

Kvalitetsberättelse 2018

Sammanfattning

Utförare av socialtjänst och verksamhet utifrån lagen om stöd och service för vissa funktionshindrade ska årligen upprätta en sammanhållen kvalitetsberättelse.

Syftet med kvalitetsberättelsen är bland annat att:

- Beskriva arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet under året som gått.
- Beskriva vilka åtgärder som vidtagits för att säkra kvaliteten.
- Redovisa vilka resultat som uppnåtts.

Årets kvalitetsberättelse berör följande områden:

- Avvikelser/lex Sarah som skett under året. Den beskriver också vilket arbete, resultat och analyser som är gjorda utifrån dessa.
- Resultatet från granskningar och brukarundersökningar.
- Vilka egenkontroller som är genomförda och vilket resultat som framkommit.
- Vilka kommande utmaningar som verksamheten har, och förslag på förbättringar som finns.

Sektor vård och omsorg har ett stort ansvarsområde med omfattande kvalitetskrav. Under året har det varit förändringar inom flera områden, och man kan se en positiv utveckling av kvalitet främst inom välfärdsteknik, skydds- och begränsningsåtgärder, nytt verksamhetssystem för dokumentation och att rapporteringsfrekvensen på avvikelser ökat. Med den snabba utveckling av verksamheten som sker är det nödvändigt att analysera och prioritera de mest prioriterade områdena för att få önskad effekt.

Man kan utläsa av årets resultat att de delar som får bäst resultat och effekt är de områden som har tydliga mål, en bra nulägesanalys som man kan följa upp resultaten emot, där verksamheten är engagerad och förstår syftet och där ansvaret för utvecklingen är tydligt beskrivet. När det gäller att få en lyckad implementering så ska det finnas en plan på hur den ska gå till, vem som ansvarar, ge det tid samt ha en uppföljning av hur målet och effekten blev för våra brukare.

Man kan konstatera att sektorn kommer att behöva arbeta vidare med att hitta ännu bättre och effektivare metoder för att få bra analyser av nuläget samt av det önskade framtida läget, men också hur vi ska lyckas med implementeringen av nya arbetssätt, men också redan införda arbetssätt och rutiner som inte implementerats fullt ut.

För att få bättre översikt och tydligare ansvarsfördelning över de kvalitetsområden som nämns i denna kvalitetsberättelse, föreslås att ledningsgruppen får i uppdrag att arbeta igenom förbättringsförslagen och sedan göra en åtgärdsplan där prioriteringsordning, tidsplan och ansvar framgår samt att de delar som berör verksamhetsplan, internkontroll och kompetensplan lyfts in där.

En glädjande nyhet för 2018 är sättet som brukarenkätens resultat hanterats av gruppboendena där brukarna fått vara en del av framtagandet av förbättringsåtgärder genom medborgardialog. Detta arbetssätt har resulterat i en ökad delaktighet, enkla och genomförbara förbättringar med hög effekt för brukarens vardag.

Innehåll

Kvalitetsberättelse	4
Kvalitetsledningssystem	4
Riktlinjer/rutiner	4
Processorientering.....	5
Avvikelser.....	5
Lex Sarah utredningar.....	7
Klagomål/synpunkter	8
Egenkontroll.....	9
Avvikelser.....	9
Kvalitetsrevision	9
Verksamhetsuppföljning	10
Kvalitetsrapport för privata utförare.....	10
Brukarundersökningar	11
Enkätundersökning till brukare som har insatsen daglig verksamhet	11
Brukarundersökning från socialstyrelsen	11
Medborgardialog	12
Social dokumentation.....	13
Dokumentationsträffar	13
Dokumentation inom avdelningen för äldreomsorgen	14
Dokumentation inom avdelningarna inom LSS.....	15
Granskning.....	16
Utförarna	16
Biståndsenheten.....	18
Individens behov i centrum (IBIC)	19
Värdegrund.....	19
Välfärdsteknologi.....	20
Ständiga förbättringar	21
GDPR (General Data Protection Regulation).....	21
Värdeskåp till brukare	21

Kvalitetsberättelse

Den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) bör med dokumentation som utgångspunkt varje år upprätta en sammanhållen kvalitetsberättelse. Innehållet i kvalitetsberättelsen ska ge svar på hur det systematiska och fortlöpande kvalitetsarbetet bedrivits under året, vilka åtgärder som vidtagits samt vilka resultat som uppnåtts.

Kvalitetsledningssystem

Föreskriften om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete SOSFS 2011:9 beskriver syftet med ett ledningssystem är: "att verksamheten systematiskt och fortlöpande ska kunna utveckla och säkra kvaliteten utifrån de krav och mål som gäller enligt lagar och förordningar. Detta uppnås genom att ledningssystemet stöder arbetet med att planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten".

Riktlinjer/rutiner

Verksamheter inom SoL/LSS ska enligt SOSFS 2011:9 (4 kap 4§) ha utarbetat och fastställt rutiner för de aktiviteter som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet. Rutinerna ska beskriva ett bestämt tillvägagångssätt för hur en aktivitet ska utföras samt ange hur ansvaret för utförandet är fördelat i verksamheten. Sektor vård och omsorg har valt att kalla dokument kring vad som ska göras på en övergripande nivå för riktlinje och dokument som beskriver hur saker ska utföras och ansvarsfördelning på en detaljnivå för rutin. Det är sektorchef, avdelningschef, MAS/SAS som kan fastställa rutiner som därefter förankras i ledningsgruppen. Avdelningschefer/enhetschefer kan fastslå lokala rutiner som går i linje med övergripande riktlinjer och rutiner som endast gäller lokal praktisk hantering av ovanstående rutiner.

Resultat 2018

Under 2018 har nya riktlinjer och rutiner skapats efter de behov som finns i verksamheten, utifrån processer och lagar/förordningar. Det har skapats åtta nya riktlinjer/rutiner inom lagrummen SoL/LSS. Verksamheten har också fått fem dokument reviderade. Under året har även åtta stöddokument främst inom social dokumentation skapats. De flesta rutiner är skapade utifrån de behov och förbättringar som man kunde se vid analysen inför föregående kvalitetsberättelse.

Analys

Varje ny riktlinje/rutin som införs kräver att man följer implementeringsprocessen för att få att nå ut till verksamheten och skapa effekt. Denna process har inte fungerat fullt ut utan ett fortsatt arbete krävs för att uppnå önskat resultat för många av dokumenten. En riktlinje som kommit långt när det gäller implementering är den som rör skydds- och begränsningsåtgärder. Detta märks bland annat på de åtgärder som enheterna vidtager samt den efterfrågan om mer kunskap som görs framförallt ifrån enheter inom LSS.

Förbättringsförslag

- Fortsätta att förankra implementeringsprocessen för att uppnå en bättre följsamhet till fler riktlinjer och rutiner.
- Se över strukturen i ledningssystemet för att underlätta sökningen av dokument.

