



**MELLERUDS
KOMMUN**



Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse 2024

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	15
5.5	Uppföljning av åtgärder	16
6	Uppföljning genom extern kontroll.....	17
7	Hur kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad kvalitets- och patientsäkerhet	18
8	Samverkan för att förebygga vårdskador och missförhållanden	19
9	Risikanalys.....	20
10	Rapporteringsskyldighet	27
11	Värdegrund	28
12	Klagomål och synpunkter	29
13	Resultat	30
14	Övergripande mål och strategier för kommande år ..	31

1 Sammanfattning

Det systematiska arbetet med avvikelshantering har resulterat i färre rapporterade och efter utredning bedömda missförhållanden. En tidiga hantering av avvikelser leder till en tidig åtgärd där händelser inte växer sig stora innan de omhändertas.

Fokus på den sociala dokumentationen med utbildning av dokumentationsombud, månatlig rapport till enhetschefer och verksamhetschefer om "koll på läget" i hur många brukare som saknar genomförandeplan och hur många planer som behöver uppdateras. Utbildning av dokumentationsombud har fortgått. Frastexter har tagits fram och läggs in i verksamhetssystemet under december 2024.

Rutin vid missbruk eller andra beroendeframkallande medel är framtagen av SAS och antagen av FLG.

Rutin för Samtycke är framtagen av MAS och SAS och antagen av FLG.

Utbildningsportal har skapats med ett introduktionsprogram för nyanställda vikarier. Den sjösattes i maj 2024.

Förberedelser för implementering av förskrivningsbara hjälpmedel i socialtjänst har genomförts. Implementering 2025.

Arbetet med systematisk avvikelshantering enligt HSL har varit intensivt under året. MAS har varje månad följt hur arbetet fortskridit i avvikelsemodulen. Mot slutet av 2024 ses att arbetet har kommit igång och att avvikelserna hanteras systematiskt. Utifrån avvikelserna har brister uppdagats som har hanterats. Majoriteten av avvikelserna handlar om för sent signerade eller ej signerade delegerade uppgifter.

Stort fokus har lagts på försenade och ej signerade delegerade uppgifter i det digitala signeringsverktyget. Bristen har varit så påtaglig att det har varit en osäkerhet kring om delegerade uppgifter blir utförda. Under de sist månaderna på året har en acceptabel nivå nåtts.

Under året har läkemedelsautomater i ordinär boende implementerats med gott utfall.

Någon övergripande riskanalys i kvalitetsledningssystemet har inte utförts under 2024. Riskanalyser har använts i arbetet men inte i kvalitetsledningssystemet. Tas med under kommande år att lyfta upp att riskanalyser kan behöva göras i kvalitetsledningssystemet.

Aktivitetspedagog har arbetat med uppsökande verksamhet för att ge information och förebygga ensamhet.

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

Senior Alert

Det förebyggande arbetet genom identifiering av risker i kvalitetsregistret Senior Alert har kommit igång i flera verksamheter under året. En rutin har implementerats kring arbete med tvärprofessionella team-träffar där Senior Alert behandlas.

BPSD

Det är fler skattningar som genomförts under 2024 än 2023. De brukare som bedöms ha behov av en skattning i BPSD-registret får det. BPSD-registret bygger på teamarbete. Genom att arbeta med en tydlig struktur i omvårdnadsarbetet bidrar det till personcentrerad omvårdnad, implementering av de nationella riktlinjerna för personer med demenssjukdom, ett gemensamt synsätt hos personalen, kvalitetssäkring genom kontinuerliga uppföljningar, verksamhetsutveckling samt ett tydliggörande av vårdtyngden.

Enligt de nationella riktlinjerna bör Hälso- och sjukvården och socialtjänsten enligt prioritet 1 erbjuda strukturerad uppföljning av beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom samt utvärdera insatta åtgärder till personer med BPSD-symtom.

Palliativa registret

Registreringen av enkäter i palliativa registret har fortgått under året. Ser i stort sett ut som tidigare och bättring behöver ske kring dokumentation av munhälsobedömningar.

5.2 Öppna jämförelser

Öppna Jämförelser

Varje år sammanställs en serie nyckeltal som anses ha bäring på kvaliteten inom det sociala området av Socialstyrelsen som samlar in underlagen från landets kommuner. Öppna jämförelser finns inom områdena hälso- och sjukvård och socialtjänst. De riktar sig främst till tjänstemän och beslutsfattare i kommuner, landsting och regioner samt till politiker på olika nivåer. Årets öppna jämförelser skiljer sig i utseende från föregående år. De övergripande frågorna handlar om vården och omsorgen är kunskapsbaserad, individanpassad, säker och tillgänglig.

Sammanfattningsvis kan sägas att Melleruds kommun följer generellt positiva och negativa svar med hur riket svarar. Där riket svarar högt gör Mellerud det också. Det viktigaste är att lära av jämförelserna och ha med resultatet i det systematiska förbättringsarbetet.

Under 2024 har socialstyrelsen ändrat strategi runt öppna jämförelser och frågor kommer att återkomma med några års mellanrum. Tidigare har kommunen tagit fram handlingsplaner utifrån resultat i Öppna Jämförelser. Under 2025 kommer kommunen att ha kvalitetsträffar två gånger om året där SAS, MAS, verksamhetschef och enhetschef tittar på det totala resultatet av kvalitetsmått, där även Öppna Jämförelser ingår.

Förra årets handlingsplaner har genomförts enligt plan under 2024.

