

Kvalitetsberättelse 2023

Vård- och omsorgsnämnden

Typ av styrdokument: Kvalitetsberättelse
Beslutande instans: Vård- och omsorgsnämnden
Datum för beslut: 2024-02-20 §10
Diarienummer: 2024.018 VON

Gäller för: Vård- och omsorgsnämndens
verksamheter
Dokumentansvarig: SAS

Innehåll

1.	Sammanfattning	4
2.	Inledning	5
3.	Förvaltningens systematiska kvalitetsarbete	5
3.1.	Identifierade utvecklingsområden 2023.....	6
3.2.	Övergripande mål och strategier.....	9
3.3.	Kvalitetsuppföljning.....	10
4.	Måluppfyllelse och resultat	11
4.1.	Vård- och omsorgsförvaltningen	11
4.2.	Självbestämmande och integritet.....	17
4.3.	Helhetssyn och samordning.....	19
4.4.	Trygghet och säkerhet	20
4.5.	Kunskapsbaserad verksamhet.....	25
4.6.	Tillgänglighet	26
5.	Mål, strategier och utmaningar för kommande år	28
6.	Nämndens plan för systematisk kvalitetsuppföljning 2024.....	29

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, funktionsstöd och kommunal primärvård har reviderats.

2023 har inneburit stora utmaningar för förvaltningen. Det gångna året har präglats av en hög personalomsättning på förvaltningsledningskontoret som inneburit en fördröjning i olika processer. Förvaltningen har dock ändå klarat uppdraget att implementera individens behov i centrum (IBIC), nytt verksamhetssystem och nytt avvikelshanteringssystem enligt beslutad tidsram. Därutöver har sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation införts.

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.

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

Två mål för kommande år har beslutats och gäller förvaltningsövergripande. Målen som satts är att förvaltningen ska ta ett omtag av det systematiska kvalitetsarbetet i avseendet avvikelshantering. Förvaltningsövergripande riktlinjer och rutiner som saknas ska tas fram och implementeras på alla avdelningar.

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.

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

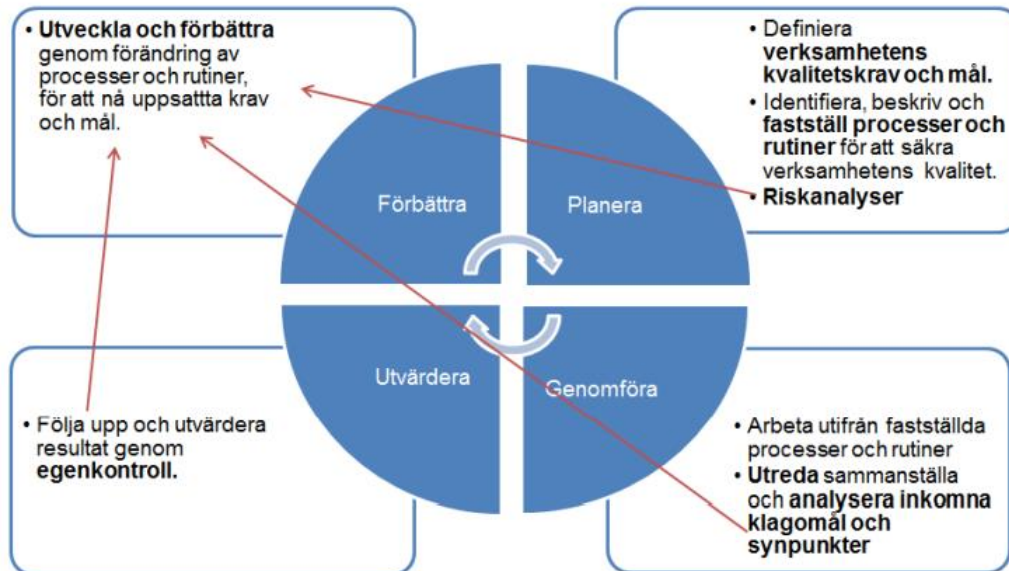
Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9) utgör tillsammans med Alingsås kommuns styrmodell grund för vård- och omsorgsförvaltningens kvalitetsarbete. Som styrande dokument för kvalitetsarbetet antog vård- och omsorgsnämnden år 2014 *Ledningssystem 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.



Av dokumentet "Vård- och omsorgsnämndens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete" 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.

3.1. Identifierade utvecklingsområden 2023

I tabellen nedan redovisas en sammanställning av nämndens prioriterade utvecklingsområden för 2023 som presenterades i kvalitetsberättelsen 2022. Sammanställningen visar de områden där vård- och omsorgsnämnden såg störst behov av fortsatt utveckling, fördelade på de verksamheter som berörs, med utgångspunkt i de resultat som framkommit av underlaget till kvalitetsberättelsen 2022.

Kvalitetsområde:	Mål/planerad åtgärd:	Berörda verksamheter
	Vidareutveckla arbetssätt och höja kompetensen bland förvaltningens chefer avseende riskanalys	Övergripande

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete	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
Självbestämmande och integritet	Fortsätta analysera resultatet och vidta åtgärder för att öka delaktighet och inflytande för den enskilde	Grupp- och servicebostad 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
Helhetssyn och samordning	Utreda hur personalkontinuiteten ser ut inom hemtjänst	Hemtjänst
Trygghet och säkerhet	Öka andelen avvikelser som klassificeras och utreds	Samtliga verksamheter
	Fortsätta analysera resultatet och vidta åtgärder för att minska antalet avvikelser kopplat till bemötande	Hemtjänst 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 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
	Upprätta aktuella rutiner vid misstanke/upptäckt av att den enskilde har utsatts för våld eller övergrepp av anhörig/närstående	Äldreomsorg Funktionsstöd
Trygghet och säkerhet	Upprätta aktuell rutin vid misstanke/upptäckt av att den enskilde är beroende av/missbrukar alkohol, läkemedel eller andra beroendeframkallande medel	Äldreomsorg 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
Kunskapsbaserad verksamhet	Fortsätta analysera resultatet och vidta åtgärder för att öka andelen personal som förstår brukaren	Bostad med särskild service 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
Tillgänglighet	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 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
Effektivitet	Fortsätta utveckla digital teknik inom omsorgen och digitala tjänster i hemmet	Övergripande
	Tillse att äldreomsorgsstrategin genomförs enligt plan	Övergripande

3.2. 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.

Mål

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.

Kvalitetskrav

För att säkra verksamhetens kvalitet och patientsäkerhet har vård- och omsorgsnämnden formulerat och antagit kvalitetskrav för funktionsstöd, hemtjänst, särskilt boende, samt kommunal primärvård. 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.

Kritiska verksamhetsfaktorer

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.

3.3. 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.

4. Måluppfyllelse 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 2023.

Nämndens egenkontroll består av olika informationskällor om kvaliteten i verksamheten och kan sammanfattas i följande bild.

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

Avsnittet inleds med en tillbakablick över det gångna året utifrån ett förvaltningsövergripande perspektiv. Därefter redovisas resultat och analys under respektive kvalitetsområde för varje berörd avdelning; hemtjänst, särskilt boende (äldreomsorg), personlig assistans och stöd, boende och arbete samt Myndighetsavdelningen. Resultaten som presenteras för avdelning hemtjänst och särskilt boende jämförs med strukturellt liknande kommuner, medan resultaten för avdelning personlig assistans och stöd samt boende och arbete jämförs med riket i enlighet med bestämmelserna i vård- och omsorgsförvaltningens kritiska verksamhetsfaktorer 2023.

