemtjänstuppföljning och ledningssystem för kvalitet (SOSFS 2011:9).

Förvaltningens ekonomistyrning och ekonomiuppföljning har både reviderats och förstärkts under året. Utifrån uppdrag från nämnden om att säkerställa att den politiska viljan efterlevs med ökat fokus på ekonomistyrning så att nämndens verksamhet bedrivs på ett kostnadseffektivt sätt inom tilldelad ram.

5. Covid-19

Pandemin har påverkat vård- och omsorgsnämndens verksamhet under hela året. De första månaderna präglades av en hög smittspridning i verksamheten, vaccinationer och smittspårning. Förvaltningen införde en omfattande testning av personal och fortsatte det idoga arbetet med skyddsutrustning för att minska smittspridningen och lyckades. Tyvärr kom en ny virusvariant i slutet av året vilket medförde att en stor andel av personalen insjuknade. Andelen brukare som bar på viruset ökade, men de blev inte så sjuka som tidigare.

6. Processer och rutiner

Nedan redogörs för olika insatser och åtgärder som genomförts under året för att säkra och utveckla kvaliteten i nämndens processer och rutiner.

6.1. Processororienterat arbetssätt

För att säkerställa att nämnden har ett processbaserat kvalitets- och utvecklingsarbete, har förvaltningen under året påbörjat arbetet med att införa ett processororienterat arbetssätt. Under 2021 har förvaltningens kärnprocesser identifierats och fastställts och en projektplan för införandet har tagits fram och beslutats. Uppstart av projektet sker under våren 2022.

Vård- och omsorgsnämndens kärnprocesser:

- Socialtjänstprocessen Sol
- Socialtjänstprocessen LSS
- Kommunala hälso- och sjukvårdsprocessen.
- Färdtjänsthandläggningsprocessen
- Bostadsanspassningsprocessen

- Förebyggandeprocessen

6.2. Effektiv och kvalitetssäkrad dokumenthantering av styrande dokument.

Grundläggande för arbetet med verksamhets- och kvalitetsstyrning, samt för personalens medverkan i kvalitetsarbetet är att de riktlinjer och rutiner som behövs för att säkerställa verksamhetens kvalitet löpande tas fram, uppdateras och är lätta att hitta.

För att kvalitetssäkra och underlätta dokumenthanteringen av styrande dokument har revidering av förvaltningens riktlinjer för styrande dokument och en översyn av strukturen i dokumenthanteringssystemet Alfresco påbörjats under året. Fastställande och implementering av riktlinjerna kommer att ske under våren 2022.

6.3. Genomlysning och revidering av nämndens riktlinjer för beslut enligt SoL.

På uppdrag av nämnden genomfördes under våren med stöd av en konsult en genomlysning av processer och rutiner relaterade till biståndshandläggning. Med utgångspunkt i genomlysningens resultat antog vård- och omsorgsnämnden i juni 2021 reviderade riktlinjer för biståndshandläggning.

Därutöver pågår ett arbete med att ta fram tillhörande tillämpningsanvisningar. Arbetet har skett processinriktat av en extern konsult tillsammans med berörda biståndshandläggare.

Fokus i arbetet är att skapa ett enhetligt arbetssätt och tydliggöra ansvarsfördelning och samverkansstrukturer mellan myndighetsavdelningen och utförare. Tillämpningsanvisningar kommer att färdigställas 2022.

Därutöver är en extern genomlysning av myndighetsutövningen inom LSS är planerad. Förvaltningen fick ett uppdrag i budgeten att genomlysa riktlinjerna enligt LSS, men uppdraget kunde inte slutföras utan förvaltningen har fått ett förnyat uppdrag.

6.4. Korttidsboendeprocessen.

Under hösten genomfördes en omstrukturering av kommunens korttidsverksamhet, i syfte att tillskapa särskilda boendeplatser som uppfyller IVO:s (Inspektionen för vård och omsorg) krav. För att säkerställa kvaliteten i verksamheten har ett arbete med att kartlägga och utveckla korttidsprocessen påbörjats under året. En arbetsgrupp bestående av berörda avdelnings- och enhetschefer samt representanter inom yrkeskategorierna sjuksköterskor, arbetsterapeuter, fysioterapeuter och vård- och omsorgspersonal har arbetat fram en förvaltningsövergripande rutin för korttidsverksamheten. Även en rutin för uppföljning av korttidsplatserna har införts. Arbetet fortsätter under 2022 med att modellera och publicera korttidsprocessen i förvaltningens ledningssystem.

6.5. Ökat fokus på kontaktmannaskap och personkontinuitet inom hemtjänsten

Kontaktmannskapet inom hemtjänsten har utvecklats under året, i enlighet med kommande lag om fast vård- och omsorgskontakt i äldreomsorgen. Uppdraget har förtydligats och vikten av kontaktpersonens roll har lyfts fram. I kontaktpersonens uppdrag ingår bland annat att underlätta samarbetet mellan brukaren, närstående och omsorgspersonal. Kontaktpersonen ansvarar för att ta fram genomförandeplanen för att brukaren ska få en trygg, säker och individanpassad omsorg. Kontaktpersonen ska också arbeta för att tillgodose behovet av kontinuitet och samordning med övriga professioner.

6.6. Optimerad planering av hemtjänstinsatser.

För att optimera verksamhetens planering och säkerställa att beviljade insatser utförs har hemtjänsten under året implementerat TES planeringssystem tillsammans med ett nytt arbetssätt. Planeringssystemet möjliggör också en ökad planering med kontinuitet där kontaktpersonen utför merparten av besöken hos brukaren.

6.7. Demensprocessen

Inom ramen för projektet en ökad kvalitet och omsorg om person med demenssjukdom har en översyn av demensprocessen gjorts under året. Ett tvärprofessionellt demensteam har tillsatts och kommer att ta fram aktiviteter och höja kvaliteten för personer med demenssjukdom och deras anhöriga. Bland annat kommer fler medarbetare utbildas i BPSD-systemet samt i svenskt demenscentrums framtagna spetsutbildningskoncept Stjärnmärkt.

6.8. Intensifierat arbete med digitalisering och välfärdsteknik

Förvaltningen ökar sina ambitioner att byta ut för verksamheten vitala system samt införa digitala tekniker. Under året har en omstart av förvaltningens digitalisering startat upp tillsammans med KLK -It och KLK ekonomi. Arbetet leds av en extern konsult för att vägleda och snabba på förvaltningens digitala teknik.

Under 2021 har förvaltningen infört ett planeringsverktyg i hemtjänsten. Därutöver avslutade förvaltningen införandet av digital signering som nu finns i all verksamhet. Därtill har upphandling av ett nytt larmsystem påbörjats och förberedelse och planering för upphandling ett nytt verksamhetssystem har genomförts. Arbetet med upphandling, utbildning och implementering sträcker sig fram till 2024.

6.9. Översyn och inventering av befintligt informationsmaterial om kommunens boende.

Under året har en inventering och översyn av befintligt informationsmaterial om kommunens boende genomförts. Inom ramen för arbetet har en ny informationsstruktur för kommunens LSS boende på Alingsås intranät och webbplats tagits fram och beslutats.

Arbetet med att lägga upp informationen på kommunens webbplats kommer att ske under våren 2022.

6.10. Biståndsbedömt trygghetsboende

För att möta det ökade behovet av välfärdstjänster, bedriva en mer kostnadseffektiv verksamhet framåt och kunna erbjuda kommuninvånarna välfärdstjänster, som de är nöjda med fattade vård- och omsorgsnämnden under 2021 beslut om att införa biståndsbedömt trygghetsboende.

6.11. Avvikelser i vårdssamverkan

En läns-gemensam rutin med tillhörande IT-stöd (MedControl PRO) för avvikelshantering i vårdssamverkan har tagits fram. Förvaltning av rutinen samordnas via delregional vårdssamverkan. Implementering av riktlinjerna pågår och en lokal rutin har tagits fram.

6.12. Omställning till Nära Vård

Vård- och omsorgsförvaltningen har anställt en utvecklingsledare med inriktning Nära vård för att driva omställningen utifrån kommunens förutsättningar och behov. Utveckling av arbetssätt med hjälp av digital teknik såsom digital signering har påbörjats och dagverksamheten för äldre har arbetat med hälsofrämjande och förebyggande insatser.

7. Samverkan

Förvaltningens olika yrkeskategorier samverkar för en personcentrerad vård och omsorg genom teamsamverkan. I huvudsak arbetar teamen tillsammans med analys av avvikelser, riskförebyggande arbete i befintliga kvalitetsregister samt individuell samordning och uppföljning kring den enskilde. På grund av rådande restriktioner, hög smittspridning bland brukar och personal och periodvis en lägre bemanning har arbetet med teamsamverkan fått stå tillbaka under coronapandemin. De begränsade förutsättningarna att bedriva teamsamverkan har till viss del påverkat både antalet avvikelser och möjligheterna att upprätthålla arbetet med kvalitetsregister under året.

För att säkerställa en fungerande teamsamverkan har flera åtgärder vidtagits under hösten. Handlingsplaner har upprättats inom samtliga avdelningar och ett arbete med att se över och uppdatera avdelningarnas rutiner för teamsamverkan har påbörjats. Äldreboendeavdelningens rutiner för teamsamverkan har reviderats. Därutöver har kommun-gemensamma rutiner för digitala sekretessmöten tagits fram och implementeras.

Samverkan mellan vård- och omsorgsförvaltningen och socialförvaltningen sker genom regelbundna chefs-samverkansträffar på förvaltnings-, avdelnings- och enhetsnivå.

Utöver intern samverkan samverkar vård- och omsorgsnämnden på delregional nivå i SAMLA som är en närvårdssamverkan mellan vårdgivare i Alingsås och Lerums kommun. SAMLA arbetar övergripande inom områden som berör personer med insatser från både kommun och region oavsett ålder och diagnos.

Områden för samverkan är bland annat suicidprevention, SIP samordnad individuell plan, demensprocessen, avvikelser i samverkan, Mobil närvård och samverkan vid in- och utskrivningsprocessen.

Under året har SAMLA tagit fram nya delregionala tillämpningsanvisningar och samverkansrutiner för Demens och Proaktiv SIP vid demens, samt slutenvårdsprocessen i SAMLA. Vidare har en delregional handlingsplan för suicidprevention äldre beslutats där ett arbete med att utbilda instruktörer har påbörjats.

8. Kunskapsbaserad verksamhet

Nationella kvalitetsregister.

När det gäller användningen av nationella kvalitetsregister är förvaltningen ansluten till tre register:

- Senior Alert
- BPSD
- Palliativ registret.

Under slutet av året har berörda avdelningar upprättat handlingsplaner för att säkerställa att implementeringen av arbetssättet i de olika registerna fungerar.

IBIC (Individens behov i centrum)

IBIC är arbetssätt som ger stöd för stöd för både handläggare och utförare att beskriva och dokumentera uppgifter om individens behov, mål och resultat med gemensamt språk. IBIC ger också underlag för att kunna följa upp individens behov och resultat över tid. Resultatet från den individuella uppföljningen kan sammanställas på olika nivåer och ingå som underlag för verksamhetsuppföljning. De bidrar till utveckling av en kunskapsbaserad socialtjänst.

Förvaltningen har tidigare påbörjat implementering av Individens behov i centrum (IBIC). Arbetet pausades i avvaktan på införande av ett nytt verksamhetssystem som stödjer arbetssättet. Implementering av IBIC och ett nytt verksamhetssystem kommer att ske parallellt och arbetssättet med IBIC planeras att starta upp samtidigt som det nya verksamhetssystemet installeras.

9. Personal- och kompetensförsörjning

Förvaltningen har under året haft svårigheter att rekrytera erfaren legitimerad personal och undersköterskor. Möjligheten att rekrytera stödassistenter inom LSS boende har fungerat tillfredställande. Trots svårigheter att rekrytera undersköterskor har förvaltningen klarat av att bibehålla en hög andelen utbildad personal. Andelen stödassistenter och andelen undersköterskor ligger kvar på ungefär samma nivå 2021 som 2020 och är 83,9 procent respektive 91,7 procent.

För att möta det kommande rekryteringsbehovet samverkar förvaltningen kring långsiktig och strategisk kompetensförsörjning med Vård- och omsorgscollege och Göteborgsregionen. Förvaltningen deltar också i den statsfinansierade satsningen äldreomsorgslyftet. Inom ramen för satsningen har 50 medarbetare validerats till undersköterskor under året.

För att höja språkkompetensen har språkkrav vid rekrytering implementerats under året. Förvaltningen har även satsat på språkbudsutbildning där 18 språkbud utbildats och satsningen fortsätter under 2022.

