

Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse

Socialnämnden
2017

Jennie Sandh, Socialt ansvarig socionom
Margareta Lägervik, Medicinskt ansvarig sjuksköterska

Innehållsförteckning

1 Sammanfattning	4
2 Övergripande mål 2017	5
3 Kvalitetsledningssystem	6
3.1 Ansvar för kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet.....	6
3.2 Egenkontroll och riskanalys	6
3.3 Hantering av synpunkter och klagomål.....	7
3.4 Rapporteringsskyldighet.....	7
3.5 Samverkan.....	8
4 Genomförda kvalitets- och patientsäkerhetsarbeten	10
4.1 Förvaltningsövergripande.....	10
4.2 Funktionshinderomsorg.....	11
4.3 Hälso- och sjukvård.....	12
4.4 Myndighetsutövning.....	13
4.5 Äldreomsorg.....	14
5 Resultat och analys	17
5.1 Avvikelse rapportering.....	17
5.2 Brukarundersökning	19
5.3 Demensvård - BPSD	22
5.4 Dokumentation	23
5.5 Ej verkställda beslut	24
5.6 Hygien	24
5.7 Infektionsmätning.....	25
5.8 Lex Maria och lex Sarah	25
5.9 Loggningskontroll	26
5.10 Läkemedel	26
5.11 Palliativvård	27
5.12 Synpunkter och klagomål.....	28
5.13 Tillsyn av Inspektionen för vård- och omsorg	28
5.14 Uppföljning inom barn- och familjevård.....	29
5.15 Vårdighetsgarantierna	29
5.16 Vårdprevention.....	30
5.17 Ärenden i förvaltningsdomstol.....	31
5.18 Öppna jämförelser	32
6 Identifierade förbättringsområden	34

Sammanfattning

Många åtgärder har vidtagits för att öka kvalitén och patientsäkerheten under 2017. 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 kvalitet 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 3162 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 2018.

Den enskildes och närståendes synpunkter och klagomål är viktiga för verksamheten och har hanterats enligt gällande rutiner. 40 klagomål har inkommit och 28 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 2810 personer stöd från socialtjänstens verksamhet. Av dessa är 1115 brukare inom äldreomsorgen (ÄO), 636 brukare inom funktionshinderomsorgen (FO) och 1059 klienter inom individ- och familjeomsorgen. 1020 personer hade insatser från kommunens sjuksköterskor i särskilt och ordinärt boende. 410 hade insatser av fysioterapeut och 715 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. Dokumentation, välfärdsteknik, informationsöverföring, läkemedelshantering och rehabilitering är förbättringsområden som identifierats.

I Övergripande mål 2017

Perspektiv	Nämndmål
Medborgare	Medborgare ska uppleva en god kvalitet vid varje möte med socialförvaltningens verksamheter
	God och lättillgänglig information och kunskapsspridning om socialförvaltningens verksamheter
	Rättssäker verksamhet på alla nivåer i socialförvaltningen
	Ökad egenförsörjning
	Bostäder till nämndens målgrupper finns med i kommunens strategi för boendeplanering
	Ökat fokus på barnets rätt
Ekonomi	Budget i balans
	Effektivt genomförd verksamhet av tilldelade resurser
Medarbetare	Professionellt ledarskap och medarbetarskap
	God arbetsmiljö, såväl fysisk som psykosocial
Verksamhet/utveckling	Hållbart och strategiskt utvecklingsarbete baserat på omvärldsbevakning, lagkrav och evidens
	Verksamheterna ska aktivt bedriva ett vardagsnära förbättringsarbete, som är dokumenterat och synliggjort

2 Kvalitetsledningssystem

2.1 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 gör även 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 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.

2.2 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 har skiftat på de olika områdena. Resultaten analyseras främst av

MAS/SAS, för att sedan återkopplas till medarbetare, chefer samt ledning och nämnd. Resultaten ligger också 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 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.
- Efterlevnaden av basala hygienrutiner följs upp via observationer och enkäter av kommunens hygienombud.
- Läkemedelshantering och kommunens läkemedelsförråd på särskilt boende kontrolleras årligen enligt standardiserat protokoll.
- 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 chefer. Under året har tre uppföljningar med samtliga enhetschefer genomförts. Vid två av tillfällena har fokus legat på arbetet med avvikelser, synpunktshantering och dokumentation. Vid ett tillfälle har fokus legat på förbättringsarbete framförallt kopplat till tillgängliga resultat exempelvis brukarundersökningar, öppna jämförelser och andra/egna undersökningar.
- Enheten Barn och unga använder sig av Achenbachs skattningsskalor för uppföljning som mäter barn och ungdomars psykiska hälsa utifrån upplevd symtombelastning.
- Uppföljning av mål görs via ”Styrpilen” som metod för mål- och uppföljningsarbete.

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

2.3 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 för 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.

2.4 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 de allvarligaste avvikelserna till IVO.

Dokumentationen av avvikelshanteringen 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.

2.5 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.

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 egna förvaltningen och med andra vårdgivare. Formerna för samverkan regleras bl.a. i diverse samverkansdokument, avtal och deltagande i olika lokala, regionala och nationella nätverk.

Här följer några exempel på samverkansformer:

- Deltagande i Estherforum för ledare ger tydlighet i ansvarsfrågor och samverkan inom länet.
- Överenskommelse mellan Region och kommun gällande palliativ vård och geriatrisk vård. Samverkan med Höglandets Palliativvårdsenhet (PVE) och Geriatriska mobila team (MGT).
- 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 medicinskteknisk 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.

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 i verksamheterna. 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, tex 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 ett 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 2017. Den fråga som varit mest diskuterad under 2017, 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 2017, har varit strategi för Nässjö kommuns boendeplanering och tekniska hjälpmedel.

3 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.

3.1 Förvaltningsövergripande

Styrande dokument

Under 2017 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.

Rutin för avvikelshantering (reviderad)

Rutin för dödsfall i ordinärt boende (reviderad)

Rutin för hantering av vinterkräksjuka (reviderad)

Rutin för samordnad vårdplanering (ny)

Rutin för användandet av Cosmic Link (ny)

Rutin för loggningskontroll (ny)

Rutin för synpunktshantering (reviderad)

Rutin för styrande dokument (ny)

Rutin för ställningstagande till HLR (ny)

Rutin för social dokumentation i genomförandejournal (reviderad)

Rutin för processutveckling (ny)

Rutin för ständiga förbättringar (ny)

Rutin för ersättning vid sakskada (ny)

Rutin för trygghetslarm (reviderad)

Rutin för hantering av beslutade ärende i Treserva (ny)

Riktlinje för kontaktperson SoL (ny)

Riktlinje för kontaktperson LSS (ny)

Riktlinje för personlig assistans (ny)

Dokumenthanteringsplan (reviderad)

Samordnad vårdplanering

En ny samverkansprocess för samordnad vårdplanering (SVPL) har tagits fram på länsnivå och Nässjö har sedan den 16 oktober varit testkommun tillsammans med kommunens vårdcentraler och Höglandssjukhuset. Syftet med samordnad vårdplanering är att Esther och närstående ska få en trygg och effektiv in- och utskrivning i samband med sjukhusvistelse. Esther ska vara delaktig och planeringen ska ske utifrån Esthers behov. Vårdplaneringen ska i första hand ske i hemmet inom tre dagar från hemgång. Projektet har fört med sig positiva utmaningar som främjat extern och intern samverkan med fokus på vad som är bäst för Esther. Esther är en person som behöver vård och omsorg från mer än en vårdgivare oavsett ålder, kön eller behov.

Mätningen av antalet vårddygn i slutna vård med utskrivningsklara patienter från Nässjö visar på en förbättring från 4.3 under våren till ett årsresultat på 2.2 dagar. Förändringen kan förklaras med nya arbetssättet för samordnad vårdplanering.

Digital avvikelshantering

Det går inte att undvika händelser som innebär att verksamheten i något avseende brister när det gäller kraven på kvalitet. För att minska konsekvenserna av dessa negativa händelser behövs en systematisk avvikelshantering med målsättning att utveckla verksamheten. I början av året infördes en digital hantering i verksamhetssystemet Treserva. Detta förde med sig att gällande rutiner skrevs om och att medarbetare och chefer utbildades i systemet. Chefer har med hjälp av nya rutiner och stöd av systemet fått bättre förutsättningar att utreda, åtgärda och övergripande analysera sin verksamhetsbrister.

Social dokumentation

Under året har en nystart gjorts gällande utveckling av den sociala dokumentationen. En utökad arbetsgrupp, bestående av representanter från myndighetsutövningen och verkställigheten, har reviderat rutin samt instruktioner för social dokumentation i genomförandejournal samt upprättande av genomförandeplan. En processbeskrivning (i processverktyget 2c8) har tagits fram med syfte att underlätta för kontaktmän i deras uppgift att skriva genomförandeplaner. Arbetsgruppen har också tagit fram ett förslag för ny stödstruktur inom ÅO för att kunna implementera dokumenten samt upprätthålla dem på ett bra sätt. Stödstrukturen liknar den som återfinns inom FO och som man där har goda erfarenheter ifrån. Fokus har 2017 lagts på framtagandet av dokument. Implementeringen av desamma sker 2018.

Kontroll av efterlevnaden av sekretesslagstiftningen

En rutin för loggningskontroll har tagits fram och implementerats i verksamheterna med syfte att förebygga, konstatera och beivra otillåten åtkomst till personuppgifter. IT-enheten tar varje månad slumpvis fram underlag i Treserva som förvaltningens chefer sedan kontrollerar. MAS/SAS granskar och sammanställer sedan inkomna protokoll.

