



Grästorps kommun

Social verksamhet

Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse 2018

Social verksamhet

Fastställd av kommunstyrelsen 2019-04-10, § 119

Innehållsförteckning

| | | |
|-----------|--|-----------|
| 1 | Läsanvisning | 3 |
| 2 | Sammanfattning | 4 |
| 3 | Övergripande mål..... | 6 |
| 4 | Organisatoriskt ansvar för kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet | 7 |
| 5 | Struktur för uppföljning och utvärdering | 9 |
| 6 | Samverkan för att erbjuda god vård och omsorg med kvalitet..... | 10 |
| 7 | Struktur för riskanalys | 11 |
| 8 | Struktur för informationssäkerhet | 12 |
| 9 | Rapporteringskyldighet | 13 |
| 10 | Hantering av klagomål | 15 |
| 10.1 | Klagomål och synpunkter | 15 |
| 10.2 | Beskrivning av sammanställning och analys | 15 |
| 10.3 | Samverkan med patienter och närstående..... | 15 |
| 11 | Resultat..... | 16 |
| 11.1 | Uppföljning av genomförda egenkontroller | 16 |
| 11.2 | Uppföljning av åtgärder..... | 21 |
| 11.3 | Uppföljning avvikelser under året | 22 |
| 11.4 | Uppföljning av mått | 24 |
| 11.5 | Uppföljning av kvalitetsgarantier | 26 |
| 12 | Övergripande mål för kommande år | 27 |

1 Läsanvisning

Första delen av rapporten beskriver hur Grästorps kommun arbetar med sitt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete. Under rubriken Resultat sammanställs och analyseras kommunens arbete under föregående år.

2 Sammanfattning

I Grästorps kommun finns två särskilda boenden. Vistegården med 48 platser och Hallers väg 20 med 12 platser. Det finns en korttidsavdelning, Passagen, med 10 platser fördelade på korttidsvistelse, palliativ vård och växelvård. Hemtjänsten har ca 185 brukare med beviljade insatser inklusive trygghetslarm varav ca 115 har vård och omsorgsinsatser. I hemsjukvården (kommunal hälso- och sjukvård) finns ca 100 inskrivna i eget boende, LSS, psykiatri och palliativ vård. Dagverksamhet med inriktning rehab har ökat kraftigt under 2018 och dagverksamhet demens har kommit igång efter en tids uppehåll. Totalt finns ca 40 personer med insats dagverksamhet. Kommunen är assistansanordnare åt 9 brukare och det finns 21 individer med bostad med särskild service. 26 brukare har insats daglig verksamhet inom LSS

Social verksamhet har kompetensutvecklat personal genom kvalitetssäkrade webbutbildningar i ämnen fallprevention framtaget av Socialstyrelsen samt åldras med intellektuell funktionsnedsättning via Svenskt Demenscentrum. Därutöver har Äldreomsorgen haft uppföljningsutbildning i det behovsinriktade och systematiska arbetssättet Individens behov i centrum, IBIC. Inom LSS-verksamheten har utbildning i IBIC genomförts för personal i boendeformerna. All personal i social verksamhet har också fått utbildning i brand samt tandvård.

Personal i resursteamet i Social verksamhet har haft fasta återkommande arbetspass i några LSS-ärenden vilket skapat kontinuitet och trygghet i dessa arbetsgrupper.

Ingen utredningar har anmälts till Inspektionen för vård och omsorg enligt Lex Maria. Ingen utredning har anmälts till Inspektionen för vård och omsorg enligt Lex Sarah. Inga ärende är registrerade hos Patientnämnden under 2018.

Synpunkter och klagomål utreds och hanteras enligt gällande rutiner. Det har inkommit två synpunkter till Social Verksamhet via kommunens hemsida som besvarats av enhetschef.

Inspektionen för vård och omsorg gjorde under hösten en tillsyn med fokus på patientsäkerhet och de kom fram till att det bedrevs ett systematiskt och patientsäkert arbete i verksamheten. HSL-enheten har jobbat med implementeringen av att dokumentera enligt ICF * och användning av KVÅ ** och tagit fram rutiner för kollegial journalgranskning tillsammans med Medicinskt ansvarig sjuksköterska (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.

Arbetet med BPSD är implementerat och används fullt ut på Vistegården. Statistiken för 2018 visar på att NPI (skala som mäter beteendesyntom) för Grästorp var 19 %. Det ligger under rikssnittet som är 21 %. Ju lägre poäng desto mindre symtom på beteendestörningar. Andelen som har olämpliga läkemedel var 28 % (riket 41 %) vilket är en liten ökning från föregående år. Andelen som verkar vara smärtfria var 75 % (riket 70 %) och ligger på lägre nivå jämfört med föregående år. Personer som har bemötandeplan var 100 % (riket 94 %) och är en ökning från föregående år. Andelen personer som har fått läkemedelsöversyn är 94 % (riket 90 %) och är en minskning från föregående år.

