



Kvalité- och patientsäkerhetsberättelse 2022

Social verksamhet

Innehållsförteckning

1	Läsanvisning	3
2	Sammanfattning	4
3	Övergripande mål	6
4	Organisatoriskt ansvar för kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet	8
5	Struktur för uppföljning och utvärdering	10
6	Samverkan för att erbjuda god vård och omsorg med kvalitet	11
7	Struktur för riskanalys	16
8	Struktur för informationssäkerhet	17
9	Rapporteringskyldighet	18
10	Hantering av klagomål	19
10.1	Klagomål och synpunkter	19
10.2	Beskrivning av sammanställning och analys	19
10.3	Samverkan med patienter och närstående	19
11	Resultat	20
11.1	Uppföljning av genomförda egenkontroller	20
11.2	Uppföljning av åtgärder	26
11.3	Uppföljning avvikelser under året	28
11.4	Uppföljning av mått	30
12	Övergripande mål för kommande år	50

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 drygt 200 brukare med beviljade insatser inklusive trygghetslarm varav ca 110 har vård och omsorgsinsatser. I hemsjukvården (kommunal hälso- och sjukvård) finns ca 120 inskrivna i eget boende, LSS, psykiatri och palliativ vård. Dagverksamhet med inriktning rehab har öppet fyra dagar per vecka och dagverksamhet demens har öppet tre dagar per vecka. Totalt finns ca 30 personer med insats dagverksamhet. Seniorcenter som är en öppen verksamhet har haft anpassade aktiviteter utomhus pga. coronapandemin. Kommunen är assistansanordnare åt 7 brukare och det finns omkring 20 individer med bostad med särskild service. Närmare 30 brukare har insatsen daglig verksamhet inom LSS

Under 2022 har tre av fyra planerade kvalitetsdagar genomförts tillsammans med MAS och SAS och fokus på enheternas arbete med kvalitetsplanens egenkontroller och riskanalyser, avvikelshantering samt kundnöjdhetsmått. Den första ställdes in med kort varsel på hög arbetsbelastning i samband med en lokal topp i coronapandemin.

Social verksamhet har en kompetensutvecklingsplan löpande för tre år framåt. Planen är uppdelad på olika nivåer: *löpande fortbildning, underhållsutbildning, gemensam kompetensutveckling*. Utöver sedvanlig kompetensutbildning har verksamheten sedan några år applikationen Visible Care i arbetstelefonerna. Applikationen används för filmade lärsituationer kring omsorg och vård- och behandling. Filmerna används i introduktion och är tillgängligt efteråt för alla medledare som vill ta reda på hur ett visst moment ska utföras. Under 2023 ska utbudet av filmer följas upp och utvecklas i samverkan med leverantör.

Planerad underhållsutbildning avseende Hot & våld påbörjades under 2022 i form av en pilot då det inte fanns en upphandlad utbildning/utbildare i kommunen. Dessutom skulle verksamheten utbilda samtlig personal i ett nytt dokumentationssystem under hösten vilket påverkat denna utbildningsplan. Totalt 50 personal, både omvårdnadspersonal, legitimerad personal, socialsekreterare, utförare IFO/AME och chefer har ingått i pilotstudien. Planen är att efter positiv feedback i utvärdering fortsätta att utbilda resterande personal.

En utredning har anmälts till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) enligt lex Sarah och ingen avseende vårdskada. Beslut inkom under januari 2023 där Inspektionen bedömde att huvudmannen fullgjort sin utredningsskyldighet och att inga ytterligare åtgärder behövde vidtas. Inga ärenden är registrerade hos Patientnämnden under 2022.

Synpunkter och klagomål utreds och hanteras enligt gällande rutiner. Det har inkommit synpunkter till Social Verksamhet via kommunens hemsida som besvarats enligt rutin. Ett klagomål som inkommit till IVO begärdes ett yttrande om från nämnden 2021. Yttrandet besvarades i juni 2021 och IVO kom med ett beslut i september månad 2022

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

Under 2022 (2021) registrerades 341 366 (331 414) hälso- och sjukvårdsinsatser i e-signerings app. Av dessa har 1,4% (0,8 %) insatser inte utförts. Orsaker till det kan vara att personen åkt in till sjukhus, att man glömt av dos och det är försent att rätta till eller att man glömt att signera.

Följande har gjorts i verksamheten under 2022 för att särskilt säkra kvaliteten inom vård- och omsorg:

- Covid-19 har varit en ständig punkt på ledningsgruppens regelbundna möten var varannan vecka. All personal har erbjudits egentest vid förkylningssymtom.

- Verksamhetens krisplan uppdaterades och flera tänkbara scenarion skissades på för att öka beredskapen, arbete pågår fortfarande.
- Bemanningsfunktion på helg för att underlätta för personal ute i verksamhet.
- Appen Visible Care har varit ett stöd för att visa bland annat hur skyddsutrustning används och basala hygienrutiner och andra instruktioner som komplement till rutiner.
- MAS och SAS har varit inbjuden till APT-möten för information och dialog om olika dilemman.
- Ett Lära-mera-rum har tagits fram för visning av välfärdsteknik och utbildning i olika omvårdnadsmoment.

Sammantaget bedöms att Social verksamhet i Grästorps kommun bedriver en god och säker vård och omsorg med hög kvalitet för enskilda patienter/brukare.

** Senior Alert = Ett kvalitetsregister för att stödja den vårdpreventiva processen att förebygga fall, trycksår, undernäring och munhälsa hos äldre. BPSD = Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens. Palliativregistret = Ett kvalitetsregister för att förbättra vården i livets slutskede*

3 Övergripande mål

Grästorps kommun har from 2020 en ny styr- och ledningsmodell. Modellen bygger på de sju principerna för tillitsbaserad styrning där de tre övergripande områdena är; styrning, kultur & ledarskap samt organisering.

En tillitsbaserad styr- och ledningsmodell bygger på dialog, mer delegering och mindre detaljstyrning. Detta i sig ger förutsättningar för medledarskap, växande och kunskapsutveckling. Den politiska styrningen har större fokus på styrning genom prioriterade områden och uppföljningar genom dialoger, än i traditionella modeller. I en tillitsbaserad styr- och ledningsmodell är kommunikation och dialog mellan förtroendevalda och tjänstepersoner en röd tråd. Dialogen i sig är en förutsättning för tillit, engagemang och delaktighet i hela verksamheten.