Processorientering

Verksamheter inom SoL/LSS ska enligt SOSFS 2011:9 4 kap 2 - 4 § identifiera, beskriva och fastställa de processer i verksamheten som behövs för att säkra kvalitet. En process är en serie aktiviteter som främjar ett bestämt ändamål eller ett avsett resultat. I varje process ska det tydligt framgå vilka aktiviteter som ingår samt bestämma inbördes ordning. Till processerna kopplas olika stöddokument för en fördjupad beskrivning av arbetet. Att arbeta processorienterat kännetecknas av att man hela tiden arbetar med att utveckla och förbättra sin verksamhet, med målsättningen att få ökad kundnöjdhet och ökad effektivitet.

Resultat 2018

Höstens chefsforum för alla chefer hade temat processorientering. Syftet med dagen var att öka kunskapen om processorientering och skapa samsyn om vad som krävs för att processarbetet ska leda till konkreta förbättringar samt komma framåt med introduktionsprocessen.

Det har under året skapats två processteam där rollerna i processarbetet tydliggjorts. Att ha utsedda processägare och processledare samt ett fungerande processteam är en förutsättning för att nå processorientering och förbättring.

Under 2018 har arbetat med processerna utifrån Skövde kommuns processmodell handlat om:

- Anställa och introducera ny omvårdnadspersonal
- Utredda utifrån Socialtjänstlagen

Analys

Tidigare har verksamheten haft ett stort fokus på att identifiera processer. Från och med 2018 har arbetet mer handlat om att skapa förbättringar i processerna. Att tillsätta och tydliggöra roller och ansvar för processen har lett till ett större engagemang hos de medverkande. Det blir också fler bärare av kunskapen om processen. Att ändra synen på process hos alla medarbetare från att det varit en permanent karta till att det blir ett levande dokument som ska användas ständigt i det dagliga arbetet och förändras över tid kommer dock att ta tid. SAS/MAS har under året varit med i arbetet med processerna och granskat att innehållet överensstämmer med lagar och förordningar, vilket bidragit till en kvalitetshöjning.

Förbättringsförslag

- Stödja teamen att hitta arbetssätt som gör att processerna uppdateras i den takt som verksamheten utvecklas och förändras på ett enkelt sätt.
- Öka det processorienterade arbetssättet genom att mäta resultat och följa risker/slöseri med en målsättning att effektivisera och öka kundnöjdheten.

Avvikelse

En avvikelse inom SoL/LSS innebär att det uppstått en intern brist/fel som drabbat brukare. All personal har skyldighet att rapportera dessa fel och brister. Detta sker främst via verksamhetssystemet Procapita. Verksamheten klassificerar avvikelser som en ringa eller måttlig brist beroende på allvarlighetsgrad och sannolikhetsgrad.

Avvikelser rapporteras inom områdena:

- Bemötande
- Dokumentation
- Information/samverkan
- Omvårdnad/omsorg SoL/LSS

Resultat 2018

Antal avvikelser har i år ökat med 33% mot tidigare år. Det finns också ett större antal enheter som rapporterar avvikelser. Ett högt antal avvikelser på en enhet kan dels bero på låg kvalitet men också på att det kan finnas en vilja och engagemang att utvecklas, och hitta fel och brister för att förbättra verksamheten. Medan ett lågt antal avvikelser på enheten kan tyda på hög kvalitet eller stor underrapporteringen. För att fastställa kvalitén i dessa fall så krävs en noggrannare analys av enhetens avvikelser och förbättringsarbete och/eller ett verksamhetsbesök.

Tabell 1 Avvikelser under 2018

Typ av avvikelse	SoL	LSS	Totalt
Omvårdnad/omsorg	309	142	452
Dokumentation	12	13	25
Information/samverkan	57	8	65
Bemötande	36	13	49
Summa	414	176	591

Analys

Genomgång av avvikelserna visar att övervägande orsaker inom de olika typerna är:

- Omvårdnad/omsorg handlar om missade insatser och insatser som inte utförts på rätt sätt både inom SoL och LSS.
- Dokumentation domineras inom SoL av ej upprättade genomförandeplaner. Här finns dock en kraftig underrapportering av denna avvikelsetyp utifrån de resultat som den årliga granskningen av dokumentationen visar.
- Information/samverkan, här rapporteras det främst avvikelser när informationen brister mellan olika utförare såsom exempelvis dag-natt.
- Bemötande handlar mest om mötet mellan personal och brukare men också stölder rapporteras här.

Inom avdelningen funktionsnedsättning har tidigare endast ett fåtal enheter rapporterat avvikelser. Under året har antalet enheter som rapporterar avvikelser ökat även om antalet avvikelser totalt troligen fortfarande är underrapporterat. De studiecirkel som under året genomförts inom avdelningen där bland annat ansvar och vikten av avvikelse/lex Sarah diskuterats har enligt utvärderingar gett en bredare bild av det förbättringsarbete som är kopplat till avvikelser, vilken förhoppningsvis har bidragit till att fler avvikelser rapporteras och därmed åtgärdas.

Biståndsenheten har tidigare ofta rapporterat avvikelser som rör annan verksamhet men har under året även börjat rapportera brister inom det interna arbetet.

Inom avdelningarna äldreboende och hemtjänst finns det stora variationer i antal avvikelser per enhet dock inte lika tydlig som inom avdelning funktionsnedsättning.

Den webbaserade utbildningsformen av introduktion, där bland annat avvikelser/lex Sarah berörs som från och med i år alla nya och gamla medarbetare går kan ha bidragit till en högre kunskapsnivå och därmed ett högre antal skrivna avvikelser.

Förbättringsförslag

- Öka kunskap och medvetenhet ytterligare hos medarbetarna, exempelvis genom fler studiecirklar där den egna kulturen och värderingar kring förbättringsarbete lyfts. Kultur och värderingar kan dock ta lång tid att förändra.
- Revidera rutinen för avvikelshantering så att den följer riktlinjen för risk och händelseanalys tydligare.
- Utveckla verksamhetssystemet för enklare hantering av avvikelser.
- Implementera riktlinjen för risk- och händelseanalys.
- Utveckla ett bra sätt att återkoppla avvikelser/lex Sarah till medarbetarna på, för att få ett lärande i organisationen samt behålla ett engagemang för förbättringsarbetet.
- Lyfta goda exempel på förbättringsarbeten utifrån avvikelser tillbaka till verksamheterna.

Lex Sarah utredningar

Bestämmelserna om Lex Sarah omfattar flera skyldigheter som varje verksamhet inom SoL och LSS ska följa som en del av det systematiska kvalitetsarbetet. Syftet är att verksamheten ska utvecklas och att missförhållanden ska rättas till. Skyldigheterna inom lex Sarah är:

- Att all personal ska rapportera om missförhållanden.
- Att utreda händelser. Inom kommunen ansvarar socialt ansvarig samordnare för detta. De privata utförarna har ett eget ansvar att utreda samt informera nämnden.
- Att avhjälpa och undanröja missförhållanden är en skyldighet för all personal även om det övergripande ansvaret ligger på närmaste chef.
- Att anmäla risk för allvarliga missförhållanden och allvarliga missförhållanden till Inspektionen för vård och omsorg snarast. Detta ansvarar socialt ansvarig samordnare för, vilket görs i samråd med sektorchef.