** ICF = Klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa. ICF kan användas för att beskriva individens funktionstillstånd, mål, behov samt resultat (funktionstillstånd, måloppfyllelse).*

***KVÅ = Klassifikation av vårdåtgärder. ICF och KVÅ kompletterar varandra och kan användas i ett systematiskt arbetssätt med strukturerad dokumentation i vårdprocessen. KVÅ kan användas för att beskriva planerade och utförda vårdåtgärder (utreda, förebygga, behandla och följa upp) i processen*

**** 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" 2018 visar att kundnöjdheten har ytterligare förbättrats i hemtjänsten till 98 % vilket motsvarar en delad tredjeplats i Sverige. Antalet personal som en vårdtagare träffar under 14 dagar har ökat till 18. Enligt verksamheten berodde detta bland annat på en ökad arbetsbelastning och hög sjukfrånvaro under mätperioden. Riksnittet är 15 personal. Även särskilt boende har hög kundnöjdhet där det gemensamma värdet för Grästorps kommun är lägre än föregående år 87 % men fortsatt bland de 25 % bästa kommunerna.

2018 deltog Grästorp för första gången i den nationella brukarundersökningen för LSS, daglig verksamhet. Undersökningen omfattar även några lokala frågor. Brukarnöjdheten mäts i frågan "trivs du med din dagliga verksamhet?" 7 av samtliga 13 svarande uppgav att de trivdes vilket motsvarar 54 %. 5 svarade att de trivs ibland och 1 svarade nej.

Införande av välfärdsteknologi i Social verksamhet har under 2018 haft fokus på mobil dokumentation. Modul är inköpt och en arbetsgrupp med representanter från alla verksamheter har bildats. Implementeringen har dröjt på grund av tekniska förutsättningar med stark och säker autentisering, vår IT-enhet jobbar tillsammans med vår IT-strateg för att lösa det tillsammans med leverantör. Personlig assistans har under året prövat övergång till digital hantering av personalens tidsredovisning till Försäkringskassan, så kallade "ass-listor" men det fungerade inte optimalt via lönesystemet Medvind. Den senaste lösningen via systemet Phoniro Care prövades i skarpt läge först under december månad och är under uppföljning.

I samverkan med kommunerna i Västra Skaraborg har det gjorts en förstudie och nyttorealiseringsstudie på digitala signeringslistor. Den visar att man sparar resurser genom förändrat arbetssätt och ger bättre kvalitet för både patient och personal.

3 Övergripande mål

Nämndens mål för 2018 är:

- invånare och kunder ska vara nöjda
- det förebyggande hälsoarbetet prioriteras och genomsyrar all verksamhet
- förbättra barn och ungas uppväxtvillkor i kommunen
- en attraktiv kommun och ökat bostadsbyggande
- kvalitetssäkring utifrån insats och patientsäkerhet.
- utveckla hälsoperspektivet för äldre

Verksamheten har utvecklat nämndens mål ytterligare för 2018 med följande mål:

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

Social verksamhets gemensamma aktiviteter utifrån målen är:

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

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

*

HSL = Hälso-och sjukvårdslagen

SoL = Socialtjänstlagen

LSS = Lagen och stöd och service till vissa funktionshindrade

LVU = lagen om vård av unga

LVM = Lagen om vård av missbrukare

4 Organisatoriskt ansvar för kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet

Ansvaret för kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet har ytterst Kommunstyrelsen.

Socialchef har:

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

Utvecklingschef har:

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

Verksamhetschef HSL ansvarar för:

- rutiner för det systematiska kvalitetsarbetet
- mål och måluppfyllelse
- uppföljning och analys av verksamheten
- ständiga förbättringsåtgärder
- informationssystem
- organisation och ansvarsfördelning
- lokaler, personal, utrustning (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 patientens tillstånd kräver det
- säkra delegeringar av ansvar
- anmälningar görs till vårdgivare och Inspektionen för vård och omsorg

Socialt ansvarig samordnare (SAS) ansvarar för att:

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

Enhetschef ansvarar för:

- leda och utveckla verksamheten mot politiskt uppsatta mål
- budget och personal
- analysera och hantera; risker, avvikelser, förslag, synpunkter och klagomål
- verkställa rutiner/riktlinjer/beslut
- skapa utrymme för lokalt förbättringsarbete
- kompetensutveckla personal och team
- samarbete med team, arbetsgrupper och leg personal
- rapportera till verksamhetschef om utveckling och förbättringar

Legitimerad personal ansvarar för:

- framtagning, utprovning samt vidareutveckling av rutiner och metoder
- risk- och avvikelshantering
- uppföljning av mål och resultat hos patienter
- Hälso- och sjukvårdspersonal är enligt patientsäkerhetslagen (2010:659) skyldig att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls. Personalen ska i detta syfte till vårdgivaren rapportera risker för vårdskador samt händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada.

1:e socialsekreterare ansvarar för:

- övergripande ärendefördelning
- ärendehandledning till socialsekreterare/behandlare inom myndighetsenheten
- prioritering i och mellan ärenden, samt att i samarbete med myndighetschef planera och leda gruppens arbete och behov av kompetensutveckling.

Socialsekreterare ansvarar för:

- att inleda utredning enligt 11 kap 1 § SoL och att inte inleda utredning enligt 11 kap 1 § SoL gällande vuxna, barn och unga.
- att utreda och överlämna beslut till verkställigheten och att följa upp beviljad insats.

Baspersonal ansvarar för:

- att utföra och verkställa beslutade insatser
- att upprätta genomförandeplan utifrån beslutade insatser tillsammans med den enskilde
- att följa rutiner/riktlinjer/beslut
- att samarbeta med team, arbetsgrupper.
- att delta i det systematiska kvalitetsarbetet.
- att rapportera brister, missförhållanden, synpunkter och klagomål

5 Struktur för uppföljning och utvärdering

I enlighet med krav i Socialstyrelsens föreskrift, SOSFS 2011:9 ska kommunen säkerställa kvaliteten och säkerheten i verksamheten genom ett systematiskt och fortlöpande kvalitetsarbete. Kraven i föreskriften gäller all vår verksamhet reglerad i bl.a. Socialtjänstlagen, Lagen om stöd och service, Patientsäkerhetslagen samt Hälso- och sjukvårdslagen m.fl. Den gäller alla våra insatser till funktionsnedsatta, äldre individer samt individer och familjer i behov av socialt stöd i deras livsföring.

