



Alvesta
kommun

Omsorgsförvaltningen
Christina Andersson
Socialt ansvarig samordnare, SAS
Tel. 0472-155 28
christina.andersson@alvesta.se

Kvalitetsberättelse för omsorgsnämnden i Alvesta kommun År 2021

Innehåll

Innehåll	2
1. Sammanfattning	3
2. Övergripande kvalitetsmål och strategier	4
2.1. Kvalitetsmål för verksamheten	4
2.2. Kvalitetsundersökning - äldreomsorg	5
2.3. Funktionsstöd	7
3. Systematiskt kvalitetsarbete	8
3.1. Klagomål, synpunkter och rapporteringar av händelser enligt SOSFS 2011:9	8
3.2. Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete	11
3.3. Kvalitetsgruppen	11
4. Kvalitetsarbetet som bedrivits för att förbättra kvaliteten	12
4.1. Vårdighetsgarantier	12
4.2. E-hälsa	12
4.3. Anhörigstöd	12
5. Kompetensutveckling	14
5.1. Dokumentation	14
5.2. Det <i>Goda mötet</i> -värdegrundsarbete.....	14

1. Sammanfattning

Kvalitetsberättelsen beskriver omsorgsförvaltningens utvecklingsprocess att uppfylla de krav och mål som finns gällande verksamheten enligt socialtjänstlagen (SoL), lagen om stöd och service till viss funktionshindrade (LSS), Socialstyrelsens författningssamlingar samt de politiska mål som kommunfullmäktige och omsorgsnämnden fastslagit. Kvalitetsberättelsen beskriver även hur kvalitetsarbetet kommer att fortgå under år 2022.

Kvalitetsarbete bedrivs för att skapa förutsättningar och kunskap för att systematiskt arbeta med klagomål/synpunkter samt avvikelser vid brister i utförandet av insats enligt SoL och LSS. Det finns en påbörjad struktur på enheterna att systematiskt arbeta med egenkontroll när det gäller händelser och avvikelser, införandet har kommit olika långt på olika enheter. Det görs en sammanfattning och redovisning av det *Systematiska kvalitetsarbetet* som genomförts under 2021 inom omsorgsförvaltningen. Händelser och vidtagna åtgärden redovisas samt implementeringen med systematik inom kvalitetsarbetet inom verksamheten.

I den nationella kvalitetsundersökningen som genomförs av Sveriges kommuner och Region, SKR, redovisas resultatet gällande nöjdhet i särskilt boende och ordinärt boende. I kvalitetsberättelsen görs en redogörelse av resultatet och fokus är på de nyckeltal som fastslagits av fullmäktige och nämnd.

Inom funktionsstöd har SKR:s brukarundersökning genomförts, svarsfrekvensen var relativt god men kan bli bättre. Daglig verksamhet var den insats som låg över riksnivån procentuellt i nöjdhet. Insatserna serviceboende och gruppboende låg under nöjdhet procentuellt i förhållande till riksnivån. Handlingsplaner har upprättats utvecklingsarbete. Insatsen personlig assistans har inte deltagit i undersökningen 2020, under 2021 är det en målsättning att även personlig assistans ska delta i brukarundersökningen.

De lokala värdighetsgarantierna revideras och kommer att fastslås under 2022. På grund av rådande pandemi har vissa garantier inte kunnat genomföras, så som *Grannråd* på de olika boendena.

Under 2021 har det varit vissa begränsningar att bedriva Mötesplatser och andra sociala aktiviteter på grund av pandemin. Det har medfört att aktiviteterna varit pausade i perioder.

2. Övergripande kvalitetsmål och strategier

2.1. Kvalitetsmål för verksamheten

Kommunfullmäktige har i mål och budget för 2021 angett fyra fokusområden för verksamheten, varav Trygg välfärd är det som framför allt berör omsorgsnämnden. Övergripande mål gällande trygg välfärd är följande: *Alla ska uppleva hälsa, välmående och en trygg livsmiljö i Alvesta kommun. Alla verksamheter i Alvesta kommun ska kännetecknas av delaktighet, trygghet och respekt för den enskilde.*

Följande nyckeltal används för att följa upp hur väl omsorgsnämnden når det övergripande målet:

- Andel omsorgstagare som är ganska/mycket nöjda med sin hemtjänst
- Andel omsorgstagare som är ganska/mycket nöjda med sitt särskilda boende
- Personalkontinuitet. Antal personal som en hemtjänsttagare möter under 14 dagar

Omsorgsnämndens strategi för att nå målen

Omsorgsnämndens värdegrund

Människan bär med sig en önskan om att vara delaktig, kunna påverka sin vardag och bli sedd och bekräftad som den unika person hon eller han är. Den enskilde ska ges möjlighet till "Livskvalitet hela livet".

