



Kvalitet- och patientsäkerhetsberättelse 2020

Social verksamhet

Innehållsförteckning

| | |
|--|-----------|
| 1 Sammanfattning | 3 |
| 2 Övergripande mål | 5 |
| 3 Organisatoriskt ansvar för kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet | 6 |
| 4 Struktur för uppföljning och utvärdering | 8 |
| 5 Samverkan för att erbjuda god vård och omsorg med kvalitet | 9 |
| 6 Struktur för riskanalys | 10 |
| 7 Struktur för informationssäkerhet | 11 |
| 8 Rapporteringsskyldighet | 12 |
| 9 Hantering av klagomål | 13 |
| 9.1 Klagomål och synpunkter..... | 13 |
| 9.2 Beskrivning av sammanställning och analys..... | 13 |
| 9.3 Samverkan med patienter och närstående | 13 |
| 10 Resultat | 14 |
| 10.1 Uppföljning av genomförda egenkontroller | 14 |
| 10.2 Uppföljning av åtgärder | 21 |
| 10.3 Uppföljning avvikelser under året..... | 22 |
| 10.4 Uppföljning av mått | 23 |
| 10.5 Uppföljning av kvalitetsgarantier | 34 |
| 11 Övergripande mål för kommande år | 36 |

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 två dagar per vecka. Totalt finns ca 30 personer med insats dagverksamhet. Seniorcenter som är en öppen verksamhet med olika aktiviteter under veckans alla dagar hade ca 400 besökare per månad innan Corona pandemin gjorde att vi stängde. Kommunen är assistansanordnare åt 9 brukare och det finns omkring 20 individer med bostad med särskild service. Närmare 30 brukare har insatsen daglig verksamhet inom LSS

Under 2020 har två kvalitetsdagar genomförts tillsammans med Medicinskt ansvarig sjuksköterska(MAS) och Socialt ansvarig samordnare(SAS) och fokus har varit på enheternas arbete med kvalitetsplanens egenkontroller, riskanalyser och avvikelshantering. Kvalitetsplanen synliggörs på ett nytt sätt för all personal på intranätet via SKA-portalen. Genomgång av innehållet i form av processer och rutiner har skett på APT etc. Detta har visat sig vara en lyckad satsning och skapat en ökad delaktighet, kunskap och dialog om befintliga rutiner.

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 fick skjutas upp 2019 då utbildningen inte längre kunde erbjudas i kommunens regi. Utbildningstillfällen planerades in i september 2020 med avtalad extern utbildare men sköts upp på grund av det osäkra läget utifrån Coronapandemin. Därefter planerades nya datum in i november. Fyra tillfällen genomfördes då innan ledningsgruppen beslutade att avblåsa utbildningen utifrån nya restriktioner. Utbildningen är nu inplanerad i maj 2021.

Inga utredningar har anmälts till Inspektionen för vård och omsorg enligt Lex Sarah/Lex Maria. Inga ärende är registrerade hos Patientnämnden under 2020. Synpunkter och klagomål utreds och hanteras enligt gällande rutiner. Det har inkommit 6 synpunkter till Social Verksamhet som besvarats av enhetschef/MAS.

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.

Statistik från Senior alert visar att 82 procent har en åtgärdsplan vid risk för fall, trycksår och/eller undernäring. Identifierade åtgärder vid risk utförs och dokumenteras av omvårdnadspersonal och legitimerad personal. Personalen arbetar systematiskt med riskbedömningar enligt Senior alert. Vår analys är att arbetet bidrar till en god och säker vård.

Statistik från Palliativregistret kring "smärtskattning sista levnadsveckan" har förbättrats jämfört med tidigare år. Dialog i hela arbetsgruppen har bidragit till att förbättra resultatet. Vi fortsätter dialogen för att få samsyn i sjuksköterskegruppen kring frågorna i registret samt att vi påminner varandra om att dokumentera det som görs.

Sammantaget har värdena i BPSD-statistiken förbättrats jämfört med tidigare år. Vi vill fortsätta att jobba vidare med att teambaserat arbeta med BPSD. En handlingsplan för detta finns där omvårdnadspersonal, legitimerad personal och enhetschef samverkar.

* *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*

Undersökningen "Vad tycker de äldre om äldreomsorgen" 2020 visar att kommunens särskilda boenden fortsatt har många nöjda kunder. Kundnöjdheten i hemtjänsten ökade återigen. Brukare med bostad med särskild service enligt LSS är fortsatt mycket nöjda. Antalet personal som en vårdtagare med hemtjänst träffar under 14 dagar har ökat till 18. Riksnittet är 15 personal.

Under 2020 (2019) registrerades 532 244 (509 086) hälso- och sjukvårdsinsatser i e-signerings app. Av dessa utfördes 528 998 (504 903) vilket är 99,4% (99,2 %) av omsorgspersonal. 3 246 (4 183) 0,6 % (0,8 %) utfördes inte. 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.

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

Följande har gjorts i verksamheten under 2020 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
- MAS har haft extra möten med hygienombuden
- Appen Visible Care köptes in med korta instruktionsfilmer för att visa bland annat hur skyddsutrustning används och hur man jobbar med 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

Nämndens mål för 2020 är *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 är:

Hälsöfrämjande och förebyggande insatser

- Ta fram en ÄO-strategi
- Ta fram en LSS-strategi
- Uppföljning/lärande av alla enheters arbete med planer utifrån ett förebyggande och hälsöfrämjande perspektiv

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.

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

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 (Medicin Tekniska 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

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, mödrahälsovård MHV, barnhälsovård BHV, skolan, Västbus och Trepert psykiatri är viktiga aktörer kring barn och unga samt psykiatri.

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

Lokala näringsidkare och privata assistansanordnare är viktiga medaktörer.

I Kvalitetsledningssystemet beskrivs samverkan i varje process mer detaljerat.

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 arbetsätt har börjat 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. Avvikelserapporterna berör också SoL/LSS inte enbart HSL.

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

Rutin för avvikelserapportering

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

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

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

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

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

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 | <p>Vid granskning av akter för placerade barn/unga i familjehem under 2020 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 besök av socialsekreterare 2-3 ggr/år och där emellan telefon/maillkontakt. I de flesta ärenden är det också samma socialsekreterare som under året haft kontakt med placerat barn/ungdom.</p> <p>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.</p> <p>Inga oplanerade avbrott har skett under 2020, inga familjehem har sagt upp sig.</p> |
| ● Kontroll av blodtrycksmanschetter | Kontroll | 1 ggr per år | Kontroll av blodtrycksmanschetter har gjorts via Medicin tekniska avdelningen(MTA) Skövde. |
| ● Kontroll av läkemedelsavvikelser från Magna Cura | Avvikelse rapport från Magna Cura | Månadsvis | Läkemedelsavvikelserna har ökat något under 2020. |
| ● 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. |
| ● Registrering i SUS (System för uppföljning av samverkan). | Självskattning Statistik | 4 ggr per år | Bytt funktion från Case Manager till rehab vägledare och fått fler ärenden från försäkringskassan. Vi har 9 aktuella |
| ● Uppföljning av genomförd journalgranskning i hälso- och sjukvård. | Granskning av journaler | 2 ggr per år | <p>Vid den kollegiala journalgranskningen var det 20 journaler som granskades. Granskningen bidrar till ett lärande och en åtgärdsplan upprättas för utbildning på kommande APT.</p> <p><u>Hälsoförhållande:</u> 11 journaler hade uppdaterade hälsoförhållanden och 3 var inte uppdaterade. 6 journaler saknades hälsoförhållande.</p> <p><u>Tillfälliga händelser:</u> 15 journaler har tillfälliga händelser, utav dessa är det 7 som borde vara avslutade. I 4 journaler fanns det tillfälliga händelser som borde varit hälsoärenden.</p> |