Styrmodellen och kvalitetsledningssystemet finns i IT-verktyget Stratsys. Styrmodellen är tydligt kopplat till de politiskt uppsatta målen. I kvalitetsledningssystemet finns en struktur som bygger på processer, riskbedömningar och en egenkontrollplan.

Kvalitetsledningssystemet har fokus på ansvar, roller och delaktighet och syftet är att alla ska vara delaktiga i kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet runt vårdtagare.

Systemet ska underlätta insamling av data till den årliga kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsen och att den ska vara ett verktyg för kommunstyrelsen inför kommande års beslut av mål för hälso- och sjukvård och sociala insatser.

Vårt kvalitetsledningssystem ska bidra till ökad effektivitet, säkerhet och kvalitet genom:

- tydlig kvalitetsstyrning och systematisk egenkontroll av processer och följsamhet mot nationella riktlinjer, författningar, lagar och kommunala riktlinjer.
- kvalitetssäkrade processer och flöden i verksamheten vilket underlättar för medarbetarna att bedriva ett likvärdigt och kvalitetssäkrat arbete gentemot brukare/kund.
- tydlig ansvarsfördelning där det framgår vem som ansvarar och leder förbättringsarbetet i verksamheten, definiera roller och funktioner viktiga för kvalitetsarbete.
- definiera och kvalitetssäkra verksamhetens samverkan med andra verksamheter såväl intern som externt med andra myndigheter/organisationer.
- delaktighet för såväl medarbetare som kunder i det löpande och systematiska förbättringsarbetet på enheten genom lokalt förankrat kvalitetsarbete där det löpande identifieras risker, kvalitetsbrister, klagomål och synpunkter/förslag som åtgärdas och utvecklas.
- dokumenterat förbättringsarbete som ska skapa ett lokalt erfarenhetsutbyte men också bidra till att vår organisation blir en lärande organisation där förbättringsarbeten sprids inom enheter/verksamheter/organisationen

6 Samverkan för att erbjuda god vård och omsorg med kvalitet

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

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

Extern samverkan sker med andra vårdgivare som sjukhus och primärvård, 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.

7 Struktur för riskanalys

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

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

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

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

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

Inrapporterade avvikelser registreras och analyseras i systemverktyget Magna Cura.

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

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

8 Struktur för informationssäkerhet

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

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

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

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 har tagits fram 2018. Syftet är att strukturerat 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. Under 2018 har verksamheten jobbat med att granska genomförandeplanerna för att öka kvaliteten.

9 Rapporteringsskyldighet

Avvikelser

Vård och omsorgspersonal är enligt patientsäkerhetslagen (2010:659) skyldig att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls. All personalen ska till vårdgivaren rapportera risker för vårdskador samt händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada. Det samma gäller rapportering av missförhållanden (SOSFS 2011:5) Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om lex Sarah.

Syftet med att rapportera inträffade avvikelser är att dra lärdom av vårdskadan/missförhållandet eller den negativa händelsen och att med riskförebyggande insatser förhindra att samma typ av avvikelse inträffar igen. Avvikelserapporterna berör också SoL/LSS inte enbart HSL.

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

Rutin för avvikelserapportering

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

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

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

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

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

Vid årets uppföljning av internkontroll följsamhet till anmälan om vårdskada användes frågeställningar om patientsäkerhet framtagna av SKL, HSE = Hållbart Säkerhets Engagemang, som mäter säkerhetskulturen och innehåller 11 frågor. 117 svar inkom vilket kan jämföras med 80 svar vid förra internkontrollen 2014 då egen enkät skickades ut (5 frågor).

72 % svarar att chef ger förutsättningar för att bedriva en säker vård. 94 % svarar att vi lär oss av det som fungerar bra. 88 % svarar att vi alltid agerar utifrån de risker vi ser. 97 % påtalar när något är på väg att gå fel. 97 % vågar prata om sina misstag. 80 % svarar att de blir bra bemötta när de behöver hjälp. 75 % svarar att de har ett väl fungerande samarbete med andra verksamheter. 81 % svarar att arbetet anpassas så att säkerhet bevaras när förutsättningar förändras. 76 % känner sig trygga om en närstående vårdades på arbetsplatsen. 46 % svarar att man erbjuder patienter att vara delaktiga i vårt patientsäkerhetsarbete.

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

10 Hantering av klagomål

10.1 Klagomål och synpunkter

Klagomål och synpunkter

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

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

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

10.2 Beskrivning av sammanställning och analys

Inkomna synpunkter och klagomål redovisas per tertial i systemverktyget Stratsys av utsedd person inom Social verksamhet. Analysen görs av respektive enhetschef där rapporten är hemmahörande. Synpunkten ska besvaras inom 14 dagar.

Inkomna och behandlade ärende redovisas för Sociala utskottet och på Kommunstyrelsens sammanträde två gånger per år, i april och oktober. Medicinskt ansvarig sjuksköterska och verksamhetschef HSL sammanställer Social verksamhets ärende och analyserar årligen inför presentation i patientsäkerhetsberättelsen.

