

Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse

Socialnämnden
2018

Innehållsförteckning

1 Sammanfattning	3
2 Övergripande mål 2018	4
3 Kvalitetsledningssystem.....	5
3.1 Ansvar för kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet.....	5
3.2 Egenkontroll och riskanalys	5
3.3 Hantering av synpunkter och klagomål.....	6
3.4 Rapporteringsskyldighet.....	6
3.5 Samverkan.....	7
4 Genomförda kvalitets- och patientsäkerhetsarbeten	9
4.1 Förvaltningsövergripande.....	9
4.2 Funktionshinderomsorg.....	10
4.3 Hälso- och sjukvård.....	10
4.4 Myndighetsutövning.....	11
4.5 Äldreomsorg.....	11
5 Resultat och analys.....	14
5.1 Avvikelse rapportering.....	14
5.2 Brukarundersökning	16
5.3 Demensvård - BPSD	19
5.4 Dokumentation	19
5.5 Ej verkställda beslut	20
5.6 Hygien	21
5.7 Infektionsmätning.....	21
5.8 Lex Maria och lex Sarah	22
5.9 Loggningskontroll	23
5.10 Läkemedel.....	23
5.11 Palliativvård	23
5.12 Samordnad vårdplanering	24
5.13 Synpunkter och klagomål.....	24
5.14 Tillsyn av Inspektionen för vård- och omsorg	24
5.15 Uppföljning inom barn- och familjevård.....	25
5.16 Vårdighetsgarantierna	26
5.17 Vårdprevention.....	26
5.18 Ärenden i förvaltningsdomstol.....	28
5.19 Öppna jämförelser	29
6 Identifierade förbättringsområden.....	30

I Sammanfattning

Många åtgärder har vidtagits för att öka kvalitén och patientsäkerheten under 2018. En av de viktigaste är den kompetensutveckling som personalen erhållit under året, dels genom utbildning men också den kunskap och utveckling som olika projekt har bidragit till. De styrande dokument som tagits fram och implementerats, såsom riktlinjer, rutiner och arbetsinstruktioner har haft betydelse för att stärka kvalitét och säkerhet. De nationella kvalitetsregister som använts under året har bidragit till strukturerade arbetssätt och ger underlag för fortsatt utveckling för en trygg och säker vård och omsorg.

Verksamheterna har följts upp genom olika egenkontroller, såsom användning av kvalitetsregister, infektionsmätningar, avvikelserapportering, journalgranskning och brukarenkäter. Under året har även kvalitetsuppföljningar genomförts med samtliga enhetschefer inom funktionshinder- och äldreomsorg samt hälso- och sjukvård. Resultaten har legat till grund för analys och framtagande av prioriterade förbättringsområden.

Verksamhetens medarbetare har bidragit till ökad kvalitet och patientsäkerhet genom att rapportera totalt 3944 avvikelser, fallolyckor medräknade. Risker för vårdskador och missförhållanden har identifierats och hanterats enligt gällande rutiner. Inkomna avvikelser och dess analys ligger till grund för utvecklingsarbeten som initierats under året och planeringen för 2019.

Den enskildes och närståendes synpunkter och klagomål är viktiga för verksamheten och har hanterats enligt gällande rutiner. 69 klagomål har inkommit och 68 beröm, många handlar om bemötande. Brukare och patienter har involverats i verksamheternas utveckling genom dialog med personal på olika nivåer.

I slutet av året hade totalt 2851 personer stöd från socialtjänstens verksamhet. Av dessa är 1183 brukare inom äldreomsorgen (ÄO), 617 brukare inom funktionshinderomsorgen (FO) och 1051 klienter inom individ- och familjeomsorgen. 988 personer hade insatser från kommunens sjuksköterskor i särskilt och ordinärt boende. 429 hade insatser av fysioterapeut och 589 av arbetsterapeut. Ett stort antal personer har även fått hälso- och sjukvårdsinsatser utförda av omvårdnadspersonal med delegering.

Huvuddelen av verksamhetens brukare och patienter har fått en trygg och säker vård och omsorg, men det förekommer brister och det finns på flera områden behov av utveckling som ytterligare stärker kvalitet och patientsäkerhet. Hygien, kommunikation och samverkan, läkemedelshantering och uppföljning som leder till utveckling är förbättringsområden som identifierats.

2 Övergripande mål 2018

Strategiområde	Nämndmål
Attraktivitet	Lokaler och bostäder till nämndens målgrupper är tillräckliga, ändamålsenliga och har en långsiktigt effektiv och hållbar energianvändning
	Socialförvaltningens har stolta medarbetare
	Hälsofrämjande arbetsmiljö som skapar förutsättningar för god personalförsörjning
	Nämnden har en hållbar och strategisk planering baserad på medborgardialog, omvärldsbevakning, lagkrav och evidens
Kommunikationer	Digital infrastruktur finns i nämndens verksamheter
	Socialnämnden har god och lättillgänglig information och erbjuder e-tjänster
	Socialförvaltningen har och utvecklar digitaliserade arbetsätt
Näringsliv och kompetens	Ökad egenförsörjning
	Rätt kompetens i förhållande till arbetsuppgift
	Aktivt professionellt ledarskap och medarbetarskap
Välfärd	Nämndens målgrupper upplever trygghet där välfärdsteknik är ett komplement
	Hälsan är god och jämlik för nämndens målgrupper
	Nämndens målgrupper ska uppleva en god kvalitet vid varje möte med socialförvaltningens verksamheter
	Rättssäker verksamhet på alla nivåer i socialförvaltningen
	God ekonomisk hushållning där externa medel är en del av finansieringen av verksamheten

3 Kvalitetsledningssystem

3.1 Ansvar för kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet

Socialnämnd

Socialnämnden ska planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god kvalitet upprätthålls. Nämnden ska fastställa övergripande mål för det systematiska kvalitetsarbetet samt kontinuerligt följa upp och utvärdera målen.

Socialchef

Inom ramen för ledningssystemet ansvarar socialchefen för att det tas fram, fastställs och dokumenteras rutiner för hur det systematiska kvalitetsarbetet kontinuerligt ska bedrivas för att kunna styra, följa upp och utveckla verksamheten.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) ansvarar för att upprätthålla och utveckla verksamhetens kvalitet och patientsäkerhet. MAS ska utöva sitt ansvar genom att planera, styra, kontrollera, dokumentera och redovisa patientsäkerhetsarbetet. I ansvaret ingår att tillse att författningar och andra regler är kända och efterlevs samt att nödvändiga direktiv, instruktioner och rutiner finns för sjukvårdsverksamheten och att personalen inom kommunens hälso- och sjukvård har den kompetens som behövs i verksamheten. MAS har även uppdraget att göra anmälan enligt lex Maria till Inspektionen för vård och omsorg (IVO).

Socialt ansvarig socionom

Socialt ansvarig socionom (SAS) ansvarar för att upprätthålla och utveckla verksamhetens kvalitet. SAS ska utöva sitt ansvar genom att planera, styra, kontrollera, dokumentera och redovisa kvalitetsarbetet. I ansvaret ingår även att se till att författningsbeskrivningar och andra regler är kända och att de efterföljs, även att det finns behövliga direktiv och instruktioner för verksamheten. SAS ansvarar även för utredning enligt lex Sarah och anmälan till IVO.

Avdelningschef

Avdelningschef ansvarar för att verksamheten tillgodoser kraven på god kvalitet samt främja kostnadseffektivitet. Inom ramen för ledningssystemet ska avdelningschefen vara delaktig i att ta fram, fastställa och dokumentera rutiner för hur det systematiska kvalitetsarbetet kontinuerligt ska bedrivas för att kunna styra, följa upp och utveckla verksamheten.

Verksamhetschef för hälso- och sjukvården ansvarar även för att tillgodose hög patientsäkerhet och god vårdkvalitet.

Enhetschef

Enhetschefen ansvarar för att genomföra förbättringsarbeten och att fastställda rutiner och riktlinjer är väl kända och efterlevs i verksamheten samt att ny personal får den introduktion som krävs för att utföra sina arbetsuppgifter.

Personligt yrkesansvar

Hälso- och sjukvårdspersonalen inkl. omvårdnadspersonal som utför delegerade hälso- och sjukvårdsuppgifter ansvarar för att hälso- och sjukvårdsarbetet bygger på vetenskap och beprövad erfarenhet samt att inom ramen för verksamhetens ledningssystem medverka i det systematiska kvalitetsarbetet.

Socialtjänstens medarbetare ansvarar för att det arbete som utförs genomförs med god kvalitet inom ramen för verksamhetens ledningssystem samt medverka i det systematiska kvalitetsarbetet.

3.2 Egenkontroll och riskanalys

Egenkontroll innebär systematisk uppföljning och utvärdering av den egna verksamheten samt kontroll av att den bedrivs enligt de processer och rutiner som ingår i verksamhetens ledningssystem. I egenkontroller ingår att följa upp och utvärdera verksamheten genom att analysera resultat från lokala, regionala och nationella mätningar med syfte att identifiera förbättringsområden i verksamheten.

Omfattningen av analyserna och frekvensen kan skifta på de olika områdena. Resultaten analyseras i första hand av MAS/SAS, för att sedan återkopplas till medarbetare, chefer samt ledning och nämnd. Resultaten ska också

ligga till grund när socialnämnden fastställer mål för verksamheten och är utgångspunkter i initieringen av förbättringsarbeten som bedrivs fortlöpande i förvaltningens verksamheter.

Uppföljning och utvärdering sker i huvudsak enligt följande:

- Trycksår, fall, undernäring och ohälsa i munnen följs upp via kvalitetsregistret Senior Alert. Riskbedömningar ska göras minst två gånger per år på de brukare som är registrerade. Målsättningen är att samtliga över 65 år på särskilt boende ska registreras samt de som är inskrivna i hemsjukvården i ordinärt boende.
- Vården i livets slut följs upp via Palliativregistret. Samtliga avlidna ska registreras.
- Beteendemässiga och psykiska symtom vid demens följs upp via BPSD-registret på kommunens demensenheter.
- Infektionsregistrering och antibiotikaanvändning följs upp via medverkan i Folkhälsomyndighetens nationella mätning Svenska HALT en gång per år samt i Smittskydd/vårdhygiens (Region Jönköpings län) mätningar varje månad.
- Resultaten i brukarundersökning och öppna jämförelser granskas och analyseras årligen.
- Avvikelse rapportering sker enligt förvaltningens rutiner internt och i samverkan med andra vårdgivare. Misstänkta vårdskador och missförhållanden följs upp via strukturerad journalgranskning och i samtal med patient, anhöriga, chef och berörd personal. Allvarliga missförhållanden och vårdskador rapporteras enligt lex Sarah och lex Maria till IVO.
- Synpunkter hanteras enligt gällande rutiner.
- Efterlevnaden av basala hygienrutiner följs upp via observationer och enkäter av kommunens hygienombud. Inrapportering till SKL:s databas görs två gånger per år.
- Läkemedelshantering och kommunens läkemedelsförråd på särskilt boende kontrolleras årligen enligt standardiserat protokoll.
- Uppföljning av utförda läkemedelsgenomgångar görs årligen.
- Granskning av journaler för uppföljning av godkänd kvalitet i genomförandeplaner och vårdplaner genomförs utifrån standardiserade mallar.
- Brukare på särskilda boenden får årligen erbjudande om munhälsobedömning och resultatet sammanställs och ger utrymme för analys.
- Loggningskontroll i verksamhetssystemet Treserva för uppföljning av efterlevnad av sekretesslagstiftningen.
- Kvalitetsuppföljning med samtliga enhetschefer genomförs vid tre tillfällen per år.
- Enheten Barn och unga använder sig av Achenbachs skattningsskalor för uppföljning som mäter barn och ungdomars psykiska hälsa utifrån upplevd symtombelastning.
- Kontroll av tid från beslut om trygghetslarm till installation genomförs varje tertiäl.
- Uppföljning av mål görs via ”Styrpilen” som metod för mål- och uppföljningsarbete.

Riskanalyser utförs främst av enhetschefer/MAS/SAS i samband med utredning av avvikelser och missförhållande/vårdskador. Graden av sannolikhet att händelsen inträffar igen bedöms vid varje rapporterad avvikelse. Riskanalyser kan också göras vid förändringsarbeten för att värdera risken för negativa konsekvenser på kvalitet och patientsäkerhet.

