



Grästorps kommun

Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse 2024, social verksamhet

Dokumenttyp: Rapport

Beslutsinstans: Kommunstyrelsen

Fastställt: 2025-03-, §39

Diarienummer: KS2025/ 61

Dokumentansvarig: Medicinskt ansvarig sjuksköterska & Socialt ansvarig samordnare



Innehåll

Inledning.....	3
Kvalitet	3
Patientsäkerhet	3
Syfte med kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsen	3
Sammanfattning.....	3
Grundläggande förutsättningar för kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet	5
Struktur för uppföljning och utvärdering.....	6
Struktur för riskanalys	8
Struktur för informationssäkerhet.....	8
Rapporteringskyldighet.....	9
Hantering av klagomål	10
Organisatoriskt ansvar för kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet.....	10
Samverkan för att erbjuda god vård och omsorg med kvalitet.....	13
Adekvat kunskap och kompetens.....	14
Den enskilde som medskapare	14
Agera för säker vård och omsorg (resultat och analys)	16
Uppföljning av genomförda egenkontroller	18
Uppföljning av åtgärder	30
Uppföljning avvikelser under året	32
Organisationens kvalitetsarbete och verksamhetsutveckling	34
Övergripande mål för kommande år	36



Inledning

Kvalitet

I Socialtjänstlagen (SoL) 3 kap § 3 framgår att insatser inom socialtjänsten ska vara av god kvalitet. För utförande av socialnämndens uppgifter ska det finnas personal med lämplig utbildning och erfarenhet. Kvalitet i verksamheten ska systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras. Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) § 6 innehåller motsvarande bestämmelse. Även hälso- och sjukvårdslagen (HSL) lyfter fram kraven på god vård och god kvalitet (HSL 2 a §). Enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, SOSFS 2011:9 menas med kvalitet att en verksamhet uppfyller de krav och mål som gäller för verksamheten enligt lagar och andra föreskrifter om hälso- och sjukvård, socialtjänst och stöd och service till vissa funktionshindrade och beslut som har meddelats med stöd av sådana föreskrifter. Utifrån ovanstående lagstiftning och föreskrifter ska verksamheten systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten. Arbetet med detta ska dokumenteras.

Patientsäkerhet

Enligt 3 kap Patientsäkerhetslagen (2010:659) har vårdgivaren skyldighet att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete. Detta innebär att vårdgivaren ska planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård i hälso- och sjukvårdslagen och tandvårdslagen upprätthålls. Enligt 3 kap. 10 § samma lag ska vårdgivaren senast den 1 mars varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse av vilken det ska framgå hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits under föregående kalenderår, vilka åtgärder som har vidtagits för att öka patientsäkerheten och vilka resultat som har uppnåtts. Berättelsen ska hållas tillgänglig för den som önskar ta del av den.

Syfte med kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsen

Syftet med kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsen är att ge en samlad bild av kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet i verksamheten under året som gått. Detta blir också ett underlag till planeringen av fortsatt systematiskt kvalitetsarbete under kommande år. Vårdgivaren (enligt HSL) eller den som bedriver socialtjänst bör med dokumentationen som utgångspunkt varje år upprätta en sammanhållen kvalitetsberättelse av vilken det bör framgå hur det systematiska arbetet har bedrivits under föregående kalenderår, vilka åtgärder som har vidtagits för att säkra verksamhetens kvalitet samt vilka resultat som har uppnåtts.

Första delen av rapporten beskriver hur social verksamhet i Grästorps kommun arbetar med sitt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete. Från och med rubrik 8, *Agera för säker vård och omsorg*, sammanställs och analyseras kommunens arbete under föregående år.

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 150 patienter inskrivna i eget boende, LSS, psykiatri och palliativ vård. Dagverksamhet med inriktning rehab har öppet fyra dagar per vecka och dagverksamhet demens har pausat under året då de som deltog hade fått beviljad insats på Vistegården. Totalt finns ca 30 personer med insatsen dagverksamhet. Seniorcenter är en öppen träffpunkt som främst riktar sig till de över 65 som ej har några biståndsbedömda insatser. Kommunen har varit assistansanordnare åt 8 brukare under 2024 och det finns omkring 20 brukare med bostad med särskild service. Närmare 30 brukare har insatsen daglig verksamhet inom LSS.

Under 2024 har inga särskilda kvalitetsdagar genomförts tillsammans med Medicinskt ansvarig sjuksköterska och Socialt ansvarig samordnare men en halvdag genomfördes för arbetet med kvalitetsplanens egenkontroller och riskanalyser. Medicinskt ansvarig sjuksköterska och Socialt ansvarig samordnare träffar även enhetschefer inom ÄO - månadsvis och LSS - vid behov, för stöd och uppföljning kring avvikelser, rutiner etc.

Social verksamhet har under året tagit fram en kompetensutvecklingsplan för tre år framåt. Kompetensutvecklingsplanen innehåller riktade utbildningar för specialområden inom respektive enhet, exempelvis inom demens, funktionsvariationer och hälso- och sjukvård samt underhållsutbildningar t.ex. brand, HLR, hot och våld, som måste genomföras kontinuerligt. 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.

En engagerad ledning och tydlig styrning är viktigt för att säkerställa en säker och god vård och omsorg. En trygg ledningsgrupp är en viktig framgångsfaktor för en god säkerhetskultur. Social verksamhet har en ledningsgrupp där ett strukturerat arbetssätt med frekvent uppföljning varit i fokus under 2024.

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.



Grundläggande förutsättningar för kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet

Övergripande mål och strategier för Social verksamhet

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*, *Välfärdsutveckling* och *Attraktiv arbetsplats*. Det finns två fokusområden i varje perspektiv. Varje fokusområde innehåller ett antal mål. Inom perspektivet *Välfärdsutveckling* har Social verksamhet ansvar för följande mål under fokusområdet *Värdeskapande och välkomnande*:



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

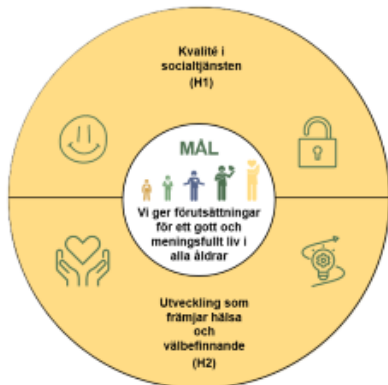
Social verksamhet har delat upp målet in i två områden med mått som följs upp i dialog mellan verksamhet och politik under året. Nedan anges aktuella områden och mått:

Kvalitet i socialtjänsten

- Kunder/deltagare upplever en hög nöjdhet
- God och nära vård och omsorg

Utveckling som främjar hälsa och välbefinnande

- Välfärden 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.

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 vårddagare.

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



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 arbetsätt.

Inrapporterade avvikelser registreras och analyseras i verksamhetssystemet för dokumentation. Erfarenheterna återförs sedan till verksamheterna. Vid allvarligare 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.

Struktur för informationssäkerhet

Grästorps kommun har en gemensam informationssäkerhetssamordnare med kommunerna Essunga och Vara. Kommunfullmäktige har antagit en policy kring informationssäkerhet i Grästorps kommun och en riktlinje för informationssäkerhet för medledare och förtroendevalda. Under våren 2024 genomfördes en digital informationssäkerhetsutbildning för alla medledare. På grund av lågt deltagande gjordes ett omtag tillsammans med enhetschefer under hösten för att visa på vikten av genomförande. Social verksamhet uppdaterade den lokala rutinen för informationssäkerhet och en blankett för ifyllande att personal tagit del av informationsmaterial/rutiner. Fortfarande 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. Ett urval av brukare i alla verksamheter 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 KVA för att lämna statistik till Socialstyrelsen. En process för kollegial granskning finns. Syftet är att strukturera granska journaler och att ta fram relevant utbildningsmaterial för all legitimerad personal.