Under 2018 inkom 2 ärende till social verksamhet som har hanterats av berörd enhetschef. De är redovisade på Kommunstyrelsen enligt rutin.

10.3 Samverkan med patienter och närstående

Vid de tillfällen det har framkommit klagomål har Medicinskt ansvarig sjuksköterska eller verksamhetschef HSL tagit kontakt via telefon och erbjudit möjlighet till besök. Det har uppskattats och alltid accepterats. Innan vidare kontakt med annan myndighet t.ex. patientnämnd eller annan utförare har patient och närstående rätt att se och tycka till om den skriftliga dokumentationen som skickas vidare. Återkoppling sker alltid efter svar från annan part.

11 Resultat

11.1 Uppföljning av genomförda egenkontroller

| Egenkontroll | Kontrollmoment för Egenkontroll | Frekvens | Kommentar |
|---|---------------------------------|-------------------------|--|
| ● Uppföljning av arbetet med verksamhetsplaner | Dokumentation | 1 ggr per år | Uppföljning av respektive planer har gjorts av verksamhetschef/utvecklingschef tillsammans med enhetschef under december/januari månad. |
| ● Redovisning till budgetberedning | Kontroll | 1 ggr per år | Under året har tre workshops genomförts tillsammans med verksamhetsutvecklare Carina Torpenberg. En förändring i arbetet har skett genom att man träffats gemensamt i respektive grupp; ÅO,LSS och IFO och gjort gemensamma besparingar/effektiviseringar. Detta upplevdes positivt och kommer att fortsätta i samband med planerade budgetuppföljningar 2019. |
| ● Uppföljning av egenkontroller i kvalitetsledningssystemet | Kontroll | 1 ggr per år | Genomgång av egenkontroller har skett på GT-grupptid med chefer LSS och ÅO 2019-01-07. Några nya egenkontroller har tagits fram som ska fyllas i av enhetschef. Enhetschefer får påminnelser om egenkontroll i Stratsys. Därför konstateras att de flesta har gjort egenkontrollerna innan avstämningsmötet. |
| ● Redovisning av internkontrollplan till SU | Systematisk kvalitetsgranskning | Enligt beslutad plan SU | Redovisning skall ske på SU i februari månad 2018. |
| ● Redovisning till Sociala utskottet av myndighetsutövning barn och unga | Delegation | 1 ggr per år | Samtliga beslut att inte inleda utredning avseende barn har redovisats till KS. |
| ● Genomgång sker med arbetsledare i alla ärenden där LVU kan bli aktuellt | Självskattning | Veckovis | Handläggarna har haft regelbunden genomgång av ärenden med 1:e socialsekreterare. |
| ● Rapport till SU om ändrade fördelningstal | Statistik | 1 ggr per år | Fördelningstalet har inte överskridits. |
| ● Avvikelse rapporter inom myndighetsutövning | Avvikelse rapport | Månadsvis | En avvikelse har inkommit |
| ● Stickprovskontroll myndighetsutövning | Granskning av journaler | 1 ggr per år | Processen följs i granskade ärenden. |
| ● 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 2018 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 |

| Egenkontroll | Kontrollmoment för Egenkontroll | Frekvens | Kommentar |
|---|--|--------------|---|
| | | | <p>har haft besök av socialsekreterare 2-3 ggr/år och där emellan telefon/mailkontakt. 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 mkycket god bild av socialtjänstens arbete och söker ofta självmant upp socialsekreterare, utan att möte planerats.</p> <p>Inga avbrott har skett under 2018, som ej varit planerade pga annan placeringsform, såsom stödboende för ensamkommande unga. Inga familjehem har sagt upp sig.</p> |
| ● Inskrivna i kommunal hälso- och sjukvård. | Kontroll | | Antal 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 delegeringar har genomgått en webbutbildning om "säker läkemedelshantering". Införande av digitala signeringslistor har bidragit till en säker läkemedelsöverlämning. Inga delegationer har dragits tillbaka under 2017. |
| ● Kontroll av läkemedelsavvikelser från Magna Cura | Avvikelse rapport från Magna Cura | Månadsvis | Läkemedelsavvikelserna har minskat under 2017. En framgångsfaktor är införande av digitala signeringslistor. |
| ● Avvikelser medicintekniska produkter | Avvikelse rapport från Magna Cura | Månadsvis | Ingen rapport skickad till läkemedelsverket gällande medicintekniska hjälpmedel. |
| ● Kontroll av att uppföljning av individuellt förskrivet hjälpmedel görs i tillräcklig omfattning | Dokumentation | 2 ggr per år | Uppföljning av förskrivet hjälpmedel görs enligt rutin. |
| ● Kontroll av blodtrycksmanschetter | Kontroll | 1 ggr per år | Blodtrycksmanschetter kontrollerade enligt rutin. |
| ● Skydds rond på Daglig sysselsättning (Kompassen) | Avvikelse rapport från Magna Cura Tillbudsrapportering | | Arbetsmiljö rond har genomförts 2018-11-22, samt lokalt under året med arbetsplatsens skyddsombud Malin Lyckgård. |
| ● Registrering i SUS (System för uppföljning av samverkan). | Självskattnig Statistik | 4 ggr per år | Vi har 8 inskrivna. Under senaste kvartalet är det två avslutade och två nytillkommen. |
| ● 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 | Enligt rutin har ansvariga träffats för att gå igenom framtida behov på gruppnivå och individuellt. Möte med enskild har också hållits som önskat ha individuell plan |

