

# Kvalitetsberättelse 2022

## Vård- och omsorgsnämnden

---

Typ av styrdokument: Kvalitetsberättelse  
Beslutande instans: Vård- och omsorgsnämnden  
Datum för beslut: 2023-02-21 §17  
Diarienummer: 2023.015 VON

Gäller för: Vård- och omsorgsnämndens  
verksamheter  
Dokumentansvarig: Socialt ansvarig  
samordnare

## Innehåll

|  |           |
|--|-----------|
| <b>1. Sammanfattning .....</b>                                 | <b>3</b>  |
| <b>2. Inledning .....</b>                                      | <b>4</b>  |
| <b>3. Förvaltningens systematiska kvalitetsarbete .....</b>    | <b>4</b>  |
| 3.1. Uppföljning och utvärdering av ledningssystemet .....     | 5         |
| <b>4. Övergripande mål och strategier .....</b>                | <b>6</b>  |
| 4.1. Kvalitetsuppföljning.....                                 | 7         |
| <b>5. Mål och resultat .....</b>                               | <b>8</b>  |
| 5.1. Självbestämmande och integritet.....                      | 9         |
| 5.2. Helhetssyn och samordning.....                            | 12        |
| 5.3. Trygghet och säkerhet .....                               | 16        |
| 5.4. Kunskapsbaserad verksamhet.....                           | 27        |
| 5.5. Tillgänglighet .....                                      | 33        |
| 5.6. Effektivitet.....   | 36        |
| <b>6. Mål, strategier och utmaningar för kommande år .....</b> | <b>38</b> |
| 6.1. Nämndens plan för egenkontroll 2023 .....                 | 40        |
| <b>7. Bilagor .....</b>  | <b>41</b> |
| Bilaga 1 – Informationskällor.....                             | 41        |
| Bilaga 2 – Nyckeltal - Självbestämmande och integritet.....    | 44        |
| Bilaga 3 – Nyckeltal - Helhetssyn och samordning .....         | 47        |
| Bilaga 4 – Nyckeltal - Trygghet och säkerhet.....              | 49        |
| Bilaga 5 – Nyckeltal – Kunskapsbaserad verksamhet.....         | 55        |
| Bilaga 6 – Nyckeltal – Tillgänglighet .....                    | 58        |
| Bilaga 7 – Nyckeltal – Effektivitet.....                       | 59        |

# 1. Sammanfattning

Sammantaget visar underlaget och resultatet i kvalitetsberättelsen på att ett aktivt kvalitetsarbete har bedrivits under året. Nämndens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete har reviderats. Även kvalitetskraven för hemtjänst, särskilt boende och kommunal primärvård (tidigare hemsjukvård) har reviderats och nya kvalitetskrav för funktionsstöd har tagits fram och fastställts.

Ytterligare fokus under året har legat på att etablera ett processorienterat arbetssätt i syfte att säkerställa att nämnden har ett processbaserat kvalitets- och utvecklingsarbete. Därtill har riktlinjer för styrande dokument tagits fram i syfte att kvalitetssäkra och underlätta dokumenthanteringen.

Arbetet med digitalisering och välfärdsteknik har intensifierats och förstärkts. En del pilotprojekt har sjösatts och förhoppningen är att ett breddinförande kan påbörjas under det kommande året.

Dokumentationsgranskning har genomförts utifrån årets kvalitetsgranskning, vilket fått positiv respons inom förvaltningen. Utifrån granskningen har ett antal förvaltningsövergripande förbättringsområden tagits fram.

Därutöver har samtliga avdelningar arbetat aktivt utifrån framtagna handlings- och åtgärdsplaner i syfte att minska antalet avvikelser och för att säkerställa en fungerande avvikelshantering.

2023 kommer innebära stora utmaningar för förvaltningen. Fokus under året kommer framför allt vara att införandet av IBIC samt införandet av nytt verksamhetssystem genomförs enligt fastställda projektplaner.

Som en del av nämndens systematiska kvalitetsarbete antar nämnden årligen en plan för egenkontroll. Syftet med planen är att tydliggöra de områden och kvalitetskrav som nämnden särskilt behöver granska under nästkommande år.

Fokusområde i kvalitetsuppföljningen 2023 är att följa upp och granska kvalitetskraven avseende området trygghet och säkerhet. Det är också inom detta område som resultatet visar på att förvaltningen har flest utvecklingsområden. De delar som förvaltningen särskilt behöver se över och utveckla är verksamhetens rutiner, arbetssätt och metodstöd gällande riskanalys, avvikelshantering samt hantering av synpunkter och klagomål.

## 2. 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.

Privata utförare inom hemtjänst (LOV) och särskilt boende (LOU) ska kunna redovisa hur det systematiska kvalitetsarbetet genomförs i en kvalitetsberättelse som upprättas årligen och lämnas till Alingsås kommun i februari månad.

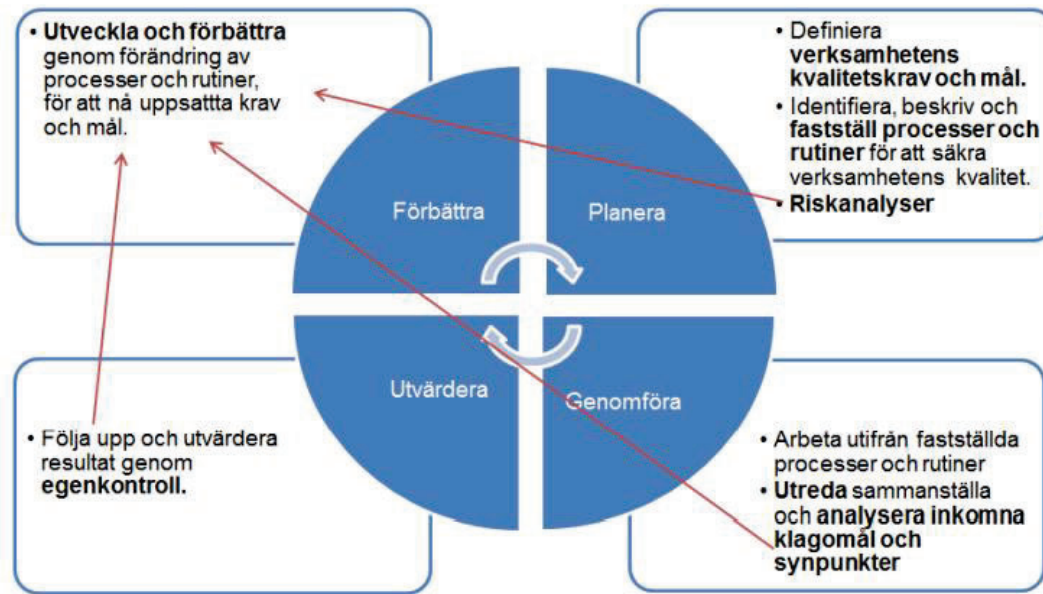
## 3. Förvaltningens systematiska kvalitetsarbete

Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9) utgör tillsammans med Alingsås kommuns styrmodell grund för vård- och omsorgsförvaltningens kvalitetsarbete. Som styrande dokument för kvalitetsarbetet antog vård- och omsorgsnämnden år 2014 *Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete inom vård- och äldreomsorg i Alingsås kommun enligt SOSFS 2011:9*. Sedan 2016 finns kvalitetsstrategi för Alingsås kommun som en del av kommunens styrmodell.

Ledningssystemet fungerar som stöd för att planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten i syfte att säkerställa att verksamheten uppfyller de krav och mål som gäller för verksamheten enligt lagar och andra föreskrifter.

I Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete ingår att krav och mål som gäller för respektive verksamhet, enligt författningar (lagar, förordningar och föreskrifter) är kartlagda, att processer och rutiner är identifierade och dokumenterade och att det finns en tydlig ansvars- och uppgiftsfördelning. Vidare ingår att systematiskt förbättringsarbete genom riskanalyser, egenkontroll och hantering av avvikelser bedrivs samt att kvalitetsarbetet är dokumenterat.

Inom vård- och omsorgsförvaltningen bedrivs arbetet med att utveckla och säkra kvalitet genom stegen planera, genomföra, utvärdera, förbättra. I planeringsstadiet definieras verksamhetens kvalitetskrav och mål, processer och rutiner fastställs och riskanalyser genomförs. I steget genomföra utförs arbetet utifrån processer och rutiner och inkomna klagomål och synpunkter utreds och analyseras. I utvärderingssteget följs resultat upp genom bland annat egenkontroll. Slutningen utvecklas och förbättras verksamheten genom förändring av processer och rutiner för att nå uppsatta krav och mål.



### 3.1. Uppföljning och utvärdering av ledningssystemet

Av dokumentet "Vård- och omsorgsnämndens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbetet" framgår hur nämnden avser att arbeta med de i ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete fastställda momenten: processer och rutiner, samverkan, riskanalys, egenkontroll, förbättringsarbete, personalens medverkan i kvalitetsarbetet och dokumentationsskyldighet.

Uppföljning och utvärdering av ledningssystemet sker löpande. Vid analys och identifiering av utvecklingsområden har bland annat resultatet av nämndens egenkontroll varit vägledande. Sammantaget visar utvärderingen att nämnden har fastställda strukturer och arbetssätt för samtliga moment i föreskrifterna undantaget processer och rutiner. För att omhänderta detta har införandet av ett processororienterat arbetssätt påbörjats under 2022 och beräknas avslutas under 2023. Ett processororienterat arbetssätt skapar förutsättningar för en samordnad syn på och underlättar genomförande av verksamheternas gemensamma processer.

Därutöver visar underlaget och resultatet i nämndens egenkontroll att de delar som förvaltningen särskilt behöver se över och utveckla är verksamhetens rutiner, arbetssätt och metodstöd gällande riskanalys, avvikelshantering samt hantering av synpunkter och klagomål.

**Vidtagna åtgärder under året:**

Under året har nämndens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete reviderats.

Därutöver har kvalitetskraven för hemtjänst, särskilt boende och kommunal primärvård (tidigare hemsjukvård) reviderats och nya kvalitetskrav för funktionsstöd har tagits fram och fastställts.

För att kvalitetssäkra och underlätta dokumenthanteringen av styrande dokument har förvaltningens riktlinjer för styrande dokument och strukturen i dokumenthanteringssystemet Alfresco reviderats och fastställts. Under hösten implementerades den nya riktlinjen och samtliga chefer utbildades i riktlinjen.

**Områden som behöver vidareutvecklas:**

Prioriterade utvecklingsområden under nästkommande år är att vidareutveckla arbetssättet och höja kompetensen bland förvaltningens chefer avseende riskanalys och hantering av klagomål och synpunkter, samt fortsatt fokus på att öka följsamheten till förvaltningens avvikelshantering.

Fokus i arbetet är att genomföra stöd- och utbildningsinsatser, samt att se över och utveckla verksamhetens rutiner och metodstöd.

Därutöver kommer kvalitetskraven gällande avvikelshantering, hantering av synpunkter och klagomål samt kvalitetsarbete att särskilt följas upp och granskas inom ramen för nämndens plan för egenkontroll 2023, se avsnitt 6.1 (sid 40).

## 4. Övergripande mål och strategier

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 också politiska mål och inriktningar om verksamhetens kvalitet i ledningssystem.

För att säkra verksamhetens kvalitet och patientsäkerhet har Vård- och omsorgsnämnden formulerat och antagit kvalitetskrav för funktionsstöd, hemtjänst, särskilt boende, samt kommunal primärvård (f.d. hemsjukvård). Kvalitetskraven omfattar all verksamhet, oavsett utförare, som arbetar på nämndens uppdrag och beskriver de grundläggande krav som ska uppfyllas.

Kvalitetskraven utgår framför allt från de områden som Socialstyrelsen har angett vara viktiga för att uppnå en god och säker vård och omsorg och innefattar:

- Självbestämmande och integritet
- Helhetssyn och samordning

- Trygghet och säkerhet
- Säker vård och omsorg
- Kunskapsbaserad verksamhet
- Tillgänglighet
- Effektivitet.

Utöver att nämnden enligt lagstiftning är skyldig att bedriva ett systematiskt kvalitetsarbete så ansvarar samtliga verksamheter i kommunen för att löpande följa upp och kvalitetssäkra att verksamhetens grunduppdrag bedrivs på ett kvalitativt sätt.

I kommunens styrmodell framgår vissa gemensamma utgångspunkter för systematisk kvalitetsuppföljning som gäller för alla nämnder. Arbetssättet går ut på att varje förvaltning utifrån definitionen av god kvalitet och med fokus på sitt grunduppdrag identifiera och definiera de områden som är särskilt viktiga för en god kvalitet i den egna verksamheten, så kallade kritiska verksamhetsfaktorer.

## 4.1. Kvalitetsuppföljning

Som en del av nämndens systematiska kvalitetsarbete antar nämnden årligen en plan för egenkontroll. Syftet med planen är att tydliggöra de områden och kvalitetskrav som nämnden särskilt behöver granska under nästkommande år. Väsentlighets- och riskanalysen och nämndens kvalitetsberättelse och patientsäkerhetsberättelse ligger till grund för nämndens egenkontrollplan.

Egenkontrollplanen ingår och beslutas om i nämndens kvalitetsberättelse och patientsäkerhetsberättelse.

Resultatet från arbetet med egenkontroll rapporteras till nämnd två gånger per år i enlighet med vård- och omsorgsnämndens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

Förvaltningens styrning mot att uppnå målen i kommunens mål- och resultatstyrning, och kvalitetsstyrningen sker genom att mål och kritiska verksamhetsfaktorer 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.

## 5. Mål och resultat

I detta avsnitt redovisas en samlad analys av nämndens egenkontroll utifrån de områden som nämndens kvalitetskrav innefattar; självbestämmandet och integritet, helhetssyn och samordning, trygghet och säkerhet, kunskapsbaserad verksamhet, tillgänglighet och effektivitet. Uppföljningen av kvalitetskraven för området ”säker vård och omsorg” redovisas till vård- och omsorgsnämnden i nämndens Patientsäkerhetsberättelse 2022 § 15 2023.023 VON.

Nämndens egenkontroll består av olika informationskällor om kvaliteten i verksamheten och kan sammanfattas i följande bild<sup>1</sup>.

| Brukarens bedömning   | Nämndens egen bedömning   | Nationell och regional bedömning  |
|---|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Brukarundersökningar</li> <li>• Synpunkter och klagomål</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mål- och resultatstyrning och internkontroll</li> <li>• Kritiska verksamhetsfaktorer</li> <li>• Årlig granskning av kvalitetskrav</li> <li>• Lex Sarah och avvikelser</li> <li>• Andra interna mätningar och kontroller</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nationella jämförelser, exempelvis:</li> <li>• Kommunens kvalitet i korthet</li> <li>• Öppna jämförelser</li> <li>• Kommun och enhetsundersökning</li> <li>• Externa tillsyner och granskningar</li> </ul> |

Resultat och nyckeltal kopplade till respektive kvalitetsområde redovisas i bilaga 2-7. För varje nyckeltal görs en värdering av i vilken grad nämndens mål och krav har förverkligats under året som gått. Värderingen av resultatet görs med hjälp av signalfärgerna:

- grönt (det här är vi bra på)
- ◐ gult (det här kan vi göra bättre)
- ◑ rött (det här är vi inte tillräckligt bra på, åtgärd krävs)
- ej utvärderad

I varje avsnitt redovisas en analys av resultatet samt vilka åtgärder som vidtagits under året. I analysen utvärderas även resultatet av nämndens prioriterade förbättringsområden i kvalitetsberättelsen 2021. Slutligen görs en samlad bedömning av mål och/eller planerade och prioriterade åtgärder för 2023.




<sup>1</sup> För beskrivning av informationskällor, se bilaga 1



## 5.1. Självbestämmande och integritet

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

### Analys av resultatet:

|  Det här är vi bra på |  Det här kan vi göra bättre |  Det här är vi inte tillräckligt bra på, åtgärd krävs |
|--|--|---|
| Hög andel aktuella genomförandeplaner  | Möjlighet att påverka tider inom hemtjänst och särskilt boende   | Upplevd nöjdhet av erbjudna sociala aktiviteter på särskilt boende  |
| Individuellt utformade mål i genomförandeplanerna  | Dokumentation om delaktighet i den enskildes genomförandeplan  | Att få bestämma om saker som är viktiga hemma (grupp- och servicebostad, LSS)   |
| Hänsyn tas till brukares åsikter och önskemål (äldreomsorg)  | Att få den hjälp man vill ha (gruppboende, LSS)  | Att få den hjälp man vill ha (servicebostad, LSS)   |
| Möjlighet att välja utförare (hemtjänst) och plats på särskilt boende                                  | Regelbundna gemensamma möten för brukare (bostad med särskild service + daglig verksamhet, LSS)              | Att vara med och bestämma sina assistenter (pers.ass)   |
| Regelbundna möten vid särskilt boende  | Möjlighet att framföra synpunkter och klagomål (hemtjänst, särskilt boende)                                  | Att veta vem man ska prata med om något är dåligt hemma (pers.ass)  |

### Delaktighet och inflytande

För att säkerställa delaktighet och inflytande arbetar verksamheterna aktivt med genomförandeplaner, som utformas tillsammans med den enskilde. Utifrån genomförda brukarundersökningar inom såväl SoL som LSS, framgår att samtliga verksamheter har ett högt resultat på andel aktuella genomförandeplaner (96-99%). Ett något sämre resultat visas när det gäller att dokumentera om den enskildes delaktighet i genomförandeplanen.

Möjlighet till inflytande ges också genom att verksamheten tar hänsyn till den enskildes åsikter och önskemål. Inom äldreomsorgen ligger detta resultat på en hög nivå i jämförelse med genomsnittet för samtliga kommuner, trots att resultatet för särskilt boende har minskat något senaste åren. Detta kunde även utläsas i revisionsrapporten från KPGM. Inom funktionsstöd har resultatet inom samtliga verksamheter minskat sedan föregående år, vad gäller upplevelsen av att få bestämma om saker som är viktiga. Störst förändring ses inom grupp- och servicebostäder vars resultat ligger klart under riksgenomsnittet.

Funktionsstöd visar varierande resultat gällande upplevelsen av att få den hjälp man vill ha. Resultatet för, daglig verksamhet och personlig assistans ligger över genomsnittet för samtliga kommuner och i nivå med tidigare resultat, med undantag för personlig assistans, vars resultat minskat. Däremot har resultatet för bostad med särskild service försämrats varav resultatet för servicebostad väsentligt försämrats jämfört med föregående år (minskat från 78 till 64 procent). När det gäller personlig assistans innebär dock den låga svarsfrekvensen i brukarundersökningen att det är svårt att dra några generella slutsatser av resultatet.

Hur väl den enskilde kan påverka vilka tider de får hjälp har jämfört med tidigare års bedömning minskat både för hemtjänst och särskilt boende, något som också påtalats i revisionsrapporten från KPGM. Resultaten avseende hemtjänst har sjunkit de senaste åren, men ligger fortfarande över rikssnittet. För särskilt boende har resultatet varierat relativt kraftigt mellan åren, med en tydlig försämring senaste året som också ligger något under genomsnittet för samtliga kommuner.

Resultatet visar på goda möjligheter att välja utförare inom hemtjänst och att i stor utsträckning få den plats på det särskilda boende som önskats. Inom personlig assistans visar resultatet dock på en försämring vad gäller andelen brukare som varit med och bestämt alla sina assistenter.

Ytterligare arbetssätt och metoder för att stärka brukarens inflytande ges också via regelbundna gemensamma möten för brukarna, så kallade brukarmöten/husråd/husmöten/ boråd. Inom särskilt boende genomförs dessa på majoriteten av verksamheterna, medan det inom grupp- och servicebostäder inom funktionsstöd förekommer i 67% av verksamheterna. På daglig verksamhet förekommer denna typ av möten på 40% av enheterna.

### ***Meningsfulla sociala aktiviteter***

Värt att nämna i detta sammanhang är även att brukarnas upplevelse av sociala aktiviteter inom äldreomsorgen har försämrats väsentligt från förra mätningen (2020), då 75% av brukarna var nöjda med erbjudna aktiviteter på boendet. Denna siffra uppgår endast till 39% 2022, vilket också ligger klart under genomsnittet för samtliga kommuner. Även detta påtalades i revisionsrapporten från KPMP med rekommendationen om att vidta åtgärder för att förbättra resultatet framgent. En identifierad orsak till minskat resultat inom detta område är pandemins påverkan på möjligheten till gemensamma aktiviteter.

