



Grästorps kommun

Social verksamhet

Patientsäkerhets- och kvalitetsberättelse 2016

Social verksamhet

Fastställd av kommunstyrelsen 2017-03-08, § 38

Innehållsförteckning

1	Läsanvisning	3
2	Sammanfattning	4
3	Övergripande mål.....	6
4	Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet.....	7
5	Struktur för uppföljning och utvärdering	9
6	Samverkan för att erbjuda god vård och omsorg med kvalitet.....	10
7	Struktur för riskanalys	13
8	Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet	14
9	Hantering av klagomål	15
9.1	Klagomål och synpunkter	15
9.2	Beskrivning av sammanställning och analys	15
9.3	Samverkan med patienter och närstående.....	15
10	Resultat.....	16
10.1	Uppföljning av genomförda egenkontroller	16
10.2	Uppföljning av åtgärder.....	20
10.3	Noterade avvikelser under året.....	22
10.4	"Uppföljning av mått".....	24
11	Övergripande mål för kommande år	25

1 Läsanvisning

Första delen av rapporten beskriver hur Grästorps kommun arbetar med sitt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete. Under rubriken Resultat sammanställs och analyseras kommunens arbete med kvalitet och patientsäkerhet för föregående år.

2 Sammanfattning

I Grästorps kommun finns två särskilda boenden. Vistegården med 48 platser och Hallers väg 20 med 12 platser. Det finns en korttidsavdelning, Passagen, med 10 platser fördelade på korttidsvistelse, palliativ vård och växelvård. Hemtjänsten har ca 170 brukare med beviljade insatser inklusive trygghetslarm varav ca 115 har vård och omsorgsinsatser. I hemsjukvården (kommunal hälso- och sjukvård) finns ca 100 inskrivna i eget boende, LSS, psykiatri och palliativ vård.

Ingen händelseutredning har anmälts till Inspektionen för vård och omsorg enligt Lex Maria. En händelseutredning har anmälts till Inspektionen för vård och omsorg enligt Lex Sarah. Inga ärenden är registrerade hos Patientnämnden under 2016.

Synpunkter och klagomål utreds och hanteras enligt gällande rutiner. Det har inkommit fyra synpunkter till Social Verksamhet via kommunens hemsida.

Några viktiga åtgärder för patientsäkerhet är deltagandet i kvalitetsregistren Senior Alert, BPSD (demensregister) och Palliativregistret. Palliativregistret gäller alla enheter, likaså Senior Alert. BPSD gäller enbart Vistegården.

Social verksamhet har kompetensutvecklat personal genom kvalitetssäkrade webbutbildningar i ämnen om säker läkemedelshantering, delegeringar och palliativ vård på basnivå.

Arbetet med BPSD är implementerad och används fullt ut på Vistegården. Statistiken för 2016 visar på att NPI för Grästorp var 16. Det ligger under riksnittet som är 22. Ju lägre poäng desto mindre symtom på beteendestörningar. Andelen som har olämpliga läkemedel var 20 % (riket 38 %) vilket är en minskning från föregående år. Andelen som verkar vara smärtfria var 85 % (riket 71 %) och det är en ökning från föregående år. Personer som har bemötandeplan var 87 % (riket 87 %) och är en minskning från föregående år. Andelen personer som har fått läkemedelsöversyn är 93 % (riket 86 %) och är en minskning från föregående år.

Under året har det genomförts en egen mätning i nio ärenden som har insatsen personlig assistans enligt med kommunen som assistansanordnare. Brukarundersökningen visar på att brukarna i stort sett är mycket nöjda med Grästorps kommun som assistansanordnare och har en känsla av trygghet med de insatser som ges. Bemötandet är mycket gott med brukarnas behov är i fokus. Ingen av de intervjuade upplevde att personal gör något som brukaren själv kan göra. Någon uttryckte att *"personalen har blivit mer uppmärksamma på detta senaste åren"* vilket är positivt med tanke på kommunens arbete med värdskap.

Utvecklingsområden att arbeta vidare med är att öka brukarens eller i förekommande fall godmans delaktighet och inflytande i arbetet med genomförandeplanerna samt möjligheten för personal att delge varandra erfarenheter kring arbetssätt runt brukaren som ökar kvaliteten.

Undersökningen "Vad tycker de äldre om äldreomsorgen" 2016 visar att kundnöjdheten har förbättrats avsevärt jämfört med tidigare år i hemtjänsten. 97 % upplever att de får ett bra bemötande från personalen och känner förtroende för personalen. Även särskilt boende har hög kundnöjdhet där det gemensamma värdet för Grästorps kommun är 90 % och värdet för respektive boende är Vistegården 95 % samt Hallers väg 75 %

Införande av välfärdsteknologi har under 2016 gjorts med digitala trygghetslarm inom hemtjänst och införande av digitala signeringslistor inom hela social verksamhet för läkemedel och hälso- och sjukvårdsinsatser. På Vistegården har man ansökt och fått medel till digital upplevelsecykel, jDome BikeAround. jDome® erbjuder virtuella miljöupplevelser som kan stimulera och motivera användare att träna hjärta och hjärna på ett tryggt och säkert sätt, utan att ens tänka på att de faktiskt tränar. Målet är att bidra till ökad kvalitet i verksamheten både för användaren och personalen.

HSL-enheten har satsat på förebyggande arbete inom rehabilitering, vilket visar sig i minskning av frakturer med 30 %. Dagvårdsverksamhet har fått inriktning rehabilitering med fysioterapeut som utfört bedömningar och tagit fram individuella träningsprogram men även hållit gruppträningar. Verksamheten har förstärkts med en rehab assistent. Teamarbete har genomförts inom alla enheter. Satsningar har gjorts på fler hembesök för att säkra bostaden och förhindra olyckor.

Boende ensamkommande 2016

Under året 2016 har enheten ensamkommande barn och ungdomar drivit 3 HVB-boende med sammanlagt 36 barn och ungdomar.

Inspektionen för vård och omsorg har gjort 2 anmälda tillsynsbesök där barn och ungdomar, personal och chef blivit intervjuade. Fokus har varit barnen och ungdomarnas säkerhet och trygghet på boendet. IVO har bedömt att boendena håller den kvalitet som förväntas på HVB-boende ensamkommande. Den kritik som framkommer vid inspektion är att det saknas några registerutdrag ur polisens misstanke och belastningsregister.

