



**MELLERUDS
KOMMUN**



Kvalitet- och patientsäkerhetsberättelse

Socialnämnden

Innehållsförteckning

1	Sammanfattning	3
2	Övergripande mål och strategier	4
3	Organisatoriskt ansvar för kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet	5
4	Struktur för uppföljning / utvärdering	6
5	Uppföljning genom egenkontroll	7
5.1	Nationella kvalitetsregister.....	7
5.2	Öppna jämförelser	7
5.3	Egenkontroll	8
5.4	Vårdhygien	20
5.5	Uppföljning av åtgärder	20
6	Uppföljning genom extern kontroll.....	22
7	Hur kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad kvalitets- och patientsäkerhet	23
8	Samverkan för att förebygga vårdskador och missförhållanden	24
9	Risakanalys.....	25
10	Rapporteringsskyldighet	32
11	Värdegrund	33
12	Klagomål och synpunkter	34
13	Resultat	35
14	Övergripande mål och strategier för kommande år	36

1 Sammanfattning

Kommunen har under året implementerat kvalitetsledningssystem SOSFS 2011:9 med egenkontroller. Målet är att det ska vara i fullt bruk 2024.

Införande av avvikelsemodul i april. Fler avvikelser har rapporterats inom det sociala området än tidigare. Avvikelserna omhändertas verksamhetsnära. Avvikelser inom både HSL och SoL har ökat, vilket är positivt ur ett kvalitetshöjande perspektiv.

Uppstart under våren med dokumentationsombud inom äldreomsorg och LSS med träffar två gånger om året.

Införande av nytt verksamhetssystem för hälso- och sjukvård.

Hemsjukvården har skickat ut en enkät till inskrivna i hemsjukvård. Inom särskilda boende förekommer boenderåd regelbundet. Kommunen för dialog med representanter inom funktionshinderområdet och pensionärsrådet.

2 Övergripande mål och strategier

Melleruds kommuns socialtjänst bedriver en bred verksamhet och ansvarar för omsorg om äldre och personer med funktionsnedsättning samt individ- och familjeomsorg.

Verksamheten styrs huvudsakligen av socialtjänstlagen (SoL), hälso- och sjukvårdslagen (HSL) och lagen om särskilt stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS). Vägledande begrepp: inflytande, integritet, självbestämmande, normalisering, närhet och delaktighet.

3 Organisatoriskt ansvar för kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet

SFS 2010:659, 3kap 9§ och SOSFS 2011:9, 7kap 2§, p1

För att uppnå ett effektivt brukar- och patientsäkerhetsarbete krävs en säkerhetskultur som genomsyrar hela organisationen. Alla skall vara medvetna om skyldigheten av att identifiera, rapportera och hantera händelser som kan leda till förbättringar. Brukar- och patientsäkerhetsarbetet bör ske nerifrån och upp med utgångspunkt från risker identifierade av den omvårdnadspersonal som finns närmast patienten.

Organisatorisk nivå- systemnivå

Kommunstyrelsen

Socialnämnden

Socialchef

Verksamhetschef

Medicinskt ansvarig sjuksköterska

Socialt ansvarig samordnare

Gruppenivå- operationell nivå

Enhetschef

Leg. personal (sjuksköterska, arbetsterapeut och fysioterapeut)

Individnivå- individuell nivå

Omvårdnadspersonal inklusive leg personal

4 Struktur för uppföljning / utvärdering

Kommunen arbetar systematiskt genom egenkontroller. Beroende på utfall av egenkontrollen skapas åtgärder för att utveckla verksamheten.

Kommunen följer upp avvikelser, lex Sarah och lex Maria med regelbundenhet. Rutinen för avvikelshantering säger att avvikande händelser ska delas på APT och ledningsträffar med regelbundenhet för att skapa en lärande organisation. I det dagliga arbetet finns ett upparbetat teamarbete mellan olika yrkeskategorier för att följa kvalitet och brukar/patientsäkerhet.

5 Uppföljning genom egenkontroll

5.1 Nationella kvalitetsregister

Det förebyggande arbetet med Senior Alert blev negativt påverkat under pandemiåren. Arbetet har startats har inte fullt ut kommit igång igen under 2023. Bilden nedan visar alla registrerade enheter i kommunen. Ett omtag planeras inför 2024 där kvalitetsregister blir en naturlig del i de redan befintliga teamträffarna.

↑ Uppåt	Unika personer	Vårdprevention				Utfall			
		Risikbedömningar med risk	Bakomliggande orsaker vid risk	Åtgärdsplan vid risk	Utförda åtgärder vid risk	Trycksår	BMI<22	Fall	Munhälsa grad 2
Melleruds kommun	87	96% ↑ 110 av 114	81% ↑ 89 av 110	86% ↑ 99 av 110	85% ↑ 101 av 119	26 ↑ 19 personer	33 ↓ personer	149 ↓ 41 personer	33 ↓ personer
Bergs korttid	0	0% ↓ 0 av 0	0% ↓ 0 av 0	0% ↓ 0 av 0	0% → 0 av 2	1 ↓ 1 personer	1 ↓ personer	0 ↓ 0 personer	0 ↓ personer
Fagerlids korttid	1	100% ↑ 1 av 1	100% ↑ 1 av 1	100% ↑ 1 av 1	0% → 0 av 1	0 ↓ 0 personer	2 ↑ personer	0 ↓ 0 personer	0 ↓ personer
Fagerlids särskilda boende	22	96% ↑ 27 av 28	74% ↑ 20 av 27	78% ↑ 21 av 27	78% ↑ 25 av 32	6 ↑ 2 personer	5 ↓ personer	26 ↑ 9 personer	10 ↓ personer
Karolinen	0	0% → 0 av 0	0% → 0 av 0	0% → 0 av 0	0% → 0 av 0	0 ↓ 0 personer	0 → personer	0 → 0 personer	0 → personer
Mellerud Ordinärt boende	9	92% ↑ 11 av 12	55% ↑ 6 av 11	55% ↑ 6 av 11	83% ↑ 5 av 6	5 ↓ 4 personer	3 ↓ personer	11 ↓ 6 personer	3 ↓ personer
Skållerudshemmet	0	0% → 0 av 0	0% → 0 av 0	0% → 0 av 0	0% → 0 av 0	0 ↓ 0 personer	0 → personer	0 → 0 personer	0 → personer
Ängenäs	55	97% ↑ 71 av 73	87% ↓ 62 av 71	94% ↓ 67 av 71	91% ↓ 71 av 78	14 ↑ 12 personer	22 ↑ personer	112 ↓ 28 personer	20 ↓ personer
Målvärden			75 - 100 % 25 - 74 % 0 - 24 %	75 - 100 % 25 - 74 % 0 - 24 %	75 - 100 % 25 - 74 % 0 - 24 %				

Palliativregistret

Egenkontrollen från palliativa registret visar på liknande resultat som tidigare år, det som fortsatt behöver jobbas vidare med är att munhälsobedömningar behöver dokumenteras i patientens journal likväl som att smärtskattning ska utföras och dokumenteras. Vid samtliga registrerade dödsfall har någon anhörig och/eller personal varit med vid dödsögonblicket. Det är några enstaka personer som inte har haft läkemedel i injektionsform ordinerade och de flesta har fått sina symtom lindrade, Brytpunktssamtal finns dokumenterade i 89% av de registrerade dödsfallen.

5.2 Öppna jämförelser

Sammanfattningsvis kan konstateras att trots att kommunen får färre positiva svar i Öppna jämförelser generellt i år ligger bra till jämfört med de kommuner vi valt att jämföra oss med. Det är svårt att göra jämförelser från år till år när så många frågor byts ut. Mellerud ligger jämfört med de andra i topp- och mellanskiktet inom IFO, socialpsykiatri och äldre. Något sämre jämfört med andra för LSS och hälso- och sjukvården. Det viktigaste är att lära av jämförelserna och ta med det i det systematiska förbättringsarbetet.

Hälso- och sjukvårdens områden går in i socialtjänstens område inom äldreomsorg och LSS. Därför har handlingsplaner skapats som påverkar alla tre områdena i positiv riktning.

Handlingsplaner HSL, äldreomsorg och LSS

Erbjuda enkel fotundersökning inom alla boendeformer SoL och LSS

Att utveckla de befintliga team som finns och bjuda in demenssjukköterska kring de brukare/ patienter det berör. På så vis förväntar sig ledningsgruppen att ett multiprofessionellt team skapas runt brukare/ patient med demenssjukdom.

Att i de befintliga teamträffarna där Senior Alert behandlas inkludera Nikola för att erbjuda en basal utredning angående blåsdysfunktion.

Handlingsplan IFO

Åtgärder Missbruk och beroende

Att använda standardiserade bedömningsmetod ASI (Addiction Severity Index) som en del i utredningen.

