

Patientsäkerhets- och kvalitetsberättelse

2020

Medicinskt ansvarig sjuksköterska, Socialt ansvarig samordnare



Innehåll

Sammanfattning.....	3
Patientsäkerhetsberättelse	3
Kvalitetsberättelse	3
Pandemins påverkan på verksamheten	3
Patientsäkerhet Läkemedelshantering	4
Delegering av medicinska ordinationer.....	4
Digital signering	5
Palliativa registret.....	5
Vårdhygien	5
Vårdsamverkan	6
Oplanerade transporter till sjukhus	6
Medicinsk vårdplan	6
BViS.....	7
Samverkansområden SoL, LSS och HSL.....	7
Tandvård och munhälsa.....	7
Taik-projektet.....	7
Vibb-projektet	7
Verksamhetsbesök.....	8
Kvalitetsledningssystem.....	8
Processorientering.....	8
Avvikelser	9
Lex Sarah	9
Lex Maria.....	10
Klagomål och synpunkter.....	10
Kvalitetsrapport externa utförare.....	10
Kvalitetsberättelse.....	10
Individens behov i centrum – IBIC.....	10
Brukarundersökningar	11
Brukarundersökning funktionshinderområdet från SKR.....	11
Brukarundersökning inom äldreomsorg från Socialstyrelsen	12
Brukardialog	12
Hantering av privata medel samt värdeskåp till brukare	13
Biståndsenhetens kvalitetsarbete.....	13
Välfärdsteknologi	14
Kvalitetsmått	14

Sammanfattning

Detta år är patientsäkerhetsberättelsen och kvalitetsberättelsen sammanfogade till en gemensam berättelse. 2020 har varit ett år som på grund av pågående pandemi ställt höga krav på kritiska samhällsfunktioner och inte minst all vård- och omsorg i hela landet. Att vidta nödvändiga åtgärder och säkerställa en god kvalitet har krävt ett arbete och samverkan på ett helt nytt sätt. Sektor vård och omsorg har ett stort ansvarsområde med omfattande kvalitetskrav.

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

Dokumentationen är ett viktigt redskap för att säkerställa kvaliteten och det genomfördes under våren en förändring i verksamhetssystemet för att bättre kunna följa upp om och hur enskilda påverkats av förändringar på grund av pågående pandemi. Inspektionen för vård- och omsorg begärde i slutet av året in uppgifter om hur vi hanterat pandemin orsakad av Covid-19 under perioden 1 januari 2020 – 31 oktober 2020. Nedanstående sammanfattning beskriver kortfattat hur olika insatser påverkats som då inrapporterades.

Resultat

Åldreomsorg Särskilt boende – Samtliga brukare med verkställt beslut har under perioden berörts av anpassningar och förändringar med minskade gruppaktiviteter. Åtgärden som vidtagits är fler individuella aktiviteter för ca 30–60% av brukarna.

Åldreomsorg Dagverksamhet – Samtliga brukare har berörts av att insatsen ställts in. För 77 brukare har man vidtagit någon typ av åtgärd i form av avstämning via telefonsamtal, stöd till anhöriga, hembesök, kontakt med biståndsbedömare. I vissa fall har brukarna erbjudits och flyttat in på särskilt boende.

Åldreomsorg Korttidsboende/växelvård – De 55 brukare som haft insatsen växelvård har påverkats av att insatsen varit inställd. Man har sedan vidtagit åtgärder för 33 brukare. De brukare som har haft både insatsen dagverksamhet samt växelvård har också varit i behov av åtgärder. Brukare har erbjudits och flyttat in på särskilt boende men även åtgärder som korttid, avlösning hemmet eller utökad hemtjänst är åtgärder som vidtagits.

Bostad med Särskild Service LSS – Samtliga brukare med verkställt beslut inom insatsen har blivit erbjudna åtgärder för individuella aktiviteter genom personal från daglig verksamhet. Förändringar har genomförts för 78 brukare. Det är både utökade, anpassade, inställda eller på annat sätt förändrade aktiviteter.

Daglig verksamhet LSS – Enligt dokumentationen har 178 brukare påverkats av förändring. Flera brukare med insatsen har även insatsen BmSS. En samordning har därför genomförts för ökade aktiviteter dagtid av utförarpersonal från daglig verksamhet. Samtal och samvaro för de som bor i enskilda lägenheter utan stöd har erbjudits för att säkerställa att en utebliven insats inte leder till ofrivillig ensamhet.

Åldreomsorg Ledsagning, hemtjänst, Personlig assistans och Korttidsvistelse LSS berörs då brukare själva valt att antingen avstå eller haft önskemål om att förändra insatserna. I de flesta fall handlar det om anpassningar såsom att personal handlar åt brukaren istället för ledsagning till affär.

Förbättringsområden

- Vi behöver förbättra riskanalyser och det individuella uppföljningsarbetet inför eventuella kommande pandemier eller sjukdomsutbrott. De konsekvensbedömningar som genomförts behöver även innefatta individuella bedömningar för att säkerställa att enskilda inte drabbas av generella beslut på gruppnivå.

Patientsäkerhet

Läkemedelshantering

Under 2020 har MAS tillsammans med läkemedelsansvariga sjuksköterskor sett över hela läkemedelskedjan och identifierat brister som har åtgärdats. Man har även identifierat att hanteringen av läkemedel sker på olika sätt inom sektorns verksamheter, utifrån dessa identifieringar har man gemensamt kommit fram till nya arbetssätt som bidrar till effektivare och mer patientsäker hantering av läkemedel. I början av året infördes retursystemet Recaremed för att säkerställa kassation av överblivet läkemedel på ett säkert sätt.

Resultat

Införandet av retursystemet Recaremed bidrar till att hanteringen och kassationen av läkemedel nu hanteras på samma sätt i hela sektorn. Skillnader i hanteringen av läkemedel har synliggjorts och analyserats.

