

Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse 2018

Socialnämnden

Innehållsförteckning

1	Sammanfattning.....	3
2	Mål och strategier	4
3	Organisatoriskt ansvar för kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet.....	6
4	Uppföljning genom egenkontroll	8
4.1	Målgruppsundersökningar.....	8
4.2	Kvalitetsregister.....	19
4.3	Öppna jämförelser	28
4.4	Granskning av journaler och annan dokumentation	30
4.5	Tillsyns- och revisionsrapporter.....	31
4.6	Ej verkställda beslut	33
5	Rapporteringsskyldighet	35
5.1	Avvikelsehantering	35
5.2	Lex Sara och Lex Maria.....	37
6	Hantering av klagomål och synpunkter.....	38
7	Samverkan för att säkra kvaliteten.....	40
7.1	Intern och extern samverkan.....	40
7.2	Samverkan med den enskilde och närstående.....	40
8	Risikanalys och händelseanalys	40
9	Övrigt förbättringsarbete.....	45

I Sammanfattning

Anvisning

Sammanfattning av den sammanhållna kvalitets- och patientsäkerhetsrapporten bör inte överskrida en sida. Sammanfattningen bör innehålla:

- Hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet har bedrivits under föregående kalenderår.
- Vilka åtgärder som har vidtagits för att säkra verksamhetens kvalitet.
- Vilka resultat som har uppnåtts.

MÅLUPPFYLLNAD 2018

Uppbyggnad av en struktur med hygienombud är genomförd och utbildningar har genomförts. Vid följsamhetsmätningen hösten 2018 låg vi bättre till än under motsvarande mätning 2017.

Arbetet med att utveckla och ge stöd i processen kring avvikelshanteringen har fortgått under hela 2018. Nya, reviderade dokument och en ny struktur för hanteringen har tagits fram för att stödja chefer i att dokumentera kring en avvikelse/vårdskada/missförhållande. Chefens arbete ligger till grund för eventuellt nästa steg i utredningen som bedrivs av MAS eller Utvecklingsledare inom kvalitet i socialtjänsten. Filmer har spelats in både för att instruera i hur man skriver och handlägger avvikelser samt informationsfilmer om avvikelser, lex Sarah och lex Maria.

Rekommendationen är att nattfastan på våra särskilda boenden i kommunen ska ligga under 11 timmar. Under 2018 har nattfastan minskat till 10,29 timmar totalt.

Den nya vårdsamordningsprocessen (enligt Lagen om samverkan vid utskrivning från slutenvården) är i gång och vi har ett fungerande vårdkoordineringsteam. Det har varit svårt att finna formerna för samverkan då verksamheter har omorganiserat, bytt chefer och personal. Styrning och ledning av den nya processen har påverkats av chefsbyten. Vi har nu lyckats få en fungerande koordineringsprocess där vi tar hem de flesta vårdtagare från sjukhuset inom 24 timmar. Periodvis har det däremot varit svårt att ta emot de vårdtagare som haft behov av en korttidsplats. Vi upplever att vi har en god samverkan med vårdcentralernas vårdsamordnare och Värnamo sjukhus i vårdsamordningsprocessen.

Digitalt signeringsystem MCSS är infört i verksamheten och nu kommer vi att följa arbetsprocessen i systemet så att de nya rutinerna sätter sig under 2019.

Läkemedelsrutinerna är reviderade utifrån den nya läkemedelsföreskriften. Under 2019 kommer granskningar att genomföras hur läkemedelshanteringen fungerar. Läkemedelsgenomgång utförs för vårdtagare inom särskilt boende men inte i hemsjukvård. Detta behöver utvecklas.

Dokumentation enligt WHO:s internationella klassifikationssystem för funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa, ICF, för hälso- och sjukvårdsuppgifter i journal är genomförd. Det har dock varit svårt att få till den mobilitet med Magna Cura webb som vi planerade då programmet inte fungerat som tänkt på Ipads. Vi kommer nu att påbörja arbetet med införande av ett nytt verksamhetssystem, Combine, som väntas lösa denna problematik.

Socialförvaltningen har gjort ett urval och granskat den sociala dokumentationen i 300 brukarjournaler under 2018. Resultatet redovisas under punkten 4.4 i denna rapport. Arbetet med att säkerställa att personal löpande får introduktionsutbildning och fortbildning i social dokumentation och IBIC (individens behov i centrum) fortsätter under 2019 och 2020 i och med införandet av nämnda Combine-system. Den digitala lärplattformen, Kunskapsportalen finns på plats och användandet av plattformen ökar i takt med uppbyggnaden av systemet.

