



# **Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse 2021**

---

Social verksamhet

## Innehållsförteckning

<b>1 Sammanfattning</b> .....	<b>3</b>
<b>2 Övergripande mål</b> .....	<b>5</b>
<b>3 Organisatoriskt ansvar för kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet</b> .....	<b>7</b>
<b>4 Struktur för uppföljning och utvärdering</b> .....	<b>9</b>
<b>5 Samverkan för att erbjuda god vård och omsorg med kvalitet</b> .....	<b>10</b>
<b>6 Struktur för riskanalys</b> .....	<b>11</b>
<b>7 Struktur för informationssäkerhet</b> .....	<b>12</b>
<b>8 Rapporteringsskyldighet</b> .....	<b>13</b>
<b>9 Hantering av klagomål</b> .....	<b>14</b>
9.1 Klagomål och synpunkter .....	14
9.2 Beskrivning av sammanställning och analys .....	14
9.3 Samverkan med patienter och närstående .....	14
<b>10 Resultat</b> .....	<b>15</b>
10.1 Uppföljning av genomförda egenkontroller .....	15
10.2 Uppföljning av åtgärder .....	21
10.3 Uppföljning avvikelser under året .....	22
10.4 Uppföljning av verksamhetens mål och mått .....	23
<b>11 Övergripande mål för kommande år</b> .....	<b>26</b>

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.

# 1 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 100 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 8 brukare och det finns omkring 20 individer med bostad med särskild service. Närmare 30 brukare har insatsen daglig verksamhet inom LSS

Under 2021 har samtliga fyra planerade kvalitetsdagar genomförts tillsammans med MAS och SAS och fokus på enheternas arbete med kvalitetsplanens egenkontroller och riskanalyser, avvikelshantering samt kundnöjdhetsmått.

Social verksamhet har en kompetensutvecklingsplan som sträcker sig tre år framåt. Planen är uppdelad på olika nivåer: *löpande fortbildning, underhållsutbildning, gemensam kompetensutveckling.*

Planerad underhållsutbildning avseende HLR som sköts upp 2019 då utbildningen inte längre kunde erbjudas i kommunens regi och påbörjades 2020 med en extern utbildare slutfördes 2021 med mycket gott resultat.

Inga utredningar har anmälts till Inspektionen för vård och omsorg enligt Lex Sarah/Lex Maria. Inga ärende är registrerade hos Patientnämnden under 2021.

Synpunkter och klagomål utreds och hanteras enligt gällande rutiner. Det har inkommit synpunkter till Social Verksamhet via kommunens hemsida som besvarats av enhetschef/MAS. Ett klagomål som inkommit till IVO begärdes ett yttrande om från nämnden. Yttrandet lämnades av MAS och SAS i juni månad. IVO har inte avslutat ärendet ännu.

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 2021 (2020) registrerades 331 414 (532 244) hälso- och sjukvårdsinsatser i e-signerings app. Av dessa har 0,8 % (0,6 %) 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.

\* *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*

## Särskilda insatser för att säkra kvaliteten i samband med Covid-19

Följande har gjorts i verksamheten under 2021 för att särskilt säkra kvaliteten inom vård- och omsorg:

- Regelbundna avstämningsmöten med ledningsgruppen flera gånger i veckan där även säkerhetssamordnare ingått
- Covid- 19 har varit en ständig punkt på ledningsgruppens regelbundna möten var varannan vecka
- Verksamhetens krisplan uppdaterades och flera tänkbara scenarion skissades på för att öka beredskapen

- Chef i beredskap infördes på helger delvis under året
- MAS har haft möten med hygienombuden
- Appen Visible Care har varit ett stöd för att visa bland annat hur skyddsutrustning används och basala hygienrutiner
- Möten har hållits för information och dialog med fackliga parter
- MAS har varit inbjuden till APT-möten för information och dialog om olika dilemman
- Hemsidan och intranätet har fått särskilda sidor för Covid-information
- Säkra besök på särskilda boenden har kunnat erbjudas samt besök via digitala hjälpmedel
- All personal har erbjudits egetest vid förkylningssymtom
- Rutiner har uppdaterats kring basala hygienrutiner och smittspårning

## 2 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*, *Välfärdsutveckling* och *Attraktiv arbetsplats*. Det finns två fokusområden i varje perspektiv. Varje fokusområde innehåller ett antal mål.