| 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 2020 handlat om insatser kring Coronapandemin vad gäller provtagning, smittspårning och vaccination. |
| ● Uppföljning av korttidsvistelsen | Självskattning | 2 ggr per år | De enkäter som besvarats av gäster under första halvan på 2020 har visat på ett positivt resultat. Analys har gjorts tillsammans med personalen på APT. |
| ● 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 Grästorp 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 | | Vid granskningen i augusti noterades en markant förbättring gällande upprättande av genomförandeplaner ÅO och LSS i förhållande till aktuell kvalitetsgaranti. Av 48 granskade planer var det 35 % som inte uppfyllde kvalitetsgarantin (ÅO 37 % LSS 31%.) 10 % av samtliga planer som granskades bedömdes som ej godkända då det inte fanns en plan eller att planen inte var signerad (ÅO=10%) Även granskningen inom IFO visade på förbättringar. Av 20 granskade planer var det 20 % som inte uppfyllde kvalitetsgarantin. Samtliga planer bedömdes godkända, dvs det fanns en plan och den var signerad. |
| ● Dialog med brukare och utförare samt kontroll av utförd avlösartid via lönelistor | Inhämtning av synpunkter Kontroll | | Vi har för närvarande ingen insats avlösarservice i hemmet. |
| ● Extern kontroll rengöring och städ av miljö och hälsa. | Kontroll | 1 ggr per år | De åtgärder och rutiner som är framtagna är kända och används på rätt sätt. Miljö- och hälsa har inte gjort någon tillsyn under året pga. pågående Coronapandemin. |
| ● Följa upp genomförandeplan | Granskning av journaler | | Genomförandeplanerna är uppföljda och aktuella. Det finns också en rutin som innebär att SAS granskar ett antal genomförandeplaner under året för att säkerställa kvalitén |

| Egenkontroll | Kontrollmoment för Egenkontroll | Frekvens | Kommentar |
|---|---|--------------|--|
| ● Genomgång av aktuella behandlingsmetoder | Kontroll | 1 ggr per år | Jämfört verksamhetens metoder med kunskapsguidens rekommenderade metoder för missbruk/beroende, socialpsykiatri och föräldrastöd. I samarbete med andra kommuner i Skaraborg och metodnätverk för behandlingsmetoder, arbetar vi för att erbjuda metoder med bevisad effekt och kontinuerligt utbilda behandlare i samarbete. I nuläget utbildas två familjebehandlare i Marte meo och ett flertal i Motiverande samtal. |
| ● Genomgång sker med arbetsledare i alla ärenden där LVU kan bli aktuellt | Självskattning | Veckovis | Samtliga handläggare har regelbundna möten med arbetsledare. |
| ● Gästerna på dagverksamhet rehab 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 | Hygienrund genomförs vart annat år, nästa är planerad till våren 2021. |
| ● Inskrivna i kommunal hälso- och sjukvård. | Kontroll | | 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. 1 delegering har dragits tillbaka under 2020. |
| ● Kontroll av beslutade insatser korttidstillsyn LSS. | Kontroll | 1 ggr per år | Kontroll utförd. |
| ● Kontroll av beslutade insatser korttidsvistelse LSS | Självskattning Kontroll | 1 ggr per år | Alla beslutade insatser har utförts under året. |
| ● Kontroll av Phoniros 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. |

| Egenkontroll | Kontrollmoment för Egenkontroll | Frekvens | Kommentar |
|---|---------------------------------|--------------|--|
| ● 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 förste socialsekreterare och 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 | Workshop kring ekonomi 2021 har varit vid ett flertal tillfällen med ledningsgruppen. Nytt för 2020 har varit "en gemensam budget" där vi gemensamt i KLG fördelar medel. Aktuell process i Stratsys/ kvalitetsplanen måste ses över för att överensstämma med nya styr- och ledningsmodellen. |
| ● Samtal med familjebehandlare | Självskattning Kontroll | | Samtal med familjebehandlare 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. |
| ● Skyddsronde på Paletten (Daglig verksamhet) | Självskattning | | Enligt ökning med HR Grästorp ändras tider för div arbetsmiljörelaterade undersökningar. Den årliga skyddsronden kommer därför genomföras i början av året från 2021 och genomförs därför inte i november 2020. Skyddsronden kommer ske digitalt den 5 feb 2021 |
| ● Stickprovskontroll av behandlingsmetoder socialpsykiatri. | Kontroll | 4 ggr per år | Vi har kompetens i flertal metoder. Ingen utbildning är aktuellt i nuläget. MI utbildning flyttas till februari pga Corona, Behovet av fler personer med utbildning i ESL har framförts till värdkommun Falköping. Kan bli aktuellt med utbildning 2021 där vi önskat att två från oss går. |
| ● Uppföljning av arbetet med verksamhetsplaner | Dokumentation | 1 ggr per år | Utifrån en ny styr och ledningsmodell finns det ingen verksamhetsplan specifikt för Socialverksamhet. Verksamhetsplanen finns istället övergripande för hela kommunen. För Socialverksamhet har uppföljning (mål, mått, aktivitet) genomförts via dialogmöten med ledningsgrupp samt Sociala utskottet. Utifrån den nya styr och ledningsmodellen behöver processen ses över inför 2021. |
| ● 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. |

| Egenkontroll | Kontrollmoment för Egenkontroll | Frekvens | Kommentar |
|--|---|----------------|---|
| ● Uppföljning av inkomna avvikelserrapport i Magna Cura enligt Lex Maria. | Avvikelse rapport från Magna Cura | Månadsvis | Avvikelsestatistik redovisas till sociala utskottet varje kvartal. Ingen anmälan om vårdskada är gjord till IVO. |
| ● Uppföljning av inkomna avvikelserrapporter enligt Lex Sarah. | Avvikelse rapport från Magna Cura | Månadsvis | SAS går regelbundet igenom samtliga avvikelser och påbörjar Lex Sarah-utredning direkt vid meddelande från anställd, enhetschef eller efter egen bedömning av rapporterad avvikelse. Tre utredningar enligt Lex-Sarah har genomförts under året. Ingen av dessa har anmälts vidare till Inspektionen för vård och omsorg, IVO. Vidtagna åtgärder bedömdes tillräckliga och har följts upp. MAS och SAS har sett att antalet avvikelser ökat och det är flera bra rapporterade avvikelser. Dock finns fortsatt brister kring dokumentation av utredning/åtgärder på några enheter. |
| ● Uppföljning av skickade och inkomna avvikelser SVPL | Avvikelse rapport SVPL | Månadsvis | Inkomna avvikelser from hösten 2020 sker i ett gemensamt system MedControl tillsammans med VG regionen och 49 kommuner. |
| ● Uppföljning av SMP för trygghetslarm | Loggning av nätverkssystem | Veckovis | Trygghetslarmen kontrolleras via SMP av larmansvarig 4 dagar i veckan, även enhetschefen ha access till systemet för att kontrollera under längre helger eller vid larmansvarigs frånvaro. |
| ● Årlig uppföljning av samverkan Trepert enligt protokoll. | Inhämtning av synpunkter Avvikelse rapport SVPL | 1 ggr per år | Årlig uppföljning hösten 2020 har skjutits upp till våren 2021 pga Coronapandemin. |
| ● Dialog med brukare och utförare samt kontroll av utförd ledsagartid via lönelistor | Kontroll | | Vi har under 2020 fått en brukare med insatsen ledsagarservice. |
| ● 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 | 11 planer av 20 planer har upprättats inom kvalitetsgarantin. Flera ej godkända planer har fått flera nya ändringar + el-tid på kort tid under sommartid. Organisation för att klara kvalitetsgarantin under sommar/semester.. Flera av de upprättade planerna är mycket bra i innehållet. |

