

Kvalitetsberättelse 2019

Sammanfattning

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

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. Man kan se en positiv utveckling av kvalitet främst inom avdelningarna inom funktionsnedsättning när det gäller delaktighet för brukarna i genomförandeplanerna och inom äldreomsorgen att det blivit bättre resultat på brukarundersökningen när det gäller kunskap om vart man kan vända sig med klagomål och synpunkter. Med den snabba utveckling av verksamheten som sker är det nödvändigt att analysera och arbeta med de mest prioriterade områdena. Detta för att få önskad effekt av de åtgärder som genomförs.

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.

Innehåll

| | |
|--|---|
| Kvalitetsberättelse | 3 |
| Kvalitetsledningssystem | 3 |
| Riktlinjer/rutiner | 3 |
| Processorientering..... | 4 |
| Avvikelser..... | 5 |
| Lex Sarah utredningar..... | 6 |
| Klagomål/synpunkter | 7 |
| Egenkontroll..... | 8 |
| Kvalitetsrevision | 8 |
| Verksamhetsuppföljning | 9 |
| Kvalitetsrapport för privata utförare..... | 9 |
| Brukarundersökningar | 9 |



SKÖVDE

| | |
|--|----|
| Enkätundersökning till brukare som har insatsen bostad med särskild service och personlig assistans..... | 10 |
| Brukarundersökning från socialstyrelsen | 10 |
| Medborgardialog | 11 |
| Social dokumentation..... | 12 |
| Dokumentationsträffar..... | 12 |
| Dokumentation inom avdelningen för äldreomsorgen | 12 |
| Dokumentation inom avdelningarna inom LSS | 13 |
| Granskning..... | 14 |
| Utförarna | 14 |
| Biståndsenheten | 15 |
| Individens behov i centrum (IBIC) | 16 |
| Värdegrund | 16 |
| Välfärdsteknologi..... | 17 |
| Värdeskåp till brukare | 18 |

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. Det är sektorchef, avdelningschef, MAS/SAS som kan förankra dessa i ledningsgruppen för fastställande. Avdelningschefer/enhetschefer kan fastslå lokala rutiner som går i linje med övergripande riktlinjer och rutiner som endast gäller lokal praktisk hantering av ovanstående rutiner.

Under 2019 har nya riktlinjer och rutiner skapats efter verksamhetens behov, processer och lagar/förordningar. De flesta riktlinjer och rutiner under 2019 är upprättade utifrån de behov och förbättringar som man kunde se vid olika processarbeten. Främst har rutinerna berört handläggningsområdet.

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. Det finns en stor drivkraft att implementera riktlinjer/rutiner i de fall där processarbetet visat ett problem/slöseri för verksamheten och där standardisering av exempelvis arbetssätt är till stor fördel.

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 2019

Det har under året skapats tre processteam där rollerna i processarbetet tydliggjorts. Att ha utsedda processägare och processledare samt ett fungerande processteam är en förutsättning för att arbeta processorienterat och arbeta med ständiga förbättringar.

Under 2019 har arbetat med processerna omfattat:

- Utredda behov av omsorg vid funktionsnedsättning
- Utredda behov av omsorg för äldre
- Ge omsorg på korttidsboende

Analys

Tidigare har verksamheten haft ett stort fokus på att identifiera och kartlägga processer. Att tillsätta och tydliggöra roller och ansvar för processen har skapat ett större engagemang och ett standardiserat arbetssätt. SAS har under året varit med i arbetet med processerna och granskat att innehållet överensstämmer med lagar och förordningar, vilket bidragit till en kvalitetshöjning. Processarbetet att utreda behov för äldre har ökat likabedömningar och bidragit till mindre slöserier i form av större trygghet för biståndsbedömarna att lösa vissa situationer. En annan effekt av processarbetet är minskade hemtjänsttimmar för sektorn på grund av likabedömningar, dock utan att det påverkat kvaliteten eller nöjdhet hos brukaren enligt socialstyrelsens brukarundersökningen.

Förbättringsförslag

- Mäta och följa processresultaten med målsättning att effektivisera, standardisera och öka kundnöjdheten.
- Fortsätta arbetet med ständiga förbättringar.

