



Grästorps kommun

Social verksamhet

Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse 2017

Social verksamhet

Fastställd av kommunstyrelsen 2018-03-07, § 51

Innehållsförteckning

1	Läsanvisning	3
2	Sammanfattning	4
3	Övergripande mål	6
4	Organisatoriskt ansvar för kvalitets- och 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	11
8	Struktur för informationssäkerhet	12
9	Rapporteringskyldighet	13
10	Hantering av klagomål	14
10.1	Klagomål och synpunkter	14
10.2	Beskrivning av sammanställning och analys	14
10.3	Samverkan med patienter och närstående	14
11	Resultat	15
11.1	Uppföljning av genomförda egenkontroller	15
11.2	Uppföljning av åtgärder	19
11.3	Uppföljning avvikelser under året	20
11.4	Uppföljning av mått	21
11.5	Uppföljning av kvalitetsgarantier	23
12	Övergripande mål för kommande år	24

1 Läsanvisning

Första delen av rapporten beskriver hur Grästorps kommun arbetar med sitt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete. Under rubriken Resultat sammanställs och analyseras kommunens arbete under 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 185 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. Kommunen är assistansanordnare åt 9 brukare och det finns 26 individer med bostad med särskild service

Social verksamhet har kompetensutvecklat personal genom kvalitetssäkrade webbutbildningar i ämnen om säker läkemedelshantering, delegeringar och palliativ vård på basnivå och Psyk eBas. Under 2017 genomförde all personal utbildning kring hot och våld.

Resursteamet i Social verksamhet utökades 2016 med 2 personal kopplat mot LSS och med 4 personal 2017 (2 mot främst ÅO och 2 LSS). Detta har medfört en ökad kontinuitet i verksamheterna, främst inom LSS där några enheter inte har några andra vikarier.

Ingen utredningar har anmälts till Inspektionen för vård och omsorg enligt Lex Maria. Ingen utredning har anmälts till Inspektionen för vård och omsorg enligt Lex Sarah. Inga ärenden är registrerade hos Patientnämnden under 2017.

Synpunkter och klagomål utreds och hanteras enligt gällande rutiner. Det har inkommit tre 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.

Arbetet med BPSD är implementerad och används fullt ut på Vistegården. Statistiken för 2017 visar på att NPI för Grästorp var 17. Det ligger under riksnittet som är 22. Ju lägre poäng desto mindre symptom på beteendestörningar. Andelen som har olämpliga läkemedel var 23 % (riket 37 %) vilket är en liten ökning från föregående år. Andelen som verkar vara smärtfria var 85 % (riket 71 %) och ligger på samma nivå som föregående år. Personer som har bemötandeplan var 92 % (riket 88 %) och är en ökning från föregående år. Andelen personer som har fått läkemedelsöversyn är 100 % (riket 88 %) och är en ökning från föregående år.

Undersökningen "Vad tycker de äldre om äldreomsorgen" 2017 visar att kundnöjdheten har ytterligare förbättrats i hemtjänsten och är nu 92 %. Antalet personal som en vårdtagare träffar under 14 dagar har sjunkit till 16 vilket är en klar förbättring. Riksnittet är 15 personal. Även särskilt boende har hög kundnöjdhet där det gemensamma värdet för Grästorps kommun är 97 %.

2017 deltog Grästorp för första gången i den nationella brukarundersökningen för LSS, bostad med särskild service. Undersökningen omfattar även några lokala frågor då brukarnöjdheten mäts i frågan "hur känner du dig när du är hemma?" 10 av samtliga 14 svarande uppgav att de kände sig glada vilket motsvarar 71 %.

Införande av välfärdsteknologi i Social verksamhet har under 2017 gjorts med TENA Identifi, TripleA och mobilt GPS-larm. TENA Identifi är ett verktyg som används vid inkontinensutredningar och är ett steg mot ökad användning av välfärdsteknologi inom basal vård och omsorg. TripleA är en e-hälsolösning avsedd att användas i medicinskt syfte av vårdgivare och patienter för behandling av alkoholberoende. TripleA bygger på att man mäter alkohol i utandningsluften diskret och frekvent (flera gånger per dag), var som helst. Mobilt trygghetslarm med GPS funktion infördes som en valmöjlighet till digitalt trygghetslarm för personer med kognitiv svikt.