Förbättringsåtgärder för att arbeta likvärdigt med läkemedelshantering har påbörjats.

Analys

Orsaken till att man införde retursystemet Recaremed var för att man identifierat brister i hanteringen av kasserade läkemedel inom sektorn, framförallt såg man att kasseringen av läkemedel skedde på olika sätt i sektorn. Under kommande år planeras fler åtgärder för att både sjuksköterskor och vård- och omsorgspersonalen ska få en sammanhållen läkemedelshantering.

Förbättringsområden

- Fortsatt arbete med att se över strukturen och förbättra läkemedelshanteringen
- Säkerställa att all läkemedelshantering sker på samma sätt inom hela sektorn

Delegering av medicinska ordinationer

All vård och omsorgspersonal förbereds inför delegering kring läkemedelshantering genom en webbaserad läkemedelsutbildning följt av ett kunskapstest. När webbutbildningen och kunskapstestet är godkänt träffar vård och omsorgspersonalen en sjuksköterska för att få en praktisk genomgång och handledning. Först när alla moment i delegeringsprocessen är avklarade och godkända skrivs ett tidsbegränsat delegeringsbeslut. All delegerad vård och omsorgspersonal måste årligen förnya sitt kunskapstest i webbutbildningen för att få förnyad delegering i verksamheten. Under året har rutinen för delegeringsprocessen reviderats.

Resultat

Delegeringsprocessen har förbättrats och kvalitetssäkrats. Rutinen för delegeringsprocessen har reviderats. Revideringen i rutinen bidrar till att vård- och omsorgspersonalen nu har vissa delegerade uppgifter som gäller över hela sektorn, vilket bidrar till ökat samarbete mellan verksamheter inom sektorn.

Analys

Orsaken till att rutinen för delegeringsprocessen reviderades var för att man identifierade flera moment som både var tidskrävande och resurskrävande för både legitimerad personal samt för vård och omsorgspersonal. Tidigare utfärdades delegeringen till vård- och omsorgspersonal på ett specifikt område eller ett särskilt boende vilket begränsade samarbetet mellan verksamheter inom sektorn. Genom att vård- och omsorgspersonalen årligen förnyar sitt kunskapstest inför delegering samt införandet av digital signering har patientsäkerheten stärkt betydligt. Alla delegeringar utfärdas i det digitala signeringssystemet MCSS/Appva. Nu när vissa delegerade uppgifter gäller över hela sektorn bidrar det till ett effektivare samarbete mellan verksamheterna.

Förbättringsområden

- Fortsatt arbete med att effektivisera och förbättra delegeringsprocessen med fokus på patientsäkerhet

Digital signering

Under året har arbetet med införandet av digital signering fortlöpt. Samtliga verksamheter inom sektorn använder nu digital signering. 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.

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.

Analys

Digital signering bidrar till att vi nu överskådligt kan följa ordinationer inom hälso- och sjukvård, både dagligen och under en längre tid. Systemet bidrar även till man kan se hur följsamheten till ordinerade uppgifter efterföljs. Risken 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.

Förbättringsområde

- Fortsätta att anpassa och använda systemet utifrån de arbetsätt som vi använder oss av inom sektorn.
- Fortsatt arbete med att få ökad följsamhet till ordinerade hälso- och sjukvårdsuppgifter.

Palliativa registret

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. Kvalitetsregistret bidrar till att alla får samma möjligheter i livets slut. Se tabell 2.

Resultat

Resultatet för 2020 visar lägre följsamhet till ett flertal indikatorer. Arbetsgruppen för palliativ vård har tidigare år identifierat och sammanställt ett standardiserat arbetsätt för hur arbetet ska drivas framåt i verksamheten. Dock har arbetet med införandet av arbetsättet avstannat och de förbättringsområden man identifierat tidigare år har inte kunnat förbättrats. Under året har man registrerat ungefär lika många registreringar som föregående år.

Analys

På grund av pandemin har den palliativa arbetsgruppen inte haft några regelbundna träffar och därför har inte arbetet kunnat drivas framåt på önskat sätt. Tidigare år har man rapporterat att vi genomför färre registreringar för varje år i palliativa registret men vid en granskning ser man att vi registrerar lika många registreringar som föregående år.

Förbättringsområde

- Återuppta arbetet i den palliativa arbetsgruppen
- Utbildningsinsatser i hur kvalitetsregistret ska användas

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. Punktprevalensmätning i basala hygienrutiner och klädregler har genomförts vid två tillfällen, en gång på våren och en gång på hösten. Se tabell 3.

Resultat

All vård- och omsorgspersonal inom sektorn har genomfört en webbaserad hygienutbildning med kunskapstest samt utbildats i att använda skyddsutrustning. Nya riktlinjer och rutiner kring vårdhygien har tillkommit både på en regional och lokal nivå. Årets observationsstudier visar på en ökad följsamhet till alla 8 steg kring basala hygienrutiner och klädregler i jämförelse med mätningen som genomfördes 2019.

Analys

Vi ser ett behov av fortsatt utbildning i basala hygienrutiner och klädregler. Hygienombudens roll och uppdrag behöver tydliggöras.

Förbättringsområde

- Regelbundna utbildningsinsatser till all personal inom sektorn.
- Regelbundna utbildningsinsatser hygienombuden.
- Lokala hygienrutiner ska upprättas i samtliga verksamheter.

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 minskning 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. Årets mätning visar även som föregående år att enbart ett fåtal av patienterna varit inskrivna hos mobil hemsjukvårdsläkare eller haft en medicinsk vårdplan. Årets resultat har 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.

Sjuksköterskorna ska därför inför kommande mätningar få tydligare instruktioner om mätningen. Inför resultatet av 2021 års mätning planeras en mer djupgående analys för att identifiera förbättringsområden.