Individens behov i centrum, IBIC, som bygger på ICF är ett behovsinriktat och systematiskt arbetsätt används vid utredning av samtliga insatser enligt SoL och LSS, dock inte personlig



assistans. Under året har 25 % av genomförandeplanerna granskats och resultatet återförs till enhetschefer och dokumentationsombud för att öka kvaliteten.

Rapporteringskyldighet

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 avvikelse rapport. 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.



Hantering av klagomål

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.

Beskrivning av sammanställning och analys

Inkomna synpunkter via formulär på hemsidan tas emot på Medborgarkontoret och besvaras av ansvarig chef. Synpunkten ska besvaras inom 14 dagar. Inkomna och behandlade ärende redovisas på Kommunstyrelsens sammanträde två gånger per år.

På hemsidan finns information om vart man vänder sig med ett klagomål. Idag hänvisas till ansvarig chef för aktuell enhet. Inom kort kommer en e-tjänst tillhandahållas för ökad tillgänglighet samt samlad hantering av alla klagomål som inkommer till social verksamhet. Klagomål som enhetschef idag tar stöd av Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och/eller Socialt ansvarig samordnare (SAS) hanteras och utreds redan idag i dokumentationssystemet Lifecare. I samband med kvartalsvis rapportering av avvikelser till utskottet lämnas även statistik och information om aktuella klagomålsärenden.

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.

Organisatoriskt ansvar för kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet

Ansvaret för kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet har ytterst Kommunstyrelsen som är nämnd och vård- och omsorgsgivare. Nämnden har ett övergripande ansvar för hälso- och sjukvård samt socialtjänst och ska planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet



på god vård. och omsorg upprätthålls. Nämnden ska fastställa övergripande mål för det systematiska kvalitetsarbetet samt kontinuerligt följa upp och utvärdera målen.

Socialchef har:

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

Utvecklingschef har:

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

Verksamhetschef HSL ansvarar för:

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

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) ansvarar för att:

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

Socialt ansvarig samordnare (SAS) ansvarar för att:

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



rapporter kring missförhållande eller risk för missförhållanden i verksamheten. Allvarliga missförhållanden eller risk för allvarliga missförhållanden ska anmälas till Inspektionen för vård och omsorg.

Enhetschef ansvarar för:

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

Legitimerad personal ansvarar för:

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

1:e socialsekreterare ansvarar för:

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

Socialsekreterare ansvarar för:

- att utreda, fatta beslut och följa upp ärenden enligt gällande lagstiftning, SoL, LSS, LVU och LVM
- uppsökande verksamhet och information till allmänheten
- samverka med interna och externa aktörer inom respektive ansvarsområde
- utveckling av verksamheten, rutiner och riktlinjer tillsammans med arbetsledning

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



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 (Capio VC), mödrahälsovård, barnhälsovård, skolan, samverkan HLT*.

Det finns också flera olika samverkansformer regionalt i Skaraborg. Kommunalförbundet Skaraborg finns ett flertal nätverk finns på området välfärdsutveckling bestående av tjänstemän inom socialtjänst och vård- och omsorg. Nätverken träffas kontinuerligt för erfarenhetsutbyte, omvärldsbevakning och dialog om gemensamma satsningar som kan bidra till en socialt hållbar utveckling inom Skaraborg. Vårdsamverkan Västra Götaland är en ledningsstruktur där Västra Götalandsregionen och länets kommuner samverkar för att utjämna skillnader i hälsa och den enskilde ska få god säker vård, stöd och omsorg. Det finns delregional samverkan, ledningsråd för hjälpmedel, ledningsråd samordnad hälsa, vård och omsorg, Vårdsamverkan Västra Götaland samt olika politiska råd.

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

**HLT, står för Hälsa, Lärande och Trygghet och är en strukturerad samverkansmodell som bygger på samverkan mellan Capio 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.*



Adekvat kunskap och kompetens

Under 2024 har ledningsgruppen tillsammans arbetat fram ett förslag på kompetensförsörjningsstrategi och en kompetensutvecklingsplan. Båda förslagen beslutades i slutet av 2024.

Syftet med kompetensförsörjningsstrategin är att säkra en hållbar kompetensförsörjning för att fortsatt bedriva en effektiv och innovativ verksamhet med hög kvalitet på både kort och lång sikt. Genom detta arbete främjas också Grästorps kommun och social verksamhet som en attraktiv arbetsgivare. Målet är att upprätthålla en effektiv och kompetent personalstyrka, som bidrar till attraktiviteten till kommunen som destination och arbetsgivare. Genom att arbeta strategiskt med utmaningar och involvera medlemmar i arbetet skapar vi stolthet för vår arbetsplats samt blir aktiva ambassadörer för social verksamhet och Grästorps kommun.

Syftet med kompetensutvecklingsplanen är att säkerställa att medlemmarna har rätt kompetens för att säkra en god kvalitet i verksamheterna. Kompetensutvecklingsplanen är en del i kompetensförsörjningsstrategin och ingår i huvudsak som en del under rubriken utveckla.

Den enskilde som medskapare

Brukarundersökningar

Grästorps kommun deltar i den årliga nationella brukarundersökningen "Vad tycker de äldre om äldreomsorgen". Lokala brukarundersökningar genomförs också årligen inom flera enheter genom enkäter och intervjuer. Genomgående i alla brukarundersökningar efterfrågas om brukaren/kunden/patienten/hyresgästen är nöjd med insatsen.

Genomförandeplaner

Genomförandeplanen ska skapa en tydlig struktur för det praktiska genomförandet av beslutade insatser enligt socialtjänstlagen och lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade. Planen ska vara ett underlag vid uppföljningen av insatserna. Vidare ska genomförandeplanen tydliggöra för den enskilde och personalen vad som ska göras, vem som ska göra vad, när och hur. Av rutiner framgår att den enskilde ska göras delaktig i upprättandet av genomförandeplanen och i verksamhetssystemet finns en fråga om delaktighet. Vid granskning av genomförandeplaner är delaktigheten en av kontrollpunkterna.

Kvalitetsregister

Kvalitetsregistret BPSD (Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demenssjukdom) är ett nationellt register som syftar till att kvalitetssäkra och utveckla vården för personer med kognitiv sjukdom/demenssjukdom. Målet är att genom multiprofessionella vårdåtgärder minska beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom och därigenom öka livskvaliteten för personer.

Senior Alert är ett nationellt register och ett verktyg för att stödja vårdprevention, prevention för äldre personer som riskerar att falla, få trycksår, utveckla undernäring och ohälsa i munnen eller har problem med blåsdysfunktion. Med hjälp av Senior alert kommer den äldres perspektiv och teamets roll i fokus.



Palliativregistret är ett nationellt register. Syftet är att förbättra vården i livets slut för patienter och dess närstående. Vårdpersonal besvarar en enkät på 25 frågor om tex brytpunktsamtal, symtomskattning, individuell vårdplan, närvaro, munhälsa, smärtlindring mm.

Resultat och analys från de olika registren redovisas i egenkontrollerna.

Medicinsk vårdplan

Medicinsk vårdplan genomförs för personer i särskilt boende och för personer med omfattande vårdbehov i ordinärt boende tillsammans med läkare på Caphio. Syftet är att ge vägledning vid en bedömning av vidare åtgärder när en försämring i personens hälsotillstånd inträffar. Vårdplanen ska vara ett stöd för omvårdnadspersonal och sjuksköterskor i kommunen, primärvårdens läkare, mobila team, ambulanspersonal och personal i slutenvården.

Personcentrerat förhållningssätt

Personcentrering är ett etiskt förhållningssätt och kärnan i Nära vård. Den personcentrerade etiken utgår från att människor har rätt till inflytande över det som berör den egna personen, hälsan och i förlängningen det egna livet.