HSL-enheten har satsat på förebyggande arbete inom rehabilitering, vilket visar sig i

minskning av frakturer med 12,5 %. Dagvårdsverksamhet har fått inriktning rehabilitering med fysioterapeut som utfört bedömningar och tagit fram individuella träningsprogram men även hållit gruppträningar. Verksamheten har förstärkts med en rehabassistent. Teammöten har genomförts inom alla enheter. Satsningar har gjorts på fler hembesök för att säkra bostaden och förhindra olyckor.

Boende ensamkommande 2017

Under året 2017 har enheten ensamkommande barn och ungdomar avvecklat 2 av 3 HVB-boenden. Många av ungdomarna har fyllt 18 år eller blivit åldersupphöjda och fått avslag på asylansökan.

Inspektionen för vård och omsorg har gjort 3 anmälda och en oanmäld tillsyn 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 inspektionerna är att ungdomarna inte har egna rum och att personal på boendena inte har adekvat utbildning. Dock är detta svårt att åtgärda då lokalerna är utformade som de är. Det är också svårt att nyanställa personal med adekvat utbildning under pågående avveckling av kommunens HVB-boenden.

3 Övergripande mål

Nämndens mål för 2017 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

Verksamhets mål för 2017 var:

- Kvalitetssäkring utifrån insats och patientsäkerhet
- Utveckla hälsoperspektivet för äldre
- Alla medarbetare ska vara involverade i sin egen och verksamhetens utveckling

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 enheternas verksamhetsplaner.

4 Organisatoriskt ansvar för kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet

Ansvar för kvalitets- och 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.

Utvecklingschef har:

- en övergripande och strategisk funktion för kvalitetsstyrning och kvalitetskontroll inom socialtjänstens verksamhetsområde utifrån gällande lagar och föreskrifter, SoL, LSS, LVM, LVU.
- är sakkunnig inom socialtjänstens verksamhetsområde och har en stödjande funktion i organisationen.

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 (MedicinTekniskaProdukter), 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

Socialt ansvarig samordnare ansvarar för att:

- Säkra att processerna för bedömning, beslut, verkställighet och samverkan inom socialtjänsten är ändamålsenliga och väl fungerande.
- Säkra att den enskilde får sina behov prövade i en rättssäker myndighetsutövning.
- Säkra att den enskilde får insatser av god kvalitet som är individuellt utformade och utgår från den enskildes delaktighet och inflytande.
- Säkra att dokumentationen förs i den omfattning som föreskrivs i lag och föreskrift (SoL, LSS, LVM, LVU).
- Informera berörd nämnd/ledning i yrkesmässigt bedrivna enskilda verksamheter om rapporter kring missförhållanden eller risk för missförhållanden i verksamheten. Allvarliga missförhållanden eller risk för allvarliga missförhållanden ska anmälas till Inspektionen för vård och omsorg.

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

Legitimerad personal ansvarar för:

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

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

Samverkan sker på många sätt, både internt och externt. Den viktigaste samverkan sker med brukare/patient och deras anhöriga/närstående och gode män.

Intern samverkan mellan myndighetsenheten och utförarna, teknisk verksamhet, HR-enheten, AME och kostenheten. Samverkan med politiken är en annan viktig del.

Extern samverkan sker med andra vårdgivare som sjukhus och primärvård. MVC, BVC, skolan, Västbus och Trepert psykiatri är viktiga aktörer kring barn och unga samt psykiatri.

Social verksamhet samverkar också med andra myndigheter som Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen, Överförmyndarenheten och Migrationsverket.

Lokala näringsidkare och privata assistansanordnare är viktiga medaktörer.

I Kvalitetsledningssystemet beskrivs samverkan i varje process mer detaljerat.

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 Struktur för informationssäkerhet

Ett gemensamt projekt avseende informationssäkerhetsarbete inom samarbetskommunerna V6 (Lidköping, Skara, Vara, Götene; Essunga och Grästorp) har påbörjats under 2017. Projektet skall leverera dokumentation i form av policys och riktlinjer, metodstöd, förslag på mottagande roller och organisation inom kommunerna. Projektet skall också leverera informationsklassning samt förutsättningar för efterlevnad av nya Dataskyddsförordningen (GDPR) som träder i kraft 2018-05-25.

Social verksamhet har gått igenom alla register och system som hanterar personuppgifter och PuL anmält dessa enligt rutiner från PuL-ansvarig i Grästorp. Arbetet pågår med att skriva avtal om personuppgiftsbiträde i förekommande fall.