Resultat 2018

Tabell 2 Antal rapporter under 2015–2018

År	SoL	LSS	Totalt
2015	9	11	20
2016	22	6	28 + 1 privat
2017	12	11	23 + 1 privat
2018	14	9	23 + 4 privat

Utav årets lex Sarah rapporter så kan man urskilja tre områden där flera lex Sarah händelser skett. De utmärkande områdena är uteblivna insatser på grund av brister i överrapportering mellan professioner, brukare som avviker från sitt boende och brister inom handläggning. Det har även skett en ökning av utredningar från privata utförare som rapporterats till nämnden.

Av de tjugotre lex Sarah utredningarna är det sju som har bedömts som allvarliga missförhållanden och skickats till Inspektionen för vård och omsorg, vilket är en ökning med fem stycken mot 2017.

Enligt kvalitetsrevisionen så svarar alla enheterna inom SoL och LSS förutom avdelningen för boende inom funktionsnedsättning, där endast två tredjedelar svarar att de analyserar och återkopplar avvikelser och lex Sarah regelbundet via arbetsplatsträffar till arbetslaget. Alla enheter inom SoL och LSS anger att man årligen går igenom rapporteringsskyldigheten med medarbetarna.

Under året har en riktlinje för risk- och händelseanalys tagits fram. Den kommer under 2019 att implementeras i verksamheten för att dels undvika risker som kan leda till missförhållanden men också att när ett missförhållande inträffat så gör man en systematisk genomgång av vad som inträffat och hur detta kan undvikas i framtiden.

Analys

Det har skett en utveckling av synsättet på lex Sarah från att ha letat syndabock till att identifiera händelser och förbättra, men också en ökad medvetenhet hos personalen. Att införa ett systematiskt sätt att utreda risker och händelser kommer förhoppningsvis att leda till effektiva åtgärder kring det som riskerar att bli nya missförhållanden och att intresset för arbetet med att rapportera och utreda kommer öka.

Förbättringsförslag

- Fortsätta implementeringsarbetet med att rapportera lex Sarah samt risk- och händelseanalys genom dialog med medarbetarna.
- Arbeta med en lärande organisation där avvikelser och lex Sarah är en stående punkt på APT.
- Att händelser och åtgärder lyfts till ledningsgrupp och verksamhetsplan samt vidare ut i organisationen på ett tydligare sätt.

Klagomål/synpunkter

Den som bedriver verksamhet inom SoL/LSS ska enligt SOSFS 2011:9 (5 kap 3§) ta emot och utreda klagomål och synpunkter på verksamhetens kvalitet från:

- Brukare och deras närstående
- Personal
- Vårdgivare
- De som driver socialtjänst och LSS verksamhet
- Myndigheter
- Föreningar, organisationer och intressenter

Utredningen ska visa om det förekommit avvikelser mot de krav och mål som verksamheten har enligt lagar och föreskrifter. Klagomål och synpunkter ska också sammanställas och analyseras för att kunna se mönster och trender som indikerar brister i verksamheten. Inom verksamheten ska synpunkter och klagomål på verksamheten i första hand lämnas muntligt/skriftligt till kontaktcenter. Dessa förmedlas sedan till berörd enhet men man kan också lämna klagomål/synpunkter direkt till personalen som journalför dessa i brukarens akt.

Resultat 2018

Under 2018 så har sektor för vård och omsorg fått 21 klagomål/synpunkter på verksamheten och 58 felanmälningar via kontaktcenter. Störst frekvens av klagomål/synpunkter finns på innehållet i erhållen tjänst och kring bemötande. Störst frekvens av felanmälningar gäller fel på trygghetslarm, fastighet och hjälpmedel följt av klagomål på framförande av bilar inom hemtjänst och generell bemanning.

Analys

Det finns tecken på en ökad trend att brukare/företrädare har synpunkter/klagomål kring verksamheten i takt med att medborgarna blir allt mer upplysta om vilka alternativ och rättigheter som finns. Det innebär ökade krav på insatser och tjänster av god kvalitet. Det råder fortfarande oklarheter kring hur man tar hand om, åtgärdar och sammanställer klagomål/synpunkter som kommer från brukare/anhöriga direkt till personalen så att de inte stannar som en journalanteckning. De brukarundersökningar som gjorts under året visar att brukarna har svårigheter att veta vart de ska vända sig med klagomål och synpunkter samt få återkoppling på dessa.

Arbetet med att utveckla klagomål och synpunktshanteringen har under året inte haft något fokus då man har avvaktat riktlinjen för risk och händelseanalys eftersom detta är viktig del i hanteringen.

Förbättringsförslag

- Öka kunskapen hos medarbetarna så de kan upplysa och hjälpa till med att lämna klagomål och synpunkter från brukare/företrädare till kontaktcenter.
- Ny rutin kring klagomål och synpunkter för att visa vilka vägar som är möjliga att lämna klagomål på.
- Ta fram ett sätt där klagomål och synpunkter som lämnats direkt från brukare/närstående till personalen lyfts och synliggörs på en annan nivå. Idag återfinns många av dessa endast i journalen, vilket gör det omöjligt att se trender och mönster för enheten.
- Standardisera uttagen av information från det nya rapporteringssystemet av kommunens synpunkter/klagomål.

Egenkontroll

Egenkontroll är en systematisk uppföljning och utvärdering av den egna verksamheten samt kontroll av att den bedrivs enligt de processer och rutiner som ingår i verksamhetens kvalitetsledningssystem.

Avvikelser

Avvikelsehantering i form av egenkontroll handlar mycket om att lyfta blicken från varje händelse som brustit och se mönster och trender inom den egna verksamheten för att utveckla och förbättra. Men det handlar också om att strategiskt bevaka och se vilka områden inom kvalitet som behöver utvecklas och prioriteras. Se sidan 6.

Kvalitetsrevision

Syftet med kvalitetsrevisionen är att säkerställa att verksamheten uppfyller de krav på kvalitet som gäller enligt SOSFS 2011:9 samt att ge underlag för verksamhetens förbättringsarbete och vidareutveckling.

Resultat 2018

Verksamheten har nu tagit till sig arbetssättet och frågorna från enhetscheferna kring genomförandet har varit färre. Frågeställningarna var något förändrade inför årets kvalitetsrevision utifrån de förändringar som sker inom området. Det har även gjorts ett urval av vilka frågor som ska besvaras av vilken verksamhetsgren. Genomgående är det en hög svarsfrekvens inom alla avdelningar. Många verksamheter har kommenterat resultatet och planerat åtgärder för nästkommande år. Vid verksamhetsbesök har det dock visats sig att resultatet i kvalitetsrevisionen och verkligheten inte alltid stämmer överens.

