



Vård- och omsorgsförvaltningen
Jari-Matti Heikkinen, Verksamhetscontroller

Rapport

Vård- och omsorgsnämndens kvalitetsberättelse 2024



HÅBO
KOMMUN

Vård- och omsorgsförvaltningen

RAPPORT

Datum
2025-01-28

2(46)

Vår **beteckning**
VON 2023/00014 nr 6854

Innehållsförteckning

1. Summering av kvalitetsberättelsen

2. Syfte med Kvalitetsberättelsen

3. Organisatoriskt ansvar för kvalitetsarbetet

4. Systematiskt kvalitetsarbete

5. Processer, rutiner och riktlinjer

6. Samverkan

7. Systematiskt förbättringsarbete

7.1 Genomförda aktiviteter

7.1.1 Fortsatt arbete kring genomlysningen av hemtjänsten

7.1.2 Tydligt förbättrat hemtjänstindex

7.1.3 Vad tycker äldre om äldreomsorgen

7.1.4 Nya mål för nämnden

7.1.5 Nyckeltalsanalyser

7.1.6 Finskt förvaltningsområde

7.1.7 Lokalförsörjningsplan – uppdaterad analys

7.1.8 Suicidpreventiva arbetet

7.1.9 Digitalisering

7.1.10 Effektiv och nära vård

7.1.11 Samverkan 2024

7.1.12 Övrigt arbete

7.2 Riskanalyser

7.3 Intern kontroll (IKT)

7.4 Egenkontroller

7.4.1 Verksamhetsuppföljningar

7.4.2 Undersökningar

7.4.3 Kommunens kvalitet i korthet (KKIK)

7.4.3.1 Personalkontinuitet

7.4.3.2 Väntetider

7.4.4 Fallskador

7.4.5 Brukarundersökning myndighetsutövning/biståndsbedömning FOU

7.4.6 Systematisk individuppföljning

7.4.7 Anhörigstöd

7.4.8 Avtals- och verksamhetsuppföljning

7.5 Avvikelser, synpunkter och klagomål

8. Personalens medverkan i kvalitetsarbetet

9. Dokumentation

Vård- och omsorgsförvaltningen

10. God vård och omsorg om äldre det centrala - resultat 2024

10.1 Olika typer av indikatorer

11. Utvecklingsområden

Bilaga

1. Summering av kvalitetsberättelsen

Kvalitetsberättelsen beskriver det övergripande kvalitetsarbetet inom vård- och omsorgsförvaltningen under kalenderåret 2024. I berättelsen framgår hur det systematiska och fortlöpande kvalitetsarbetet bedrivits under året, vilka åtgärder som vidtagits, vilka resultat som uppnåtts samt vilka förbättringsområden som uppmärksammats. Rapportens disposition redovisar 2024 års resultat enligt den uppställning och rubriker som följer av SOSFS 2011:9.¹

Hur har förvaltningen arbetat och vilka åtgärder har vidtagits för att säkra och utveckla verksamheternas kvalitet?

2024 har för vård- och omsorgsnämnden varit ett år med översyner, egenkontroller, riskanalyser, samverkan, genomlysningar, handlingsplaner och fortsatta utveckling av kärnverksamheterna. Ett omfattande arbete har således genomförts under 2024 och arbetet fortsätter under 2025 och kommande år i syfte att kunna erbjuda en alltmer kvalitativ äldreomsorg till Håbo kommuns äldre.

Ett omfattande förbättringsarbete är genomfört under år 2024, ett urval av exempel redovisas nedan.

Omfattande utbildningsinsatser - förstärkt kunskapsbaserad verksamhet

Omfattande utbildningsinsatser är genomförda till exempel har verksamheter certifierats enligt Stjärnmärkt demensvård som fokuserar på personcentrering. Bland andra kompetenshöjande insatser kan följande nämnas: första hjälpen till psykisk hälsa, SIP utbildningar för tex sjuksköterskor, SIP, vård- och genomförandeplaner, förflyttning utbildningar, stödjande forum kring tvångs- begränsnings- och skyddsåtgärder, social dokumentation, delegering, avvikelserapporteringsutbildningar, hygienutbildningar, psykisk hälsa, palliativ vård, BPSD, undersköterskeutbildningar med flera.

Uppsökande och de förebyggande inslagen ökar

Arbetet med hälsosamtal, hälsoombud och hälsofrämjande aktiviteter har genomförts under 2024. En viktig grund för det fortsatta utvecklingsarbetet.

Myndighetsavdelningens utåtriktade information till årsrika lockar väldigt många av kommunens årsrika.

Fortsatt arbete med PWC rapporten

Genomlysning av hemtjänsten genom extern part PWC- visade på ett flertal förbättringsområden vilka betas av en efter en.

Jämförelser och analyser i större omfattning

Nyckeltalsanalyser av kostnader, intäkter, effektivitet och produktivitet är genomförda under året. Dessa utgör underlag för det fortsatta förbättringsarbetet.

¹ Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2001:9).

Vård- och omsorgsförvaltningen

Ökad rättssäkerhet med nya riktlinjer

Nya riktlinjer för biståndsbedömningen är framtagna för ökad rättssäkerhet, effektivitet och omfattning. Översyn av styrdokument och rutiner i urval i övrigt, detta arbete fortsatt under 2024.

Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?

I 2024 år brukarundersökning uppnås ett tydligt bättre resultat än föregående år, med en ökad nöjdhet. Resultatet är delvis delat där alla äldreboenden redovisar ett klart godkänt resultat men inom hemtjänsten finns ett fortsatt behov av förbättringsarbete. Glädjande är att bemötandet får gott resultat i 2024 års mätning där genomsnittet är 9,2 av maximala 10 inom hemtjänsten och 9,3 inom särskilt boende. Särskilt boendes totaltbetyg om 8,5 av maximala 10 är ett toppresultat (bland de 20% bästa av landets samtliga kommuner)!

Allt fler äldre äldre i befolkningen

En uppdaterad lokalförsörjningsprognos/behovsanalys kring platser i särskilt boende är genomförd under 2024.

Suicidpreventivt arbetet har genomförts

Suicidpreventiva arbetet har fortsatt framåt under 2024 vilket är glädjande och av stor vikt för kommunens äldre.

Nära och säker vård en stor omställning som tar steg framåt

Vad gäller arbetet kring effektiv och nära vård under 2024 har det skett inom flera olika områden. För det förebyggande och hälsofrämjande arbetet har exempelvis Tidiga samordnade insatser (TSI) fortsatt och utvecklats, en operativ samverkansgrupp för barn och unga har återupptagits. Vad gäller arbetet med samordnad individuell plan (SIP) har även det utvecklats.

Internkontroll genomfört i stor omfattning

Genomfört internkontrollarbete visar på behov av utveckling och kvalitetssäkring av till exempel dokumentationen i flera verksamheter men visar även på kvalitativt stabila verksamheter.

De digitala inslagen allt fler

De digitala inslagen är fler och utvecklingen tar positiva steg årligen i syfte att effektivisera verksamheterna, öka självständigheten och den personliga integriteten. Exempel på detta är fler medicinrobotar och fler digitala tillsyner.

Egenkontroller, avvikelser och riskanalyser en viktig del av systematiken

Omfattande egenkontroller, avvikelshantering och riskanalyser (exkl. IKT) är genomförda under 2024 som i flera fall innebär fortsatt behov av kvalitetssäkring och förbättringar.

Vård- och omsorgsförvaltningen

Vilka resultat har uppnåtts?

Inom förvaltningen finns en god nivå av kvalitet strukturellt och processmässigt. I vård- och omsorgsförvaltningen sker egenkontroller i en rad olika former både på individ, grupp och förvaltningsnivå. Resultat kvaliteten är dock i behov av förbättringsåtgärder.

Grunduppdraget- God vård och omsorg

Bedömningen av god vård och omsorg inom Håbo kommuns äldreomsorg har genomförts med hjälp av ett drygt 60 nyckeltal och sju indikatorer. Resultatet av denna bedömning ger vid handen en klart godkänd kvalitetsnivå men med kvalitativa skillnader mellan och inom nämndens verksamheter.

God vård och omsorg i form av dessa indikatorer (kunskapsbaserad, säker, trygg, individanpassad, effektiv, jämlik och tillgänglig) speglar de egenskaper som en god kvalitet i socialtjänsten/äldreomsorgen ska innehålla.

Utifrån en sammanvägning av de valda nyckeltalen har ett medelbetyg räknats fram för respektive kvalitetsindikator för 2023/2024 för äldreomsorgen totalt. Detta är ett sätt som syftar till att redovisa hur det kvalitativa läget ser ut i Håbo kommuns äldreomsorg. Resultaten är indikativa och är inte en täckande beskrivning av förtjänster och utmaningar i kommunens vård och omsorg om äldre. Men resultaten visar inom vilka delar av vården och omsorgen där förbättringspotential finns samt var förtjänsterna ligger. Detta möjliggör ett strukturerat och prioriterat förbättringsarbete. Denna typ av sammanställning lyfter också genom sin konstruktion fram kvalitetsindikatorer som annars inte lyfts fram och bedöms och färgsätts på detta sätt. En helhetsbild av grunduppdragets kvalitet men möjliggör också att samtliga indikatorsområde synliggörs.

GVO	Totalt ÄO 2023	Totalt ÄO 2024	Kommentarer
Kunskapsbaserad	2,42	2,73	14 nyckeltal
Säker/trygg	2,27	2,36	11 nyckeltal
Individanpassad	2,00	2,56	10 nyckeltal
Effektiv	1,50	1,80	Effektivitet och resursindex från Kolada samt 4 nyckeltal
Jämlik	1,65	1,77	12 nyckeltal
Tillgänglig	1,93	2,15	14 nyckeltal
Medelbetyg GVO	1,96	2,23	65 nyckeltal samt index från Kolada har använts

Håbo kommuns äldreomsorg erbjuder en kunskapsbaserad, tillgänglig, säker och trygg samt individanpassad verksamhet. Effektiviteten, tillgängligheten och jämlikheten behöver förbättras för en ökad grad av måluppfyllelse gentemot en god vård och omsorg. Ambitionen är i steg ett att alla medelvärden ska överstiga 2,00 och därefter förbättras löpande. En viktig del att påminna sig om i detta sammanhang är att färgsättningen ovan bygger på en nationell jämförelse till stora delar, vilket gör att det är relativt svårt att uppnå gröna betyg. Nyckeltalet ”bemötande” är ett tydligt exempel på detta där måtvärden runt 9 av 10 kan ge rött betyg i en nationell jämförelse men ändå indikera en mycket god kvalitetsnivå. Men ambitionen är en kvalitativ nöjdhet på hög nationell nivå. Totalbetyget har förbättrats från 1,96 i medelbetyg till 2,23 i medelbetyg vilket är positivt. Det systematiska förbättringsarbetet har således på en totalnivå varit fungerande.

Vård- och omsorgsförvaltningen

Över tid kommer denna redovisning att brytas ner ytterligare per verksamhet för ytterligare tydlighet. Det finns som redan sagt skillnader rent kvalitetsmässigt mellan nämndens verksamhetsområden där myndighetsavdelningen håller en god kvalitativ nivå, avdelningen för särskilt boende (HSL-verksamheten beskrivs separat i patientsäkerhetsberättelsen) har en god nivå och slutligen en avdelning med den kommunala hemtjänsten som i delar behöver förbättra sitt kvalitativa utfall.

Resultat av arbetet kring de identifierade förbättrings- och utvecklingsområden

Ur arbetet och som ett resultat av denna sammanställning, de årliga brukarundersökningarna, egenkontroller, internkontroll, riskanalyser etcetera hade en rad förbättrings- och utvecklingsområden isolerats för arbete under 2024. ²

Förbättrings- och utvecklingsområden	Status
Nöjdheten hos verksamheternas brukare behöver förbättras tydligt i delar av både särskilt boende och inom hemtjänsten. Detta mäts av extern part Socialstyrelsen i den årliga mätningen vad tycker de äldre om äldreomsorgen.	Grön
Förbättrad kommunplacering i hemtjänstindex 2024 är ett enskilt förbättringsområde som inbegriper förbättrad information, tydliga kontaktvägar och bättre tillgänglighet samt digitala stöd.	Grön
Implementera ett nytt verksamhetssystem Pulsen Combine i syfte att modernisera och utveckla handläggningen, dokumentationen, planeringen och uppföljningen. Ett modernt system möjliggör också kvalificerad och systematisk individuppföljning, säkerställande av rättssäkerhet och en effektivare vardag för alla som använder systemen.	Gul
Fortsatt arbete med egenkontroller, riskanalyser, IKT, avvikelshantering och processkartläggningar. Här är det särskilt viktigt att förvaltningen utvecklar arbetet med att analysera, dokumentera och följa upp vidtagna åtgärder.	Grön
Dokumentationen behöver säkerställas och individuella planer för verksamheternas brukare ska finnas vara aktuella och bygga på den enskildes delaktighet (personcentrering /individanpassning). Detta kommer att granskas genom egenkontroller och genom internkontrollarbetet under 2024.	Gul
Effektiviteten och produktiviteten behöver säkerställas så att brukarna får mer direkt personaltid.	Gul
Fortsatt arbete med att utveckla samverkan	Grön
Genomföra ytterligare insatser för att synliggöra möjligheterna och vägarna för synpunkter och klagomål.	Gul
Risk- och sårbarhetsanalys, kontinuitetsplaneringen, civilt försvar	Grön

² Detta exklusive det förbättringsarbete/utvecklingsarbete som planeras och genomförs med anledning av Patientsäkerhetsberättelsen, HSLs egenkontroller, riskanalyser mm.

Vård- och omsorgsförvaltningen

Implementering av bemanningssystem för en mer hållbar personalplanering och en ökad effektivitet. Detta gynnar både personal, verksamhet och brukare.	
Digital utveckling – förenklad handläggning, e-tjänster, digitala inköp, medicinrobotar mm	

Av tabellen ovan framgår att alla identifierade förbättringsområden har förbättrats delvis eller tydligt under 2024. Det fortsatta arbetets för 2025 inriktning redovisas nedan i punktform.

Förbättrings- och utvecklingsområden 2025

- Fortsatt implementering av verksamhetssystemet Pulsen Combine
- Förbättrad brukarnöjdhet inom hemtjänst och inom särskilt boende
- Förbättrad svarsfrekvens i den nationella brukarundersökningen ”Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?”
- Fortsatt arbete med egenkontroller, riskanalyser, IKT, avvikelshantering och processkartläggningar. Här är det särskilt viktigt att förvaltningen utvecklar arbetet med att analysera, dokumentera och följa upp vidtagna åtgärder.
- Dokumentation behöver säkerställas och individuella planer för verksamheternas brukare ska finnas upprättade, vara aktuella och bygga på den enskildes delaktighet (personcentrerad /individ Anpassning). Detta kommer att granskas genom egenkontroller och genom internkontrollarbetet under 2025.
- Effektiviteten och produktiviteten behöver säkerställas så att brukarna får mer direkt personaltid.
- Genomföra ytterligare insatser för att synliggöra möjligheterna och vägarna för synpunkter och klagomål.
- Implementering av bemanningssystem för en mer hållbar personalplanering och en ökad effektivitet. Detta gynnar både personal, verksamhet och brukare.
- Fortsatt digital utveckling – förenklad handläggning, e-tjänster, digitala inköp, medicinrobotar med mera
- Förbättrad kontinuitet inom hemtjänsten
- Förbättrat hemtjänstindex 2025
- Ta fram och implementera arbetsformer för att medveteliggöra och inkludera samtliga medarbetare i verksamheternas pågående kvalitetsarbete
- Ta fram en handlingsplan utifrån genomförd skattning och nulägesanalys med anledning av den nya Socialtjänstlagen. Syftet är att säkerställa efterlevnaden av lagstiftningens nya lydelse kring bland annat jämlikhet och jämställdhet.
-

2. Syfte med kvalitetsberättelsen

Enligt Socialstyrelsens författningssamling SOSFS 2011:9 bör ansvarig nämnd årligen upprätta en kvalitetsberättelse. I denna berättelse ska det framgå:

- *hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet har bedrivits*
- *vilka åtgärder som har vidtagits för att säkra verksamhetens kvalitet*

Vård- och omsorgsförvaltningen

- *vilka resultat som har uppnåtts*
- *att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses*
- *samt att identifierade viktiga förbättrings- och utvecklingsområden.*

I verksamhetsberättelsen som upprättas varje år redovisas måluppfyllelse utifrån nämndens grunduppdrag, målarbete och samtliga aktiviteter som genomförts uppställda till utvecklingsmålen eller som kvalitetsmått kopplade till grunduppdragets kritiska kvalitetsfaktorer.