Introduktion till nyanställda

En ny struktur har tagits fram för introduktion av nya chefer och vissa medarbetare inom myndighetsutövningen. Regelbundet erbjuds tillfällen (ca fyra timmer) där de nyanställda får information från ledningskontorets stödfunktioner.

En förändring har även gjorts för introduktionen till sommarvikarier, där cheferna nu utifrån fastställt utbildningsmaterial håller i introduktionen.

Processtöd till vikarieförmedlingen

Utvecklingsledare har tillsammans med vikarieförmedlingens personal kartlagt deras arbetsprocess, vilket har resulterat i en processbeskrivning med instruktioner och rutiner. Arbetet har resulterat i ett mer effektivt flöde som är tydligt för verksamheterna. Avdelningarna har i sin tur tagit fram egna rutiner för hantering av vakanser.

3.2 Funktionshinderomsorg

Processtöd till personlig assistans

Under året har det, tillsammans med utvecklingsledare, tagits fram ett processtöd som beskriver verkställigheten för personlig assistans. En processkartläggning (i processverktyget 2c8) har legat till grund för flödet med länkade checklistor, instruktioner och rutiner.

Pict-O-stat som stöd för brukarundersökningen

En satsning har under året gjorts för att öka svarsfrekvensen i brukarundersökningen. Inköp av läsplattor har gjorts till samtliga enheter. Pict-O-stat används nu inom hela FO. Information har lämnats till såväl medarbetare som brukare om brukarundersökningens betydelse för utveckling av verksamheten.

Delaktighetsmodellen

Evidensbaserad modell som tidigare är pilottestats på vissa enheter, men som 2017 införts inom stora delar av funktionshinderomsorgen (FO). Användandet av modellen har resulterat i att ett flertal förbättringsområden har identifierats utifrån brukares önskemål.

I de fall då brukare kände att de inte förstod har ett projekt "tydliggörande kommunikation" bedrivits med syfte att alla ska förstå vad som kommuniceras. Vikarieparmen innehåller nu foton och enkel presentation av enhetens vikarier. Matkort har tagits fram där det visuellt förtydligats maträtter till matsedeln genom foton med tillhörande inhandlingslista. I de särskilda boendena ha fysisk aktivitet i samband med måltider införts, där brukare gör

gymnastikrörelse till en berättelse.

Ett självständigt liv (ESL)

Metoden ESL har under 2017 implementerats inom socialpsykiatri- och missbruksenheterna. Metodens målsättning är att ge ett personligt stöd till ett fungerande dagligt liv med mindre symptom, mindre rädsla, bättre kontakt med andra och bättre problemlösning vid dagliga svårigheter. Metoden ska bygga på brukarens egna förmågor och utveckla dessa.

Uppstartsmöte mellan myndighetsutövning och verkställighet

Eftersom insatser inom framför allt boendestöd tenderade att ta tid innan de ordentligt kom igång efter utredning av behov och beslut har under året ett arbete med uppstartsmöten påbörjats. Ansvarig handläggare kallar till möte med ansvariga inom verkställighet samt med brukare. De går igenom behov, insats och beslut tillsammans i syfte att i samverkan med brukare göra planering och genomförandeplan mer effektivt. Arbetsättet har resulterat i bättre dialog mellan alla parter.

Brukarinflytande

Olika åtgärder har vidtagits i syfte att öka brukarinflytandet inom FO. Flera verksamheter har tätare husmöten, vilket resulterat i ökad känsla av att bli lyssnad på och få gehör för sina idéer. Utifrån detta har sedan förbättringsarbeten och projekt startats t ex trädgårdsprojekt eller utflykter.

Metodstödjare, Esthercoacher och förbättringscoacher

Inom FO har nu samtliga arbetsgrupper metodstödjare som är en viktig nyckelperson i stödstrukturen. Metodstödjarna träffar metodhandledarna två timmar i månaden för att få den handledning som krävs för att sedan verka för fokusområden i sina respektive arbetslag.

FO har under året utbildat sina första sju Esthercoacher och utsett förbättringscoacher i samtliga arbetsgrupper. En satsning har också gjorts på två utbildningar i teckenkommunikation då det funnits behov av fler personal som kan teckenspråk.

Digital dokumentation

Funktionshinderomsorgen har under året infört digital dokumentation i verksamhetssystemet Treserva. I samband med detta har det blivit stort fokus på social dokumentation och förbättra dess kvalitet.

3.3 Hälsa- och sjukvård

Inkontinensvård

En projektgrupp i hemsjukvården har tillsammans med MAS haft fokus på att förbättra inkontinensvården. Samtlig personal inom hemtjänst och alla kontinensombud på särskilt boende tillsammans med förskrivande sjuksköterskor har fått en tre timmars utbildning i inkontinensvård som arrangerades tillsammans med leverantörerna av inkontinenshjälpmedel. Förskrivande sjuksköterskor har sedan ansvarat för att tillsammans med omvårdnadspersonalen se över varje enskild förskrivning och säkerställa rätt skydd och goda bytesrutiner. Tre sjuksköterskor har gått särskild utbildning och fått förskrivningsrätt av inkontinenshjälpmedel.

Nutrition

I början av året genomfördes en större förändring gällande nutritionsprodukter då hjälpmedelscentralen tog över hanteringen. Alla distriktssköterskor och ansvarig sjuksköterskor på särskilt boende har fått gå på utbildning för att få förskriva viss särskild näring. Förändringen syftar till att förenkla hanteringen av produkterna och minska risken för undernäring.

Palliativvård

En särskild information till patienter inskrivna i palliativvård och dennes närstående har tagits fram av hemsjukvårdens palliativvårdsgrupp. Informationen innehåller i huvudsak en kortfattad beskrivning av vad palliativvård innefattar och vilka olika ansvarsområden kommunens olika yrkeskategorier har. Informationen är laminerad och finns i den gröna palliativvårdspärmen hemma hos patienten.

Förflyttningsteknik

Ett projekt har pågått under året för att säkerställa kompetensförsörjningen inom förflyttningsteknik. Rehab-teamets medarbetare har hunnit genomföra tio utbildningstillfällen till verksamheternas omvårdnadspersonal. En

viktig arbetsmiljöfråga, men också en patientsäkerhetsfråga då förflyttningarna ska genomföras på ett tryggt och säkert sätt för den enskilde.

Ett nummer in till Rehab

Första november ökade tillgängligheten till hemsjukvårdens Rehab-team. Nu kan patienter och deras närstående samt övriga medarbetare och samarbetspartners nå Rehab-teamet via ett nummer in alla vardagar på kontorstid. En förändring som stärker patientsäkerheten genom att underlätta kommunikation internt och externt.

Arbetsinstruktion vid in- och utflyttning på särskilt boende

En arbetsinstruktion har tagits fram med syfte att vid in- och utflyttning på särskilt boende säkerställa en god kvalitet på insatser från Rehab-teamet. Instruktionen innefattar bl a vilken information som ska ges till patienter och anhöriga vid inflyttning samt att en genomgång av patientens hjälpmedelsbehov ska göras.

Även arbetet med att förtydliga flödet för hemträning vid behov av mer kontinuerlig träning har fortgått under året.

Översyn av elrullstolar

Uppföljning av samtliga utskrivna elrullstolar till personer boende i Nässjö kommun har genomförts. Detta resulterade i att några elrullstolar drogs in eftersom patienten hade försämrats så att varken patientsäkerhet eller säkerhet för omgivningen kunde garanteras. Det har också haft en positiv ekonomisk effekt i och med minskade hyreskostnader.

Bostadsanpassning

Samarbetet med samhällsplaneringskontoret har intensifierats under året för att om möjligt skynda på bostadsanpassningsprocessen. Syftet är att så snabbt som möjligt göra ordinärt boende så säkert och tillgängligt som möjligt. I januari 2018 genomförs en halv utbildningsdag tillsammans med de som utför bostadsanpassningarna med målsättning att lära sig skriva så bra och informativa bostadsanpassningsbidrag som möjligt. Vilket med största säkerhet också kan skynda på processen.

Utökat samarbete med hjälpmedelscentralen (HMC)

Under året har hemsjukvårdens personal deltagit på hjälpmedelcentralens forskrivartutbildningar och beslutsstödet för hjälpmedel används allt mer. Som övriga kommuner finns det nu en representant från Nässjö med på HMC kundråd. En gång om året kommer ansvariga för HMC till Nässjö och redovisar forskrivningen av hjälpmedel under föregående år. Det kan handla om antal forskrivna artiklar av olika slag, kostnadsutveckling, leveranstider, dubbel-föreskrivning och särskilt kostsamma artiklar. Samarbetet med HMC innebär också att det är deras tekniker som ansvarar för inköp, service och besiktning av hjälpmedel som utgör grundutrustning på särskilt boende. Det har visat sig att mycket framför allt sängar och lyftar varit i mycket dåligt skick och dessa byts nu successivt ut.

Fallprevention

Nattpatrullen och larmgruppen har under hösten påbörjat ett nytt arbetssätt för att förebygga fallolyckor. I samband med besök hos brukare som fallit lämnas en checklista kvar med en hälsning från personalen och med uppmaningen att se över möjligheterna att förebygga ytterligare fall.