SIP

Alla ska ha möjlighet att leva ett tryggt, meningsfullt och självständigt liv. Hälso- och sjukvård, socialtjänst och skola ställer stora krav på samordning. Arbetssätt som skapar tydlighet och överblick leder till förbättrad patientsäkerhet och tidsvinster. Samordnad individuell plan (SIP) är ett dokument och ett verktyg för samverkan, som ger en samlad beskrivning av den enskildes pågående och planerade insatser, från kommun och region samt andra aktörer. SIP ska ge en helhetsbild och förenklar för berörda som snabbt kan få en översikt av alla pågående insatser för den enskilde. SIP gäller alla oavsett ålder, diagnos, funktionsförmåga eller behov. SIP syftar till att skapa delaktighet och inflytande för den enskilde. Den ska utgå från vad som är viktigt för den enskilde och är den enskildes plan. SIP ska innehålla vad den enskilde själv kan göra, vad hen behöver hjälp och stöd med, vem som ansvarar för vad och när, samt vilka kontaktpersoner den enskilde har i de olika verksamheterna.

Vård i livets slut (brytpunktsamtal)

Egenkontroller görs med syfte på att visa om 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 KVA i verksamhetssystemet. Start av palliativ läkemedelsbehandling sker alltid i dialog med läkare. Patienten får en personcentrerad vård och är delaktig i sin hälsoplan.



Agera för säker vård och omsorg (resultat och analys)

Ej verkställda beslut

Social verksamhet har under året verkställt samtliga beslut. Under året har strukturen för rapportering gjorts om. Det finns god dialog mellan myndighetsenheten och utförare och en tydlig struktur i processen.

Följsamhet till basala hygienrutiner

Verksamheterna behöver ständigt påminnas om arbetssättet basala hygienrutiner för att förhindra smitta, både till och mellan patienter/brukarna som för personalens egen arbetsmiljö. Enhetscheferna bjuder in MAS på APT och regelbundna hygienombudsträffar ska bidra till en god hygienisk standard.

Förebyggande arbete

Tandvårdsintyg: Personer som har ett bestående behov av omfattande vård och omsorg kan ha rätt till intyg om N-tandvård. Patienten betalar för sin tandvård enligt det nationella högkostnadsskyddet för öppna hälso- och sjukvården med samma rätt till frikort. Patienten får välja tandläkare. VGR och kommunen samverka så att berörda personer identifieras och får tillgång till det särskilda tandvårdsstödet. Kommunen identifierar, utfärdar intyg och informerar berörda personer och deras närstående och VGR erbjuder undersökningar och behandlingar.

Brukarkonferenser: 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. Vad gäller Senior alert är verksamheten utsedd till Guldkommun 2024, viktigt att fortsätta arbeta strukturerat och att enhetschef driver arbetet.

Fallförebyggande arbete: Fallskadorna minskar samt antalet olämpliga läkemedel till äldre (+75 år). Verksamheten tror det beror på hur det förebyggande arbete i verksamheten bedrivs. Dessutom genomför Senior Sport school fallförebyggande stöd.

Tidiga insatser: Antalet ”icke-biståndsbedömda samtal/hembesök inom individ- och familjeomsorgen samt besök på öppna förskolan ökar som ett resultat på att trösklarna till socialtjänsten blivit lägre.

Dokumentation

Av egenkontrollen journalgranskning i samband med övergång till nytt dokumentations-system framgår att vård- och omsorgspersonal dokumenterar på ett adekvat sätt. Funktionen Vårdbegäran används frekvent för att signalera behov av hälso- och sjukvårds-åtgärder. Den språkliga förmågan bedöms som god och det är lätt att följa händelse-utveckling 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. MAS och SAS bedömer att brukarna/patienterna får en personcentrerad vård- och omsorg med god kvalitet.



Delegeringsförfarande

En arbetsgrupp bestående av enhetschefer, legitimerade sjuksköterskor, fysioterapeut och arbetsterapeut samt MAS har sett över rutiner och utvecklat arbetssättet för att bibehålla en säker vård och omsorg. Sjuksköterskans förutsättningar att handleda vård- och omsorgspersonal avseende hälso- och sjukvård samt delegerade uppgifter såsom läkemedels-hantering upplevs som god. 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 brukarens/patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet
- bygger på respekt för brukarens/patientens självbestämmande och integritet
- främjar goda kontakter mellan brukaren/patienten och vård- och omsorgspersonalen
- är lätt tillgänglig.

Kompetensförsörjning och kompetensutveckling

HS-enheten har haft en beredskapsdag med fokus på kunskapshöjning och seminarie-övning inom kommunal hälso- och sjukvård under höjd beredskap och krig. Genom teoretiska övningar och kunskapsdelning stärks personalens förmåga att stå stadigt även när läget blir som mest utmanande.

För att säkra god vård och omsorg har verksamheten valt att anställa undersköterskor med rätt kompetens på fasta tjänster. Brukarna/patienterna blir förstärkta och får 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.

Flera enheter har haft utbildningsdagar på temat självledarskap. Självledarskap är egentligen inget nytt och anses gynna medledares tillfredsställelse med jobbet. Det betyder att de tar fler egna initiativ och eget ansvar i ett komplext arbetsliv. Detta bedöms vara en faktor som även bidrar till ökad nöjdhet med verksamheten vid brukarundersökningar.

I årets brukarundersökning vad tycker de äldre om äldreomsorgen framgår att kommunen ligger bland de 25 % bästa kommunerna gällande att personalen pratar och förstår svenska inom både hemtjänst och särskilt boende. Även på frågan om personalens kunskap och kompetens ligger kommunen högt.

Läkemedelshantering

Årligen genomför Apotek AB en granskning av HS-enhetens läkemedelshantering. Resultaten visar på en god och säker hantering. Det finns särskilt utsedda ansvariga sjuksköterskor inom verksamheten. Kompetensutveckling sker på APT och digitala utbildningar med VGR.

Riskhantering

Under 2024 har verksamheten genomfört flera riskbedömningar enligt GDPR utifrån införande av nya system. Riskbedömningar utifrån individperspektiv och behov har genomförts på berörda enheter enligt arbetsmiljöverkets krav gällande hot och våld.



Rättssäkerhet

De beslut som överklagats har utfallit till kommunens fördel. All personal inom Myndighetsenheten har grundutbildning i juridik och erbjuds vidareutbildning utifrån behov. Handläggare har digitalt stöd för rättspraxis, läsa domar etc. Utredningstider följs upp regelbundet och redovisas för nämnden. Förhandsbedömningar sker inom föreskriven tid.





Tillförlitliga och säkra system och processer

Processerna i kvalitetsledningssystemet uppgraderas kontinuerligt och vid behov. Flera viktiga processer som hantera suicidhot, egenvård, några myndighetsprocesser har förbättrats under 2024. En arbetsgrupp har fått i uppdrag att utifrån störningar och avbrott ta fram kontinuitetsplaner för verksamhetssystem för dokumentation och telefoni under 2025.

Tillsyn; externa och interna

Arbetsmiljöverket har genomfört tillsyn inom särskilt boende och bostad med särskild service. Tillsynen lämnade påpekanden på några områden där verksamheten har gjort åtgärder och fått godkänt dessa. Livsmedelskontroll har i år genomförts inom SÄBO.