Det kommunala uppdraget delas in i tre olika perspektiv; *Sambällsutveckling*, *Välståndsutveckling* och *Attraktiv arbetsplats*. Det finns två fokusområden i varje perspektiv. Varje fokusområde innehåller ett antal mål.

Inom perspektivet *Välståndsutveckling* har Social verksamhet ansvar för följande mål under fokusområdet *Värdeskapande och välkommande*:

Vi ger förutsättningar för ett gott och meningsfullt liv i alla åldrar.

Social verksamhet har därefter delat upp målet i fyra områden:

- *Hälsofrämjande och förebyggande insatser*
- *Kundnöjdhet*
- *Patientsäkerhet*
- *Effektiv och innovativ välfärd*

Social verksamhets gemensamma aktiviteter utifrån målet och respektive område har varit:

Hälsofrämjande och förebyggande insatser

- Ta fram Strategi för äldreomsorgen (ÄO)
- Ta fram Strategi för funktionshinderomsorgen (LSS)
- Uppföljning/lärande av alla enheters arbete med planer utifrån ett förebyggande och hälsofrämjande perspektiv
- Förbereda verksamheten enligt förslag om förändringar i nya socialtjänstlagen
- Medledarens egna genomförandeplan - lärande
- Färdigställa riktlinjer för demensvården

Kundnöjdhet

- Genomföra kvalitetsdagar i Social verksamhet i syfte att analysera resultat, KKIK och Öppna jämförelser
- Uppföljning/lärande av alla enheters arbete med att öka kundnöjdheten.
- Förbättra introduktionen av medledare och följa upp att medledare tagit del och förstått den
- Öka medledares kunskap om verksamhetens målarbete.

Patientsäkerhet

- Genomföra kvalitetsdagar i Social verksamhet i syfte att analysera resultat kring patientsäkerhet
- Ta fram handlingsplan för att arbeta med SKR:s nya analysverktyg för patientsäkerhet.

Effektiv och innovativ välfärd

- Genomföra utbildning Lyfta säkert
- Digitalt först
- Ta fram rutiner och handlingsplaner för att erbjuda mobila trygghetslarm som alternativ till SoL-insats.
- Erbjud "en till en-telefoner" (pilot)
- Utveckla e-tjänster på nya områden
- Skapa ett metodrum

Varje enskild enhet inom Social verksamhet har tagit fram egna aktiviteter för att bidra till nämndens mål.

4 Organisatoriskt ansvar för kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet

Ansvaret 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 (Medicintekniska Produkter), system
- löpande rapport till politikerna om förbättringsarbete

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) ansvarar för att:

- det finns en 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 patientenstillstånd kräver det
- säkra delegeringar av ansvar
- anmälningar görs till vårdgivare och Inspektionen för vård och omsorg

Socialt ansvarig samordnare (SAS) 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 bedriven enskild verksamhet om rapporter kring missförhållande 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 hos patienter
- 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 kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet runt vårdtagare.

Systemet ska underlätta insamling av data till den årliga kvalitets- och 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 sker samverkan mellan myndighetsenheten och utförarna, teknisk verksamhet, HR-enheten, arbetsmarknadsenheten, AME och kostenheten. Samverkan med politiken är en annan viktig del.

Extern samverkan sker med andra vårdgivare som sjukhus och primärvård (Cario VC), mödrhälsovård, barnhälsovård, skolan, Bryggan 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 verksamhetssystemet för dokumentation. Erfarenheterna återförs sedan till verksamheterna. Vid allvarigare händelser görs risk- och händelseanalyser. Patienter och anhöriga görs delaktiga i det arbetet.

Vid större organisationsförändringar görs riskanalys ur ett arbetsmiljöperspektiv och ur ett patient/brukarperspektiv enligt rutin.

8 Struktur för informationssäkerhet

Ett gemensamt projekt avseende informationssäkerhetsarbete inom samarbetskommunerna V6 (Lidköping, Skara, Vara, Götene; Essunga och Grästorp) påbörjades under 2017. Projektet har tagit fram dokumentation i form av policys och riktlinjer, metodstöd, förslag på mottagande roller och organisation inom kommunerna. Grästorps kommun har inte antagit dessa ännu. Tills dess finns en lokal rutin för informationssäkerhet i social verksamhet. För att få fart i arbetet lokalt har nu de tre kommunerna Vara, Essunga och Grästorp anställt en egen informationssäkerhetssamordnare och kommer samverka med en lokal arbetsgrupp med uppdrag GDPR sedan tidigare.

Social verksamhet har gått igenom alla register och system som hanterar personuppgifter och registrerat dessa enligt rutiner GDPR.

Loggningar i verksamhetssystemet för dokumentation sker enligt upprättad rutin. All personal loggas enligt ett schema, resultat redovisas i egenkontroller.

Hälso- och sjukvårdsenheten har infört ICF som är en struktur och terminologi för ett ändamålsenligt vård- och omsorgsdokumentation. Man använder sig av KVÅ för att lämna statistik till Socialstyrelsen. En process för kollegial granskning finns. 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 arbetssätt används vid utredning av samtliga insatser enligt SoL och LSS, dock inte personlig assistans. Sedan 2019 granskas ca 50 % av genomförandeplanerna årligen och resultatet återförs till enhetschefer och dokumentationsombud 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 samband med byte till nytt verksamhetssystem för dokumentation, 2022-12-01, finns utsedd mottagare av alla rapporter. Idag är det funktionerna medicinskt ansvarig sjuksköterska och/eller socialt ansvarig samordnare. Därefter bedöms behov av utredning och i förekommande fall utredare som är legitimerad personal eller ansvarig enhetschef för de avvikelser som inte bedöms aktuella för utredning enligt föreskrifter om vårdskada eller lex Sarah SoL/LSS.

Tjänstgörande sjuksköterska, annan legitimerad personal eller enhetschef noterar i avvikelsemodulen i Lifecare sin bedömning/utredning, 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 föreskrift om vårdskada/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.

Vi rapporterar avvikelser i hög grad och drar nytta och tar lärdom av misstag för att förhindra misstag. Vi behöver bli bättre på att involvera patienter och närstående i förbättringsarbete.

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 halvårsvis 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.