Det utbud av kvalitetsaspekter som erbjuds äldre inom särskilt boende håller en hög nivå i Alingsås och ligger 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, två aktiviteter på vardagar, samt erbjudande om daglig utevistelse. Resultatet har under året minskat, framför allt kopplat till att verksamheten ej har erbjudit minst en organiserad och gemensam aktivitet per dag under helgen.

### ***Framföra synpunkter och klagomål***

En annan viktig del handlar om brukarnas möjlighet att framföra synpunkter och klagomål (äldreomsorg) eller att veta vem man ska kontakta om något är dåligt med stödet från personal (funktionsstöd). För samtliga verksamhetsområden undantaget personlig assistans, ligger resultatet över genomsnittet för samtliga kommuner, dock ses en viss försämring från tidigare år. Resultat för personlig assistans skiljer sig från övriga verksamheter och har minskat väsentligt från tidigare år.

Även här innebär den låga svarsfrekvensen i inom personlig assistans att det är svårt att dra några generella slutsatser av resultatet.

## Vidtagna åtgärder under året:

### **Förtroenderåd:**

Tuvegården har haft ett förtroenderåd under hösten 2022, där representanter från vård- och omsorgsnämnden samt anhöriga varit inbjudna. I övrigt har samtliga icke nödvändiga besök undvikits med anledning av pandemin. Förtroenderåd är något som verksamheterna önskar att återuppta under början av 2023, under förutsättning att restriktionerna lättar.

### **Ökat erbjudna aktiviteter:**

Av kvalitetskraven för särskilt boende framgår att den äldre ska erbjudas minst en daglig aktivitet i grupp eller enskilt. Särskilt boende har som målsättning att samtliga brukare ska erbjudas 14 aktiviteter/ vecka. Under årets första del har verksamheten haft små möjligheter att anordna aktiviteter i denna omfattning, med anledning av restriktioner utifrån pandemin, hög personalfrånvaro, samt att frivilligorganisationer under perioden inte erbjudit aktiviteter. Under hösten har enheterna börjat att komma igång med aktiviteter och Träffpunkterna har börjat att öppna upp sin verksamhet igen.

Metodutvecklare inom bostad med särskild service har haft ett riktat uppdrag att arbeta med målsättningen att fler aktiviteter ska erbjudas till brukare inom verksamheterna. Pandemin har påverkat möjligheten till att uppnå målet, men sedan restriktionerna i samhället har förändrats har också fler aktiviteter kunnat erbjudas. Verksamheterna inom bostad med särskild service har erbjudit gemensamma husmöten/brukarmöten med brukarna i varierande grad, med en viss ökning under hösten.

## Mål och/eller planerade åtgärder för 2023:




Nedan redovisas en sammanställning över identifierade utvecklingsområden som är viktiga att arbeta vidare med och vidta åtgärder kring under nästkommande år, avseende självbestämmande och integritet.

- Fortsätta analysera resultatet och vidta åtgärder för att öka delaktighet och inflytande för den enskilde inom grupp- och servicebostad samt personlig assistans
- Öka andelen brukare som vet vem man ska prata med om något fungerar dåligt med assistenterna (personlig assistans)
- Öka nöjdheten bland brukarna gällande erbjudna sociala aktiviteter inom särskilt boende

## 5.2. 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.

### Analys av resultatet:

|  Det här är vi bra på |  Det här kan vi göra bättre |  Det här är vi inte tillräckligt bra på, åtgärd krävs |
|--|--|--|
| Aktuella rutiner för samverkan med sjuksköterska samt vårdplaneringar (äldreomsorg)                    | Aktuella rutiner för samverkan med anhöriga (äldreomsorg)  | Minskad personalkontinuitet inom hemtjänsten   |
| Hög andel brukare inom hemtjänsten med namngiven fast omsorgskontakt                                   | Samverkan mellan kommunen och externa aktörer (funktionsstöd)  |  |

#### **Rutiner för samverkan**

Helhetssyn och samordning handlar till stor del om hur olika professioner, aktörer och personer samverkar kring den enskilde. I resultatet från kommun och enhetsundersökningen inom äldreomsorg framkommer, att det i majoriteten av verksamheterna inom både hemtjänst och särskilt boende finns aktuella rutiner för hur samverkan med sjuksköterska ska se ut i form av schemalagda möten. Det finns även i hög utsträckning aktuella rutiner för hur vårdplaneringar ska genomföras.

Runt 60% av verksamheterna inom äldreomsorgen uppger att de har aktuella rutiner för samverkan med anhöriga.

När det gäller funktionsstöd så saknas det enligt resultaten från öppna jämförelser aktuella överenskommelser för samverkan kring den enskilde mellan kommunen och ett antal externa aktörer, exempelvis Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen, barn- och ungdomspsykiatri och barn- och vuxenhabiliteringen. Med aktuell menas att rutinen ej har reviderats eller uppdaterats det senaste året. Här finns behov av att kartlägga vilka typer av överenskommelser för samverkan som faktiskt finns samt att säkerställa att de är kända i verksamheten.

#### **Personalkontinuitet**

En viktig iakttagelse gällande personalkontinuiteten inom hemtjänsten har noterats. Resultatet för 2022 (18) 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. I revisionsrapporten från KPMG påtalas att Alingsås kommun under 2022 har fler antal personal som möter brukaren jämfört med övriga kommungrupper, vilket är en försämring jämfört med året innan, då Alingsås hade högre personalkontinuitet än övriga kommuner. I kvalitetsberättelsen 2021 noterades att Alingsås då befann sig bland de 25% av kommunerna där en hemtjänsttagare möter minst antal personer under en 14-dagarsperiod. Personalkontinuiteten är något som mäts vid enstaka tillfällen under året och resultatet behöver därför utredas vidare.

Ett led i att öka personalkontinuiteten är att utse fasta omsorgskontakter. År 2022 hade i princip samtliga hemtjänsttagare (99%) en namngiven fast omsorgskontakt.

## **Vidtagna åtgärder under året:**

### ***Teamsamverkan***

Förvaltningens olika yrkeskategorier samverkar för en personcentrerad vård och omsorg genom teamssamverkan. I huvudsak arbetar teamen tillsammans med analys av avvikelser, riskförebyggande arbete samt individuell samordning och uppföljning kring den enskilde. För att säkerställa en fungerande teamsamverkan genomfördes flera åtgärder under hösten 2021, exempelvis upprättades handlingsplaner inom samtliga avdelningar och ett arbete påbörjades med att se över och uppdatera avdelningarnas rutiner för teamsamverkan.

Detta arbete har fortsatt och i slutet av året har teamsamverkan kommit igång på de flesta enheter inom särskilt boende, efter att restriktioner för möten i samband med Covid-19 har släppt. På korttidsenheten för äldre har teamsamverkan initierats varje vecka. De sista två månaderna blev verksamheterna åter drabbade av Covid-19, med höga sjukskrivningstal som följd, vilket också försvårat möjligheterna till att upprätthålla teamsamverkan.

På hemtjänstavdelningen har teamsamverkan startat upp var sjätte vecka.

Inom funktionsstöd, avdelningen för boende och arbete, har dialog förts med enhetscheferna för sjuksköterskor och rehabpersonal. Några enhetschefer har kommit igång med teamsamverkan och några har inplanerade möten i början av 2023. Målsättningen är att teamsamverkan ska ha kommit igång och fungera på samtliga enheter inom funktionsstöd under första kvartalet 2023.

### ***Personalkontinuitet och fast omsorgskontakt***

Det sker ett aktivt arbete som syftar till att ha en så hög personalkontinuitet som möjligt inom hemtjänsten, bland annat genom daglig planering av verksamheten, samt genom kontaktmannaskapet. En ambition är att den fasta omsorgskontakten ska utföra de flesta besöken, alternativt att en och samma person utför alla besök som görs hos den enskilde inom ramen för arbetspasset. I uppdraget som fast omsorgskontakt ingår bland annat att underlätta samarbetet mellan brukaren, närstående och omsorgspersonal samt 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.

Inom hemtjänstavdelningen har man arbetat med att förtydliga uppdraget som fast omsorgskontakt samt tillsett så att samtliga brukare har en första och andra omsorgskontakt. Teamsamverkan kompletteras med samverkan mellan den fasta omsorgskontakten och sjuksköterska. Den fasta omsorgskontakten är också den som har direktkontakt med både hemsjukvården och myndighetsavdelningen.

### ***Nystartat resursteam***

Avdelningen för hemtjänst har sedan september startat ett resursteam. Syftet är att ge en säker vård genom att stödja övriga hemtjänstteam vid frånvaro med prioriterade insatser såsom i första hand delegerade insatser. Teamet har introducerats i varje hemtjänstgrupp och det finns tydliga rutiner för hur de ska arbeta.

### ***Demensteam***

Inom ramen för Demensprojektet (se avsnitt "Kunskapsbaserad verksamhet") har demensteam upprättats och ligger under förebyggandeenhetens ansvarsområde. Syftet med teamet är att utveckla och stärka demensvården utifrån nationella riktlinjer. Teamet är kommunövergripande och tvärprofessionellt och består av demenssjuksköterska och representanter från avdelningarna hemtjänst, äldreboende, hälso- och sjukvård, myndighet samt LSS-verksamheten.

### ***Samverkan äldreomsorg och funktionsstöd***

Ett samarbete har inletts mellan avdelningen för särskilt boende och avdelningen för personlig assistans och stöd, LSS. Samverkan avser kompetensutveckling gällande lågaffektivt bemötande. Ett pilotprojekt startades upp under hösten i form av en studiecirkel med medarbetarna på Ängabogården avdelning Ängen under ledning av metodutvecklare på avdelningen för personlig assistans och stöd. För mer information, se under avsnitt 5.4 Kunskapsbaserad verksamhet.

### ***Samverkan vård och omsorg och socialförvaltningen***

Samverkan mellan vård- och omsorgsförvaltningen och socialförvaltningen har startat upp under hösten. Fokus har varit att hitta former för samverkan gällande komplexa ärenden och gränsdragningar mellan ansvarsområden. Ett fortsatt samarbete mellan förvaltningarna och gemensam planering ses som nödvändigt för att kunna möta kommuninvånarnas behov på bästa sätt.

### ***Andra samverkansformer***

Implementering av den delregionala tillämpningsanvisningen för in- och utskrivningsprocessen från slutenvården har påbörjats under året, bland annat på avdelningen för boende och arbete. För att underlätta arbetet med tillämpningen har de fått SIHTS-kort, för att kunna kalla till SIP-möten (samordnade individuella plan) samt att få tillgång till SAMSA (en IT-tjänst för samordnad vård- och omsorgsplanering). Samarbete har skett med socialsekreterare. Arbetet med SAMSA är påbörjat och kommer att fortsätta under kommande år.

Personal inom utförarverksamheten på funktionsstöd har under året fått en ny genomgång av SBAR (Situation, Bakgrund, Aktuellt tillstånd och Rekommendationer) som ska användas vid kontakt med andra yrkeskategorier och vårdgivare.

### ***Processororienterat arbetssätt***

För att säkerställa att nämnden har ett processbaserat kvalitets- och utvecklingsarbete, har förvaltningen under året fortsatt arbetet med att införa ett processororienterat arbetssätt. En stor del av detta arbete sker gemensamt i arbetsgrupper utifrån respektive process och tillhörande delprocesser, vilket skapat förutsättningar för en samordnad syn på verksamheternas gemensamma processer.

## Mål och planerade åtgärder för 2023:

Nedan redovisas en sammanställning över identifierade utvecklingsområden som är viktiga att arbeta vidare med och vidta åtgärder kring under nästkommande år, avseende helhetssyn och samordning.

- Utredda hur personalkontinuiteten ser ut inom hemtjänst

## 5.3. 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.

| ● Det här är vi bra på  | ● Det här kan vi göra bättre   | ● Det här är vi inte tillräckligt bra på, åtgärd krävs   |
|---|--|--|
| Brukarnas bedömning av hemtjänst/särskilt boende utifrån en <i>helhetssyn</i>                       | Känslan av trygghet med alla i personalen (daglig verksamhet och personlig assistans, LSS) | Andelen hanterade och/eller besvarade synpunkter och klagomål  |
| Brukarnas upplevelse av gott <i>bemötande</i> inom äldreomsorg                                      |  | Andelen avvikelser kopplat till bemötande inom hemtjänst och personlig assistans   |
| Brukarens upplevelse av <i>förtroende</i> för personalen inom äldreomsorg                           |  | Andelen avvikelser som klassificeras och utreds  |
| Brukarens upplevelse av <i>trygghet</i> inom äldreomsorg  |  | Känslan av <i>trygghet</i> med alla i personalen (grupp- och servicebostad, LSS)   |
| Brukarens upplevelse av <i>trivsel</i> i sin bostad eller på sin dagliga verksamhet (funktionsstöd) |  | Brukarens upplevelse av om <i>personalen bryr sig</i> om dem (daglig verksamhet, personlig assistans)  |
| Brukarens upplevelse av <i>trivsel</i> med boendepersonalen och på sin dagliga verksamhet           |  | Brukarens upplevelse av <i>trivsel</i> med alla sina assistenter (personlig assistans)   |
|   |  | Brukarens upplevelse av <i>rädsla</i> inom daglig verksamhet   |
|   |  | Aktuella rutiner vid misstanke/upptäckt av att den enskilde har utsatts för våld eller övergrepp av anhörig/närstående saknas (äldreomsorg och funktionsstöd)                          |
|   |  | Aktuella rutiner vid misstanke/upptäckt av att den enskilde är beroende av/missbrukar alkohol, läkemedel eller andra beroendeframkallande medel saknas (äldreomsorg och funktionsstöd) |



## Analys av resultatet:

### Synpunkter och klagomål

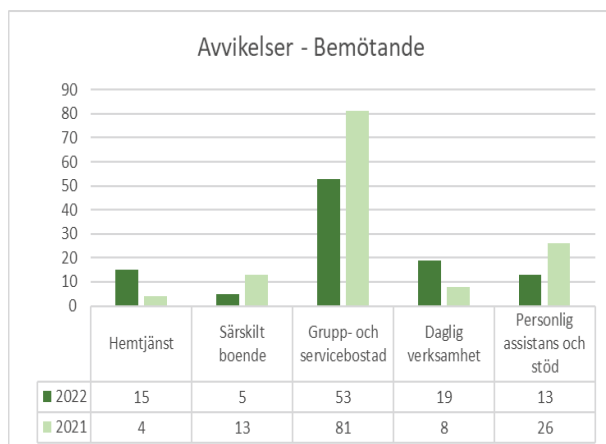
Förvaltningen har en rutin som ska säkerställa ett systematiskt sätt för att ta emot och utreda synpunkter och klagomål från enskild, personal, anhöriga och kommuninvånare. En väl fungerande klagomåls- och synpunktshantering utgör en viktig del för att upptäcka och förebygga fel och brister i verksamheten, samt identifiera nya förbättringsområden för att åstadkomma en bra kvalitet och säkerhet för den enskilde.

Under 2022 inkom det 76 st synpunkter och klagomål, samt en positiv synpunkt/beröm. Den positiva synpunkten avsåg beröm från anhöriga efter att handläggare, hemtjänst och hemsjukvård samarbetat för att möjliggöra vård i hemmet under den enskildes sista två veckor i livet. Majoriteten av inkomna synpunkter och klagomål kom från enskilda brukare eller dennes anhörig och avser bland annat upplevda brister i bemötande, bristande insatser och/eller omvårdnad kring den enskilde samt bristande samverkan mellan olika huvudmän. Andra klagomål avser exempelvis kvalitén på eller leverans av mat, minskade/inställda aktiviteter på träffpunkter med anledning av pandemin, samt övriga synpunkter som inte haft direkt koppling till utförandet.

Något som uppmärksammats är att endast 37% av de inkomna synpunkterna och klagomålen har hanterats och/eller besvarats, enligt de rutiner och blanketter som är avsedda för detta. Det är också flertalet av ärendena som ej är avslutade i Platina, vårt system för ärendehantering. En möjlig orsak till detta är att rutinen kring synpunkts- och klagomålshantering ej är tillräckligt implementerad eller känd i verksamheterna. Ytterligare orsaker kan hittas i rapporten från genomlysning av diarieföring som genomförts under hösten, där man uppmärksammat brister i dokumenthanteringsplanen samt att det saknas skriftliga rutiner för hur diarieföringen ska ske (se nedan). Hantering av synpunkter och klagomål är ett område som förvaltningen behöver se över och vidareutveckla.

### Avvikelser – bemötande

I kvalitetsberättelsen för 2021 beskrevs ett stort antal ökade avvikelser jämfört med tidigare år. Vård- och omsorgsnämnden gav därmed förvaltningen i uppdrag att analysera bakomliggande orsaker till ökningen av avvikelser. Respektive avdelningschef fick även i uppdrag att redovisa handlingsplaner för att minska avvikelserna. En målsättning om att antalet avvikelser gällande bemötande ska minska med 10 % lyftes fram som en kritisk verksamhetsfaktor.



Under 2022 har andelen avvikelser kopplat till bemötande totalt minskat med 20% inom samtliga verksamheter, vilket gör att målet uppnåts med god marginal. Störst förändring i antalet bemötande-avvikelser ses bland verksamheterna för grupp- och servicebostad som minskat sina avvikelser från 81 st till 53 st under året (34%) och bland verksamheterna inom avdelning personlig assistans och stöd som minskat sina avvikelser med hela 50%.

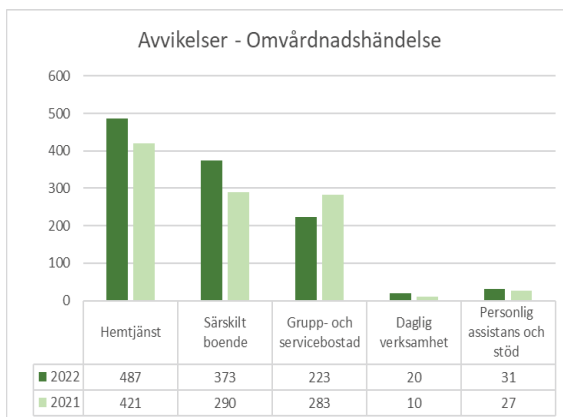
Detta i jämförelse med såväl hemtjänst som daglig verksamhet, vars avvikelser kopplat till bemötande istället har ökat under året. Inom hemtjänst har det dessutom skett en markant ökning där antalet bemötandeavvikelser nästintill fyrdubblats, medan det för daglig verksamhet skett en ökning från 8 till 19 st avvikelser. För dessa verksamheter har målsättningen om minskat antal avvikelser med 10% alltså ej uppnåtts.

En ökning av antalet avvikelser behöver per automatik inte innebära att det sker fler händelser i verksamheten. En orsak kan istället vara att benägenheten att rapportera avvikelser ökat, som ett led i ökad kunskap kring rapporteringsskyldighet. Risk finns även alltid att det är ett mörkertal i antal avvikelser som inte rapporterats i de verksamheter som minskat antalet avvikelser.

Avvikelser som rapporteras kring bemötande handlar bland annat om att personal uttryckt sig på ett olämpligt sätt, som upplevts kränkande av den enskilde. En stor del handlar även om hur brukare bemöter varandra och personal, såväl muntligt som fysiskt.

När det gäller brukarnas egna upplevelser av att personalen bemöter dem på ett bra sätt, så visar resultatet från brukarundersökningen inom äldreomsorg på att Alingsås kommun ligger på en hög nivå, såväl för hemtjänst (98%) som för särskilt boende (92%).

### Avvikelser – Omvårdnadshändelser

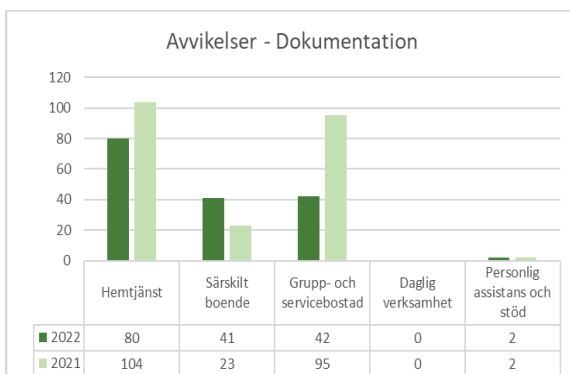


I diagrammet går att utläsa att antalet omvårdnadshändelser som rapporterats som avvikelser har ökat i samtliga verksamheter, förutom för grupp- och servicebostäder inom LSS, där det skett en viss minskning. Flest omvårdnadshändelser ses inom hemtjänsten.