Brukarundersökning, Vad tycker de äldre om äldreomsorgen

Årligen genomförs en enkätundersökning om vad de äldre tycker om äldreomsorgen. Det finns en enkät för de som har hjälp från hemtjänsten och en enkät för boende på SÄBO.

Sammanfattning hemtjänst

I årets mätning deltar 4% färre brukare än förra året. Anledningen till det är oklart. Det är fler som uppger att de upplever sig ha ett mycket gott eller ganska gott allmänt hälsotillstånd. Det är över hälften av de som har möjlighet att delta i undersökningen som har svarat.

Melleruds kommun får bra resultat i undersökningen. I sammanlagt 10 frågor placerar kommunen sig i det övre skiktet bland jämförelsekommunerna och i 10 frågor är kommunen "bäst i klassen", dvs har flest positiva svar bland jämförelsekommunerna.

Melleruds kommuns brukare är tryggast med att bo hemma med stöd från hemtjänsten bland jämförelsekommunerna.

Sammanfattning särskilt boende

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. Brukarna upplever att det är tryggt att bo på det särskilda boendet, de känner förtroende för personalen och de får ett gott bemötande. Bemötande var en fråga för utveckling efter förra årets enkät och arbetet har givit resultat i årets mätning där kommunen hamnar i det övre skiktet.

Kommunen hamnar högst bland jämförelsekommunerna i att den äldre själv varit med och svarat på frågorna. Det är viktigt för att få fram vad de äldre inom boendena själva tycker.

Förra året identifierades ett utvecklingsområde i att veta hur den enskilde kan framföra synpunkter och klagomål. I årets mätning hamnar Mellerud i det övre skiktet bland jämförelsekommunerna i frågan.

För att tolka resultatet behöver hänsyn tas till att det var 35 personer av alla de boende på särskilt boende som svarade på enkäten.

Sammanfattning Funktionshinderområdet och IFO

Resultatet visar både ökade positiva svar och i vissa frågor färre positiva svar. Mellerud har ett högt deltagande i

undersökningen gällande socialpsykiatri och funktionshinder vilket är positivt. Brukarens röst är viktig.

Brukarundersökningen riktad mot placerade barn var för få deltagande och gav inget resultat.

Fortsatt arbete framåt

Trots goda resultat finns det vissa frågor att titta vidare på under kommande år. En fråga är om "personalen bryr sig om mig" "Trivsel med sysselsättning" och "trygghet"

Läkemedel

Under egenkontrollerna finns en sammanställning kring läkemedel bland de som har hemtjänst och de som bor på särskilt boende.

5.3 Egenkontroll

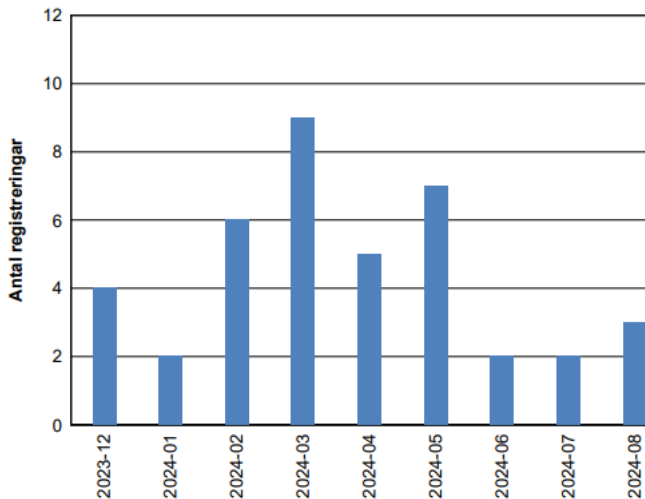
Egenkontroll	Kommentar	Utfall
Antal ansökningar och hantering inom rimlig tid		
Antal brukare med fast omsorgskontakt	Inom SÄBO svarar samtliga chefer att det finns kontaktperson i 95-100%. Inom hemtjänst svarar chef att de brukare som har behov av en fast omsorgskontakt har det.	
Antal GIP	Socialnämnden Inom IFOs verksamheter används samverkansformen GIP regelbundet. Inom äldreomsorg och LSS används GIP mindre frekvent.	
Antal munhälsobedömningar utifrån intyg för nöpdvändig tandvård.	Inte fått statistiken från koncernkontoret.	
Antal personal en brukare möter/ dag	Socialnämnden Kontinuiteten mäts via olika parametrar i en Forms-enkät som besvaras av enhetschefer. Parametrarna syftar till en 14-dagars period under avsett tertiäl. Antal använda vikarier: 3 chefer svarar mellan 0-7 olika vikarier och 6 chefer svarar mellan 7-14 olika vikarier, 1 chef svarar 14 eller fler. Vakanta rader: 4 chefer svarar att det inte finns någon vakant rad, 3 chefer svarar att det finns 1-3 vakanta rader och 3 chefer säger att det finns 4- fler vakanta rader. Kontinuitet: 4 chefer svarar att kontinuiteten är 0-15, 4 chefer svarar att den är 16-18 och 2 chefer att den är 19-högre. Inom LSS är kontinuiteten 0-15. Inom 2 chefers område finns 1-3 vakanta rader. En chef har använt sig av 7-14 vikarier och två chefer av 0-7 vikarier. Inom SÄBO har är kontinuiteten 16-18 på två enheter och 19-högre på en enhet. Två av boendena har inga vakanta rader och ett boende har 1-3 vakanta rader. Två boenden har använt sig av 0-7 vikarier och ett boende av 7-14. Inom hemtjänst är kontinuiteten 16-18 eller 19-högre för olika grupper. Det finns 4-fler vakanta rader. Hemtjänsten har använt sig av 7-14 vikarier. Korttiden har en kontinuitet på 0-15. Det finns inga vakanta rader. Korttiden har använt sig av 0-7 vikarier. Alla enheter utom två uppfyller målvärdet kontinuitet 17.	 Ja 
Antal rapporter om allvarligt missförhållande till IVO	Förvaltningen har inte bedömt någon rapport om missförhållande som allvarlig efter utredning och skickat ärendet vidare till IVO.	
Antal rapporter om missförhållande	Det har sammanlagt utretts 9 inkomna rapporter om lex Sarah. 1 rapport inkom senare delen av december och är inte färdigutredd ännu. Totalt 10 rapporter under 2024.	