3.3 Hantering av synpunkter och klagomål

En synpunkt kan innefatta positiva eller negativa omdömen eller förbättringsförslag. Ansvariga utreder inkomna klagomål och vidtar åtgärder med målsättning att förhindra att liknande händelser inträffar igen och med syfte att utveckla verksamheten. Synpunktshantering är en viktig del av det systematiska förbättringsarbetet.

Klagomål och synpunkter som inkommer via Patientnämnden och Inspektionen för vård och omsorg (IVO) tas emot, utreds och återkopplas till ledning och verksamheten enligt gällande rutin.

3.4 Rapporteringsskyldighet

Alla medarbetare har en skyldighet att rapportera missförhållanden och påtagliga risker för missförhållanden. Hälso- och sjukvårdspersonal är också skyldig att bidra till att en hög patientsäkerhet upprätthålls och ska i detta syfte rapportera händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada. Verksamheten är enligt lag skyldig att rapportera allvarliga avvikelser till IVO.

Dokumentationen av avvikelshantering sker i verksamhetssystemet Treserva. Avvikelse rapportering görs i första hand av den som orsakat tillbudet och i andra hand av den som upptäckt händelsen eller på annat sätt fått

kännedom om händelsen. Närmaste chef kontrollerar dagligen Treserva och vid inkomna avvikelser vidtar för situationen nödvändiga åtgärder. Bedömning av allvarlighetsgrad och sannolikheten att det ska hända igen görs av enhetschef som också dokumenterar utredningen och åtgärderna. Vid högre allvarlighetsgrad (3 och 4) kontaktas SAS alternativt MAS för ställningstagande till ytterligare utredning och eventuell anmälan enligt lex Sarah och/eller lex Maria. Händelser följs upp via strukturerad journalgranskning och i samtal med brukare/patient, närstående, chefer och berörd personal.

MAS och SAS ansvarar även för att övergripande analysera och sammanställa inkomna avvikelser samt visa på förbättringsområden som stärker kvalitet och patientsäkerhet. Återkoppling görs kontinuerligt till verksamhetens medarbetare, chefer, ledning och nämnd. Rapport till nämnd lämnas halvårsvis.

3.5 Samverkan

Samverkan med brukare/patient och närstående

Brukare/patienter och deras närstående ska erbjudas möjlighet att medverka i kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet. Samverkan med brukare/patienter och närstående är viktig för att förebygga missförhållanden och vårdskador.

Brukare/patienter och i förekommande fall närstående/företrädare ska;

- medverka vid upprättande av genomförandeplaner/vårdplaner
- bli informerade om när nationella studier och registreringar görs i nationella kvalitetsregister
- bli informerade vid utredning av missförhållanden/vårdskador
- bli informerad om vart man vänder sig för att framföra synpunkter och klagomål
- få möjlighet att delta i brukarundersökningar
- få möjlighet att medverka i medborgardialoger och brukarråd

Det finns i nuläget ingen systematisk uppföljning som visar på i vilken omfattning som detta sker i verksamheten, med undantag för hanteringen av brukarenkäter.

Samverkan för att förebygga vårdskador

Många olika processer kan identifieras där samverkan behövs för att förebygga att patienter drabbas av en vårdskada. Samverkan sker internt inom förvaltningen och med andra vårdgivare. Formerna för samverkan regleras bl.a. i diverse avtal och deltagande i olika lokala, regionala och nationella nätverk.

Här följer några exempel på samverkansformer:

- Deltagande i Estherforum för ledare på höglandet där representanter från slutenvård, vårdcentral och kommun deltar.
- Överenskommelse mellan Region och kommun gällande palliativ vård och geriatrisk vård. Samverkan med SSIH (Specialiserad sjukvård i hemmet).
- Överenskommelse mellan Regionen och kommunen gällande rehabilitering och habilitering.
- Samverkan med länets hjälpmedelscentral.
- Avtal för läkarmedverkan reglerar samverkan mellan vårdcentraler och kommunens hemsjukvård. Återkommande samverkansmöten med vårdcentralen Bra Liv i Nässjö och Bodafors, Läkarhuset i Nässjö, Nyhälsans vårdcentral i Nässjö och i Forserum då samverkansarbetet utvärderats.
- Deltagande i länets läkemedelskommitté och i nätverk för läkemedelsfrågor för en patientsäker läkemedelshantering.
- Deltagande i länets hygienråd.
- Efterföljelse av regelverk för samordnad vårdplanering (SVPL) och samordnad individuell plan (SIP).
- Avtal med Folk tandvården med riktlinjer för uppsökande tandvård.
- Överenskommelser och samarbete med dosapotek, lokala apotek och Regionens apotekare.
- Avtal skrivet med medicinsk teknik (Höglandssjukhuset, Eksjö) för service av medicinsk teknisk utrustning.
- Samverkan med regionen och andra kommuner i upphandlingsfrågor t ex länsöverskridande upphandling av inkontinenshjälpmedel, läkemedel till akutförråd och sjuk- och förbandsmaterial.
- Överenskommelse kring samverkan med Regionens enhet för Smittskydd/vårdhygien.
- Deltagande i demensteam i samverkan med höglandskommunerna och regionen.
- Deltagande och användande av Kommunal utvecklings (FoUrum) tjänster.
- Samverkan med Samhällsplaneringskontoret gällande bostadsanpassningar.

- Veckostyrning via skypemöte med högländssjukhuset och övriga kommuner på höglandet. Under semesterveckorna daglig styrning dagligen med länets samtliga sjukhus.

Även flertalet interna samverkansforum finns såsom t. ex. månatliga teamträffar mellan olika yrkesprofessioner inom olika verksamheter i kommunen.

Samverkan för att förebygga missförhållanden

Samverkan mellan olika professioner är viktigt för att förebygga missförhållanden. Avvikelsesystemet ligger till grund för att dra lärdom av inträffade brister och finna säkrare och effektivare sätt att undvika dessa i framtiden. Avvikelser som sker tas upp på olika nivåer av samverkan, t.ex. teamträffar och arbetsplatsträffar.

Samverkan mellan MAS/SAS, ledning och verksamheterna är en viktig del av det förebyggande arbetet. I denna samverkan säkerställs dels viktig informationsöverföring men även att nödvändiga rutiner och instruktioner tas fram för att undvika missförhållanden.

Utöver detta finns ett antal externa samverkansforum som delvis har till uppdrag att förebygga missförhållanden exempelvis utvecklingsledarnätverk, Esthercoachnätverk samt strategigrupp för äldre, barn och unga samt funktionshindrade. Deltagande och användande av Kommunal utvecklings (FoUrum) tjänster är viktigt för förvaltningens utveckling.

Rapport från brukarråden

Organisationsmedverkan sker genom Kommunala rådet för funktionshinderfrågor och Kommunala pensionärsrådet där brukarorganisationerna medverkar i övergripande frågor.

Råden synpunkter inhämtas och redogörs inför socialnämnden som fattar beslut i avgörande frågor som rör äldre och funktionsnedsatta.

KRF har till uppgift att verka för att kommunens förvaltningar beaktar funktionshinderfrågor i sin verksamhet.

Rådet har sammanträtt fyra gånger under 2018. Den fråga som varit mest diskuterad under 2018, har varit den fysiska tillgängligheten i kommunen.

KPR är ett råd för överläggningar, samråd och ömsesidig information mellan företrädare för pensionärsorganisationerna och kommunens nämnder.

Rådet har sammanträtt fyra gånger under året. De frågor som diskuterats mest återkommande under 2018, har varit strategi för Nässjö kommuns boendeplanering och ensamhetsproblematik.

4 Genomförda kvalitets- och patientsäkerhetsarbeten

För att säkra verksamhetens kvalitet utifrån brukaren och patientens behov arbetar socialförvaltningen med ständiga förbättringar som en del i kvalitetsledningssystemet. Det arbetet ska vara långsiktigt och förbyggande och vara en naturlig del av det dagliga arbetet. Det handlar inte om att göra förändringar för förändringarnas skull, det handlar om att systematiskt arbeta för att nå önskade förbättringar baserat på fakta. Arbetet ska utgå ifrån resultat, statistik, rapporterade avvikelser eller andra undersökningar. Alla medarbetares delaktighet, kunskap, initiativ och insatser är en förutsättning för att kunna förbättra verksamheten.

För att säkerställa att en förändring leder till förbättring krävs det struktur och systematik och med det syftet har förvaltningen en rutin för hur förbättringsarbeten ska genomföras.

Nedan presenteras ett urval av de förbättringsarbeten som genomförts under 2018 i de olika verksamheterna.

4.1 Förvaltningsövergripande

Styrande dokument

Under 2018 har nya styrande dokument tagits fram och andra har reviderats för att stärka kvalitet och patientsäkerhet. Riktlinjer har enligt rutin beslutats av nämnden och rutiner av socialchef.

Riktlinje för vård utanför eget hem avseende insatserna familjehem och HVB

Riktlinje för daglig verksamhet

Riktlinje för parboende

Rutin för inkontinensvård

Rutin för skydds- och begränsningsåtgärder

Rutin för kost och måltidsmiljö

Rutin för suicidprevention

Tillfällig rutin för hantering av HS-uppdrag

Individens behov i centrum (IBIC)

Under året har stort fokus legat på planering och implementering av det nya arbetssättet individens behov i centrum i förvaltningens samtliga verksamhetsgrenar.

IBIC är ett arbetssätt som handlar om vilken värdegrund, förhållningssätt och uppfattning som personalen ska ha gällande brukarens förmågor, resurser och brister. IBIC ger vägledning om hur personalen ska bemöta brukaren på bästa sätt, utifrån den enskildes behov i centrum. Grunden i IBIC ligger i att arbeta behovsinriktat istället för insatsinriktat.

IBIC bygger också på en strukturerad och systematisk dokumentation utifrån ICF (internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa).

För implementering av IBIC har förvaltningens stödstruktur i form av metodstödjare och metodhandledare ytterligare definierats och förtydligats. Rutiner och instruktioner har setts över och förberedelser för utbildningsinsatser har gjorts. IBIC kommer kommande år vara en stor del av förvaltningens utvecklingsarbete.

Pulsen Combine

Under året har ett intensivt samarbete inletts med Pulsen, det företag som kommunen har tecknat avtal med för inköp av det nya verksamhetssystem Combine. Combine kommer ersätta nuvarande verksamhetssystem Treserva. En projektorganisation har byggts upp inom förvaltningen och med stöd av kommunikationsenheten, höglandets IT och Pulsen. Projekt- och kommunikationsplaner har tagits fram. Hälso- och sjukvårdsenheten har under hösten genomfört utbildningsinsatser gällande det nya arbetssättet IBIC, det nya språket ICF och användandet av det nya dokumentationssystemet. Planering och implementeringen fortsätter under 2019.

Systematisk uppföljning av basala hygienrutiner och klädregler (BHK)

Ytterligare fler hygienombud har utbildats under året som passerat och aktiva hygienombud har fått vidareutbildning i Regionens regi. Uppföljningar via SKL:s databas ska fortsättningsvis genomföras två gånger per år och en organisationsstruktur har byggts i databasen för inrapporteringar. En första mätning gjordes av hygienombud i äldreomsorgen, funktionshinderomsorgen och hälso- och sjukvården under hösten. Återkoppling av resultaten har sedan gjorts i verksamheterna.

4.2 Funktionshinderomsorg

Lågaffektivt bemötande

Funktionshinderomsorgen har satsning på en metod för lågaffektivt bemötande under 2018. Enhetschefer samt metodstödare har gått en heldagsutbildning för psykolog Annicka Kosner. Uppföljningar har sedan skett på arbetsplatsträffar och träffar med metodstödare. Enhetschefer har också lyssnat till psykolog Stefan Boström i samma ämne. Detta i regi av Kommunal utveckling.

Ökat självbestämmande

På gruppbostad Lanzen har ett förbättringsprojekt bedrivits med syfte att öka brukarnas delaktighet och självbestämmande över sina fritidsaktiviteter. Det hade uppmärksammats att personalen inte visste om brukaren gjorde det som de själva önskade på sin fritid. Genom att systematiskt fråga vad brukaren helst ville göra utifrån två val, arbetades ett "aktivitetsblad" fram med de 11 mest eftertraktade fritidsaktiviteterna. I uppföljningen av projektet konstaterades bl.a. att aktiviteten "titta på TV" minskade från 75% till 39%.