Inom perspektivet *Välfärdsutveckling* har Social verksamhet ansvar för följande mål under fokusområdet *Värdeskapande och välkomnande*:

### **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

#### *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

#### *Patientsäkerhet*

- Genomföra kvalitetsdagar i Social verksamhet i syfte att analysera resultat kring patientsäkerhet
- Genomföra HLR-utbildning för all personal

#### *Effektiv och innovativ välfärd*

- DIVOS - Digital kompetens Inom Vård & Omsorg i Skaraborg
- Genomföra utbildning Lyfta säkert
- Digitalt först

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

### 3 Organisatoriskt ansvar för kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet

Ansvar för kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet har ytterst Kommunstyrelsen.

**Socialchef** har:

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

**Utvecklingschef** har:

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

**Verksamhetschef HSL** ansvarar för:

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

**Medicinskt ansvarig sjuksköterska (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



## 4 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

## **5 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), mödrahälsovård, 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.

## 6 Struktur för riskanalys

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

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

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

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

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

Inrapporterade avvikelser registreras och analyseras i systemverktyget Magna Cura.

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

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

## 7 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 kommunens Hälso- och sjukvård.

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

Loggningar i Magna Cura 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 har börjat att införas vid utredning av insatser enligt SoL inom särskilt boende, hemtjänst och korttidsplats. Sedan 2019 granskas ca 50 % av genomförandeplanerna årligen och resultatet återförs till enhetschefer och dokumentationsombud för att öka kvaliteten.

## 8 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. Avvikelse rapporterna berör också SoL/LSS inte enbart HSL.

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

### Rutin för avvikelserapportering

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

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

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

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

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

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.

## **9 Hantering av klagomål**

### **9.1 Klagomål och synpunkter**

#### **Klagomål och synpunkter**

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

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

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.

### **9.2 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.

### **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	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 2021 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 digital besök av socialsekreterare 2-3 ggr/år och där emellan telefon/maillkontakt. 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. Ett oplanerat avbrott har skett under 2021, inga familjehem har sagt upp sig.
● Kontroll av blodtrycksmanschetter	Kontroll	1 ggr per år	Kontroll av blodtrycksmanschetter har gjorts via MTA Skövde.
● Kontroll av läkemedelsavvikelser från Magna Cura	Avvikelse rapport från Magna Cura	Månadsvis	Ingen av läkemedelsavvikelse 2021 har gått vidare till IVO som anmälan om vårdskada. Följsamheten till överlämning av läkemedel visar på 99,2 %.
● 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.
● Uppföljning av genomförd journalgranskning i hälso- och sjukvård.	Granskning av journaler	2 ggr per år	2021 testade vi en ny variant av journalgranskning där vi valt ut en journal där alla tre professioner varit iblandade och dokumenterat. Vi ihop några frågor som diskuterades två och två på APT. Efter detta hade vi en kort genomgång i helgrupp där vi diskuterade vad som kommit fram i smågrupperna. Detta för att denna gång ha mer fokus på själva innehållet och processen istället för att kolla på vår Magna Cura journal eftersom den kommer att bytas ut inom kort.
● Uppföljning av handlingsplan samverkan kommun och	Jämförelser	1 ggr per år	Fokus i samverkan har under 2021 handlat om insatser kring Coronapandemin vad gäller