Egenkontroll	Kommentar	Utfall
Antal rapporter till IVO enligt Lex Maria	Inga rapporter enligt Lex Maria skickades till IVO andra halvåret 2024.	
Antal SIP	SIP-statistik hämtat från Mellerud Vuxenheten/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	Kvalitetsgranskning genomförd i oktober 2024. Två enheter inom LSS/stöd och service Vallmogatan och PD Lundgrensgatan, Hemtjänst norra och Skållerudshemmet granskades. Genomgående för alla fyra enheterna var att nyckelhanteringen inte var tillfredsställande, otydligt med hur tillgången till nycklar ser ut. Ingen av enheterna hade rutin för signering av nycklar, på kommunal primärvård finns rutinen men följs sparsamt. På enheterna Vallmogatan och PD Lundgrensgatan finns brist på läkemedelsskåp på så sätt att alla patienter har inte läkemedelsskåp och de som finns är inte tillräckligt bra. Genomgående behöver det säkerställas att endast de som har läkemedelsdelegering har till läkemedelsskåp, gäller både hos patient och i gemensamma lokaler. Fortsatt påpekande att doser skrivs ut i signeringsverktyget, under året har intentionen varit att jobba med att delegerad personal ska läsa på ordinationshandlingen innan givning av läkemedel. Dock är det svårt och vid delegeringstesten visar det sig vara svårt för personalen att utläsa vad som är ordinerat på ordinationshandlingen då de som ordinerar inte alltid skriver in korrekt. Genomgående har inte öppningsdatum skrivits på brutna förpackningar. Tillfredsställande rutiner finns men de följs inte fullt ut. Vi har under många år haft så kallade 'sub-KAF' det vill säga ej fullt utrustade kommunala akutläkemedelsförråd, det får vi inte ha utan de ska vara fullt utrustade. Under våren 2025 påbörjas arbete med att omställa två 'sub-KAF' till fullt utrustade KAF och ett 'sub-KAF' avvecklas.	
Avvikelsehantering	Vid avstämning i systemet 2024-12-16. Totalt har 431 avvikande händelser rapporterats under tertial 3, både Sol/LSS och Hsl. Inom Sol/LSS rapporteras 47 händelser och inom HSL 384. Den största kategorin inom Sol/LSS är utebliven/ brister i insats. Den största kategorin inom HSL är avvikelser inom läkemedelshantering.	
Brukarundersökning ESS	Sammanfattning Resultatet visar både ökade positiva svar och i vissa frågor färre positiva svar. Mellerud har ett högt deltagande i undersökningen gällande socialpsykiatri och funktionshinder vilket är positivt. Brukarens röst är viktig. Brukarundersökningen riktad mot placerade barn var för få deltagande i och gav inget resultat. Fortsatt arbete framåt Trots goda resultat finns det vissa frågor att titta vidare på under kommande år. En fråga är om "personalen bryr sig om	

Egenkontroll	Kommentar	Utfall
	mig" "Trivsel med sysselsättning" och "trygghet"	
Brukarundersökning IFO	Sammanfattning Resultatet visar både ökade positiva svar och i vissa frågor färre positiva svar. Mellerud har ett högt deltagande i undersökningen gällande socialpsykiatri och funktionshinder vilket är positivt. Brukarens röst är viktig. Brukarundersökningen riktad mot placerade barn var för få deltagande i och gav inget resultat. Fortsatt arbete framåt Trots goda resultat finns det vissa frågor att titta vidare på under kommande år. En fråga är om "personalen bryr sig om mig" "Trivsel med sysselsättning" och "trygghet"	
Egenkontroll behörigheter	Rutin finns på plats och arbetet med att revidera denna pågår	
Egenkontroll delegation		
Egenkontroll loggning	Genomförda loggkontroller är återsända systemförvaltare utan anmärkning.	
Egenkontroll SITS-kort och HSA-katalog	Systemförvaltare följer upp kvartalsvis under året.	
Egenkontroll synpunkter och klagomål	Mellan 2024-01-01 och 2024-12-13 har det registrerats 16 ärenden om synpunkter och klagomål inom socialnämndens område. • 5 synpunkter berör bemötande • 1 berör bilkörning • 2 gäller dialog • 4 gäller utförande av insats • 4 är okategoriserade	
Genomförandeplan	En gång i månaden kontrollerar SAS i verksamhetssystemet hur enheterna ligger till gällande genomförandeplaner. En "koll på läget". Statistiken skickas till respektive verksamhetschef och enhetschef för uppföljning. SÄBO 2024-09-30 60% av brukarna har en aktuell genomförandeplan. 23% behöver uppdateras. 17% saknar genomförandeplan. 2024-10-30 Ingen kontroll genomförd den här månaden. 2024-11-30 60% av brukarna har en aktuell genomförandeplan. 21% behöver uppdateras. 19% saknar genomförandeplan. 2024-12-30 65% av brukarna har en aktuell genomförandeplan. 19% behöver uppdateras. 16% saknar genomförandeplan. Ordinärt boende/ korttid 2024-09-30 89% av brukarna har en aktuell genomförandeplan. 3% behöver uppdateras. 11% saknar genomförandeplan. 2024-10-30 Ingen kontroll genomförd den här månaden. 2024-11-30 93% av brukarna har en aktuell genomförandeplan. 1% behöver uppdateras. 6% saknar genomförandeplan. 2024-12-30 88% av brukarna har en aktuell genomförandeplan. 1% behöver uppdateras. 11% saknar genomförandeplan.	