Analys

För att säkerställa kvalitet inom verksamheten krävs en bra egenkontroll. Kvalitetsrevisionens syfte och mål är att vara ett verktyg för denna egenkontroll. För att uppnå önskad effekt måste förståelsen och nyttjandet av verktyget fungera fullt ut. Anledningen till en bättre svarsfrekvens på kvalitetsrevisionen i år mot tidigare år kan vara att arbetssättet nu har satt sig i organisationen och avdelningscheferna efterfrågar resultaten i högre utsträckning samt att introduktionen till nya enhetschefer har standardiserats. Det fortsatta arbetet kommer att inriktas ytterligare på att använda resultaten från kvalitetsrevisionen på ett mer strukturerat sätt både inom enheten men också inom sektorn.

Förbättringsförslag

- Arbeta fram arbetsmodeller där kvalitetsrevisionens frågor och åtgärder kan vara en vägledning i det fortsatta kvalitetsarbetet inom enheterna och sektorn.

Verksamhetsuppföljning

Socialt ansvarig samordnare utför verksamhetsbesök med syfte att följa upp och stödja verksamheten i deras utveckling och egenkontroll.

Resultat 2018

Under året har fem uppföljningar genomförts i verksamheten från socialt ansvarig samordnare. Dessa besök har varit på initiativ av socialt ansvarig samordnare och medicinskt ansvarig sjuksköterska. Den rapport som upprättas efter varje verksamhetsbesök har standardiserats under året och syftar till att få en bättre och tydligare bild av vad som framkommit under besöket.

Förbättringsförslag

- Att systematiskt arbeta fram en modell hur verksamhetsbesöken planeras så att de blir återkommande inom alla verksamheter.

Kvalitetsrapport för privata utförare

Under 2018 har det införts en kvalitetsrapport för de privata utförarna. Rapportens syfte är att utföraren själv rapporterar de uppgifter som förfrågningsunderlaget och kvalitetskraven årligen kräver. Genom att ha en gemensam mall så underlättar det att alla uppgifter inkommer samlat för en ökad insyn i verksamheterna samt att uppgifterna blir mer jämförbara då de redovisas på samma sätt.

Resultat 2018

Första årets kvalitetsrapport har inkommit från alla fyra utförare som varit verksamma under hela 2018. Kvaliteten i rapporterna varierar något och det finns en utvecklingspotential att kunna utveckla svaren till kommande år. Man kan utifrån svaren se att analysera klagomål/synpunkter för att se att mönster och trender samt beskriva kvalitetsledningssystemet är svårt för utförarna.

Analys

Kvalitetsrapporten innebär en systematisk uppföljning utav de privata utförarna utifrån kvalitetskraven. Insyn i verksamheterna och jämlika krav säkerställs på ett tydligt och överskådligt sätt. Inför nästa år kommer informationen kring kvalitetsrapporten att fördjupas ytterligare.

Förbättringsförslag

- Tydligare information kring varje fråga i kvalitetsrapporten för att öka informationen i svaren på varje fråga.
- Checklista över vilka delar som Skövde kommun kräver på ledningssystem utifrån förfrågningsunderlag och kvalitetskrav kommer att tas fram.

Brukarundersökningar

Under året har två enkäter genomförts som riktar sig till brukare och deras upplevelser:

Enkätundersökning till brukare som har insatsen daglig verksamhet

SKL (Sveriges kommuner och landsting) och RKA (Rådet för främjande av kommunala analyser) har tillsammans tagit fram verktyget Pict-O-Stat som vänder sig till brukare inom LSS. Utöver dessa frågor har Skövde haft några egna frågeställningar. Undersökning utförs av särskilda frågeassistenter som i intervjuform frågar brukare om deras upplevelser kring sitt stöd. Brukare med insatsen daglig verksamhet har erbjudits denna enkät i år.

Resultat 2018

Från och med 2017 medverkar Skövde för första gången i den nationella brukarundersökningen riktad mot funktionsnedsättningsområdet och deltog då med bostad med särskild service. 2018 valde man att inrikta brukarundersökningen på daglig verksamhet. 135 personer (62% av brukarna) med insatsen daglig verksamhet valde att svara på frågor som rör deras insats, personal, trivsel mm. Ur ett jämställdhetsperspektiv kan man se att män upplever att de inte förstår personalen i högre utsträckning än kvinnorna. Kvinnor känner sig generellt sett mer rädda på sin dagliga verksamhet än männen. Man kan också se att fler i Skövde än i riket tyckte att stödet var rätt men att många jämfört mot riket kände mindre inflytande, mindre trygghet med personalen samt att verksamheten var mindre viktig för brukaren.

Analys

Det är viktigt att medvetandegöra jämställdhetsperspektivet och analyser varför kvinnorna upplever sig otrygga på daglig verksamhet och män har svårt att förstå personalen för att kunna finna lämpliga åtgärder. När det gäller lokala frågor visar det sig att ha schema på jobbet och att ha möte med personal är resultatet bättre än 2013 medan att oro från och till jobbet samt ont i kroppen av jobbet har ökat. Både denna undersökning och kvalitetsgranskningen av genomförandeplaner visar dock att inflytande och delaktighet är mindre än önskat.

Förbättringsförslag

- Starta dialogträffar med brukarna för att se vad de vill att verksamheten förbättras för att öka tryggheten till och från arbetet.

Brukarundersökning från socialstyrelsen

Socialstyrelsen genomför årligen brukarundersökningar hos äldre i syfte att undersöka brukarnas upplevelser av äldreomsorgen. Undersökningen redovisas kommunvis och kan användas som jämförelse mot andra kommuner och riket. Många brukare får hjälp av sina anhöriga att besvara enkäten, vilket är så riket över. Resultatet är därför en bild över både brukare och anhörigas syn och upplevelser av äldreomsorgen.

Resultat 2018

Årets undersökning ”Så tycker äldre om äldreomsorg” visar att Skövde har en något lägre svarsfrekvens än riket. Inom hemtjänst och särskilt boende har nöjdheten marginellt försämrats mot föregående år.

Positiva skillnader från tidigare år inom hemtjänst är att brukare generellt tycker att frågor som är kopplade till personalens bemötande är bra. Det som resultatmässigt inom hemtjänsten minskar något är att frågorna kring att det är svårt att få tag på personalen, att få information om förändringar och att insatserna anpassas efter brukarens behov.

Det sedan tidigare försämrade resultatet avseende förtroende för personalen inom särskilt boende har inte förbättrats. På särskilt boende så är resultaten lägre när det gäller att veta vart man kan lämna synpunkter och klagomål, att personalen har tillräckligt med tid samt information om förändringar.