Denna kvalitetsberättelse läses därför med fördel tillsammans med verksamhetsberättelsen för att få en helhetsbild över förvaltningens genomförda satsningar och arbete. Kvalitetsberättelsen redovisar dock information som inte alltid redovisas i verksamhetsberättelsen.

Kvalitetsberättelsen fokuserar på grunduppdraget om en god vård och omsorgen som lagstiftaren givit kommunerna via till exempel socialtjänstlagen.

Kvalitet definieras i SOSFS 2011:9 2 kap. 1§ som att en verksamhet uppfyller de krav och mål som gäller för en verksamhet enligt:

- lagar och andra föreskrifter om hälso- och sjukvård och socialtjänst
- beslut som meddelas med stöd av sådana föreskrifter

Det systematiska kvalitetsarbetet handlar både om att fortsätta göra sådant som fungerar, och förändra och utveckla det som kan göras ännu bättre. Fokus är således på att hitta dels det som fungerat väl, dels på att hitta det ”ickeönskvärda” så detta kan åtgärdas genom det systematiska förbättringsarbetet.

Kvalitetsberättelsen ska hållas tillgänglig för den som önskar ta del av den via till exempel den kommunala websidan. Parallellt tas en särskild patientsäkerhetsberättelse fram för att tydligt redovisa arbetet systematiskt och fortlöpande samt utveckla och säkra hur kvaliteten har bedrivits i verksamhetens delar som styrs av hälso- och sjukvårdslagen.

3. Vad är kvalitet inom socialtjänsten?

Verksamhet som bedrivs enligt hälso- och sjukvårdslagen, socialtjänstlagen och lagen om stöd och service för vissa funktionshindrade är skyldiga att ha ett ledningssystem för att systematiskt utveckla och säkra kvaliteten i verksamheten, i enlighet med SOSFS 2011:9, ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

Ledningssystemet ska ge stöd i att planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten. Det ska även bidra till att händelser som kan leda till missförhållande eller vårdskada eller andra avvikelser från de krav och mål som gäller för verksamheten kan förebyggas.

Ledningssystemets grunder utgår från fastställande av processer och rutiner, riskanalyser, egenkontroller, utredning av avvikelser, klagomål och synpunkter samt förbättrande åtgärder.

Vård- och omsorgsförvaltningen

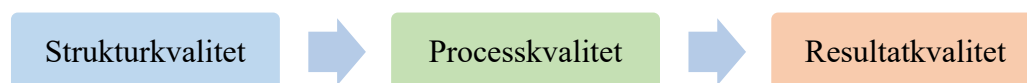
Kvalitet är ett mångtydigt begrepp som används i många olika sammanhang. En vid definition av begreppet kvalitet är att det ska spegla alla sammantagna egenskaper hos en produkt eller tjänst som ger den dess förmåga att tillfredsställa uttalade eller underförstådda behov.

Kvalitet behöver sättas i sammanhang till vad det ska spegla och att det kan vara skifta ur olika perspektiv. Det kan handla om vad mottagaren, utföraren eller samhället uppfattar är kvalitet.

Kvalitet innebär att produkten eller tjänsten också ska utformas i enighet med gällande lagar, förordningar och föreskrifter och bästa tillgängliga kunskap. Kvalitet, enligt denna breda definition, avser allt som verksamheten gör, både hur produktionen utförs, vilka resultat som uppnås och hur resursanvändningen ser ut.

Kvalitetsaspekter

De indikatorer som styr verksamheterna på sorteras in under följande kvalitetsaspekter ³:



- ✓ *Strukturkvalitet.* Mål, ramar, regler och resurser. Resurser kan handla om personalens storlek, kompetens, utrustning, lokaler etc.
- ✓ *Processkvalitet.* Förhållningssätt till verksamheten, arbetssätt, lärande etc.
- ✓ *Resultatkvalitet.* Grad av uppnående av nationella och lokala mål.

3. Organisatoriskt ansvar för kvalitetsarbetet

Vård- och omsorgsnämnden

Vård- och omsorgsnämnden har på uppdrag från kommunfullmäktige ansvar för att tillgodose Håbo kommuns invånares behov av vård, omsorg och service enligt socialtjänstlagen, SoL och hälso- och sjukvårdslagen, HSL. Vård- och omsorgsnämnden är ytterst ansvarig för att nämndens verksamheter drivs med god kvalitet.

Förvaltningschef

Förvaltningschef är processägare för vård- och omsorgsförvaltningens huvudprocesser för systematiskt kvalitetsarbete.

Verksamhetschef och enhetschef med myndighetsansvar

Verksamhetschef och enhetschef är processägare för de delprocesser som ingår i myndighetens ansvarsområde.

³ Östberg ställer utifrån ramfaktorsteorin upp en modell med teori i tre nivåer.

Vård- och omsorgsförvaltningen

Verksamhetschef och enhetschef med verksamhetsansvar

Verksamhetschef och enhetschef är processägare för de delprocesser som ingår i verksamhetens respektive enhetens ansvarsområden, det vill säga de delprocesser som avser utförande av omsorg/insatser.

Verksamhetschef med hälso- och sjukvårdsansvar enligt HSL 2017:30 ansvarar även för att säkra att en god och säker hälso- och sjukvård bedrivs inom de enheter där kommunen har ett hälso- och sjukvårdsansvar.

Ansvar för samverkan

Samtliga chefer inom förvaltningen ska även identifiera var i processerna samverkan med andra aktörer/vårdgivare är nödvändig för att säkerställa kvaliteten. Processerna och rutinerna ska säkerställa att samverkan genomförs samt beskriva hur den genomförs.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)

Har det övergripande ansvaret för att säkerställa att hälso- och sjukvården är säker, ändamålsenlig och håller god kvalitet enligt hälso- och sjukvårdslagen (HSL), hälso- och sjukvårdsförordningen och patientsäkerhetsförordningen inom de verksamhetsområden där kommunen har hälso- och sjukvårdsansvar som huvudman.

Medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR)

MAR står för Medicinskt Ansvarig för Rehabilitering och finns i kommunal verksamhet. Kommunerna tog över hälso- och sjukvårdsansvaret i särskilda boendeformer vid ÄDEL-reformens införande 1992 och då beslutades att varje kommun skulle ha en MAS. Samtidigt beslutades också att en arbetsterapeut eller fysioterapeut/sjukgymnast kan fullgöra uppgiften som medicinskt ansvarig om ett verksamhetsområde i huvudsak omfattade rehabilitering. I dagsläget finns sådana tjänster i relativt få kommunerna runt om i Sverige, men antalet ökar år för år.

MAR ansvarar för att patienterna får en säker och ändamålsenlig rehabilitering av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde. MAR:s uppdrag styrs ytterst av samma reglering som styr MAS-uppdraget.

Medarbetarnas ansvar

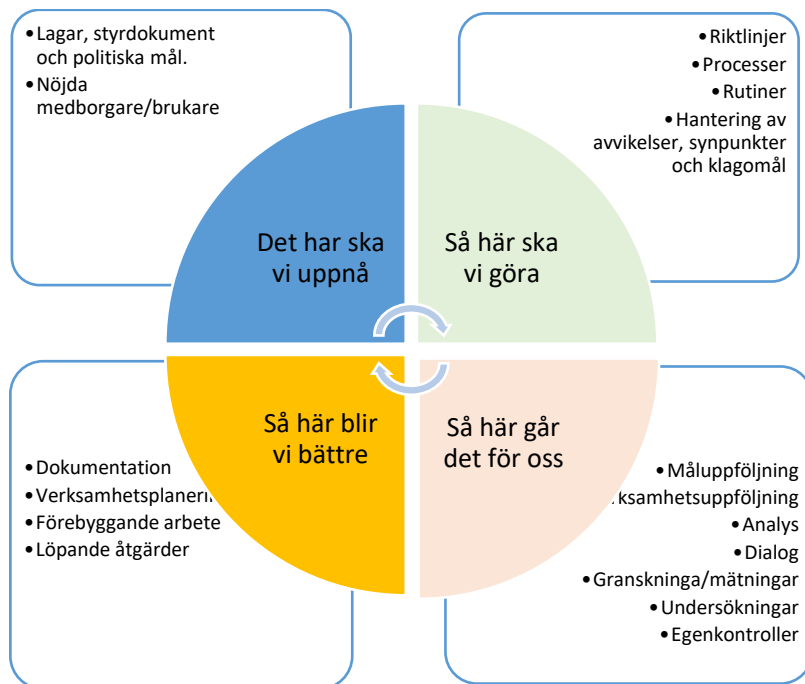
Var och en som fullgör uppgifter inom socialtjänsten ska medverka till att den verksamhet som bedrivs och de insatser som genomförs är av god kvalitet.

4. Systematiskt kvalitetsarbete

För att verksamheterna ska kunna genomföra tjänster med god kvalitet krävs ett systematiskt kvalitetsarbete. Det innebär bland annat att processer och rutiner ska finnas så att åtgärder kan vidtas för att säkra verksamhetens kvalitet.

Förbättringshjulet visar processen för det systematiska kvalitetsarbetet.

Vård- och omsorgsförvaltningen



5. Processer, rutiner och riktlinjer

Verksamheter inom SoL ska enligt SOSFS 2011:9, 4 kap 2 - 4§§, identifiera, beskriva och fastställa de processer i verksamheten som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet (gäller även HSL). Det ska vara fastställt vilka processer som är nödvändiga för att uppfylla verksamhetens krav och mål enligt lagar och föreskrifter. Det ska också vara identifierat vilka aktiviteter som ingår i processerna och dess inbördes ordning samt vara tydligt vem som äger och ansvarar för processerna.

Under de senaste åren har ett omfattande arbete med att uppdatera förvaltningens processkartläggningar planerats och utförts. Med anledningen av samtliga organisatoriska förändringar på förvaltning-, avdelning- och enhetsnivå som planerats för och pågått under senaste åren har arbetet delvis pausats i slutfasen. De organisatoriska förändringarna har stor påverkan på de processkartläggningar som finns uppritade och publicerade varför ett omtag med samtliga processkartläggningar kommer behöva ske när hela organisationen är satt och förvaltningarnas verksamheter arbetar mer fristående från varandra. Totalt 21 lednings-, stöd, och kärnprocesser har identifierats och bedömts med 36 tillhörande risker som analyserats, därtill har även 12 lednings-, stöd- och kärnprocesser identifierats med 12 tillhörande risker som analyserats vilka endast avser kommunala hälso- och sjukvårdsverksamheterna inom nämndens försorg. Dessa har inte riskbedömts av politiker utan uppställs enligt rutin med egenkontroller utifrån gällande lagstiftning. Det har således blivit en markant förbättring vid jämförelse med föregående år i processgången och utfallet utifrån det systematiska kvalitetsarbetet. Processgången och arbetet med intern kontroll bedöms därmed ha varit kvalitetssäkrad och fungerat mycket väl under året. Detta arbete kommer att fortgå även under 2025 och 2026.

Vård- och omsorgsförvaltningen

Det finns olika former av stöd samlade i riktlinjer och rutiner på kommunens intranät. De processer och rutiner som används för att utveckla och säkra kvaliteten på myndigheten för äldre finns samlade dels i verksamhetssystemen, hemsidan/intranätet och i stödsystem/processverktyg.

6. Samverkan

Verksamheter inom socialtjänstlagen ska enligt SOSFS 2011:9 4 kap 5§ identifiera processer där samverkan behövs för att säkra kvaliteten på de insatser som ges i verksamheten. Det finns riktlinjer och rutiner som stöd för informationsöverföring och samverkan mellan olika verksamheter, yrkesgrupper och huvudmän. Det pågår ett ständigt förbättringsarbete för att säkerställa att samverkan internt och externt med andra aktörer sker på ett effektivt sätt med brukaren i fokus.

Det finns även etablerade former för det förebyggande arbetet inom enheternas ansvarsområden. Inom det förebyggande arbetet sker samverkan internt och med till exempel pensionärsföreningar samt andra organisationer.

Samverkan sker också löpande med upphandlade utförare och eventuella LOV-utförare under året. Detta för att utbyta information om aktuella händelser och frågeställningar samt dela erfarenheter och goda exempel med varandra.

Under året har arbetet med Nära och säker vård fortsatt och tagit flera viktiga steg framåt. Det finns sedan en tid tillbaka en rad samverkansöverenskommelser mellan kommunen och regionen. Men arbetet framskrider löpande och utvecklas år för år. Den demografiska utvecklingen med allt fler äldre i behov av insatser från vården och omsorgen gör att denna samverkan blir allt viktigare.

Utvecklingen över tid med allt fler äldre äldre kommer innebära organisatoriska utmaningar för kommunerna och regionerna parat med stora ekonomiska konsekvenser som måste hanteras för att kunna erbjuda en kvalitativ vård och omsorg. Mycket av arbetet sker gemensamt men ansvarsgränserna måste hållas och respektive huvudman måste ta ansvar för sin volymökning. Omställningen till effektiv och nära vård redovisas längre fram i denna rapport under egen rubrik.

7. Systematiskt förbättringsarbete

Verksamheter inom SoL (gäller även HSL) ska enligt SOSFS 2011:9 5 kap 1–2§ fortlöpande bedöma om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet samt utöva egenkontroll med den frekvens och i den omfattning som krävs för att kunna säkra verksamhetens kvalitet. Det systematiska förbättringsarbetet är en viktig del av kvalitetsarbetet och består av riskanalyser, egenkontroller samt utredning av synpunkter, klagomål och avvikelser.

Fokus under 2024 har även varit att se över det systematiska kvalitetsarbetet i den nya förvaltningen/nämnden samt att uppdatera/upprätta saknade processer och rutiner. Det har också varit fokus på att driva utvecklingsarbetet framåt genom att arbeta mer strukturerat och systematiskt med kvaliteten i verksamheten.