På gruppboenden Granviksgården har det uppmärksammats att några brukare har svårt att förmedla vilken maträtt de vill beställa till middag, när det finns flera alternativ att välja på. Ett förbättringsarbete har genomförts för att åskådliggöra de olika maträtterna på bilder. Genom att titta på bilderna blir det enklare för brukaren att veta vilka maträtter de tar ställning till och lättare att välja. Förbättringsprojekt kring frukostval har på liknande sätt genomförts. Frukostkort har tagits fram som visar sex olika frukostalternativ. Brukarna kan peka på vilket alternativ de väljer och på detta sätt ökas deras självbestämmande och delaktighet.

Ökad insyn och delaktighet

På Granviksgården har ett utvecklingsprojekt pågått under året med syfte att öka insynen i vardagen för brukarna. Rutiner och aktiviteter har åskådliggjorts med en tydligare aktivitetstavla där picto-stat bilder och text visar veckans aktiviteter. Brukarna har fått en bättre överblick på vilka dagliga rutiner som tillsammans har bestämts utifrån genomförandeplaner och upptagna punkter på husmöten.

Trygghetsskapande vård

På Granviksgården har personal uppmärksammat att brukare blir oroliga när det kommer ny personal. För att minimera denna oro har all personal och flera vikarier fotograferats. Bilderna har satts upp på en schematavla som alla brukare kan se.

Lågaffektivt bemötande på individnivå

I ett av kommunens personliga assistansärenden har en serie åtgärder prövats då personal hade svårigheter att bemöta ett problemskapande beteende. Samordnad individuell planering (SIP) med uppföljningstillfälle genomfördes, liksom tydliggörande av läkemedelsansvarig läkare.Handledning av personal i lågaffektivt bemötande och möjlighet för medarbetarna att dela på dygnspass vid tuffa perioder. Tydliga vårdplaner med uppföljning av åtgärder på APT tillsammans med sjuksköterska. Kartläggning av oro och tydliga rutiner för bemötande för personalen. Dokumentation genom färgschema gjord av personalen och analys av denna bakåt i tiden från 2015 och framåt är några exempel på aktiviteter som planerades och genomfördes.

Åtgärderna i ärendet resulterade i mer än halvering av avvikelser och tillbud samt i ett inläggningstillfälle på psykiatrien gentemot 54 tillfällen föregående år.

Handlingsplan - Ett självständigt liv

En arbetsgrupp med enhetschefer har bildats och de har påbörjat en utvecklingsplan för funktionshinderomsorgen. Gruppen har startat med att göra omvärldsbevakning på området. Arbetet fortgår under 2019.

4.3 Hälso- och sjukvård

Demensvård

Under Hösten 2018 har BPSD-teamet genomfört ett pilotprojekt tillsammans med två gruppboenden för personer med demenssjukdom (Ekbackagården 3 och Sjöbacken 1). Visionen är att genom ökad kunskap om demens och bra bemötande hos personalen minska och förebygga beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom och öka livskvalitet för personen med demens. Målet är även att implementera BPSD registret som arbetsmetod på dessa gruppboenden.

Sjuksköterska och undersköterska i BPSD-teamet har träffat arbetsgrupperna vid fyra olika tillfällen under hösten och handlett personalen, givit råd och stöd i de situationer/ områden som personalen upplevt svårigheter med. Samtlig personal på enheterna har även genomgått den webbaserade utbildningen Demens ABC, Demens ABC

+ och nollvision.

En GAP-analys har också genomförts utifrån de nya Nationella riktlinjerna för personer med demens. Syftet är att förbättra och kvalitetssäkra vård och omsorg för personer med demens i Nässjö.

Inkontinensvård

Rutin för inkontinensvården har antagits och implementerats i verksamheten under våren 2018. Sjuksköterskor har fullföljt uppgiften att tillsammans med baspersonalen gå igenom samtliga förskrivningar av inkontinenshjälpmedel. Förskrivningarna har kvalitetssäkrats och dokumenterats. Tre sjuksköterskor har gått särskild utbildning i inkontinensvård och fått förskrivningsrätt. Under våren tog hjälpmedelscentralen över ansvaret för beställning av inkontinenshjälpmedel, vilket har fört mig sig delvis nya arbetssätt i verksamheterna.

Suicidprevention

Rutin för suicidprevention har tagits fram, där hemsjukvårdens sjuksköterskor har fått ett särskilt ansvar att utföra enklare suicidbedömningar. Syftet är att genom ett mer strukturerat arbetssätt bättre möta människor med självmordstankar och livsleda.

Mentorskap

Under 2018 har en projektgrupp arbetat fram en instruktion för hur mentorskap ska fungera inom hemsjukvården. Målsättningen med mentorsrollen är att ta tillvara på medarbetares kompetens och erfarenheter, men även att utbytet kan ge en större arbetstillfredsställelse och utveckling. Genom att arbeta med mentorskap finns det förhoppningar att attraktions- och konkurrenskraften ska öka vid rekrytering av sjuksköterskor, stärka individer i sina yrkesroller samt förhindra arbetsrelaterad stress och ohälsa.

4.4 Myndighetsutövning

Ny utredningsmetod

Avdelningen för Barn och unga har implementerat utredningsmetoden HOME, ett intervjuunderlag som används vid hembesök för att mer strukturerat bedöma kvaliteten i stimulans och säkerhet för barn 3 – 10 år.

Samverkans forum

Barn och ungdomsgruppen har under året börjat med strukturerade träffar med öppenvården för att utveckla sina respektive samarbeten. Detta har av bägge parter upplevts falla mycket väl ut.

Arbetsstyngdsmätning

Enhet barn och ungdom mäter nu systematiskt arbetsstyngd hos socialsekreterarna för att få en bättre arbetsmiljö.

Öppenvårdsprojekt

Öppenvården har arbetat med projekten ”Maj” och ”Nisse” där man i riktigt svåra ärenden behöver samverka mellan kommunala myndigheter och ibland regionala myndigheter för att undvika placering eller minska risk för skada om man inte kan placera.

4.5 Äldreomsorg

Underhållning på särskilt boende

Under året har äldreomsorgen prövat att ha kulturupplevelser på alla äldreboenden. Bl.a. Femtinge teater och musikerna Putte och Ted har kommit på besök. Det ska inte spela någon roll på vilket äldreboende man bor på som senior, underhållning och aktiviteter ska vara ungefär lika på alla ställen. Glädjande nog visade senaste brukarenkäten att allt fler är nöjda med aktiviteterna som erbjuds på särskilt boende.

Välfärdsteknik

Under 2018 påbörjades ett pilotprojekt på Ingsbergsgården gällande ett nytt larmsystem via företaget EmmaCare. Under senhösten har larmsystemet installerats i hela huset. Larmsystemet bygger på ny välfärdsteknik via WiFi och systemet är enkelt att handha för omsorgspersonalen samt individuellt anpassat för den enskilde. All personal har fått utbildning i systemet och avdelningarna är utrustade med mobiltelefoner som är kopplade till larmen. I telefonen kvitteras larmen när de åtgärdats.

Självbestämmande och delaktighet

På Ingsbergsgården har fyra nya Esthercoacher utbildats under 2018.

Som projekt i utbildningen har dessa startat en kiosk där de som bor på Ingsberg får handla. Syftet var att öka självbestämmandet samt delaktigheten genom att själv få se på varor och välja vad som ska köpas. De äldre har själva varit med och valt vad det ska finnas för utbud i kiosken.

På Ekbackagården har det startas upp "boendefika" där viktiga ämnen tas upp. Till exempel har brukarenkäten presenterats och de boende har fått komma med exempel på aktiviteter de vill göra på avdelningarna. Även kontaktpolitiker har deltagit vid dessa tillfällen. Mötena har varit uppskattade och tydliggjort områden som behöver utvecklas.

Säkrare informationsöverföring mellan dag- och nattpersonal

På Ingsbergsgården har rutinerna för överrapportering mellan kväll-, natt- och dagpersonal ändrats genom att endast en personal per enhet tar emot eller avger rapport. Personalen möts på kontoren på respektive enhet eller våningsplan. Resultatet av förbättringsarbetet visar på effektivisering av tiden och att rapporterna blivit integritetshöjande för de äldre, när bara personal som har en vårdrelation till brukaren tar del av rapporten.

Projektet var också positivt för att främja samarbetet mellan natt- och dagpersonal, då de fick arbeta tillsammans mot ett gemensamt mål.

Kost och måltidsmiljö

Ny rutin för kost och måltidsmiljö är framtagen i ett gemensamt projekt för äldreomsorgen och hälso- och sjukvården. Ca 40 kostombud på särskilt boende och 13 i hemtjänsten har utbildats. I utvecklingsarbetet och i utbildningarna har fokus lagts på bl.a. näringslära, fysisk måltidsmiljö, servering, trivsel och social samvaro. Berörda inom kommunens restauranger har tillsammans med kostombud, sjuksköterska och enhetschefer arbetat för att utveckla kost och måltidsmiljön för de äldre, med brukarens önsknings i centrum.

Aktivitetsprojekt

På Malmåkra har aktiviteter för brukare varit i fokus under 2018. Aktiviteterna har åskådliggjorts i aktivitetsfoldrar. Brukare "utifrån" har bjudits in till gemensamma träffar två gånger i veckan med gott för både kropp och själ. Efter brukares önskan har en resa till Askersund genomförts, där de besökte en stor marknad, åt på restaurang samt fick träffa vänliga hästar. Nöjda brukare handlade ostar, korv, karameller och kläder. Under december månad bjöds det in till julkonsert med Christer Sjögren. I maj månad var det sommarfest som tidningen uppmärksammade med trevlig artikel. Aktivitetsombuden bjöd in anhöriga till stor fest på gården där de hade tipspromenad och underhållning från barn i skolan. Alla fick rida på hästar och träffa övriga djur såsom hundvalpar, kattungar, hönor och kycklingar, kaniner, lamm och grisar.

Malmåkra har fått tre nya Estercoacher, som tillsammans med personalgruppen jobbat fram ett trevligt program för gymnastik. Detta har utmynnat i att brukaren utför daglig gruppträning oftast under støj och skratt.

Dokumentation

Inom äldreomsorgen har det under 2018 nyanställt två metodhandledare vars huvuduppdrag är att stärka kvaliteten på dokumentationen. Deras arbete visar på mycket goda resultat då andelen godkända genomförandeplaner gått från 73% år 2017 till 86% år 2018. Metodhandledarna har träffat alla arbetsgrupper för utbildning och handledning, vilket varit uppskattat av såväl personal som chefer.

På Malmåkra pågår ett pilotprojekt där pensionärer som kan uttrycka sina önsknings själva får skriva genomförandeplanerna i jagform. Personalen upplever en positiv förändring, när de läser dessa genomförandeplaner får de en annan förståelse för brukaren och upplever en närhet som tidigare genomförandeplaner inte kunnat åstadkomma.

Säkrare läkemedelshantering

Under 2018 har hemtjänsten Åker/Målen tagit fram en arbetsinstruktion för säkrare läkemedelshantering. Resultatet blev en lista på vilka brukare som har hjälp med läkemedel, vilken typ av läkemedel samt var dessa förvaras i brukarnas hem. Denna lista förvaras på personalgruppens expedition, som en hjälp att minimera glömska samt slipa leta efter läkemedel i brukarnas hem.

Rätt kompetens för rätt uppgifter

I hemtjänsten Handskeryd har en elev från vårdnära service utbildningen anstälts för att utföra serviceinsatser såsom städning. Syftet är att använda rätt kompetens till rätt arbetsuppgifter och frigöra tid för undersköterskorna att utföra omvårdnadsinsatser.

Digitala läkemedelsskåp

Inköp av digitala läkemedelsskåp till ett flertal äldreboenden har gjorts under 2018. Målsättningen är att åstadkomma en säkrare förvaring av läkemedel och bättre kontroll av narkotikaklassade läkemedel. Sjöbacken, Åkersborg, Parkgården, Malmåkra, Norråsagården och Lillsjögården har installerat nya skåp och övriga kommer få under 2019.

Geo-cykel

Projektet Geo-cykel möjliggör för många äldre att ”besöka” nya och gamla platser via den moderna tekniken, samtidigt som den bidrar till fysisk aktivitet. Syftet är att de äldre i kommunen ska uppleva en meningsfull vardag och stärka sin hälsa.

Renovering

Flera särskilda boenden t.ex. Malmåkra och Ingsbergsgården har fått efterlängtat renovering, vilket säkrat kvaliteten för brukare genom bättre inomhusklimat.