Förbättringsområden

- Förbättrad följsamhet till registrering inför kommande mätning
- Tydliggöra mätningens syfte

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 året i jämförelse med tidigare år. Trots att fler medicinska vårdplaner har upprättats ser man tyvärr att innehållet i den medicinska vårdplanen i flera fall är bristfällig. Inom sektors verksamheter har man påbörjat arbetet med att upprätta årshjul för att säkerställa att den medicinska vårdplanen revideras minst en gång per år.

Analys

Sedan våren 2020 finns nu en hemsjukvårdsläkare ansluten till varje hemsjukvårdsdistrikt, vilket bidrar till att fler medicinska vårdplaner upprättas. Det krävs ett ökat samarbete med patientansvarig läkare för att säkerställa att den medicinska vårdplanen innehåller adekvat information.

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. 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
- Samverkan med regionen för att öka användandet av BViS

Samverkansområden SoL, LSS och HSL

Tandvård och munhälsa

I början på börjades en översyn av processerna munhälsa i kommunal vård- och omsorg. En ny rutin för uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård samt en riktlinje för munhälsa togs fram och har under årets implementeras i verksamheten. Under året har de två projekten Taik och Vibb fortlöpt.

Taik-projektet

Under året har utbildningsinsatser i munhälsobedömning för sjuksköterskor och vård och omsorgspersonal 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.

Sedan hösten 2018 pågår projektet TAIK (tandhygienist i kommunal vård) i Skövde kommun. TAIK-projektet kommer pågå i tre år men eventuell förlängning på grund av pandemin. Projektets mål är att säkra goda munvårdsrutiner för äldre samt arbeta hälsofrämjande och förebyggande.

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 med små förbättringsutsikter.

Resultat för projekt inom tandvård och munhälsa

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

I Vibb-projektet har ett flertal brukare erbjudits fri tandvårdsundersökning och trots pandemin har flera tandvårdsundersökningar kunnat genomföras. Eventuellt kommer vibb-projektet förlängas på grund av pandemin.

Förbättringsområden

- Fortsatt arbete med att se över strukturen och flödet för munhälsobedömningar

Verksamhetsbesök

Under året har verksamhetsbesök genomförts av MAS och SAS. Utgångspunkten för besöken har grundats sig från resultat i kvalitetsrevision samt inkomna avvikelser. Eventuella åtgärder har planerats och följts upp. På grund av pandemin har SAS och MAS inte kunnat genomföra alla verksamhetsbesök som var planerade under året.

Resultat

Verksamhetsbesöken har resulterat i förbättrad dialog och samsyn, åtgärder har utförts och utvärderats på ett strukturerat sätt vilket har bidragit till förbättringar för brukare och patienter. Verksamhetsbesöken har resulterat i att processer och arbetssätt har startats upp och förbättrats.

Analys

Verksamhetsbesöken tydliggör om verksamheten har följsamhet till riktlinjer och rutiner samt vilka förbättringsområden som finns. Besöken bidrar till ett ökat engagemang och man ser ett att åtgärder och resultat ökar. Under kommande år planeras för fortsatta verksamhetsbesök.

Förbättringsområde

- Arbeta fram en strukturerad plan för att alla verksamheter ska inkluderas i att få verksamhetsbesök

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".

Resultat

Under 2020 har nya riktlinjer och rutiner skapats efter verksamhetens behov, processer och lagar/förordningar. De flesta riktlinjer och rutiner under 2020 är upprättade utifrån de behov och förbättringar som man kunde se vid olika processarbeten.

En översyn av ledningssystemet på intranätet är gjord. Resultatet av översynen är en ny tydligare ingångssida och nya mer beskrivande ämnesrubriker för att göra det enklare att hitta dokumenten i ledningssystemet. Samtidigt har även inaktuella dokument tagits bort från intranätet.

Analys

Information behövs för nyanställda och för andra medarbetare inom sektorn om hur man hittar riktlinjer/rutiner och andra dokument som finns publicerade i ledningssystemet på intranätet.

Förbättringsområde

- Webbaserad guide som beskriver hur man hittar styr- och stöddokument på intranätet.

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 kvalitet.

Resultat

Under året har flera nya processarbeten startats upp inom prioriterade områden. Nu finns 11 etablerade processteam. Processägare och processledare har fått utbildning om rollerna och arbetet med processer. Till några av processerna har befintliga tjänster omvandlats till processledare. Förhoppningen är att detta ska utveckla processarbetet ytterligare.

På höstens chefsforum fick cheferna information om sektorns arbete med processer i stort och mer i detalj om processen *Hantera avvikelser*. Deltagarna identifierade även problem, risker och slöserier i den processen.

Analys

Processarbetet har utvecklats starkt och arbetet ger effekter i bättre kvalitet. Det är ett stort engagemang i processteamerna och man arbetar med förbättringar. Metodstödjare kan inta en mer stödjande roll i processarbete när processägare och processledare blir mer drivande i processarbetet. Svåraste stegen i processmodellen är att sätta mål och göra mätningar samt implementeringen av processen.

Förbättringsområde

- Fortsatt arbete enligt kommunens processmodell för prioriterade processer
- Stödja processägare och processledare

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. Se resultat i tabell 5 och 6

Analys SoL/LSS

En minskning av avvikelser har skett sedan 2019 inom vård/stöd/rehab inom LSS. Detta har sannolikt flera orsaker men betydande är att insatsen daglig verksamhet varit stängd under en del av året samt att man ökat det individuella stödet inom bostad med särskild service. Det beskrivs också att det utbyte av perspektiv och arbetssätt som skett när vård- och omsorgspersonal från daglig verksamhet arbetat på bostäderna har bidragit till att höja kvaliteten på insatserna generellt.

Avvikelser gällande intern info/samverkan har ökat inom SoL vilket till stor del beror på att man upptäckt brister som påverkar avgiftshandläggningen när rutiner kring att till exempel avsluta verkställigheter inte följts men även att man startat upp ärenden utan att koppla på avgiftshandläggningen framförallt inom hemtjänst.