Miljö och hälsa har utfört ett tillsynsbesök på samtliga HVB-boende under 2016. Tillsynsbesöket syftade till att kontrollera verksamhetens förmåga att driva ett funktionellt boende och där styra undan olägenhet för människors hälsa. Fokus på tillsynen låg på verksamhetens egenkontroll och främst på verksamhetens rutiner gällande ventilation, underhåll och materialval, städning och tvätt samt hygien och smittskydd. Miljö och hälsa anser att boendena HVB har en genomgående bra egenkontroll som fungerar.

3 Övergripande mål

Nämndens mål för 2016 var:

- invånare och kunder ska vara nöjda
- det förebyggande hälsoarbetet prioriteras och genomsyrar all verksamhet
- förbättra barn och ungas uppväxtvillkor i kommunen
- en attraktiv kommun och ökat bostadsbyggande
- kvalitetssäkring utifrån insats och patientsäkerhet.
- utveckla hälsoperspektivet för äldre

Social verksamhets gemensamma aktiviteter utifrån målen:

- implementera kvalitetsledningssystem enligt HSL, SoL, LSS, LVU, LVM.
- införa ÄBIC (Äldres behov i centrum).
- kvalitetsförbättrande arbete.
- följa upp och arbeta vidare med resultaten kring kundnöjdhet i brukarundersökningar.
- arbeta med värdskap.
- förebyggande aktiviteter till äldre.
- planera för ett seniorcenter
- satsa på utveckling av välfärdsteknologi.
- planera för en familjecentral.
- utveckla boende för ensamkommande flyktingbarn.
- ombyggnation Åsevi
- hitta lämpliga bostäder för nyanlända.
- enkät till alla nyanställda.
- utveckla samverkan med högskolan.
- utveckla samverkan med arbetsförmedlingen.
- tid för reflektion.

Varje enskild enhet inom Social verksamhet har egna aktiviteter utifrån nämndens mål och de finns att läsa i verksamhetsplanen under målarbete.

4 Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet

Ansvar för patientsäkerhetsarbetet har ytterst Kommunstyrelsen.

Socialchef har:

- det övergripande ansvaret för att planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten i enlighet med ledningssystemet.
- att fastställa vilka särskilda insatser och aktiviteter verksamheten ska arbeta med för att uppnå de politiska målen.

Verksamhetschef HSL ansvarar för:

- rutiner för det systematiska kvalitetsarbetet
- mål och måluppfyllelse
- uppföljning och analys av verksamheten
- ständiga förbättringsåtgärder
- informationssystem
- organisation och ansvarsfördelning
- lokaler, personal, utrustning (Medicintekniska Produkter), system
- löpande rapport till politikerna om förbättringsarbete

Medicinskt ansvarig sjuksköterska ansvarar för att:

- säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet
- journaler förs enligt patientdatalagen
- vård som läkare förordnat verkställs
- läkemedelshanteringen är väl fungerande
- kontakt med läkare eller annan hälso- och sjukvårdspersonal tas när patientens tillstånd kräver det
- säkra delegeringar av ansvar
- anmälningar görs till vårdgivare

Enhetschef ansvarar för:

- leda och utveckla verksamheten mot politiskt uppsatta mål
- budget och personal
- analysera och hantera; risker, avvikelser, förslag, synpunkter och klagomål
- verkställa rutiner/riktlinjer/beslut
- skapa utrymme för lokalt förbättringsarbete
- kompetensutveckla personal och team
- samarbete med team, arbetsgrupper och leg personal
- rapportera till verksamhetschef om utveckling och förbättringar

Hälso- och sjukvårdspersonal är enligt patientsäkerhetslagen (2010:659) skyldig att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls. Personalen ska i detta syfte till vårdgivaren rapportera risker för vårdskador samt händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada.

Legitimerad personal ansvarar för:

- framtagning, utprovning samt vidareutveckling av rutiner och metoder
- risk- och avvikelshantering
- uppföljning av mål och resultat

1:e socialsekreterare ansvarar för:

- övergripande ärendefördelning
- ärendehandledning till socialsekreterare/behandlare inom myndighetsenheten
- prioritering i och mellan ärenden, samt att i samarbete med myndighetschef planera och leda gruppens arbete och behov av kompetensutveckling.

Socialsekreterare ansvarar för:

- att inleda utredning enligt 11 kap 1 § SoL och att inte inleda utredning enligt 11 kap 1 § SoL gällande vuxna, barn och unga.
- att utreda och överlämna beslut till verkställigheten och att följa upp beviljad insats.

Baspersonal ansvarar för:

- att utföra och verkställa beslutade insatser
- att upprätta genomförandeplan utifrån beslutade insatser tillsammans med den enskilde
- att följa rutiner/riktlinjer/beslut
- att samarbeta med team, arbetsgrupper.
- att delta i det systematiska kvalitetsarbetet.
- att rapportera brister, missförhållanden, synpunkter och klagomål

5 Struktur för uppföljning och utvärdering

I enlighet med krav i Socialstyrelsens föreskrift SOSFS 2011:9 ska kommunen säkerställa kvaliteten och säkerheten i verksamheten genom ett systematiskt och fortlöpande kvalitetsarbete. Kraven i föreskriften gäller all vår verksamhet reglerad i bl.a. Socialtjänstlag, Lagen om stöd och service, Patientsäkerhetslagen samt Hälso- och sjukvårdslag m.fl. Den gäller alla våra insatser till funktionsnedsatta, äldre individer samt individer och familjer i behov av socialt stöd i deras livsföring.

Styrmodellen och kvalitetsledningssystemet finns i IT-verktyget Stratsys. Styrmodellen är tydligt kopplat till de politiskt uppsatta målen. I kvalitetsledningssystemet finns en struktur som bygger på processer, riskbedömningar och en egenkontrollplan.

Kvalitetsledningssystemet har fokus på ansvar, roller och delaktighet och syftet är att alla ska vara delaktiga i patientsäkerhetsarbetet runt vårdtagare.