Projekt för att bryta ensamhet och isolering

Under 2018 har en planering lagts för KulturLust 2019. Seniorer kommer tillsammans med ledare prova på olika kulturella aktiviteter och besöka befintliga mötesplatser och träffpunkter. Ett projekt som ska minska upplevelsen av ensamhet och isolering hos äldre i ordinärt boende. Projektet genomförs i samverkan med kultur- och fritidsförvaltningen och sektion Folkhälsa Region Jönköpings län.

5 Resultat och analys

I slutet av året hade totalt 2851 (2810) personer stöd från socialtjänstens verksamhet. Av dessa är 1183 (1115) brukare inom äldreomsorgen (ÄO), 617 (636) brukare inom funktionshinderomsorgen (FO) och 1051 (1059) klienter inom individ- och familjeomsorgen. 988 (1020) personer hade insatser från kommunens sjuksköterskor i särskilt och ordinärt boende. 429 (410) hade insatser av fysioterapeut och (589) 715 av arbetsterapeut. Ett stort antal personer har även fått hälso- och sjukvårdsinsatser utförda av omvårdnadspersonal med delegering.

Inom parentes presenteras föregående års siffror. Nedan presenteras i huvudsak de områden där det finns resultat som visar på verksamhetens kvalitet.

5.1 Avvikelse rapportering

En avvikelse rapport ska skrivas då det inträffar en händelse i verksamheten som medfört eller som skulle kunnat medföra negativa konsekvenser för brukare/klient/patient på grund av brister i verksamheten. Under första halvåret 2018 hade sammanlagt 1919 (1340) avvikelse rapporter inkommit, under andra halvåret 2025 (1822). Sammantaget under året inkom 3944 (3162) rapporterade avvikelser, varav 52% (58%) var fallolyckor där man i nästan alla rapporter konstaterar att fallet inte beror på en verksamhetsbrist.

Antalet rapporterade avvikelser har ökat med 20% under 2018. Detta kan förklaras med fortsatt fokus på avvikelser rapportering. Särskilt observandum är ökningen av rapporterade insatser som uteblivet och den fortsatta ökningen av läkemedelstillbud.

Enligt rutinen för avvikelshantering ska en avvikelse vara utredd, åtgärdad och avslutad av enhetschef inom tre veckor. Vid kontroll gjord i Treserva på avvikelser inkomna före den första december är 14% (8%) inte avslutade.

Inkomna avvikelser rapporter

Rapporterade avvikelser per avdelning (antal)	2017	2018
Funktionshinderomsorg	244	416
Hälso- och sjukvård	54	40
Myndighetsutövning	6	28
Äldreomsorg (särskilt boende)	1670	1733
Äldreomsorg (hemtjänst/larm/nattpatrull)	1188	1727
Totalt	3162	3944

Den stora majoriteten av rapporterade avvikelser inom äldreomsorgen kan delvis förklaras med att äldre har större fallrisk och har en större läkemedelsanvändning som genererar fler tillfällen med risk för tillbud. En ytterligare förklaring kan vara att äldreomsorgens personal har en större medvetenhet om att avvikelser ska rapporteras.

Under 2018 ses en ökning av rapporterade avvikelser från funktionshinderomsorgen och myndighetsutövningen. Även detta kan sannolikt förklaras med en ökad medvetenhet i personalgrupperna om sitt ansvar att rapportera brister.

Avvikelse per område (antal)*	2017	2018
Bemötande	16	28
Dokumentation	18	29
Ekonomisk oegentlighet	-	4
Fall med skada	325	352
Fall utan skada	1516	1694
Genomförande av insats	153	224
Handläggande	1	12
Informationsöverföring	45	61

Avvikelse per område (antal)*	2017	2018
Läkemedel	777	999
Miljö/utrustning/teknik	148	143
Organisation	35	29
Sekretess och tystnadsplikt	1	12
Vård och behandling	42	38
Övergrepp	7	8
Annan händelse	134	165

Några avvikelser är registrerade under flera områden vilket påverkar totalsumman.

Rapporterade läkemedelstillbud fortsätter att öka. 999 rapporterade avvikelser under året att jämföra med 777 under 2017, en ökning med 23%.

Bristande teknik med icke fungerande larm på vissa av de särskilda boendena resulterade i negativa konsekvenser för brukare under 2017 och flera åtgärder har vidtagits. Det är viktigt att brukare kan känna sig trygga med att larmen fungerar. Under 2018 har rapporterade larmavvikelser minskat med närmare 30%.

Rapporterade avvikelser för bristande informationsöverföring har ökat med 42 % i en jämförelse med föregående år.

Merparten av rapporterade händelser under rubrik "annan händelse" är inlagda under fel rubrik, vilket i sin tur resulterar i mörkertal under övriga rubriker. Flest avvikelser under "annan händelse" borde ha legat under informationsöverföring, miljö/utrustning/ teknik samt vård och behandling.

Avvikelsernas allvarlighetsgrad

Allvarlighetsgrad (andel i %)	2017	2018
Mindre (1)	76	81
Måttlig (2)	20	17
Betydande (3)	3.5	2
Hög (4)	0.3	0

1 = Obehag/obetydlig skada. 2 = Risk för skada/övergående funktionsnedsättning/utökade omvårdnadsinsatser. 3 = Påtaglig risk för skada/allvarlig skada/läkar-kontakt. 4 = Bestående stor funktionsnedsättning/dödsfall/själv-mord

Enhetschefer har bedömt inträffade avvikelsernas allvarlighetsgrad för den enskilde. Rapporterade avvikelser anses i huvudsak vara av mindre eller måttlig allvarlighetsgrad. Endast två avvikelser bedömdes ha allvarlighetsgrad fyra. Avvikelserna bestod i ett självmord och en fallolycka med dödlig utgång. Vid ett antal rapporterade avvikelser har bedömningen inte dokumenterats.

Vidtagna åtgärder

Vanligaste vidtagna åtgärderna (antal)	2017	2018
Kontakt sjuksköterska/fysioterapeut/arbetsterapeut	570	1081
Arbetsplatsdiskussion	462	894
Enskilt samtal	168	197
Genomgång av rutin/instruktion	119	85
Kontakt annan enhetschef eller avdelningschef	241	501
Kontakt MAS/SAS	169	47
Ta upp på team	53	268
Förbättringsarbete (planerad)	24	37

Antalet dokumenterade åtgärder har ökat kraftigt under 2018, vilket är betydelsefullt i kvalitetsarbetet. Många förbättringsarbeten har planerats och genomförts under året. Det stora antalet kontakter som tagits med andra

yrkeskategorier för att åtgärda avvikelser tyder på vikten av samverkan för att tillsammans åstadkomma förbättringar i verksamheterna. Positivt att så många avvikelser har lyfts som lärande exempel på arbetsplatsträffar och på teammöten. MAS/SAS har inte i samma utsträckning kontaktats, vilket kan tyda på att cheferna är tryggare i sin hantering av avvikelser.

Avvikelser i samverkan

Område	Från andra vårdgivare	Från Nässjö
Bemötande	0 (0)	1 (0)
Hjälpmedel	0 (0)	0 (0)
Informationsöverföring	4 (7)	5 (8)
Läkemedel	1 (1)	8 (3)
Vård och behandling	1 (3)	2 (7)
Samordnad vårdplanering	1 (-)	5 (-)
Annan händelse	2 (3)	1 (1)
Totalt	9 (14)	22 (19)

Annan vårdgivare innefattar främst sjukhus och vårdcentraler. Siffror inom parentes visar resultat från föregående år. Samordnad vårdplanering fanns inte med som område under föregående år.

Totalt 31 avvikelser i samverkan med andra vårdgivare har rapporterats under 2018, att jämför med 33 under föregående år. Många avvikelser handlar om bristande informationsöverföring och brister vid samordnad vårdplanering. Antalet läkemedelsavvikelser har också ökat under året. Avvikelserna har analyserats tillsammans med respektive vårdcentral samt på händelseråd med höglandssjukhusets chefssjuksköterska.

Resultat av enhetschefers självskattning

Skattade påståenden	Stämmer inte	Stämmer delvis	Stämmer helt
Alla mina medarbetare vet om att de är skyldiga att rapportera avvikelser	-	7% (18)	93% (82)
Jag upplever att min hantering av avvikelser uppfyller god kvalitet	3% (3)	47% (71)	50% (26)
Jag har använt rapporterade avvikelser för att utveckla min verksamhet	8% (26)	21% (41)	71% (32)

Skattningarna har gjorts av enhetschefer tillsammans med sina medarbetare i samband med årets kvalitetsuppföljningar.

Under 2017 och 2018 har avvikelshanteringen haft ett stort fokus i förvaltningen och i de återkommande kvalitetsuppföljningarna med enhetscheferna. Siffrorna visar på en positiv utveckling med ökad medvetenhet bland medarbetare om deras rapporteringsskyldighet. Avvikelser uppges att de hanteras med högre kvalitet och leder i större utsträckning till utveckling av verksamheterna.

5.2 Brukarundersökning

Under året har brukarundersökningar genomförts på de flesta av nämndens verksamhetsområden. För äldreomsorgen och funktionshinderomsorgen är det totalundersökningar där alla som har ett pågående bistånd i de verksamheter som ingår fått erbjudande om att delta i undersökningen. För hemsjukvården och myndighetsutövningen har undersökningen varit en besöksenkät där alla som fått ett besök av exempelvis sjuksköterska alternativt besökt socialsekreterare under enkätperioden fått ett erbjudande om att delta.

Äldreomsorg

Hemtjänstenkäten besvarades av 259 personer i Nässjö vilket är 63% av de som är beviljade hemtjänst i kommunen. Enkäten för särskilt boende besvarades av 151 personer vilket är 59% av de som vid mättillfället bodde i särskilt boende i kommunen.

Resultatet är bra, särskilt frågorna om personalens bemötande, förtroende för personalen, trygghet och sammantaget nöjdhet som får de högsta värdena för 4:e året i rad i båda undersökningarna.

Årets arbete med att motverka ensamhetsbesvär har gett goda resultat och 6 procentenheter fler än 2017 i hemtjänsten och 17 procentenheter fler i särskilt boende svarar att man inte känner sig ensam.

Resultatet på årets hemtjänstundersökning är sammantaget likvärdigt med 2017. Några frågor har ett något bättre resultat och andra marginellt sämre resultat. I nationell jämförelse är resultatet något bättre än 2017.

Årets resultat för särskilt boende står sig, liksom 2017, väl i nationell jämförelse och i nästan hälften av frågorna återfinns Nässjös resultat bland de 25% kommuner med högst resultat.

De frågor som i de båda undersökningarna får lägre resultat finns framför allt i områdena inflytande, information och tillgänglighet.

I likhet med 2017 ses en skillnad utifrån vem som svarat på enkäten. De enkäter som besvarats av närstående utan brukarens medverkan har ett lägre resultat sammantaget.

Hälso- och sjukvård

189 enkäter delades ut och 58 enkäter har inkommit besvarade. Det blir en svarsfrekvens på utdelade enkäter på 31%. I jämförelse med förra året är både antal svar och svarsfrekvens betydligt sämre. Det låga antalet inkomna svar gör resultatet skört.

Könsfördelningen är ganska jämn. 90 % av de svarande är personer 65 år och äldre.

Resultaten är, liksom tidigare år, överlag mycket positiva men en marginell försämring i jämförelse med 2016 och 2017 kan noteras. I motsats till tidigare undersökningar är männen mindre positiva än kvinnorna i flertalet av frågorna.

Korttidsvistelse Norråsagården och Ingsbergsgården

Under perioden har 51 personer svarat på enkäten.

Resultatet är positivt på de flesta frågorna. Resultat på några frågor kan ligga till grund för förbättringsarbete.

Lägst andel positiva svar får frågorna om tillgänglighet. Frågan om förbättring av livssituationen får också relativt låga resultat och där inte orsakerna till det är uppenbara är det viktigt att de kartläggs.

Eftersom antalet svarande är så litet kan inte några större slutsatser dras.

Myndighetsutövning

Undersökningen är nationell och i Nässjö har totalt 92 besökare svarat på enkäten, 42 kvinnor och 50 män. De deltagande enheterna har varit ekonomiskt bistånd med 58 svarande, barn och unga med 20 svarande samt missbruk/beroende 9 svarande. 69 enkäter har besvarats på svenska och resterande har besvarats på andra språk; arabiska, somaliska och tigrinja.