Omvårdnadshändelser som rapporterats är till övervägande delen insatser som inte blir utförda och gäller både dag och natt.

Fremsta orsaken uppges till största del vara personalbrist och tidsbrist, eller att insatser har glömts bort eller saknats i planeringen. I verksamheter inom LSS beror omvårdnadshändelserna ofta på att planerade insatser inte utförts eller att personalen inte jobbat utifrån de bemötandestrategier som finns framtagna för brukarna.

### Avvikelser - dokumentation

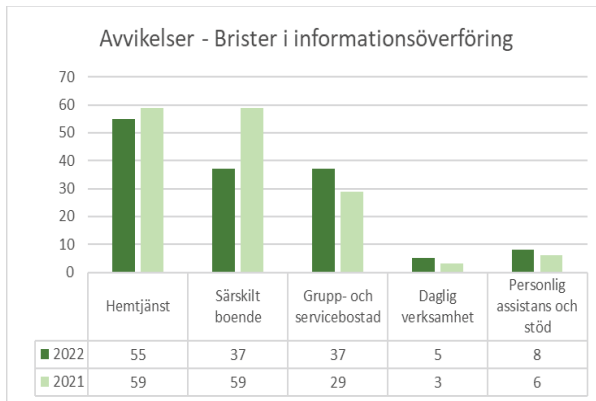


När det gäller avvikelser kopplat till dokumentation har antalet mer än halverats för grupp- och servicebostäder sedan förra året. Inom särskilt boende ses istället en ökning jämfört med tidigare år.

För daglig verksamhet och avdelningen personlig assistans och stöd återfinns inga eller få avvikelser kopplat till 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. Här kan man också se att avvikelser i form av missad digital signering ibland rapporterats.

### Avvikelser – brister i informationsöverföring

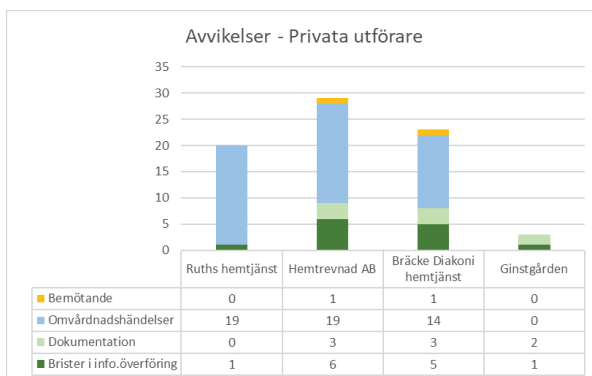


Antalet avvikelser kring brister i informationsöverföring ligger relativt stabilt över tid. Störst skillnad ses inom särskilt boende, som minskat sina avvikelser avsevärt inom detta område.

Avvikelser som rapporteras som brister i informationsöverföring handlar framför allt om brister i den interna kommunikationen mellan olika yrkeskategorier/ arbetslag.

Exempel på sådana avvikelser är 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.

### Avvikelser – privata utförare



Externa utförare ansvarar för att det finns rutiner för hantering av avvikelser, som beskrivs i respektive utförarens ledningssystem. Varje utförare ska fyra gånger om året, kvartalsvis, lämna en sammanställning av inkomna avvikelser till Alingsås kommun.

Uppgifter om enskilda utförarens hantering av avvikelser redovisas i respektive utförarens kvalitetsberättelse.

### Klassificering och utredning av avvikelser

För att säkerställa kvalitén i arbetet med avvikelshantering följer förvaltningen sedan 2021 upp nyckeltalen "andel avvikelser som har klassificerats av sjuksköterska och/eller enhetschef" samt "andel avslutade utredningar". I kvalitetsberättelsen för 2021 framgår att förvaltningens målsättning för 2022 var att andelen klassificerade och avslutade utredningar av avvikelser ska uppgå till 95 procent. Vid det senaste mätillfället (31 december 2022) var andelen klassificerade avvikelser totalt 52 procent och andelen avslutade utredningar total 63 procent, vilket är en liten höjning jämfört med året innan.

Riktlinjen för avvikelshantering reviderades under våren. En möjlig orsak till att verksamheterna inte lyckats uppnå målsättningen kan vara att riktlinjen inte blivit tillämpad fullt ut eller att det finns brister i följsamheten av densamma.

Stora variationer går här att finna mellan avdelningarna. Värt att lyfta fram är att det skett stora förbättringar gällande andelen avslutade utredningar inom såväl hemtjänst som avdelningen för boende och arbete. Hemtjänstavdelningen har ökat sina avslutade utredningar med 21%, vilket kan delvis bero på att man inom avdelningen haft en extra resurs som enhetschef som arbetat 50 % för att stödja avdelningen i avvikelshantering. Avdelningen för boende och arbete har ökat både sina avslutade utredningar och andelen klassificerade utredningar med hela 31%.

Resultatet såväl avdelningsvis som förvaltningsövergripande visar dock på att det finns behov av fortsatt utvecklingsarbete kring avvikelshandlingen för att uppnå målsättningen.

### ***Upplevelse av trygghet, trivsel och förtroende***

Upplevelsen av trygghet inom hemtjänst och särskilt boende har sedan förra brukarundersökningen (2020) minskat några procentenheter. Jämfört med övriga kommuner uppvisas dock goda resultat avseende trygghet inom äldreomsorgen, något som också revisionsrapporten från KPMG lyfte fram.

Även inom funktionsstöd har resultatet försämrats vad gäller andelen brukare som känner sig trygg med alla i personalen. En försämring ses inom samtliga verksamheter och resultatet ligger under målsättningen om att ligga i nivå med genomsnittet för riket. När det gäller upplevelsen av trivsel hemma eller med sin personal varierar resultatet någon inom funktionsstöd – gruppboende och personlig assistans uppnår inte målvärdet fullt ut, medan resultatet för serviceboende och daglig verksamhet ligger i nivå med eller över målvärdet gällande trivsel.

På frågan ”bryr sig personalen om dig” varierar resultaten inom funktionsstöd. På daglig verksamhet har det skett en liten försämring, medan det inom personlig assistans har skett en kraftig försämring från 83% till 67% under året. Övriga insatser ligger i nivå med riket gällande denna fråga.

Förtroendet för personal är inom hemtjänst högt jämfört med andra kommuner. Det är hela 96% av personer i åldrarna 65 och äldre som uppgett att de har förtroende för all eller flertal av personalen som kommer hem till dem. Inom särskilt boende har resultatet minskat något, men ligger fortfarande över rikssnittet. I KPMG:s rapport rekommenderas förvaltningen att analysera och vidta åtgärder för att stärka utvecklingen av hur brukarna inom särskilda boenden upplever förtroendet för personalen.

KPMG konstaterar sammantaget att brukarna ger ett gott betyg till såväl hemtjänst som särskilt boende utifrån en helhetssyn, även om det minskat något sedan senaste mätningen. Värt att nämna i detta sammanhang är att Alingsås kommun kom på 14:e plats av landets 290 kommuner gällande bäst hemtjänst i landet, i undersökningen Hemtjänstindex 2022.

### ***Upplevelse av ensamhet och rädsla***

Andelen personer som besvärar av ensamhet inom hemtjänsten har minskat. Inom särskilt boende har upplevelsen av ensamhet dock ökat något sedan 2020, men ligger fortfarande

under rikssnittet. En möjlig orsak till ökningen inom särskilt boende kan vara minskat antal erbjudna aktiviteter och sammankomster under året.

När det gäller rädsla sticker resultatet för daglig verksamhet ut, där färre brukare än tidigare uppger att de aldrig är rädda för något på sin dagliga verksamhet. Detta resultat ligger klart under genomsnittet för samtliga kommuner i riket. På grupp- och servicebostad ligger resultatet i nivå eller strax under genomsnittet.

### ***Rutiner vid misstanke om våld eller övergrepp och missbruk***

I kommun och enhetsundersökningen för äldreomsorg framgår att de flesta verksamheter inom hemtjänst och särskilt boende saknar aktuella rutiner vid misstanke/upptäckt av att den enskilde har utsatts för våld eller övergrepp av anhörig/närstående, eller vid misstanke/upptäckt av att den enskilde är beroende av/missbrukar alkohol, läkemedel eller andra beroendeframkallande medel. Endast 8-15% av enheterna uppger att de har sådana rutiner.

I enhetsundersökning LSS framgår även att verksamheterna inom LSS (grupp-och servicebostad samt daglig verksamhet) saknar aktuella rutiner för personalens agerande vid misstanke/upptäckt av att den enskilde har utsatts för våld eller andra övergrepp, eller om den enskilde är beroende av/missbrukar läkemedel eller andra beroendeframkallande medel. Detta visar även resultatet från öppna jämförelser, socialtjänsten.

Med aktuell menas att rutinen ej har reviderats eller uppdaterats det senaste året. Här finns ytterligare behov av att kartlägga vilka typer av rutiner som faktiskt finns samt att säkerställa att de blir aktuella och kända i verksamheten.

## **Vidtagna åtgärder under året:**

### ***Synpunkter och klagomål***

I nämndens internkontrollplan för 2022 har vård och omsorgsnämnden som en del av förvaltningens interkontroll identifierat en risk för brister i ärendehanteringsprocessen. Mot bakgrund av internkontrollplanen 2022-2024 har vård- och omsorgsförvaltningen under hösten gjort en genomlysning av diarieföringen. Internkontrollpunkter har varit ”att handlingar diarieförs korrekt” samt ”att berörd personal har relevant kunskap om rutiner för diarieföring”. Utredningen redovisades till nämnden 2022-12-19 § 104. Rapporten uppmärksammar bland annat brister i dokumenthanteringsplanen samt att det saknas skriftliga rutiner för hur diarieföringen ska ske. Nämnda brister kan möjligtvis kopplas till det faktum att en stor andel inkomna synpunkter och klagomål ej hanterats och eller besvarats enligt rutin för detta.

### ***Avvikelser***

Under våren (maj) reviderades riktlinjen för rapporteringsskyldighet och hantering av händelser med tillhörande manual/stöddokument i syfte att tydliggöra ansvarsfördelning och roller, samt förbättra flödet i hanteringen av avvikelser.

Ett förbättringsarbete har påbörjats inom samtliga verksamheter där enheterna har kommit olika långt. Avdelningen för boende och arbete, LSS, har under 2022 haft fokus på att förbättra arbetet med avvikelser. Enhetschef och metodutvecklare utreder avvikelser och de tas upp för dialog och reflektion tillsammans med medarbetare i ett lärande syfte för att förbättra och utveckla verksamheten i rätt riktning. Detta arbete sker på pedagogiska

konferenser och APT. Samma avdelning har under hösten 2022 startat upp workshops för enhetschefer inom boende varje vecka, där avvikelser hanteras och dokumenteras i syfte att lära av varandra och komma framåt i hanteringen. Inom daglig verksamhet fungerar hantering av avvikelser väl. Där är förhållandevis få avvikelser i antal i förhållande till antal insatser som verkställs.

Hemtjänstavdelningen har haft stöd av en extra resurs som enhetschef som stöttat med avvikelshantering till vissa enheter. Enhetschefer går igenom sina inkomna avvikelser och förmedlar vid bland annat APT-möten vad som inkommit.

Under våren och sommaren ökade antalet avvikelser avsevärt på ett särskilt boende i Alingsås kommun. En analys gjordes av avdelningschef och enhetschef, som tillsammans tagit fram en handlingsplan för aktuellt boende, baserat på de brister som uppmärksammats.

I samband med införandet av nytt verksamhetssystem har även ett nytt IT-stöd för avvikelshantering upphandlats, som kommer att implementeras parallellt.

### **Lex Sarah**

Under 2022 har en händelse anmälts till IVO som en risk för allvarligt missförhållande enligt Lex Sarah. Anmälan gjordes i december månad och IVO har ännu inte återkommit med svar eller ställningstagande kring anmälan. Åtgärder som vidtagits i ärendet är bland annat att samtlig personal fått genomgång av gällande riktlinjer och rutiner som berör händelsen för att säkerställa att liknande händelser inte inträffar igen.

### **Systematisk kvalitetsgranskning 2022**

Inom ramen för nämndens verksamhetsplan för systematisk kvalitetsgranskning och uppföljning 2022 granskades under året området "Dokumentation". Granskningen genomfördes under våren i samtliga verksamheter genom kollegial dokumentationsgranskning. En rapport sammanställdes av MAS och SAS och redovisades till Vård- och omsorgsnämnden 2022-12-01 §85. I sammanställningen av granskningen redovisas vilka områden kring dokumentation som fungerar bra samt vilka områden som behöver förbättras. I samband med den journalgranskning som genomfördes av MAS och SAS uppmärksammades förbättringsområden som framför allt handlar om vikten av kunskap kring grunderna vad gäller dokumentation. Vidare framhålls vikten av en god introduktion av personal i samtliga personalkategorier, där kunskap kring dokumentation prioriteras och säkerställs. MAS/SAS lyfter även fram behovet av en fortsatt och kontinuerlig kompetensutveckling för att bibehålla och utveckla kvaliteten i all dokumentation som förs. Ytterligare en slutsats som kunnat dras är vikten av att samverkan initieras mellan myndighet och verkställighet. För prioriterade åtgärder kopplat till dokumentationsgranskningen, se nedan under rubrik "Mål och planerade åtgärder för 2023".

Dokumentationsgranskningen kommer framöver att ingå som en del av det årliga systematiska kvalitetsarbetet genom egenkontroll. Under hösten har verksamheterna fortsatt med kollegial dokumentationsgranskning, vilket generellt har upplevts som positivt i verksamheten. Med en kontinuitet i journalgranskningen är förhoppningen att verksamheterna lyckas höja kvaliteten i dokumentationen genom att man identifierar förbättringsområden och genomför åtgärder i verksamheten, får en lärandeprocess genom granskningen, samt identifierar goda exempel och sprider dem i verksamheten.

Under året har utbildningsinsatser i dokumentation genomförts inom avdelningen för särskilt boende på vissa enheter, bland annat på korttidsboende samt de nyöppnade demensenheterna på Kvarnbacken. Fler utbildningssatsningar kring dokumentation planeras för vissa boenden i början av 2023. En framgångsfaktor visar sig vara närvaron av dokumentationsombud som arbetar aktivt med att utbilda nya medarbetare, håller i dokumentationsgranskning samt stöttar sina kollegor.

### ***Riktlinjer för myndighetsutövning***

Under 2021 påbörjades en genomlysning av processer och rutiner relaterade till biståndshandläggning och en reviderad riktlinje togs fram. Under året har arbetet fortsatt och myndighetsavdelningen har påbörjat arbetet med att ta fram och implementera nya tillämpningsanvisningar. Rutiner och arbetssätt vid avsteg från riktlinjerna har integrerats och förtydligats i anvisningarna. Därutöver kommer verksamheten att säkerställa att nyanställda informeras och har kunskap om verksamhetens rutiner. 1:e socialsekreterare har tagit fram en checklista för att säkerställa innehållet i utredningen. Fokus i arbetet är att skapa ett enhetligt arbetssätt och tydliggöra ansvarsfördelning och samverkansstrukturer mellan myndighetsavdelningen och utförare.

Förvaltningen fick inför 2022 ett förnyat uppdrag om att genomlysa riktlinjerna för beslut och myndighetsutövning enligt LSS. Genomlysning av verksamheten påbörjades i liten skala under hösten och behöver fortsätta under kommande år. Det behöver gå i takt med arbetet med en strategi för funktionsstöd (se avsnitt 5.6 Effektivitet) och med framtagandet av riktlinjerna för verksamheten.

### ***Effektiv och kvalitetssäkrad dokumenthantering av styrande dokument***

Under 2021 påbörjades en revidering av förvaltningens riktlinjer för styrande dokument och en översyn av strukturen i dokumenthanteringssystemet Alfresco, i syfte att kvalitetssäkra och underlätta dokumenthanteringen. Arbetet har fortsatt och en riktlinje för styrande dokument togs fram under våren med tillhörande stödjande dokument i form av en checklista. Implementering av riktlinjerna, samt utbildning för chefer och berörda stödfunktioner påbörjades under hösten och avslutades vid årsskiftet.

### ***Plan för uppföljning av privata utförare***

När en kommunal angelägenhet överlämnas till en privat utförare ska kommunen kontrollera och följa upp verksamheten enligt 10 kap. 8 § KL. Uppföljningens syfte är att kontrollera att verksamheten utförs i enlighet med förfrågningsunderlag, anbud och avtal, där mål och riktlinjer för respektive verksamhet framgår.

Under våren 2021 granskade KPMG på uppdrag av kommunrevisionen kommunens uppföljning av privata utförare. Mot bakgrund av granskningen antog kommunfullmäktige den 27 oktober 2021, § 216 "Program för uppföljning av privata utförare".

Utifrån programmet utarbetar vård- och omsorgsförvaltningen årliga planer för uppföljning av privata utförare. En sammanställning av uppföljningen utifrån 2022 års plan för uppföljning av privata utförare redovisas i nämndens årsbokslut.

### ***Trygghet***

Inom avdelningen för boende och arbete ligger resultatet från SKR:s brukarundersökning som grund för vad varje enskild enhet ska arbeta med för att brukare både ska trivas och

vara trygg i sitt boende och på sitt arbete. Enhetschef tillsammans med metodutvecklare driver dessa frågor och arbetar fortlöpande med att förbättra och utveckla verksamheten.

## Externa tillsyner och granskningar

### **Tillsyn IVO**

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) har under 2022 utfört tre tillsyner av vård och omsorgsverksamheter.

#### *Tillsyn 1*

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) har enligt 11 § förordningen (1993:1090) om stöd och service till vissa funktionshindrade en skyldighet att vid minst ett tillfälle per år göra inspektioner vid bostäder med särskild service för barn eller ungdomar enligt 9 § 8 LSS. I Alingsås kommun fanns under 2022 två verksamheter som bedriver sådan verksamhet. Tillsyn genomfördes vid ena verksamheten den 30 mars 2022.

I beslutet konstaterar IVO följande brister:

- Nämnden har inte informerat personalen om deras skyldigheter enligt lex Sarah, samt
- Verksamheten saknar rutiner för egenvård och personalen ger barnet läkemedel utan en egenvårdsbedömning från förskrivande hälso- och sjukvårdspersonal.

I åtgärderna ingick en grundläggande genomgång av Lex Sarah, där medarbetarnas ansvar påtalades samt vilka rutiner som gäller vid rapportering. Detta genomfördes via både webbutbildning samt skriftligt informationsmaterial. Gällande frågan kring egenvård kontaktades förvaltningens MAS för rådgivning och rutinen för egenvård gjordes känd i verksamheten. Kontakt togs även med förskrivande hälso- och sjukvårdsinstans för hantering av egenvårdsbeslut.

I de delar som granskats bedömer IVO att verksamheten i övrigt ger förutsättningar för god kvalitet.

#### *Tillsyn 2*

IVO genomför under 2022 och 2023 en nationell tillsyn av bostad med särskild service för vuxna enligt 9 § 9 LSS. Tillsynen ska bidra till att personer med funktionsnedsättningar inte blir utsatta för otillåtna tvångs- och begränsningsåtgärder eller andra kränkningar i sitt boende. Tillsynen är avgränsad till gruppboendestäder och IVO genomför tillsyn i de gruppboendestäder där de genom ett strukturerat urval har identifierat boenden med hög risk för förekomst av tvångs- och begränsningsåtgärder samt andra kränkningar. IVO genomförde tillsynen vid en gruppboendestad i Alingsås kommun den 31 maj 2022.