Förvaltningen arbetar med att uppnå ett tydligt, aktivt och närvarande ledarskap, genom att chefer ges möjlighet att gå kommunens ledarutvecklingsprogram. Andelen chefer som har genomgått ledarskapsprogram är högre inom förvaltningens 2021 jämfört med 2020.

Inriktningen på de interna utbildningsinsatser som har arrangerats under året har fortsatt varit för hantering av coronapandemin. Det innebär att övrig intern utbildning och vidareutbildning även under 2021 till stora delar har fått stå tillbaka.

10. Riskanalys

Riskanalys är en obligatorisk del av det systematiska förbättringsarbetet som ska bedrivas enligt SOSFS 2011:9. Skyldigheten att analysera och avhjälpa påtagliga risker för allvarliga missförhållanden regleras även i bestämmelserna om Lex Sarah.

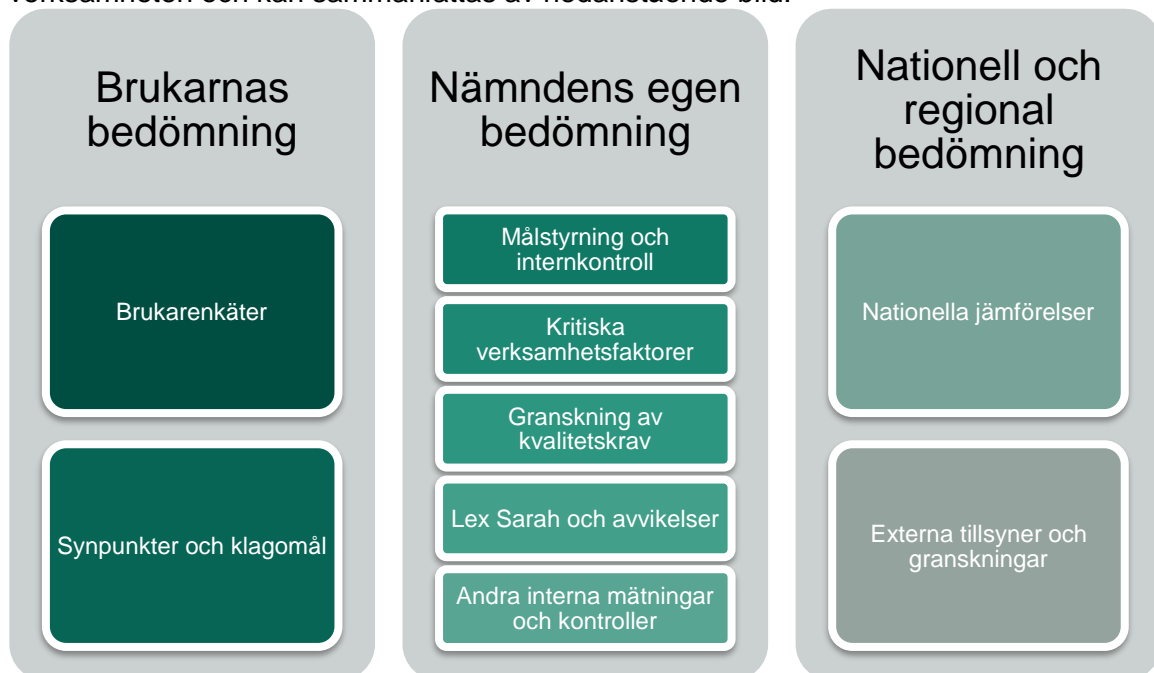
På strategisk nivå genomför vård- och omsorgsnämnden i den årliga budget- och planeringsprocessen en väsentlighets- och riskanalys som knyter ihop styrmodellen med den interna kontrollen. Nämndens väsentlighets- och riskanalys för 2021 innehöll sammanlagt 16 identifierade riskområden. Fyra riskområde hanterades under 2021 genom mål i vård- och omsorgsnämndens budget, sju riskområden som internkontrollpunkter och fem riskområden hanterades genom förvaltningens arbete med kritiska verksamhetsfaktorer.

För att minska sjukfrånvaron och minimera risken för smittspridning kopplat till Covid-19 har förvaltningens genomfört individuella riskbedömningar i de fall det varit aktuellt. Under hösten har befintliga riskbedömningar uppdaterats i syfte att säkerställa en säker övergång till succesivt minskade restriktioner från Folkhälsomyndigheten. Förvaltningens covidsamordnare har fortsatt arbetet med riktade tillsyner under året, samt löpande samordnat utbildningsinsatser.

11. Resultat av egenkontroll

Den som bedriver verksamhet ska utöva egenkontroll. Det innebär att systematiskt följa upp och utvärdera den egna verksamhetens resultat. Egenkontrollen innebär även att kontrollera att verksamheten bedrivs enligt de processer och rutiner som ingår i ledningssystemet.

Nämndens egenkontroll är en samlad analys av olika informationskällor om kvaliteten i verksamheten och kan sammanfattas av nedanstående bild.



11.1. Brukarundersökning funktionshinder

Alingsås kommun deltar sedan 2016 i SKR:S brukarundersökning inom funktionshinder inom områdena; Gruppbofastad LSS, Servicebofastad LSS, Daglig verksamhet och Personlig assistans.

Undersökningen genomförs med ett webbaserat verktyg för enkäter (Enkätfabriken) som är anpassat med ett bildstöd med pictogrambilder och uppläsning av frågor och svar. Frågorna kan besvaras på egen hand eller – vid behov – med hjälp av en frågeassistent.

Svarsfrekvensen i årets undersökning var 82 procent inom gruppbofastad LSS, 79 procent inom servicebofastad LSS, 76 procent inom daglig verksamhet. Svarsfrekvensen högre än den genomsnittliga svarsfrekvensen i riket för samtliga områden.

På grund av få svarande saknas data för personlig assistans. Kommunen ska ha minst 10 svarande för att svarsfrekvensen ska räknas ut.

Frågorna i undersökningen mäter: Inflytande, rätt stöd, kommunikation, förtroende för personal, omtanke, trygghet, trivsel och synpunkter. Undersökningen för daglig verksamhets innehåller också en fråga som mäter betydelse. Undersökningen för personlig assistans mäter valfrihet och frihet istället för inflytande och trygghet.

Resultatet visar bland annat att:

- Merparten av brukarna får bestämma saker som är viktiga och att brukaren får den hjälp hen vill ha. Störst inflytande har brukarna inom gruppbofastad LSS och mest nöjda med stödet är brukarna som har personlig assistans.

- 50 procent av brukarna som har personlig assistans har varit med och bestämt vilka som är deras assistenter.
- Högst förtroende för personalen och mest omtanke från personalen upplever brukarna inom daglig verksamhet.
- Kvinnor känner sig mer otrygga än män, särskilt inom gruppbostad LSS.
- 80 procent av brukarna inom daglig verksamhet tycker att verksamheten är viktig.
- Frågor om kommunikation och trygghet har sammantaget lägst resultat exkluderat personlig assistans. Där frågor om valfrihet och frihet får lägst resultat.
- Vid en jämförelse med andra kommuner placerar sig Alingsås kommun generellt bland de mittersta kommunerna.
- Inom verksamhetsområdena gruppbostad och servicebostad LSS ses positiv utveckling inom flertalet områden mellan åren 2020 och 2021. Medan det inom daglig verksamhet och personlig assistans är en spridning mellan upp och nedgångar inom de olika områdena jämfört med föregående år.

Underlaget i brukarundersökningen är en viktig del i verksamhetens utvecklings- och förbättringsarbete. Verksamheten har sedan starten av SKR:s nationella brukarundersökning haft en tydlig ansvarsfördelningen och upprättade rutiner för hur förbättringsarbetet utifrån undersökningen ska ske. Inom flera enheter involveras brukarna i förbättringsarbetet. Respektive enhetschef ansvarar för att analysera resultatet och vid behov vidta förbättringsåtgärder.

Resultatet i sin helhet redovisas i bilaga 3. Kvalitetsområdena trivsel och förtroende för personal beskrivs närmare i avsnittet 11.4 Kritiska verksamhetsfaktorer.

11.2. Synpunkter och klagomål

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 och klagomål kan lämnas till vård- och omsorgsförvaltningen via kommunens hemsida, skriftligt eller muntligt till någon anställd i förvaltningen och via e-post. 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 det krav och mål som verksamheten har enligt lagar och föreskrifter. Synpunkterna analyseras för att kunna se mönster och trender som indikerar brister i verksamheten.

	2021	2020	2019







Samtliga inkomna synpunkter inklusive klagomål och beröm.	63	140	52
---	----	-----	----

Under året har totalt 63 synpunkter inkommit, varav 62 klagomål och ett beröm.

- 15 klagomål och synpunkter avser införandet av kylda matlådor samt inköp från Mathem.
- Åtta klagomål handlar om fem olika verksamheter och tre klagomål berör arbetsförhållande och bemanning.
- Fem klagomål avser flytt av flexibel växelvård från Kvarnbacken till Ängabogården samt brist på information i samband med denna förändring.
- Ett klagomål har inkommit från patientnämnden och ett från IVO.
- Två klagomål handlar bilkörning inom hemtjänsten.
- Övriga klagomål och synpunkter avser bland annat bemötande, bristande insatser för den enskilde, bristande information, samverkan mellan olika huvudmän, brister i utförandet av insatser samt svårigheter att nå rätt personal.

11.3. Mål och resultatstyrning

Nedan sammanfattas vård- och omsorgsnämndens mål enligt dokumentet Vård- och omsorgsnämnden budget 2021–2023, § 83 2021.232 VON








Andelen nöjda brukare inom LSS som trivs hemma ska vara över riksgenomsnittet.	
Brukarnas nöjdhet med hemtjänst och särskilt boende ska vara över riksgenomsnittet.	
Andelen som tar kontakt med vård- och omsorgsförvaltningen via telefon och som får direkt svara på en enkel fråga ska öka.	
Andelen som skickar e-post till vård och omsorgsförvaltningen och som får svar på e-post inom en dag ska öka.	
Öka antalet platser på äldreboenden och inom LSS.	
Nettokostnadsavvikelsen ska minska mot 2019.	

Sammantaget visar resultatet vid årsuppföljningen att tre mål är uppfyllda och två mål är ej uppfyllda. Ett mål är ej utvärderat.

Nämnden slutredovisade uppföljningen av målen för 2021 i nämndens årsredovisning § 16 2022.026 VON vid nämndsammanträdet den 21 februari 2022.

11.4. Internkontroll

Årets interkontrollpunkter har varit:

Att biståndsbeslut inte fattas i enlighet med nämndens riktlinjer.	
Att omställning till digital teknik tar längre tid än beräknat.	
Att kostnader för köpta platser externt inte minskar.	
Att beslutade timmar inte stämmer överens med budget för arbetade timmar inom hemtjänst och personlig assistans.	
Att verksamheten inte är kostnadseffektiv.	
Att omställning utifrån politiska beslut tar längre tid än beräknat	
Att förvaltningen inte kan rekrytera personal i tillräcklig omfattning och med rätt kompetens	




Resultatet av kontrollerna visar att sex områden är genomförda utan anmärkning/med försumbar anmärkning och ett område med anmärkning.

Nämnden slutredovisade uppföljningen internkontrollplanen för 2021 i nämndens årsuppredovisning § 16 2022.026 VON vid nämndsammanträdet den 21 februari 2022.

11.5. Kritiska verksamhetsfaktorer

Nedan redovisas resultatet av uppföljningen av förvaltningens kritiska verksamhetsfaktorer inom perspektiven målgrupp och verksamhet:

För varje kritisk verksamhetsfaktor har en värdering gjorts i vilken grad varje enskild faktor har förverkligats under året som gått. Tanken är att detta ska ge signaler.

Värderingen av resultatet för respektive faktor görs med hjälp av signalfärgerna  grönt (det här är vi bra på),  gult (det här är vi inte tillräckligt bra på) och  (det här är vi inte bra på, åtgärder krävs).

De numrerade kvalitetsfaktorerna anger vad vi ska lyckas med för att uppnå god kvalitet i grunduppdraget inom perspektiven målgrupp och verksamhet. Under dessa beskrivs hur det har gått 2021 eller vid den senaste mätningen.

1. God kvalitet i hemtjänsten.

Brukarbedömning hemtjänst äldreomsorg - helhetssyn, andel (%)

Nyckeltal	Mål 2021	Utfall 2021	Utfall 2020	Utfall 2019
-----------	----------	-------------	-------------	-------------

Brukarbedömning hemtjänst äldreomsorg - helhetssyn, andel (%) (alla)	89%	-	95%	94%
--	-----	---	-----	-----

Undersökning av kvaliteten inom äldreomsorgen under 2021 är försenad. Resultatet presenteras i juni 2022.