Resultatet på undersökningen är överlag positivt. Samtliga frågor har en större andel nöjda än 2017 och i nationell jämförelse är också Nässjös resultat bättre i alla frågor. 86 % av besökarna på myndighetsavdelningen är sammantaget nöjda och 84% tycker att man fått en förbättrad situation efter kontakten med avdelningen. Den sistnämnda frågan är också den som positivt skiljer sig mest från det nationella resultatet som är 75%.

Fortfarande kvarstår problemet med för få svarande vilket kan påverka resultatet på undersökningen och gör analyserna osäkra, särskilt på enhetsnivå.

Funktionshinderomsorg

Även under 2018 har funktionshinderomsorgen arbetat aktivt och strukturerat för att motivera och involvera alla brukare i brukarundersökningen. Det arbetet ger resultat främst genom ett stort engagemang hos personalen men också för att avdelningen uteslutande använt ett digitalt system för svarande, Pict-o-stat.

Antalet besvarade enkäter är 424 stycken vilket är cirka 40 stycken mer än 2017. Svarsfrekvensen är 82% mot 80% 2017. Fler brukargrupper har involverats i undersökningen vilket gör att antalet ökat mer än svarsfrekvensen.

Resultatet för särskilt boende är sämre än tidigare år och då är det servicebostad och boende med särskild service som har lägre resultat medan gruppboende har ett godkänt resultat.

I ordinärt boende är resultatet gott framför allt i boendestöd men också i missbruksvårdens grupper. Personlig assistans har ett något sämre resultat.

För daglig verksamhet/sysselsättning är resultatet sammantaget ganska jämförbart med 2017.

För alla enheter gäller att tillsammans med brukarna arbeta utifrån sina resultat samt att särskilt fokusera på kommunikationsfrågorna.

Aktiviteter kopplade till resultat på brukarundersökningar

Resultat av brukarundersökningar är början på en förbättringsprocess. Avdelningarna och enhetscheferna har liksom tidigare år ansvar för att resultatet blir känt för personal och brukare och att alla blir delaktiga i förbättringsarbetet utifrån både det samlade resultatet samt enhetsresultatet .

Resultat från brukarundersökning (äldreomsorg och hälso- och sjukvård)

Andel positiva svar (%)	Säbo	Hem-tjänst	Hemsjuk-vård	Korttids
Sammantagen nöjdhet	88 (86)	92 (91)	91 (92)	88
Bemötande	97 (97)	98 (98)	95 (97)	94
Trygghet	91 (90)	89 (89)	95 (96)	82
Hänsyn till åsikter och önskemål	84 (87)	85 (89)	91 (92)	85
Påverka tiden	68 (68)	56 (57)	79 (71)	-
Tillräckligt med tid	88 (80)	84 (86)	88 (89)	80
Tillgänglighet	87 (86)	76 (77)	95 (92)	64

Inom parentes 2017 års resultat. Ett urval av frågor redovisas här.

Resultat från brukarundersökning (myndighetsutövning)

Andel positiva svar (%)	Barn och unga	Ekono-miskt bi-stånd	Missbruk/beroende	Hela myndig-heten
Lätt att få kontakt med socialsekreterare, tillgänglighet	94 (71)	84 (87)	100 (80)	90 (82)
Lätt att förstå socialsekreterarens information	95 (96)	95 (87)	78 (90)	93 (90)
Socialsekreteraren visar förståelse	95 (86)	87 (79)	100 (90)	91 (83)
Fått möjlighet till inflytande	85 (91)	87 (85)	100 (100)	90 (90)
Kunnat påverka typ av hjälp	74 (78)	74 (63)	78 (90)	76 (73)
Sammantagen nöjdhet	84 (80)	88 (76)	89 (90)	86 (80)
Förbättrad situation	80 (83)	85 (78)	100 (80)	84 (80)

Inom parentes 2017 års resultat.

Resultat från brukarundersökning (funktionshinderomsorg)

Andel positiva svar (%)	Gruppbo-stad LSS	Service-bostad LSS	Daglig verksam-het LSS	Syssel-sättning SoL	Bostad med sär-skild ser-vice SoL	Boende-stöd SoL	Personlig assistans
Får bestämma vik-tiga saker	79 (76)	63 (72)	75 (68)	66 (79)	79 (60)	87 (84)	-
Rätt stöd	82 (82)	56 (82)	84 (78)	86 (91)	65 (80)	91 (84)	71 (65)
Personalens om-tanke	91 (88)	67 (68)	86 (81)	82 (92)	53 (63)	93 (90)	62 (70)
Jag förstår vad personalen menar	73 (76)	52 (57)	79 (74)	77 (86)	62 (50)	82 (80)	69 (55)
Personalen för-står mig	61	37	75	82	56	80	50
Trygghet med personal	73 (91)	59 (71)	80 (78)	79 (80)	47 (57)	81 (69)	56 (75)
Aldrig rädd för något...	55 (53)	41 (46)	72 (72)	79 (71)	47 (43)	-	-

Andel positiva svar (%)	Gruppbo- stad LSS	Service- bostad LSS	Daglig verksam- het LSS	Syssel- sättning SoL	Bostad med sär- skild ser- vice SoL	Boende- stöd SoL	Personlig assistans
Trivsel *	88 (84)	56 (64)	83 (78)	77 (83)	56 (50)	91 (83)	69 (90)
Vart jag ska vända mig med synpunkter	100 (90)	81 (75)	89 (86)	95 (89)	82 (83)	77 (85)	75 (84)
Meningsfullhet i arbetsuppgifter			78 (80)	74 (74)		-	-
Delaktig i val av personliga assistenter						-	25 (35)

*Trivselsfrågan i ordinärt boende handlar om trivsel med boendestödjare/personliga assistenter. Inom parentes 2017 års resultat.

5.3 Demensvård - BPSD

När en demenssjuk person visar beteendeförändringar och psykiatriska symtom som exempelvis aggressivitet, vandrings- eller roparbeteende ställs höga krav på omsorgspersonalen. Kommunens BPSD-team har under året haft två uppdrag och handlett personal i ett flertal andra enskilda ärenden. 12 nya administratörer har dessutom utbildats i BPSD-registret.

Under flera år har det blivit allt tydligt att det saknas en funktion för samordning av demensvården. Kommunens demenssjuksköterskor har inte särskild avsatt tid för att jobba övergripande med demensfrågorna.

Resultat ur BPSD-registret

Bedömningar och antal personer	2015	2016	2017	2018
Antal bedömningar gjorda på personer med BPSD	216	124	146	190

Under 2018 har något fler brukare med demens fått en bedömning gjord utifrån systematiken i BPSD-registret jämfört med föregående år. BPSD-registret används på gruppboenden för dementa och Ingsbergsgården är mest frekvent användare av registret.

Kvalitetsindikatorerna visar på att dementa i Nässjö har fler olämpliga läkemedel jämfört med riket och att det har ökat marginellt sedan föregående år. Orsaken till detta är oklar. Positivt är att större andel verkar smärtfria och att patienter med Alzheimers i större utsträckning fortsätter att ha symtomlindrande demensläkemedel.

Resultat ur BPSD-registret

Kvalitetsindikatorer (%)	Riket 2018	2016	2017	2018
Andel personer med olämpliga läkemedel	37	38	36	51
Andel personer som verkar smärtfria	71	70	77	79
Andel personer som har en bemötandeplan	94	84	87	94
Andel personer som fått läkemedelsöversyn genomförd	88	94	88	90
Andel personer med Alzheimers sjukdom som har symtomlindrande demensläkemedel	61	70	80	80

5.4 Dokumentation

För att säkerställa att brukare och patienter får en god vård och omsorg finns en lagstadgad skyldighet att dokumentera. Såväl den planerade som de genomförda insatserna ska nedtecknas. Informationen i journalen ska vara tillförlitlig och lätt att förstå. En väl fördokumentation utgör grunden till uppföljning och är betydelsefull för den enskilde samt en kvalitetssäkring av verksamheterna.

Resultat av enhetschefers självskattning

Skattade påståenden	Stämmer inte	Stämmer delvis	Stämmer helt
Alla brukare har en aktuell genomförandeplan/vårdplan	3% (21)	27% (26)	70% (53)
Alla brukare ges möjlighet att vara med och utforma sin genomförandeplan/vårdplan	7% (6)	20% (38)	73% (56)
Jag upplever att min verksamhets genomförandeplaner/vårdplaner uppfyller god kvalitet	6% (15)	47% (56)	47% (29)

Skattningarna har gjorts av enhetschefer tillsammans med sina medarbetare i samband med årets kvalitetsuppföljningar.

Genomförandeplaner

Sammanlagt har 154 genomförandeplaner granskats genom stickprov under 2018. 91 inom ÄO och 63 inom FO. Planerna har granskats och bedömts utifrån fyra nivåer, underkänd, godkänd, väl godkänd och mycket väl godkänd. Det sammantagna resultatet av granskningen visar att 87% av genomförandeplanerna inom äldreomsorgen hade godkänd kvalitet och att 76% inom funktionshinderomsorgen nådde en godkänd kvalitet. Både äldreomsorgen och funktionshinderomsorgen visar på ett klart förbättrat resultat mellan första och andra mätning under 2018 samt att fler planer uppfyller kriterierna för väl och mycket väl godkänt.

Utifrån granskningen av kvaliteten i genomförandeplaner finns det dock fortsatt behov av förbättringsåtgärder. Det som saknas i de planer som inte uppnått en godkänd nivå är den enskildes delaktighet, de individuella behoven samt hur dessa ska tillgodosas. Ett gediget arbete har pågått under året gällande höjning av kvalitet i genomförandeplaner, detta arbete bedöms behöva fortsätta.

Resultat från journalgranskning

Granskning dokumentation	2015	2016	2017	2018
Andel genomförandeplaner med godkänd kvalitet	84%	74%	73%	82%

Vårdplaner (rehab. planer)

Hälso- och sjukvårdsdokumentationen har som tidigare år utförts i verksamhetssystemet Treserva. Minst en vårdplan (inkl. rehab. plan) ska upprättats vid varje patientkontakt, när det inte kan räknas som enstaka insatser. Vårdplanerna har utifrån behov fördelats till omvårdnadspersonalen som dokumenterat sina hälso- och sjukvårdsinsatser direkt i patientjournalen.

Granskningen av vårdplaner har under året utförts utifrån en standardiserad mall med en femgradig skala. För att definieras som godkänd krävs att minst nivå tre uppnåtts. En vårdplan per hemsjukvårdsområde/boende väljs slumpmässigt ut och granskas av medicinskt ansvarig sjuksköterska. Antal vårdplaner med god kvalitet har enligt indikator i styrpilen ett målvärde på 80%.

Under 2018 har sammanlagt 35 patientjournaler granskats. 89% av vårdplanerna bedöms uppnå godkänd kvalitet. I jämförelse med föregående år har antalet vårdplaner med godkänd kvalitet ökat.

Resultat från journalgranskning

Granskning dokumentation	2015	2016	2017	2018
Andel vårdplaner med godkänd kvalitet	89%	92%	72%	89%

5.5 Ej verkställda beslut

Kontroll av beslutad individinsats är verkställd

Denna kontrollredovisning avser kvartal 4, 2017 och de tre första kvartalen 2018 då sista kvartalet 2018 ännu inte rapporterats. Rapporteringen görs kvartalsvis, vilket innebär att samma beslut kan ha rapporterats flera gånger.

Under det sista kvartalet 2017 rapporterades 19 beslut till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) utav dessa var 15 äldre beslut. Samtliga 19 beslut avser boende varav 9 beslut bostad med särskild service LSS, 8 beslut bostad SoL för personer med funktionsnedsättning samt två boendebeslut för äldre

Under de tre första kvartalen 2018 har totalt 65 beslut rapporterats till IVO, som ej verkställda beslut eller där

det varit avbrott i verkställigheten. Av dessa 65 beslut var 52 äldre beslut och 13 nya. Av de 65 besluten är det 59 boendebeslut som inte kunnat verkställas. Vid det senaste rapporteringstillfället fanns det 23 ej verkställda beslut och 19 av dessa avser bostad med särskild service enligt SoL och LSS för personer med funktionsnedsättning. Skälet till att dessa inte kunnat verkställas är att det saknas lägenheter i grupp- och servicebostäder.