Egenkontroll	Kontrollmoment för Egenkontroll	Frekvens	Kommentar
primärvård Capio VC.			provtagning, smittspårning och vaccination. Vi har tillsammans deltagit på ledarkonferens för omställning till Nära Vård.
● 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.
● 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. Dagansvarig jour i Gråstorp 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 aug/sep 2021 enligt plan. Helhetsanalysen för ÄO/LSS visar på att vi har planer i fler ärenden i dag än tidigare men vi efterlever som helhet inte riktlinjen om att upprätta dem inom 30 dagar eller följa upp dem inom 6 månader. Problemet är störst inom Hemtjänst med många beslutsändringar på kort tid och på Hallers väg trots omtag under våren. Vistegården har aviserat ändring då man lagt om plan ihop med brukarkonferens men kommer förhoppningsvis i fas. Bristen inom LSS är enbart att uppföljningstid ej hållits. För IFO-området har vi planer i fler ärenden i dag än tidigare mätning men vi efterlever som helhet inte riktlinjen om att upprätta dem inom 30 dagar eller följa upp dem inom 6 månader. Flera planer skulle lätt kunna varit godkända om de hade signerats. I flera fall följer utförarna regeln om uppföljningstid 6 månader och missar att nya beslut fattats som bör innebära en ny plan. Här råder otydlighet i rutinen och muntliga instruktioner. Rutinen behöver därför uppdateras. Myndighetsenhetens planer där det är externa utförare uppfattas inte ha upprättats tillsammans med brukaren och utföraren.
● Dialog med brukare och utförare samt kontroll av utförd avlösartid via lönelistor	Inhämtning av synpunkter Kontroll	Månadsvis vid aktuella ärende	Vi har för närvarande ingen insats avlösarservice i hemmet.
■ Extern kontroll rengöring och städ av	Kontroll	1 ggr per år	De åtgärder och rutiner som är framtagna är kända och används



Egenkontroll	Kontrollmoment för Egenkontroll	Frekvens	Kommentar
miljö och hälsa.			på rätt sätt. Miljö- och hälsa har inte gjort någon tillsyn under året pga. pågående Coronapandemin.
● Följa upp genomförandeplan	Granskning av journaler	2 ggr per år	Genomförandeplanerna är uppföljda och aktuella, i assistansgrupperna görs detta tillsammans på APT för att alla i personalgrupperna ska känna sig delaktiga. På Paletten/Kompassen görs det på brukarkonferenser som hålls av stödpedagogen. Det finns också en rutin som innebär att SAS granskar ett antal genomförandeplaner under året för att säkerställa kvalitén
● Genomgång av aktuella behandlingsmetoder	Kontroll	1 ggr per år	Vi följer socialstyrelsen rekommendationer. Under året har två medledare blivit certifierade Marte Meo instruktörer.. Tre har utbildats i ESL, (ett självständigt liv). Två har gått en utbildning hela barn som är för föräldrar i svår konflikt. Planen är att en medledare ska utbildas i HAP och en i Trappan metoden under 2022.
● 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.
● Gästerna ska ha en individuell rehabplan.	Kontroll	2 ggr per år	De gäster som har behovet har en individuell rehabplan.
■ Hygienrond 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. Hygienrond planeras till våren 2022.
● 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 läkemedelshantering". Införande av digitala signeringslistor har bidragit till en säker läkemedelsöverlämning. Enstaka delegeringar har dragits tillbaka under 2021.
● 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.

Egenkontroll	Kontrollmoment för Egenkontroll	Frekvens	Kommentar
● Kontroll av Phoniro ASS-listor inom personlig assistans.	Kontroll	Månadsvis	Det administrativa arbetet runt Phoniro-assistans appen genomförs av stabspersonal Therese Hagrydh 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.
● 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. Fler kommer bli boendestöd i framtiden pga, ny praxis. så på sikt kommer det bli mer sådana ärenden som tidigare var servicebostad. Två lägenheter för gruppboendestöd behövs inom 1-2 år
● Redovisning till budgetberedning	Kontroll	1 ggr per år	Verksamheten har sett över aktuell process under 2021 och anpassat till aktuella rutiner utifrån en gemensam budget. Budgetunderlag har lämnats från verksamheten och antagits.
● Samtal med familjehandlare	Självskattning Kontroll	2 ggr per år	Samtal med familjehandlare om att det alltid ska ske uppstartsmöten och att det alltid ska ske uppföljningsmöten, samt att man kan kalla till behovskonferens om uppdraget behöver justeras eller annat uppkommer under insatstiden.
● Skyddsronnd på Paletten (Daglig verksamhet)	Självskattning	1 ggr per år	Enligt ökning med HR Grästorps ändras tider för div arbetsmiljörelaterade undersökningar. Den årliga skyddsronnen kommer därför genomföras i början av året och genomförs därför inte i november 2021.  Årlig uppföljning är av SAM och SBA dokumentet är gjorda tillsammans med medlemmarna.
● Stickprovskontroll av behandlingsmetoder socialpsykiatri.	Kontroll	4 ggr per år	Tre personal gick ESL, två har gått utbildning inom 12 steg under året
● 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.