Det goda mötet

Det är i själva mötet mellan personal och omsorgstagaren som värde och kvalitet uppstår. All personal ska ha ett tydligt fokus på omsorgstagarens unika behov och förutsättningar och detta fokus ska speglas i mötet med den enskilde. Den verksamhet som bedrivs ska på alla plan kännetecknas av delaktighet, trygghet och respekt för den enskilde och dess närstående.

Omsorgsnämndens övergripande mål

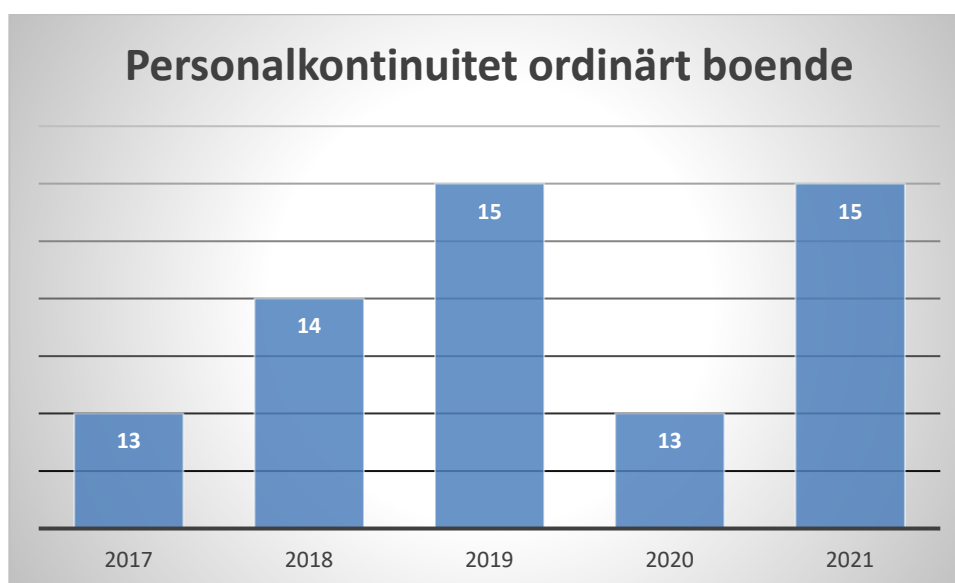
- All personal ska ha ett salutogent arbetssätt som leder till det goda mötet genom delaktighet, trygghet och respekt för den enskilde och dess närstående.
- Insatsen till den enskilde ska vara av rätt omfattning och av god kvalitet.
- Samverkan via teamarbetet ska fortsätta att utvecklas efter verksamheternas olika behov.

Därutöver finns mål kopplade till respektive verksamhetsområde.

2.2. Kvalitetsundersökning - äldreomsorg

Kvalitetsundersökningen som brukar genomföras under våren av Sveriges kommuner och regioner, SKR och redovisas i Kolada. Har inte genomförts fullt ut under 2021 på grund av pandemin. Det är endast vissa mätningar som redovisas och det blir inte underlag för att få fram de äldres helhetsupplevelse av verksamheten. Det medför att det inte finns möjlighet att redovisa något resultat som föregående år. Här nedan redovisas de faktorer som det finns underlag för.