Egenkontroll	Kommentar	Utfall
	LSS 2024-09-30 78% av brukarna har en aktuell genomförandeplan. 17% behöver uppdateras. 5% saknar genomförandeplan. 2024-10-30 Ingen kontroll genomförd den här månaden. 2024-11-30 85% av brukarna har en aktuell genomförandeplan. 9% behöver uppdateras. 6% saknar genomförandeplan 2024-12-30 76% av brukarna har en aktuell genomförandeplan. 19% behöver uppdateras. 8% saknar 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	Ej utförd, har inte hunnits med under året. Dock har granskning skett av enskilda där det har varit påkallat. Under APT har vi informerat om hur och vad som ska dokumenteras.	
Journalgranskning	Den extra journalgranskning som genomförts visar på en högre kvalitet i den sociala dokumentationen. Vissa verksamheter har gjort stora kliv framåt, andra lite mindre men alla granskade verksamheter har ett bättre resultat än tidigare granskning. Fortsatt arbete krävs under 2025 för att hålla i goda resultat och få de som inte riktigt har nått målet ännu att nå fram. En förhoppning om att frastexter som hjälp för personalen ska kunna vägleda till en god dokumentation och att alla enheter kommer i mål under 2025.	
Kontroll att städning och kontrollräkning utförs enligt rutin.	Vid kontroll ses att alla som har ansvarsförbindelser för läkemedelsförråd inte uppfyller uppdraget. Påminnelse vid förnyelse av ansvarsförbindelser och tätare kontroller planeras 2025.	
Kontroll av ärendelistor		
Kontroll av ärendelistor	Systematisk kontroll av ärendelistor för att säkerställa att lagstadgad tid hålls.	
Kontroll ej signerade uppgifter i digitala signeringsverktyget.	Vid stickprovskontrollen ses att 11 personer har ej signerade insatser, delvis godkänt resultat.	
Läkemedelsgenomgång.	Kontrollen visar att 37 korrekt dokumenterade läkemedelsgenomgångar gjordes under fjärde kvartalet. Uppnår ej målet med genomförda läkemedelsgenomgångar.	 Nej 
Mätning i PPM-databasen basala hygienrutiner.	Positivt vid höstens mätning var att antalet observationer ökade från 36 till 73, fler enheter lämnade in svar. Procentuellt sett har andelen som inte följer basala hygienrutiner i samtliga steg ökat från 28% till 34% vilket är en försämring. Andelen som har en korrekt följsamhet till klädregler är samma som under vårens mätning, 10%. Andelen som inte följer basala hygienrutiner och klädregler i samtliga steg har ökat från 25% till 33% vilket är en tydlig försämring. Arbetet med basala hygienrutiner och klädregler	

Egenkontroll	Kommentar	Utfall
	måste lyftas upp, rutiner behöver uppdateras och aktualiseras.	
Sammanställning antal uppdrag enligt samverkande sjukvård.	Den årliga sammanställningen visar att sammanlagt 40 uppdrag utfördes inom ramen för samverkande sjukvård. Uppdragen fördelades enligt följande, 12 uppdrag från 1177, 14 uppdrag från hemtjänsten, 5 uppdrag från ambulanssjukvården, 6 uppdrag från SOS-alarm/IVPA (i väntan på ambulans) och tre uppdrag från jourcentral/vårdcentral. Samverkande sjukvård syftar till att ge rätt vård på rätt vårdnivå och så nära patienten som möjligt.	
Sammanställning kring läkemedel från öppna jämförelser.	Vid kontroll är det statistiken för 2023 som presenteras i verktyget KOLADA, dessa har alltid varit ett år efter mot det som presenteras i vår berättelse. Andelen som bor på särskilt boende och som har olämpliga läkemedel har minskat markant vilket är positivt, förhoppningsvis kan arbetet med BPSD-skattningar ha ytterligare effekt på användandet av dessa läkemedel. I ordinärt boende har andelen med olämpliga läkemedel minskat vilket är positivt, dock behöver arbetet med att minska användandet av olämpliga läkemedel fortsätta. Det ses mycket positivt att trenden sedan 2020 är i nedgående vad gäller olämpliga läkemedel till de som är 75 år och äldre. 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 stått still 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 ordineras, att verkan följs upp och att behandling sätts ut när det inte är behov av behandling längre. Uppgifter kring antipsykotiska läkemedel står ej att finna vid granskningen. Således går arbetet framåt och intentionen är att fortsätta arbetet kommande år.	
Sammanställning palliativa registret	Vid kontroll av kvalitetsindikatorerna för andra kvartalet visar resultatet att vi uppnår målen vad gäller att patienten avlider utan trycksår (100%) och mänsklig närvaro i dödsögonblicket (88,2%). 6 enkäter inlämnade under andra kvartalet vilket är ett lågt antal utifrån att fler dödsfall har skett som varit väntade. Påminner i sjuksköterskegruppen att skriva enkäter vid dödsfall. 82,4% hade en vårdplan, målet är 100% 98% hade ett dokumenterat brytpunktssamtal, målet är 98%, 98% hade ordination av läkemedel i injektionsform mot smärta 98% hade ordination av läkemedel i injektionsform mot ångest, målet är 98% 100% hade en dokumenterad smärtskattning sista levnadsveckan, målet är 100% 90% hade en dokumenterad munhälsobedömning sista levnadsveckan, målet är 90%. Sammanfattningsvis ändå ett bra resultat, vi får jobba vidare med de delar där målen inte uppfylls. Återkommande att det är samma områden där målen inte uppfylls.	
Stickprov/ granskning av	Ja, enligt upprättat årshjul	