7.1 Genomförda aktiviteter

7.1.1 Fortsatt arbete kring genomlysningen av hemtjänsten

Under 2023 genomfördes en större extern genomlysning av hemtjänsten av PWC. PWC:s granskning har påvisat en rad förbättringsområden som nu genomförs alternativt pågår. Bland annat så har all myndighetsutövning setts över gällande myndighetsutövningen enligt socialtjänstlagen och färdtjänstlagen/riksfärdtjänst. Syftet har varit att handläggningen ska bli än mer rättssäker, följa gällande rätt, bli mer transparent och effektiv. Utöver myndighetsdelen har kommunens utförare inom hemtjänsten påbörjat ett stort omställningsarbete under 2023/2024 i syfte att förbättra hemtjänstens utförande, förbättra produktiviteten och höja den upplevda kvalitén. Hållbara scheman, en god arbetsmiljö och stabilt och tryggt ledarskap är andra frågor som finns på agendan i detta förbättringsarbete. Kommunen tar aktivt stöd i detta arbete genom SKR:s råd och stöd (Koll på hemtjänsten), nyckeltalsanalyser, utbildning i bemanningsekonomi/schemaläggning, organisatoriska omflyttningar (närmare brukarna) allt i syfte att kunna erbjuda en kvalitativ och effektiv hemtjänst för kommunens årsrika.

7.1.2 Tydligt förbättrat Hemtjänstindex

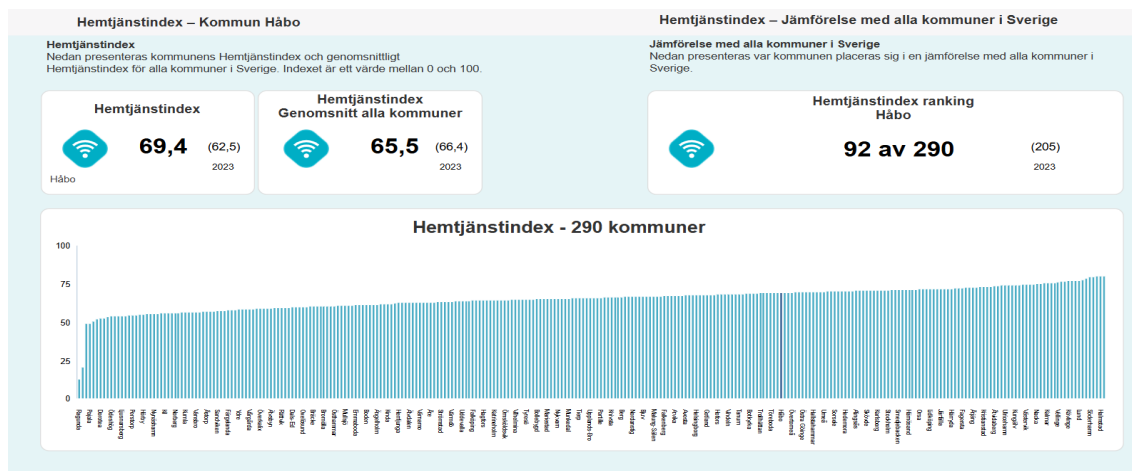
Årligen sammanställer SPF (Sveriges pensionärsförbund) ett hemtjänstindex för Sveriges samtliga kommuner. Håbo kommun, har som ett resultat av ett omfattande arbete, förbättrat sin kommunplacering tydligt från 205:e plats till 92:a plats! Förbättringsarbetet har fokuserat på att informationen utvecklas, ny information tillförs och tillgängliggörs via till exempel kommunens hemsida.

Lågt resultat	Under medel	Medel	Över medel	Högt resultat
Index 0-56,5	Index 56,5-62,5	Index 62,5-68,5	Index 68,5-74,5	Index över 74,5
			X	

Detta förbättringsarbete innefattar också myndighetsutövningen där den enskilde bland annat ska kunna få information om hur mycket den vård och omsorg den enskilde erhåller kostar, hur länge det tar innan får mitt beslut delges. Därutöver kommer de digitala inslagen att lyftas fram tydligare och implementeras löpande.

Krysset i tabellen ovan visar Håbo kommuns kommunplacering i jämförelse med de övriga kommunerna i riket.

Vård- och omsorgsförvaltningen



Sammantaget är ambitionen att kommunens ranking förbättras ytterligare under 2025 till gagn för kommunens äldre och deras anhöriga.

7.1.3 Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?

Årligen genomför Socialstyrelsen en stor nationell granskning av kommunernas äldreomsorg (särskilt boende och hemtjänst). Årets resultat i denna mätning innebär ett stort behov av förbättrande åtgärder för att öka den kollektiva nöjdheten.

Särskilt boende uppvisar i en nationell jämförelse en klart godkänd kvalitetsnivå enligt brukarna medan den kommunala hemtjänsten uppvisar en lägre kvalitetsnivå i en nationell jämförelse. Det är dock viktigt att påpeka att det finns delar av hemtjänstens verksamheter som håller en god kvalitetsnivå samtidigt som det finns verksamheter som tydligt måste förbättra sina resultat vad avser brukarnöjdheten. Detta redovisas närmare längre fram i denna rapport.

7.1.4 Nya mål för nämnden

Under 2024 antog vård- och omsorgsnämnden fyra helt nya mål. Dessa mål berör ekonomin, sjukfrånvaron, kvaliteten i äldreomsorgen samt målsättningen att öka den digitala närvaron i den brukarnära vården och omsorgen.

7.1.5 Nyckeltalsanalyser

Under 2024 har en rad nyckeltalsanalyser genomförts för att försöka förbättra möjligheterna till statistiska analyser, löpande jämförelseunderlag, kvalitetssäkring mm. Volymanalyser har genomförts för att kunna jämföra kommunens volymer inom de olika verksamheterna med jämförbara kommuner med flera. Motsvarar volymen i Håbo kommun andra kommuners volymer? ”Har kommunen ett generösare erbjudande än andra kommuner” är en aktuell frågeställning i sammanhanget. Det är viktigt att kommunens erbjudande harmoniserar med övriga kommuners samt att det sker till en lämplig kostnad för att vara långsiktigt hållbart. I analyserna finns flera andra variabler som granskas så som handläggningstider, tider för verkställighet men också hur män och kvinnor upplever sin vård och omsorg. Exempelvis upplever män i större utsträckning att de får bättre gehör för sina önskemål än kvinnor gör. Detta är ett tydligt förbättringsområde för kommande år. Olika typer av analyser med hjälp av statistiska data kommer vara vanligt förekommande under kommande år.

Vård- och omsorgsförvaltningen

7.1.6 Finskt förvaltningsområde

Håbo är sedan 2010 del av det finska förvaltningsområdet. Det medför rättigheter för kommunens finsktalande minoritet enligt lagen (2009:724) om nationella minoriteter och minoritetsspråk. Minoritetslagen trädde i kraft i januari 2010 och den förstärktes i januari 2019.

De kommuninvånare som pratar finska eller tillhör den sverigefinska minoriteten har särskilda rättigheter enligt minoritetslagen gällande skola, kontakt med kommunen, information, kultur, samråd och äldreomsorg.

Berörda kommuninvånare har rätt att vid begäran få äldreomsorg helt eller till väsentlig del på finska. Enligt lag (2009:724) 18 §:

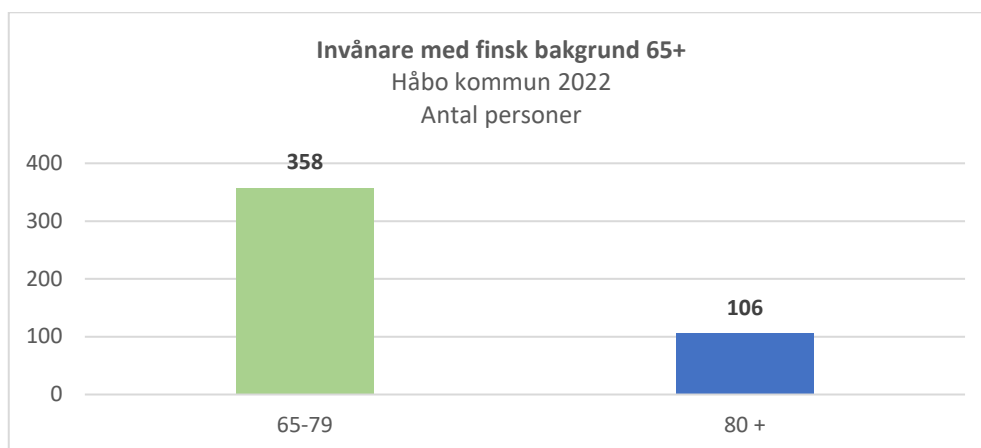
” En kommun som ingår i ett förvaltningsområde ska erbjuda den som begär det möjlighet att få hela eller en väsentlig del av den service och omvårdnad som erbjuds inom ramen för äldreomsorgen av personal som behärskar finska, meänkieli respektive samiska.” Lag (2018:1367).

Omfattningen av den service och omvårdnad som erbjuds av personal som behärskar finska inom äldreomsorgen i kommunen är beroende av efterfrågan. En fördjupad kartläggning genomfördes under slutet av 2022 och redovisades under Q1 2023 som syftade till att ge en bild av efterfrågan hos berörd målgrupp.

Under 2024 har beslut tagits om att inom ramen för det kommande äldreboende Pomona ska särskild avdelning med finsk prägel inrättas.

Äldre som är födda i Finland i Håbo kommun.

Enligt SCB (Statistiska centralbyrån) fanns det 2022 464 personer som var 65 år eller äldre som var födda i Finland i kommunen. 562 personer var 2022 60 år eller äldre som var födda i Finland i Håbo kommun. Det finns därför kommande behov av platser i särskilt boende för äldre med finskspråkig prägel.



Grovt brukar lokalförsörjningen behovsanalys bygga på antagandet att ungefär 1% av befolkningsgruppen 65-79 år är i behov av särskilt boende för äldre och ungefär 10% (ganska lågt antagande) av gruppen 80 år och äldre är i behov av särskilt boende för äldre. Detta skulle innebära att lite drygt 14 personer med finska rötter av befolkningen idag

Vård- och omsorgsförvaltningen

skulle vara i behov av särskilt boende för äldre. Majoriteten av de äldre med finska rötter är dock ”yngre äldre” vilket innebär att behoven kommer efter 2025 och senare för de flesta i gruppen. Vi vet att gruppen äldre ökar stadigt till och med minst 2035 med minst 60% och skulle gruppen med finska rötter öka i samma omfattning som övriga som är i behov av särskilt boende innebär det att antalet ökar från 14 personer till nästan 23 personer som kan åberopa finsk äldreomsorg under kommande år.

7.1.7 Lokalförsörjningsplanering - uppdaterad analys

Under 2024 har en uppdaterad behovsanalys tagits fram och behovet av platser i särskilt boende för äldre har beräknats. I dagsläget har kommunen en genomsnittlig servicegrad vad gäller platser i särskilt boende för äldre. Under året har beslut tagits om den fortsatta utvecklingen av platser i särskilt boende för äldre som kommer att verkställas framledes inom ramen för Pomona.

7.1.8 Suicidpreventiva arbetet

Under året 2024 har Håbo kommun fortsatt arbetet med suicidprevention. Kommunen antog en strategi som anger en kommunövergripande målsättning och agerande gällande suicidprevention. En broschyr om det suicidpreventiva arbetet är uppdaterad i år den kan tex. delas ut vid hembesök av biståndshandläggare. Information finns även på kommunens hemsida om vart man kan vända sig för hjälp och stöd samt hur kommunen arbetar i frågan. Under året har en medarbetare utbildats till MHFA-instruktör (mental health – first aid/första hjälpen - psykisk hälsa). Tillsammans med MHFA-instruktörer från Socialförvaltningen har två tvådagarsutbildningar genomförts under hösten för medarbetare inom socialförvaltningen och vård och omsorgsförvaltningen, med inriktningen vuxna och äldre.

Medarbetare inom vård- och omsorgsförvaltningen har erbjudits suicide zeros kostnadsfria utbildning ”våga fråga”. Fram till sommaren erbjöds den digitala utbildningen ”våga fråga – våga se” till medarbetare inom äldreomsorgen.

Under suicidpreventiva dagen i september uppmärksammade Håbo kommun den dagen genom att bjuda in till en ljusmanifestation och fika. Medarbetare från vård-och omsorgsförvaltningen deltog.

Kommunens demensavdelningar och dagverksamhet är stjärnmärkta och i den utbildningen talar man också om det psykiska måendet för både den person som har fått en demensdiagnos men även för den som är anhörig.

Hälsosamtal för minskad ensamhet för personer 80 år och äldre utan insats från kommunen ”Samtalslista vid behov” har skickats ut till samma målgrupp och innan jul kommer den också delas ut till personer som har hemtjänst. Samtalslistan innehåller bland annat telefonnummer till SOS, 1177, äldrelinjen, jourhavande medmänniska och jourhavande präst.

7.1.9 Digitalisering

Vård- och omsorgsförvaltningen arbetar löpande med att försöka öka förekomsten av digitala inslag som ökar effektivitet, trygghet och integriteten för den enskilde. Nedan redovisas exempel på genomfört arbete under 2024 i vård- och omsorgsförvaltningen. Inom hemtjänsten finns trygghetsskapande tillsynskameror (antalet ökar varje år). Region och kommun har tillsammans använt Cosmic Link för utskrivning av klienter

Vård- och omsorgsförvaltningen

(sekretessamtal). Digitala lås finns hos brukarna inom hemtjänsten, plattor för personal till hemtjänsten där beställning av livsmedel sker, digitala skärmar används på boenden så brukare och anhöriga kan se aktuell information, nya boenden har alla fiber och wifi även i lägenheterna och i de gemensamma utrymmena. Medicinrobotar finns installerade hos allt fler årsrika och dessa bedöms vara uppskattade. Inför 2025 har arbete lagts på att förbereda breddinförandet av digitala inköp inom hemtjänsten.

7.1.10 Effektiv och nära vård

Sedan ett antal år tillbaka arbetar samtliga kommuner i länet tillsammans med Region Uppsala för att ställa om den befintliga vården. Omställningen kallas för Effektiv och nära vård 2030 och innehåller fyra målområden: nära, effektiv, hälsofrämjande/förebyggande och samskapande. En målbild för Effektiv och nära vård är framtagen och alla kommuner i länet tillsammans med Region Uppsala har ställt sig bakom den. Omställningen är en förutsättning för att hälso- och sjukvården och den kommunala vård- och omsorgen ska vara fortsatt effektiv och av hög kvalitet. Den behövs också för att kunna möta den demografiska utvecklingen och invånarnas behov.

Vad gäller arbetet kring effektiv och nära vård under 2024 har det skett inom flera olika områden. För det förebyggande och hälsofrämjande arbetet har exempelvis Tidiga samordnade insatser (TSI) fortsatt och utvecklats, en operativ samverkansgrupp för barn och unga har återupptagits och samverkan mellan BVC och förskola likaså. Vad gäller arbetet med samordnad individuell plan (SIP) har även det utvecklats. I länet hålls särskilda fördjupningstillfällen i SIP en gång/termin där medarbetare kan delta för att fördjupa sin kunskap. Utöver detta har en SIP-samordnare tillsatts inom Socialtjänstens förebyggarteam, barn och unga för att underlätta arbetet med SIP. Dessutom har en rutin för SIP skapats och delats med vårdcentralerna. Dock har arbetet med SIP i det gemensamma kommunikationssystemet Cosmic Link pausats då brister i systemet visat att sekretessen inte kan säkras.