Personuppgiftsincidenter är en ny avvikelsekategori för att uppmärksamma röjande av personuppgifter till obehöriga, inga ärenden har anmälts vidare till datainspektionen.

Analys HSL

Avvikelserna som berör läkemedel handlar till stor del om att man upptäckt brister i tidsintervallet för när läkemedel ska ges i förhållande till ordination. Orsaken till att man kunnat identifiera dessa avvikelser har synliggjorts sedan man införde digital signering i samtliga verksamheter inom sektorn. Man kan konstatera att digital signering har bidragit till att avvikelser som handlar om att fel läkemedel har getts har minskat vilket höjer patientsäkerheten gällande läkemedel. Avvikelser gällande hjälpmedel/MTP har ökat vilket till stor del beror på att man upptäckt brister i vård- och omsorgspersonalens följsamhet till ordination.

Förbättringsområde

- Fördjupad analys kring vad som kan förbättras och förtydligas i verksamhetssystemet gällande avvikelsekategorierna.
- Se över följsamheten till ordination från legitimerad personal och beställning från biståndsenheten.
- Fortsätta arbetet med processen Hantera avvikelser för att ytterligare förbättra arbetet med risk- och händelseanalys.

Lex Sarah

I de fall en avvikelse inom SoL/LSS bedöms som allvarlig genomförs en Lex Sarah utredning. Tabell 7 beskriver antal utredningar över tid.

Analys

Det som utmärker sig under 2020 är att större delen av utredningarna inom SoL rör brister i bemötande och omvårdnad. Inom LSS är det framförallt icke verkställda beslut och brister i dokumentationen kring dessa som utretts. Under året har färre rapporter om lex Sarah skett än tidigare år. Cheferna har arbetat med händelseanalyser kontinuerligt under året och tar nu ett större ansvar i utredningsdelen. Detta har sannolikt lett till att fler händelser än tidigare har kunnat hanteras på respektive enhet där de uppstått. Inom vissa delar av verksamheten har enhetscheferna använt fallbeskrivningar för att konkret börja arbeta med att höja personalens kompetens gällande avvikelserapportering kring allvarliga händelser.

Förbättringsområde

- Fortsätta att sprida konkreta arbetssätt bland enhetschefer för att uppnå en lärande organisation där avvikelser och lex Sarah är en stående punkt på möten.

Lex Maria

I de fall en avvikelse inom HSL bedöms som allvarlig genomförs en Lex Maria utredning. Under 2020 har det inte förekommit någon ny Lex Maria utredning. Tidigare pågående utredningar har kunnat avslutas.

Klagomål och synpunkter

Resultat

Under 2020 så har sektor för vård och omsorg fått 61 klagomål/synpunkter på verksamheten och 57 felanmälningar via kontaktcenter vilket är en ökning gentemot föregående år. Störst frekvens av klagomål/synpunkter finns på innehållet i erhållen tjänst och kring bemötande. 15 klagomål rör specifikt vidtagna/ej vidtagna åtgärder gällande Covid-19. Störst frekvens av felanmälningar gäller fel på trygghetslarm, faktura och hjälpmedel/bostadsanpassning. Under 2020 har 111 klagomål/synpunkter (varav 103 inom SoL) inkommit i den interna klagomål/synpunktshanteringen i verksamhetssystemet. På Skövde kommuns hemsida har man förtydligat informationen om hur man kan vända sig till patientnämnden vid klagomål/synpunkter.

Analys

Brukare och anhöriga kan genom den interna hanteringen uppmärksammas till exempel vid deras kontakt med biståndsbedömare eller handläggare. Vi kan på detta sätt fånga upp klagomål/synpunkter och utreda den typen av information som tidigare skett informellt. En samverkan har påbörjats under året med kontaktcenter för att förtydliga hur externa klagomål/synpunkter bör hanteras. Detta arbetet har fördröjts på grund av pandemin.

Förbättringsområden

- Den interna hanteringen av klagomål/synpunkter behöver ytterligare kommuniceras till verksamheten som en viktig del av det systematiska förbättringsarbetet inom sektorn.
- Arbeta med ständiga förbättringar i avvikelseprocessen och fortsätta samverka med kontaktcenter för att hitta ett gemensamt språk i dokumentationen.

Kvalitetsrapport externa utförare

Resultat

Kvalitetsrapporten är ett verktyg för att säkerställa att verksamheterna sammanställer och analyserar sina resultat utifrån de kvalitetskrav som finns. Vi har tre utförare inom extern hemtjänst som rapporterat in sina årsresultat och dess egna analys.

Analys

Vi har under året ändrat förfrågningsunderlaget för externa utförare för hemtjänst och kommer därför behöva se över frågeställningarna och utveckla dessa i kommande kvalitetsrapport. För att få likvärdig sammanställning och analys så kommer kvalitetsrapporten att utökas till att samliga verksamheter inom sektorn.

Förbättringsområde

- Förtydliga frågeställningarna utifrån de kvalitetskrav som finns
- Från och med 2021 kommer alla utförare inom samtliga verksamhetsområden att skriva en kvalitetsrapport för sin verksamhet

Kvalitetsberättelse

Individens behov i centrum – IBIC

Under året har projektarbetet med att införa arbetsmodellen IBIC fortsatt. Det behovsriktade arbetssättet utgår från individens behov och är ett systematiskt arbetssätt som omfattar handläggning, genomförande och uppföljning. Arbetssättet ger stöd för både handläggare och utförare att dokumentera med gemensamt språk inom den process

som individen genomgår i socialtjänsten. Syftet är att individens stöd utgår från personens individuella resurser, behov och mål så att stödet blir individuellt anpassat så att man kan nå upp till socialtjänstlagens intentioner och är ett verktyg för att nå resultat med insatserna som ges.