Individbaserad systematisk uppföljning

Åtgärder Ekonomiskt bistånd

Att använda standardiserade bedömningsmetoden FIA (förutsättningar för arbete)

Åtgärder Sociala barnvården

Att handläggare får fortbildning i VIN (våld i nära relation)

Individbaserad systematisk uppföljning av målgruppens problem och/eller behov

Åtgärder Socialpsykiatri





Individbaserad uppföljning av målgruppens problem och /eller behov

Åtgärder Biståndshandläggning äldre

Skapa en aktuell rutin vid missbruk av alkohol eller andra beroendeframkallande medel

5.3 Egenkontroll


Egenkontroll	Kommentar	Utfall
Antal ansökningar och hantering inom rimlig tid		●
Antal brukare med fast omsorgskontakt	2 enhetschefer har svarat, 1 från ordinärt boende och 1 från särskilt boende. På särskilt boende har alla brukare en kontaktperson. I ordinärt boende pågår ett arbete med implementering av fast omsorgskontakt där 20% av brukarna har en fast omsorgskontakt. Alla brukare med beviljad insats behöver inte ha fast omsorgskontakt om det är uppenbart att behov inte finns.	◆
Antal GIP	Inom IFOs verksamheter används samverkansformen GIP regelbundet. Inom äldreomsorg och LSS används GIP mindre frekvent.	●
Antal munhälsobedömningar utifrån intyg för nödvändig tandvård.	Alla boende på kommunens särskilda boenden har fått regelbundet munhälsobedömningar av omvårdnadspersonal samt blivit erbjudna en munhälsobedömning av tandhygienist. Alla i ordinärt boende, som uppfyller kriterierna för "Intyg för nödvändig tandvård" har erbjudits besök av tandhygienist för en munhälsobedömning. 90% av de boende som har intyg för nödvändig tandvård på kommunens särskilda boenden har tackat ja till munhälsobedömning av tandhygienist. Inom LSS/enskilt område är motsvarande siffra 52%	●
Antal personal en brukare möter/ dag	3 enhetschefer har lämnat in uppgifter. 2 ansvarar för särskilda boende och 1 för ordinärt boende. Särskilt boende har båda använt sig under 10 olika vikarier/enhet (8+9) under en tvåveckorsperiod. Ordinärt boende totalt 53. Inom särskilda boende håller sig vikarierna i högre grad inom enheterna. Inom ordinärt boende finns det rader som inte är tillsatta av en person för ex föräldralediga. Till stor del löses frånvaro med resursspass av egen personal inom särskilt boende. Resursspass gör det svårare att hålla hög kontinuitet inom ordinärt boende. Ytterområdena har en högre kontinuitet.	◆ Delvis ◆
Antal rapporter om allvarligt missförhållande till IVO	Förvaltningen har funnit en händelse som allvarlig efter utredning och skickat ärendet vidare till IVO.	●
Antal rapporter om missförhållande	Det har sammanlagt utretts 20 inkomna rapporter om lex Sarah. Nio rapporter bedöms efter utredning som missförhållande. En rapport bedöms efter utredning som risk för missförhållande. En utredning har bedömts som allvarlig och skickats vidare till IVO. Brist i utförande är den vanligaste kategorin. De kvalitetshöjande åtgärderna har kategoriserats Rutiner <ul style="list-style-type: none"> • Rutin runt så kallat "vak" eller ständig tillsyn har skapats • Rutin för att skicka beställning på biståndsbedömt beslut • Andra rutiner som redan finns men som behöver göras kända i personalgrupperna Organisation <ul style="list-style-type: none"> • Att starta och sluta på ytterområden, hemtjänsten • Tydligt och korrekt ledarskap i vad som är ett korrekt bemötande 	●

Egenkontroll	Kommentar	Utfall
	<ul style="list-style-type: none"> • Fördela arbetsuppgifter för att vara tillgängliga att svara på larm • Introduktion på enhet där resurspass genomförs • Öka samarbete mellan enheterna istället för att begränsa till få tillfällen • Resurspass mot begränsade enheter • Vara två personal när pengar räknas • Bankkort till brukare istället för pengar • Personal ska vara i brukarens närhet när brukare vilar i rastrum • Vidta pedagogiska åtgärder • Kontroll av verksamhetens alla riskbedömningar <p>Miljö</p> <ul style="list-style-type: none"> • NSID-taggar • Psykosocial arbetsmiljö • Långsiktig plan i värdegrundsarbetet • Samsyn i arbetsgrupp kring hur brukaren ska mötas ur ett pedagogiskt perspektiv • Möjlighet att röra sig fritt inom egen lägenhet <p>Dokumentation</p> <ul style="list-style-type: none"> • Arbete med genomförandeplaner • Lägga in kontaktuppgifter till närstående • Dokumentera vilka pedagogiska åtgärder som vidtas • Uppdaterad riskbedömning <p>Utbildning</p> <ul style="list-style-type: none"> • IVOs rapport om Att inte få rätten att leva som andra • Värdegrundsarbete • Utbildning om makt och kränkningar • Utbildning i SoL och LSS 	
Antal rapporter till IVO enligt Lex Maria	Inga rapporter skickade till IVO.	
Antal SIP	SIP-statistik hämtat från Mellerud Vuxenenheten/Bistånd INKORG i intervallet 2023-01-01 00:00:00- 2023-12-31 00:00:00 Startade 78 Upprättade 12 Uppföljda 11 Avslutade 58 Antalet aktiva SIP 32	
Apoteksgranskning	Vid apoteksgranskning hösten 2023 framkom synpunkter som behöver åtgärdas. Sammanfattningsvis så sågs det brist i att korrekt ordinationshandling inte fanns i patientens skåp och att delegerad personal ska läsa på ordinationshandlingen innan läkemedel ges. Idag står ordinationerna i signeringsverktyget och det är inte helt korrekt. Ordinationen ska läsas från originalhandlingen för ordinationen. Vid kontrollräkning av kontrollläkemedel sågs inget avvikande. Arbetet är påbörjat med att åtgärda synpunkterna som gavs, kommer att fortsätta under 2024.	
Avvikelsehantering	Egenkontroll avvikelser enligt HSL. Medicinskt ansvarig sjuksköterska sammanställning av avvikelser enligt HSL för april-december 2023.	

Egenkontroll	Kommentar	Utfall
	<p>Från april 2023 implementerades avvikelsemodulen i Lifecare vilket innebar att i Mellerud gick vi från att skriva avvikelser på papper till att göra dem digitalt. Systemet hanterar interna avvikelser, fokus för medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) är de som faller under hälso- och sjukvård.</p> <p>Under 2020-2022 inkom cirka 76-171 avvikelser som föll under HSL, MAS har påpekat att detta är ett litet antal avvikelser och att det borde komma in fler. De avvikelser som avses under den här perioden är de som kommit MAS till handa och som ska vara färdigutredda av enhetschef och vid behov medutredare. Från april 2023 och resterande av året har 381 rapporter för vårdskador lämnats in. Fördelningen visar att störst andel avvikelser har uppmärksammats på hemtjänsten, det är en stor organisation och i sig är det inte avvikande att en stor organisation uppmärksammar en stor andel avvikelser. Vidare är det Ängenäs som har näst störst andel uppmärksammade avvikelser, det är också en stor organisation. Vid mottagande av rapporten kan justering ske vad gäller vem som ska ha rapporten, det innebär att en rapport kan dirigeras om till rätt organisation och därmed kan antalet rapporter per enhet förändras något.</p> <p>Då MAS under året uppmärksammat att det är en stor andel uppgifter i det digitala signeringsverktyget som inte signeras i tid eller inte signeras alls har fokus lagts på att försöka tyda vad som kan orsaka det.</p> <p>Vid året slut ses att sammantaget 381 rapporter kring vårdskador har utretts, 328 av dessa berör läkemedel. 48% av avvikelserna berör ej signerade uppgifter och 13% uteblivna läkemedel, dessa är de två avvikelsetyper som dominerar och som granskas vidare av MAS.</p> <p>Vid en närmare granskning ses att sammantaget har 183 rapporter utretts kring ej signerade läkemedel och/eller delegerade uppgifter. 129 av dessa rapporteras från hemtjänsten.</p> <p>Vad gäller uteblivna läkemedel ses att 50 utredningar berör det, 35 av dem kommer från hemtjänsten och de flesta har som orsak att planeringen inte har varit optimal och besök har inte kommit med i planeringen.</p> <p>83 fallrapporter har inkommit, vilket är en markant ökning sedan tidigare år. Ses som positivt att fall rapporteras. Dock behövs en arbetsgång tas fram kring fallrapporter då det är otydligt hur gången är/ska vara.</p> <p>Det ses ändå som positivt att fler avvikelser inkommer, den digitala rapporteringen har haft den effekt som önskats. Dock behövs en del arbete kring hantering av avvikelser, arbetsgång och genomgång för att nå lite längre. Det finns mycket statistik som kan tas fram och se på hur det ser ut. Utifrån det som rapporteras behöver fokus riktas mot att reda ut vad som orsakar den höga andelen ej signerade uppgifter och uteblivna läkemedel.</p> <p>Egenkontroll avvikelser enligt SoL/ LSS, sammanställt av socialt ansvarig samordnare</p> <p>Det har totalt skrivits 84 avvikelser inom SoL/ LSS sedan kommunen startade upp avvikelsemodulen. Avvikelseerna kommer från olika verksamheter i kommunen.</p> <p>Alla enheter har rapporterat någon avvikelse, vilket är positivt. Den vanligaste avvikelsen att rapportera är utebliven insats.</p>	