Trycksårsprevention

Personalen på samtliga särskilda boenden inom äldreomsorgen har under året fått utbildning i trycksårsprevention. Med syfte att minska antalet trycksår föreslås representant från företaget Care of Sweden olika hjälpmedel och arbetsmetoder. Enhetschefer, sjuksköterskor och rehab. personal deltog i viss utsträckning. Arbetet med att implementera bäddkort har fortgått under året, med målsättning att alla sängar ska bäddas på bästa sätt för att minska trycksårsrisken.

3.4 Myndighetsutövning

HVB-träffar

De förändringar inom missbruksvården som varit pågående sedan 2015 är nu slutförda och under 2017 har målet med HVB-träffar uppfyllts. Enhetschef för myndighetsutövningen, socialsekreterarna samt enhetschef och gruppleddare för missbruksvårdens verkställighet har haft regelbundna möten under hela året. Mötet innehåller genomgång av alla externa och interna placeringar med syfte att säkerställa att vården sker med god kvalitet och

effektivitet. Placeringstiderna har kortats ner utan att behandlingsresultatet försämrats. Genom ett tätt samarbete med verkställigheten säkerställs kvalitén och en förbättring från 37 placeringar 2016 till 21 placeringar 2017. Kostnaden är halverad och ett överskott redovisas i placeringsbudgeten för 2017.

Våld i nära relationer

Under flertal år har arbete med våldsutsatta pågått i olika projekt och arbetsformer. Under 2017 har fokus lagts på att utveckla arbetssätt för att nå de som utövar våld och idag erbjuds de stödsamtal utifrån metoden "Alternativ till våld". Syftet är bl a att de ska ta ansvar för sina handlingar. Det finns idag också ett upparbetat samarbete med Region Jönköpings län.

Modell med egenförsörjning som mål

Arbetsmarknadsenheten och enheten för ekonomiskt bistånd arbetar löpande och vidareutvecklar sitt huvuduppdrag i arbetsprocessen ” från ekonomiskt bistånd till egenförsörjning”. Processen tydliggör, effektiviserar och kvalitetssäkrar socialförvaltningens arbete med att minska bidragsberoende och öka egenförsörjningen. Inom enheten ekonomiskt bistånd har MIX, en strukturerad utredningsmodell, implementerats under hösten med ett stort fokus på arbetet mot egenförsörjning.

Västernorrlandsmodellen

Nationellt har ett arbete pågått för att synliggöra barns perspektiv inom den sociala barnvården med syfte att utveckla arbetssätt för att tillvarata barns synpunkter och erfarenheter i mötet med socialtjänsten. I Västernorrlands län resulterade arbetet i en modell ”Västernorrlandsmodellen” som Nässjö kommun använt under 2017. Varje socialsekreterare intervjuar ett barn som har haft kontakt med en kollega. Intervjun transkriberas för att sedan analyseras på ett seminarium i respektive arbetsgrupp. Materialet sammanställs därefter i konkreta förslag på hur verksamheten ska utvecklas och redovisas för socialnämnden. Det som kan förbättras är deras upplevelse av att vara en mer aktiv part i kontakten med socialtjänsten. Som det är idag upplever många av barnen att kontakt och kommunikation främst sker mellan socialtjänsten och föräldrarna. Enhet barn och unga kommer genomföra intervjuer enligt Västernorrlandsmodellen vartannat år.

Kontrollköp av alkohol, tobak och receptfria läkemedel

Syftet med metoden är att ta reda på om en butik eller kiosk har bra rutiner för att kontrollera ålder på den som handlar folköl, tobak eller receptfria läkemedel. Ett kontrollköp görs genom att en person som är över 18 år, men som ser ung ut, testar om det går att handla folköl, tobak eller receptfria läkemedel utan att visa legitimation. Efter kontrollköpet har en handläggare från kommunen en dialog med näringsidkaren om resultatet, men kommunen kan inte utfärda några straffrättsliga sanktioner.

Nässjö kommun har under 2017 genomfört kontrollköp i samtliga butiker som säljer folköl, tobak eller receptfria läkemedel.

3.5 Äldreomsorg

Kontinuitet i hemtjänsten

Bodafors hemtjänst har genomfört ett förbättringsarbete med syfte att förbättra kontinuiteten för brukarna. De hade uppmärksammat att brukare ofta påpekade att de inte kom ihåg personalens namn. Strukturen på gruppen ändrades och brukare kom att träffa färre antal personal. Det blev en större trygghet för brukarna då de fick bättre förutsättningar att lära känna personalen och inte behövde tala om hur de vill ha det lika ofta.

Samverkan med kyrka och bibliotek

Malmåkra äldrehem har startat samverkansgrupp "after school" där kyrkans barngrupp besöker äldrehemmet för att utföra olika aktiviteter tillsammans med de äldre. Även "livssamtal" är påbörjat i samarbete med kyrkan. I samverkan med personal från biblioteket har en ny rutin skapats där bibliotekspersonalen besöker boendet regelbundet för högläsning.

Efterlevnad av genomförandeplaner

På varje arbetsplatsträff på Malmåkra görs en genomgång av två genomförandeplaner tillsammans med samtlig personal. Bra tillfällen för lärande och att säkerställa samsyn kring insatserna som ska utföras. Vård- och omsorgspersonalens pårmar har uppdaterats med foton på personal i syfte att öka igenkänning och trygghet hos brukaren.

Vårdnära servicetjänster

"Vårdnära servicetjänster" har införts. Personal har anställts för att utföra städarbeten, vilket innebär att undersköterskorna kan lägga mer tid på t ex personlig omvårdnad.

Tydliggörande av ansvarsområden

På Parkgården har en ny arbetsstruktur tagits fram där det framgår tydligt vad varje medarbetare har för uppdrag respektive arbetsdag. En medarbetare kan t ex ha ett särskilt ansvar för läkemedel hos fyra olika brukare. Vid tre tillfällen per dag görs avstämning via en checklista, att alla brukare har fått sina insatser utförda. Detta strukturerade arbetsätt har minskat antalet hälso- och sjukvårdsavvikelser. Gruppen upplever också att arbetsmiljön blivit bättre då man tydligare delat upp arbetsuppgifterna. Arbetsättet följs upp varje arbetsplatsträff och justeringar görs när behoven förändras.

Inflytande av anhöriga

På Ekbackagården vill man göra anhöriga mer delaktiga. Nyhetsbrev skickas nu ut till anhöriga via mail tre gånger per halvår. Nyhetsbrev innehåller information om pågående och kommande aktiviteter. Anhöriga som deltagit vid Brukarråden har varit positiva till att få information via nyhetsbrev. Anhöriga har också bjudits med på boendefika och på demensenheter har anhöriga varit med och önskat aktiviteter mm för de boende.

På Björkliden och Norråsagården har man arbetat med informationsmöten där anhöriga är välkomna ett par gånger per termin för att få information om vad som gjorts och vad som är på gång i verksamheten. Parallellt med detta har man också haft brukarråd där de anhöriga kan vara med och påverka innehållet.

Aktivitetsombud

På flera enheter finns nu ett aktivitetsombud per avdelning som har gått särskild utbildning. Varje ombud gör tillsammans med sina kollegor en månadsplanering för vilka aktiviteter som kommer att erbjudas. Alla avdelningar har som mål att ha två aktiviteter per dag under vardagar och en aktivitet per dag på helger.

Kartläggning av boendeprocessen

Utvecklingsledare har tillsammans med äldreomsorgens särskilt boenden kartlagt boendeprocessen. Arbetet har resulterat i ett mer effektivt flöde som är tydligt för verksamheten.

Välfärdsteknik

Flera äldre hem har börjat använda läsplattor i omsorgsarbetet genom att t ex lyssna på musik och läsa tidningen.

Under våren 2017 har det också startats slutna Facebook-grupper t ex på Norråsagården och Åkersborg där det publiceras vad som händer på enheten och vad som planeras framåt. Tillgången till läsplattor har även gjort det möjligt att brukaren kan hålla kontakt med närstående via Messenger eller Facetime.

En utbyggnad av Wifi sker på samtliga av kommunens egenägda särskilda boenden för att underlätta för införandet av välfärdsteknik. Nästa steg i denna process blir utbyggnad av Wifi på övriga enheter.

Upphandling av läkemedelsskåp med digitalt nyckelsystem har gjorts under året, men plan för implementering på särskilt boende inom äldreomsorgen under 2018.

Samverkan mellan hemtjänst och apotek

Hemtjänst Brinell har bedrivit ett Esther-projekt i samverkan med Apoteket Hjärtat. Projektet har inneburit implementering av befintlig rutin för faxbeställning av vid behovsmedicin till apoteket. Detta gör att personal sparar tid och inte behöver köa på apoteket för att hämta ut läkemedel. Läkemedel levereras nu istället av vaktmästare. Mer tid kan nu prioriteras till brukarnas behov, stressen minskar, även apoteket kan arbeta mer effektivt. Läkemedelsavvikelserna har dessutom minskat kraftigt.

Hemtjänstgruppens Esther-coach sprider nu projektet till övriga grupper.

"Äldre tillsammans"

Ett projekt har drivits av kommunens äldrepedagog i syfte att bryta isolering och ensamhet för seniorer i Nässjö. Träffar och aktiviteter har skapats med syfte att öka förståelse för det svenska samhället för utlandsfödda och att ge svenskfödda seniorer inblick i utlandsfödda seniorers livshistorier och erfarenheter. Som exempel på aktiviteter som anordnats med stipendiemedel under 2017 kan nämnas; gemensamma utflykter till Ullared (efter många seniorers önskan) och till Gränna. Flera gemensamma träffar på hemmaplan där man bl a fått smaka libanesisk mat, svenskt klassiskt kafferep med sju sorters kakor och traditionellt svenskt julbord. Studiebesök på Ingsbergsgården och föreställningen "I folkparkens tjänst" på kulturhuset Pigalle där igenkänningsfaktorn och

nostalgin var stor.