Resultat

Under våren fick all vård- och omsorgspersonal information om IBIC på ett APT. Enhetschefer och biståndsbedömare deltog i studiegrupper fördelat på tre grupper med tre tillfällen per grupp för att skapa samverkan mellan utförare och handläggare. Parallellt med arbetet att införa arbetsmodellen IBIC har man sett över och arbetat fram ett nytt ersättningssystem för hemtjänst som stödjer IBIC. Under augusti och september fick all personal inom hemtjänst utbildning i IBIC inför att det nya ersättningssystemet startade den 1 oktober.

I samband med att det rekryterats en enhetssamordnare till varje hemtjänstenhet har man sett över arbetet för hur uppstarten av brukarnas insatser sker. Enhetssamordnarna tar en första kontakt med brukaren och har ett planeringssamtal där man kommer överens om när insatserna ska genomföras. Enhetssamordnarna startar sedan upp brukarens genomförandeplan och dokumenterar på rubrikerna *när* och *vad*. Under oktober månad infördes IBIC på SoL korttidsplats och SoL dagverksamhet och man bytte även till verksamhetssystemet Lifecare utförare den 2 november.

Analys

En utmaning vid införandet har varit att se vad som är behov av förändrat arbetssätt i relation till förändringar i verksamhetssystemet. Förutsättningar i verksamhetssystemet kan både stödja och motverka själva förändringen av arbetssätt. Det har också varit en utmaning i få samsyn kring vad som är lagstyrt och vad som är tekniska begränsningar. För att stödja verksamheten och den fortsatta implementeringen av arbetssättet krävs en fördjupad samverkan mellan bistånd och utförare för ökad samsyn. Att komplettera arbetet med en målbild av vad IBIC ska innebära för brukaren och verksamheten kopplat till konkreta mått skulle kunna stödja den fortsatta utvecklingen.

Förbättringsområden

- Uppstart av en arbetsgrupp för att införa IBIC som arbetssätt inom LSS.
- Fortsatta beräkningar för att kunna säkra rättvisa bedömningar kopplat till ersättningssystemet inom hemtjänst.

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. För att kunna följa utvecklingen har sektorn genomfört granskningar av den sociala dokumentationen sedan 2018. Nedanstående tabeller visar utvecklingen i siffror. Granskningen kring delaktighet är av nödvändighet en kvalitativ bedömning och kommentarerna är därför ett viktigt komplement för att skapa en rättvis bild av nuläget.

Resultat

Se tabell 10 för resultat

Förbättringsområden

- Införa förnyat arbetssätt kring dokumentationsombud och fortutbildning samt ansvarsfördelning. Detta har fördröjts på grund av pågående pandemi.

Brukarundersökningar

Brukarundersökning funktionshinderområdet från SKR

I Skövde kommun genomförs undersökningen vartannat år på daglig verksamhet och vartannat år på grupp- och servicebostäder. Detta år skulle undersökningen genomföras på daglig verksamhet men eftersom daglig verksamhet varit stängd stora delar av året beslutade därför ledningsgruppen att även 2020 genomföra undersökningen på grupp- och servicebostäder.

Resultat

Gruppbostad - Jämfört med föregående år är brukarna generellt sett nöjdare. I jämförelse med riket ligger vi på samma nivå inom de flesta områden. Det område som skiljer sig åt där Skövde ligger bättre till är framförallt inom området "inflytande". Det förbättringsområde som finns är känslan av trygghet i hemmet som tidigare år låg i paritet med riket men har tappat några procentenheter.

Servicebostad - Jämfört med tidigare år ser vi framförallt en förbättring kring inflytandet och en försämring inom området kommunikation, dock i förhållandet till riket är brukare i Skövde generellt sett nöjdare.

Analys

Den största positiva utvecklingen både på grupp- och servicebostäder ser vi framförallt inom området inflytande, ett område som Skövde kommun jobbat aktivt med under senaste åren. Aktiviteter såsom studiecirkel för personal, medborgardialog och implementeringen av arbetsätt för att minska begränsningsåtgärder anses vara framgångsfaktorer. Det ska tilläggas att nämnden valt att följa utvecklingen som ett mål i styrkortet vilket sannolikt bidragit till att förtydliga vikten av planerade aktiviteter inom området.

Förbättringsförslag

- Fördjupad dialog kring hur personalen kan stödja brukare för att öka tryggheten i hemmet.
- Att arbeta för att hitta konkreta metoder för att förbättra personalens kommunikation till de brukare som har stöd genom en servicebostad. Speciellt kvinnor upplever detta som ett förbättringsområde.

Brukarundersökning inom äldreomsorg från Socialstyrelsen

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

Resultat

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 förtroende för personalens och bemötande. På särskilt boende är årets resultat är väldigt likt föregående år. Den största skillnaden mellan åren är att en större andel av de boende besväras av ensamhet, en trend som också syns på riksnivå och förmodligen kan härledas till restriktioner för att förhindra smittspridning.

Inom hemtjänsten är man framförallt nöjd med bemötande och man känner sig trygg hemma med personalen. Likt särskilt boende är det framförallt ensamheten som besväras de svarande och känslan av ensamhet har ökat mellan åren. Hemtjänsten i Skövde får ett snarlikt resultat på de flesta frågor om man jämför med riket, och föregående årets resultat.

Analys

Skövde står sig väl i jämförelse med riket och vi ser ett antal förbättringar om man jämför Skövdes resultat mellan åren. Framförallt är att förtroende och trygghet är något som brukarna upplever sig mest nöjda med. Generellt sett får Skövde ett bra resultat men det finns interna skillnader både inom särskilt boende och området hemtjänst som går att förbättra för att skapa så jämlika förhållanden för kommunens invånare som möjligt, det är också ett arbete som kommer att pågå under 2021.