Avvikelser

En avvikelse innebär att det uppstått en intern brist/fel. All personal har skyldighet att rapportera dessa fel och brister för att säkra en god kvalitet. Detta sker via verksamhetssystemet Procapita.

Resultat 2019

Antal avvikelser har i år minskat från 591 till 497st (16%) mot tidigare år inom SOL/LSS. Den stora förändringen beror främst på minskat antal avvikelser som rör omvårdnad/omsorg SoL/LSS 452 till 310 avvikelser. Anledning till detta är inte känt utan bör fortsätta utredas. En ökning av avvikelser inom typen dokumentation har skett från 25 till 81 och beror främst på att avgiftshandläggarna nu registrerar felaktig dokumentation kopplat till avgifter och ersättningar till utförare. Ett högt antal avvikelser på en enhet kan dels bero på låg kvalitet dels på att det kan finnas en vilja och engagemang att utvecklas, och hitta fel och brister för att förbättra. Medan ett lågt antal avvikelser på enheten kan tyda på hög kvalitet eller stor underrapportering. För att fastställa kvalitén i dessa fall så krävs en noggrannare analys av enhetens avvikelser. Under året har avvikelsemodulen förändrats för att förenkla registreringen, precisera avvikelse typerna samt möjliggöra utredning enligt riktlinjen för risk- och händelseanalys. Gemensam rutin för avvikelsehantering inom alla lagrum samt klagomål/synpunktshantering med bilagor i form av stöddokument har upprättats. Riktlinje för Risk- och händelseanalys har börjat implementeras hos chefer.

Analys

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

- Omvårdnad/omsorg handlar om uteblivna insatser och insatser som inte utförts på rätt sätt utifrån beslut och/eller genomförandeplan inom SoL och LSS.
- Dokumentation domineras inom SoL av felaktig hantering av verkställighet eller frånvaro hos brukare som påverkar brukarens avgift eller utförarens ersättning. Detta har dock oftast åtgärdats av avgiftshandläggare innan faktura når kund eller ersättning utbetalas till utföraren men kräver en viss arbetsinsats. En annan del av dokumentation är ej upprättade genomförandeplaner. Här finns dock en kraftig underrapportering av denna avvikelse typ utifrån de resultat som den årliga granskningen av dokumentationen visar. Det finns också en underrapportering av beslut som inte är korrekta eller inte omprövade i tid.
- Information/samverkan, här rapporteras det främst avvikelser när informationen brister mellan olika utförare såsom exempelvis dag-natt eller mot utförare/avgiftshandläggare.
- Bemötande handlar mest om mötet mellan personal och brukare men även stölder rapporteras här.

Under senaste åren har antalet enheter som rapporterar avvikelser ökat även om totala antalet avvikelser minskat i år.

De har under året genomförts studiecirkel inom avdelningen för funktionsnedsättningar där bland annat ansvar och vikten av avvikelse/lex Sarah diskuterats. Enligt utvärderingar har en bredare bild av det förbättringsarbete som är kopplat till avvikelser förmedlats, vilken förhoppningsvis har bidragit till att fler avvikelser kommer rapporteras och därmed åtgärdas.

Bistånds enheten har under året börjat rapportera mer brister inom det interna arbetet. Det finns dock en underrapportering som visat sig i samband med översyn av arbetssätt hos utförarna när det gäller avvikelser på felaktiga utredningar/beslut och beslut som inte omprövas i tid främst på handläggning sidan riktad mot SoL.

Inom enheterna inom alla avdelningar finns det stora variationer i antal avvikelser där de enheter som rapporterar mest inom SoL/LSS har ca 30 avvikelser under året och de som har minst inte har registrerat en enda inom SoL/LSS. I resultatet ska man dock ha i beaktande att bemanning och antal brukare påverkar risken för fel och brister. Som exempel kan ges att det är rimligt att ett boende med ca 15 boende med stor personalgrupp har fler områden som kan brista eller behöva utvecklas än små arbetslag med arbetet en personal -en brukare. Det är dock viktigt att även i dessa mindre personalgrupper har siktet på förbättringar och registrera det risker och händelser som sker för att fortsätta utveckla verksamheten.