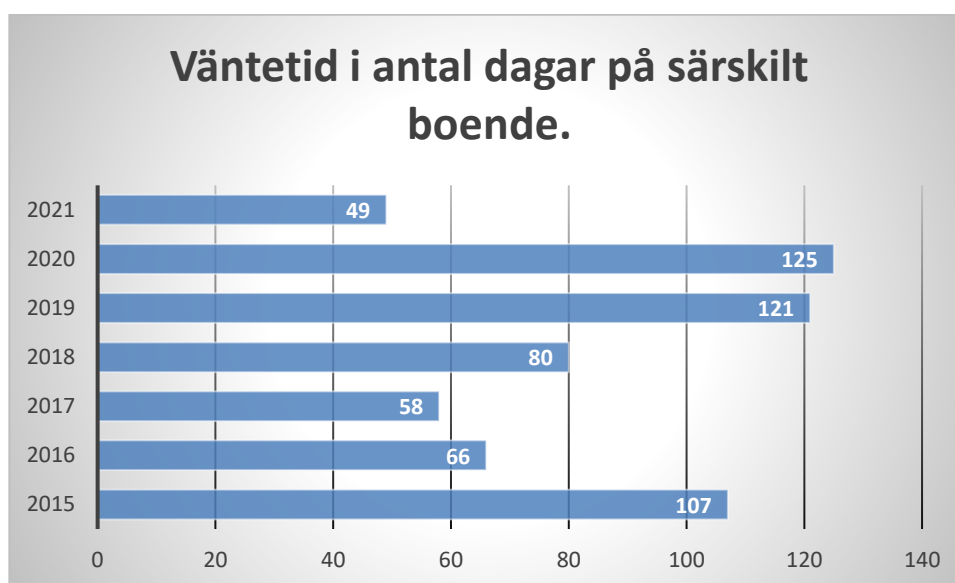
Tabell 1. Personalkontinuitet hemtjänst ordinärt boende



Kontinuitetsmätning gällande antal personal hos omsorgstagaren uppmättes till 15 olika omsorgspersonal under en 14-dagarsperiod för personer med insatser minst två gånger om dagen. Nämndens mål var att sänka från föregående år men enligt mätningen har det inte kunnat genomföras. Rikssnittet är 16 olika personer hos omsorgstagaren under en 14-dagarsperiod.

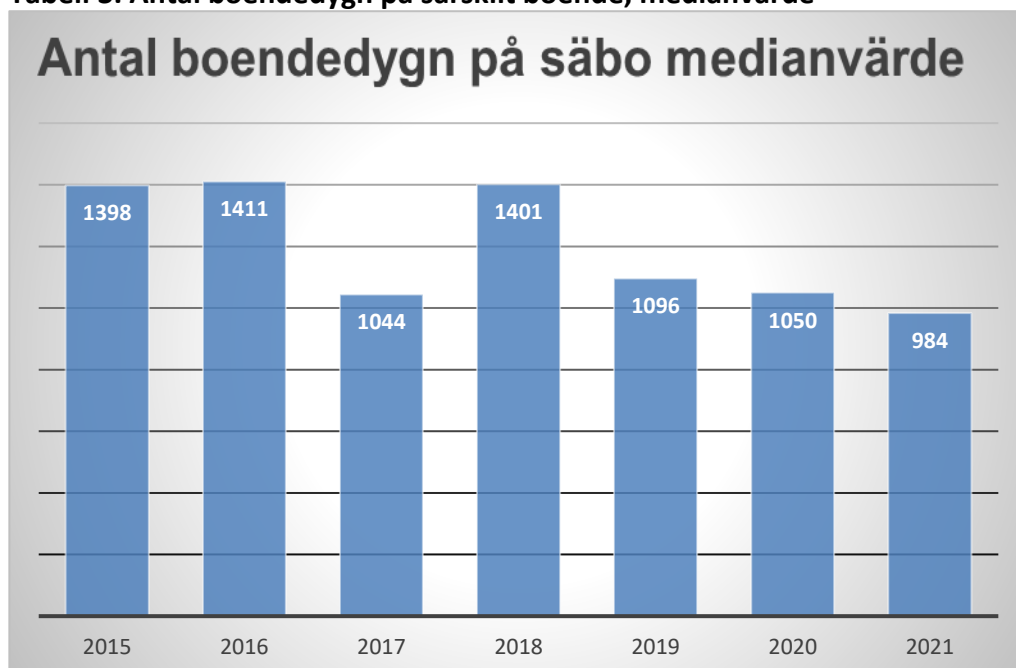
Med införandet av planeringssystemet för hemtjänst i ordinärt boende var förhoppningen att en god planering skulle skapa förutsättningar för en bättre kontinuitet. Det har funnits vissa svårigheter med integration mellan de olika systemen och vissa åtgärden har vidtagits men det har inte gett den önskvärda effekten. Under hösten 2021 genomfördes en omorganisation gällande bemanning samordning och vissa strukturförändringar i arbetsgrupperna har gjorts i verksamheten. Målsättningen är att detta medför att planeringen ska bli mer hanterbar samt att kontinuiteten förbättras hos omsorgstagaren under år 2022.