Den senaste mätningen från 2020 visade att Äldres helhetsbedömning av kvaliteten inom hemtjänsten ökade från 94 procent år 2019 till 95 procent år 2020. Alingsås kommun ligger bättre till än genomsnittet för landets kommuner (88%, 2020). Skillnaden mellan män och kvinnor är marginell. Majoriteten av de områden som undersöks i mätningen hade ett oförändrat resultat jämfört med år 2019. Den sammantagna nöjdheten är något högre inom privat regi (95%) än inom egen regi (94%). Uppfattningen om kvaliteten i hemtjänsten har legat på en hög nivå sedan 2016 vilket visar på ett stabilt högt resultat.

Kvalitetsutvecklingsarbetet har fått stå tillbaka under både 2020 och 2021 på grund av coronapandemin. Det som har gjorts är att hemtjänsten för att säkerställa god kvalitet och öka kontinuiteten har utvecklat kontaktmannaskapet.

2. God kvalitet i särskilt boende i särskilt boende. ●

Brukarbedömning särskilt boende äldreomsorg - helhetssyn, andel (%)

Nyckeltal	Mål 2021	Utfall 2021	Utfall 2020	Utfall 2019
Brukarbedömning särskilt boende äldreomsorg - helhetssyn, andel (%) (alla)	82%	-	86%	88%

Undersökning av kvaliteten inom äldreomsorgen under 2021 är försenad och resultatet presenteras i juni 2022.

Resultatet från brukarbedömningen inom särskilt boende 2020 visade att bedömningen av särskilt boende utifrån en helhetssyn minskade något från 88 procent till 86 procent. Kvinnor var generellt mer nöjda än män. Resultatet för Alingsås kommun var högre än genomsnittet för landets kommuner (81%, 2020). Trots att resultatet för den sammantagna nöjdheten minskade visade resultatet på en positiv utveckling för flera av de områden som undersöks i mätningen. Exempelvis, att måltiderna ses som en trevlig stund och att aktiviteterna som erbjuds på boendet. Andelen som uppger att de besväras av ensamhet ökade dock mellan åren 2019 och 2020.

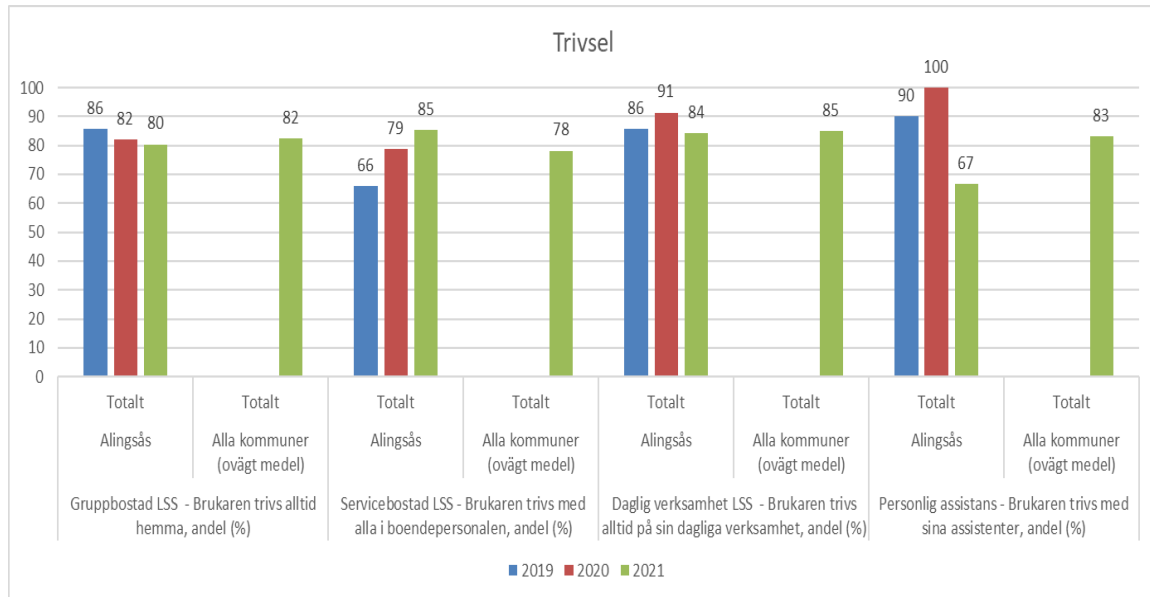
Den sammantagna nöjdheten var högre inom egen regi (88 procent) än inom privat regi (78 procent).

Med utgångspunkt i resultatet från tidigare års brukarundersökningar arbetar Äldreboendeavdelningen utifrån ett gemensamt mål för avdelningen. "En meningsfull vardag för dig". Det har bland annat lett till att ett nytt arbetssätt har införts, som innebär att

alla äldreboende erbjuder minst 14 aktiviteter per vecka. Dock har åtgärder i verksamheten med anledning av covid-19 periodvis begränsat genomförandet av sociala aktiviteter och istället har en omställning till individuella och anpassade gruppaktiviteter skett under pandemin. I takt med att verksamheten har öppnat upp har antalet gemensamma aktiviteter ökat igen och sedan hösten 2021 erbjuder verksamheten åter 14 aktiviteter per vecka.

God kvalitet inom LSS. 🌙

Trivsel och förtroende för personal inom LSS.

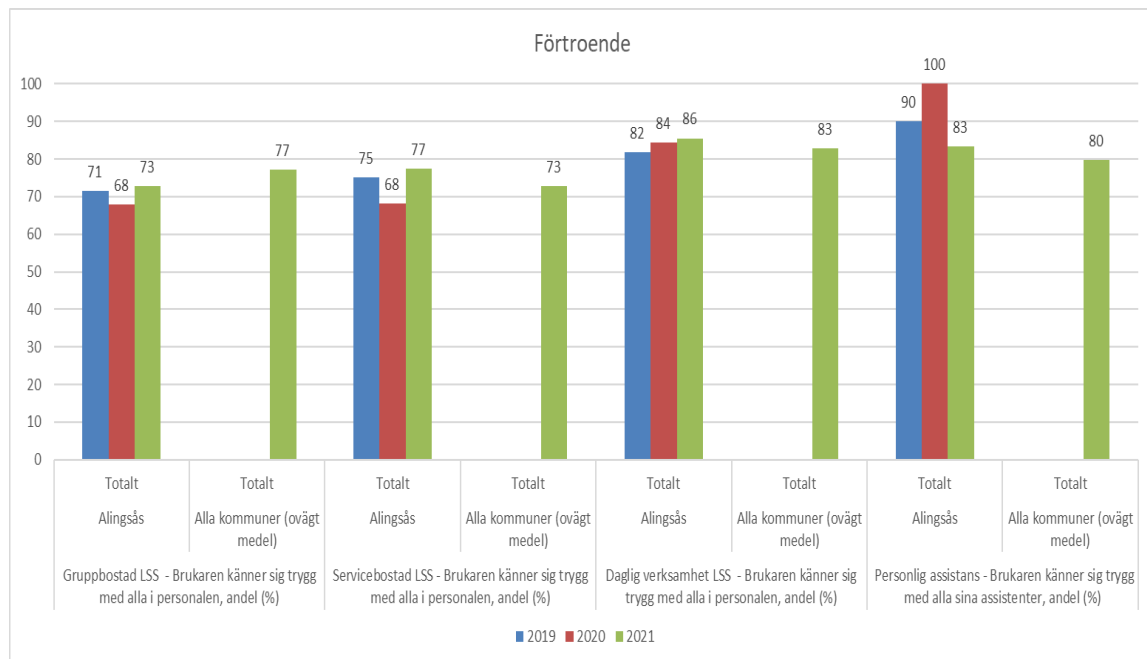


Trivseln ökade inom servicebostad LSS jämfört med föregående år, en minskning ses däremot inom övriga verksamhetsområden. Störst minskning ses inom personlig assistans.

Trivseln är generellt högre bland män än bland kvinnor, undantagen gruppbostad LSS där trivseln är högre bland kvinnor än bland män.

Resultatet för Alingsås kommun ligger högre än genomsnittet för riket inom området, servicebostad LSS.

Inom gruppbostad LSS och daglig verksamhet ligger resultat strax under genomsnittet för riket. Inom servicebostad LSS ses en positiv utveckling de senaste tre åren, till skillnad från gruppbostad LSS där en negativ utveckling för de senaste tre åren.



Förtroende för personalen är högre inom daglig verksamhet och personlig assistans än inom gruppbofastad LSS och servicebofastad LSS. Högst förtroende för personalen har brukare inom daglig verksamhet.

Vid en jämförelse mellan åren 2020 och 2021 ses en positiv utveckling för alla områden undantaget personlig assistans. Där förtroendet har minskat men fortsatt ligger kvar på en hög nivå.

Förtroende för personal är högre bland män än bland kvinnor inom servicebofastad LSS och personlig assistans. Inom gruppbofastad LSS och daglig verksamhet är förhållandet det omvända.

Vid en jämförelse med andra kommuner ligger Alingsås kommun över genomsnittet för riket inom området servicebofastad LSS, daglig verksamhet och i nivå med riket inom personlig assistans. Inom områdena gruppbofastad LSS ligger resultatet under genomsnittet för riket.

Åtgärder och anpassningar med anledning av coronapandemin bedöms till viss del ha påverkat resultatet under året. När det gäller personlig assistans innebär den låga svarsfrekvensen att det är svårt att dra några generella slutsatser av resultatet.

För att öka trivseln och förbättra kvaliteten i verksamheten arbetar verksamheten generellt med flera olika aktiviteter. Som exempel genomförs brukarråd och husmöten regelbundet där verksamheten bland annat arbetar med brukarfrågor kring exempelvis måltider, gemensamma aktiviteter och utflykter. Nämnden når inte upp till målsättning om att andel nöjda brukare som trivs hemma inom gruppbofastad LSS. Trivsel hemma för brukare inom gruppbofastad LSS är därför fortsatt ett prioriterat mål i vård- och omsorgsnämndens budget 2022–2024.

3. Alla avvikelser rapporteras och utreds. 🌕

För att säkerställa kvaliteten i arbetet med avvikelshantering följer förvaltningen sedan 2021 bland annat upp nyckeltalen andel avvikelser som har klassificerats av sjuksköterska och/eller enhetschef och andel avslutade utredningar.

Vid det senaste mättilfället (31 dec. 2021) var andelen klassificerade avvikelser 43 procent och andelen avslutade utredningar var 53 procent. Resultatet visar att det finns behov av fortsatt utvecklingsarbete.

Identifierade orsaker är bland annat att dokumentationen i avvikelshanteringssystemet har prioriterats ned pga. av hög arbetsbelastning under pandemin, att befintligt IT-stöd är svårhanterat, samt en otydlig roll och ansvarsfördelning i den interna processen.

Ett förbättringsarbete har påbörjats inom samtliga enheter där enheterna har kommit olika långt. Exempel på åtgärder som har vidtagits är ökad dialog och uppföljning av avvikelser inom förvaltningens ledningsgrupper, samt att MAS och SAS har bjudits in att delta i arbetet med att analysera och identifiera förbättringsområden inom avdelningarna.

För att tydliggöra ansvarsfördelning och roller, samt förbättra flödet i hanteringen av avvikelser har en revidering av förvaltningens riktlinje för rapporteringsskyldighet och hantering av händelser påbörjats under året. Implementering av den uppdaterade riktlinjen kommer att ske under 2022. Därutöver pågår upphandling av ett nytt IT-stöd för avvikelshantering.

Förvaltningens målsättning för 2022 är att andelens klassificerade avslutade utredningar ska uppgå till 95 procent.

4. Biståndsbeslut följs upp och omprövas.

Vid senaste mättilfället har 75 % procent av biståndsbesluten enligt SoL följts upp och omprövats inom angiven tidsram för uppföljning.

Periodvis har myndighetsavdelningen haft svårigheter att hinna genomföra uppföljningar i tid på grund av ett högt ärendeflöde som har medfört en hög arbetsbelastning. För att öka kvalitén och minska ärendebelastningen har antalet tjänster utökats. En enhetschef och en handläggare anställdes under året.

Förvaltningens målsättning för 2022 är att 90 % av biståndsbesluten ska följas upp och omprövas inom angiven tidsram för uppföljning.