| Egenkontroll | Kontrollmoment för Egenkontroll | Frekvens | Kommentar |
|---|---|--------------|--|
| ● Granskning av journaler i myndighetsenheten vuxna | Kontroll | 1 ggr per år | Granskningar sker spontant med inte systematiskt. Därför kommer verksamheten under 2021 se över hur processen ska kunna säkras genom bättre egenkontroller och systematik. |
| ● Kontroll av att uppföljning av individuellt förskrivet hjälpmedel görs i tillräcklig omfattning | Dokumentation | 2 ggr per år | Uppföljning av förskrivet hjälpmedel görs enligt rutin. |
| ● Kontroll av spol och diskdesinfektorer | Dokumentation Inhämtnings av synpunkter | 1 ggr per år | Extern kontroll utförd i november med godkänt resultat. |
| ● Rapport till SU om ändrade fördelningstal | Statistik | 1 ggr per år | Fördelningstalet har inte överskridits. |
| ● Samtal med familjebehandlare om aktuella uppdrag | Självskattning Kontroll | | Gått igenom ärenden på gruppmöte |
| ● Skyddsronde på Daglig sysselsättning (Kompassen) | Avvikelse rapport från Magna Cura Tillbudsrapportering | | Enligt ökning med HR Grästorp ändras tider för div arbetsmiljörelaterade undersökningar. Den årliga skyddsronden kommer därför genomföras i början av året från 2021 och genomförs därför inte i november 2020. Skyddsronden kommer ske digitalt 5 feb 2021 |
| ● Uppföljning av genomförandeplan på särskilt boende äldreomsorg. | Kontroll | 2 ggr per år | På Vistegården är genomförandeplanerna uppdaterade utav utsedda omsorgsledare. På Hallers väg är genomförandeplanerna uppdaterade av kontaktpersonalen. Uppdatering har skett minst en gång/halvår. |
| ● Uppföljning av larmrapporter gällande trygghetslarm från Tunstall | Larmrapport | Månadsvis | Stora störningar i larmcentralens hantering av trygghetslarm i samband med att de byter supportplattform i oktober. Se bifogad summering av avvikelser. Det har däremot inte varit några avvikelser kring själva larmenheterna eller dess uppkoppling. |
| ● Uppföljning av sammanställning av inkomna synpunkter/klagomål och lämnade svar i social verksamhet. | Inhämtnings av synpunkter | 2 ggr per år | Andra halvåret 2020 har en synpunkt inkommit som besvarats av enhetschefer inom äldreomsorgen. Synpunkterna redovisas enligt plan på SU. |
| ● 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. |

| Egenkontroll | Kontrollmoment för Egenkontroll | Frekvens | Kommentar |
|---|-----------------------------------|--------------|---|
| ● Avvikelse rapporter från myndighetsenheten | Avvikelse rapport | Månadsvis | Ingen avvikelse under december månad. |
| ● Följsamhet till lokal rutin Samordnad vårdplanering i Grästorp. | Inhämtning av synpunkter | | God följsamhet till rutinen. |
| ● Kontroll av avvikelser på medicintekniska produkter | Avvikelse rapport från Magna Cura | 1 ggr per år | 1 anmälan är gjord till Läkemedelsverket/Socialstyrelsen och leverantören. |
| ● Självskattning av basala hygienrutiner | Självskattning | 2 ggr per år | Under hela 2020 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 | Kontroll | 1 ggr per år | Under 2021 kan 3 nya ärenden på servicebostaden bli aktuellt. Under året har en förändring skett där flera ärenden utförs av Vita huset istället samt att brukare har flyttat. Lägenheter för individer med behov är en bristvara och fastighetsägare vill inte hyra ut med risk för störningar. Frågan lyfts till flera chefer och politiker i ledande ställning att detta är ett problem att lösa, med liten framgång. Hanterar efter bästa förmåga och tittat på lösningar i form av modulhus, atterfallshus etc för att lösa uppgiften. 2020 års anvisningar av nyanlända och lägenheter till dessa är uppfyllda. för 2021 är det 7 individer som ska mottagas. |
| ● 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 | Granskningar sker spontant med inte systematiskt. Därför kommer verksamheten under 2021 se över hur processen ska kan säkras genom 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 2020 har rutinen följts. |
| ● Antal betaldagar | Kontroll | Månadsvis | Social verksamhet har inga betaldagar för patienter som legat kvar på sjukhus under 2020. |
| ● Systematisk logguppföljning av dokumentation i Magna Cura. | Granskning av journaler | Månadsvis | Granskning följer plan ingen avvikelse. |

De två kvalitetsdagar som genomfördes 2020 har bidragit till att vi genomfört samtliga egenkontroller och att dessa fallit ut med gott resultat. Ansvariga chefer fick möjlighet att arbeta med att uppdatera processer som de ansvarar för och göra riskanalyser och egenkontroller. Social verksamhet har i verksamhetsplanen lagt stort fokus på upprättande och efterlevnad av olika planer då vi tror att detta har stor påverkan på områdena kundnöjdhet och patientsäkerhet. Verksamhetsplanen har kompletterats med ytterligare aktiviteter som ska stödja detta arbete.

10.2 Uppföljning av åtgärder

| Åtgärd | Status | Typ av åtgärd | Kommentar |
|---|-------------|---------------|---|
| 🟢 Göra en kartläggning/process för Seniorcenter | Pågående | Förbättrande | |
| 🟢 Hygienombudsträff | Pågående | Förebyggande | Hygienombudsträffar har genomförts under 2020 med fokus på åtgärder/information kring pågående Coronapandemi. |
| 🟢 Ta fram en process i 2c8 för partsamverkan Bryggan | Pågående | Förbättrande | Ett arbete pågår med att förändra Bryggans arbetsformer. Därefter kommer vi att färdigställa processen för Bryggan. |
| 🟢 Upprätthålla god kontakt med fastighetsägare angående bostadsbehov LSS | Pågående | Förebyggande | God kontakt med viktiga fastighetsägare erhålls. Fått ett flertal lägenheter för boende med särskild service och för etableringen under året. |
| 🟢 Information till kommunens politiker angående bostadsbehov LSS | Pågående | Förebyggande | Dialog utifrån behov sker med SU samt vid planerade förändringar av verksamhet. Planering för "hemmaplanslösningar" i annan form än nyttjande av befintliga platser i gruppbostad pågår. Det frigör i sin tur platser i gruppbostad för behov enligt LSS. |
| ✅ Ta fram egenkontroll kring SIP | Avslutad | Förbättrande | En granskning är gjord, vi kommer att ta fram struktur för att säkerställa kvaliteten i upprättade SIPar. |
| ✅ Ta fram egenkontroll under 2019 för LVM | Avslutad | Förbättrande | Processen har kompletterats med egenkontroll. |
| ⚪ Ta fram riskanalys och egenkontroll 2020 för processen överlämning från myndighet till utförare | Ej påbörjad | Förbättrande | Ej påbörjad pga annan prioritering. Slutdatum ändras till 2021-06-30. |
| 🟢 Ta fram riskanalys och egenkontroll för systematiskt kvalitetsarbete | Pågående | Förbättrande | Pga Coronapandemin har detta inte kunnat prioriteras |
| ⚪ Under 2020 ta fram nya egenkontroller(Myndighetsutövning barn) som svarar mot behov | Ej påbörjad | Förbättrande | Pga Coronapandemin har detta inte kunnat prioriteras |
| 🟢 Ett övergripande arbete för informationssäkerhet inom Grästorps kommun behöver tas fram. | Pågående | Förbättrande | Samverkan sker med Göliska IT om en gemensam informationssäkerhetssamordnare. Till sin hjälp har samordnaren en kontaktperson i kommunen som verkar i en arbetsgrupp övergripande i kommunen.. |

Verksamheten har god kontroll på vilka processer som behöver en aktiv åtgärd och vilka åtgärder som genomförts. Några har processer har uppdaterats enligt plan under 2020.