Tabell 2. Väntetid till Särskilt Boende



Under år 2021 har väntetiden för verkställighet av beslut gällande särskilt boende minskat med 76 dagar, från 125 till 49 dagar innan den enskilde blir tilldelad en lägenhet, med utgång från beslutsdatumet. Riksnittet för väntetid är 44 dagar. Det har medfört att antal dagar för ej verkställda beslut för särskilt boende har minskat och nämnden klarar 90-dagarsgränsen för verkställighet av beslut gällande särskilt boende under 2021.

Tabell 3. Antal boendedygn på särskilt boende, medianvärde



Medianvärdet på antal boendedygn på särskilt boende har minskat de senaste åren. Kommuninvånare bor kvar längre i ordinarie boende och ansöker/beviljas särskilt boende senare i livet. Riksnittet är att personerna bor 784 dygn på

särskilt boende. Antal boendedygn har succesivt minskat de senaste åren. Genom att tillskapa tillgängligare bostäder i samhället kan äldre kommuninvånare bor kvar längre i sitt hem. En utökad hemtjänst samt tekniska lösningar skapar också bättre förutsättningar till kvarboende.

2.3. Funktionsstöd

Inom verksamhetsområdet funktionsstöd har arbete pågått med den årliga brukarundersökningen. Undersökningen genomfördes i september 2021. Målsättningen var att skapa förutsättningar att alla som ville gavs möjlighet att svara på enkäten.

Resultatet för 2021 är publicerat och en summerad anblick visar att nöjdheten har ökat något i jämförelse med föregående års mätning. Ett arbete är inlett med att återinföra Grannråd på samtliga boenden i samband med att pandemins restriktioner avtar. Detta arbete kommer att fortlöpa in på 2022.

	Alvesta 2021	Riket 2021
Brukarbedömning servicebostad LSS - Brukaren får bestämma om saker som är viktiga hemma, andel (%)	86 %	82 %
Brukarbedömning servicebostad LSS - Personalen pratar så brukaren förstår, andel (%)	71 %	68 %
Brukarbedömning servicebostad LSS - Personalen bryr sig om brukaren, andel (%)	76 %	84 %
Brukarbedömning gruppboende LSS - Brukaren får bestämma om saker som är viktiga hemma, andel (%)	89 %	78 %
Brukarbedömning gruppboende LSS - Personalen bryr sig om brukaren, andel (%)	89 %	83 %
Brukarbedömning gruppboende LSS - Personalen pratar så brukaren förstår, andel (%)	22 %	72 %
Brukarbedömning daglig verksamhet LSS - Brukaren får bestämma om saker som är viktiga, andel (%)	69 %	75 %
Brukarbedömning daglig verksamhet LSS - Personalen bryr sig om brukaren, andel (%)	84 %	89 %
Brukarbedömning daglig verksamhet LSS - Brukaren trivs alltid på sin dagliga verksamhet, andel (%)	93 %	85 %

Det utformades handlingsplaner under 2021 utifrån det resultat som framkommit i undersökningen hösten 2020. Utifrån mätningen 2021 har resultatet förbättrats och verksamhetens resultat är bra även utifrån snittresultatet i riket inom de flesta faktorerna. Det finns områden att fortsätta utveckla och omsorgstagarnas inflytande i utvecklingsarbetet är av stor betydelse. Detta arbete fortgår under 2022.