Egenkontroll	Kontrollmoment för Egenkontroll	Frekvens	Kommentar
● Uppföljning av inkomna avvikelserapport i Magna Cura enligt Lex Maria.	Avvikelse rapport från Magna Cura	Månadsvis	Avvikelsestatistik redovisas till Välfärdsutskottet varje kvartal. Ingen anmälan om vårdskada är gjord till IVO.
● Uppföljning av inkomna avvikelserapporter enligt Lex Sarah.	Avvikelse rapport från Magna Cura	Månadsvis	2 avvikelser har bedömts och utretts enligt Lex Sarah under 2021. Efter genomförd utredning har dessa rapporterats till VäU.
● Uppföljning av skickade och inkomna avvikelser SAMSA	Avvikelse rapport SVPL	Månadsvis	Inkomna avvikelser from hösten 2020 sker i ett gemensamt system MedControl tillsammans med VG regionen och 49 kommuner. Vi har skrivit 12 st och besvarat 2 från sjukhusen.
● Årlig uppföljning av samverkan Trepert enligt protokoll.	Inhämtning av synpunkter Avvikelse rapport SVPL	1 ggr per år	Trepertmöten har skett på distans på grund av pandemi. Uppdatering av samverkansavtal och handlingsplan är gjorda.
● Dialog med brukare och utförare samt kontroll av utförd ledsagartid via lönelistor	Kontroll	Månadsvis vid aktuella ärenden	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	Självskattnig	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	Vid granskning av planer i i hemtjänsten augusti 2021 framkom endast 5 planer av 20 planer har upprättats inom kvalitetsgarantin. 7 planer är autoskapade av handläggare och ej åtgärdade. Under året har fokus i verksamheten varit <i>Heltid som norm</i> samt att hantera en pandemi.
● Granskning av journaler	Kontroll	1 ggr per år	Granskningar sker spontant med inte systematiskt. Därför kommer verksamheten under 2022 granskas extern av SAS/Utvecklingschef som ett led i verksamhetsutveckling för få bättre egenkontroller och systematik.
● 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	Efter sommaren 2021 har verksamheten återupptagit SIP-möten efter ett uppehåll utifrån restriktioner pga Covid-19.
● Kontroll av spol och diskdesinfektorer	Dokumentation Inhämtning av synpunkter	1 ggr per år	Extern kontroll utförd i november med godkänt resultat.

Egenkontroll	Kontrollmoment för Egenkontroll	Frekvens	Kommentar
● Rapport till VäU om ändrade fördelningstal	Statistik	1 ggr per år	Fördelningstalet har inte överskridits.
● Samtal med familjehandlare 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
● Skyddsronnd på Daglig sysselsättning (Kompassen)	Avvikelse rapport från Magna Cura Tillbudsrapportering	1 ggr per år	Enligt ök med HR Grästorp ändras tider för div arbetsmiljörelaterade undersökningar. Den årliga skyddsronden kommer därför genomföras i början av året och genomförs därför inte i november 2021. SAM och SBA-dokumenterna är uppföljda tillsammans med medlemmarna.
● Uppföljning av genomförandeplan på särskilt boende äldreomsorg.	Kontroll	2 ggr per år	Vistegården Vid halvårsgranskningen i augusti fanns upprättade planer i samtliga 10 ärenden men 6 planer är ej upprättade inom kvalitetsgarantin. Detta beror på en förändring i arbetssättet för att synka med uppföljningar i BPSD etc. Nästa år är det tänkt att uppföljningen ska löpa enligt plan med uppföljningar inom 6 månader. Hallers väg Vid halvårsgranskningen i augusti var 3 av 3 planer är ej upprättade inom kvalitetsgarantin (inom 30 dagar el uppföljd inom 6 månader). Det finns upprättad plan i 2 av 3 fall. Verksamheten har gjort ytterligare arbete med genomförandeplaner och resultatet har förbättrats under hösten. Chef har koll på detta.
● Uppföljning av sammanställning av inkomna synpunkter/klagomål och lämnade svar i social verksamhet.	Inhämtning av synpunkter	2 ggr per år	Två synpunkter har inkommit via Medborgarkontoret; 18 augusti samt 2 oktober. En är besvarad av redaktör på hemsidan för social verksamhet tillika utvecklingschef, den andra av medicinskt ledningsansvarig och HR-chef. Svar på tidigare inlämnat yttrande till IVO i ärende (KS 2021/356) har ej kommit.
● Avvikelse rapporter från verksamheten	Avvikelse rapport	Månadsvis	Inga avvikelser.
● 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	2 anmälningar är gjorda till Läke medelsverket/Socialstyrelsen och leverantör.
● Självskattning av basala hygienrutiner	Självskattning	2 ggr per år	Under hela 2021 har det varit stort fokus på basala hygienrutiner och användning av skyddsutrustning till