10.3 Uppföljning avvikelser under året

| Avvikelse | Summa/Avvikelse | Kommentar |
|----------------------------------|-----------------|---|
| Fallrapport | 483 | Under hela 2020 hade vi 11 frakturer, vilket är en mindre än 2019. 4 stycken gick till korttidsenheten efter sjukhusvistelse och resterande gick åter till hemmet eller sitt SÄBO. |
| Läkemedelsrapport | 175 | Under 2020 (2019) registrerades 532 244 (509 086) hälso- och sjukvårdsinsatser i e-signerings app. Av dessa utfördes 528 998 (504 903) vilket är 99,4% (99,2 %) av omsorgspersonal. 3 246 (4 183) 0,6 % (0,8 %) utfördes inte. 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. |
| Dokumentation | 4 | Under 2020 har avvikelser som rapporterats gällande bristande dokumentation ökat något men avvikelserna görs främst på grund av samvetsgrann personal som upptäcker att tid för uppföljning av beslut eller genomförandeplanen löpt ut och information som inte kommit med i skriftliga beställningar etc. Inga brukare har kommit till skada i dessa fall. |
| Medicintekniska produkter | 14 | En anmälan om negativ händelse och tillbud med medicinteknisk produkt är inlämnad till Läkemedelsverket, IVO och leverantör. |
| Informationsöverföring | 14 | Rapporterade brister handlar om brister av information vid överlämningar mellan olika professioner och enheter. |
| Omvårdnadshändelser | 131 | Omvårdnadshändelserna har fortsatt att öka. Många avvikelser handlar om insatser som försenats pga larm, insatser som inte utförs enligt plan, olästa medicinskåp och felplacerade rörelsevakter. Övriga omvårdnadsavvikelser visar oftast på brister som kan åtgärdas i verksamheten genom att tydliggöra rutiner/arbetssätt i verksamheten. En fördjupad redogörelse lämnas kvartalsvis till Sociala utskottet. |

| Avvikelse | Summa/Avvikelse | Kommentar |
|--|-----------------|---|
| Bemötande | 1 | Bemötandet gällde både mot personal och anhöriga. MAS har haft samtal med berörda och chef har följt upp med anhöriga. De har fortsatt förtroende för den kommunala sjukvården. |
| Rehabilitering | 4 | Träningar läggs in i e-signering, vilket bidrar till att de utförs och prioriteras. |
| Lex Maria | 0 | Ingen avvikelse är anmäld som vårdskada till IVO. |
| Lex Sarah | 0 | Tre Lex Sarah-utredningar har gjorts under året. Ingen bedömdes så allvarliga att de anmäldes till IVO. Samtliga utredningar gjordes utifrån brister i omvårdnaden. |
| Samordnad vårdplanering annan vårdgivare | | Avvikelsehantering sker i systemet MedControlPro som är gemensamt för alla vårdgivare i VGR. Under 2020 har kommunen lämnat 11 stycken avvikelser till Skas och NU-sjukvården. |
| Synpunkter och klagomål | | Totalt har 6 synpunkter inkommit under 2020. |

Under 2020 har antalet avvikelserapporter fortsatt ökat. 15 % fler rapporter jämfört med 2019. Flera av avvikelserna är mycket bra underlag för att kunna analysera, skapa ett lärande och förbättra verksamheten.

10.4 Uppföljning av mått



| Verksamhetens mått | Enhet | Kommentar |
|--|-------------------|---|
|  Insatser i verksamheten visar på positiva effekter för de vi är till för | Social verksamhet | Utifrån de enkäter som planerades har 4 av 7 genomförts. Av svaren framgår en stor nöjdhetsgrad med insatserna och dess kvalitet. Vi behöver jobba vidare för att få fram svar på <u>vilka effekter</u> man upplevt av insatsen. De effekter som hittills framkommit i de aktuella enkäterna är "nytta för sina barn", "förbättrad hälsa", "större socialt nätverk" och mer motivation till en hälsosam livsstil". Analys av en verksamhets enkäter har visat på behov av förändringar i verksamheten. |
|  Insatser i verksamheten visar på positiva effekter för de vi är till för | Stödenheten | <p>Många av de aktiviteter vi planerat har ställts in pga covid 19 på öppna förskolan trots att flera av dem som ökade öppettider påbörjades efter analys av enkätsvar. Vi försökte hålla öppet så länge som möjligt men från 30/11 har vi haft stängt.</p> <p>Biståndsbedömda insatser och enskilda icke biståndsbedömda insatser har fortsatt.</p> <p>Analysen som ändå är gjord är att vi idag har 30 biståndsbedömda ärenden mot 17 året innan och 7 icke biståndsbedömda ärenden mot förra årets 1 i december månad. I årets ärenden är det också större ärenden med</p> |

| Verksamhetens mått | Enhet | Kommentar |
|---|--|---|
| | | <p>barn, familj och föräldrasamtal. Vi har alltså 37 ärenden istället för förra årets 18 och därmed ökat med över 100 %. Flödet in och ut är även större då de icke biståndsbedömda samtalen är max 5 samtal. Vi tror att förändrad syn på förebyggande arbete inom elevhälsan, bidrar till att fler söker sig till socialtjänsten, då barn/ungdomar/familjer uppges hänvisas till vårdcentral, ungdomsmottagningen, familjehuset och socialtjänsten i större utsträckning än tidigare. Vi hade önskat ha ett samarbete med skolan och att de även arbetar förebyggande då små insatser kunnat motverka att social problematik ökat, då flera ärenden har kopplingar till skolan i olika grad. Skolan hänvisar till att deras uppdrag endast är pedagogiskt. Om utvecklingen fortsätter kan vi behöva utöka personalstyrkan. Covid 19 bedöms inte vara orsak till ökningen.</p> |
| <p>— ● Insatser i verksamheten visar på positiva effekter för de vi är till för</p> | <p>Särskilt boende Hallers väg och SÄBO natt</p> | <p>Seniorcenter: Enkät har via brev skickats ut till deltagarna som är anmälda till träningsaktiviteter, frågorna riktades till deltagarnas upplevelse av nöjdhet. (69 utskick, 63 svar.) Resultatet var mycket positivt, 95% uppger att de upplever att hälsan blivit bättre. Resultat av enkäten kan läsas i bifogat dokument.</p> <p>Första omgången av Senior Sport School har utvärderats med enkät från SISU. Även detta resultat positivt bland deltagarna. Majoriteten har uppgett att de önskar fortsätta med någon form av fysisk aktivitet som de provat på under kursens gång. Ett annat glädjande resultat är att alla deltagarna uppger att de fått ett större socialt nätverk och att de är mer motiverade till en hälsosam livsstil. Resultatet av enkäten finns i bifogat dokument.</p> <p>De positiva effekterna upplever vi som arbetar på Seniorcenter är en effekt av ett systematiskt förebyggande och hälsofrämjande arbete. Framåt önskar vi nå ännu fler av Grästorps seniorer, och antar då utmaningen att nå även de som inte bor i centrala delarna.</p> |
| <p>→ ◆ Upprättande och efterlevnad av planer i Social verksamhet</p> | <p>Social verksamhet</p> | <p>Flera av enheterna i Social verksamhet har inte rapporterat in något värde och kommenterat pga Covid-19-pandemin vilket tagit det mesta av fokuset inför årsskiftet och därtill hög arbetsbelastning. Genomgången av genomförandeplaner enligt plan halvårsvis i augusti visade på en avsevärd förbättring när det gäller upprättande av dessa. En enkät skickades ut under hösten till medledare. 102 svar inkom. Nedan framgår att flertalet tar del av planerna minst nån gång i månaden och att de flesta bedömer att planen följs i det dagliga arbetet.</p> <p>I övrigt har vi inte följt upp arbetet med bemötandeplaner eller hälsoplaner pga Covid-pandemin.</p> |