3. Systematiskt kvalitetsarbete

3.1. Klagomål, synpunkter och rapporteringar av händelser enligt SOSFS 2011:9

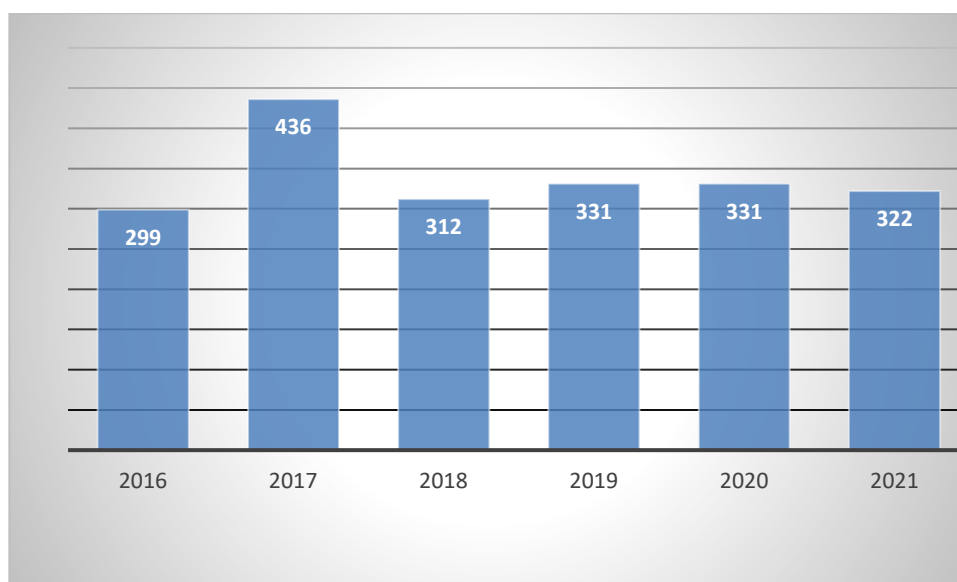
En del av det systematiska kvalitetsarbetet utgår ifrån att identifiera förbättringsområden i verksamheten genom åtgärder utifrån inkomna synpunkter och klagomål samt verksamhetens rapporteringar av oförutsedda händelser som kan leda till missförhållanden eller som har lett till missförhållanden.

Det är viktigt att medarbetare inom förvaltningen rapporterar händelser där kvaliteten brister och som kan leda till missförhållanden samt att allmänheten informeras och uppmuntras till att lämna in synpunkter på verksamheten. Det finns en tydlig rutin i ledningssystemet för kvalitetsledning, systematiskt kvalitetsarbete.

Rapportering händelser

Rapportering av händelser/avvikelser har stabiliserats de senaste tre åren. Även om det varit viss rapportering utifrån att insatser inte kunnat utföras på grund av pandemin, har verksamheten hittat lösningar för att kunna utföra majoriteten av de insatser som omsorgstagare varit beviljade utifrån restriktionerna i samhället. Det som rapporterats som kvalitetsbrist är utebliven insats, brist i personalkontinuitet och informationsöverföring. Det är inga av dessa händelser som lett till något missförhållande utan har varit en kvalitetsbrist. Har det funnits risk för missförhållande har händelsen rapporterats som Lex Sarah.

Tabell 4. Antal rapporterade händelser per år



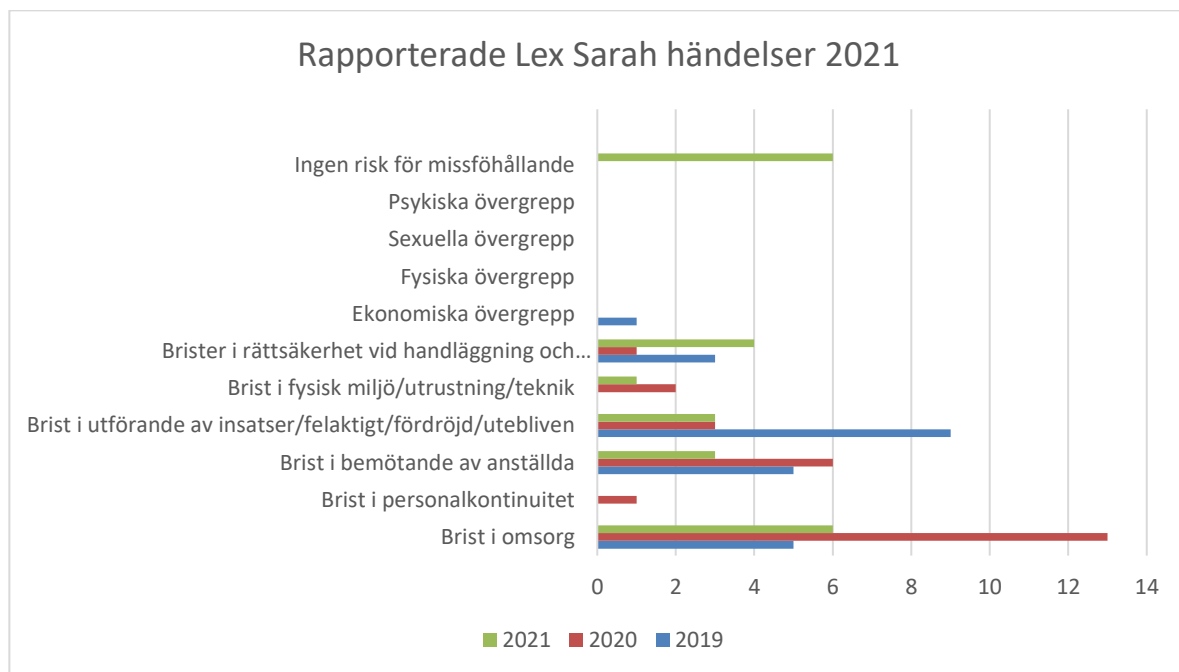
Tabell 4. Tabellen visar antal rapporterade händelser per år för åren 2016-2021.