Som en del i omställningsarbetet finns också en länsövergripande plan att starta upp riktade hälsosamtal till 40 åringar för att i ett tidigt skede upptäcka eventuell ohälsa. Det fanns förhoppningar om att påbörja samtalen under året, men familjeläkarna i Håbo räknar med att komma i gång med det arbetet under 2025. I slutet av 2023 bjöd SKR in till ett digitalt informationstillfälle som handlade om omställningen utifrån socialtjänstens perspektiv. Där gav en kommun ett exempel på hur de arbetat med riktade hälsosamtal inom LSS. Det ledde till att Håbo kommun tog kontakt med regionen och under 2024 påbörjade Håbo kommun tillsammans med vårdcentralerna arbetet med riktade hälsosamtal för målgruppen LSS. Detta är fortfarande i förberedelsestadiet då det kräver en hel del arbete med målsgruppsanpassning av material. Förutom detta har arbetet med att öka det hälsofrämjande arbetet inom LSS fortsatt. Det har gjorts genom "Fokusgrupp hälsa" som är ett slags utbildningspaket som huvudsakligen handlar om fysisk hälsa med fokus på kost och motion men det kan även handla om psykisk- och social hälsa. Utöver detta har ett för äldreomsorgen anpassat gym nu öppnats även för denna målgrupp.

Vad gäller personer som har någon form av samsjuklighet, alltså två eller flera diagnoser samtidigt, i detta fall, missbruk eller beroende och annan psykiatrisk diagnos har Region Uppsala och Håbo kommun påbörjat arbetet med en gemensam samsjuklighetsprocess. En annan del av Effektiv och Nära vård 2030 är införandet av Vårdcentrum Håbo/Enköping. Vårdcentrum är en ny vårdnivå som innehåller bland annat vårdcentral,

Vård- och omsorgsförvaltningen

vissa specialistmottagningar, jourmottagning, tandvård, labb och röntgen. Vårdcentrum fungerar också som bas för mobila team och erbjuder närvårdsplatser där patienten kan få inläggande vård på primärvårdsnivå. I januari 2024 hölls en workshop gällande vårdcentrum Håbo/Enköping med deltagare från Håbo, Enköping och Region Uppsala. Dock har det under året funnits en del utmaningar. Dialogerna kring de fysiska lokalerna har pausats och i stället fokuserar vårdcentrumarbetet på samverkansprocesser.

Region Uppsala och länets kommuner har redan under 2023 arbetat fram en gemensam överenskommelse gällande palliativ vård. Det innebar bland annat att alla verksamheter i länet uppdragits att öka täckningsgraden i palliativa registret. Detta har dock inte fungerat fullt ut i hela länet, även om Håbo kommun nu registrerar 100% av sina ärenden.

Under hösten 2023 startade Håbo kommun upp hälsosamtal för äldre med syftet att minska den ofrivilliga ensamheten. Projektet riktade sig då till personer över 80 år utan hemtjänstinsatser. Satsningen togs emot väl och har därför även fortsatt under 2024, men i år har även personer med hemtjänst inkluderats. Tack vare hälsosamtalen har personer kunnat lotsas till olika typer av hälso- och sjukvård, men även till aktiviteter hos den kommunala träffpunkten och Svenska kyrkan. En del har även fått stöd i ansökan om hemtjänst och färdtjänst. Under samtalen har de äldre själva framfört önskemål om pratcafé, dit personer kan gå utan krav på att göra något, men att där finns möjlighet att prata och umgås. Håbo kommun hörsammade detta och startade under året upp ett pratcafé tillsammans med SPF (Sveriges pensionärsförbund) och PRO (Pensionärernas riksorganisation). Detta har fallit väl ut med 20–40 besökare per gång och planen är att fortsätta under 2025. Pratcaféet riktar sig till alla åldrar.

Utvecklingsarbete vård i hemmet

Vård i hemmet har nu fått en nystart och går från att ha varit fokuserad på specialiserad palliativ vård till att nu jobba utifrån fyra nya områden:

- Teamsamverkan på primärvårdsnivå inkl. fast vårdkontakt på riktigt
- Samverkan kring specialiserad vård i hemmet
- Samverkan kring psykisk hälsa
- Disruptiv samverkande vård i hemmet.

Läkemedelsautomater

Under december 2023 startade förvaltningen upp med läkemedelsautomater i hemtjänst/hemsjukvård. Under året har 10 – 15 automater funnits ute. Det har fungerat väldigt väl för de flesta brukare/patienter. Insatsen planeras att utökas under 2025. Alla som har behov av en läkemedelsautomat ska kunna få tillgång till en.

7.1.11 Samverkan 2024

I Uppsala län har kommunerna och regionen en gemensam samordning och ledning av hälsosystemets områden inom samverkansorganisationen hälsa, stöd, vård och omsorg (HSVO). Samverkan inom HSVO utgår från Strategi för samverkan inom HSVO 2024–2026 som är politiskt beslutad av kommunfullmäktige och regionstyrelsen. Utifrån strategin upprättades en samverkansplan med tillhörande aktivitetslista för lokal samverkan

Vård- och omsorgsförvaltningen

I Samrådet har politiker från vårdstyrelsen, sjukhusstyrelsen, socialnämnden, vård-och omsorgsnämnden och utbildningsnämnden deltagit. Även utsedda tjänstepersoner, såsom förvaltningschef, förändringsledare för effektiv och nära vård samt samverkansstrateg inom HSVO har deltagit. Samrådet har träffats fyra gånger under 2024. Till samråden har representanter från olika projekt och verksamheter bjudits in för att ge en bild av nuläget och dialoger utifrån olika teman.

I tjänsteledningen HSVO Håbo har följande funktioner deltagit: förvaltningschefer vård- och omsorgsförvaltningen och socialförvaltningen, verksamhetschefer för vårdcentralerna, Förändringsledare Effektiv och nära vård, verksamhetschef elevhälsan, samverkansstrateg inom HSVO, sektionschef beroende- och neuropsykiatri, vårdchef Enköpings lasarett, samt verksamhetsområdeschef för Nära vård och hälsa

Tjänsteledningen har träffats fem gånger under 2024. Vid tjänsteledningens sammanträden har aktivitetslistan varit ett levande dokument och mötenas innehåll har styrts utifrån den. Tjänstepersoner från olika projekt bjudits in för att beskriva nuläget.

Vilka områden som ingått i samverkan beskrivs under rubriken ”Effektiv och nära vård”. För en djupare beskrivning finns också ”Samverkansberättelse Hälsa, stöd, vård och omsorg (HSVO) Håbo 2024”

7.1.12 Övrigt arbete

Förvaltningen har under år 2024 fortsatt att arbeta med verksamhetsstyrning, målarbete och uppföljning. Förvaltningen föreslog förra året ett förstärkt och heltäckande arbete för att kunna säkerställa att nämndens verksamheter på ett strukturerat sätt jobbar med grunduppdragets enligt kommunens styrmodell. Kritiska kvalitetsfaktorer, nyckelindikatorer, kvalitetsmått, utvecklingsmål, volym- och resursmått samt arbeta med kvalitet och kontroll kopplat till riskprocesser inom nämndens verksamheter har utgjort grunden i verksamheternas planering och verkställighet. Nämnden kan nu tydligare erhålla ett ”resultat” för måluppfyllelsen i den traditionella målstyrningen, grunduppdragets intentioner och den ekonomiska styrningen.

7.2 Riskanalyser

Riskanalyser är ett proaktivt arbete och görs för att identifiera och värdera risker, identifiera de bakomliggande orsakerna och att föreslå åtgärder som minskar riskerna eller dess konsekvenser.

Exempel på genomförda riskbedömningar är:

- Förändringar i arbetssätt
- Införande av nytt verksamhetssystem
- Införande av IBIC
- Ökat inflöde av brukare efter pandemin
- Platsbrist i särskilda boenden
- Arbetsmiljörelaterad riskanalys
- Ny lagstiftning LSS
- Tekniska problem (nätåtkomst på arbetsplats)
- Distansarbete

Vård- och omsorgsförvaltningen

- Ökade kostnader för köpta platser
- Riskbedömning i brukarens hem/lägenhet

7.3 Intern kontroll (IKT)

Arbetet med internkontrollen för år 2024 har genomförts enligt plan. Återrapportering har skett till nämnd under december/januari 2024/2025. Utfall på samtliga kontroller och åtgärdsplaner återfinns i särskilt ärende. Nämnden rapporterar även årligen in en analys och utvärdering av systemet och rutiner för intern kontroll till kommunstyrelsen, vilket kommer genomföras under kvartal 2, 2025. Här redogörs i stället för hur arbetat med den interna kontrollen genomförts under 2024. Inför genomförandet av intern kontroll påbörjas under våren arbetet med upprättande av frågeformulär, stödmaterial, matriser och mallar för respektive kontroll- och processområde samt de moment som ingår i internkontrollplanen.

Under perioden juni - augusti genomfördes internkontroll 2024. Utfall redovisades övergripande i samband med delårsuppföljningen och registreras även i ledningssystemet för det systematiska kvalitetsarbetet. Förvaltningens ledningsgrupp erhöll en genomgång av utfallet för att kunna arbeta internt med sina verksamheter och upprätta åtgärdsplaner. Den slutliga rapporten inklusive åtgärderna gick upp i nämnd enligt rutin vid årets slut om inte allvarliga brister identifieras, vilket i så fall rapporteras till nämnd omgående.

Parallellt med återrapportering av intern kontroll 2024 genomfördes arbetet med framtagande av internkontrollplan för kommande år. Resultaten av innevarande års internkontroll påverkar huruvida kontrollområden fortsatt föreslås inrymmas i kommande års internkontrollplan eller inte.

Förvaltningen genomför även riskbedömning med tjänstemän och politiker vid olika tillfällen för att identifiera risker inom nämndens verksamheter som är av vikt för grunduppdraget – det vill säga för verksamheten såväl som för målgrupperna. Riskbedömningarna med tillhörande riskanalyser genomfördes under hösten/vintern 2024. Utifrån dialogen och riskbedömningarna sammanställdes det dels i kvalitetsledningssystemet, dels i ärendet internkontrollplan som bereds till nämnd för beslut. Riskbedömningarna och kontrollområdena kompletterades med specifika kontrollmoment och kontrollpunkter, vilket redovisats i internkontrollplanen för 2024.

7.4 Egenkontroller

Egenkontroller är en systematisk uppföljning och utvärdering av den egna verksamheten och kontroll av att den bedrivs enligt de processer och rutiner som ingår i verksamhetens ledningssystem. Egenkontrollen ska göras i den omfattning och frekvens som krävs för att verksamhetens kvalitet ska kunna säkras.

Egenkontroller kan innefatta:

- Jämförelser av verksamhetens resultat med uppgifter i kvalitetsregister
- Jämförelser av verksamhetens resultat med uppgifter i öppna jämförelser
- Jämförelser av verksamhetens nuvarande resultat med tidigare resultat
- Brukarundersökningar
- Granskning av journaler, akter och annan dokumentation

Vård- och omsorgsförvaltningen

- Verksamhetsuppföljningar

Exempel på egenkontroller 2024:

- Basala hygienrutiner och klädregler SÄBO
- Förskrivningsprocessen elrullstol/lyftsele
- Dokumentation inom myndighet
- Läkemedelshantering ordinärt boende
- Vårdhygien HALT, punktprevalens mätning
- Årlig hygienrund
- Informationssäkerhet patientjournal
- Informationssäkerhet NPÖ
- Informationssäkerhet HSL
- Medicinsktekniska produkter

7.4.1. Verksamhetsuppföljningar

I hela förvaltningen har egenkontroller planerats av verksamheterna/enheterna med utgångspunkt i riskanalysen, inkomna synpunkter och avvikelser, incidenter samt lagstiftade och politiska mål.

Enhetsspecifika kontroller kan bland annat handla om att regelbundet följa upp volymer, ej verkställda beslut, säkerställa att delaktighet säkerställs, att alla brukare har en aktuell genförandeplan, utredningstider, antal individuppföljningar och ärendemängd samt antal ärenden per handläggare/specialist.

7.4.2 Undersökningar

Årligen genomförs en varierande mängd kvalitetsundersökningar. Den kanske viktigaste är Socialstyrelsens brukarundersökning ”Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?” som genomförs årligen inom särskilt boende och inom hemtjänsten. Förvaltningen rapporterar i övrigt statistiska underlag till flera olika nationella undersökningar.

De flesta av resultaten publiceras i Kommun- och landstingsdatabasen (Kolada) och i projektet Kommunens kvalitet i korthet, KKiK, andra redovisas i Socialstyrelsens officiella statistik och öppna jämförelser. Dessa undersökningar är en viktig källa till kunskap och en grund för det ständiga förbättringsarbetet.

Vård- och omsorgsförvaltningen

Trender hemtjänst /SÄBO (andelen nöjda eller mycket nöjda i undersökningen ”Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?”)

Särskilt boende för äldre	2022	2023	2024
F4 Fick plats på önskat äldreboende	93	83	
F5 Trivs med sitt rum/sin lägenhet	83	66	73
F6 Tycker det är trivsamt i gemensamma utrymmen	65	54	59
F7 Tycker det är trivsamt utomhus runt boendet	62	86	76
F8 Tycker att maten smakar bra	50	73	69
F9 Upplever måltiderna som en trevlig stund	63	66	58
F10 Personalen har tillräckligt med tid för arbetet	64	69	72
F11 Personalen brukar informera om tillfälliga förändringar	26	42	47
F12 Kan påverka vid vilka tider man får hjälp	47	59	66
F13 Får bra bemötande från personalen	91	90	93
F14 Personalen tar hänsyn till den äldres egna åsikter och önskemål	75	74	76
F16 Känner sig trygg på sitt äldreboende?	84	83	83
F17 Känner förtroende för personalen	80	80	85
F18 Är nöjd med de aktiviteter som erbjuds på äldreboendet	52	43	46
F19 Möjligheterna att komma utomhus är bra	49	56	73
F20 Besvärar inte av ensamhet	39	37	33
F21 Har lätt att få träffa sjuksköterska vid behov	83	76	76
F22 Har lätt att få träffa läkare vid behov	59	58	74
F23 Har lätt att få kontakt med personalen på äldreboendet vid behov	74	78	88
F24 Är sammantaget nöjd med äldreboendet	78	71	85
F25 Vet vart man vänder sig med synpunkter och klagomål	35	27	43
F27 Fungerande samarbete mellan anhörig och boendet	74	85	91

Tabellen ovan visar hur nöjdheten på samtliga frågor i den nationella undersökningen utvecklats över tid mellan 2023 - 2024. Bemötande är en fråga som erhåller hög grad av nöjdhet bland de äldre som är brukare i kommunens äldreomsorg. Tillgänglighet till sjuksköterska och läkare är också områden med hög grad av nöjdhet i en nationell jämförelse. Vart man ska vända sig med synpunkter och klagomål samt möjligheterna till påverkan och information om förändringar behöver tydligt förbättras.

Förbättrande åtgärder är redan planerade och igångsatta för 2025.

Den gröna färgen i 2024 års kolumn visar att frågeområdet har fått ett förbättrat utfall 2024 än 2023. Den sammantagna nöjdheten 2024 ligger på en nationellt hög nivå vilket är särskilt glädjande.

