

Patientsäkerhets- och kvalitetsberättelse

2021

Medicinskt ansvarig sjuksköterska, Socialt ansvarig samordnare



1 Innehåll

Sammanfattning	2
Pandemins påverkan på verksamheten	3
Patientsäkerhetsberättelse	3
Läkemedelshantering och medicinska delegationer	3
Digital signering	4
Vårdsamverkan	4
Oplanerade transporter till sjukhus	4
Vårdhygien	5
Medicinsk vårdplan	5
BViS	6
Samverkan mellan sektor vård och omsorg (SVO) och sektor socialtjänst (SSO)	6
Kvalitetsregister	7
Svenska palliativregistret	7
Samverkansområden SoL, LSS och HSL	8
Tandvård och munhälsa	8
Taik-projektet	8
Vibb-projektet	8
Processorientering	9
Avvikelser	10
Lex Sarah	10
Lex Maria	10
Klagomål och synpunkter	11
Kvalitetsrapport	11
Kvalitetsberättelse	12
Individens behov i centrum (IBIC)	12
Brukarundersökningar	13
Brukardialog	13
Brukarundersökning inom äldreomsorg från Socialstyrelsen	13
Daglig styrning	14
Funktionsprogram för boende inom SoL och LSS	14
Biståndsenhetens kvalitetsarbete	14
Välfärdsteknologi	15
Kvalitetsmätt	16

Patientsäkerhetsberättelsen och kvalitetsberättelsen är sedan 2020 sammanfogade till en gemensam berättelse. 2021 har varit ännu ett år med pandemi som ställt olika krav på vård- och omsorg. Att utveckla, vidta åtgärder och säkerställa en god kvalitet har därmed krävt ett arbete och en samverkan på ett utifrån förutsättningarna anpassat sätt. De prioriterade områdena är dokumentation, välfärdsteknologi och läkemedelshantering.

Patientsäkerhetsberättelse

Patientsäkerhetsberättelsen är en beskrivning av det systematiska patientsäkerhetsarbetet som har skett under föregående år. Idén med patientsäkerhetsberättelsen är att öppet och tydligt för alla redovisa strategier, mål och resultat av arbetet med att förbättra patientsäkerheten.

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.

Pandemins påverkan på verksamheten

Nedanstående sammanfattning beskriver kortfattat hur olika insatser påverkats av pandemin under året.

Resultat

Äldreomsorg Särskilt boende, SÄBO – Samtliga brukare med verkställt beslut har sedan sommaren 2021 kunnat återgå till att kunna ta emot besökare på ett säkert sätt. Åtgärder för att säkert kunna genomföra gruppaktiviteter på boendena har fortsatt under året. Antalet SÄBO-ansökningar minskat under året, vilket troligen är en följd av pandemin. De som flyttat till SÄBO har upplevt idag ett mer omfattande omvårdnadsbehov än tidigare.

Äldreomsorg Dagverksamhet – Samtliga brukare har erbjudits att återuppta sin insats under året.

Äldreomsorg Korttidsboende/växelvård – Brukare som haft insatsen korttidsboende/växelvård har åter kunnat vistas på korttid. Då det under perioder behövts ökat antal platser för korttid, bland annat på grund av smitta som gjort att brukare inte kunnat dela rum som tidigare, har SÄBO platser tillfälligt kunnat ställas om till korttidsboende. Antalet beställningar till korttid har ökat under året jämfört med 2020 samt att en korttidsavdelning har lagt ner, vilket är ytterligare förklaringar till att SÄBO-platser använts för korttid.

Bostad med Särskild Service LSS – Denna insats har under året inte påverkats av pandemin på annat sätt än för övriga medborgare i samhället.

Daglig verksamhet LSS – Daglig verksamhet har under året kunnat vara öppen. Brukare har dock under perioden januari – september haft anpassad närvarotiden för att undvika trängsel i lokalerna. Man använder skyddsutrustning i lokalerna och vissa brukare har på grund av rädsla för smitta valt att avstå insatsen.

Äldreomsorg Ledsagning, hemtjänst, Personlig assistans och Korttidsvistelse LSS har berörs i mindre omfattning då endast brukare själva valt att antingen avstå eller haft önskemål om att förändringar i insatserna i ett fåtal ärende.

Förbättringsområden

- Arbete med att genomföra riskanalyser utifrån brukarperspektiv vid förändringar av verksamhet behöver utvecklas.
- Det individuella uppföljningar och bedömningar vid generella beslut på gruppnivå behöver arbetas fram.

Patientsäkerhetsberättelse

Läkemedelshantering och medicinska delegationer

Under 2021 har MAS tillsammans med läkemedelsansvariga sjuksköterskor sett över läkemedelskedjan och identifierat förbättringsområden. MAS har identifierat att hanteringen av läkemedel sker på olika sätt inom sektorns verksamheter, utifrån dessa identifieringar har nya rutiner, arbetssätt och utbildningsunderlag tagits fram. Detta bidrar till en effektivare och mer patientsäker hantering av läkemedel och medicinska delegationer.

Resultat

Under året har en del arbetsmoment för sjuksköterskor vid läkemedelshanteringen digitaliserats. MAS har under året tagit fram utbildningsunderlag som sjuksköterskor ska använda när de utbildar vård och omsorgspersonal inför delegering. Det har framkommit under året att den webbaserade läkemedelsutbildningen för vård och omsorgspersonal inte alltid genomförts på det strukturerade sätt som angivits i rutin.

Analys

Det finns ett fortsatt behov av att standardisera läkemedelshantering och medicinska delegationer för legitimerad personal inom sektorn. Arbetet kring standardisering och implementering kommer fortsättningsvis ske i processarbetet HSL. Den behövs en fortsatt analys kring hur den webbaserade läkemedelsutbildningen för vård och omsorgspersonal utförs.

Förbättringsområden

- Fortsatt arbete i process HSL med att se över strukturen och förbättra läkemedelshanteringen och medicinska delegationer.
- Fortsatt arbete med att säkerställa att all läkemedelshantering sker på ett standardiserat sätt inom hela sektorn
- Skapa förutsättningar för att webbutbildningen i läkemedelshantering och kunskapstestet genomförs enligt rutin

Digital signering

Samtliga verksamheter inom sektorn använder digital signering vid delegerade hälso- och sjukvårdsuppgifter. Samtliga delegeringsbeslut utfärdas i systemet och systemet granskar vilka delegerade uppgifter som vård- och omsorgspersonalen har rätt att utföra. Systemet registrerar tidsramen för utfärdade delegeringar och påminner därmed vård- och omsorgspersonalen i god tid om att deras delegeringen är på väg att bli ogiltig. Under året har MAS granskat sektorns övergripande statistik för digital signering i förhållande till följsamhet till delegerade och ordinerade hälso- och sjukvårdsåtgärder.

Resultat

Systemet har bidragit till en ökad kvalitetssäkring för hälso- och sjukvårdsuppgifter som dagligen utförs. Det ersätter nu alla tidigare signeringslistor i pappersform. I systemet blir ordinationerna tydliga och det larmar om ordinationerna inte utförs inom den uppsatta tidsramen för utförandet. Resultatet av granskningen som MAS har utfört visar att följsamheten till delegerade och ordinerade hälso- och sjukvårdsåtgärder överlag är undermålig men att det varierar i sektorns olika verksamheter. MAS har informerat sektorns samtliga enhetschefer om resultatet. Sektorn enhetschefer har varierad kunskap om hur det digitala signeringssystemet fungerar.