Systemet ska underlätta insamling av data till den årliga patientsäkerhetsberättelsen och att den ska vara ett verktyg för kommunstyrelsen inför kommande års beslut av mål för hälso- och sjukvård och sociala insatser.

Vårt kvalitetsledningssystem ska bidra till ökad effektivitet, säkerhet och kvalitet genom:

- tydlig kvalitetsstyrning och systematisk egenkontroll av processer och följsamhet mot nationella riktlinjer, författningar, lagar och kommunala riktlinjer.
- kvalitetssäkrade processer och flöden i verksamheten vilket underlättar för medarbetarna att bedriva ett likvärdigt och kvalitetssäkrat arbete gentemot brukare/kund.
- tydlig ansvarsfördelning där det framgår vem som ansvarar och leder förbättringsarbetet i verksamheten, definiera roller och funktioner viktiga för kvalitetsarbete.
- definiera och kvalitetssäkra verksamhetens samverkan med andra verksamheter såväl intern som externt med andra myndigheter/organisationer.
- delaktighet för såväl medarbetare som kunder i det löpande och systematiska förbättringsarbetet på enheten genom lokalt förankrat kvalitetsarbete där det löpande identifieras risker, kvalitetsbrister, klagomål och synpunkter/förslag som åtgärdas och utvecklas.
- dokumenterat förbättringsarbete som ska skapa ett lokalt erfarenhetsutbyte men också bidra till att vår organisation blir en lärande organisation där förbättringsarbeten sprids inom enheter/verksamheter/organisationen

6 Samverkan för att erbjuda god vård och omsorg med kvalitet

Process	Samverkansmöjlighet
Internkontroll	Arbetet sker i sociala utskottet som kan kalla ansvariga enhetschefer för att diskutera resultatet av egenkontroller på respektive enhet.
Skapa budget	Samverkan sker med ekonomichef, verksamhetschef, enhetschefer och politiken.
Myndighetsutövning barn och unga	Runt barn finns många olika samverkansaktörer. Inom kommunen är det socialsekreterare tillsammans med utförare/verkställare som samverkar. Externa aktörer kan vara MVC, BVC skola, BUP, hälso- och sjukvård, Barnhuset i Skövde till polis/åklagare inom rättsväsendet.
Myndighetsutövning vuxna	Samverkan kring enskild kan se olika ut. Inom kommunen är det myndighet tillsammans med utförare/verkställare som samverkar. Några av de externa aktörerna är försäkringskassan, arbetsförmedling/AME, hälso- och sjukvård, psykiatri, kriminalvård och polis.
Inskrivning i kommunal hälso- och sjukvård	Samverkar med sjukhus, primärvård och socialtjänst.
Delegera hälso- och sjukvårds uppgifter	Samverkan sker i MAS-nätverket i Skaraborg genom framtagande av dokument vars innehåll beskriver vilka hälso- och sjukvårdsuppgifter som utförs i den kommunala vården samt processer vid beslut om utförandet av yrkesspecifika arbetsuppgifter. Syftet är att tydliggöra arbetsuppgifter och ansvar, skapa samsyn och bidra till en god och säker vård i den kommunala hälso- och sjukvården.
Hantera läkemedel	Samverkan sker med ansvarig läkare på sjukhus och i primärvård.
Förskriva medicintekniska produkter	Samverkan sker med Hjälpmedelscentrum i Skövde (HMC). Avtal med SAPS(företag som erbjuder helhetsservice och finansieringslösningar för medicinteknisk utrustning åt vårdbedrivande verksamheter i offentlig eller privat regi.) angående årliga kontroller och service av sängar och lyftar.
Kvalitetssäkra egen medicintekniska produkter	Samverkan sker med medicintekniska avdelningen på SkaS Skövde.
Bostad med särskild service	Myndighetsenheten, socialsekreterare Kommunala politiker, sociala utskottet Privata fastighetsägare Brukare, anhöriga, gode män
Daglig verksamhet	Myndighetsenheten, socialsekreterare Kommunala politiker, sociala utskottet Kommunala arbetsplatser/enhetschefer Lokala näringsidkare/företagare Brukare, anhöriga, gode män
Avlösarservice i hemmet	Myndighetsenheten, socialsekreterare Personalenhet Brukare, anhöriga, gode män
Uppstart av kortvistelse	Myndighetsenheten, socialsekreterare, kommunala politiker, sociala utskottet, försäkringskassan, föräldrar, barnhabilitering, primärvård.

Process	Samverkansmöjlighet
Personlig assistans	Myndighetsenheten, socialsekreterare, kommunala politiker, sociala utskottet, Handläggare Försäkringskassan, privata assistansanordnare, brukare, anhöriga, gode män
Ledsagning	Myndighetsenheten, socialsekreterare, kommunala politiker, sociala utskottet, personal och löneenhet, brukare, anhöriga, gode män
Inflyttning på Vistegården	Samverkar med myndighetsenheten och HSL. Samverkan med tekniska kring mat. Trygga hem är ansvarig för fastigheterna.
Hallers väg 20 vård och omsorgsboende	Samverkan sker med myndighetsenheten och HSL-enheten. Samverkan med kostenheten. Trygga hem är ansvariga för fastigheterna.
Korttidsvård på Passagen	Kontinuerlig samverkan med HSL personal och socialsekreterare.
Daglig sysselsättning	Myndighetsenheten, socialsekreterare Kommunala politiker, sociala utskottet Kommunala arbetsplatser/enhetschefer Lokala näringsidkare/företagare Arbetsmarknadsenheten, Sociala arbetskooperativ (Lärkan) Brukare, anhöriga, gode män
Hemtjänst	Samverkan sker med myndighet, socialsekreterare, och i hälso- och sjukvårdsfrågor med legitimerade sjuksköterskor, sjukgymnaster/fysioterapeuter och arbetsterapeuter genom teamträffar.
Trygghetslarm	Samverkan sker internt mellan myndighet och verkställighet, med avgiftshantering och upphandlingsenhet och med teknisk verksamhet och IT-enhet.
HVB ensamkommande barn och ungdom	Samverkan sker med Migrationsverket, Länsstyrelsen, myndighetsenheten, integrationssamordnare, skolan, VC och gode män.
Dagverksamhet med inriktning rehabilitering	Samverkan sker med myndighetsenheten om beslut.
Genomföra samordnad vårdplanering	Samverkan sker med sjukhus och primärvård genom kallelse i systemet KLARA SVPL(Samordnad vårdplanering). Detta är ett system som utvecklats på basis av lagar och Socialstyrelsens föreskrifter kring patienter som har kommunala insatser. En gemensam rutin har framtagits för hela regionen och alla 49 kommunerna. KLARA SVPL stödjer den rutinen och använder en terminologi och informationsstruktur som framtagits utifrån nationella underlag. Med ett utbyggt IT-stöd kan detta arbete förenklas och samtidigt bidra till att öka den medicinska säkerheten.
Samverkan Kommun Primärvård	Samverkan sker mellan verksamhetschef Capio, socialchef/verksamhetschef HSL, MAS/MAR och enhetschef HSL 4 gånger/år enligt handlingsplan och avtal läkarmedverkan.
Samverkan inom Psykiatri Trepert Skaraborg	Samverkar med regionen genom Psykiatriska öppenvårdsmottagningen i Lidköping och Vara och Beroendeenheten i Falköping och Primärvården Capio Vårdcentral. Kommunen representeras av chef, MAS, socialsekreterare och psykiatrisjuksköterska från Social verksamhet.