Vid granskningar och vid lex Sarah-utredningar visar det sig att det finns brister i att ta emot, utreda och avsluta avvikelser, vilket kommer att behöva arbetas vidare med i processteamet för avvikelser för att få till ett fungerande arbetssätt.

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.
- Implementera riktlinjen för risk- och händelseanalys hos chefer ytterligare genom chefsforum.
- Starta ett processarbete kring avvikelshantering
- Implementera rutinen för avvikelshantering.
- Öka lärande i organisationen med att lyfta frågor kopplade till avvikelser kontinuerligt i linjen.

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. All personal inom SoL och LSS ska rapportera om missförhållanden.

Resultat 2019

Tabell 2 Antal rapporter under 2015–2019

| 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 |
| 2019 | 14 | 6 | 16 + 4 privat |

Utav årets lex Sarah rapporter så kan man urskilja två områden där flera lex Sarah händelser skett. De utmärkande områdena är händelser relaterade till hemtjänst med uteblivna insatser eller avvikande arbetssätt samt att klagomål från brukare/anhöriga lett till lex Sarah utredningar kring kvalitet och bemötande. Under året har färre rapporter om lex Sarah skett än tidigare år.

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 för att förhindra nya missförhållanden och att intresset för arbetet med att rapportera och utreda kommer öka. Cheferna tar i samband med att risk- och händelseanalys införts under året ett större ansvar i utredningsdelen. Implementering av arbetssätt kring hur uppföljning av åtgärder samt återkoppling till arbetslag och ledningsgrupper av resultatet ska ske är inte klart.

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.

Resultat 2019

Under 2019 så har sektor för vård och omsorg fått 48 klagomål/synpunkter på verksamheten och 34 felanmälningar via kontaktcenter. Det är mot föregående år en dryg fördubbling av klagomål/synpunkter men en halvering av felanmälningar. Störst frekvens av klagomål/synpunkter finns på innehållet i erhållen tjänst, kring bemötande samt fysisk miljö, tillgänglighet och öppettider. Störst frekvens av felanmälningar gäller fel på trygghetslarm, fastighet och hjälpmedel.

Under sommaren 2019 infördes ett internt klagomål/synpunktshantering i verksamhetssystemet utav de klagomål/synpunkter som inkommer direkt till verksamheten. Denna registrering har blivit implementerad i verksamheten och har fallit väl ut.

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 till kontaktcenter. Arbete under året har varit inriktat på att hantera rutiner och verksamhetssystem men behöver nu övergå till ett processarbete där man fokuserar på arbetssätt och de moment som ingår i synpunkt/klagomålshantering.

Förbättringsförslag

- Öka kunskapen hos alla medarbetarna så de kan upplysa och hjälpa till med att lämna klagomål och synpunkter från brukare/företrädare.
- Implementera nya rutinen kring avvikelser och klagomål/synpunkter för att visa vilka vägar som är möjliga att lämna klagomål på och hur dessa ska hanteras.
- Standardisera uttagen av information från det nya rapporteringssystemet av kommunens synpunkter/klagomål för att kunna se mönster och trender bättre.

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.

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 2019

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 implementerats i organisationen. Avdelningscheferna efterfrågar också resultaten i högre utsträckning samt att introduktionen till nya enhetschefer har standardiserats och därmed innehåller en genomgång av syfte och upplägg. Ledningsgruppen har under året ändrat inriktning på kvalitetsarbetet är nu engagerad i de resultat som framkommer i kvalitetsrevisionen på ett tydligare sätt. Det kommer också leda till att man kan arbeta mer systematiskt med resultaten från kvalitetsrevisionen.

Förbättringsförslag

- Fortsätta arbetet med att systematiskt använda resultat och analys från kvalitetsrevisionen i ledningsgruppen.
- Arbeta om rutinen kring kvalitetsrevisionen

Verksamhetsuppföljning

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

Resultat 2019

Under året har femton uppföljningar genomförts i verksamheten från socialt ansvarig samordnare. Det är en markant ökning av verksamhetsbesök mot tidigare år då frekvensen varit fem eller färre. Dessa besök har varit på initiativ av socialt ansvarig samordnare och/eller 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. Vid besöken har främst brister i social dokumentation och rapportering vid verkställighet och frånvaro som uppmärksammats. I de enheter som kraftigt avviker från kvalitetskrav har verksamheten fått upprätta handlingsplaner för att komma till rätta med sina brister och sedan har dessa brister följts upp.

