

Kvalitet- och patientsäkerhetsberättelse

Socialnämnden

2019

Innehållsförteckning

1 Sammanfattning	4
2 Övergripande mål 2019	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.....	8
3.5 Samverkan.....	8
4 Genomförda kvalitets- och patientsäkerhetsarbeten	10
4.1 Förvaltningsövergripande.....	10
4.2 Funktionshinderomsorg.....	10
4.3 Hälso- och sjukvård.....	13
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	20
5.4 Dokumentation	20
5.5 Ej verkställda beslut	21
5.6 Hygien	22
5.7 Infektionsmätning.....	22
5.8 Lex Maria och lex Sarah	23
5.9 Loggningskontroll	23
5.10 Läkemedel	24
5.11 Nattfasta	24
5.12 Palliativvård	24
5.13 Samordnad vårdplanering	25
5.14 Synpunkter och klagomål.....	25
5.15 Tillsyn av Inspektionen för vård- och omsorg	25
5.16 Uppföljning inom barn- och familjevård.....	26
5.17 Vårdprevention.....	26
5.18 Ärenden i förvaltningsdomstol.....	28
5.19 Öppna jämförelser	29
6 Identifierade förbättringsområden.....	30

I Sammanfattning

Många åtgärder har vidtagits för att öka kvalitet och patientsäkerhet under 2019. En av de viktigaste är den kompetensutveckling som personalen erhållit, dels genom utbildning men också den kunskap och utveckling som olika förbättringsarbetet har bidragit till. De styrande dokument som tagits fram och implementerats, såsom riktlinjer och rutiner 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. Uppföljningar har gjorts av resultat i bl.a. kvalitetsregister, infektionsmätningar, avvikelserapportering, journalgranskning och brukarenkäter. Under året har även kvalitetsuppföljningar genomförts med samtliga enhetschefer inom funktionshinder- och äldreomsorg samt hälso- och sjukvård. Samtliga resultat har legat till grund för analys och framtagande av prioriterade förbättringsområden.

Verksamhetens medarbetare har bidragit till ökad kvalitet och patientsäkerhet genom att rapportera totalt 3602 avvikelser, fallolyckor medräknade. Risker för vårdskador och missförhållanden har identifierats och hanterats enligt gällande rutiner. Den enskildes och anhörigas synpunkter och klagomål är viktiga för verksamheten och har hanterats enligt gällande rutiner. 37 klagomål har inkommit och 3 beröm. Brukare och patienter har involverats i verksamheternas utveckling genom dialog med medarbetare och chefer.

Den 31 december 2019 hade 1231 brukare planerade insatser inom äldreomsorgen och 511 inom funktionshinderomsorgen. Individ- och familjeomsorgen hade 1044 klienter och 1138 personer hade insatser från kommunens hemsjukvård i särskilt och ordinärt boende.

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, följsamhet till styrande dokument och förebygga ohälsa är tre förbättringsområden som identifierats.

2 Övergripande mål 2019

Strategiområde	Nämndmål
Attraktivitet	Lokaler och bostäder till nämndens målgrupper är tillräckliga och ändamålsenliga
	Nämndens verksamheter ska bidra till ekologiskt hållbarhet avseende klimatpåverkan och energianvändning.
	Socialförvaltningens har friska och stolta medarbetare
	Nämnden har en hållbar och strategisk planering baserad på medborgardialog, omvärldsbevakning, lagkrav och evidens
Kommunikationer	Socialnämnden har god och lättillgänglig information och erbjuder e-tjänster
Näringsliv och kompetens	Engagerat ledarskap och medarbetarskap
Välfärd	Nämndens målgrupper upplever trygghet där välfärdsteknik ska erbjudas som alternativ
	Funktionshinderomsorgens målgrupper ska ges ett mer självständigt liv i ordinärt, särskilt boende och daglig verksamhet
	Hälsan är god och jämlik för nämndens målgrupper
	Socialnämndens verksamheter ska bidra till en social hållbar utveckling och inkludering.
	Nämndens målgrupper ska uppleva en god kvalitet vid varje möte med socialförvaltningens verksamheter
	Rättssäker verksamhet på alla nivåer i socialförvaltningen
	God ekonomisk hushållning där externa medel är en del av finansieringen av verksamheten

3 Kvalitetsledningssystem

3.1 Ansvar för kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet

Socialnämnd

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

Socialchef

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

Medicinskt ansvarig sjuksköterska

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

Socialt ansvarig socionom

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

Avdelningschef

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

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

Enhetschef

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

Personligt yrkesansvar

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

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

3.2 Egenkontroll och riskanalys

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

Omfattningen av analyserna och frekvensen kan skifta på de olika områdena. Resultaten analyseras i första hand

av MAS/SAS, för att sedan återkopplas till medarbetare, chefer samt ledning och nämnd. Resultaten ska också ligga till grund när socialnämnden fastställer mål för verksamheten och är utgångspunkter i initieringen av förbättringsarbeten som bedrivs fortlöpande i förvaltningens verksamheter.

Uppföljning och utvärdering sker i huvudsak enligt följande:

- Trycksår, fall, undernäring och ohälsa i munnen följs upp via kvalitetsregistret Senior Alert. Riskbedömningar ska göras minst två gånger per år på de brukare som är registrerade. Målsättningen är att samtliga över 65 år på särskilt boende ska registreras samt de som är inskrivna i hemsjukvården i ordinärt boende.
- Vården i livets slut följs upp via Palliativregistret. Samtliga avlidna ska registreras.
- Beteendemässiga och psykiska symtom vid demens följs upp via BPSD-registret på kommunens demensenheter. Samtliga demensenheter ska använda registret.
- Infektioner och antibiotikaanvändning följs upp genom infektionsmätningar varje månad på särskilt boende inom äldreomsorg i samarbete med Smittskydd/vårdhygien (Region Jönköpings län).
- 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.
- Inkomna synpunkter hanteras enligt gällande rutiner.
- Följsamheten till basala hygienrutiner följs upp via observationer och enkäter av kommunens hygienombud. Inrapportering till SKR:s databas görs två gånger per år.
- Läkemedelshantering och kommunens läkemedelsförråd på särskilt boende kontrolleras årligen enligt standardiserat protokoll.
- Uppföljning av utförda läkemedelsgenomgångar görs årligen.
- Granskning av journaler för uppföljning av godkänd kvalitet i genomförandeplaner och vårdplaner genomförs utifrån standardiserade mallar.
- Brukare på särskilda boenden får årligen erbjudande om munhälsobedömning och resultatet sammanställs och ger möjlighet för analys och förbättringsarbete.
- Loggningskontroll i verksamhetssystemet Treserva för uppföljning av efterlevnad av sekretesslagstiftningen.
- Kvalitetsuppföljning med samtliga enhetschefer inom äldre- och funktionshinderomsorg samt hälso- och sjukvård genomförs årligen.
- Uppföljning av följsamheten till rekommendationen gällande nattfasta på särskilt boende inom äldreomsorgen görs återkommande och sammanställs årligen.
- Enheten Barn och unga använder sig av Achenbachs skattningsskalor för uppföljning av barn och ungdomars psykiska hälsa utifrån upplevd symtombelastning.
- Kontroll av tid från beslut om trygghetslarm till installation genomförs varje tertiäl.
- Uppföljning av mål görs via ”Styrpilen” som verktyg för mål- och uppföljningsarbete.

Riskanalyser utförs främst i samband med utredning av avvikelser och missförhållande/vårdskador. Graden av sannolikhet att händelsen inträffar igen bedöms vid varje rapporterad avvikelse. Riskanalyser kan också göras vid verksamhetsförändringar för att värdera risken för negativa konsekvenser på kvalitet och patientsäkerhet. SKR:s metoder för risk- och händelseanalys används vid dessa tillfällen.

3.3 Hantering av synpunkter och klagomål

Rutin för hantering av synpunkter, antagen av ledningen, finns och uppmärksammas årligen inom samtliga verksamheter. Medborgare erbjuds att använda kommunens E-tjänst för synpunktshantering, där skriftliga beröm, klagomål kan lämnas eller frågor kan ställas. En synpunkt kan innefatta positiva eller negativa omdömen eller förbättringsförslag.

Verksamhetsansvariga utreder inkomna klagomål och vidtar åtgärder med målsättning att förhindra att liknande händelser inträffar igen och med syfte att utveckla verksamheten. Utredningen och vidtagna åtgärder dokumenteras i E-tjänsten. Synpunktshantering är en viktig del av det systematiska förbättringsarbetet.

MAS och SAS ansvarar även för att övergripande analysera och sammanställa inkomna synpunkter samt visa på förbättringsområden som stärker kvalitet och patientsäkerhet. Återkoppling görs kontinuerligt till verksamhetens

medarbetare, chefer, ledning och nämnd. Rapport till nämnd lämnas tertialvis.

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

3.4 Rapporteringsskyldighet

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

Dokumentationen av avvikelshanteringen sker i DF Respons. 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 vid varje arbetspass inkomna avvikelser och 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 den enskilde, anhöriga, 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 görs varje tertial.

3.5 Samverkan

Samverkan med brukare/patient och anhöriga

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

Brukare/patienter (anhöriga/företrädare) ska;

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

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

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Här följer några exempel på samverkansformer:

- Deltagande i Estherforum för ledare på höglandet där representanter från slutenvård, vårdcentral och kommun deltar.
- Överenskommelse mellan Region och kommun gällande palliativ vård och geriatrisk vård. Samverkan med SSIH (specialiserad sjukvård i hemmet).
- Överenskommelse mellan Regionen och kommunen gällande rehabilitering och habilitering.
- Samverkan med länets hjälpmedelscentral.
- Avtal för läkarmedverkan reglerar samverkan mellan vårdcentraler och kommunens hemsjukvård. Återkommande samverkansmöten med vårdcentralen Bra Liv i Nässjö och Bodafors, Läkarhuset i Nässjö, Nyhålsans vårdcentral i Nässjö och i Forserum då samverkansarbetet utvärderas.