Loggningar i Magna Cura sker enligt upprättad rutin. All personal loggas enligt ett schema, resultat redovisas i egenkontroller.

Under 2017 har hälso- och sjukvårdsenheten infört ICF som är en struktur och terminologi för ett ändamålsenligt vård- och omsorgsdokumentation. En process för kollegial granskning är under framtagande. Syftet är att strukturera granska journaler och att ta fram relevant utbildningsmaterial för all legitimerad personal.

Individens behov i centrum, IBIC, som bygger på ICF är ett behovsinriktat och systematiskt arbetsätt har börjat att införas vid utredning av insatser enligt SoL inom särskilt boende, hemtjänst och korttidsplats. Under 2017 har social verksamhet fokuserat på att alla brukare ska ha en aktuell genomförandeplan. 2018 kommer arbete fortsätta kring att granska genomförandeplanerna för att öka kvaliteten.

9 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. Det samma gäller rapportering av missförhållanden (SOSFS 2011:5) Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om lex Sarah.

Syftet med att rapportera inträffade avvikelser är att dra lärdom av vårdskadan/missförhållandet 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 rutin. 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.

Enhetschef ansvarar för 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.

10 Hantering av klagomål

10.1 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.

Den 1 januari 2018 trädde nya bestämmelser för hantering av klagomål och synpunkter i vården i kraft. Förändringarna innebär i korthet att en patient som varit i kontakt med vården och som inte är nöjd i första hand ska kontakta den verksamhet som ansvarat för vården. Social verksamhet har anpassat informationen på hemsidan enligt de nya bestämmelserna och MAS/SAS kommer att hantera inkommande ärenden.

10.2 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.

Under 2017 inkom 3 ärende till social verksamhet som har hanterats av berörd enhetschef. De är redovisade på Kommunstyrelsen enligt rutin.

10.3 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.

11 Resultat

11.1 Uppföljning av genomförda egenkontroller

Egenkontroll	Kontrollmoment för Egenkontroll	Frekvens	Kommentar
● Uppföljning av arbetet med verksamhetsplaner	Dokumentation	1 ggr per år	Följer uppgjord planering med stöd från Utvecklingschef till enhetschef och därefter kommer uppföljning av verksamhetschef/enhetschef/utvecklingschef kring respektive planer.
● Redovisning till budgetberedning	Kontroll	1 ggr per år	Enheterna har tagit fram egna underlag och konsekvensbeskrivningar vilket processats gruppvis. Ett samlat budgetförslag för Social verksamhet har därefter tagits fram och budget för 2018 har fastställts av KF i november månad
● Uppföljning av egenkontroller i kvalitetsledningssystemet	Kontroll	1 ggr per år	MAS och SAS går igenom befintliga egenkontroller 2018-02-05 med resp. chef. För de processer där egenkontroll saknas skapas åtgärden "ta fram egenkontroll."
● Redovisning av internkontrollplan till SU	Systematisk kvalitetsgranskning	Enligt beslutad plan SU	Redovisning skall ske på SU i februari månad 2018.
● Redovisning till Sociala utskottet av myndighetsutövning barn och unga	Delegation	1 ggr per år	Samtliga beslut att inte inleda utredning har redovisats till SU:
● Avvikelse rapporter från verksamheten	Avvikelse rapport	Månadsvis	Inga avvikelser rapporterade i januari.
● Genomgång att egenkontroll skett enligt Socialstyrelsens handbok	Granskning av journaler	1 ggr per år	Uppföljning har skett med 1:e socialsekreterare och familjehemssekreterare, ingen granskning av journaler denna gång. Grästorp har f.n. 6 barn i familjehem. Socialsekreterare har kontakt minst var 3:e månad med barnet/familjehemmet. Det har varit kontinuitet så att ett barn haft samma socialsekreterare över tid (EKB undantaget, där det kan ha varit två pga. sjukfrånvaro). Inga synpunkter/klagomål har inkommit via kommunens synpunktshantering. Orsak till avslut av familjehemsplaceringar har varit ändrade behov alternativt åldersupphöjda ungdomar EKB.
● Inskrivna i kommunal hälso- och sjukvård.	Kontroll		Rätt vårdtagare är inskrivna i kommunal hälso- och sjukvård enligt regionalt avtal om ansvarsfråga.
● Kontroll av avvikelse rapporter i Magna Cura kopplade till delegeringsansvar	Avvikelse rapport från Magna Cura	Månadsvis	Alla som tar emot en delegeringar har genomgått en webbutbildning om "säker läkemedelshantering". Införande av digitala signeringslistor har bidragit till en säker läkemedelsöverlämning. Inga delegationer har dragits tillbaka under 2017.
● Kontroll av läkemedelsavvikelser från Magna Cura	Avvikelse rapport från Magna Cura	Månadsvis	Läkemedelsavvikelserna har minskat under 2017. En framgångsfaktor är införande av digitala signeringslistor.