Egenkontroll	Kommentar	Utfall
	<p>De enheter som rapporterat flest avvikelser är Hemtjänsten, Ångenäs och Fagerlid särskilda boende.</p> <p>Externa avvikelser</p> <p>Under 2023 har 74 avvikelser registrerats i Medcontrol som är verktyget som används för externa avvikelser, två av dessa är avvikelser som är registrerade på kommunen för brist i följsamhet till rutin. Den ena hör till skolan och berör inte vård och omsorg. De flesta berör att följsamhet till utskrivningsrutin brister. Under vår/sommar 2023 skrevs flertalet avvikelser kring en läkare på Närhälsan där det brast i utförande av insatser, dessa avvikelser diskuterades tillsammans med Närhälsan och resulterade i att läkaren avslutade sitt uppdrag. Inflödet av avvikelser är lågt och troligen förekommer fler avvikelser från rutin men de registreras inte från regionen.</p>	
Brukarundersökning ESS	<p>Daglig verksamhet</p> <p>Kommunen får fina resultat i årets undersökning. I fem av frågorna hamnar kommunen i övre skiktet eller som "bäst i klassen".</p> <p>Gruppbostad</p> <p>Kommunen får fina resultat i årets brukarundersökning. Sammantaget kan sägas att brukare boende på gruppbostad är nöjda. I sju frågor hamnar kommunen i övre skiktet eller som "bäst i klassen" bland jämförelsekommunerna.</p> <p>Personlig assistans</p> <p>Kommunen får inget svar då det är för få svarande.</p> <p>Servicebostad</p> <p>Kommunen ligger runt medeltalet i de flesta frågor. Brukarna har i högre grad svarat att de trivs än riksnittet.</p>	●
Brukarundersökning IFO	<p>Boendestöd</p> <p>Det är svårt att göra en riktig jämförelse med hur kommunen står sig då det är så få kommuner som deltar. Inom vissa områden höjer kommunen sina positiva resultat, såsom att brukare känner sig trygg med personalen, att personalen förstår vad brukaren säger, att personalen pratar med brukare så att brukaren förstår vad de menar och att brukare får den hjälp de vill ha där kommunen får högst resultat av jämförelsekommunerna. Fler brukare vet också var de ska vända sig om något upplevs dåligt.</p> <p>Ekonomiskt bistånd</p> <p>I många av frågorna hamnar kommunen i det övre skiktet eller som "bäst i klassen", som exempel hur brukare upplever att de har kunnat påverka den hjälp de får eller att brukarens situation har förändrats i positiv riktning efter kontakt med socialtjänst. Några frågor fångar upp utvecklingsområden att jobba vidare med under 2024.</p> <p>Missbruks- och beroendevård</p> <p>Kommunen får inget resultat i undersökningen</p> <p>Social barn- och ungdomsvård - ungdomar</p> <p>Kommunen får inget resultat i undersökningen</p> <p>Social barn- och ungdomsvård- vårdnadshavare</p> <p>Kommunen får inget resultat i undersökningen</p>	●




Egenkontroll	Kommentar	Utfall
Egenkontroll behörigheter		—
Egenkontroll delegation		—
Egenkontroll loggning	Förvaltningen har genomfört loggkontroller av tertial 1 utan anmärkning. Loggkontroller har inte kunnat genomföras under tertial 2 eller 3.	◆
Egenkontroll SITS-kort och HSA-katalog	Administratör har under året följt upp enligt rutin kring HSA katalog och genomfört granskning.	●
Egenkontroll synpunkter och klagomål	Under året 2023 har det inkommit totalt 17 synpunkter och klagomål inom socialnämndens område. Dessa har kategoriserats brist i utförande av insats 5 stycken, Brist i rättssäkerhet 3 stycken, synpunkten berör personal 3 stycken, Bemötande 2 stycken, Boendemiljö 1 st och Verksamhetsledning 2 stycken. Av de 17 inkomna ärendena är 11 fortfarande under utredning och öppna i diariet. Utredningar sköts verksamhetsnära av chef.	◆
Genomförandeplan	Ingen statistik från enhetschefer men tidigare mätningar visar att 90 % av alla på ordinärt boende har en genomförandeplan.	◆
Granskning av beslut	Biståndsenheten Enhetschef granskar två beslut (stickprov) varje månad. De beslut som är granskade visar att handläggarna fattar rätt beslut och kvalitén överlag är god på utredningarna. Det har framkommit några utvecklingsområden där handläggaren har fått feedback på att göra annorlunda eller där frastexter har omarbetats.	●
Inventering av yrkeskategorier		—
Journalgranskning	Den sociala dokumentationen genomförs via stickprovskontroller på alla enheter. Det är ett varierande resultat mellan enheterna men en viss röd tråd av utvecklingsmöjligheter syns genom de flesta enheterna. LSS sticker ut med generellt fint brukarfokus och brukarinflytande i genomförandeplaner och dokumentation. Inom äldreomsorgen granskas totalt 47 journaler 2023. Vid förra årets mätning granskas 72 journaler. Journaler inom hemtjänst där beslut om enbart trygghetslarm eller matdistribution valdes bort. Urval sorteras inte inom SÄBO och korttid/ växelvård utan tas fram helt slumpmässigt. Varje enhetschef får en återrapportering om hur resultatet faller ut på den enheten chef är ansvarig. Varje enhetschef får en åtgärdsplan riktad mot sin enhet att jobba med. Nedan är adekvat resultat utlyft från granskningen och kommer att jobbas vidare med under 2024. <ul style="list-style-type: none"> I 2 av de granskade journalerna finns ett dokumenterat samtycke. Det motsvarar 4% av de granskade journalerna. Det är av största vikt att veta vad som får sägas till vem för att inte bryta sekretess. Resultatet är inte acceptabelt. 40% av de granskade journalerna har en aktuell genomförandeplan. Det är ett resultat som inte är acceptabelt. Alla brukare ska ha en genomförandeplan som beskriver viktiga moment i det dagliga livet. Förra årets resultat var 83% med aktuell genomförandeplan. Genomförandeplanen beskriver vad, hur, när och vem som ska göra vissa viktiga moment i brukarens 	◆

Egenkontroll	Kommentar	Utfall
	<p>dagliga liv. Därför är delaktigheten eller brukarens inflytande på genomförandeplanen en indikator av vikt att följa. Av de befintliga granskade genomförandeplanerna har brukare haft inflytande på genomförandeplanen i 21 journaler. Det motsvarar 44% av de granskade journalerna. I förra årets granskning fanns 48,6% delaktighet i genomförandeplan.</p> <ul style="list-style-type: none"> I tidigare granskning har noterats att personal dokumenterar med ett hsl-fokus istället för brukarfokus. I årets genomförda granskning mot äldreomsorg är det 26 journaler som håller hsl-fokus. Det motsvarar 45%. Det är 11 journaler som delvis håller hsl-fokus vilket motsvarar 23%. SAS analys är att personalen håller följsamhet mot sjuksköterska. Förra årets resultat var 38,8% hsl-fokus. <p>Inom andra områden får kommunen ett mer positivt resultat i årets granskning.</p> <ul style="list-style-type: none"> Alla brukare ska ha en namngiven kontaktperson eller en fast omsorgskontakt. Årets mätning visar att 57% av de granskade journalerna har en namngiven person. I tidigare års mätning har 48% namngiven kontaktperson eller fast omsorgskontakt. Det är en positiv utveckling på 9%. Det syns även en positiv utveckling till att frågan ställts till närstående om att ringas nattetid om något allvarligt skulle hända brukaren. Årets resultat är 30%, förra årets resultat 25%. <p>Ytterligare fokus kommer läggas på den sociala dokumentationen under 2024 för att komma till rätta med brister i journalföring.</p>	
Journalgranskning	<p>Samtliga granskningar utförda av medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS), resultat delgivet till ansvariga enhetschefer.</p> <p>Sammanlagt 45 journaler granskades, 4-6 journaler per område.</p> <p>Vid granskning ses att övervägande andel 33/45 har patientansvarig sjuksköterska angivet, 3/45 har ansvarig fysioterapeut angivet och 3/45 har ansvarig arbetsterapeut angivet. 12/45 har inget av ovanstående angivet.</p> <p>Resultatet ger att det kan vara otydligt vem som har ansvar för patienten, ofta går det att härleda utifrån vilket område patienten hör hemma på. För fysio- och arbetsterapeut brukar hänvisning ske vid kontakt.</p> <p>Dock vore det av värde att i alla fall telefonnummer till områdesansvarig sjuksköterska anges och telefonnummer till kommunrehab så att kontaktuppgifter finns.</p> <p>Aktuella vårdgivare finns angivet i 17/45 journaler och det ses som en brist, det kan noteras antingen under personuppgifter eller under annan dokumentation. Behöver förbättras.</p> <p>I 44/45 journaler finns anhöriga angivna och det ses som godkänt.</p> <p>Tydlig inskrivningsorsak ses endast för de som är inskrivna enligt samordnad individuell planering (SIP) där patienten inte är helt inskriven. 6/45 journaler har inskrivningsorsak tydligt beskrivet. Diskussion behöver föras om vad som ska</p>	