Analys

Om man jämför mot riket så är resultaten bra för både hemtjänst och särskilt boende med resultat över riket på de flesta områden. Det skulle vara intressant att göra en motsvarande enkät till brukare inom SoL som den som brukare inom LSS har med frågeassistenter. Detta för att se om svaren skiljer sig åt när brukaren svarar på egen hand med anpassat stöd utan anhörigas inblandning. Att sedan bryta ner resultaten och se om arbetet med åtgärder kan ske tillsammans med brukare för att uppnå samma goda effekter som för gruppboende inom LSS. Man kan också fundera över om resultatet i brukarundersökningen hade kunnat påverkats ännu mer till det positiva om man gjort riktade insatser inom varje avdelning i syfte att förbättra på en generell nivå än som nu där varje enhet gör sin analys av sitt resultat och sedan kopplar aktiviteter till mållinan utifrån sitt resultat.

Förbättringsförslag

- Utveckla information kring synpunkter och klagomål. Viktigt att beakta är att information kan ges både muntligt och skriftlig för att nå bästa resultat.
- Skapa en rutin för hur synpunkter och klagomål kan samlas in och återkopplas efter åtgärder.
- Arbeta med personalens arbetssätt och brukarnas önskemål för att öka den sociala gemenskapen, vilket kan minska känslan av ensamhet hos brukarna.
- Arbeta mer med medborgardialog i någon form för att fånga åtgärder och förbättringsförslag från brukarna.
- Samla avdelningarna för att se över resultat och skapa en samsyn över vilka resultat och aktiviteter som ska prioriteras.

Medborgardialog

Resultat 2018

Utifrån resultatet från brukarundersökningen som genomfördes under hösten 2017 som visade att kvinnor som bor på servicebostad generellt sett är mindre nöjda med sina insatser. Under försommaren 2018 bjöds fem brukare och två personal in till medborgardialog vid totalt fyra olika tillfällen. Metoden som användes

heter Delaktighetsmodellen och bygger på återkommande möten där stafettfrågor skickas mellan brukare och personal för att komma fram till olika lösningar på upplevda problem.

Analys

Under dialogen kom det fram många förslag kring aktiviteter och en förbättrad kommunikation. Konkreta åtgärder som föreslogs såsom namnskyltar, förslagslådor i gemensamma utrymmen, grannmöten och anpassade gruppaktiviteter för målgruppen är sådant som nu aktivt genomförts inom avdelningen. De positiva utvärderingarna från både brukare och personal som deltog har gjort att medborgardialog kommer att implementeras som en naturlig del i verksamheten för att fördjupa och konkretisera resultatet från brukarundersökningarna.

Förbättringsförslag

- Införa medborgardialog inom fler områden där enkätsvar visat på resultat som kan förbättras inom både SoL och LSS.

Social dokumentation

Alla händelser som påverkar ett ärende ska dokumenteras inom både SoL och LSS.

När det gäller handläggning är det viktigt att ett ärende hanteras rättssäkert och att det går att följa stegen i processen via dokumentationen. När det gäller verkställigheten gäller kravet på dokumentationen att det finns en genomförandeplan som talar om hur stödet/hjälpen ska ges och att brukarens delaktighet framkommer. Det ska även finnas journalanteckningar som följer ärendet under tid samt uppföljningar av stödet/hjälpen från både handläggare och verkställare.

Dokumentationsträffar

Varje år hålls två halvdagar med dokumentationsombud och enhetschef inom lagrum SoL/LSS.

Dokumentationsträffarna har till syfte att utveckla dokumentationen i verksamheten för SoL/LSS/HSL, sprida nyheter och goda exempel.

Resultat 2018

Under 2018 har två halvdagar med dokumentationsombud och enhetschefer hållits. Mycket fokus har varit för avdelningen funktionsnedsättning och hemtjänst varit på brukarens delaktighet och skydds- och begränsningsåtgärder. Inom särskilt boende har fokus till stor del varit IBIC.

Analys

När man samlar stora grupper från flera olika verksamheter på samma gång kan vara svårt att hitta ett gemensamt innehåll, där alla känner att de får ut maximalt av utbildningen. Det är också stor spridning på kunskap hos ombud och enhetschefer, vilket gör det svårt att i grupper kring 70 personer hitta en nivå på informationen som passar alla. Passivt lyssnande som utbildningsform kan också vara svårt att tillgodose sig som åhörare. Vid utvärdering av träffarna har det framkommit att innehållet får höga resultat medan utbildningsformen i form av föreläsning i stor sal passar ca 50%, övriga skulle vilja ha det i mindre verksamhetsgrens inriktade grupper där föreläsning varvas med mer gruppdiskussioner.

Förbättringsförslag

- Göra träffarna i mindre format och indelade efter verksamhetsgren där gruppdiskussioner och föreläsningar varvas.

Dokumentation inom avdelningen för äldreomsorgen

Inom äldreomsorgen har det under en längre tid funnits ett arbetssätt och tradition att skriva genomförandeplaner och journalanteckningar. Det sker dock inte alltid i den utsträckning och omfattning som lagar och förordningar kräver.

Resultat 2018

Under året har arbetet med social dokumentation genomgått en förändring där större fokus har lagts på mål, uppföljningar och att dokumentera skydds- och begränsningsåtgärder. Under året har webbutbildningar i verksamhetssystemet Procapita skapats samt riktade handböcker för varje profession som stöd till dokumentationen. Alla timvikarier har under året fått möjlighet till verksamhetssystemet för att läsa och dokumentera.

Under våren infördes arbetssättet IBIC på särskilt boende. Det innebar att all personal fick 4 timmars utbildning i modellen och 2 timmars utbildning i social dokumentation utifrån IBIC. Enhetschefer och dokumentationsombud har dessutom fått 3 timmar i mål och uppföljning av insatser utifrån IBIC.

Under hösten har hemtjänsten bytt verksamhetssystem till Lifecare som stödjer genomförandeplaner och anteckningar utifrån IBIC och all kommunal hemtjänstpersonal har fått utbildning i det nya systemet.

Kvalitetshandledarna har funnits tillgängliga för individuell handledning i dokumentation och verksamhetssystem.

Analys 2018

Under året har äldreomsorgen visat ett allt större intresse och kunskap för social dokumentation. Mycket utveckling i den sociala dokumentationen för särskilt boende har skett i och med övergången till IBIC.

Hemtjänsten har fått ett nytt system under hösten men har fortfarande en del svårigheter att nyttja systemet fullt ut på grund av bland annat nuvarande ersättningssystem i Skövde. Det finns också en viss osäkerhet att använda nya system som tar tid att komma över.

Framgångsfaktorer som man kan se är att där enhetschefen har goda kunskaper i dokumentation och verksamhetssystem finns ett högre engagemang för denna arbetsuppgift hos medarbetarna och fler upprättade genomförandeplaner finns upprättade.

