



# **Kvalité- och patientsäkerhetsberättelse 2023**

---

Social verksamhet

## Innehållsförteckning

<b>1</b>	<b>Läsanvisning</b> .....	<b>3</b>
<b>2</b>	<b>Sammanfattning</b> .....	<b>4</b>
<b>3</b>	<b>Övergripande mål</b> .....	<b>6</b>
<b>4</b>	<b>Organisatoriskt ansvar för kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet</b> .....	<b>7</b>
<b>5</b>	<b>Struktur för uppföljning och utvärdering</b> .....	<b>9</b>
<b>6</b>	<b>Samverkan för att erbjuda god vård och omsorg med kvalitet</b> .....	<b>10</b>
<b>7</b>	<b>Struktur för riskanalys</b> .....	<b>11</b>
<b>8</b>	<b>Struktur för informationssäkerhet</b> .....	<b>12</b>
<b>9</b>	<b>Rapporteringskyldighet</b> .....	<b>13</b>
<b>10</b>	<b>Hantering av klagomål</b> .....	<b>14</b>
10.1	Klagomål och synpunkter .....	14
10.2	Beskrivning av sammanställning och analys .....	14
10.3	Samverkan med brukare/patienter och närstående .....	14
<b>11</b>	<b>Resultat</b> .....	<b>15</b>
11.1	Uppföljning av genomförda egenkontroller .....	15
11.2	Uppföljning av åtgärder.....	23
11.3	Uppföljning avvikelser under året .....	25
11.4	Uppföljning av mått .....	26
<b>12</b>	<b>Övergripande mål för kommande år</b> .....	<b>29</b>

## **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 200 brukare med beviljade insatser inklusive trygghetslarm varav ca 110 har vård och omsorgsinsatser. I hemsjukvården (kommunal hälso- och sjukvård) finns ca 120 inskrivna i eget boende, LSS, psykiatri och palliativ vård. Dagverksamhet med inriktning rehab har öppet fyra dagar per vecka och dagverksamhet demens har öppet tre dagar per vecka. Totalt finns ca 30 personer med insats dagverksamhet. Seniorcenter är en öppen träffpunkt som främst riktar sig till personer över 65 som ej har några biståndsbedömda insatser. Kommunen har varit assistansanordnare åt 8 brukare under 2023 och det finns omkring 20 brukare med bostad med särskild service. Närmare 30 brukare har insatsen daglig verksamhet inom LSS

Under 2023 har fyra planerade kvalitetsdagar genomförts tillsammans med MAS och SAS och fokus på enheternas arbete med kvalitetsplanens egenkontroller och riskanalyser, avvikelshantering samt kundnöjdhetsmått.

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

Inga utredningar har anmälts till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) enligt lex Sarah och vårdskada.

Synpunkter och klagomål utreds och hanteras enligt gällande rutiner. Det har inkommit synpunkter till Social verksamhet via kommunens hemsida som besvarats enligt rutin. Ytterligare synpunkter/klagomål har utretts direkt av Medicinskt ansvarig sjuksköterska och Socialt ansvarig samordnare.

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.

Utifrån den nationella tillsyn av medicinsk vård och behandling vid särskilda boenden för äldre (SÄBO) som drivs av kommunen som Inspektionen för vård- och omsorg(IVO) gjort 2021-2023 har Social verksamhet kontrollerat och bedömt följande enligt beslut från IVO:

- **Vård och omsorgspersonalens kompetens** – av egenkontrollen journalgranskning i samband med övergång till nytt dokumentationssystem framgår att vård- och omsorgspersonal dokumenterar på ett adekvat sätt. Funktionen Vårdbegäran används frekvent för att signalera behov av hälso- och sjukvårdsåtgärder. Den språkliga förmågan bedöms som god och det är lätt att följa händelseutveckling och sammanhang i anteckningar och avvikelserapportering. Det nya dokumentationssystemet är mer användarvänligt och lättare att förstå, hur och var man skall dokumentera. En farhåga var att avvikelserapporterna skulle minska i antal men det är snarare tvärtom. Både inom SÄBO och hemtjänst har verksamheten brukarkonferenser regelbundet. Enhetschef ansvarar för att teamet av olika professioner strukturerat följer upp patient/brukare. Syftet är att arbeta förebyggande med att hitta ev risker och ett lärande för omsorgspersonal. Medicinskt ansvarig sjuksköterska och socialt ansvarig samordnare bedömer att patienterna får en personcentrerad vård- och omsorg med god kvalitet.

- **Vård- och omsorgspersonalens brister i svenska språket** - verksamheten har valt att anställa undersköterskor med rätt kompetens på fasta tjänster. Patienterna blir förstådda och för den hjälp som ger trygghet och kvalitet i vård- och omsorg. Den språkliga förmågan bedöms som god i verksamheten och det är lätt att följa händelseutveckling och sammanhang i journalanteckningar och avvikelserapportering.
- **Sjuksköterskans förutsättningar att handleda vård- och omsorgspersonal avseende hälso- och sjukvård samt delegerade uppgifter såsom läkemedelshantering** - Egenkontrollen visar på en god och säker vård- och omsorg som är kvalitetssäkrad och följer vedertagna riktlinjer och enligt beprövad vetenskap. Vården och omsorgen:
  - är av god kvalitet med en god hygienisk standard
  - tillgodoser patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet
  - bygger på respekt för patientens självbestämmande och integritet
  - främjar goda kontakter mellan patienten och vård- och omsorgspersonalen
  - är lätt tillgänglig.
 Dialog mellan sjuksköterskor och chef/bemanning är beskriven i rutin och följs. Det är lätt att få tag i sjuksköterska på särskilt boende enligt den nationella brukarundersökningen ”vad tycker de äldre om äldreomsorgen” Av utredningar av inkomna avvikelser framgår att ingen patient har drabbats av vårdskada som kan kopplas till brister i kommunikation mellan sjuksköterska och vård- och omsorgspersonal. Det visar på att säkra delegeringar görs i verksamheten.
- **Vård i livets slutskede** - Egenkontroller visar på att verksamheten har tillgodosett patientens behov av trygghet, kontinuitet och patientsäkerhet. Brytpunktsamtal görs enligt rutin alltid med erfaren läkare tillsammans med patient, anhöriga, sjuksköterska och omsorgspersonal enligt patientens önskemål. Resultat följs i palliativregister som jämförelse till Klassificering av vårdåtgärder (KVÅ) i verksamhetssystemet. Start av palliativ läkemedelsbehandling sker alltid i dialog med läkare. Patienten får en personcentrerad vård och är delaktig i sin hälsoplan. Under 2023 har verksamheten inte haft avvikelser på processen palliativ vård. Inga klagomål eller synpunkter från patient/anhöriga har inkommit avseende vård i livets slut.
- **Kvalitetsregistret BPSD (Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demenssjukdom)** – visar på att de med demensdiagnos Alzheimer får förebyggande läkemedel, att användningen av olämpliga läkemedel är mycket lågt, teamsamverkan är god och all personal har fått utbildning i BPSD under 2023.