Förbättringsförslag

- Att systematiskt arbeta fram en modell hur verksamhetsbesöken planeras så att de blir återkommande inom alla verksamheter.
- Se över hur rapporterna kan förvaras på ett säkert och korrekt sätt.

Kvalitetsrapport för privata utförare

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 2019

Kvaliteten i rapporterna varierar något och det finns en utvecklingspotential att kunna utveckla svaren till kommande år. Frågan om de fått tillstånd att bedrivas hemtjänst av IVO är tillagd i 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 är framtagen och kommer att implementeras.
- Översyn under 2020 av förfrågningsunderlaget kommer att ske vilket kan komma att påverka kommande kvalitetsrapport.

Brukarundersökningar

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

Enkätundersökning till brukare som har insatsen bostad med särskild service och personlig assistans

SKR (Sveriges kommuner och regioner) 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 praktiskt stöder brukare att svara på frågor om deras upplevelser kring sitt stöd. Brukare med insatsen bostad med särskild service och personlig assistans har erbjudits denna enkät i år.

Resultat 2019

Från och med 2017 medverkar Skövde för första gången i den nationella brukarundersökningen riktad mot funktionsnedsättningsområdet och deltog då med bostad med särskild service. Under 2019 genomfördes denna undersökning igen och utökades då med gruppen personlig assistans. Totalt 124 personer med insatsen bostad med särskild service (63% av brukarna) valde att svara på frågor som rör deras insats, personal, trivsel mm. I gruppen med brukare med personlig assistans deltog 10 st (18%) i undersökningen. Generellt sett är man väldigt nöjd inom servicebostad och mindre nöjd inom gruppbofastad än övriga riket. När man jämför resultat för kvinnor på servicebostad så har alla parametrar utom inflytande ökat från 2017 efter medborgardialog.

Man kan i året undersökning se att frågor som rör inflytande och delaktighet har lägre siffror än de frågorna så riktar sig med personalens omtanke, trivsel med personalen mm inom insatsen bostad med särskild service. Man kan också se att det finns större möjlighet till inflytande om man bor i servicelägenhet än i gruppbofastad. När det gäller brukare med personlig assistans är de nöjda med att ha valt sina assistenter i stor utsträckning medan trivsel och trygghet med sina assistenter får lägre resultat.

Analys

Det är viktigt att fortsätta arbeta med inflytande och delaktighet. Man behöver också fundera över om gruppbofastadens utformning med gemensamhetsutrymme mm påverkar personalens inställning till brukaren och dennes självständighet eller om det finns andra faktorer som kan påverka resultaten. Man behöver också fundera vidare på varför kvinnor på gruppbofastad får högre resultat i nöjdhet än vad kvinnor i servicelägenhet har.

Inom insatsen personlig assistans är antalet brukare som deltagit lågt och det är därför svårt att göra några generella slutsatser. Men det är viktigt att titta på varför man inte trivs eller känner sig trygg med sin assistent trots att man valt denne. Både denna undersökning och kvalitetsgranskningen av genomförandeplaner visar dock att inflytande och delaktighet för båda insatserna är mindre än önskat.

Förbättringsförslag

- Starta ett utvecklingsarbete där personlig assistans arbetar med trygghet och trivsel med sin assistent.
- Se över hur man med information/förberedelse till nästa undersökning kan öka antalet deltagare inom främst personlig assistans.

Brukarundersökning från socialstyrelsen



SKÖVDE

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. Resultatet är därför en bild över både brukare och anhörigas syn och upplevelser av äldreomsorgen.

Resultat 2019

Årets undersökning ”Så tycker äldre om äldreomsorg” visar att Skövde har en något lägre svarsfrekvens än riket. Som tidigare år har brukare generellt gett positiva svar på frågor som är kopplade till personalens bemötande och förtroende för personal.