Träffpunkter

Äldrepedagog samordnar och planerar i äldreomsorgens olika träffpunkter och mötesplatser. Aktiviteter som anordnas sker i samarbete med bland annat frivilliga medarbetare, Linden, Studieförbundet Vuxenskolan och Medborgarskolan. Exempel på aktiviteter är "I ord och ton" "Lev väl på äldre dar" och våffelcafé. Aktiviteter med gott fika och musikunderhållning står även i år högt på önskelistan hos de deltagande seniorerna.

Hemtjänsten Åker/Målen anordnade under julen fikastunder tillsammans med de brukare som inte firade jul tillsammans med några närstående.

Lustfylld matsituation

Matsituationen har fått fokus för att bli mer lustfylld. Pensionärer på Malmåkras närområde har bjudits in till "gemensamma middagar med tillhörande gemensam aktivitet". Samtal om matens betydelse för hälsan och i samband med måltid ha gympa i 5-10 minuter är några av de aktiviteter som också genomförts.

Väntjänst

Väntjänst har under 2016 (2017 ej sammanställt ännu) varit aktiva vid 508 tillfällen. Som exempel kan nämnas 96 shopping, 37 läkare och tandläkarbesök (+17 resor till Ryhov och 8 resor till Eksjö), 16 hembesök, 180 caféverksamhet, 93 högläsning/bingo på Ekbackagården och Norråsa/Sturegården mm.

Sund, smart, stark senior

Nytt projekt med fokus på hälsa, som under hösten 2017 startat i Nässjö. Ett samarbete mellan kommunen (socialförvaltningen samt kultur och fritid), Regionen och Smålandsidrotten. Socialförvaltningens äldrepedagog har varit drivande i projektet.

Nässjö inspirerar andra länder

På Ingsbergsgården har det tagits emot två studiebesök från andra länder där äldreboendet delat med sig av hur äldreomsorgen är uppbyggd. Vid ena studiebesöket var Singapores premiärminister på besök.

Förbättrad hygienisk standard

Under 2016-2017 har en översyn av samtliga äldrehemmens spoldesinfektorer gjorts, som har resulterat i att ungefär en miljon har investerats i nya inköp. Alla enheter har nu en väl fungerande spoldesinfektor, vilket bidrar till goda förutsättningar att minska onödig smittspridning.

Informationsblad om hemtjänsten

I hemtjänsten Handskeryd har det tagits fram skriftlig information om hemtjänsten till brukarna.

Informationsbladet innehåller vad som är viktigt att veta som brukare när man har hemtjänst. Tillsammans med denna information togs foton på all ordinarie personal i syfte att brukarna ska veta vilka personal som brukar besöka dem. Detta för att skapa trygghet.

4 Resultat och analys

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

Nedan presenteras i huvudsak de områden där det finns resultat som visar på verksamhetens kvalitet.

4.1 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 2017 hade sammanlagt 1340 avvikelse rapporter inkommit, under andra halvåret 1822. Sammantaget under året 3162 rapporterade avvikelser, varav 58% var fallolyckor där man i nästan alla rapporter konstaterar att fallet inte beror på en verksamhetsbrist.

I början av 2017 införde förvaltningen digital hantering av avvikelser, vilket har medfört ett förenklat förfarande vid rapportering, utredning och uppföljning. Antalet rapporterade avvikelser har ökat med hela 57% under 2017 (fallrapporterna borträknade). Detta kan förklaras med det stora fokus som har varit på avvikelse rapportering i samband med införandet av ny rutin och hantering i Treserva. Särskilt observandum är ökningen av avvikelser gällande trygghetslarm 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 8% inte avslutade.

Inkomna avvikelse rapporter

Rapporterade avvikelser per avdelning	Antal
Funktionshinderomsorg	244
Hälso- och sjukvård	54
Myndighetsutövning	6
Äldreomsorg (särskilt boende)	1670
Äldreomsorg (hemtjänst/larm/nattpatrull)	1188
Totalt	3162

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 annan förklaring kan vara att äldreomsorgens personal har en större medvetenhet om att avvikelser ska rapporteras.

Avvikelse per område*	Antal
Bemötande	16
Dokumentation	18
Ekonomisk oegentlighet	-
Fall med skada	325
Fall utan skada	1516
Genomförande av insats	153
Handläggande	1
Informationsöverföring	45
Läkemedel	777
Miljö/utrustning/teknik	148

Avvikelse per område*	Antal
Organisation	35
Sekretess och tystnadsplikt	1
Vård och behandling	42
Övergrepp	7
Annan händelse	134

Några avvikelser är registrerade under flera områden vilket påverkar totalsumman.

Oroväckande att trots många insatser inom området läkemedel fortsätter tillbuden att öka. 777 rapporterade avvikelser under året att jämföra med 422 under 2016, en ökning med 54%. Det behövs alltså fler åtgärder och mer kraftfulla sådana för att vända trenden. Positivt att allvarlighetsgraden på läkemedelstillbuden sällan är betydande, men två lex Maria har gjorts under året där läkemedel har varit inblandade.

Bristande teknik med icke fungerande larm på vissa av de särskilda boendena har resulterat i negativa konsekvenser för brukare. Brukare ska kunna känna sig trygg med att trygghetslarmet fungerar och att man kan påkalla på personals uppmärksamhet när behov finns. Det behövs driftsäkrare trygghetslarm på de enheter som berörts.

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
Mindre (1)	76%
Måttlig (2)	20%
Betydande (3)	3.5%
Hög (4)	0.3%

1 = Obehag/obetydlig skada. 2 = Risk för skada/övergående funktionsnedsättning/utökade omvårdnadsinsatser. 3 = Påtaglig risk för skada/allvarlig skada/läkarkontakt. 4 = Bestående stor funktionsnedsättning/dödsfall/självskada

Enhetschefer har bedömt inträffade avvikelsernas allvarlighetsgrad för den enskilde. Rapporterade avvikelser anses i huvudsak vara av mindre eller måttlig allvarlighetsgrad. Vid ett antal rapporterade avvikelser har bedömningen inte dokumenterats.

Vidtagna åtgärder

Vanligaste vidtagna åtgärderna	Antal
Kontakt sjuksköterska/fysioterapeut/arbetsterapeut	570
Arbetsplatsdiskussion	462
Enskilt samtal	168
Genomgång av rutin/instruktion	119
Kontakt annan enhetschef eller avdelningschef	241
Kontakt MAS/SAS	169
Ta upp på team	53
Förbättringsarbete (planerat)	24

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.

Avvikelser i samverkan

Område	Från andra vårdgivare	Från Nässjö
Bemötande	-	-
Hjälpmedel	-	-
Informationsöverföring	7	8
Läkemedel	1	3
Vård och behandling	3	7
Annan händelse	3	1
Totalt	14	19

Annan vårdgivare innefattar främst sjukhus och vårdcentraler.

Totalt 33 avvikelser i samverkan med andra vårdgivare har rapporterats under 2017, att jämför med 30 under föregående år. Nästan hälften handlar om bristande informationsöverföring. Rutin för hanteringen av avvikelserna har tagits fram under året och ett händelseråd har bildats där högländskommunernas MAS:ar och Högländssjukhusets chefssjuksköterska deltar. Sex gånger per år träffas händelserådet för att analysera inkomna avvikelser och föreslå förbättringsområden till verksamheterna.

Resultat av enhetschefers självskattning

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

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

4.2 Brukarundersökning

Under året har brukarundersökningar genomförts på de flesta av nämndens verksamhetsområde. 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 socialkontoret under enkätperioden fått ett erbjudande om att delta.

Äldreomsorg

Hemtjänstenkäten besvarades av 294 personer i Nässjö vilket är 68% av de som är beviljade hemtjänst i kommunen. Enkäten för särskilt boende besvarades av 150 personer vilket är 58% av de som vid mätillfället bodde i särskilt boende i kommunen.

I årets hemtjänstundersökning har andelen positiva svar ökat på alla 11 utförarfrågor jämfört med 2016 års undersökning. Det är både stora förbättringar och marginella förbättringar. Även i jämförelse med 2015 är resultatet bättre.

Årets resultat för särskilt boende står sig väl både i jämförelser med riket och Jönköpings län och i jämförelse med tidigare år.

Det finns i de båda undersökningarna enskilda frågor med lägre resultat och den fråga som är mest utmärkande för Nässjö kommun, både hemtjänst och i särskilt boende är den höga andel svarande med ensamhetsbesvär.

I motsats till tidigare år ses en skillnad utifrån vem som svarat på enkäten. De enkäter som besvarats av närstående utan brukarens medverkan har ett lägre resultat sammantaget.

Hemsjukvård

227 enkäter delades ut och 99 enkäter har inkommit besvarade. Det blir en svarsfrekvens på utdelade enkäter på

44%. Antal svar har ökat med ca 50% sedan förra året.

Könsfördelningen är ganska jämn. De allra flesta svarande är personer 65 år och äldre men till skillnad från förra året är 18% yngre än 65 år.

Resultaten visar att andelen positiva svar överlag är höga men en marginell försämring i jämförelse med förra året kan noteras. Frågan om att kunna påverka tiden för besöket har en lägre andel positiva svar. Kvinnorna har i alla frågor en lägre andel nöjdhet än männen.