Sammantaget gör medicinskt ansvarig sjuksköterska och socialt ansvarig samordnare bedömningen att social verksamhet i Grästorps kommun bedriver en god och säker vård och omsorg med hög kvalitet för enskilda brukare och patienter.

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

### 3 Övergripande mål

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

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

Det kommunala uppdraget delas in i tre olika perspektiv; *Sambällsutveckling*, *Välståndsutveckling* och *Attraktiv arbetsplats*. Det finns två fokusområden i varje perspektiv. Varje fokusområde innehåller ett antal mål. Inom perspektivet *Välståndsutveckling* har Social verksamhet ansvar för följande mål under fokusområdet *Värdeskapande och välkomnande*:

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

Social verksamhet har därefter delat upp målet i fyra områden:

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

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

#### *Hälsofrämjande och förebyggande insatser*

- Ta fram Strategi för äldreomsorgen (ÄO)
- Ta fram Strategi för funktionshinderomsorgen (LSS)
- Förbereda verksamheten enligt förslag om förändringar i nya socialtjänstlagen
- Färdigställa riktlinjer för demensvården

#### *Kundnöjdhet*

- Genomföra kvalitetsdagar i Social verksamhet i syfte att analysera resultat, KKIK och Öppna jämförelser
- Förbättra introduktionen av medledare och följa upp att medledare tagit del och förstått den
- Öka medledares kunskap om verksamhetens målarbete.

#### *Patientsäkerhet*

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

#### *Effektiv och innovativ välfärd*

- Digitalt först
- Utveckla e-tjänster på nya områden

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

## 4 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.

**Verksamhetschef HSL** ansvarar för:

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

**Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)** ansvarar för att:

- det finns en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet
- journaler förs enligt patientdatalagen
- vård som läkare förordnat verkställs
- läkemedelshanteringen är väl fungerande
- kontakt med läkare eller annan hälso- och sjukvårdspersonal tas när patientenstillstånd kräver det
- säkra delegeringar av ansvar
- anmälningar görs till vårdgivare och Inspektionen för vård och omsorg

**Socialt ansvarig samordnare (SAS)/ Utvecklingschef** 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.
- Vara en övergripande och strategisk funktion för kvalitetsstyrning och kvalitetskontroll inom socialtjänstens verksamhetsområde utifrån gällande lagar och föreskrifter, SoL, LSS, LVM, LVU.
- Vara sakkunnig inom socialtjänstens verksamhetsområde och har en stödjande funktion i organisationen.

**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** (sjuksköterska, fysioterapeut, arbetsterapeut) 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 utreda, fatta beslut och följa upp ärenden enligt gällande lagstiftning, SoL, LSS, LVU och LVM
- uppsökande verksamhet och information till allmänheten
- samverkan med interna och externa aktörer inom respektive ansvarsområde
- utveckling av verksamheten, rutiner och riktlinjer tillsammans med arbetsledning

**Medledare i utförarverksamhet** ansvarar för:

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



## 5 Struktur för uppföljning och utvärdering

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

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

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

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

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

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

## 6 Samverkan för att erbjuda god vård och omsorg med kvalitet

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

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

Extern samverkan sker med andra vårdgivare som sjukhus och primärvård (Cario VC), mödrhälsovård, barnhälsovård, skolan, samverkan HLT\* och Trepårt 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.

*\*HLT, står för Hälsa, Lärande och Trygghet och är en strukturerad samverkansmodell som bygger på samverkan mellan Cario vårdcentral, förskolor, skolor och socialtjänsten i Grästorp. . Teamet strävar efter att vara väl anpassat efter den enskilda familjens situation för att kunna ge bästa möjliga stöd och därför kan även andra professioner bjudas in till samverkan.*

*\*\*Målgrupper för samverkan i lokala trepartersgrupper är vuxna personer med psykisk funktionsnedsättning och/ eller missbruks- och beroendeproblematik - som är i behov av samordnade insatser från hälso- och sjukvård och socialtjänst för att få sina behov tillgodosedda. Den lokala trepartsgruppen utgörs av representanter från Cario vårdcentral, regional öppenpsykiatrisk och beroendemottagning samt kommunal hälso- och sjukvård samt socialtjänsten i Grästorp.*

## 7 Struktur för riskanalys

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

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

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

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

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

Inrapporterade avvikelser registreras och analyseras i verksamhetssystemet för dokumentation. Erfarenheterna återförs sedan till verksamheterna. Vid allvarigare händelser görs risk- och händelseanalyser. Patienter och anhöriga görs delaktiga i det arbetet.

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

## 8 Struktur för informationssäkerhet

Under 2023 anställdes en gemensam informationssäkerhetssamordnare i V3-kommunerna (Essunga, Grästorp och Vara). Kommunfullmäktige antog 2023-06-19 en policy kring informationssäkerhet i Grästorps kommun. Därefter har kommunstyrelsen 2023-11-29 antagit en riktlinje för informationssäkerhet för medledare och förtroendevalda. Det har också beslutats att genomföra en digital informationssäkerhetsutbildning för alla medledare under inledningen av 2024. Därefter återstår att skapa ett gemensamt ledningssystem för informationssäkerhet i kommunen.

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

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

Hälso- och sjukvårdsenheten har infört den internationella klassifikationen av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa (ICF) som är en struktur och terminologi för ett ändamålsenligt vård- och omsorgsdokumentation. Man använder sig av KVÅ för att lämna statistik till Socialstyrelsen. En process för kollegial granskning finns. Syftet är att strukturera granska journaler och att ta fram relevant utbildningsmaterial för all legitimerad personal.

Individens behov i centrum, IBIC, som bygger på ICF är ett behovsinriktat och systematiskt arbetssätt används vid utredning av samtliga insatser enligt SoL och LSS, dock inte personlig assistans. Sedan 2019 granskas ca 50 % av genomförandeplanerna årligen och resultatet återförs till enhetschefer och dokumentationsombud för att öka kvaliteten.

## 9 Rapporteringsskyldighet

### Avvikelser

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

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

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

### Rutin för avvikelserapportering

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

Den som upptäcker avvikelsen skriver avvikelserapport. I samband med byte till nytt verksamhetssystem för dokumentation finns utsedd mottagare av alla rapporter. Idag är det funktionerna medicinskt ansvarig sjuksköterska och/eller socialt ansvarig samordnare. Därefter bedöms behov av utredning och i förekommande fall utredare som är legitimerad personal eller ansvarig enhetschef för de avvikelser som inte bedöms aktuella för utredning enligt föreskrifter om vårdskada eller lex Sarah SoL/LSS.

Tjänstgörande sjuksköterska, annan legitimerad personal eller enhetschef noterar i avvikelsemodulen i Lifecare sin bedömning/utredning, och åtgärd.