Egenkontroll	Kontrollmoment för Egenkontroll	Frekvens	Kommentar
● Avvikelser medicintekniska produkter	Avvikelse rapport från Magna Cura	Månadsvis	En avvikelse är anmäld till läkemedelsverket och IVO angående en duschstol.
● Kontroll av att uppföljning av individuellt förskrivet hjälpmedel görs i tillräcklig omfattning	Dokumentation	2 ggr per år	Uppföljning av förskrivet hjälpmedel görs enligt rutin.
● Kontroll av blodtrycksmanschetter	Kontroll	1 ggr per år	Blodtrycksmanschetter kontrollerade enligt rutin.
● Skyddsronnd på Kompassen (daglig sysselsättning)	Avvikelse rapport från Magna Cura Tillbudsrapportering		Arbetsmiljöronnd har genomförts enligt planering 2017-11-16.
● Att alla ensamkommande barn och unga har en aktuell genomförandeplan.	Akter	3 ggr per år	Inom verksamheten finns nu genomförandeplaner för samtliga ensamkommande ungdomar.
■ 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	Rutinen har inte följts under året pga. personalförändringar
● Skyddsronnd på Aktivitetscentrum Paletten (Daglig verksamhet)	Självskattning	4 ggr per år	Skyddsronnd genomförts via samtal/möten med arbetsplatsens skyddsombud Gill Hofling enligt plan vid några tillfällen under året. Årlig skyddsronnd i Social verksamhet genomförd 2017-11-16
■ Planera uppföljningar av individuell plan LSS samt eventuellt nya behov av planer för brukare i behov av daglig verksamhet.	Planering	1 ggr per år	Rutinen har inte följts pga. personalförändringar
● Följa upp genomförandeplan	Granskning av journaler		Genomförandeplanerna är uppföljda och aktuella.
● Kontroll av ASS-listor inom personlig assistans.	Kontroll	Månadsvis	Assistanslistorna kontrolleras månadsvis gentemot lönespecifikationerna på personal så att ekonomi och redovisning synkar med varandra.
● 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.
● Uppföljning av SMP för trygghetslarm	Loggning av nätverkssystem	Veckovis	Trygghetslarmen har fungerat under hela perioden och följs i Tunstalls webbaserade system som kallas för SMP dagligen av larmansvarig.
● Uppföljning av larmrapporter gällande	Larmrapport	Månadsvis	Varje månad skickas larmrapporter till enheten från Tunstall i Örebro som handlar om hur många larm och vilka larmorsaker som inkommit till Örebro under senaste

Egenkontroll	Kontrollmoment för Egenkontroll	Frekvens	Kommentar
trygghetslarm från Tunstall			månaden. Inga avvikelser har förekommit.
● Uppföljning av korttidsvistelsen	Självskattning	Veckovis	100 % var nöjda med korttidsvistelsen enligt enkät
● Uppföljning av att alla hyresgäster erbjudits en genomförandeplan på Vistegården.	Granskning av journaler	2 ggr per år	Alla har en genomförandeplan
● Gästerna ska ha en individuell rehabplan.	Kontroll	2 ggr per år	Alla har en individuell rehabplan
● Uppföljning av genomförandeplan på Hallers väg 20.	Inhämtning av synpunkter	1 mån efter inflyttning	Alla har godkänd genomförandeplan
● Uppföljning av skickade och inkomna avvikelser SVPL	Avvikelse rapport SVPL	Månadsvis	NPÖ används av alla legitimerade i vårdrelationer där information behöver bytas mellan vårdgivare. Loggar visar på ett korrekt användande.
● 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 trepart enligt protokoll.
● Uppföljning av rutin kring gemensam socialjour på APT	Kontroll	2 ggr per år	Regelbunden uppföljning av rutinen sker på APT.
● Systematisk logguppföljning av dokumentation i Magna Cura.	Granskning av journaler	Månadsvis	Ingen avvikelse att rapportera.
● Uppföljning av årets genomgång av genomförandeplaner i social verksamhet övergripande.	Dokumentation		Ingen granskning har skett 2017 enligt tidigare mallar och granskning i dokumentationshandledargruppen. Fokus har legat på att följa upp att det finns genomförandeplaner för alla brukare och 18 dec konstaterades på SLG att detta mål hade nåtts.
■ Uppföljning av genomgång av verkställighetsjournaler i social verksamhet övergripande.	Dokumentation		Ingen granskning enligt tidigare mall har genomförts under 2017. Fokus har legat på att ha genomförandeplaner i alla ärenden.
● Uppföljning av genomförd journalgranskning i hälso- och sjukvård.	Granskning av journaler	2 ggr per år	Arbetet med införande av dokumentation enligt ICF är klart sedan hösten 2017. Projekt påbörjat för att införa kollegial granskning under våren 2018. Ingen strukturerad granskning är gjord under hösten av MAS men alla legitimerade har