Egenkontroll	Kommentar	Utfall																				
utredningar																						
Stickprovskontroll av särskilda läkemedel som är patientbundna.	Vid kontroll ses inget avvikande.	●																				
Stickprovskontroll i verksamhetssystemet	Ja, enligt upprättat årshjul	●																				
Stickprovskontroll i verksamhetssystemet		—																				
Stickprovskontroll narkotika som flyttats från KAF till SUB-förråd	Kontroll utförd utan anmärkning.	●																				
Stickprovskontroll/ granskning av utredningar		—																				
Stickprovskontroll/ granskning av ärende		—																				
Test evidensbaserade metoder	Kompetenshöjning hos ,medarbetare inom öppenvårdsenheten	●																				
Test LVM	Ej genomfört	■																				
Test LVU	Genomgång vid metod handledning	—																				
Uppföljning av deltagande i kvalitetsregister BPSD	Data hämtad från BPSD-registret 2024-12-04. 63 registreringar har genomförts under det gångna året. I den beställda rapporten går det inte att se hur många personer som blivit registrerade. Nedan syns hur registreringarna är fördelade mellan månaderna.  <table><caption>Antal registreringar per månad</caption><tr><th>Månad</th><th>Antal registreringar</th></tr><tr><td>2023-12</td><td>4</td></tr><tr><td>2024-01</td><td>2</td></tr><tr><td>2024-02</td><td>6</td></tr><tr><td>2024-03</td><td>9</td></tr><tr><td>2024-04</td><td>5</td></tr><tr><td>2024-05</td><td>7</td></tr><tr><td>2024-06</td><td>2</td></tr><tr><td>2024-07</td><td>2</td></tr><tr><td>2024-08</td><td>3</td></tr></table>	Månad	Antal registreringar	2023-12	4	2024-01	2	2024-02	6	2024-03	9	2024-04	5	2024-05	7	2024-06	2	2024-07	2	2024-08	3	●
Månad	Antal registreringar																					
2023-12	4																					
2024-01	2																					
2024-02	6																					
2024-03	9																					
2024-04	5																					
2024-05	7																					
2024-06	2																					
2024-07	2																					
2024-08	3																					
Uppföljning av deltagande i kvalitetsregister Senior Alert	Skärmdklipp från Senior Alert 2024-12-04. Det är nu 81 unika personer registrerade i systemet från både särskilt boende och ordinärt boende. Antal unika personer ökar med 52% från T2 vilket är positivt. Med förebyggande arbete kan mycket ohälsa förhindras eller lindras. .	◆																				

Egenkontroll	Kommentar	Utfall															
 Uppåt Unika personer Riskbedömr med ris <table> <tr> <td>Melleruds kommun</td><td>81</td><td>94%  88 av 94</td></tr> <tr> <td>Trycksår</td><td></td><td>37%  35 av 94</td></tr> <tr> <td>Undernäring</td><td></td><td>65%  61 av 94</td></tr> <tr> <td>Fall</td><td></td><td>83%  78 av 94</td></tr> <tr> <td>Munhälsa</td><td></td><td>57%  52 av 92</td></tr> </table>			Melleruds kommun	81	94%  88 av 94	Trycksår		37%  35 av 94	Undernäring		65%  61 av 94	Fall		83%  78 av 94	Munhälsa		57%  52 av 92
Melleruds kommun	81	94%  88 av 94															
Trycksår		37%  35 av 94															
Undernäring		65%  61 av 94															
Fall		83%  78 av 94															
Munhälsa		57%  52 av 92															
Uppföljning av fattade beslut																	
Uppgifter som är för sent signerade i digitala signeringsverktyget	Vid stickprovskontrollen ses att 14 personer har för sent signerade insatser, delvis godkänt resultat																
Utbildning förlängningsdelegeringar.	Räcker med årlig uppföljning.																
Utbildning förstagångsdelegeringar	Utbildningar rullar på enligt planering. Ganska gott utfall och de flesta kommer på sina bokade utbildningar.																
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.	Under året har medicinskt ansvarig sjuksköterska träffat de flesta enheterna och då pratat om basala hygienrutiner. Fortsatt arbete under kommande år. Hur basala hygienrutiner går igenom vid anställning måste bli tydligt, ses en brist i verksamheterna.																
Utvärdering av träffar för närstående	Arbetet med utvärdering har inte kommit igång under 2023. Planeras till 2024.																
Utvärdering delegeringsutbildningar inför sommaren.	Något bättre flöde vad gäller utfallet vid delegeringsutbildningar inför sommarperioden. Fortsatt arbete för att optimera flödet.																
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	Sammanfattning Hemtjänst I årets mätning deltar 4% färre brukare än förra året. Anledningen till det är oklart. Det är fler som uppger att de upplever sig ha ett mycket gott eller ganska gott allmänt hälsotillstånd. Det är över hälften av de som har möjlighet att delta i undersökningen som har svarat. Melleruds kommun får bra resultat i undersökningen. I sammanlagt 10 frågor placerar kommunen sig i det övre skiktet bland jämförelsekommunerna och i 10 frågor är kommunen "bäst i klassen", dvs har flest positiva svar bland jämförelsekommunerna. Melleruds kommuns brukare är tryggast med att bo hemma																