Egenkontroll	Kommentar	Utfall
	<p>finnas med i journalen vid inskrivning.</p> <p>41/45 journaler har läkarverifierade diagnoser under annan dokumentation.</p> <p>En fråga vid granskningen var 'Är personens aktuella aktivitetsförmåga beskrivet under aktivitet/delaktighet?'. Sammanfattningsvis så fanns det i de flesta fall en notering kring aktivitet/delaktighet under ICF men denna berörde i stort sett endast övertaget läkemedelsansvar, inte några anteckningar kring hur patienten kan vara delaktig eller hur de kan sköta sin egen hälsa.</p> <p>1/45 journaler beskriver under ICF hur patienten kommunicerar.</p> <p>33/45 journaler beskriver funktionstillstånd under ICF med fokus på funktioner som mag/tarm, hjärta och kärl. Inte så mycket kring orientering eller funktioner som förflyttning.</p> <p>Sammantaget visar granskningen av dokumentation av ICF att det finns dokumentation men utifrån den dokumentationen är det svårt att utläsa hur patienten förflyttar sig, orientering till tid och rum, hur de kan vara delaktiga och hur de klarar sin vardag. Utifrån de granskade journalerna hade det varit svårt att skriva en korrekt vårdbegäran i SAMSA verktyget används när en patient skickas till sjukhus. En icke korrekt ifylld vårdbegäran ger inte rätt förutsättningar inför utskrivning från sjukhus.</p> <p>36/45 journaler saknar aktuell (ej äldre än sex månader) riskbedömning utifrån senior alert. Det speglar resultatet i senior alert under det år som gått. Omtag är nödvändigt för att hitta och förebygga risker.</p> <p>10/45 journaler har planer från rehab, 26/45 har planer från sjuksköterska. 3/45 journaler har pågående åtgärder från rehab, 44/45 journaler har åtgärder från sjuksköterska.</p> <p>Sammantaget används planer i viss utsträckning men det behöver förbättras, planer ger en tydligare struktur i planering och åtgärder kring patienten.</p> <p>Arbetet kring planer behöver återupptas under 2024.</p> <p>Planer och åtgärder ses som relevanta i 39/45 journaler.</p> <p>Sedan följde en granskning av hur åtgärderna var beskrivna, om uppföljning var planerad och om inaktuella åtgärder var avslutade. Granskningen visade att åtgärderna i 41/45 journaler var tydligt beskrivna, uppföljning var dokumenterat i 43/45 journaler, 44/45 journaler hade endast aktuella åtgärder.</p> <p>Vidare granskning berörde om åtgärder som ska utföras av omvårdnadspersonal var tydligt beskrivna, om uppföljning fanns beskrivet och om det fanns med i MCSS/APPVA. Under granskningens gång blev det tydligt att åtgärderna oftast är planerade till sjuksköterska i journalsystemet och att de sen läggs över i MCSS/APPVA till omsorgspersonalen. När uppdrag till omsorgspersonalen börjar att användas kommer åtgärderna att behöva justeras så att de blir tydliga för omsorgspersonalen. Åtgärderna uppfattades som tydliga både i journal och i MCSS/APPVA. Då uppdrag till omsorgspersonal inte används ännu så ser omsorgspersonalen uppgiften i APPVA/MCSS som signerad som utförd, sedan dokumenteras den som anteckning som delas med sjuksköterska i journalsystemet.</p> <p>Det är en prioriterad uppgift att börja använda uppdrag till omsorgspersonal för att inte behöva använda två digitala system.</p> <p>Vid granskning av dokumentation av utförarpersonal ses att det varierar vad som dokumenteras och hur. Det skrivna</p>	

Egenkontroll	Kommentar	Utfall
	<p>språket och hur de uttrycker sig behöver förbättras. En del förkortningar används som inte är väl kända för läsaren alla gånger.</p> <p>En notering som görs är att det oftast dokumenteras som följer: 'NN orolig ger tablett enligt vid behovs ordination' här borde det stå en notering kring att personal försökt med omvårdnadsåtgärder innan en tablett ges. Fungerar inte avledning och det finns dokumenterat så blir det tydligt att tablett vid behov mot oro är lämpligt.</p> <p>Senaste anteckning av legitimerad personal som anger hälsotillstånd var nästa punkt att granska. De flesta journaler har anteckningar enligt ovan sedan november 2023. Sex har anteckningar mellan 2023-02-13 – 2023-10-16 och det ses som en brist. Anteckningar som anger något om hälsotillståndet borde vara som äldst tre månader, under ett sådant tidsspänn borde något dokumenteras kring patientens hälsotillstånd.</p> <p>När senaste anteckning från omsorgspersonal granskas ses att endast fem journaler har anteckningar som är äldre än tre månader.</p> <p>Således ses att omsorgspersonal dokumenterar en del under anteckningar som delges till legitimerad personal, dock ses inte alltid att legitimerad personal fångar upp det som skrivs. Detta kan ses som ett resultat av att vårdbegäran från omsorgspersonal till legitimerade personal används sparsamt och omtag behövs för att flödet kring patienten ska bli optimalt.</p> <p>Dokumentationen stämmer överens mellan legitimerad personal och omsorgspersonal. Språket är på det stora hela bra men viss användning av förkortningar som inte alltid är kända för läsaren används ibland. Gäller både legitimerad- och omsorgspersonal.</p> <p>Utifrån journalgranskningen behövs en granskning av legitimerad personal och hur de dokumenteras, bör göras årligen. Tas med till enhetscheferna.</p>	
Kontroll att städning och kontrollräkning utförs enligt rutin.	Där brister har hittats har samtal förts med ansvarig sjuksköterska.	●
Kontroll av avvikelser munhälsobedömningar	Avvikelser rapporterade till berörda enheter.	●
Kontroll av ärendelistor	Systematisk kontroll av ärendelistor för att säkerställa att lagstadgad tid hålls.	●
Kontroll av ärendelistor		●
Kontroll ej signerade uppgifter i digitala signeringsverktyget.	Kontroller i signeringsverktyget ger att åtgärder signeras för sent i många fall och i några fall inte alls. Informerat enhetschefer om vikten av att insatser blir signerade. Vidare arbete under 2024 för att komma till rätta med osignerade uppgifter i signeringsverktyget.	●
Läkemedelsgenomgång.	Vid kontroll för hela 2023 i journaler ses att KVÅ-koden för möte för enkel läkemedelsgenomgång med utförd åtgärd finns dokumenterad på 95 patienter. KVÅ-koden för möte för fördjupad läkemedelsgenomgång med utförd åtgärd finns dokumenterad på 24 patienter. Sammantaget 119 patienter som har en korrekt dokumenterad läkemedelsgenomgång. Uppfattningen är att fler genomgångar görs men är inte dokumenterade korrekt. Under första kvartalet 2024 kommer genomgång göras tillsammans med sjuksköterskorna kring hur dokumentation ska ske.	◆ Delvis ◆