De områden inom särskilt boende som får bättre resultat i år är frågor kring möjligheten att lämna klagomål och synpunkter. Det är fortsatt bra resultat i de frågor som riktar sig till mat och måltidmiljö. De områden som kan fortsätta att utvecklas är trivsamt utomhus, känsla av ensamhet samt för vissa enheter hur lätt det är att träffa en sjuksköterska.

Den fråga som har fått ett bättre resultat i år inom hemtjänst är möjligheten till att lämna klagomål och synpunkter tack vare en medveten informationssatsning. De områdena som har utvecklingsmöjlighet kommunikation och kontakt samt känsla av ensamhet.

Analys

Om man jämför mot riket så är resultaten bra för både hemtjänst och särskilt boende med resultat över riket på de flesta områden. Man kan se att resultaten påverkas positivt där man gör en strukturerad satsning i form av informationen om klagomål och synpunkter. Upplevelsen av tillgängligheten till sjuksköterska varierar mellan enheterna inom SÄBO och det finns goda exempel att titta extra på inom kommunen. Att trivsamt utomhus miljö minskat beror till stor del på den byggnation som sker på Ekedal där den största negativa förändringen skett. Det är därför viktigt med en tät dialog med sektor service så snart byggnationen är färdig för att se över vilka möjligheter som finns att påverka utomhusmiljö.

Inom hemtjänst ser man över hur man ska kunna jobba mer med kontinuitet för att öka kommunikation och kontakt. Detta arbete kommer att intensifieras i samband med att verksamheten går över till IBIC under hösten 2020.

Förbättringsförslag

- Arbeta mer med medborgardialog i någon form för att fånga åtgärder och förbättringsförslag från brukarna när det gäller känsla av ensamhet.
- Sjuksköterskeenheter ser över utvecklingsmöjligheter på vissa enheter
- Fortsatt nära samarbete med måltidsenheten för att bibehålla de goda resultaten inom säbo.

Medborgardialog

Inom avdelningarna för funktionsnedsättning har man under flera år använt olika former av medborgardialog där brukare får möjlighet att påverka verksamheten. Under 2019 användes metoden fokusgrupper för att försöka påverka det resultat som framkom kring oro i samband med resor till och från daglig verksamhet i brukarundersökningen 2018.

Resultat 2019



SKÖVDE

Utifrån resultatet från brukarundersökningen som genomfördes under 2018 visade på att många brukare var oroliga för att ta sig till och från daglig verksamhet. Fokusgrupperna delades upp i en grupp med brukare som åkte taxi och en grupp som tog sig på annat sätt till daglig verksamhet exempelvis buss, promenad, cykel osv. I fokusgrupperna hölls sedan dialog kring frågeställningar kring oro kopplat till resa från och till daglig verksamhet. Det framkom bland annat att många var osäkra på hur man kunde framföra klagomål/synpunkter på taxi och bussresor, att bussen inte väntar in att brukarna hann sätta sig innan bussen körde iväg eller att väntetiden innan taxi kom upplevdes jobbig.

Analys

Under fokusgrupperna kom det fram många förslag och en förbättrad kommunikation. Konkreta åtgärder som föreslogs var information om klagomål/synpunkter och tips på vad man kan göra under väntan på taxi är sådant som nu genomförts inom avdelningen. Enhetscheferna har tagit frågorna vidare till verksamheten och arbetar för att implementera de förbättringsåtgärder som framkom.

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 2019

Under 2019 har två halvdagar med dokumentationsombud och enhetschefer hållits. Mycket fokus har varit på brukarens delaktighet och avvikelshantering. Träffarna har i år delats upp så att varje avdelning varit för sig för att rikta informationen ytterligare.

Analys

Årets upplägg med att dela in ombuden utifrån verksamhetsgren har gjort att informationen kunnat anpassats mer och att fler känner sig engagerade i de frågeställningar som lyfts.

Förbättringsförslag

- Fortsätta med att anpassa innehållet på träffarna för att maximera effekt av dessa tillfällen.
- Se om möjligheterna med att göra om träffarna till mindre studiecirkel för att kunna öka kunskap och engagemang hos dokumentationsombuden ytterligare.