Egenkontroll	Kontrollmoment för Egenkontroll	Frekvens	Kommentar
			fått utbildning kontinuerligt 2017 på APT.
● Logg och spärrkontroll av Nationell Patientöversikt.	Loggning av nätverkssystem	4 ggr per år	Bra och rätt användning av NPÖ.
● Uppföljning av sammanställning av inkomna synpunkter/klagomål och lämnade svar i social verksamhet.	Inhämtning av synpunkter	2 ggr per år	3 st har inkommit under året. Vi följer rutinen och ärenden har redovisats enligt plan till SU.
● Självskattning av basala hygienrutiner	Självskattning	2 ggr per år	De enheter som utfört självskattning är godkända. Enhetschef ansvarar för att det finns tid på APT för hygienombud att genomföra aktiviteten.
■ Uppföljning av avvikelshantering vårdrelaterad infektion	Dokumentation	Månadsvis	Inga avvikelser på vårdrelaterade infektioner är rapporterade under 2017, detta är ett förbättringsområde för 2018. Orsak är att man har fokus på att behandla symtom och att man inte ser nyttan med att rapportera infektioner som är vårdrelaterade. För att se hur stort mörkertalet är kommer månadsstatistik att följas på SÄBO under 2018.
● Hygienrond enligt checklista	Dokumentation Inhämtning av synpunkter	1 ggr per år	Hygienrond genomförs vart annat år, nästa är planerad till våren 2018.
● Kontroll av spol och diskdesinfektorer	Dokumentation Inhämtning av synpunkter	1 ggr per år	Extern kontroll utförd i november med godkänt resultat.
● Uppföljning av inkomna avvikelserrapport i Magna Cura enligt Lex Maria.	Avvikelse rapport från Magna Cura	Månadsvis	Ingen anmälan om vårdskada är gjord till IVO.
● Uppföljning av inkomna avvikelserapporter enligt Lex Sarah.	Avvikelse rapport från Magna Cura	Månadsvis	SAS går regelbundet igenom samtliga avvikelser och påbörjar Lex Sarah-utredning direkt vid meddelande från anställd, enhetschef eller efter egen bedömning av rapporterad avvikelse. Under året har inga tveksamheter funnits om avvikelserna varit Lex Sarah eller inte. Inga avvikelser har Lex Sarah-anmälts till IVO under året.
● Extern kontroll rengöring och städ av miljö och hälsa.	Kontroll	1 ggr per år	Inga anmärkningar. De åtgärder och rutiner som är framtagna är kända och används på rätt sätt.
● Kontroll av uppgifter i HSA-katalogen	Dokumentation	4 ggr per år	Ny rutin framtagen för kontroll av uppgifter i HSA-katalog. Göliska AB har tagit över ansvaret, de skickar ut listor som ska kontrolleras och godkännas varje kvartal.
● Larmtest	Självskattning	4 ggr per år	Larmtest görs enligt aktuell rutin.
● Uppföljning av årlig brandskydds rond	Självskattning	4 ggr per år	Uppföljning sker vid årlig skydds rond. Åtgärder rapporteras kontinuerligt på VSG verksamhetens samverkans grupp.
■ Uppdatering av rutin	1 gång per år	1 ggr per år	Arbetet med att ta fram rutin kring brandskyddsarbetet för alla verksamheter

Egenkontroll	Kontrollmoment för Egenkontroll	Frekvens	Kommentar
			pågår men har inte presenterats ännu.