Vård- och omsorgsförvaltningen

Hemtjänsten	2022	2023	2024
F5 Handläggarbeslutet är anpassat efter den äldres behov	68	65	69
F6 Fick välja utförare av hemtjänsten	63	28	---
F7 Vet vart man vänder sig med synpunkter och klagomål	64	51	58
F8 Personalen tar hänsyn till den äldres egna åsikter och önskemål	89	68	83
F9 Kan påverka vid vilka tider man får hjälp	61	51	52
F10 Personalen utför sina arbetsuppgifter bra	81	75	76
F11 Personalen kommer på avtalad tid	85	64	74
F12 Personalen har tillräckligt med tid för arbetet	81	75	80
F13 Personalen brukar informera om tillfälliga förändringar	64	38	45
F14 Får bra bemötande från personalen	96	92	92
F16 Känner sig trygg hemma med hemtjänst	86	80	79
F17 Känner förtroende för personalen	89	78	78
F18 Besväras av ensamhet	14	15	11
F19 Har lätt att få kontakt med personalen vid behov	80	55	52
Brukar du kunna påverka vid vilka tider personalen kommer	61	35	52
F20 Är sammantaget nöjd med hemtjänsten	85	77	74
F22 Fungerande samarbete mellan anhörig och hemtjänsten	90	57	---

Tabellen ovan visar hur nöjdheten på samtliga frågor i den nationella undersökningen utvecklats över tid inom hemtjänsten. Bemötande är en fråga som erhåller hög grad av nöjdhet bland de äldre som är brukare i kommunens hemtjänst. Det är skillnad på nöjdheten bland kommunens olika hemtjänstutförare/enheter.

Förbättrande åtgärder är redan planerade och igångsatta.

Den gröna färgen i 2024 års kolumn visar att frågeområdet har fått ett förbättrat utfall 2024 än 2023.

7.4.3 Kommunens kvalitet i korthet (KKiK)

KKiK är ett nationellt projekt som omfattar nästan 200 kommuner. De utmanar sig själva genom att ta fram nyckeltal och jämföra resultat för att lära och utveckla verksamheten. KKiK ger en bra lägesbild av kommunen som kan utgöra grund för styrningen av kommunen, och i dialog med medborgarna samt för utveckling. Kommunens Kvalitet i Korthet redovisar och jämför resultat inom områden som är av stort intresse för invånarna. Det är i huvudsak den politiska ledningens underlag och verktyg för att styra och bidra till en demokratisk dialog med medborgarna. Resultaten har ambitionen att i ett övergripande perspektiv beskriva kommunens kvalitet och effektivitet i jämförelse med andra kommuner.

7.4.3.1. Personalkontinuitet

Personalkontinuitet, antal personal som en hemtjänsttagare med minst 2 besök dagligen möter under 14 dagar, medelvärde, Håbo, värde: 19, år: 2024. Källa Kolada



Vård- och omsorgsförvaltningen

Personkontinuiteten mäts inom ramen för KKiK årligen. Värdet uttrycker ett medelvärde, antal olika personer som en hemtjänsttagare möter under en 14 dagas period. Viss försämring mellan 2023 och 2024 men ändå ett värde på en genomsnittlig nivå i en nationell jämförelse. Kontinuitet i denna form är en viktig kvalitetsmarkör och en trygghetsskapande faktor för äldre. Kontinuiteten behöver förbättras inom hemtjänsten 2025.

7.4.3.2 Väntetider

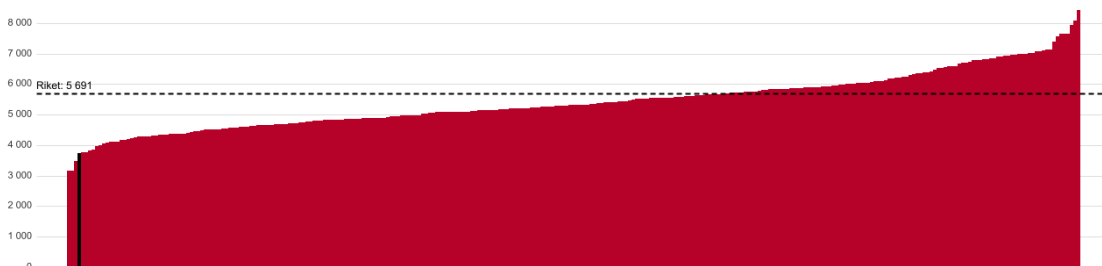
Väntetid i antal dagar från ansökningsdatum till första erbjudet inflyttningsdatum till särskilt boende, medelvärde, Håbo, värde: 77, år: 2024. Källa Kolada



Kommunen har under 2024 haft en servicegrad i paritet till behovet. Väntetiden är inom ramen för lagstiftningens krav. I och med beslutet om upprustningen av Pomona finns en plan för tydligt förbättrad servicegrad över tid. Väntetiden har minskat mellan 2023 och 2024.

7.4.4 Fallskador

Fallskador bland personer 80+, 3-årsrm, antal slutenvårdstillfällen/100 000 inv. Källa: Kolada (År: 2023)



Antal personer som vårdats i slutenvård pga. fallskador per 1000 invånare 80 år. Fallolycka definieras genom de yttre orsakskoderna W00-W19, enligt klassifikationen ICD 10 - SE.

Avser endast personer vårdades inom slutenvård på grund av fall, d.v.s. som blivit in- och utskrivna från sjukhus. Avser genomsnitt för tidsperioden år T-2 till år T. Källa: Socialstyrelsen Patientregistret

Vård- och omsorgsförvaltningen

7.4.5. Brukarundersökning myndighetsutövning/biståndsbedömning FOU

I samverkan med region Uppsala län/FOU genomförs årligen en brukarundersökning kring hur enskilda har upplevt biståndsbedömningen/handläggningen av sitt ärende eller anhörigs ärende utifrån en rad indikatorer till exempel bemötande, delaktighet, och tillgänglighet. Håbo kommun har valt att delta vart annat år och deltog i mätningen 2023.

Det samlade (och officiella) resultatet har inte redovisats i skrivande stund och kommer därför att redovisas i kommande kvalitetsberättelse. De preliminära resultaten visar dock en hög grad av nöjdhet kring bland annat bemötandet.

7.4.6 Systematisk individuppföljning

Inom myndighetsutövning enligt Socialtjänstlagen pågår ett fortsatt utvecklingsarbete kring systematisk individuppföljning. Den systematiska individuppföljningen behöver utvecklas ytterligare under kommande år som en del av det systematiska förbättringsarbetet. Inom äldreomsorgen registreras individuppföljning som görs inom hemtjänst och vård- och omsorgsboenden. Dessa uppföljningar fångar upp brukarnas upplevelser om vården och omsorgen till exempel delaktighet, bemötande, förtroende, trygghet, tillgänglighet och generell nöjdhet. Dessa uppföljningar blir därmed en viktig del av det systematiska förbättringsarbetet.

7.4.7 Anhörigstöd

Enligt socialtjänstlagen är kommunerna skyldiga att erbjuda stöd till anhöriga som ger vård eller stöd till någon de står nära. Anhörigstödet ska kännetecknas av individualisering, flexibilitet och kvalitet.

5 kap.10 § socialtjänstlagen (2001:453), SoL, som anger att ”socialnämnden ska erbjuda stöd för att underlätta för de personer som vårdar en närstående som är långvarigt sjuk eller äldre eller som stödjer en närstående som har funktionshinder”

Anhörigas behov

Anhörigas behov kan enligt Socialstyrelsen delas in i tre övergripande kategorier:

1. I första hand är anhöriga beroende av att välfärdens insatser till den enskilde fungerar – det är en förutsättning för att deras egna insatser ska vara frivilliga och inte för omfattande.
2. Därtill önskar många anhöriga att den information de delger beaktas, att de insatser de gör uppmärksammas och att deras egna behov tas hänsyn till – det som kallas ett anhörigperspektiv i vården och omsorgen.
3. Därutöver kan anhöriga ha behov av stöd för egen del, såsom information, utbildning, avlösning, ekonomiskt stöd och samtalsstöd

Stödet till anhöriga inom ramen för nämndens verksamheter sker på flera olika sätt och i olika former. Några exempel följer nedan:

- Anhörigkonsulten erbjuder olika former av stöd för att underlätta för de personer som vårdar en närstående som är långvarigt sjuk, äldre eller som stödjer en närstående som har en funktionsnedsättning. Anhöriga som vänder sig till

Vård- och omsorgsförvaltningen

anhörigkonsulenterna kan få stöd i form av, informativa samtal, stödsamtal och vägledning. Annat som erbjuds är anhöriggrupper och föreläsningar.

- I den dagliga verksamheten (särskilt boende och hemtjänst) utgör stödet till anhöriga en mycket viktig del av arbetet. Anhöriga är ständigt närvarande och behöver till följd av livets svängningar stöd och information i olika former. Inom en familj kan det finnas motstridiga önskemål eller det kan vara komplicerade relationer. Det är viktigt att se varje individ i sitt sammanhang och göra en bedömning utifrån detta
- Många anhöriga är delaktiga i vården och omsorgen av sina nära och kära.
- I nämndens utåtriktade insatser nås många anhöriga av viktig information och stöd.
- Öppna verksamheter erbjuds anhöriga.
- Avlösning/avlastning erbjuds. Syftet med insatsen avgör alltså om det är stöd för anhöriga. Den anhörige kan då känna trygghet och inte behöver oroa sig för att den anhörige inte får den vård och hjälp som han eller hon behöver.

Kommunens samlade anhörigstöd runt årsrika behöver ses över och strategier framåt behöver formuleras.

7.4.8 Avtals- och verksamhetsuppföljningar

Myndighet har under året kontinuerligt följt upp utförare som är direktupphandlade, ofta i samband med att handläggare ska följa upp beviljad insats och förlänga beslut eller när behov har initierats av handläggare eller utförare.

Vård- och omsorgsnämnden har under 2024 fatta beslut om att avtals- och verksamhetsuppföljningar ska vara en del av internkontrollarbetet 2025. Nämnden har också beslutat att förvaltningen ska utreda LOV- systemet i kommunen och analysera huruvida en LOU upphandlad och konkurrensutsatt verksamhet kan utgöra ett alternativ. Kommunen har en utförare i det nuvarande LOV systemet.

7.5 Synpunkter/klagomål och avvikelser

7.5.1 Synpunkter/klagomål

Synpunkts- och klagomålshantering är en viktig del i kvalitetsarbetet och ger medborgare, brukare, anhöriga med flera möjligheter att bidra till förbättringar av verksamheterna. Under 2024 har 14 stycken synpunkter registrerats. Synpunkterna har till stor del handlat om medborgares synpunkter/klagomål på genomförda och/eller planerade politiska beslut.

7.5.2 Avvikelser

Medarbetare inom socialtjänsten och inom hälso- och sjukvård ska medverka till att den verksamhet som bedrivs och de insatser som genomförs är av god kvalitet. Ett led i detta är att rapportera avvikelser som en del i det systematiska kvalitetsarbetet.

Den som bedriver socialtjänst ska utan dröjsmål dokumentera, utreda, avhjälpa eller undanröja ett missförhållande eller en påtaglig risk för ett missförhållande enligt 14 kap. 6 § Socialtjänstlagen (2001:453). Detta sker genom avvikelserrapportering, synpunkter och klagomål samt anmälan om missförhållande enligt Lex Sarah. Att rapportera, utreda

Vård- och omsorgsförvaltningen

och följa upp avvikelser, klagomål och synpunkter är ett viktigt led i det systematiska förbättringsarbetet inom vård- och omsorgsnämndens verksamheter.

Vård- och omsorgsnämndens verksamheter ska i enlighet med 5 kap. 3§ SOSFS 2011:9 om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete ta emot och utreda avvikelser, klagomål och synpunkter på verksamhetens kvalitet. Dessa ska sammanställas och analyseras för att kunna se brister eller mönster som indikerar att det kan finnas brister i verksamhetens kvalitet. Verksamheterna behöver även vidta åtgärder för att liknande händelser inte riskerar att inträffa på nytt.

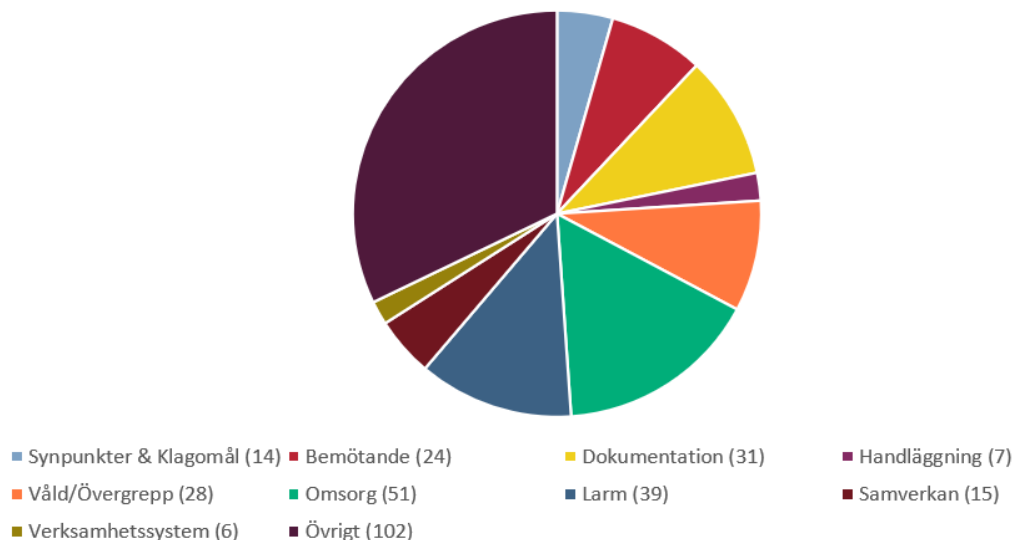
Av SOSFS 2011:9 definieras avvikelser enligt nedan:

- En avvikelse uppstår om verksamhet inte når upp till kvalitet – dvs. inte efterlever lag, krav och mål i föreskrifter eller beslut.
- En avvikelse uppstår om verksamheten inte arbetar i enlighet med processer och rutiner som ingår i ledningssystemet
- Identifierade avvikelser ska åtgärdas
- Identifierade avvikelser ska leda till att processer och rutiner ses över utifrån rapporterade avvikelser och hindra att det inträffade uppstår på nytt
- Det systematiska förbättringsarbetet är inte till för att hitta syndabockar – utan lära sig av uppkomna misstag.

Inrapporterade avvikelser, synpunkter och klagomål kopplade till HSL aggregeras och analyseras separat i den årliga patientsäkerhetsberättelsen som återrapporteras i ett separat ärende. Nedan redovisas nämndens verksamheters upprättade avvikelser, inkomna klagomål och synpunkter samt vidtagna åtgärder och analys på aggregerad nivå för perioden 1 januari – 31 december 2024.

För perioden har totalt 317 SoL avvikelser, synpunkter och klagomål rapporterats och tagits emot inom nämndens samtliga verksamheter (jämför: 545 st. 2023, 712 st. 2022, 423 st. 2021). Resultatet för 2024 visar på en lägre rapportering än tidigare år. Jämförelse av rapporteringsfrekvensen för avvikelser, synpunkter och klagomål sammanställs även separat för respektive avdelning då nämndens ansvarsområde har varierat under åren och det aggregerade resultatet därav kan bli missvisande vid jämförelse. Nedan bild visar områdesfördelningen av inrapporterade avvikelser för nämndens hela ansvarsområde under den aktuella perioden.

