



Grästorps kommun

Social verksamhet

Kvalitet och Patientsäkerhetsberättelse 2015

Social verksamhet

Fastställd av kommunstyrelsen 2016-03-09, §58

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.

Förkortningar:

HSL – Hälso- och sjukvårdslag

SoL – Socialtjänstlag

LSS – Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade

LVU – lag med särskilda bestämmelser om vård av unga

LVM – lag om vård av missbrukare

ICF – standardiserad klassifikation av funktionstillstånd

ÄBIC – äldres behov i centrum

PRIO – Plan för riktade insatser inom området psykisk hälsa

NMI – Nöjd medarbetar index

SOSFS – Socialstyrelsens författningssamling

NPI – Neuropsychiatric Inventory (bedömningsinstrument)

2 Sammanfattning

I Grästorps kommun finns två särskilda boenden. Vistegården med 48 platser och Åsevi 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.

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

Under 2015 har arbetet med kvalitetsledningssystem för Social verksamhet intensifierats. Alla enhetschefer har identifierat sina viktigaste processer. Kartläggningar av processer sker tillsammans med enhetschef, personal och projektledare för kvalitetsledningssystemet. Arbetet med kvalitetsledningssystemet följde kommunikationsplanen.

Vård och omsorgspersonal har bidragit till ökad patientsäkerhet genom att rapportera risker, vårdskador och negativa händelser enligt riktlinjer från medicinskt ansvarig sjuksköterska. Följsamheten har analyserats genom jämförelse med likvärdig kommun.

Ingen utredning har anmälts till Inspektionen för vård och omsorg enligt Lex Maria. En utredning har anmälts till Inspektionen för vård och omsorg enligt Lex Sarah. Inga ärenden är registrerade hos Patientnämnden under 2015.

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

Målen för kvalitetssäkring utifrån insats och patientsäkerhet 2015 uppfylldes till viss del. En del av aktiviteterna följer med till 2016.

Implementeringen av ICF (Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa) inom HSL och SoL/ÄBIC (Äldres behov i centrum) är försenad pga. att modul som inhandlades hösten 2014 inte har levererats enligt avtal under våren 2015.

Arbetet med BPSD är implementerad och används fullt ut på Vistegården. Statistiken visar på att NPI (bedömningsinstrument) för Grästorp i början av året var 17 och i slutet visade på 14. Det ligger under riksnittet som är 22. Ju lägre poäng desto mindre symtom på beteendestörningar. Andelen som har olämpliga läkemedel var 41 % (riket 52 %). Andelen som verkar vara smärtfria var 71 % (riket 70 %). Personer som har bemötandeplan var 93 % (riket 86 %). Andelen personer som har fått läkemedelsöversyn är 100 % (riket 86 %). Resultaten är en förbättring jämfört med 2014.

Satsningen på PRIO (Plan för riktade insatser inom området psykisk hälsa) har genererat stimulanspengar. Det har varit fokus på samverkanformer med Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen kring personer med psykisk funktionsnedsättning.

Hemtjänsten har jobbat med att förbättra kontinuiteten för brukarna. Man har utvecklat samverkan genom teammöte, arbetat med en effektiv och kundfokuserad planering samt förbättrat vikariehanteringen.

Verksamheten har öppnat tre boende för ensamkommande flyktingbarn med plats för 40 barn under hösten. Arbetet har varit krävande ur ett tids- och resursperspektiv för verksamheten. Samverkan har skett med bildningsenheten och primärvården kring asylfrågor.