Egenkontroll	Kommentar	Utfall
	med stöd från hemtjänsten bland jämförelsekommunerna. Fortsatt arbete framåt Det finns några frågor att följa upp under året och jobba vidare med trots goda resultat. Bland annat syns sjunkande siffror i hur brukare upplever det lätt att komma i kontakt med hemtjänsten. En annan fråga är att hemtjänsten meddelar förändringar till brukaren. Sammanfattning SÄBO 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. 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. För att tolka resultatet behöver hänsyn tas till att det var 34 personer av alla de boende på särskilt boende som svarade på enkäten. Fortsatt arbete framåt Utvecklingen av flera frågor får följas under året och följas upp vid nästkommande års enkät. Särskilt viktigt att hålla fokus på inför 2024 är att den enskilde ska kunna påverka vilka tider hen får hjälp, att den enskilde upplever att bemötande från personalen är bra och att personalen tar hänsyn till den enskildes åsikter och önskemål.	
Vårdplaner/ genomförandeplaner		
Öppna jämförelser	Sammanfattning av resultatet 2024 Inom de flesta områden placerar sig kommunen runt medel eller i det övre skiktet. Missbruksvårdens svar har inte kunnat bearbetas då den filen inte visar på något resultat. Detta får kompletteras vid senare tillfälle. Kommunen följer generellt positiva och negativa svar med hur riket svarar. Det viktigaste är att lära av jämförelserna och ta med det i det systematiska förbättringsarbetet. Arbetet framåt Under slutet av 2024 startas ett arbete upp med ett nytt grepp om hela kvalitetsarbetet i förvaltningen. Förvaltningen planerar att ha kvalitets-analysmöten där SAS, MAS, verksamhetschef och enhetschef träffas och analyserar varje enhets kvalitetsresultat. Därifrån kan åtgärder skräddarsys utifrån behov riktat mot just den enheten. Arbetet med kvalitets- och analysmöten kommer att sjösättas under 2025.	

5.4 Vårdhygien

Under året har två punktprevalensmätningar (PPM) av följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler genomförts. Resultatet visar att 34% inte följer basala hygienrutiner och klädregler fullt ut. Uppdaterad rutin är på gång och fortsatt arbete under 2025.

Resultatet går i linje med hur det har sett ut året innan, dock en tydlig försämring sedan pandemiåren då rutinerna och reglerna följdes fullt ut.

5.5 Uppföljning av åtgärder

Åtgärd	Kommentar	Status
Dokumentationsombud		✓ Avslutad
Dokumentationsombud		✓ Avslutad
Extra journalgranskning	Den extra journalgranskning som genomförts visar på en högre kvalitet i den sociala dokumentationen. Vissa verksamheter har gjort stora kliv framåt, andra lite mindre men alla granskade verksamheter har ett bättre resultat än för ett halvår sedan.	✓ Avslutad
Frastexter till social dokumentation	Under hösten har dokumentationsombuden, tillsammans med SAS, i båda samarbetskommunerna arbetat med att ta fram frastexter för att underlätta den sociala dokumentationen. Frastexterna har skickats till systemförvaltare som lägger in dem i verksamhetssystemet. Frastexterna skickas även ut till enhetschefer och dokumentationsombud för att nå ut som information hela vägen i organisationen.	✓ Avslutad
Informera chefer och medarbetare		⏸ Pågående med avvikelser
Månatlig uppföljning "koll på läget"	Varje månad under 2024 har enhetschefer och verksamhetschefer fått statistik på hur många genomförandeplaner som behöver uppdateras och hur många brukare som saknar genomförandeplan på varje enhet. Hemtjänsten uppnår vid årets slut målet som är satt till 95%. LSS är väldigt nära målsättningen. En enhet på särskilt boende når upp till målsättningen och på två av boendena är det fortfarande 16% av brukarna som saknar genomförandeplan. Arbetet behöver hållas i under 2025 för att inte tappa goda resultat och för att nå fram till målsättningen.	✓ Avslutad
Organisering av fast omsorgskontakt i hemvården	De brukare som behöver fast omsorgskontakt utifrån givna kriterier har en fast omsorgskontakt.	✓ Avslutad
Riktade åtgärder utbildningsinsatser	SAS har deltagit på utvecklingsdagar för vissa särskilda boende och i hemtjänsten och både föreläst och haft workshop kring social dokumentation.	✓ Avslutad
Rutin egenkontroll delegationsordning		⏸ Ej påbörjad
Rutin för behörighetstilldelning	Enligt systemförvaltare finns en rutin för behörighetstilldelning och egenkontroll.	⏸ Ej påbörjad
Rutin för ej verkställda beslut		⏸ Ej påbörjad
Utbildningsportal för vikarier		✓ Avslutad

6 Uppföljning genom extern kontroll

Farmaceut har granskat läkemedelshantering, finns beskrivet under egenkontroll.

Den mest påtagliga bristen var nyckelhantering och att enheterna inom LSS/Stöd och service inte hade fullgoda läkemedelsskåp.

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 2024.