Analys

Digital signering bidrar till att man överskådligt kan följa ordinationer inom hälso- och sjukvård, både dagligen och över en längre tid. Systemet bidrar även till man kan se hur följsamheten till ordinerade uppgifter efterföljs. Risker för att vård- och omsorgspersonal utför delegerade uppgifter utan giltig delegering är nu obefintlig eftersom systemet ej tillåter signering av uppgifter som ej har en giltig delegering. Under 2022 kommer ökade utbildningsinsatser gällande digital signering att ske till samtliga enhetschefer i sektorn.

Förbättringsområde

- Tillsätta en arbetsgrupp vars syfte är att se över arbetssätt och skapa rutiner för digital signering.
- Fortsatt arbete med att få ökad följsamhet till ordinerade hälso- och sjukvårdsuppgifter.

Vårdsamverkan

Oplanerade transporter till sjukhus

Sedan flera år har en mätning av antalet oplanerade transporter till sjukhus genomförts under en 8 veckors period. Syftet med mätningen är att få ett underlag både på kommunnivå och inom Skaraborg. Underlaget används för analys av de oplanerade besöken på sjukhusets akutmottagning. Målet med mätningen är att varje individ ska få vård och omsorg på rätt vårdnivå. Se tabell 1.

Resultat

Årets mätning resulterade i en liten ökning av antalet oplanerade transporter till sjukhus i jämförelse med tidigare år. Som föregående år är det övervägande sjuksköterskan som fattar beslut om transport till sjukhus. Mätningen visar att sjuksköterskorna

har varit i kontakt med en läkare Inför mätningen 2021 arbetade MAS-nätverket om mallen för mätningen för att få ett tydligare resultat och bättre förutsättningar för analysarbetet. Årets resultat har dock endast analyserats till viss del på grund av pandemin.

Analys

Vid analys av årets mätning kan man se att det troligtvis har skett många felregistreringar pga. att sjuksköterskorna har misstolkat mätningens instruktioner, detta påverkar resultatet. Inför kommande mätning för 2020 har mallen för mätningen arbetats om och mätningen kommer delvis att genomföras digitalt. Inför kommande mätning ska sjuksköterskorna ska få tydligare instruktioner om mätningen genomförande och syfte.

Förbättringsområden

- Förbättrad följsamhet till registrering inför kommande mätning
- Tydliggöra mätningens syfte
- Djupgående analys av mätningens resultat

Vårdhygien

Under året har MAS haft ett kontinuerligt samarbete tillsammans med vårdhygien och smittskyddet på grund av pandemin. Vårdhygien inom kommunal hälso- och sjukvård har under året skärpts betydligt. MAS har deltagit i veckovisa avstämningsmöten med vårdhygien och smittskydd under hela 2021. Under våren 2021 började sektorn använda Socialstyrelsens webbaserade hygienutbildning som innehåller fyra inriktningar, hemsjukvård, LSS, SÄBO och personlig assistans. Under året har en uppdragsbeskrivning tagits fram för att tydliggöra hygienombudets roll och ansvar. Den lokala rutinen för basal hygien och hantering av personalkläder har reviderats och stämmer nu överens med den regionala rutinen för basal hygienrutin och klädregler. Under hösten har kommunens hygienombud deltagit på webbaserade utbildningar som arrangerats av vårdhygien på Skaraborgs sjukhus. Till följd av pandemin har samtliga verksamheter i sektorn tagit fram lokala hygienrutiner som är anpassade utifrån verksamhetens behov vilket bidrar till en förbättrad hygienisk standard. Punktprevalensmätning (PPM) i basala hygienrutiner och klädregler har under året genomförts vid ett tillfälle, höstens planerade mätning blev inställd av SKR. Se tabell 2.

Resultat

All vård- och omsorgspersonal inom sektorn genomför årligen en webbaserad hygienutbildning med ett tillhörande kunskapstest. Under året har MAS regelbundet skickat ut utbildningsmaterial i form av filmer och text när det gäller att använda skyddsutrustning på ett korrekt sätt. Flera nya riktlinjer och rutiner gällande vårdhygien har tagits fram både på en regional och lokal nivå. Årets observationsstudie (PPM) visar på en ökad följsamhet till alla 8 steg kring basala hygienrutiner och klädregler i jämförelse med mätningen som genomfördes 2020.

Analys

Det finns ett fortsatt behov av utbildning i basala hygienrutiner och klädregler. Under 2022 planerar sektorn att genomföra lokala mätningar av följsamhet till basal hygienrutin och klädregler.

Förbättringsområde

- Regelbundna informationsinsatser till all personal inom sektorn gällande vårdhygien.
- Regelbundna utbildningsinsatser hygienombuden.
- Lokala mätningar för följsamhet till basal hygienrutin samt klädregler utöver PPM.

Medicinsk vårdplan

Medicinsk vårdplan är ett standardiserat dokument som innehåller en individuell vårdplan med syfte att ge vägledning vid en bedömning av vidare åtgärder när en försämring i personens hälsotillstånd inträffar. Under året har medicinska vårdplanen varit ett extra viktigt dokument på grund av pandemin.

Resultat

Vid en mätning av antal medicinska vårdplaner i verksamheten kan man konstatera att fler medicinska vårdplaner har upprättats under 2021 i jämförelse med tidigare år. Under 2021 har arbetet fortlöpande med att införa årshjul för att säkerställa att den medicinska vårdplanen revideras minst en gång per år, vilket har gett goda resultat. Innehållet i den medicinska vårdplanen har förbättrats i jämförelse med tidigare år. Man kan konstatera att det nu finns ett gott samarbetet mellan legitimerad sjuksköterska och hemsjukvårdsläkare vid upprättandet av en medicinsk vårdplan.

Analys

Sedan våren 2020 finns det en hemsjukvårdsläkare ansluten till varje hemsjukvårdsdistrikt, vilket bidrar till att fler medicinska vårdplaner upprättas. Den medicinska vårdplanens betydelse och innehåll har diskuterats och analyserats vid samverkansmöte för överenskommelse om läkarmedverkan mellan kommunen och primärvården.

Förbättringsområden

- Fortsätta att upprätta medicinska vårdplaner tillsammans med patientansvarig läkare
- Säkerställa att den medicinska vårdplanen innehåller adekvat information

BViS

BViS är ett beslutsstöd för sjuksköterskor som ska användas vid bedömning av försämrat hälsotillstånd hos personer med kommunal hälso- och sjukvård. Syftet är att öka sjuksköterskans möjlighet till professionell medicinsk bedömning i en akut situation. Beslutsstödet bidrar till att de medicinska bedömningarna blir strukturerade och att kommunikationen med nästa vårdgivare säkras.

Resultat

Mätningar och observationer under året visar att beslutsstödet endast har använts till viss del vid medicinska bedömningarna.

Analys

Fortsatt information och utbildningsinsatser om BViS behövs för sjuksköterskorna inom sektorn och ska ske i processarbetet för HSL. MAS har påbörjat en dialog och samverkan om användandet av BViS tillsammans med andra vårdgivare i regionen. Målet är att tillsammans ska hjälpas åt för att beslutsstödet ska användas både i kommunal hälso- och sjukvård, primärvård samt i regionen.

Förbättringsområden

- Utbildningsinsatser samt följsamhet till beslutsstödet BViS utvecklas vidare i process HSL
- Samverkan med regionen för att öka användandet av BViS
- Implementering av kommande instruktionsfilmer för att öka användandet av BViS

Samverkan mellan sektor vård och omsorg (SVO) och sektor socialtjänst (SSO)

Under våren 2021 startades en arbetsgrupp vars syfte är att se över samverkan och resursfördelning mellan SVO/SSO inom HSL. Arbetsgruppens mål för samverkan mellan sektorerna är att patienternas behov ska tillgodoses på bästa sätt genom att sektorernas resurser och kompetens inom HSL används så effektivt och samordnat som möjligt. För att kunna möta patienternas behov är det viktigt att sektorerna kan samarbeta över gränserna. Arbetsgruppen utsåg två förbättringsgrupper som fick i uppdrag att arbeta vidare med att se över samverkan, resursfördelning och kompetens mellan sektorerna. En förbättringsgrupp har kartlagt samverkan mellan legitimerade sjuksköterskor och en förbättringsgrupp har kartlagt samverkan mellan legitimerad personal för rehab.