4.1. Vård- och omsorgsförvaltningen

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

Nämnden följer löpande upp och utvärderar ledningssystemet för kvalitet. I arbetet är resultatet av nämndens egenkontroll vägledande.

Sammantaget visar resultatet vid årets uppföljning och utvärdering av ledningssystem för kvalitet att det finns fastställda strukturer och arbetssätt för samtliga moment i föreskrifterna, undantaget processer. Däremot ses en variation när det gäller graden av implementering för de olika delarna. Bland annat behöver verksamhetens arbetssätt och

metodstöd gällande riskanalys och hantering av avvikelser, synpunkter och klagomål fortsatt vidareutvecklas.

För att omhänderta kraven om ett processororienterat ledningssystem påbörjade förvaltningen under 2022 införandet av ett processororienterat arbetssätt. Fokus i arbetet är att skapa ett förvaltningsövergripande arbetssätt och en struktur för att beskriva och dokumentera förvaltningens processer. Införandet har fortsatt under året men i en begränsad omfattning. På grund av införandet av ett nytt verksamhetssystem och IBIC pausades arbetet under hösten, för att återupptas under 2024 igen.

Kvalitetskraven för hemtjänst, särskilt boende, funktionsstöd och kommunal primärvård reviderades under hösten. Vidare har arbetet med att implementering av förvaltningens riktlinjer och struktur för styrande dokument fortsatt under året.

Totalt antal inkomna avvikelser, synpunkter och klagomål 2023

Totalt antal registrerade avvikelser, inklusive läkemedelsavvikelser och fallrapporter	Antal inkomna synpunkter & klagomål, inklusive beröm	Antal avvikelser omvårdnadshändelser	Antal avvikelser informationsöverföring	Antal avvikelser bemötande
7062	74	738	127	83

Antal avvikelser som har klassificerats	Antal avslutade utredningar	Lex Sarah anmälningar till IVO
4883	6087	6

Avvikelseberäkningen beräknas från januari – november 2023. Från och med 1 december används andra kategorier i nytt avvikelshanteringssystem, varför december månad exkluderas från beräkningarna. Läkemedelsavvikelser och fallrapporter presenteras enskilt i patientsäkerhetsberättelsen, men är inkluderade i första kolumnen (totalt antal avvikelser).

Avvikelsehantering

Prioriterade utvecklingsområden under 2023 var 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. En särskild granskning av kvalitetskraven gällande avvikelshantering, hantering av synpunkter och klagomål samt kvalitetsarbete planerades att genomföras inom ramen för nämndens plan för egenkontroll 2023. Under våren 2023 genomfördes en granskning av tidigare socialt ansvarig samordnare och medicinsk ansvarig sjuksköterska genom verksamhetsbesök och intervjuer av alla utförarchefer kring framför allt riktlinjer och

rutiner kring avvikelshantering. Planen var att en sammanställning av resultatet skulle göras och levereras till respektive avdelningschef, så att de utifrån underlaget kunde skapa en handlingsplan. Tidigare socialt ansvarig samordnare och medicinskt ansvarig sjuksköterska hann sluta innan detta arbete slutfördes.

Under året utvecklades manualen för avvikelshantering och anpassades efter det nya avvikelshanteringssystemet DF Respons. Riskanalyser ska vara möjliga att göra i DF Respons, men detta arbete har inte kommit igång ännu. Riktlinjen för avvikelshantering har ännu inte reviderats. Enhetschefer har erbjudits stöd- och utbildningsinsatser via DF-respons utbildningsfilmer under hösten 2023.

Lex Sarah

Sex (6) Lex Sarah anmälningar gjordes till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) under året. I tabellen nedan sammanställs kortfattat vad missförhållandena handlade om och vilken avdelning som missförhållandet inträffade på.

Anmänt missförhållande till IVO	Berörd avdelning
Fasthållning av en brukare.	Avdelning boende och arbete
Obevittnat fall i den enskildes lägenhet som föranledde dröjsmål med att tillkalla ambulans. Brukare avled senare på sjukhus.	Avdelning särskilt boende
Personalgrupp använde sig av ett hjälpmedel på ett sätt de visste stred mot leg. personals ordination och undanhöll aktivt arbetsmetoden från arbetsledning. Brukaren lämnades hängande i lyftsele över sängen i över 30 minuter, naken och utan tillsyn, för tarmtömning.	Avdelning boende och arbete

Rutinmässig lex Sarah, misstanke onaturligt dödsfall. ¹	Avdelning boende och arbete
Allvarliga brister i omvårdnad av brukare.	Avdelning personlig assistans och stöd
Ej följt upp tidsbegränsade biståndsbeslut för 121 omsorgstagare.	Myndighetsavdelningen

Omorganisation

Under 2023 fattades beslut om en omorganisation inom Myndighetsavdelningen. Det beslutades att Myndighetsavdelningen inte längre ska bestå av två separata enheter där LSS och SoL har vardera chef. Istället kommer enheterna att sammanslås till en myndighetsenhet under ledning av en myndighetschef och tre 1:e socialsekreterare. Myndighetsenheten kommer att ligga under samma avdelningschef för kommunal primärvård, Avdelning för myndighet och kommunal primärvård. Myndighetsavdelningen kommer således inte längre att ha sin egen avdelning och avdelningschef, utan kommer att sammanslås med kommunal primärvård. Avdelningschef för Myndighetsavdelningen kommer 2024 att tas bort. Detta görs i syfte att öka och underlätta samverkan mellan myndighetsenheten och kommunal primärvård.

Under 2023 fattades även ett beslut om att kvalitetsenheten som består av medicinskt ansvarig sjuksköterska, två socialt ansvariga samordnare, utvecklingsledare och projektledare IBIC inte längre ska ha en egen enhetschef utan ska vara direkt underställda administrativ avdelningschef.

Under 2023 beslutades att Förebyggandeenheten framöver ska tillhöra avdelning hemtjänst istället för Avdelning kommunal primärvård.

Hög personalomsättning

En av utmaningarna under 2023 ur ett kvalitetsperspektiv har varit den höga personalomsättningen inom förvaltningsledningen. Förvaltningen har fått en ny förvaltningschef, avdelningschef för kommunal primärvård, avdelningschef för myndighetsavdelningen, avdelningschef för personlig assistans och avdelningschef för särskilt boende. Förvaltningskontorschef och enhetschef för kvalitetsenheten har under året också slutat. Deras uppdrag har tillfälligt delats upp bland flera chefer. Den höga personalomsättningen har orsakat viss fördröjning i processer.

¹ Anmälan gjordes i initialt skede innan utredning av händelsen påbörjades, bedömdes senare inte vara en lex Sarah efter att utredning slutfördes.

Individens behov i centrum (IBIC)

Vård- och omsorgsnämnden fattade under året beslut (2023-04-27 § 40) om att ge vård- och omsorgsförvaltningen ett förnyat uppdrag om att införa Individens behov i centrum (IBIC) i vård- och omsorgsförvaltningen, enligt upprättad projektplan. I vård- och omsorgsnämndens kvalitetsberättelse för 2022 framgår att införandet av IBIC är ett prioriterat område under 2023. Syftet med att införa IBIC på vård- och omsorgsförvaltningen är att uppnå ett behovsinriktat arbetssätt med individen i centrum, förbättra dokumentationen för handläggning, genomförande och uppföljning så att den blir systematisk och strukturerad samt bygger på nationell informationsstruktur och nationellt fackspråk samt därutöver möjliggöra en ökad verksamhetsuppföljning och kontroll både på individ- och organisationsnivå utifrån ett brukarperspektiv.