Process	Samverkansmöjlighet
Gemensam Socialjour Skövde	Socialjouren är gemensam för kommunerna Essunga, Falköping, Grästorp, Gullspång, Götene, Hjo, Karlsborg, Lidköping, Mariestad, Skara, Skövde, Tibro, Tidaholm, Töreboda och Vara.
Hantera avvikelse	Samverkan sker internt med Medicinskt ansvarig sköterska, ansvarig för SoL-avvikelser och berörda enhetschefer.
Klagomål- och synpunktshantering	Samverkan sker med alla medborgare i Grästorp och mellan interna verksamheter. Kommunens samordnare fördelar inkomna synpunkter och klagomål som kommer in via brev, mail eller hemsida till respektive verksamhet.
SKA-pärm (Systematiskt Kvalitets Arbete)	Personalenhet, fackliga organisationer, bemanning/lönepersonal
Dokumentation	Samverkan sker inom kommunen övergripande i en informationssäkerhetspolicy som håller på att tas fram. Social verksamhet har en vad gäller dess personal tills den kommunövergripande är färdig.
Förebygga smittspridning	Samverkar med Vårdhygien SkaS Skövde. Hygiensköterska är med på hygienombudsträffar 2 ggr/år och gör en hygienrund på alla verksamheter vart tredje år eller vid behov. Fungerar som ett stöd för medicinskt ansvarig sjuksköterska vid utbrott av gastroenterit (maginfluensa) eller andra frågeställningar kring smittskydd och hygien. Samverkar med extern utförare vad gäller kontroll av spol och diskdesinfektorer. Avtalet löper ett år i taget och gäller kontroll och service.
Hantera livsmedel	Samverkar med kostenheten och enheten för Miljö och Hälsa,
Grundutrustning på SÄBO, korttid och hemtjänst	Samverkan sker mellan enhetschef SÄBO, rehab och hjälpmedelscentralen i Skövde.
Informationssäkerhet	Samverkan sker internt med IT-strateg.
HSA-katalog	Samverkan sker med tjänsteidservice inom regionen. De utfärdar SITHSkort enligt särskild rutin.
Nationell Patient Översikt	Samverkan sker med Inera som förvaltar systemet NPÖ.
Rekrytering av semestervikarier	Personalenhet, IT internt och externt (Skövde), bemanningsenhet och SLG(ledningsgrupp social verksamhet),

7 Struktur för riskanalys

Genom egenkontroll och analys av avvikelser görs fortlöpande bedömningar om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamheten.

Ansvariga för detta är Verksamhetschef HSL, Medicinskt ansvarig sjuksköterska, Socialt ansvarig samordnare och enhetschef.

Handboken för patientsäkerhetsarbete "Riskanalys och Händelseanalys" utgiven av Socialstyrelsen används av medicinskt ansvarig sjuksköterska som arbetsmetod.

Handboken innehåller verktyg och vägledning för hur analysarbetet bör organiseras och genomföras.

Handböckerna i grundläggande patientsäkerhetsarbete "Säkrare vård och omsorg" och "Modell för risk- och händelseanalys" för individ och familjeomsorg utgiven av Sveriges Kommuner och Landsting används av enhetschef. Handboken ger en bild av riskerna i vården och omsorgen liksom de grundläggande metoderna och arbetssätten för att minska vårdskador. Handboken förespråkar genomgående förebyggande arbetssätt.

Inrapporterade avvikelser registreras och analyseras i systemverktyget Magna Cura.

Erfarenheterna återförs sedan till verksamheterna. Vid allvarigare händelser görs risk- och händelseanalyser. Patienter och anhöriga görs delaktiga i det arbetet.

8 Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

Avvikelser

Vård och omsorgspersonal är enligt patientsäkerhetslagen (2010:659) skyldig att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls. All personalen ska till vårdgivaren rapportera risker för vårdskador samt händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada.

Syftet med att rapportera inträffade avvikelser är att dra lärdom av vårdskadan eller den negativa händelsen och att med riskförebyggande insatser förhindra att samma typ av avvikelse inträffar igen. Avvikelserapporterna berör också SoL/LSS inte enbart HSL.

All personal rapporterar avvikelser enligt medicinskt ansvarig sjuksköterskas riktlinjer. Avvikelserna hanteras enligt rutin av enhetschef, Socialt ansvarig samordnare och Medicinskt ansvarig sjuksköterska.

Rutin för avvikelserapportering

Den som upptäcker en avvikelse ska omedelbart rapportera till tjänstgörande sjuksköterska eller annan legitimerad personal eller enhetschef som utan dröjsmål ska bedöma vilka åtgärder som ska vidtas, samt dokumentera dessa i patientens journal.

Den som upptäcker avvikelsen skriver avvikelserapport i Magna Cura. Avvikelsemodulen är uppdaterad så att alla (sjuksköterska, arbetsterapeut, sjukgymnast, baspersonal, socialsekreterare och chefer) kan dokumentera i systemet. Detta ska helst ske i samband med händelsen. Där noteras även att tjänstgörande sjuksköterska eller annan legitimerad personal eller enhetschef kontaktats om händelsen.