Resultat

Förbättringsgruppen för legitimerade sjuksköterskor har arbetat fram en ny rutin för hur samverkan mellan legitimerade sjuksköterskor ska tillämpas. Rutinen tydliggör hur samverkan och kompetensen mellan sektorerna ska tillämpas på ett effektivt sätt med fokus på patienten. Förbättringsgruppen har även förtydligat hur legitimerade sjuksköterskor ska samverka vid lokal samordnad individuell plan och vid eventuellt byte av sektor för patienter med förändrat vårdbehov. Förbättringsgruppen har skapat förutsättningar för samverkan mellan legitimerade sjuksköterskor i form av dagliga avstämningar mellan sektorerna. De dagliga avstämningarna syftar till att få samsyn i nya patientärenden som blir inskrivna i kommunal hälso- och sjukvård och att fördela dessa patientärenden i den sektor där patienten behov blir tillgodosedd på bästa sätt. Under våren 2022 kommer förbättringsgruppen att arbeta vidare med identifierade förbättringsområden.

Den andra förbättringsgruppen arbetar med att se över samverkan för legitimerad personal för rehab. Arbetsgruppen har under hösten identifierat hur kompetensen, resursfördelningen och samverkan mellan sektorerna kan effektiviseras. Under våren 2022 kommer förbättringsgruppen att arbeta vidare med identifierade förbättringsområden.

Analys

Det finns ett fortsatt behov av att arbeta vidare med att se över samverkan, kompetens och resursfördelning mellan sektorerna. Arbetsgruppen och förbättringsgrupperna behöver regelbundet utvärdera rutiner, arbetssätt och vidtagna åtgärder för samverkan mellan sektorerna.

Förbättringsområde

- Utvärdera och analysera hur samverkan, kompetens och resursfördelning mellan sektorerna fungerar.
- Utvärdera rutiner, arbetssätt och vidtagna åtgärder för samverkan mellan sektorerna.
- Se över samverkan mellan sektorerna för övriga lagrum och insatser.

Kvalitetsregister

Svenska palliativregistret

Svenska palliativregistret är ett kvalitetsregister för att förbättra vården i livets slutskede. Flera olika parametrar registreras för att synliggöra vad som skett under sista tiden i patientens liv. Sjuksköterskan registrerar i palliativa registret för en utvärdering av de omvårdnadsinsatser och medicinska insatser som har utförts. Samtliga dödsfall registreras i palliativregistret oavsett om det är förväntade eller plötsliga dödsfall. Vid ett förväntat dödsfall utförs oftast omvårdnadsinsatser och medicinska insatser som påverkar kvalitén vilket inte kan utföras vid ett plötsligt dödsfall. På grund av detta kan sektorn inte använda statistiken som jämförelse över år då andelen förväntade dödsfall och plötsliga dödsfall kan variera.

Resultat

Då statistik från palliativa registret inte kan användas bidrar ändå registreringen till att en utvärdering och kvalitetsgranskning av de omvårdnadsinsatser och medicinska insatser som har utförts vid förväntade dödsfall.

Analys

Registreringarna ger en värdefull bild av det palliativa arbetet som sker i sektorn. Det finns ett behov av att kunna fortsatt utvärdera och kvalitetsgranska samtliga insatser vid vård vid livets slut. Behov finns av att förtydliga arbetssättet kring registrering och den palliativa vården.

Förbättringsområde

- Återuppta arbetet i den palliativa arbetsgruppen i Skövde
- Utvärdera registret och omvärldsbevaka alternativa mätverktyg för palliativ vård.

BPSD (beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom)

BPSD-registret är ett nationellt kvalitetsregister. Syfte och mål med BPSD-registret är att genom systematisk kartläggning och åtgärder minska beteendemässiga och psykiska symtom (BPSD) och därigenom öka livskvaliteten för personer med demenssjukdom.

Resultat

Under 2021 har 74 medarbetare genomgått utbildning i BPSD. Medarbetare från olika professioner har utbildats i tvärprofessionella team för att öka samarbetet kring personer med demenssjukdom. Målet under 2021 var att samtliga demensavdelningar i sektorn skulle genomgått utbildningen i team under året, men på grund av pandemin har flera utbildningstillfällen fått ställas in. Riktlinjen för BPSD har under hösten reviderats och är nu i enlighet med sektorns arbetssätt. Under kommande år ska en hemtjänstgrupp utbildas i BPSD istället för enbart ett fåtal med spetskompetens. Arbetet kommer utvärderas för att se om en ökad kunskap bidrar till bättre förståelse och bemötande av personer med demenssjukdom. Under året har antal registrerade personer som har en individuellt utformad bemötande- och kommunikationsplan ökat. Se tabell 3.

Analys

Det föreligger ett behov av kompetens kring BPSD utifrån frågeställningar som framkommer från verksamheten. Fler professioner än vård och omsorgspersonal har användning av BPSD i arbetet. Med ett professionellt bemötande av personer med

demenssjukdom kan risker och situationer förhindras som annars skulle kunna leda till otrygghet för personer med demenssjukdom och påverkan av arbetsmiljön.

Förbättringsområde

- Fortsatta utbildningsinsatser till samtliga professioner
- Utvärdering av utbildningsinsats av hemtjänstgrupp i BPSD

Senior Alert

Senior alert är ett nationellt kvalitetsregister och ett verktyg för att stödja det förebyggande arbetet för äldre personer som riskerar att falla, få trycksår, minska i vikt, utveckla ohälsa i munnen och/eller har problem med blåsdysfunktion.

Resultat

Särskilt boende för äldre har under året använt sig av registret och har ökat framförallt munhälsobedömningarna.

Analys

Nuvarande registrering är administrativt avancerad då e-tjänstekort behövs för att få tillgång till registret och kräver en viss förkunskap vilket försvårar arbetet med registret. Nuvarande arbetssätt ger inte en bra överblick av personens risker och försvårar fortsatta åtgärder.

Förbättringsområde

- Tillsammans med TAIK projektet utarbeta ett flödesschema för munhälsobedömningar
- Se över möjligheten till registrering i journalsystem istället för kvalitetsregister för att underlätta administration.

Samverkansområden SoL, LSS och HSL

Tandvård och munhälsa

En översyn kring arbete med munhälsobedömningar i kommunal vård- och omsorg för SÄBO och hemtjänst har fortsatt under året. De två projekten Taik och Vibb förlängts till följd av pandemin.

Taik-projektet

Sedan hösten 2018 pågår projektet TAIK (tandhygienist i kommunal vård) i Skövde kommun. Projektets mål är att säkra goda munvårdsrutiner för äldre samt arbeta hälsofrämjande och förebyggande.

Under året har utbildningsinsatser i munhälsobedömning för sjuksköterskor och vård och omsorgspersonal inom äldreomsorgen fortlöpt. Under året har fler intygsutfärdare utbildats inom både hälso- och sjukvård samt socialtjänst för att säkerställa att alla med rätt till nödvändig tandvård kan erbjudas intyg. Ett arbete med att säkerställa att person/intyg kopplade till rätt kommunal enhet har genomförts under året. Antalet utfärdade intyg har under året ökat markant.