Vård- och omsorgsnämndens ansvarsområde totalt



Av de inrapporterade avvikelserna sett till hela ansvarsområdet har flest avvikelser rapporterats inom följande områden:

- Övrigt
- Omsorg
- Larm

Cirka en tredjedel av de inrapporterade avvikelserna rapporteras inom område övrigt vilket försvarar analysen till en viss del. Att en större mängd avvikelser rapporteras inom det området kan indikera på en osäkerhet hos rapportören inom vilket området rapporteringen bör ske men även att områdeskategoriseringen i tidigare verksamhetssystem inte motsvarar behovet. Områdeskategoriseringen har setts över vid övergång till nytt verksamhetssystem under årsskiftet 2024 - 2025. Övergripande kan konstateras att rapporteringsbenägenheten skiljer sig mellan enheter inom nämndens ansvarsområde. Få inrapporterade avvikelser kan tyda på god kvalitet och goda effekter av vidtagna åtgärder men det kan också bero på en underrapportering. Utifrån enheternas analys av sina resultat framgår det att vissa enheter inom nämndens ansvarsområde bedöms ha en underrapportering. Dock visar analysen även på minskad rapportering av avvikelser inom vissa enheter där minskningen kan kopplas till vidtagna förbättringsåtgärder. Majoriteten av förvaltningens enheter har skapat en god grund där enheten kan identifiera avvikelser och på så sätt skapa goda förutsättningar för ett förbättringsarbete.

Under 2024 har förvaltningen genomfört insatser gällande utbildning och stöd kring avvikelshantering i samband med byte av verksamhetssystem. Arbetssättet och ansvarsfördelningen gällande avvikelshantering har ändrats i vissa avseenden i och med övergången till det nya verksamhetssystemet, detta har tydliggjorts genom framtagande av rutiner och lathundar samt genomgång av den nya avvikesmodulen i verksamhetssystemet. Övergången till den nya modulen för avvikelserapporteringen har genomförts vid årsskiftet 2024 – 2025.

Vård- och omsorgsförvaltningen

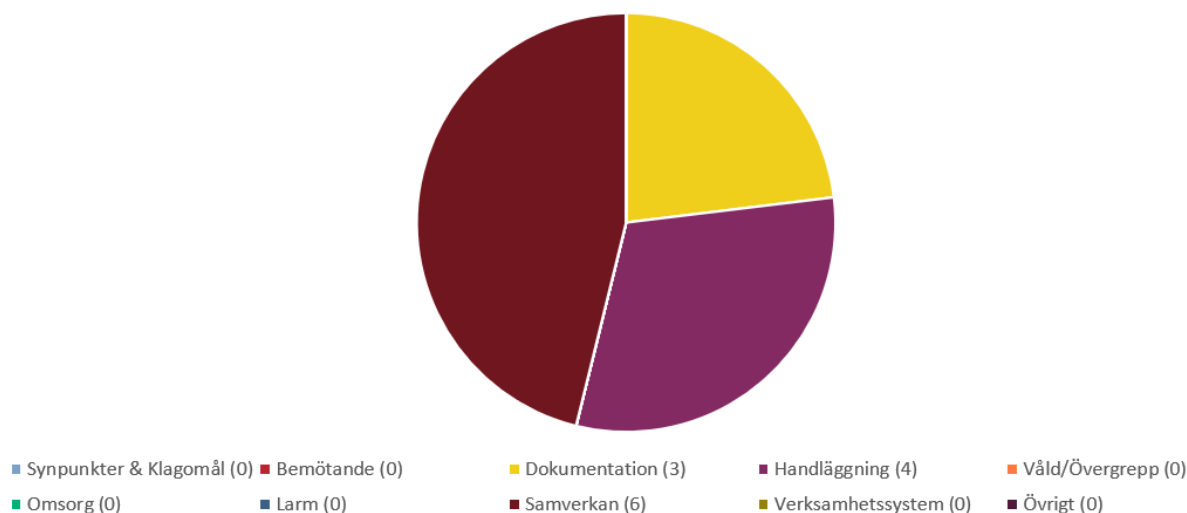
Förvaltningen bedömer att enheterna fortsatt behöver arbeta löpande med att stärka återkopplingen till medarbetarna, säkra samverkan, tydliggöra och repetera syftet med avvikelserapportering, stärka medarbetarnas delaktighet och förståelse för processen samt arbeta för att en tillåtande rapporteringskultur råder i verksamheterna. Detta för att stimulera till och bibehålla en god rapportering som en del av det systematiska kvalitetsarbetet.

Under perioden har 9 synpunkter och klagomål inkommit till förvaltningen via kommunens kontaktcenter. Samtliga har inkommit av privatpersoner. De klagomål som inkommit är till största del kopplade till distribueringen av matlådor inom hemtjänsten samt ändringar gällande regleringen av färdtjänst. Inga klagomål har under året inkommit till förvaltningen via Inspektionen för vård och omsorg (IVO).

Myndighetsavdelningen

För perioden har totalt 13 avvikelser, synpunkter och klagomål upprättats och tagits emot inom avdelningens enheter under perioden 1 januari – 31 december 2024. Nedan bild visar områdesfördelningen av avdelningens inrapporterade avvikelser under den aktuella perioden.

Myndighetsavdelningen



Av de inrapporterade avvikelserna har flest avvikelser rapporterats inom följande områden:

- Samverkan
- Handläggning
- Dokumentation

För avdelningen medför antalet en mindre ökning rapporterade avvikelser från föregående år samt en ökning under en flerårsperiod. Detta bedöms inte föräntas av en försämrad kvalitet utan att tidigare utvecklingssatsningar har medfört att enheterna ökat sin medvetenhet kring avsteg från kvaliteten vilket lett till den ökade inrapporteringen av avvikelser. Att enheten i större utsträckning kan identifiera avvikelser skapar goda förutsättningar för förbättringsarbete. Majoriteten av avvikelserna handlar om följsamhet

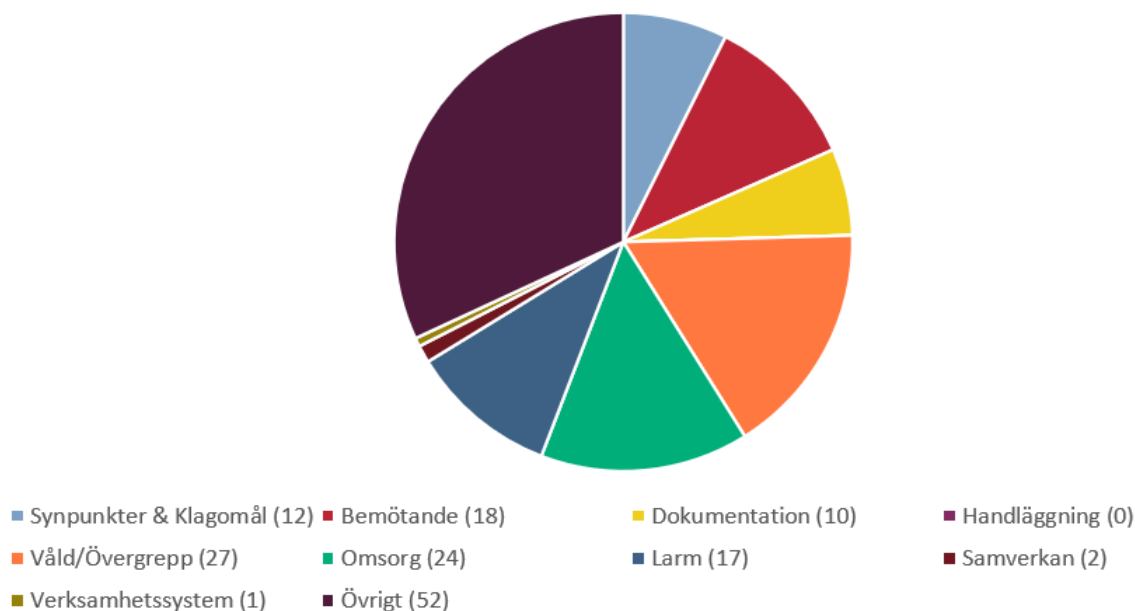
Vård- och omsorgsförvaltningen

till rutiner och åtgärder har vidtagits kopplade till händelserna. Verksamheten har under året arbetat aktivt för att öka rapporteringsfrekvensen bland annat genom att medarbetare medverkat i utbildningsinsatser gällande avvikelserapportering, förevisningar internt inom enheten samt belysning av avvikelser vid introduktion av nyanställda medarbetare.

Avdelningen för äldreomsorg och sjukvård i hemmet

För perioden har totalt 163 avvikelser, synpunkter och klagomål upprättats och tagits emot inom avdelningens enheter under perioden 1 januari – 31 december 2024. Nedan bild visar områdesfördelningen av avdelningens inrapporterade avvikelser under den aktuella perioden.

Avdelningen för äldreomsorg och sjukvård i hemmet



Av de inrapporterade avvikelserna har flest avvikelser rapporterats inom följande områden:

- Övrigt
- Vård och övergrepp
- Omsorg

Cirka en tredjedel av de inrapporterade avvikelserna rapporteras inom område övrigt vilket försvarar analysen till en viss del.

Att en större mängd avvikelser rapporteras inom det området kan indikera på en osäkerhet hos rapportören inom vilket område rapporteringen bör ske men även att områdeskategoriseringen i tidigare verksamhetssystem inte motsvarar behovet. Verksamheterna identifierar själva i sin analys att behov finns på verksamheterna att löpande tydliggöra och repetera syftet med avvikelserapportering för att säkerställa en god rapportering.

Antalet avvikelser kopplade till våld- och övergreppshändelser är relativt likalydande med 2023 års rapportering. Verksamheterna har under året aktivt arbetat med

Vård- och omsorgsförvaltningen

framtagande av rutiner, riskbedömningar och handlingsplaner för att hantera uppkomna hot- och våldssituationer. Verksamheterna arbetar även förebyggande genom att se över aktiviteter, personalkontinuitet och bemötande för att minimera risken för hot- och våldshändelser. Bedömningen är att åtgärderna ger god effekt men risken för hot och våld är ibland svår att förutse hos enskilda som är nyinflyttade eller försämras i sin sjukdom.

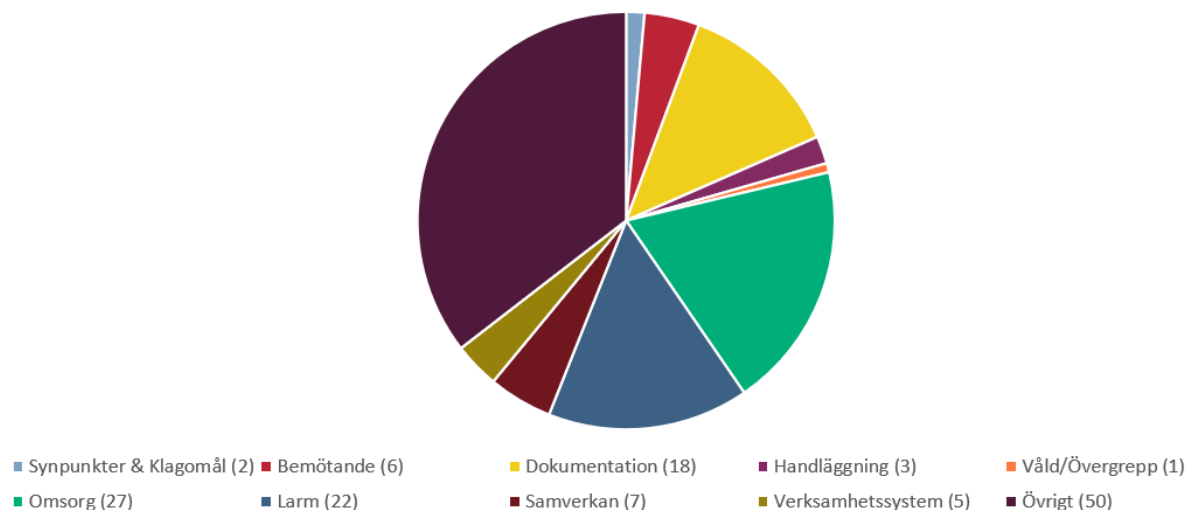
Rapporteringsbenägenheten är stabil och jämnt fördelad under året dock skiljer sig antalet rapporterade avvikelser sig mellan avdelningens enheter. Flera av avdelningens enheter har i sin analys bedömt att det finns en underrapportering av avvikelser, synpunkter och klagomål samt identifierat avvikelshantering som ett fortsatt utvecklingsområde för 2025.

Verksamheter beskriver även i sina analyser att vidtagna åtgärder under året har gett goda effekter. Exempelvis har avvikelserna kopplade till larm minskat utifrån tidigare vidtagna åtgärder.

Avdelningen för hemtjänst

För perioden har totalt 141 avvikelser, synpunkter och klagomål upprättats och tagits emot inom avdelningens enheter under perioden 1 januari – 31 december 2024. Nedan bild visar områdesfördelningen av avdelningens inrapporterade avvikelser under den aktuella perioden.

Avdelningen för hemtjänst



Av de inrapporterade avvikelserna har flest avvikelser rapporterats inom följande områden:

- Övrigt
- Omsorg
- Larm

Cirka en tredjedel av de inrapporterade avvikelserna rapporteras inom område övrigt vilket försvarar analysen till en viss del. Att en större mängd avvikelser rapporteras inom det området kan indikera på en osäkerhet hos rapportören inom vilket område

Vård- och omsorgsförvaltningen

rapporteringen bör ske men även att områdeskategoriseringen i tidigare verksamhetssystem inte motsvarar behovet. Detta understöds av att ett enheterna själva i sin analys identifierat ett behov av fortsatt kompetensutveckling för medarbetare gällande att identifiera och kategorisera avvikelser. Avdelningens enheter har under året haft varierande förutsättningar för avvikelshantering sett till organisation. Vissa enheter har under året inte haft nyckelfunktioner tillsatta och enhetschef har till viss del saknats under året. Hanteringen av avvikelser har dock fortsatt kontinuerligt av utsedd ersättande funktion. Avdelningen har identifierat förbättringsområden och åtgärder kopplade till dessa. Enheterna bedömer att områden som behöver prioriteras är att lyfta avvikelser i medarbetargruppen och gå igenom avvikelser som sker återkommande för att rätt åtgärder ska kunna vidtas. Detta har stor betydelse för ökad kvalitet och för att minimera risken för att allvarliga brister ska uppkomma. Åtgärder planeras även för att förbättra och säkerställa kommunikation och samverkan inom enheterna. Avdelningen har under året kunnat identifiera en underrapportering av avvikelser varpå åtgärder vidtagits och berörd enhet har kunnat se resultat av de vidtagna åtgärderna. Dock bedöms medarbetare vara i behov av kontinuerligt stöd för att bibehålla en god rapportering för att skapa goda förutsättningar för förbättringsarbete.

7.5.3 Lex Sarah

All personal som arbetar inom äldre- och omsorgsförvaltningen har skyldighet enligt lag att rapportera missförhållande eller risk för missförhållande. Ett allvarligt missförhållande eller risk för allvarligt missförhållande ska anmälas till inspektionen för vård och omsorg (IVO) snarast. Under 2024 har en händelse kopplad till enskilda inom nämndens verksamhetsområde skett som har utretts enligt lex Sarah. Händelsen inträffade inom avdelningen för äldreomsorg och sjukvård i hemmet. Händelsen bedömdes som risk för missförhållande och anmäldes därav inte till Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Händelsen resulterade i att förbättringsåtgärder kunde identifieras. Åtgärderna vidtog i direkt anslutning till händelsen men finns också med i verksamhetens pågående förbättringsarbete med tillhörande plan för uppföljning. Under åren 2021 - 2024 har händelser som utretts enligt lex Sarah samt anmälts till IVO fördelats enligt följande:

	2021	2022	2023	2024
Genomförda utredningar enligt lex Sarah	1	7	4	1
Genomförda utredningar enligt lex Sarah som anmälts till IVO*	1	4	1	0

**Händelser som utifrån utredning bedömts som allvarligt missförhållande eller påtaglig risk för allvarligt missförhållande och därav anmälts till IVO enligt gällande bestämmelser.*

Under 2021 hade dåvarande förvaltning identifierat en underrapportering av avvikelser och ett större förbättringsarbete och kompetenshöjning kring avvikelserrapportering och förfarandet enligt lex Sarah startades under 2022. Detta resulterade i en högre rapporteringsfrekvens och flera händelser utreddes enligt lex Sarah. Från och med 1 januari 2022 minskade vård- och omsorgsnämndens verksamhetsområde i och med att LSS verksamheternas övergång till socialnämndens ansvarsområde. Detta medförde ett minskat ansvarsområde för vård- och omsorgsnämnden vilket även återspeglas i minskat antal utredningar enligt lex Sarah under 2023 och 2024.