I beslutet konstaterar IVO följande brister:

- Brukare vid NN gruppboendestad har vid flera tillfällen inte fått den hjälp och det stöd som ingår i insatsen, samt
- NN gruppboendestad genomför vissa begränsande åtgärder till skydd eller stöd för brukarna

Första punkten avser att en mängd insatser under en lång period har ställts in på grund av personalbrist och att enheten under lång tid haft bemanningsproblem. Gällande förekomsten av de begränsande åtgärder som beskrivs i beslutet så gör IVO bedömningen att dessa är godtagbara med hänsyn till omständigheterna och att de inte sker mot de enskildas vilja. Handlingsplaner finns upprättade som tydligt beskriver detta.

I svaret till IVO redogör ledningen/avdelningschef i en handlingsplan för vidtagna och planerade åtgärder:



- att bredda kompetensen och perspektiven genom kontinuerlig rekrytering av kompetent personal
- att kontinuerligt utvärdera begränsningsåtgärder
- utbildningssatsningar kring lågaffektivt bemötande, autism och pedagogiskt förhållningssätt
- fördjupat arbete kring genomförandeplaner och dokumentation för att säkerställa kvaliteten för brukarna

Återkoppling från IVO har ännu ej inkommit i januari 2023.

### *Tillsyn 3*

I december genomfördes en tillsyn på den andra verksamheten som bedriver bostad med särskild service för barn enligt 9 § 8 LSS. Någon återrapportering från denna tillsyn har vid upprättandet av detta dokument ännu inte kommit nämnden tillhanda.

### **Revisionsrapport från KPMG**

Alingsås kommuns revisorer fick under 2022 i uppdrag att granska vård- och omsorgsnämndens förmåga att styra, leda och följa upp äldreomsorgsverksamheten med fokus på brukarperspektivet. Syftet med granskningen var att bedöma om äldreomsorgen styrs och bedrivs på ett sätt som säkerställer kvalitet i enlighet med politiska mål samt om nämnden bedriver ett ändamålsenligt arbete utifrån den nationella värdegrunden för äldreomsorgen. Resultaten från granskningen redovisas i analysen av resultatet för respektive kvalitetskravsområde. Förvaltningens yttrande utifrån revisionsrapporten kommer att behandlas på vård- och omsorgsnämndens sammanträde i mars 2023.

## **Mål och planerade åtgärder för 2023**

Nedan redovisas en sammanställning över identifierade utvecklingsområden som är viktiga att arbeta vidare med och vidta åtgärder kring under nästkommande år, avseende trygghet och säkerhet.

- Öka andelen avvikelser som klassificeras och utreds
- Fortsätta analysera resultatet och vidta åtgärder för att minska antalet avvikelser kopplat till bemötande inom hemtjänst och personlig assistans
- Öka andelen brukare som känner sig trygga med alla i personalen (funktionsstöd)
- Öka brukarnas upplevelse av att personalen bryr sig om dem (daglig verksamhet och personlig assistans)
- Öka andelen brukare som trivs med alla sina assistenter (personlig assistans)
- Öka andelen brukare som aldrig är rädd för något på sin dagliga verksamhet
- Upprätta aktuella rutiner vid misstanke/upptäckt av att den enskilde har utsatts för våld eller övergrepp av anhörig/närstående (äldreomsorg och funktionsstöd)
- Upprätta aktuell rutin vid misstanke/upptäckt av att den enskilde är beroende av/missbrukar alkohol, läkemedel eller andra beroendeframkallande medel (äldreomsorg och funktionsstöd)

***Planerade/prioriterade åtgärder på förvaltningsnivå;***

- Öka följsamhet till gällande rutiner kring synpunkter och klagomål
- Se över och utveckla verksamhetens rutiner, arbetssätt och metodstöd gällande riskanalys, avvikelshantering samt hantering av synpunkter och klagomål

Utifrån resultatet från dokumentationsgranskningen kommer följande åtgärder att prioriteras under året:

- Fortsatt egenkontroll i form av dokumentationsgranskning
- Se över hur introduktionen ser ut kopplat till dokumentation för samtliga personalkategorier
- Säkerställa att samtliga personalkategorier får fortbildning och kompetensutveckling inom området dokumentation
- Säkerställa att samverkan initieras och/eller utvecklas mellan verksamheter, framför allt mellan myndighet och utförare
- Påbörja förbättringsarbeten inför införandet av nytt verksamhetssystem 2024

## 5.4. 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.*

### Analys av resultatet:

| ● Det här är vi bra på  | ● Det här kan vi göra bättre   | ● Det här är vi inte tillräckligt bra på, åtgärd krävs                                       |
|---|--|--|
| Individuella och samlade kompetensutvecklingsplaner (avdelningen för boende och arbete)                           | Individuella och samlade kompetensutvecklingsplaner inom grupp- och servicebostad, LSS                       | Brukarens upplevelse av att all personal förstår dem (servicebostad och personlig assistans) |
| Kompetensutveckling gällande alternativ och kompletterande kommunikation, AKK (avdelningen för boende och arbete) | Arbeta med systematisk uppföljning av resultat för att utveckla verksamheten (äldreomsorg och funktionsstöd) |  |
| Andelen handläggare med socionomexamen  | Brukarens upplevelse av att personal pratar så att de förstår (gruppboende, daglig verksamhet)               |  |
| Hög andel personal med adekvat utbildning på särskilt boende  | Brukarens upplevelse av att all personal förstår dem (gruppboende, daglig verksamhet)                        |  |

### **Kompetensutveckling för personal**

I resultatet från enhetsundersökningen LSS framkommer att det i verksamheterna för daglig verksamhet finns individuella kompetensutvecklingsplaner för samtliga i personalgruppen på 80% av enheterna. Inom grupp- och servicebostad är denna siffra något lägre. Vad gäller samlade kompetensutvecklingsplaner för personalens kompetensutveckling inom enheten återfinns dessa i samtliga dagliga verksamheter, medans denna siffra inom grupp- och servicebostad uppgår till endast 67% av enheterna. Resultaten visar även att funktionsstöd saknar övergripande aktuella samlade planer för personalens kompetensutveckling inom LSS. Avdelningen för boende och arbete arbetar aktivt med medarbetaröverenskommelser. I den identifieras medarbetarens behov av kompetens och plan görs upp för att se till att glappet undanröjs och tillgodose att ny kunskap tillförs.

Resultatet från enhetsundersökningen LSS visar på att avdelningen för boende och arbete har erbjudit kompetensutveckling gällande alternativ och kompletterande kommunikation (AKK) till majoriteten av samtliga verksamheter inom grupp- och servicebostad samt daglig verksamhet, vilket är en del av målsättningarna i de handlingsplaner som upprättats utifrån resultaten på brukarundersökningen. Här ligger Alingsås högt jämfört med genomsnittet för samtliga kommuner.

### **Utbildningsnivå**

Resultatet från öppna jämförelser visar att en stor andel handläggare inom såväl äldreomsorg som funktionsstöd innehar socionomexamen. Inom funktionsstöd ligger resultatet klart över genomsnittet för riket och har dessutom ökat från 50% till 88% sedan 2020, medan andelen handläggare med socionomexamen inom äldreomsorgen har minskat.

Trots svårigheter att rekrytera personal med tillräcklig kompetens, har verksamheterna klarat av att bibehålla en hög andel utbildad personal. När det gäller omsorgspersonal på särskilt boende så ligger årets resultat i nivå med riket när det gäller andel personal med adekvat utbildning som jobbar vardagar respektive helg.

Andelen stödassistenter inom funktionsstöd ligger fortsatt på en hög nivå, även om resultatet minskat något jämfört med föregående år, från 91.7%, till 89.9%. Inom äldreomsorgen har andelen undersköterskor däremot ökat från föregående år och ligger nu på 87.6%, vilket också ligger över målvärdet (85%).

### **Individens behov i centrum (IBIC)**

I resultatet från öppna jämförelser framkommer att myndighetsavdelningen SoL använder ett strukturerat arbetssätt enligt IBIC (Individens behov i centrum) vid samtliga utredningar och uppföljningar för särskilt boende och hemtjänst. Resultaten för myndighetsavdelningen LSS visar att de använt IBIC i utredningar och vid uppföljning, men inte för alla.

Resultatet stämmer inte överens med hur arbetet sker i praktiken, då förvaltningen ännu inte påbörjat implementering av arbetssättet IBIC. Tidigare pilotprojekt av införandet ledde till att utredningsmallen reviderades i verksamhetssystemet i enlighet med IBIC, vilket kan förklara resultatet.

I kommentarerna från revisionsrapporten från KPMG framkommer att de ser positivt på att arbetet med att införa IBIC återupptas (se "Vidtagna åtgärder under året").

### **Verksamhetsutveckling och systematisk uppföljning**

Varken myndighetsavdelningen SoL eller LSS har under året arbetat med systematisk uppföljning av resultat för att utveckla verksamheten, enligt resultatet från öppna jämförelser. Systematisk uppföljning av beslutade insatser på gruppnivå eller utifrån ett könsperspektiv har heller inte genomförts under året. Införandet av IBIC förväntas ge bättre underlag för att kunna följa upp individens behov och resultat över tid och därmed öka förvaltningens förutsättningar att arbeta med systematisk uppföljning på gruppnivå. Resultatet från den individuella uppföljningen kommer att kunna sammanställas på olika nivåer och ingå som underlag för verksamhetsuppföljning, vilket bidrar till utveckling av en kunskapsbaserad socialtjänst.

### **Kommunikation**

Brukarundersökningen för LSS berör frågor som rör kommunikation – såväl personalens kommunikation till den enskilde, men också om personalen förstår vad brukaren säger. När det gäller huruvida personalen pratar så att brukaren förstår så ligger resultatet strax under eller i nivå med genomsnittet för samtliga kommuner för gruppbostad, daglig verksamhet och personlig assistans, medan det för servicebostäder ligger strax över genomsnittet. Resultatet har dock försämrats några procentenheter sedan 2021 års mätning på samtliga verksamheter förut på daglig verksamhet, där resultatet ökat något.

En markant ökning har skett när det gäller brukarnas upplevelse av att personalen förstår dem på gruppbostad, där resultatet har ökat från 56% till 71% samt inom personlig assistans (från 50% till 67%) På servicebostad och daglig verksamhet ses tvärtom en försämring med 12% respektive 7% gällande samma fråga. Trots en positiv ökning inom personlig assistans så ligger resultatet fortfarande klart under genomsnittet för samtliga kommuner. Som tidigare nämnts är det svårt att dra för stora slutsatser av resultatet för personlig assistans, med anledning av den låga svarsfrekvens som föreligger.

## Vidtagna åtgärder under året

### ***Nytt verksamhetssystem***

Planering för upphandling av nytt verksamhetssystem har pågått under större delen av året och i december blev det klart att det blir Pulsens Combine som blir det nya verksamhetssystemet. Syftet med bytet till ett mer modernt system är att möjliggöra utveckling av förvaltningens verksamheter på nya sätt som inte dagens system, Magna Cura, kan hantera och stötta. Combine kommer att tas i bruk 1 december 2023 och Magna Cura kommer inte att vara tillgänglig för användning efter 2023-12-31. Införandet av det nya verksamhetssystemet kommer att ha stort och prioriterat fokus under hela 2023.

### ***Individens behov i centrum (IBIC):***

IBIC är ett arbetssätt som ger stöd för både handläggare och utförare att beskriva och dokumentera uppgifter om individens behov, mål och resultat med ett gemensamt språk. Det har inom förvaltningen gjorts flera tidigare ansatser att införa arbetssättet IBIC, men processen har av olika orsaker bromsats upp. Orsakerna relaterar till det bristande IT-stöd för IBIC som dagens verksamhetssystem, Magna Cura, har erbjudit. Även pandemin har försvårat ett tidigare införande.

Under året har införandet av IBIC påbörjats. En projektplan har tagits fram som tydliggör projektets viktigaste delar, med effektmål, projektmål, genomförande, arbetssätt, tids- och aktivitetsplan samt förvaltning och implementering. Syftet med införandet av IBIC i vård- och omsorgsförvaltningen är att:

- Införa ett behovsinriktat arbetssätt med individen i centrum
- Förbättra dokumentationen så den blir systematisk och strukturerad samt bygger på nationell informationsstruktur och nationellt fackspråk som omfattar handläggning genomförande och uppföljning.
- Möjliggöra ökad verksamhetsuppföljning och kontroll både på individ- och organisationsnivå utifrån ett brukarperspektiv

Några av de effektmål som förväntas uppnås med ett införande av IBIC är:

- Ökad rättssäkerhet, likvärdig hantering av ansökan, utredning, planering och uppföljning.
- Bättre möjlighet till delaktighet för individen
- Informationsöverföring som utgår från en enhetlig, entydig terminologi, vilket kan bidra till minskad dubbeldokumentation och bättre underlag för planering och genomförande av beslutade insatser.
- Transparens, dvs. handläggningen blir tydligare och därmed även lättare för individen att förstå.

- Möjlighet att göra uppföljning på individnivå av resultat, dvs. måluppfyllelse, upplevelse av livskvalitet och uppfattning om insatsens kvalitet.
- Underlag för verksamhetsuppföljning och ekonomisk uppföljning som är jämförbar på lokal, regional och nationell nivå.

Under hösten har utbildningsinsatser påbörjats där framför allt enhetschefer, utsedda IBIC-ombud (dokumentationsombud) samt handläggare på myndighetsavdelningen deltagit. Fortsatta utbildningsinsatser för utförarpersonal kommer att ske under 2023.

Implementeringen av IBIC och ett nytt verksamhetssystem kommer att ske parallellt och arbetssättet med IBIC planeras att starta upp samtidigt som användandet av det nya verksamhetssystemet. Projektet med införande och implementering sträcker sig fram till december 2024. KPGM framhåller i sin granskning av äldreomsorgen vikten av att säkerställa att arbetet med implementering av IBIC fullföljs och ger avsedda effekter.

### **Omställning Nära vård**

Omställningen till Nära vård innebär ett ökat fokus på ett personcentrerat och förebyggande förhållningssätt, där huvudsyftet är ökad delaktighet för den enskilde i den gemensamma planeringen av vården. Samverkan med andra vårdgivare samt ökad förmåga att arbeta med digitalt stöd utifrån verksamhetens behov är andra fokusområden. Utvecklingsledare för Nära vård har under året fortsatt arbetet med att driva omställningen utifrån kommunens förutsättningar och behov. En GAP-analys har genomförts med målet att kartlägga nuläget, definiera önskat läge och gapet däremellan samt föreslå åtgärder för att överbrygga gapet inom ordinärt boende. Analysen genomfördes utifrån 12 prioriterade områden. Uppföljning och utvärdering av omställningen Nära vård kommer att göras årligen utifrån kvalitetsregister, avvikelshantering, kritiska verksamhetsfaktorer samt öppna jämförelser.

Göteborgsregionen (GR) följer omställningen till god och nära vård och omsorg. Under året har Alingsås kommun deltagit med representanter i projektet "Utveckling av nyckeltal för att följa omställningen till god och nära vård och omsorg i Göteborgsregionens kommuner". Målsättningen med arbetet är att publicera en första nyckeltalsrapport för god och nära vård och omsorg i Göteborgsregionen i februari 2023. Resultatet kommer också redovisas och diskuteras på ett särskilt nyckeltalsseminarium.

### **Demensprojektet – BPSD-register, Stjärnmärkt, demensteam**

I Alingsås kommuns program för vård och omsorg vid demenssjukdom framgår att det demensinriktade arbetet ska utgöra en integrerad del i det ordinarie lednings- och styrningsarbetet i syfte att stärka verksamheternas förutsättningar och ge stöd till personal inom demensområdet. Kompetenshöjande insatser, implementering av BPSD- registret samt upprättande av demensteam har varit prioriterade områden i projektet under 2022.

Ett prioriterat mål för vård och omsorgsförvaltningen har varit att använda *BPSD- registret* på ett ändamålsenligt sätt genom att arbeta fram en fungerande struktur, implementera och planera utbildningsinsatser, vara anslutna till registret och arbeta aktivt för att förbättra kvalitén. Implementering av BPSD- registret för personer som bor på särskilt boende med demensdiagnos har genomförts under året och i mars blev två sjuksköterskor certifierade utbildare. Personal som genomgått utbildningen har fått god hjälp av denna då det gäller bemötande och uppstart av BPSD- registrering och utbildningen har gett en positiv effekt på de boende där man börjat att registrera.

*Demenssteam* har upprättats under 2022 och ligger under Förebyggandeenhetens ansvarsområde. Syftet med teamet är att utveckla och stärka demensvården i Alingsås kommun utifrån nationella riktlinjer. Teamet är kommunövergripande och tvärprofessionellt och består av demenssjuksköterska och representanter från avdelningarna Hemtjänst, Äldreboende, Hälso- och sjukvård, Myndighet samt LSS verksamheten.

*Stjärnmärkt* är en utbildningsmodell som tagits fram av Svenskt Demenscentrum och vänder sig främst till särskilda boenden, dagverksamheter, hemtjänst- och biståndshandläggarenheter. Under 2022 har totalt 70 personer utbildats till Stjärnmärktinstruktörer varav majoriteten arbetar inom särskilt boende. Stjärnmärktinstruktörer på Kaptenen och Kvarnbacken inom kommunens särskilda boenden har under hösten utbildat omvårdnadspersonal och planerar att bli Stjärnmärkta i början på 2023.

### **Äldreomsorgslyftet**

Vård- och omsorgsförvaltningen deltar i det statligt finansierade satsningen äldreomsorgslyftet, vilket är ett viktigt initiativ i arbetet med kompetensförsörjning. Under 2022 har totalt 36 personer validerats till undersköterskor. Ytterligare 10 personer kommer att vara färdiga i februari 2023. Totalt har 90 personer validerats hittills genom äldreomsorgslyftet.

### **Språkombud**

För att höja språkkompetensen i verksamheterna infördes under 2021 språkkrav vid rekrytering. Syftet är att stärka kunskapen i svenska språket hos personal med annat modersmål. I förra årets kvalitetsberättelse framgår att förvaltningen även satsat på språkombudsutbildning där 18 språkombud utbildats under 2021. Under hösten har arbetet fortsatt med att öka språkkompetensen genom att utbilda fler språkombud och satsningen fortsätter under 2023.

Samverkan med vård- och omsorgscollege har intensifierat för att locka fler unga till vård- och omsorgsyrken och ett tätare samarbete med vård och omsorgsprogrammet på Alströmergymnasiet är påbörjat, framför allt kring praktikplatser.

### **Samverkan äldreomsorg och funktionsstöd**

Som nämnts tidigare har ett samarbete inletts mellan avdelningen för särskilt boende och avdelningen för personlig assistans och stöd, LSS, gällande kompetensutveckling kring lågaffektivt bemötande. Det började med en föreläsning som hölls av metodutvecklare på avdelningen personlig assistans och stöd, i maj. Därefter beslutades det att ett pilotprojekt skulle starta under hösten i form av en studiecirkel med medarbetarna på Ängabogården avdelning Ängen under ledning av samma metodutvecklare.

Syftet med studiecirkeln var att lära ut metoden LAB, lågaffektivt bemötande, för ett införande av den inom äldreomsorgen. Det är ett nytt arbetssätt och nytt sätt att tänka när det gäller bemötande av de boende inom särskilt boende som förhoppningsvis kan skapa en bättre arbetsmiljö för personalen och en minskad oro, mindre konflikter och en ökad trivsel hos de boende. Tanken är att när studiecirkeln är färdig på avdelning Ängen kommer arbetet att fortsätta på Kaptенens äldreboende.

### ***Utbildningsinsatser inom funktionsstöd***

Inom avdelningen för boende och arbete finns både stödpedagoger och metodutvecklare för att kvalitetssäkra samtliga insatser som utförs. Det utbildar och ger stöd till enskilda medarbetare i exempelvis lågaffektivt bemötande, alternativ och kompletterande kommunikation (AKK), motiverande samtal samt tydliggörande pedagogik. Utbildningar sker fortlöpande, dock med del förseningar på grund av restriktioner i samband med coronapandemin.

Inom avdelningen för boende och arbete har metodutvecklare och enhetschef gått utbildning i "Att åldras med funktionsnedsättning", för att i sin tur utbilda medarbetare inom området.

Avdelningen har även anlitat hygiensjuksköterska och demenssjuksköterska för att utbilda personal inom valda enheter. Där det finns behov av särskild kunskap om exempelvis demens, multisjukdom eller palliativ vård har avdelningen samarbetat med sjuksköterskor, fysioterapeuter och arbetsterapeuter för att öka kunskapsnivån.