- 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 nätverk för sårvård och demensvård i samverkan med andra kommuner.
- Deltagande och användande av Kommunal utvecklings (FoUrum) tjänster.
- Samverkan med Samhällsplaneringskontoret gällande bostadsanpassningar.
- Veckostyrning via Skype-möte med Höglandssjukhuset och övriga kommuner på höglandet. Under semesterveckorna daglig styrning dagligen med länets samtliga sjukhus.

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

Samverkan för att förebygga missförhållanden

Samverkan mellan olika professioner är viktigt för att förebygga missförhållanden. Rutiner för hantering av avvikelser och synpunkter är grunden för att stärka kvaliteten i verksamheten. Brister som uppmärksammas tas upp på olika nivåer av samverkan t.ex. på 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 arbetsinstruktioner tas fram och implementeras för att undvika missförhållanden.

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

Rapport från brukarråden

Samverkan sker genom Kommunala rådet för funktionshinderfrågor (KRF) och Kommunala pensionärsrådet (KPR) där brukarorganisationerna medverkar i övergripande frågor.

Rådets 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 fem gånger under 2019. De frågor som varit mest diskuterade under 2019, har varit den fysiska tillgängligheten i kommunen, habiliteringsersättning och avgifter för insatser enligt SoL och LSS.

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

Rådet har sammanträtt fem gånger under året. De frågor som diskuterats mest återkommande under 2019, har varit avgifter för insatser enligt SoL och hemsjukvård, förändringen av korttidsboende och ensamhetsproblematik.

4 Genomförda kvalitets- och patientsäkerhetsarbeten

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

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

Nedan presenteras ett urval av de förbättringsarbeten som genomförts under 2019 i de olika verksamheterna.

4.1 Förvaltningsövergripande

Styrande dokument

Under 2019 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.

Följande riktlinje och rutiner är antagna under 2019.

Riktlinje för anhörigstöd

Rutin för hälso- och sjukvårdsdokumentation

Rutin för palliativ vård

Rutin för HS-uppdrag till baspersonal

Rutin för ADL-bedömningar

Rutin för inköp av skrivare

Rutin för inköp/återlämning av mobiltelefon

Byte av verksamhetssystem

Under hela 2019 har förvaltningen arbetat intensivt med att byta verksamhetssystem. Vid årsskiftet var alla verksamheter förutom ekonomiskt bistånd och våld i nära relation i drift i Combine. För myndighetsutövning och utförare inom äldre- och funktionshinderomsorg samt medarbetare inom hälso- och sjukvården har det också inneburit att man har gått över till att arbeta med strukturerad dokumentation enligt ICF med KVÅ- och KSI-klassning av insatser.

Arbetet med att gå över till Combine har medfört att många arbetsprocesser har förändrats och digitaliserats. Genom tvåfaktorsinloggning har vi höjt säkerheten kring åtkomst av uppgifter i systemet. Många verksamheter har nu också mobila möjligheter att läsa dokumentation och journalföra mobilt. Varje verksamhetsområde följer upp sin drift och den kommande förvaltningsorganisationen omhändertar systemet, för ett så säkert och användarvänligt system som möjligt.

Digital E-tjänst för synpunktshantering

En digital E-tjänst för hantering av synpunkter och klagomål har tagits i bruk under 2019. Medborgare kan skriva ner sina åsikter via ett digitalt formulär på kommunens hemsida. Verksamhetsansvariga tar emot och utreder händelserna och återkopplar till synpunktslämnaren. Dokumentationen görs i E-tjänsten för inrapportering.

4.2 Funktionshinderomsorg

Kultur- och fritidsaktiviteter

Det uppmärksammades att kultur- och fritidsaktiviteter för brukare sker i olika omfattning i olika verksamheter, där några skulle behöva växla upp och erbjuda mer aktiviteter. En grupp med representanter från fyra olika verksamheter har träffats där syftet varit att tillsammans kunna delge varandra goda exempel kring kultur- och fritidsaktiviteter som genomförts med framgång. Det kan handla om aktiviteter som genomförts individuellt men också gemensamt i en verksamhet och ibland har flera verksamheter deltagit. Det har märkts att de medarbetare som är mer drivna i att hitta på saker inspirerar de andra och det har blivit bättre planering med aktiviteter under

hösten. Brukarna har också en punkt på dagordningen på deras husmöten där de lyfter aktiviteter de vill göra. Planerade aktiviteter anslås så att brukarna får god framförhållning om vad som är på gång.

Social dokumentation

Sedan den 1 juni dokumenterar personal i det nya verksamhetssystemet Combine enligt behovsmodellen IBIC. Mycket tid har lagts på att få det att fungera med inloggningar i systemet via datorn och med Yubikey i telefonerna. Ett förbättringsarbete har gjorts med fokus på den löpande sociala dokumentationen och att få till aktuella genomförandeplaner. Metodhandledare har varit ute i grupperna och stöttat hela grupper men också enskilt. Det blir allt bättre även om kvaliteten på genomförandeplanerna växlar. Vi fortsätter därför att jobba med att förbättra dokumentationen i Combine, bl. a så kommer SAS att delta på Pilen-dagarna där IBIC kommer att vara ett tema.

Ökat brukarfokus och stolta medarbetare

På Norråsagatan har klagomål framkommit från anhöriga om diverse frågor och har varit så under flera år. Arbetsgruppen började dokumentera varför insatser inte blir utförda då brukaren har erbjudits insats men tackat nej. Dialogen med berörda anhöriga har prioriterats och under senaste månaderna har det inte hörts några negativa kommentarer. Resultatet blev att personalen känner sig mer stolta jämfört med tidigare och verksamheten är på rätt väg för en fungerande arbetsplats där brukarna alltid sätts i fokus. Uppföljning kring detta arbete sker tillsammans med SAS.

Samtalsgrupper som resulterat i bättre hushållning med pengar

Då flera av brukarna på Brogatan har svårigheter att få sin ekonomi att gå ihop har medarbetare på boendet använt ESL-materialet kopplat till ekonomi. En grupp brukare på boendet har träffats regelbundet, varannan vecka, för att samtala om ekonomi. Dessa träffar har varit mycket uppskattade och har resulterat i att brukarna har fått verktyg för hur de ska hushålla med sina pengar genom att göra olika val. Brukarna har också delat med sig till varandra av sina erfarenheter vilket lett till ett fint utbyte där de ser att det går att göra på olika sätt för att hushålla med sina pengar. Då dessa träffar har varit väldigt uppskattade har medarbetare nu startat en ny grupp där man kommer att använda ESL-materialet kopplat till aktivitet (träning/kost). Träffarna kommer att genomföras under 2020.

God planering vid förändrad tillgång till bil

På Rosengatan har det sedan tidigare funnits tillgång till en kommunbil för att underlätta vid t.ex. läkarbesök och handling till brukarna. Från den sista januari 2020 kommer bilen tas bort. Medarbetarna har farhågor om att detta kommer att skapa problem då det blir svårt när flera brukare ska iväg på ärenden samtidigt som servicebostaden ska vara bemannad med ett få antal anställda. Vid en verksamhetsdag under hösten 2019 gjordes det därför en riskbedömning och det togs fram en handlingsplan som innehöll ett antal åtgärder. Åtgärder som gjorts är att inhandla en shoppingväska (dramaten), se över brukarnas möjlighet till att få färdtjänst och även möjlighet för personal att följa med på resan som stöd för brukaren. Det kommer också att krävas en god framförhållning när det gäller de läkarbesök och andra ärenden som brukare har behov av åka på. Det kräver god planering och schemaläggning med en återkommande diskussion om hur bemanningsgrafiken ska se ut och justeras för att kunna möta brukarnas behov på bästa sätt. Via Apotekstjänst har det ordnats så att brukarnas ordinerade läkemedel i APO-dos levereras direkt till servicebostaden.

Systematiserad utvärdering av arbetsdagen

På Tranbärsstigen har det utarbetats ett dokument med frågor som används vid överrapportering mellan personal. Frågor som ger svar på vad som varit bra och dåligt under dagen samt ger möjlighet att tillsammans hantera det som kan varit känslomässigt svårt. Framgångsrika arbetssätt delges varandra. Arbetsgruppen har uppskattat arbetssättet och fått en bättre dialog och samverkan.

Röda band blev tydlig signal om att besök inte önskas

På Soldaten uppmärksammades ett problem med att brukare går in till varandra då de vill ha sina lägenhetsdörrar öppna men inte ha besök. Det verkades röda band som brukaren själv kan hänga upp när dörren är öppen men inte vill ha besök. Fungerar bättre och bättre. Tog ett tag innan alla brukare förstod innebörden av de röda banden. Uppföljning har skett vid APT.

Ökad användning av handsprit

På Brynet uppmärksammades att flaskor med handsprit inte alltid fanns tillgängligt i eller vid brukares lägenheter. Förkläden beställdes, korta med fickor där medarbetarna kunde ha handsprit med sig hela tiden. Varierande re-

sultat, när förklädet används fungerar det utmärkt men det är inte alltid det gör det. Fortsatt arbete med att påminna varandra behövs. Ska följas upp kontinuerligt på APT.

Brukare fick bättre förutsättning att välja aktivitet

På Lanzen har ett häfte med bilder på aktiviteter tagits fram som kan användas när brukare saknar förslag på aktiviteter. Det gjordes en mätning innan förändringen, då det bockades i en lista när brukaren gjorde ett eget val. Häftet tillverkades och mätningen fortsatte under tre veckor. Resultatet visade en ökning på 60% av självvalda aktiviteter.