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
● Genomgång att egenkontroll skett enligt Socialstyrelsens handbok	Granskning av journaler	1 ggr per år	Vid granskning av akter för placerade barn/unga i familjehem under 2022 framkommer att socialsekreterarna håller tät och kontinuerlig kontakt med såväl den placerade som med familjehem, mer än var tredje månad och ofta varje månad. Samtliga placerade har haft digitala besök av socialsekreterare 2-3 ggr/år och där emellan telefon/mailkontakt. Vid komplicerade situationer har fysiska möten hållits på socialkontoret. I de flesta ärenden är det också samma socialsekreterare som under året haft kontakt med placerat barn/ungdom. Barnen/de unga liksom familjehem uppfattas generellt ha en mycket god bild av socialtjänstens arbete och söker ofta självmant upp socialsekreterare, utan att möte planerats. Inga planerade avbrott har skett under 2022, inga familjehem har sagt upp sig.
● Genomgång av journal/akt inom AME	Granskning av journaler	2 ggr per år	Genomgång av ärenden är gjorda i dokumentationssystemet Lifecare.
● Kontroll av blodtrycksmanschetter	Kontroll	1 ggr per år	Kontroll av blodtrycksmanschetter har gjorts via MTA Skövde.
● Kontroll av läkemedelsavvikelser från Magna Cura	Avvikelsesrapport från Magna Cura	Månadsvis	Ingen av läkemedelsavvikelserna 2022 har gått vidare till IVO som anmälan om vårdskada. En utredning av större omfattning gjordes under hösten och handlingsplan för att åtgärda brister är framtagen. MAS har också deltagit på APT för att återge vad vi kan lära oss av avvikelserna och vad som alla behöver förbättra i sina verksamheter. Följsamheten till överlämning av läkemedel visar på 98,7 %.
● Kontroll av uppgifter i HSA-katalogen	Dokumentation	4 ggr per år	Rutin framtagen för kontroll av uppgifter i HSA-katalog. Göliska IT har tagit över ansvaret, de skickar ut listor som ska kontrolleras och godkännas varje kvartal. Senaste kontrollen var ua.
● Samverkansforum integration	Planering		Chefsmöten har genomförts mellan myndighetschef, AME-chef och integrationschef regelbundet under året för uppföljningar.
● Uppföljning av genomförd journalgranskning i hälso- och sjukvård.	Granskning av journaler	2 ggr per år	Hösten 2022 började all personal utbildning i nytt journalsystem. Alla journaler granskades och fördes över från det gamla till det nya. På varje APT har dokumentation varit en punkt på agendan. Från december 2022 sker all dokument i nya systemet.

Egenkontroll	Kontrollmoment för Egenkontroll	Frekvens	Kommentar
● Uppföljning av handlingsplan samverkan kommun och primärvård Capio VC.	Jämförelser	1 ggr per år	Fokus i samverkan har under 2022 handlat om insatser kring Coronapandemin vad gäller provtagning, smittspårning och vaccination. Framgångsfaktor för den höga vaccinationstäckningen och låga dödstal i Covid-19 är Capios förtjänst. Förbättringsområde är fördjupade läkemedelsgenomgångar/årskontroller och att ronder sker enligt närområdesplan.
● Uppföljning av korttidsvistelsen	Självskattning	2 ggr per år	Enkäter har skickats ut till de som har haft korttidsvistelse på Passagen. Resultatet sammanställs och analyseras tillsammans med personal på APT två gånger om året. Resultatet av brukarnöjdhet inom social verksamhet har kommunicerats i politiken.
● Uppföljning av lokal rutin om dagjour regelbundet på APT	Kontroll	2 ggr per år	Samtliga socialsekreterare har informerats på APT om såväl intern jour som gemensam socialjour och rutiner kring densamma. Dagensvarig jour i Grästorps ansvarar bl a för att dagligen kontrollera ev inkomna uppgifter via mail från gemensam socialjour. Vidare finns uppdragsbeskrivning för dagjour som gått igenom med samtliga i samband med att vi anställde ny socialsekreterare.
● Uppföljning av årets genomgång av genomförandeplaner i social verksamhet övergripande.	Dokumentation	2 ggr per år	Granskning genomförd i september. En liten förbättring konstaterades gällande ÄO/LSS. Totalt var det 50 % av planerna som inte uppfyllde kvalitetsgarantin (ÄO 62 % och LSS 15 %). 20 % av samtliga granskade ärende saknade en plan eller att planen inte signerats som klar. Flera enheter ÄO har haft byten på dokumentationsombud och ansvarig för genomförandeplaner (främst Passagen, Hallers v) Vistegårdens plan för uppföljning på brukarkonferens synkar inte fullt ut vilket gör att de inte blir klara i tid. Hemtjänsten har fortsatt en komplex situation; nya planer görs inte enligt rutin via planerare, andra system har info etc. och beslut förändras ofta. Brister inom LSS handlar om uppföljning som görs försent; en månad försenad under semesterperiod samt inte alls före semesterperiod. Granskningen av planer inom IFO/Myndighetsenheten visade att 6 % inte uppfyllde kvalitetsgarantin. Samtliga granskade hade en plan eller var signerade dock. Skillnaden mot föregående granskning beror på en enda plan. Den var upprättad i januari men signerad först i juni. Uppdraget lämnades i nov 2021 och i