Egenkontroll	Kommentar	Utfall
Mätning i PPM-databasen basala hygienrutiner.	Vid mätningen ses en minskning i följsamhet till basala hygienrutiner, återrapporterat till enhetscheferna. Under året framkom att dessa mätningar kommer att tas bort av Sveriges kommuner och regioner (SKR). Arbeta behöver påbörjas för att fortsätta mätningen som egenkontroll.	
Sammanställning antal uppdrag enligt samverkande sjukvård.	Under 2023 rapporterades att totalt 82 uppdrag utfördes inom samverkande sjukvård. 25 av dessa var i väntan på ambulans uppdrag (IVPA), 17 från hemtjänsten, 16 uppdrag från 1177 och 12 uppdrag från ambulanssjukvården är de uppdragsgivare som gett uppdrag till sjuksköterskor i den kommunala primärvården.	
Sammanställning kring läkemedel från öppna jämförelser.	<p>Vid kontroll är det statistiken för 2022 som presenteras i verktyget KOLADA, dessa har alltid varit ett år efter mot det som presenteras i vår berättelse. Tyvärr ses en ökning i de som är 75+ och som har antipsykotiska läkemedel både inom särskilt boende och inom ordinärt boende. Arbetet på särskilt boende har under året varit att utbilda och använda skattningsverktyget för beteendemässiga och psykiska symtom vid demens (BPSD). Arbetet fortskrider och behöver intensifieras under året. Dock uppfattas det som att uppföljningen av användandet av dessa läkemedel utförs och att läkemedelsgenomgångar är en del av detta.</p> <p>Andelen som bor på särskilt boende och som har olämpliga läkemedel har minskat vilket är positivt, förhoppningsvis kan arbetet med BPSD-skattningar ha effekt även på användandet av dessa läkemedel. I ordinärt boende har dock andelen med olämpliga läkemedel ökat en aning. Det ses dock mycket positivt att trenden sedan 2020 är i nedgående vad gäller olämpliga läkemedel till de som är 75 år och äldre.</p> <p>En del som är svår att komma till rätta med är den där mätningen avser de som har tio eller fler läkemedel, andelen är hög inom särskilt boende och har ökat senaste året. Inom ordinärt boende är andelen hög men ses som stabil senaste tre åren. En reflektion är att det är lätt att komma upp i flera antal läkemedel för våra multisjuka patienter. Det som är av stor vikt är att den som ordinerar har värderat att det är ett nödvändigt läkemedel som ordinerar, att verkan följs upp och att behandling sätts ut när det inte är behov av behandling längre.</p> <p>Andelen patienter som ordinerar psykofarmaka har sjunkit något både i särskilt boende och i ordinärt boende.</p>	
Sammanställning palliativa registret	<p>Sammanställning för året visar på att 64 dödsfall är registrerade i Svenska pallitivregistret.</p> <p>Brytpunktssamtal</p> <ul style="list-style-type: none"> För patienterna hade 89, 1 % ett dokumenterat brytpunktssamtal, 6,3% vet ej och 4,7 % nej för kvalitetsindikator. Ser man vidare på statistiken ses att 53,1% har ett dokumenterat brytpunktssamtal i journal medan 40,6% ej har förmåga att delta. Vidare har 85,9% ett dokumenterat brytpunktssamtal till anhöriga, vilket speglar att anhöriga till de som inte kan ta till sig en brytpunktssamtal har fått samtal kring den fortsatta vården. <p>Ordinationer och smärtskattning.</p> <ul style="list-style-type: none"> Ordinerade injektioner mot illamående, rosslig andning, opioid vid smärtgenombrott och ångestdämpande. 96,9-98,9% hade ordination enligt ovan vilket ses som att målet är uppnått. 	

Egenkontroll	Kommentar	Utfall
	<ul style="list-style-type: none"> Smärtskattning Andelen som fick en smärtskattning utförd sista levnadsveckan var 85,9%, en ökning med 4 procentenheter från föregående år, fortsatt arbete under 2024. <p>Lindring av symtom</p> <ul style="list-style-type: none"> 82,8% hade ej symtom av andnöd, 12,5% blev helt lindrade i sin andnöd, 3,1% delvis lindrad och 1,6% vet ej. 71,9% hade ej symtom av nyttillkommen förvirring, 15,6% helt lindrade, 4,7% delvis lindrade och 6,3% vet ej. 89,1% hade ej symtom av illamående, 6,3% helt lindrade och 4,7% vet ej. 60,9% hade ej symtom av rosslighet, 20,3% helt lindrade, 17,2% delvis lindrade och 1,6% vet ej. 12,5% hade ej symtom av smärta, 79,7% helt lindrade, 6,3% delvis lindrade och 1,6% vet ej. 20,3% hade ej symtom av ångest, 65,6% helt lindrade, 9,4% delvis lindrade, 1,6% ej lindrade och 3,1% vet ej. <p>Trycksår</p> <ul style="list-style-type: none"> 75% hade ej trycksår vid dödsfallet, 12,5% tryckskada grad 1 (lägsta graden), 7,8% tryckskada grad 2, 3,1% tryckskada grad 3 och 1,6% vet ej. 81,3% hade ej tryckskada vid ankomst, 7,8% tryckskada grad 1 (lägsta graden), 3,1% tryckskada grad 2, 1,6% tryckskada grad 3, 1,6% ej klassificerbart och 4,7% vet ej. <p>Sammantaget ses att ett fåtal patienter utvecklar trycksår under vårdtiden. Utifrån att det är vårt i livets slut är det svårt att läka dessa sår och att enstaka får trycksår och att de befintliga försämras är tyvärr svårt att komma ifrån.</p> <p>Munhälsobedömning</p> <ul style="list-style-type: none"> 59,4% hade en dokumenterad munhälsobedömning senaste veckan, vilket är en marginell ökning sedan föregående år. Fortsatt arbete under 2024 <p>Närvaro i samma rum vid dödsögonblicket</p> <ul style="list-style-type: none"> Samtliga registrerade enkäter visar att antingen fanns närstående eller personal i rummet vid dödsögonblicket. Målet uppnått med att ingen ska behöva dö ensam. <p>Undersökt av läkare</p> <ul style="list-style-type: none"> 51,6% var undersökta av läkare dag eller dagar innan dödsfallet, 20,3% vecka eller veckor innan dödsfallet och 26,6% månad eller mer innan dödsfallet, 1,6% vet ej. Statistiken ser ut som tidigare år och arbete fortsätter med att försöka att patienter blir bedömda av läkare närmare dödsfallet. 	
Stickprov/ granskning av utredningar	Genomförs enligt upprättat årshjul	
Stickprovskontroll av särskilda läkemedel som är patientbundna.	Vid kontroll ses inget avvikande, avräkningslistor stämmer vid kontroll.	
Stickprovskontroll i verksamhetssystemet	1. Genomförs enligt upprättat årshjul	

Egenkontroll	Kommentar	Utfall
Stickprovskontroll i verksamhetssystemet		●
Stickprovskontroll narkotika som flyttats från KAF till SUB-förråd		●
Stickprovskontroll/ granskning av utredningar		●
Stickprovskontroll/ granskning av ärende		●
Test evidensbaserade metoder		●
Test LVM	Ej genomfört skriftligt test, då alla medarbetare socialsekreterare uttryckte att de önskade kompetenshöjning gällande LVM lagstiftningen.	●
Test LVU		●
Uppföljning av deltagande i kvalitetsregister BPSD	Under första tertial har 31% av brukarna boende på demensenheten haft behov av kartläggning i kvalitetsregistret BPSD vilket bedöms som rimligt antal.	●
Uppföljning av deltagande i kvalitetsregister Senior Alert	Vid årlig uppföljning i senior alert ses att 87 unika personer har fått en skattning med senior alert, det är en minskning från föregående år med 16 individer och målet med en ökning från föregående år inte är uppnått. För de mätningar som är genomförda och som visar på risker finns åtgärdsplaner för 89% och andelen utförda åtgärder vid risk är 85%. De enheter som har gjort skattningar ser ut att ha ett gott flöde i arbetet. Medicinskt ansvarig sjuksköterska har under sista kvartalet 2023 påtalat för förvaltningsledningsgruppen att arbetet med senior alert behöver lyftas upp och tas omtag kring. Skattning med senior alert syftar till att tidigt se risker hos patienter/brukare och är essentiell i arbetet för omsorgs- och legitimerad personal som ska jobba i team kring senior alert för att utforma den bästa vården för brukaren/patienten.	■
Uppföljning av fattade beslut		●
Utbildning förlängningsdelegeringar.	En enkät kring delegeringsförfarandet skickades ut under hösten 2023, fyra enhetschefer har svarat och resultatet visar på en nöjdhet med förfarandet. Några mindre justeringar i arbetsgången inför nästa år. Aktualiserat för enhetschefer att det är dags att gå igenom så att endast aktuell personal finns med i signeringsverktyget.	●
Utbildning förstagångsdelegeringar	Under året erbjöds delegeringsutbildning för förstagångsdelegering för läkemedel vid tio tillfällen, 102 deltagare anmälda. Utbildningstillfällen för förstagångsdelegering för insulindelegering erbjöds vid sex tillfällen, 45 deltagare anmälda.	●
Utförd genomgång av basala hygienrutiner vid anställning.	Vid anställning används en checklista där basala hygienrutiner är en del som ska gås igenom. Alla ska använda checklistan och därmed ska alla ha fått en genomgång av basala hygienrutiner.	●
Utförd årlig uppföljning och genomgång av basala hygienrutiner.	Korttiden och kommunrehab har rapporterat att genomgången utförts. Fagerlids SÄBO rapporterar att genomgången är genomförd.	◆