Förändring av lokaler resulterade i mindre konflikter

På Mosshaga uppmärksammades problemet att det är för många brukare i arbetsrummet och att köket ligger för långt bort från arbetsrummet. Eftersom kök och arbetsrum ligger frånskilt blir det svårt för personal att ha uppsikt samt att brukare stör varandra i arbetsrummet. Särskilt stökigt blev det i samband med lunchen. Det uppstod flera konflikter per dag mellan brukare och mellan brukare och personal. Målsättningen var mindre konflikter och bättre uppsikt. Arbetsrummet flyttades till två mindre arbetsrum som ligger i anslutning till köket, dels för att få bättre uppsikt över brukare som lämnar köket och dels för att försöka minska konflikterna genom att dela på gruppen så de inte ska störa varandra. Efter förändringen har det blivit mycket lugnare och konflikterna är få i jämfört med innan. Personal har bättre uppsikt över brukarna. Under perioden har det funnits tillgång till en extra personal. Förändringen har blivit positiv för både brukare och personal och önskan är att få behålla extrapersonalen.

Samverkan för ökad tillgänglighet till vård

Inom missbruksvården föreligger ett uppdrag att utifrån länsöverenskommelsen om samverkan gällande vård och stöd för personer med riskbruk, missbruk och beroende mellan kommun och region, omsätta denna överenskommelse till lokala processer och rutiner för att nå de övergripande målen.

Detta har utmynnat i att missbruksvården i Nässjö tillsammans med såväl primärvård som psykiatri, försökt att få till en lokal samverkan för ökad tillgänglighet till vård. Ett exempel är där missbruksvårdens stödboende Färgaren i Nässjö har möjliggjort att Nässjö kommuns medborgare i likhet med resten av landet, kan ges en likvärdig vård i form av läkemedelsassisterad behandling under helger då psykiatrins verksamhet har stängts. Utifrån detta samarbete har kontaktytorna under hand byggts på med medicinskt ansvarig sjuksköterskas hjälp att även omfatta hemsjukvården. Teamträffar där missbruksvården, hemsjukvårdens sjuksköterskor och arbetsterapeuter samt öppenvårdspsykiatri, har under 2019 formaliserats. Strukturen kring missbruksvårdens Estherarbete, där syftet har varit att stärka förmågan till egenvård och att öka tryggheten i kontakterna med sjukvården genom hälsosamtal, har pågått sedan 2018. Resultatet har 2019 visat att fler klienter erbjuds och också tackar ja till hälsosamtal, vilket har skapat en mer effektiv process i att kunna möta klientens vårdbehov. Hälsosamtalen har därtill utgjort en viktig del i att skapa en medvetenhet hos klienten kring helhetsperspektivet gällande beroende och kopplingen till fysisk hälsa. Såväl mätningar på individnivå som uppföljningar på organisationsnivå gällande samverkan för ökad tillgänglighet kommer att fortsätta under 2020. Tack vare den nu formaliserade samverkan med hemsjukvården har läkemedelsavvikelsena reducerats. Från 29 avvikelser 1 jan -31 maj till 8 avvikelser resterande tid under år 2019.

Städschema för hemmadag med brukare

En brukare upplevdes stressad under sin hemmadag då städningen skulle utföras. Personalen måste ständigt tjata för att det skulle bli ordentligt gjort. Personalen var också olika noggrann, vilket resulterar i förvirring hos brukaren. Det gjordes ett schema med vad som ska städas med målsättningen att brukaren ska kunna känna sig trygg med att all personal gör likadant. Uppföljningen visar att personalen har börjat ställa samma krav. Brukaren blir mer trygg och självsäker. Brukaren vet vad som ska göras och behöver inte känna sig stressad för att hinna med allt.

Tydlighet kring personalens arbetstider gav tryggare brukare

Det uppmärksammades att brukarna fokuserade väldigt mycket på personalens arbetstider och scheman vilket skapade stor oro vid förändringar. Målet för förbättringsarbetet var att minska oron samt kontrollbehovet hos brukarna. All personal började berätta hur de arbetar och när de var lediga. Bilder på personalen som skulle vara i tjänst nästkommande dag sattes upp. Förändringar testades och utvärderades på APT. Efter några veckor upplevdes brukarna lugnare. Personalen upplevde detta som väldigt positivt.

4.3 Hälso- och sjukvård

Minskade kostnader för sårvårdsmaterial

Hemsjukvården har nu ett fåtal personer i sårvårdsgruppen som beställer produkter vilket leder till bättre kontinuitet. Syftet med förändringen har varit att sänka kostnaderna för sårvårdsmaterial. Nattpersonalen har plockat upp materialet och bockat av följesedlar. En sjuksköterska med särskilt ansvar för sår har beställt produkterna direkt i beställningssystemet. Attesten har gått direkt till verksamhetschefen för en snabbare hantering. Arbetsättet har uppmärksammats på APT för att medvetandegöra samtliga medarbetare. Produkterna har delats in i olika grupper efter kostnad. Vid val av de dyraste materialen ska sjuksköterskorna först haft en dialog med sårvårdssköterskan innan materialen börjar användas. Personalen ska inte ta med för mycket material ut till patienterna och fokus har lagts på att dokumentera bättre, vilka material som ska tas med. Resultatet har lett till sänkta kostnader från 713 102 (2018) och 549 695 (2019) exkl. fraktkostnader. Sårvårdssköterskan följer månadsvis materialkostnaderna och diagram sätts synligt upp i sårvårdsförrådet och på anslagstavla.

Översyn av hjälpmedel

Hjälpmedelskostnaderna ökar stadigt och syftet med förbättringsarbetet var att få förståelse för vad hemsjukvården betalar för och vilka hjälpmedel som har ökat. Utskrivningsprocessen gör att patienterna kommer hem snabbare än tidigare från sjukhus, i bland med större hjälpmedelsbehov. Varje månad har två arbetsterapeuter tittat i Web-Sesam (beställningssystem för hjälpmedel) där det kan ses vad fakturorna innehåller. Det har uppmärksammats att hjälpmedel ofta står oanvända. Rehab. assistenterna har fått listor på vilka hjälpmedel som kan hämtas hos patienter och hjälpmedel har skickats tillbaka till hjälpmedelscentralen (viktigt då det är en månads hyra på hjälpmedel). Det har även dragit ut listor på personer som har avlidit och det har hämtats hjälpmedel som inte tidigare blivit tillbakalämnade. Uppgifter om vilka hjälpmedel som har kostat mest under 2019 har nu rehab. enheten full koll på och kan jobba vidare med uppföljningar.

Framtagande av rutin för ADL-bedömning

Det uppmärksammades att antalet förfrågningar om ADL-bedömningar ökade och att medarbetare upplevde en stressad arbetsmiljö. Ett förbättringsarbete startades med syfte att säkerställa god kvalitet i processen för ADL-bedömningar. En processkartläggning genomfördes och det framkom att det fanns flera oklarheter i flödet och att det var skiftande kvalitet i förfrågningar och i bedömningar. Omvärldsbevakning genomfördes och en arbetsgrupp med socialsekreterare och arbetsterapeuter arbetade fram en rutinbeskrivning och ett stöddokument för att formulera förfrågan om ADL-bedömningar. Resultatet blev ett effektivt arbetssätt med säkrad kvalitet för brukare/patient samt förbättrad samverkan mellan de båda yrkesprofessionerna. Uppföljning med utvärdering kommer ske under våren 2020 genom personlig feedback mellan medarbetare och uppföljningar i fysiska möten mellan de två arbetsgrupperna.

4.4 Myndighetsutövning

Minskat långvarigt ekonomiskt bistånd

Under 2019 har ett stort fokus lagts på att minska det långvariga ekonomiska biståndet. En socialsekreterare har haft ett specialuppdrag bestående av att initiera och samordna arbetet med att bland personer med ett långvarigt behov av ekonomiskt bistånd identifiera dem med ett behov av att utreda arbetsförmågan. Många av dessa personer har en mera komplex och sammansatt problematik, varför arbetet kräver ett nära samarbete med såväl klient som aktuella externa samverkanspartners. I de fall där arbetsförmågan visar sig vara varaktigt nedsatt, helt eller delvis, blir nästa steg att hjälpa personen att ansöka om aktivitets- eller sjukersättning hos Försäkringskassan. 82 personer har ingått i arbetet. Av dessa har 22 personer beviljats sjuk- eller aktivitetsersättning under året. 7 har fått avslag, varav 5 är i överklagningsprocess. 4 har fått arbete eller börjat studera. För resterande 49 personer pågår utredningsarbetet och för ett färre antal inväntas beslut från Försäkringskassan på deras ansökan. Utfallet har hittills lett till ett permanent minskat behov av ekonomiskt bistånd med motsvarande 1,6 miljoner per år och har inbringat retroaktivt utbetalning till socialförvaltningen med 766 000 kr under 2019. Arbetsättet är väl förankrat alla socialsekreterare och enhetens mål är att i så stor omfattning som möjligt fortsätta arbeta inom ”rehabspåret”.

Boendeträffar för Ett självständigt liv

Som är en del i arbetet med Ett självständigt liv har det startats upp boendeträffar. Syftet med boendeträffarna är att en gång i månaden ha ett forum där myndighetsutövningen och aktuell verkställighet lyfter de ärenden som är

under utredning för särskilt boende samt de som redan finns i boende, men som kan vara aktuella för stegförflyttning. När det gäller ärenden som är under utredning är syftet att myndigheten förbereder verkställigheten inför kommande boendeplicering för att det ska bli rätt placering och prioritering. De kan också handla om att socialsekreteraren ser redan nu att verkställigheten ska jobba aktivt från början med fokus på stegförflyttning. En brukare som behöver boende under en period vid ex flytt från föräldrahemmet, men som visar på potential att kunna klara ett ordinärt boende inom en snar framtid. Där är viktigt att jobba rätt från början för att inte stanna utvecklingen genom för stort omhändertagande.