Vibb-projektet

Skövde kommun deltar i vibb-projektet vars syftet är att sköra äldre ska ha en regelbunden kontakt med tandvården för att sjukdomar i tänder och munhåla ska upptäckas tidigt. Målgruppen erbjuds en fri tandvårdsundersökning hos tandläkare eller tandhygienist. Äldre personer med tilltagande skörhet omfattas inte av N-tandvården, som gäller personer med omfattande och varaktigt omvårdnadsbehov.

Resultat för projekten inom tandvård och munhälsa

I Taik-projektet har genomgång av intygsbeställningen gjorts och där strukturen för intygen för nödvändig tandvård har förtydligats. Tandhygienisten har fortsatt sitt arbete med att utbilda vård och omsorgspersonal samt sjuksköterskor inom äldreomsorgen i munhälsovård. Antalet N-intyg har ökat.

I Vibb-projektet har ett flertal brukare erbjudits fri tandvårdsundersökning.

Förbättringsområden

- Fortsatt arbete med att se över flödet för munhälsobedömningar.
- Se över förutsättningarna för att genomföra insatser enligt överenskommelse om samverkan mellan Västra Götalands kommuner, Västragötalandsregionen om munhälsa-uppsökande och nödvändig tandvård.

Verksamhetsbesök

Under året har MAS och SAS genomfört verksamhetsbesök i sektorn både internt och externt dvs LOV. Syftet med verksamhetsbesöken är att säkerställa kvalitet i verksamheten. Under våren arbetades fram en strukturerad plan för att alla interna verksamheter skall få verksamhetsbesök genomfört. På verksamhetsbesök representeras samtliga yrkesprofessioner som arbetar i verksamheten.

Resultat

Från och med hösten 2021 har interna verksamhetsbesök utförts och de har innefattat fyra hemtjänstområden, tre bostäder med särskild service LSS, ett korttidsboende LSS och två enheter inom personlig assistans. Samtliga externa utförare har under året haft ett verksamhetsbesök tillsammans med SAS och MAS. Verksamhetsbesöken har resulterat i samsyn och dialog med verksamheten som bidrar till utveckling i kvalitetsarbetet. Deltagarna från verksamheten har engagerats och bidragit med god kvalitet under verksamhetsbesöken. MAS och SAS har identifierat att kvalitén på besöket höjs när en tvåprofessionell yrkesrepresentation närvarar.

Analys

Verksamhetsbesöken ger en överblick om hur enhetens följsamhet är till riktlinjer och rutiner. Verksamhetsbesöken skapar dialog och tydliggör de kvalitetskrav som verksamheten ska uppnå. Dialogform och fysiska möten med deltagare från verksamheten har varit bidragit till enhetens utveckling. Att enhetschefen själv fått möjlighet att boka tid för verksamhetsbesöket har fungerat väl och skapat förutsättningar för att besöket blir givande för både verksamhet och MAS/SAS. Under kommande år planeras fortsatta verksamhetsbesök. Merparten av verksamhetsbesöken har genomförts fysiskt i verksamheten vilket har gett en bra uppfattning om verksamheten och dess utformning, några av verksamhetsbesöken har dock genomförts digitalt på grund av pandemin.

Förbättringsområde

- Fortsatt arbete med att utveckla verksamhetsbesöket både internt och externt, och för att säkra att verksamheten håller god kvalitet.

Processorientering

Verksamheter inom SoL/LSS/HSL ska enligt SOSFS 2011:9 4 kap 2 - 4 § identifiera, beskriva och fastställa de processer i verksamheten som behövs för att säkra kvaliteten.

Resultat

Under året har nya processarbeten startats upp och pågående processer har fortsatt arbeta med kvalitet och förbättringar. Två processledare har anställts för processer inom SoL och HSL. Dessa processledare har fått utbildning om rollerna och arbetet med processer. Totalt antal processer i sektorn är 13

Nya processer under året är:

- Kontaktperson LSS
- Daglig verksamhet LSS
- Särskilda boende SoL

Pågående processer sedan tidigare är:

• Bostad med särskild service LSS	• Utredda behov enligt SoL
• Hemtjänst SoL	• Utredda behov enligt LSS
• Korttid SoL	• Omvårdnad HSL
• Avvikelser	• Rehabilitering HSL
• Anställning och introduktion	• Bemanning

Analys

Processarbetet har utvecklats och bidrar till ökad effektivitet och kvalitet. Processledarens roll är att engagera processteamet och driva processen mot uppsatta mål. Fler medarbetare behöver engageras i processerna för att öka medvetenheten kring sektorns arbetssätt och utveckla dessa.

Förbättringsområde

- Ökad följsamhet till kommunens processmodell
- Tydliggöra rollfördelningen inom processteamet

- Samverkan mellan de olika processerna
- Implementera och kommunicera processerna i verksamheterna
- Öka engagemang från medarbetare

Avvikelser

En avvikelse innebär att det uppstår 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. Se resultat i tabell 4 och 5

Resultat

Under 2021 har processarbetet kring avvikelser och hantering av dessa fortsatt utifrån de olika förbättringsområden som identifierades under chefsforum 2020. Processteamet har bland annat reviderat rutinen för avvikelsehantering inom samtliga lagrum. Rutinen följer nu stegen i processen vilket bidrar till tydligare arbetssätt. Processteamet har även reviderat riktlinjen för risk och händelseanalys. Sektorn har under flera år haft många oavslutade avvikelser i verksamhetssystemet. Till följd av detta har processteamet arbetat fram ett nytt arbetssätt för att säkerställa att samtliga avslutas inom två månader. Totala antalet avvikelser för 2021 har minskat marginellt sedan föregående år. Det är avvikelser i kategorierna fall och läkemedel som står för flest antal.

Analys

Den marginella minskningen av avvikelser som skett under året bedöms vara inom den normala variationen. Vid jämförelse av läkemedelsavvikelser i det digitala signeringssystemet och läkemedelsavvikelser i verksamhetssystemet kan man se att dessa inte överensstämmer och att det därmed föreligger en underrapportering. Detta beror på bristande följsamhet till arbetssättet med att rapportera in avvikelser i verksamhetssystemet.

Förbättringsområde

- Fortsatt arbete med process hantera avvikelser för att säkerställa följsamhet till avvikelserapportering och avvikelsehantering.

Lex Sarah

I de fall en avvikelse inom SoL/LSS bedöms som allvarlig genomförs en Lex Sarah utredning. Tabell 6 beskriver antal utredningar över tid.

Resultat

Under 2021 har antal lex Sarah anmälningar som rör brister i bemötande och brister rörande tillsyn varit de två områden där det förekommit flest lex Sarah. Inom SoL är det brist i tillsyn och bemötande som står för den övervägande delen och inom LSS är det bemötande och stöld. Under 2021 är några fler lex Sarah utredningar som genomförts än under 2020.

Analys

De enheter som haft lex Sarah kring brister i bemötande har arbetat regelbundet med professionellt förhållningssätt och bemötande. I lärandesyfte har fallbeskrivningar börjat användas för att belysa och ge exempel på händelser. Enhetscheferna har med fördjupad kunskap utrett och analyserat sina avvikelser och händelser, vilket ger ett bättre underlag för utredning enligt lex Sarah.

Förbättringsområde

- Fortsatt arbete med att utveckla arbetssättet kring lex Sarah som ska syfta till ett ökat lärande i sektorn.

Lex Maria

Avvikelser inom HSL bedöms som en allvarlig händelse som lett till en vårdskada eller en risk för vårdskada genomförs en utredning enligt lex Maria.