Egenkontroll	Kontrollmoment för Egenkontroll	Frekvens	Kommentar
			följd av pågående Corona pandemin. Uppföljning har gjorts och personal har god kunskap och följsamhet till rutiner.
● Tillgång till lägenheter för kommande brukare	Kontroll	1 ggr per år	Under 2021 har vi försökt med att hitta andra lösningar för boende. Vi har lyckats övertala tekniska att låta några boende få egna kontrakt på Veland, vilket frisatt lägenheter för integration. Vi har fyllt hela 2021 års kvot och har några lägenheter att fylla 2022 års kvot som är 6 individer. Inget beslut på servicebostad är på ingång.
● Granskning av journaler	Granskning av journaler	1 ggr per år	Granskningar sker spontant med inte systematiskt. Därför kommer verksamheten under 2022 granskas extern av SAS/Utvecklingschef som ett led i verksamhetsutveckling för få bättre egenkontroller och systematik.
● 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 2021 har rutinen följts.
● Antal betaldagar	Kontroll	Månadsvis	Social verksamhet har inga betaldagar för patienter som legat kvar på sjukhus under 2021.
● Tillgång till boendeplatser	Självskattning	1 ggr per år	Ytterligare en lägenhet har skapats på Smultronvägen. Verksamheten tillsammans med Trygga Hem har förvärvat en fastighet för att ev flytta boendeplatser till annan plats. I samband med det beräknas att kunna utöka antalet platser.
● Systematisk logguppföljning av dokumentation i Magna Cura.	Granskning av journaler	Månadsvis	Granskning av loggar har skett under året, ingen avvikelse rapporterad.

Under 2021 har Social verksamhet haft ett stort fokus på att uppdatera samtliga rutiner och processer i kvalitetsledningssystemet. Därutöver har verksamhetens fokus varit på den pågående pandemin. Under denna tid har det varit god följsamhet till de särskilda rutiner och processer som gällt angående basala hygienrutiner, användande av skyddsutrustning och smittspårning. De egenkontroller som inte gjorts eller följts upp beror bland annat på konsekvenser av pandemin med avrådan mot besök i särskilda boenden. Vissa enheter har fortsatt svårigheter att få till ett systematiskt arbete med genomförandeplanerna. Nya riktlinjer kommer att implementeras under 2022 samt att verksamheten byter system för dokumentation from 2023 kommer att ge möjlighet att lägga fokus på arbetsätt.

## 10.2 Uppföljning av åtgärder

Verksamheten har under året haft stort fokus på att hantera Coronapandemin vilket gjort att arbetet med utveckling av Kvalitetsledningssystemet varit begränsat. Vårt fokus har varit att se till att alla nuvarande processer och rutiner har uppdaterats.

### 10.3 Uppföljning avvikelser under året

Avvikelse	Summa/Avvikelse	Kommentar
Fallrapport	492	Under 2021 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	191	I senaste Öppna Jämförelser som visar siffrorna (2020) från Socialstyrelsens patientregister framgår att det är ett lägre antal vårdtagare på Hemtjänst och Särskilt boende i Grästorp som använder olämpliga läkemedel, antipsykotiska läkemedel samt har fler än tio läkemedel.
Dokumentation	1	När internetuppkopplingen slutade fungera under en helg kom personal inte åt nödvändig dokumentation. Rutin har förtydligats med vart man vänder sig.
Medicintekniska produkter	9	Två anmälningar om negativ händelse och tillbud med medicinteknisk produkt är inlämnade till Läkemedelsverket, IVO och leverantör.
Informationsöverföring	13	Rapporterade brister handlar om brister av information vid överlämningar mellan olika professioner och enheter.
Omvårdnadshändelser	63	Omvårdnadshändelserna har minskat men det tros bero på att vi lyft ut avvikelser om olästa medicinskåp till läkemedelsavvikelser samt larm/sökarsystem till en ny avvikelsegrupp. Många omvårdnadsavvikelser handlar om insatser som försenats pga larm eller missar i planeringen. Övriga omvårdnadsavvikelser visar oftast på brister som kan åtgärdas i verksamheten genom att tydliggöra rutiner/arbetssätt i verksamheten.
Bemötande	4	Avvikelser om bemötande avser brukares bemötande mot annan brukare eller mot personal. 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.