Handläggning och dokumentation av orosanmälningar och barns placering i samhällsvård har

granskats under året. Detta granskades även 2017. När det gäller barn och unga som far illa har positiva förflyttningar skett. Det råder god följsamhet till lag och föreskrift både när det gäller hanteringen av orosanmälningar och placeringar. Barns rättigheter att få information och att komma till tals kan dock utvecklas och förbättras.

2 Mål och strategier

Anvisning

SFS 2010:659,3 kap. 1 § och SOSFS 2011:9, 3 kap. 1 §

Beskriv övergripande mål och strategier för kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet.

MÅL 2019 FÖR HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN OCH SOCIALTJÄNSTEN INOM SOCIALFÖRVALTNINGEN

Den enskilde som har behov av hälso- och sjukvård i kommunal regi och/eller socialtjänst ska få hälso- och sjukvård, omvårdnad och omsorg av god kvalitet och hög säkerhet som bygger på:

- att den enskilde är en samverkanspartner i utformningen av dennes vård och omsorg
- att samverkan sker med andra vård- och omsorgsgivare och myndigheter för den enskildes bästa
- att preventivt arbete bedrivs för att behålla hälsa, förebygga vårdskador och förebygga sociala problem och social utestängning
- att användningen av medicintekniska produkter är säker
- att vi ska leverera en fungerande vardag efter individens behov
- att handläggning och dokumentation är effektiv och rättssäker
- insatser som syftar till att minska psykisk ohälsa hos barn och unga
- ökad trygghet, service och delaktighet i hemmet genom välfärdsteknologi
- ökad tillgång till kultur och sociala aktiviteter för äldre eller personer med nedsatt funktion utifrån behov och efterfrågan

GODA RUTINER FÖR VÅRDHYGIEN OCH OMSORG

Vårdhygienarbetet som bedrivits under 2018 fortsätter under kommande år. Vi ska säkerställa att nyckelpersoner som ska vara hygienombud inom olika verksamheter får grundläggande utbildning i hygienfrågor från hygiensjuksköterska från enheten Smittskydd/Vårdhygien. Detta sker i samverkan mellan kommunerna i GGVV. Vi fortsätter att mäta följsamheten till basala hygienrutiner och arbetskläder under 2019.

LÄKEMEDEL

Fortsatt arbete med läkemedelsgenomgångar är grunden för att få en optimal läkemedelsbehandling. Under 2019 hoppas vi tillsammans med vårdcentralen Bra Liv kunna anställa en Farmaceut. Det skulle ge både kommunens och vårdcentralens personal stöd med underlag inför läkemedelsgenomgångar och kompetens vid olika läkemedelsfrågor. För att öka effektiviteten i hanteringen av läkemedel så behöver fler vårdtagare sättas in på dosförpackade läkemedel, APO-DOS. Dosdelade läkemedel ökar också säkerheten i hanteringen inom den kommunala hälso- och sjukvården.

Digitalt signeringssystem MCSS har införts i stort sett alla verksamhetsdelar som hanterar läkemedel. Systemet är mycket uppskattat av samtliga medarbetare som arbetar med det. Men arbetssätt och rutiner behöver följas upp och säkras. Målet är nu att vi ska kunna se en påtaglig minskning av glömda delegerade läkemedelsdoser och rehab-insatser. Fortsatt arbete med rutiner och arbetssätt krävs under året. Läkemedelsskåp i lägenheter på särskilt boende måste bytas ut på grund av slitage.

Successivt sker byte till skåp med digitala lås. Detta skapar en spårbarhet som gör att vi minskar risken för läkemedelsstöld.

Under året ska delegeringsrutinen vid delegering av läkemedel revideras för att förbättra utbildning i samband med delegeringen.

VÅRDSAMORDNING

Från den 1 januari 2019 ingår även psykiatrin i processen vårdsamordning och effektiv utskrivning från slutenvård enligt Lagen om samverkan vid utskrivning från slutenvård. Arbetet med att följa både processen inom somatisk och psykiatrisk vård fortsätter. Vi fortsätter att utveckla arbetet i vårdsamordningsprocessen. Vårdkoordinationsteamet är navet i kommunprocessen. Arbetsätt utvecklas ständigt för att optimera vårdsamordningsprocessen både för vårdtagaren och för samverkan inom kommunen och med Regionen. Under 2019 är målet att vi finner en struktur för arbetet som är hållbar över tid och att vi kan skapa internt samarbete mellan Korttids, Trygg hemgångsteamet och Vårdkoordinationsteamet.