| Verksamhetens mått | Enhet | Kommentar |
|---|--|---|
| → ● Upprättande och efterlevnad av planer i Social verksamhet | Myndighetsenheten | Samtliga ärenden har plan. |
| → ● Upprättande och efterlevnad av planer i Social verksamhet | Stödenheten | <p>Generellt: Alla enheter arbetar med planer och dokumentation och där stor måluppfyllelse finns i det kvalitativa arbetet. Enheten har stort behov av ett modernt dokumentationssystem för att öka kvalitén och graden av dokumentation då systemet är trögt, ologiskt och svårarbetat.</p> <p>Servicebostaden: Alla planer är uppdaterade och tydligt dokumenterade.</p> <p>Familjehuset: Alla planer är uppdaterade och tydligt dokumenterade.</p> <p>Vita huset: Enhet med två olika dokumentationssystem och olika genomförandeplaner LSS och SOL. Mycket ny personal men alla planer ska vara uppdaterade. Gått igenom på APT om vikten av tydlig dokumentation.</p> |
| — ● Upprättande och efterlevnad av planer i Social verksamhet | Personlig assistans och boende | <p>Genomförandeplanerna skrivs av kontaktperson/ansvarig genomförandeplan som också ansvarar för uppföljningarna var 6:e månad eller vid behov.</p> <p>Brukare och boenden är delaktiga i sina egna genomförandeplaner så långt det är möjligt.</p> <p>Genomförandeplanen finns även med i checklistan på introduktion av ny personal att genomförandeplanen ska läsas och gås igenom.</p> |
| → ● Upprättande och efterlevnad av planer i Social verksamhet | Personlig assistans och sysselsättning | <p>På Paletten /Kompassen och i mina personlig assistansärenden så skrivs genomförandeplanerna av kontaktpersonal och det är också den kontaktpersonalen som ansvarar för uppföljningarna var 6:e månad eller vid behov.</p> <p>På Paletten/ Kompassen har vi regelbundna brukarkonferenser som stödpedagogen håller i, i assistansgrupperna diskuteras genomförandeplanerna på apt.</p> <p>Det finns även med i checklistan på introduktion av ny personal att genomförandeplanen ska läsas och gås igenom.</p> |
| — ● Upprättande och efterlevnad av planer i Social verksamhet | Särskilt boende Vistegården | <p>På Vistegården görs uppföljningar var 6-e månad på samtliga genomförandeplaner. Det är i första hand omsorgsledare som gör genomförandeplaner och uppföljning av dessa. Det senaste året har även övriga undersköterskor börjat göra planer och uppföljningar. Då vi uppnått en hög kvalitet på planerna följer vi kvalitén framöver när fler gör arbetet. På Vistegården har vi ett arbetssätt där hyresgästerna följs upp regelbundet via Senior Alert och BPSD via team och pedagogisk konferens. Under hösten 2020 kommer vi ytterligare att förstärka kvaliteten genom att uppföljning av genomförandeplan sker i anslutning till team</p> |

| Verksamhetens mått | Enhet | Kommentar |
|---|---|--|
| | | och konferens. Enhetschef har regelbundna möten med omsorgsledare på Vistegården för att stämma av så arbetet löper vidare. |
| → ● Upprättande och efterlevnad av planer i Social verksamhet | HS-enheten och korttidsplats | Genomförandeplaner skrivs för varje gäst. Det är en utmaning att hålla planerna uppdaterade då gästens ofta endast vistas en kort tid på Passagen och under den tiden sker mycket förändringar. Dokumentationsansvarig på Passagen har kontinuerliga möten med IBIC dokumentationsgrupp samt socialsekreterare för att ständigt förbättra genomförandeplanerna. |
| — ● Upprättande och efterlevnad av planer i Social verksamhet | Hemtjänst | Till dags dato är alla genomförandeplaner uppdaterade. Vi har också arbetat fram riktlinjer kring hur de ska användas och uppdateras. Vi har också knutit an till arbetet med Kontaktmannaskap och vad det begreppet innebär. |
| — ● Upprättande och efterlevnad av planer i Social verksamhet | Särskilt boende Hallers väg och SÄBO natt | Alla vårdtagare har en upprättad genomförandeplan i Magna Cura. Kontaktpersonal skriver ut senaste plan och förvarar den i hyresgästens lägenhet i avsedd pärm. Efterlevnad: målet är att genomförandeplanen gås igenom av kontaktpersonal inför varje teammöte. Teammöten sker 1 gång/mån och då gås 2-3 vårdtagare igenom via Senior Alert. Deltar gör undersköterska, rehab, HSV och enhetschef. |
| → ■ Antal trygghetsbesök | Social verksamhet | Inga trygghetsbesök har genomförts 2020 enligt planerad struktur. Fortsatt planering för genomförande och marknadsföring pågår med enhetschef, aktivitetshandledare och seniorsamordnare. Dialog pågår med rehab, myndighet och vårdcentral för samverkan. |
| → ■ Antal trygghetsbesök | Särskilt boende Hallers väg och SÄBO natt | Inga trygghetsbesök har genomförts 2020 enligt planerad struktur. Fortsatt planering för genomförande och marknadsföring pågår med enhetschef, aktivitetshandledare och seniorsamordnare. Dialog pågår med rehab, myndighet och vårdcentral för samverkan. |
| — ● Brukarnöjdhet äldreomsorg | Social verksamhet | SÄBO och hemtjänst har uppnått uppsatta mål. (Korttidsboende ingår ej i någon nationell brukarundersökning men gör en egen mätning) Under året har alla enheter arbetat med resultatet från Socialstyrelsen brukarundersökning, vilket vi tror har bidragit till det goda resultatet. Vi kommer även under 2021 ha kvar denna aktivitet för att analysera resultatet än mer. Denna undersökning kommer äldreomsorgen följa flera år framåt för att förbättra verksamheten ytterligare. Vi ser en vinst att följa samma målvärden kontinuerligt. En ytterligare anledning till resultatet är hög nöjdhet på frågorna som inkluderar trygghet och bemötande och att de som har insatser upplever att personal har tillräckligt med tid och att man lätt får kontakt med personal. Under 2021 önskar vi ha en närmare dialog |

| Verksamhetens mått | Enhet | Kommentar |
|-------------------------------|---|--|
| | | med de som svarar på enkäten, hyresgäster, vårdtagare eller anhöriga. |
| — ● Brukarnöjdhet äldreomsorg | Särskilt boende Vistegården | Vistegården har fått eget värde i årets brukarundersökning och hamnar på delad tredje plats i riket. |
| — ● Brukarnöjdhet äldreomsorg | HS-enheten och korttidsplats | Passagens personal skickar en enkät via post till gäster som vistats på Passagen. Fråga 3, 4, 6 och 8 handlar om bemötande och delaktighet. Under första halvåret så var nöjdheten på dessa frågor var 100 procent. En kommentar var " <i>Högsta möjliga betyg till personalens bemötande</i> ". Resultatet har diskuterats tillsammans med personalen på ett APT. |
| — ● Brukarnöjdhet äldreomsorg | Passagen | Passagens personal skickar en enkät via post till gäster som vistats på Passagen. Fråga 3, 4, 6 och 8 handlar om bemötande och delaktighet. Under första halvåret så var nöjdheten på dessa frågor var 100 procent. En kommentar var " <i>Högsta möjliga betyg till personalens bemötande</i> ". Resultatet har diskuterats tillsammans med personalen på ett APT. |
| — ◆ Brukarnöjdhet äldreomsorg | Hemtjänst | Hemtjänsten hamnar bland de 50 % kommuner som ligger i mitten på skala (bäst-sämst) men ligger på totalt delad 8:e plats i riket. Värdet 94 hade inneburit att vi hamnat bland de 25 % bästa kommunerna. Det fortsatta arbetet kommer att utgå från resultatet i Äldreomsorgsenkäten. |
| — ● Brukarnöjdhet äldreomsorg | Särskilt boende Hallers väg och SÄBO natt | I brukarundersökningen "Vad tycker de äldre om äldreomsorgen" ställs frågan: Hur nöjd eller missnöjd är du sammantaget med ditt äldreboende? Svaret var att 93% är nöjda. Hallersväg fick 2020 inget eget resultatvärde för enheten då det var 7 eller mindre som svarat på enkäten. Resultatet på Hallersväg är sammanslaget med Vistegården vilket gör att analysen av svaren försvåras. Jämförelse går att göra utifrån resultat Vistegården och Grästorp i stort, där Hallersväg är en del av Grästorp. Anledningen till det fina resultatet kopplar enhetschef samman med frågorna kring bemötande/trygghet/förtroende vilket visar en mycket hög nöjdhet. Utmaning inför 2021 är att behålla det fina resultatet vilket vi bla kommer att arbeta vidare med genom att tillsammans med arbetsgrupp och hyresgäster göra resultatet av enkäten känt för att sedan djupdyka i de frågor som sticker ut positivt eller negativt. Under 2021 kommer vi också att arbeta extra för att åter få ett resultat på enheten. Att alla som vill kan svara på enkäten. Vi vet att under 2020 blev svarsfrekvensen mindre pga att anhöriga inte kunde hjälpa till i samma utsträckning som de brukar pga besöksförbudet. |