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

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

Verksamheten rapporterar avvikelser i hög grad och drar nytta samt tar lärdom av misstag för att förhindra misstag. Verksamheten 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 Medicinskt ansvarig sjuksköterska och socialt ansvarig samordnare kommer att hantera inkommande ärenden.

### **10.2 Beskrivning av sammanställning och analys**

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

Inkomna och behandlade ärende redovisas på Kommunstyrelsens sammanträde två gånger per år.

### **10.3 Samverkan med brukare/patienter och närstående**

Vid de tillfällen det har framkommit klagomål har medicinskt ansvarig sjuksköterska, socialt ansvarig samordnare eller verksamhetschef/enhetschef 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 brukare/patient och närstående rätt att se och tycka till om den skriftliga dokumentationen som skickas vidare. Återkoppling sker alltid efter svar från annan part.

## 11 Resultat

### 11.1 Uppföljning av genomförda egenkontroller

Egenkontroll	Kontrollmoment för Egenkontroll	Frekvens	Kommentar
● Genomgång att egenkontroll skett enligt Socialstyrelsens handbok	Granskning av journaler	1 ggr per år	Vid granskning av akter för placerade barn/unga i familjehem under 2022 framkommer att socialsekreterarna håller tät och kontinuerlig kontakt med såväl den placerade som med familjehem, mer än var tredje månad och ofta varje månad. Samtliga placerade har haft digitala besök av socialsekreterare 2-3 ggr/år och där emellan telefon/mailkontakt. Vid komplicerade situationer har fysiska möten hållits på socialkontoret. I de flesta ärenden är det också samma socialsekreterare som under året haft kontakt med placerat barn/ungdom. Barnen/de unga liksom familjehem uppfattas generellt ha en mycket god bild av socialtjänstens arbete och söker ofta självmant upp socialsekreterare, utan att möte planerats. Inga planerade avbrott har skett under 2022, inga familjehem har sagt upp sig.
● Genomgång av journal/akt inom AME	Granskning av journaler	2 ggr per år	Genomgång av ärenden är gjorda i dokumentationssystemet Lifecare.
● Kontroll av blodtrycksmanschetter	Kontroll	1 ggr per år	Kontroll av blodtrycksmanschetter har gjorts via MTA Skövde. Effekten är en kvalitetssäkrad vård med tillförlitliga medicintekniska produkter enligt regelverk.
● Kontroll av läkemedelsavvikelser från Lifecare	Avvikelsesrapport Lifecare	Månadsvis	Ingen av läkemedelsavvikelserna 2023 har gått vidare till IVO som anmälan om vårdskada. MAS har också deltagit på APT för att återge vad vi kan lära oss av avvikelserna och vad som alla behöver förbättra i sina verksamheter. Följsamheten till överlämning av läkemedel visar på 99,2 %.
● Kontroll av uppgifter i HSA-katalogen	Dokumentation	4 ggr per år	Rutin framtagen för kontroll av uppgifter i HSA-katalog. Göliska IT har tagit över ansvaret, de skickar ut listor som ska kontrolleras och godkännas varje kvartal. Alla kontrollen med anmärkning är rättade enligt rutin.
● Samverkansforum integration	Planering		chefsmöten har genomförts mellan myndighetschef, ame-chef och integrationschef regelbundet under första halvåret. I dessa möten räknas de möten med styrgruppen för Ukraina. Sedan hösten 2023 utreder socialchefen vart ansvaret kopplat till integration ska ligga och vad som ingår i det chefsuppdraget. Mattias Ymefors, tidigare integrationschef, har signalerat om att han har för många andra arbetsområden att styra över.

Egenkontroll	Kontrollmoment för Egenkontroll	Frekvens	Kommentar
● Uppföljning av genomförd journalgranskning i hälso- och sjukvård.	Granskning av journaler	2 ggr per år	Dokumentation har varit en stående punkt på alla APT och enheten har haft två utvecklingsdagar där uppföljning av nytt infört verksamhetssystem varit i fokus. En mall för journalgranskning är under framtagande. Stöd för dokumentation finns kontinuerligt tillgång till. Alla patienter har minst en hälsoplan som bygger på ICF struktur. Effekten av egenkontrollen är en trygg och säker vård och omsorg samt att all personal har kunskap om patienterna.
● Uppföljning av handlingsplan samverkan kommun och primärvård Capio VC.	Jämförelser	1 ggr per år	Fokus i samverkan har under 2023 handlat om insatser kring Coronapandemin vad gäller provtagning, smittspårning och vaccination. Framgångsfaktor för den höga vaccinationstäckningen och låga dödstal i Covid-19 är samverkan mellan kommunens primärvård och Capio. Förbättringsområde är fördjupade läkemedelsgenomgångar/årskontroller och att ronder sker enligt närområdesplan. Uppföljning av följsamhet till lokala avtal visar på god läkarmedverkan. Brytpunktsamtal vid vård i livets slut är ett fortsatt förbättringsområde för 2024, åtgärder har gjorts under 2023 som ger en mer delaktig och trygg vård för patient och närstående.
● Uppföljning av korttidsvistelsen	Självskattning	2 ggr per år	Enkäter har skickats ut till de som har haft korttidsvistelse på Passagen. Resultatet sammanställs och analyseras tillsammans med personal på APT två gånger om året. Våldigt bra resultat i enkäten 2023 på bemötande, anhörigstöd och tillgänglighet på personal. Resultatet av brukarnöjdhet inom social verksamhet har kommunicerats i politiken.
● Uppföljning av lokal rutin om dagjour regelbundet på APT	Kontroll	2 ggr per år	Samtliga socialsekreterare har informerats på APT om såväl intern jour som gemensam socialjour och rutiner kring densamma. Dagensvarig jour i Grästorp ansvarar bl a för att dagligen kontrollera ev inkomna uppgifter via mail från gemensam socialjour.
■ Uppföljning av årets genomgång av genomförandeplaner i social verksamhet övergripande.	Dokumentation	2 ggr per år	Under 2023 har inga granskningar av genomförandeplaner gjorts då verksamheten gått över från ett system till ett nytt from 2022-12-01. Planen är att kunna påbörja detta igen 2024. Det vi kunnat se hittills i det nya systemet är att fler genomförandeplaner har upprättats. Dock finns tveksamheter kring att uppdatera dem och göra brukare delaktiga samt göra planerna kända och följa dem i verksamheten.