Man kan också behöva analysera om man aktivt och effektivt kan arbeta på nya sätt med dokumentationen av genomförandeplanen i framtiden. Detta för att se om man resursmässigt och kunskapsmässigt kan nyttja nuvarande resurser bättre samt få en högre andel brukare med aktuella genomförandeplaner.

Dokumentation inom avdelningarna inom LSS

Dokumentationen inom avdelningarna ser väldigt varierad ut. Brukare inom gruppboende och korttidsvistelse har ofta upprättade genomförandeplaner och omfattande dokumentation. Det kan till och med vara så att det finns en viss överdokumentation som gör att arbetet försvåras.

Inom personlig assistans har det funnits svårigheter med teknik och möjlighet att sitta i brukarens hem som försvårat arbetet med genomförandeplaner och dokumentation. Inom denna verksamhet finns det ofta mindre dokumentation än vad som är önskvärt.

Resultat 2018

Under 2018 har en rad satsningar på dokumentation gjorts inom avdelningarna för LSS.

Verksamhetsutvecklare har besökt många arbetslag för att diskutera vad som är social dokumentation, varför vi gör det och hur vi kan öka brukarnas delaktighet.

Under året har webbutbildningar i verksamhetssystemet Procapita skapats samt riktade handböcker för varje profession som stöd till dokumentationen. Alla timvikarier har under året fått tillgång till verksamhetssystemet för att läsa och dokumentera. Det kvarstår dock vissa PAN-anställda som ännu inte kan läsa och dokumentera i verksamhetssystemet.

Analys

Under 2018 har efterfrågan av mer kunskap runt social dokumentation ökat. För att möta behovet har verksamhetsutvecklaren fortsatt utbilda hela arbetsgrupper samt skapa möjlighet till webbutbildning i dokumentation, Procapita. Framgångsfaktorer som man kan se är att där enhetschefen har goda kunskaper i dokumentation och verksamhetssystem finns ett högre engagemang för arbetsuppgiften hos medarbetaren och fler upprättade genomförandeplaner finns upprättade.

Inom LSS verksamheten har man under året ordnat olika studiecirkel som bland annat fokuserat på yrkesrollen och professionellt förhållningssätt, anhörigperspektivet och brukarens rätt och möjlighet till delaktighet. Detta har på flera sätt bidragit till en ökad förståelse för syftet med dokumentationen och hur brukarna ska göras delaktiga i denna.

Kvalitetshandledarna och verksamhetsutvecklare har funnits tillgängliga för individuell handledning i dokumentation och verksamhetssystem.

Förbättringsförslag för både äldreomsorg och funktionsnedsättning

- Starta ett arbete med att få en gemensam terminologi.
- Säkerställa att dokumentation sker enligt föreskrifter, personuppgiftslagen och sekretesslagen.
- Renodla och standardisera vilka dokument som ska förvaras i verksamhetssystemet.
- Stärka enhetschefens kunskap och engagemang för den sociala dokumentationen.
- Utvecklingsenheten bidrar med kunskap och goda exempel.
- Arbeta med att implementera arbetssätt som stärker brukarens delaktighet kring både planering av insatser och dokumentation.
- Instruktionsfilmer för verksamhetssystemet Lifecare.
- Skapa en arbetsgrupp som har till uppgift att se över möjligheter att förändra arbetssätt och resursanvändning i samband med upprättande av genomförandeplaner.

Granskning

Granskning av dokumentation i journaler, akter och annan dokumentation ingår i systematiskt kvalitetsarbete.

Utförarna

För utförarna utfördes detta av socialt ansvarig samordnare i samarbete med kvalitetshandledare och verksamhetsutvecklare. Granskning genomfördes i september. Syftet med årets granskning var dels att se hur stor andel av genomförandeplanerna var upprättade, dels att slumpmässigt granska kvalitet i 20 % av de upprättade planerna utifrån en granskningsnyckel.

Tabell 3 Granskning av antalet genomförandeplaner inom SoL verksamheten

Typ av verksamhet	Antalet verkställda beslut	Andelen upprättade genomförandeplaner	Andelen enheter som enligt kvalitetsrevisionen som har uppgett helt/delvis upprättade genomförandeplaner
Särskilt boende	372 st	86 %	55% helt / 45% delvis
Korttid	124 st	17 %	
Dagverksamhet	99 st	73 %	
Hemtjänst kommunal	768 st	68 %	75% helt / 25% delvis
Hemtjänst LOV-utförare	366 st	78 %	50% helt / 50% delvis

Granskning visar dock inte hur stor andel av de upprättade genomförandeplanerna som är aktuella eller har en bra kvalitet.

Tabell 4 Granskning av antalet genomförandeplaner inom LSS verksamheten

Typ av verksamhet	Antalet verkställda beslut	Andelen upprättade genomförandeplaner	Andelen som enligt kvalitetsrevisionen som har uppgett helt eller delvis upprättade genomförandeplaner
Bostad med särskild service	215 st	92 %	74% helt / 14% delvis
Korttidsvistelse	70 st	77 %	
Personlig assistans LSS	16 st	69 %	58% helt / 41% delvis
Personlig assistans SFB	45 st	89 %	58% helt / 41% delvis
Daglig verksamhet	243 st	84 %	

Granskning visar dock inte hur stor andel av de upprättade genomförandeplanerna som är aktuella eller har en bra kvalitet.

Resultat 2018

Resultatet av årets granskning kvantitativa del visas i tabell 3 och 4. Resultatet är dock inte tillförlitligt då verksamhetssystemet markerar att en genomförandeplan är upprättad någon gång i tiden men reagerar inte på om den är ofullständig eller inte aktuell på grund av att beslutet löpt ut och ersatts av ett nytt. I den kvalitativa granskningen på innehållet kan man se att brukarnas inflytande och delaktighet är låg inom de flesta enheter. Även frågor kring brukares önskemål och om genomförandeplanen är respektfullt skriven samt om enhetschef och brukare läst och godkänt genomförandeplanen får låga resultat. Även delar såsom om det framgår om övergripande mål, delmål och hur/när uppföljning ska ske kan förbättras främst inom äldreomsorgen.

Analys

Granskningen och kvalitetsrevisionen visar att finns en mycket hög andel genomförandeplaner som är upprättade. Men den kvalitativa granskningen visar också att det är svårt att hålla planerna aktuella över tid och följa upp dem regelbundet. Att systemet visar att det finns en genomförandeplan någon gång under verkställigheten ger en högre andel av genomförandeplaner, särskilt inom LSS där brukare ofta har insatser under lång tid, än vad som faktiskt finns att arbeta utifrån enligt gällande beslut.

Att arbeta vidare med värdegrundsfrågor där bland annat delaktighet och integritet ingår ses som en viktig del för att det sedan ska spilla över i dokumentationen. Att vända arbetssättet och synen på genomförandeplanen från att det är en ren personalinstruktion till att det är en gemensam överenskommelse som utgår från brukaren kommer att ta tid. Den resan är dock påbörjad under året.