| Verksamhetens mått | Enhet | Kommentar |
|--|--------------------------------|---|
| <p>—  Brukarnöjdhet äldreomsorg</p> | <p>Hallers väg 20 SÄBO</p> | <p>Hallers väg har inte fått eget värde i årets brukarundersökning pga färre än 7 svarande. Det gemensamma värdet för SÄBO Grästorp redovisas därför istället.</p> <p>I brukarundersökningen "Vad tycker de äldre om äldreomsorgen" ställs frågan: Hur nöjd eller missnöjd är du sammantaget med ditt äldreboende? Svaret var att 93% är nöjda.</p> <p>Hallersväg fick 2020 inget eget resultatvärde för enheten då det var 7 eller mindre som svarat på enkäten. Resultatet på Hallersväg är sammanslaget med Vistegården vilket gör att analysen av svaren försåras. Jämförelse går att göra utifrån resultat Vistegården och Grästorp i stort, där Hallersväg är en del av Grästorp.</p> <p>Orsaken till det fina resultatet kopplar enhetschef samman med frågorna kring bemötande/trygghet/förtroende vilket visar en mycket hög nöjdhet.</p> <p>Utmaning inför 2021 är att behålla det fina resultatet vilket vi bla kommer att arbeta vidare med genom att tillsammans med arbetsgrupp och hyresgäster göra resultatet av enkäten känt för att sedan djupdyka i de frågor som sticker ut positivt eller negativt.</p> <p>Under 2021 kommer vi också att arbeta extra för att åter få ett resultat på enheten. Att alla som vill kan svara på enkäten. Vi vet att under 2020 blev svarsfrekvensen mindre pga att anhöriga inte kunde hjälpa till i samma utsträckning som de brukar pga besöksförbudet.</p> |
| <p>—  Brukarnöjdhet LSS</p> | <p>Social verksamhet</p> | <p>Brukarundersökning pers ass:</p> <p>Stolta över: Att 7/8 känner sig trygga i att assistenterna är väl insatta i brukarens behov, samt att de känner sig trygga med den hjälp de får, 7/8 brukarsvar svarar också om att assistenterna i mycket hög utsträckning eller i hög utsträckning gör sitt bästa för att brukarens dag ska bli så bra som möjligt.</p> <p>Lärdomar: Enkäten visade att brukarnas upplevelse kring vikarier om hur välinformerade de är om brukarens behov så visar resultatet att majoriteten av brukarna inte känner sig trygga i det. Detta är ett område som vi behöver arbeta med för att nå trygghet hos brukarna även då vikarierande personal arbetar.</p> <p>Brukarundersökning Daglig verksamhet:</p> <p>Stolta över: Att trivseln är stor och att brukarna upplever att de har meningsfulla arbetsuppgifter med sina arbetsuppgifter.</p> <p>Lärdomar: Vi har några få svar som vittnar om att man emellanåt ledsnar på sina arbetsuppgifter och att det stundtals är högljutt. Detta är svar som vi tar med oss in i planeringen och uppföljningen av vilka arbetsuppgifter vi ska förändra och förnya.</p> |

| Verksamhetens mått | Enhet | Kommentar |
|-----------------------|--|---|
| — ● Brukarnöjdhet LSS | Stödenheten | <p>Den 13 oktober var enhetscheferna hos alla som har beslutet boendet med särskild service. I servicebostaden finns 11 individer och på Vita huset finns 3. 11 har valt att svara, 2 ville inte. Av svaren var det 9 som svarade att man trivs och svarade ja på frågan. Två svarade ibland. I ja svaren var det för att man fick hjälp, gillade personalen och att man hade kompisar som bodde nära. De som svarade ibland, uttryckte att det varit jobbigt i Corona tider och att man inte kunnat umgås på samma sätt med andra boende och att det var färre aktiviteter.</p> <p>Som helhet är att boende uppfattar att man trivs i sitt boende och att man får den hjälp man har behov av. Jag tolkar därför att de som svarar delvis ingår i de ja, svaren, därav 100%.</p> |
| — ● Brukarnöjdhet LSS | Personlig assistans och boende | Generellt är brukare nöjda med sin personliga assistans. Där det dock finns förbättringar är när det gäller kvalitet på vikarier som inte håller samma kvalitet i sin insats som den ordinarie personalen. |
| — ● Brukarnöjdhet LSS | Smultronvägen LSS | <p>De boende var mycket nöjda med sina lägenheter och personalen.</p> <p>Några kommentarer: "Trivs bra i min lägenhet, den är bäst" "Personalen är bra för de kollar så jag borstar tänderna. Spela tv-spel gillar jag. Lastbilsspelet är bäst"</p> |
| — ◆ Brukarnöjdhet LSS | Personlig assistans och sysselsättning | Målvärde 90% |
| — ◆ Brukarnöjdhet LSS | Paletten + Kompassen (LSS+SoL) | <p>Brukarundersökning Daglig verksamhet LSS är gjord och redovisad i Teams:</p> <p>Vi har ställt frågan "Trivs du på Daglig verksamhet"</p> <p>Svar: JA: 17 st Ibland: 1 st NEJ: 1 st</p> |
| — ● Brukarnöjdhet IFO | Social verksamhet | <p>Vi hade 100% brukarnöjdhet på Kompassen och jag tror att just de deltagarna som är på Kompassen har upplevt en stor ensamhet under Pandemin (då vi också stängde under några månader i våras). De har i brukarundersökningen påtalat hur viktigt det är för dem med att ha någonstans att gå , att ha en verksamhet där man tillhör och trivs.</p> <p>Verksamheten kan känna stor stolthet över: Att deltagarna trivs och känner sig sedda av personalen, att vi har ett ökat antal personer som önskar komma flera dagar i veckan än tidigare och att vi lyckats bedriva verksamheten under rådande Pandemi.</p> <p>Största utmaningen är att bedriva daglig sysselsättning så att alla deltagare med dess olikheter upplever det meningsfullt att vara där.</p> <p>En av lärdomarna är att då samhället och omgivningen "gungar" blir vår verksamhet än</p> |