Under våren gjordes risk- och konsekvensanalyser på respektive avdelning, för att identifiera de risker som ett införande av IBIC kan medföra och föreslå åtgärder för att minimera dessa risker. Året har bestått av utbildning av personal. Under större delen av året har också träffar i central och lokala projektgrupper pågått.

Verksamhetssystemet Pulsen Combine

Parallellt med arbetet att implementera IBIC på vård- och omsorgsförvaltningen har även ett nytt verksamhetssystem implementerats; Pulsen Combine, som ersätter verksamhetssystemet Magna Cura. Det nya verksamhetssystemet är en förutsättning för att IBIC ska kunna införas, eftersom Magna Cura inte är kompatibelt med IBIC.

Under året har ett gediget arbete gjorts där man nått samtliga uppställda milstolpar. Sedan 2023-12-01 arbetar all personal inom vård- och omsorgsförvaltningen med det nya verksamhetssystemet Pulsen Combine och förvaltningen har klarat sitt uppdrag enligt plan med att implementera IBIC och Pulsen Combine.

Avvikelsehanteringssystemet DF Respons

Även ett nytt avvikelsehanteringssystem har implementerats på förvaltningen; DF Respons. Tidigare var avvikelsehanteringssystemet en del av verksamhetssystemet Magna Cura. DF Respons driftstartades 2023-12-01 enligt plan. En arbetsgrupp har under året flödestestat och kontrollerat att samtliga funktioner i avvikelsehanteringssystemet fungerar i enlighet med nämndens skyldighet att bedriva ett systematiskt kvalitetsarbete genom avvikelsehantering rörande Lex Sarah och Lex Maria samt hantering av synpunkter och klagomål. Under 2024 kommer avvikelsehanteringssystemet att följas upp för att säkra att systemet fungerar som det ska i avseendet systematiskt kvalitetsarbete.

Sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation

Från och med den 1 januari 2023 är det möjligt för vård- och omsorgsgivare att dela information med varandra genom åtkomst tillsammans hållen vård- och omsorgsdokumentation med stöd av lag (2022:913) om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation. Det är frivilligt för vårdgivare och omsorgsgivare att ansluta sig till sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation. Beslut om att införa sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation från och med 2023-12-01 togs 2023-06-14 av intern styrgrupp.

Syftet med sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation är att den enskilde ska kunna få en god och säker vård och omsorg. Detta medför en tydligare kommunikation mellan personal som ger brukaren vård och omsorg inom ramen för Hälso- och sjukvårdslagen, Socialtjänstlagen och Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade. Sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation infördes 2023-12-01 enligt plan.

Karriärvägsmodellen/projekt FAVO (fler anställda inom vård och omsorg)

Alingsås kommun har valt att delta i projekt FAVO tillsammans med sex andra grannkommuner som genom projektet ska införa en gemensam karriärvägsmodell i äldreomsorgen. Karriärvägsmodellen består av fyra befattningar: biträde, vårdbiträde, undersköterska och specialistundersköterska. Syftet med en gemensam karriärvägsmodell är dels att skapa en enhetlighet kring de olika yrkestitlarna och dels att skapa gemensamma utbildningskrav för de olika yrkestitlarna. På längre sikt är syftet också att säkerställa framtida bemanning där alla medarbetare har rätt kompetens och möjlighet att utvecklas i sitt yrke. För både arbetsgivare och medarbetare finns det flera fördelar med karriärmodellen. För medarbetaren blir det tydligt att alla har möjlighet att påverka sin egen karriär och att det alltid lönar sig med utbildning. För arbetsgivaren blir samma tydlighet en attraktionskraft för både ny och befintlig personal. Även en mentorsmodell kommer att prövas inom äldreomsorgen, med stöd från Göteborgsregionen, i form av handledning till mentorer.

För att säkra kompetensutvecklingen och stärka attraktiviteten inom yrket har äldreomsorgslyftet fortsatt med två uppstarter vilket har resulterat i att förvaltningen nu har ytterligare 138 utbildade undersköterskor.

Välfärdsteknik

Förvaltningens digitaliseringsarbete är försenat på grund av att avtalet med leverantören Everon hävdes under 2023. Förvaltningens ambition är att införa följande:

- Trygghetslarm för särskilt boende, hemtjänst och funktionsstöd
- Digitala lås för särskilt boende och hemtjänst
- Digitala tillsyner
- GPS-klocka
- Bärbara trygghetslarm
- Läkemedelsrobotar

Trygghetslarm och digitala tillsyner är redan igång men förvaltningen ligger efter i planen av upptrappning av de förstnämnda samt införandet av övrig välfärdsteknik. Förvaltningen har påbörjat en ny upphandling. Avdelningarna fortsätter sitt arbete med att effektivisera genom att utveckla digital teknik. Avdelningarna kommer att fortsätta omvärldsbevaka området för ytterligare utveckling av den digitala kompetens och möjligheter till effektivare insatser.

4.2. Självbestämmande och integritet

Inom kvalitetsområdet självbestämmande och integritet har avdelning hemtjänst uppnått höga resultat och uppfyllt kraven för år 2023 i samtliga nyckeltal. De aktuella nyckeltalen omfattar hänsyn till åsikter och önskemål, möjlighet till att påverka tider, möjlighet att framföra synpunkter eller klagomål, välja utförare och andel brukare med aktuell genomförandeplan. Avdelning hemtjänst har under året lagt mycket fokus på att brukare ska få större möjlighet att påverka tider. Ett förändringsarbete med fokus på att brukare ska få stöd av personal under de tider de önskar har gjorts. Avdelning hemtjänst arbetar med ett salutogent förhållningssätt.

Avdelning särskilt boende har i de flesta nyckeltal under kvalitetsområdet uppfyllt målen. Avdelning särskilt boende uppfyller målen i nyckeltalen som avhandlar hänsyn till åsikter och önskemål, möjlighet att påverka tider, andel enheter som har en rutin för genomförande av dygnets alla måltider, andel brukare som har en aktuell genomförandeplan, andel brukare som har en genomförandeplan de deltagit i vid upprättande, andel brukare som har en skyddsåtgärd har även dokumentation om varför samt andel boenden som har regelbundna boråd. Avdelning särskilt boende uppfyller däremot inte målen om andel nöjda brukare med sociala aktiviteter på särskilt boende (51% Alingsås, 57% strukturellt liknande kommuner) och närhet till träningslokal som lätt kan nås av brukare som bor på särskilt boende (20% Alingsås, 47% strukturellt liknande kommuner).

Särskilt uppdrag av nämnden att följa upp möjligheten att påverka tider samt sociala aktiviteter på särskilda boenden

Mot bakgrund av KPMG:s granskning av äldreomsorgen 2022 gav vård- och omsorgsnämnden 2023-03-21 §26 förvaltningen i uppdrag att inom ramen för nämndens systematiska kvalitetsarbete analysera och följa upp KPMG:s rekommendationer gällande möjligheten att påverka tider samt sociala aktiviteter inom särskilt boende. Nämndens generella målsättning gällande mål för god kvalitet i äldreomsorgen kopplat till brukarundersökningen är att resultatet ska vara minst i nivå med resultatet för strukturellt liknande kommuner äldreomsorg.