## **Mål och planerade åtgärder för 2023**

Nedan redovisas en sammanställning över identifierade områden som är viktiga att arbeta vidare med och vidta åtgärder kring under nästkommande år, avseende kunskapsbaserad verksamhet.

- Fortsätta analysera resultatet och vidta åtgärder för att öka andelen personal som förstår brukaren inom bostad med särskild service och personlig assistans

### ***Planerade/prioriterade åtgärder på förvaltningsnivå:***




- Säkerställa att arbetet med implementering av IBIC genomförs enligt fastställd projektplan
- Säkerställa att införandet av nytt verksamhetssystem, Combine, genomförs enligt fastställd projektplan
- Fortsatt satsning på kompetenshöjande insatser inom de processer som påbörjats
- Fortsätta arbetet med kompetensutveckling samt stärka attraktiviteten inom yrket



## 5.5. 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 gruppers och individers behov. Kommunikationen mellan den enskilde och professionen präglas av ömsesidighet och dialog. Verksamheterna är fysiskt tillgängliga.

### Analys av resultatet:

|  Det här är vi bra på |  Det här kan vi göra bättre |  Det här är vi inte tillräckligt bra på, åtgärd krävs |
|--|--|--|
| Brukarnas upplevelse av att det är lätt att få kontakt med personalen (hemtjänst och särskilt boende)  | Brukarens upplevelse av att trivas i sitt rum/lägenhet på särskilt boende                                    | Andelen som tar kontakt via telefon och som får direkt svar på en enkel fråga (funktionsstöd)  |
| Brukarnas upplevelse av att de får tillräckligt med tid av hemtjänstpersonalen                         | Brukarnas upplevelse av att de får tillräckligt med tid på särskilt boende                                   | Andelen som tar kontakt via e-post och får svar inom ett dygn (funktionsstöd och äldreomsorg)  |
| Andelen som tar kontakt via telefon och som får svar på en enkel fråga (äldreomsorg)                   | Brukarens upplevelse av trivsamma utrymmen utomhus runt sitt boende (särskilt boende)                        | Brukarnas upplevelse av möjligheten att komma utomhus (särskilt boende)  |
|  |  | Brukarnas upplevelse av trivsamma gemensamma utrymmen (särskilt boende)  |
|  |  | Väntetid i antal dagar från ansökningsdatum till första erbjudet inflyttningsdatum till särskilt boende                                  |
|  |  | Utredningstid i antal dagar från ansökan till beslut om LSS-insats (alla insatser)   |

#### **Tillgänglig personal**

Den senaste mätningen i brukarundersökning äldreomsorg visar att majoriteten av brukarna tycker att det är lätt att få kontakt med personalen i hemtjänsten eller på boendet, samt att personalen kommer på avtalad tid. Resultaten ligger klart över eller i nivå med genomsnittet för samtliga kommuner, trots att de minskat något sedan förra mätningen 2020. Hela 83% av brukarna inom hemtjänst upplever att de får tillräckligt med tid. På särskilt boende har brukarnas upplevelse av att få tillräckligt med tid försämrats kraftigt sedan tidigare mätning, från 84% till 68%. Denna försämring ses dock även i riket generellt och Alingsås ligger strax under genomsnittet för samtliga kommuner.

#### **Tillgänglighet via telefon och e-post**

Nämndens målsättning för 2022 var att andelen som tar kontakt med vård- och omsorgsförvaltningen via telefon som får ett direkt svar på en enkel fråga ska öka till 50%. Resultatet i Profiteles servicemätningen visar en ökning på detta område inom såväl funktionsstöd som äldreomsorg jämfört med föregående år. Resultatet avseende

Äldreomsorgen ligger i nivå med målvärdet och är högre än resultatet för Alingsås kommun (44%). Resultatet avseende funktionshinder uppnår däremot inte målvärdet och resultatet ligger strax under resultatet för Alingsås kommun (44%). Målet bedöms därmed ej var uppfyllt.

Nämndens målsättning för 2022 var att andelen som tar kontakt med vård- och omsorgsförvaltningen via e-post som får svar inom ett dygn ska vara 90 procent eller mer. Andelen som får svar på e-post inom en dag har minskat avseende såväl funktionshinder som äldreomsorg jämfört med föregående år. Resultaten avseende såväl funktionshinder som äldre ligger under målvärdet och är något lägre än resultatet för Alingsås kommun (85%). Målet bedöms därmed ej uppfyllt.

Trots att viss försämring kan ses av resultatet så har andelen som får svar på e-post inom en dag de senaste två åren legat på en jämn och relativt hög nivå, vilket indikerar att det fortsatt finns en hög medvetenhet om och följsamhet till kommunens policy för hantering av e-post.

### ***Minskad trivsel inne och utomhus***

Värt att nämna är att det skett en betydande försämring av resultatet i brukarundersökningen för äldreomsorg, vad gäller brukarnas upplevelse av möjligheten att komma utomhus samt upplevelsen av trivsamma gemensamma utrymmen inom särskilt boende. Det är möjligt att detta är en effekt av minskade aktiviteter och möjlighet till gemenskap på särskilt boende under pandemin, vilket också beskrevs i avsnittet om självbestämmande och integritet.

Även upplevelsen av att trivas i sitt rum eller lägenhet på särskilt boende har minskat något sedan senaste mätningen av brukarundersökningen. Detsamma gäller huruvida brukaren tycker att det är trivsamt utomhus runt sitt boende. Båda resultaten ligger dock strax över genomsnittet för samtliga kommuner.

### ***Väntetid på särskilt boende***

Väntetiden för att bli erbjuden inflyttning på särskilt boende ökade under 2022 jämfört med 2021, från 49 till 74 dagar, resultatet ligger klart över genomsnittet för samtliga kommuner. Orsaker till ökat antal utredningsdagar beror bland annat på vakanta tjänster och viss sjukfrånvaro bland biståndshandläggare. Myndighetsavdelningen har även omarbetat arbetssättet kring utredningar av särskilt boende och under året höjdes delegationen till att fatta beslut om särskilt boende till förvaltningschefsnivå.

### ***Utredningstid för LSS-insatser***

Antal dagar i genomsnitt från ansökan till beslut om LSS-insatser är 68 dagar, vilket är en minskning med åtta dagar jämfört med 2021. Resultatet ligger dock klart över genomsnittet för samtliga kommuner som är 48 dagar. Utredningstiden inryms inom ramen för de tre månader som är vägledande.

## **Vidtagna åtgärder under året:**

### ***Aktivt arbete för att öka tillgänglighet via telefon***

Verksamheten arbetar aktivt för att ha en högre 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. Vidare arbetar verksamheten på att bredda kompetensen och öka kunskapen om varandras kompetensområde, samt med samverkan och samordning av telefoner mellan förvaltningens medarbetare för att öka tillgänglighet via telefon.

### **Lokalförsörjning**

För att möta den stora välfärdsutmaningen som Alingsås delar med kommuner och regioner över hela landet arbetar vård- och omsorgsförvaltningen med en långsiktig planering utifrån den framtagna "Strategin för äldreomsorgen". En strategi för funktionsstöd är planerad att tas fram under 2023 (se avsnitt 5.6 Effektivitet).

Vidare följer vård- och omsorgsnämnden noggrant utvecklingen av beslut av särskilda boendeformer i enlighet med nämndens lokalförsörjningsplan, för att kunna tillgodose kommande behov. I april invigdes Lapplandsgatans serviceboende med åtta nya platser för bostad med särskild service (BmSS).

## **Mål och planerade åtgärder för 2023:**

Nedan redovisas en sammanställning över identifierade områden som är viktiga att arbeta vidare med och vidta åtgärder kring under nästkommande år, avseende tillgänglighet.

- Öka tillgängligheten genom ökad andel som tar kontakt via telefon och som får direkt svar på en enkel fråga inom funktionsstöd
- Öka tillgängligheten genom ökad andel som tar kontakt via e-post och får svar inom ett dygn (funktionsstöd och äldreomsorg)
- Öka brukarnas upplevelse av möjligheten att komma utomhus (särskilt boende)
- Öka upplevelsen av trivsamma gemensamma utrymmen på särskilt boende
- Minska väntetid till särskilt boende
- Minska antal dagar i utredningstid från ansökan till beslut om LSS-insats (alla insatser)

## 5.6. Effektivitet

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

Vård- och omsorgsförvaltningen har av nämnden fått flera uppdrag att ställa om verksamheten för att klara av de utmaningar som kommer under 2020- och än mer under 2030-talet. Fokus är att fortsätta utvecklingen med en mer effektiv ekonomistyrning, förbättrad uppföljning och kontroll samt förändrade arbetssätt med stöd av ökad digitalisering och välfärdsteknik.

### Vidtagna åtgärder under året

#### **Digital målbild (strategi för digitalisering)**

Förvaltningens ambition är att de närmaste åren genomföra flera större initiativ för förändring och utveckling av verksamheten via digital transformation. Förvaltningens strategi för digitalisering tydliggörs i dokumentet "Digital målbild", som antogs av vård- och omsorgsnämnden 2022-12-19 §98. Flera nya digitala systemlösningar ska tillsammans med nya arbetssätt möjliggöra fortsatt utveckling av vård- och omsorgsnämndens verksamhet under många år framöver.

#### **Implementering av "Strategi för äldreomsorgen"**

I nämndens "Strategi för äldreomsorgen" finns en långsiktig planering för framtidens äldreomsorg som håller på att implementeras med ambitionen om att möta framtidens utmaningar, med så låg kostnadsökning som möjligt och med visionen om bibehållen eller helst högre kvalitet.

Vård och omsorgsnämnden gav i budget 2022-2024 förvaltningen i uppdrag att arbeta fram en strategi för funktionsstöd VON 2021-12-17 §84. Förvaltningen har inte hunnit med detta under 2022. Förvaltningen arbetar dock med att få in kunskap från både verksamheten och andra kommuner för att kunna ta fram en hållbar strategi. Arbetet är således påbörjat.

#### **Upphandling nytt verksamhetssystem**

Förvaltningen ska införa ett nytt verksamhetssystem, Combine, som ska skapa möjlighet för förbättrad planering, styrning och uppföljning av verksamheten. 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.

#### **Välfärdsteknik**

Under våren har vård- och omsorgsförvaltningen upphandlat ett avtal för välfärdsteknik. Avtalet innebär att förvaltningen kan avropa flera olika tekniska lösningar som trygghetslarm, digitala lås, medicinrobotar och kameror. Under hösten har flera pilotprojekt startats för att lära oss mer om de olika lösningarna.

Förvaltningen ska införa digitala lås i ordinära boenden och för medicinskåp för att uppnå större trygghet och ökad flexibilitet samt ökad kontroll över läkemedel.

Under 2022 har upphandling av nytt digitalt larmsystem, Everon, genomförts. Ett pilotprojekt pågår inom tre verksamheter – på Noltorpsgårdens särskilda boende, på Lärkvägens hemtjänst samt i hemtjänstens nattpatrull. En del tekniska svårigheter har uppmärksammats i samband med införandet och tidsplanen för pilotprojektet har därför fått justeras. Utmaningarna behöver omhändertas innan det blir aktuellt med breddinförande i verksamheterna inom äldreomsorgen.

### ***Fortsatt implementering av nytt planeringssystem – TES***

För att optimera verksamhetens planering och säkerställa att beviljade insatser utförs har hemtjänsten fortsatt implementeringen av det digitala planeringsverktyget TES i hemtjänstens verksamheter och samtliga hemtjänstlag arbetar nu med TES. Planeringssystemet ska vara tätt integrerat med kommande verksamhetssystem för bättre och mer flexibel planering av insatser och möjliggör också en ökad planering med kontinuitet där kontaktpersonen utför merparten av besöken hos brukaren. Införandet av TES bidrar till och skapar förutsättningar för en ökad kostnadseffektivitet inom hemtjänstens verksamhet.

### ***Avskaffande av kontanthantering***

I mars beslutade vård och omsorgsnämnden om att avskaffa kontant betalning av kaffekassa för brukare i daglig verksamhet. Ett tillägg i tillämpningsanvisningarna för avgifter inom LSS gjordes och debitering av kaffe genomförs numera via faktura, som vid debitering av mat och resor. Beslutet har medfört tidsvinster och effektivisering i form av minskad hantering av kontakter och kvitton i verksamheten.

## **Mål och planerade åtgärder för 2023:**

Nedan redovisas en sammanställning över identifierade utvecklingsområden som är viktiga att arbeta vidare med och vidta åtgärder kring under nästkommande år, avseende effektivitet.

- Fortsätta utveckla digital teknik inom omsorgen och digitala tjänster i hemmet
- Tillse att äldreomsorgsstrategin genomförs enligt plan

## 6. Mål, strategier och utmaningar för kommande år

I tabellen nedan redovisas en sammanställning av nämndens prioriterade utvecklingsområden för 2023. Sammanställningen visar de områden där vård och omsorgsnämnden ser störst behov av fortsatt utveckling, fördelade på de verksamheter som berörs, med utgångspunkt i de resultat som framkommit av underlaget till kvalitetsberättelsen. I tabellen återfinns även de åtgärder som kommer att planeras för och kommer att prioriteras på övergripande förvaltningsnivå.

| Kvalitetsområde:                                       | Mål/planerad åtgärd:   | Berörda verksamheter                            |
|--|--|---|
| <b>Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete</b> | Vidareutveckla arbetssätt och höja kompetensen bland förvaltningens chefer avseende riskanalys                           | Övergripande                                    |
|  | Vidareutveckla arbetssätt och höja kompetensen bland förvaltningens chefer avseende hantering av synpunkter och klagomål | Övergripande                                    |
|  | Fortsatt fokus på att öka följsamheten till förvaltningens avvikelshantering.  | Övergripande                                    |
|  | Fortsatt revidering av styrande dokument (riktlinjer och rutiner) inom förvaltningens verksamhetsområden                 | Övergripande                                    |
| <b>Självbestämmande och integritet</b>                 | Fortsätta analysera resultatet och vidta åtgärder för att öka delaktighet och inflytande för den enskilde                | Grupp- och servicebostad<br>Personlig assistans |
|  | Öka andelen brukare som vet vem man ska prata med om något fungerar dåligt med assistenterna                             | Personlig assistans                             |
|  | Öka nöjdheten bland brukarna gällande erbjudna sociala aktiviteter   | Särskilt boende                                 |
| <b>Helhetssyn och samordning</b>                       | Utreda hur personalkontinuiteten ser ut inom hemtjänst   | Hemtjänst                                       |
| <b>Trygghet och säkerhet</b>                           | Öka andelen avvikelser som klassificeras och utreds  | Samtliga verksamheter                           |
|  | Fortsätta analysera resultatet och vidta åtgärder för att minska antalet avvikelser kopplat till bemötande               | Hemtjänst<br>Personlig assistans                |
|  | Öka andelen brukare som känner sig trygga med alla i personalen  | Funktionsstöd                                   |
|  | Öka brukarnas upplevelse av att personalen bryr sig om dem   | Daglig verksamhet<br>Personlig assistans        |
|  | Öka andelen brukare som trivs med alla sina assistenter  | Personlig assistans                             |
|  | Öka andelen brukare som aldrig är rädd för något på sin dagliga verksamhet   | Daglig verksamhet                               |

|                                   |   |  |
|-----------------------------------|---|--|
| <b>Trygghet och säkerhet</b>      | Upprätta aktuella rutiner vid misstanke/upptäckt av att den enskilde har utsatts för våld eller övergrepp av anhörig/närstående   | Äldreomsorg<br>Funktionsstöd                       |
|                                   | Upprätta aktuell rutin vid misstanke/upptäckt av att den enskilde är beroende av/missbrukar alkohol, läkemedel eller andra beroendeframkallande medel                     | Äldreomsorg<br>Funktionsstöd                       |
|                                   | För att säkerställa en ökad följsamhet till gällande rutiner föreslås att rutinen kring synpunkter och klagomål ses över, tydliggörs och kommuniceras ut i verksamheterna | Övergripande                                       |
|                                   | Fortsatt egenkontroll i form av dokumentationsgranskning  | Övergripande                                       |
|                                   | Se över hur introduktionen ser ut kopplat till dokumentation för samtliga personalkategorier  | Övergripande                                       |
|                                   | Säkerställa att samtliga personalkategorier får fortbildning och kompetensutveckling inom området dokumentation   | Övergripande                                       |
|                                   | Säkerställa att samverkan initieras och/eller utvecklas mellan verksamheter, framför allt mellan myndighet och utförare   | Övergripande                                       |
|                                   | Påbörja förbättringsarbeten inför införandet av nytt verksamhetssystem 2024   | Övergripande                                       |
| <b>Kunskapsbaserad verksamhet</b> | Fortsätta analysera resultatet och vidta åtgärder för att öka andelen personal som förstår brukaren   | Bostad med särskild service<br>Personlig assistans |
|                                   | Säkerställa att arbetet med implementering av IBIC genomförs enligt fastställd projektplan  | Övergripande                                       |
|                                   | Säkerställa att införandet av nytt verksamhetssystem, Combine, genomförs enligt fastställd projektplan  | Övergripande                                       |
|                                   | Fortsatt satsning på kompetenshöjande insatser inom de processer som påbörjats  | Övergripande                                       |
|                                   | Fortsätta arbetet med kompetensutveckling samt stärka attraktiviteten inom yrket  | Övergripande                                       |
| <b>Tillgänglighet</b>             | Öka tillgängligheten genom ökad andel som tar kontakt via telefon och som får direkt svar på en enkel fråga   | Funktionsstöd                                      |
|                                   | Öka tillgängligheten genom ökad andel som tar kontakt via e-post och får svar inom ett dygn   | Funktionsstöd<br>Äldreomsorg                       |
|                                   | Öka brukarnas upplevelse av möjligheten att komma utomhus   | Särskilt boende                                    |
|                                   | Öka upplevelsen av trivsamma gemensamma utrymmen  | Särskilt boende                                    |
|                                   | Minska väntetid till särskilt boende  | Äldreomsorg  |

|                     |   |               |
|---------------------|---|---------------|
|                     | Minska antal dagar i utredningstid från ansökan till beslut om LSS-insats (alla insatser) | Funktionsstöd |
| <b>Effektivitet</b> | Fortsätta utveckla digital teknik inom omsorgen och digitala tjänster i hemmet            | Övergripande  |
|                     | Tillse att äldreomsorgsstrategin genomförs enligt plan                                    | Övergripande  |

## 6.1. Nämndens plan för egenkontroll 2023

Som en del av nämndens systematiska kvalitetsarbete antar nämnden årligen en plan för egenkontroll. Syftet med planen är att tydliggöra de områden och kvalitetskrav som förvaltningen särskilt ska granska under nästkommande år. Resultatet från arbetet med egenkontroll rapporteras till vård och omsorgsnämnden två gånger per – under hösten 2023 samt i kvalitetsberättelsen 2023 - i enlighet med kommunens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

Fokusområde i kvalitetsuppföljningen 2023 är att följa upp och granska kvalitetskraven avseende området trygghet och säkerhet. SAS och MAS kommer att genomföra granskningen genom verksamhetsbesök, samt genom enkäter och intervjuer med enhetschefer. Granskningen kommer att innefatta samtliga verksamheter såväl i egen regi som privata utförare enligt LOV och LOU.