Vård- och omsorgsförvaltningen

Vidtagna åtgärder syftar till att missförhållanden eller risker för missförhållanden inte ska upprepas och på så sätt förbättra verksamheten som en del i det systematiska förbättringsarbetet. De händelser som tidigare har utretts enligt lex Sarah har inte återkommit under 2024. Utifrån detta görs slutsatsen att åtgärder som tidigare vidtagits har varit relevanta.

För att minska risken för underrapportering ser förvaltningen att det finns behov av fortsatt kontinuerlig kompetensutveckling kring avvikelshantering och lex Sarah. Ett arbete kring detta påbörjades under 2022 och har fortgått tom 2024. Under 2024 har enhetschefer, legitimerad personal och medarbetare erbjudits stödande tillfällen i form av så kallade öppna forum. Öppna forum har erbjudits inom utvalda verksamhetskritiska områden så som exempelvis avvikelshantering och lex Sarah. Under 2024 har förvaltningen tagit fram ett digitalt kompetenshöjande material kring avvikelshantering och Lex Sarah. Detta material finns tillgänglig för samtliga medarbetare på intranätet. I och med den digitala formen är materialet nu tillgänglig för samtliga medarbetare och även under tider som passar verksamheten. Arbetet med att utöka digitala kompetenshöjande material planeras fortgå under 2025.

Under slutet av 2024 har rutin och övriga stödande dokument kring avvikelshantering, synpunkter och klagomål samt lex Sarah reviderats utifrån införandet av nytt verksamhetssystem och modul för avvikelshantering. Rutinen, och övriga stöddokument är praktiska hjälpmedel som syftar till att beskriva arbetets gång när en avvikelse/missförhållande upptäcks, rapporteras, utreds och följs upp inom förvaltningen.

Förvaltningen har tidigare identifierat ett behov av att utveckla former för att återföra kunskap från lex Sarah utredningar mellan verksamhetsområden i syfte att dra lärdom från utredningar, sprida kunskap om händelser och åtgärder för att minska risken att liknande händelser inträffar igen i verksamheterna. Detta har under 2024 arbetats med genom att införa avvikelser och lex Sarah som en stående punkt på ledningsgruppsmöten på förvaltnings- och avdelningsnivå. Detta planeras att fortgå även under 2025.

7.5.4 Lex Maria

Förvaltningen upprättar även årligen en patientsäkerhetsberättelse, vilket är en beskrivning av det systematiska patientsäkerhetsarbete som har skett under det gångna året. I den går att lära mer om vilka åtgärder som gjorts för att öka patientsäkerheten och vilka resultat som uppnåtts.

8. Medarbetarnas medverkan i kvalitetsarbetet

Verksamheter inom SoL/LSS ska enligt SOSFS 2011:9 6 kap 1§ säkerställa att personal arbetar i enlighet med processer och rutiner som ingår i ledningssystemet.

Respektive chef ska säkerställa att deras personal arbetar i enlighet med gällande rutiner och processer. Idag används olika tvärgrupper/tematräffar och arbetsplatsträffar (APT) för att göra personalen delaktig i det systematiska kvalitetsarbetet. Men det råder skillnader i systematik och frekvens mellan hur de olika enheterna gör personalen delaktiga i det systematiska kvalitetsarbetet.

Vård- och omsorgsförvaltningen

På tematräffarna arbetar flera enheter med gemensam analys och förbättringsarbete utifrån till exempel kvalitetsregistren, avvikelshanteringen, annan granskning.

Det finns också ett behov av att återkoppla andra delar i kvalitetsarbetet till personalen inom vissa verksamheter (avvikelser, Lex Sara rapporter, klagomål, brukarundersökningar, internkontrollrapporter osv).

Om inte genomslag gällande delaktighet uppnås finns det en risk att analyser/resultat inte utmynnar i konkreta förbättringsåtgärder på enheterna. Det är viktigt att alla enheter hittar arbetsformer för enhetschef och personal att tillsammans gå igenom resultat av avvikelser, enkäter och annan egenkontroll för att kunna analysera, förbättra och planera framåt.

Det saknas därmed ett generellt arbetssätt som säkerställer att enhetschefen tillsammans med sin personal förbättrar kvaliteten utifrån gjord egenkontroll och utredda avvikelser. Detta är en risk som behöver åtgärdas under kommande år. Implementering och arbetsformer för att nå ut till alla medarbetare med kvalitetsarbetet är viktiga utvecklingsområden.

En grundläggande förutsättning för en säker vård och omsorg med kvalitet är att det finns tillräckligt med medarbetare som har adekvat kompetens och goda förutsättningar för att utföra sitt arbete. Förvaltningens förmåga att långsiktigt möta invånarnas skiftande behov beror på skickligheten att attrahera och rekrytera medarbetare med rätt kompetens och sedan behålla och utveckla dem för framtidens krav och förändringar. Det kan även handla om att avveckla eller ställa om kompetens för att uppnå verksamhetens mål. Utbildningsinsatser inom ramen för satsningen Äldreomsorgslyftet har fortsatt. Utbildningen utgår från de nationella yrkespaketen för vårdbiträde eller undersköterska. Förvaltningen har fortsatt genomfört utbildningssatsningar inom demens, SIP, munhälsa och användningen av digital teknik.

Kompetensplaner för biståndshandläggare och legitimerade medarbetare finns sedan tidigare. För att stärka kompetensen hos undersköterskor eller motsvarande har ett flertal utbildningsinsatser genomförts till exempel för det svenska språket samt vård- och omsorgsutbildning.

9. Dokumentation

Enligt SOSFS 2011:9 7 kap 1§ ska arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet dokumenteras.

Inom förvaltningens verksamhetsområden pågår kontinuerligt ett arbete med att upprätta och revidera olika styrdokument och tillhörande stödmaterial i takt med förändrade arbetssätt, nya direktiv, ändrad lagstiftning och nya projekt. Styrning av dokument är att sätta upp regler och definitioner för hur dokumentationen ska upprättas, revideras och förvaras. Dokumentstyrning är en grundförutsättning för systematiskt kvalitetsarbete och processbaserad verksamhetsutveckling. Under året har en rad även följande riktlinjer/styrdokument reviderats eller tillkommit.

Kvalitetsarbetet ska också alltid dokumenteras. Det innebär att avvikelshantering, riskanalyser, egenkontroller, åtgärder och utfallet av dessa, ska göras skriftligen. Även

Vård- och omsorgsförvaltningen

processkartor, styr- och stöddokument samt mallar för klagomål och synpunkter ska dokumenteras.

Rapportering och dokumentation av kvalitetsarbetet bör förbättras, egenkontroller, analys av synpunkter och avvikelser samt planerade åtgärder dokumenteras inte på ett sammanhållet eller ändamålsenligt sätt. Dokumentationen av kvalitetsarbetet är ett fortsatt utvecklingsområde som behöver arbetas vidare med under 2025 - 2026.

Enheterna redovisar kontinuerligt en sammanställning av sina bland annat synpunkter och avvikelser. Det som inte dokumenteras i en tillräcklig omfattning är analys av dessa. För att kunna använda synpunkter och avvikelser för att strategiskt förbättra arbetet behöver analysarbetet förbättras inom samtliga verksamheter inom förvaltningen. Även åtgärder till följd av identifierade risker eller inkomna synpunkter/avvikelser dokumenteras i alltför liten omfattning och behöver förbättras. Under 2024 har bland annat avdelningen för äldreomsorg och sjukvård i hemmet genomfört öppna forum för att stärka avvikelshanteringen och dokumentationen. Här har informationsöverföringen mellan SoL och HSL personal varit i särskilt fokus för att utveckla det gemensamma arbetet. Myndighetsavdelningen säkerställer via egenkontroller av ärenden så att rättssäkerheten och dokumentationen ständigt håller god nivå och kvalitativt förbättras.

Under 2024 har ett arbete skett med att se över flera styr- och stöddokument. Arbetet med styr- och stöddokument är ett fortlöpande utvecklingsarbete som fortsätter under 2025.

Social dokumentation

Verksamheter inom SoL ska dokumentera allt som händer i ett ärende. När det gäller handläggning är det viktigt att ett ärende hanteras rättssäkert och att man kan följa stegen i processen via dokumentationen. När det gäller verkställigheten gäller kravet på dokumentation att det finns en genomförandeplan som talar om brukarens behov av insatser och hur omvårdnaden ska ges. Det ska även finnas journalanteckningar som följer ärendet över tid samt uppföljningar av insatsen från både handläggare och verkställare.

Under 2024 har akt- eller journalgranskning genomförts inom ramen för intern kontrollen och egenkontrollen. Dessa är mycket viktiga för att säkra att rättssäkerheten upprätthålls genom korrekt dokumentation i handläggningen. Detta är ett förbättringsarbete som behöver arbetas vidare i vissa verksamheter med under 2025.

10. God vård och omsorg om äldre det centrala - resultat 2024

God vård och omsorg är ett samlingsbegrepp som tillämpas i utvecklingen av indikatorer. Det speglar de egenskaper som en god kvalitet i socialtjänsten ska innehålla.

Kunskapsbaserad

Vården och omsorgen ska baseras på bästa tillgängliga kunskap och bygga på både vetenskap och beprövad erfarenhet.

Vård- och omsorgsförvaltningen

Säker/trygg

Vården och omsorgen ska vara säker. Riskförebyggande verksamhet ska förhindra skador. Verksamheten ska också präglas av rättssäkerhet.

Individanpassad

Vården och omsorgen ska ges med respekt för individens specifika behov, förväntningar och integritet. Individen ska ges möjlighet att vara delaktig.

Effektiv

Vården och omsorgen ska utnyttja tillgängliga resurser på bästa möjliga sätt för att uppnå uppsatta mål.

Jämlik

Vården och omsorgen ska tillhandahållas på lika villkor för alla.

Tillgänglig

Vården och omsorgen ska vara tillgänglig och ges i rimlig tid. Ingen ska behöva vänta oskälig tid på den vård och omsorg som han eller hon har behov av.

10.1 Olika typer av indikatorer

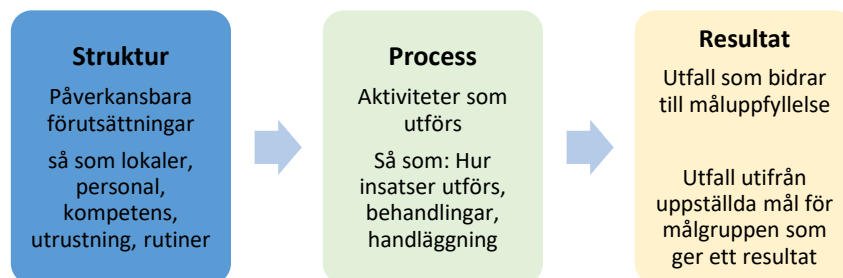
Indikatorer kan som tidigare nämnts spegla olika dimensioner av kvalitet för god vård och omsorg. Nedan beskrivs närmare tre olika typer av indikatorer som Socialstyrelsen tagit fram.

Indikatorer som speglar kvalitet

De olika typer av indikatorer som Socialstyrelsen arbetar med visas i bilden nedan. Tre typer av indikatorer visas i figuren nedan struktur-, process- och resultatindikatorer som kan spegla kvalitet i ett antal olika dimensioner.

Dessa tre typer av indikatorer är de som förekommer mest i Socialstyrelsens rapporter. Nedan beskrivs några indikatorer som exempel på hur olika typer av indikatorer kan formuleras.

Socialstyrelsens olika typer av indikatorer



Vård- och omsorgsförvaltningen

Exempel på indikatorer*Strukturindikator*

Aktuell rutin för hantering av skyddade personuppgifter vid handläggning och genomförande av insatser inom socialtjänstens verksamheter.

Processindikator

Risikoförebyggande åtgärder i särskilt boende

Resultatindikator

Andel nöjda och mycket nöjda med sitt äldreboende

2023 och 2024 års resultat av God vård och omsorg i äldreomsorgen

God vård och omsorg är således ett samlingsbegrepp som tillämpas i utvecklingen av indikatorer. Det speglar de egenskaper som en god kvalitet i socialtjänsten ska innehålla. Utifrån en sammanvägning av ett stort antal nyckeltal har ett medelbetyg räknats fram för respektive kvalitetsindikator för 2023/2024 för äldreomsorgen totalt.

GVO	Totalt ÄO 2023	Totalt ÄO 2024	Kommentarer
Kunskapsbaserad	2,42	2,73	14 nyckeltal
Säker/trygg	2,27	2,36	11 nyckeltal
Individanpassad	2,00	2,56	10 nyckeltal
Effektiv	1,50	1,80	Effektivitet och resursindex från Kolada samt 4 nyckeltal
Jämlik	1,65	1,77	12 nyckeltal
Tillgänglig	1,93	2,15	14 nyckeltal
Medelbetyg GVO	1,96	2,23	65 nyckeltal samt index från Kolada har använts

Kunskapsbaserad

Vården och omsorgen ska baseras på bästa tillgängliga kunskap och bygga på både vetenskap och beprövad erfarenhet. Detta innehåller till exempel utbildad personal, vetenskapliga arbetsmetoder och strukturerade former för uppföljning och bedömning av behov. Bedömningen och färgsättningen bygger på att om till exempel en hög grad av måluppfyllelse råder utifrån en nationell jämförelse – kommunplacering erhålls grönt betyg på det enskilda nyckeltalet och 3 poäng. Uppnås ett medelresultat i denna jämförelse erhålls 2 p och gult betyg. Uppnås en låg nivå av nöjdhet etc. erhålls 1 p och rött betyg. För att en indikator enligt ovan ska erhålla grönt betyg måste medelbetyget vara lägst 2,5 av maximala 3,0 poäng. Gult betyg erhålls om medelvärdet är 2,49- 1,51 och rött betyg om medelvärdet är lika med eller understiger 1,50 p

14 nyckeltal har sammantaget använts i denna bedömning.

En väldigt god grad av måluppfyllelse uppnås gällande denna indikator i äldreomsorgen för 2023 år. 2,73 poäng av maximalt 3,00 erhålls för 2024. Detta är en förbättring mellan 2023 och 2024. Den systematiska uppföljningen av verksamheternas stöd och insatser samt uppföljning av brukarnas behov på individnivå behöver utvecklas ytterligare.

Vård- och omsorgsförvaltningen

Säker och trygg

Vården och omsorgen om äldre ska vara säker. Riskförebyggande verksamhet ska förhindra skador. Verksamheten ska också präglas av rättssäkerhet. Brukarbedömningen är en väsentlig del i detta. Bedömningen och färgsättningen bygger på att om till exempel en hög grad av måluppfyllelse råder utifrån en nationell jämförelse – kommunplacering erhålls grönt betyg på det enskilda nyckeltalet och 3 poäng. Uppnås ett medelresultat i denna jämförelse erhålls 2 p och gult betyg. Uppnås en låg nivå av nöjdhet etcetera erhålls 1 p och rött betyg. För att en indikator enligt ovan ska erhålla grönt betyg måste medelbetyget vara lägst 2,5 av maximala 3,0 poäng.