Tjänstgörande sjuksköterska, annan legitimerad personal eller enhetschef noterar i avvikelsemodulen Magna Cura sin bedömning och åtgärd.

Verksamhetschef ser till att medicinskt ansvarig sjuksköterska och/eller socialt ansvarig samordnare, utan dröjsmål kontaktas vid allvarliga avvikelser. Medicinskt ansvarig sjuksköterska och/eller socialt ansvarig samordnare gör bedömning om utredning och anmälan enligt Lex Maria/Lex Sarah ska göras.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska och socialt ansvarig samordnare har rutin för att fortlöpande analysera och åtgärda brister i verksamheten, samt årligen göra en sammanställning av föregående års avvikelser. Sammanställningen innehåller statistik, vidtagna åtgärder utifrån analys av avvikelser under perioden samt planering av det fortsatta patientsäkerhetsarbetet på enheten.

Uppföljning av följsamheten till avvikelserapportering.

Jämförelsestudie görs årligen i hälso- och sjukvård mellan Gullspång kommun (5200 inv.) och Grästorp (5 700 inv.).

9 Hantering av klagomål

9.1 Klagomål och synpunkter

Klagomål och synpunkter

Synpunkter och klagomål kan lämnas på kommunens hemsida, särskild blankett, brev eller personligt besök. Inkomna klagomål och synpunkter skickas vidare till berörd chef som besvarar och återkopplar till den som lämnat synpunkten om så önskas.

Inkomna klagomål som berör HSL-frågor från Patientnämnden och Socialstyrelsen utreds av medicinskt ansvarig sjuksköterska alternativt av verksamhetschefen HSL beroende av klagomålets art.

Under 2016 inkom 4 ärende till social verksamhet som har hanterats av berörd enhetschef. De är redovisade på Kommunstyrelsen enligt rutin.

9.2 Beskrivning av sammanställning och analys

Inkomna synpunkter och klagomål redovisas per tertial i systemverktyget Stratsys av utsedd person inom Social verksamhet. Analysen görs av respektive enhetschef där rapporten är hemmahörande. Synpunkten ska besvaras inom 14 dagar.

Inkomna och behandlade ärende redovisas för Sociala utskottet och på Kommunstyrelsens sammanträde två gånger per år, i april och oktober. Medicinskt ansvarig sjuksköterska och verksamhetschef HSL sammanställer Social verksamhets ärende och analyserar årligen inför presentation i patientsäkerhetsberättelsen.

9.3 Samverkan med patienter och närstående

Vid de tillfällen det har framkommit klagomål har medicinskt ansvarig sjuksköterska eller verksamhetschef HSL tagit kontakt via telefon och erbjudit möjlighet till besök. Det har uppskattats och alltid accepterats. Innan vidare kontakt med annan myndighet t.ex. patientnämnd eller annan utförare har patient och närstående rätt att se och tycka till om den skriftliga dokumentationen som skickas vidare. Återkoppling sker alltid efter svar från annan part.

10 Resultat

10.1 Uppföljning av genomförda egenkontroller












Egenkontroll	Kontrollmoment för Egenkontroll	Frekvens	Senaste kommentar
● Redovisning till Sociala utskottet av myndighetsutövning barn och unga	Dokumentation		Samtliga beslut om att inte inleda utredning avseende barn har redovisats till sociala utskottet.
● Avvikelse rapporter från verksamheten	Avvikelse rapport	Månadsvis	Avvikelse hanterade enligt framtagen rutin.
● Kontroll av inskrivna ärende i Hälso- och sjukvård i Magna Cura	Kontroll	2 ggr per år	Rutiner kring inskrivning i kommunal hälso- och sjukvård är uppdaterade och kända av berörd personal. Statistik lämnas två ggr/år till Socialstyrelsen.
● Kontroll av avvikelse rapporter i Magna Cura kopplade till delegeringsansvar	Avvikelse rapport från Magna Cura	Månadsvis	I samband med införande av digitala signeringslistor är delegeringarna kontrollerade av MAS och resultatet visade att rätt personal hade giltig och aktuell delegation inom hemtjänst och personlig assistans.
● Kontroll av läkemedelsavvikelse från Magna Cura	Avvikelse rapport från Magna Cura	Månadsvis	Läkemedelsavvikelse har minskat efter införande av digitala signeringslistor.
● Avvikelse medicintekniska produkter	Avvikelse rapport från Magna Cura	Månadsvis	Ingen rapport skickad till läkemedelsverket gällande medicintekniska hjälpmedel.
● Kontroll av att uppföljning av individuellt förskrivet hjälpmedel görs i tillräcklig omfattning	Dokumentation	2 ggr per år	Rehabitenheten har godkända rutiner för uppföljning av individuellt förskrivna hjälpmedel.
■ Kontroll av blodtrycksmanschetter	Kontroll	1 ggr per år	Blodtrycksmanschetter var inte kontrollerade enligt rutin.
● Planera uppföljningar av individuell plan LSS samt eventuellt nya behov av planer för brukare i behov av bostad med särskild service.	Planering	1 ggr per år	Individuell plan har upprättas i de ärenden som undertecknad har blivit kallad.
● Skyddsronde på Aktivitetscentrum Paletten (Daglig verksamhet)	Självskattning	4 ggr per år	Skyddsronde genomförts med arbetsplatsens skyddsombud Gill Hofling enligt plan vid några tillfällen under året. Årlig skyddsronde i Social verksamhet genomförd 2016-11-25
● Planera uppföljningar av individuell plan LSS samt eventuellt nya behov av planer för brukare i behov av daglig verksamhet.	Planering	1 ggr per år	Har inte varit någon kallelse till ny Individuell plan enligt LSS under 2016.