De kvalitetskrav som särskilt kommer att granskas inom området trygghet och säkerhet är;

- Identifikation
- Rutin för kontanta medel
- Rutin för nyckelhantering och andra låssystem
- Rutin för larmhantering
- Förvaring av dokumentation
- Den enskildes rätt till rörelsefrihet
- Sekretess
- Synpunkter och klagomål
- Avvikelsehantering
- Lex Sarah, Lex Maria, Lex Maja
- Kvalitetsarbete



# 7. Bilagor

## Bilaga 1 – Informationskällor

I tabellen nedan ges en kortfattad beskrivning av de olika informationskällor där nyckeltal och statistik inhämtats till resultatredovisningen.

| Informationskälla   | Beskrivning  | Typ av undersökning, mätning  | Frekvens              |
|---|--|---|-----------------------|
| Brukarbedömning äldreomsorg - Vad tycker de äldre om äldreomsorgen? | Alingsås kommun deltar i Socialstyrelsens brukarbedömning inom äldreomsorg sedan 2012.<br><br>Brukarna inom äldreomsorgen får tycka till om sin upplevelse av kvalitet inom hemtjänst och särskilt boende. Genomförs av Socialstyrelsen.   | Nationell undersökning<br><br>Subjektiva resultat (brukarundersökning).   | Årligen               |
| Brukarundersökning, funktionshinderområdet                          | Alingsås kommun deltar sedan 2016 i SKR:s brukarundersökning inom funktionshinderområdet.<br><br>Brukarna får tycka till om kvalitet inom verksamheten och frågorna i undersökningen mäter bland annat inflytande, rätt stöd, kommunikation, trygghet och trivsel. Genomförs av Sveriges kommuner och regioner, SKR.   | Nationell undersökning<br><br>Subjektiva resultat (brukarundersökning).   | Årligen<br>- sept-okt |
| Enhetsundersökning äldreomsorg                                      | Verksamheter inom äldreomsorg besvarar frågor om kvalitetsaspekter inom hemtjänst och särskilda boenden på enhetsnivå. Genomförs av Socialstyrelsen.   | Nationell undersökning<br><br>Utbud av kvalitetsaspekter.   | Årligen.              |
| Enhetsundersökning LSS  | Verksamheter inom LSS besvarar frågor om kvalitetsaspekter inom daglig verksamhet och bostad med särskild service enligt LSS på enhetsnivå.<br>Undersökningen är en del av öppna jämförelser.<br><br>Syftet med undersökningen är att stimulera till kunskaps- och verksamhetsutveckling på främst lokal nivå, för att främja en jämlik socialtjänst med god kvalitet. | Nationell undersökning<br><br>Utbud av kvalitetsaspekter<br>Innehåller frågor kring genomförandeplanen, brukarinflytande på verksamhetsnivå, personalens kompetens, samt rutiner vid misstanke om våld eller missbruk/beroende. | Årligen.              |
| Öppna jämförelser, äldreomsorg och funktionshinderområdet           | Öppna jämförelser är ett verktyg för att analysera, följa och utveckla socialtjänstens verksamheter på lokal, regional   | Nationell undersökning<br><br>Utbud av kvalitetsaspekter.   | Årligen.              |

| Informationskälla                                      | Beskrivning  | Typ av undersökning, mätning                                     | Frekvens                                |
|--|--|--|---|
|  | <p>och nationell nivå. De jämför kommuners resultat 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, samt trygghet och säkerhet.</p>  |  |   |
| <p>Kommunens kvalitet i korthet (KKiK):</p>            | <p>KKiK 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.</p>   | <p>Nationell undersökning</p> <p>Utbud av kvalitetsaspekter.</p> | <p>Årligen</p>                          |
| <p>Mål och resultatstyrning (inkl. internkontroll)</p> | <p>Utifrån kommunfullmäktiges prioriterade mål har vård och omsorgsnämnden i budget för 2022-2024 utformat fyra mål. Nämnden slutredovisade uppföljningen av målen för 2022 i nämndens årsredovisning §21 2023.033 VON vid nämndsammanträdet den 21 februari 2023.</p> <p>Internkontrollplanen ingår som en del i nämndens budget. Internkontrollplan 2022-2024 omfattar sju kontrollpunkter. Nämnden slutredovisade uppföljningen av internkontrollplanen för 2022 i nämndens årsredovisning §21 2023.033 VON vid nämndsammanträdet den 21 februari 2023.</p> | <p>Alingsås kommun</p>   | <p>Vid delårsbokslut och årsbokslut</p> |
| <p>Kritiska verksamhetsfaktorer</p>                    | <p>Vård- och omsorgsförvaltningen ska i enlighet med Alingsås styrmodell identifiera och besluta om kritiska verksamhetsfaktorer. En kritisk verksamhetsfaktor ringar in områden som är av särskild vikt för en god kvalitet i förvaltningens grunduppdrag. Verksamhetsfaktorerna sorteras i fyra perspektiv: ekonomi, målgrupp, verksamhet och medarbetare. Kritiska verksamhetsfaktorer följs upp genom nyckeltal som mäter kvaliteten eller resultatuppfyllelsen.</p>   | <p>Alingsås kommun</p>   | <p>Vid delårsbokslut och årsbokslut</p> |





















| Informationskälla                       | Beskrivning   | Typ av undersökning, mätning   | Frekvens                                      |
|---|---|--|---|
| Profitel servicemätning                 | <p>Servicemätning via telefon och e-post genomförs av externt företag (Profitel). Mätningens syfte är att ta reda på i vilken omfattning och med vilken kvalitet kommunen svarar på de frågor som ställs.</p>   | Servicemätning   | Årligen                                       |
| Andra interna mätningar och kontroller: | <p>Statistik avseende inkomna och hanterade avvikelser inhämtas från verksamhetssystemet Magna Cura. Synpunkter och klagomål diarieförs hålls ordnade i kommunens ärendehanteringssystem Platina.</p>   | Alingsås kommun  | Löpande samt vid delårsbokslut och årsbokslut |
| Externa tillsyner och granskningar      | <p>Inspektionen för vård och omsorg (IVO) har under 2022 utfört tre tillsyner av vård och omsorgsverksamheter. Resultatet av dessa presenteras i avsnitt 5.4 Trygghet och säkerhet.</p>   | Extern tillsyn av IVO  |   |
| Externa tillsyner och granskningar      | <p>Alingsås kommuns revisorer fick under 2022 i uppdrag att granska vård- och omsorgsnämndens förmåga att styra, leda och följa upp äldreomsorgsverksamheten med fokus på brukarperspektivet. Syftet med granskningen var att bedöma om äldreomsorgen styrs och bedrivs på ett sätt som säkerställer kvalitet i enlighet med politiska mål samt om nämnden bedriver ett ändamålsenligt arbete utifrån den nationella värdegrunden för äldreomsorgen. Resultaten från granskningen redovisas i analysen av resultatet för respektive kvalitetskravsområde.</p> | Revisionsrapport från KPMG:s granskning av äldreomsorgen i Alingsås kommun |   |








## Bilaga 2 – Nyckeltal - Självbestämmande och integritet

| Nyckeltal/Annat <sup>2</sup>  | Informationskälla                               | Mål 2022 <sup>3</sup> | Utfall 2022 | Utfall 2021 | Utfall 2020 | Bedömning   |
|---|---|-----------------------|-------------|-------------|-------------|---|
| <b>Hemtjänst</b>  |   |                       |             |             |             |   |
| Brukarundersökning hemtjänst äldreomsorg - hänsyn till åsikter och önskemål, andel (%) (U21463)   | Brukarundersökning                              | 85                    | 91          | -           | 92          |    |
| Brukarundersökning hemtjänst äldreomsorg - möjlighet påverka tider, andel (%) (U21462)  | Brukarundersökning                              | 51                    | 60          | -           | 67          |    |
| Brukarundersökning hemtjänst äldreomsorg - möjlighet att framföra synpunkter eller klagomål, andel (%) (U21464)   | Brukarundersökning                              | 61                    | 60          | -           | 67          |    |
| Brukarundersökning hemtjänst äldreomsorg - välja utförare, andel (%) (U21473)   | Brukarundersökning                              | 43                    | 72          | -           | 80          |    |
| Personer i ordinärt boende med hemtjänst äldreomsorg i kommunen med aktuell genomförandeplan, andel (%) (U21452)  | Kommun och enhetsundersökning                   | 69                    | 96          | -           | -           |    |
| <b>Särskilt boende</b>  |   |                       |             |             |             |   |
| Brukarundersökning särskilt boende äldreomsorg - hänsyn till åsikter och önskemål, andel (%) (U23461)   | Brukarundersökning                              | 78                    | 83          | -           | 86          |    |
| Brukarundersökning särskilt boende äldreomsorg - möjlighet påverka tider, andel (%) (U23460)  | Brukarundersökning                              | 57                    | 54          | -           | 71          |    |
| Brukarundersökning särskilt boende äldreomsorg - möjlighet att framföra synpunkter eller klagomål, andel (%) (U23516)   | Brukarundersökning                              | 40                    | 46          | -           | 50          |   |
| Brukarundersökning särskilt boende äldreomsorg - plats på äldreboende, andel (%) (U23474)   | Brukarundersökning                              | 89                    | 86          | -           | 90          |  |
| Aktuell rutin för genomförande av dygnets alla måltider i särskilt boende äldreomsorg andel enheter där rutiner finns (%) (U23566)  | Socialstyrelsens, Kommun och enhetsundersökning | 26                    | 67          | -           | -           |  |
| Personer i permanent särskilt boende för äldre och korttidsboende med aktuell genomförandeplan, andel (%) (U20443)  | Socialstyrelsens, Kommun och enhetsundersökning | 89                    | 98          | -           | -           |  |
| Personer i särskilt boende äldreomsorg vars genomförandeplan innehåller dokumentation om hur personen deltagit vid upprättande/förändring av sin genomförandeplan, andel (%) (U23565) | Kommun och enhetsundersökning                   | 75                    | 85          | -           | -           |  |
| Personer som har en dokumentation om varför de har skyddsåtgärd i särskilt boende äldre, andel (%) (U23577)   | Kommun och enhetsundersökning                   | 84                    | 90          | -           | -           |  |
| Regelbundna möten ("boråd") vid särskilde boende för äldre? andel boenden (%). (U23498)   | Kommun och enhetsundersökning                   | 47                    | 90          | -           | -           |  |
| Brukarundersökning särskilt boende äldreomsorg sociala aktiviteter andel (%) (U23470)   | Brukarundersökning                              | 50                    | 39          | -           | 75          |  |
| Närhet till träningslokal och som lätt kan nås av de äldre personerna i särskilt boende för äldre? andel (%) enheter. (U23503)  | Kommun och enhetsundersökning inom äldreomsorg  | 41                    | 10          | -           | -           |  |
| Kvalitetsaspekter särskilt boende, andel (%) av maxpoäng (U23488)   | Kommunens kvalitets i korthet                   | 54                    | 75          | 80          | 84          |  |













<sup>2</sup> Inom parentes anges nyckeltals-id som är sökbara på [www.kolada.se](http://www.kolada.se)




<sup>3</sup> Resultatet för nyckeltal i brukarundersökningar ska vara över genomsnittet för samtliga kommuner för att uppnå målvärdet. Även resultatet från övriga undersökningar har värderats utifrån genomsnittet för samtliga kommuner.

| Nyckeltal/Annat <sup>2</sup>   | Informationskälla                               | Mål 2022 <sup>3</sup> | Utfall 2022 | Utfall 2021 | Utfall 2020 | Bedömning   |
|--|---|-----------------------|-------------|-------------|-------------|---|
| <b>Gruppboendestad- och serviceboendestad LSS</b>  |   |                       |             |             |             |   |
| Brukarundersökning gruppboendestad LSS - Brukaren får bestämma om saker som är viktiga hemma, andel (%) (U28518)               | Brukarundersökning                              | 78                    | 73          | 84          | 69          |    |
| Brukarbedömning gruppboendestad LSS - Brukaren får den hjälp hen vill ha, andel (%) (U28519)                                   | Brukarundersökning                              | 81                    | 77          | 84          | 78          |    |
| Brukarundersökning gruppboendestad LSS - Brukaren vet vem hen ska kontakta om något är dåligt hemma, andel (%) (U28560)        | Brukarundersökning                              | 86                    | 85          | 93          | 82          |    |
| Brukarundersökning serviceboendestad LSS - Brukaren får bestämma om saker som är viktiga hemma, andel (%) (U28525)             | Brukarundersökning                              | 82                    | 75          | 81          | 83          |    |
| Brukarundersökning serviceboendestad LSS - Brukaren får den hjälp hen vill ha, andel (%) (U28526)                              | Brukarundersökning                              | 78                    | 64          | 78          | 73          |    |
| Brukarundersökning serviceboendestad LSS - Brukaren vet vem hen ska kontakta om något är dåligt hemma, andel (%) (U28571)      | Brukarundersökning                              | 85                    | 87          | 87          | 91          |    |
| Enheterna har aktuella genomförandeplaner för de boende, Andel enheter som uppfyllt indikatorn (%) (U28112)                    | Enhetsundersökning LSS                          | 81                    | 93          | -           | -           |    |
| Andel personer med aktuell genomförandeplan (%) (U28129)   | Enhetsundersökning LSS                          | 93                    | 99          | -           | -           |   |
| Enheterna har dokumenterat om delaktighet i genomförandeplanen för de boende (U28113)  | Enhetsundersökning LSS                          | 68                    | 87          | -           | -           |  |
| Enheterna har individuellt utformade mål i genomförandeplanen för de boende. (U28116)  | Enhetsundersökning LSS                          | 73                    | 93          | -           | -           |  |
| Andel personer med en aktuell genomförandeplan som innehåller individuellt utformade mål. (U28131)                             | Enhetsundersökning LSS                          | 87                    | 99          | -           | -           |  |
| Metoder för inflytande – Enheterna har regelbundna gemensamma möten för de boende (U28118)                                     | Enhetsundersökning LSS                          | 37                    | 67          | -           | -           |  |
| På enheterna används enskildas uppfattning för att utveckla verksamheten för de boende (U28128)                                | Enhetsundersökning LSS                          | 55                    | 93          | -           | -           |  |
| <b>Daglig verksamhet LSS</b>   |   |                       |             |             |             |   |
| Brukarundersökning daglig verksamhet LSS - Brukaren får bestämma om saker som är viktiga, andel (%) (U28532)                   | Brukarundersökning Kommunens kvalitet i korthet | 75                    | 79          | 82          | 79          |  |
| Brukarundersökning daglig verksamhet LSS - Brukaren får den hjälp hen vill ha, andel (%) (U28533)                              | Brukarundersökning                              | 86                    | 89          | 87          | 87          |  |
| Brukarundersökning daglig verksamhet LSS - Brukaren vet vem hen ska kontakta om något är dåligt, andel (%) (U28562)            | Brukarundersökning                              | 90                    | 91          | 89          | 90          |  |
| De dagliga verksamheterna har aktuella genomförandeplaner för deltagande personer (U28132)                                     | Enhetsundersökning LSS                          | 58                    | 60          | -           | -           |  |
| Andel personer i den dagliga verksamheten med en aktuell genomförandeplan (U28143)   | Enhetsundersökning LSS                          | 86                    | 98          | -           | -           |  |
| De dagliga verksamheterna har dokumentation om delaktighet i genomförandeplanen för deltagande personer (U28133)               | Enhetsundersökning LSS                          | 52                    | 60          | -           | -           |  |
| Andel personer i den dagliga verksamheten med en aktuell genomförandeplan som innehåller dokumentation om delaktighet (U28144) | Enhetsundersökning LSS                          | 82                    | 98          | -           | -           |  |

| Nyckeltal/Annat <sup>2</sup>   | Informationskälla      | Mål 2022 <sup>3</sup> | Utfall 2022 | Utfall 2021 | Utfall 2020 | Bedömning   |
|--|------------------------|-----------------------|-------------|-------------|-------------|---|
| De dagliga verksamheterna har individuellt utformade mål i genomförandeplanen för deltagande personer (U28134)                             | Enhetsundersökning LSS | 53                    | 60          | -           | -           |  |
| Andel personer i den dagliga verksamheten med en aktuell genomförandeplan som innehåller individuellt utformade mål (U28145)               | Enhetsundersökning LSS | 85                    | 98          | -           | -           |  |
| Metoder för inflytande - De dagliga verksamheterna håller regelbundna, gemensamma möten (U28135)   | Enhetsundersökning LSS | 51                    | 40          | -           | -           |  |
| På enheterna används den enskildes uppfattning för att utveckla verksamheten för deltagande personer (U28146)                              | Enhetsundersökning LSS | 59                    | 100         |             | -           |  |
| <b>Personlig assistans – LSS</b>   |                        |                       |             |             |             |   |
| Brukarundersökning Personlig assistans - Brukaren får den hjälp hen vill ha av assistenterna, andel (%) (U28619)                           | Brukarundersökning     | 88                    | 89          | 100         | 100         |  |
| Brukarundersökning Personlig assistans - Brukaren har varit med och bestämt alla sina assistenter, andel (%) (U28616)                      | Brukarundersökning     | 53                    | 44          | 50          | 25          |  |
| Brukarundersökning Personlig assistans - Brukaren vet vem hen ska prata med om något fungerar dåligt med assistenterna, andel (%) (U28637) | Brukarundersökning     | 81                    | 67          | 83          | 63          |  |














## Bilaga 3 – Nyckeltal - Helhetssyn och samordning

| Nyckeltal/Annat  | Informationskälla   | Mål 2022 | Utfall 2022 | Utfall 2021 | Utfall 2020 | Bedömning   |
|--|---|----------|-------------|-------------|-------------|---|
| <b>Hemtjänst</b>   |   |          |             |             |             |   |
| Aktuell rutin för schemalagda möten med sjuksköterska i frågor som rör personer med behov av kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser i hemtjänstens äldreomsorg? (U21562)   | Kommun och enhetsundersökning inom äldreomsorg                      | 56       | 92          | -           | -           |    |
| Aktuell rutin för hur planering av den enskildes hälso- och sjukvård (vårdplanering) ska genomföras i samverkan med den enskilde och med den kommunala hälso- och sjukvårdspersonalen samt hemtjänstpersonalen i hemtjänsten äldreomsorg? (U21566)           | Kommun och enhetsundersökning inom äldreomsorg                      | 39       | 92          | -           | -           |    |
| Aktuell rutin för hur personalen samarbetar med anhöriga i hemtjänstens äldreomsorg? andel (%) enheter. (U21561)   | Kommun och enhetsundersökning inom äldreomsorg                      | 28       | 62          | -           | -           |    |
| Personalkontinuitet, antal personal som en hemtjänsttagare möter under 14 dagar, andel (%) (U21401)  | Kommunens kvalitet i korthet  | 16       | 18          | 14          | 16          |    |
| Hemtjänsttagare med namngiven fast personalkontakt, andel (%) (U21516)   | Kommun och enhetsundersökning                                       | 76       | 99          | -           | -           |   |
| <b>Särskilt boende</b>   |   |          |             |             |             |   |
| Aktuell rutin för schemalagda möten med sjuksköterska i frågor som rör personer med behov av kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser i särskilt boende, äldreomsorg? (U23572)   | Kommun och enhetsundersökning inom äldreomsorg                      | 41       | 100         | -           | -           |  |
| Aktuell rutin för hur planering av den enskildes hälso- och sjukvård (vårdplanering) ska genomföras i samverkan med olika aktörer, där det är dokumenterat i journal hur den enskilde deltagit vid vårdplaneringen, i särskilt boende, äldreomsorg? (U23571) | Kommun och enhetsundersökning inom äldreomsorg                      | 43       | 100         | -           | -           |  |
| Aktuell rutin för hur personalen samarbetar med anhöriga i särskilt boende äldreomsorg? andel (%) enheter. (U23570)  | Kommun och enhetsundersökning inom äldreomsorg                      | 33       | 60          | -           | -           |  |
| <b>Funktionsstöd</b>   |   |          |             |             |             |   |
| Aktuell överenskommelse om samverkan mellan LSS och Arbetsförmedlingen, (Ja=1, Nej=0) (U28449)   | Öppna jämförelser - Stöd till personer med funktionsnedsättning-LSS | -        | 0           | -           | -           |  |
| Aktuell överenskommelse om samverkan mellan LSS och Försäkringskassan, (Ja=1, Nej=0) (nyckeltals-ID saknas)  | Öppna jämförelser - Stöd till personer med funktionsnedsättning-LSS | -        | 0           | -           | -           |  |
| Aktuell överenskommelse om samverkan mellan LSS och barn- och ungdomspsykiatri, (Ja=1, Nej=0) (U28451)   | Öppna jämförelser - Stöd till personer med funktionsnedsättning-LSS | -        | 0           | -           | -           |  |
| Aktuell överenskommelse om samverkan mellan LSS och barn- och ungdomsmedicin, (Ja=1, Nej=0) (U28452)   | Öppna jämförelser - Stöd till personer med funktionsnedsättning-LSS | -        | 0           | -           | -           |  |

| Nyckeltal/Annat   | Informationskälla   | Mål<br>2022 | Utfall<br>2022 | Utfall<br>2021 | Utfall<br>2020 | Bedömning   |
|---|---|-------------|----------------|----------------|----------------|---|
| Aktuell överenskommelse om samverkan mellan LSS och barn- och ungdomshabilitering, (Ja=1, Nej=0) (U28453) | Öppna jämförelser - Stöd till personer med funktionsnedsättning-LSS | -           | 0              | -              | -              |  |
| Aktuell överenskommelse om samverkan mellan LSS och vuxenpsykiatri, (Ja=1, Nej=0) (U28454)                | Öppna jämförelser - Stöd till personer med funktionsnedsättning-LSS | -           | 0              | -              | -              |  |
| Aktuell överenskommelse om samverkan mellan LSS och vuxenhabiliteringen, (Ja=1, Nej=0) (U28455)           | Öppna jämförelser - Stöd till personer med funktionsnedsättning-LSS | -           | 0              | -              | -              |  |
