Egenkontroll	Kontrollmoment för Egenkontroll	Frekvens	Kommentar
			anteckning i juni framgår att den ska fortsätta gälla tills vidare, därför ingen uppföljning då.
● Dialog med brukare och utförare samt kontroll av utförd avlösartid via lönelistor	Inhämtning av synpunkter Kontroll		Vi har för närvarande en insats avlösarservice i hemmet, den utförs av stödteamet.
● Extern kontroll rengöring och städ av miljö och hälsa.	Kontroll	1 ggr per år	SÄBO Hallers väg: oanmäld kontroll 220817 av miljö- och byggkontoret, 1 avvikelse "Material i kontakt med livsmedel". SÄBO Vistegården: oanmäld kontroll 220817 av miljö- och byggkontoret, Ingen avvikelse.
● Följa upp avvikelser och driftstörningar på trygghetslarm (OBO)	Avvikelse rapport Larmrapport Statistik	Månadsvis	Trygghetscentralen i Lidköping sköter detta löpande och återkopplar till verksamheten så snart fel upptäcks.
● Följa upp genomförandeplan Personlig assistans	Granskning av journaler		Genomförandeplanerna är uppföljda och aktuella, i assistansgrupperna görs detta tillsammans på APT för att alla i personalgrupperna ska känna sig delaktiga. Det finns också en rutin som innebär att SAS granskar ett antal genomförandeplaner under året för att säkerställa kvalitén
● Genomgång av aktuella behandlingsmetoder inom IFO	Kontroll	1 ggr per år	Vi följer socialstyrelsen rekommendationer. Utbildning i HAP och Trappan har genomförts.
● Genomgång sker med arbetsledare i alla ärenden där LVU kan bli aktuellt	Självskattning	Veckovis	Samtliga handläggare har regelbundna möten med arbetsledare. Pga. ett starkt inflöde av nya ärenden barn och unga utökas med ytterligare en tjänst 2022 vilket ger mer utrymme för ärendehandling och utbildning.
● Genomgång/kontroll av rutiner matdistribution	Systematisk kvalitetsgranskning	1 ggr per år	Regelbundna möten hålls med både administrativ personal samt matchaufförer för att eliminera att misstag sker samt att uppdatera oss på processen. En avvikelse är gjord under 2022 då en leverans är missad till kund. Händelsen är genomgången enligt rutin vid avvikelse.
● Gästerna ska ha en individuell rehabplan.	Kontroll	2 ggr per år	De gäster som har behovet har en individuell rehabplan.
■ Hygienrund enligt checklista	Dokumentation Inhämtning av synpunkter	1 ggr per år	På grund av pandemin har hygienronden inte genomförts på SÄBO. Det har varit mycket fokus på APT om basala hygienrutiner och städning för att förhindra smittspridning av Covid-19. Hygienrund planeras till våren 2023.

Egenkontroll	Kontrollmoment för Egenkontroll	Frekvens	Kommentar
● Inskrivna i kommunal hälso- och sjukvård.	Kontroll	1 ggr per år	Antalet inskrivna i kommunal hälso- och sjukvård är relativt oförändrat från tidigare år.
● Kontroll av avvikelserapporter i Magna Cura kopplade till delegeringsansvar	Avvikelse rapport från Magna Cura	Månadsvis	Alla som tar emot en delegering har genomgått en webbutbildning om "säker läkemedelshandling". Införande av digitala signeringslistor har bidragit till en säker läkemedelsöverlämning. Delegeringar har dragits tillbaka när avvikelser sker där bakomliggande orsaker beror på kompetensbrist under 2022.
● Kontroll av beslutade insatser korttidstillsyn LSS.	Kontroll	1 ggr per år	Alla beviljade insatser har utförts enligt plan
● Kontroll av beslutade insatser korttidsvistelse LSS	Självskattning Kontroll	1 ggr per år	Alla beslutade insatser har utförts under året
● Kontroll av Phonirol ASS-listor inom personlig assistans.	Kontroll	Månadsvis	Det administrativa arbetet runt Phonirol-assistans appen genomförs av stabspersonal och detta fungerar mycket tillfredsställande. Det är betydligt mindre fel och vi får snabbare in våra underlag till Försäkringskassan. Lyckad digitalisering.
● Logg och spärrkontroll av Nationell Patientöversikt.	Loggning av nätverkssystem	4 ggr per år	Bra och rätt användning av NPÖ som ger en högre patientsäkerhet.
● 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	LSS chefer tillsammans med ansvarig socialsekreterare har träffats för att gå igenom individuella planer och behovet av boende med särskild service.
● Redovisning till budgetberedning	Kontroll	1 ggr per år	Verksamheten har tagit fram ett underlag för budget 2023. Men processen har förändrats under året och behöver uppdateras.
● Regelbunden avstämning med rehavägledare AME	Självskattning	2 ggr per år	Uppföljning görs 1 gång/ månad med handläggare där genomgång görs av aktuella ärenden, inflöde av ärenden, aktuell info från Samordningsförbundet etc.
● Samtal med familjehandlare	Självskattning Kontroll	2 ggr per år	Behandlarna är bra på att ha max 5 samtal och därefter dialog med socialsekreterare. uppstartsmöte sker i alla ärenden där det inte är ett pågående ärende.
● Skyddsronde på Paletten (Daglig verksamhet)	Självskattning		Årliga uppföljningen av SAM och SBA dokumentet är gjorda tillsammans med medlemmarna på Paletten.
● Stickprovskontroll av behandlingsmetoder socialpsykiatri.	Kontroll	4 ggr per år	Grupp inom 12 steg har hållits under året. flera kurser inom missbruk har personal gått










Egenkontroll	Kontrollmoment för Egenkontroll	Frekvens	Kommentar
● Uppföljning av egenkontroller i kvalitetsledningssystemet	Kontroll	1 ggr per år	Enhetschefer får påminnelser om egenkontroll i Stratsys. Genomgång av egenkontroller påbörjades dessutom vid kvalitetsdag i januari. Men utifrån pågående pandemi som tagit stora resurser i anspråk samt införande av <i>Heltid som norm</i> har inte alla chefer haft möjlighet att följa upp egenkontroller i samma utsträckning som tidigare.
● Uppföljning av inkomna avvikelserrapport i Magna Cura enligt Lex Maria.	Avvikelse rapport från Magna Cura	Månadsvis	Avvikelsestatistik redovisas till Valfärdsutskottet varje kvartal. Ingen anmälan om vårdskada är gjord till IVO.
● Uppföljning av inkomna avvikelserrapporter enligt Lex Sarah.	Avvikelse rapport från Magna Cura	Månadsvis	7 avvikelser har under året bedömts vara missförhållanden eller att det föreligger risk för missförhållande varför utredning enligt lex Sarah inletts. Efter genomförd utredning har 6 av dessa rapporterats till VäU. En utredning pågår ännu och kommer rapporteras efter slutförande. En avvikelse har efter utredning har till en anmälan till IVO 220815. IVO har ej återkommit med något beslut ännu.
● Uppföljning av skickade och inkomna avvikelser SAMSA	Avvikelse rapport SVPL	Månadsvis	Inkomna avvikelser sker i ett gemensamt system MedControl tillsammans med VG regionen och 49 kommuner. Vi har skrivit 12 st och besvarat 3 st från sjukhusen.
● Årlig uppföljning av samverkan Trepert enligt protokoll.	Inhämtning av synpunkter Avvikelse rapport SVPL	1 ggr per år	Trepertsmöten har skett på distans på grund av pandemi. Samverkan upplevs av alla parter som mycket god.
● Dialog med brukare och utförare samt kontroll av utförd ledsagartid via lönelistor	Kontroll		Ett enda ärende med insatsen ledsagarservice, detta utförs av en anställd inom ramen för dennes tjänst.
● Genomgång sker med arbetsledare i alla ärenden där LVM aktuellt	Självskattning	Vid aktualitet	Samtliga handläggare har regelbundna möten med arbetsledare.
● Genomgång sker med arbetsledare i alla ärenden där LVM kan bli aktuellt	Kontroll	Vid aktualitet	Samtliga handläggare har regelbundna möten med arbetsledare.
■ Granskning av genomförandeplaner i hemtjänst	Granskning av journaler	2 ggr per år	Nytt verksamhetssystem, LifeCare introducerat under hösten 2022. Uppdatering av genomförandeplaner i LifeCare pågår. Många positiva kommentarer från personalen hittills om att det nu är lättare att dokumentera och se behovet av uppföljningar.
■ Granskning av journaler	Kontroll	1 ggr per år	Granskningen av detta har inte kommit igång 2022. Planer för detta finns 2023.