5. Trygga och säkra sjukvård och omsorgsinsatser.

Nyckeltal	Utfall 2021	Utfall 2020	Utfall 2019
Antal avvikelser bemötande totalt	132	55	29

Utvecklingen av bemötandeavvikelser beskrivs närmare i avsnitt 11.7 Avvikelser.

Inom ramen för den kritiska verksamhetsfaktorn, trygga och säkra sjukvårds- och omsorgsinsatser, följs även fall och läkemedelsavvikelser upp. Dessa redovisas i vård- och omsorgsnämndens patientsäkerhetsberättelse.

Med anledning av det ökade antalet avvikelser gav vård- och omsorgsnämnden under hösten förvaltningen i uppdrag att ta fram och redovisa en åtgärdsplan. Utifrån nämndens uppdrag har samtliga avdelningschefer inom egen regin tagit fram och redovisat handlingsplaner.

11.6. Kvalitetsgranskning

Inom ramen för nämndens verksamhetsplan för systematisk kvalitetsgranskning och uppföljning 2021 granskades under året området "säker vård och omsorg". Granskningen genomfördes via en enkätundersökning som skickades ut till 10–15% procent av all personal som jobbar inom vård och omsorg såväl inom egen regi som privat regi. Utifrån resultatet identifierades prioriterade förbättringsområde för varje avdelning.

Resultatet sammanfattas av nedanstående bild.

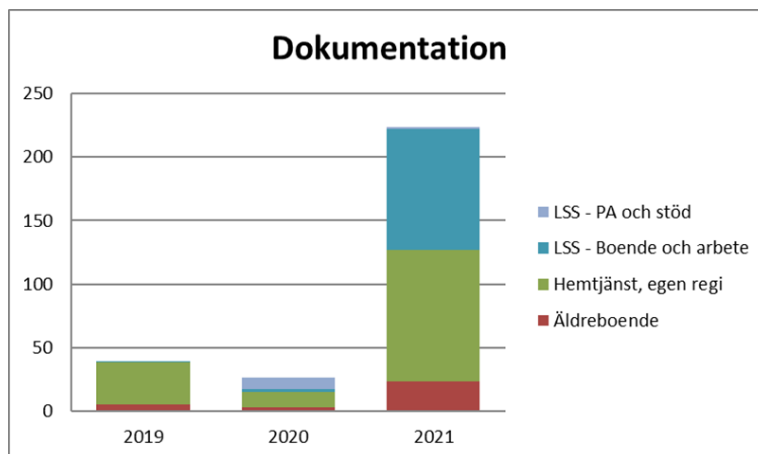
<i>Myndighetsavdelningen</i>
<ul style="list-style-type: none">• Beställningar som kommer från myndighetavdelningen ska vara tydliga och begripliga• Beställningar ska stämma väl överens med den enskildes behov
<i>Avdelning hemtjänst</i>
<ul style="list-style-type: none">• Teamsamverkan• Nödvändig kunskap om hjälpmedel• Kunskap om vad man gör om barn far illa /ohälsosamma förhållande• God kunskap om dokumentation• Grundläggande kunskaper/ god svenska i tal och skrift/fördjupande utbildningar
<i>Avdelning äldreboende</i>
<ul style="list-style-type: none">• Teamsamverkan• Hälsöfrämjande och förebyggande arbetssätt• Nödvändig kunskap om hjälpmedel• God kunskap om dokumentation• Grundläggande kunskaper/ god svenska i tal och skrift / fördjupande utbildningar
<i>Avdelning boende och arbete LSS</i>
<ul style="list-style-type: none">• Teamsamverkan• Hälsöfrämjande och förebyggande arbetssätt• Kunskap om basala hygienrutiner• Nödvändig kunskap om hjälpmedel• Grundläggande kunskaper/ god svenska i tal och skrift / fördjupande utbildningar
<i>Avdelning personlig assistans och stöd LSS</i>
<ul style="list-style-type: none">• Teamsamverkan• Delaktighet i när och hur vård- och omsorgsinsatser ska genomföras• Hälsöfrämjande och förebyggande arbetssätt• Identifiera vårdskada• Grundläggande kunskaper/ god svenska i tal och skrift / fördjupande utbildningar
<i>Privata utförare</i>

- Teamsamverkan
- Nödvändig kunskap om hjälpmedel
- kunskaper om vad man gör om barn far illa/ohälsosamma förhållanden
- God kunskap om dokumentation
- Grundläggande kunskaper/ god svenska i tal och skrift/fördjupande utbildningar

Med utgångspunkt i resultatet har respektive avdelningschef i egen regi och utförare inom privat regi tagit fram och redovisat en handlingsplan. Handlingsplanen kommer att följas upp under 2022.

11.7. Avvikelser

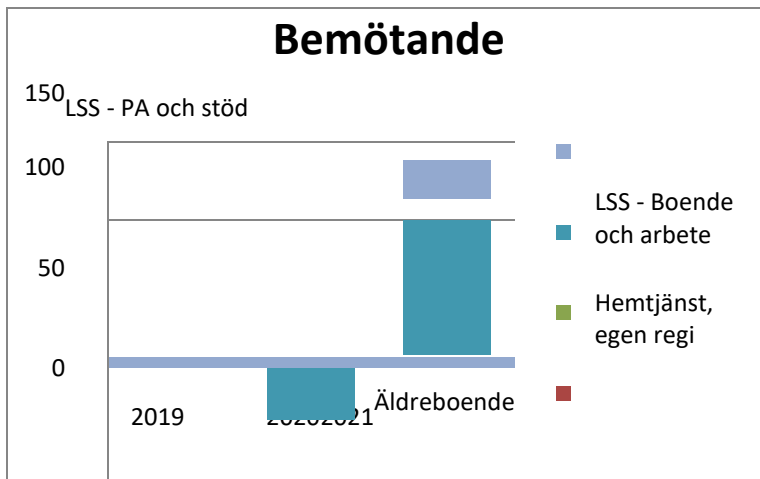
Dokumentation



Avvikelser gällande dokumentation handlar till allra största delen om beslut som inte omprövats i rätt tid eller som inte blivit omkodade till rätt område

Avvikelserna i dokumentation har ökat kraftigt under 2021. Största delen av ökningen gäller digital signering som inte har genomförts.

Bemötande



Avvikelse som rapporteras handlar om att personal uttrycker sig på ett olämpligt sätt, som upplevs kränkande av den enskilde.

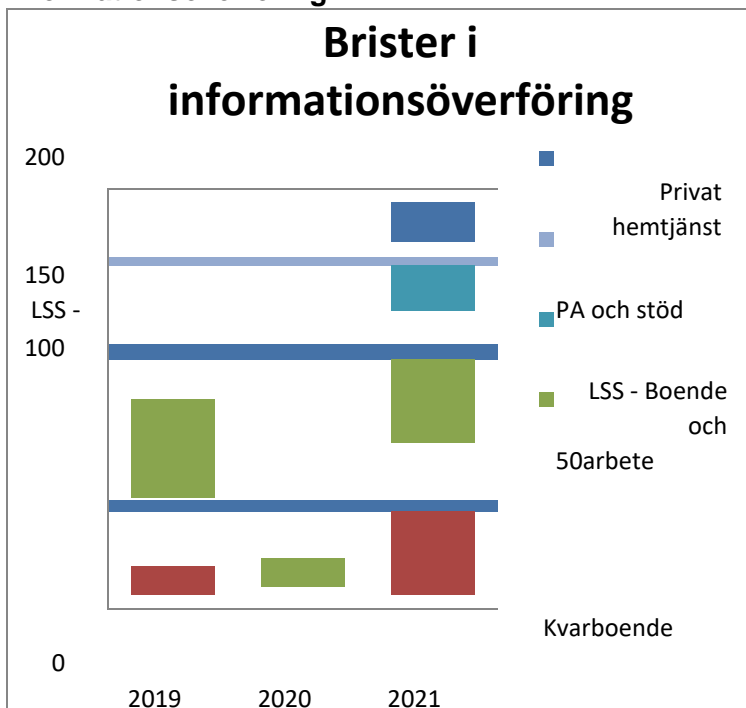
Hur de boende på demensboende bemöter varandra och personal, exempelvis kan de vara hotfulla i tal och agerande.

Hur de brukare som bor i Bostad med särskild service enligt LSS bemöter varandra och personal muntligt och fysiskt.

Inom daglig verksamhet handlar det om händelser som sker muntligt och fysiskt gentemot varandra och personal.

Vid kontakt med sjuksköterskor i brukarärenden upplever vårdpersonal inte alltid att de bemöts respektfullt.

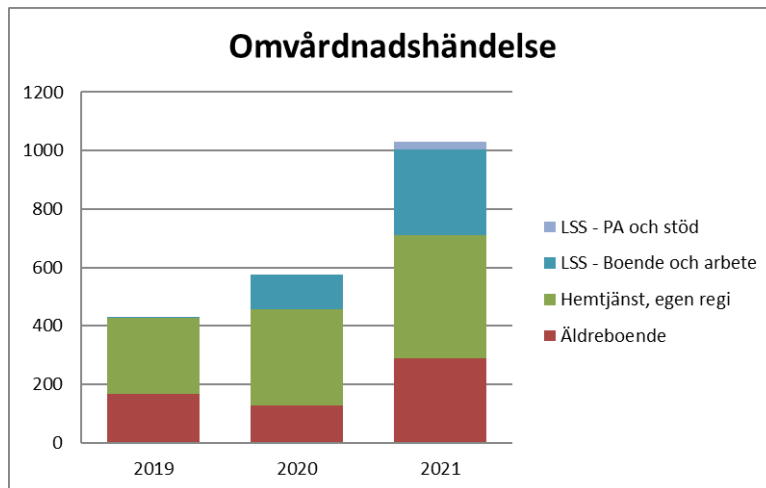
Informationsöverföring



Avvikelserna som rapporteras som brister i informationsöverföring handlar om brister i den interna kommunikationen mellan olika yrkeskategorier/arbetslag exempel på brister att brukare blivit missade i planeringen, nattpersonalen inte fått information om förändringar, brukare som kommit hem från sjukhus utan att alla i arbetslaget fått information. Interna beställningar som skickats fel, kodats fel.

Inom LSS handlar det bland annat om brister i kommunikation mellan boendet och daglig verksamhet, beställning av transporter och information om planerade aktiviteter.

Omvårdnadshändelser



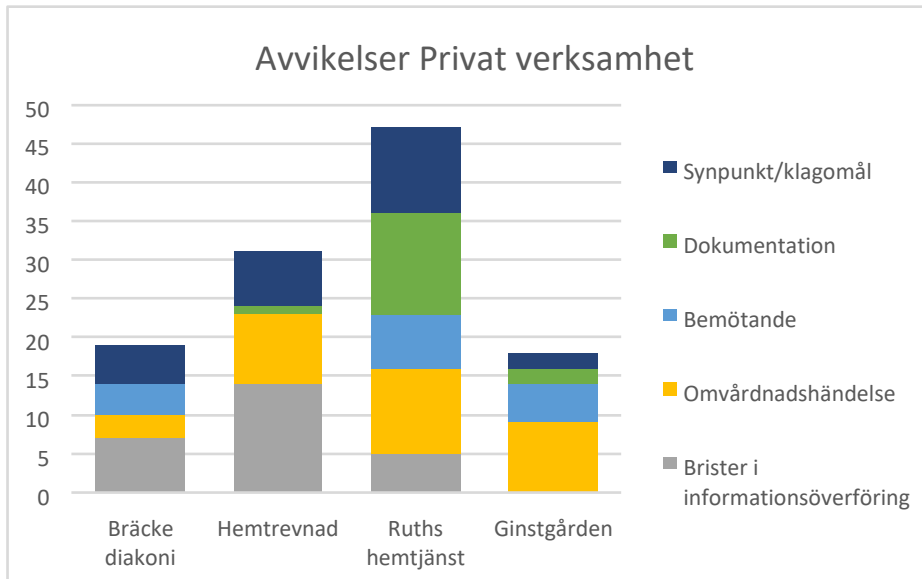
Omvårdnadshändelser som rapporterats är till övervägande delen insatser som inte blir utförda.

De insatser på äldreboende som har rapporterats som ej utförda är orsaken till största del personalbrist och tidsbrist.

De insatser i hemtjänst som rapporterats som ej utförda anges orsaken vara personalbrist, tidsbrist eller att insatser har glömts bort eller saknats i planeringen.

De insatser inom LSS som rapporterats beror ofta på att planerade insatser inte utförts och att personalen inte jobbat utifrån de bemötandestrategier som finns framtagna för brukarna.