3 Övergripande mål

Nämndens mål för 2015 var:

- kvalitetssäkring utifrån insats och patientsäkerhet.
- förbättra barns och ungas uppväxtvillkor i kommunen
- utveckla hälsoperspektivet för äldre

Social verksamhets gemensamma aktiviteter utifrån målen var:

- bygga ett kvalitetsledningssystem HSL, SoL, LSS, LVU, LVM
- implementera dokumentation enligt ICF HSL och SoL/ÄBIC (Äldres behov i centrum).
- fortsatt arbete med avvikelseprocessen
- utveckla kvalitetsmätningar
- PRIO (Plan för riktade insatser inom området psykisk hälsa)
- ökad brukarmedverkan
- utveckla Familjecentral 2.0
- ombyggnation av Åsevi
- att arbeta med förebyggande arbete till äldre
- göra handlingsplan och arbeta med planen utifrån resultatet från nöjdmedarbetarindex (NMI)
- analys av kommunens hemtjänstkostnader

Varje enskild enhet inom Social verksamhet har egna aktiviteter utifrån nämndens mål och de finns att läsa i respektive enhets verksamhetsplan.

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 förbättringar/åtgärder
- 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 tillhandahålls
- 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 görs
- anmälningar görs till vårdgivare vid risk för vårdskada/inträffad vårdskada

Enhetschef ansvarar för:

- att leda och utveckla verksamheten mot politiskt uppsatta mål
- budget och personal
- att analysera och hantera; risker, avvikelser, förslag, synpunkter och klagomål
- att verkställa rutiner/riktlinjer/beslut
- att skapa utrymme för lokalt förbättringsarbete
- kompetensutveckling av personal och team
- samarbete med team, arbetsgrupper och leg personal
- att 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
- att utreda och fatta beslut enligt delegationsordning.

Socialsekreterare ansvarar för:

- att fatta beslut enligt delegationsordning.
- att utreda och överlämna beslut till verkställighet samt 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.

Våren 2011 påbörjades arbetet med att identifiera och bygga kvalitetsledningssystemet i kommunens styrmodell. 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 förebygga vårdskador

Process	Samverkansmöjlighet
Hemsjukvård	Samverkar med sjukhus, primärvård och socialtjänst.
Delegera hälso- och sjukvårdsuppgifter	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	Samverkar med medicintekniska enheten på SkaS Skövde med kontroller och service av blodtrycksmanschetter. 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 Brukare, anhöriga, gode män
Personlig assistans	Myndighetsenheten, socialsekreterare, kommunala politiker, sociala utskottet, Handläggare Försäkringskassan, privata assistansanordnare, brukare, anhöriga, gode män
Ledsagning	Myndighetsenheten, socialsekreterare, kommunala politiker, sociala utskottet, brukare, anhöriga, gode män
Inflyttning på Vistegården	Samverkan sker med socialsekreterare
Åsevi vård och omsorgsboende	Samverkan sker med socialsekreterare
Korttidsvård på Passagen	Samverkan sker med socialsekreterare, läkare, rehab och sjuksköterskor
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

Process	Samverkansmöjlighet
Trygghetslarm	Samverkan sker internt mellan myndighet och verkställighet, med avgiftshantering och upphandlingsenhet och med teknisk verksamhet och IT-enhet.
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 Capiro, socialchef/verksamhetschef HSL, MAS/MAR och enhetschef HSL 4 gånger/år enligt handlingsplan och avtal läkarmedverkan.
Samverkan inom Psykiatri Trepårt Skaraborg	Samverkar med regionen genom Psykiatriska öppenvårdsmottagningen i Lidköping och Vara och Beroendeenheten i Falköping och Primärvården Capiro Vårdcentral. Kommunen representeras av chef, MAS, socialsekreterare och psykiatrisjuksköterska från Social Verksamhet. Samverkan sker genom styrgruppsmöte 4 ggr/år och handläggartäffar 4 ggr/år och vid behov i individärende.
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 avvikelser	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
Förebygga smittspridning	Samverkar med Vårdhygien SkaS Skövde. Hygiensköterska är med på hygienombudsträffar 2 ggr/år. 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 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.
HSA-katalog	Samverkan sker med tjänsteidservice inom regionen. De utfärdar SITHS kort 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, Lex Sarahutredare 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.