Uppföljning av genomförda egenkontroller

Egenkontroll	Kontrollmoment för Egenkontroll	Frekvens	Kommentar
 Följa upp att utredningar på inrapporterade avvikelser görs enligt manual och att åtgärder vidtas för att förhindra upprepning.	Avvikelse rapport Lifecare	4 ggr per år	Fyra gånger per år går MAS och SAS i genom inkomna rapporter och tillhörande utredningar inför sammanställning till SUU. Möten sker med respektive AO och LSS-grupp kring oklarheter i utredningar och åtgärder. Inte alla utredningar genomförs enligt manual och dokumenteras enligt utredningsmall. Detta har påtalats i dialog. Men alla utredningar hanteras av enhetschefer och det förekommer flera åtgärder och uppföljningar.
 Genomgång av journal/akt inom AME	Granskning av journaler	2 ggr per år	Genomgång av ärenden är gjorda i dokumentationssystemet Lifecare. Genomgången är utan anmärkning.
 Kontroll att riskbedömning görs enligt rutin och att beslutade åtgärder följs upp.	Kontroll	1 ggr per år	Kontroll har gjort via HR-strateg som gått igenom årets riskbedömningar i KIA-systemet. Dessa visar på att berörd enhet har svarat att riskbedömning enligt hot och våld genomförts.
 Kontroll av följsamhet till process och rutiner	Kontroll	1 ggr per år	Inga chefsmöten har hållits mellan myndighet, AME och tidigare integrationschef då ansvarsförhållandena ännu inte är klarlagt gällande vilken enhet som ska göra vad och hur det ska organiseras. Uppdraget ligger hos socialchef. Dock har rutiner för integration gällande mottagande av kvotflykting









Egenkontroll	Kontrollmoment för Egenkontroll	Frekvens	Kommentar
			uppdaterats i december 2024.
● Uppföljning att egenkontroll skett enligt anvisning i Socialstyrelsens handbok Barn och unga i familjehem och HVB	Granskning av journaler	1 ggr per år	Vid granskning av akter för placerade barn/unga i familjehem under 2024 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 digitalt 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 2023, inga familjehem har sagt upp sig.
● Uppföljning av genomförd journalgranskning i hälso- och sjukvård.	Granskning av journaler	2 ggr per år	Dokumentation har varit en stående punkt på Hälso- och sjukvårdsenhetens APT och den enheten har haft två utvecklingsdagar där uppföljning av nytt infört verksamhetssystem varit i fokus. En mall för journalgranskning är framtagen och kollegial granskning utfördes oktober 2024. 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	Framgångsfaktor för den höga vaccinationstäckningen och låga dödstal i Covid-19 är samverkan mellan kommunens primärvård och Capios förtjänst. Förbättringsområde är fördjupade läkemedelsgenomgångar/årskontroller och att ronder sker enligt närområdesplan. Uppföljning av följsamhet till lokala avtal visar på god läkarmedverkan.
● Uppföljning av introduktionen	Kontroll	4 ggr per år	Utvecklingschef har genomfört stickprov på nya anställda enligt plan, hittills genomfört Q1-Q3 med liknande resultat som tidigare. Det är fortsatt områden som inte tas med i introduktionen enligt svaren. Trots det är medlemmarna som intervjuas mycket



Egenkontroll	Kontrollmoment för Egenkontroll	Frekvens	Kommentar
			nöjda med sin introduktion (8,8 av 10). Verksamhetssystem för dokumentation, signering av läkemedel, samt insatser inom omsorg och intranät är system som de flesta har koll på och känner sig trygga med. Visible care är känt av de som varit aktuella för HSL-delegation. De sammanlagda stickproven visar fortsatt på låga resultat gällande information om SKA-portalen, det systematiska kvalitet- och patientsäkerhetsarbetet samt tillbudsrapportering. Introduktionen genomförs enligt svaren i huvudsak genom bredvidgång med en kollega i verksamheten. En tydligare uppföljning av introduktionen på individnivå behöver nog göras framöver för att säkerställa vilken kunskap var och en har tagit till sig.
 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. Goda resultat i enkäten våren 2024 på bemötande, anhängigstöd 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. Dagansvarig 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	Det har inte varit möjligt att genomföra granskningen under hösten pga hög arbetsbelastning.
 Uppföljning och analys av utredningar läkemedelsavvikelser från Lifecare	Avvikelse rapport Lifecare	Månads-vis	Ingen av läkemedelsavvikelseerna 2024 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 99,3 %.



Egenkontroll	Kontrollmoment för Egenkontroll	Frekvens	Kommentar
 Verksamheten jobbar med kvalitetssäkrade 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.
 Att identifierade brister från Hygienrond enligt checklista är åtgärdade.	Dokumentation Inhämtning av synpunkter	1 ggr per år	Hygienrond är genomförd på Vistegården, Hallers väg och Passagen. Chef, hygienombud och MAS använder Vårdhygien Skövdes protokoll och instruktioner. Egenkontrollen visar på en mycket god hygienisk standard i verksamheterna.
 Följa upp effekten av genomförda utredning och åtgärder av inkomna avvikelserapporter vårdskada i Lifecare (lex Maria).	Avvikelse rapport Lifecare	Månads-vis	MAS är mottagare och fördelar samtliga avvikelserapporter för utredning. Det ger en god överblick över inflödet och allvarliga avvikelser av typen vårdskador. Effekterna av utredningarna har bidragit till förbättring av HS-enheten och några rutiner har uppdaterats. Hanteringen av fallrapporter bidrar till ett gott förebyggande arbete för alla kommuninvånare. Ingen utredning har anmälts vidare till IVO.
 Följa upp extern kontroll av livsmedelshantering, rengöring och städ på SÄBO av Miljö och hälsa samt att eventuella brister är åtgärdade.	Kontroll	1 ggr per år	Ingen kontroll är utförd under 2024. Miljö- och byggnämnden i Lidköping har utifrån Livsmedelsverkets regler har tagit fram en ny modell för att beräkna mängden regelbunden planerad livsmedelskontroll. Den nya modellen ersätter dagens vägledande riskklassningsmodell för livsmedelskontroll. Beslut kring våra SÄBO är diariefört.
 Följa upp logg och spärrkontroll av Nationell Patientöversikt och SAMSA	Loggning av nätverkssystem	Månads-vis	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.
 Genomgång och bedömning av samtliga analyser på aktuellt dialogområde	Självskattning	2 gånger per år	Genomgång och bedömning av samtliga analyser på aktuellt dialogområde bedöms vara på godkänd nivå. Verksamheten kommer under 2025 att tillsammans med förtroendevalda utveckla analysarbetet för att det skall bli tydligare varför vi bedömer att målet



Egenkontroll	Kontrollmoment för Egenkontroll	Frekvens	Kommentar
			är uppfyllt eller delvis uppfyllt.
● 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. Ingen avvikelse är gjord under 2024 vilket innebär att alla kunder, där maten levereras av chuaufför från AME, har fått beställd mat under året. Rutin för matdistribution är uppdaterad under året.
● Individuell uppföljning av gäster på dagverksamheten	Dokumentation	1 ggr per år	Under 2023 var det ett beslut till dagverksamheten demens. Brukaren var endast på besök innan hen flyttade in på boende så individuell uppföljning var inte aktuellt. Dagverksamheten var öppen i 6 månader för hyresgästerna som bodde på Vistegården. Hyresgästerna följs upp minst en gång i halvåret.
● Kontroll att behandlingsmetoder som används i insatser vuxna (missbruk och socialpsykiatri) har evidens	Kontroll	2 ggr per år	Vi följer Socialstyrelsens rekommendationer.
● Kontroll att beslutade åtgärder genomförts och följts upp i utredningar gällande avvikelser som beror på brister kring personal och kompetens.	Kontroll	1 ggr per år	Genomgång av samtliga inkomna avvikelserapporter med åtgärder utifrån utbildning/kompetens har skett. Totalt fyra åtgärder fanns inom rapporttypen vårdskada och samtliga hade avslutats/följts upp.
● Kontroll att beslutade åtgärder i utredningar enligt lex Sarah genomförts och följts upp.	Avvikelse rapport Lifecare	1 ggr per år	Ingen utredning har genomförts enligt lex Sarah under året.
● Kontroll att brukarundersökning genomförts på Kompassen och att resultatet följts upp.	Inhämtning av synpunkter Kontroll	1 ggr per år	Fyra svar har inkommit varav 50 % trivs önskemål om att ha större lokaler och att det inte blir kontor resterande yta vilket skulle innebära att verksamheten Kompassen har 300 m ² till eget förfogande för en verksamhet som är öppet 9 timmar i veckan. Verksamheten har under året flyttats från en trerumslägenhet på 70 m ² utifrån att man inte tyckte att det var bra utan att det var trångt. Nu har man en lokal på 300 m ² varav man nyttjar ca 100 m ² .