Egenkontroll	Kontrollmoment för Egenkontroll	Frekvens	Kommentar
			En enkät hösten 2023 gjordes för att få svar på hur personal läser och dokumenterar i Lifecare. Av svaren framgår att flertalet (i huvudsak tillsvidare-anställda) är inne och läser/skriver regelbundet några gånger i veckan. Verksamheterna diskuterar genomförandeplaner på brukarkonferenser eller annan avsatt tid.
● 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. Ett ärende har verkställts under året men avslutades under hösten.
● Extern kontroll rengöring och städ av miljö och hälsa.	Kontroll	1 ggr per år	SÄBO Hallersväg: oanmäld kontroll 220817 av miljö- och byggkontoret, 1 avvikelse "Material i kontakt med livsmedel". SÄBO Vistegården: oanmäld kontroll 220817 av miljö- och byggkontoret, Ingen avvikelse.
● Följa upp avvikelser och driftstörningar på trygghetslarm (OBO)	Avvikelse rapport Larmrapport Statistik	Månadsvis	Processen kring Trygghetslarm är ännu ej uppdaterad, därför ligger egenkontrollen kvar. Trygghetscentralen i Lidköping sköter detta löpande och återkopplar till verksamheten så snart fel upptäcks.
● Följa upp genomförandeplan Personlig assistans	Granskning av journaler		Genomförandeplanerna är uppföljda och aktuella, i assistansgrupperna görs detta tillsammans på APT för att alla i personalgrupperna ska känna sig delaktiga. Det finns också en rutin som innebär att SAS granskar ett antal genomförandeplaner under året för att säkerställa kvalitén
● Genomgång av aktuella behandlingsmetoder inom IFO	Kontroll	1 ggr per år	Vi följer socialstyrelsen rekommendationer.
● Genomgång av rapportering på samtliga mått i styr och ledningsmodellen inför respektive Q-analys/dialog	Kontroll	4 ggr per år	Dialog har genomförts enligt plan vid fyra tillfällen under 2024 på Samhällsutvecklingsutskottet. Verksamhetsbesök har genomförts i anslutning till dialogerna för att få mer input i dialogen. I övrigt har verksamheten gjort en analys på området som presenterats.
● Genomgång och bedömning av samtliga analyser på aktuellt dialogområde	Självskattning	4 ggr per år	Analysen genomförd 1 november på Kvalitetsdag med SLG där man tidigare samma dag gått igenom sina resultat på kundnöjdhetsområdet. Det uppfattas dock svårt att hålla ett övergripande perspektiv på frågan då var och en främst är fokuserad på sina värden.
● Genomgång sker med arbetsledare i alla ärenden där LVU kan bli aktuellt	Självskattning	Veckovis	Samtliga handläggare har regelbundna möten med arbetsledare.

Egenkontroll	Kontrollmoment för Egenkontroll	Frekvens	Kommentar
● Genomgång/kontroll av rutiner matdistribution	Systematisk kvalitetsgranskning	1 ggr per år	Regelbundna möten hålls med både administrativ personal samt matchaufförer för att eliminera att misstag sker samt att uppdatera oss på rutinen. En avvikelse är gjord under 2023 då en leverans är missad till kund. Händelsen är genomgången enligt rutin vid avvikelse. Rutin för matdistribution är uppdaterad i dagarna.
● Gästerna ska ha en individuell rehabplan.	Kontroll	2 ggr per år	De gäster som har behovet har en individuell rehabplan. Det innebär att de får en personcentrerad vård.
● Hygienrund enligt checklista	Dokumentation Inhämtning av synpunkter	1 ggr per år	Hygienrund är genomförd på Vistegården, Hallers väg och Passagen våren 2023, resultatet redovisas i Stratsys. Chef, hygienombud och MAS använder Vårdhygien Skövdes protokoll och instruktioner. Egenkontrollen visar på en mycket god hygienisk standard i verksamheterna.
● Inskrivna i kommunal hälso- och sjukvård.	Kontroll	1 ggr per år	Antalet inskrivna i kommunal hälso- och sjukvård är relativt oförändrat från tidigare år. Alla inskrivna har minst en hälsoplan som beskriver målet med vården.
● Kontroll av avvikelserapporter i Lifecare kopplade till delegeringsansvar	Avvikelse rapport Lifecare	Månadsvis	Alla som tar emot en delegering har genomgått en webbutbildning om regelverk och specifika insatser som tex läkemedel och insulin i "Visible care". Införande av digitala signeringslistor har bidragit till en säker läkemedelsöverlämning. Enstaka delegeringar har dragits tillbaka när avvikelser sker där bakomliggande orsaker beror på kompetensbrist under 2023.
● Kontroll av beslutade insatser korttidstillsyn LSS.	Kontroll	1 ggr per år	Alla beviljade insatser har utförts enligt plan
● Kontroll av beslutade insatser korttidsvistelse LSS	Självskattning Kontroll	1 ggr per år	Alla beslutade insatser har utförts under året 2023.
● Kontroll av Phoniro ASS-listor inom personlig assistans.	Kontroll	Månadsvis	Det administrativa arbetet runt Phoniro-assistans appen är ersatt med Life Care. Så det är inte längre en app utan personal måste använda dator och systemet Life Care för att redovisa sin tid , detta är en försämring men fördelarna är att allt nu är i samma system. Fortsatt genomförs det administrativa arbetet av stabspersonal och detta fungerar mycket tillfredsställande.
● Logg och spärrkontroll av Nationell Patientöversikt.	Loggning av nätverkssystem	4 ggr per år	Loggningen av NPÖ visar effekten att användning av NPÖ är god och ger en högre patientsäkerhet och bidrar till en trygg och god nära vård.

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 ansvarig socialsekreterare har träffats för att gå igenom individuella planer och behovet av boende med särskild service.
● Redovisning till budgetberedning	Kontroll	1 ggr per år	Verksamheten har tagit fram underlag för budget 2023 utifrån tidigare arbetssätt. Men under året har det bytt personal på flera funktioner på ekonomienheten och processen behöver uppdateras under 2024. Detta för bli mer effektiv och stödja utvecklingen av verksamheten.
● Samtal med familjebehandlare	Självskattning Kontroll	2 ggr per år	Behandlarna är bra på att ha max 5 samtal och därefter dialog med socialsekreterare. Uppstartsmöte och uppföljning sker i alla ärenden där det inte är ett pågående ärende. Då det ev inte blir ett uppstartsmöte är när det är pågående insats.
● Skyddsronnd på Paletten (Daglig verksamhet)	Självskattning		Årliga uppföljningen av systematiska arbetet enligt SAM och SBA dokumentet är gjorda tillsammans med skyddsombudet på Paletten.
● Stickprovskontroll av behandlingsmetoder socialpsykiatri.	Kontroll	1 ggr per år	Genomgång av aktuella metoder sker på gruppmöten. Inventering av utbildningsbehov och behov av nya metoder i verksamheten sker också där samt i medledarsamtal.
● Uppföljning av egenkontroller i kvalitetsledningssystemet	Kontroll	1 ggr per år	Enhetschefer får påminnelser om egenkontroll i Stratsys vid årsskiftet och de genomförs i stort sett alltid enligt plan. MAS och SAS ser över de egenkontroller som inte genomförts i samband med upprättande av kvalitets- och säkerhetsberättelsen.
● Uppföljning av identifierade behov av digital teknik på Strulmöten	Systematisk kvalitetsgranskning	2 ggr per år	Inga behov har lyfts till StruL under året enligt aktuell process. Processen uppfattas ta tid när man önskar snabba lösningar. Det har uppmärksammats att verksamheter istället tar egna beslut för att hitta lösningar med hjälp av digital teknik. Processen är därför lyft till kommande workshop för ett förtydligande av varför man behöver följa den (GDPR, risk- och konsekvensanalyser, informationssäkerhet, regelverk medicintekniska produkter etc.) och tydliggöra arbetsgången på nytt.
● Uppföljning av implementering av rutiner/riktlinjer	Kontroll Avvikelse rapport Lifecare	2 ggr per år	På en kvalitetsdag under hösten gjordes en genomgång av rutiner och processer i behov av uppföljning. Därefter har revidering skett löpande och vid årsskiftet var i stort sett allt genomgången och klart.
● Uppföljning av inkomna avvikelserapport i Lifecare enligt lex Maria.	Avvikelse rapport Lifecare	Månadsvis	I samband med att ett nytt verksamhetssystem som inkluderar avvikelserapportering har arbetssättet ändrats under 2023. SAS och MAS är