Det finns nu en medvetenhet hos personalen i verksamheterna att rapportera händelser när det avviker från det omsorgstagaren blivit beviljad och som framgår i genomförandeplanen. Vilket är bra, det skapar möjlighet att jobba mer förebyggande och att utveckla verksamheten.

Utvecklingsområdet är nu att jobba mer systematiskt med åtgärder, hitta struktur för uppföljning och utveckling för att säkerställa kvaliteten inom verksamheterna samt att skapa förutsättningar för en lärande organisation. Målsättningen är att det ska bli en naturlig del av teamarbetet.

Under 2021 har 23 Lex Sarah-rapporteringar gjorts. Samtliga händelser har åtgärdats och utretts, ingen händelse har anmälts vidare till Inspektionen för vård och omsorg, IVO. Då bedömningen varit att det inte varit av den allvarlighetsgraden då det ska anmälas.

Tabell 5. Förtydligande av rapporterade Lex Sarah händelser 2021



Det har varit ett flertal rapporteringar som bedömts inte vara risk för missförhållande eller allvarligt missförhållande. Rapportering *Brist i omsorg* har halverats från föregående år. Det är intressant när rådande omständigheter har varit ansträngda under pandemin i verksamheterna. Men på något sätt har man kanske fokuserat på god omsorg.

Att *Rättssäkerhet vid handläggning och genomförande* har ökat är oroväckande. Vid närmare granskning i ärendena handlar det om att verkställigheten inte har genomförts utifrån rutinen för verkställighet. Det har medfört att vissa personer har fått vänta orimligt länge på sitt stöd eller inte fått något stöd som kan medföra risk för missförhållande.

Åtgärder har vidtagits i de ärenden där det funnits behov. Det har varit ändringar i rutiner och processer, information och kommunikation med berörda arbetsgrupper samt arbetsrättsliga åtgärder.

Synpunkter och klagomål inom socialtjänstlagen och lagen om stöd till vissa funktionshindrade, LSS

Det har inkommit sju klagomål eller synpunkter under 2021, varav fem berör funktionsstöd och två äldreomsorgen.

- Brister i städning i lägenhet på LSS-bostad - missnöje hos god man hur städningen och stödet utformades för den enskilde. Enhetschef vid tagit åtgärden.
- Klagomål (via IVO) om avslut av insatsen korttidsvistelse enligt LSS innan behov kan tillgodoses genom annan insats (personlig assistans). – Ärendet har hanterats genom möte med god man och berörda tjänstemän. Ärendet har även överklagats till Förvaltningsdomstolen av god man som avslag överklagandet av verkställigheten.
- Klagomål (via IVO) angående otillräckligt stöd på LSS-bostad – åtgärdats via dialog och förtydligande i genomförandeplanen.
- Brister på LSS-bostad gällande insatsen, genomförandeplan, kontaktperson med mera- Enhetschefen har vidtagit åtgärden och haft dialog med god man för att säkerställa en god kvalitet.
- Boendestöd utebliven insats samt brist på information – enhetschefen har vidtagit åtgärden där det finns personal för uppdraget. Har saknats personal som varit introducerad i ärendet. Enhetschefen har även utsett samordnare.
- Brister på särskilt boende gällande bland annat kontakt och information till god man, rutiner som inte fungerar och att personalen till vissa delar saknar information och kunskap för att fullgöra sina arbetsuppgifter på ett professionellt sätt – dialog har förts av enhetschef med god man och åtgärden har vidtagits.
- Brist på info vid införande av digitala inköp – Berörd person kontaktades av verksamhetschef som informerade den enskilde.