Korttidsvistelse Norråsagården (pilotundersökning)

Under perioden har 21 personer svarat på enkäten.

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

Lägst andel positiva svar får frågan om livskvalitet/situationen och orsakerna till det behöver klargöras.

Eftersom antalet svarande är så litet kan inte några större analyser göras på varken kön eller ålder. Största könsskillnaden ses i frågan "tillräckligt med tid" där betydligt lägre andel kvinnor än män svarar positivt på frågan.

Myndighetsutövning

2017 års brukarundersökning har, enligt SKL:s rekommendationer, genomförts som en besöksenkät och enkäter delades ut i samband med besök på socialkontoret under perioden 9-27 oktober.

De deltagande enheterna har varit ekonomiskt bistånd 53 svarande, barn och unga 26 svarande samt missbruk/beroende 21 svarande.

Totalt har 101 besökare svarat på enkäten, 47 kvinnor och 54 män. Inom Missbruk/beroende är en klar övervikt av de svarande män men på de andra enheterna är könsfördelningen likvärdig. 62 enkäter har besvarats på svenska och 39 har besvarats på andra språk varav flest på arabiska, 21 stycken, och 9 stycken på somaliska. Övriga språk är dari, tigrinja och engelska.

Resultatet på undersökningen är överlag positivt. På enheten barn och unga har tillgänglighetsfrågan lägst andel positiva svar och på enheten ekonomiskt bistånd är det frågan om att kunna påverka typ av hjälp som har lägst andel positiva svar. Svarande på enheten missbruk/beroende är överlag väldigt nöjda. 80 % av besökarna på myndighetsavdelningen är både sammantaget nöjda och tycker att man fått en förbättrad situation efter kontakten med avdelningen.

Funktionshinderomsorg

Under 2017 har funktionshinderomsorgen arbetat aktivt och strukturerat för att öka svarsfrekvensen i brukarundersökningen. Det arbetet har gett 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 350 stycken mot 240 stycken 2016 och svarsfrekvensen ökade från 47% 2016 till 80% i årets undersökning. I de olika verksamhetsgrenarna är svarsfrekvensen mellan 71-91%, en ökning med mellan 18 och 36%-enheter för alla delar utom servicebostad LSS som minskade svarsfrekvensen med 5%-enheter till 75%.

Enheten missbruk/beroende har också deltagit i brukarundersökningen även om de grupperna inte ingått i den nationella undersökningen. Antalet svarande i den enheten har varit 35 stycken, ca 45%.

Resultatet visar att boende LSS har ett överlag bra resultat där nöjdheten ökat från förra mätningen. Frågan om man är rädd för något hemma sticker ut negativt och behöver bearbetas. Anledningarna kan vara vitt skilda och mycket kan lätt redas ut i samtal.

Daglig verksamhet/sysselsättning har ett godkänt resultat men med flera förbättringsområden. De som har insatserna enligt LSS ger ett lägre omdöme på många frågor. En ny fråga för året är om man tycker att det man gör på daglig verksamhet/sysselsättning är viktigt, meningsfullheten, och den får relativt hög andel positiva svar.

Personlig assistans har högst nöjdhet på frågan om man trivs med sina assistenter och lägst andel positiva svar får frågor om rätt stöd och att förstå vad personalen menar.

Förutom frågan om trygghet har boendestöd SoL ett bra resultat medan boende SoL har lägre andel nöjda brukare och många förbättringsområden. På boende SoL har också flera resultat gått ner från förra året. Noteras bör att Rosengatan kommit till som boende SoL.

Även enheten missbruk/beroende har ett bra resultat överlag. Något lägre ses på frågan trygghet. En anledning till det kan vara att frågan är formulerad för boendestöd och de flesta av enhetens brukare har en annan insats än boendestöd.

Aktiviteter kopplade till resultat på brukarundersökningar

Resultat av brukarundersökningar är början på en förbättringsprocess. Under året har metoderna för arbete med resultatet på brukarundersökningarna strukturerats och en tidplan är satt. Detta arbete började i slutet av 2017 och pågår även under 2018.

Enhetschefen har liksom tidigare år ansvar för att resultatet blir känt för personal och brukare. Tidigare år har också personalgrupperna arbetat med förbättringsarbete kopplat till resultaten. Till årets process har också lagts att enhetschefen ansvarar för att brukarna blir involverade i förbättringsarbetet. Detta ska ske genom delaktighetscirklar, fokusgrupper eller andra modeller. Det är också fastlagt att uppföljning ska genomföras under de första månaderna 2018.

Resultat från brukarundersökning (äldreomsorg och hälso- och sjukvård)

Andel positiva svar (%)	Säbo	Hemtjänst	Hemsjukvård	Korttids
Sammantagen nöjdhet	86	91	92	95
Bemötande	97	98	97	86
Trygghet	90	89	96	90
Hänsyn till åsikter och önskemål	87	89	92	90
Påverka tiden	68	57	71	-
Tillräckligt med tid	80	86	89	81
Tillgänglighet	86	77	92	83

Resultat från brukarundersökning (myndighetsutövning)

Andel positiva svar (%)	Barn och unga	Ekonomiskt bistånd	Missbruk/beroende	Hela myndigheten
Lätt att få kontakt med socialsekreterare, tillgänglighet	71	87	80	82
Lätt att förstå socialsekreterarens information	96	87	90	90
Socialsekreteraren visar förståelse	86	79	90	83
Fått möjlighet till inflytande	91	85	100	90
Kunnat påverka typ av hjälp	78	63	90	73
Sammantagen nöjdhet	80	76	90	80
Förbättrad situation	83	78	80	80

Resultat från brukarundersökning (funktionshinderomsorg)

Andel positiva svar (%)	Gruppbostad LSS	Servicebostad LSS	Daglig verksamhet LSS	Sysselsättning SoL	Bostad med särskild service SoL	Boendestöd SoL	Personlig assistans
Får bestämma viktiga saker	76	72	68	79	60	84	-
Rätt stöd	82	82	78	91	80	84	65

Andel positiva svar (%)	Gruppbo stad LSS	Servicebostad LSS	Daglig verksamhet LSS	Sysselsättning SoL	Bostad med särskild service SoL	Boendestöd SoL	Personlig assistans
Personalens omtanke	88	68	81	92	63	90	70
Jag förstår vad personalen menar	76	57	74	86	50	80	55
Trygghet med personal	91	71	78	80	57	69	75
Aldrig rädd för något...	53	46	72	71	43	-	-
Trivsel *	84	64	78	83	50	83	90
Vart jag ska vända mig med synpunkter	90	75	86	89	83	85	84
Meningsfullhet i arbetsuppgifter			80	74		-	-
Delaktig i val av personliga ass.						-	35

*Trivselsfrågan i ordinärt boende handlar om trivsel med boendestödjare/personliga assistenter.

4.3 Demensvård - BPSD

När en demenssjuk person visar beteendeförändringar och psykiatriska symtom som exempelvis aggressivitet, vandrings- eller roparbeteende ställs höga krav på omsorgspersonalen. Kommunen BPSD-teamet har under året haft fyra uppdrag och handlett personal i ytterligare tre ärenden vid flera tillfällen. 12 nya administratörer har dessutom utbildats i BPSD-registret.

Även under 2017 har det saknats en funktion för samordning av demensvården. Kommunens demenssjuksköterskor har inte särskild avsatt tid för att jobba övergripande med demensfrågorna. Detta kan vara en förklaring att användandet av BPSD-registret fortsatt är lågt, dock något bättre än föregående år.

Resultat ur BPSD-registret

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

Under 2017 har något fler brukare med demens fått en bedömning gjord utifrån systematiken i BPSD-registret jämfört med föregående år. 2015 genomfördes många utbildningstillfällen till användare av BPSD-registret vilket kan förklara att så många gjordes det året. Kvalitetsindikatorerna visar på liknande resultat som riket i stort. Positivt att större andel är smärtfria och att patienter med Alzheimers i större utsträckning har symtomlindrande demensläkemedel.

Resultat ur BPSD-registret

Kvalitetsindikatorer (%)	Riket 2017	2015	2016	2017
Andel personer med olämpliga läkemedel	37	37	38	36
Andel personer som verkar smärtfria	71	67	70	77
Andel personer som har en bemötandeplan	88	95	84	87

Andel personer som fått läkemedelsöversyn genomförd	86	98	94	88
Andel personer med Alzheimers sjukdom som har symtomlindrande demensläkemedel	59	60	70	80

4.4 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 fördd dokumentation 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	21%	26%	53%
Alla brukare ges möjlighet att vara med och utforma sin genomförandeplan/vårdplan	6%	38%	56%
Jag upplever att min verksamhets genomförandeplaner/vårdplaner uppfyller god kvalitet	15%	56%	29%

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

Genomförandeplaner

Sammanlagt har 67 genomförandeplaner granskats genom stickprov under 2017. 42 inom ÄO och 25 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 76% av genomförandeplanerna inom äldreomsorgen hade godkänd kvalitet och att 69% inom funktionshinderomsorgen nådde en godkänd kvalitet. Äldreomsorgen visar på ett likartat resultat på första och andra halvårsmätningen. Funktionshinderomsorgen visar dock på ett klart förbättrat resultat mellan första och andra mätning under 2017.