- Omsorgspersonalen genomgår årligen delegeringsutbildning.
- Förflytningsutbildning vart annat år.
- Arbete med dokumentationsombud har fortgått under 2024. 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.
- SAS deltagit vid vissa enheters utvecklingsdagar och haft föreläsning om och workshop kring social dokumentation.
- Personalen inom LSS och äldreomsorg har genomgått utbildning runt makt och kränkning och lågaffektivt bemötande.
- En utbildningsportal har skapats för att möta upp nyanställda vikarier. Den sjösattes under maj.
- Socialpsykiatrien har genomgått flertal utbildningar i evidensbaserade metoder, ACRA, FFT, PYC, HAP/ CPU, Samtal om frihet, Samtal om våld, Kriminalitet som livsstil, MI, Repulse, ABC, ABC ungdom.

Säker bemanning

Schemaläggningen har under 2024 flyttat ut på enheterna och sker numera verksamhetsnära. I slutet av 2024 går Mellerud in i ett nytt AI-styrt schemaläggningssystem, Konvoj. Arbetet med att alla enheter ska läggas in och starta upp fortsätter under 2025.

Ett arbete med yrkseambassadörer som representerar Mellerud vid event på skolor och yrkesmässor genomförs med gott resultat.

Social dokumentation

En extra journalgranskning genomfördes i mitten av året för att säkerställa att kommunens arbete med att stärka den sociala dokumentationen går åt rätt håll. Under året har månatlig "koll på läget" för antal brukare som saknar eller behöver uppdatera genomförandeplan skickats till verksamhetschef och enhetschefer.

Systemförståelse

Kommunen har under våren 2023 startat upp arbete med digitala coacher vilket har fortgått under 2024. 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 ledningsgrupp för HSL tagit fram och beslutat en handlingsplan för patientsäkerhet. En av utmaningarna är att ha patienter och närstående delaktiga i arbetet. Arbetet är pågående och handlingsplanen behöver uppdateras kontinuerligt.

En del i att öka patientsäkerheten och patientens självständighet är att använda läkemedelsautomater. Cirka 15 automater finns utplacerade i skrivande stund med gott resultat.

Arbetet med avvikelser är en stor del i patientsäkerhetsarbetet.

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.

IFO använder SSPF, vilket är samverkan mellan socialtjänst, skola, polis och fritid. Samverkansmöten med öppenpsykiatri 1 ggr/ månad. Alla 1:e socialsekreterare inom socialnämnden har regelbundna möten för att stärka upp samverkan mellan de egna verksamheterna.

Det finns en familjecentral där samverkan sker mellan region och kommunal verksamhet med kommuninnevånaren i centrum.

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.

Fast omsorgskontakt ska vara sammanhållande för omsorgen om den enskilde i ordinärt boende. 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 arbetats fram i samarbete med Bengtsfors kommun.

Det sker samverkan med VGR i upphandling om förskrivningsbara hjälpmedel i socialtjänst. Förskrivningsbara hjälpmedel i socialtjänst förväntas implementeras under 2025.

Intern samverkan mellan legitimerad personal och personal på enheterna är ständigt pågående, team-träffarna är en del av den interna samverkan.

Extern samverkan med regional primärvård och slutenvård pågår ständigt och det finns forum för att ta upp gemensamma utmaningar i den lokala samverkan med Närhälsan.

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
Avvikelse
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 förhållande till sina		Välj!	

Risk	Riskanalysbeskrivning	Sannolikhet	Allvarlighetsgrad	Riskvärde (Riskmatris)
	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		Välj!	
Risk att planering kring vården uteblir	Om vårdplaner och genomförandeplaner uteblir kan det innebära att vården och insatserna uteblir.		Välj!	
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.		Välj!	
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.		Välj!	
Att verksamheterna inte håller förväntad kvalitet			Välj!	
Beslut på felaktiga grunder	Fattas beslut på felaktiga grunder		Välj!	

Risk	Risikanalysbeskrivning	Sannolikhet	Allvarlighetsgrad	Risikvärde (Riskmatris)
	gäller inte lagstiftning om LVU. Risk att barn och unga kan fara illa.			
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.		Välj!	
Fördröjd handläggningstid	Den enskilde kan lida men då utredningstiden överstiger 3 månader. Då vårdbehovet inte kan kartläggas och insatser verkställas.		Välj!	
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.		Välj!	
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.		Välj!	
Bristande kompetens	Utifrån hög personalomsättning finns det risk att kunskap vidmakthålls. Det kan medföra allvarliga brister i handläggning och beslut.		Välj!	
Bristande kvalitet på behandlingsinsatser	Om medarbetare saknar kompetens kring evidensbaserade metoder finns risk		Välj!	

Risk	Risikanalyisbeskrivning	Sannolikhet	Allvarlighetsgrad	Risikvärde (Riskmatris)
	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.		Välj!	
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.		Välj!	
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.		Välj!	
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 rätt stöd för bästa mående	Finns risk att brukare blir utan bemötandeplan och på så vis får sämre		Välj!	

Risk	Risikanalysbeskrivning	Sannolikhet	Allvarlighetsgrad	Riskvärde (Riskmatris)
	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.		Välj!	
Att närstående inte orkar och själva blir sjuka			Välj!	
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.		Välj!	
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 omsorgskontakt kunna erbjudas på		Välj!	