| Egenkontroll | Kontrollmoment för Egenkontroll | Frekvens | Kommentar |
|---|--------------------------------------|--------------|--|
| ● Skydds rond på Paletten (Daglig verksamhet) | Självskattning | 4 ggr per år | Skydds rond genomförts med arbetsplatsens skyddsombud Malin Lyckgård enligt plan i SHAM. Årlig skydds rond i Social verksamhet genomförd 2018-11-22 |
| ● 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 2018 har rutinen följts. |
| ● 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. |
| ■ Kontroll av ASS-listor inom personlig assistans. | Kontroll | Månadsvis | Vårt administrativa stöd gick i pension i sept -18 och efter det har vi haft problem med att få in rätt underlag till Försäkringskassan så 1 dec startade vi upp Phonio Ass-lista appen för att digitalt få in underlagen till Försäkringskassan. Detta kommer utvärderas i början av 2019 för att då förhoppningsvis fått fram exakta tidrapporter till FK och genom det snabbare och korrekta utbetalningar av assistansersättningen. |
| ● Dialog med brukare och utförare samt kontroll av utförd avlösartid via lönelistor | Inhämtning av synpunkter Kontroll | 1 ggr per år | Vi har för närvarande ingen insats avlösarservice i hemmet. |
| ● Granskning av genomförandeplaner i hemtjänst | Granskning av journaler | 2 ggr per år | Genomförandeplanerna är uppföljda och aktuella. Det finns också en rutin som innebär att SAS granskar ett antal genomförandeplaner under året för att säkerställa kvalitén. |
| ● Uppföljning av SMP för trygghetslarm | Loggning av nätverkssystem | Veckovis | Inga kända avvikelser |
| ● Uppföljning av larmrapporter gällande trygghetslarm från Tunstall | Larmrapport | Månadsvis | Inga kända avvikelser |
| ● Inskrivna i dagverksamhet rehab ska ha en individuell rehabplan. | Kontroll | 2 ggr per år | Alla har en individuell rehabplan |
| ● Uppföljning av korttidsvistelsen | Självskattning | 2 ggr per år | Fortsatt goda resultat för enheten |

| Egenkontroll | Kontrollmoment för Egenkontroll | Frekvens | Kommentar |
|---|---|--------------|---|
| ● Uppföljning av genomförandeplan på särskilt boende äldreomsorg. | Kontroll | 2 ggr per år | Genomförandeplanerna är aktuella. Det finns också en rutin som innebär att SAS granskar ett antal genomförandeplaner under året (2019) för att säkerställa kvalitén. |
| ● Uppföljning av skickade och inkomna avvikelser SVPL | Avvikelse rapport SVPL | Månadsvis | Antal avvikelser ökade i september när nytt IT-system och nya rutiner infördes i VGR. I slutet av året så är alla berörda parter mer inarbetade i nya processen, men det påverkade patientsäkerheten och arbetsmiljön under en kort tid. |
| ● Följsamhet till lokal rutin Samordnad vårdplanering i Grästorp. | Inhämtning av synpunkter | | Rutinen följs. |
| ● Uppföljning av handlingsplan samverkan kommun och primärvård Catio VC. | Jämförelser | 1 ggr per år | Hösten 2018 har inneburit en nära samverkan kring utskrivningsklara patienter från slutenvården mellan Catio och kommunen. Bakom detta ligger en ny lag och ny riktlinje och överenskommelse i VGR. En arbetsgrupp bestående av Catio, Närhälsan Rehab och berörda parter från kommunen har jobbat för att ta fram lokala rutiner kring SAMSA2. |
| ● Årlig uppföljning av samverkan Trepert enligt protokoll. | Inhämtning av synpunkter Avvikelse rapport SVPL | 1 ggr per år | Årlig uppföljning utförd av styrgrupp och handläggargrupp enligt protokoll. |
| ● Uppföljning av rutin kring gemensam socialjour 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 dag jour som gått igenom med samtliga i samband med att vi anställde ny socialsekreterare. |
| ● Uppföljning av sammanställning av inkomna synpunkter/klagomål och lämnade svar i social verksamhet. | Inhämtning av synpunkter | 2 ggr per år | Andra halvåret 2018 har två synpunkter inkommit som besvarats av enhetschef och socialchef. Synpunkterna redovisas enligt plan på SU. |
| ● Uppföljning av inkomna avvikelser rapport i Magna Cura enligt Lex Maria. | Avvikelse rapport från Magna Cura | Månadsvis | Ingen anmälan om vårdskada är gjord under 2018. IVO genomförde en tillsyn i oktober 2018 med fokus på kvalitetsledningssystem och patientsäkerhet. Två intervjuer genomfördes och IVO bedömde att vi bedrev ett systematiskt patientsäkerhetsarbete. |