Avdelningen uppfyller målet avseende brukare som får möjlighet att påverka tider (60% Alingsås, 56% strukturellt liknande kommuner). Vad gäller sociala aktiviteter har avdelningen fortfarande inte nått målet. Resultatet visar att Alingsås kommun når 51% (jfr 57% liknande kommuner). Alla särskilda boenden hade tidigare fått i uppdrag att erbjuda minst 14 sociala aktiviteter per vecka. Antal sociala aktiviteter anses dock vara för många och istället är den nya målsättningen att ett realistiskt antal aktiviteter ska erbjudas som är genomförbara och anpassade efter brukarens intressen.

Vidare har arbetet som påbörjades under 2022 med att ta fram handlingsplaner och vidta åtgärder för bland annat bättre struktur, följsamhet till rutiner och ökad personkontinuitet inom vissa boenden fortgått under 2023. Underlaget i de nationella brukarundersökningarna utgör en viktig del i avdelningens arbete med verksamhetsutveckling, på såväl avdelnings som enhetsnivå. Respektive enhet ansvarar

för att analysera resultatet och vid behov vidta förbättringsåtgärder utifrån respektive enhetsresultat.

Resultatet från brukarundersökningen visar att avdelning personlig assistans och stöd når målet avseende att brukaren vet vem hen ska prata med om något fungerar dåligt med assistenterna (89% Alingsås kommun, 82% riket). Avdelningen uppfyller inte målet om brukaren får den hjälp hen vill ha av sina assistenter (67% Alingsås kommun, 84% riket).

Därutöver visar resultatet överlag att personalen tar hänsyn till brukarens åsikter och önskemål eller att brukaren får bestämma saker som är viktiga. Resultatet för hemtjänst, särskilt boende och daglig verksamhet ligger över målvärdet. För särskilt boende, bostad med särskild service och daglig verksamhet ses en positiv utveckling jämfört med föregående år. Resultatet för hemtjänst minskade däremot något men ligger fortsatt kvar på en hög nivå 89 procent. Resultatet för personlig assistans är oförändrat jämfört med föregående år.

Vad gäller om brukaren får den hjälp hen vill ha ligger resultatet på 78% (jfr 82% riket) inom gruppboendestäder och 85% inom serviceboendestäder (jfr 77% riket).

Andel personer som har en aktuell genomförandeplan är 98% (jfr 93% riket). Alingsås kommun uppfyller därmed målet. Vidare visar resultatet att enheterna har i 88% av det totala antalet genomförandeplaner dokumenterat brukarens delaktighet i genomförandeplanen. Således har avdelning boende och arbete uppfyllt målet även i detta nyckeltal (jfr 70% riket). Andel personer som har individuella mål i sin genomförandeplan är 98% (jfr 89% riket). På enheterna används enskildas uppfattning för att utveckla verksamheten (94% Alingsås kommun, 61% riket). Enheterna har regelbundna brukarråd (65% Alingsås kommun, 44% riket).

Sammanfattningsvis framkommer att serviceboendestäderna i högre utsträckning än gruppboendestäderna uppfyller målen vad gäller självbestämmande. Både gruppboendestäder och serviceboendestäder uppfyller målen vad gäller kraven på genomförandeplaner och dess innehåll samt brukarens delaktighet i dessa.

Resultatet visar att avdelning boende och arbete inom daglig verksamhet uppfyller målet gällande andelen brukare som får bestämma om saker som är viktiga (84% Alingsås kommun, 75% riket). Vad gäller om brukaren får den hjälp hen vill ha ligger resultatet på 87% (jfr 86% riket).

Andel personer som har en aktuell genomförandeplan är 100% (jfr 90% riket). Alingsås kommun uppfyller därmed målet. Vidare visar resultatet att enheterna har i 100% av det totala antalet genomförandeplaner dokumenterat brukarens delaktighet i genomförandeplanen. Således har enheterna uppfyllt målet även i detta nyckeltal (jfr 53% riket). Andel personer som har individuella mål i sin genomförandeplan är 100% (jfr 56% riket). På enheterna används enskildas uppfattning för att utveckla verksamheten (100% Alingsås kommun, 66% riket). Enheterna har regelbundna brukarråd (40% Alingsås kommun, 57% riket).

Sammanfattningsvis framkommer att daglig verksamhet har generellt ett mycket gott resultat och uppfyller målvärdet i samtliga nyckeltal förutom det som berör brukarråd.

4.3. Helhetssyn och samordning

Samverkan mellan verksamheter

Avdelning hemtjänst har lagt en plan för att säkerställa att samverkan initieras och utvecklas mellan verksamheterna. Möten har planerats in mellan verksamheterna för hela året 2024 i syfte att skapa förutsättningar för en god samverkan. 82% av enheterna har en aktuell rutin för schemalagda möten med sjuksköterska i frågor som rör personer med behov av kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser inom hemtjänsten (jfr strukturellt liknande kommuner 74%). 64% av enheterna har en 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 (jfr strukturellt liknande kommuner 45%). 73% av enheterna har en aktuell rutin för hur personalen ska samarbeta med anhöriga (jfr strukturellt liknande kommuner 54%).

Särskilt uppdrag av nämnden att återrapportera utvecklingen av personalkontinuiteten

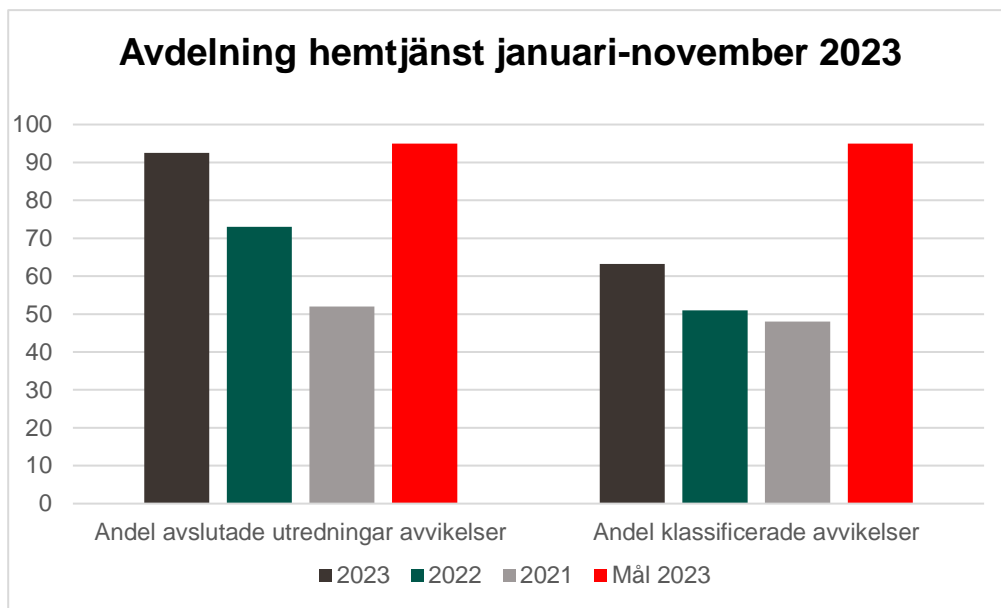
Under 2022 fick vård- och omsorgsförvaltningen ett antal uppdrag från vård- och omsorgsnämnden efter att en granskning av äldreomsorgen genomfördes av KPMG. Ett av dessa uppdrag berörde avdelning hemtjänst; att återrapportera utvecklingen av personalkontinuitet till nämnden (2023-03-21, §26). Ett av nyckeltalen mäter just personalkontinuiteten, det vill säga antal personal som en hemtjänsttagare möter under 14 dagar. Resultatet visar att hemtjänsttagare inom Alingsås kommun möter åtta (8) personal i genomsnitt, vilket är det bästa resultat som redovisats sedan 2020 (jfr strukturellt liknande kommuner 17). Alingsås kommun uppfyller således målet med god marginal till målvärdet (17).