Verkställigheten lyfter de ärenden där det finns behov av uppföljning av olika anledningar, men främst för att identifiera de brukare som utvecklats till en nivå där man kan påbörja arbetet med ruta individen för successiv stegförflyttning. Boendeträffarna är upplagda så att enhetschefer för boende samt extern placering tillsammans med avdelningschef representerar verkställigheten och enhetschef myndighetsutövning samt socialsekreterare LSS och socialpsykiatri representerar myndigheten. Träffarna är indelade så att första delen handlar om brukare inom LSS och andra delen Socialpsykiatri och aktuella enhetschefer och socialsekreterare deltar på respektive del. Enhetschef myndighet och avdelningschef funktionshinder deltar hela tiden.

Nästa steg är att vi startar liknande träffar fast då med inriktning ordinärt boende och med syfte att möjliggöra kvarboende i ordinärt boende.

Kompetensutveckling kring de minsta barnen

Hela enheten för barn och unga har genomfört en intern utbildning kring anknytning, omsorgssvikt och föräldraskap samt hur kvaliteten i omsorgen påverkar ett hjärnans utveckling för våra minsta barn. Denna har genomförts av två anställda med fördjupad kunskap inom dessa områden och har erbjudits och omfattar samtliga anställda inom enheten. Denna utbildning uppfattades som mycket professionellt genomfört och har genererat en bredare kunskap inom området.

4.5 Äldreomsorg

Ökad och samordnad aktivering

På Ingsbergsgården har arbetsbelastningen för medarbetarna ökat vilket fört med sig svårigheter att hinna anordna aktiviteter till brukarna i den utsträckning som personalen ville erbjuda och som ska erbjudas. Syftet med förbättringsarbetet var att minska pressen på medarbetarna och samtidigt öka meningsfullheten för brukarna. Ett viktigt syfte har också varit att finna stimulans för de som inte vill eller klarar att gå på en aktivitet med flera personer. En medarbetare fick ansvara för att anordna och hålla i aktiviteter och skapa meningsfullhet på hela sin tjänst, fem dagar i veckan. Medarbetaren är också aktiv i att gå runt och inspirera brukare till att vilja vara med. Resultatet har blivit som förväntat - ett otroligt bra resultat. Brukarna är mer aktiva än någonsin och erbjuds många olika saker som anpassas efter dem med ett varierande utbud. Medarbetarna tycker att det är en mycket bra verksamhet och att det är positivt att de inte bär ansvaret för att ordna allt. Uppföljning har skett dels på husmöte med medarbetarna samt på APT.

Nya medicinskåp och enhetliga rutiner

Bakgrunden var att medicinskåpen på Parkgården var väldigt små, det fanns inte plats för det som behövdes läsas in. Flera brukare hade dubbla dosetter samt listor. Detta gjorde att medarbetarna, vilket uppmärksammades i avvikelse rapporteringen, hade lättare att göra fel. Medarbetare missade läkemedel pga. att det var rörigt och oordning. Det upplevdes också att läkemedel var allt för lättillgängliga för alla som hade nyckel eftersom personal hade tillgång till alla skåp. Målet var att säkra läkemedelshanteringen med rutiner som var gemensamma på alla enheter på Parkgården. Parkgården fick vara en prioriterad grupp som fick starta med nya digitala medicinskåp, där varje medarbetare som har delegering har en tagg som är personbunden. Finns inga vikarietaggar eller generella taggar. Det köptes in nya pärmar, register och pennor, så att alla enheter hade samma innehåll i sina pärmar.

Bra med enhetliga rutiner, att det är likadant oavsett vilken enhet medarbetaren befinner sig på. Större medicinskåp med mer utrymme. Avvikelserna minskade som hade haft orsaker som tidigare kunde spåras till att medarbetare missade pga. oordning. Medarbetare kände sig mer säkra, att de visste att inga obehöriga kunde vara inne i medicinskåpen. Taggar som öppnar skåpen kan spåras direkt till person. Alla medarbetarna fick information om detta arbete löpande på APT, där de också fick ge förslag till om något skulle justeras. Ansvaret ligger nu på kontaktpersonen att hålla ordning i medicinskåpet. God samverkan med Hälso- och sjukvårdsenheten blev också ett resultat av förbättringsarbetet.

Minskad nattfasta på Björkliden

Redan 2016 uppmärksammades problemet med att nattfastan var för lång. Kvällsmålet serverades kl. 18 och frukosten tidigast kl. 8. Det ger en nattfasta på 14 timmar. De brukare som själva bad om ett mellanmål på kvällen och natten fick det. De var få. Då började arbetsgruppen arbeta med dygnsfastan och måltidsmiljön. Det infördes mellanmålsvagn som används vid mellanmålet på kvällen kl. 19-20. Syftet var att locka fler att äta genom ett varierat utbud, vilket lyckades bra första åren. Alla ska erbjudas mellanmål även på natten. Följsamheten till rutinen i personalgruppen är inte optimal. Under hela 2019 har det gjorts uppföljningar av kvällsmål kl 17, mellanmål kl 19-20 och nattmål via blanketten Uppföljning av nattfasta, som ingår i måltidskonceptet. Resultatet blev en nattfasta på 11 timmar till 75% av brukarna varje dygn, i genomsnitt. Under 2020 fortsätter arbetet med att införa förfrukost i syfte att korta nattfastan för alla.

Inköp av mobil lyft till Nattpatrullen/Larmet

I Nattpatrullen och larmet hanterades under 2019 totalt 758 fallolyckor, under både dag och natttid. Vid flertalet tillfällen fick medarbetarna kontakta räddningstjänsten då de inte kunde få upp brukare från golvet. Nu har det köpts in en mobil lyft som ligger i larmebilen dygnet runt. Lyften kan ta vikter upp till 150 kg och kan användas upp till 80 gånger per laddning. Kan även laddas i bilen. Lyften förvaras i två väskor som sammanlagt väger 13 kg. Sedan liften började användas har räddningstjänsten inte kontaktats och både medarbetare och brukare har varit mer än nöjda hur smidig lyften är. Den går långsamt upp till sittande läge så brukaren blir inte yr vid upp- tagning samt att medarbetarnas ryggar sparas. Arbetet följs upp på varje APT huruvida lyften används samt kontroll av att räddningstjänsten inte behövt tillkallas.

Bättre struktur och utveckling av kontaktmannaskap

På en stor avdelning på Malmåkra uppmärksammades att det var svårt att följa rutiner och hitta struktur samt att jobbet som kontaktnman inte fungerade på bästa sätt. Personalen samlades vid ett flertal tillfällen under tidig vår där de tillsammans arbetade fram ny grund som stöd till förbättring. Detta utmynnade i en tydlig arbetsplan men ny struktur, rutin och uppdelning av arbetsgrupp till att mer strukturerat jobba på den del av avdelning där man också var kontaktnman. Det gjordes även förbättringar med trevliga namnskyltar på dörrarna. Med hjälp av foton på personalen kan anhöriga nu se vilka som är kontaktnman och vilka som jobbar på avdelningen. Vid flertalet utvärderingar står det klart att förbättringsarbete har lett till mindre stress, bättre trivsel bland personalen, stärkt kontaktmannaskap och brukarna har fått en tryggare vård och omsorg med bättre kontinuitet.

Samtalsstöd till brukare i Malmbäck

Det uppmärksammades att brukare hade behov av att få samtala om livet och ibland om det svåra i livet. Personalen fanns till hands ibland behövde ytterligare stöd. Kontakt togs med Svenska kyrkans diakoni och de var väldigt positiva till att hjälpa till. På brukarmöte tillfrågades brukare om detta stöd var önskvärt och det blev ett positivt gensvar. Tillsammans med diakonassistent upp ett schema där hon tillsammans med frivilliga samtalspartners (med tystnadsplikt) besök alla de som så önskar en gång i månaden. Om det är någon som behöver akut stöd kan vi få detta däremellan både av diakoni och/eller präst. Samtalsfrågor behöver inte alls vara av kristen karaktär utan det är brukare som avgör. Hemtjänstområdet har också tillgång till detta stöd vid behov. Bra att man som personal kan erbjuda denna hjälp och brukare är nöjda med dessa besök.

"Stjärnorna på Malmåkra"

En brukare får en hel dag som är helt fokuserad till just den personen. Det görs efterforskningar av hela livet, allt från skola, arbete eller annat som varit av vikt och som denne vill lyfta fram. Arbetet sker med hjälp av brukare, Esthercoach, kontaktnman samt anhöriga och blir en fördjupning i livshistoria som inte bara lyfter personen utan ger en kunskap till personal att på ett bättre sätt kunna hitta bitar att förgylla tillvaron för brukaren. Allt sker såklart med brukares medgivande. Denna dag ska innehålla t.ex. brukarens favorit mat, bild och eller filmvisning, historisk beskrivning och kanske ett vernissage.