## Bilaga 4 – Nyckeltal - Trygghet och säkerhet

| Nyckeltal/Annat   | Informationskälla och/eller mål och krav                    | Mål 2022 | Utfall 2022     | Utfall 2021     | Utfall 2020 | Bedömning   |
|---|---|----------|-----------------|-----------------|-------------|---|
| <b>Övergripande</b>   |   |          |                 |                 |             |   |
| Inkomna synpunkter och klagomål, inklusive beröm (totalt)<br>- varav hanterade/fått svar  | Synpunktshantering  | -        | 77<br>29        | 63              | 140         |    |
| Antal avvikelser - Bemötande (totalt)<br>- varav privata  | Kritisk verksamhetsfaktor<br>Statistik<br>verksamhetssystem | 119      | 105<br>2        | 132<br>-        | -           |    |
| Antal avvikelser – Omvårdnadshändelse (totalt)  | Statistik<br>verksamhetssystem                              | -        | 1128            | 1031            | -           |    |
| Antal avvikelser - Dokumentation (totalt)   | Statistik<br>verksamhetssystem                              | -        | 167             | 224             | -           |    |
| Antal avvikelser - Brister i informationsöverföring (totalt)  | Statistik<br>verksamhetssystem                              | -        | 143             | 156             | -           |    |
| Andel SoL-beslut som omprövas inom angiven tidsram för uppföljning (%)  | Kritisk verksamhetsfaktor                                   | 90       | 81 <sup>4</sup> | 75 <sup>5</sup> | -           |    |
| Andel avslutade utredningar av avvikelser (mättillfälle 30 juni, 31 dec)  | Kritisk verksamhetsfaktor                                   | 95       | 63              | 53              | -           |   |
| Andel avvikelser som har klassificerats av SSK och/eller EC   | Kritisk verksamhetsfaktor                                   | 95       | 52              | 43              | -           |  |
| Kontroll av att förvaltningen har upprättat de styrdokument som krävs och datum för beslut.<br>Kontroll av att upprättade styrdokument har implementerats.  | Internkontroll  | -        | -               | -               | -           |  |
| Kontroll av att riskanalyser och handlingsplaner genomförs och tas fram inom berörda enheter.<br>Kontroll av att åtgärderna i upprättade handlingsplaner genomförs och följs upp.<br>Uppföljning av resultatet i berörda enheters pulsmätningar.            | Internkontroll  | -        | -               | -               | -           |  |
| Kontroll av att handlingar diarieförs korrekt.<br>Kontroll av att berörd personal har relevant kunskap om rutiner för diarieföring.   | Internkontroll  | -        | -               | -               | -           |  |
| Kontroll av att förvaltningen har upprättat de styrdokument som krävs.<br>Kontroll av att brandskyddsronder och utrymningsövningar genomförs i enlighet med gällande regler för SBA.<br>Kontroll av att alla enheter har en aktuell brandskyddsorganisation | Internkontroll  | -        | -               | -               | -           |  |
| Kontroll av att nyanställda informeras och genomgår utbildning om ansvar och skyldigheter kopplade till It- och informationssäkerhet.<br>Kontroll av att systemdokumentation finns för varje IT-system.   | Internkontroll  | -        | -               | -               | -           |  |

<sup>4</sup> Utfall avser SoL-beslut under perioden 220601-221130

















<sup>5</sup> Utfall avser SoL-beslut under perioden 210601-211130













| Nyckeltal/Annat   | Informationskälla och/eller mål och krav  | Mål 2022 | Utfall 2022 | Utfall 2021 | Utfall 2020 | Bedömning   |
|---|---|----------|-------------|-------------|-------------|---|
| Kontroll av att det finns daterad dokumentation i ärendet som beskriver motiveringen till avsteget från riktlinjerna. (Avser biståndsriktlinjer enligt SoL)<br>Kontroll av att avsteg från riktlinjerna kodas på rätt sätt i verksamhetssystemet. (Avser biståndsriktlinjer enligt SoL) Kontroll av avvikelser från riktlinjer för myndighetsutövning enligt LSS. | Internkontroll  | -        | -           | -           | -           |    |
| <b>Äldreomsorg</b>  |   |          |             |             |             |   |
| Aktuell rutin vid indikation på att en vuxen utsatts för våld inom äldreomsorg (Ja=1, Nej=0) (U37541)   | Öppna jämförelse – Socialtjänsten Äldreomsorg                                   | -        | 0           | -           | -           |    |
| Aktuell rutin vid missbruk av alkohol eller andra beroendeframkallande medel i äldreomsorg (Ja=1, Nej=0) (U20476)   | Öppna jämförelse – Socialtjänsten Äldreomsorg                                   | -        | 0           | -           | -           |    |
| Aktuell rutin vid missbruk av läkemedel inom äldreomsorg (Ja=1, Nej=0) (U20477)   | Öppna jämförelse – Socialtjänsten Äldreomsorg                                   | -        | 0           | -           | -           |    |
| <b>Hemtjänst</b>  |   |          |             |             |             |   |
| Inkomna synpunkter och klagomål, inkl beröm (hemtjänst)<br>- varan hanterade/fått svar  | Synpunktshantering  | -        | 16<br>8     | -           | -           |    |
| Antal avvikelser – Bemötande (hemtjänst)<br>- varav privata   | Kritisk verksamhetsfaktor<br>Statistik<br>verksamhetssystem                     | 4        | 15<br>2     | 4           | -           |  |
| Antal avvikelser – Omvårdnadshändelse (hemtjänst)<br>- varav privata  | Statistik<br>verksamhetssystem  | -        | 487<br>52   | 421         | -           |  |
| Antal avvikelser – Dokumentation (hemtjänst)<br>- varav privata   | Statistik<br>verksamhetssystem  | -        | 80<br>6     | 104         | -           |  |
| Antal avvikelser – Brister i informationsöverföring (hemtjänst)<br>- varav privata  | Statistik<br>verksamhetssystem  | -        | 55<br>12    | 59          | -           |  |
| Andel avslutade utredningar av avvikelser (mättillfälle 30 juni, 31 dec) (hemtjänst)  | Kritisk verksamhetsfaktor   | 95       | 73          | 52          | -           |  |
| Andel avvikelser som har klassificerats av SSK och/eller EC (hemtjänst)   | Kritisk verksamhetsfaktor   | 95       | 51          | 48          | -           |  |
| Brukarundersökning hemtjänst äldreomsorg - helhetssyn, andel (%) (U21468)   | Brukarundersökning<br>Kritisk verksamhetsfaktor<br>Kommunens kvalitet i korthet | 86       | 94          | -           | 95          |  |
| Brukarundersökning hemtjänst äldreomsorg – behov anpassas, andel (%) (U21472)   | Brukarundersökning  | 72       | 72          | -           | 80          |  |
| Brukarundersökning hemtjänst äldreomsorg – bemötande, andel (%) (U21504)  | Brukarundersökning  | 96       | 98          | -           | 98          |  |
| Brukarundersökning hemtjänst äldreomsorg – besväras ofta av ensamhet, andel (%) (U21478)  | Brukarundersökning  | 13       | 13          | -           | 16          |  |
| Brukarundersökning hemtjänst äldreomsorg – förtroende för personalen, andel (%) (U21477)  | Brukarundersökning  | 89       | 96          | -           | 94          |  |
| Brukarundersökning hemtjänst äldreomsorg – personalen utför sina arbetsuppgifter, andel (%) (U21474)  | Brukarundersökning  | 86       | 91          | -           | 91          |  |
| Brukarundersökning hemtjänst äldreomsorg – trygghet, andel (%) (U21505)   | Brukarundersökning  | 87       | 90          | -           | 93          |  |

| Nyckeltal/Annat   | Informationskälla och/eller mål och krav  | Mål 2022 | Utfall 2022 | Utfall 2021 | Utfall 2020 | Bedömning   |
|---|---|----------|-------------|-------------|-------------|---|
| Aktuell rutin vid misstanke/upptäckt av att den enskilde har utsatts för våld i eller övergrepp av anhörig/närstående i hemtjänst äldreomsorg, andel (%) enheter. (U21558)                              | Kommun och enhetsundersökning inom äldreomsorg                                  | 41       | 15          | -           | -           |    |
| Aktuell rutin vid misstanke/upptäckt av att den enskilde är beroende av/missbrukar alkohol eller andra beroendeframkallande medel (ej läkemedel) i hemtjänsten äldreomsorg? andel (%) enheter. (U21560) | Kommun och enhetsundersökning inom äldreomsorg                                  | 30       | 15          | -           | -           |    |
| Aktuell rutin vid misstanke/upptäckt av att den enskilde är beroende av/missbrukar läkemedel i hemtjänsten äldreomsorg? andel (%) enheter. (U21599)   | Kommun och enhetsundersökning inom äldreomsorg                                  | 32       | 8           | -           | -           |    |
| Kommunen har en beslutad garanterad maximal tid till kontakt när personer 65 år och äldre använder trygghetslarm i ordinärt boende. (Ja=1, Nej=0) (U21550)  | Öppna jämförelse – Socialtjänsten Äldreomsorg                                   | -        | 0           | -           | -           |    |
| Kommunen har en beslutad garanterad maximal inställetid när personer 65 år och äldre använder trygghetslarm i ordinärt boende. (Ja=1, Nej=0) (U21551)   | Öppna jämförelse – Socialtjänsten Äldreomsorg                                   | -        | 0           | -           | -           |    |
| Aktuell rutin för när den enskilde trots överenskommelse, inte öppnar dörren/svarar på ringsignal? andel (%) enheter. (U21555)  | Kommun och enhetsundersökning inom äldreomsorg                                  | 55       | 92          | -           | -           |    |
| <b>Särskilt boende</b>  |   |          |             |             |             |   |
| Inkomna synpunkter och klagomål, inkl beröm (särskilt boende)<br>- varav hanterade/fått svar  | Synpunktshantering  | -        | 33<br>13    | -           | -           |  |
| Antal avvikelser – Bemötande (särskilt boende)<br>- varav privata <sup>6</sup>  | Kritisk verksamhetsfaktor<br>Statistik<br>verksamhetssystem                     | 12       | 5<br>0      | 13          | -           |  |
| Antal avvikelser – Omvårdnadshändelse (särskilt boende)   | Statistik<br>verksamhetssystem  | -        | 373         | 290         | -           |  |
| Antal avvikelser – Dokumentation (särskilt boende)  | Statistik<br>verksamhetssystem  | -        | 41          | 23          | -           |  |
| Antal avvikelser – Brister i informationsöverföring (särskilt boende)   | Statistik<br>verksamhetssystem  | -        | 37          | 59          | -           |  |
| Andel avslutade utredningar av avvikelser (mättillfälle 30 juni, 31 dec) (särskilt boende)  | Kritisk verksamhetsfaktor   | 95       | 65          | 66          | -           |  |
| Andel avvikelser som har klassificerats av SSK och/eller EC (särskilt boende)   | Kritisk verksamhetsfaktor   | 95       | 59          | 50          | -           |  |
| Brukarundersökning särskilt boende äldreomsorg - helhetssyn, andel (%) (U23471)   | Brukarundersökning<br>Kritisk verksamhetsfaktor<br>Kommunens kvalitet i korthet | 77       | 83          | -           | 86          |  |
| Brukarundersökning särskilt boende äldreomsorg – bemötande andel (%) (U23520)   | Brukarundersökning  | 92       | 92          | -           | 96          |  |
| Brukarundersökning särskilt boende äldreomsorg – besvärar ofta av ensamhet andel (%) (U23481)   | Brukarundersökning  | 24       | 22          | -           | 16          |  |













<sup>6</sup> Ginstgården redovisar inkomna avvikelser i egen kvalitetsberättelse.

| Nyckeltal/Annat  | Informationskälla och/eller mål och krav  | Mål 2022 | Utfall 2022 | Utfall 2021 | Utfall 2020 | Bedömning |
|--|---|----------|-------------|-------------|-------------|-----------|
| Brukarundersökning särskilt boende äldreomsorg – förtroende för personal andel (%) (U23480)  | Brukarundersökning  | 82       | 85          | -           | 86          |           |
| Brukarundersökning särskilt boende äldreomsorg – maten, andel (%) (U23467)   | Brukarundersökning  | 72       | 75          | -           | 76          |           |
| Brukarundersökning särskilt boende äldreomsorg – måltidsmiljön, andel (%) (U23468)   | Brukarundersökning  | 66       | 72          | -           | 74          |           |
| Brukarundersökning särskilt boende äldreomsorg – trygghet, andel (%) (U23521)  | Brukarundersökning  | 86       | 89          | -           | 93          |           |
| Aktuell rutin vid misstanke/upptäckt av att den enskilde har utsatts för våld i eller övergrepp av anhörig/närstående i särskilt boende äldreomsorg, andel (%) enheter. (U23568)                             | Kommun och enhetsundersökning inom äldreomsorg                                      | 31       | 10          | -           | -           |           |
| Aktuell rutin vid misstanke/upptäckt av att den enskilde är beroende av/missbrukar alkohol eller andra beroendeframkallande medel (ej läkemedel) i särskilt boende äldreomsorgs? andel (%) enheter. (U23569) | Kommun och enhetsundersökning inom äldreomsorg                                      | 31       | 10          | -           | -           |           |
| Aktuell rutin vid misstanke/upptäckt av att den enskilde är beroende av/missbrukar läkemedel i särskilt boende äldreomsorg? andel (%) enheter. (U23568)  | Kommun och enhetsundersökning inom äldreomsorg                                      | 31       | 10          | -           | -           |           |
| <b>Avdelningen för boende och arbete</b>   |   |          |             |             |             |           |
| Andel avslutade utredningar av avvikelser (mättillfälle 30 juni, 31 dec) (avd. BoA)  | Kritisk verksamhetsfaktor   | 95       | 45          | 14          | -           |           |
| Andel avvikelser som har klassificerats av SSK och/eller EC (avd. BoA)   | Kritisk verksamhetsfaktor   | 95       | 38          | 7           | -           |           |
| <b>Grupp- och serviceboende</b>  |   |          |             |             |             |           |
| Inkomna synpunkter och klagomål, inkl beröm (grupp- och servicebostad) - varan hanterade/fått svar   | Synpunktshantering  | -        | 6<br>3      | -           | -           |           |
| Antal avvikelser – Bemötande (grupp- och servicebostad)  | Kritisk verksamhetsfaktor<br>Statistik verksamhetssystem                            | 73       | 53          | 81          | -           |           |
| Antal avvikelser – Omvårdnadshändelse (grupp- och servicebostad)   | Statistik verksamhetssystem   | -        | 223         | 283         | -           |           |
| Antal avvikelser – Dokumentation (grupp- och servicebostad)  | Statistik verksamhetssystem   | -        | 42          | 95          | -           |           |
| Antal avvikelser – Brister i informationsöverföring (grupp- och servicebostad)   | Statistik verksamhetssystem   | -        | 37          | 29          | -           |           |
| Brukarundersökning gruppboende LSS - Brukaren känner sig trygg med alla i personalen, andel (%) (U28522)   | Kritisk verksamhetsfaktor<br>Brukarundersökning                                     | 78       | 69          | 73          | 68          |           |
| Brukarundersökning gruppboende LSS - Brukaren trivs alltid hemma, andel (%) (U28524)   | Mål och resultatstyrning<br>Kritisk verksamhetsfaktor<br>Brukarundersökning<br>KKIK | 83       | 81          | 80          | 82          |           |
| Brukarundersökning gruppboende LSS – Brukaren är aldrig rädd för något hemma, andel (%) (U28523)   | Brukarundersökning  | 67       | 63          | 60          | 65          |           |
| Brukarundersökning gruppboende LSS – Personalen bryr sig om brukaren andel (%) (U28520)  | Brukarundersökning  | 82       | 81          | 80          | 80          |           |

| Nyckeltal/Annat  | Informationskälla och/eller mål och krav  | Mål 2022 | Utfall 2022 | Utfall 2021 | Utfall 2020 | Bedömning   |
|--|---|----------|-------------|-------------|-------------|---|
| Brukarundersökning servicebostad LSS - Brukaren känner sig trygg med alla i personalen, andel (%) (U28529)   | Kritiska verksamhetsfaktor<br>Brukarundersökning                                    | 72       | 67          | 77          | 68          |    |
| Brukarundersökning servicebostad LSS - Brukaren trivs med alla i boendepersonalen, andel (%) (U28531)  | Mål och resultatstyrning<br>Kritisk verksamhetsfaktor<br>Brukarundersökning<br>KKIK | 76       | 81          | 85          | 79          |    |
| Brukarundersökning servicebostad LSS – Brukaren är aldrig rädd för något hemma, andel (%) (U28530)   | Brukarundersökning  | 66       | 66          | 70          | 65          |    |
| Brukarundersökning servicebostad LSS – Personalen bryr sig om brukaren andel (%) (U28527)  | Brukarundersökning  | 83       | 85          | 94          | 86          |    |
| Enheterna har rutin för personalens agerande vid misstanke/upptäckt av att den enskilde har utsatts för våld eller andra övergrepp (U28125)                              | Enhetsundersökning LSS  | 52       | 0           | -           | -           |    |
| Enheterna har rutin för personalens agerande vid misstanke/upptäckt av att den enskilde är beroende av/missbrukar läkemedel (U28126)                                     | Enhetsundersökning LSS  | 40       | 0           | -           | -           |    |
| Enheterna har rutin för personalens agerande vid misstanke/upptäckt av att den enskilde är beroende/missbrukar andra beroende-framkallande medel (ej läkemedel) (U28127) | Enhetsundersökning LSS  | 41       | 0           | -           | -           |    |
| <b>Daglig verksamhet</b>   |   |          |             |             |             |   |
| Inkomna synpunkter och klagomål, inkl beröm (daglig verksamhet) - varav hanterade/fått svar  | Synpunktshantering  | -        | 2<br>1      | -           | -           |  |
| Antal avvikelser – Bemötande (daglig verksamhet)   | Kritisk verksamhetsfaktor<br>Statistik<br>verksamhetssystem                         | 7        | 19          | 8           | -           |  |
| Antal avvikelser – Omvårdnadshändelse (daglig verksamhet)  | Statistik<br>verksamhetssystem  | -        | 20          | 10          | -           |  |
| Antal avvikelser – Dokumentation (daglig verksamhet)   | Statistik<br>verksamhetssystem  | -        | 0           | 0           | -           |  |
| Antal avvikelser – Brister i informationsöverföring (daglig verksamhet)  | Statistik<br>verksamhetssystem  | -        | 5           | 3           | -           |  |
| Brukarundersökning daglig verksamhet LSS - Brukaren känner sig trygg med alla i personalen, andel (%) (U28536)   | Kritisk verksamhetsfaktor<br>Brukarundersökning                                     | 85       | 82          | 86          | 84          |  |
| Brukarundersökning daglig verksamhet LSS - Brukaren trivs alltid på sin dagliga verksamhet, andel (%) (U28538)   | Kritiska verksamhetsfaktor<br>Brukarundersökning                                    | 85       | 85          | 84          | 91          |  |
| Brukarundersökning daglig verksamhet LSS – Brukaren är aldrig rädd för något på sin daglig verksamhet, andel (%) (U28537)  | Brukarundersökning  | 75       | 68          | 72          | 76          |  |
| Brukarundersökning daglig verksamhet LSS – Personalen bryr sig om brukaren andel (%) (U28534)  | Brukarundersökning  | 90       | 87          | 89          | 93          |  |
| Den dagliga verksamheten har rutin för personalens agerande vid misstanke/upptäckt av att den enskilde har utsatts för våld eller andra övergrepp (U28140)               | Enhetsundersökning LSS  | 43       | 0           | -           | -           |  |