Förbättringsförslag

- Analysera önskade variationer inom verksamheten och hitta konkreta förbättringsområden

Brukardialog

Inom området för funktionsnedsättning har det under flera år använts olika former av dialoger med brukare. Under 2020 har det utförts intervjuer inom såväl bostad med särskild service som personlig assistans. Syftet med intervjuerna har varit att öka verksamhetens förståelse för hur verksamheten uppfattas utifrån brukarens

perspektiv. Självbestämmande är en av lagstiftningens grundpelare så en viktig del var också att undersöka hur brukare beskriver sitt självbestämmande och uttrycker sina individuella önskemål inom livsområdena boende, arbete och fritid.

Resultat

Via intervjuerna med brukare inom bostad med särskild service har verksamheten erhållit nya insikter.

Verksamheten beskriver oftast delaktighet i vardagslivets utifrån aktiviteter, medan deltagarna själva beskriver en avsaknad av delaktighet och inflytande i livsavgörande beslut såsom boende, arbete och fritid. Brukarna beskrev också en osäkerhet kring sina möjligheter att påverka sina liv och fatta egna beslut. På grund av pågående pandemi har intervjuerna inom personlig assistans ej kunnat färdigställas.

Analys

Brukare saknar till viss del möjlighet att erhålla ett individuellt anpassat stöd, som kan frigöra de egna resurserna genom att stärka individens egna förmågor. Stödet behöver inriktas mer på att beskriva konsekvenser snarare än att ge råd i det faktiska beslutet.

Förbättringsförslag

- Verksamheten behöver utveckla ett arbetssätt som tar tillvara individens egna önskemål och resurser inom livsområdena boende, sysselsättning och fritid. Detta behöver ske både vid myndighetsutövande i form av handläggning såväl som i de stödjande insatserna. IBIC ses som en möjlighet att kunna ge konkreta metoder i detta arbetet.
- Verksamheten behöver fortsätta att bryta förlegade synsätt och traditioner i det vardagsstöd som erbjuds genom att förmedla aktuell kunskap utifrån lagstiftningens intentioner till medarbetarna. Enligt senaste brukarundersökningen kan vi se tydliga resultat på detta område men arbetet behöver fortlöpa.
- Medborgar-/brukardialog som verktyg behöver användas inom fler avdelningar inom sektorn

Hantering av privata medel samt värdeskåp till brukare

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

Resultat

Implementering av värdeskåp har påbörjats. Bostäder inom LSS förväntas vara klara under 2021 och inom hela sektorn vid utgången av 2022. Vid internkontroll så sker den löpande redovisningen enligt rutin och kassorna stämmer vid granskning. Löpande kontroller görs oftare än rutinen kräver.

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. De blanketter och dokument som är framtagna gällande hantering av privata medel som stöd är inte helt kända och upplevs svåra att hitta.

Förbättringsförslag

- Punkter från föregående års kvalitetsberättelse som kvarstår är att anta ett funktionsprogram inför kommande byggnationer och vid renoveringar
- Arbeta med implementering av rutin kring hantering av privata medel

Biståndsenhetens kvalitetsarbete

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

Resultat

Under året har stort arbete lagts ned på att utbilda biståndsbedömarna och införa arbetsmodellen IBIC. Kollegial granskningsmall för biståndsbedömarna utifrån IBIC är färdigställd och granskningar kommer att genomföras regelbundet. En mall för poängsättning av granskningarna för att uppmärksamma förbättringsområden är framtagen. Nyligen har även planering av införandet av IBIC för LSS handläggarna startats upp. Processteamsarbete för både SoL och LSS handläggare fortgår. Processteamerna arbetar med utformning av checklistor och översyn av rutiner för att säkerställa likabehandling och rättssäkerhet i besluten.

Förbättringsområde

- Införa IBIC för handläggning inom LSS
- Fortsatt arbete kring målformuleringar och förbättra samtalsmetodik

Välfärdsteknologi

I syfte att stödja äldre i Skövde kommun samt brukare inom hemtjänst och LSS i att använda digital teknik samt bryta isolering beslutade SVO i samråd med folkhälsan att under en projektperiod på 6 månader tillsätta en tjänst på halvtid som digital fixare. Den pågående pandemin ökade också behovet av att tillgodose möjligheter för att delta i samhällsgemenskapen.

Resultat

Den 1 december 2020 startade tjänsten och syftet är att stödja och tillgängliggöra digital teknik såsom kommunikationsappar och lära ut grundläggande färdigheter. Under projektperioden ingår att utvärdera framtida behov och samverka med andra aktörer både internt och externt såsom stadsbiblioteket, träffpunkter, studieförbunden med flera. Utvärderingarna ska också syfta till att inventera behovet för personal kring utbildning för att kunna stödja brukare inom verksamheten kring området digital välfärdsteknik. Inledningsvis är det bara ett fåtal brukare som redan har andra insatser från kommunen som använt sig av tjänsten.

Förbättringsområde

- Implementering av riktlinjen "införande av ny välfärdsteknik"

Kvalitetsmätt

Tabell 1.









Antal oplanerade transporter till sjukhus från kommunala hälso- och sjukvården. Underlaget för registreringarna omfattar ca 1300 patienter.

Antal oplanerade transporter till sjukhus			
	2018	2019	2020
Hemsjukvård	56	77	80
Korttid SoL	11	18	3
Särskilt boende	55	38	12
LSS BmSS		8	5
LSS Personlig assistans		1	1
Summa	122	142	101

Tabell 2.

Resultat för Skövde mellan 2018–2020 för indikatorerna i svenska palliativregistret.

Palliativ registret	2018		2019		2020	
	Skövde	Alla kommuner	Skövde	Alla kommuner	Skövde	Alla kommuner
Indikator						

Läkarinformation till patienten/dokumenterat brytpunktsamtal	71%	75%	68%	54,9%	69,2%	77,2%	
Munhälsa bedömd/dokumenterad munhälsa	33,1%	58,8%	26,4%	60,3%	32,6%	59,4%	
Avliden utan trycksår/ej trycksår vid dödsfallet	86%	76,1%	93%	75%	77,8%	75,5%	
Mänsklig närvaro vid dödsögonblicket	86,8%	82,7%	87,6%	82,7%	79,6%	78,6%	
Utförd validerad smärtskattning/smärtskattning	22,1%	49%	14,7%	51,9%	20,7%	51,9%	
Injektionsläkemedel mot smärta	97,1%	94,8%	97,7%	95,2%	96,7%	95,5%	
Injektionsläkemedel mot ångest	96%	93,3%	96,9%	94,2%	94,4%	94,6%	
Erbjudande av eftersamtal till närstående	54,4%	65%	55%	66,9%	52,2%	67,3%	

Tabell 3.