Resultat

Under 2021 har tre allvarliga händelser inträffat som har anmälts till Inspektionen för vård och omsorg. Dessa anmälningar enligt lex Maria innefattar brister i läkemedelshandling. MAS har tagit fram utbildningsunderlag som ska stärka kunskapen hos legitimerad personal samt hos vård och omsorgspersonal vid delegerade medicinska uppgifter.

Analys

Information om händelsen och vidtagna åtgärder har förmedlats till sektorns ledningsgrupp, samtliga chefsgrupper och vård- och omsorgspersonal i syfte att bidra till lärande och ökad patientsäkerhet. Enhetscheferna har under 2021 utrett och analyserat sina avvikelser och händelser vilket ger ett bra underlag för utredning enligt lex Maria.

Klagomål och synpunkter

Resultat

Under 2021 har sektor vård och omsorg fått 47 felanmälningar och 56 klagomål/synpunkter, vilket är en minskning gentemot föregående år. Störst frekvens av klagomål/synpunkter är innehållet i erhållen tjänst och kring bemötande. Störst frekvens av felanmälningar gäller fel på trygghetslarm och hjälpmedel/bostadsanpassning. Två klagomål rör specifikt vidtagna/ej vidtagna åtgärder gällande Covid-19, vilket är en minskning från föregående år. Under 2021 har 162 klagomål/synpunkter inkommit i den interna klagomål/synpunktshandlingen i verksamhetssystemet. Se resultat i tabell 7 och 8.

Analys

Brukare/patienter och anhöriga kan genom kontakt med personal, skriftligt, muntligt eller via hemsidan framföra en synpunkt eller klagomål. På detta sätt uppmärksammas och utreds klagomål/synpunkter genom att dessa systematiskt registreras i den interna avvikelshanteringen eller via Kontaktcenter. Det finns ett behov av samverkan med Kontaktcenter för att förtydliga hur externa klagomål och synpunkter ska hanteras.

Förbättringsområden

- Samverkan med Kontaktcenter i handlingen med de externa klagomålen och synpunkterna.

Kvalitetsrapport

Kvalitetsrapporten är ett verktyg för verksamheterna att sammanställa och analysera sina resultat utifrån de kvalitetskrav som finns i verksamheten. Kvalitetsrapporten är från och med i år utökat till att innefatta samtliga enheter mot tidigare endast de externa utförarna av hemtjänst.

Resultat

Under året har omsättningen på bemanningen varit högre än tidigare år inom både enhetschefsnivå och vård och omsorgspersonal. Det finns flera orsaker till detta och innefattar bland annat pensionsavgångar. Omsättningen på bemanningen har varit större inom intern verksamhet än extern verksamhet. Under året har utbildningar i varierad mängd genomförts beroende på avdelningens kompetensbehov. Internt har alla avdelningar arbetat med processororientering och implementering av rutiner. Externa utförare arbetar med framtagning av nya rutiner och implementering av dessa i högre utsträckning än tidigare år. Inom vissa enheter kan man se ett mönster att det förekommer få rapporterade avvikelser, vilket troligen är en underrapportering i förhållande till de risker och händelser som sker i verksamheten. I årets kvalitetsrapport lyfts ett behov av en strukturerad vårdtyngdsmätning inom särskilda boendeformer i förhållande till resurser.

Analys

Under året har frågeställningarna i kvalitetsrapporten ändrats för att täcka in samtliga verksamhetsgrenar. Frågeställningarna kommer behöva ses över ytterligare och en utveckling av dessa i kommande kvalitetsrapporter för att få bästa möjliga analys av kvaliteten. Den större omsättningen på bemanningen kan ha sin orsak i att intern organisation är större än de externas organisation. Behovet av kompetens och möjligheten att tillgodogöra sig utbildningar har varit påverkat av personalfrånvaro kopplad till pandemin samt tillgång till digital utrustning för vård och omsorgspersonal. I processarbetet framkommer brister i informationsöverföring vid implementering av rutiner från avdelningschef, enhetschef och till medarbetare inte alltid fungerar tillfredställande. Vissa enheter behöver fortsätta sitt arbete med implementeringen av rutinen för avvikelser samt följsamhet till avvikelserapportering och åtgärder.

Förbättringsområde

- Förtydliga frågeställningarna utifrån de kvalitetskrav som finns
- Ta fram skriftliga kvalitetskrav för samtliga verksamheter utifrån lagar och rutiner
- Analysera och ta fram underlag för vårdtyngdsmätning

Kvalitetsberättelse

Individens behov i centrum (IBIC)

Under året har arbetet med att införa arbetsmodellen IBIC fortsatt med verksamheter inom LSS. Arbetssättet utgår från individens behov och är ett systematiskt sätt som omfattar handläggning, genomförande och uppföljning. IBIC ger stöd för både handläggare och utförare i att dokumentera med ett gemensamt språk. Syftet är att individens stöd utgår från personens individuella resurser, behov och mål. Stödet blir individuellt anpassat och är ett verktyg för att nå resultat med insatserna.

Resultat

LSS

Under året har en arbetsgrupp med representanter från de olika verksamhetsgrenarna inom LSS arbetat med framtagande av en implementeringsplan. Förberedande aktiviteter för övergång till IBIC för handläggare och personal inom bostad med särskild service har skett under året. Utbildning i verksamhetssystem för handläggare har genomförts och utförarpersonal har fått utbildning i arbetsmodellen och verksamhetssystemet.

SoL

Under året har framförallt hemtjänst arbetat med att implementera samt utveckla arbetsmodellen och samarbetet mellan beställare och utförare.

Analys

För att stödja verksamheten och den fortsatta implementeringen av arbetssättet IBIC krävs en fördjupad samverkan mellan beställare och utförare för ökad samsyn. För att säkerställa brukarens rätt till insats och stöd krävs att man fortsätter utveckla samverkan mellan beställare och utförare vid nya beslut och vid uppföljning.

Förbättringsområden

- Fortsatt arbete med att införa IBIC som arbetssätt inom LSS.
- Revidera riktlinjen för biståndsbedömning och ersättning enligt arbetsmodellen IBIC för att säkra likabedömning.
- Fortsatt arbete med att säkerställa kunskap om IBIC och omsätta detta till praktiken, kunskap i verksamhetssystem och utveckla målformuleringar för insatser.

Social dokumentation

Den sociala dokumentationen är en förutsättning för den enskildes rättssäkerhet. I och med införandet av IBIC har den sociala dokumentationen också tagit viktiga steg för att stärka den enskildes delaktighet och inflytande. För att kunna följa utvecklingen har sektorn genomfört granskningar av den sociala dokumentationen sedan 2018.

Resultat

Under våren 2021 genomfördes fyra digitala utbildningstillfällen för dokumentationsombud, enhetschefer och enhetsamordnare inom avdelningen hemtjänst. Varje tillfälle hade ett specifikt tema med fokus på bland annat delaktighet, mål och uppföljning. Under hösten genomfördes utbildningar för vård och omsorgspersonal inför övergången till nytt verksamhetssystem inom avdelningen för bostad med särskild service. Samtliga verksamheter har ökat sin andel aktuella genomförandeplaner. Störst utveckling från tidigare år har personlig assistans, hemtjänst, bostad med särskild service och korttidsvistelse. Se tabell 9.

Analys

Personalen inom avdelningen för hemtjänst har inte tillgång till digital utrustning i den omfattning som behövs för att kunna delta fullt ut i digital utbildning. Personalförsvaret till följd av pandemin har också påverkat möjligheten att delta negativt. De granskningar som är gjorda inom social dokumentation visar att målformuleringar och delaktighet för brukaren behöver utvecklas vidare. En orsak till att delaktigheten i genomförandeplanen saknas är att personalen inte vet hur man ska beskriva delaktigheten från brukaren. Andelen genomförandeplaner som är aktuella har ökat sedan föregående år och i vissa fall dubblerats, se tabell 9.