Egenkontroll	Kontrollmoment för Egenkontroll	Frekvens	Kommentar
● Kontroll att processen Egenvård är känd och att det finns dokumentation vid beslut på egenvård.	Kontroll	1 ggr per år	Dokument och process är implementerade i alla verksamheter. Den är informerad till Capio i samverkan. Legitimerade använder framtagna mallar från Vårdsamverkan och resultatet är tydliga egenvårdsbeslut.
● Kontroll att utdrag från vårdgivar- och omsorgsregister hos IVO stämmer med aktuella verksamheter.	Kontroll	1 ggr per år	Genomgång av aktuella uppgifter i IVO:s omsorgsregister gjordes av MAS och SAS i september 2024.
● Kontroll av avvikelserapporter avseende trygghetslarm i ordinärt boende som inte hanterats enligt rutin	Avvikelse rapport Lifecare	1 ggr per år	Vid genomgång av avvikelser i Lifecare under 2024 finns det en avvikelse där en brukare fått vänta från 05.30 till 06.45 för att få återkoppling från personal. Brukaren väljer då själv att invänta dagpersonalen som ska komma 7.05. Orsaken till den långa väntetiden är att nattpersonalen (2 personer) är upptagna hos andra brukare. När larmcentralen tar emot larm kan de kommunicera med brukaren och fråga vad larmet gäller. Detta är till stor hjälp när personalen ska bedöma och prioritera vem det är mest brådskande att åka till.
● Kontroll av ej verkställda beslut korttidsvistelse LSS	Självskattning Kontroll	1 ggr per år	Alla beslutade insatser ha utförts under 2024.
● Kontroll och analys av ej verkställda beslut korttidstillsyn LSS.	Kontroll	1 ggr per år	Alla beviljade insatser har utförts under 2024.
● Kontroll och uppföljning av skickade och inkomna avvikelser SAMSA	Avvikelse rapport MedControlPro	Månads-vis	Avvikelser sker i ett gemensamt system MedControlPro tillsammans med Västra Götalandsregionen, privata utförare och 49 kommuner. Kommunen har skrivit 11 och besvarat 2 st från sjukhusen under 2024. Kvaliteten på svar är i många fall undermålig, önskvärt hade varit mer genomförda gemensamma händelseanalyser för att öka förståelsen mellan vårdgivare.
● Systematisk uppföljning av "färdplaner" utifrån förändringsledningsmodellen	Självskattning	1 ggr per år	Systematisk uppföljning av arbetssättet enligt förändringsledningsmodellen bedöms vara godkänd. Verksamheten följer aktuell förändringsledningsmodell i alla nya projekt.










Egenkontroll	Kontrollmoment för Egenkontroll	Frekvens	Kommentar
● 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 kvalitet- och patientsäkerhetsberättelsen samt gör en sammanfattande kommentar.
■ Uppföljning av implementering av rutiner/riktlinjer	Kontroll Avvikelse rapport Lifecare	1 ggr per år	Formerna för ledningsgruppsmöten (SLG) har förändrats under 2024 och det har varit fokus på omställning i verksamheten. MAS och SAS har därmed tappat tidigare struktur för att informera om förändringar av rutiner och följa upp implementeringen av dem. Framöver kommer implementering ske på SLG:s operativa möten.
● Uppföljning och analys av avslagsbeslut beroende på att personkretstillhörighet LSS saknas	Kontroll	1 ggr per år	Inga avslagsbeslut på grund av personkretstillhörighet.
● Uppföljning och analys av utredningar i Lifecare kopplade till delegeringsansvar	Avvikelse rapport Lifecare	Månads-vis	Alla som tar emot en delegeringar 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 2024.
● Årlig uppföljning av samverkan Trepert enligt protokoll.	Inhämtning av synpunkter Avvikelse rapport SVPL	1 ggr per år	Trepertmöten har skett enligt handlingsplan. Samverkan upplevs av alla parter som mycket god.
● Dialog med brukare och utförare om upprättad genomförandeplan tillgodose brukarens behov.	Dokumentation Inhämtning av synpunkter	Var sjätte månad	Alla genomförandeplaner följs upp tillsammans med brukare eller företrädare.
● Följa upp extern kontroll av spol och diskdesinfektorer och att eventuella brister är åtgärdade.	Dokumentation Inhämtning av synpunkter	1 ggr per år	Extern kontroll utförd i januari 2024 med godkänt resultat. Effekten är en god hygienisk standard i verksamheten.
● Individuell uppföljning av dagverksamhetens gäster (rehab)	Kontroll		Personal på dagverksamheten har löpande samtal med gästen per telefon och i personliga samtal. Under slutet av 2024 har vi infört en ny egenkontroll där uppföljningen ska dokumenteras i Lifecare på dem som



Egenkontroll	Kontrollmoment för Egenkontroll	Frekvens	Kommentar
			är inskrivna i kommunal HSL. Tidigare var målet att varje gäst skulle ha en rehabplan. Det har vi inte längre utan den individuella uppföljningen istället.
 Kontroll att aktuella mått stödjer verksamhetens arbete att nå målet.	Självskattning	2 ggr per år	Bedömning görs att aktuella mått stödjer verksamheten att nå målet. Måtten revideras även kontinuerligt.
 Kontroll att alla handläggare har regelbunden genomgång av ärenden med 1:e socialsekreterare, särskilt i ärenden av komplicerad art.	Kontroll		Genomgång varje vecka.
 Kontroll att riskanalyser sker enligt rutin gällande tvångs och skyddsåtgärder.	Kontroll	1 ggr per år	Rutinen kompletterades i december 2024 med en mall för riskbedömning men detta har inte hunnit implementeras ännu och ej heller genomfört riskbedömningen
 Kontroll att riskbedömning görs enligt rutin och att beslutade åtgärder följs upp.	Kontroll	1 ggr per år	Kontroll har gjort via HR-strateg som gått igenom årets riskbedömningar i KIA-systemet. Dessa visar på att berörd enhet har svarat att riskbedömning enligt hot och våld genomförts.
 Kontroll av att alla inskrivna patienter har en avgift samt att journaler och avgift är avslutade när patient skrivs ut.	Kontroll	2 ggr per år	Egenkontrollen visar att vi visar sköter patientavgifterna med god kvalitet.
 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 till rutiner gällande SIP	Kontroll	1 ggr per år	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 genomförandeplan på särskilt boende.	Kontroll	2 ggr per år	Vistegården/ Hallers väg 20 Genomförandeplanerna följer upp minst var 6e månad i samband med uppföljning Senior Alert. Socialsekreterare har under 2025 börjat att följa upp alla SÅBO beslut och i samband med det även följt upp att genomförandeplan finns och är aktuell.
 Kontroll av samtliga KAA-uppdrag	Kontroll	1 ggr per år	Samverkansmöten mellan arbetskonsulent, SYV, kurator, skolchef, ekonom och AME-chef träffas två ggr per år där man följer