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

Följsamhet till hygienrutiner och klädregler.	VT	HT	Riket
Andel med korrekt efterlevnad av samtliga hygienrutiner och klädregler	53,2%	63,7%	64,5%
Andel som desinfekterat korrekt före patientnära arbete	68,7%	78,3%	78,2%
Andel som desinfekterat korrekt efter patientnära arbete	95,6%	93,5%	94,4%
Andel med korrekt användning av handskar	98,3%	98,8%	97,2%
Andel med korrekt användning av plastförkläde	77,4%	85,1%	89,5%
Andel med korrekt arbetsdräkt	84,4%	96,9%	97,9%
Andel fria från ringar, armband, klockor	87,2%	95,7%	96,8%

Tabell 4.

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

BPSD - 2020				
	Antal registreringar	Antal registrerade personer	Antal platser	Andel i procent
SÄBO	194	156	246	63,4%

Tabell 5. Avvikelser

Samtliga avvikelser	2017	2018	2019	2020
SoL	316	417	349	499
LSS	137	174	172	95
HSL	3918	4539	4517	4369
Information och Personuppgiftsincident (ny dec 2019)			1	24

Tabell 6. Avvikelser

	2018	2019	2020
SoL			
Bemötande	37	24	27

Dokumentation	14	74	64
Intern info. samverkan	57	58	134
Klagomål/Synpunkter (ny dec 2019)		14	103
Vård/Stöd/Rehab (tid. omsorg-omvårdnad SoL/LSS)	309	179	171
LSS			
Bemötande	12	19	17
Dokumentation	11	7	11
Intern info. samverkan	8	5	
Klagomål/Synpunkter (ny dec 2019)		10	8
Vård/Stöd/Rehab (tid. omsorg-omvårdnad SoL/LSS)	143	131	59
HSL			
Bemötande	9	5	10
Dokumentation	56	76	45
Intern info. samverkan	63	59	80
Klagomål/Synpunkter (ny dec 2019)		9	35
Vård/Stöd/Rehab (tid. omvårdnad-rehabilitering)	103	107	93
Fall	2643	2592	2540
Läkemedel	1485	1519	1394
Hjälpmedel/MTP	20	19	56
Resor (ny dec 2019)		5	9
Till annan vårdgivare	160	126	107

Tabell 7. Lex Sarah

Lex Sarah			
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	10	6	16 + 4 privat
2020	6	4	10 + 1 privat

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

Tabell 9. Inkomna ärenden via kontaktcenter. Ett synpunktsärende kan kategoriseras som flera typer och kategorier för att spegla innehållet.

Ärendeslag	2018	2019	2020
Felanmälningar	58	34	57
Synpunkter	21	48	61

Synpunktstyp	2018	2019	2020
Förslag	4	4	6
Beröm	0	9	9
Klagomål	18	40	49

Tabell 10. Social dokumentation

Egenkontroll social dokumentation						
SoL Äldreboende	2019			2020		
	Ja	Delvis	Nej	Ja	Delvis	Nej

Finns det en aktuell medgenomförandeplan?	53%		47%	66%		34%
Framgår det om brukaren har varit med och utformat planen?	24%	38%	38%	26%	3%	71%
Framgår det vilken hänsyn som tagits till brukarens synpunkter och önskemål?	27%	21%	52%	16%	36%	47%
Framgår det när och hur insatsen/insatserna ska genomföras?	32%	30%	38%	63%	21%	16%
Utgår de övergripande målen från nämndens beslut?	50%		50%	57%		43%
Är delmålen i genomförandeplanen individuellt utformade?	26%	35%	39%	73%	13%	16%

Kommentar: Riktlinjen som aktualiserades under 2019 att en genomförandeplan är aktuell om den är upprättad/uppföljd inom 6 månader är inte fullt implementerad inom verksamheten. En tydlig förbättring syns kring beskrivningar om när/hur insatser ska genomföras, individuella delmål och kopplingen till övergripande mål. IBIC anses vara den främst bidragande orsaken till detta resultat.

SoL Hemtjänst	2019			2020		
	Ja	Delvis	Nej	Ja	Delvis	Nej
Finns det en aktuell genomförandeplan?	48%		52%	48%		52%
Framgår det om brukaren har varit med och utformat planen?	4%	74%	21%	15%	4%	81%
Framgår det vilken hänsyn som tagits till brukarens synpunkter och önskemål?	31%	30%	39%	26%	39%	35%
Framgår det när och hur insatsen/insatserna ska genomföras?	34%	39%	26%	79%	11%	10%
Utgår de övergripande målen från nämndens beslut?	16%	60%	24%	33%	45%	22%
Är delmålen i genomförandeplanen individuellt utformade?	23%	41%	38%	81%	7%	12%

Kommentar: Riktlinjen som aktualiserades under 2019 att en genomförandeplan är aktuell om den är upprättad/uppföljd inom 6 månader är inte fullt implementerad inom verksamheten. Bedömningen om brukaren varit med och utformat planen har kraven ökat då personal sedan 2019 även behöver beskriva på vilket sätt brukaren har varit delaktig. Detta syns resultatet. Lunden/Norrmalm har inte räknats med i den totala sammanställningen då genomförandeplaner utan innehåll upprättats i verksamhetssystemet, vilket skulle ge en felaktig bild.