Förbättringsområde

- Öka brukarens delaktighet i genomförandeplanerna.
- Säkerställa och implementera arbetssättet med dokumentationsombuden genom fortbildning och ansvarsfördelning.
- Fortsatt arbete med följsamheten till arbetssättet IBIC i dokumentationen rörande målformulering.
- Översyn av den tekniska utrustningen för digitala möten och utbildningar.

Brukarundersökningar

Brukarundersökning funktionshinderområdet från SKR. I Skövde kommun genomförs undersökningen vartannat år på daglig verksamhet och vartannat år på grupp- och servicebostäder. Detta år har undersökningen genomförts på daglig verksamhet.

Resultat

På de flesta områden sker en ökning jämfört med resultatet 2018. Förbättringar har skett inom bland annat området inflytande/delaktighet och på frågeställningen om verksamheten är viktig för brukaren. I jämförelse med andra kommuners totala resultat ligger Skövde under snittet på de flesta frågor. En försämring av resultatet har skett på frågorna om man upplever sig få rätt stöd på sin dagliga verksamhet.

Analys

Inom området inflytande har en förbättring skett efter ett aktivt arbete senaste åren. Ett mål i nämndens styrkort handlar om brukarens delaktighet i genomförandeplanen vilket troligen påverkat resultatet positivt. Frågor kring trygghet är i undersökningarna för daglig verksamhet och bostad med särskild service lägre än snittet, vilket indikerar att ett helhetsgrepp för att hitta stödjande arbetssätt för brukarens hela livssituation behövs.

Förbättringsförslag

- Ett arbete för att ge brukare större möjligheter att vara delaktiga i sina genomförandeplaner
- Uppstart av brukarforum för de brukare som har individuella platser där resultatet kring inflytande är speciellt lågt. Resultatet kommer analyseras tillsammans med brukarna.
- Brukarråd återupptas från och med 2022
- Omvärldsbevakning kring förbättringar inom området trygghet behöver ske samt skapa fokusgrupper med brukare.
- Brukarmöten där frågor som behandlar inflytande och trygghet kommer att vara återkommande kommer skapas för att se över förbättringsmöjligheter i det vardagsnära arbetet.

Brukardialog

Inom området för funktionsnedsättning används det olika former av dialoger med brukare. 5 intervjuer inom personlig assistans slutfördes under 2021. Syftet med intervjuerna har varit att öka förståelse för hur verksamheten uppfattas utifrån brukarens perspektiv när det gäller självbestämmande och att uttrycka sina individuella önskemål inom livsområdena boende, arbete och fritid. Underlaget för intervjun är lågt då det totala antalet personer med insatsen är 48. Resultatet är därför inte representativt för målgruppen utan får betraktas som några brukares perspektiv på frågan.

Resultat

Resultatet gav en bild av brukarnas upplevelse av personlig assistans. Det som framkommer som är helt avgörande för brukarens upplevelse av självbestämmande är relationen till de personliga assistenterna och deras förmåga att bemöta och respektera brukaren som en självständig individ. Vad som också framkommer är att brukarens förväntningar på personal mer tangerar att vara vänskap och kamratskap än en professionell yrkesutövare.

Analys

Personlig assistent är en yrkesroll där personalen ofta får en väldigt nära relation till brukaren och gränser lätt suddas ut vad gäller frågor som inflytande, självbestämmande och självständighet. Det är ett yrke som kräver ständig reflektion kring det egna förhållningssättet men där ensamarbete också utgör en försvårande omständighet för nya perspektiv.

Förbättringsförslag

- Möjlighet för personliga assistenter att reflektera kring sin egen roll och professionellt förhållningssätt samt utveckla förmågan att ge stöd som stärker brukarens tilltro till sina egna förmågor.
- Arbete med att uppmuntra fler att delta i brukarundersökningar istället för djupintervjuer för att få ett bättre underlag inför framtida förbättringsarbeten.

Brukarundersökning inom äldreomsorg från Socialstyrelsen

Socialstyrelsen genomför årligen brukarundersökningar hos äldre i syfte att undersöka brukarnas upplevelser av äldreomsorgen. På grund av pandemin har inte denna brukarundersökning genomförts. Undersökningen planeras att genomföras under våren 2022.

Daglig styrning

Under hösten 2019 så startades en pilot kring daglig styrning på en korttidsenhet inom äldreomsorgen.

Det hade uppmärksammats brister i kvaliteten i form av uteblivna insatser. Det hade även framkommit att personalen upplevde en stressig arbetssituation och en ojämn arbetsfördelning i personalgruppen. Ett behov av arbetsledning och arbetsfördelning framkom samt att enhetschefen hade begränsade möjligheter att ge det stöd som efterfrågades.

Utifrån ovanstående fick utvecklingsenheten ett uppdrag att stötta enhetschefen med att säkerställa kvaliteten och bidra till att förbättra arbetsmiljön för personalen. Daglig styrning är ett arbetssätt som ska stötta personalen i planeringen och fördelningen av arbetsuppgifter. Genom att tydliggöra ansvars- och arbetsfördelningen säkerställs att brukarna får sina insats tillgodosedda och att stödet utförs enligt genomförandeplan. Det tydliggörs även hur enhetens övriga rutiner/arbetsuppgifter, exempelvis städ av kök, tvätt och beställningar, ska fördelas och utföras genom en veckoplanering. Arbetssättet med daglig styrning bygger på att enheten har en planeringstavla där det finns information som personalen behöver vid rapport och planering av dagens arbete. Informationen på tavlan är avidentifierad och färgmarkeringar används som vägledning.

Efter att piloten genomförts framkom önskemål från andra enhetschefer inom avdelningen för äldreboende om att starta upp arbetssättet på deras enheter. Under 2020 och 2021 så har implementeringen fortsatt inom alla enheter inom särskilt boende och alla enheter beräknas under våren 2022 ha påbörjat arbetssättet.

Analys

Daglig styrning innebär att det dagliga arbetet i högre grad standardiseras. I samband med införandet ses lokala rutiner över och uppdateras samt att nya rutiner tas fram där det saknas överenskomna arbetssätt. Denna standardisering har bidrar till att avvikelser och brister synliggörs. Bland annat har det på vissa enheter framträtt att det finns bristande omvårdnadskunskaper. När rutiner och ansvarsfördelningen tydliggörs framkommer förväntningarna på arbetet tydligt samt om någonting inte utförs. På enheter/avdelningar där brister i omvårdnadskunskap framkommit så har tillfälliga resurser satts in för att handleda personal i omvårdnadsarbetet.

Förbättringsförslag

- Utvärdering och analys av arbetssättet daglig styrning för kommande förbättringar

Funktionsprogram för boende inom SoL och LSS

Under året har ett arbete med att skapa likvärdig standard utrustningsmässigt för särskilda boendeformer inletts. Tanken med ett funktionsprogram är att sektorn samlar alla erfarenheter och funktionsbehov i ett dokument som kan användas vid renoveringar och nyproduktion av särskilda boendeformer.

Resultat

Ett funktionsprogram är under framtagning. En del av programmet är att säkerställa tidigare ställda frågor utifrån lex Sarah gällande bland annat värdeskåp och vilken tillgång på larm som enligt standard ska finnas på boenden.

Analys

Ett funktionsprogram för boenden ger en översikt avseende vilken standard som ska eftersträvas vid nyproduktion och renoveringar för att få en så likvärdig standard av särskilda boendeformer. Funktionsprogrammet kommer ge en bild av vilka investeringar som kommer behövas inom överskådlig framtid.