Egenkontroll	Kontrollmoment för Egenkontroll	Frekvens	Senaste kommentar
● Dialog med brukare och utförare samt kontroll av utförd tid via lönelistor	Inhämtning av synpunkter Kontroll	1 ggr per år	Just nu har vi ingen brukare med insatsen avlösarservice i hemmet.
● Följa upp genomförande plan	Granskning av journaler		Genomförandeplanerna följs upp var sjätte månad och vid behov.
● Kontroll av ASS-listor inom personlig assistans.	Kontroll	Månadsvis	Assistanstlistorna kontrolleras månadsvis gentemot lönespecifikationerna på personal så att ekonomi och redovisning synkar med varandra.
● Uppföljning av att alla hyresgäster erbjudits en genomförandeplan på Vistegården.	Granskning av journaler	2 ggr per år	Verksamheten uppnår målet. Arbetet sker enligt de aktiviteter som är satta.
■ Uppföljning av genomförandeplan på Hallers väg 20.	Inhämtning av synpunkter	1 mån efter inflyttning	Någon saknar helt plan och två är inte uppföljda.
● Skydds rond på Aktivitetscentrum Paletten (daglig sysselsättning)	Avvikelse rapport från Magna Cura Tillbudsrapportering		Arbetsmiljö rond har genomförts enligt planering 2016-11-17.
● Avvikelse på larm/söksystem i Magna Cura	Avvikelse rapport från Magna Cura	Månadsvis	Avvikelse hanteras av enhetschef och i samverkan med Tunstall (leverantör) sker händelseutredningar för att kvalitetssäkra buster. Sedan införande av digitala larm har ingen avvikelse kommit pga. missat larm eller avbrott.
● Att alla ensamkommande barn och unga har en aktuell genomförandeplan.	Akter	2 ggr per år	Inom verksamheten finns nu genomförandeplaner för samtliga ensamkommande ungdomar.
● Uppföljning av skickade och inkomna avvikelser SVPL	Avvikelse rapport SVPL	Månadsvis	5 avvikelser gällande vårdplaneringsprocessen har skickats till SkaS och 3 st. till NU-sjukvården. Ingen avvikelse har inkommit till kommunen från annan vårdgivare.
● Följsamhet till lokal rutin Samordnad vårdplanering i Grästorps.	Inhämtning av synpunkter		Myndighet och verkställare kvalitetssäkrar rutinerna och processer genom samsynsdagar med alla berörda.
● Uppföljning av handlingsplan samverkan kommun och primärvård Capio VC.	Jämförelser	1 ggr per år	Uppföljning utförd i samverkan under hösten.
● Årlig uppföljning av samverkan Trepert enligt protokoll.	Inhämtning av synpunkter Avvikelse rapport SVPL	1 ggr per år	Årlig uppföljning utförd av styrgrupp och handläggargrupp Trepert enligt protokoll.
● Uppföljning av rutin kring gemensam socialjour på APT	Kontroll	2 ggr per år	Regelbunden uppföljning av rutinen sker på APT.

Egenkontroll	Kontrollmoment för Egenkontroll	Frekvens	Senaste kommentar
● Uppföljning av inkomna avvikelserapport i Magna Cura enligt Lex Maria.	Avvikelse rapport från Magna Cura	Månadsvis	Analys och sammanställning av avvikelser sker enligt rutin.
● Uppföljning av inkomna avvikelserapporter enligt Lex Sarah.	Avvikelse rapport från Magna Cura	Månadsvis	Rapportering av alla inkomna avvikelserapporter sker månadsvis till Social utskottet av utvecklingschef tillsammans med MAS. Avvikelse som klassificeras med 3 el 4 utgör grund för Lex Sarah utredning. Två Lex Sarah utredningar har genomförts under 2016 varav en händelse anmäls till IVO.
● Uppföljning av sammanställning av inkomna synpunkter/klagomål och lämnade svar i social verksamhet.	Inhämtning av synpunkter	2 ggr per år	Under 2016 har det inkommit fyra synpunkter gällande social verksamhet via synpunktshanteringen. Ansvarig chef har besvarat synpunkten enligt rutin.
● Uppföljning av innehåll av generella rutiner i SKA-pärmarna	Kontroll	2 ggr per år	Genomgång har skett under året. Plan för att få hjälp med att lägga in rätt info i generella dokument enligt tidigare anteckning pågår.
● Uppföljning av innehåll av enhetsspecifika rutiner i SKA-pärmarna	Kontroll	1 ggr per år	Inom personlig assistans så är pappersformen av SKA-pärmarna under avveckling för att ersättas med digital form.
● Systematisk logguppföljning av dokumentation i Magna Cura.	Granskning av journaler	Månadsvis	Ingen avvikelse
■ Uppföljning av årets genomgång av genomförandeplaner i social verksamhet övergripande.	Dokumentation		Systemet för granskning av genomförandeplaner i social verksamhet har inte fungerat fullt ut under 2016. Under hösten gjordes en större genomlysning av totalt 30 planer. Utifrån denna bestämdes att under 2017 gå igenom varje enhets genomförandeplaner och hitta förbättringsområden för vidare kompetensutveckling.
■ Uppföljning av genomgång av verkställighetsjournaler i social verksamhet övergripande.	Dokumentation		Systemet för granskning av genomförandeplaner i social verksamhet har inte fungerat fullt ut under 2016. Under hösten gjordes en större genomlysning av totalt 30 planer. Utifrån denna bestämdes att under 2017 gå igenom varje enhets genomförandeplaner och hitta förbättringsområden för vidare kompetensutveckling.