Egenkontroll	Kontrollmoment för Egenkontroll	Frekvens	Kommentar
			upp rutiner och uppföljning kring aktuella ärenden inom KAA.
 Kontroll hur många råd- och stödinsatser som lett till ansökan om biståndsbeslutade insatser	Kontroll	2 ggr per år	Under 2024 har vi haft 65 stycken samtal som har varit icke biståndsbedömda. Tre stycken ärenden har lett till ansökan. Inga samtal har varit över fem i varje enskilt samtal serie. Vidare uppföljning kommer att följas i NUSO.
 Uppföljning av genomförandeplan i hemtjänsten för att säkerställa att brukares delaktighet och behov tillgodosätts	Granskning av journaler	2 ggr per år	Uppföljning av genomförandeplaner är genomförd. Av 10 granskade planer är det 4 planer som inte uppfyller kraven. Detta är en tydlig förbättring jämfört med tidigare resultat. Arbetet med Fast omsorgskontakt och att använda genomförandeplaner som ett arbetsverktyg inom hemtjänsten behöver fortsätta, då efterfrågan och den upplevda nyttan med planerna från personalen är fortsatt låg.
 Uppföljning av sammanställning av inkomna synpunkter/klagomål och lämnade svar i social verksamhet.	Inhämtning av synpunkter	2 ggr per år	Ett klagomålsärende har kommit direkt till MAS och utretts under hösten. Via Medborgarkontoret har det inkommit två synpunkter. Dessa besvaras och rapporteras enligt rutin till Kommunstyrelsen två gånger per år.
 Dialog med brukare och utförare om upprättad genomförandeplan tillgodoser brukarens behov.	Granskning av journaler Inhämtning av synpunkter	Var sjätte månad	Under 2024 har vi inte haft någon insats med ledsagning enligt LSS.
 Kontroll att dokumentation och handläggningen sker enligt Socialstyrelsens riktlinjer gällande omedelbart omhändertagande LVM	Granskning av journaler	1 ggr per år	Granskning av ärenden på Myndighetsenheten har genomförts i fem stycken slumpmässigt utvalda ärenden vuxna under våren 2024. Dialog förd med 1.e socialsekreterare och myndighetschef efteråt ang förbättringsområden.
 Kontroll att dokumentation och handläggning sker enligt Socialstyrelsens riktlinjer gällande utredning enligt LVM	Granskning av journaler	1 ggr per år	Granskning av ärenden på Myndighetsenheten har genomförts i fem slumpmässigt utvalda ärenden vuxna under våren 2024. Dialog förd med 1.e socialsekreterare och myndighetschef efteråt ang förbättringsområden.
 Kontroll att förutsättningarna i aktuella placeringar av ensamkommande barn	Granskning av journaler	1 ggr per år	Kontrollmomentet är nytt och fanns inte med när en övergripande granskning myndighetsenheten gjordes våren 2024. Stickprov har nu genomförts och det finns



Egenkontroll	Kontrollmoment för Egenkontroll	Frekvens	Kommentar
svarar mot de behov som barnen har.			dokumenterat i utredning av uppdragstagare om matchning mot aktuellt barn.
● Kontroll att riskbedömning görs enligt rutin och att beslutade åtgärder följs upp.	Kontroll	1 ggr per år	Kontroll har gjort via HR-strateg som gått igenom årets riskbedömningar i KIA-systemet. Dessa visar på att samtliga berörda enheter har svarat att riskbedömning enligt hot och våld genomförts liksom riskbedömning utifrån de brukare som finns inom enheten.
● Kontroll att Självskattning av basala hygienrutiner är gjorda.	Självskattning	2 ggr per år	Uppföljning har gjorts enligt rutin och effekten visar att personal har god kunskap och följsamhet till rutiner.
● Kontroll av ej verkställda beslut barn och unga egen verksamhet	Kontroll	1 ggr per år	Alla beslut är verkställda
● Kontroll av följsamhet till lokal rutin Samordnad vårdplanering i Grästorp.	Inhämtning av synpunkter	2 ggr per år	God följsamhet till rutinen.
● Uppföljning av genomförandeplan i personlig assistans för att säkerställa att brukares delaktighet och behov tillgodoses	Dokumentation	1 ggr per år	Alla genomförandeplaner följs upp i enlighet med rutinen om uppföljning av genomförandeplanerna.
● Uppföljning och analys av avvikelseutredningar gällande medicintekniska produkter	Avvikelse rapport Lifecare	1 ggr per år	Inga anmälningar är gjorda till Läkemedelsverket/Socialstyrelsen och leverantör.
● Kontroll att behandlingsmetoder som används i insatser barn och unga har evidens	Självskattning Kontroll	2 ggr per år	Vi har gått igenom ärenden på gruppmöten. Använda Stegmodellen från Hammarö
● Kontroll att dokumentation och handläggning sker enligt Socialstyrelsens riktlinjer gällande barn- och unga.	Granskning av journaler	1 ggr per år	SAS har granskat journal ua. Notering gjordes att målen med insatserna i vissa fall var otydliga. Arbete med detta har påbörjats.
● Kontroll att kvalitetsregistret BPSD används och analysera utfall av statistik från registret.	Kontroll	1 ggr per år	Genomgång av statistik har visar på ett högt användande och effekten bidrar till en god och säker vård och omsorg. Grästorp ligger väldigt lågt på olämpliga läkemedel.
● Kontroll att alla beslut "ej inleda utredning" fattats enligt delegation	Kontroll	2 ggr per år	Uppföljning har genomförts ua.
■ Kontroll att alla projekt inom digitalisering har genomfört en risk- och	Kontroll	Löpande	Under 2024 har Social verksamhets ledningsgrupp tagit fram en förändringsledningsmodell som grund



Egenkontroll	Kontrollmoment för Egenkontroll	Frekvens	Kommentar
konsekvensanalys innan införande.			<p>i alla nya projekt etc. Enligt beslut ska alla "buckets" i Planner har svar på de fyra rubrikerna VARFÖR, VAD, HUR samt FÖRVÄNTAT RESULTAT vid uppstart.</p> <p>SLG beslutade också att en risk- och konsekvensanalys ska genomföras i samband med uppstart. Jämfört med tidigare år har flera sådana genomförts (både utifrån ett GDPR-krav men också utifrån risker med införande av nya arbetssätt) vilket upplevts positivt. Dock upplevs att detta tar mycket tid när man vill komma igång med själva projektet/införandet. Berörda är inte vana vid modellen och mallarna är inte lätta att jobba med. Det är då lätt att detta steg hoppas över pga bristande resurser och engagemang.</p>
 Kontroll att dokumentation och handläggning sker enligt Socialstyrelsens riktlinjer gällande vuxna.	Granskning av journaler	1 ggr per år	Granskning har genomförts ua. Det noterades att vissa mål med insatser var otydliga. Arbete med detta har påbörjats.
 Kontroll att kvalitetsregistret Senior Alert används och analysera utfall av statistik från registret.	Kontroll	1 ggr per år	<p>Grästorps kommun tilldelades utmärkelsen Guldkommun av det nationella kvalitetsregistret Senior alert 2024. Detta för sitt arbete med vårdprevention inom äldreomsorgen. Grästorps var en av totalt 30 kommuner i Sverige som klarat kriterierna i arbetet med vårdprevention inom äldreomsorg, enligt det nationella kvalitetsregistret Senior alert. Det är genom att analysera och åtgärda riskfaktorer som fallskador, trycksår, viktnedgång, munhälsa och urininkontinens, som verktyget kan bidra till att förbättra vårdkvaliteten för äldre.</p> <p>En del av utvärderingen handlar om att mäta hur stor andel av äldre på kommunens boenden som genomgår riskbedömningar. Genom ett systematiskt förebyggande arbete har Grästorps äldreboenden, Vistegården och Hallers väg, nått en täckningsgrad på över 90 procent och i över 75 procent av dessa fall har bakomliggande orsaker utretts och åtgärder vidtagits. Det gör att kommunen uppfyller de krav som ställs för att bli en Guldkommun.</p>
 Kontroll av orsak till betaldagar SAMSA	Kontroll	Månads-vis	Social verksamhet har inga betaldagar för patienter som legat kvar på sjukhus under 2024.










Egenkontroll	Kontrollmoment för Egenkontroll	Frekvens	Kommentar
● Sammanställning av analys avvikelse- och tillbudsrapporter som bedömts bero på brister i verksamhetsplanering	Avvikelse rapport Lifecare Tillbudsrapport KIA	1 ggr per år	I analysen och kontrollen har det framkommit att vi har tillbud och avvikelser på ett fåtal brukare och dessa är omhändertagna enligt rutin.
● Kontroll och analys av ej verkställda beslut bostad med särskild service	Kontroll	1 ggr per år	Vi har inga beslut som ej är verkställda.
● Sammanställning och analys av alla avvikelse- och tillbudsrapporter som beror på bristande kompetens hos personal servicebostad och vidtagna åtgärder - servicebostad.	Avvikelse rapport Lifecare Tillbudsrapport KIA	1 ggr per år	Haft ett antal avvikelser under året som har utretts och följt upp på brukar konferenser.
● Sammanställning och analys av alla avvikelse- och tillbudsrapporter som beror på bristande kompetens hos personal och vidtagna åtgärder - grupp bostad	Avvikelse rapport Lifecare Tillbudsrapport KIA	1 ggr per år	Det finns inga avvikelser vad gäller bristande kompetens Life Care. Tillbudsrapporter i KIA visar inte på bristande kompetens hos personal.
● Följa upp systematisk logguppföljning av dokumentation i Lifecare	Granskning av journaler	Månads-vis	Loggning genomförd enligt rutin i samtliga verksamheter. Upplevelsen från berörda chefer är att loggningen går lätt att genomföra och ger dem en bra överblick hur handläggning och social dokumentation hanteras på enheten.