En förklaring till resultatet kan vara införandet av fast omsorgskontakt inom hemtjänsten 2022, vilket tros ha minskat antalet personal som brukare träffar. Den fasta omsorgskontakten har ökat kontinuiteten, tryggheten och möjliggjort en individanpassad omsorg och samordning. Under 2023 har samordnare inom hemtjänsten haft större möjligheter att lyssna in och anpassa stödet utifrån behovet som den fasta omsorgskontakten påtalar kring brukaren. Avdelning hemtjänst ser utvecklingspotential i teamsamverkan med hemsjukvården, exempelvis har regelbundna samverkansmöten utblivit.

Avdelning särskilt boende uppfyller målen i samtliga nyckeltal inom kvalitetsområdet. Nyckeltalen berör om det finns en aktuell rutin för möten med sjuksköterska som rör brukare med behov av kommunal primärvård i särskilt boende (Alingsås 90%, strukturellt liknande kommuner 34%), om det finns en rutin för hur planering av den enskildes hälso- och sjukvård (vårdplanering) ska genomföras i samverkan med olika aktörer samt att det är dokumenterat i journal hur den enskilde deltagit vid vårdplaneringen (Alingsås 90%,

strukturellt liknande kommuner 48%) och om det finns en rutin för hur personal samarbetar med anhöriga (50% Alingsås, 48% strukturellt liknande kommuner).