Avvikelse	Summa/Avvikelse	Kommentar
Rehabilitering	0	Träningar läggs in i e-signering, vilket bidrar till att de utförs och prioriteras.
Larm/sökarsystem	38	From 2021 har vi lyft ur avvikelser om larm från omvårdnadshändelser för att få en bättre överblick hur den digitala tekniken används och fungerar. 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	0	Två Lex-Sarahutredningar har gjorts under året. Ingen utredning anmäldes vidare till IVO. Samtliga utredningar gjordes utifrån brister i omvårdnaden.
Samordnad vårdplanering annan vårdgivare	12	Avvikelsehantering sker i systemet MedControlPro som är gemensamt för alla vårdgivare i VGR. Under 2021 har kommunen lämnat 12 stycken avvikelser till Skas och NU-sjukvården. Vi har besvarat 2 avvikelser på vårt arbete från sjukhusen.
Synpunkter och klagomål	5	Under våren inkom 2 synpunkter samt 1 klagomål, under hösten har det inkommit 2 synpunkter. Samtliga synpunkter har besvarats och rapporterats via hemsidan. Klagomålet lämnades vidare till IVO av anhörig som begärde in ett yttrande från verksamheten. MAS och SAS skickade in ett yttrande till IVO i början av juni månad. Något avslut i ärendet har inte kommit ännu från IVO.

Under 2021 ligger det totala antalet avvikelserapporter på samma nivå som 2020. Dock har antalet fallrapporter och läkemedelsavvikelser blivit fler jämfört med föregående år. Flera av avvikelserna är mycket bra underlag för att kunna analysera, skapa ett lärande och förbättra verksamheten.

## **10.4 Uppföljning av verksamhetens mål och 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 Välfärdsutvecklingsutskottet med efterföljande dialog på respektive område.

### **Q1 (mars 2021) Patientsäkerhet**

Dialogen har kommit fram till att verksamhetens arbete med målet hittills under året (2021) visar på god måluppfyllelse. Verksamheten är där de förväntas eller borde vara vilket

också framgått tydligt när Kvalitet- och patientsäkerhetsberättelsen för 2020 redovisats tidigare i mars 2021. Det upplevs fantastiskt att det gått så bra som det gjort med tanke på det året som varit med pandemi. Även om aktiviteter skjutits upp har verksamheten en plan för hur och när dessa ska kunna genomföras 2021. Genom hela pandemin har verksamheten haft ett helhetsperspektiv.

De som Social verksamhet är till för bedöms ha påverkats positivt med det sätt som verksamheten har arbetat med målet/målen. Verksamheten har genom god samverkan internt och externt arbetat aktivt för att upptäcka smitta i samband med Covid-19. Därigenom har smittspridning hindrats bland både brukare/patienter och personal. Social verksamhet har hittills klarat pandemin förhållandevis bra med färre smittade och dödsfall jämfört med närliggande kommuner.

Negativa effekter av stängning av verksamheter har uppmärksammats och vidtagit åtgärder för att hålla verksamheter öppna på ett smittsäkert sätt. I dialogen lyfts att personalen haft ett tufft år och att det finns förutsättningar för att de ska fortsätta orka arbeta som hittills bedöms ha stor effekt på patientsäkerheten i framtiden. Vidare lyfts fundering om hur verksamheten kan fånga upp effekter på patientsäkerhet som ”missas på vägen”, t.ex. för den psykosociala hälsan.

### **Q2 (juni 2021) Effektiv och innovativ välfärd**

Dialogen har kommit fram till att verksamheten är där man kunnat förväntas vara och det finns en stolthet över att vi kommit så långt i Grästorps. Det finns en stor nyfikenhet och vilja i verksamheten. Verksamheten har visat att den digitala kompetensen ökat. Det har börjat komma mer förslag på digitalisering och innovationer från medledare. Ett arbete har påbörjats för att tydliggöra processen för verksamhetsutveckling digitalisering. ”Digitaliseringsambassadörerna” upplevs vara en god kraft i fortsatt utveckling. En viss oro finns över hur verksamheten går vidare när den upplevs vara en spjutspets på området; vad är verksamhetens nästa steg?