Handboken i grundläggande patientsäkerhetsarbete Säkrare vård och omsorg 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 Vård- och omsorgspersonalens 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, Lex Sarahutredare 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, utan dröjsmål kontaktas vid allvarliga avvikelser. Medicinskt ansvarig sjuksköterska gör bedömning om utredning och anmälan enligt Lex Maria ska göras.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska 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.

Jämförelsestudien görs årligen i hälso- och sjukvård mellan Gullspång kommun (5200 inv.) och Grästorp (5 600 inv.). Vi hade i stort likvärdig statistik på fallrapporter och läkemedelsavvikelser.

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 synpunktslämnaren 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.

Redovisas i patientsäkerhetsberättelsen.

9.2 Beskrivning av sammanställning och analys

Inkomna synpunkter och klagomål redovisas per tertial i systemverkyget 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
● Kontroll av avvikelserapporter i Magna Cura kopplade till delegeringsansvar	Avvikelse rapport från Magna Cura	Månadsvis	En händelseutredning startad av läkemedelsavvikelse klass tre. Ingen vårdskada skedde och åtgärder vidtogs omedelbart.
● Kontroll av läkemedelsavvikelser från Magna Cura	Avvikelse rapport från Magna Cura	Månadsvis	En riskanalys har gjorts på läkemedelsprocessen utifrån inrapporterade läkemedelsavvikelser i hemtjänst. Arbetsgrupp jobbar med att ta fram en handlingsplan med åtgärder för att minska dessa avvikelser.
● Avvikelser medicintekniska produkter	Avvikelse rapport från Magna Cura	Månadsvis	14 avvikelser på medicintekniska produkter, de flesta har gällt handhavande. Ingen rapport skickad till läkemedelsverket.
● Kontroll av att uppföljning av individuellt förskrivet hjälpmedel görs i tillräcklig omfattning	Dokumentation	2 ggr per år	Uppföljning har skett enligt rutin.
● Kontroll av blodtrycksmanschetter	Kontroll	1 ggr per år	Blodtrycksmanschetter kontrollerade enligt rutin.
● Skydds rond på Aktivitetscentrum Paletten (Daglig verksamhet)	Självskattning	4 ggr per år	Skydds rond genomförts via samtal/möten med arbetsplatsens skyddsombud Gill Hofling enligt plan vid några tillfällen under året. Årlig skydds rond i Social verksamhet genomförd 2015-12-09
● Planera uppföljningar av individuell plan LSS samt eventuellt nya behov av planer för brukare i behov av daglig verksamhet.	Planering	1 ggr per år	Enhetschef har deltagit i de Individuella planer enligt LSS som varit enligt kallelse. Under året endast aktuellt i två ärenden gällande brukare på väg till daglig verksamhet.
● Kontroll av ASS-listor inom personlig assistans.	Kontroll	Månadsvis	Egenkontrollen sker varje månad och vi har mycket bra koll på hur många ASS-timmar som utförs och i vilket ärende.
● Uppföljning av att alla hyresgäster erbjudits en genomförandeplan på Vistegården.	Granskning av journaler		Arbetet med genomförandeplaner följer den plan som är gjord. Kvaliten förbättras hela tiden. Nu börjar arbetet med bedömning i ÅBIC och planerna kommer att skrivas utifrån det underlag/beslut som biståndshandläggarna lämnar. Uppföljning kommer också att göras av handläggarna.