Dokumentation inom avdelningen för äldreomsorgen

Inom äldreomsorgen har det under en längre tid funnits en rutin kring att skriva genomförandeplaner och journalanteckningar. Det sker dock inte alltid i den utsträckning och omfattning som rutin, lag och författning kräver. Det står bland annat i rutinen att genomförandeplan ska vara upprättad inom två veckor. När genomförandeplanen är komplett så antecknas endast händelser som är av vikt, avsteg från genomförandeplanen eller hur insatsen utvecklar sig utifrån beslut och mål.

Resultat 2019

Under året har arbetet med social dokumentation lagt större fokus på i genomförandeplan dokumentera mål, uppföljningar och skydds- och begränsningsåtgärder. Under året har ett förbättringsarbete skett mot SÄBO i social dokumentation och enkätuppföljningar har gjorts. Resultatet visar att många upplever sig ha kunskap om dokumentation och att tid för dokumentation finns framförallt under eftermiddagar.

Projekt med att pröva om man kan effektivisera dokumentationen av genomförandeplanen genom att dokumentationsombuden tar en större roll har påbörjats under året och kommer att utvärderas under första delen 2020.

Både vid granskningar och i kvalitetsrevisionen kan man se att framförallt hemtjänsten brister till rutin när det gäller introduktionssamtal som grund för dokumentation i form av genomförandeplan. Genom introduktionssamtal med brukaren vid uppstart av en insats säkerställs att brukaren får vara delaktig i planering och utförande av insatser samt att brukarens önskemål tillvaratas enligt sosfn 2014:5.

Vid lex Sarah utredningar, verksamhetsbesök och vid granskningar av dokumentation kan man se att finns låg andel anteckningar kopplade till insatsen och mål inom både hemtjänst och äldreboende.

Kvalitetshandledarna har funnits tillgängliga för grupphandledning i dokumentation och verksamhetssystem.

Analys 2019

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 genomförandeplaner finns upprättade.

Det är av stor vikt att brukarens delaktighet och mål kommer fram i genomförande av insats och tillhörande dokumentation. Därför så kommer framförallt hemtjänsten att jobba intensivt med att lyft introduktionssamtalet som en start för insatsen och hitta lämpliga arbetssätt för att nå följsamhet till rutin.

Man kan också behöva analysera om man aktivt och effektivt kan arbeta på nya sätt med dokumentationen av genomförandeplanen utifrån de resultat som framkommer i projektet. Detta för att se om man kan effektivisera och 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.

Resultat 2019

Under 2019 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 framförallt personlig assistans satsat på att upprätta genomförandeplaner, vilket har haft goda resultat på antalet aktuella genomförandeplaner.

Jämförelse mellan 2016 - 2019 visar att andelen anteckningar har ökat markant under denna period och störst ökning har personlig assistans gjort. Det finns dock fortsatt ett visst mått av underdokumentation av anteckningar inom flera verksamheterna.

Analys

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, 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 handledning i dokumentation och verksamhetssystem.

Förbättringsförslag för både äldreomsorg och funktionsnedsättning

- Starta ett arbete med att få en gemensam terminologi.
- Stärka enhetschefens kunskap och engagemang för den sociala dokumentationen.
- Fortsätta med att Utvecklingsenheten bidrar med kunskap och goda exempel.
- Stärka dokumentationsombudens roll på enheten
- Arbeta med att implementera arbetssätt som stärker brukarens delaktighet kring både planering av insatser och dokumentation.
- Stärka arbetet med mål och strukturerad uppföljning mot äldreomsorgen för att få större följsamhet mot sofsn 2014:5 och IBIC.

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 december. Syftet med årets granskning var att slumpmässigt granska kvalitet i 20 % av de upprättade planerna utifrån en granskningsnyckel.

Resultat 2019



SKÖVDE

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. Den förändrade tidsintervallet för när genomförandeplanen ska följas upp minst en gång om året till var sjätte månader har inte nått verksamheterna fullt ut. Även delar såsom om det framgår om övergripande mål, delmål och hur/när uppföljning ska ske kan förbättras främst inom äldreomsorgen.

Insatsen trygghetslarm utmärker sig genom att de har få upprättade genomförandeplaner.

Analys

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 är nödvändigt för att kunna fortsätta utveckla dokumentationen positivt. 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 tar tid men går åt rätt håll. 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 skiljer sig åt och bör tas i beaktande vid en eventuell revidering av kvalitetsarbetet.