Resultatet skiljer sig något mellan genomförandeplaner upprättade för de olika insatserna inom äldreomsorgen. På särskilt boende har fler genomförandeplaner väl godkänt och de har en något högre andel godkända planer än inom hemtjänsten.

Utifrån granskningen av kvaliteten i genomförandeplaner finns det 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 tillgodoses. Kunskapen hur en genomförande plan ska upprättas behöver därmed förbättras.

Resultat från journalgranskning

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

Vårdplaner (rehab.planer)

Hälso- och sjukvårdsdokumentationen har som tidigare år skett 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 sker två gånger per år utifrån en standardiserad mall med en femgradig skala. För att definieras som godkänd krävs minst att nivå tre uppnåts. 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 2017 har sammanlagt 87 patientjournaler granskats inom hemsjukvården. Granskningen har genomförts med slumpmässiga stickprov i Treserva och utifrån en standardiserad mall. 72 % av vårdplanerna bedöms uppnå godkänd kvalitet.

I jämförelse med tidigare år har antalet vårdplaner med godkänd kvalitet minskat. Möjlig förklaring kan vara att i samband med de första granskningarna 2015 utbildades personalen i dokumentation och informerades om att granskningar skulle genomföras. Detta år har inte dokumentationen fått samma fokus.

Resultat från journalgranskning

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

4.5 Ej verkställda beslut

Denna kontrollredovisning av ej verkställda beslut avser kvartal 4, 2016 och de tre första kvartalen 2017 då sista kvartalet 2017 ännu inte rapporterats. Rapporteringen görs kvartalsvis, vilket innebär att samma beslut kan ha rapporterats flera gånger.

Under det sista kvartalet 2016 rapporterades 37 beslut till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) utav dessa var 24 äldre beslut varav 14 beslut avsåg bostad med särskild service enligt SoL för personer med funktionsnedsättning.

Under de tre första kvartalen 2017 har totalt 68 beslut rapporterats till IVO, som ej verkställda beslut eller där det varit avbrott i verkställigheten. Av dessa 68 beslut var 58 äldre beslut och 10 nya. Vid det senaste rapporteringstillfället fanns det 20 ej verkställda beslut och hälften av dessa avser bostad med särskild service enligt SoL för personer med funktionsnedsättning. Skälet till att dessa inte kunnat verkställas är att det saknas lägenheter i servicebostäder. I nämndens boendeplanering planeras för en servicebostad 2019 och 2020 för aktuell målgrupp.

Av de 20 ej verkställda besluten finns 6 beslut om bostad enligt LSS 9.9. En gruppboendestad är planerad till år 2020. När dessa boenden är färdigställda kan merparten av besluten verkställas. Nämnden har antagit målet ” Lokaler och bostäder till nämndens målgrupper är tillräckliga, ändamålsenliga och har en långsiktigt effektiv och hållbar energianvändning ” för 2018. Förvaltningen ska inventera nämndens målgruppers behov av bostäder årligen som underlag för revidering av kommunens boendestrategi.

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.

Samtliga ej verkställda beslut har rapporterats till IVO, men också till socialnämnden, kommunfullmäktige och kommunrevisionen.

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 50%. I de övriga 50 % bedöms dock i de allra flesta fall inte installation ha varit möjlig pga. omständigheter som förvaltningen inte kunnat råda över, t ex att brukaren varit inlagd på sjukhus och att nyckel saknats eller att brukare inte varit hemma på överrenskommen tid.

4.6 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. Chefer och ombud har under hösten även fått fortbildning i att hantera vinterkräksjuka.

Hygienombud har via observationer och enkäter följt upp efterlevnaden av basala hygienrutiner och klädregler. Hemsjukvårdens resultat för december månad presenteras nedan. 28 medarbetare fyllde i enkäten efter ett de genomfört ett patientbesök. Egenkontroller som gjorts i övriga verksamheter har inte sammanställts detta år.

För att minska antalet infektioner behövs ytterligare arbete för att patienter och brukare ska få vård och omsorg utan risk för smitta.

Resultat av stickkontroll i hemsjukvården	2017
Andel som följt basala hygienrutiner	67%
Andel som följt klädreglerna	89%

4.7 Infektionsmätning

Folkhälsomyndighetens nationella mätning av vårdrelaterade infektioner och antibiotikaanvändning inom särskilt boende genomfördes under hösten. Mätningen baseras på den europeiska smittskyddsmyndighetens (ECDC) protokoll som används för mätningar inom särskilt boende i Europa, kallat HALT (Healthcare associated infections and antimicrobial use in long-term care facilities).

26 enheter (avdelningar) deltog i mätningen, totalt 260 brukare. Resultatet visar på låg andel infektioner och en minskning jämfört med föregående år. Insamling av data kring riskfaktorerna visar att många av brukarna befinner sig i riskzonen för att drabbas av infektioner. Nässjö är som tidigare jämförbart med snittet för riket. I genomsnitt har dock Nässjö fler urinvägsinfektioner än riket i stort, men underlaget är knapphändigt för att dra några större slutsatser.

Resultat från Svenska HALT

Resultat	2015	2016	2017	Riket 2017
Totalt antal inkluderade	220	115	260	24846
Andel med bekräftade infektioner på Säbo	1%	3%	1%	1%
Totalt antal bekräftade infektioner förvärvade på Säbo	4	7	3	390
Antal med antibiotika	4	6	7	738
Andel med antibiotika	1%	3%	2 %	2%

SÄBO innefattar i denna mätning brukare på gruppboende för dementa och enheter med kortidsplatser.

Under 2017 har infektionsmätningar gjorts månadsvis av patientansvariga sjuksköterskor på särskilt boende inom äldreomsorgen (korttidsenheterna undantagna). Omkring 325 brukare har deltagit varje månad.

De riskfaktorer som registrerats är urinkateter, kärlkateter, trycksår, andra sår/brott i hudbarriären och kirurgiska ingrepp. Eftersom det är första året dessa mätningar genomförs finns inga jämförelsetal. Antalet trycksår har dock halverats under året från ca 8 till 4%. Antalet urinkatetrar har legat stabilt på ca 10%.

Resultat från infektionsmätningar på Säbo (ÄO)

Infektionsmätningar	2017
Andel med risk för infektion	23%
Andel med antibiotikabehandlad infektion	10%
Antal med antibiotikabehandlad pneumoni (lunginflammation)	61
Antal med antibiotikabehandlad urinvägsinfektion	144
Antal med antibiotikabehandlad sårinfektion	32
Antal med vinterkräksjuka	45
Antal med övriga antibiotikabehandlade infektioner	63
Totalt antal antibiotikabehandlade infektioner	345

Resultaten av mätningarna rapporteras kvartalsvis till Smittskydd/vårdhygien. Jämförelsetalen med övriga kommuner är ännu inte sammanställda för 2017.

4.8 Lex Maria och lex Sarah

2017 har fem utredningar enligt lex Sarah genomförts. Av dessa bedömdes en inte vara ett missförhållande i

verksamheten som ledde fram till händelsen.

I tre 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 ett allvarligt missförhållande och sändes därmed till Inspektionen för vård och omsorg (IVO). IVO har avslutat detta ärende med motivering att socialnämnden har identifierat orsaker till det inträffade, samt vidtagit omedelbara åtgärder och åtgärder för att förhindra att något liknande inträffa igen.

Under 2017 har tre anmälningar enligt lex Maria gjorts till IVO. Anmälningarna innefattar ett självmord och två läkemedelstillbud. I samtliga ärenden har ärendena avslutats och inga krav har ställts på att ytterligare åtgärder ska vidtas.

Rutiner för hantering av självmordsbenägna brukare och patienter saknas och det behövs en översyn av hur verksamheterna ska arbeta med suicidprevention. Vårdskadorna som berör läkemedelsområdet tydliggör också behovet av fokus på att åstadkomma en mer trygg och säker läkemedelshantering.

Utredningar av misstänkta missförhållanden och vårdskador

Område	Enhet	Bedömning	Anmärkning
Utebliven insats	Hemtjänst	Allvarligt missförhållande *	Brukare har inte fått hemtjänst pga. utebliven information om hemgång från sjukhus
Övergripping	Myndighetsutövning	Missförhållande	Familjehemspappa har haft en sexuell relation med f.d. placerad flicka
Informationsöverföring	Myndighetsutövning	Missförhållande	Bristande informationsöverföring/ rättssäkerhet såväl externt som internt gällande barn som sexuellt utsatt ett annat barn
Vård och behandling	Hälso- och sjukvård	Risk för vårdskada *	Förväxling av läkemedel som orsakat sjukhusinläggning
Vård och behandling	Hälso- och sjukvård	Risk för vårdskada *	Självmord
Vård och behandling	Hälso- och sjukvård	Risk för vårdskada *	Överdoserering av läkemedel
Bristande bemötande	FO	Missförhållande	Personal haft ett bristande verbalt bemötande gentemot brukare.
Självmord	Myndighetsutövning	Ej missförhållande	Tillräckliga insatser vidtagna. Inga tecken på att aktuell klient visade på självmordsbenägenhet
Bristande bemötande	FO	Missförhållande	Personal haft ett bristande verbalt bemötande gentemot brukare

* Anmälan till Inspektionen för vård och omsorg (IVO)

4.9 Loggningskontroll

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

Under 2017 har totalt 44 rutinmässiga loggningskontroller gjorts och två kontroller vid misstanke om sekretessbrott, samtliga utan anmärkning.