Egenkontroll	Kontrollmoment för Egenkontroll	Frekvens	Kommentar
● Kontroll av att uppföljning av individuellt förskrivet hjälpmedel görs i tillräcklig omfattning	Dokumentation	2 ggr per år	Uppföljning av förskrivna hjälpmedel sker enligt rutin.
● Kontroll av följsamhet SIP	Kontroll	1 ggr per år	Stickprov har gjorts som visar på att det finns olika uppfattning om vad som är att anse som en SIP och när en SIP ska göras och hur en SIP ska dokumenteras. Skaraborgs kommunalförbund har tagit fram datum för digital utbildning 2023. Frågan är lyft till SLG för diskussion om vilka som ska gå utbildningen för att få en bättre samsyn på SIP.
■ Kontroll av spol och diskdesinfektorer	Dokumentation Inhämtnings av synpunkter	1 ggr per år	Grästorps kommun har bytt leverantör av kontroll. Leverantören har fått många kommuner därför är kontrollen bokad januari 2023.
● Rapport till VäU om ändrade fördelningstal	Statistik	1 ggr per år	Fördelningstalet har inte överskridits.
● Samtal med familjebehandlare om aktuella uppdrag	Självskattning Kontroll		Vi har gått igenom ärenden på APT, vi har ett högt intag med ärenden och många är svårare och tar mer tid i anspråk
● Uppföljning av genomförandeplan på särskilt boende äldreomsorg.	Kontroll	2 ggr per år	Vistegården Vid byte av dokumentationssystem från Time Care till Life Care har omsorgsledare på Vistegården fört över samtliga genomförandeplaner vid månadsskiftet november/december 2022. Nya planer skriver omsorgsledare för tillfället. Övriga undersköterskor som skriver planer kommer att få utbildning i Life Care under våren 2023.
● Uppföljning av sammanställning av inkomna synpunkter/klagomål och lämnade svar i social verksamhet.	Inhämtnings av synpunkter	2 ggr per år	Två klagomål har hanterats av MAS och enhetschef. Två synpunkter har inkommit under halvår 2. I samband med att kommunen tidigare under året delade ut boken Huskurage och anordnade en föreläsning med Peter Rung i november angående våld i nära relationer kom synpunkt om inte pengarna kunde använts bättre i polis- och socialtjänstverksamhet. En annan synpunkt gällde behov av förtydligande på hemsidan om hur man gör en orosanmälan om att barn far illa. Anmälaren var anställd på en myndighet saknade hänvisningar till telefonnummer och länk till någon blankett mm. Anmälare fick svar om att det under 2023 kommer att vinnas en anmälningsblankett via självservice på hemsidan och att man fram tills dess kan vända sig till socialsekreterare via kontaktuppgifterna som finns på aktuell hemsida.

Egenkontroll	Kontrollmoment för Egenkontroll	Frekvens	Kommentar
● Utdrag statistik BPSD registret	Kvalitetsregister		Genomgång av statistik har gjorts för att bedöma måttet om god och säker vård och omsorg inför kommande verksamhetsanalys/områdesdialog.
● Följsamhet till lokal rutin Samordnad vårdplanering i Grästorp.	Inhämtning av synpunkter	2 ggr per år	God följsamhet till rutinen.
● Kontroll av avvikelser på medicintekniska produkter	Avvikelse rapport från Magna Cura	1 ggr per år	Inga anmälningar är gjorda till Läkemedelsverket/Socialstyrelsen och leverantör.
● Självskattning av basala hygienrutiner	Självskattning	2 ggr per år	Under hela 2022 har det varit stort fokus på basala hygienrutiner och användning av skyddsutrustning till följd av pågående Corona pandemin. Uppföljning har gjorts och personal har god kunskap och följsamhet till rutiner.
● Tillgång till lägenheter för kommande brukare med insats enligt LSS	Kontroll	1 ggr per år	Under 2022 har lyckats fylla de lägenheter vi har med de anvisningar vi fått, och de andra har fått tag på egna lägenheter. Vi har använt en av lägenheterna för inflytt till Servicebostaden. Under 2022 får vi två anvisningar vilket gör att behovet av lägenheter är mindre.
● Utdrag statistik Senior Alert	Kvalitetsregister	1 ggr per år	Genomgång av statistik har gjorts för att bedöma måttet om god och säker vård och omsorg inför kommande verksamhetsanalys/områdesdialog.
■ Granskning av journaler	Granskning av journaler	1 ggr per år	Granskningen har inte kommit igång under 2022. Planering för detta finns 2023.
● Planera uppföljningar av individuell plan LSS samt eventuellt nya behov av planer för brukare i behov av daglig verksamhet.	Planering	1 ggr per år	Under 2022 har rutinen följts.
● Tillgång till boendeplatser	Självskattning	1 ggr per år	Boende som har möjlighet och förmåga att flytta har erbjudits detta. På så sätt har en lägenhet frigjorts för att kunna frigöra plats att utföra insats.
● Uppföljning av antal betaldagar SAMSA	Kontroll	Månadsvis	Social verksamhet har inga betaldagar för patienter som legat kvar på sjukhus under 2022.
● Systematisk logguppföljning av dokumentation i Magna Cura.	Granskning av journaler	Månadsvis	Loggning har skett enligt rutin, ingen avvikelse rapporterad.