Egenkontroll	Kontrollmoment för Egenkontroll	Frekvens	Senaste kommentar
■ Uppföljning av genomförd journalgranskning i hälso- och sjukvård.	Granskning av journaler	2 ggr per år	Enheten har inte kommit igång med strukturerad dokumentation enligt ICF. Finns förbättringsområden inom dokumentation. Vid införande av ny modul kommer det i samband med detta bli utbildning av all personal och en plan är framtagen för kollegial granskning i syfte att säkra bra dokumentation enligt rutin.
■ Självskattning av basala hygienrutiner	Självskattning	2 ggr per år	Självskattning av de som lämnat är godkända, men alla har inte genomfört självskattningen. MAS informerar enhetschefer om syfte med uppdraget.
■ Uppföljning av avvikelshantering vårdrelaterad infektion	Dokumentation	Månadsvis	En avvikelse på vårdrelaterade infektioner är inrapporterad, är ett förbättringsområde för 2017. Orsak är att man har fokus på att behandla symtom och att man inte ser nyttan med att rapportera.
● Extern hygienrund	Dokumentation Inhämtning av synpunkter	Var tredje år	Genomförd hygienrund visade på bra resultat. Enhetschef, sjuksköterska och hygienombud genomför den tillsammans med MAS enligt checklista. Åtgärder vidtas av MAS eller enhetschef om det finns brister.
● Kontroll av spol och diskdesinfektorer	Dokumentation Inhämtning av synpunkter	1 ggr per år	Extern kontroll utförd i november med gott resultat.
● Extern kontroll rengöring och städ av miljö och hälsa.	Kontroll	1 ggr per år	Vistegården: Miljö och hälsa har under året genomfört en kontroll. Inga anmärkningar. De åtgärder och rutiner som är framtagna är kända och används på rätt sätt.
● Kontroll av uppgifter i HSA-katalogen	Dokumentation	Månadsvis	Byte av gamla certifikat är utförd under november. HSA-katalog uppdaterad enligt rutin.
● Kontroll mot HOSP och befolkningsregister för legitimerad personal.	Kontroll	2 ggr per år	Inga anmärkning vid körning mot Socialstyrelsens register.
■ Loggning av HSA-administration	Kontroll	1 ggr per år	Aktiviteten kommer med när man loggar NPÖ, men verksamheten har ingen rutin för kontroll av HSA-ansvarig.
● Revison av att rutiner och policy följs vad gäller uppgifter i HSA-katalog.	Kontroll	1 ggr per år	Rutiner uppdaterade enligt befintlig policy. Ny HPTA kommer i januari, vilket innebär att rutiner och ny policy måste skrivas innan februaris utgång.
● Logg och spärrkontroll av Nationell Patientöversikt.	Loggning av nätverkssystem	Månadsvis	Bra och rätt användning av NPÖ.

10.2 Uppföljning av åtgärder

Åtgärd	Status	Typ av åtgärd	Senaste kommentar
 Visualisera verksamhetsplanering i en process.	Pågående	Förbättrande	Arbetet har inte påbörjats ännu, en dialog har förts av utvecklingschef och kvalitetssamordnare om genomförandet.
 Visualisera hur budgetprocessen sker i social verksamhet	Pågående	Förbättrande	Arbetet har gjorts i samverkan med economichef, ekonomiassistent och kvalitetssamordnare för social verksamhet.
 Ta fram process vad gäller omhändertagande enligt LVU	Pågående	Förebyggande	Arbetet påbörjades hösten 2016.
 Ta fram process vad gäller omhändertagande enligt LVM	Pågående	Förebyggande	Arbetet påbörjades hösten 2016
 Ta fram en processbeskrivning av läkemedelskedjan.	Avslutad	Förbättrande	Processen framtagen av legitimerad personal på APT-möten och utvecklingsdagar.
 Upprätthålla god kontakt med fastighetsägare	Pågående	Förebyggande	En kontinuerlig kontakt med fastighetsägarna i Grästorp upprätthålls av enhetschefer inom LSS
 Regelbunden information till kommunens politiker	Pågående	Förebyggande	Sker kontinuerligt vid behov på Sociala utskottet
 Visualisera processen och göra en riskanalys på korttidsvistelse barn och unga.	Pågående	Förebyggande	En visualisering av processen vid insatsen korttidsvistelse kommer att göras under 2017 av enhetschef och personal.
 Effektivare arbete med genomförandeplaner på Hallers väg 20	Avslutad	Förbättrande	Process är framtagen för att säkerställa att genomförandeplan upprättas vid inflyttning. Nu kvarstår att implementera processen och göra den till en daglig rutin i verksamheten.
 Ta fram process för utförande av genomförandeplan och implementering av hemtjänstprocess	Pågående	Förebyggande	Arbetet med att gå igenom alla genomförandeplaner på enheten gjordes under hösten 2016 och de flesta planer höll god kvalitet. Implementering av den skriftliga hemtjänstprocessen kommer att ske under våren 2017
 Se över rekryteringen av personal till HVB ensamkommande barn och ungdomar	Avslutad	Förbättrande	Det har varit svårt att rekrytera personal med adekvat utbildning under 2016. Under 2017 kommer verksamheten antagligen att avvecklas och därför är det svårt att rekrytera av den anledningen.

Åtgärd	Status	Typ av åtgärd	Senaste kommentar
✓ Ta fram en rutin för kontroll från belastningsregister vid nyanställning till barn och unga.	Avslutad	Avvikelse vid egenkontroll	Vid varje intervju som förmodas leda till någon form av anställning skickas belastnings- och misstankeregister in av enhetschef.
▶ Utveckla arbetet med aktuella rehab planer för inskrivna i dagverksamhet med inriktning rehab.	Pågående	Förbättrande	Alla inskrivna i dagverksamhet med inriktning rehab har en aktuell rehab plan och insatserna skrivs in i e-signeringslista.
! Inhämta processbeskrivning från Socialjour Skövde	Försenad	Förebyggande	Ansvariga för socialjouren i Skövde har inte levererat en processbeskrivning enligt överenskommelse. Verksamheten får ta fram en egen process för Grästorps socialsekreterare som beskriver rutiner och arbetssätt.
▶ Skapa en process för hanteringen av klagomål och synpunkter.	Pågående	Förbättrande	Rutiner framtagna på övergripande nivå i Grästorp men ansvariga har inte tagit fram en processkarta som visualiserar processen.
▶ Införa ICF i hälso- och sjukvårds-dokumentationen.	Pågående	Förbättrande	Införandet av gemensam informationsstruktur kom inte igång under 2016. Ny projektplan är framtagen och en arbetsgrupp är utsedd att driva arbetet för att införa det senast augusti 2017.
▶ Hygienombudsträff	Pågående	Förebyggande	Hygienombudsträff sker två gånger/år. Sjuksköterska från Vårdhygien Skövde deltar efter inbjudan av MAS. Mötets syfte är att utbilda och informera hygienombuden om aktuella ämnen.
✓ Ta fram en processbeskrivning hur grundutrustning hanteras.	Avslutad	Förebyggande	Aktiviteten var inte prioriterad.
▶ Ett övergripande arbete för informationssäkerhet inom Grästorps kommun behöver tas fram.	Pågående	Förbättrande	IT-strateg ser över handlingsplan på införande av informationssäkerhet i kommunens alla verksamheter.
▶ Upprätta ny HPT-mall HSA Admin	Pågående	Förbättrande	Ny organisation med Göliska som HSA-ansvariga ligger som förslag, detta innebär att de skriver ny HPTA. Om det inte blir antaget och beslutat skriver Grästorp en egen.