4.10 Läkemedel

På särskilt boende uppges 85 % av brukarna fått en läkemedelsgenomgång genomförd under året. Genomgången

görs av patientansvarig läkare men bistås av sjuksköterska och eventuellt brukarens kontaktman. Brukaren och/eller anhörig deltar utifrån möjlighet och önskemål. Målvärdet är 100%, så ytterligare åtgärder behövs vidtas. Läkemedelsgenomgångar görs även för personer i ordinärt boende, oftast i samband med årligt läkarbesök på vårdcentralen eller i samband med sjukhusvistelse.

Som tidigare presenterats har 777 läkemedelsavvikelser rapporterats i Treserva under 2017. 99.6 % av rapporterade läkemedelsavvikelser har utredande chefer bedömt att tillräckliga åtgärder vidtagits och avslutat ärendena. 4% av avvikelserna har bedömts ha en betydande eller hög allvarlighetsgrad. 36% uppger att orsaken till avvikelsen är glömska eller stress. 17% uppges orsakade av brister i informationsöverföring. Otrygghet och rädsla uppges vara den vanligaste konsekvensen av inträffade läkemedelsavvikelser. De vanligaste vidtagna åtgärderna är kontakt med sjuksköterska samt att avvikelsen tagits upp på arbetsplatsträff. Positivt med enhetschefers insatser för att minska antalet läkemedelsavvikelser.

Granskning av läkemedelshanteringen på samtliga särskilt boenden i äldreomsorgen och av hemsjukvårdens akutförråd genomfördes enligt standardiserad mall under våren 2017. Granskningen innefattar i huvudsak fyra delar, ordning i läkemedelsförrådet, kylförvaring, narkotikahandling och personalens hantering av läkemedel. I huvudsak visar granskningarna att läkemedelshanteringen fungerar tillfredsställande, men 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. Flera läkemedelsskåp har inte innehållit läkemedel enligt fastställd lista över bassortiment, även städningen av läkemedelsskåpen har delvis varit bristfällig.

4.1 | Palliativvård

Täckningsgraden för registreringar i palliativregistret är i nuläget 75 % för Nässjö, att jämföra med 69 % föregående år (nationellt målvärde 70 %). En förbättring från sämst i länets kommuner 2015 till en tredje plats 2017.

Behov av extravak inom palliativvården har varit högre än föregående år. Kostnaden för extravak var budgeterad till 250 000 kr, men den faktiska kostnaden slutade på 428 000 kr att jämföra med 216 000 kr föregående år. Gruppen för extravak som består av ca 20 undersköterskor har samlats två gånger under året för uppföljning och kompetensutveckling.

Resultat ur palliativregistret

Kvalitetsindikatorer (måluppfyllelse i %)	Målvärde (nationellt)	2015	2016	2017
Eftersamtal erbjudet	100	66	82	73
Läkarinformation till patienten	100	70	70	80
Munhälsa bedömd	100	60	63	65
Avliden utan trycksår	90	84	85	88
Mänsklig närvaro i dödsögonblicket	90	81	77	82
Utförd validerad smärtskattning	100	51	47	53
Lindrad från smärta	100	80	79	83
Lindrad från illamående	100	83	86	88
Lindrad från ångest	100	75	78	76
Lindrad från rosslig andning	100	63	68	79
Läkarinformation till närstående	100	67	82	79
Antal vårdtillfällen i urvalet		150	198	160

Totalt visar siffrorna på en försiktig förbättring av den palliativa vården, även om de nationella målvärdena inte har uppnåtts. Positivt att fler har avlidit utan trycksår och att fler blivit lindrade från smärta, illamående och rosslig andning. Dock visar siffrorna att symtomlindringen behöver förbättras ytterligare, fler behöver erbjudas efterlevandesamtal och få bättre munhälsobedömningar.

4.12 Synpunkter och klagomål

Under 2017 har 68 dokumenterade synpunkter inkommit till socialförvaltningen att jämföra med 50 stycken under 2016. Av dessa är 28 beröm och 40 klagomål.

Klagomålen kan delas in i fem olika kategorier:

- Bemötande
- Utförd insats anses felaktig
- Mat och städ
- Önskan om mer aktivitet/stimulans
- Övrigt (missnöje över enstaka personal eller andra brukare, allmänt missnöje utan specificering)

I enstaka fall handlar de positiva synpunkterna om själva insatsen, men i övervägande del om att personal är trevlig, inlyssnande och har ett gott bemötande.

Samtliga enhetschefer har under december månad fått genomgång av uppdaterad rutin för synpunktshantering.

Inkomna synpunkter

Verksamhet	Beröm	Klagomål
Funktionshinderomsorg	1	2
Hälso- och sjukvård	1	3
Myndighetsutövning	-	4
Äldreomsorg (särskilt boende)	11	13
Äldreomsorg (hemtjänst/larm/nattpatrull)	15	18
Totalt	28	40

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

Resultat av enhetschefers självskattning

Skattade påståenden	Stämmer inte	Stämmer delvis	Stämmer helt
Jag har använt inkomna synpunkter för att utveckla min verksamhet	44%	30%	16%
Jag upplever att min hantering av inkomna synpunkter uppfyller god kvalitet	16%	42%	42%

4.13 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 har under 2017 kunnat 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 2017 har IVO utövat tillsyn i fem ärenden.

Tillsyn och beslut av IVO

Tillsyn av IVO	Antal	Beslut av IVO
Hemsjukvården	1	Vårdgivaren bedriver egenkontroll avseende

Tillsyn av IVO	Antal	Beslut av IVO
		samverkan för att den multisjuka äldre patienten som vårdas i ordinärt boende ska få sina behov av hälso- och sjukvård tillgodosedda.
Granskning av hur myndighetsutövningen följer upp placeringar av barn och unga i HVB	1	IVO bedömer att vidtagna åtgärder är tillräckliga för att komma till rätta med konstaterade brister. Ärendet avslutas.
Tillsyn med anledning av anmälan rörande brister i verkställighet av personlig assistans	1	IVO bedömer att nämndens yttrande är tillräckligt för att avsluta ärendet utan åtgärder.
Tillsyn av ej verkställt beslut	1	IVO bedömer att nämndens yttrande är tillräckligt för att avsluta ärendet utan åtgärder.
Tillsyn med anledning av klagomål gällande myndighetsutövningens ärendehandläggning gällande orosanmälan av familjehemsplacerat barn	1	Svar ej inkommit.
Totalt	5	

4.14 Uppföljning inom barn- och familjevård

Öppenvården utvärderar sedan 2007 sina resultat systematiskt genom Achenbachs skattningsskalor, som är evidensbaserade och har referensgruppsvärden för normalpopulation. Skattningsskalorna mäter barn och ungdomars psykiska hälsa utifrån upplevd symtombelastning. 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.

2017 avslutades 45 behandlingsinsatser med biståndsbeslut. 21 insatser (46%) avslutades i förtid på grund av sammanbrott. Av de 24 ärenden som avslutades mer planerat har det genomförts uppföljning med skattningsformulären fullt ut på 10 föräldrar och 7 barn.

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 466 utredningar som avslutades under 2017 hade 49,1 procent en utredningstid inom 4-månadersgränsen. Förklaring till det låga resultatet bedöms främst vara kopplad till bemanningssituationen. Trots att bemanningen förbättrats avsevärt under 2017 behöver den bli mer stabil över tid för att kunna arbeta tillräckligt tidseffektivt och med säkerställd kvalitet. Den arbetstygdmätning som görs i enheten visar fortfarande att verksamheten över året haft en underbemanning på ca 15 procent.

4.15 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 värdighetsgarantierna

- För genomförandeplan redovisar hemtjänsten att 77% av brukarna har en sådan medan andelen i särskilt boende är 89%.
- I samma undersökning redovisar hemtjänsten att 100% av brukarna har namngiven kontaktman. Frågan finns inte med i undersökningen för särskilt boende men stickprov tyder på att alla brukare även i särskilt boende har en namngiven kontaktman.
- Ett stickprov i verksamheten ger besked på att namnskyltar används i samma omfattning som 2016. Hemtjänstens personal drygt 50% samt hemsjukvården personal och personal på särskilt boende cirka 90 %. Myndighetsutövarna i äldreomsorgen använder inte namnskyltar.

4.16 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 2017 har 376 unika personer registrerats i Senior Alert. 17 personer i ordinärt boende och övriga inom äldreomsorgens särskilda boenden. Riskbedömningar för patienter inskrivna i hemsjukvård ska vara genomförda inom de senaste 6 månaderna. Det nationella målvärdet är 90 % på särskilt boende och Nässjö når upp till 80% att jämföra med 79% föregående år.

Riskbedömningar och åtgärdsplaner

Resultat ur Senior Alert	2017
Riskbedömningar med risk	90%
Bakomliggande orsaker vid risk	82%
Åtgärdsplan vid risk	88%
Utförda åtgärder vid risk	68%

90% av de som riskbedömts visar på risk för ohälsa, vilket tyder på att de som finns i verksamheten är väldigt sköra. Positivt att 88% av dessa har en åtgärdsplan även om det är oklart om dessa åtgärder har utförts.

Trycksår

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

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

Resultaten visar på ytterligare ökning av antalet trycksår, samtidigt som mätningarna av riskfaktorer i infektionsmätningarna visar på positiv utveckling under hösten då trycksåren halverats. Fortsatt fokus på trycksårsprevention behövs.