Under 2022 har Social verksamhet haft fokus på att införa ett nytt verksamhetssystem för dokumentation. From 2023 kommer det medföra att verksamheten kan lägga mer fokus på eventuellt nya arbetssätt som detta byte har medfört och i samband med detta se över och uppdatera processer och rutiner kring dessa. Egenkontrollerna är ett viktigt instrument för analys av vad vi behöver förbättra och vidmakthålla.

11.2 Uppföljning av åtgärder

Åtgärd	Status	Typ av åtgärd	Kommentar
 Följa upp pilotverksamheten för personer med psykisk funktionsnedsättning och skapa alternativ process	Pågående	Förbättrande	Det har inte varit möjligt att följa upp piloten under 2022. Dock finns inga signaler på att verksamheten inte fungerar och att det skulle finnas brukare som inte fått sina behov av daglig sysselsättning tillgodosedda.
 Hygienombudsträff	Pågående	Förebyggande	Hygienombudsträffar har genomförts under 2022 med fokus på åtgärder/information om basala hygienrutiner samt kring pågående Coronapandemi. Vårdhygien Skaraborgs sjukhus har deltagit och informerat på 2 möten.
 Skapa riskanalys och egenkontroll på processen för KAA-uppdrag	Ej påbörjad	Förbättrande	
 Ta fram en process i 2c8 för partssamverkan Bryggan	Pågående	Förbättrande	Under året 2022 har ett utvecklingsarbete startas för att utveckla samverkan mellan social, bildning och primärvård för att förbättra samverkan vid insatser för våra unga och elever. Utvecklingsprocessen innebär en ny strukturerad samverkansmodell för att utveckla samverkan mellan aktörerna.
 Uppdatera process, ta fram riskanalys och egenkontroll dagverksamhet demens	Ej påbörjad	Förbättrande	Processen för dagverksamhet med inriktning demens har inte varit prioriterad 2022. Verksamheten har fungerat ändå med kvalitet för brukare.
 Upprätthålla god kontakt med fastighetsägare angående bostadsbehov LSS	Pågående	Förebyggande	God kontakt med viktiga fastighetsägare erhålls. Bovård upprätthåller kontakt och har god dialog. Flertal lägenheter erbjuds till majoritet av brukare vid behov. Ett fåtal brukare kan inte erbjudas för risk att äventyra den goda kontakten då fastighetsägare har vetskap brukare med behov.
 Information till kommunens politiker angående bostadsbehov LSS	Pågående	Förebyggande	Internt i Grästorps kommun har möte skett under 2022 med samhällsplanerare utifrån framtagande av ett nytt Lokal- och bostadsförsörjningsprogram i kommunen. Detta lyfts dock i annat utskott än i det där social verksamhet är representerat och ingen återkoppling har skett till berörda.
 Ta fram egenkontroll kring SIP	Avslutad	Förbättrande	Egenkontroll togs fram 2021 och har rapporterats sedan dess.
 Ta fram riskanalys och egenkontroll 2020 för processen överlämning från myndighet till utförare	Pågående	Förbättrande	Diskussion om processen har förts under året och vi avser att boka nya tider 2023 för att se över samtliga processer inom Myndighetsenhetens område.

Åtgärd	Status	Typ av åtgärd	Kommentar
☐ Ta fram riskanalys och egenkontroll för processen	Ej påbörjad	Förbättrande	Denna process har inte prioriterats under 2022
☑ Ta fram riskanalys och egenkontroll för processen om dialogformer	Avslutad	Förbättrande	Processen uppdaterades under hösten 2021.
🔄 Ta fram riskanalys och egenkontroll för systematiskt kvalitetsarbete	Pågående	Förbättrande	Denna åtgärd har inte prioriterats under 2022 men MAS och SAS arbetar löpande med att utveckla kvalitetsplanen med nya riskanalyser och egenkontroller på våra huvudprocesser först och främst.
☑ Uppdatera processen Budgetuppföljning	Avslutad	Förbättrande	Processen uppdaterades under hösten 2021.
☐ Uppdatera processen Skapa budget	Ej påbörjad	Förbättrande	Denna process har inte prioriterats under 2022
☐ Ta fram riskanalys och egenkontroll för verksamhetsuppföljning	Ej påbörjad	Förbättrande	Denna åtgärd har inte prioriterats under 2022 men MAS och SAS arbetar löpande med att utveckla kvalitetsplanen med nya riskanalyser och egenkontroller på våra huvudprocesser först och främst.
🔄 Kontinuitetsplan för försörjning av läkemedel	Pågående	Förebyggande	Finns en nationell kontinuitetsplan för apodosläkemedel. En kontinuitetsplan för lokal hantering av läkemedel ska tas fram under våren 2023.
☐ Under 2022 ta fram nya egenkontroller(Myndighetsutövning barn) som svarar mot behov	Ej påbörjad	Förbättrande	Denna process har inte prioriterats 2022 men planen är att under 2023 se över samtliga processer inom Myndighetsenheten.
🔄 Ett övergripande arbete för informationssäkerhet inom Grästorps kommun behöver tas fram.	Pågående	Förbättrande	Ett ledningssystem för informationssäkerhet finns inte ännu på plats i Grästorp. Frågan är lyft flera gånger till IT-chef som ansvarar för att ta det i kommunens ledningsgrupp. From 2023 finns nu en ny organisation i samverkan Vara-Essunga-Grästorp med en informationssäkerhetssamordnare på 100% som har fått i uppdrag att arbeta med frågan.

Under 2022 har Social verksamhet bytt verksamhetssystem för dokumentation vilket haft stor påverkan på resurserna för att kunna jobba aktivt med åtgärder kring kvalitetsledningssystemets processer. Då har prioritet lagts på att uppdatera rutiner och andra stöddokument i SKA-portalen samt appen Visible Care som används i introduktion av nya medledare. Åtgärder som tagits fram på grund av avvikelser har hanterats och arbetats med strukturerat genom handlingsplaner med ansvariga och datum för uppföljning.