När det gäller att det övergripande målet ska framgå i genomförandeplanen så finns det en del tekniska förbättringsdelar som man i systemet bör lösa. De delmål som knyts till varje aktivitet/insats och som ska utgå från det övergripande målet samt hur och när uppföljning ska ske håller på att implementeras i samband med att verksamheterna förbereds för IBIC.

Man kan se att kvalitetsrevisionens svar och det som ses vid granskning av dokumentationen både när det gäller andelen upprättade genomförandeplaner och om enhetschef och brukare läser och godkänner genomförandeplanen samt om detta journalförs skiljer sig åt en del.

Förbättringsförslag

- Se över funktionerna i verksamhetssystemet så att det övergripande målet följer med automatiskt till genomförandeplanen.
- Se om vi kan få en bättre och tydligare redovisning av aktuella genomförandeplaner i och med införandet av beslutsstöd.
- I samband med att verksamheterna förbereds inför IBIC så införs en standardiserade modell för delmål och uppföljning.

Biståndsenheten

På biståndsenheten så sker egengranskning med jämna mellanrum med styrning från Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Man har också kollegial granskning i syfte att höja utredningarnas kvalitet.

Under 2018 genomfördes en revision av PwC beställd av Skövde kommuns revisorer. Granskningen skulle besvara frågan: "Säkerställer att vård och omsorgsnämnden i Skövde kommun att biståndshandläggningen för äldre sker på ett ändamålsenligt och rättssäkert sätt?"

Resultat

Under året har ingen granskning skett från IVO eller utifrån systematisk kollegial granskning på biståndsenheten.

Revisionsrapporten visar att vård- och omsorgsnämnden delvis säkerställer att biståndsbedömningen inom äldreomsorgen sker på ett ändamålsenligt och rättssäkert sätt.

Analys

Det är också viktigt att den kollegiala granskningen sker regelbundet inom båda lagrummen för att behålla och utveckla kvaliteten. Den granskningsmall som finns måste också hållas aktuell utifrån författningar och IBIC.

Utifrån kontrollmålen i revisionen kan man se att följande är uppfyllt; riktlinjer för biståndsbeslut och dokumentation finns.

De kontrollmål som anses vara delvis uppfyllda och kan utvecklas är; likabedömning, förhandsinformation till brukare, återkoppling av klagomål och icke verkställda insatser som rapporterats till biståndsenheten från utförare.

Förbättringsförslag

- Fortsätta att se över handlägningsprocessen utifrån det processarbete som gjorts under året.
- Standardisera processen och metoderna inklusive säkerställa att informationsflödet mellan biståndshandläggare och utförare angående icke verkställda insatser som den enskilde avböjt
- Arbeta med att få en mer likabedömning
- Ta fram ett arbetssätt kring hur förhandsinformation för brukaren kan främjas
- Kartlägga frekvensen av ofullständiga utredningar
- Klagomålshantering och återkoppling bör säkerställas
- Skapa/uppdatera en rutin för handläggning
- Utveckla den kollegiala granskningen genom att ta fram en granskningsnyckel som utgår från Sosfn och IBIC och därigenom standardiserar granskningarna.

Individens behov i centrum (IBIC)

Under året har projektarbetet med att införa arbetsmodellen IBIC fortsatt. IBIC bygger på att sätta brukarens behov i centrum, jobba målinriktat mot uppsatta mål och endast kompensera de delar som brukaren själv inte klarar, med eller utan hjälpmedel. Den stora förändringen med att arbeta med IBIC gäller också att få brukarens delaktighet och inflytande, uppmärksamma personalen på vilka skydds- och begränsningsåtgärder som används och varför, samt att på ett strukturerat sätt följa upp kvalitet och mål.

Resultat 2018

Under 2018 har man infört utredningar och beslut från biståndsenheten enligt IBIC till brukare som ansöker om särskilt boende. I takt med att beslut enligt IBIC kommit verksamheten till del så har också utförarna inom särskilt boende ställt om arbetssätt och dokumentation så att genomförandeplanerna skrivits utifrån denna modell. Kvalitetshandledare har funnits till hjälp för utbildning och handledning under införandet.

Parallellt med införandet så har förberedande arbete med att införa IBIC i övriga verksamheter fortsatt. Under året har ett nytt verksamhetssystem Lifecare utförare införts i hemtjänsten för att få ett system som stöder arbetsmodellen när de under 2020 övergår till IBIC. Planeringen är att utförardelen får ett nytt verksamhetssystem under 2019 inom särskilt boende. Alla stöddokument som man sedan tidigare sett ett behov av finns nu på plats.

Analys

Införandet av arbetsmodellen IBIC är en av de större förändringarna som gjorts senaste åren. Det involverar hela processen från ansökan till avslut av verkställighet och kommer att ta flera år innan man kan se full effekt av arbetsmodellen. Det återstår en del arbete kring att ta fram lämpligt stödmaterial som ger stöd åt modellen i verksamheten. De flesta kommuner i Sverige kommer att införa IBIC och det är stor variation på hur långt man kommit i detta, vilket gör att det finns få föregångare att följa.

Förbättringsförslag

- Studiecirkel i IBIC för enhetschefer inom hemtjänst tillsammans med handläggare SoL för att få en gemensam kunskap om modellen.

Värdegrund

Den nationella värdegrunden gäller alla kommuner i landet och utgår från socialtjänstlagen. Värdegrunden bygger på att personen ska få leva ett värdigt liv och känna välbefinnande. För att uppnå detta behövs bland annat att verksamheten arbetar aktivt med att värna om och respektera brukarens rätt till privatliv och kroppsliga integritet, självbestämmande, delaktighet och individanpassning. Sektor vård och omsorg har gjort en motsvarande värdegrund för verksamheter inom lagen om särskilt stöd och service till vissa funktionshindrade.

Resultat 2018

De flesta enheter följer den struktur och uppföljning som är framtagen för värdegrundsarbetet. Det fortsatta arbetet kommer att inrikta sig på att hålla värdegrunden levande samt introducera nya medarbetare i värdegrundsarbetet. Det finns idag ingen strukturerad arbetsmodell för hur man går vidare med diskussioner och arbetsmodeller eller hur man bryter ner värdegrunden till lokal nivå på enheten. Studiecirkel inom verksamheterna för LSS arbetar mycket inom dessa områden.

Analys

Det finns utmaningar att använda värdegrunden i vardagen på ett sådant sätt så att det ger avtryck i arbetsmodeller, diskussioner och dokumentation. Det finns ett behov av påfyllning av tankar och idéer för att

kunna finna nya sätt att diskutera och arbeta med värdegrund. Det har under året inte funnits så stort utrymme på strategisk nivå att arbeta med värdegrundsfrågor på grund av andra prioriteringar.