Aktivitetsprogram för dagliga aktiviteter

Ekbackagårdens äldreboende har sedan september månad arbetat med att erbjuda brukarna gemensamma aktiviteter. Detta förbättringsarbete startades efter KKiKs mätning gällande om brukarna erbjuds minst två organiserade och gemensamma aktiviteter per dag under vardagar. Metoden har varit att personalen och närmaste chef i samarbetet med äldreomsorgens Äldre pedagog/Samordnare arbetade fram ett aktivitetsprogram för dagliga aktiviteter. Det togs även fram ett program för en aktivitet varje månad för brukarna. Aktivitetsprogram visades på brukarrådet under oktober månad för att fånga brukarnas och anhörigas synpunkter på innehållet. Aktivitetsprogram sattes upp på respektive enhet så brukarna ser vilka aktiviteter som erbjuds dagligen samt varje månad. Även anhöriga som kommer på besök kan se vilka aktiviteter som erbjuds. Planen är att under mars 2020 ska varje enhet göra egen kontroll på om aktiviteterna genomförts på respektive enhet enligt programmet.

Kontaktmannaskapet har tydliggjorts

Utifrån brukarenkäten har Ekbackagården under hösten arbetat med att informera brukarna och anhöriga vem som är kontaktman och vad de kan förvänta sig av honom eller henne. Tillvägagångssättet har bestått av att personalen tillsammans med närmaste chef beskrivit vad som ingår i kontaktmannaskapet samt bilder har tagits på kontaktmännen. Denna information förvaras på ett synligt ställe i brukarnas lägenhet. Uppföljning ska göras med hjälp av brukarenkäten 2020.

Tillbyggnad av gemensamhetslokal

Under flera år har behovet av att ha en större lokal för gemensamma aktiviteter på Ingsbergsgården påtalats. Den lokal som kallats Café Myran har använts flitigt flera gånger i veckan men var för liten. Förslag fanns på att bygga ut golvet över entrén alternativt ta bort några väggar för att öka utrymmet. Det enades om att öka golvytan över entrén skulle vara det bästa och det begärdes en offert från ett byggföretag i Nässjö. I november 2018 skickade verksamheten in en uppdragsbeskrivning till avdelningschefen som lämnade det till Tekniska Serviceförvaltningen för bedömning och beslut. Under våren 2019 fick vi den godkänd och arbetet påbörjades och blev klart hösten 2019. Den utökade golvytan i utrymmet på andra våningen blev så bra. Det är betydligt större yta för de personer som vistats där när det är underhållning och fester. Hela rummet känns mer rymligt och ljusstarkt. Väl investerade pengar för de personer som bor på Ingsbergsgården.

5 Resultat och analys

Den 31 december 2019 hade 1231 (1183) brukare planerade insatser inom äldreomsorgen och 511 (617) brukare inom funktionshinderomsorgen. Individ- och familjeomsorgen hade 1044 (1051) klienter. Inom parentes presenteras föregående års siffror. 1138 personer hade insatser från kommunens hemsjukvård i särskilt och ordinärt boende. Saknas jämförelsetal från föregående år för hemsjukvården, då införandet av verksamhetssystem har förändrat förfarandet vid inskrivning. Ett stort antal personer har även fått hälso- och sjukvårdsinsatser utförda av omvårdnadspersonal med delegering.

5.1 Avvikelse rapportering

En avvikelse rapport ska skrivas då det inträffar en händelse i verksamheten som medfört eller som skulle kunnat medföra negativa konsekvenser för brukare/klient/patient på grund av brister i verksamheten. Sammantaget under året inkom 3602 (3944) rapporterade avvikelser, varav 55% (52%) var fallolyckor där huvuddelen inte beror på en verksamhetsbrist (inom parentes resultat från 2018).

Antalet rapporterade avvikelser har minskat med 9% jämfört med 2018. Byte av verksamhetssystem kan vara en förklaring till det något färre antal rapporterade avvikelser.

Enligt rutinen för avvikelshantering ska en avvikelse vara utredd, åtgärdad och avslutad av enhetschef inom tre veckor. Vid kontroll gjord i Treserva och Combine på avvikelser rapporterade under 2019 är 7% inte avslutade tre veckor in i januari, att jämföra med 14% föregående år.

Inkomna avvikelser rapporter

Rapporterade avvikelser per avdelning (antal)	2017	2018	2019
Funktionshinderomsorg	244	416	232
Hälso- och sjukvård	54	40	65
Myndighetsutövning	6	28	43
Äldreomsorg (särskilt boende)	1670	1733	1693
Äldreomsorg (hemtjänst/larm/nattpatrull)	1188	1727	1569
Totalt	3162	3944	3602

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

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

Avvikelse per område (antal)*	2017	2018	2019
Bemötande	16	28	23
Dokumentation	18	29	30
Ekonomisk oegentlighet	-	4	3
Fall med skada	325	352	296
Fall utan skada	1516	1694	1700
Genomförande av insats	153	224	166
Handläggande	1	12	29
Informationsöverföring	45	61	112
Läkemedel	777	999	805

Avvikelse per område (antal)*	2017	2018	2019
Miljö/utrustning/teknik	148	143	169
Organisation	35	29	19
Sekretess och tystnadsplikt	1	12	6
Vård och behandling	42	38	44
Övergrepp	7	8	14
Annan händelse	134	165	158

Några avvikelser är registrerade under flera områden vilket påverkar totalsumman.

Rapporterade läkemedelstillbud och antalet rapporterade händelser inom sekretess och tystnadsplikt har minskat under året. Rapporterade avvikelser för bristande informationsöverföring och handläggning har ökat ytterligare i en jämförelse med föregående år.

Inom många av de områden där avvikelser rapporteras finns nedskrivna rutiner och många av avvikelserna skulle sannolikt kunnat undvikas om följsamheten till rutinerna varit högre.

Avvikelsernas allvarlighetsgrad

Allvarlighetsgrad (andel i %)	2017	2018	2019
Mindre (1)	76	81	80
Måttlig (2)	20	17	17
Betydande (3)	3.5	2	3
Hög (4)	0.3	0	0

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

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

Vidtagna åtgärder

Vanligaste vidtagna åtgärderna (antal)	2017	2018	2019
Kontakt sjuksköterska/fysioterapeut/arbetsterapeut	570	1081	762
Arbetsplatsdiskussion	462	894	555
Enskilt samtal	168	197	142
Genomgång av rutin/instruktion	119	85	81
Kontakt annan enhetschef eller avdelningschef	241	501	448
Kontakt MAS/SAS	169	47	39
Ta upp på team	53	268	246
Förbättringsarbete (planerad)	24	37	13

De åtgärder som vidtas vid uppmärksammade brister är betydelsefulla i kvalitetsarbetet. Många förbättringsarbeten har planerats och genomförts under året. Det stora antalet kontakter som tagits med andra yrkeskategorier för att åtgärda avvikelser tyder på vikten av samverkan för att tillsammans åstadkomma förbättringar i verksamheterna. Positivt att så många avvikelser har lyfts som lärande exempel på arbetsplatsträffar och på teammöten. MAS/SAS har inte i samma utsträckning kontaktats, vilket kan tyda på att cheferna är tryggare i sin hantering av avvikelser.

Avvikelser i samverkan

Område	2017	2018	2019
Bemötande	-	1	2
Hjälpmedel	-	-	-
Informationsöverföring	15	9	7
Läkemedel	4	9	11
Vård och behandling	10	3	8
Samordnad vårdplanering	-	6	14
Annan händelse	4	3	3
Totalt	33	31	45

Samordnad vårdplanering fanns inte med som område under 2017, avvikelser angående samordnad vårdplanering registrerades då främst under informationsöverföring.

Totalt 45 avvikelser i samverkan med andra vårdgivare har rapporterats under 2019, att jämför med 31 under föregående år. 30 av dem avsåg samverkan med slutenvården inkl. mottagningar och SOS/ambulans samt 15 med primärvårdens vårdcentraler. Många avvikelser handlar om bristande informationsöverföring och brister vid samordnad vårdplanering. Antalet läkemedelsavvikelser har också fortsatt att öka. Avvikelserna har analyserats tillsammans med respektive vårdcentral samt på händelseråd med Högländsjukhusets chefssjuksköterska. Informationsbrev med sammanställningar av rapporterade avvikelser och rekommendationer för åtgärder har vid två tillfällen skickats ut till medarbetare och chefer inom berörda verksamheter.

5.2 Brukarundersökning

Under året har brukarundersökningar genomförts inom äldreomsorg och funktionshinderomsorg, en totalundersökning där alla som har ett pågående bistånd i de verksamheter som ingår fått erbjudande om att delta i undersökningen.

Äldreomsorg

Samtliga personer, 65 år och äldre, som den 31 december 2018 hade hemtjänst eller bodde på särskilt boende har fått möjlighet att besvara en enkät. Personer som enbart hade hemtjänstinsatser i form av matdistribution och/eller trygghetslarm eller som enbart hade beslut om korttidsboende ingick dock inte i undersökningen. Undersökningen genomfördes från mitten av mars till och med 24 maj 2019.

Hemtjänstenkäten besvarades av 270 personer, vilket är 63,2% av de som är beviljade hemtjänst i kommunen.

Enkäten för särskilt boende besvarades av 160 personer, vilket är 60,2% av de tillfrågade som vid mättillfället bodde i särskilt boende i kommunen

En stor del av brukarna, både i hemtjänst och i särskilt boende ger positiva svar på många frågor. Särskilt viktigt är det med den höga andel positiva svar på frågorna som handlar om personalens bemötande, förtroende för personalen och trygghet i boendet med stöd av hemtjänst alternativt trygghet i det särskilda boendet. Det finns områden, och då särskilt på områdena inflytande, information och tillgänglighet som kvalitetsmässigt kan bli ännu bättre. Detta gäller både för äldreomsorgen sammantaget samt för enskilda enheter inom hemtjänst och särskilt boende.

Korttidsvistelse

Under perioden har 32 personer svarat på enkäten.