11.2 Uppföljning av åtgärder

Åtgärd	Status	Typ av åtgärd	Kommentar
🟢 Göra en riskanalys på processen om placering av ensamkommande barn och ungdom och identifiera egenkontroll som kvalitetssäkrar ärendehantering.	Pågående	Förebyggande	Arbetet pågår.
🟢 Göra en riskanalys på processen om myndighetsutövning vuxna och identifiera egenkontroll som kvalitetssäkrar ärendehantering.	Pågående	Förebyggande	Arbetet pågår.
🟢 Regelbunden utbildning och genomgång rutiner	Pågående	Förebyggande	Sker regelbundet på APT.
✅ Ta fram process vad gäller omhändertagande enligt LVM	Avslutad	Förebyggande	Process framtagen och implementerad på APT.
🟢 Upprätthålla god kontakt med fastighetsägare	Pågående	Förebyggande	Kontakt hålls med lokala fastighetsägare utifrån förhyrda lägenheter och vid behov av nya.
🟢 Regelbunden information till kommunens politiker	Pågående	Förebyggande	Dialog utifrån behov sker med SU samt vid planerade förändringar av verksamhet. Planering för "hemmaplanslösningar" i annan form än nyttjande av befintliga patser i gruppbostad pågår. Det frigör i sin tur platser i gruppbostad för behov enligt LSS.
🟢 Visualisera processen och göra en riskanalys på korttidsvistelse barn och unga.	Pågående	Förebyggande	En visualisering av processen vid insatsen korttidsvistelse kommer att göras under 2018 av enhetschef och personal.
🟢 Göra en riskanalys och identifiera egenkontroll som kvalitetssäkrar ärendehantering.	Pågående	Förebyggande	Risikanalyser gjorda enligt mall.
🟢 Ta fram process för utförande av genomförandeplan och implementering av hemtjänstprocess	Pågående	Förebyggande	Implementering av hemtjänstprocessen pågår.
🟢 Utveckla arbetet med aktuella rehabplaner för inskrivna i dagverksamhet med inriktning rehab.	Pågående	Förbättrande	Alla inskrivna i dagverksamhet med inriktning rehab har en aktuell rehabplan och insatserna skrivs in i e-signeringslista.
🟢 Ett övergripande arbete för informationssäkerhet inom Grästorps kommun behöver tas fram.	Pågående	Förbättrande	Samverkan sker med Göliska IT om en gemensam informationssäkerhetssamordnare. Till sin hjälp har samordnaren en

Åtgärd	Status	Typ av åtgärd	Kommentar
			kontaktperson i kommunen som verkar i en arbetsgrupp övergripande i kommunen..
✓ Införa ICF i hälso- och sjukvårdsdokumentationen.	Avslutad	Förbättrande	Projektet klart enligt plan.
🟢 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.
🟢 Skapa checklistor för introduktionsprogrammet	Pågående	Förbättrande	Processen har ritats i 2C8 och checklista kring rekryteringsdelen (anställningsintervju samt kompletterande text finns i processen) En arbetsgrupp arbetar med att ta fram underlag för introduktionsarbetet som ska kopplas till detta.. Förslag är tänkt att presenteras på SLG 2018-01-29.
🟢 Genomgång av larmrutiner med all personal i Social Verksamhets korridor	Pågående	Förebyggande	Larmrutinerna bedöms väl kända på Myndighetsenheten med flera men det är viktigt att inte glömma dem vid introduktion av ny personal som inte specifikt arbetar på Myndighetsenheten.
🟢 Ta fram rutiner för brandskydd	Pågående	Förebyggande	Rutiner skulle ha tagits fram centralt under året av hälsocoach och personalspecialist men så har inte skett. Ett arbete sker nu i samverkan med Trygga hem för alla bostäder i social verksamhet.