11.3 Uppföljning avvikelser under året

Avvikelse	Summa/Avvikelse	Kommentar
Fallrapport	521	Under 2022 hade vi 13 frakturer. Statistik från Socialstyrelsens patientregister visar på att antalet personer i Grästorp som vårdats i slutenvård pga. fallskador per 1000 invånare som är över 80 år har minskat och kommunen ligger långt under medelvärdet i riket. Detta beror på rehabpersonalens fallförebyggande arbete.
Läkemedelsrapport	194	Antalet överlämningar i SignIT av läkemedel är 230 899 stycken och 1,3 % av dessa är inte utförda. Detta kan bero på att patient är på sjukhus eller missade doser.
Dokumentation	1	I ett fall rapporterades att ej utförda insatser enligt genomförandeplanen inte dokumenterats.
Medicintekniska produkter	19	Inga anmälningar om negativ händelse och tillbud med medicinteknisk produkt är inlämnade till Läkemedelsverket, IVO och leverantör.
Informationsöverföring	7	Rapporterade brister handlar om brister av information vid överlämningar mellan olika professioner och enheter. I ett fall som utretts enligt lex Sarah framkom att flera i personalgruppen inte läst meddelanden från sköterska varför man missade att ta hjälp av legitimerad personal för att ge rätt omvårdnad.
Omvårdnadshändelser	123	Omvårdnadshändelserna har ökat vilket bland annat beror att rapportering förväxlas med annat systemet för tillbudsrapportering gällande personalens arbetsmiljö. Personalen rapporterar man haft låg bemanning, att man inte kunnat utföra besök på grund av ökad arbetsbörda i form av larmhantering. Några omvårdnadsavvikelser handlar om insatser som missats i planeringen. Övriga omvårdnadsavvikelser visar oftast på brister som kan åtgärdas i verksamheten genom att tydliggöra rutiner/arbetssätt i verksamheten.

Avvikelse	Summa/Avvikelse	Kommentar
Bemötande	9	Avvikelser om bemötande avser ofta brukares bemötande mot annan brukare. Detta är symtom som ska hanteras via BPSD-registret på brukarkonferens med en handlingsplan utifrån demenssjukdomen och ska normalt inte hanteras som en avvikelse rapport. Enstaka fall finns där personal hanterat brukare felaktigt.
Rehabilitering	2	Träningar läggs in i e-signering, vilket bidrar till att de utförs och prioriteras.
Larm/sökarsystem	30	Flertalet larm avser felvända rörelsevakter samt trygghetslarm som påverkar och försenar ordinarie insatser i hemtjänsten.
Lex Maria	0	Ingen avvikelse är anmäld som vårdskada till IVO.
Lex Sarah	1	Sju lex-Sarahutredningar har öppnats under året. En utredning anmäldes vidare till IVO och IVO bedömde att huvudmannen fullgjort sin utredningsskyldighet. Det har varit olika anledningar till utredningarna som brister i omvårdnaden, bemötande, bristande följsamhet till rutiner, ekonomiskt övergrepp mm.
Samordnad vårdplanering annan vårdgivare	15	Avvikelsehantering sker i systemet MedControlPro som är gemensamt för alla vårdgivare i VGR. Under 2022 har kommunen lämnat 12 stycken avvikelser till Skas och NU-sjukvården. Vi har besvarat 3 avvikelser på vårt arbete från sjukhusen.
Synpunkter och klagomål	8	Under våren inkom 2 synpunkter samt 2 klagomål, under hösten har det inkommit 2 synpunkter samt 2 klagomål. Samtliga synpunkter har besvarats och rapporterats via hemsidan. Samtliga klagomål har utretts och hanterats tillsammans med närstående i förekommande fall.

Under 2022 ligger det totala antalet avvikelse rapporter på en högre nivå jämfört med 2021. En del av ökningen uppfattas som avvikelser som hänger samman med ett missnöje med personalens arbetsmiljö. En viss felrapportering mellan olika system finns också. Trots byte av verksamhetssystem för dokumentation i december 2022 så påverkades inte antalet avvikelse rapporter negativt. Flera av avvikelserna är mycket bra underlag för att kunna analysera, skapa ett lärande och förbättra verksamheten. Dialog med patient/brukare och närstående är en framgångsfaktor för att se helheten och för den personcentrerade vården.

11.4 Uppföljning av mått

Under året har verksamheten vid fyra tillfällen gemensamt analyserat och följt upp arbetet med verksamhetens mål och mått. Målet är uppdelat på fyra områden och vid varje tillfälle har ett av dessa varit i fokus. Analysen har därefter presenterats för Valfärdsutvecklingsutskottet med efterföljande dialog på respektive område. Summeringen av dialogen dokumenterats i Stratsys.

Q1 (mars 2022) Patientsäkerhet

I Q1-dialogen beskrivs en god måluppfyllelse på området *patientsäkerhet* baserat utifrån nyckeltal och kvalitativa mätningar med flera perspektiv. Verksamheten har erfarna och engagerade medledare som tar stort ansvar för patientsäkerheten. Vi har också goda förutsättningar för samverkan andra lokala vårdgivare och samverkan bedöms vara en viktig förutsättning för att säkra kvaliteten. Personalens kompetens är viktigast för patientsäkerheten. Från politiken lyfts att det är viktigt att satsa på personalvård då personal haft en intensiv och krävande arbetssituation under de två åren som pandemin pågått.

En utmaning (nationellt såväl som lokalt) är personalförsörjningen gällande både legitimerad personal och undersköterskor att kunna delegera insatser till. Detta i sin tur påverkar även kontinuiteten hos brukare och medföra en lägre patientsäkerhet. Grästorp har fått utökade tilldelning av platser i äldreomsorgslyftet men tillväxten från gymnasieutbildningen bedöms utebli framöver. Att kunna påverka sin arbetstid mer självständigt lyfts som en viktig del i val av arbetsplats. Verksamheten vill förändra och utvecklas med stöd av digital teknik men det räcker inte till för framtidens behov.

I ett krisläge (nationellt såväl som lokalt) kan patientsäkerheten snabbt äventyras. Det är viktigt att verksamheten uppdaterar krisplaner för att förebygga negativ påverkan.

Q2 (juni 2022) Effektiv och innovativ välfärd

Vid Q2-dialogen presenteras en samstämmig bild av en god måluppfyllelse på området *effektiv och innovativ välfärd*. Som grund för detta anges att fler tjänster har införts med digital teknik och fler brukare/deltagare har fått tillgång till digitala hjälpmedel och stöd i att hantera digital teknik. Under året har engagemang och nyfikenhet för den digitala utvecklingen ökat hos medledare. Men ett digitalt utanförskap hos brukare som beror på ekonomiska förutsättningar eller tillgång till digitala tjänster (t.ex. bank-id) blir också mer tydligt. Politiken delar bilden av måluppfyllelsen och säger att verksamheten gjort det man ska bra.