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

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

Funktionshinderomsorg

Årets brukarundersökning genomfördes 1 september – 31 oktober 2019. Brukarundersökningen är en del av socialstyrelse nationella brukarundersökningar.

Det är i stort sett samma frågor som 2017 och 2018 i 2019 års undersökning.

Det finns en något nedåtgående trend i hur många brukare som väljer att svara på enkäten från år till år. Det är några områden som minskar med antal deltagande och det kan finnas anledning att se över vad det kan bero på. På många områden har det blivit ett positivt resultat där andelen positiva svar ökar. Överlag har funktionshinderomsorgen i Nässjö

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

Aktiviteter kopplade till resultat på brukarundersökningar

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

5.3 Demensvård - BPSD

När en demenssjuk person visar beteendeförändringar och psykiatriska symtom som exempelvis aggressivitet, vandrings- eller skrikbeteende ställs höga krav på omsorgspersonalen. Kommunens BPSD-team har under året haft två uppdrag och handlett personal i ett flertal andra enskilda ärenden. 9 nya administratörer har utbildats i BPSD-registret.

Under året har en arbetsgrupp jobbat med att ta fram ett strategidokument som beskriver inriktningen för framtidens vård och omsorg om demenssjuka.

Resultat ur BPSD-registret

Bedömningar och antal personer	2016	2017	2018	2019
Antal bedömningar gjorda på personer med BPSD	124	146	190	180

Under 2019 har något färre brukare med demenssjukdom fått en bedömning gjord utifrån systematiken i BPSD-registret jämfört med föregående år. BPSD-registret används på gruppboenden för dementa och Ingsbergsgården är mest frekvent användare av registret.

Kvalitetsindikatorerna visar på att dementa i Nässjö i huvudsak har en likvärdig vård och omsorg jämfört med riket. Något fler har olämpliga läkemedel men en förbättring kan ändå ses jämfört med föregående år. Andelen som fått en läkemedelsöversyn är 95% ett bättre resultat än riket i stort.

Resultat ur BPSD-registret

Kvalitetsindikatorer (%)	Riket 2019	2016	2017	2018	2019
Andel personer med olämpliga läkemedel	38	38	36	51	46
Andel personer som verkar smärtfria	71	70	77	79	72
Andel personer som har en bemötandeplan	100	84	87	94	100
Andel personer som fått läkemedelsöversyn genomförd	89	94	88	90	95
Andel personer med Alzheimers sjukdom som har symtomlindrande demensläkemedel	63	70	80	80	65

5.4 Dokumentation

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

Genomförandeplaner

Sammanlagt har 64 genomförandeplaner granskats genom stickprov under 2019. 42 inom ÄO och 22 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 55% av genomförandeplanerna inom äldreomsorgen hade godkänd kvalitet och 97% inom funktionshinderomsorgen nådde en godkänd kvalitet.

Utifrån granskningen av kvaliteten i genomförandeplaner finns det dock fortsatt behov av förbättringsåtgärder. Det som saknas i de planer som inte uppnått en godkänd nivå är den enskildes delaktighet, de individuella behoven samt hur dessa ska tillgodoses. Både Äldreomsorgen och Funktionshinderomsorgen arbetade 2018 med att höja kvaliteten i genomförandeplaner vilket gav goda resultat. Under 2019 bytte förvaltningen verksamhetssystem och arbetssätt till Individens behov i centrum, IBIC. Det finns därför förbättringar att göra 2020 för att hålla den kvaliteten i genomförandeplanerna som funnits tidigare.

Resultat från journalgranskning

Granskning dokumentation	2016	2017	2018	2019
Andel genomförandeplaner med godkänd kvalitet	74%	73%	82%	52%

Vårdplaner (rehab. planer)

Hälso- och sjukvårdsdokumentationen utfördes i Treserva fram till februari 2019 då ett verksamhetssystembyte gjordes och Combine började användas. Byte av system innebar förändrade arbetssätt och ett nytt sätt att dokumentera. En process- och teambaserad dokumentationsmodell med ett nytt klassificeringssystem (ICF, KVÅ) av vårdplaner/hälsoärenden och åtgärder togs i bruk.

Minst en vårdplan/hälsoärende (inkl. rehab. plan) ska upprättats vid varje patientkontakt. Om det inte kan ses som obehövt ska ett mål formuleras tillsammans med den enskilde och fortlöpande följas upp.

Granskningen av vårdplaner har utförts utifrån en standardiserad mall och för att bli godkänd ska det finnas minst en vårdplan per inskriven patient och planen ska innehålla en målbeskrivning. Slumpmässigt har 55 patienter valts ut och deras dokumentation granskats av medicinskt ansvarig sjuksköterska. I snitt har varje patient fem vårdplaner. Samtliga patienter hade minst en vårdplan men endast 10% av planerna har ett formulerat mål. Patientens delaktighet i att formulera mål för sin vård- och behandling är låg och behöver förbättras.

Resultat från journalgranskning

Granskning dokumentation	2016	2017	2018	2019
Andel vårdplaner med godkänd kvalitet	92%	72%	89%	10%

5.5 Ej verkställda beslut

Kontroll av beslutad individinsats är verkställd

Kvartal	Antal rapporterade ej verkställda beslut 2017/2018	Antal rapporterade ej verkställda beslut 2018/2019
Kvartal 4	17	30
Kvartal 1	21	41
Kvartal 2	21	54
Kvartal 3	23	40

Denna kontrollredovisning avser kvartal 4, 2018 och de tre första kvartalen 2019 då sista kvartalet 2019 rapporteras i februari 2020. Samma beslut kan rapporteras flera gånger.

Majoriteten av de ej verkställda besluten berör funktionshinderomsorgen. Främst är det beslut gällande insatsen servicebostad/gruppbofastad. Under slutet av 2019 och början av 2020 har en gruppbofastad och två servicebostäder färdigställts. Detta har föranlett att flera tidigare ej verkställda beslut inom funktionshinderomsorgen har verkställts. Utöver detta har även ett antal beslut verkställts i extern regi under hösten 2019.

Socialnämnden har antagit i styrpilen för 2020 två indikatorer för att kontinuerligt mäta ej verkställda boendebe- slut inom äldre- och funktionshinderomsorgen.

5.6 Hygien

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

Hygienombud har i lite olika omfattning via observationer och enkäter följt upp följsamheten till basala hygien- rutiner och klädregler under 2019. Resultaten har rapporterats och diskuterats i samband med arbetsplatsträffar.

Under två veckor i mars och oktober gjorde hygienombuden inom äldreomsorgen, hälso- och sjukvården och funktionshinderomsorgens särskilda boenden en gemensam mätning. Totalt gjordes 293 observationer av medar- betare i mars och 292 i oktober.

En punktprevalensmätning genomfördes på nationell nivå via SKR under våren 2019. Resultaten visar att Reg- ionens medarbetare är bättre på följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler än kommunerna. Regionens 74.5% kan jämföras med kommunernas 51% och Nässjös resultat på 47%. Jönköpings län har ett resultat på 56% och Nässjö är tredje sämst i länet. Resultaten har förbättrats i jämförelse med föregående år men ligger fort- farande lågt. Klädreglerna följs i större utsträckning än hygienrutinerna. Höstens mätning visar att störst brist finns gällande desinfektion av händerna före kontakt med brukare (67%) och korrekt användning av förkläde (80%). Följsamheten till rutinerna för hår och huvudduk (97%) samt korrekt arbetsdräkt (96%) är betydligt bättre.

Sammanfattningsvis visar resultaten på fortsatta brister i följsamhet av basala hygienrutiner och klädregler.

Observationer utförda av hygienombud	Riket 2019	HT 2018	VT 2019	HT 2019
Andel med korrekt i samtliga 8 steg	51%	37%	47%	45%
Andel med korrekt i samtliga 4 hygiensteg	56%	43%	57%	52%
Andel med korrekt i samtliga 4 klädregler	84%	75%	77%	81%

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

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

Verksamhet (andel med korrekt i samtliga 8 steg)	2017	HT 2018	VT 2019	HT 2019
Funktionshinderomsorg gruppboende/serviceboende	-	40%	23%	34%
Äldreomsorg äldreboende	-	36%	55%	45%
Äldreomsorg hemtjänst	-	34%	37%	47%
Hälso- och sjukvård	67%	58%	74%	57%

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

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

5.7 Infektionsmätning

Även under 2019 har infektionsmätningar gjorts månadsvis av patientansvariga sjuksköterskor på särskilt boende inom äldreomsorgen. I genomsnitt har 240 brukare ingått i mätningarna varje månad. 27% har rapporterats ha risk för att drabbas av infektioner dvs. i samma nivå som 2018. Urinkateter och olika typer av sår är de vanligaste riskfaktorerna för att drabbas av infektioner. Antalet registrerade infektioner har minskat i Nässjö i jämförelse med föregående år. Urinvägsinfektion med eller utan kateter är fortfarande den vanligaste antibiotikabehandlade infektionen. Antalet registrerade infektioner har minskat med 28% från 2018 till 2019.

Riskfaktorer

Risk för infektioner	2017	2018	2019
Andel med riskfaktorer för infektioner	23%	26%	27%

Antibiotikabehandling

Registrerade infektioner (antal)	2017	2018	2019
Antibiotikabehandlad lunginflammation	61	53	39
Antibiotikabehandlad urinvägsinfektion	144	169	131
Antibiotikabehandlad sårinfektion	32	53	34
Övriga antibiotikabehandlade infektioner	45	22	24
Vinterkräksjuka	63	45	20
Totalt	345	343	248

Infektionsmätningarna ger ett viktigt underlag till fortsatt systematiskt förbättringsarbete för att höja den vårdhygieniska standarden, minska vårdrelaterade infektioner (VRI) och därmed främja patientsäkerheten. Möjligen kan det stora fokuset på basala hygienrutiner och klädregler bidragit till den minskade förekomsten av infektioner.