Nämnden har antagit målet ” Lokaler och bostäder till nämndens målgrupper är tillräckliga, ändamålsenliga och har en långsiktigt effektiv och hållbar energianvändning ” för 2018. Förvaltningen har inventerat nämndens målgruppers behov av bostäder som underlag för revidering av kommunens boendestrategi. I nämndens antagna boendeplanering, dnr 2018-276, planeras för två servicebostäder 2019 och två för 2020. Vidare två nya gruppbo- städer 2019, en 2020 och ytterligare en 2022 för aktuell målgrupper.

Om planerade bostäder är färdigställda år 2020 bedöms besluten kunna verkställas.

Vid varje rapporteringstillfälle är det ett eller några beslut om särskilt boende för äldre som inte är verkställt. Det beror inte på att det är brist på bostäder utan att den enskilde tackat nej till erbjudet boende. Det är positivt att beslut om kontaktperson och öppenvård enligt SoL kan verkställas snabbare än tidigare.

Kontroll av tid från beslut om trygghetslarm till installation

Kontroll har gjorts genom stickprov av hur lång tid det tar för en brukare att få sitt trygghetslarm installerat efter det att beslut är fattat. Målvärdet är inom två dygn. Enligt stickprov är måluppfyllelsen 68% att jämföra med 50% 2017. I de flesta fall där larm installerades senare än inom 2 dygn finns rimlig förklaring i att brukaren varit inne- liggande på sjukhus eller av andra skäl inte kunnat ta emot en larminstallatör.

5.6 Hygien

Under året har nya hygienombud utbildats. Samtliga arbetsgrupper som utför personlig omvårdnad ska nu ha ett utsett hygienombud med särskilt ansvar för enhetens hygienfrågor.

Hygienombud har i lite olika omfattning via observationer och enkäter följt upp efterlevnaden av basala hygien- rutiner och klädregler under 2018. Resultaten har rapporterats och diskuterats i samband med arbetsplatsträffar.

Under två veckor i oktober gjorde hygienombuden inom äldreomsorgen, hälso- och sjukvården och funktions- hinderomsorgens särskilda boenden en gemensam mätning. Totalt gjordes 317 observationer. Resultaten visar på stora brister i efterlevnaden av basala hygienrutiner och klädregler.

Observationer utförda av hygienombud	2018
Andel med korrekt i samtliga 8 steg	37%
Andel med korrekt i samtliga 4 hygiensteg	43%
Andel med korrekt i samtliga 4 klädregler	75%

Hygiensteg: 1. Desinfekterat händerna före. 2. Desinfekterat händerna efter. 3. Handskar. 4. Förkläde.

Klädsteg: 1. Dräkt. 2. Ringar/klocka. 3. Naglar. 4. Hår.

Verksamhet (andel med korrekt i samtliga 8 steg)	2017	2018
Funktionshinderomsorg gruppbo- stad/servicebo- stad	-	40%
Äldreomsorg äldreboende	-	36%
Äldreomsorg hemtjänst	-	34%
Hälso- och sjukvård	67%	58%

Hygiensteg: 1. Desinfekterat händerna före 2. Desinfekterat händerna efter 3. Handskar 4. Förkläde

Klädsteg: 1. Dräkt 2. Ringar/klocka 3. Naglar 4. Hår

5.7 Infektionsmätning

Under 2018 har infektionsmätningar gjorts månadsvis av patientansvariga sjuksköterskor på särskilt boende inom äldreomsorgen (korttidsenheterna undantagna). Omkring 300 brukare har deltagit varje månad. Urinkateter och olika typer av sår är de vanligaste riskfaktorerna för att drabbas av infektioner. Totalt 343 infektioner har registre- rats under året. Antalet antibiotikabehandlade urinvägsinfektioner har ökat med 17% och sårinfektionerna med 38%.

Resultaten av mätningarna rapporteras kvartalsvis till Smittskydd/vårdhygien. Jämförelsetalen med övriga kom- muner är ännu inte sammanställda för 2018.

Risikfaktorer

Risk för infektioner	2017	2018
Andel med riskfaktorer för infektioner	23%	26%

De riskfaktorer som registrerats är urinkateter, kärlkateter, trycksår, andra sår/brott i hudbarriären och kirurgiska ingrepp.

Antibiotikabehandling

Registrerade infektioner (antal)	2017	2018
Antibiotikabehandlad lunginflammation	61	53
Antibiotikabehandlad urinvägsinfektion	144	169
Antibiotikabehandlad sårinfektion	32	53
Övriga antibiotikabehandlade infektioner	45	18
Vinterkräksjuka	63	45

5.8 Lex Maria och lex Sarah

2018 har fem utredningar enligt lex Sarah genomförts. Av dessa har ingen bedömts som allvarlig och har därav har igen anmälan gjorts till IVO. I fyra av utredningarna gjordes bedömningen att rapporterade händelser inneburit missförhållande för brukaren. Utifrån det som framkommit i utredningarna är bedömningen att det funnits verksamhetsbrister som i varierande omfattning har orsakat dessa missförhållanden och att vidtagna och planerade åtgärder varit tillräckliga för att likande händelser inte ska inträffa igen. En utredning bedömdes som risk för missförhållande.

Under 2018 har två anmälningar enligt lex Maria gjorts till IVO. I samband med en fallolycka med dödlig utgång uppmärksammades brister i efterlevnaden av rutinen för skydds- och begränsningsåtgärder. Bristande kontinuitet visade sig vara en bidragande orsak till att ett bensår orsakade onödigt lidande för en patient på särskilt boende. I båda ärendena har ärendena avslutats av IVO och inga krav har ställts på att ytterligare åtgärder ska vidtas.

Rutin för skydds- och begränsningsåtgärder har under året skrivits om och ett utbildningsmaterial har tagits fram med syfte öka kompetensen bland medarbetare. En sjuksköterska med särskild kompetens inom sårbehandling har fått avsatt tid för att utveckla sårvården.

Åtgärder i såväl utredningar om missförhållande/vårdskador som i de utredningar som görs kring avvikelser följs kontinuerligt upp och är en viktig del av kvalitetsledningssystemet.

Utredningar av misstänkta missförhållanden och vårdskador

Område	Enhet	Bedömning	Anmärkning
Utebliven insats	Äldreomsorg hemtjänst	Missförhållande	Brukare har inte fått alla de hemtjänstinsatser som handläggare beviljat. Nattinsatserna har missats utifrån kommunikationsbrist.
Bristande bemötande	Funktionshinder-omsorg	Missförhållande	Personal utfört olämpliga privata handlingar på arbetstid som brukare uppdagat.
Vård och behandling	Hälso- och sjukvård	Risk för vårdskada *	Brister i sårbehandling
Vård och behandling	Hälso- och sjukvård	Vårdskada *	Fallolycka med dödlig utgång.
Ej bedömd eller utförd insats	Funktionshinder-omsorg	Missförhållande	Brister i uppföljning från såväl myndighet som verkställighet. Ärendet bemannades av anhöriganställda.
Vård och behandling	Äldreomsorg särskilt boende	Missförhållande	Fallolycka med dödlig utgång.
Bristande bemötande	Funktionshinder-omsorg	Missförhållande	Personal har inte respekterat en brukares självbestämmande.

5.9 Loggningskontroll

Uppföljning av efterlevnaden av sekretesslagstiftningen görs via loggningskontroll i verksamhetssystemet Treserva. Kontrollen sker enligt rutin systematiskt varje månad med syfte att förebygga, konstatera och beivra otillåten åtkomst till personliga uppgifter.

Under 2018 har totalt 58 (44) rutinmässiga loggningskontroller gjorts och en kontroll vid misstanke om sekretessbrott, samtliga utan anmärkning.

5.10 Läkemedel

På särskilt boende uppges 95% av brukarna fått en läkemedelsgenomgång genomförd under året, att jämföra med 85% föregående år. Genomgången görs av patientansvarig läkare men bistås av sjuksköterska och eventuellt brukarens kontaktman. Brukaren och/eller anhörig deltar utifrån möjlighet och önskemål. Läkemedelsgenomgångar görs även för personer i ordinärt boende, oftast i samband med årligt läkarbesök på vårdcentralen eller i samband med sjukhusvistelse.

Granskning av läkemedelshanteringen på samtliga särskilt boenden i äldreomsorgen och av hemsjukvårdens akutförråd genomfördes enligt standardiserad mall under våren 2018. Granskningen innefattar i huvudsak fyra delar, ordning i läkemedelsförrådet, kylförvaring, narkotikahandling och personalens handtering av läkemedel. I huvudsak visar granskningarna att läkemedelshandling fungerar tillfredsställande. Sex av de kontrollerade läkemedelsförråden fick minst en anmärkning som krävde åtgärder. Möjlighet till kylförvaring och kontroll av temperatur i de kylskåp som finns är i flera fall bristfällig. Några läkemedelsförråd har inte innehållit läkemedel enligt fastställd lista över bassortiment.

5.11 Palliativvård

Gruppen för extravak som består av ca 20 undersköterskor har samlats vid ett tillfälle under året för uppföljning och kompetensutveckling. Behov av extravak inom den palliativa vården har varit lägre än föregående år. Kostnaden för extravak var budgeterad till 400 000 kr. Den faktiska kostnaden blev 280 000 kr, att jämföra med 428 000 kr föregående år.

Täckningsgrad för registreringar i palliativregistret i Nässjö har sjunkit under 2018 och ligger nu på 57%, att jämföra med länets 62 %. Orsaken till försämringen är inte känd men kan möjligen förklaras med att det är ett område som inte fått särskild uppmärksamhet under året.

Täckningsgrad av inrapporterade dödsfall

Täckningsgrad (%)	2016	2017	2018
Nässjö kommun	69	75	57

Nationellt målvärde 70%.

Måluppfyllelse av kvalitetsindikatorer

Kvalitetsindikatorer (%)	2016	2017	2018
Dokumenterat brytpunktssamtal (98%)	-	-	75
Ordnation inj. stark opioid vid smärtgenombrott(98%)	-	-	95
Ordnation inj. ångestdämpande vid behov (98%)	-	-	93
Smärtskattats sista levnadsveckan (100%)	47	53	49
Dokumenterad munhälsobedömning sista levnadsveckan (90%)	63	65	59
Utan trycksår (grad 2-4) (90%)	85	88	89
Mänsklig närvaro i dödsögonblicket (90%)	77	82	83

5.12 Samordnad vårdplanering

Samordnad vårdplanering, i samband med sjukhusvistelser, har under året genomförts i samverkan med vårdcentral, sjukhus och kommun. Antalet tillfällen där det dröjt en eller flera dagar från det att läkare inom somatiken bedömt patienten som utskrivningsklar tills dess att utskrivning har skett, har minskat marginellt under 2018. I snitt har antalet vårddygn på sjukhus som skulle kunna ses som onödiga minskat från 4.4 till 1.8 dygn genom mer effektiva rutiner och en kommunal verksamhet som anpassat sig efter den nya lagstiftningen. Nässjös snitt på 1.8 dagar från utskrivningsklar till utskriven patient under 2018 kan jämföras med länets 2.8 och rikets 3.2 dagar.

Utskrivningsklar slutna vård	2016	2017	2018
Antal dagar i genomsnitt från utskrivningsklar till utskriven	4.4	3	1.8

5.13 Synpunkter och klagomål

Under 2018 har 137 dokumenterade synpunkter inkommit till socialförvaltningen att jämföra med 68 stycken under 2017. Av dessa är 68 beröm och 69 klagomål.

De positiva synpunkterna handlar till övervägande del om att personal är trevlig, inlyssnande och har ett gott bemötande. Klagomålen ser olika ut beroende av verksamhetsområde.

Hälso- och sjukvård: Brister i utförande av insats.

Myndighetsutövning: Brister i handläggningen samt missnöje med beslut.

Funktionshinderomsorg: Bristande bemötande från personal. I ett fall har resultatet av dåligt bemötande föranlett utredning enligt lex Sarah. Flera klagomål handlar också om brukare som är missnöjd med sitt boende och dess fysiska miljö eller störda av grannarna i samma boende.

Äldreomsorg, särskilt boende: Klagomål på mat, aktivitet, fysisk miljö samt stressad eller oengagerad personal.

Äldreomsorg, hemtjänst: Klagomål på personal som upplevs stressad, bemötandet, att personal inte utfört insats enligt överenskommelse eller att man önskar insatsen på ett annat sätt.