Egenkontroll	Kontrollmoment för Egenkontroll	Frekvens	Kommentar
			nu mottagare och fördelar samtliga avvikelserapporter för utredning. Det ger en god överblick över inflödet och allvarliga avvikelser av typen vårdskador. 10 stycken rapporter har bedömts som allvarigare och utretts av MAS. Ingen utredning har anmälts vidare till IVO.
● Uppföljning av inkomna avvikelserapporter enligt lex Sarah.	Avvikelse rapport Lifecare	Månadsvis	I samband med att ett nytt verksamhetssystem som inkluderar avvikelserapportering har arbetssättet ändrats under 2023. SAS och MAS är nu mottagare och fördelar samtliga avvikelserapporter för utredning. Det ger en god överblick över inflödet och allvarliga avvikelser som inte rapporterats som Lex Sarah bör upptäckas tidigt. Totalt 7 avvikelser har under året rapporterats eller bedömts vara missförhållanden eller att det föreligger risk för missförhållande vilket lett till att två utredningar enligt lex Sarah inletts. Efter genomförd utredning har dessa rapporterats till Socialutvecklingsutskottet. Ingen utredning har anmälts vidare till IVO
● Uppföljning av skickade och inkomna avvikelser SAMSA	Avvikelse rapport MedcontrolPro	Månadsvis	Avvikelser sker i ett gemensamt system MedControlPro tillsammans med Västra Götalandsregionen, privata utförare och 49 kommuner. Kommunen har skrivit 7 st och besvarat 3 st från sjukhusen under 2023. Kvaliteten på svar är i många fall undermålig, önskvärt hade varit mer genomförda gemensamma händelseanalyser för att öka förståelsen mellan vårdgivare.
● Årlig genomgång av styr- och ledningsmodellens samtliga mått för social verksamhet	Kontroll	1 ggr per år	I samband med nytt inriktningsmått har Social verksamhet gjort förändringar. Målet kvarstår för perioden 2024-2027 men områdena har minskats till två och måtten är totalt fyra (två på vardera område) I övrigt har ledningsgruppen jobbat under hösten med att ta fram vilka mätningar som ska svara på det övergripande måttet samt aktiviteter som ska ta verksamheten mot målet.
● Årlig uppföljning av samverkan Trepert enligt protokoll.	Inhämtning av synpunkter Avvikelse rapport SVPL	1 ggr per år	Trepartsmöten har skett enligt handlingsplan. Samverkan upplevs av alla parter som mycket god.
● Dialog med brukare och utförare samt kontroll av utförd ledsagartid via lönelistor	Kontroll		Har ingen insats med ledsagarservice.
● Genomgång sker med arbetsledare i alla ärenden där LVM aktuellt	Självskattning	Vid aktualitet	Samtliga handläggare har regelbundna möten med arbetsledare.

Egenkontroll	Kontrollmoment för Egenkontroll	Frekvens	Kommentar
● 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	Ingen granskning genomförs pga nytt verksamhetssystem
■ Granskning av journaler barn och unga Myndighet	Kontroll	1 ggr per år	Granskningen av detta har inte kommit igång 2022-23 utifrån hög arbetsbelastning i samband med införande av nytt verksamhetssystem för dokumentation. Planer för detta finns 2024.
● Kontroll av att uppföljning av individuellt förskrivet hjälpmedel görs i tillräcklig omfattning	Dokumentation	2 ggr per år	Uppföljning av förskrivna hjälpmedel sker enligt rutin. Inga allvarliga avvikelser har skett på grund av felaktigt användande eller på grund av brist i kompetens.
● Kontroll av följsamhet SIP	Kontroll	1 ggr per år	Fråga lyft till SLG i feb 2023. Det kommer önskemål om mer utbildning och en digital utbildning i april presenteras. Beslutas att chefer tar ansvar för bokningen. I huvudsak gäller detta handläggare och legitimerade. Vi får inga avvikelser på att SIP inte gjorts. Detta visar på en god lokal samverkan. Statistik visar på Grästorps kommun gör SIP i samma omfattning som andra mindre kommuner.
● Kontroll av spol och diskdesinfektorer	Dokumentation Inhämtnings av synpunkter	1 ggr per år	Extern kontroll utförd i januari 2023 med godkänt resultat. Effekten är en god hygienisk standard i verksamheten.
● Rapport till SUU om ändrade fördelningstal	Statistik	1 ggr per år	Fördelningstalet har inte överskridits.
● Samtal med familjebehandlare om aktuella uppdrag	Självskattning Kontroll		Vi har gått igenom ärenden på gruppmöten.
● Uppföljning av genomförandeplan på särskilt boende äldreomsorg.	Kontroll	2 ggr per år	Vistegården Vid byte av dokumentationssystem från Magnacura till Life Care har omsorgsledare på Vistegården fört över samtliga genomförandeplaner vid månadsskiftet november/december 2022. Nya planer skriver omsorgsledare för tillfället. Övriga undersköterskor som skriver planer kommer få utbildningar i Life Care under våren 2023.
● Uppföljning av sammanställning av inkomna synpunkter/klagomål och lämnade svar i social verksamhet.	Inhämtnings av synpunkter	2 ggr per år	Ytterligare ett klagomål har inkommit via anhörig som utretts av MAS under hösten. Via medborgarkontoret inkom en synpunkt ang hyror på SÄBO vilken besvarades av controller.
● Utdrag statistik BPSD registret	Kvalitetsregister		Genomgång av statistik har gjorts för att bedöma måttet om god och säker vård och omsorg inför kommande