Egenkontroll	Kommentar	Utfall
	Boendechef 1 inom LSS rapporterar att genomgången är genomförd. Enhetschef Ängenäs rapporterar delvis genomgången. Övriga enheter har inte rapporterat in och antas ej ha följt rutinen och gått igenom basala hygienrutiner.	
Utvärdering av träffar för närstående	Arbetet med utvärdering har inte kommit igång under 2023. Planeras till 2024.	■
Utvärdering delegeringsutbildningar inför sommaren.	Uppföljning visar på en del brister i att personer inte dyker upp till utbildningar. Det är en del personer på utbildningarna som inte klarar provet och det har inte varit avstämning innan med sjuksköterska om personen är lämplig för delegering. Arbete påbörjas med att se över rutinerna inför sommaren 2024.	●
Utvärdering från närstående till deltagare i dagverksamhet	Arbetet med utvärdering har inte kommit igång under 2023. Planeras genomföras under 2024.	■
Vad tycker de äldre om äldreomsorgen	<p>Vad tycker de äldre om äldreomsorgen, SÄBO</p> <p>Enkätsvaren ger kommunen ett blandat resultat med både positiv och negativ utveckling. Bland de positiva resultaten kan lyftas fram att kommunen får toppresultat i hur de boende trivs med sitt rum eller lägenhet på SÄBO. Kommunen befinner sig i toppskiktet bland jämförelsekommunerna i bland annat att de gemensamma utrymmena är trivsamma, maten är god och måltiderna är en trevlig stund på dagen. Förra årets mätning visade att ett större fokus behövde hållas på maten och att trivseln vid matsituationer var god. Detta har givit resultat.</p> <p>Det identifieras också utvecklingsområden som att bland annat kunna påverka vilka tider den enskilde får hjälp eller hur den enskilde kan framföra synpunkter och klagomål.</p> <p>För att tolka resultatet behöver hänsyn tas till att det var 34 personer av alla de boende på särskilt boende som svarade på enkäten.</p> <p>Vad tycker de äldre om äldreomsorgen, Hemtjänst</p> <p>Sammanfattning</p> <p>Sammanfattningsvis kan sägas att de äldre i Melleruds kommun är nöjda med insatser från hemtjänsten. Inom 14 områden ligger Mellerud i framkant bredvid jämförelsekommunerna.</p>	●
Vårdplaner/ genomförandeplaner		●
Öppna jämförelser	<p>Sammanfattning av resultatet 2023</p> <p>Sammanfattningsvis kan konstateras att trots att kommunen får färre positiva svar i Öppna jämförelser generellt i år ligger bra till jämfört med de kommuner vi valt att jämföra oss med. Det är svårt att göra jämförelser från år till år när så många frågor byts ut. Mellerud ligger jämfört med de andra i topp- och mellanskiktet inom IFO, socialpsykiatri och äldre. Något sämre jämfört med andra för LSS och hälso- och sjukvården. Det viktigaste är att lära av jämförelserna och ta med det i det systematiska förbättringsarbetet.</p> <p>Arbetet framåt</p> <p>Detta underlag kommer gå ut på remiss till verksamheterna som kommer ta fram en åtgärdsplan inför nästa mätning. Olika faktorer kräver olika stor insats att förändra och ger olika stor påverkan på kvalitetsarbetet vilket behöver vägas samman. Åtgärdsplanen beräknas kunna presenteras till</p>	●






Egenkontroll	Kommentar	Utfall
	socialnämnden i november månad.	

5.4 Vårdhygien

Endast få enhetschefer rapporterar att de haft genomgång av basala hygienrutiner enligt rutin, MAS kommer att informera om vikten av genomgång och kommer följa upp under året hur det går. Sveriges kommuner och regioner har avvecklat punktprevalensmätningarna de brukade att bjuda in till. En av dem var punktprevalensmätning för följsamhet till basala hygienrutiner. Det kommer att tas fram rutin för att vi gör en liknande mätning två gånger per år i kommunen.

5.5 Uppföljning av åtgärder

Åtgärd	Kommentar	Status
Avvikelsemodul	<p>Avvikelsemodul är i bruk från och med 2023-04-03.</p> <p>Chefer har fått genomgång av hur utredningar sker på gemensamt chefsmöte. Viss legitimerad personal är utbildade superuser, vissa chefer är utbildade superuser.</p> <p>Det har skapats en steg-för stegmanual till personal som ska rapportera. Rutin för avvikelser är upprättad både för SoL och HSL. Dokumentationsombud har fått utbildning i hur avvikelser ska skrivas. De för med sig kunskap, tillsammans med chef ut i verksamheterna.</p>	<p>✓ Avslutad</p>
Dokumentationsombud träff	<p>Alla enheter har haft ett eller flera ombud representerade i grupp med uppstartsmöte för dokumentationsombud. Deras uppgift till nästa gång blev att titta över att alla kontaktuppgifter var ifyllda hos brukarna på enheten med särskilt fokus på kontaktperson finns, om närstående kan ringas nattetid och vilken närstående som ska kontaktas i första hand.</p> <p>Dokumentationsombuden har fått till sig att vara delaktiga i introduktion av nyanställda gällande social dokumentation.</p> <p>Det har startats en teams-grupp för dokumentationsombud där det finns möjlighet att lägga frågor eller dela erfarenheter för en närmare kontakt än halvårsvis.</p> <p>Uppföljningsmöte planeras till oktober.</p>	<p>✓ Avslutad</p>
Dokumentationsombud träff	<p>Uppföljning av uppgifter från i våras såsom att kontaktperson ringas i första hand och ringas natt finns hos brukare. Att samtycket och till vad brukaren samtycker till är ifyllt.</p> <p>Fokus på genomförandeplan, brukarens inflytande och delaktighet i sin vardag genom genomförandeplan. Vi har diskuterat maktförhållande mellan personal brukare i förhållande till genomförandeplan.</p> <p>Uppgift till nästa träff är att ta med sig det vi pratat om och förmedla till sina kollegor på APT.</p>	<p>✓ Avslutad</p>
Informera chefer och medarbetare		<p>■ Pågående med avvikelser</p>
Kompetensutveckling/ utbildning LVM	Genomförd under november månad. Planering att arbeta vidare med fallbeskrivningar vid nästa tillfälle.	<p>✓ Avslutad</p>
Kompetensutveckling/ Utbildning LVM	Internutbildning planeras att genomföras under december månad	<p>✓ Avslutad</p>
Kompetensutveckling/ utbildning LVU		<p>✓ Avslutad</p>
Kompetensutveckling/ utbildning LVU	Genomförd i september månad	<p>✓ Avslutad</p>

Åtgärd	Kommentar	Status
Organisering av fast omsorgskontakt i hemvården	Ett område inom hemtjänst har framgångsrikt påbörjat med fast omsorgskontakt. Detta har utökats till ytterligare ett område nu i maj 2023.	 Pågående enligt plan
Rutin egenkontroll delegationsordning		 Ej påbörjad
Rutin för behörighetstilldelning		 Ej påbörjad
Rutin för ej verkställda beslut		 Ej påbörjad
Rutin för social dokumentation	Antagen på FLG 2023-03-15.	 Avslutad

6 Uppföljning genom extern kontroll

Under 2022 utförde IVO en nationell tillsyn på landets särskilda boenden, under vinter/vår 2023 sammanställdes ett svar till IVO som lämnades in. Under juni 2023 fick vi svar att IVO var nöjda med vårt svar och ärendet avslutades. Ärendet är presenterat och uppföljt i socialnämnden under 2023.

I Oktober 2023 gjorde apoteket en granskning av läkemedelshanteringen, denna granskning ska göras årligen men det hade inte varit gjort på mer än 5 år. Vid granskningen sågs vissa brister som är av mindre allvarlig grad men som behöver åtgärdas. Beskrivs under egenkontroll.

7 Hur kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad kvalitets- och patientsäkerhet

Delaktighet

Kommunen har samverkan med kommunens pensionärer i det kommunala pensionärsrådet. Där förs dialog och information om vad som händer i organisation, resultat av brukarundersökningar osv.

Enheterna på särskilt boende har brukarråd där brukare har möjlighet att framföra sina åsikter och önskemål.

Delaktigheten är central i det dagliga mötet och omvårdnaden. Personalen för hela tiden en dialog och är uppmärksam på hur brukaren svarar på aktiviteter som genomförs.

Utbildning

Kommunen har under flera år tagit del av äldreomsorgslyftet där anställda vårdbiträden får stöd till utbildning till undersköterska och undersköterska till specialistundersköterska. Även chefer genomgår utbildning i sin roll under 2023.

- Omsorgspersonalen genomgår årligen delegeringsutbildning.
- Förflytningsutbildning vart annat år.
- Arbete med dokumentationsombud har återupptagits under våren 2023. Det finns ombud från alla enheter inom äldreomsorg och LSS. De ska på sikt utveckla spetskompetens inom dokumentation och kunna vara ett stöd för sina kollegor och nyanställda. SAS har träffar med dokumentationsombuden två gånger om året.
- All personal har under 2023 fått utbildning i lex Sarah och i den Fyrbodalsgemensamma rutinen Skydds- och frihetsbegränsande åtgärder vid kognitiv svikt.
- Personalen inom LSS och äldreomsorg har genomgått utbildning runt makt och kränkning och lågaffektivt bemötande.

Säker bemanning

Kommunen har implementerat påverkningsbart schema för omsorgspersonalen. Schema läggs av centralt sittande administratör. Enhetschef anställer personal med lämplig utbildning till sin enhet så schemaläggande administratör tar inte hänsyn till utbildningsbakgrund vid schemaläggning. Vid behov av vikarie gör enhetschef en beställning i digitalt system. Enhetschef lägger i beställning av vikarie krav om ex utbildning till undersköterska, delegering osv.

Under 2024 planeras schemaläggningen ske verksamhetsnära.

Systemförståelse

Kommunen har under våren 2023 startat upp arbete med digitala coacher. Det är ombud från varje enhet inom äldreomsorg och LSS. Coacherna har regelbundna träffar med systemförvaltare och socialförvaltningens digitaliseringsstrateg. Coacherna ska utveckla kunskap i de digitala system som kommunen har och kunna förmedla kunskapen vidare till sina kollegor.