Inkomna synpunkter

Verksamhet	Beröm	Klagomål
Funktionshinderomsorg	1 (1)	14 (2)
Hälso- och sjukvård	0 (1)	3 (3)
Myndighetsutövning	0 (0)	9 (4)
Äldreomsorg (särskilt boende)	23 (11)	20 (13)
Äldreomsorg (hemtjänst/larm/nattpatrull)	44 (15)	23 (18)
Totalt	68 (28)	69 (40)

Skattingarna har gjorts av enhetschefer tillsammans med sina medarbetare i samband med årets kvalitetsuppföljningar.

Resultat av enhetschefer självskattning

Skattade påståenden	Stämmer inte	Stämmer delvis	Stämmer helt
Jag har använt inkomna synpunkter för att utveckla min verksamhet	13% (44)	45% (30)	42% (16)
Jag upplever att min hantering av inkomna synpunkter uppfyller god kvalitet	0% (16)	54% (42)	46% (42)

5.14 Tillsyn av Inspektionen för vård- och omsorg

IVO granskar kontinuerligt utvalda områden och verksamheter inom hälso- och sjukvården, socialtjänsten samt verksamheter som bedrivs enligt LSS. IVO använder olika tillvägagångssätt i tillsynen, både kontrollerande och

främjande.

Den som anser att det finns brister eller missförhållanden i socialtjänstens verksamheter kan anmäla detta direkt till IVO. IVO har ingen skyldighet att utreda allt som anmäls utan avgör självständigt om det finns skäl att göra tillsyn. Bedömningen sker bland annat utifrån det som enskilda personer anmäler men också utifrån andra uppgifter som IVO kan ha om verksamheter. Alla uppgifter som lämnas till IVO om verksamheter registreras och kan användas när IVO planerar vilka tillsyner som ska genomföras.

Under 2018 har IVO utövat tillsyn i tolv ärenden att jämföra med fem ärenden 2017.

Tillsyn och beslut av IVO

Tillsyn av IVO	Antal	Beslut av IVO
Tillsyn, granskning av hälso-och sjukvården, äldreomsorgen, hemtjänst och Åkersborgs äldrehem.	1	IVO bedömer att de åtgärder som Nässjö kommun har redovisat är genomförda.
Klagomål från vårdnadshavare till IVO om brister i kommunikation mellan hen och socialförvaltningens myndighetsutövning.	1	IVO lämnar till socialförvaltningen att svara berörda parter. Tillsynsärendet avslutas.
Klagomål från brukare till IVO om brister i socialförvaltningens hanterande av en polisanmälan om stöld inom boendestöd FO.	1	IVO lämnar till socialförvaltningen att svara berörda parter. Tillsynsärendet avslutas.
Tillsyn av ej verkställda beslut	5	IVO's tillsyn är avslutad i tre av ärendena med att socialförvaltningens yttrande är tillräckligt. I två ärenden väntas fortfarande svar från IVO.
Klagomål från brukare och anhöriga till IVO om brister vid genomförande av personlig assistans.	1	IVO lämnar till socialförvaltningen att svara berörda parter. Tillsynsärendet avslutas.
Klagomål från anhöriga till IVO gällande brister i omsorgen på korttidsboende.	1	IVO lämnar till socialförvaltningen att svara berörda parter. Tillsynsärendet avslutas.
Klagomål från anhörig till IVO om brister i omsorgen gällande hälso- och sjukvården.	1	IVO lämnar till socialförvaltningen att svara berörda parter. Tillsynsärendet avslutas.
Klagomål från anhörig till IVO om brister i genomförandet av hälso- och sjukvårdsinsatser.	1	IVO startar tillsyn och begär in yttrande. Svar ännu inte kommit.
Totalt	12	

5.15 Uppföljning inom barn- och familjevård

Under 2018 hade öppenvården 162 pågående insatser totalt. Detta är det högsta antalet insatser öppenvården haft sedan 2011 då ungdomssidan och barnsidan slogs ihop till en gemensam öppenvård. Ökningen visar på att vårdbehovet ökar och att öppenvården i högre grad utvecklat behandlingsresurser och behandlingsformer för att möta denna utveckling.

Öppenvården utvärderar sedan 2007 sina resultat systematiskt genom Achenbachs skattningsskalor, som är evidensbaserade och har referensgruppsvärden för normalpopulation. Skattningsskalorna mäter barn och ungdomars symtombelastning vid psykisk problematik. CBCL (Child Behavior Checklist) besvaras av förälder och YSR (Youth Self Report) besvaras av barnet/ungdomen. Skattningsformulär fylls i vid uppstart samt vid avslutad behandlingen i alla ärenden där det är lämpligt och möjligt för att mäta förändring.

2018 avslutades 76 (2017 avslutades 45) behandlingsinsatser med biståndsbeslut. 29 insatser (38%) avslutades i förtid på grund av sammanbrott. Trots att andelen sammanbrott fortsatt ligger högt visar dock statistiken på en minskning jämfört med föregående år då den låg på 46%. Av de 47 ärenden som avslutades mer planerat har det genomförts uppföljning med skattningsformulären fullt ut på 7 föräldrar och 6 barn.

Utöver detta har öppenvården under året utökat Råd och Service-verksamheten genom att erbjuda COS (behandlingsmetoden Circle of Security) i grupp. Under 2018 har vi haft 5 grupper, varav 2 tillsammans med familjecentralen. 34 föräldrar har gått COS i grupp som Råd och Service. Statistik på antalet barn är inte förd men uppskattat är dessa personer vårdnadshavare för 90 barn. Utvärdering COS-grupperna har visat på gott resultat och stor nöjdhet bland deltagarna. Behovet av att utvärdera effekterna av dessa insatser på längre sikt kvarstår. Det står dock redan klart att ett av öppenvårdens långsiktiga utvecklingsområden är att i ännu högre grad arbeta med tidiga insatser på individnivå för att förebygga allvarlig social problematik och placering.

Analys som görs är att öppenvårdens målgrupp och uppdrag har blivit tyngre sedan mätningarna inleddes och som en följd av detta nås inte lika goda behandlingsresultat. Det visar sig också genom att andelen sammanbrott ökar. Förklaringen till denna utveckling är att öppenvården har ett tydligt krav på sig att vara mer flexibla i att hitta individuella upplägg och klara av svårare uppdrag för att på så sätt minska externt köpt vård. Språkliga hinder och kulturella skillnader ställer också högre krav på behandlingsarbetet. Insatserna minskar likväl symtombelastningen hos barnet/familjen och måluppfyllelsen är relativt god. Resultaten och analysen är en viktig utgångspunkt för öppenvårdens fortsatta utvecklingsarbete att minska sammanbrott och förbättra behandlingsutfallet.

Barnavårdsutredningar enligt 11:1, 2 SoL ska enligt lag avslutas inom 4 månader. Detta nyckeltal mäts kontinuerligt. Av de 477 (466) utredningar som avslutades under 2018 hade 54 procent (49,1%) en utredningstid inom 4-månadersgränsen. Utvecklingstendensen är svagt positiv men att målvärdet inte är högre förklaras främst av bemanningssituationen. Enheten gör ett mycket aktivt arbete för att stabilisera bemanningen. Situationen har blivit mer stabil under de senaste två åren men bedömningen är att den behöver vara det över längre tid för att handläggarna ska kunna arbeta tillräckligt tidseffektivt och med säkerställd kvalitet. Den arbetstygndsmätning som görs i enheten visar att man under hösten 2018 hade en underbemanning på ca 15 procent.

5.16 Vårdighetsgarantierna

Den Nationella värdegrunden för äldreomsorgen lagstodgades 2011 genom tillägg i socialtjänstlagen. Den handlar om att äldre ska få leva ett värdigt liv och känna välbefinnande samt att äldre personer i större utsträckning ska ha inflytande över när och hur beslutade insatser ska ges. Landets kommuner uppmanades, i samband med tilläggslagstiftningen, att göra lokala vårdighetsgarantier.

Socialnämnden i Nässjö har tidigare beslutat att följande tre Lokala vårdighetsgarantier ska införas:

- Äldre med hemtjänst eller i särskilt boende ska få en genomförandeplan upprättad.
- Äldre med hemtjänst eller i särskilt boende ska få en kontaktman
- Den personal som de äldre med hemtjänst eller i särskilt boende möter ska alltid ha tydlig namnskylt.

Resultat av kontroll - lokala vårdighetsgarantierna

- I den nationella enhetsundersökningen, maj 2018, redovisar Nässjö att 86% (77%) av brukarna i hemtjänsten har en aktuell genomförandeplan medan andelen i särskilt boende är 80% (89%).
- I samma undersökning redovisar hemtjänsten att 98% (100 %) av brukarna har namngiven kontaktman. Frågan finns inte med i undersökningen för särskilt boende längre då socialstyrelsen utgår från att alla som är boende i särskilt boende har en namngiven kontaktman vilket också är fallet i Nässjö kommun.
- Stickprov i verksamheten för mätning om namnskyltar används har inte genomförts under 2018.

Inom parentes 2017 års resultat.

5.17 Vårdprevention

Vårdprevention hos äldre syftar till att förebygga ohälsa. Liksom många andra kommuner i Sverige använder Nässjö Senior Alert som verktyg för att systematisera arbetet.

Under 2018 har 348 unika personer registrerats i Senior Alert, de flesta på särskilt boende. 25 patienter har registrerats i ordinärt boende att jämför med 17 under föregående år.

Det ska finnas en aktuell riskbedömning för patienter inskrivna i hemsjukvård minst var sjätte månad.

Riskbedömningar och åtgärdsplaner

Resultat från Senior Alert	2017	2018
Riskbedömningar med risk	90%	88%
Bakomliggande orsaker vid risk	82%	84%
Åtgärdsplan vid risk	88%	86%
Utförda åtgärder vid risk	68%	53%

348 unika personer har varit registrerade i Senior Alert under 2018

Årets resultat visar såsom tidigare att det är många brukare som har risk för ohälsa och att många får dokumenterade åtgärdsplaner. Andelen dokumenterade utförda åtgärder är dock lägre än föregående år.

Trycksår

Resultat från Senior Alert	2015	2016	2017	2018
Personer med trycksår	24	51	57	46
Antal trycksår	35	72	80	58
Trycksår kategori 1	7	13	24	17
Trycksår kategori 2	17	16	18	14
Trycksår kategori 3	13	13	24	14
Trycksår kategori 4	5	9	14	13

Kategori 1. Rodnad (bleknar ej vid tryck). Kategori 2. Delhudsskada (avskavd hud eller blåsa). Kategori 3. Fullhudsskada (utan sårkaviteten). Kategori 4. Fullhudsskada (med sårkaviteten).

Resultaten visar på en minskning av antalet trycksår jämfört med föregående två år. 11 trycksår uppges uppkomma på annan enhet. När riskfaktorer har registrerats varje månad i infektionsmätningarna framkommer att 4.9% på särskilt boende har trycksår, att jämföra med 5.1% föregående år. Punktprevalensmätningen som gjordes i Senior Alert under hösten visar på ett nationellt resultat där 6.2% inom kommunal vård- och omsorg har trycksår och att 25% har risk för trycksår.

Bakomliggande orsaker uppges i stor utsträckning bero på att huden utsatts för ökat tryck och nedsatt födointag. Vanligaste åtgärderna som vidtagits vid uppmärksam risk är bedömning av huden en gång per dag eller oftare, bruk av trycksårsförebyggande hjälpmedel, hudvård och mellanmål.

Fall

Resultat från Senior Alert	2015	2016	2017	2018
Sårskada	111	146	59	33
Fraktur	14	16	10	11
Hjärnskakning/skallskada	1	5	1	1
Mjukdelsskada och övriga skador	103	97	49	16
Dödsfall	0	0	1	1
Totalt antal fall	1227	1054	467	337

Fall från 129 unika personer har registrerats i registret.

Förvirring, oro eller upprördhet, bakomliggande sjukdomar och läkemedel som ger ökad fallrisk, nedsatt balans och rörelsemönster uppges vara vanligaste orsakerna till fall. En stor andel faller på natten och fler faller på eftermiddagen än på morgonen/förmiddagen. De vanligaste åtgärderna som vidtagits är larm, läkemedelsgenomgång, assistans vid personlig vård och anpassning av möbler och inventarier.