5.8 Lex Maria och lex Sarah

2019 har 12 utredningar enligt lex Sarah genomförts. Av dessa har 5 bedömts som allvarlig och har därför anmälts till IVO. I fyra av utredningarna gjordes bedömningen att rapporterade händelser inneburit missförhållande för brukaren. En bedöms vara en påtaglig risk för missförhållande. 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. IVO har bedömt att nämnden utrett och vidtagit tillräckliga åtgärder i alla allvarliga missförhållanden.

Under 2019 har inga anmälningar enligt lex Maria gjorts till IVO.

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

Utredningar av misstänkta missförhållanden och vårdskador

Område	Enhet	Bedömning	Anmärkning
Utebliven insats	Funktionshinderomsorg, personlig assistans.	Allvarligt missförhållande	Personal har lämnat brukare utan tillsyn i 4 timmar
Utebliven insats	Äldreomsorg, särskilt boende	Allvarligt missförhållande	Personal har glömt en brukare under natten på toaletten.
Brister i omvårdnad och bemötande	Äldreomsorg, särskilt boende.	Allvarligt missförhållande	Personal har under två års tid använt otillåtna begränsningsåtgärder.
Misstanke om övergrepp	Äldreomsorg, särskilt boende	Påtaglig risk för allvarligt missförhållande	En brukare har eventuellt ofredats av en annan boende på sitt rum.
Brister i handläggning och utredningsarbete	Barn och unga, Myndighet	Allvarligt missförhållande	Utredningstider kan inte hållas och nya ärenden kan inte fördelas i tid.

5.9 Loggningskontroll

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

Under 2019 har totalt 24 rutinemässiga loggningskontroller gjorts, samtliga utan anmärkning.

5.10 Läkemedel

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

Granskning av läkemedelshandlingen på samtliga särskilt boenden i äldreomsorgen och av hemsjukvårdens akutförråd genomfördes enligt standardiserad mall under hösten 2019. Granskningen innefattar i huvudsak fyra delar, ordning i läkemedelsförrådet, kylförvaring, narkotikahandling och personalens handtering av läkemedel. I huvudsak visar granskningarna att läkemedelshandlingen fungerar bra. Möjlighet till kylförvaring och kontroll av temperatur i de kylskåp som finns är i några fall bristfällig. Några läkemedelsförråd har behövt vidta åtgärder så läkemedel enligt fastställd lista över bassortiment är korrekt.

Antalet patienter som har dosdispenserade läkemedel i Nässjö är nu 760, en ökning med 167 patienter från maj 2017 till december 2019. Totalt kan ses en ökning samma period med 1450 patienter i hela Jönköpings län.

5.11 Natfasta

På särskilt boende inom äldreomsorgen har det under året gjorts mätningar av nattfastan. Brukare har vid 669 tillfällen observerats och 64% uppges ha haft en längre nattfasta än rekommendationen 11 timmar. Diskrepansen mellan de olika enheterna är stor och verksamheten uppger att sammanställningarna har gjorts med olika metoder.

5.12 Palliativvård

Gruppen för extravak som består av ca 15 undersköterskor har samlats vid två tillfällen under året för uppföljning och kompetensutveckling. Behov av extravak inom den palliativa vården har varit lägre än föregående år. Kostnaden för extravak var budgeterad till 400 000 kr. Den faktiska kostnaden blev 232 000 kr, att jämföra med 280 000 kr föregående år.

Täckningsgrad för registreringar i palliativregistret i Nässjö har ökat med 3% under 2018 och ligger nu på 60%, att jämföra med länets 73% och rikets 59%. Jönköpings län har bäst täckningsgrad i Sverige och Nässjö har sämst täckningsgrad i länet. Positivt att Nässjö vänt trenden men åtgärder behövs för att förbättra täckningsgraden. Nationellt målvärde är 70%.

Flera kvalitetsindikatorer har förbättrats under året men munhälsa och användningen av validerat smärtskattningssinstrument visar på försämrade resultat.

Täckningsgrad av inrapporterade dödsfall

Täckningsgrad (%)	2016	2017	2018	2019
Nässjö kommun	69	75	57	60

Måluppfyllelse av kvalitetsindikatorer

Kvalitetsindikatorer (%)	2016	2017	2018	2019
Dokumenterat brytpunktssamtal (98%)	-	-	75	79
Ordination inj. stark opioid vid smärtgenombrott(98%)	-	-	95	97
Ordination inj. ångestdämpande vid behov (98%)	-	-	93	95
Smärtskattats sista levnadsveckan (100%)	47	53	49	36
Dokumenterad munhälsobedömning sista levnadsveckan (90%)	63	65	59	34
Utan trycksår (grad 2-4) (90%)	85	88	89	85

Kvalitetsindikatorer (%)	2016	2017	2018	2019
Mänsklig närvaro i dödsögonblicket (90%)	77	82	83	83

Nationella målvärden inom parentes

5.13 Samordnad vårdplanering

Samordnad vårdplanering, i samband med sjukhusvistelser, har under året genomförts i samverkan med vårdcentral, sjukhus och kommun. Antalet tillfällen där det dröjt en eller flera dagar från det att läkare inom somatikern bedömt patienten som utskrivningsklar tills dess att utskrivning har skett fortsätter att ligga lågt. I snitt har antalet vårddygn på sjukhus som skulle kunna ses som onödiga minskat genom mer effektiva rutiner och en kommunal verksamhet som anpassat sig efter den nya lagstiftningen. Nässjös snitt för somatisk vård på 1.86 dagar från utskrivningsklar till utskriven patient under 2019 kan jämföras med länets 2.4 och rikets 3.1 dagar. I genomsnitt har Nässjö kommuns medborgare, där samordnad vårdplanering genomförs, 18 vårdtillfällen per månad på sjukhus. Resultaten är beräknade på 11 månader, januari till november.

Utskrivningsklar slutna vård	2016	2017	2018	2019
Antal dagar i genomsnitt från utskrivningsklar till utskriven	4.4	3	1.8	1.86

5.14 Synpunkter och klagomål

En ny E-tjänst för rapportering och utredning av synpunkter har tagits i bruk under året. 2019 års sammanställning visar att 40 dokumenterade synpunkter inkommit till socialförvaltningen att jämföra med 137 under 2018. Av dessa är 37 klagomål och 3 beröm.

De positiva synpunkterna handlar om att personal är trevlig och har ett gott bemötande. Klagomålen handlar i stort om missnöje med biståndsbeslut och hur insatser utförts eller då insatser uteblivit. Vård och behandling, åsikter om maten och de verksamhetsförändringar med flytt av brukare har också varit föremål för klagomål.

Inkomna synpunkter

Verksamhet	Beröm	Klagomål
Funktionshinderomsorg	0 (1)	4 (14)
Hälso- och sjukvård	1 (0)	3 (3)
Myndighetsutövning	0 (0)	8 (9)
Äldreomsorg	2 (67)	22 (43)
Totalt	3 (68)	37 (40)

5.15 Tillsyn av Inspektionen för vård- och omsorg

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

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

Under 2019 har IVO utövat tillsyn i sex ärenden att jämföra med 12 ärenden 2018.

Tillsyn och beslut av IVO

Tillsyn av IVO	Antal	Beslut av IVO
Tillsyn av ej verkställt beslut	3	IVO bedömer att det inte finns skäl att ansöka om utdömande av särskild avgift.
Klagomål anhörig om att hemtjänsten inte utfört insatser som de ska.	1	IVO begär yttrande och handlingar. Tillsynsärendet avslutas utan anmärkning.
Klagomål från anhörig tillika personlig assistent till en person med omfattande insatser.	1	IVO begär yttrande och handlingar. Tillsynsärendet avslutas utan anmärkning.
Inspektionen för vård och omsorg öppnar tillsyn på myndigheten för barn och unga då det inkommit klagomål som rör handläggnings och utredningstider.	1	IVO har ej avslutat ärendet.
Totalt	6	

5.16 Uppföljning inom barn- och familjevård

Under 2019 hade öppenvården 140 pågående insatser totalt. Det är 20 färre än förra året. Arbetsgruppen har inte varit fulltallig under hösten 2019 och det har uppstått kö av uppdrag som inte kunnat tas emot.

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

2019 avslutades 90 behandlingsinsatser med biståndsbeslut (2018 avslutades 76). 19 insatser (24%) avslutades i förtid på grund av sammanbrott. Det är en minskning jämfört med 2018 då andelen sammanbrott var 38%. 11 insatser kom aldrig igång. Uppföljning med skattningsformulären har fullt ut kunnat göras med 13 föräldrar och 6 barn. Dessa skattningar visar på en positiv förändring men att inte samtliga mål inte uppfyllts. Insatserna minskar symtombelastningen hos barnet/familjen.

Öppenvården erbjuder föräldrastödsprogrammet Circle of Security (COS) i grupp. Under 2019 har vi haft 6 grupper, varav 2 varit riktade till somaliska föräldrar. Därutöver erbjuds också programmet på Familjecentralen som haft 2 grupper under året. Utvärdering av COS-grupperna har visat på gott resultat och stor nöjdhet bland deltagarna. Behovet av att utvärdera effekterna av dessa insatser på längre sikt kvarstår.

5.17 Vårdprevention

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

Under 2019 har 407 unika personer registrerats i Senior Alert med minst en riskbedömning utförd, de flesta på särskilt boende. 59 fler personer än 2018. 19 patienter har registrerats i ordinärt boende att jämför med 30 under föregående år.