Patientsäkerhet

Under året har en styrgrupp för patientsäkerhet skapats för att jobba med handlingsplan för patientsäkerhet. Berörda chefer är med samt MAS och SAS, arbetet är relativt nystartat och en första bedömning är gjord av vad som behöver arbetas vidare med. Patienters delaktighet i patientsäkerhetsarbetet är en del och en handlingsplan för patientsäkerhet är en annan del som har bedömts vara prioriterade i arbetet.

8 Samverkan för att förebygga vårdskador och missförhållanden

Samverkan sker både fysiskt och via system. SAMSA är ett system för informationsöverföring för vårdgivare. I SAMSA kan mötesstrukturen SIP ordnas. SIP strukturen är en samverkansform mellan minst två vårdgivare och brukare. Det är brukarens möte och brukaren bestämmer vem som deltar i mötet.

Det finns ett Dalslandsgemensamt avtal att tillgå där kommunerna kan köpa korttidsplats av varandra. Avstämning om tillgängliga platser förs mellan region och kommuner i Fyrbodals regelbundet.

Arbetet med fast omsorgskontakt inom hemtjänst har startats upp under 2023. Fast omsorgskontakt ska vara sammanhållande för omsorgen om den enskilde. Inom särskilt boende finns en kontaktperson för varje boende.

Teamträffar genomförs regelbundet på enheterna. I teamet ingår enhetschef, sjuksköterska, arbetsterapeut, fysioterapeut och omsorgspersonal. På vissa enheter deltar även biståndshandläggare.

Kommunen använder sig av olika kvalitetsregister för att förebygga vårdskador och missförhållanden. Dessa kvalitetsregister är Senior Alert, BPSD (Beteendepsykiska symtom vid demens) och palliativregistret.

Styrgrupp för vårdssamverkan träffas fyra gånger om året och pratar om gemensamma frågor.

Färdplan för God och nära vård har startats upp i samarbete med Bengtsfors kommun.

9 Riskanalys

Verksamhetens process
1 Biståndshandläggningens gång
1 Dokumentation IFO
2 Barn och Unga rättssäker myndighetsutövning
2 Verkställighet
3 LVU
4 Vuxenenheten rättssäker myndighetsutövning
5 LVM
6 Utförar- behandlingsenhet
Avvikelser
Behörighetstilldelning
Delegering
Dokumentation enligt SoL, Verkställighet
Dokumentation HSL
Ej verkställda beslut
Förebyggande arbete
HSA-katalog och SITHS-kort
Kompetensförsörjning VoO och ESS
Kontinuitet i omvårdnaden
Lex Maria
Lex Sarah
Loggning
Läkemedelshantering
Målgruppsundersökningar
Negativ händelse och tillbud med medicinskteknisk produkt
Patientsäkerhet
Samverkan intern och extern
Socialnämndens delegationsordning
Synpunkter och klagomål
Vårdhygien

Risk	Riskanalysbeskrivning	Sannolikhet	Allvarlighetsgrad	Riskvärde (Riskmatris)
Att den enskilde inte får uppföljning av sitt ärende inom utsatt tid	Den enskilde har rätt att få uppföljning av sitt ärende inom utsatt tid. Om handläggare inte följer upp ärendet inom utsatt tid riskerar den enskilde att få felaktiga insatser i			Välj!

Risk	Risکاناليسbeskrivning	Sannolikhet	Allvarlighetsgrad	Riskvärde (Riskmatris)
	förhållande till sina behov.			
Att det är rimligt antal handläggare till mängden ansökningar	Om det är för få handläggare i förhållande till antal ansökningar finns en risk att handläggning blir fördröjd.		Välj!	
Att ett ärende inte blir handlagt inom rimlig tid	Den enskilde har rätt att få sitt ärende handlagt inom rimlig tid. Det kan annars bedömas som missförhållande enl lex Sarah.		Välj!	
Att handläggare inte gör en riktig bedömning	Risk att handläggare gör en för frikostig eller för begränsad bedömning av den enskildes rätt till bistånd.		Välj!	
Risk att delaktighet uteblir kring planering av vården	Risk att delaktighet uteblir för den enskilde	2 Mindre		
Risk att planering kring vården uteblir	Om vårdplaner och genomförandeplaner uteblir kan det innebära att vården och insatserna uteblir.	2 Mindre		
Partinsyn uteblir	Uteblir kommunikering av underlag och underrättelse av beslut till den enskilde medför det allvarliga konsekvenser. Det är integritetskränkande då delaktighet och påverkan uteblir kring den enskildes personliga förhållande.	1 Osannolik		
Risk att barn kan fara illa	Om skydd uteblir inom lagstadgad tid kan barn och unga fara illa. Försenade utredningar kan leda till att insatser dröjer.	2 Mindre		
Att verksamheterna inte håller förväntad kvalitet			Välj!	

Risk	Risikanalytbeskrivning	Sannolikhet	Allvarlighetsgrad	Risikvärde (Riskmatris)
Beslut på felaktiga grunder	Fattas beslut på felaktiga grunder gäller inte lagstiftning om LVU. Risk att barn och unga kan fara illa.	1 Osannolik		
Bristande kompetens	Utifrån hög personalomsättning finns det risk att kunskap vidmakthålls. Det kan medföra att barn och unga återgår till destruktiva miljöer och riskerar att fara illa.	2 Mindre		
Fördröjd handläggningstid	Den enskilde kan lida men då utredningstiden överstiger 3 månader. Då vårdbehovet inte kan kartläggas och insatser verkställas.	2 Mindre		
Utebliven partinsyn	Den enskildes partinsyn uteblir och den enskilde kan inte påverka underlaget fram till beslut. Den enskilde kan bli integritetskränkt då den enskilde inte får insyn i vilka beslut som rör de personliga förhållande.	1 Osannolik		
Beslut på felaktiga grunder	Fattas beslut på felaktiga grunder gäller inte lagstiftning om LVM. Risk att den enskildes hälsa skadas eller att den enskilde frihetsberövas utan lagstöd.	1 Osannolik		
Bristande kompetens	Utifrån hög personalomsättning finns det risk att kunskap vidmakthålls. Det kan medföra allvarliga brister i handläggning och beslut.	2 Mindre		
Bristande kvalitet på behandlingsinsatser	Om medarbetare saknar kompetens kring	2 Mindre		

Risk	Risikanalytisk beskrivning	Sannolikhet	Allvarlighetsgrad	Risikvärde (Riskmatris)
	evidensbaserade metoder finns risk att kvalitet och förändringsprocesser uteblir.			
Utebliven eller felaktig rapportering	Finns risk för att rutiner och arbetssätt inte följs upp på ett strukturerat sätt och är välfungerande utifrån sitt syfte.	3	Möjlig	
Felaktig behörighet till verksamhetssystem	Finns risk att medarbetare har mer behörighet till verksamhetssystem än vad tjänsten kräver. Alla medarbetare ska ha den behörighet som krävs för att utföra sitt uppdrag/arbete.		Välj!	
Otillräcklig kunskap vid delegering av uppgifter enligt HSL.			Välj!	
Journalföring brister i delaktighet	Det innebär en risk om personal inte vet hur de ska dokumentera eller om brukaren inte blir delaktig i text genomförandeplan.	3	Möjlig	
Journalföring brister i kvalitet	Journalföring är ett viktigt redskap för att följa ett förlopp och för att säkerställa att rätt omvårdnad och omsorg ges. Det innebär en risk om personal inte vet hur de ska dokumentera eller om brukaren inte blir delaktig i text genomförandeplan.	3	Möjlig	
Bristande dokumentation			Välj!	
Informationsöverföring			Välj!	
Utebliven eller felaktig rapportering	Finns risk att ej verkställda beslut inte rapporteras till IVO eller rapporteras felaktigt.		Välj!	
Att brukare inom demensvård inte får	Finns risk att brukare blir utan	2	Mindre	

Risk	Risikanalyzesbeskrivning	Sannolikhet	Allvarlighetsgrad	Risikvärde (Riskmatris)
rätt stöd för bästa mående	bemötandeplan och på så vis får sämre förutsättningar för bästa möjliga välbefinnande. Brukare med svåra demenssymtom får rätt stöd i BPSD.			
Att brukare inom vård och omsorg inte får rätt stöd för bästa mående	Finns risk att brukare blir utan riskbedömning och på så vis får sämre förutsättningar för bästa möjliga välbefinnande.	3	Möjlig	
Att närstående inte orkar och själva blir sjuka		3	Möjlig	
Utebliven eller felaktig rapportering	Finns risk att SITS-kort och behörighet i HSL katalog inte stämmer överens. Finns även risk att det inte meddelas när medarbetare slutar vilket innebär att de felaktigt ligger kvar med behörigheter. Finns risk att vi bryter mot det användaravtal som finns med Inera.		Välj!	
Brist i kvalitet	För att hålla en hög kvalitet i verksamheterna behövs en hög kompetens hos medarbetarna. Utbildningsnivå lyfts fram som en central måttstock i nationella mätningar.	3	Möjlig	
Ingen eller dålig kontinuitet	Kommunen ska kunna erbjuda fast omsorgskontakt för ökad trygghet och kontinuitet. Det finns en risk att kommunen brister i kontinuitet om fast omsorgskontakt inte kan erbjudas. From 2023-07-01 ska fast omsorgskontakt ha yrkestitel undersköterska. From januari 2024 ska fast	3	Möjlig	