| Egenkontroll | Kontrollmoment för Egenkontroll | Frekvens | Kommentar |
|--|--|--------------|---|
| ● Uppföljning av inkomna avvikelserapporter enligt Lex Sarah. | Avvikelse rapport från Magna Cura | Månadsvis | SAS går regelbundet igenom samtliga avvikelser och påbörjar Lex Sarah-utredning direkt vid meddelande från anställd, enhetschef eller efter egen bedömning av rapporterad avvikelse. Under året har inga tveksamheter funnits om avvikelserna varit Lex Sarah eller inte. Inga avvikelser har Lex Sarah-anmälts till IVO under året. Dock finns en känsla av att det finns avvikelser som inte rapporteras. Under 2019 behöver avvikelser lyftas i alla verksamheter för att öka förståelse för kvalitetsarbetet. |
| ■ Uppföljning av årets genomgång av genomförandeplaner i social verksamhet övergripande. | Dokumentation | | Ingen granskning har skett sedan 2016 enligt tidigare mallar och granskning i dokumentationshandledargruppen, se tidigare kommentarer. Det pågår dock ett arbete enligt IBIC där nu nästan samtliga verksamheter skriver genomförandeplaner. En plan för start av granskning 2019 finns. Utvecklingschef/SAS kommer granska 50 slumpmässigt utvalda planer varje halvår. |
| ■ Uppföljning av genomgång av verkställighetsjournaler i social verksamhet övergripande. | Dokumentation | | Ingen genomgång har skett sedan 2016 enligt tidigare mallar och granskning i dokumentationshandledargruppen, se tidigare kommentarer. |
| ● Uppföljning av genomförd journalgranskning i hälso- och sjukvård. | Granskning av journaler | 2 ggr per år | Kollegial granskning gjordes 2018-09-18. Formen för granskning uppskattades av all personal. Samtidigt som granskningen blev ett underlag till fortsatt utbildning så var den också lärande för deltagarna. |
| ● Logg och spärrkontroll av Nationell Patientöversikt. | Loggning av nätverkssystem | 4 ggr per år | Bra och rätt användning av NPÖ. |
| ● Systematisk logguppföljning av dokumentation i Magna Cura. | Granskning av journaler | Månadsvis | Ingen avvikelse att rapportera. |
| ● Kontroll av uppgifter i HSA-katalogen | Dokumentation | 4 ggr per år | Kontroll sköts av HSA-ansvarig på Göliska IT. |
| ● Självskattning av basala hygienrutiner | Självskattning | 2 ggr per år | De enheter som utfört självskattning är godkända. Enhetschef ansvarar för att det finns tid på APT för hygienombud att genomföra aktiviteten. |
| ■ Hygienrond enligt checklista | Dokumentation Inhämtnings av synpunkter | 1 ggr per år | Hygienrond planerad och flyttad till våren 2019 på grund av nya enhetschefer på SÄBO. |

| Egenkontroll | Kontrollmoment för Egenkontroll | Frekvens | Kommentar |
|--|--|--------------|--|
| ● Kontroll av spol och diskdesinfektorer | Dokumentation Inhämtnings av synpunkter | 1 ggr per år | Extern kontroll utförd i december med godkänt resultat. |
| ● Extern kontroll rengöring och städ av miljö och hälsa. | Kontroll | 1 ggr per år | Inga anmärkningar. De åtgärder och rutiner som är framtagna är kända och används på rätt sätt. |






Rekrytering av personal och förbättrad introduktion av nyanställda vilket kan kopplas till verksamhetens mål; *kvalitetssäkring utifrån insats och patientsäkerhet* samt *alla medarbetare ska vara involverade i sin egen och verksamhetens utveckling* är något som hela social verksamhet måste arbeta aktivt med 2019. Inom myndighetsutövningen behövs förstärkning av kompetens inom socialrätt.

Äldreomsorgen kommer att satsa på demensutbildning för att kvalitetssäkra insats och patientsäkerhet. Ett arbete med att utveckla dagverksamhet och skapa ett seniorcenter 2019 kommer att bidra till målet att utveckla hälsoperspektivet för äldre.

LSS kommer att arbeta med målet utveckla hälsoperspektivet genom att öka möjligheterna till fler fritidsaktiviteter. Ett sätt kan vara att använda välfärdsteknik som appar och larm som stödjer brukaren i vardagen.

11.2 Uppföljning av åtgärder

| Åtgärd | Status | Typ av åtgärd | Kommentar |
|--|-------------|---------------|---|
| ▶ Ta fram riskanalys och egenkontroll | Pågående | Förbättrande | Det finns några processer i kvalitetsledningssystemet där vi nu inte haft möjlighet att arbeta fram egenkontroller och riskanalyser. Detta arbete fortsätter under 2019. |
| ▶ Upprätthålla god kontakt med fastighetsägare | Pågående | Förebyggande | Kontakt hålls med lokala fastighetsägare utifrån förhyrda lägenheter och vid behov av nya. |
| ▶ Information till kommunens politiker | Pågående | Förebyggande | Dialog utifrån behov sker med SU samt vid planerade förändringar av verksamhet. Planering för "hemmaplanslösningar" i annan form än nyttjande av befintliga platser i gruppbostad pågår. Det frigör i sin tur platser i gruppbostad för behov enligt LSS. |
| ✓ Göra en riskanalys och identifiera egenkontroll som kvalitetssäkrar ärendehantering. | Avslutad | Förebyggande | Riskanalys gjord enligt mall. |
| ✓ Ta fram process för utförande av genomförandeplan och implementering av hemtjänstprocess | Avslutad | Förebyggande | Implementering av hemtjänstprocessen pågår. |
| ▬ Ta fram process, riskanalys och | Ej påbörjad | Förbättrande | |