Det ska finnas en aktuell riskbedömning minst var 6:e månad för patienter inskrivna i hemsjukvård både i ordinärt och särskilt boende. I 87% av genomförda riskbedömningar har risk för ohälsa uppmärksamats.

Riskbedömningar och åtgärdsplaner

Resultat från Senior Alert	2017	2018	2019
Riskbedömningar med risk	90%	88%	87%
Bakomliggande orsaker vid risk	82%	84%	94%
Åtgärdsplan vid risk	88%	86%	89%
Utförda åtgärder vid risk	68%	53%	43%

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

Trycksår

Resultat från Senior Alert	2016	2017	2018	2019
Personer med trycksår	51	57	46	53
Antal trycksår	72	80	58	85

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 en ökning av antalet trycksår jämfört med föregående år. Av 53 personer med trycksår uppges 19 uppstått på annan enhet. När riskfaktorer har registrerats varje månad i infektionsmätningarna framkommer att 5.2% på särskilt boende har trycksår, att jämföra med 4.9% föregående år. Punktprevalensmätningen som gjordes i Senior Alert under hösten visar på ett nationellt resultat där 6.7% inom kommunal vård- och omsorg har trycksår och att 25% har risk för trycksår.

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

Fall

Resultat från Senior Alert	2016	2017	2018	2019
Sårskada	146	59	33	23
Fraktur	16	10	11	9
Hjärnskakning/skallskada	5	1	1	-
Mjukdelsskada och övriga skador	97	49	16	20
Dödsfall	0	1	1	-
Totalt antal fall	1054	467	337	52

Fall från 97 unika personer har registrerats i registret som sammantaget har fallit 231 gånger

Förvirring, oro eller upprördhet, bakomliggande sjukdomar och läkemedel som ger ökad fallrisk, nedsatt balans och rörelsemönster uppges vara vanligaste orsakerna till fall. En stor andel faller på natten och fler faller på eftermiddagen än på morgonen/förmiddagen. De vanligaste åtgärderna som vidtagits är larm, läkemedelsgenomgång, assistans vid personlig vård och anpassning av möbler och inventarier. I kvalitetsregistret finns 1554 planerade åtgärder dokumenterade under 2018 för att förebygga fallolyckor, att jämföra med 1894 föregående år.

1996 fallolyckor har dokumenterats i verksamhetssystemen under året. Den stora differensen mellan statistiken i Senior Alert och i avvikelserapporteringen kan delvis förklaras med att det endast är hemsjukvården som registrerar i Senior Alert. I verksamhetssystemen registreras samtliga fallolyckor i alla verksamheter.

Munhälsa

Resultat från Senior Alert	2016	2017	2018	2019
Antal riskbedömningar av munhälsa	497	349	227	104
Antal riskbedömningar med ROAG	420	317	197	87
Antal personer med risk för munhälsa	-	91	65	21

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

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

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

674 (715) brukare har under året haft ett giltigt tandvårdsintyg, utfärdat av sjuksköterska och socialsekreterare, för uppsökande tandvård. 33% (30%) har tackat nej till besök från folktandvården. Årets sammanställning visar att 47% (55%) av de 399 (448) som undersökts har dålig munhälsa. 34% (35%) har fått ett uppmärksammat behandlingsbehov. 190 (298) personal har fått utbildning i tandvård av folktandvården. Siffrorna inom parentes är föregående års resultat.

Undernäring

Resultat från Senior alert	2016	2017	2018	2019
Antal med BMI <22	168	142	111	100

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

Många brukare inom äldreomsorgen har risk för undernäring eller är undernärda. Bakomliggande sjukdom uppges vara vanligaste orsaken till undernäring. De vanligaste åtgärderna som vidtagits vid uppmärksammande av risk för undernäring är vägning minst en gång var tredje månad, minska nattfastan till max 11 timmar, mellanmål, uppmuntran och påstötning, läkemedelsgenomgång samt berikning av kosten.

5.18 Ärenden i förvaltningsdomstol

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

Gällande beslut enligt LSS och SoL har under 2019 totalt 78 beslut med avslag överklagats till förvaltningsrätten. I ett överklagningsärende har förvaltningsrätten upphävt hela socialtjänstens beslut och återremitterat ärendet till socialtjänsten för ny utredning och beslut.

Förvaltningsrättens dom och socialtjänstens beslut enligt LSS och SoL överensstämmer med 99%. Resultatet visar att socialtjänstens beslut om insats har en hög rättssäkerhet. 2018 var överensstämmelsen 92%.

Överklagan och förvaltningsrättens dom

Överklagan avser	Antal	Förvaltningsrättens dom
Ekonomiskt bistånd (SoL)	56 (38)	55 avslag, 1 bifall
Personlig assistans	8 (7)	Avslag
Korttidsplats (LSS)	4 (1)	Avslag
Hemtjänst	6	Avslag
Avlösarservice	1	Avslag
Ledsagarservice (LSS)	1	Avslag
Boendestöd (SoL)	1	Avslag
Bostad med särskild service (SoL)	1	Avslag
Totalt	78 (46)	

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

LVM och LVU-ärenden

Beslut	Antal	Förvaltningsrättens dom
Omedelbart LVM	0 (3)	
Ansökan LVM	2 (2)	2 fastställt dom
Omedelbart LVU	1 (7)	1 fastställd dom
Ansökan LVU	11 (18)	11 fastställd dom
Totalt	14 (27)	14 enligt socialtjänstens beslut, inga avslag.

Föregående års siffror inom parentes.

Förvaltningsrättens dom och socialtjänstens beslut enligt LVU och LVM överensstämmer med 100%. 7 överklagningar har under året gjorts av förvaltningsrättens dom enligt LVU. Av dessa har samtliga avslagits vilket resulterar i att förvaltningsrätten till 100% gått på socialförvaltningens beslut.

5.19 Öppna jämförelser

Öppna jämförelser är en enkät som behandlar hur socialtjänsten och den kommunala hälso- och sjukvården jämför sig nationellt i myndighetsutövning, samverkan, systematik och standardisering. Socialstyrelsen ansvarar för enkäten som skickas ut årligen.

Årets resultat för Nässjö kommun/socialförvaltningen har en marginellt försämrad trend från föregående år. Ett antal kvalitetsindikatorer som tidigare år fyllts i som uppfyllda (jakande, positivt svar) är i år utvecklingsområden. Det gäller i synnerhet rutiner som inte följts upp enligt Socialstyrelsens definitioner. Detta betyder inte att det inte finns rutiner inom dessa områden, men att uppföljning inte är genomförd.

Positivt att uppmärksamma är att samverkansrutinerna med externa aktörer i enskilda ärenden (Försäkringskassan, Polisen, Arbetsförmedlingen, Region Jönköping) är uppdaterade, vilket är fördelaktigt för den enskilde. Det framkommer även att det systematiska arbetet med att utveckla verksamheten kan förbättras. Vissa verksamheter, såsom ekonomiskt bistånd, använder systematisk uppföljning för att utveckla myndighetsutövningen, exempelvis genom brukarundersökningar gällande individ- och familjeomsorgen (IFO). När det gäller äldreomsorgen samt kommunal hälso- och sjukvård (hemsjukvården) är det små förändringar.

IBIC har infört som standardiserad bedömningsmodell under 2019. Hemsjukvården har vissa styrande dokument som måste upprättas, så som demensvård, vilka också är under framtagande.

6 Identifierade förbättringsområden

I de resultat och förbättringsarbeten som presenterats finns det mycket positivt som visar på god kvalitet i verksamheterna. Utifrån insamlade resultat kan ändå brister påvisas som kräver förbättringar och fortsatt utvecklingsarbete. Avdelningarna rekommenderas att komplettera sina handlingsplaner för 2020 med nedanstående förbättringsområden knutet till nämndens mål.

Fortsatt fokus på dokumentation

Införandet av nytt verksamhetssystem har inneburit många utmaningar både gällande dokumentationen och de nya arbetsmetoder och förhållningssätt som IBIC (Individens behov i centrum) innebär. Granskningarna av vårdplaner och genomförandeplaner visar på kraftigt försämrade resultat och kan delvis förklaras med bytet av verksamhetssystem. Många åtgärder har vidtagits under 2019 men ett fortsatt fokus behövs under 2020 för att uppnå god kvalitet i dokumentationen. Brukares delaktighet, följsamhet till processen IBIC och formulering av mål i hälsoärenden är några förbättringsområden.

Följsamhet till rutiner och riktlinjer

Olika styrande dokument är framtagna för att stödja verksamheternas medarbetare i utförandet av vård- och omsorg. Inom många av de områden där avvikelser rapporteras finns nedskrivna rutiner och många av avvikelserna skulle sannolikt kunnat undvikas om följsamheten till rutinerna varit högre. Öppna jämförelser visar att det finns rutiner som inte följts upp enligt Socialstyrelsens definitioner. Med större följsamhet till styrande dokument skulle kvalitet och patientsäkerhet kunna öka. Det behövs en bra kommunikationsprocess vid implementering av nya styrande dokument och uppföljning behöver göras fortlöpande.

Arbeta systematiskt för att förebygga ohälsa

Årets resultat visar på en försiktig positiv ökning av antalet registrerade brukare i Senior Alert. Antalet undernärda har minskat men förövrigt visar statistiken på försämrade resultat. Antalet rapporterade vidtagna åtgärder och antalet utförda munhälsobedömningar har minskat och trycksåren har ökat. De senaste två åren har ungefär 2000 fallolyckor rapporterats varje år vilket medför stora risker för ohälsa. För att lyckas med vårdprevention behövs väl fungerade multiprofessionella team och ett systematiskt arbete för att uppmärksamma risker, vidta åtgärder och följa upp.