Egenkontroll	Kontrollmoment för Egenkontroll	Frekvens	Kommentar
			verksamhetsanalys/områdesdialog.
● Följsamhet till lokal rutin Samordnad vårdplanering i Grästorp.	Inhämtning av synpunkter	2 ggr per år	God följsamhet till rutinen.
● Kontroll av avvikelser på medicintekniska produkter	Avvikelse rapport Lifecare	1 ggr per år	Inga anmälningar är gjorda till Läke medelsverket/Socialstyrelsen och leverantör.
● Självskattning av basala hygienrutiner	Självskattning	2 ggr per år	Uppföljning har gjorts enligt rutin och effekten visar att personal har god kunskap och följsamhet till rutiner.
● Tillgång till lägenheter för kommande brukare med insats enligt LSS	Kontroll	1 ggr per år	Under 2023 har lyckats fylla de lägenheter vi har med de anvisningar vi fått, och de andra har fått tag på egna lägenheter. Vi har använt en av lägenheterna för inflytt till Servicebostaden.
● Utdrag statistik Senior Alert	Kvalitetsregister	1 ggr per år	Genomgång av statistik har gjorts för att bedöma måttet om god och säker vård och omsorg inför kommande verksamhetsanalys/områdesdialog.
■ Granskning av journaler	Granskning av journaler	1 ggr per år	Granskningen har inte kommit igång under 2022-23. Planering för detta finns 2024.
● 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 2023 har rutinen följts.
■ Tillgång till boendeplatser	Självskattning	1 ggr per år	Under 2023 har ett beslut om bostad med särskild service fått vänta att verkställas. Andra insatser har erbjudits i väntan på denna insats. Insatsen bostad med särskild service erbjuds fr.o.m. 20240401 för denna individ. Framöver finns inga platser disponibla. Ingen har i dagsläget ansökt om insatsen bostad med särskild service. Kommunen kommer under 2024 påbörja arbetet med en lokalförsörjningsplan där behovet av lägenheter för insatsen bostad med särskild service framkommer.
● Uppföljning av antal betaldagar SAMSA	Kontroll	Månadsvis	Under året haft ett komplext ärende med betaldagar. Ett försök gjordes med att bestrida kravet men VGR hänvisade till rätten.
● Systematisk logguppföljning av dokumentation i Lifecare	Granskning av journaler	Månadsvis	Loggning har genomförts enligt rutin i alla verksamheter förutom HSL och AME under 2023. Samtliga inlämnade logglistor visar på att personalen haft en vårdrelation till aktuell brukare/patient.

Under 2023 har Social verksamhet haft fortsatt fokus på införandet av ett nytt verksamhetssystem för dokumentation. Verksamheten har lagt mycket tid på handhavande och samordningen mellan olika delar i systemet för att få ut rätt nyckeltal för



verksamhetsuppföljningen. Införandet har också krävt att verksamheten sett över och uppdaterat aktuella processer och rutiner kopplade till verksamhetssystemet. Egenkontrollerna är ett viktigt instrument för analys av vad vi behöver förbättra och vidmakthålla.

## 11.2 Uppföljning av åtgärder

Åtgärd	Status	Typ av åtgärd	Kommentar
🟢 Följa upp pilotverksamheten för personer med psykisk funktionsnedsättning och skapa alternativ process	Pågående	Förbättrande	Verksamheten fortgår som en öppen verksamhet och uppföljning behöver ske 2024 inför att avsluta process.
🟢 Hygienombudsträff	Pågående	Förebyggande	Hygienombudsträffar har genomförts under 2023 med fokus på åtgärder/information om basala hygienrutiner, klädregler samt hantering av olika smittor som resistenta bakterier och luftvägsinfektioner. Vårdhygien Skaraborgs sjukhus har deltagit och informerat på 1 möten. Nya uppdaterade rutiner skickas ut kontinuerligt till ombud och chef. Effekten är att verksamheten jobbar enligt god hygienisk standard.
✅ Ta fram en process i 2c8 för partsamverkan Bryggan	Avslutad	Förbättrande	I Grästorps finns sedan hösten 2023 ett arbetsteam med tvärprofessionell kompetens som tillsammans kan ge tidigt stöd. HLT, står för Hälsa, Lärande och Trygghet är en strukturerad samverkansmodell som bygger på samverkan mellan Capiro vårdcentral, förskolor, skolor och socialtjänsten i Grästorp. Varje verksamhet bidrar till stödet utifrån sina uppdrag för att tillsammans skapa lösningar runt barn och familjer. Inom HLT-teamet finns personer med olika erfarenheter och kompetenser som till exempel specialpedagoger, kuratorer, familjebehandlare och sjuksköterskor.
🟡 Uppdatera process, ta fram riskanalys och egenkontroll dagverksamhet demens	Ej påbörjad	Förbättrande	Processen för dagverksamhet med inriktning demens har inte varit prioriterad 2023. Verksamheten har fungerat ändå med kvalitet för brukare. Verksamheten har ny chef sedan september 2023 och arbetet kommer återupptas så snart det kan prioriteras.
🟢 Upprätthålla god kontakt med fastighetsägare angående bostadsbehov LSS	Pågående	Förebyggande	God kontakt med viktiga fastighetsägare erhålls. Bovärd upprätthåller kontakt och har god dialog. Flertal lägenheter erbjuds till majoritet av brukare vid behov. Ett fåtal brukare kan inte erbjudas för risk att äventyra den goda kontakten då fastighetsägare har vetskap brukare med behov.

Åtgärd	Status	Typ av åtgärd	Kommentar
🟢 Information till kommunens politiker angående bostadsbehov LSS	Pågående	Förebyggande	Kommunen kommer under 2024 påbörja arbetet med en lokalförsörjningsplan där behovet av lägenheter för insatsen bostad med särskild service framkommer.
🟢 Ta fram riskanalys och egenkontroll för processen överlämning från myndighet till utförare	Pågående	Förbättrande	Diskussion om processen har förts under året och vi avser att boka nya tider 2024 för att se över samtliga processer inom Myndighetsenhetens område.
🟢 Ta fram riskanalys och egenkontroll för processen förändringsledning	Pågående	Förbättrande	Processen lyft på utvecklingsdagar med SLG i inledningen av 2024. SLG beslutade att anta processen i en mer förenklad form. Vi följer detta arbete under 2024. Först därefter skapas riskanalys och egenkontroll vid behov.
✅ Ta fram riskanalys och egenkontroll för systematiskt kvalitetsarbete	Avslutad	Förbättrande	Processen är framtagen under 2023 och det finns både en egenkontroll och en riskanalys kopplad till processen
🟢 Uppdatera processen Skapa budget	Pågående	Förbättrande	Ny controller har fått i uppdrag att se över processer för både skapande av budget och uppföljning av budget under 2024.
✅ Ta fram riskanalys och egenkontroll för verksamhetsuppföljning	Avslutad	Förbättrande	Processen är framtagen och har färdigställts under 2023. Det finns både en egenkontroll och en riskanalys kopplad till processen.
🟢 Kontinuitetsplan för försörjning av läkemedel	Pågående	Förebyggande	Finns en nationell kontinuitetsplan för läkemedel. Säkerhetssamordnare V3 (Vara, Essunga och Grästorp) och MAS i respektive kommun har jobbat under 2023 för att ta fram rutiner tillsammans. Det arbetet kommer fortgå under 2024. I olika samverkansforum har behovet av samordning VGR och kommunerna lyfts av MAS i Grästorp.
🟢 Ett övergripande arbete för informationssäkerhet inom Grästorps kommun behöver tas fram.	Pågående	Förbättrande	Under 2023 anställdes en gemensam informationssäkerhetssamordnare i V3 = Essunga, Grästorp och Vara. Kommunfullmäktige antog 2023-06-19 (§ 43 KS 2022/401) en policy kring informationssäkerhet i Grästorps kommun. Därefter har kommunstyrelsen 2023-11-29 (§ 244 KS 2023/349) antagit en riktlinje för informationssäkerhet för medledare och förtroendevalda. Det har också beslutats att genomföra en digital informationssäkerhetsutbildning för alla medledare under inledningen av 2024. Återstår att få ett gemensamt ledningssystem