Verksamheten behöver stärka tryggheten för brukare och fortsatt se till att satsningar på välfärdsteknik kommer till nytta för de vi är till för. Utvecklingen bedöms gå fort även framöver och det är en ”djungel” att hitta/göra rätt i utifrån juridiska, ekonomiska och etiska aspekter. Hur välfärdsteknik påverkar de vi är till för på lång sikt är svårt att bedöma idag. Området välfärdsteknik bör lyftas med till Pensionärs- och handikapprådets möte som en arena för marknadsföring och dialog utifrån inriktningen att tänka ”digitalt först”.

### **Q3 (september 2021) Hälsöfrämjande och förebyggande insatser**

Dialogen har kommit fram till verksamheten gjort mycket på området med god måluppfyllelse och känner stolthet att vi är där vi är trots förutsättningar. Verksamheten får dock inte stanna av utan behöver sträva efter att komma ännu längre.

Hälsöfrämjande insatser måste finnas till för alla åldersgrupper oavsett om man har insatser från kommunen redan. Detta bedöms vara ett område för verksamheten att utveckla. Verksamhetens målsättning är att nå personer i ett tidigt skede innan stora behov av insatser uppstår. Det är viktigt med en kreativ dialog som inspirerar till ytterligare fördjupningar kring mål och resurser.

Det går inte alltid att se om det är insatsen eller om det är annat som påverkat situationen för en person. Att mäta kvalitén på insatser och se om de skapat rätt förutsättningar för hälsa och positiv utveckling föreslås vara ett sätt att följa upp. Nöjd personal påverkar



kunder positivt och därför är det viktigt att nå ut med information till medledare. I dialogen lyftes att både verksamhet och politiken behöver hitta nya sätt att kommunicera.

Verksamheten följer aktivt möjligheter att få statsbidrag som kan utgöra ”smörjmedel” och skapa nya förutsättningar för de behov som verksamheten ser. Men statsbidrag ger få förutsättningar för långsiktiga satsningar och resursplanering i verksamheten.

#### **Q4 (december 2021) Kundnöjdhet**

Dialogen fokuserade på en god måluppfyllelse trots förutsättningarna; fortsatt pågående pandemi, stort fokus på införande av Heltid som norm samt att ingen brukarundersökning genomfördes nationellt inom särskilt boende för äldre och hemtjänst. Istället gjordes en lokal kvalitativ undersökning i mindre omfattning som gett ett bra underlag att arbeta vidare med i arbetsgrupperna. Verksamheter har till stor del genomfört planerade aktiviteter i målarbetet vilket bedöms ha bidragit till måluppfyllelsen.

”Guldkansarrangemang” som anordnas av personal ute i verksamheten har genomförts i stort sett som planerat. Det upplevs som fantastiskt med uppfyllda mål trots pandemin och att verksamheten i vissa fall kunnat vända pandemins till något positivt, t.ex. borttagna arbetsuppgifter för daglig verksamhet har ersatts med nya som upplevs vara bättre.

Politiken föreslår utökad dialog med brukare i undersökningar där enskilda svar ger stora utslag på det totala resultatet istället för att bara fokusera på sifferresultat.

Utmaningar som verksamheten redan nu känner oro inför kommande år som även spås kunna påverka kundnöjdheten är det ökade inflödet av äldre med stora behov, orosanmälningar gällande barn och unga, att kontinuiteten i några enheter minskar när de som arbetar heltid arbetar i flera grupper samt svårigheter att rekrytera i flera yrkesgrupper.

Politiken uppskattar att verksamheten lyft olika utmaningar och uppmuntrar till fortsatt information och dialog. Cheferna upplever att de har haft ett gott stöd av politikerna under året.

## 11 Övergripande mål för kommande år

Grästorps kommun har from 2020 antagit 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.

Nämndens mål för 2022 är fortsatt *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 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
- 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
- Erbjuder "en-till-en-telefoner" (pilot)
- 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.