Gult betyg erhålls om medelvärdet är 2,49- 1.51 och rött betyg om medelvärdet är lika med eller understiger 1,50 p

11 nyckeltal har sammantaget använts i denna bedömning.

En relativt hög grad av måluppfyllelse uppnås gällande denna indikator i äldreomsorgen för år 2023. 2,36 poäng av maximalt 3,00 erhålls för 2024 (bättre än år 2023).

Brukarbedömningen av den upplevda tryggheten behöver förbättras ytterligare för att indikatorns medelbetyg ska utvecklas positivt. Trygghet är en av nämndens särskilt utpekad indikator för kommande år.

Individanpassad

Vården och omsorgen ska ges med respekt för individens specifika behov, förväntningar och integritet. Individerna ska ges möjlighet att vara delaktiga. Bedömningen och färgsättningen bygger på att om till exempel en hög grad av måluppfyllelse råder utifrån en nationell jämförelse – kommunplacering erhålls grönt betyg på det enskilda nyckeltalet och 3 poäng. Uppnås ett medelresultat i denna jämförelse erhålls 2 p och gult betyg. Uppnås en låg nivå av nöjdhet etcetera erhålls 1 p och rött betyg.

För att en indikator enligt ovan ska erhålla grönt betyg måste medelbetyget vara lägst 2,5 av maximala 3,0 poäng. Gult betyg erhålls om medelvärdet är 2,49- 1.51 och rött betyg om medelvärdet är lika med eller understiger 1,50 p

10 nyckeltal har sammantaget använts i denna bedömning.

En väl godkänd grad av måluppfyllelse uppnås gällande denna indikator i äldreomsorgen för 2024 år. 2,56 poäng av maximalt 3,00 erhålls för 2023. Delaktigheten i planeringen och genomförandet av insatser har förstärkts och förbättrat under 2024.

Effektiv

Vården och omsorgen ska utnyttja tillgängliga resurser på bästa möjliga sätt för att uppnå uppsatta mål.

Bedömningen och färgsättningen bygger på att om till exempel en hög grad av måluppfyllelse råder utifrån en nationell jämförelse – kommunplacering erhålls grönt betyg på det enskilda nyckeltalet och 3 poäng.

Uppnås ett medelresultat i denna jämförelse erhålls 2 p och gult betyg. Uppnås en låg nivå av nöjdhet etcetera erhålls 1 p och rött betyg. För att en indikator enligt ovan ska

Vård- och omsorgsförvaltningen

erhålla grönt betyg måste medelbetyget vara lägst 2,5 av maximala 3,0 poäng. Gult betyg erhålls om medelvärdet är 2,49- 1.51 och rött betyg om medelvärdet är lika med eller understiger 1,50 p

Effektivitet och resursindex från Kolada samt 4 nyckeltal har använts i bedömningen av denna indikator. Primärt har ekonomiska nyckeltal använts för att det finns ett behov av att lyfta fram effektiviteten och tillgängliga resurser tydligt i bedömningen av god vård och omsorg. Tanken med indikatorn är inte enkom ekonomisk i grunden men valet har gjorts att detta behövs för att kunna visa på samband mellankostnader och utfall i nöjdhet hos brukarna.

Optimalt är en verksamhet med både bra kostnader och en hög grad av hög nöjdhet. En god resursanvändning är fundamental för ett kunna erbjuda en hållbar äldreomsorg över lång tid.

En låg grad av måluppfyllelse uppnås gällande denna indikator i äldreomsorgen för år 2023. 1,8 poäng erhålls och gult betyg.

Effektiviseringar och produktivitetshöjningar måste till under kommande år för att öka måluppfyllelsen. Till detta behöver nöjdheten med vården och omsorgen förbättras och nettokostnaderna minskas.

Jämlik

Vården och omsorgen ska tillhandahållas på lika villkor för alla.

Bedömningen och färgsättningen bygger på att om till exempel en hög grad av måluppfyllelse råder utifrån en nationell jämförelse – kommunplacering erhålls grönt betyg på det enskilda nyckeltalet och 3 poäng. Uppnås ett medelresultat i denna jämförelse erhålls 2 p och gult betyg. Uppnås en låg nivå av nöjdhet etcetera erhålls 1 p och rött betyg. För att en indikator enligt ovan ska erhålla grönt betyg måste medelbetyget vara lägst 2,5 av maximala 3,0 poäng. Gult betyg erhålls om medelvärdet är 2,49- 1.51 och rött betyg om medelvärdet är lika med eller understiger 1,50 p

Ett försök att via kön försöka beskriva del av måluppfyllelsen för indikatorn jämlikhet har genomförts. En relativt låg grad av måluppfyllelse 1,77 av maximalt 3,00 uppnås för denna indikator. 12 nyckeltal har använts i måluppfyllelsebedömningen av denna indikator.

Kvinnor är tydligt mindre nöjda än männen med sina möjligheter till information, påverkan etcetera under det gångna året. Kvinnor äter också i högre utsträckning (i andel) 10 eller fler läkemedel än männen 2023. Kvinnor upplever också sämre bemötande än männen gör i äldreomsorgen. Kvinnor är också mer sjuka än männen i organisationen. Kvinnor har dock kortare väntetid till särskilt boende än männen. Dessa nyckeltal visar inte i närhet upp alla aspekter av jämlikhet på totalen men vissa intressanta förhållanden föreligger som innebär behov av förbättringsåtgärder.

Tillgänglig

Vården och omsorgen ska vara tillgänglig och ges i rimlig tid. Ingen ska behöva vänta oskälig tid på den vård och omsorg som han eller hon har behov av.

Vård- och omsorgsförvaltningen

Bedömningen och färgsättningen bygger på att om till exempel en hög grad av måluppfyllelse råder utifrån en nationell jämförelse – kommunplacering erhålls grönt betyg på det enskilda nyckeltalet och 3 poäng. Uppnås ett medelresultat i denna jämförelse erhålls 2 p och gult betyg. Uppnås en låg nivå av nöjdhet etcetera erhålls 1 p och rött betyg. För att en indikator enligt ovan ska erhålla grönt betyg måste medelbetyget vara lägst 2,5 av maximala 3,0 poäng. Gult betyg erhålls om medelvärdet är 2,49- 1.51 och rött betyg om medelvärdet är lika med eller understiger 1,50 p

14 nyckeltal har sammantaget använts i denna bedömning.

En svagt godkänd grad av måluppfyllelse uppnås gällande denna indikator i äldreomsorgen för 2023 år. 2,15 poäng av maximalt 3,00 erhålls för 2024 (förbättring).

Brukarbedömningen behöver förbättras vad gäller tillgänglig information, förändrad information, den upplevda möjligheten att lämna synpunkter och klagomål och den upplevda servicen.

11. Utvecklingsområden

Ur arbetet och som ett resultat av denna sammanställning, de årliga brukarundersökningarna, egenkontroller, internkontroll, riskanalyser etcetera har en rad förbättrings- och utvecklingsområden isolerats.

- Dokumentationen behöver säkerställas och individuella planer för verksamheternas brukare ska finnas vara aktuella och bygga på den enskildes delaktighet (personcentrering /individ Anpassning). Detta kommer att granskas genom egenkontroller och genom intern kontrollarbetet under 2024.
- Nöjdheten hos verksamheternas brukare behöver förbättras tydligt i delar av både särskilt boende och inom hemtjänsten. Detta mäts av extern part Socialstyrelsen i den årliga mätningen vad tycker de äldre om äldreomsorgen.
- Förbättrad kommunplacering i hemtjänstindex 2024 är ett enskilt förbättringsområde som inbegriper förbättrad information, tydliga kontaktvägar och bättre tillgänglighet samt digitala stöd.
- Effektiviteten och produktiviteten behöver säkerställas så att brukarna får mer direkt personaltid.
- Implementera ett nytt verksamhetssystem Pulsen Combine i syfte att modernisera och utveckla handläggningen, dokumentationen, planeringen och uppföljningen. Ett modernt system möjliggör också kvalificerad och systematisk individuppföljning, säkerställande av rättssäkerhet och en effektivare vardag för alla som använder systemen.

Vård- och omsorgsförvaltningen

- Implementering av bemanningssystem för en mer hållbar personalplanering och en ökad effektivitet. Detta gynnar både personal, verksamhet och brukare.
- Fortsatt arbete med egenkontroller, riskanalyser, IKT, avvikelshantering och processkartläggningar. Här är det särskilt viktigt att förvaltningen utvecklar arbetet med att analysera, dokumentera och följa upp vidtagna åtgärder.
- Fortsatt arbete med att utveckla samverkan
- Digital utveckling – förenklad handläggning, e-tjänster, digitala inköp mm
- Risk- och sårbarhetsanalys, kontinuitetsplaneringen, civilt försvar.
- Genomföra ytterligare insatser för att synliggöra möjligheterna och vägarna för synpunkter och klagomål.
- Personalkontinuiteten inom hemtjänsten
- Förbättrat hemtjänstindex

- Ta fram och implementera arbetsformer för att medveteliggöra och inkludera samtliga medarbetare i verksamheternas pågående kvalitetsarbete
- Ta fram en handlingsplan utifrån genomförd skattning och nulägesanalys med anledning av den nya Socialtjänstlagen. Syftet är att säkerställa efterlevnaden av lagstiftningens nya lydelse kring bland annat jämlikhet och jämställdhet.



BILAGA

NYCKELTALSTABELLER

Kunskapsbaserad

Nyckeltal	Kommentarer och källa
Aktuell rutin vid indikation på att en vuxen utsatts för våld inom äldreomsorg	Kolada U375441
Aktuell samlad plan för personalens kompetensutveckling inom äldreomsorg	Kolada U20474
Multiprofessionella team för personer med demenssjukdom i ordinärt boende	Kolada U21544
Erbjuder enkel fotundersökning i ordinärt/särskilt boende äldreomsorg,	Kolada U21569
Strukturerat arbetssätt (enligt IBIC) används vid alla utredningar för personer i särskilt boende	Kolada U23575
Strukturerat arbetssätt (enligt IBIC) används vid alla utredningar för personer i ordinärt boende	Kolada U21546
Strukturerat arbetssätt (enligt IBIC) används vid alla uppföljningar för personer i särskilt boende	Kolada U23561
Strukturerat arbetssätt (enligt IBIC) används vid alla uppföljningar för personer i ordinärt boende	Kolada U21547
Använder standardiserade bedömningsmetoden FREDA inom äldreomsorgen för att upptäcka våldsutsatthet hos enskilda vuxna	Kolada U20484
Använt resultat för att utveckla verksamheten för klienter inom ordinärt boende äldreomsorg	Kolada U21548
Använt resultat för att utveckla verksamheten för klienter inom särskilt boende äldreomsorg	Kolada U23562
Genomfört individbaserad systematisk uppföljning av verksamhetens stöd och/eller insatser till enskilda	Kolada U20490
Genomfört individbaserad systematisk uppföljning av målgruppens behov	Kolada U20491
Andel usk säbo fler än 75% grönt, 74-45 gult under 45% rött	Egen mätning och bedömning

Säker/trygg

Nyckeltal	Kommentarer och källa
Brukarbedömning upplevelsen av trygghet säbo	Kolada U23521
Brukarbedömning trygghet hemtjänst	Kolada U21505
Aktuell rutin för information om samordnad individuell plan (SIP) inom äldreomsorg	Kolada U20487
Aktuell rutin för att inte röja skyddade personuppgifter inom äldreomsorgen	Kolada U20482
Garanterad maximal inställetid efter larm inom ordinärt boende äldreomsorg	Kolada U21551
Personalkontinuitet hemtjänsten	Kolada U21401
Åtgärder mot fall, undernäring, trycksår i Säbo	Kolada U23433
Väntetid säbo	Kolada U23401
Brukarbedömning besväras ofta av ensamhet SÄBO	Kolada U23481

Vård- och omsorgsförvaltningen

Brukarbedömning besvärar av ensamhet hemtjänst	Kolada U01421
Överprövningar som inneburit justerat beslut	Egen mätning

Individanpassad

Nyckeltal	Kommentarer och källa
Behoven anpassas efter dina behov- brukarbedömning hemtjänst	Kolada U21472
Möjlighet att påverka tider hemtjänst- brukarbedömning	Kolada U21462
Välja utförare hemtjänst brukarbedömning	Kolada U21473
Standardiserade bedömningsmetoder Freda	Kolada U21546
Standardiserad uppföljning	Kolada U21548
Strukturerat arbetssätt IBIC hemtjänst	Kolada U21546
Strukturerat arbetssätt IBIC SÄBO	Kolada U23561
Hänsyn till åsikter och önskemål SÄBO	Kolada U23461
Tillräckligt med tid SÄBO	Kolada U23459
Påverka tiderna SÄBO – brukarbedömning	Kolada U23460

Effektiv

Nyckeltal	Kommentarer och källa
Effektivitetsindex	Kolada U20900
Resursindex	Kolada U2008
Kostnad hemtjänst 65+	Kolada U21009
Kostnad hemtjänst 80 +	Kolada U21024
Kostnad särskilt boende 65 +	Kolada U23005
Kostnad särskilt boende 80 +	Kolada U23006

Jämlik

Nyckeltal	Kommentarer och källa
Brukarbedömning helhetssyn hemtjänst- kvinnor/män	Kolada U21468
Brukarbedömning bemötande hemtjänst- kvinnor/män	Kolada U21504
Brukarbedömning trygghet hemtjänst- kvinnor/män	Kolada U21505
Brukarbedömning utför sina arbetsuppgifter hemtjänst- kvinnor/män	Kolada U21474
Personalkontinuitet hemtjänst- kvinnor/män	Kolada U21401
Personer med 10 eller fler läkemedel hemtjänst	Kolada U21425
Brukarbedömning helhetssyn särskilt boende- kvinnor/män	Kolada U23471
Brukarbedömning bemötande särskilt boende- kvinnor/män	Kolada U23520
Brukarbedömning trygghet särskilt boende- kvinnor/män	Kolada U23521
Brukarbedömning förtroende för personalen- kvinnor/män	Kolada U23480
Personer med 10 eller fler läkemedel säbo- kvinnor/män	Kolada U23420



Vård- och omsorgsförvaltningen

Tillgänglig

Nyckeltal	Kommentarer och källa
Väntetid säbo	Kolada U23401
Brukarbedömning tillgång till sjuksköterska SÄBO	Kolada U 23472
Brukarbedömning möjlighet att komma ut SÄBO	Kolada U23469
Brukarbedömning få kontakt med personalen på boendet SÄBO	Kolada U23480
Brukarbedömning info om förändring SÄBO	Kolada U23462
Brukarbedömning läkare vid behov SÄBO	Kolada U23482
Brukarbedömning rörlighet inomhus Säbo	Kolada U23473
Brukarbedömning tillräckligt med tid hemtjänst	Kolada U21461
Brukarbedömning rörlighet inomhus hemtjänst	Kolada U21470
Brukarbedömning kommer på avtalad tid hemtjänst	Kolada U21475
Brukarbedömning hänsyn tas till önskemål och åsikter hemtjänsten	Kolada U21463
Brukarbedömning information om förändringar hemtjänst	Kolada U21465
Brukarbedömning besvärar av ensamhet hemtjänst	Kolada U01421