Åtgärd	Status	Typ av åtgärd	Kommentar
			för informationssäkerhet i kommunen.

Under 2023 har Social verksamhet bytt verksamhetssystem för dokumentation vilket haft stor påverkan på resurserna för att kunna jobba aktivt med åtgärder kring kvalitetsledningssystemets processer. Prioritet har lagts på att uppdatera rutiner och andra stöddokument i SKA-portalen samt appen Visible Care som används i introduktion av nya medledare. Åtgärder som tagits fram på grund av avvikelser har hanterats och arbetats med strukturerat genom handlingsplaner med ansvariga och datum för uppföljning.

### 11.3 Uppföljning avvikelser under året

#### Avvikelsestatistik

Avvikelseyp	Antal avvikelserapporter	Kommentar
Avvikelse annan vårdgivare	10	Avvikelser sker i ett gemensamt system MedControlPro tillsammans med Västra Götalandsregionen, privata utförare och 49 kommuner. Kommunen har skrivit 7 st och besvarat 3 st från sjukhusen under 2023. Kvaliteten på svar är i många fall undermålig, önskvärt hade varit mer genomförda gemensamma händelseanalyser för att öka förståelsen mellan vårdgivare
Bemötande mot brukare/patient eller närstående	13	Flera avvikelser avser händelser då brukare med kognitiv svikt agerat ut och slagit, sparkat eller kastat saker på annan brukare. Några avvikelser avser att personal inte svarat i telefon eller kommit vid larm.
Digitala hjälpmedel i verksamheten	52	31 utredningar har gjorts. Huvuddelen av dessa avser Särskilt boende som haft flera avvikelser kring larmsystemet och medicinskåp/app för e-signering. Ingen patient har utsatts för vårdskada.
Fallhändelser brukare/patient	545	Under 2023 hade vi 10 personer som ådrog sig frakturer jämfört med 2022 då vi hade 13 stycken inskrivna patienter/brukare. 2023 har 8 personer behövt våra insatser efter vård av frakturer jämfört med 4 personer 2022 som tidigare inte varit kända av oss. Det förebyggande arbetet är i fokus.
Fysisk miljö och inventarier	39	I de 20 utredningar som genomförts förekommer avvikelser som gäller fel på larmsystemet på SÄBO, felaktig hantering av sängar, sänggrindar samt rörelsevakter.
Handläggning av ärende	12	Avvikelseypen är ny och förekommer hos både handläggare och utförare. Denna avvikelseyp har använts när personal dokumenterat i fel persons akt, dokumentation saknats, uppdrag till utförare inte skickats efter uppföljning och riskbedömning vid anmälan inte gjorts enligt rutin. Inga brukare har drabbats.
Läkemedelshantering	132	Under 2023 ordinerades 243 475 läkemedelsgivningar. Av dessa hanterades 99,2% av omsorgspersonal. 132 avvikelser har inkommit där 58 avglömda doser rapporterats. Finns ett mörkertal. Övriga avvikelser handlar t.ex. om fel på digitala hjälpmedel som lås eller avbrott i appen SignIt. Ingen förväxling har skett mellan patienters läkemedel.
Medicintekniska produkter	11	Utredningarna visar på att handhavandefel är en vanlig bakomliggande orsak till avvikelserna. Ingen rapport är

		inlämnad till läkemedelsverket eller Socialstyrelsen på allvarligt produktfel under 2023.
Utförande av insats/omsorg/stöd	76	Avvikelseypen är den vanligaste för händelser inom området Sol/LSS. Under året har blivit tydligt att en personalgrupp inte fungerat som team och haft brukarnas behov i fokus. Personal har rapporterat brister gällande dokumentation/information som saknats, brukare som blivit lämnade ensamma, soppåsar som saknats, larm som inte hanterats, en tandprotes som inte hanterats rätt och personal uppfattats vara hårdhänt mot brukare. Inget av detta har bedömts så allvarligt att utredning enligt lex Sarah inletts.
Vård och behandling	25	Under 2023 ordinerades 119 365 HSL-insatser. Av dessa hanterades 97,8% av omsorgspersonal. Avvikelseerna handlar om uteblivna träningar, felaktiga eller fördröjda insatser inom område inkontinens, ortoser samt hantering av sänggrindar.
Övergrepp fysiskt, psykiskt, sexuellt eller ekonomiskt	9	2 lex Sarah-utredningar har genomförts under året utifrån händelser kopplat till utåtagerande beteende. Verksamheten har gjort olika åtgärder för att skydda medboende och personal.
Synpunkter och klagomål	4	Nytt dokumentationssystem har använts för att på ett systematiskt sätt utreda synpunkter och klagomål. Fokus i utredningssamtal har varit att få till dialog och bemöta med fakta från personakt och aktuella rutiner i verksamheten.
lex Sarah	0	2 stycken rapporter har utretts enligt rutin av SAS och rapporterats till utskott. Ingen utredning har anmälts vidare till IVO
Vårdskada (lex Maria)	0	10 stycken rapporter har bedömts som allvarligare och har utretts av MAS. Ingen utredning har anmälts vidare till IVO.

Under 2023 ligger det totala antalet avvikelserapporter på en högre nivå jämfört med 2022. En del av ökningen uppfattas som avvikelser som hänger samman med ett missnöje med personalens arbetsmiljö. En viss felrapportering mellan olika system finns också. Trots byte av verksamhetssystem för dokumentation så påverkades inte antalet avvikelserapporter negativt. Flera av avvikelserna är mycket bra underlag för att kunna analysera, skapa ett lärande och förbättra verksamheten. Dialog med patient/brukare och närstående är en framgångsfaktor för att se helheten och för den personcentrerade vården.