Avvikelser Privata verksamhet



Externa utförare har egna rutiner för avvikelshantering som beskrivs i respektive ledningssystem. Hemtjänstutförare ansvarar inte för hälso- och sjukvård och rapporterar därför avvikelser om läkemedel och fall till vård- och omsorgsförvaltningen i verksamhetssystem. Varje kvartal rapporteras antal avvikelser in till Alingsås kommun.

Antalet avvikelser bör sättas i proportion till antalet brukare som de ansvarar för. Det finns en rimlighet i att de som har mindre antal brukare även har ett färre antal avvikelser.

Ginstgården (äldreboende som drivs av Bräcke Diakoni) har eget hälso- och sjukvårdsansvar och redovisar därför inte avvikelser som detta område till förvaltningen.

Lex Sarah

Under året har en händelse rapporterats enligt Lex Sarah. Vidtagna åtgärder i ärendet redovisas i avsnitt 11.3 Tillsyn under tillsynsärende 3.

Avslut av privat hemtjänstutförare.

Sedan februari 2019 krävs det tillstånd från IVO för att kunna bedriva hemtjänstverksamhet privat. Av de fyra aktiva hemtjänstföretagen så fick tre av dessa sina tillstånd godkända under 2019. 24 H Vård och omsorg blev inte godkända och överklagade avslagsbeslutet. I väntan på beslut fortsatte de sin verksamhet och utförde hemtjänstinsatser utifrån uppdrag från myndighetsavdelningen. Beslut om avslag kom 20 november 2021 och 24H Vård och omsorg fick i uppdrag av IVO att avsluta verksamheten till 2021-12-31.

Företaget hade vid avslutet fem kunder som med hjälp av myndighetsavdelningen gjorde val av ny utförare för fortsatta insatser.

11.8. Utvärdering av digitala inköp av dagligvaror inom hemtjänsten.

Under året har förvaltningen på uppdrag av vård- och omsorgsnämnden utvärderat införandet av digitala inköp av dagligvaror.

Utvärderingen omfattar perioden 2020-06-01 – 2021-05-31 och redovisades till vård- och omsorgsnämnden vid nämndsammanträdet den 27 september.

Utvärderingen genomfördes genom granskning och analys av inkomna klagomål och synpunkter till förvaltningen, samt statistik från Mathem kundtjänst. Totalt granskades 49 synpunkter och klagomål. Frågorna belyser kundnöjdheten avseende såväl service och lätthet att beställa och kvalitén på beställda och levererade varor.

Sammantaget visade resultatet av utvärderingen att kunderna till största delen är nöjda.

Coronapandemin har påverkat implementeringen av digitala inköp. För att minska risken för smittspridning har hemtjänstpersonal utfört delar av Mathems åtaganden.

Förvaltningen konstaterade att antalet brukare med insatsen inköp har minskat sedan införandet av digitala inköp. Från 612 personer i juni 2020 till 488 personer i maj 2021. Orsaken är bland annat att fler får hjälp av närstående att utföra inköp antingen digitalt eller fysiskt. Det finns brukare som själva klarar av att göra sina inköp digitalt och därför inte längre har behov av insatsen. Hur stor del av förändringen som kan hänföras till pandemin och hur stor del som kan hänföras till införandet av digitala inköp är svårt att bedöma.

11.9. Öppna jämförelser

Öppna jämförelser jämför kommunerna utifrån enkätfrågor som speglar kommunernas förutsättningar för god kvalitet och att uppnå kvalitet när det gäller kvalitetsområdena; Tillgänglighet, helhetssyn och samordning, kunskapsbaserad verksamhet, självbestämmande och integritet och trygghet och säkerhet.

2021 deltog socialnämnden i Alingsås kommun i Öppna jämförelser inom områdena; *Äldreomsorg, Funktionsstöd, Kommunal hälso- och sjukvård och krisberedskap* (Resultatet för undersökningen Kommunal hälso- och sjukvård redovisas i vård- och omsorgsnämndens patientsäkerhetsberättelse)

Äldreomsorgen i Alingsås kommun uppfyller de framtagna indikatorerna inom områdena *tillgänglighet* och *helhetssyn och samordning*. Områden som visar ett lägre resultat är *kunskapsbaserad verksamhet* och *trygghet och säkerhet*. Efterfrågade förutsättningar som saknas är bland annat användning av ett systematiskt arbetssätt vid utredning och uppföljning med stöd av IBIC (Individens behov i centrum), genomförande av systematisk uppföljning på gruppnivå och aktuell rutin för att inte röja skyddade personuppgifter. Vidare garanterar inte kommunen kontakt eller inställelse inom en viss tid efter att brukaren larmat.

Funktionsstöd i Alingsås kommun uppfyller i stora delar de framtagna kvalitetsindikatorerna för områdena *tillgänglighet, självbestämmande och integritet och trygghet och säkerhet*. Områden som visar ett lägre resultat är *helhetssyn och samordning* och *kunskapsbaserad verksamhet*. Framförallt visar resultatet på brister när det gäller uppföljning av rutiner för samverkan. Det som också saknas är användande av standardiserade bedömningsmetoder, genomförande av systematisk uppföljning på gruppnivå och aktuell rutin för att inte röja skyddade personuppgifter.

Resultatet gällande krisberedskap visar på att vård- och omsorgsförvaltningen i stora delar uppfyller de efterfrågade kvalitetsindikatorerna inom områdena; kontinuitetsplaner för särskilt sårbara grupper, krisberedskap ingår som en del i upphandlingen, samt att det

finns beredskapsplaner för höga temperaturer för särskilt sårbara grupper. Ett område som visar på ett lägre resultat är evakueringsplaner för särskilt sårbara grupper.

Stöd för systematisk uppföljning på gruppnivå och tillgång till evakueringsplaner är två utvecklingsområden som delas med flera kommuner i landet.

11.10. Kommunens kvalitet i korthet KKIK

Kommunens kvalitet i korthet är ett nationellt projekt med cirka 260 deltagande kommuner. Genom projektet redovisas och jämförs kommunens resultat inom områden som är av stort intresse för invånarna. måtten inom KKik uppdelat på de tre olika områdena

- Barn och unga
- Stöd och omsorg
- Samhälle och miljö.

I detta avsnitt redovisas resultatet för måtten väntetid i särskilt boende, personalkontinuitet i hemtjänsten och kvalitetsaspekter inom särskilt boende.

Resultatet för samtliga mått finns på www.skr.se/KKIK.

Nyckeltal	2019	2020	2021	Alla kommuner
Väntetid i antal dagar från ansökningsdatum till första erbjudandet om inflyttning till särskilt boende, medelvärde	-	88	49	44
- män (%)	-	85	47	42
- kvinnor (%)	-	90	50	44
Personalkontinuitet, antal personer som en hemtjänsttagare möter under 14 dagar, medelvärde	-	16	14	16
- män (%)	-	16	14	16
- kvinnor (%)	-	16	14	16
Kvalitetsaspekter särskilt boende äldreomsorg (%) av maxpoäng	80	84	80	51

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.

Minskad väntetid till äldreboende.

Väntetiden för att bli erbjuden inflyttning på särskilt boende minskade mellan åren 2020 och 2021, både i Alingsås och i genomsnittet för riket. Alingsås kommun befinner sig nu på en nivå strax över genomsnittet för alla kommuner. Anledningarna är fler boendeplatser och färre ansökningar till särskilt boende under året. De lägre antalet ansökningarna kan till största delen förklaras av coronapandemin.

Ökad personalkontinuitet i hemtjänsten.

Resultat visar på en ökad personalkontinuitet inom hemtjänsten. Alingsås kommun befinner sig bland de 25 procent av kommunerna där en hemtjänsttagare möter minst antal personer under en 14-dagarsperiod. Noterbart i sammanhanget är att måttet visar på hur

många personer som en person med omfattande hemtjänstbehov möter under en period om 14 dagar, som har hemtjänst flera gånger per dag och alla dagar i veckan. Ett ökat fokus på kontakmannaskapet och personalkontinuitet tillsammans med optimerad planering inom hemtjänsten bedöms ha påverkat resultatet.

Utbudet av kvalitetsaspekter inom äldreboende håller en hög nivå.

Det utbud av kvalitetsaspekter som erbjuds äldre inom särskilt boende håller en hög nivå i Alingsås och har de senaste tre åren varit bland de 25 procent av kommunerna med högst resultat inom området. Kvalitetsaspekter som ingår i måttet är till exempel att boendet erbjuder minst en organiserad aktivitet per dag under helgen och erbjudande om daglig utevistelse. Det finns dock större variationer mellan olika boendeenheter.

11.11. Utredningstiden för beslut om LSS-insats

Nyckeltal	2019	2020	2021	Alla kommuner
Utredningstid i antal dagar från ansökan till beslut om LSS-insats (alla insatser), medelvärde	-	62	76	45
-kvinnor			74	45
-män			77	46

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

Antal dagar i genomsnitt från ansökan till beslut om LSS insats är 76 dagar, vilket är en ökning med 14 dagar jämfört med 2020. Alingsås kommun befinner sig bland de 25 % kommuner med lägst resultat. Utredningstiden är i genomsnitt 3 dagar längre för män än för kvinnor. Källa: Kolada (U28414)

11.12. Servicemätning via telefon och e-post.

Servicemätningen via telefon och e-post genomförs av externt företag (Profitel). Mätningens syfte är att ta reda på i vilken omfattning och med vilken kvalitet kommunerna svarar på de frågor som ställs.

Nyckeltal	2021	2020	2019	Alingsås kommun 2021
Andel som tar kontakt med kommunen via telefon som får ett direkt svar på en enkel fråga, funktionshinder (handikapp) (%)	33%	50%	0%	67 %
Andel som tar kontakt med kommunen via telefon som får ett direkt svar på en enkel fråga, äldre (%)	33%	67%	50%	

Andel som får svar på e-post inom en dag, funktionshinder (handikapp) (%)	100%	83%	50%	67%
Andel som får svar på e-post inom en dag, äldre (%)	92%	67%	83%	

Andelen som tar kontakt via telefon och som får ett direkt svar på en enkel fråga har minskat både inom funktionshinder och äldreomsorg jämfört med föregående år. Resultatet ligger är lägre än resultatet för Alingsås kommun.

Verksamheten arbetar aktivt för att ha en hög tillgänglighet via telefon. Bland annat genom att säkerställa att aktuella kontaktuppgifter finns tillgängliga i växeln, att det finns funktioner som alltid kan besvara inkommande samtal samt att hänvisning sker vid frånvaro. Trots det indikerar mätningen på en låg tillgänglighet via telefon. Vilket medför behov av fortsatt kartläggning och analys inom förvaltningen i syfte att kunna införa åtgärder som ger effekt.

Andelen som får svar på e-post inom en dag har ökat inom både funktionshinder och äldreomsorg jämfört med föregående år. Resultaten ligger över målvärdet och är högre än resultatet för Alingsås kommun.

Resultatet indikerar att det finns en ökad medvetenhet om kommunens policy för hantering av e-post och att den hög utsträckning efterföljs.

11.13. Tillsyn

IVO har under 2021 utfört tre tillsyner av vård och omsorgsverksamheter

Tillsyn 1

Ivo inledde tillsyn efter en anonym anmälan. Då det inte var specificerat vilket boende ärendet rörde så har IVO gjort en generell bedömning av hur Alingsås kommun använder kodlås samt granskning av nattbemanning på demensenheter. *Kodlås på enheter avsedda för personer med demenssjukdom*

IVO bedömde att de kodlås som används nattetid inte anses vara en form av tvångs- och begränsningsåtgärd, så länge personal finns på enheten och utan dröjsmål kan bistå brukaren med stöd och hjälp.

Bemanning på demensenheter i Alingsås kommun

IVO konstaterar att enheterna är bemannade med en personal per enhet nattetid, vilket generellt sett anses vara tillräckligt. Det är dock viktigt att bemanningen anpassas utifrån brukarnas behov och en sådan utvärdering behöver göras kontinuerligt.

Inspektionen för vård och omsorg (IVO9 har inte uppmärksammat några brister inom de områden som tillsynen omfattat.

Beslut

IVO avslutar därför ärendet.

Tillsyn 2

IVO hade som regeringsuppdrag att följa upp Socialstyrelsens föreskrifter om besök (HSLF-FS 2020:46) på särskilda boendeformer för äldre under pandemin. Syftet var att ta reda på hur smittsäkra besök har kunnat genomföras på boendena efter den 1 oktober 2020 (när det nationella besöksförbudet togs bort).

Tillsynen avsåg tidsperioden 1 oktober 2020 till och med 13 augusti 2021 och avsåg även eventuell förekomst av begränsningar av besök eller förbud mot besök till boende.