LSS Bostad med särskild service	2019			2020		
	Ja	Delvis	Nej	Ja	Delvis	Nej
Finns det en aktuell genomförandeplan?	40%		60%	54%		46%
Framgår det om brukaren har varit med och utformat planen?	44%	3%	44%	59%	3%	38%
Framgår det vilken hänsyn som tagits till brukarens synpunkter och önskemål?	28%	28%	44%	23%	36%	41%
Framgår det när och hur insatsen/insatserna ska genomföras?	88%	12%		69%	18%	13%
Utgår de övergripande målen från nämndens beslut?			100%			100%
Är delmålen i genomförandeplanen individuellt utformade?	92%		8%	80%	10%	10%








Kommentar: Riktlinjen som aktualiserades under 2019 att en genomförandeplan är aktuell om den är upprättad/uppföljd inom 6 månader är inte fullt implementerad inom verksamheten. Detta tillsammans med att synliggöra brukarens synpunkter och önskemål är det viktigaste förbättringsområdet. Förbättringar har skett på området att det framgår om och hur brukaren har kunnat vara delaktig i sin genomförandeplan

LSS Korttidsvistelse	2019			2020		
-----------------------------	------	--	--	------	--	--






	Ja	Delvis	Nej	Ja	Delvis	Nej
Finns det en aktuell genomförandeplan?	31%		69%	46%		54%
Framgår det om brukaren har varit med och utformat planen?	54%		46%	54%		46%
Framgår det vilken hänsyn som tagits till brukarens synpunkter och önskemål?	23%	38%	38%	15%	23%	62%
Framgår det när och hur insatsen/insatserna ska genomföras?	69%	8%	23%	38%	46%	15%
Utgår de övergripande målen från nämndens beslut?			100%			100%
Är delmålen i genomförandeplanen individuellt utformade?	77%		23%	77%	15%	8%
Framgår det i genomförandeplanen på vilket sätt det säkerställs att barnet får information om insatsen och dess aktiviteter?	31%	8%	61%	44%		66%
Framgår det i genomförandeplanen på vilket sätt det säkerställs att barnets åsikter beaktas utifrån ålder och mognad?	31%	8%	61%	44%		66%
Kommentar: Riktlinjen som aktualiserades under 2019 att en genomförandeplan är aktuell om den är upprättad/uppföljd inom 6 månader är inte fullt implementerad inom verksamheten. Detta tillsammans med att synliggöra brukarens synpunkter och önskemål är det viktigaste förbättringsområdet. En försämring har skett vad gäller huruvida det framgår när och hur insatserna ska genomföras.						
LSS Personlig assistans	2019			2020		
	Ja	Delvis	Nej	Ja	Delvis	Nej
Finns det en aktuell genomförandeplan?	72%		27%	40%		60%
Framgår det om brukaren har varit med och utformat planen?	72%		27%	50%		50%
Framgår det vilken hänsyn som tagits till brukarens synpunkter och önskemål?		72%	27%		10%	90%
Framgår det när och hur insatsen/insatserna ska genomföras?	55%	36%	9%	70%		30%
Utgår de övergripande målen från nämndens beslut?			100%			100%
Är delmålen i genomförandeplanen individuellt utformade?	64%		36%	70%		30%
Kommentar: Riktlinjen som aktualiserades under 2019 att en genomförandeplan är aktuell om den är upprättad/uppföljd inom 6 månader är inte fullt implementerad inom verksamheten.						

Tabell 11.

SoL	2018		2019		2020		
	Skövde	Riket	Skövde	Riket	Skövde	Riket	
Boendeplatser i särskilt boende som erbjuder minst en organiserad och gemensam aktivitet per dag under helgen, andel (%)	8	39	11	39	8	43	
Brukarbedömning särskilt boende äldreomsorg - Möjligheten att komma utomhus, andel (%)	61	57	55	58	61	58	
Brukarbedömning särskilt boende äldreomsorg - bemötande, andel (%)	96	93	96	93	90	94	

Brukarbedömning särskilt boende äldreomsorg - inflytande och tillräckligt med tid, andel (%)	49	41	46	42	52	42	
Brukarbedömning särskilt boende äldreomsorg - måltidsmiljö, andel (%)	73	68	75	68	74	70	
Brukarbedömning särskilt boende äldreomsorg - trygghet, andel (%)	89	88	90	88	90	87	
Utredningstid - Särskilt boende, genomsnittlig utredningstid (dgr)	33		37		28		
Brukarbedömning hemtjänst äldreomsorg - bemötande, andel (%)	96	97	97	97	98	97	
Brukarbedömning hemtjänst äldreomsorg - tillräckligt med tid, andel (%)	80	82	83	82	80	82	
Brukarbedömning hemtjänst äldreomsorg - trygghet, andel (%)	86	85	88	86	89	86	
Kontinuitet i hemtjänst (antal personal brukaren möter under 14 dagar), medelvärde	18	15	19	16	18	15	

Tabell 12.

LSS	2018		2019		2020		
	Skövde	Alla kommuner	Skövde	Alla kommuner	Skövde	Alla kommuner	
Brukarbedömning gruppbostad LSS - Brukaren känner sig trygg med alla i personalen, andel (%)			67	74	76	75	
Brukarbedömning gruppbostad LSS - Brukaren får bestämma om saker som är viktiga hemma, andel (%)		76	67	78	84	77	
Brukarbedömning servicebostad LSS - Brukaren får den hjälp hen vill ha, andel (%)			83	78	81	76	
Brukarbedömning servicebostad LSS - Brukaren känner sig trygg med alla i personalen, andel (%)			77	74	77	73	
Brukarbedömning servicebostad LSS - Brukaren får bestämma om saker som är viktiga hemma, andel (%)		82	83	83	89	79	
Brukarbedömning daglig verksamhet LSS - Brukaren känner sig trygg med alla i personalen, andel (%)	74	81		81		83	
Utredningstid i antal dagar från ansökan till beslut om LSS-insats (alla insatser), medelvärde	146	44	247	44	198	52	