Generellt kan konstateras att det inkommit förhållandevis få synpunkter och klagomål till verksamheten. En orsak kan vara att synpunkter och klagomål inkommer muntligt direkt till respektive verksamhet inte registreras i verksamhetssystemet, enligt gällande rutin för hantering av synpunkter och klagomål ska sådant som inte kan lösas genom en enkel åtgärd registreras. Syftet med det är att inkomna synpunkter och klagomål ger underlag till att bedriva ett systematiskt förbättringsarbete generellt inom förvalt. Förvaltningen avser att lyfta rutinen bland medarbetarna under året.

Vidare kommer en förändring att göras på hemsidan så att e-tjänsten för synpunkter och klagomål får en mer framträdande placering. Det kommer även att säkerställas att det i varje omsorgspärm sitter ett exemplar av blanketten för att lämna synpunkter och klagomål.

3.2. Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

Utvecklingen av ledningssystemet och verksamhetens processer har fortsatt under 2021. Upplevelsen är att den förändring av layout som gjordes under 2020 har förenklats för användaren. Arbetet med att ytterligare förenkla samt se till att medarbetarna har kännedom om systemet och kan hitta de processer, rutiner och andra dokument som de behöver i sitt arbete kommer att fortsätta under 2022.

Målsättningen har varit att kunna publicera ledningssystemet för allmänheten under året. Detta har dock inte kunnat nå eftersom det återstår arbete med systemet innan en sådan publicering kan göras. En diskussion förs kring att publicera de viktigare delarna för allmänheten istället för hela systemet.

3.3. Kvalitetsgruppen

Kvalitetsgruppen består av medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS), medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR), socialt ansvarig samordnare (SAS) och måltidschef. Kvalitetsgruppen arbetar med olika uppdrag som syftar till att förbättra verksamhetens kvalitet.

- Det har varit mycket fokus på pandemin även detta år, att organisera så att omsorgstagare ska få sin omsorg och sociala behov tillgodosedda utifrån restriktionerna. På grund av pandemin har det inte funnits möjlighet och resurser att fokusera fullt ut på utvecklingsområden men det har påbörjats ett arbete med att utveckla en ny struktur för teamarbete. Målsättningen är att implementera den nya strukturen under 2022.
- Kvalitetsgruppen har fått i uppdrag av ledningsgruppen att återuppta arbetet med kvalitetsredskapet *Senior alert*. Under 2021 har kvalitetsgruppen gjort omvärldsbevakning och haft möte med enhetschef i Växjö kommun som arbetat med återinförandet av systemet. Målsättningen är att påbörja införandet under 2022.
- Kvalitetsgruppen har under 2021 utformat och uppdaterat vissa gemensamma rutiner.

4. Kvalitetsarbetet som bedrivits för att förbättra kvaliteten

4.1. Vårdighetsgarantier

De lokala vårdighetsgarantierna tydliggör vad kommuninvånarna kan förvänta sig av kommunens omsorg. Fokus är delaktighet och inflytande för de personer som på något sätt får stödinsatser. En aktivitet för inflytande är "Grannråd" på enheterna inom äldreomsorgen och funktionsstöd. Under 2020 har det inte genomförts några Grannråd på grund av pandemin. En översyn av vårdighetsgarantierna ska göras under 2022.

Aktiviteten *Välkomstsamtal vid inflyttning* på ett boende har genomförts vid inflyttning till boendet, när det funnits möjlighet utifrån pandemiläget. Däremot har inte samtalskontakt med ny omsorgstagare vid påbörjad hemtjänst genomförts lika regelbundet vid nya ärenden. Information har getts till berörda enhetschefer och målsättningen är att det ska ske under 2022.

4.2. E-hälsa

Det finns numera flertal olika tekniska lösningar som stöd för att skapa förutsättningar för personer med funktionsnedsättning, förutsättningar skapas för en tillvaro som präglas av självständighet, delaktighet och tillgänglighet samt ökad integritet.

Under året 2021 har det införts mobil dokumentation via mobiltelefon. I dagsläget kan personalen dokumentera i och läsa social journal samt genomförandeplanen.

Under tidigare år har det implementerats flera olika aktiviteter så som robotkatter, clevertouch, VR-glasögon, ipad, ToverTafel (magiska bordet) på särskilda boende och på Dagcenter. Dessa har nyttjas i möjligaste mån utifrån restriktioner för pandemin. Personalen har hitta lösningar för aktiviteter i mindre grupper och då har vissa aktiviteter varit en sysselsättning.