IVO genomförde tillsynen genom enkätfrågor till chef, personal och närstående vid ett särskilt boende i Alingsås kommun.

Utifrån enkätsvaren så finner IVO att varken ansvarig chef eller samtlig personal på det särskilda boendet har haft kännedom om nämndens besöksrutiner. IVO menar därmed att de olika svaren som inkommit till IVO om hur det särskilda boendet har arbetat med att ordna smittsäkra besök efter att det nationella besöksförbudet togs bort den 1 oktober 2020 tyder på att verksamheten inte till fullo har bedrivits i enlighet med bestämmelser i HSLF-FS 2020:46 vilket är en brist.

Beslut

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) avslutar ärendet men påtalar följande brist:

- Verksamheten har inte bedrivits enlighet med bestämmelser i ovan nämnda föreskrift.

IVO vidtar i nuläget inga ytterligare åtgärder med anledning av bristen men förutsätter att nämnden vidtar adekvata åtgärder för att komma till rätta med denna.

Nämnden har vidtagit åtgärder genom att samtliga enhetschefer inom avdelning äldreboende har informerats om och gått igenom gällande besöksrutiner, i syfte att säkerställa att omvårdnadspersonal har kunskap om rutinerna.

Tillsyn 3

Bakgrunden till tillsynen är ett klagomål från en enskild person som rör restriktioner i samband med Covid-19 som, enligt uppgift, har haft betydande påverkan på den enskildes psykiska mående.

Enligt beslut från IVO har nämnden brustit när det gäller:

- Nämnden har vidtagit tvångs- och begränsningsåtgärder mot den enskilde.
- Det finns brister i följsamhet till bestämmelserna om lex Sarah.

IVO begär en redovisning från nämnden som beskriver vilka åtgärder som har vidtagits samt planerar att vidta för att komma till rätta med bristerna samt hur nämnden säkerställer att bristerna inte upprepas.

Nämnden har vidtagit följande åtgärder:

- Det har genomförts uppföljningsmöten med anställda på den aktuella enheten. Syftet har varit att klargöra vilket ansvar personal har utifrån olika roller.
- Dokumentationen kring den enskilde har granskats av verksamheten och ansvariga på enheten har fått i uppgift att komplettera dokumentationen kring den enskilde utifrån gällande rutiner.
- I rutiner gällande Covid-19 beskrivs det att när en person är misstänkt eller bekräftad smittad eller vid screening, bör den som är exponerad äta på rummet och inte delta i sociala aktiviteter de första 7 dagarna men kan mobiliseras utanför rummet under kontrollerade former (undvika nära möten). Det går utmärkt att vistas utomhus.
- En handlingsplan ska upprättas och dokumenteras i brukarens journal där det tydligt beskrivs vad som gäller för den enskilde när den är misstänkt smittad eller ingår i en screening. Det är enhetschefens ansvar att handlingsplanen upprättas samt att all personal informeras om vilka risker och rutiner som gäller hos brukaren.
- Professioner som är involverade i den enskildes vård och omsorg ska samverka och handlingsplaner som beskriver olika scenarier som kan uppstå upprättas. Handlingsplaner ska vara dokumenterade. Om det finns behov av en SIP ska den som ser behovet kalla till detta.
- I den systematiska kvalitetsgranskningen som genomfördes 2021 uppmärksammades att det finns brister i hanteringen av avvikelser. Samtliga avdelningar inom nämndens ansvarsområde har fått i uppdrag att genomföra ett förbättringsarbete inom detta område.
- Anställda i aktuell verksamhet ska få en uppdatering av gällande rutiner för hur synpunkter och klagomål hanteras.
- Alla anställda i aktuell verksamhet kommer att få en uppdatering av rutinen gällande lex Sarah.

Nämnden kommer att vidta följande åtgärder:

- Riktlinje för avvikelser (händelser) kommer att uppdateras med syfte att förtydliga roller och ansvar samt att händelser snarast ska utredas.
- Genomgång samt eventuell justering av gällande riktlinje för dokumentation med syfte att förtydliga roller och ansvar.
- Systematisk kvalitetsgranskning av dokumentation ska genomföras under 2022 i all verksamhet. Detta kommer att genomföras med hjälp av kollegial granskning samt genom att SAS/MAS/MAR kommer att utifrån en given struktur granska ett antal slumpmässigt utvalda journaler.

IVO har bedömt att nämnden har vidtagit nödvändiga åtgärder och har avslutat ärendet.

12. Analys och utvecklingsområde

Året har till stora delar har kännetecknats av coronapandemin och ett ökat fokus på ekonomistyrning. Trots det visar underlaget och resultatet i kvalitetsberättelsen på att ett intensifierat och fokuserat kvalitetsarbete har påbörjats under hösten. Fokus i arbetet har varit att starta upp och återuppta utvecklingsarbeten som har varit pausade under pandemin, samt att omhänderta kvalitetsbrister som har uppkommit på grund av att arbetet med förebyggande riskarbete och intern samverkan till viss del har fått stå tillbaka.

Sammantaget visar kvalitetsberättelsen att förvaltningens arbete med att etablera ett processbaserat ledningssystem har startat upp. Arbetet med digitalisering och välfärdsteknik har intensifierats och förstärkts. Fler boendeplatser har tillskapats och väntetiden till särskilt boende för äldre minskade under året. Därtill har ett arbete med att se över och kvalitetssäkra korttidsprocessen påbörjats. Demensprocessen har vidareutvecklats både på lokal och delregional nivå. Handlingsplaner har upprättats utifrån årets kvalitetsgranskning om säker vård- och omsorg. Därutöver har samtliga avdelningar tagit fram handlings- och åtgärdsplaner både i syfte att minska antalet avvikelser och för att säkerställa ett fungerande arbetssätt i befintliga kvalitetsregister och med avvikelshantering.

Andelen som är nöjda med sin hemtjänst och inom kommunens boende för äldre är i den senaste mätningen bland de nöjdaste i landet. När det gäller brukarnas bedömning av kvaliteten inom LSS återfinns Alingsås generellt bland de mittersta kommunerna.

Vid analys och identifiering av förvaltningens utvecklingsområden har de områden som socialstyrelsen och Sveriges kommuner och landsting tagit fram för "God vård" varit vägledande.

12.1. Självbestämmande och integritet

Med självbestämmande och integritet menas att den enskilde är delaktig, har inflytande och ges möjlighet till egna val.

Resultatet i brukarundersökningar visar att brukarna i hög grad upplever sig delaktiga och har inflytande i kontakten med äldreomsorgen, dvs att personalen tar hänsyn till brukarens åsikter och önskemål. Det är också en stor andel av brukarna inom äldreomsorgen som upplever att de kan påverka tider. På samma sätt upplever flertalet av brukarna inom funktionsstöd att det får bestämma saker om saker som är viktiga.

Inom utförarverksamheten utformas individuella genomförandeplaner tillsammans med den enskilde, i vilka hänsyn till den enskildes inflytande och möjlighet till egna val ska tas. Genom att arbeta ändamålsenligt med genomförandeplaner kan verksamheten uppnå kraven om självbestämmande och integritet. Brukare ges också möjlighet till inflytande genom brukarråd och husmöten. Inom avdelningarna för funktionsstöd genomförs pedagogiska konferenser i syfte att tillförsäkra den enskilde god kvalitet. Avdelningens metodutvecklare ansvarar för att kvalitetssäkra insatsen.

12.2. Helhetssyn och samordning

Helhetssyn utgår från den enskildes samlade livssituation. Då den enskilde har behov av tjänster som bedrivs inom olika verksamheter eller av olika utförare/professioner är dessa samordnade. Det finns tydlig ansvarsfördelning. Tjänsterna präglas av kontinuitet.

Under hösten har behovet av intern samverkan uppmärksamats och varit i fokus. Konsekvenserna av pausad teamsamverkan under pandemin har synliggjort behovet av samverkan mellan olika yrkeskategorier. Ett aktivt arbete med att planera och vidta åtgärder för att återuppta och förbättra teamsamverkan har skett under året. Arbetet utifrån framtagna handlingsplaner kommer att följas upp under 2022.

Inom ramen för SAMLA har nya delregionala tillämpningsanvisningar för in- och utskrivningsprocessen från slutenvården upprättas under året, i syfte att skapa ett bättre flöde och säkerhemgång från slutenvården. Bland annat genom att genomföra SIP (samordnade individuella plan) i den enskildes hem. Implementering av den nya SIP riktlinjen har genomförts. Uppföljningen av implementeringen visar dock på att arbetet med SIP i hemmet fortsatt behöver utvecklas och förbättras inom förvaltningen.

Ett utvecklingsområde som identifieras i öppna jämförelser är uppföljning av rutiner för samverkan. Förbättringsåtgärder kommer att vidtas inom ramen för det påbörjade arbetet med en effektiv och kvalitetssäkrad dokumenthantering, därutöver behöver berörda avdelningar ansvara för att en utveckling sker inom respektive verksamhet.

12.3. Trygghet och säkerhet

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

För att uppnå en trygg och säker socialtjänst, dvs att verksamheten uppfyller de krav och mål som finns för verksamheten i gällande lagar och föreskrifter krävs ett genomtänkt och strukturerat kvalitetsarbete. Genom uppbyggnaden av ett processbaserat ledningssystem ökar förutsättningarna för ett långsiktigt kvalitetsarbete där fokus är att skapa arbetsflöde som utgår från den enskildes behov, samt att tydliggöra och säkerställa att samverkan sker och är möjlig när det behövs för att säkra kvaliteten i de insatser som ges.

Underlaget och resultatet i kvalitetsberättelsen visar att förvaltningens avvikelshantering inte är tillräcklig bra. Ett utvecklingsarbete framöver är revidering och implementering av nya riktlinjer för avvikelshantering, samt införandet av ett nytt beslutstöd för hantering av avvikelser.

Brukarundersökningar visar att upplevelsen av trygghet är god både inom hemtjänsten och boende för äldre. Inom både gruppboende LSS och serviceboende LSS ökade upplevelsen av trygghet 2021 jämfört med 2020 och Alingsås ligger generellt i nivå med genomsnittet i riket inom samtliga verksamhetsområden. För att stärka det lågaffektiva arbetet och möjliggöra fortlöpande reflektion genomförs inom avdelningarna för funktionsstöd en utbildningsinsats i pedagogiskt förhållningsätt.

Ett område som förvaltningen behöver förbättra är tydliga och mätbara mål vid insats, samt rättssäker och effektiv dokumentation. Inom ramen för nämndens verksamhetsplan för systematisk kvalitetsgranskning kommer en övergripande dokumentationsgranskning att genomföras under 2022. Därutöver kommer myndighetsavdelningen att vidareutveckla arbetet med att utforma tydliga och individuella mål för den enskildes insatser, samt tydliga uppdrag till verkställigheten.

Ett utvecklingsområde som identifieras i öppna jämförelser är behovet av aktuella rutiner för röjande av personuppgifter. Revidering och implementering av riktlinjer för skyddade personuppgifter är ett av förvaltningens prioriterade förbättringsområde under 2022.

Resultatet av granskningar som gjorts av IVO (Inspektionen för vård och omsorg) under året visar att nämnden uppfyller kraven om kvalitet när det gäller användning av kodlös och nattbemanning på demensenheter. Områden där IVO påvisat brister är när det gäller följsamheten till Socialstyrelsens föreskrifter om besök i särskilda boendeformer för äldre under covid-19-pandemin (HSLF-FS 2020:46), användningen av tvångs- och begränsningsåtgärder samt följsamheten till bestämmelserna om Lex Sarah. Nödvändiga åtgärder har vidtagits och IVO har avslutat gällande ärenden.

12.4. Kunskapsbaserad verksamhet

Kunskapsbaserad verksamhet innebär att tjänsterna utförs i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet, samt att den enskildes erfarenheter tas till vara. Som exempel kan det röra sig om att verksamheten använder manualbaserade metoder och samverkar med forskning och högskola.

Förvaltningen använder flera av de nationella kvalitetsregister som finns inom äldreomsorgen och som möjliggör systematisk uppföljning av verksamheten. Underlaget i kvalitetsberättelsen visar att det är en utmaning att implementera och få uthållighet i arbetet med kvalitetsregister.

Användning av IBIC förväntas öka förvaltningens förutsättningar att arbeta med systematisk uppföljning på gruppnivå. Genom att de underlag som tas fram på individnivå i större utsträckning än idag kan användas och sammanställs på gruppnivå.