Verksamheten vill arbeta vidare för att kunna visa på nyttan för de den är till för alternativt för effektivisering av verksamheten så att rätt prioriteringar kan göras framöver. Att ha jobbat via digitaliseringsambassadörer beskrivs som en framgångsfaktor i Grästorp för att öka intresset hos både medledare, brukare och anhöriga.

I dialogen lyfts utmaningen i behovet av extra resurser under längre tid för att åstadkomma varaktiga förändringar. Det är svårt att åstadkomma i ordinarie verksamhet och det digitala utvecklingsarbetet behöver drivas med en särskilt avsatt budget. Det är viktigt att det arbetet som gjorts och pågår inte stannar av. En utmaning som lyftes i dialogen är att digitalisering behövs bland annat för lösa brist på personalresurser, ändå blir lösningen ofta att sätta in mer personal för att utföra tillsyn när digitala system inte fungerar. Digitaliseringen förenklar mycket men när det uppstår en kris tydliggörs sårbarheten. Det lyfts att verksamheten behöver arbeta vidare med krisplaner och öva för att stå mer rustade för en krissituation.

Q3 (september 2022) Hälsöfrämjande och förebyggande insatser

I Q3-dialogen redovisas en god måluppfyllelse utifrån området *hälsöfrämjande och förebyggande insatser*. Enkät svar visar att kunderna är nöjda med utbudet i de icke-biståndsbedömda insatserna men det är en fortsatt utmaning att påvisa de positiva effekterna av de förebyggande insatserna. Fördjupande dialog förs om hembesökens upplägg och arbetet med genomförandeplaner tillsammans med representanter från Seniorcenter och hemtjänsten. Flera enheter har haft alla genomförandeplaner godkända i senaste granskningen medan arbete pågår på andra enheter för att skapa organisation och struktur för att få fler godkända planer och ökad efterlevnad. Det finns utmaningar i att bibehålla en hög kvalitet kring genomförandeplaner i samband med tanke på kommande byte av verksamhetssystem. Samma byte möjliggör också ett omtag vad gäller organisation och struktur för att få en högre kvalitet, minskad sårbarhet, ökad delaktighet och efterlevnad.

Politiken berömmar arbetet som utförs inom social verksamhet. De uttrycker trygghet med hur verksamheten arbetat och kommer arbeta vidare enligt presentationen. Verksamheten presenterar i samband med analysen flera möjliga utvecklingsområden. Flera av dessa kan verksamheten genomföra själva medan en del behöver genomföras i samverkan med externa samarbetsparter. Det finns dock stor osäkerhet kring hur oron i omvärlden kommer påverka det arbetet och behoven för dem verksamheten är till för. Politiken uttrycker att ”det måste finnas resurser till att hinna med allting” samt ”det ska vara lätt att göra rätt”. Personalen behöver också ges förutsättningar för en god arbetsmiljö.

Q4 (december 2022) Kundnöjdhet

I Q4-dialogen redovisar verksamheten en hög måluppfyllelse på området *Kundnöjdhet*. Det som resultatet av flera positiva svar i både nationella och egna mätningar. Politiken uttrycker att verksamheten är där den förväntas vara. Det är roligt att läsa om resultatet av alla mätningar och de har inte uppfattat något annat i sina kontakter

Verksamheten känner stolthet över att de som verksamheten är till för upplevs ha en hög nöjdhet trots att verksamheten varit starkt påverkad av en pandemi under flera år. Det finns dock en medvetenhet om utmaningen att bibehålla resultatet när verksamheten kan påverkas av förutsättningar i omvärlden; ökade kostnader som påverkar budgetramen.

I analysen har flera förbättringsområden framkommit som verksamheten kommer arbeta med under 2023. Verksamheten vill öka delaktigheten kring resultaten då personal på olika sätt har stor inverkan på kundnöjdheten. För att öka benägenheten att svara på enkäter vill verksamheten återföra resultat till de vi är till för och komplettera svaren med mer dialog. Politiken samtycker till planerade åtgärder, samt trycker särskilt på vikten av att verksamheten håller i arbetet med introduktion av ny personal. Politiken föreslår även att befintliga brukarundersökningar kompletteras med någon form för att samla in anhörigas synpunkter.

12 Övergripande mål för kommande år

Nämndens mål för 2023 är samma som föregående år: *Vi ger förutsättningar för ett gott och meningsfullt liv i alla åldrar*. Målet har delats in i fyra områden med mått som följs upp i dialog mellan verksamhet och politik under året. Dessa områden är:

- Hälsöfrämjande och förebyggande insatser
- Kundnöjdhet
- Patientsäkerhet
- Effektiv och innovativ välfärd

Social verksamhets gemensamma aktiviteter utifrån målet och respektive område för 2022 är::

Hälsöfrämjande och förebyggande insatser

- Ta fram Strategi för äldreomsorgen (ÄO)
- Ta fram Strategi för funktionshinderomsorgen (LSS)
- Uppföljning/lärande av alla enheters arbete med planer utifrån ett förebyggande och hälsöfrämjande perspektiv
- Förbereda verksamheten enligt förslag om förändringar i nya socialtjänstlagen
- Färdigställa riktlinjer för demensvården.

Kundnöjdhet

- Genomföra kvalitetsdagar i Social verksamhet i syfte att analysera resultat, KKIK och Öppna jämförelser
- Uppföljning/lärande av alla enheters arbete med att öka kundnöjdheten.
- Förbättra introduktionen av medledare och följa upp att medledare tagit del och förstått den
- Öka medledares kunskap om verksamhetens målarbete

Patientsäkerhet

- Genomföra kvalitetsdagar i Social verksamhet i syfte att analysera resultat kring patientsäkerhet
- Öka medledares kunskap om verksamhetens målarbete

Effektiv och innovativ välfärd

- Digitalt först
- Ta fram rutiner och handlingsplaner för att erbjuda mobila trygghetslarm som alternativ till SoL-insats
- Ta fram och utveckla trygghetsteknik
- Utveckla e-tjänster på nya områden

Varje enskild enhet inom Social verksamhet har dessutom tagit fram egna aktiviteter för att bidra till nämndens mål.