| Nyckeltal/Annat  | Informationskälla och/eller mål och krav                    | Mål 2022 | Utfall 2022 | Utfall 2021 | Utfall 2020 | Bedömning   |
|--|---|----------|-------------|-------------|-------------|---|
| Den dagliga verksamheten har rutin för personalens agerande vid misstanke/upptäckt av att den enskilde är beroende av/missbrukar läkemedel (U28141)                                    | Enhetsundersökning LSS                                      | 32       | 0           | -           | -           |    |
| Den dagliga verksamheten har rutin för personalens agerande vid misstanke/upptäckt av att den enskilde är beroende/missbrukar andra beroendeframkallande medel (ej läkemedel) (U28142) | Enhetsundersökning LSS                                      | 32       | 0           | -           | -           |    |
| <b>Personlig assistans och stöd</b>  |   |          |             |             |             |   |
| Inkomna synpunkter och klagomål, inkl beröm (personlig assistans)<br>- varav hanterade/fått svar   | Synpunktshantering  | -        | 1<br>0      | -           | -           |    |
| Antal avvikelser – Bemötande (personlig assistans och stöd)  | Kritisk verksamhetsfaktor<br>Statistik<br>verksamhetssystem | 23       | 13          | 26          | -           |    |
| Antal avvikelser – Omvårdnadshändelse (personlig assistans och stöd)   | Statistik<br>verksamhetssystem                              | -        | 31          | 27          | -           |    |
| Antal avvikelser – Dokumentation (personlig assistans och stöd)  | Statistik<br>verksamhetssystem                              | -        | 2           | 2           | -           |    |
| Antal avvikelser – Brister i informationsöverföring (personlig assistans och stöd)   | Statistik<br>verksamhetssystem                              | -        | 8           | 6           | -           |    |
| Andel avslutade utredningar av avvikelser (måttillfälle 30 juni, 31 dec) (personlig assistans och stöd)  | Kritisk verksamhetsfaktor                                   | 95       | 22          | 17          | -           |  |
| Andel avvikelser som har klassificerats av SSK och/eller EC (personlig assistans och stöd)   | Kritisk verksamhetsfaktor                                   | 95       | 31          | 25          | -           |  |
| Brukarundersökning personlig assistans - Assistenterna bryr sig om brukaren, andel (%) (U28622)  | Brukarundersökning  | 90       | 67          | 83          | 100         |  |
| Brukarundersökning personlig assistans – Brukaren känner sig trygg med alla sina assistenter, andel (%) (U28631)   | Kritisk verksamhetsfaktor<br>Brukarundersökning             | 82       | 78          | 83          | 100         |  |
| Brukarundersökning personlig assistans – Brukaren trivs med sina assistenter, andel (%) (U28638)   | Kritisk verksamhetsfaktor<br>Brukarundersökning             | 84       | 78          | 67          | 100         |  |

## Bilaga 5 – Nyckeltal – Kunskapsbaserad verksamhet

| Nyckeltal  | Informationskälla                             | Mål 2022 | Utfall 2022       | Utfall 2021 | Utfall 2020 | Bedömning   |
|--|---|----------|-------------------|-------------|-------------|---|
| <b>Äldreomsorg</b>   |   |          |                   |             |             |   |
| Använder standardiserade bedömningsmetoden FREDA inom äldreomsorg för att upptäcka våldsutsatthet hos enskilda vuxna, (Ja=1, Nej=0) (U20484)   | Öppna jämförelse – Socialtjänsten Äldreomsorg | -        | Nej               | -           | -           |    |
| <b>Myndighetsavdelningen SoL</b>   |   |          |                   |             |             |   |
| Andel handläggare med socionomexamen – Äldreomsorg, %, (nyckeltals-ID saknas)  | Öppna jämförelse – Socialtjänsten Äldreomsorg | -        | 90.2 <sup>7</sup> | 100         | -           |    |
| Strukturerat arbetssätt (enligt IBIC) används vid alla utredningar för personer i ordinärt boende, (Ja, för alla=2, Ja, men inte för alla=1, Nej=0) (U21546)                         | Öppna jämförelse – Socialtjänsten Äldreomsorg | -        | 2*                | -           | -           |    |
| Strukturerat arbetssätt (enligt IBIC) används vid alla utredningar för personer i särskilt boende, (Ja, för alla=2, Ja, men inte för alla=1, Nej=0) (U23560)                         | Öppna jämförelse – Socialtjänsten Äldreomsorg | -        | 2*                | -           | -           |    |
| Strukturerat arbetssätt (enligt IBIC) används vid alla uppföljningar för personer i ordinärt boende, (Ja, för alla=2, Ja, men inte för alla=1, Nej=0) (U21547)                       | Öppna jämförelse – Socialtjänsten Äldreomsorg | -        | 2*                | -           | -           |  |
| Strukturerat arbetssätt (enligt IBIC) används vid alla uppföljningar för personer i särskilt boende, (Ja, för alla=2, Ja, men inte för alla=1, Nej=0) (U23561)                       | Öppna jämförelse – Socialtjänsten Äldreomsorg | -        | 2*                | -           | -           |  |
| Använt resultat för att utveckla verksamheten för klienter inom ordinärt boende, äldreomsorg (Ja=2, Nej, men fattat beslut=1, Nej=0) (U21548)  | Öppna jämförelse – Socialtjänsten Äldreomsorg | -        | 0                 | -           | -           |  |
| Använt resultat för att utveckla verksamheten för klienter inom särskilt boende, äldreomsorg (Ja=2, Nej, men fattat beslut=1, Nej=0) (U23562)  | Öppna jämförelse – Socialtjänsten Äldreomsorg | -        | 0                 | -           | -           |  |
| Genomfört systematisk uppföljning med ett könsperspektiv - ordinärt boende, (Ja=1, Nej=0) (U21570)   | Öppna jämförelse – Socialtjänsten Äldreomsorg | -        | 0                 | -           | -           |  |
| Genomfört systematisk uppföljning med ett könsperspektiv - särskilt boende, (Ja=1, Nej=0) (U23576)   | Öppna jämförelse – Socialtjänsten Äldreomsorg | -        | 0                 | -           | -           |  |
| Använt resultaten från biståndsbeslutade insatser till enskilda på gruppnivå utifrån kön inom ordinärt boende, äldreomsorg, (Ja=2, Nej, men genomfört uppföljning=1, Nej=0) (U21549) | Öppna jämförelse – Socialtjänsten Äldreomsorg | -        | 0                 | -           | -           |  |
| Använt resultaten från biståndsbeslutade insatser till enskilda på gruppnivå utifrån kön inom särskilt boende, äldreomsorg, (Ja=2, Nej, men genomfört uppföljning=1, Nej=0) (U23563) | Öppna jämförelse – Socialtjänsten Äldreomsorg | -        | 0                 | -           | -           |  |

<sup>7</sup> Genomsnitt för riket 2022 – 81.3%

\* se "Analys av resultat"

| Nyckeltal  | Informationskälla  | Mål 2022 | Utfall 2022      | Utfall 2021 | Utfall 2020 | Bedömning   |
|--|--|----------|------------------|-------------|-------------|---|
| <b>Äldreomsorg</b>   |  |          |                  |             |             |   |
| Andelen undersköterskor i äldreomsorg  | Kritisk verksamhetsfaktor  | 85       | 87,6             | 83,9        |             |    |
| <b>Särskilt boende</b>   |  |          |                  |             |             |   |
| Omsorgspersonal på helgdagar i boende med särskild service för äldre med adekvat utbildning, andel (%) (U23496)  | Kommun- och enhetsundersökning inom äldreomsorg                        | 74       | 74 <sup>8</sup>  | -           | -           |    |
| Omsorgspersonal på vardagar i boende med särskild service för äldre med adekvat utbildning, andel (%) (U23495)   | Kommun- och enhetsundersökning inom äldreomsorg                        | 77       | 79 <sup>9</sup>  | -           | -           |    |
| <b>Myndighetsavdelning LSS</b>   |  |          |                  |             |             |   |
| Andel handläggare inom LSS som har socionomexamen (nyckeltals-id saknas)   | Öppna jämförelser<br>- Stöd till personer med funktionsnedsättning LSS | -        | 88 <sup>10</sup> | -           | 50          |    |
| Använt IBIC (Individens behov i centrum) vid alla utredningar - LSS vuxna, (Ja, för alla=2, Ja, men inte för alla=1, Nej=0) (U28544)                             | Öppna jämförelser<br>- Stöd till personer med funktionsnedsättning LSS | -        | 1*               | -           | -           |    |
| Använt IBIC (Individens behov i centrum) vid alla uppföljningar - LSS vuxna, (Ja, för alla=2, Ja, men inte för alla=1, Nej=0) (U28545)                           | Öppna jämförelser<br>- Stöd till personer med funktionsnedsättning LSS | -        | 1*               | -           | -           |    |
| Systematisk uppföljning av resultat för att utveckla verksamheten inom LSS, (Ja=2, Delvis=1, Nej=0) (U28462)   | Öppna jämförelser<br>- Stöd till personer med funktionsnedsättning LSS | -        | 0                | -           | -           |   |
| Systematisk uppföljning av biståndsbeslutade insatser till enskilda på gruppnivå utifrån kön inom LSS, (Ja=1, Nej=0) (U28463)                                    | Öppna jämförelser<br>- Stöd till personer med funktionsnedsättning LSS | -        | 0                | -           | -           |  |
| Sammanställt resultaten av biståndsbeslutade insatser till enskilda på gruppnivå utifrån kön inom LSS, (Ja=2, Nej, men genomfört uppföljning=1, Nej=0). (U28464) | Öppna jämförelser<br>- Stöd till personer med funktionsnedsättning LSS | -        | 0                | -           | -           |  |
| <b>Funktionsstöd</b>   |  |          |                  |             |             |   |
| Andel stödassistenter inom funktionsstöd, exkl. personlig assistans, %.  | Kritisk verksamhetsfaktor  | 92       | 89,9             | 91,7        | 91,0        |  |
| Aktuell samlad plan för personalens kompetensutveckling inom LSS-barn, (Ja=1, Nej=0) (U28456)  | Öppna jämförelser<br>- Stöd till personer med funktionsnedsättning-LSS | -        | 0                | -           | -           |  |
| Aktuell samlad plan för personalens kompetensutveckling inom LSS-vuxen, (Ja=1, Nej=0) (U28457)   | Öppna jämförelser<br>- Stöd till personer med funktionsnedsättning-LSS | -        | 0                | -           | -           |  |
| Använder standardiserade bedömningsmetoden FREDÅ-kortfrågor för att upptäcka våldsutsatthet hos enskilda vuxna, LSS-vuxna, (Ja=1, Nej=0) (U28546)                | Öppna jämförelser<br>- Stöd till personer med funktionsnedsättning LSS | -        | 0                | -           | -           |  |
| Aktuell rutin vid indikation på att en vuxen utsatts för våld inom LSS-barn, (Ja=1, Nej=0) (U37359)  | Öppna jämförelser<br>- Stöd till personer med funktionsnedsättning LSS | -        | 0                | -           | -           |  |














<sup>8</sup> Genomsnitt för riket 2022 – 74%

\* se "Analys av resultat"







<sup>9</sup> Genomsnitt för riket 2022 – 77%

<sup>10</sup> Genomsnitt för riket 2022 – 81.9%







| Nyckeltal   | Informationskälla  | Mål 2022 | Utfall 2022 | Utfall 2021 | Utfall 2020 | Bedömning   |
|---|--|----------|-------------|-------------|-------------|---|
| Aktuell rutin vid indikation på att en vuxen utsatts för våld inom LSS-vuxen (Ja=1, Nej=0) (U37540)   | Öppna jämförelser<br>- Stöd till personer med funktionsnedsättning LSS | -        | 0           | -           | -           |    |
| <b>Grupp- och servicebostad</b>   |  |          |             |             |             |   |
| Individuella kompetensutvecklingsplaner finns för samtliga i personalgruppen på enheten (U28121)  | Enhetsundersökning LSS   | 62       | 73          | -           | -           |    |
| Samlad kompetensutvecklingsplan för personalens kompetensutveckling finns vid enheten (U28122)  | Enhetsundersökning LSS   | 51       | 67          | -           | -           |    |
| Kontinuerlig handledning har erbjudits till personalen på enheterna (U28124)  | Enhetsundersökning LSS   | 37       | 73          | -           | -           |    |
| Brukarundersökning gruppbofastad LSS - Personalen pratar så att brukaren förstår, andel (%) (U28521)  | Brukarundersökning   | 69       | 67          | 71          | 58          |    |
| Brukarundersökning gruppbofastad LSS -All personal förstår brukaren, andel (%) (U28641)   | Brukarundersökning   | 72       | 71          | 56          | 70          |    |
| Brukarundersökning servicebostad LSS - Personalen pratar så att brukaren förstår, andel (%) (U28528)  | Brukarundersökning   | 68       | 73          | 81          | 76          |    |
| Brukarundersökning servicebostad LSS -All personal förstår brukaren, andel (%) (U28644)   | Brukarundersökning   | 71       | 67          | 79          | 81          |  |
| Kompetensutveckling inom Alternativ och kompletterande kommunikation (AKK) har erbjudits till personal på enheten (U28123)                  | Enhetsundersökning LSS   | 38       | 93          | -           | -           |  |
| <b>Daglig verksamhet</b>  |  |          |             |             |             |   |
| Individuella kompetensutvecklingsplaner finns för samtliga i personalgruppen i den dagliga verksamheten (U28137)                            | Enhetsundersökning LSS   | 50       | 80          | -           | -           |  |
| Samlad kompetensutvecklingsplan för personalens kompetensutveckling inom den dagliga verksamheten (U28137)                                  | Enhetsundersökning LSS   | 50       | 100         | -           | -           |  |
| Kontinuerlig handledning har erbjudits till personalen på den dagliga verksamheten (U28139)   | Enhetsundersökning LSS   | 27       | 0           | -           | -           |  |
| Brukarundersökning daglig verksamhet LSS - Personalen pratar så att brukaren förstår, andel (%) (U28535)                                    | Brukarundersökning   | 78       | 75          | 73          | 77          |  |
| Brukarundersökning daglig verksamhet LSS -All personal förstår brukaren, andel (%) (U28658)   | Brukarundersökning   | 79       | 75          | 82          | 81          |  |
| Kompetensutveckling inom Alternativ och kompletterande kommunikation (AKK) har erbjudits till personal på den dagliga verksamheten (U28138) | Enhetsundersökning LSS   | 44       | 100         | -           | -           |  |
| <b>Personlig assistans</b>  |  |          |             |             |             |   |
| Brukarundersökning personlig assistans LSS – Alla assistenter förstår brukaren, andel (%) (U28628)  | Brukarundersökning   | 75       | 67          | 50          | 88          |  |
| Brukarundersökning personlig assistans LSS – Alla assistenter pratar så att brukaren förstår, andel (%) (U28625)                            | Brukarundersökning   | 78       | 78          | 80          | 88          |  |

## Bilaga 6 – Nyckeltal – Tillgänglighet


| Nyckeltal   | Informationskälla                               | Mål 2022           | Utfall 2022 | Utfall 2021 | Utfall 2020 | Bedömning   |
|---|---|--------------------|-------------|-------------|-------------|---|
| <b>Äldreomsorg</b>  |   |                    |             |             |             |   |
| Andel som tar kontakt med kommunen via telefon som får ett direkt svar på en enkel fråga, äldre (%)                         | Mål och resultatstyrning Servicemätning         | 50                 | 50          | 33          | 67          |    |
| Andel som får svar på e-post inom en dag, äldre (%)   | Mål och resultatstyrning Servicemätning         | 90                 | 83          | 92          | 67          |    |
| Antal äldre personer per handläggare – Äldreomsorg  | Öppna jämförelser socialtjänsten - äldreomsorg  | -                  | 136         | -           | -           |    |
| Väntetid i antal dagar från ansökningsdatum till första erbjudet inflyttningsdatum till särskilt boende, andel (%) (U23401) | Kommunens kvalitet i korthet                    | 53                 | 74          | 49          | 88          |    |
| <b>Hemtjänst</b>  |   |                    |             |             |             |   |
| Brukarundersökning hemtjänst äldreomsorg – få kontakt med personalen, andel (%) (U21481)                                    | Brukarundersökning                              | 78                 | 88          | -           | 91          |    |
| Brukarundersökning hemtjänst äldreomsorg – personalen kommer på avtalade tid, andel (%) (U21475)                            | Brukarundersökning                              | 82                 | 85          | -           | 87          |    |
| Brukarundersökning hemtjänst äldreomsorg – tillräckligt med tid, andel (%) (U21461)   | Brukarundersökning                              | 81                 | 83          | -           | 85          |  |
| <b>Särskilt boende</b>  |   |                    |             |             |             |   |
| Brukarundersökning särskilt boende äldreomsorg – få kontakt med personalen på boendet, andel (%) (U23483)                   | Brukarundersökning                              | 79                 | 82          | -           | 88          |  |
| Brukarundersökning särskilt boende äldreomsorg – tillräckligt med tid, andel (%) (U23459)                                   | Brukarundersökning                              | 70                 | 68          | -           | 84          |  |
| Brukarundersökning särskilt boende äldreomsorg - möjlighet att komma utomhus, andel (%) (U23469)                            | Brukarundersökning                              | 53                 | 47          | -           | 73          |  |
| Brukarundersökning särskilt boende äldreomsorg – trivs med rum/lägenhet, andel (%) (U23475)                                 | Brukarundersökning                              | 70                 | 72          | -           | 77          |  |
| Brukarundersökning särskilt boende äldreomsorg – trivsamma gemensamma utrymmen, andel (%) (U23465)                          | Brukarundersökning                              | 61                 | 52          | -           | 67          |  |
| Brukarundersökning särskilt boende äldreomsorg – trivsamt utomhus, andel (%) (U23466)                                       | Brukarundersökning                              | 63                 | 66          | -           | 73          |  |
| Omsorgspersonal/plats i boende för särskild service för äldre på vardagar, antal (U23489)                                   | Kommun- och enhetsundersökning inom äldreomsorg | 0.31 <sup>11</sup> | 0.33        | -           | -           |  |
| Omsorgspersonal/plats i boende för särskilde service för äldre, helgdagar, antal (U23493)                                   | Kommun- och enhetsundersökning inom äldreomsorg | 0.27 <sup>12</sup> | 0.27        | -           | -           |  |

<sup>11</sup> Genomsnitt för samtliga kommuner

<sup>12</sup> Genomsnitt för samtliga kommuner

| Nyckeltal   | Informationskälla                          | Mål 2022 | Utfall 2022 | Utfall 2021 | Utfall 2020 | Bedömning   |
|---|--|----------|-------------|-------------|-------------|---|
| <b>Funktionshinder</b>  |  |          |             |             |             |   |
| Öka antalet gruppboendeplatser inom LSS.  | Mål och resultatstyrning                   | 80       | 72          | -           | -           |  |
| Andel som tar kontakt med kommunen via telefon som får ett direkt svar på en enkel fråga, funktionshinder (handikapp) (%) | Mål och resultatstyrning<br>Servicemätning | 50       | 42          | 33          | 50          |  |
| Andel som får svar på e-post inom en dag, funktionshinder (handikapp) (%)   | Mål och resultatstyrning<br>Servicemätning | 90       | 83          | 100         | 83          |  |
| Utredningstid i antal dagar från ansökan till beslut om LSS-insats (alla insatser) medelvärde (U28414)                    | Kolada                                     | 48       | 68          | 76          | 62          |  |

## Bilaga 7 – Nyckeltal – Effektivitet

| Nyckeltal/annat  | Informationskälla | Mål 2022 | Utfall 2022 | Utfall 2021 | Utfall 2020 | Bedömning   |
|--|-------------------|----------|-------------|-------------|-------------|---|
| Kontroll av att förvaltningen har en upprättad och ändamålsenlig digitaliseringsstrategi. Utformning och datum för beslut. | Internkontroll    | -        | -           | -           | -           |  |