Under 2024 har Social verksamhet fortsatt haft fokus på införandet av ett nytt verksamhetssystem för dokumentation. Flera tilläggsmoduler och tjänster har startats eller är på gång att starta upp. Verksamheten har lagt mycket tid på handhavande och samordningen mellan olika delar i systemet för att få ut rätt nyckeltal för verksamhetsuppföljningen. Utifrån införandet har 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.



Uppföljning av åtgärder

Åtgärd	Status	Typ av åtgärd	Kommentar
 Hygienombudsträff	Pågående	Förebyggande	MAS har varit ute på APT under 2024 med fokus på åtgärder/information om basala hygienrutiner, klädregler samt hantering av olika smittor som resistenta bakterier och luftvägsinfektioner. Nyhetsbrev och nya uppdaterade rutiner skickas ut kontinuerligt till hygienombud och chef. Effekten är att verksamheten jobbar enligt god hygienisk standard.
 Se över processen så den stämmer med uppföljningen av målarbetet	Avslutad	Förbättrande	Processen har justerats enligt ny struktur för uppföljning i kommunen. Social verksamhet följer upp målet genom analys och dialog vid två tillfällen per år, (H1 och H2)
 Uppdatera process, ta fram riskanalys och egenkontroll dagverksamhet demens	Avslutad	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.
 Ta fram egenkontroll för processen	Avslutad	Förbättrande	Processen har implementerats under året och uppdaterats med egenkontroll och riskanalys.
 Ta fram riskanalys och egenkontroll för processen överlämning från myndighet till utförare	Pågående	Förbättrande	På grund av arbetsbelastning har detta arbete inte prioriterats under 2024. Chef har uppmanats boka möte för uppstart 2025.
 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 samverkansform har behovet av samordning VGR och kommunerna lyfts av MAS i Grästorp.
 Ta fram nya egenkontroll (Myndighetsutövning)	Avslutad	Förbättrande	Granskning genomfördes av SAS/utvecklingschef under våren 2024. Processen har idag två egenkontroller varav granskning är en av dessa.



Åtgärd	Status	Typ av åtgärd	Kommentar
barn) som svarar mot behov			
 Avbrottsrutin vid kris för kommunal primärvård	Pågående	Förebyggande	I december 2024 genomfördes en beredskapsdag med säkerhetssamordnare med fokus på kunskapshöjning och seminarieövning inom kommunal hälso- och sjukvård under höjd beredskap och krig. Arbetet fortsätter under 2025 med inventering av resurser och framtagande av avbrottsrutiner och beredskapslager. Samverkan är i fokus.
 Ett övergripande arbete för informationssäkerhet inom Grästorps kommun behöver tas fram.	Pågående	Förbättrande	Under 2024 har arbetet fortsatt kring informationssäkerhetsarbetet i Grästorps kommun. Dock har inte antagen policy och riktlinje implementerats i verksamheten ännu. En digital informationssäkerhetsutbildning för alla medledare genomfördes under våren 2024. Ett omtag gjordes under hösten i social verksamhet då det framkommit att få genomfört hela utbildningen. Rutinen för informationssäkerhet i social verksamhet har uppdaterats med ny information och enhetschefer har uppmanats att implementera denna. Både redan anställd personal och nyrekrytering av personal ska man ta del av en kort utbildningsfilm i Infocaption.

Även 2024 har verksamheten haft stort fokus på att implementera och utveckla verksamhetssystemet för dokumentation samt övrig digitalisering. Ledningsgruppens möte och arbetssätt har strukturerats om för en tydligare strategi i aktuella frågor och tydlig uppföljning

Gällande kvalitetsledningssystemets processer har prioritet lagts på att uppdatera rutiner och andra stöddokument i SKA-portalen. Ett arbete genomfördes under året för att än mer tydliggöra riskanalyser och egenkontroller. Underlag för att göra riskanalyser kopplade till verksamhetens sårbarhet i kris skapades då också.



Uppföljning avvikelser under året

Avvikelsestatistik

Avvikelseyp	Antal avvikelserappor	Kommentar
Avvikelse annan vårdgivare	14	Avvikelsehantering sker i systemet MedControlPro som är gemensamt för alla vårdgivare i VGR. Under 2024 har kommunen lämnat 11 stycken avvikelser till Skas och NU-sjukvården samt besvarat två avvikelser från sjukhusen
Bemötande mot brukare/patient eller närstående	2	Samtliga avvikelser har utretts och handlar om bemötande mellan brukare.
Digitala hjälpmedel i verksamheten	36	36 utredningar har gjorts. Huvuddelen av dessa avser Särskilt boende som haft flera avvikelser kring larmsystemet och medicinskåp/app för e-signering. Några rapporter har gällt GPS-larmen där det är extra viktigt att utreda bakomliggande orsak till avvikelserna. Ingen patient har utsatts för vårdskada.
Fallhändelser brukare/patient	510	Under 2024 hade vi sex personer som ådrog sig frakturer jämfört med 2023 då vi hade tio stycken inskrivna patienter/brukare som fick fraktur. 2024 har åtta personer behövt våra insatser efter vård av frakturer som tidigare inte varit kända av oss. Det förebyggande arbetet är i fokus.
Fysisk miljö och inventarier	11	Avvikelseerna handlar mestadels om felaktig hantering av sänggrindar. Ingen brukare har påverkats negativt.
Handläggning av ärende	4	Denna avvikelseyp används när det förekommer brister i dokumentation, informationssäkerhet eller att uppföljning av beslut inte skett pga felaktigt skrivet beslutsdatum. Inga brukare har påverkats negativt.
Läkemedelshantering	118	Under 2024 ordinerades 264 568 läkemedelsgivningar. Av dessa hanterades 99,3% av omsorgspersonal. Övriga avvikelser handlar t.ex. om fel på digitala hjälpmedel som lås eller avbrott i appen Signlt. Ingen patient har påverkats negativt.
Medicintekniska produkter	9	Utredningarna visar på att handhavandefel är en vanlig bakomliggande orsak till avvikelserna. Ingen rapport är inlämnad till läkemedelsverket eller Socialstyrelsen på allvarligt produktfel under 2024.
Utförande av insats/omsorg/stöd	21	Avvikelseypen är den vanligast förekommande inom området SoL/LSS. Rapporter beskriver bland annat insatser som inte utförts enligt plan eller på ett felaktigt sätt. Inget av detta har bedömts så allvarligt att utredning enligt lex Sarah inletts.
Vård och behandling	22	Under 2024 ordinerades 127 605 HSL-insatser. Av dessa hanterades 98,6% av omsorgspersonal. Avvikelseerna handlar om felaktiga eller fördröjda insatser inom område inkontinens, provtagning, utebliven andningsgymnastik och stödstrumpor.



Övergrepp fysiskt, psykiskt, sexuellt eller ekonomiskt	8	Samtliga avvikelser avser händelser där brukare på olika sätt utsatt annan brukare för fysiska övergrepp på boende eller i verksamheten. Verksamheten har gjort olika åtgärder för att skydda andra brukare och personal. Inget fall har bedömts utgöra grund för lex Sarah.
Synpunkter och klagomål	2	Samtliga synpunkter har besvarats enligt rutin. Samtliga klagomål har utretts och hanterats tillsammans med närstående i förekommande fall.
lex Sarah	0	Ingen utredning är anmäld som missförhållande till IVO.
Vårdskada (lex Maria)	0	Ingen utredning är anmäld som vårdskada till IVO.