11.3 Uppföljning avvikelser under året

Avvikelse	Summa/Avvikelse	Kommentar
Fallrapport	381	Fallrapporterna har minskat marginellt. Antal frakturer minskade för andra året med 12,5 %. Enheten har fortsatt fokus på rehabilitering på dagverksamhet, mycket god kompetens hos personal och ett förebyggande arbete i verksamheten.
Läkemedelsrapport	104	Läkemedelsavvikelserna har minskat i verksamheten. Statistik från digitala signeringsverktyget visar att 90 % av alla hälso- och sjukvårdsåtgärderna blir utförda i rätt tid. 7 % blir utförda men på annan tid och 3 % blir utan åtgärd. Ingen patient har fått uppsöka annan vårdgivare eller åsamkats en vårdskada.
Dokumentation	2	Avvikelserna har minskat. Verksamheten har infört nytt sätt att dokumentera enligt ICF för

Avvikelse	Summa/Avvikelse	Kommentar
		HSL och IBIC för SoL.
Medicintekniska produkter	6	En avvikelse är anmäld till läkemedelsverket och IVO angående en duschstol.
Informationsöverföring	10	Avvikelserna har ökat. De handlar oftast om planeringsmissar och otillräcklig information till mottagande utförare. Bristande rutiner ligger bakom flera av avvikelserna.
Omvårdnadshändelser	28	Avvikelserna har minskat rejält. Allmänt i verksamheterna har rutiner förbättrats utifrån inrapporterade händelser. Enhetschefer tillsammans med SAS och MAS jobbar med förbättringsåtgärder.
Bemötande	1	Avvikelserna har minskat, endast en avvikelse inrapporterad som egentligen handlade om arbetsmiljö. Verksamheten har jobbat med vårdskapsfrågor.
Rehabilitering	3	Avvikelserna har minskat för andra året. Träningar läggs in i e-signering, vilket bidrar till att de utförs och prioriteras.
Lex Maria	0	Ingen avvikelse är anmäld som vårdskada till IVO.
Lex Sarah	2	Två Lex Sarah-utredningar har gjorts under året. Ingen bedömdes så allvarliga att de anmäldes till IVO.
Samordnad vårdplanering annan vårdgivare		Vid 6 tillfällen har avvikelse till NÄL skickats. Vid 7 tillfällen har avvikelse till SkaS skickat. Avvikelserna handlar om brist i följsamhet till SAMSA rutin där risk för vårdskada har noterats.





En gemensam rutin för det systematiska kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet har tagits fram. Denna gäller för samtliga avvikelser (vårdskada och missförhållande) och beskriver hur dessa hanteras i social verksamhet. Fördjupade händelseanalyser har gjorts kring läkemedelsavvikelser samt kring frekvensen av avvikelser gällande uteblivna eller försenade besök i hemtjänsten. Enhetschefer lyfter avvikelser på APT alternativt teammöten. SAS har besökt en arbetsgrupp med information om rutiner för avvikelse rapportering.

Under 2018 planeras ytterligare stöd till enhetscheferna för att förbättra utredningsarbetet kring varje enskild avvikelse.




11.4 Uppföljning av mått

Mått	Enhet	Kommentar
→ ● Insatser/beslut i nivå med rättspraxis.	Myndighetsenheten	Insatser ligger i nivå med rättspraxis

Mått	Enhet	Kommentar
→ ● Andel hyresgäster som har aktuell genomförandeplan	Vistegården	Uppföljning har skett av socialchef under hösten 2017, 100 % uppnått i december.
— ● Andel hyresgäster/gäster som har en aktuell genomförandeplan.	Åsevi	Uppföljning har skett av socialchef under hösten 2017, 100 % uppnått i december.
↘ ● Nöjdhet rehabombudsutbildning.	HSL-enhet	Vakanta tjänster och svårigheter med att rekrytera ny personal har lett till att arbetsuppgifter måste prioriteras. Att sammankalla till rehabombudsutbildning samt genomföra en enkät har under hösten prioriterats bort. En rehabombudsutbildning är dock planerad i februari 2018. Måttet i verksamhetsplanen tas bort då arbetet med rehabombud är en rutin i verksamheten, med förutsättning att det finns legitimerad personal.
→ ● Nöjdhet förflyttningsutbildning introduktionsdagen.	HSL-enhet	Det har blivit rutin att genomföra en introduktionsdag för semestervikarier och då även genomföra förflyttningsutbildning. Det behöver därför inte finnas kvar som en aktivitet i Stratsys
↗ ◆ Svenska Palliativregistret Brytpunktssamtal	HSL-enhet	Arbetet för att kvalitetssäkra god vård för palliativa patienter fortsätter under hösten. Planen är att uppdatera riktlinjer och skapa en process.
↗ ● Svenska Palliativregistret Utförd validering av smärtskattning	HSL-enhet	Arbetet för att kvalitetssäkra god vård för palliativa patienter fortsätter under hösten. Planen är att uppdatera riktlinjer och skapa en process.
→ ● Erbjudna genomförandeplaner	Personlig assistans och service	Alla brukare inom personlig assistans och daglig verksamhet är erbjudna en genomförandeplan
→ ● Webbutbildning "jobba säkert med läkemedel"	Personlig assistans och service	Under 2017 har all personal som ska ha helt ny eller ska förnya sin delegation genomgått webbutbildningen "jobba säkert med läkemedel".
↗ ● Värde enligt Öppna jämförelser angående bemötande.	Vistegården	Resultatet 2017 är fantastiskt då Grästorps värde ökat och nu ligger på delad första plats med flera andra kommuner. Riksnittet var 94 %.
→ ● Andel nöjda anhöriga	Hallers väg 20	Fortsatt hög nöjdhet bland anhöriga på Passagen.
→ ● Andel korttidsgäster som är mycket nöjd eller nöjd med sin vistelse (Intern enkät).	Hallers väg 20	Samtliga korttidsgäster har varit nöjda.
→ ● Andel korttidsgäster som är mycket nöjd eller nöjd med sin vistelse (Intern enkät).	Passagen	100 % av gästerna var nöjda med sin vistelse på Passagen.
— ■ Andel nöjda hyresgäster med sitt boende.	Hallers väg 20	Ingen enkät har genomförts 2017 pga. chefsbyten.