En kunskapsbaserad verksamhet innebär att brukarnas erfarenheter tas till vara. Inom förvaltningens verksamheter utgör brukarundersökningar en väsentlig del av arbete med att utveckla verksamhetens kvalitet. Såväl inom äldreomsorgen som inom funktionsstöd finns väl utvecklade former och strukturer för att tillsammans med brukare och personal arbeta med analys och verksamhetsutveckling utifrån undersökningarnas resultat.

Den interna kompetensutvecklingen och vidareutbildning har till stor del fått stå tillbaka under pandemin. En viktigt och prioriterat område är att säkerställa arbetet med interna utbildningssatser återupptas.

12.5. Tillgänglighet

Med tillgänglighet menas bland annat att det ska vara lätt att ta kontakt med socialtjänsten och vid behov få del av tjänsterna inom rimlig tid. Information och kommunikation ska vara begriplig och anpassad efter olika grupper och individers behov. Kommunikationen mellan den enskilde och professionen präglas av ömsesidighet och dialog. Verksamheterna är fysiskt tillgängliga.

Den senaste mätningen i brukarundersökning äldreomsorg visar att flertalet tycker att det är lätt att få kontakt med personalen i hemtjänsten eller på boendet, samt personalen kommer på avtalad tid.

Likaså visar resultatet i servicemätningen att de som kontakter förvaltningen via e-post får svar inom rimlig tid. Tillgängligheten via telefon är dock lägre. Att öka tillgänglighet via telefon är fortsatt prioriterat mål för nämndens i vård- och omsorgsnämndens budget 2022–2024. Målsättningen 2022 är att andelen som tar kontakt med vård- och omsorgsförvaltningen via telefon som får ett direkt svar på en enkel fråga ska öka till 50%.

Information och kommunikation ska vara begriplig och anpassad efter olika målgruppers behov. I brukarundersökning funktionshinder är frågor om kommunikation ett av de område som sammantaget får lägst resultat i undersökningen. Vid en jämförelse med andra kommuner ligger Alingsås kommun dock i nivå eller över genomsnittet för riket.

Kommunikation är ett ständigt prioriterat område för verksamheten för funktionsstöd. För att göra vardagen mer begriplig och öka brukares delaktighet och inflytande i stöd och

insatser som verkställs arbetar avdelningarna kontinuerligt med AKK (Alternativ och kompletterande kommunikation).

Uppfattningen av tillgänglighet påverkas av i vilken utsträckning innehåll på webbsidor och tryckt information är aktuell och uppdateras, samt om nya digitala utvecklingsalternativ används. Under året har en inventering och översyn av befintligt informationsmaterial om kommunens boende genomförts.

Fler boendeplatser har tillskapats under året vilket har gett en positiv effekt på väntetiden till särskilt boende. Däremot visar resultatet i kvalitetsberättelse att utredningstiden för beslut om LSS har ökat jämfört med föregående år. Alingsås ligger bland de kommunerna med lägst resultat. Utredningstiden för beslut om LSS har legat på en hög nivå under en längre tid. En fördjupad analys av resultatet kommer att genomföras under kommande år. Både av verksamheten och genom den genomlysning av myndighetsutövningen inom LSS som är planerad av nämnden.

12.6. Effektivitet.

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

Förvaltningen har påbörjat flera aktiviteter under året för att finna effektiva lösningar, för att klara av att möta nya behov, ökade volymer och samtidigt anpassa verksamheten till de ekonomiska ramarna.

En förenklad ersättningsmodell har införts i hemtjänsten och ett digitalt planeringsverktyg och förändrade arbetssätt har implementerats under året, vilket har lett till en ökad kostnadseffektivitet inom hemtjänstens verksamhet.

Därutöver förväntas införandet av och IBIC tillsammans med ett nytt av verksamhetssystem och nya lösningar inom teknik bidra till effektivare arbetssätt och en förbättrad verksamhetsuppföljning och analys inom förvaltningen.

13. Bilagor

Bilaga 1. Brukarbedömning hemtjänst 2020 Brukarbedömning hemtjänst.

Nyckeltal	2018	2019	2020
Brukarbedömning hemtjänst äldreomsorg - helhetsyn, andel (%)	94	94	95
Brukarbedömning hemtjänst äldreomsorg - information om förändringar, andel (%)	81	76	77
Brukarbedömning hemtjänst äldreomsorg - behov anpassas, andel (%)	80	80	80
Brukarbedömning hemtjänst äldreomsorg - bemötande, andel (%)	98	99	98
Brukarbedömning hemtjänst äldreomsorg - besväras ofta av ensamhet, andel (%)	17	11	16
Brukarbedömning hemtjänst äldreomsorg - bor med annan vuxen, andel (%)	28	27	27
Brukarbedömning hemtjänst äldreomsorg - få kontakt med hemtjänstpersonalen, andel (%)	89	92	91
Brukarbedömning hemtjänst äldreomsorg - förtroende för personalen, andel (%)	93	96	94
Brukarbedömning hemtjänst äldreomsorg - hälsotillstånd, andel (%)	30	31	37
Brukarbedömning hemtjänst äldreomsorg - hänsyn till åsikter och önskemål, andel (%)	92	92	92
Brukarbedömning hemtjänst äldreomsorg - möjlighet påverka tider, andel (%)	70	69	67
Brukarbedömning hemtjänst äldreomsorg - möjlighet att framföra synpunkter eller klagomål, andel (%)	68	73	67
Brukarbedömning hemtjänst äldreomsorg - personalen kommer på avtalad tid, andel (%)	92	92	87
Brukarbedömning hemtjänst äldreomsorg - personalen utför sina arbetsuppgifter, andel (%)	91	93	91
Brukarbedömning hemtjänst äldreomsorg - rörlighet inomhus, andel (%)	22	27	29
Brukarbedömning hemtjänst äldreomsorg - svåra besvär av ångslan, oro eller ångest, andel (%)	9	8	9
Brukarbedömning hemtjänst äldreomsorg - själv svarat på frågorna, andel (%)	56	58	67
Brukarbedömning hemtjänst äldreomsorg - tillräckligt med tid, andel (%)	86	88	85
Brukarbedömning hemtjänst äldreomsorg - trygghet, andel (%)	89	90	93
Brukarbedömning hemtjänst äldreomsorg - välja utförare, andel (%)	78	79	80
Brukarbedömning hemtjänst äldreomsorg - personalen utför sina arbetsuppgifter, andel (%)	91	93	91

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.

Bilaga 2. Brukarbedömning särskilt boende 2020 Brukarbedömning Särskilt boende.

Nyckeltal	2018	2019	2020
Brukarbedömning särskilt boende äldreomsorg - helhetssyn, andel (%)	86	88	86
Brukarbedömning särskilt boende äldreomsorg - möjligheten att komma utomhus, andel (%)	60	68	73
Brukarbedömning särskilt boende äldreomsorg - sociala aktiviteter, andel (%)	65	62	75
Brukarbedömning särskilt boende äldreomsorg - tillgång till sjuksköterska, andel (%)	75	69	80
Brukarbedömning särskilt boende äldreomsorg - bemötande, andel (%)	96	95	96
Brukarbedömning särskilt boende äldreomsorg - besväras ofta av ensamhet, andel (%)	18	16	16
Brukarbedömning särskilt boende äldreomsorg - få kontakt med personalen på boendet, andel (%)	88	89	88
Brukarbedömning särskilt boende äldreomsorg - förtroende för personalen, andel (%)	93	92	86
Brukarbedömning särskilt boende äldreomsorg - hälsotillstånd, andel (%)	28	32	31
Brukarbedömning särskilt boende äldreomsorg - hänsyn till åsikter och önskemål, andel (%)	87	86	86
Brukarbedömning särskilt boende äldreomsorg - information om förändringar, andel (%)	51	51	60
Brukarbedömning särskilt boende äldreomsorg - maten, andel (%)	70	75	76
Brukarbedömning särskilt boende äldreomsorg - måltidsmiljö, andel (%)	72	63	74
Brukarbedömning särskilt boende äldreomsorg - möjlighet att framföra synpunkter eller klagomål, andel (%)	41	48	50
Brukarbedömning särskilt boende äldreomsorg - möjlighet påverka tider, andel (%)	68	63	71
Brukarbedömning särskilt boende äldreomsorg - plats på äldreboende, andel (%)	88	85	90
Brukarbedömning särskilt boende äldreomsorg - rörlighet inomhus, andel (%)	20	18	17
Brukarbedömning särskilt boende äldreomsorg - själv svarat på frågorna, andel (%)	40	43	33
Brukarbedömning särskilt boende äldreomsorg - svåra besvär av ängslan, oro eller ångest, andel (%)	9	11	11
Brukarbedömning särskilt boende äldreomsorg - tillräckligt med tid, andel (%)	83	81	84
Brukarbedömning särskilt boende äldreomsorg - trivs med rum/lägenhet, andel (%)	81	80	77
Brukarbedömning särskilt boende äldreomsorg - trivsamma gemensamma utrymmen, andel (%)	69	64	67
Brukarbedömning särskilt boende äldreomsorg - trivsamt utomhus, andel (%)	79	77	73
Brukarbedömning särskilt boende äldreomsorg - läkare vid behov, andel (%)	59	53	59
Brukarbedömning särskilt boende äldreomsorg - trygghet, andel (%)	93	92	93

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.

Bilaga 3. Brukarbedömning funktionshinder 2021.

Gruppbostad LSS

Nyckeltal	2019	2020	2021	Alla kommuner
-----------	------	------	------	---------------

Brukarbedömning gruppbofastad LSS - Brukaren får bestämma om saker som är viktiga hemma, andel (%)	79	69	84	78
Brukarbedömning gruppbofastad LSS - Brukaren känner sig trygg med alla i personalen, andel (%)	71	68	73	77
Brukarbedömning gruppbofastad LSS - Brukaren trivs alltid hemma, andel (%)	86	82	80	82
Brukarbedömning gruppbofastad LSS - Brukaren är aldrig rädd för något hemma, andel (%)	57	65	60	66
Brukarbedömning gruppbofastad LSS - Personalen bryr sig om brukaren, andel (%)	83	80	80	83
Brukarbedömning gruppbofastad LSS - Personalen pratar så brukaren förstår, andel (%)	65	58	71	72
Brukarbedömning gruppbofastad LSS - Brukaren får den hjälp hen vill ha, andel (%)	83	78	84	81
Brukarbedömning gruppbofastad LSS - Brukaren vet vem hen ska kontakta om något är dåligt hemma, andel (%)	90	82	93	85

Servicebostad LSS

Nyckeltal	2019	2020	2021	Alla kommuner
Brukarbedömning servicebostad LSS - Brukaren får bestämma om saker som är viktiga hemma, andel (%)	91	83	81	82
Brukarbedömning servicebostad LSS - Brukaren får den hjälp hen vill ha, andel (%)	72	73	78	79
Brukarbedömning servicebostad LSS - Brukaren känner sig trygg med alla i personalen, andel (%)	75	68	77	73
Brukarbedömning servicebostad LSS - Brukaren trivs med alla i boendepersonalen, andel (%)	66	79	85	78
Brukarbedömning servicebostad LSS - Brukaren vet vem hen ska kontakta om något är dåligt hemma, andel (%)	91	91	87	83
Brukarbedömning servicebostad LSS - Brukaren är aldrig rädd för något hemma, andel (%)	75	65	70	66
Brukarbedömning servicebostad LSS - Personalen bryr sig om brukaren, andel (%)	89	86	94	84
Brukarbedömning servicebostad LSS - Personalen pratar så brukaren förstår, andel (%)	68	76	81	68

Daglig verksamhet LSS

Nyckeltal	2019	2020	2021	Alla kommuner
Brukarbedömning daglig verksamhet LSS - Brukaren känner sig trygg med alla i personalen, andel (%)	82	84	86	83
Brukarbedömning daglig verksamhet LSS - Brukaren trivs alltid på sin dagliga verksamhet, andel (%)	86	91	84	85
Brukarbedömning daglig verksamhet LSS - Brukaren är aldrig rädd för något på sin dagliga verksamhet, andel (%)	64	76	72	73
Brukarbedömning daglig verksamhet LSS - Personalen pratar så brukaren förstår, andel (%)	75	77	73	77
Brukarbedömning daglig verksamhet LSS - Brukaren får bestämma om saker som är viktiga, andel (%)	82	79	82	75
Brukarbedömning daglig verksamhet LSS - Brukaren får den hjälp hen vill ha, andel (%)	87	87	87	86
Brukarbedömning daglig verksamhet LSS - Brukaren vet vem hen ska kontakta om något är dåligt, andel (%)	93	90	89	90
Brukarbedömning daglig verksamhet LSS - Personalen bryr sig om brukaren, andel (%)	90	93	89	89
Brukarbedömning daglig verksamhet LSS - Verksamheten är viktig för brukaren, andel (%)	84	87	80	83

Personlig assistans LSS

Nyckeltal	2019	2020	2021	Alla kommuner
Brukarbedömning Personlig assistans - Alla assistenter förstår brukaren, andel (%)	60	88	50	74
Brukarbedömning Personlig assistans - Alla assistenter pratar så brukaren förstår, andel (%)	50	88	80	77
Brukarbedömning Personlig assistans - Assistenterna bryr sig om brukaren, andel (%)	100	100	83	87
Brukarbedömning Personlig assistans - Brukaren får den hjälp hen vill ha av assistenterna, andel (%)	100	100	100	87
Brukarbedömning Personlig assistans - Brukaren har varit med och bestämt alla sina assistenter, andel (%)	50	25	50	49
Brukarbedömning Personlig assistans - Brukaren känner sig trygg med alla sina assistenter, andel (%)	90	100	83	80
Brukarbedömning Personlig assistans - Brukaren trivs med sina assistenter, andel (%)	90	100	67	83
Brukarbedömning Personlig assistans - Brukaren vet vem hen ska prata med om något fungerar dåligt med assistenterna, andel (%)	90	63	83	85

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.