Fall

Resultat från Senior Alert	2015	2016	2017
Sårskada	111	146	59
Fraktur	14	16	10

Resultat från Senior Alert	2015	2016	2017
Hjärnskakning/skallskada	1	5	1
Mjukdelsskada och övriga skador	103	97	49
Dödsfall	0	0	1
Ingen känd skada	998	790	347
Totalt antal fall	1227	1054	467

1841 fallolyckor har dokumenterats i Tresa under året. I 18% av fallen har minst en skada rapporterats i samband med fallet. I kvalitetsregistret Senior alert finns 2619 planerade åtgärder dokumenterade under 2017 för att förebygga fallolyckor, varav 73 % anges vara utförda.

Munhälsa

Resultat från Senior Alert	2015	2016	2017
Antal riskbedömningar av munhälsa	322	497	349
Antal riskbedömningar med ROAG	266	420	317
Antal personer med risk för munhälsa	?	?	91

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

Många äldre och funktionshindrade har ohälsa i munnen och det är viktigt att fortsätta medvetandegöra vård- och omsorgspersonalen om deras betydelse för en god munhälsa.

Undernäring

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

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. Trevlig matsituation, energirika mellanmål och inte för lång nattfasta är några områden som alltid är betydelsefullt att fokusera på.

4.17 Ärenden i förvaltningsdomstol

Regler för handläggning och dokumentation syftar till att garantera den enskildes rättsäkerhet. 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 rätt 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 2017 totalt 36 beslut med avslag överklagats till förvaltningsrätten. I tre överklagningsärenden har förvaltningsrätten upphävt socialtjänstens beslut och återremitterat ärendet till socialtjänsten för ny utredning och beslut.

Förvaltningsrättens dom och socialtjänstens beslut enligt LSS och SoL överensstämmer med 92%. Resultatet visar att socialtjänstens beslut om insats har en hög rättsäkerhet. 2016 var överensstämmelsen 94%.

Överklagan och förvaltningsrättens dom

Överklagan avser	Antal	Förvaltningsrättens dom
Ekonomiskt bistånd (SoL)	27	1 bifall, 26 avslag
Hemtjänst (SoL)	1	1 avslag

Överklagan avser	Antal	Förvaltningsrättens dom
HVB (SoL)	4	4 avslag
Personlig assistans	3	1 bifall, 1 delvis bifall och delvis avslag, 1 avslag
Kontaktperson (LSS)	1	1 avslag
Totalt	36	33 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	3	3 fastställt dom
Ansökan LVM	4	3 fastställt dom, 1 avslagit beslut
Omedelbart LVU	9	8 fastställt dom, 1 avslagit beslut
Ansökan LVU	13	10 fastställt dom, 3 avslagit beslut
Totalt	29	24 enligt socialtjänstens beslut 5 avslag av socialtjänstens beslut

Förvaltningsrättens dom och socialtjänstens beslut enligt LVU och LVM överensstämmer med 83%. Nio överklagningar har gjorts av förvaltningsrättens dom enligt LVU. Av dessa har åtta avslagits och en har beviljats.

4.18 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

Resultatet för socialtjänsten i Nässjö är i stort sett likvärdigt med tidigare års jämförelser. Kvalitetskriterier som uppfyller kraven och som följer nationella riktlinjer är många av tillgänglighetskriterierna, personalens kompetens och kompetensutveckling.

Utvecklingsområden utifrån öppna jämförelser:

- brukarinflytande
- rutiner för samverkan
- planer för krisberedskap
- användning av den systematiska uppföljningen för att utveckla verksamheten

Inom funktionshinder- och äldreområdet visar dessutom resultaten på att metoder behöver utvecklas både i arbetssätt, bedömning och uppföljning.

Under hösten har avdelningen tagit fram en prioriterad handlingsplan utifrån dessa områden. Varje enhet och grupp arbetar på samma sätt utifrån sina specifika resultat.

Vård och omsorg om äldre

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?"

Utvecklingsområden utifrån öppna jämförelser (särskilt boende):

- kontakt/tillgänglighet med personal framförallt sjuksköterska

Utvecklingsområden utifrån öppna jämförelser (hemtjänst):

- bemötande
- förtroende och trygghet
- inflytande

Dessa utvecklingsområden bygger på äldre siffror från 2016 och ligger till grund för såväl avdelningens som enheternas handlingsplaner, där många förbättringsarbeten pågår. Nya resultat av brukarnas bedömningar har publicerats under 2017, se vidare under brukarundersökningar.

5 Identifierade förbättringsområden

I de resultat som presenterats finns 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 2018 med nedanstående förbättringsområden knutet till nämndens mål.

Större delaktighet genom bra dokumentation

Samtliga brukarenkäter visar på att många brukare och patienter upplever sig ha delaktighet. Social dokumentation har varit ett prioriterat område under året och positiva resultat kan skönjas. Granskningar visar dock att alla inte har en dokumenterad plan och att delaktigheten är låg i framtagandet av vårdplaner, men till viss del även i genomförandeplaner. Ca 30 % av befintliga genomförandeplaner och vårdplaner anses inte uppfylla godkänd kvalitet. Myndighetsutövningens uppdrag till verkställigheten ska utgå från brukarens behov och vara underlag för verkställighetens planering. I hela processen är det viktigt att brukare får ha inflytande över planering och insatser vilket är en förutsättning för nöjdhet. Upplevelsen av ensamhet är ett exempel där bättre planering och insatser behövs.

Åtgärder för en dokumentation av god kvalitet med brukarinflytande och delaktighet, samt efterlevnad av planerna, behövs inom samtliga av förvaltningens verksamheter.

Mer välfärdsteknik för ökad kvalitet

Wifi har under året installerats på särskilda boenden och läsplattor har börjat användas, datorer för mobil dokumentation har testats. Välfärdsteknik som saknas i Nässjö, men prövats i andra kommuner med goda resultat är trygghetskameror och digital signering av hälso- sjukvårdsinsatser.

Inkomna avvikelser visar på att 148 avvikelser handlar om bristande utrustning/teknik. Många trygghetslarm har inte fungerat under året vilket orsakat risker för missförhållanden. Brukarenkäten visar på ensamhetsproblematik som tydliggör vikten av fungerande larm.

Sammantaget ses behov av mer välfärdsteknik för att effektivisera verksamheten utifrån kraven på kvalitet och växande behov. Fortsatt utveckling av mobil dokumentation inom samtliga verksamheter behövs. Särskilda åtgärder krävs för de enheter som haft stora problem med sina trygghetslarm.

God samverkan med optimal informationsöverföring

Under året har beslutsstöd för val av rätt vårdnivå använts i hemsjukvården, liksom rapporteringsstöd för omvårdnadspersonalen. Inom äldreomsorgen har det lagts fokus på efterlevnad av rutinen för teamsamverkan. Införandet av den nya processen för samordnad vårdplanering har bidragit till att förvaltningens olika enheter har tvingats utveckla nya former för samverkan både internt och externt. Trots detta visar ca 60 inkomna avvikelser på brister i intern och extern informationsöverföring. Insatser har uteblivit eller inte utförts korrekt och orsakat otrygghet och lidande för målgruppen. Bristerna gäller både muntlig och skriftlig kommunikation, överrapportering och dokumentation.

Det finns behov av bättre samverkan mellan olika yrkeskategorier både internt och externt med gemensam målsättning för brukare och patienter. Behov ses även av insatser för att hjälpa medarbetare med svårigheter i svenska språket.

Trygg och säker läkemedelshantering

Under föregående år har mycket kraft lagts på att skapa goda förutsättningar för säker läkemedelshantering. Det har t ex tagits fram skriftliga rutiner, enklare signeringslistor och arbetsmaterial för tydliggörande av ansvarsfördelningen mellan patient, närstående och andra yrkeskategorier. Trots detta har närmare 800 läkemedelstillbud rapporterats under 2017, en ökning med 54% jämfört med tidigare år. Felaktigt utförd läkemedelshantering har orsakat negativa konsekvenser för brukare/patienter och i många fall föranlett risker för vårdskador. Två anmälningar enligt lex Maria har gjorts under året som berör bristande läkemedelshantering. Bristande efterlevnad av befintliga rutiner för läkemedelshantering kan antas vara orsaken till avvikelserna. Digitala signeringslistor med möjlighet till påminnelser och uppföljningar saknas, liksom läkemedelsskåp med säkra nyckelsystem på särskilda boenden. Utbildningsinsatser till omvårdnadspersonal i samband med delegering av läkemedelshantering är sannolikt inte heller tillräcklig.

Åtgärder behöver vidtas inom hälso- och sjukvårdsenheten, äldre- och funktionshinderomsorgen.

Fokus på rehabilitering

Under året har ett arbete med tydliggörande av flöden och processer för rehab-temat startats upp, men publicerade rutiner beslutade av ledningen saknas fortfarande i stor utsträckning. Rehabilitering har ett stort inflytande på prevention och hälsa. Frekvensen av fallolyckor i verksamheten vittnar om en otrygg tillvaro för många brukare och pekar på behovet av förebyggande insatser. Det är osäkert vilka ytterligare resurser som krävs för att möta upp omvärldens växande krav. Oklarheter finns kring den kommunala rehabiliteringens uppdrag inom det här området för patienter som bor i ordinärt boende. Antalet Medicinskt ansvariga för rehabilitering (MAR) ökar i landet, men saknas i Nässjö. En MAR skulle kunna göra den översyn som behövs och utveckla det ledningssystem som styr förvaltningens processer inom rehabilitering och habilitering.

Åtgärder behövs främst för hälso- och sjukvårdsenhetens rehab-team, men en god samverkan med övriga verksamheter är avgörande för goda resultat.