## 11.4 Uppföljning av mått

### Summering av dialog i utskott:

Verksamheten redovisar en hög måluppfyllelse på området *Patientsäkerhet (Q1)* utifrån måtten god och säker vård samt Upprättande och efterlevnad av planer inom vård- och omsorg. En mycket god samverkan med vårdcentralen tryggar både personal och patienter. Inga avvikelser har orsakat allvarliga vårdskador. I nationella mätningar framgår att patienter/brukare och anhöriga upplever att det är lätt att komma i kontakt med legitimerad personal.

Av analysen framgår flera utmaningar som kan komma att äventyra patientsäkerheten framöver. De allvarligaste är personalförsörjningen av legitimerad personal och kompetensnivån på baspersonal som ska kunna ta emot delegerade hälso- och sjukvårdsuppgifter. Dessutom ser verksamheten redan tendenser på att regionen vill lösa sina brister med att lägga över ansvar på kommunen.

Verksamheten behöver arbeta vidare med fokus på *Nära vård* och stärka samverkan ytterligare lokalt. Dessutom behövs också ett omtag gällande framtagande av en

handlingsplan för arbetet med SKR:s analysverktyg för patientsäkerhet i verksamheten. Detta ska göras för att ytterligare stärka patientsäkerhetsarbetet, identifiera utmaningar för en säker vård och stödja omställningen till nära vård.

I dialogen på området *effektiv och innovativvård (Q2)* är verksamhet och politik överens om att verksamheten är där vi borde vara på området ”effektiv och innovativ vård”. Grästorps har infört mycket digital teknik i social verksamhet. Men nu är det viktigt att underhålla och förvalta detta i verksamheten. Ny personal måste introduceras i tekniken så den används på avsett sätt och blir till nytta för både brukare och verksamheten. En fundering lyfts om det finns teknik i verksamheten som inte nyttiggjorts.

Det påpekas att området inte innebär att allt måste ske digitalt vilket fått stort fokus i verksamhetens analys. Det kan vara av vikt att tänka på då det idag är svårt att hitta nya bra ”prylar” på marknaden. Verksamheten har haft god nytta av projektet ”Modellkommun” men har tappat fart när projektet upphörde. Därför har en omorganisation skett med en specifik enhet med uppdrag att stötta verksamheten digital teknik och service. En översyn av verksamhetens nuläge och behov framåt kommer att ske 2023 till stöd för det fortsatta arbetet.

**Q3**-dialogen på området *Hälsofrämjande och förebyggande insatser* visar på goda resultat. Det är några verksamheter som särskilt omfattas av måtten; Effekter av biståndsbedömda insatser inom Familjehuset Agera och Stödenheten samt Effekter av förebyggande verksamhet Seniorcenter. Det bedrivs också hälsofrämjande och förebyggande insatser på annat sätt i den ordinarie verksamheten. Det är svårt att hitta bra och vedertagna metoder för att mäta effekter. I samband med analysen synliggjordes ett förebyggande arbete under våren. IFO Utförare med kompetenta och delaktiga medledare har hittat kvalitativa lösningar i samverkan med Myndighetsenheten. Det har gjort att verksamheten kunnat genomföra insatser i egen regi till en lägre kostnad. Arbetsättet för samverkan med skola/folkhälsan HLT (Hälsa, Lärande, Trygghet) är igångsatt. Majoriteten av deltagarna i aktiviteter på Seniorcenter upplever en förbättrad hälsa.

Verksamhetens analys visar på en del utmaningar framöver;

- Att påvisa de positiva effekterna av de förebyggande insatserna.
- Att klara av växlingarna i insatser som kommer och går, med bibehållen kompetens och personal
- Att nå ut till föräldrar med behov i ett tidigt stadium

I samband med analysen framkom att tidigare goda kontakter med socialtjänsten nyttjas i ett senare skede när behov uppstår för kommuninnevanare. Genom att visa upp vilka hjälpmedel som finns i verksamhetens Lära-mera rum, ökar förutsättningar för ett självständigt liv. Intresse skapas och en positiv känsla som ett led i det förebyggande arbetet. Känslan av ensamhet är svår att åtgärda med ytterligare insatser från socialtjänsten än det utbud som finns idag.

Analysen har kommit fram till att Grästorp inte längre är längst fram i det förebyggande arbetet för äldre. Det finns förslag på hur verksamheten kan utvecklas vidare trots minskade resurser. Från politiken framförs stolthet över verksamhetens resultat men man vill se att Grästorp åter är i framkant gällande förebyggande arbete. En fråga ställs kring vad neddragningarna kommer att kosta och oro uttrycks kring hur verksamheten ska kunna behålla den kompetenta personalen som ju bidragit till det goda resultatet. Vidare förs en dialog kring att samverkan är en styrka i den ”lilla” kommunen. Det är dock oftast flera roller som vilar på en person vilket skapar svårighet att upprätthålla kompetens för alla områden som det kan uppstå behov av. Slutligen fastslås att det är viktigt att tänka hälsofrämjande och arbeta förebyggande.

Måluppfyllelsen på **Q4**-området *Kundnöjdhet* varierar inom verksamhetens olika delar. Det finns fortsatt en hög nöjdhet inom LSS, IFO, Myndighetsenheten och AME medan

nöjdheten totalt sjunkit inom ÄO-särskilt boende och i hemtjänsten är den i stort sett oförändrad. Som helhet bedöms därför att den samlade måluppfyllelsen som medelgod.

Analysen har visat att det är många olika saker som kan påverka kundens nöjdhet. Inom främst äldreomsorgen har verksamheten gjort flera ändringar kring bemanning och schema utifrån lagkrav och fackliga överenskommelser vilket troligen påverkat kundnöjdheten negativt. Verksamheten vill arbeta vidare på olika sätt för att fördjupa analysen och öka delaktigheten kring resultat. Verksamheten har tagit fram förslag för att öka dialogen med kunder, anhöriga och intresseorganisationer under kommande år

## 12 Övergripande mål för kommande år

Inför 2024 är nämndens mål oförändrat jämfört med föregående år: *Vi ger förutsättningar för ett gott och meningsfullt liv i alla åldrar*. Målet har dock endast delats in i två områden med mått som följs upp i dialog mellan verksamhet och politik under året. Nedan anges aktuella områden och mått:

- Kvalité i socialtjänsten
  - Kunder/deltagare upplever en hög nöjdhet
  - God och nära vård och omsorg
  
- Utveckling som främjar hälsa och välbefinnande
  - Valfärden utvecklas genom effektiva och innovativa arbetssätt
  - Det förebyggande arbetet bidrar till ökad hälsa och välbefinnande

Utifrån målet har enheterna tagit fram förslag på flera olika aktiviteter för att målet ska nås.