| Verksamhetens mått | Enhet | Kommentar |
|-------------------------------------|--|---|
| | | mer viktig för deltagarna. |
| — ● Brukarnöjdhet IFO | Stödenheten | Alla individer som svarade på enkäten om de icke biståndsbedömda insatserna var nöjda och där 100% ansåg att det varit till nytta för deras barn. Vi tror att det är tillgängligheten och att vi kunnat erbjuda tid så snabbt som gjort att det upplevts meningsfullt för föräldrarna. Vi är stolta att vi kan erbjuda detta då det nu snabbt ökar på med andra ärenden. Vi ser en utmaning att kunna prioritera dessa då andra ärenden och de biståndsbedömda ökar. Vi hoppas att det är en tillfällig "puckel" men då Skolan arbetar på ett annat sätt idag och inte erbjuder barn enskilda samtal, är risken stor att vi inte kommer ha samma möjligheter för icke biståndsbedömda samtal. Detta kan göra att fler barn i Grästorps kommun hamnar mellan stolarna. Även om vi utökar när vi inte barnen utan deras föräldrar och då i ett senare skede än elevhälsan har möjlighet till. |
| — ● Brukarnöjdhet IFO | Personlig assistans och sysselsättning | Vi har ställt frågan: "Trivs du på daglig sysselsättning" ? 12 Svar: JA: 12 st |
| — ◆ Brukarnöjdhet Myndighetsenheten | Social verksamhet | Årets brukarundersökning har genomförts med relativt gott resultat. Resultatet blir dock något osäkert då många valt svarsalternativ "vet inte/ingen åsikt". Hög kompetens hos handläggarna och gott bemötande bidrar till det goda resultatet. Inför nästa period ska myndighetsenheten sträva efter att utveckla säkra videomöten. Myndigheten är stolta över ett gott resultat avseende bemötande samtidigt Corona påverkat möjligheten till kontakt med klienter och samtidigt har verksamheten hållit budget. Inför 2021 kommer ekonomi, möjlighet att hålla säker "distanserad/digital" kontakt med klienter och Corona att vara utmaningar. Under 2020 har den digitala utvecklingen gått fort och detta har även inneburit att sårbarheten har minskat. |
| — ● God och säker vård och omsorg | Social verksamhet | Senior alert Statistik från Senior alert visar att 82 procent har en åtgärdsplan vid risk. Identifierade åtgärder vid risk utförs och dokumenteras av omvårdnadspersonal och legitimerad personal. Personalen arbetar systematiskt med riskbedömningar enligt Senior alert. Vår analys är att arbetet bidrar till en god och säker vård. Palliativregistret Statistiken kring "smärtskattning sista levnadsveckan" har förbättrats jämfört med tidigare år. Dialog i hela arbetsgruppen har bidragit till att förbättra resultatet. Vi fortsätter dialogen för att få samsyn i sjuksköterskegruppen kring frågorna i |

| Verksamhetens mått | Enhet | Kommentar |
|--------------------------------|--------------------------|---|
| | | <p>registret samt att vi påminner varandra om att dokumentera det som görs.</p> <p>BPSD</p> <p>Sammantaget har värdena i statistiken förbättras jämfört med tidigare år. Vi vill fortsätta att jobba vidare med att teambaserat arbeta med BPSD. En handlingsplan för detta finns där omvårdnadspersonal, legitimerad personal och enhetschef samverkar.</p> <p>Flera olika nyckeltal från Skaraborgsnivå</p> <p>Mätningen av medicinska vårdplaner visar att vi har förbättrat oss men har finns viljan får Catio och kommunen att utvecklas mer.</p> <p>Analysen av mätning oplanerade transporter visar på god samverkan med läkare, mycket god kunskap hos kommunens legitimerade HS-personal och att vårdtagarna får vård på rätt nivå.</p> <p>PPM-studie under hösten om basala hygienrutiner visar på god följsamhet till författningar. En utmaning är att göra rutinerna kända ut i alla verksamheter och kontrollera efterlevnaden kontinuerligt. Här är chefernas nära ledarskap en framgångsfaktor.</p> |
| <p>→ ● Deltagarnöjdhet AME</p> | <p>Social verksamhet</p> | <p>På vilken sätt kan vi använda enkäten i verksamheten?</p> <p>För att underlätta för våra deltagare att uttrycka sin upplevelse av bemötande och stödjande insatser. Vi kan använda den som ett arbetsmaterial under pågående insats. För att hjälpa deltagaren att själv se/visualisera sin aktuella situation och kunna prata runt det samt hitta sätt att arbeta vidare därifrån. Vi kan använda den som en feedback för oss som handläggare, är vi på rätt väg eller behöver vi utvärdera/omvärdera insatsen? Det ger en gemensam referensram, vad är det som gör att vi är där vi är just nu. Ett stöd i att reflektera över varför vi befinner oss just där vi gör.</p> <p>Vilka tre saker ser vi som största utmaningar med enkäten?</p> <p>Att implementera den i det löpande arbetet, få en struktur över användandet.</p> <p>Att deltagaren ska känna sig trygg i att vara ärlig i sin återkoppling (anonymitet)</p> <p>Att tolka resultatet på ett sådant sätt att det leder till en utveckling i arbetet (så att man inte bara sitter nöjd med resultatet)</p> <p>Förstår alla enkäten? Även de som är språksvaga?</p> <p>Analysera användandet av enkäten. Fördelar/nackdelar</p> <p>Kan hänga ihop med båda tidigare frågeställningar.</p> <p>Fördelar:</p> <p>Att enkäten är lättförståelig och användarvänlig för deltagaren.</p> |

| Verksamhetens mått | Enhet | Kommentar |
|--------------------------------|------------|--|
| | | <p>Det finns möjlighet att utveckla sina svar.</p> <p>Nackdelar:</p> <p>Finns risk att deltagarens svar till stor del färgas av insatsens avslutningsorsak.</p> <p>Det är generellt svårt att mäta "mjuka" mål (dagsform kan påverka och det kan påverka olika mycket för olika människor).</p> <p>Orsaken till varför människor har en insats befinner sig i aktiviteten kan påverka svaren (Har du själv önskat stödet? Eller är man placerad som ett motkrav från en myndighet?)</p> |
| <p>→ ● Deltagarnöjdhet AME</p> | <p>AME</p> | <p>Resultat för kvartal 4:</p> <p>8 st ärenden har avslutas under fjärde kvartalet. Mätning har gjorts av deltagarnas bedömning av bemötande från handläggare samt hur nöjda de är med stödet under insatsen. Det resultat som redovisas enligt tabell är upplevt bemötande från handläggare. <i>Observera att endast 4 av de 8 st avslutade deltagare valt att svara på enkäten vilket blir en svarsfrekvens på 50%.</i> Resultatet gällande avslutsanledning har även dokumenteras enligt nedan.</p> <p>Upplevt bemötande från din handläggare:</p> <p>Figur 1 (mkt besviken) = 0st Figur 2 (besviken) = 0st Figur 3 (nöjd) = 1st Figur 4 (mkt nöjd) =3 st</p> <p>Resultat: 100% är nöjda eller mkt nöjda med bemötande.</p> <p>Upplevt nöjdhet med insatsen:</p> <p>Figur 1 (mkt besviken) = 0st Figur 2 (besviken) = 0st Figur 3 (nöjd) = 2st Figur 4 (mkt nöjd) =2 st</p> <p>Resultat:100% är nöjda eller mkt nöjda med stödet under insatsen.</p> <p>Avslutsanledning för kvartal 4:</p> <p>Avslut till arbete eller studier (självförsörjning) : 6 st =75% Avslut pga flytt : 2st = 25%</p> <p>Ackumulerat resultat för perioden januari 2020-dec 2020</p> <p>Upplevt bemötande från din handläggare:</p> <p>Resultat: 100% är nöjda eller mkt nöjda med bemötande (24 st) .</p> <p>Upplevt nöjdhet med insatsen:</p> <p>Resultat 92% är nöjda eller mkt nöjda med stödet under insatsen (24 st) .</p> <p>Avslutsanledning totalt under 2020 jan-dec.</p> <p>Avslut mot arbete eller studier: 63% (22 st) Avslut åter FK 6% (2st) Avslut åter soctj. 3% (1 st) Avslut pga flytt 11% (4 st) Avslut övrigt 17% (6 st)</p> |