Egenkontroll	Kontrollmoment för Egenkontroll	Frekvens	Senaste kommentar
● Uppföljning av genomförandeplan på Åsevi	Inhämtning av synpunkter	1 mån efter inflyttning	Inflyttningar har fungerat bra dock har vi svårt att få till ett vård och omsorgs möte inom rimlig tid. Det är också väldigt varierande vad behovet av information är kring inflyttning beroende om det är en internflytt eller extern flytt.
● Skyddsronnd på Aktivitetscentrum Paletten (daglig sysselsättning)	Avvikelse rapport från Magna Cura, Tillbudsrapportering		Skyddsronnd genomförts lokalt med arbetsplatsens skyddsombud Gill Hofling vid flera tillfällen under året. Årig skyddsronnd genomförd 2015-12-09.
● Uppföljning av skickade och inkomna avvikelser SVPL	Avvikelse rapport SVPL	Månadsvis	En sammanställning av avvikelser SVPL är gjord för Skaraborgskommunerna och Grästorps ligger på genomsnittet för skrivna avvikelser. Dock finns det ett mörkertal, personal ser inte nyttan av att skriva avvikelser på mindre händelser. De flesta avvikelserna är att man inte följt den gemensamma rutinen om samordnad vårdplanering som finns i VGR.
● Följsamhet till lokal rutin Samordnad vårdplanering i Grästorps.	Inhämtning av synpunkter		Följsamheten har fungerat mycket väl. Projekt med distansmöten startade i november 2015.
● Uppföljning av handlingsplan samverkan kommun och primärvård Capio VC.	Jämförelser	1 ggr per år	Uppföljning och uppdatering har gjorts enligt avtal. Mål och mått i Skaraborg påverkar handlingsplanen utifrån resultat.
■ Årlig uppföljning av samverkan Trepårt enligt protokoll.	Inhämtning av synpunkter, Avvikelse rapport SVPL	1 ggr per år	Den årliga uppföljningen är flyttad till våren 2016 på grund av ny chef i Öppenpsykiatri, för att uppföljning ska ge kvalitet är det rimligt att alla parter hunnit sätta sig in i verksamheterna och trepartssamverkan.
● Uppföljning av rutin kring gemensam socialjour på APT	Kontroll	2 ggr per år	Regelbunden uppföljning av rutiner sker på APT.
● Uppföljning av inkomna avvikelse rapport i Magna Cura enligt Lex Maria.	Avvikelse rapport från Magna Cura	Månadsvis	Jämförelse på inkomna avvikelser sker mot Gullspångs kommun.
● Uppföljning av inkomna avvikelse rapporter enligt Lex Sarah.	Avvikelse rapport från Magna Cura	Månadsvis	All baspersonal har under året fått en genomgång av Lex Sarah. Vid introduktion för sommarvikarer ges information om Lex Sarah. Vid alla former av nyanställningar som sker ges information om Lex Sarah.

Egenkontroll	Kontrollmoment för Egenkontroll	Frekvens	Senaste kommentar
● Uppföljning av sammanställning av inkomna synpunkter/klagomål och lämnade svar i social verksamhet.	Inhämtning av synpunkter	2 ggr per år	Under året har totalt fyra synpunkter inkommit. Samtliga har besvarats av ansvarig chef.
● Uppföljning av innehåll av generella rutiner i SKA-pärmarna	Kontroll	2 ggr per år	En intern arbetsgrupp ska ta fram ett förslag inför ett definitivt beslut kring hantering av alla rutiner med 2C8 inklusive SKA pärm. Alla rutiner ska även uppdateras. Detta ska ske i ett gemensamt projekt som ska pågå under hösten 2015. En strategiplan för hur implementeringen ska ske ska också tas fram. I december 2015 ska arbetet vara klart samt presenteras för ledningsgruppen och implementeringen ska vara genomförd sommaren 2016 för all personal.
● Uppföljning av innehåll av enhetsspecifika rutiner i SKA-pärmarna	Kontroll	1 ggr per år	Varje enhetschef ansvarar för uppföljning av enhetsspecifika rutiner.
● Systematisk logguppföljning av dokumentation i Magna Cura.	Granskning av journaler	Månadsvis	Har gjorts enligt rutin.
■ Uppföljning av årets genomgång av genomförandeplaner i social verksamhet övergripande.	Dokumentation		Under året har 17 (målvärde 24) genomförandeplaner gått igenom. Av dessa är 14 stycken godkända. Brister som granskningen visar är att det inte framgår hur insatsen ska ges och att det inte är tydligt vad den enskilde själv kan utföra.
■ Uppföljning av genomgång av verkställighetsjournaler i social verksamhet övergripande.	Dokumentation		Under året har sammanlagt sju verkställighetsjournaler granskats. Av dessa är endast två godkända. Granskningen visar att det inte framkommer vilka som medverkat vid upprättandet av genomförandeplan, samt om den enskilde varit delaktig eller företräts av någon. Det är en stor försämring från föregående år då 12 verkställighetsjournaler granskades varav 10 var godkända.
■ Uppföljning av genomförd journalgranskning i hälso- och sjukvård.	Granskning av journaler	2 ggr per år	En granskning genomförd, den visade att 7 av 7 hade upprättade omvårdnadsplaner och en aktuell anamnes. Dock saknades inhämtat samtycke i 5 av 7 journaler.