2046 fallolyckor har dokumenterats i Treserva under året. Den stora differensen mellan statistiken i Senior Alert och i Treserva kan delvis förklaras med att det endast är hemsjukvården som använder Senior Alert. I Treservas avvikelsemodul registreras fallolyckor i samtliga verksamheter.

I kvalitetsregistret finns 1894 planerade åtgärder dokumenterade under 2018 för att förebygga fallolyckor, att jämföra med 2619 föregående år.

Munhälsa

Resultat från Senior Alert	2015	2016	2017	2018
Antal riskbedömningar av munhälsa	322	497	349	227
Antal riskbedömningar med ROAG	266	420	317	197
Antal personer med risk för munhälsa	-	-	91	65

Revised Oral Assessment Guide (ROAG) är ett riskbedömningsinstrument för munhälsa.

Nedsatt förmåga att förstå information och instruktion uppges vara vanligast orsaken till dålig munhälsa. Vanligaste åtgärderna vid uppmärksam risk för munhälsa är tandborstning (assistans eller fullständig hjälp), rengöring och fuktning av munslemhinnor samt smörja läpparna.

Antalet riskbedömningar av munhälsa har minskat jämfört med tidigare år. Under 2016 fick sjuksköterskor utbildning i att utföra riskbedömningar av munhälsa. Det sjunkande resultatet kan möjligen förklaras med att inga utbildningar genomförts under 2017 och 2018.

Undernäring

Resultat från Senior alert	2015	2016	2017	2018
Antal med BMI <22	124	168	142	111

Body Mass Index (BMI) bygger på en matematisk formel som visar sammanhanget mellan en persons vikt och längd.

Det är väl känt att många brukare inom äldreomsorgen har risk för undernäring eller är undernärda. De vanligaste åtgärderna som vidtagits vid uppmärksammande av risk för undernäring är vägning minst en gång var tredje månad, minska nattfastan till max 11 timmar, mellanmål, uppmuntran och påstötning, läkemedelsgenomgång samt beräkning av kosten.

5.18 Ärenden i förvaltningsdomstol

Regler för handläggning och dokumentation syftar till att garantera den enskildes rättssäkerhet. Den enskilde ska få sin sak prövad och avgjord på ett sakligt och opartiskt sätt. De bestämmelser som reglerar handläggning och dokumentation återfinns framför allt i förvaltningslagen (FL) samt respektive lag inom socialtjänsten. Enligt 22 § FL har den enskilde rätten att överklaga ett beslut med förvaltningsbesvär, om det gått den enskilde emot och om beslutet kan överklagas. Beslut som överklagas genom förvaltningsbesvär, ger socialtjänstens verksamhet underlag för att utveckla och förbättra möjlighet för den enskilde att få sin sak prövad på ett sakligt och opartiskt sätt.

Gällande beslut enligt LSS och SoL har under 2018 totalt 46 beslut med avslag överklagats till förvaltningsrätten. I tre överklagningsärenden har förvaltningsrätten upphävt hela eller delar av socialtjänstens beslut och återremitterat ärendet till socialtjänsten för ny utredning och beslut.

Förvaltningsrättens dom och socialtjänstens beslut enligt LSS och SoL överensstämmer med 93%. Resultatet visar att socialtjänstens beslut om insats har en hög rättssäkerhet. 2017 var överensstämmelsen 92%.

Överklagan och förvaltningsrättens dom

Överklagan avser	Antal	Förvaltningsrättens dom
Ekonomiskt bistånd (SoL)	38 (27)	36 avslag, 2 delvis bifall
Personlig assistans	7 (3)	7 avslag
Korttidsplats (LSS)	1 (0)	1 bifall
Totalt	46	43 enligt socialtjänstens beslut 3 mot socialtjänstens beslut

Gällande beslut enligt LVM och LVU ser motsvarande siffror från förvaltningsrätten ut enligt nedanstående tabell.

LVM och LVU-ärenden

Beslut	Antal	Förvaltningsrättens dom
Omedelbart LVM	0 (3)	
Ansökan LVM	2 (4)	2 fastställt dom
Omedelbart LVU	7 (9)	5 fastställt dom, 2 avslag
Ansökan LVU	18(13)	17 fastställt dom, 1 avslag
Totalt	27	24 enligt socialtjänstens beslut 3 avslag av socialtjänstens beslut

Föregående års siffror inom parentes.

Förvaltningsrättens dom och socialtjänstens beslut enligt LVU och LVM överensstämmer med 89%. 29 över-

klagningar har under året gjorts av förvaltningsrättens dom enligt LVU. Av dessa har samtliga avslagits vilket resulterar i att förvaltningsrätten till 100% gått på socialförvaltningens beslut.

5.19 Öppna jämförelser

Socialstyrelsen samlar årligen in och publicerar öppna jämförelser inom socialtjänsten och kommunal hälso- och sjukvård. Jämförelseindikatorerna belyser olika förhållanden och kan användas för att mäta och följa upp kvaliteten i verksamheter.

Myndighetsutövning

Öppna jämförelser är en omfattande redovisning av 268 kvalitetsindikatorer.

I jämförelse med 2016 och 2017 års jämförelser är årets resultat mer grönt för socialtjänsten Nässjö kommun. Sammantaget har Nässjö 71% av de efterfrågade kvalitetsindikatorerna i jämförelse med 58% 2017. För många av de positiva/gröna indikatorerna och av de röda indikatorerna gäller att samma indikator återfinns i många eller alla verksamhetsgrenarna.

En del rutiner för samverkan eller trygghet finns fortfarande inte men det finns en strategi för att successivt införa dessa rutiner. Att ha rutiner innebär ökad trygghet för likabehandling samt ökad förutsägbarheten och transparens.

Metoder som efterfrågas både i arbetsätt, bedömning och uppföljning fattas också framförallt i för äldre- och funktionshinderenheterna. Metoder för att använda uppföljningar i verksamhetsutveckling är ett avdelningsövergripande utvecklingsområde.

Under 2019 kommer individens behov i centrum (IBIC) att införas vilket gör att kvaliteten säkras inom både arbetsätt, bedömning och uppföljning.

Vård och omsorg om äldre (bygger på resultat från 2017)

Indikatorerna i öppna jämförelser vård och omsorg om äldre bygger främst på uppgifter från nationella kvalitetsregister, officiell statistik och undersökningen av de äldres uppfattning om hemtjänst och särskilt boende "Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?"

Resultat för äldres uppfattning i brukarundersökning redovisas på annan plats i dokumentet.

En del av indikatorerna inom sammanhållen vård och omsorg är huvudsakligen regionens ansvar bland annat läkemedelsindikatorerna, exempelvis användning av många läkemedel samt felaktiga läkemedel utifrån ålder, där stora förbättringsbehov finns. Även om ansvaret är regionens och läkarens finns det goda vinster att göra om teamet runt den äldre fungerar väl. En av de metoder som används är årliga läkemedelsgenomgångar, vilket kommunen kan bidra så att det blir en god systematik i dessa genomgångar både i särskilt och ordinärt boende. Då kan även sjuksköterskan och andra yrkeskategorier verka för en korrekt läkemedelsanvändning. Det finns också, även i årets jämförelse, en genusskillnad i läkemedelsanvändning då kvinnor står för en större användning av de läkemedelsgrupper som tas upp i jämförelsen.

För att intensifiera det riskförebyggande arbetet har en nystart gjorts under året där teamsamverkan fått en ny struktur som tar sin utgångspunkt i Senior Alert. Liksom tidigare år står kvinnorna för en större del av fallskadorna och för indikatorn frakturer på lår och höft finns en stor könsskillnad till kvinnornas nackdel. I indikatorerna för palliativvården är könsskillnaderna i princip utjämnade i årets jämförelse.

Att göra vården jämlik är en utmaning för alla yrkesgrupper. 2018 års resultat är ännu inte publicerade.

6 Identifierade förbättringsområden

I de resultat och förbättringsarbeten som presenterats finns det mycket positivt som visar på god kvalitet i verksamheterna. Utifrån insamlade resultat kan ändå brister påvisas som kräver förbättringar och fortsatt utvecklingsarbete. Avdelningarna rekommenderas att komplettera sina handlingsplaner för 2019 med nedanstående förbättringsområden knutet till nämndens mål.

Efterlevnad av basala hygienrutiner och klädregler

Höstens sammanställning av hygienobservationer visar att endast 37% av medarbetarna följer basala hygienrutiner och klädregler i alla delar. Antibiotikabehandlade urinvägsinfektioner på särskilt boende har ökat med 17% och sårinfektionerna med 38% och det kan finnas ett samband med bristande hygien.

Det finns tydliga rutiner för hygienområdet men alla verksamheter som utför vård- och omsorgsinsatser behöver jobba mer med efterlevnaden. Finns den kompetens som krävs i verksamheterna? Har alla medarbetare skrivit på hygienkontraktet? Vilka åtgärder vidtar chefer när medarbetare inte följer rutinerna? Får alla nya medarbetare en genomgång av hygienrutinerna och klädreglerna? Hur samarbetar chefer och hygienombud för att förbättra sina resultat?

God kommunikation och samverkan

Brugarundersökningar och många rapporterade avvikelser visar på bristande kommunikation både internt och externt. Antalet interna avvikelser gällande bristande informationsöverföring har ökat med 42% i jämförelse med föregående år.

Med IBIC som nytt arbetssätt ställs ännu högre krav på samverkan. Individens behov ska vara i centrum och utgångspunkten i alla beslut, all planering och i utförandet av vård- och omsorg. Kommunikationen måste förbättras inom och mellan olika verksamheter för att främja nödvändig helhetssyn med brukarfokus. Organisationen behöver ge förutsättningar för att arbeta mer "tillsammans" med särskilt fokus på säker informationsöverföring och en rättssäker dokumentation.

Det finns rutiner för teamsamverkan i vissa delar av verksamheterna. Behövs fler styrande dokument för samverkan? Efterlevs de rutiner som finns? Fungerar de team som finns i verksamheterna optimalt? Hur främjas samverkan mellan olika yrkeskategorier? Kan vi bli bättre på att kommunicera med brukare? Hur informerar vi och kommunicerar med brukare så att de upplever delaktighet och trygghet?

Trygg och säker läkemedelshantering

Trots många insatser inom området läkemedel fortsätter nya avvikelser att rapporteras. Under 2018 ses en ökning med 23% jämfört med 2017. Allvarlighetsgraden på läkemedelstillbudna är sällan betydande men varje avvikelse medför risk för allvarlig vårdskada.

Det behövs alltså fler åtgärder och mer kraftfulla sådana för att vända trenden. Det finns skriftliga rutiner för läkemedelsområdet och för delegering av läkemedelshantering. Är dessa kända av alla berörda i verksamheterna? Är utbildningen till baspersonalen i samband med delegering av god kvalitet och är kunskapstesten tillräckliga för att säkra kompetensen? Fungerar samarbetet optimalt mellan enhetschefer och sjuksköterskor i utredningar och åtgärder av läkemedelsavvikelser?

Uppföljning som främjar utveckling

Enhetsundersökningar och brukarenkäter visar i många fall på positiv utveckling och en starkt kvalitet. Kvalitetsuppföljningar som genomförts med många enhetschefer under året visar på en positiv trend där medvetenheten om medarbetarnas anmälningsplikt av brister ökar. Rapporterade avvikelser rapporteras också var viktiga underlag i allt fler förbättringsarbeten vilket ger goda möjligheter för högre måluppfyllelse. Vid kontroll gjord i Treserva på avvikelser inkomna före den första december 2018 är dock 14% av utredningarna inte avslutade. En betydande andel rapporterade brister som verksamheternas chefer inte har hanterat enligt vedertagna rutiner. Det går inte att säkert säga att detta för med sig några konsekvenser för brukare men det väcker frågan i vilken utsträckning som rapporterade avvikelser med tillhörande åtgärder följs upp.

De åtgärder som utförs och planeras i samband med utredningar av inkomna avvikelser, klagomål och resultat i enhetsundersökningar och brukarenkäter behöver systematiskt följas upp. Syftet med uppföljningarna ska vara att säkerställa att de vidtagna åtgärderna verkligen leder till bestående förbättring och utveckling. Förhindrar uppmärksammade brister att det inträffar igen? Har enhetschefer kunskapen och prioriterar tiden att övergripande analysera inkomna avvikelserapporter och andra presenterade resultat? Sprids lärdomar och goda exempel till andra delar i organisationen? Hur involveras medarbetare i uppföljningar som främjar utveckling?