| Verksamhetens mått | Enhet | Kommentar |
|--|--|--|
| → ● Digitalisering och Innovationer som nyttiggjorts | Social verksamhet | |
| → ● Digitalisering och Innovationer som nyttiggjorts | Myndighetsenheten | Utbetalning av försörjningsstöd har digitaliserats (RPA). Majoriteten av möten har skett digitalt. |
| → ● Digitalisering och Innovationer som nyttiggjorts | Stödenheten | Under hösten har vi arbetat mer med teams och meetings på APT och gruppmöten och implementerat detta. På servicebostaden har tex Skype bingo testats för att möjliggöra gemensamma aktiviteter trots Corona. På vita huset har vi prövat digiplanner med en brukare som vi lånat av Divos. |
| — ● Digitalisering och Innovationer som nyttiggjorts | Personlig assistans och boende | Vi har under pandemin haft våra APT-möten via Teams vilket har gjort att medlemmarna har fått lära sig hantera ett nytt sätt att kommunicera. Det har inte varit stort motstånd utan medlemmarna har tagit till sig det nya sättet på ett bra sätt. På gruppboendet så har vi en brukare som har en inköpt digital katt som har lugnat brukaren. Personalen har medverkat i DiVOS-utbildningen. |
| → ● Digitalisering och Innovationer som nyttiggjorts | Personlig assistans och sysselsättning | Vi har på Paletten installerat en Tovertafel. Tovertafel betyder "magiskt bord" , det är ett interaktivt spel med ljusprojektioner mot en vanlig bordsyta- målet är att stimulera dementa och vuxna med kognitiva utmaningar. Vi har även fått möjlighet att låna en inmukudde från projektet Divos, Inmukudden är en musikkudde för sensorisk stimulering. Både Tovertafeln och kudden har varit mycket uppskattade av brukarna. |
| — ● Digitalisering och Innovationer som nyttiggjorts | Särskilt boende Vistegården | Vistegården har fått möjlighet att använda digitala katter i verksamheten. För flera hyresgäster har de haft stor positiv påverkan. De ger sysselsättning och vissa hyresgäster blir mycket lugna då de får umgås med den digitala katten. Vi kommer installera ett spel som heter Tovertafel på Vistegården. Det är utvecklat för personer med medel till svår demens. De interaktiva spelen bryter passivitet genom att stimulera både fysisk och kognitiv aktivitet samt uppmuntra till social interaktion. |
| → ● Digitalisering och Innovationer som nyttiggjorts | HS-enheten och korttidsplats | Passagens personal deltar på digitala möten varje vecka och känner sig trygga i tekniken. Ökad trygghet i digitalisering skapar förutsättningar för att även brukarna/gästerna kan få stöttning i teknik som kan möjliggöra digitala möten med anhöriga. |
| — ● Digitalisering och Innovationer som nyttiggjorts | Hemtjänst | Under senare delen av våren har vi introducerat E-tillsyn via tillsynskamera. Det innebär att man numera kan få ett tillsynsbesök på natten, utan att bli väckt av personalen, samt att personalen blir mindre låst och mer tillgänglig, då de kan undvika långa restider. |

| Verksamhetens mått | Enhet | Kommentar |
|--|---|---|
| | | Hemtjänstens planeringsverktyg Kompanion har uppgraderats med fler funktioner som underlättar kommunikationen med berörd personal vid snabba förändringar. |
| → ● Digitalisering och Innovationer som nyttiggjorts | Resursteam och bemanningsenheten | Under pågående pandemi har verksamheten fått tänka om och tänka nytt i högre utsträckning än tidigare. Bemanning/stab har fått gå från två schema/lönesystem i Skövde till flera olika i Lidköpings löneenhet. Det har ställt många nya frågor som man arbetat aktivt med att lösa och vara ett stöd för både medledare och chefer. DIVOS-utbildningen i september blev inte av och har skjutits upp ytterligare tillfällen pga pandemin. |
| — ● Digitalisering och Innovationer som nyttiggjorts | Särskilt boende Hallers väg och SÄBO natt | Tovertafel är installerat på Hallersväg |
| — ● Digitalisering och Innovationer som nyttiggjorts | AME | <p>Arbeta med området effektiv och innovativ välfärd och med måttet Digitalisering och innovationer som nyttiggjorts</p> <p>Vilka tre saker är vi mest stolta över?</p> <p>Digitalisering ex digital utbildning, digitala möten, vi har gjort det genomförbart och fått det att fungera.</p> <p>Ståmöten för att bli mer tidseffektiva.</p> <p>Att digitaliseringen blivit mer implementerad i vår vardag.</p> <p>Vilka tre saker ser vi som våra största utmaningar?</p> <p>Att våga och ha tålamod inför det "nya".</p> <p>Att våga "ta plats" i ett digitalt möte, att avbryta och ställa frågor. Svårare att läsa av andra mötesdeltagare.</p> <p>Skapa nya mötesstrukturer.</p> <p>En utmaning kan vara att det finns risk att det blir fler möten, eftersom det är så enkelt (och varje möte medför visst efterarbete).</p> <p>Att behålla balans, vi blir mer trötta vid digitala möte.</p> <p>En utmaning kan bli att vi "återfaller" i gamla rutiner ex fysiska möten, när vi återvänder till en mer "normal" vardag.</p> <p>Vilka tre lärdomar har vi gjort?</p> <p>Vi har uppnått en digital "oräddhet".</p> <p>Ökad nyfikenhet på digitala möten och verktyg.</p> <p>Mer trygga i att testa nya utmaningar.</p> |

Övervägande del av de mått på enhetsnivå som redovisats till kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsen når de satta målvärdena. För de mått som inte gjort det finns aktuella kommentarer där det framgår orsaker till varför målvärdet inte nåtts 2020. Framför allt handlar det om att insatsen trygghetsbesök inte kunna genomföras enligt plan på grund av den pågående coronapandemin. Måtten i den nya styr-och ledningsmodellen har tydlig koppling till kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet. De följs upp i dialog med de förtroendevalda. En av frågorna som lyfts i dialogen är hur de verksamheten är till för

påverkats av verksamhetens arbete mot målet.

10.5 Uppföljning av kvalitetsgarantier

| Kvalitetsgarantier | Kommentar |
|---|--|
| <p>● Vi garanterar att när du tackat ja till erbjudande om genomförandeplan görs denna tillsammans med dig inom 30 dagar. Planen följs upp minst var sjätte månad</p> | <p>Vid de granskningar som genomförts under året framgår att de flesta enheter har genomförandeplaner som upprättats i enligt med kvalitetsgarantin. Orsaker till att garantin inte följs finns i form att det finns brister i rutin kring vem som är ansvarig att skriva genomförandeplaner under semesterperioden och när nya beslut kommer kort efter det förra. Detta har gällt främst hemtjänsten vilket lett till förändringar i arbetssättet. Alla enheter kommer under 2021 fortsätta arbeta aktivt med att förbättra upprättande och efterlevnad av planer.</p> |
| <p>● Vi garanterar att du vid kontakt med socialsekreterare erbjuds en besökstid inom tio arbetsdagar</p> | <p>Ingen avvikelse att rapportera</p> |
| <p>● Vi garanterar att du får god vård och omsorg utformad i nära dialog med dig och dina närstående i syfte att ge dig bästa möjliga kvalitet vid livets slut.</p> | <p>Den palliativa vården håller mycket god kvalitet utifrån specialistkompetens hos personal och särskilt utformad palliativ vård på vår korttidsavdelning.</p> |

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.

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; **Samhällsutveckling, 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

Verksamheten och underliggande enheter kommer under början av året ta fram aktiviteter för att nå målen.