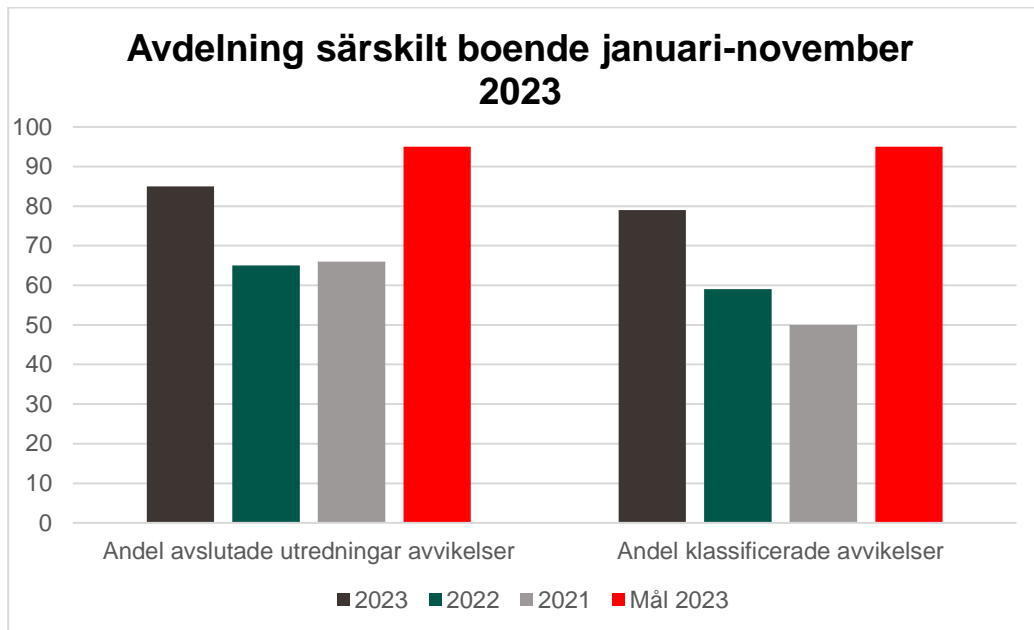
4.4. Trygghet och säkerhet



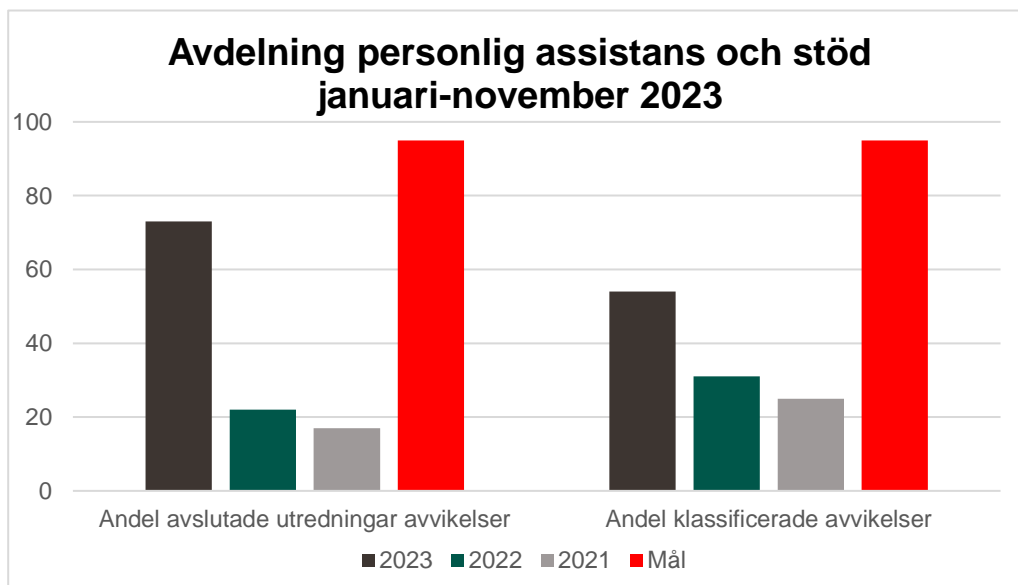
Avvikelsehantering

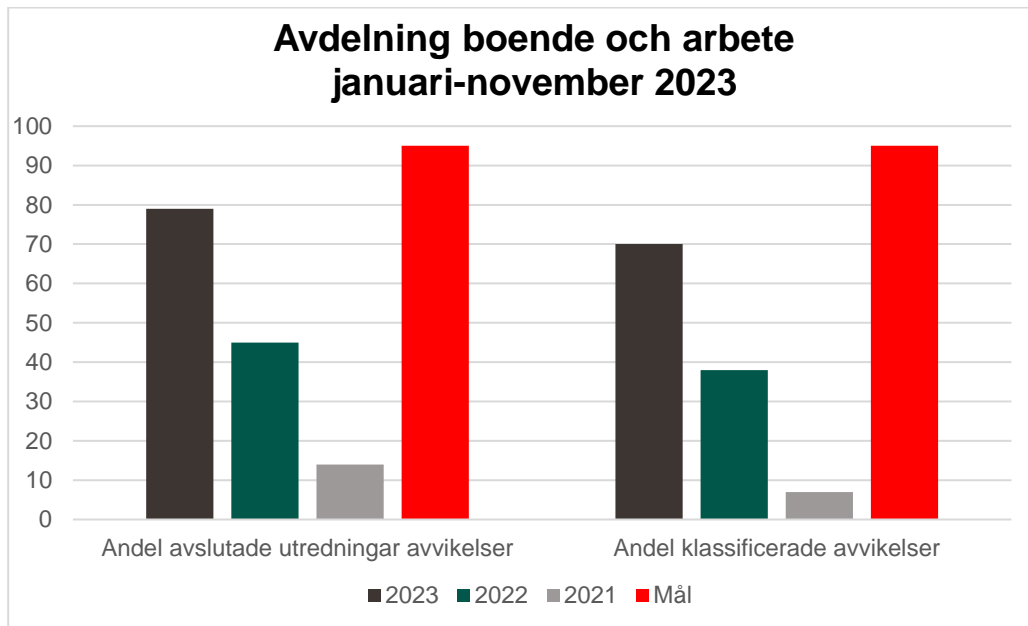
Under året har samtliga avdelningar haft ett stort fokus på avvikelsehantering och strävat mot att utreda samt avsluta samtliga registrerade avvikelser under året innan driftstarten av nya avvikelsehanteringssystemet DF respons.

Avdelning hemtjänst har vidareutvecklat arbetssätt och höjt kompetensen bland förvaltningens chefer avseende riskanalys. Fokus har lagts på att vidareutveckla arbetssätt och höja kompetensen bland förvaltningens chefer avseende hantering av synpunkter och klagomål genom följsamhet i rutinen för synpunkter och klagomål och att snabbt ge återkoppling till brukare. Avdelningen har arbetat med fokus på att fortsätta analysera resultat och vidta åtgärder för att minska antalet avvikelser kopplat till bemötande. Avdelningschef och berörd enhetschef analyserar alltid dessa avvikelser/synpunkter tillsammans. Avdelningen har efterfrågat revidering av förvaltningsövergripande rutin för avvikelsehantering samt workshop avseende avvikelsehantering för att fortsätta utvecklas inom området. Avdelningen har lagt ett stort fokus på att hantera avvikelser som inkommit under året, resultatet visar att avdelningen har avslutat 92,5% av andelen avvikelser vilket är en höjning med 19,5% jämfört med föregående år.



Avdelning särskilt boende har vidareutvecklat arbetssätt och höjt kompetensen bland enhetschefer avseende hantering av synpunkter och klagomål vilket skildras tydligt i årets resultat. Även kvartals- och årsredovisningar har bidragit till ökad följsamhet till förvaltningens avvikelshantering. Avdelningen har arbetat med att öka andelen avvikelser som klassificeras, utreds och avslutas genomgående under hela 2023. Avdelningen har inte nått målet (röd stapel) men har gjort en markant förbättring jämfört med 2022.





Även funktionsstöd har gjort en markant höjning avseende andelen avslutade utredningar samt andel klassificerade avvikelser. Avdelningarna uppnår dock inte målet om 95%.

Trygghet

Två av målen som samtliga avdelningar fått arbeta med 2023 är att upprätta rutiner för personal att följa 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. Resultatet visar att inga avdelningar uppfyller målet. En orsak till detta är att det saknas en förvaltningsövergripande riktlinje som avdelningarna kan implementera. Avdelningarna arbetar idag på olika sätt vid sådana misstankar, exempelvis tar vissa avdelningar kontakt med socialförvaltningen.

Andel enheter inom avdelning hemtjänst som svarar att det finns en aktuell rutin för hur personal bör agera om brukaren trots överenskommelse inte svarar/öppnar dörren är 91%. Alingsås kommun uppfyller målet (61%) med god marginal men bör sträva mot att samtliga enheter (100%) ska känna till rutinen. Rutinen *"Hur gör jag när en brukare inte är hemma vid planerat hemtjänstbesök?"* är fastställd sedan år 2017 och är aktuell.

Till skillnad från de strukturellt liknande kommunerna har inte Alingsås kommun en beslutad, garanterad maximal tid till kontakt när brukare använder trygghetslarm. Inte heller har kommunen en maximal inställetid när brukare använder trygghetslarmet. Rutinen som gäller är att trygghetslarm alltid är prioriterat och personal åker direkt från hemtjänststämmande vid larm.

88% av brukarna är trygga på sitt särskilda boende (jfr strukturellt liknande kommuner 88%). 78% av brukare som har kommunal personlig assistans anser att assistenterna bryr

sig (jfr riket 88%). 89% känner sig trygga med alla sina personliga assistenter (jfr 87% riket). 79% av brukarna på gruppboende känner sig trygga med alla i personalen (jfr riket 78%), medan resultatet visar 77% på serviceboende (jfr riket 71%). 60% på gruppboende är aldrig rädd för något hemma (jfr riket 67%), 77% på serviceboende (jfr riket 67%). På daglig verksamhet känner sig 85% trygga med alla i personalen (jfr riket 84%). 76% är aldrig rädd för något på sin dagliga verksamhet (jfr riket 75%).

Särskilt uppdrag av nämnden att följa upp förtroendet för personalen

Mot bakgrund av KPMG:s granskning av äldreomsorgen 2022 gav vård- och omsorgsnämnden 2023-03-21 §26 förvaltningen i uppdrag att inom ramen för nämndens systematiska kvalitetsarbete analysera och följa upp KPMG:s rekommendationer gällande förtroendet för personalen inom särskilt boende. Andel brukare som i år har ett förtroende för personalen är 88% (jfr riket 82%). Det innebär att Alingsås kommun uppfyller målsättningen samt har höjt resultatet jämfört med tidigare år.

Trivsel

Avdelning hemtjänst har i år nått 98% i brukarnöjdhet enligt brukarundersökningen vilket visar på ett mycket gott resultat och därmed måluppfyllelse. Avdelning särskilt boende uppnår i år målet med andel brukare som är nöjda med bemötandet, resultatet ligger på 92% (jfr strukturellt liknande kommuner 92%). Avdelningen visar ingen förändring jämfört med 2022. Brukarundersökningen visar att 80% på gruppboende trivs alltid hemma (jfr riket 83%). 77% av brukarna på serviceboende trivs med alla i personalgruppen (jfr riket 88%). 89% av brukarna trivs alltid på sin dagliga verksamhet (jfr riket 85%).

Andelen äldre som besväras ofta av ensamhet som har hemtjänst ligger fortfarande på 13% som i tidigare år, Alingsås delar samma resultat som de strukturellt liknande kommunerna och når således målvärdet. Inom särskilt boende ligger resultatet på 17% (jfr strukturellt liknande kommuner 20%) och således uppfyller även avdelning särskilt boende målet.

Engagemang

Vidare visar brukarundersökningen att 84% upplever att personalen på serviceboende bryr sig om brukaren (jfr riket 83%), medan 78% på gruppboende upplever detta (jfr riket 84%). 87% av brukarna på daglig verksamhet upplever att personalen bryr sig (jfr riket 90%).

Kost

74% av brukarna på särskilt boende är nöjda med maten (jfr 72% strukturellt liknande kommuner) och 66% är nöjda med måltidsmiljön (68%).