Under 2024 har det totala antalet avvikelserapporter sjunkit jämfört med 2023. Antalet avvikelser som hänger samman med ett missnöje med personalens arbetsmiljö har minskat. En viss felrapportering mellan olika system finns fortfarande men har tagit bort i statistiken. 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.



Organisationens kvalitetsarbete och verksamhetsutveckling

Sammanfattning av dialoger i socialutvecklingsutskottet under året

Dialog våren 2024

Målet för Social verksamhet bedöms som delvis uppfyllt utifrån de resultat som hittills redovisats på området. Bedömningen är målet kommer att vara uppfyllt inom perioden 2024–2027. En djupare analys av resultat behöver göras som grund för att genomföra ett utvecklingsarbete på området.

Verksamheten är på gång att utveckla kvalitetsarbetet genom att skapa en tydlig struktur och avsätta tid för analys av nyckeltal samt externa och interna mätningar. Med alla utmaningar som varit senaste året utifrån heltidsresan och 11-timmars dygnsvila, så har verksamheten uppnått väldigt många goda resultat vilket bedöms hoppfullt för framtiden.

Grästorps kommun har ett gott rykte och många anställda har arbetet länge i verksamheten. Det är viktigt att bibehålla det goda ryktet och behålla personal som med ett gott värdeskap bidrar till nöjda kunder och det goda ryktet. Kompetensförsörjningen är en av de stora utmaningarna.

Utmaningarna har också bidragit till ett lärande. Fokuset har under året varit stort på hur utmaningarna påverkat personalen. Nu hoppas verksamheten kunna fokusera mer på de verksamheterna är till för, alltså kunderna och enkätsvar som verksamheten kan påverka.

Verksamheten har inför 2024 tagit fram ett stort antal aktiviteter som är tänkta att bidra till måluppfyllelsen. Det är för tidigt i processen att bedöma om de ger avsedd effekt. Därför är det viktigt att efterhand utvärdera om det är rätt aktiviteter så att de ger önskvärd effekt prioriteras. Vidare lyfts att det är viktigt att hålla dialogen levande genom regelbundna samtal med kunderna och söka sätt för att få in fler svar.

Dialog hösten 2024

Social verksamhet har ett mål *Vi ger förutsättningar för ett gott och meningsfullt liv i alla åldrar* som är uppdelat på två områden. På *området Utveckling som främjar hälsa* och välbefinnande finns följande beskrivning: Utveckling som främjar hälsa och välbefinnande innebär att skapa och implementera strategier och tjänster som stödjer individers fysiska, mentala och sociala hälsa. Det kan inkludera förebyggande åtgärder, tidig upptäckt av problem, tillgång till vård och stöd för att hantera olika livssituationer.

Utifrån dialogen och analysen av resultat samt genomförda aktiviteter på området bedömer Socialutvecklingsutskottet att målet delvis är uppfyllt. Bedömningen är målet kommer att vara uppfyllt inom perioden 2025–2027 och utgår från följande resultat:

- I arbetet för att nå målet noteras goda resultat på måttet *Välfärden utvecklas genom effektiva och innovativa arbetsätt*. Ensamarbete vid personlyft har blivit en succé och Grästorp prisas som en guldkommun i vårdprevention. När det gäller måttet *Det förebyggande arbetet bidrar till ökad hälsa och välbefinnande* framgår att fallskadorna minskar samt även antalet olämpliga läkemedel till äldre (+75 år). Verksamheten bedömer att det beror på hur det



förebyggande arbete i verksamheten bedrivs. Senior Sport school ger fallförebyggande stöd, vilket tillsammans med insatser kring ofrivillig ensamhet bland äldre bidrar till ett förebyggande arbete.

- Familjehuset Agera visar resultat på att fler individer än tidigare kommer i kontakt med socialtjänsten genom hembesök hos nya föräldrar samt via icke-biståndsbedömda samtal.
- Verksamheten har tagit flera steg mot en mer digital myndighet. Detta för att öka tillgängligheten men också för att effektivisera verksamheten. Digitaliseringsarbetet är dock resurs- och kompetenskrävande och det är svårt både hitta rätt och göra rätt saker. Nära samverkan inom digitalisering sker med övriga V6-kommuner.
- Det förebyggande arbetet för äldre behöver ske i ett ännu tidigare skede än idag och nå fler i den växande gruppen. Detta för att förebygga och skjuta upp behov av mer omfattande biståndsinsatser.
- Något som verksamheten behöver fortsätta arbeta med för att nå målet är en effektivare användning av resurspass; t.ex genom resursfördelning utifrån aktuell vårdtyngd, fler förebyggande och kvalitetshöjande aktiviteter med brukare och nå ett ökat engagemang hos alla medledare så aktiviteter blir prioriterade.

Av analysen framkom dessutom att det behövs mer samverkan och helhetstänk i verksamhetens arbete framöver. Verksamheten har haft många olika aktiviteter för att sträva mot målet och bedömer att arbetet med flera av dessa har bidragit till nuvarande resultat. Vissa aktiviteter har varit en del av arbetssättet i vardagen. Men med många olika aktiviteter kanske för många blir det också svårt att fokusera och följa upp resultatet vilket är en lärdom.

Verksamheten behöver därför fokusera ännu mer på ett fåtal aktiviteter för att ”få det att hända”. Erfarenheter visar på att när verksamheten kraftsamlat gemensamt har resultatet blivit mer tydligt, som t. ex i samband med Coronapandemin, införandet av Life Care och under hösten 2024 med gemensamma stor-APT (sju tillfällen under hösten med all personal med syfte att ha dialog om omställningen i välfärden). Därför avser verksamheten 2025 fokusera på fyra övergripande aktiviteter på som följs upp gemensamt; Verksamhetsutveckling, förebyggande och hälsofrämjande arbetssätt, kunddialog samt kompetensutveckling. Enheternas aktiviteter ska ha tydlig koppling till dessa.

Höstens genomförande av Stor-APT har gett verksamheten bra underlag som förväntas bidra till indikatorer på måttet välfärden utvecklas genom effektiva och innovativa arbetssätt. Medledarnas delaktighet i verksamhetsutvecklingen genom digitalisering, effektivisering och samverkan behöver bli tydligare som ett led för klara omställningen för framtidens välfärd.

Införandet av den nya socialtjänstlagen och den nationella överenskommelsen för God och nära vård kommer fortgå under 2025. Det är viktigt att det arbetet samordnas/integreras med ovanstående aktiviteter.

I dialogen i utskottet framhåller ledamöterna att helhetstänk är viktigt. Verksamheten måste vara modiga att våga göra saker. Det uppfattas positivt att verksamheten fokuserar på färre aktiviteter men effekterna av dem ska vara mätbara. Det är inte antalet aktiviteter som bidrar till resultat och erfarenheter när verksamheten fokuserat har visat på att resultat nås.

Vidare anser utskottet att digitalisering är viktigt. Verksamheten ska ha fokus på den och göra rätt saker för att rusta framtida målgrupper genom förebyggande arbete så välfärd kan erbjudas de



som behöver. Ett omställningsarbete har påbörjats utifrån förslaget om en ny socialtjänstlag som beräknas träda i kraft i juli 2025.

Ledamöterna känner stolthet över Grästorps kommun och Social verksamhet. Det finns en initiativkraft bland medlemmarna. De har en vilja att utvecklas och utveckla verksamheten. Genomförda Go & See möten med olika delar av verksamheten upplevs positivt och ligger till grund för känslan av stolthet. Utifrån det som redovisats och i genomförda dialoger anser utskottet att målet delvis är uppfyllt men bedöms kunna nås inom perioden 2025–2027.

Övergripande mål för kommande år

Inför 2025 är nämndens mål oförändrat jämfört med föregående år: *Vi ger förutsättningar för ett gott och meningsfullt liv i alla åldrar*. Målet har delats in i två områden med mått som följs upp i dialog mellan verksamhet och politik under året. Nedan anges aktuella områden och mått:

Kvalitet 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 fyra olika aktiviteter för att målet ska nås.