Förbättringsförslag

- Fortsätta granskningen för att följa utvecklingen över tid och med jämförbara granskningar och se vart förbättringsområdena är.

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.

Resultat 2019

Under året har ingen granskning skett från IVO. Däremot har biståndsbedömarna infört kollegial granskning på biståndsenheten i syfte att lära sig av varandra. Processteamet håller på att ta fram en granskningsmall för att säkerställa att alla delar finns med på ett korrekt sätt utifrån Sofsn 2014:5 och arbetsmodellen IBIC samt att det går att jämföra utvecklingen över tid. Det finns också ett behov att fortsätta se över arbetssätt för att säkerställa att alla beslut följs upp innan beslut löper ut så rättssäkerheten och förutsättningar för att den enskildes behov tillgodoses säkerställs. LSS-handläggarna kommer att införa kollegial granskning så snart deras handläggningsprocessen är färdig.

Analys

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

Förbättringsförslag

- Fortsätta att se över handlägningsprocessen utifrån det processarbete som gjorts under året.
- Arbeta med att få en mer likabedömning
- Arbeta med att utveckla delarna i uppföljning/samverkan
- Kartlägga frekvensen av ofullständiga utredningar
- Utveckla den kollegiala granskningen genom att ta fram en granskningsnyckel som utgår från Sosfn 2014:5 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 2019

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. Som en del av detta har det genomförts studiecirkel i IBIC där enhetschefer, enhetssamordnare och biståndsbedömare från hemtjänst deltagit.

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 har i dagsläget gett små förändringar i arbetssätt på SÄBO och djupare analys av orsaken till detta behöver göras för att få bättre förutsättningar vid införandet i andra verksamheter.

Förbättringsförslag

- Analysera hur införandet i IBIC fortlöpt på SÄBO och göra utvärderingar av vad som behöver förändras och följas upp.
- Omstart när det gäller Kåpplunda Gärdens införande av IBIC för att öka följsamhet till 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 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 2019

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 inget strukturerad arbetssätt för hur man går vidare med diskussioner och reflektioner utifrån detta eller hur man bryter ner värdegrunden till lokal nivå på enheten. Studiecirklar som sker inom verksamheterna för LSS arbetar mycket med dessa ämnen.

Analys

Det finns utmaningar att använda värdegrunden i vardagen på ett sådant sätt så att det ger avtryck i arbetssätt, 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 på ett djupare plan.

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.
- 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 livskvalitet.

Resultat 2019

Av den välfärdsteknologi med GPS-larm som startades upp under 2017 har i dag tre brukare GPS-larm. Det finns dock en ökad efterfrågan kring denna teknik hos brukare och anhöriga.

31 st brukare som använder trygghetskamera, en ökning med 11 användare mot föregående år.

Analys

De trygghetskameror som använt under året har gett en bättre kvalitet på tillsyn nattetid där brukarna slipper störas och varit kostnadseffektivt för verksamheten då tid och körda mil har minskat i dessa fall. Det finns flera brukare i år mot tidigare som är behjälpta av att trygghetskamera, vilket visar att det är en bra lösning. Det finns dock fortfarande brukare kvar med fysisk tillsyn som skulle vara hjälpta av tekniken men som ännu inte valt att pröva denna lösning.

GPS-larm har under året underlättat och skapat trygghet för tre 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.

Värdeskåp till brukare

Utifrån lex Sarah utredningar angående stölder från brukare har behovet av värdeskåp till brukares kontanthantering aktualiserats.

Resultat 2019

Det finns i dag ingen möjlighet till full följsamhet till rutinen för brukares kontanthantering vid alla våra boenden så därför bör rutinen revideras till de förutsättningar som finns dock utan att sänka ambitionen om en säker kontanthantering. Avdelningscheferna ansvarar för att prioritera och planera för att värdeskåp till brukares kontanter och värdesaker installeras i de kommunala boendeformerna.

Analys

Detta är en process som utav olika anledningar dragit ut på tiden. Det saknas fortfarande en långsiktig planering. 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 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 byggnationer och vid renoveringar.
- Revidera rutinen för kontanthantering av brukares privata medel.