| Åtgärd | Status | Typ av åtgärd | Kommentar |
|--|----------|---------------|--|
| egenkontroll på matdistribution | | | |
|  Utveckla arbetet med aktuella rehab planer för inskrivna i dagverksamhet med inriktning rehab. | Pågående | Förbättrande | Processen ses över av enhetschefer i ÄO under 2019. |
|  Ta fram egenkontroll kring SIP | Försenad | Förbättrande | |
|  Ett övergripande arbete för informationssäkerhet inom Grästorps kommun behöver tas fram. | Försenad | Förbättrande | Samverkan sker med Gölliska IT om en gemensam informationssäkerhetssamordnare. Till sin hjälp har samordnaren en kontaktperson i kommunen som verkar i en arbetsgrupp övergripande i kommunen.. |
|  Hygienombudsträff | Pågående | Förebyggande | Hygienombudsträff sker två gånger/år. Sjuksköterska från Vårdhygien Skövde deltar efter inbjudan av MAS. Mötets syfte är att utbilda och informera hygienombuden om aktuella ämnen. |
|  Skapa checklistor för introduktionsprogrammet | Avslutad | Förbättrande | Utvecklingschef tillsammans med enhetschef har tagit fram ett introduktionsmaterial som godkänts på SLG 2019-01-14. Varje enhet får utifrån materialet komplettera checklistan för introduktion/bredvid gång på den aktuella enheten med gällande rutiner. |

Verksamheten har god kontroll på vilka processer som behöver en aktiv åtgärd och vilka åtgärder som genomförts.

11.3 Uppföljning avvikelser under året

| Avvikelse | Summa/Avvikelse | Kommentar |
|--------------------------|-----------------|---|
| Fallrapport | 417 | Fallrapporterna ökade och antal frakturer ökade från 7 st till 11 st under 2018. Under hösten har all omsorgspersonal inom äldreomsorg fått utbildning i fallförebyggande utifrån Socialstyrelsens nya framtagna utbildningsmaterial. |
| Läkemedelsrapport | 156 | Läkemedelsavvikelserna ökade under sommaren och hösten där det finns en koppling till bemanning. Arbetssätt runt läkemedelshandling har sett över utifrån ny lagstiftning. |
| Dokumentation | 6 | Få avvikelser som rör dokumentation. Men under året kan vi ändå härleda avvikelser |









| Avvikelse | Summa/Avvikelse | Kommentar |
|---|-----------------|--|
| | | som i grunden beror på bristande dokumentation, rutiner som inte följs etc. |
| Medicintekniska produkter | 2 | Ingen avvikelse är anmäld till läkemedelsverket eller IVO. |
| Informationsöverföring | 8 | Avvikelse har minskat marginellt. De handlar oftast om planeringsmissar och otillräcklig information till mottagande utförare. Bristande rutiner ligger bakom flera av avvikelse. |
| Omvårdnadshändelser | 65 | Omvårdnadshändelserna har ökat. Om det berör på en ökad vana att skriva avvikelser eller att bristerna blivit fel kan inte bedömas. Främst handlar avvikelse om felplacerade rörelsevakter, missar i planering av insatser, försenade insatser pga larm, insatser som inte utförs enligt plan |
| Bemötande | 5 | Ingen avvikelser handlar egentligen om brister i bemötande från personal utan man har använt avvikelse rapportens olika områden felaktigt. Några avvikelse handlar om brister i bemötande mellan brukare vilket mer handlat om omvårdnadsbrister, dvs att personal inte kunnat avleda negativa beteenden etc. |
| Rehabilitering | 9 | Avvikelse ökade något men du följs upp snabbare tack vare att 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 | Ingen avvikelse har anmälts enligt Lex Sarah till IVO. |
| Samordnad vårdplanering annan vårdgivare | 48 | Nya rutiner i SAMSA har bidragit till ökade avvikelser under hösten. Det fanns tolkningar av nya regelverket som bidrog till brist på samverkan. Blev bättre efter en utbildningsinsats för vårdplaneringsteam på sjukhus. |
| Synpunkter och klagomål | 2 | |






Under 2019 ska arbetet med avvikelser följas upp. Tillsammans med dokumentationsombudsgrupperna ska samtal föras om vilka avvikelser som skrivs och vilka rapportmallar som används för att avvikelserna så långt som möjligt hamnar under rätt rubriker. Rapporterna är ibland bristfälliga och dokumentation om händelsen saknas i övrig dokumentation. I detta arbete ingår uppföljning och dokumentation som görs av enhetschef förbättras för att säkerställa kvaliteten i verksamheten.

Inom Myndighetsenhet och Individ- och familjeomsorgsverksamhet ska information om avvikelser och Lex Sarah lyftas på arbetsplatsträffar, APT för att tydliggöra ansvaret att

rapportera avvikelser. Det har uppmärksammats att det kommer in få avvikelser på dessa områden.