Förbättringsförslag

- Arbeta för att få värdegrunden som en naturlig del av det vardagliga arbetet.
- Skapa en modell för att samla nya medarbetare för introduktion inom värdegrundsarbetet i form av nanoutbildning.
- Ta fram en struktur för fortsatt arbete med värdegrund.
- Utveckla intranätets sida för värdegrund med stöd för arbetet på enheten och utveckla den så den riktar sig mot båda avdelningarna.

Välfärdsteknologi

Välfärdsteknologi är kunskap om och användandet av teknik som kan bidra till ökad trygghet, aktivitet, delaktighet och självständighet för personer med funktionsnedsättning eller ålderdom och deras anhöriga. Tekniken kan både stödja eget boende, förebygga eller komplettera vård- och omsorgsbehov. Tekniken kan också bidra till bättre resursutnyttjande och en högre kvalitet.

Resultat 2018

- Under året har sektorn infört ett nytt arbetssätt inom välfärdsteknologi med nyckelfri vård och omsorg.
- Av den välfärdsteknologi som startades upp under 2017 har vi fått 2 st GPS-larms användare och 21 st brukare som använder trygghetskamera.

Analys

Införandet av nyckelfri vård och omsorg har medfört ett effektivare arbetssätt där den fysiska nyckeln till brukare har bytts ut mot en digital nyckel. Detta innebär att varje medarbetare har en mobiltelefon som intrigerar med brukarens lås, vilket ger en kostnadseffektivare planering där ingen hänsyn till nyckelhantering behöver tas. Det ger också en tryggare hantering av vem som kommer in till brukare då alla användare kan loggas samt att risken för att nycklar förkommer nästan uteslutits.

Det är dock svårt att göra en korrekt beräkning av hur mycket tid och resor som besparats under 2018 då montering och installation har tagit tid i ett uppstartsskede.

De trygghetskameror som installerats under året har gett en bättre kvalitet på tillsyn natttid där brukarna slipper störas och varit kostnadseffektivt för verksamheten då tid och körda mil har minskat i dessa fall. Det finns fortfarande flera brukare som skulle kunna vara hjälpta av att byta tillsynsbesök mot kamera men som ännu inte valt att pröva denna lösning.

GPS-larm har under året underlättat och skapat trygghet för 2 st brukare och deras anhöriga. Det finns möjlighet att utöka målgruppen för GPS-larm på sikt och därigenom skapa möjlighet för fler brukare att ta del av den rörelsefrihet och trygghet som larmen innebär.

Förbättringsförslag

- Fortsätta att omvärldsbevaka nya användningsområden för välfärdsteknik som underlättar för brukaren och bidrar till ett effektivare resursutnyttjande.
- Alltid göra bra nulägesanalyser samt följa upp införanden av ny teknik för att se att de bidragit med det som var planerat.
- Se över möjligheten att erbjuda fler brukare GPS-larm i syfte att bevara rörelsefrihet och trygghet.

Ständiga förbättringar

Ständiga förbättringar handlar om att skapa en kultur där alla medarbetare aktivt utmanar nuvarande arbetssätt och kommer med idéer till förbättring. Att hitta och genomföra förbättringar ska vara en naturlig del av arbetet. Det som driver arbetet framåt är att identifiera problem (slöserier) i vardagen och lösa dem på systematiskt sätt. För att lösa problem på ett systematiskt sätt används förbättringshjulet, även kallat PDSA. PDSA kommer från engelskan och står för Plan - Do - Study - Act. Vi översätter det med Planera - Gör - Studera - Lär.

Resultat 2018

Under 2018 har utbildning genomförts för samtliga chefer inom sektor vård och omsorg. Utbildningar i ständiga förbättringar har även genomförts till omvårdnadspersonal på 16 arbetsplatser. Utbildningen har bestått av två pass per arbetsplats och arbetsplatserna har sedan startat upp en förbättringstavla.

Analys

Det är alltid svårt att göra förändringar eftersom det kräver ett visst mått av tid och engagemang. När förändringarna kommer från de egna medarbetarna finns det oftast ett större driv att genomföra förändringen även om det är lätt att med tiden tappa engagemanget. En svårighet med förändring är att hitta den möjliga tiden att reflektera och förändra, få alla medarbetare att förstå vad det nya arbetssättet innebär och att göra det systematiskt enligt en modell där nuläge, mål och uppföljning blir tydligt.

Förbättringsförslag

- Fortsätta erbjuda fler arbetsplatser att gå utbildning i ständiga förbättringar under 2019.
- Erbjud arbetsplatser som har startat upp arbetet med ständiga förbättringar erfarenhetsutbyte och fördjupning i PDSA-metoden.

GDPR (General Data Protection Regulation)

Resultat 2018

I januari startades ett kommungemensamt projekt i syfte att förbereda verksamheterna inför den nya EU-förordningen som trädde i kraft den 25 maj 2018. Inom ramen för projektet har en intern arbetsgrupp inom sektor vård och omsorg inventerat och registrerat digitala personuppgifts- behandlingar. Därefter har en analys gjorts och en åtgärdslista har tagits fram.

Analys:

Det har i inventeringen blivit tydligt att det saknas gallringsrutiner inom flera områden. Det förekommer också listor med personuppgifter utanför de system där uppgifterna egentligen ska hanteras.

Förbättringsförslag:

- Fortsatt arbete med framtagna åtgärder.
- Revidera dokumenthanteringsplanen.
- Fortsätta inventeringen av den fysiska pappers- och pärmhanteringen som finns med personuppgifter inom sektorn.

Värdeskåp till brukare

Utifrån lex Sarah utredningar angående stölder från brukare har två värdeskåpsinventeringar genomförts under året. Avdelningscheferna ansvarar för att prioritera och planera för att värdeskåp till brukares kontanter och värdesaker installeras i de kommunala boendeformerna.

Resultat 2018

Under året har ett antal läkemedelsskåp inom hemsjukvården bytts ut mot nyckelfria lösningar. De tidigare skåpen har samlats in och förvaras nu på en gemensam uppsamlingsplats. Det finns en plan att eventuellt kunna använda dessa skåp till förvaring av värdesaker.

Det finns i dag ingen möjlighet till full följsamhet till rutinen för brukares kontanthantering vid våra boenden så därför bör rutinen revideras till de förutsättningar som finns dock utan att sänka ambitionen om en säker kontanthantering.

Analys

Detta är en process som utav olika anledningar dragit ut på tiden. Det saknas fortfarande en långsiktig planering om och hur man ska återanvända tidigare inköpta skåp. Det saknas också ett funktionsprogram som anger vilken standard som ska finnas på våra boenden. För att komma tillrätta med planering, funktionsprogram och investeringar, så behöver man nu utse en ansvarig person som driver frågan framåt.

Förbättringsförslag

- Skapa en långsiktig plan utifrån behovet av att investera värdeskåp och prioriteringslista för vilka boenden som är aktuella.
- Anta ett funktionsprogram inför kommande boenden och vid renoveringar.
- Revidera rutinen för kontanthantering av brukares privata medel.