Egenkontroll	Kontrollmoment för Egenkontroll	Frekvens	Senaste kommentar
 Självskattning av basala hygienrutiner	Självskattning	2 ggr per år	Alla enheter rapporterar inte egenkontroll. Vistegården har lämnat och visar på god kunskap i basala hygienrutiner.
 Uppföljning av avvikelshantering vårdrelaterad infektion	Dokumentation	Månadsvis	Ingen avvikelse på vårdrelaterade infektioner inrapporterad, finns ett mörkertal inom enheten. Detta är ett förbättringsområde för 2016.
 Extern hygienrund	Dokumentation, Inhämtning av synpunkter	Var tredje år	Hygienrund kommer att utföras enligt framtagen checklista från Vårdhygien i Skövde på verksamhetens särskilda boende under våren 2016.
 Kontroll av spol- och diskdesinfektorer	Dokumentation, Inhämtning av synpunkter	1 ggr per år	Extern kontroll utförd i december 2015 med godkänt resultat.
 Extern kontroll rengöring och städ av miljö och hälsa.	Kontroll	1 ggr per år	Miljö och hälsa har under året genomfört en kontroll. De tidigare anmärkningarna var åtgärdade och för första gången inget nytt anmärka på. De åtgärder och rutiner som är framtagna är kända av personalen och används på rätt sätt.
 Kontroll av uppgifter i HSA-katalogen	Dokumentation	Månadsvis	HSA-katalogen uppdaterad enligt rutin. Utbyte av befintliga certifikat har skett under hösten.
 Kontroll mot HOSP och befolkningsregister för legitimerad personal.	Kontroll	2 ggr per år	Inga anmärkningar vid körning mot Socialstyrelsens register.
 Loggning av HSA-administration	Kontroll	1 ggr per år	Rutin och arbetssätt är inte framtaget, kommer att ske när personalchef är tillbaka från föräldraledighet.
 Revison av att rutiner och policy följs vad gäller uppgifter i HSA-katalog.	Kontroll	1 ggr per år	Policyn och rutiner är uppdaterade.
 Logg och spärrkontroll av Nationell Patientöversikt.	Loggning av nätverkssystem	Månadsvis	Loggning kontrolleras med statistik från Inera. Kontrollen innefattar också att se om det finns en vårdrelation

10.2 Uppföljning av åtgärder

Åtgärd	Status	Typ av åtgärd	Senaste kommentar
 Visualisera hur budgetprocessen sker i social verksamhet	Pågående	Förbättrande	Processkartläggning i 2c8 påbörjad.