Risk	Risikanalysofbeskrivning	Sannolikhet	Allvarlighetsgrad	Risikvärde (Riskmatris)
	SÄBO.			
Utebliven eller felaktig rapportering	Finns risk att verksamheten inte upprättar eller felaktigt upprättar rapport om vårdskada. 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.		Välj!	
Utebliven eller felaktig rapportering	Finns risk att verksamheten inte upprättar eller felaktigt upprättar rapport vid missförhållande eller påtaglig risk för missförhållande.		Välj!	
Sekretess och integritets överträdelser	Finns risk att uppgifter om den enskilde inte hanteras på ett ansvarsfullt sätt och att sekretessregler inte följs.		Välj!	
Ej korrekt signerade uppgifter i det 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 inte utvecklingen i övriga samhället.		Välj!	
Utebliven eller felaktig rapportering	Finns risk att verksamheten inte upprättar eller felaktigt upprättar		Välj!	

Risk	Risikanalysbeskrivning	Sannolikhet	Allvarlighetsgrad	Riskvärde (Riskmatris)
	rapport vid negativ händelse och tillbud med medicinskteknisk produkt.			
Informationsöverföring			Välj!	
Bristande extern samverkan	Det finns risk att brist på samverkan med externa parter drabbar tredje part.		Välj!	
Bristande intern samverkan	Det finns risk att en bristande intern samverkan påverkar tredje part		Välj!	
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			Välj!	

10 Rapporteringsskyldighet

Både lex Maria och lex Sarah rapporteras i avvikelsemodul 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 uppmuntras 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 finns det en lathund som steg för steg med bilder beskriver hur det går till.

En rutin om hur avvikelser ska hanteras finns 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 9 rapporter har inkommit under året. Fem händelser bedöms efter utredning som missförhållande. Ingen 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 samt att personal behöver uppdateras i de befintliga rutiner som finns.

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.

Under 2025 kommer stort fokus läggas på värdegrund i förvaltningen med utbildning av personal i socialförvaltningen.

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

Utifrån genomförda egenkontrollers resultat planeras åtgärder för att höja kvaliteten inom sociala området och hälso- och sjukvården.

Resultat av inkomna avvikelser synliggör var kommunen behöver lägga fokus för att komma vidare kvalitetsmässigt. Till största delen handlar inkomna avvikelser om brist i utförande.

En journalgranskning inom sociala området är genomförd i mitten på året och visar att kommunen är på rätt väg mot en god kvalitet inom den sociala dokumentationen. Genomförandeplaner och dess kvalitet följs tertial som egenkontroll.

Under året har SAS skickat ut en "koll på läget" månadsvis, där varje enhetschef och verksamhetschef får till sig hur många brukare som saknar genomförandeplan och hur många som behöver uppdateras.

Under året har IFO deltagit i projektet NUSO (nationellt utvecklingsarbete inom socialtjänst).

En utbildningsportal för vikarier har skapats och sjösattes inför sommaren.

Arbetet med att följa ej signerade och för sent signerade uppgifter i digitala signeringsverktyget har gett resultat och kommer att följas upp kommande år.

Avvikelsehanteringen enligt HSL har kommit igång och behöver fortsätta på samma sätt, följs upp regelbundet.

Brister ses i följsamhet till basala hygienrutiner som kräver mer fokus 2025. Intern samverkan genom bland annat teammöten behöver följas upp. Journalgranskning och dokumentation enligt HSL ska utföras under 2025.

Samanställningen av kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsen visar att riskanalys ej har gjorts i kvalitetsledningssystemet. Riskanalyser har gjorts under året men inte registrerats i kvalitetsledningssystemet.

Aktiveringspedagog har under året inriktat sig på de som fyllt 80 år. Ringer och bokar hembesök där det informeras om fallprevention, bedrägerier, fixar Malte, hemtjänst och aktiviteter på Älvan, Karolinen och Skållerudshemmet. Via samtal så bildas en uppfattning om den äldres sociala nätverk, om det finns barn och barnbarn i närheten om det finns några fritidsintressen, ifall man är föreningsaktiv etc. Flera av besöken har resulterat i att personen kommit till Älvan på någon av våra aktiviteter.

De som känner sig ensamma och har möjlighet att ta sig någonstans löser det ofta själva, däremot har et noterats att de som är beroende av skjuts till och från aktiviteter stanna ofta hemma då det blir för stort/jobbigt att boka färdtjänst och man vill inte vara anhängiga till last.

Under 2024 gjordes det drygt 200 hembesök nästan hälften kvinnor hälften män.

14 Övergripande mål och strategier för kommande år

Att stärka den sociala dokumentationen är ett långsiktigt arbete som behöver fortgå under 2025.

Fortsatt arbete med implementeringen av tvärprofessionella teamträffar och fortsatt arbete med riskbedömningar och åtgärder i Senior Alert.

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 omDispositionering av resurser på både regional och kommunal nivå. Det ska även implementeras en ny socialtjänstlag från mitten av nästa år.

Under 2025 förväntas förskrivningsbara hjälpmedel i socialtjänst sättas i bruk, först genom ett pilotprojekt initierat av VGR, sedan permanentas. Digital tillsyn och mobilt trygghetslarm blir först ut.

Mellerud startar upp med förenklat biståndsbeslut för trygghetslarm och matdistribution.

Både de förskrivningsbara hjälpmedlen och förenklat biståndsbeslut går i linje med det nyläge socialtjänstlagen kräver.

Under 2025 kommer förvaltningen utveckla ett nytt sätt att ta sig an kvalitetsarbetet där SAS, MAS, enhetschef och verksamhetschef tillsammans tittar på kvaliteten utifrån genomförda egenkontroller och tillsammans lägger en plan riktad mot aktuell enhet.

Prioriterade områden för MAS/MAR under 2025 är basala hygienrutiner, avvikelser, teammöten, dokumentation (leg personal) och palliativ vård.

Arbete med riskanalys i kvalitetsledningssystemet behöver aktualiseras, har inte gjorts under 2024..