Förbättringsförslag

- Anta ett funktionsprogram inför kommande byggnationer och vid renoveringar

Biståndsenhetens kvalitetsarbete

Med biståndsenheten avses myndighetsutövning för utredning av behov enligt SoL för äldre och LSS.

Gemensamt resultat

Hela enheten har haft internutbildning inom områdena SIP (samordnad individuell plan) och i IT stödet SAMSA. Enheten har haft extern juridisk handledning fyra tillfällen under året och även juridisk handledning från kommunalförbundet vid sex tillfällen under året inom både SoL och LSS.

Resultat SoL

Under året har biståndsenhetens kvalitetsarbete innefattat fortsatt arbete med IBIC och processteamsarbete utifrån process SoL. Processteamet har arbetat med att ta fram checklistor och manualer som underlättar i arbetet med IBIC utifrån SoL. En översyn av rutiner för att säkerställa rättssäkerhet och likabehandling i biståndsbedömning och beslut SoL har gjorts. Under året har kollegiegranskning skett två gånger per termin vilket medfört frågeställningar till processarbetet. Granskningsnyckeln har reviderats för att bättre fungera i kollegiegranskning. En granskning av dokumentationen har även genomförts av SAS för samtliga biståndsbedömare. Ett arbete runt målformuleringar är påbörjat och kommer fortsätta att arbetas med under 2022. Alla biståndsbedömare har genomgått utbildning inom Demens ABC och Demens ABC plus för biståndsbedömare. Statistik har under året tagits fram avseende beslut, överklagande och utredningstid för särskilt boende. Ett arbete kring digitaliserad larmansökan startades upp under våren.

Resultat LSS

Under året har processteamet för LSS bland annat arbetat med att uppdatera LSS-broschyr samt aktuella blanketter. Inom LSS handläggningen har införandet av IBIC i handläggning och nytt verksamhetssystem påbörjats och kommer slutföras under 2022. Arbetet har bland annat innefattat överläggning av befintliga beslut samt revidering av befintliga checklistor. Inom LSS handläggargruppen har även handledning utifrån yrkesrollen påbörjats. LSS handläggarna har även under året arbetat med att följa upp tidsbegränsade beslut. Statistik har under året tagits fram avseende beslut, överklagande och utredningstid.

Analys

Dokumentationen utifrån IBIC kräver fortfarande en del arbete framåt med att förfinas arbetssättet och den formen av dokumentationen som IBIC innebär. Detta lyfts nu mer i processarbetet där man systematiskt arbetar med frågan och därigenom förbättrar arbetet kring dokumentationen. Inom LSS har arbetet med att gå över till IBIC påbörjats och även övergång till annat verksamhetssystem vilket medfört att det till en början blir fördröjningar innan arbetssättet har implementerats fullt ut. Kvalitetsarbetet inom enheten har under året fokuserat till stor del kring dokumentation och säkerställa kvalitet i dokumentationen ett fortsatt arbete kommer ske även under 2022. Vid granskning av dokumentationen framkom att mål och målformuleringar som ett område där utvecklingsarbete behöver ske. Enheten har även arbetat med frågor som rör juridiken i handläggningen och där haft möjlighet till att få juridisk vägledning i handläggningen detta medför att rättssäkerheten för den enskilde än mer säkerställs.

Förbättringsområde

- Arbeta vidare med att kvalitetssäkra dokumentationen och arbetsmodellen IBIC både genom innehållet i utredningar, likabedömningar och målformuleringar.
 - Implementera IBIC och övergång till annat verksamhetssystem inom LSS fullt ut.

Välfärdsteknologi

Välfärdsteknologi är digital teknik som syftar till att bibehålla eller öka trygghet, aktivitet, delaktighet eller självständighet för en person som har eller löper en förhöjd risk att få en funktionsnedsättning enligt Socialstyrelsens definition. Tekniken kan användas av personen själv, närstående eller personal.

Resultat

Digital fixare

Under året har den digitala fixartjänsten utökats från 50% till 100%. Utökningen möjliggör att utöver digital tekniskservice till medborgarna även kunna stötta den interna verksamheten med kunskap i digital teknik.

Digitala aktivitetsskärmar s.k. YetiTablets

Fyra aktivitetsskärmar har under året införskaffats och tre av dessa finns på äldreboenden och en är ännu inte utplacerad. Aktivitetsskärmen ska främja aktivitet och har bland annat använts till digital bowling, olika spelformer och digitala resmål. Tavlor har varit på fem boende under perioder och där använts i snitt ca 5-10 timmar/ vecka av 5-10 brukare per boende.

Digital robotkatt

Under året har sektor köpt in ett 20-tal digitala robotkatter och en robothund i syfte att användas för att minska oro hos personer med demenssjukdom på äldreboendena. Katterna används i de allmänna utrymmena och de brukare som eventuellt önskar sig en digitalkatt till lägenheten hänvisas till inköp i detaljhandeln.

Nya trygghetslarm

Samtliga brukare (ca 1 400) i ordinärt boende som har trygghetslarm har under senare delen av året fått dessa utbytta mot en ny leverantör. Utbytet skedde utifrån att det tidigare avtalet löpte ut samt att den tidigare leverantören hade svårigheter att hålla utlovad kvalitet på tjänsten. Bytet av larm och leverantör ska ge en säkrare kvalitet till brukarna.

Mobilapplikationen Lifecare Mobil Omsorg (LMO)

LMO är en mobil lösning som är kopplad till verksamhetssystemet för social dokumentation och digital nyckelhantering. Denna app medför att personalen inom fyra hemtjänst områden har möjlighet att lås/låsa upp hos brukare, läsa genomförandeplaner och skriva journalanteckningar kring besöket på plats eller i anslutning till besöket hos brukaren. Appen säkerställer också att alla brukare får sina planerade besök då dessa bockas av och signeras i samband med besöket. I uppstarten har en del tekniska problem stötts på, vilket har försenat införandet något. Under 2022 kommer övriga hemtjänstgrupper inom kommunen att införa LMO.

Läkemedelsrobotar

Under året har tio läkemedelsrobotar införskaffats. Av dessa har fem robotar varit ute hos patienter som haft hjälp med läkemedelsöverlämning. Tanken med läkemedelsroboten är att stärka den enskildes självständighet och möjliggöra viss förenkling av hemtjänstplaneringen. Tre patienter har valt att ha kvar roboten medan två valde att avsluta roboten efter kort tid. Antal doser som administrerats under november-december 2021 är 206 doser. Roboten har i hjälpt en patient att bli helt självständig och behöver endast hjälp med påfyllnad medan de två övriga har hjälp med andra insatser men kunnat minska med ett besök per dag.

Wi-Fi

Under året har utbyggnaden av wifi-täckning i kommunens särskilda boenden påbörjats. Tidigare installationer har haft varierad täckning och då mobiltelefonen blir ett mer centralt arbetsredskap för personalen behöver säkerheten till uppkoppling ökas.

Analys

Digital fixare

Tjänsten har fått bra recensioner från de medborgare som nyttjat tjänsten. Resultatet visar att det finns en något högre andel kvinnor som nyttjar tjänsten, de flesta har inga andra insatser från sektor vård och omsorg och är i åldersspannet 65-82 år. Flera medborgare har nyttjat tjänsten upprepade gånger, tycker att fysiska hembesök är positivt och en stor del anser att de kan/kanske kan få teknikfrågan avhjälpt på annat sätt om inte tjänsten funnits. Innehållet i tjänsten kan utifrån detta resultat analyseras ytterligare för att kunna utveckla digitaliseringen ännu mer.