10.3 Noterade avvikelser under året

Avvikelse	Summa/Avvikelse	Senaste kommentar
Fallrapport	389	Fallrapporterna har ökat i antal. Antal frakturer har minskat med 30 % vilket förklaras av att enheten haft fokus på rehabilitering med ökad dagverksamhet, mycket god kompetens hos personalen och ett förebyggande arbete i verksamheten.
Läkemedelsrapport	140	Verksamheten har infört digitala signeringslistor vilket bidragit stort till minskade avvikelser. Införandet har inneburit att hela läkemedelskedjan har genomlyst och kvalitetssäkrats. Extern granskning av läkemedelshantering är genomförd på särskilt boende. Ingen patient har fått uppsöka annan vårdgivare eller kommit till skada i avvikelserna.
Dokumentation	5	Avvikelseerna är i stort lika många som föregående år och handlar om att personal inte signerat säromläggning och läkemedelslista.
Medicintekniska produkter	5	Kraftig minskning av avvikelserna. Mycket god kompetens och erfarenhet hos rehab-personal och att man varit fullt bemannade har haft stor betydelse för att trygga patient och brukare i hantering av hjälpmedel. Ingen avvikelse har skickats till läkemedelsverket för fel på hjälpmedel.
Informationsöverföring	7	Bristerna i informationsöverföringen har minskat och handlar oftast om att personer fått beslut om insats men att verkställande enheter inte informerats.
Omvårdnadshändelser	41	Omvårdnadsavvikelseerna ligger oförändrat sedan föregående år. I detta ingår avvikelser inom både HSL- och SoL-områdena. Dessa ligger till grund för ett av många förbättringsområden på enhetsnivå.
Bemötande	5	Avvikelser om bemötande har gällt både HSL och hot och våld-situationer varav två gällde samma händelse som resulterade i en Lex Sarah-anmälan till IVO.

Avvikelse	Summa/Avvikelse	Senaste kommentar
Rehabilitering	7	Avvikelseerna har minskat. En orsak är att träningar läggs in i e-signering vilket gör att de utförs i mycket högre utsträckning. Införande av rehab assistent har varit betydelsefullt för verksamheten.
Lex Maria	0	Inget ärende har lämnats till IVO.
Lex Sarah	2	Båda avvikelserna har utretts av SAS, Social ansvarig samordnare under året och en anmäldes vidare till IVO, inspektionen för vård och omsorg. IVO har bedömt att Social verksamhet fullgjort sin utredningsskyldighet i ärendet. Nämnden har vidtagit åtgärder för att utan dröjsmål avhjälpa eller undanröja missförhållandet.

Sociala utskottet får regelbundet skriftlig och muntlig redovisning av inkomna avvikelser från Medicinskt ansvarig sköterska (MAS) och Socialt ansvarig samordnare (SAS)

10.4 "Uppföljning av mått"

Mått
→ ● Insatser/beslut i nivå med rättspraxis. (Myndighetsenheten)
→ ● Andel hyresgäster som har aktuell genomförandeplan (Vistegården)
— ● Senior alert - antal registrerade av de erbjudna hyresgästerna som tackat JA. (Åsevi)
↗ ● Andel hyresgäster/gäster som har en aktuell genomförandeplan. (Åsevi)
— ◆ Nöjdhet rehabombudsutbildning. (HSL-enhet)
→ ● Nöjdhet förflyttningsutbildning introduktionsdagen. (HSL-enhet)
↗ ■ Svenska Palliativregistret Brytpunktssamtal (HSL-enhet)
— ■ Svenska Palliativregistret Utförd validering av smärtskattning (HSL-enhet)
↗ ◆ Antal godkända genomförandeplaner (intern uppföljning)
— ● Andel SoL-utredningar som genomförts med stöd av IBIC/ÄBIC
→ ● Erbjudna genomförandeplaner (Personlig assistans och service)
→ ■ Brukarråd/forum (Personlig assistans och service)
— ● Webbutbildning "jobba säkert med läkemedel" (Personlig assistans och service)
↘ ● Värde enligt Öppna jämförelser angående bemötande. (Vistegården)
→ ● Andel nöjda anhöriga 2016. (Åsevi)
→ ● Andel korttidsgäster som är mycket nöjd eller nöjd med sin vistelse (Intern enkät). (Åsevi)
— ● Andel nöjda hyresgäster med sitt boende. (Åsevi)
↗ ● Värde enligt öppna jämförelser när det gäller inflytande. (Vistegården)
→ ● Antal deltagare sammanlagt på de olika pass vi genomför halvårsvis. (HSL-enhet)

Enheternas uppföljning av respektive mått redovisas i årsredovisningen. Där ges förklaringar till resultatet för varje mått, dvs. om det är uppfyllt eller varför det i något fall inte ens finns ett resultat.

11 Övergripande mål för kommande år

Nämndens mål för 2017 är:

- invånare och kunder ska vara nöjda
- det förebyggande hälsoarbetet prioriteras och genomsyrar all verksamhet
- förbättra barn och ungas uppväxtvillkor i kommunen
- en attraktiv kommun och ökat bostadsbyggande
- kvalitetssäkring utifrån insats och patientsäkerhet.
- utveckla hälsoperspektivet för äldre

Social verksamhets gemensamma aktiviteter utifrån målen är:

- implementera kvalitetsledningssystem enligt HSL, SoL, LSS, LVU, LVM.
- implementera IBIC (individens Behov i Centrum).
- kvalitetsförbättrande arbete
- arbeta med värdskap.
- förebyggande aktiviteter till äldre.
- utforma ett seniorcentra enligt Grästorpsmodell.
- satsa på utveckling genom digitalisering.
- implementera arbetssättet kring en familjecentral.
- hitta lämpliga bostäder för nyanlända.

Varje enskild enhet inom Social verksamhet har egna aktiviteter utifrån nämndens mål och de finns att läsa i verksamhetsplanen under målarbete.