Social dokumentation i genomförandet

All personal har fått utbildning i social dokumentation i genomförandet under året. Arbetet med att se över introduktionsmaterialet för nyanställda har påbörjats. En kortare version istället för dagens som är omfattande ska tas fram.

Vid två tillfällen under året har en dokumentationsgranskning på avdelningarna genomförts. Under kommande år implementeras en ny mall anpassad efter IBIC som

personal kommer att arbeta med. För att säkerställa att all personal får fortbildning och kompetensutveckling inom området dokumentation ska superanvändare inom IBIC stötta upp och utbilda personal i hur olika dokument ska skrivas, exempelvis genomförandeplan.

Samverkan mellan verksamheter

Korttidsenheterna och Myndighetsavdelningen har samverkansmöten vid ett tillfälle per vecka. Avdelning särskilt boende och kommunal primärvård har regelbundna möten. Avdelning särskilt boende ser ett behov av ytterligare utveckling avseende samverkan inom förvaltningen, mellan avdelningarna/enheterna. Revidering av rutin för teamsamverkan är under uppbyggnad med en grupp av enhetschefer från Avdelning hemtjänst, Avdelning kommunal primärvård och Myndighetsavdelningen, för att kunna uppnå en bättre följsamhet under 2024.

Myndighetsavdelningen egenkontroller

I tidigare kvalitetsberättelse framkom att beslut enligt SoL och LSS inte i varje fall fattats i enlighet med nämndens riktlinjer, det vill säga att beslut följer riktlinjerna avseende omfattning och nivåer samt att bistånd som går utöver normen beviljas utifrån särskilt motiverade skäl. Kontroll av att besluten följer nämndens riktlinjer samt att bedömning och motivering till beslutet framgår av dokumentationen har därför genomförts i form av egenkontroller på Myndighetsavdelningen. Ett urval har gjorts av utredningar under perioden 230601-231130.

LSS-beslut

Urvalet av granskade utredningar och beslut utgör 25% av fattade LSS-beslut under granskningsperioden. Granskningen har visat att 95,7 % av besluten har fattats i enlighet med kommunens riktlinjer. I 22 av 23 beslut som granskats (95,7 %) framgår bedömning och motivering till beslutet av utredningen. I ett av de 23 besluten skiljer sig bedömningen från beslutet. Bedömningen är ett avslag men beslutet ett bifall. Beslutet fattades av nämnden om bostad med särskild service för barn och unga enligt 9 § 8 LSS.

SoL-beslut

Urvalet av granskade utredningar och beslut utgör 5% av alla hemtjänstbeslut, 5% av alla korttidsboendebeslut och 10% av alla särskilt boende beslut som fattats under urvalsperioden. Granskningen har visat att 95% av hemtjänstbesluten har fattats i enlighet med kommunens riktlinjer eller utöver normen men har då motiverats. 100% av de beslut som granskats för insatsen korttidsboende har fattats i enlighet med kommunens riktlinjer eller utöver normen men har då motiverats i utredningen. 100% av alla granskade särskilt boende-beslut har fattats i enlighet med riktlinjerna. Den sammantagna bedömningen är att kontrollen är genomförd med anmärkning på hemtjänstbeslut.

Granskning av Myndighetsavdelningens uppföljningar och omprövningar

Det har även framkommit en tydlig risk att beslut enligt SoL och LSS inte följs upp inom rimlig tid och med god kvalitet. En lex Sarah utredning inleddes under året till följd av detta och anmäldes till IVO. I utredningen kartlades det hur många brukare som har drabbats av detta missförhållande. Utredningen visade att minst 121 personer har drabbats. En åtgärdsplan kring detta har upprättats och Myndighetsavdelningen har påbörjat

tillämpningen av åtgärderna för att komma till rätta med problemet samt säkerställa att detta missförhållande av systematisk art aldrig inträffar igen. Myndighetsavdelningen har under januari 2024 genomfört stickprovskontroller för perioden 230601-231130 som visat att 100% av LSS-besluten som granskats har följts upp och omprövats innan beslutet löpt ut. Vidare visade granskningen 100% av korttidsboendebesluten enligt SoL följts upp och omprövats innan beslutet löpt ut. 90% av de granskade hemtjänstbesluten har följts upp och omprövats i tid. Vidare har kontrollen visat att uppföljningarna av tillsvidarebeslut avseende daglig verksamhet, bostad med särskild service och särskilt boende visar på brister. Den sammantagna bedömningen är att kontrollen är genomförd med anmärkning. Myndighetsavdelningen bör vidta åtgärder för att komma tillrätta med bristerna.

4.5. Kunskapsbaserad verksamhet

Antal utbildade språkombud (24) ligger under snittet för strukturellt liknande kommuner (39). Antal genomförda utbildningar till undersköterska genom äldreomsorgslyftet är 138. Det innebär en höjning jämfört med tidigare år (90) samt ett högt resultat jämfört med målet (110). Avdelning personlig assistans och stöd har 25 stödpedagoger och uppfyller därmed målvärdet som förvaltningen fastställt.

Verksamhetssystemet Pulsen Combine och IBIC

Avdelningarna har påbörjat arbetet med implementering av IBIC enligt fastställd projektplan. Särskilda IBIC-ombud har utsetts och under året deltagit i lokala projektgrupper, där de fått fördjupad kunskap kring centrala delar i IBIC:s arbetssätt. Under året har medarbetare dessutom genomgått IBIC-utbildning. Dock visar statistik på att en relativt stor andel medarbetare ännu ej deltagit i utbildningen, och åtgärder för att säkerställa ett ökat deltagande är planerade under våren 2024. Verksamhetssystem har implementerats enligt plan men personalen inom hemtjänst har fortfarande inte tillgång till PLAN/ACT (applikation för planering inom hemtjänsten), vilket gör att medarbetarna behöver jobba i två system. Detta har av avdelningschef identifierats som en säkerhetsrisk.

Kompetens

Avdelning särskilt boende uppfyller målet att omsorgspersonal som arbetar helgdagar på särskilda boenden har en adekvat utbildning (Alingsås 76%, strukturellt liknande kommuner 72%) samt att omsorgspersonal som arbetar vardagar har en adekvat utbildning (Alingsås kommun 84%, strukturellt liknande kommuner 75%). Avdelningarna hemtjänst och särskilt boende är med i projekt FAVO och Äldreomsorgslyftet i syfte att fortsätta arbetet med kompetensutveckling samt stärka attraktiviteten inom yrket. Vidare använder avdelningen språkstöd genom Lingio för att utbilda personal som är i behov av ökade kunskaper inom yrkessvenska.

Resultat visar att alla enheter inte har en aktuell samlad plan för personalens kompetensutveckling inom funktionsstöd med undantag för daglig verksamhet som har både individuella och samlade kompetensutvecklingsplaner för samtliga i personalgruppen (100% Alingsås kommun, 61% riket). Ingen personal inom funktionsstöd har tillgång till extern handledning.

Kommunikation

Två mätningar berör kommunikation mellan personliga assistenter och brukare. Resultatet visar att enbart 67% av alla personliga assistenter förstår brukaren (jfr 88% riket). Vidare visar resultatet att 89% av alla personliga assistenter kommunicerar så att brukaren förstår (89% riket).

Vad gäller andel personal inom gruppboendena som pratar på ett sätt så att brukaren förstår visar resultatet 63% (jfr 71% riket). Vidare visar resultatet att enbart 69% av personalen förstår brukaren (jfr 70% riket). Gruppboendena uppfyller därmed inte målvärdet i dessa frågor.