Tjänsten kommer framöver även att inrikta sig på ett förebyggande arbetssätt där man kan komma att visa medborgarna lämplig teknik som kan främja digitalisering och underlätta vardagen.

Digital aktivitetstavla, digital robotkatt och läkemedelsrobotar

Digitala aktiviteter i form av tavla och robotkatt har blivit positiva inslag på träffpunkter och enheter. För de patienter som läkemedelsroboten fungerat har det medfört en ökad självständighet. Inför kommande investeringar behöver verksamheten skapa en införande rutin som anger hur man tar hand om verksamhetens behov av digital teknik, rutiner för införande, nyttokalkyl, handhavande och förvaltning samt hur man utvärderar användandet systematiskt för att säkerställa att ett strukturerad införande av välfärdsteknik.

Mobilapplikationen Lifecare Mobil Omsorg (LMO)

Den mobila appen medför ett förenklat arbetssätt för vård och omsorgspersonal när det gäller främst skriva journalanteckningar och läsa genomförandeplaner. Införandet drabbades i början av tekniska problem som försenade införandet något. Man kan också konstatera att det finns en viss okunskap av mobil teknik hos personal som vid införandet gör att det ta lite tid innan man får full effekt av appen. När personalen har implementerat arbetssättet upplevs appen som ett stöd i arbetet.

Förbättringsförslag

- Fortsatt införande av LMO till övriga hemtjänstgrupper inklusive privata utförare
- Implementering av riktlinjen "införande av ny välfärdsteknik"

Kvalitetsmätt

Tabell 1.

Antal oplanerade transporter till sjukhus från kommunal hälso- och sjukvård.

Antal oplanerade transporter till sjukhus

	2019	2020	2021
Hemsjukvård	77	80	68
Korttid SoL	18	3	2
Särskilt boende	38	12	35
LSS BmSS	8	5	0
LSS Personlig assistans	1	1	4
Summa	142	101	109

Tabell 2.

Resultatmätning av följsamhet till hygienrutiner och klädregler under hösten 2020 och våren 2021

Följsamhet till hygienrutiner och klädregler.	HT 2020	VT 2021	Riket 2021
Andel med korrekt efterlevnad av samtliga hygienrutiner och klädregler	61,3,2 %	63,9%	67,6%
Andel som desinfekterat korrekt före patientnära arbete	76,3%	84%	80,3%
Andel som desinfekterat korrekt efter patientnära arbete	93%	95%	92,4%
Andel med korrekt användning av handskar	98,6%	99,2%	97,1%
Andel med korrekt användning av plastförkläde	85,9%	86%	90,9%
Andel med korrekt arbetsdräkt	94,6%	94,7%	96,5%
Andel fria från ringar, armband, klockor	94,6%	95%	96,1%

Tabell 3.

Antal registrerade personer som har en individuellt utformad bemötande- och kommunikationsplan.

BPSD - 2021				
	Antal registreringar	Antal registrerade personer	Antal platser	Andel i procent
SÄBO 2020	194	156	246	63,4%
SÄBO 2021	249	206	246	83,7%

Tabell 4. Avvikelser

Samtliga avvikelser	2019	2020	2021
SoL	349	499	335
LSS	172	95	107
HSL	4517	4369	4429
Information och Personuppgiftsincident (ny dec 2019)		24	30

Tabell 5. Avvikelser

	2019	2020	2021
SoL			
Bemötande	24	27	28
Dokumentation	74	64	25
Intern info. samverkan	58	134	18

Klagomål/Synpunkter (ny dec 2019)	14	103	87
Vård/Stöd/Rehab (tid. omsorg-omvårdnad SoL/LSS)	179	171	177
LSS			
Bemötande	19	17	22
Dokumentation	7	11	10
Intern info. samverkan	5		5
Klagomål/Synpunkter (ny dec 2019)	10	8	19
Vård/Stöd/Rehab (tid. omsorg-omvårdnad SoL/LSS)	131	59	51
HSL			
Bemötande	5	10	11
Dokumentation	76	45	47
Intern info. samverkan	59	80	36
Klagomål/Synpunkter (ny dec 2019)	9	35	42
Vård/Stöd/Rehab (tid. omvårdnad-rehabilitering)	107	93	114
Fall	2592	2540	2702
Läkemedel	1519	1394	1331
Hjälpmedel/MTP	19	56	37
Resor (ny dec 2019)	5	9	16
Till annan vårdgivare	126	107	93

Tabell 6. Lex Sarah

Lex Sarah			
År	SoL	LSS	Totalt
2017	12	11	23 + 1 privat
2018	14	9	23 + 4 privat
2019	10	6	16 + 4 privat
2020	6	4	10 + 1 privat
2021	7	7	14 + 1 privat

Tabell 7. Inkomna ärenden via kontaktcenter. Ett synpunktsärende kan kategoriseras som flera typer och kategorier för att spegla innehållet.

Synpunktstyp	2019	2020	2021
Förslag	4	6	5
Beröm	9	9	3
Klagomål	40	49	50

Tabell 8. Inkomna ärenden via kontaktcenter. Ett synpunktsärende kan kategoriseras som flera typer och kategorier för att spegla innehållet.

Ärendeslag	2019	2020	2021
Felanmälningar	34	57	47
Synpunkter	48	61	56

Tabell 9. Social dokumentation

SoL Äldreboende	2020			2021	
	Ja	Delvis	Nej	Ja	Nej

Finns det en aktuell medgenomförandeplan?	66%		34%	69%	31%
Framgår det om brukaren har varit med och utformat planen?	26%	3%	71%	51%	49%
LSS Bostad med särskild service	2020			2021	
	Ja	Delvis	Nej	Ja	Nej
Finns det en aktuell genomförandeplan?	54%		46%	72%	28%
Framgår det om brukaren har varit med och utformat planen?	59%	3%	38%	60%	40%
LSS Korttidsvistelse	2020			2021	
	Ja	Delvis	Nej	Ja	Nej
Finns det en aktuell genomförandeplan?	46%		54%	64%	36%
Framgår det om brukaren har varit med och utformat planen?	54%		46%	64%	36%
LSS Personlig assistans	2020			2021	
	Ja	Delvis	Nej	Ja	Nej
Finns det en aktuell genomförandeplan?	40%		60%	80%	20%
Framgår det om brukaren har varit med och utformat planen?	50%		50%	60%	40%

Egenkontroll social dokumentation						
SoL Hemtjänst	2020			2021		
	Ja	Delvis	Nej	Ja	Delvis	Nej
Finns det en aktuell genomförandeplan?	48%		52%	79%		21%
Framgår det om brukaren har varit med och utformat planen?	15%	4%	81%	59%		41%
Framgår det vilken hänsyn som tagits till brukarens synpunkter och önskemål?	26%	39%	35%	37%	44%	19%
Framgår det när och hur insatsen/insatserna ska genomföras?	79%	11%	10%	66%	28%	7%
Utgår de övergripande målen från nämndens beslut?	33%	45%	22%	53%	39%	9%
Är delmålen i genomförandeplanen individuellt utformade?	81%	7%	12%	28%	53%	18%
Kommentar:						

SoL Hemtjänst LOV	2021		
	Ja	Delvis	Nej
Finns det en aktuell genomförandeplan?	81%		19%
Framgår det om brukaren har varit med och utformat planen?	32%		68%
Framgår det vilken hänsyn som tagits till brukarens synpunkter och önskemål?	82,5%	8%	9,5%
Framgår det när och hur insatsen/insatserna ska genomföras?	97%		3%

Utgår de övergripande målen från nämndens beslut?	66,7%	28,6%	4,8%
Är delmålen i genomförandeplanen individuellt utformade?	41%	54%	5%