Införandet av trygghetskameror fortlöper. Kameratillsyn möjliggör insatsen tillsyn för de personer som kan få sin tillsyn utförd via kamera och inte via ett fysiskt besök. Det innebär att personen inte riskerar att bli väckt vid tillsynen eller behöver känna obehag att någon går in deras bostad när de inte är vakna. Natttillsyn görs alltid i första hand med trygghetskamera om inget annat behov föreligger. Men kameratillsynen har även genomförts dagtid då det funnits behov.

4.3. Anhörigstöd

Enskilda stödsamtal har genomförts av samordnare av anhörigstöd med 25 anhöriga under 2021. Rådgivning, känslomässigt stöd och bekräftelse i rollen som anhörig. Anhöriga kan själva ta kontakt för samtal, behovet initieras ibland av vårdcentralen, socialsekreterare eller annan yrkesfunktion.

Anhörigombud och anhöriggrupper

Kompetensutveckling för anhörigombud genomfördes maj 2021 i svåra samtal med präst Elisabeth Carcamo Storm. Anhörigombudsträff genomfördes digitalt i mars och en fysisk träff i november med studiebesök på trygghetsboendet Liljan i Vislanda.

Anhöriggrupper var inställda våren på grund av pandemin. Anhörigombuden höll telefonkontakt med anhöriga under tiden. En del överlämnade en gåva och hade kortare samtal vid dörren. Hösten 2021 kunde anhöriggrupper åter starta och var igång i Alvesta Centrum, Moheda och Lönashult. Resterande grupper planeras starta våren 2022.

Anhörigdag i Hagaparken Alvesta planerades i maj för alla anhöriggrupper och anhörigombud. Dagen före kom besked att dagen måste ställas in på grund av ökad smitta.

Anhörigresa 1 sep kunde genomföras då 13 anhöriga och 5 anhörigombud åkte till Kronobergshed, Moheda kyrka och Moheda hembygdspark. Gemenskap och upplevelse till anhöriga som kan ge dem fortsatt kraft.

Nationella anhörigdagen kunde inte uppmärksammas utifrån rådande pandemi läge.

Uppsökande verksamhet med brev till 80-åringar som erbjuds kontakt med myndighetshandläggare/ samordnare av anhörigstöd som efter önskemål gör hembesök. Syfte är informera om vilka stöd insatser det finns att ansöka om samt andra öppna verksamheter. Det finns också möjlighet att påbörja kontakt inför kommande behov av hjälp. En hel del 80-åringar vill ha en första kontakt för att höra efter om vad kommunen har för stöd.

Svarsfrekvens: Svar inkom från sammanlagt 57 personer av 116 brev, svarsfrekvens 49 procent.

5. Kompetensutveckling

Under året som varit har det genomförts mindre kompetenssatsningar i respektive verksamhetsområde och enhetsnivå utifrån behov förutom satsningen som gjordes på social dokumentation som genomfördes mer övergripande med extern utbildare se 5.1. De kompetenssatsningarna som gjorts på enhetsnivå har varit aktiviteter så som utbildning inom hälso- och sjukvården "Vitalparametrar", psykisk hälsa, halkkörning och Beteendemässig och Psykiska Symtom vid Demenssjukdom, BPSD.

5.1. Dokumentation

Målsättningen är att 95 procent av alla personer som får stöd och hjälp ska ha en aktuell genomförandeplan. Det har varit viss svårighet att uppnå detta mål. Under 2021 gjordes en satsning med extern utbildare för all omsorgspersonal och enhetschefer inom hemtjänsten ordinärt boende, enhetschefer och dokumentationsombud inom särskilt boende och funktionsstöd. Syftet har varit att ge en bredare kunskap inom arbetsmetoden Individens behov i centrum, IBIC för verkställare. Utifrån de möjligheter som funnits under 2021 har man på enheterna jobbat för att skapa möjlighet att utforma genomförandeplaner tillsammans med omsorgstagare.

5.2. Det *Goda mötet*-värdegrundsarbete

Värdegrundsarbetet har avstannat under 2021 då det inte varit möjligt utifrån rådande situation. Målsättning är att kunna göra ett omtag under 2022.