Risk	Risikanalyzesbeskrivning	Sannolikhet	Allvarlighetsgrad	Risikvärde (Riskmatris)
	omsorgskontakt kunna erbjudas på SÄBO.			
Utebliven eller felaktig rapportering	<p>Finns risk att verksamheten inte upprättar eller felaktigt upprättar rapport om vårdskada.</p> <p>Med vårdskada avses enligt Patientsäkerhetslagen (2010:659) lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom samt dödsfall som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården. Allvarlig vårdskada innebär att patienten fått bestående skada eller har lett till ett väsentligt ökat vårdbehov eller avlidit.</p>		Välj!	
Utebliven eller felaktig rapportering	Finns risk att verksamheten inte upprättar eller felaktigt upprättar rapport vid missförhållande eller påtaglig risk för missförhållande.		2 Mindre	
Sekretess och integritets överträdelser	Finns risk att uppgifter om den enskilde inte hanteras på ett ansvarsfullt sätt och att sekretessregler inte följs.		2 Mindre	
Ej signerade uppgifter i det digitala signeringsverktyget			Välj!	
Skriva ordinationer i digitala signeringsverktyget			Välj!	
Att kommunen inte följer utvecklingen inom områden som bedöms viktiga	Det finns en risk att kommunen inte följer utveckling på områden som bedöms viktiga. Kommunen följer då		2 Mindre	

Risk	Risکاناليسbeskrivning	Sannolikhet	Allvarlighetsgrad	Risكاناليسvärde (Risكاناليسmatris)
	inte utvecklingen i övriga samhället.			
Utebliven eller felaktig rapportering	Finns risk att verksamheten inte upprättar eller felaktigt upprättar rapport vid negativ händelse och tillbud med medicinskteknisk produkt.		Välj!	
Informationsöverföring			Välj!	
Bristande extern samverkan	Det finns risk att brist på samverkan med externa parter drabbar tredje part.		2 Mindre	
Bristande intern samverkan	Det finns risk att en bristande intern samverkan påverkar tredje part		2 Mindre	
Delegationsordningen inte följs	Finns risk att delegationsordningen inte följs och att beslut tas på fel nivå. Vilket ökar risk för felaktiga beslut och bristande rättssäkerhet.		Välj!	
Åtgärder och återkoppling	Finns risk att rutin för synpunkter och klagomål inte följs - att synpunkter och klagomål inte registreras (diarieförs), inte åtgärdas och att en återkoppling inte ges.		Välj!	
Risk för smittspridning			3 Möjlig	

10 Rapporteringsskyldighet

Både lex Maria och lex Sarah rapporteras i avvikelsem modul av den som uppmärksammar vårdskada/ risk för vårdskada, missförhållande/ risk för missförhållande. Arbetet med lex Sarah och lex Maria är ett levande arbete och personalen uppmanas att rapportera. Det är en viktig del av det systematiska förbättringsarbetet. Att inte få in några rapporter om lex Sarah eller lex Maria vore en varningsklocka om underrapportering.

För att underlätta för personalen att rapportera har det skapats en lathund som steg för steg med bilder beskriver hur det går till.

En rutin om hur avvikelser ska hanteras har skapats för både SoL och HSL.

Utbildningsinsatser i olika omgångar i hur personalen hittar avvikelsemodulen för att rapportera. Den finns tillgänglig både på intranätet och i verksamhetssystem.

Lex Maria

Ingen rapporterad vårdskada är bedömd som allvarlig.

Lex Sarah

Totalt 20 rapporter har inkommit under året. Nio händelser bedöms efter utredning som missförhållande och 1 som risk för missförhållande. En händelse är efter utredning bedömd som allvarlig och skickad till IVO (inspektionen för vård och omsorg).

Processen

Om rapportör bedömer att det rör sig om missförhållande går rapporten direkt till SAS, (socialt ansvarig samordnare).

Arbetsgången är enligt följande

- SAS kallar de som kan tillföra utredningen något till utredande samtal
- SAS sammanställer materialet
- SAS gör en analys av insamlat material
- SAS kommer tillsammans med verksamhetschef och/eller enhetschef överens om lämpliga åtgärder för att förhindra att missförhållande kan upprepa sig
- Åtgärder genomförs av bäst lämpad för uppgiften
- Återkoppling till rapportör sker av rapportörs närmaste chef
- Missförhållanden ska lyftas med regelbundenhet på ledningsgruppernas olika nivåer, förvaltningsledning och verksamhetsledningsgrupp och på APT för att få en lärande organisation.
- Åtgärder följs upp, vanligen av SAS att de är genomförda inom ett för åtgärden lämpligt tidsspann.

De viktigaste slutsatserna som dragits av de rapporter om missförhållande som har utretts handlar om pedagogiska förhållningssätt och värdegrund, tydligt och direkt ledarskap och uppmärksammat att vi saknar rutiner för ex det som i dagligt tal kallas "vak" och att rutin för att beställning på biståndsbedömt beslut skickas. De två första punkterna pedagogiskt förhållningssätt och värdegrund får personalen utbildning i, rutiner är skapade för de områden förvaltningen uppmärksammat det behövdes.

11 Värdegrund

Med värdegrund menas de etiska värden och normer som ska vara grunden för arbetet inom vård och omsorg och att verksamheten ska inriktas på den enskildes behov av värdighet när hon eller han får insatser. Värdegrunden ska överensstämma med gällande lagar och regler inom området och ligga till grund för de mål som ska styra verksamheten med utgångspunkt för utveckling av förhållningssätt, arbetsmetoder och innehåll i omsorg och vård.

Bestämmelserna innebär att socialtjänstens omsorg ska inriktas på att den enskilde ska få leva ett värdigt liv och känna välbefinnande. Alla individer har ett lika stort värde och samma rättigheter. Individen ska sättas i centrum samt bemötas och ges service på ett bra, individuellt och likvärdigt sätt. Varje enhet jobbar med värdegrund på APT.

12 Klagomål och synpunkter

Synpunkter och klagomål som kommer till förvaltningens kännedom får ett diarienummer i kommunens diariesystem. Utredningen av klagomålet sker verksamhetsnära av berörd enhet.

13 Resultat

Ett omfattande arbete med att skapa ett kvalitetsledningssystem har genomförts under 2023 och förväntas sättas i fullt bruk under 2024. Utifrån egenkontroller och vilket resultat planeras åtgärder för att höja kvaliteten inom sociala området och hälso- och sjukvården.

Resultatet av inkomna avvikelser och hantering i ett system som synliggör var kommunen behöver lägga fokus för att komma vidare kvalitetsmässigt. Till största delen handlar inkomna avvikelser om brist i utförande.

Journalgranskning av social dokumentation visar att fortsatt arbete krävs under 2024. En uppföljande journalgranskning inom sociala området planeras i mitten på året och förväntas ge en temperaturmätning om kommunen är på rätt väg mot en god kvalitet. Genomförandeplaner och dess kvalitet följs tertiäl som egenkontroll.

Journalgranskning utifrån Hälso- och sjukvård visar på vissa brister som är under åtgärd. Vidare ses vissa brister i dokumentationen av omsorgspersonal.

En påtaglig brist som uppdagades vid sammanställning av avvikelser under hälso- och sjukvård var bristen av signerade uppgifter i signeringsverktyget. Åtgärder har vidtagits och följs upp.

Inom IFOs områden har nya rutiner arbetats fram bland annat kring hur handläggare förhåller sig då en brukare inte har el.

14 Övergripande mål och strategier för kommande år

Att stärka den sociala dokumentationen är ett långsiktigt arbete och kommer att fortsätta under 2024.

Fortsatt utveckling av tvärprofessionella teamträffar och fortsatt arbete med riskbedömningar och åtgärder i Senior Alert, såväl på särskilt boende och i ordinärt boende.

Arbetet med God och Nära vård fortsätter. Framtidens vård kräver en förändrad definition av öppen och sluten vård, ökad samverkan kommun och region emellan samt omdisponering av resurser på både regional och kommunal nivå.

Utveckling av utbildningsportal inför bland annat introduktion av nyanställda.

Under 2024 förväntas förskrivningsbara hjälpmedel i socialtjänst och digitala hjälpmedel sättas i bruk.

Under 2024 förväntas en utbildningsportal för introduktion av vikarier sättas i bruk. Portalen ska sedan vidareutvecklas till att även fastanställd personal ska kunna ta del av utbildningar, rutiner osv.

Under 2024 kommer medicinskt ansvarig sjuksköterska månatligen följa hur arbetet med HSL-avvikelse fortskrider samt kontroll av hur uppgifter signeras i det digitala signeringsverktyget.

IFO deltar i NUSO (Nationellt utvecklingsarbete inom socialtjänst)