Bilaga 4. Kritiska verksamhetsfaktorer

Kritiska faktor	Nyckeltal	Utfall 2021	Utfall 2020	Utfall 2019	Trend	Bedömning
Brukarbedömning hemtjänst	God kvalitet i hemtjänst äldreomsorg - helhetssyn, andel (%)	i.u.	95%	94%	↗	●
God kvalitet i särskilt boende	Brukarbedömning särskilt boende äldreomsorg - helhetssyn, andel (%)	i.u.	86%	88%	↘	●
God kvalitet i bostad med särskilde service	Brukarbedömning gruppboendest LSS - Brukaren trivs alltid hemma, andel (%)	80%	82%	86%	↘	◐
	Brukarbedömning servicebostad LSS - Brukaren trivs med alla i boendepersonalen, andel (%)	85%	79%	66%	↗	
	Brukarbedömning gruppboendest LSS - Brukaren känner sig trygg med alla i personalen, andel (%)	73%	68%	71%	↗	
	Brukarbedömning servicebostad LSS - Brukaren känner sig trygg med alla i personalen, andel (%)	77%	68%	75%	↗	
God kvalitet i daglig verksamhet	Brukarbedömning daglig verksamhet LSS - Brukaren känner sig trygg med alla i personalen, andel (%)	86%	84%	82%	↗	◐
	Brukarbedömning daglig verksamhet LSS - Brukaren trivs alltid på sin dagliga verksamhet, andel (%)	84%	91%	86%	↘	
God kvalitet inom personlig assistans	Brukarbedömning daglig verksamhet LSS - Brukaren känner sig trygg med alla i personalen, andel (%)	83%	100%	90%	↘	◐
	Brukarbedömning daglig verksamhet LSS - Brukaren trivs alltid på sin dagliga verksamhet, andel (%)	67%	100%	90%	↘	
Biståndsbeslut följs upp och omprövas	Andel beslut som omprövas inom angiven tidsram för uppföljning	75%	-	-	-	◐
Trygga och säkra sjukvård och omsorgsinsatser	Antal avvikelser bemötande total	132	55	29	↗	◑
Alla avvikelser rapporteras och utreds.		53%	-	-	-	◐
	Andel avvikelser som har klassificerats av SSK och/eller EC Andel avslutade utredningar (inom 2 månader)	43%	-	-	-	

-

Bilaga 5. Öppna jämförelser resultat äldreomsorgen

Tillgänglighet	
Socialjour med socionomer alla dagar hela dygnet	JA
Helhetssyn och samordning	
Aktuell rutin för samverkan mellan äldreomsorg och missbruk	JA
Aktuell rutin för intern samordning mellan Äldreomsorg och socialpsykiatri	JA
Aktuell rutin för intern samordning mellan Äldreomsorg och LSS	JA
Kunskapsbaserad verksamhet	
Aktuell samlad plan för handläggarnas kompetens-utveckling	NEJ
Aktuell rutin vid indikation på att en vuxen utsatts för våld	JA
Aktuell rutin vid missbruk av alkohol eller andra beroendeframkallande medel	NEJ
Aktuell rutin vid missbruk av läkemedel	NEJ
Använt IBIC (Individens behov i centrum) vid alla utredningar för personer i ordinärt boende	NEJ
Använt IBIC (Individens behov i centrum) vid alla utredningar för personer i särskilt boende	NEJ
Använder standardiserade bedömningsmetoden FREDA-kortfrågor för att upptäcka våldsutsatthet hos enskilda vuxna	NEJ
Använder DUDIT för att upptäcka drogrelaterade problem - Äldreomsorg	NEJ
Använt resultat från systematisk uppföljning till verksamhetsutveckling i ordinärt boende	NEJ
Använt resultat från systematisk uppföljning till verksamhetsutveckling i särskilt boende	NEJ
Använt resultat från systematisk uppföljning uppdelat på kön till verksamhetsutveckling i ordinärt boende	NEJ
Använt resultat från systematisk uppföljning uppdelat på kön till verksamhetsutveckling i särskilt boende	NEJ
Kunskapsbaserad verksamhet	
Kommunen garanterar kontakt inom viss tid efter larm	NEJ
Kommunen garanterar besök inom viss tid efter larm	NEJ
Aktuell rutin för information om samordnad individuell plan (SIP)	JA
Aktuell rutin för att inte röja skyddade personuppgifter	NEJ

-

Bilaga 6. Öppna jämförelser resultat funktionsstöd

Tillgänglighet	
Socialjour med socionomer alla dagar hela dygnet	JA
Helhetssyn och samordning	
Aktuell rutin för intern samordning mellan ekonomiskt bistånd och LSS	JA
Aktuell rutin för intern samordning mellan missbruk och LSS	JA
Aktuell rutin för intern samordning mellan socialpsykiatri och LSS	JA
Aktuell rutin för intern samordning mellan barn och unga och LSS	JA
Aktuell rutin för intern samordning mellan äldreomsorg och LSS	JA
Aktuell överenskommelse om samverkan mellan Arbetsförmedlingen och LSS	NEJ
Aktuell överenskommelse om samverkan mellan Försäkringskassan och LSS	NEJ
Aktuell överenskommelse om samverkan mellan barn- och ungdomspsykiatri och LSS	NEJ
Aktuell överenskommelse om samverkan mellan barn- och ungdomsmedicin och LSS	NEJ
Aktuell överenskommelse om samverkan mellan barn- och ungdomshabilitering och LSS	NEJ
Aktuell överenskommelse om samverkan mellan vuxenpsykiatri och LSS	NEJ
Aktuell överenskommelse om samverkan mellan vuxenhabilitering och LSS	NEJ
Kunskapsbaserad verksamhet	
Aktuell rutin vid indikation på att en vuxen utsatts för våld LSS barn	JA
Aktuell rutin vid indikation på att en vuxen utsatts för våld LSS vuxen	JA
Använder IBIC (Individens behov i centrum) vid alla utredningar inom LSS	DELVIS
Använder IBIC (Individens behov i centrum) vid alla uppföljningar inom LSS	DELVIS
Använder standardiserade bedömningsmetoden FREDA-kortfrågor för att upptäcka våldsutsatthet hos enskilda vuxna - LSS vuxen	NEJ
Använder AUDIT för att upptäcka riskfylld alkoholkonsumtion - LSS vuxen	NEJ

Använder DUDIT för att upptäcka drogrelaterade problem - LSS vuxen	NEJ
Använt resultat från systematisk uppföljning till verksamhetsutveckling	NEJ
Genomfört systematisk uppföljning uppdelat på kön	NEJ
Använt resultat från systematisk uppföljning uppdelat på kön till verksamhetsutveckling	NEJ
Självbestämmande och integritet	
Enskildas uppfattning används till att utveckla verksamheten inom LSS - Myndighetsutövning	NEJ
Enskildas uppfattning används till att utveckla verksamheten inom LSS- Utförare	JA
Aktuell rutin att pröva möjlighet till arbete eller praktikplats	JA
Habiliteringsersättning till personer som deltar i daglig verksamhet	JA
Ersättning för ledsagares omkostnader	JA
Trygghet och säkerhet	
Aktuell rutin för information om samordnad individuell plan (SIP) - LSS barn	JA
Aktuell rutin för information om samordnad individuell plan (SIP) - LSS vuxen	JA
Aktuell rutin för att inte röja skyddade personuppgifter - LSS barn	NEJ
Aktuell rutin för att inte röja skyddade personuppgifter - LSS vuxen	NEJ

Bilaga 7. Öppna jämförelser resultat Krisberedskap

Kontinuitetsplaner för särskilt sårbara grupper	
Aktuell kontinuitetsplan - Bostad med särskild service för barn med funktionsnedsättning och med behov av stöd och service enligt SoL	DELVIS
Aktuell kontinuitetsplan - Bostad med särskild service för barn med funktionsnedsättning och med behov av stöd och service enligt LSS	JA
Aktuell kontinuitetsplan - Bostad med särskild service för vuxna med funktionsnedsättning och med behov av stöd och service enligt SoL	DELVIS
Aktuell kontinuitetsplan - Bostad med särskild service för vuxna med funktionsnedsättning och med behov av stöd och service enligt LSS	JA
Aktuell kontinuitetsplan - Särskilda boendeformer för service och omvårdnad för äldre	JA
Aktuell kontinuitetsplan - Hemtjänst i form av service och/eller personlig omvårdnad i ordinärt boende	JA
Aktuell kontinuitetsplan - Kommunal hälso- och sjukvård	JA
Krisberedskapen ingår vid upphandling av tjänster för särskilt sårbara grupper	
Krisberedskap ingår vid upphandling - Bostad med särskild service för barn med funktionsnedsättning och med behov av stöd och service enligt SoL	JA
Krisberedskap ingår vid upphandling - Bostad med särskild service för barn med funktionsnedsättning och med behov av stöd och service enligt LSS	JA
Krisberedskap ingår vid upphandling - Bostad med särskild service för vuxna med funktionsnedsättning och med behov av stöd och service enligt So	JA
Krisberedskap ingår vid upphandling - Bostad med särskild service för vuxna med funktionsnedsättning och med behov av stöd och service enligt LSS	JA
Krisberedskap ingår vid upphandling - Särskilda boendeformer för service och omvårdnad för äldre	JA
Krisberedskap ingår vid upphandling - Hemtjänst i form av service och/eller personlig omvårdnad i ordinärt boende	JA

Krisberedskap ingår vid upphandling - Kommunal hälso- och sjukvård	JA
Evakueringsplan för särskilt sårbara grupper	
Evakueringsplan - Bostad med särskild service för barn med funktionsnedsättning och med behov av stöd och service enligt Sol	NEJ
Evakueringsplan - Bostad med särskild service för barn med funktionsnedsättning och med behov av stöd och service enligt LSS	JA
Evakueringsplan - Bostad med särskild service för vuxna med funktionsnedsättning och med behov av stöd och service enligt Sol	JA
Evakueringsplan - Bostad med särskild service för vuxna med funktionsnedsättning och med behov av stöd och service enligt LSS	NEJ
Evakueringsplan - Särskilda boendeformer för service och omvårdnad för äldre	JA
Evakueringsplan - Hemtjänst i form av service och/eller personlig omvårdnad i ordinärt boende	NEJ
Evakueringsplan - Kommunal hälso- och sjukvård	JA
Beredskapsplan för höga temperaturer för särskilt sårbara grupper	
Beredskapsplan för höga temperaturer - Bostad med särskild service för barn med funktionsnedsättning och med behov av stöd och service enligt Sol	JA
Beredskapsplan för höga temperaturer - Bostad med särskild service för barn med funktionsnedsättning och med behov av stöd och service enligt LSS	JA
Beredskapsplan för höga temperaturer - Bostad med särskild service för vuxna med funktionsnedsättning och med behov av stöd och service enligt Sol	JA
Beredskapsplan för höga temperaturer - Bostad med särskild service för vuxna med funktionsnedsättning och med behov av stöd och service enligt LSS	JA
Beredskapsplan för höga temperaturer - Särskilda boendeformer för service och omvårdnad för äldre	JA
Beredskapsplan för höga temperaturer - Hemtjänst i form av service och/eller personlig omvårdnad i ordinärt boende	JA
Beredskapsplan för höga temperaturer - Kommunal hälso- och sjukvård	JA