Åtgärd	Status	Typ av åtgärd	Senaste kommentar
■ Ta fram process vad gäller omhändertagande enligt LVU	Ej påbörjad	Förebyggande	Ingår i handlingsplan för 2016
■ Ta fram process vad gäller omhändertagande enligt LVM	Ej påbörjad	Förebyggande	Ingår i handlingsplan för 2016
▶ Ta fram en processbeskrivning av läkemedelskedjan.	Pågående	Förbättrande	Processkartläggning gjord, ingår i handlingsplan för implementering 2016
▶ Upprätthålla god kontakt med fastighetsägare	Pågående	Förebyggande	Fastighetsägaren Tigab Ab har i september månad kontaktat ansvarig enhetschef för Servicebostaden på Österlånggatan 7 och meddelat att de nu har flera lediga lägenheter där som lämpar sig för målgruppen. De är mycket nöjda med hur verksamheten har skött sina lägenheter och får därför företräde i kön. Denna kontakt resulterar i att en brukare byter lägenhet och att en brukare med personlig assistans erbjuds flytta in i fastigheten.
▶ Regelbunden information till kommunens politiker	Pågående	Förebyggande	
▶ Effektivare arbete med genomförandeplaner på Åsevi.	Pågående	Förbättrande	
▶ Ta fram process för utförande av genomförandeplan och implementering av hemtjänstprocess	Pågående	Förebyggande	Processkartläggning i 2c8 påbörjad.
▶ Skapa en process för hanteringen av klagomål och synpunkter.	Pågående	Förbättrande	Social verksamhet får inte några synpunkter eller klagomål via kommunens hemsida. Ett informationsmaterial till både personal, kunder och medborgare har tagits fram med syfte att visa på vikten av att synpunkter och klagomål är viktiga i verksamhetens förbättringsarbete.
▶ Införa ICF i hälso- och sjukvårdsdokumentationen.	Pågående	Förbättrande	Har försenats pga. leverans av beställd modul inte är klar
▶ Hygienombudsträff	Pågående	Förebyggande	Sker 2 ggr/år
▶ Ta fram en processbeskrivning hur grundutrustning hanteras.	Pågående	Förebyggande	
▶ Ett övergripande arbete för informationssäkerhet inom Grästorps kommun behöver tas fram.	Pågående	Förbättrande	

10.3 Noterade avvikelser under året

Avvikelse	Summa/Avvikelse	Senaste kommentar
Fallrapport	324	Fallrapporterna har ökat något under 2015. Antal frakturer 11 st. Jämför man 3 år tillbaka så är det samma utfall vad gäller antal avvikelser och frakturer över tid. En fördjupad analys är gjord 2015.
Läkemedelsrapport	143	Läkemedelsavvikelserna har för andra året minskat i antal. En riskanalys är gjord på läkemedelshanteringen i hemtjänst. Den vanligaste avvikelsen är utebliven läkemedelsdos. Ingen av avvikelserna har inneburit att patient fått uppsöka annan vårdgivare eller kommit till skada.
Dokumentation	4	Antalet avvikelser har ökat från föregående år. Analysen visar på brister i följsamhet till rutiner.
Medicintekniska produkter	14	Det har varit en ökning av avvikelser, analys visar på brist i kommunikation på enheterna. Ingen avvikelse har skickats till läkemedelsverket för fel på hjälpmedel.
Informationsöverföring	10	Avvikelserna har ökat något från föregående år. Analysen visar på brister i följsamhet av rutiner.
Omvårdnadshändelser	41	Antalet avvikelser har minskat från föregående år. En bidragande orsak till detta är att enhetscheferna arbetar med ständigt förbättringsarbete i sina verksamheter
Bemötande	2	Avvikelserna har minskat betydligt från föregående år. En bidragande orsak till detta kan vara enhetschefernas arbete kring värdskap.
Rehabilitering	11	Avvikelserna har minskat, arbete med etablering av teammöte kan vara en bidragande orsak till förbättring.
Lex Maria	0	Inget ärende inlämnat till IVO, dock är två utredningar gjorda som visade på att rutiner fanns men att arbetssättet behövde ses över.
Lex Sarah	1	En avvikelse har lämnats till IVO. Avvikelsen har inte lett till något men eller skada för individen.

11 Övergripande mål för kommande år

Nämndens mål för 2016 är:

- kvalitetssäkring utifrån insats och patientsäkerhet.
- utveckla hälsoperspektivet för äldre

Social verksamhets gemensamma aktiviteter utifrån målen är:

- implementera kvalitetsledningssystem enligt HSL, SoL, LSS, LVU, LVM.
- införa ÄBIC (Äldres behov i centrum).
- kvalitetsförbättrande arbete.
- följa upp och arbeta vidare med resultaten kring nöjdhet 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.