11.4 Uppföljning av mått

| Mått | Enhet | Kommentar |
|---|---|--|
|  Insatser/beslut i nivå med rättspraxis. | Myndighetsenheten | Samtliga domar har utfallit till kommunens fördel |
|  Antal utförda valideringar av smärtskattning i Svenska Palliativregistret | HSL-enheten och Särskilt boende Hallers väg | Grästorp har under första halvåret 2018 utfört smärtskattning på 78 % av våra palliativa patienter enligt registret. När hela året sammanställs hamnar vi på 68,2 procent. |
|  Andelen personer med minst en åtgärd av riskbedömningar som påvisar risk inom något område; trycksår, undernäring, fall | HSL-enheten och Särskilt boende Hallers väg | Vistegården arbetar med Senior alert på teammöte. Hallers väg 20 startar teammöte och förebyggande arbete med hjälp av Senior alert i september. Kunskapsbrister finns i ifyllnaden av systemet Senior alert vilket visar på lägre siffror än verkligheten. Utbildningsinsatser i systemet planeras med uppstart i januari 2019. |
|  Andelen personer som har fått läkemedelsöversyn genomförd | HSL-enheten och Särskilt boende Hallers väg | Enligt resultat hämtat från pharos.skane.se/ki/ har 94 procent av registrerade patienter i BPSD-registret fått läkemedelsöversyn genomförd. |
|  Antal utförda valideringar av smärtskattning i Svenska Palliativregistret | Social verksamhet | Grästorp har under första halvåret 2018 utfört smärtskattning på 78 % av våra palliativa patienter enligt registret. När hela året 2018 sammanställs hamnar vi på 68,2 % vilket är en liten försämring. Verksamheten når inte upp till målvärdet på totalbasis. |
|  Webbutbildning "jobba säkert med läkemedel" | Personlig assistans och sysselsättning | Under 2018 har all personal som ska ha helt ny eller ska förnya sin delegation genomgått webbutbildningen "jobba säkert med läkemedel". |
|  Erbjudna genomförandeplaner | Personlig assistans och sysselsättning | Alla brukare imina verksamheter inom personlig assistans och daglig verksamhet är erbjudna att upprätta en genomförandeplan. |
|  Värde enligt Öppna jämförelser angående bemötande. | Särskilt boende Vistegården | Vistegårdens resultat 2018 ligger fortsatt kvar på 100 %, vilket ses som mycket positivt. Resultatet kan jämföras mot rikssnittet som är 93 %. |

| Mått | Enhet | Kommentar |
|--|---|---|
|  Antal personal som en hemtjänsttagare möter under 14 dagar (KKiK) | Hemtjänst och Korttidplats | Personalkontinuiteten är något sämre än förra året. Under mätperioden var det ett ökat tryck i hemtjänsten samt att det var flera sjukskrivna pga feber och kraftiga förkylningar. Följer detta under hela året och fortsätter hela tiden att jobba med detta värde. |
|  Andelen nöjda kunder handläggning Myndighetsenheten | Myndighetsenheten | Mätningen är genomförd och resultatet är godkänt. |
|  Värde enligt öppna jämförelser när det gäller inflytande. | Särskilt boende Vistegården | Det finns ett mått för inflytande i ÖJ som grundas på tre frågor men värdena stämmer inte med redovisade. De kommer istället från Äldreundersökningen och måttet Brukarbedömning särskilt boende äldreomsorg - hänsyn till åsikter och önskemål, andel (%) |
|  Brukarbedömning hemtjänst äldreomsorg - trygghet, andel (%) | Hemtjänst och Korttidplats | Resultatet har blivit bättre och personalen i hemtjänsten arbetar ständigt med att öka tryggheten för den enskilde ska känna sig trygg. |
|  Andel nöjda medarbetare som genomfört fallförebyggande utbildning | HSL-enheten och Särskilt boende Hallers väg | Vid fem tillfällen höll delar av rehab och sjuksköterskorna utbildning i fallprevention och rehabiliterande förhållningssätt för all personal i äldreomsorgen. Deltagarna fick utvärdera via en pappersblankett. På frågan "Vad tyckte Du om utbildningstillfället Fallprevention" gav deltagarna sitt svar på en femgradig skala där 1 var "Dåligt" och 5 var "Mycket bra". 68 personer (70%) svarade 5. 27 personer (28%) svarade 4. 2 (2) personer svarade 3. Sammanfattningsvis tolkas svaren som att alla var nöjda med utbildningen. Alla svar lades manuellt in i Google formulär. |

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 2018 alternativt hur verksamheten avser att jobba vidare för att nå målvärdet under 2019. Måttet trygghet med hemtjänsten innehåller delar som verksamheten har svårt att påverka. Brukarnas trygghet att bo kvar hemma med hjälp av hemtjänst påverkas även av andra faktorer utanför Social verksamhet som t.ex känslan av ensamhet när man förlorat en livspartner, oro kring saker som händer i samhället (rapporter om bedrägerier mot äldre, etc)

11.5 Uppföljning av kvalitetsgarantier

| Kvalitetsgarantier | Kommentar |
|--|--|
|  Vi garanterar att när du tackat ja till erbjudande om genomförandeplan görs denna tillsammans med dig inom 30 dagar. Planen följs upp minst var sjätte månad | Ingen avvikelse rapporterad |
|  Vi garanterar att du vid kontakt med socialsekreterare erbjuds en besökstid inom tio arbetsdagar | Ingen avvikelse |
|  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. | Den palliativa vården håller mycket god kvalitet utifrån specialistkompetens hos personal och särskilt utformad palliativ vård på vår korttidsavdelning. |

Social verksamhet har haft dessa kvalitetsgarantier under flera år.

12 Övergripande mål för kommande år

Nämndens mål för 2019 är:

- invånare och kunder ska vara nöjda
- det förebyggande hälsoarbetet prioriteras och genomsyrar all verksamhet
- förbättra barn och ungas uppväxtvillkor i kommunen
- en attraktiv kommun och ökat bostadsbyggande

Verksamheten har utvecklat nämndens mål ytterligare för 2019 med följande mål:

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

Social verksamhets gemensamma aktiviteter utifrån målen är:

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

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