Mått	Enhet	Kommentar
 Antal personal som en hemtjänsttagare möter under 14 dagar (KKiK)	Hemtjänst	Vi har nått målet och kommit ner från 22 till 16 personal. Om vi jämför med Kommun-Sverige ligger vi i mitten.
 Värde enligt öppna jämförelser när det gäller inflytande.	Vistegården	Det finns ett mått för inflytande i ÖJ som grundas på tre frågor men värdena stämmer inte med redovisade. De kommer istället från Äldreundersökningen och måttet Brukarbedömning särskilt boende äldreomsorg - hänsyn till åsikter och önskemål, andel (%)
 Antal deltagare sammanlagt på de olika pass vi genomför halvårsvis.	HSL-enhet	Samordnare för förebyggande verksamhet har genomfört aktiviteter enligt plan.
 Brukarbedömning hemtjänst äldreomsorg - trygghet, andel (%)	Hemtjänst	Resultatet har blivit bättre och personalen i hemtjänsten arbetar ständigt med att öka tryggheten för den enskilde ska känna sig trygg.

11.5 Uppföljning av kvalitetsgarantier

Kvalitetsgarantier	Kommentar
 Vi garanterar att när du tackat ja till erbjudande om genomförandeplan görs denna tillsammans med dig inom 30 dagar. Planen följs upp minst var sjätte månad	Verksamheten kan nu äntligen redovisa att alla berörda brukare/ kunder har en aktuell genomförandeplan och att garantin därmed är uppfylld.
 Vi garanterar att du vid kontakt med socialsekreterare erbjuds en besökstid inom tio arbetsdagar	Ingen avvikelse att rapportera.
 Vi garanterar att när du skickat in en komplett ansökan om försörjningsstöd får du ett skriftligt beslut skickat till dig senast inom sju arbetsdagar	Ingen avvikelse att rapportera.

12 Övergripande mål för kommande år

Nämndens mål för 2018 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

Verksamhets mål för 2018 är:

- Kvalitetssäkring utifrån insats och patientsäkerhet
- Utveckla hälsoperspektivet för äldre
- Alla medarbetare ska vara involverade i sin egen och verksamhetens utveckling

Social verksamhets gemensamma aktiviteter utifrån målen är:

- implementera kvalitetsledningssystem enligt HSL, SoL, LSS, LVU, LVM.
- implementera IBIC (individens Behov i Centrum)
- kvalitetsförbättrande arbete
- förebyggande aktiviteter till äldre
- utforma ett seniorcentra enligt Grästorpsmodell
- satsa på utveckling genom digitalisering
- implementera arbetssättet kring en familjecentral
- främja delaktighet
- utveckla samverkan med högskolan och universitet
- arbeta för ökad frisknärvaro

Varje enskild enhet inom Social verksamhet har egna aktiviteter utifrån nämndens mål och de finns att läsa i enheternas verksamhetsplaner.