Vad gäller serviceboendena visar resultatet att målet uppfylls både vad gäller att personalen pratar så att brukaren förstår (73% Alingsås kommun, 69% riket) samt att all personal förstår brukaren (78% Alingsås kommun, 72% riket). Vidare visar resultatet att 88% av personalen inom bostad med särskild service erbjudits kompetensutveckling inom Alternativ och kompletterande kommunikation (AKK), jfr riket 47%.

Brukarundersökningen visar att 75% av andelen personal (jfr 78% riket) pratar på ett sätt så att brukaren förstår på daglig verksamhet. Vidare visar resultatet att 75% av personalen förstår brukaren (jfr 78% riket). Kompetensutveckling inom Alternativ och kompletterande kommunikation (AKK) har inte erbjudits personalen på daglig verksamhet (0% Alingsås kommun, 53% riket).

Utifrån ovanstående resultat ska Avdelning personlig assistans och stöd samt Avdelning boende och arbete genomföra en särskild satsning avseende kommunikation och AKK för personalen under 2024.

4.6. Tillgänglighet

Kvalitetsområdet omfattar nyckeltal som berör hur lätt eller svårt det är att få kontakt med hemtjänstpersonal (87%, jfr 78% strukturellt liknande kommuner), att personalen kommer på avtalad tid (79%, jfr 80% strukturellt liknande kommuner) samt om personalen brukar ha tillräckligt med tid för att utföra sitt arbete hos omsorgstagaren (80%, jfr strukturellt liknande kommuner 81%). Resultatet visar att avdelning ligger högt i förhållande till målvärdet.

Tre nyckeltal undersöker trivseln i lägenheten på särskilt boende, trivseln i gemensamma utrymmen på särskilt boende och trivseln utomhus i anslutning till särskilt boende. I samtliga av dessa uppfyller avdelningen målen. Vidare omfattar kvalitetsområdet även frågor om andel brukare som anser att det är lätt att få kontakt med personalen på boendet samt andel brukare som anser att de får tillräckligt med tid av personal. Även i dessa nyckeltal uppfylls målen.

Andel brukare som anser att de får möjlighet att komma ut är enbart 49% (jfr 57%

strukturellt liknande kommuner). I detta nyckeltal uppfyller inte avdelning särskilt boende målet, men det är en förbättring jämfört med tidigare år (47%).

Väntetid särskilt boende

Det har i tidigare kvalitetsberättelse lyfts att väntetiden till särskilt boende är för lång och att åtgärder kring detta behöver vidtas. Avdelning särskilt boende har inte haft några problem med att snabbt verkställa bifallsbeslut, däremot har handläggningstider på Myndighetsavdelningen bidragit till längre väntetider. En av de identifierade bakomliggande orsakerna till detta har varit att delegationsordningen tidigare har legat på förvaltningschefsnivå. Detta är åtgärdat och delegationen har åter sänkts till myndighetschefsnivå. Förvaltningen har sänkt väntetiden från 74 till 65 dagar, jämfört med strukturellt liknande kommuner ligger Alingsås kommun en dag över snittet (64). Dagarna beräknas från det att ansökan inkommer till Myndighetsavdelningen till första erbjudet inflyttningsdatum på särskilt boende.

Handläggningstider LSS

Resultatet visar att Myndighetsavdelningen har en genomsnittlig utredningstid om 55 dagar från ansökan till beslut om LSS-insats (jfr riket 38 dagar). Myndighetsavdelningen uppfyller således inte målvärdet, men uppfyller däremot förvaltningens egna riktlinjer om 90 dagars utredningstid med god marginal. Värt att nämna i sammanhanget är att insatsen personlig assistans enligt 9 § 2 LSS är den mest komplexa sociala insats som Myndighetsavdelningen handlägger och avdelningen har rapporterat ett högt inflöde av ansökningar avseende personlig assistans de senaste åren. Försäkringskassans motsvarighet till insatsen, assistansersättning enligt Socialförvaltningsbalken (SFB), tar myndigheten normalt fem månader att handlägga². Det är en av de identifierade bakomliggande orsakerna till den genomsnittliga handläggningstiden.

² [Utbetalningsdatum och handläggningstider - Försäkringskassan \(forsakringskassan.se\)](https://forsakringskassan.se)

5. Mål, strategier och utmaningar för kommande år

Nedan redovisas en sammanställning i punktform av nämndens prioriterade utvecklingsområden för 2024. Sammanställningen visar de områden där vård- och omsorgsnämnden ser störst behov av fortsatt utveckling, med utgångspunkt i de resultat som framkommit av underlaget till kvalitetsberättelsen.

- Att förvaltningen arbetar aktivt med det systematiska kvalitetsarbetet och åtgärdar de konstaterade bristerna som identifierats. Alla avvikelser ska utredas enligt riktlinjerna och avslutas inom avsatt handläggningstid.
- Förvaltningsövergripande riktlinjer som saknas ska tas fram och implementeras på samtliga avdelningar. De riktlinjer som har identifierats och som behöver tas fram under året är en riktlinje för hur personal ska agera om de misstänker/observerar att en brukare blir utsatt för våld samt om de misstänker/observerar att en brukare missbrukar alkohol, droger eller läkemedel.

6. Nämndens plan för systematisk kvalitetsuppföljning 2024

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 2024 samt i kvalitetsberättelsen 2024 - i enlighet med kommunens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

Vad	Var	Hur	Vem
Systematiskt kvalitetsarbete – stickkontroller avvikelser.	Förvaltningsövergripande	Stickprov	SAS MAS
Systematiskt kvalitetsarbete – hantering av synpunkter och klagomål.	Förvaltningsövergripande	Analys av inkomna synpunkter och klagomål	SAS MAS
Basala hygienrutiner.	Särskilt boende Bostad med särskild service	Observation	MAS
Intern PPM-mätning.	Förvaltningsövergripande	Observation	MAS
Kontroll av att biståndsbeslut fattas i	Myndighetsenheten	Slumpmässigt urval av alla insatstyper, stickprov.	SAS EC 1:e socialsekreterare

enlighet med riktlinjer avseende omfattning. ³			
Kontroll av att tidsbegränsade beslut följs upp innan beslutet löper ut. Kontroll av att icke tidsbegränsade beslut följs upp årligen. ⁴	Myndighetsenheten	Slumpmässigt urval av alla insatstyper, stickprov.	SAS EC 1:e socialsekreterare
Kontroll av att genomförandeplan upprättas. Kontroll på innehåll.	Förvaltningsövergripande.	Slumpmässigt urval av enheter och genomförandeplaner.	SAS
Uppföljning av externa utförare (LOU och LOV) inklusive köpta platser.	Externa utförare	Verksamhetsbesök, uppföljningar IBIC, förfrågningsunderlag, avtal	SAS MAS
Munhälsa palliativ vård.	Förvaltningsövergripande	Senior Alert	MAS
Smärtskattning palliativ vård.	Förvaltningsövergripande	Palliativa registret	MAS

³ I enlighet med interkontrollplanen 2024.

⁴ I enlighet med interkontrollplanen 2024.

Fallavikelser.	Förvaltningsövergripande	DF Respons	MAS
Läkemedelsavikelser.	Förvaltningsövergripande	DF Respons	MAS