VÄLFÄRDSTEKNOLOGI

Gislaveds kommun deltar tillsammans med länets övriga kommuner i genomförandet av utvecklingen av e-hälsa inom förvaltningens ansvarsområde. Arbetet har sin utgångspunkt i den handlingsplan och vision för utveckling som upprättades av Regionförbundet, Jönköpings län i augusti 2012. I förvaltningen utgår digitaliseringsarbetet från den handlingsplan som beslutats av ledningsgruppen och består av följande punkter:

- Digital informationsförsörjning ska ske snabbt och säkert
- Trygghet, service och delaktighet i hemmet via digital teknik
- E-tjänster och säker digital kommunikation riktade till invånarna

Under 2019 är vår förhoppning att vi ska kunna komma igång med välfärdsteknik i praktisk tillämpning. Ökad trygghet, service och delaktighet i hemmet genom välfärdsteknologi är ett mål som omhändertas inom socialnämndens fokusområde: Goda livsvillkor för alla.

NYTT VERKSAMHETSSYSTEM

Under 2019-2020 kommer socialförvaltningen att ersätta befintliga verksamhetssystem inom IFO, vård- och omsorg och funktionshinderomsorg. Detta innebär ett gemensamt system med ökat medborgarfokus gällande delaktighet, insyn samt förenklad kommunikation. Det kommer även att innebära en förbättrad mobilitet för förvaltningens medarbetare samt en förenklad integration med övriga "kringsystem". Handläggning och dokumentation i det nya verksamhetssystemet är uppbyggt enligt Individens behov i centrum, IBIC. IBIC utgår från individens behov, resurser, mål och resultat inom olika livsområden i det dagliga livet. Handläggare och utförare använder internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa, ICF - internationell klassifikation, som gemensamt tankesätt och språk. IBIC och ICF förväntas leda till ökad kvalitet i det som dokumenteras samt att uppföljning och statistikuttag underlättas.

E-ARKIV

Under 2019 kommer förvaltningen att växla upp arbetet med att arkivera uppgifterna från befintliga verksamhetssystem till kommunens upphandlade e-arkiv.

3 Organisatoriskt ansvar för kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet

Anvisning

SFS 2010:659,3 kap. 9 § och SOSFS 2011:9, 7 kap. 2 §, p 1

Beskriv kortfattat roller och ansvarsfördelning för planering, ledning och egenkontroll av kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet på olika nivåer, utifrån ledningssystemet.

ANSVAR FÖR OCH ANVÄNDNING AV LEDNINGSSYSTEMET

En nyckel till att styrningen och uppföljningen ska fungera optimalt i förvaltningen är en tydlig rollfördelning mellan politiker och tjänstemän. Det vill säga vem som ansvarar för *vad/när* och vem som ansvarar för *hur/vem*. På den politiska nivån ska man arbeta utifrån frågeställningarna om *vad* det är man vill ha utfört och *när* i tiden detta ska ske. Förvaltningschefen beslutar och ansvarar sedan för *hur* dessa mål ska uppnås och *vem* som ska utföra uppdraget. (Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, antagen av socialnämnden den 25 september 2013, § 144)

SOCIALNÄMNDEN

Den nämnd som bedriver vård och omsorg enligt socialtjänstlagen (2001:453), hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) och/eller lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (1993:387) ska med stöd av ledningssystemet planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten. I Gislaveds kommun är det socialnämnden som är ansvarig nämnd i dessa frågor. Socialnämnden är ytterst ansvarig för att det finns ett ledningssystem för kvalitet.

Ledningssystemet ska integreras med de befintliga system för budget och verksamhetsplanering som nämnden har. Nämnden ska också försäkra sig om att det bedrivs ett systematiskt kvalitetsarbete i den egna verksamheten och i övrigt yrkesmässigt bedriven verksamhet.

I kommunen förutsätts nämnderna sträva efter att delegera beslut som inte enligt lag måste fattas av nämnden. Många av de beslut som nämnderna av olika skäl måste fatta kan delegeras. Detta innebär att besluten kan överlämnas till exempel till förvaltningens tjänstemän vilket i många fall kan bidra till en högre effektivitet i organisationen. Beslut ska alltid följa fastställd delegeringsförteckning.

SOCIALFÖRVALTNING

Förvaltningens uppgift är att arbeta för att uppfylla nämndens mål gällande *vad* och *när*. Förvaltningen arbetar fram en verksamhetsplan som beskriver *hur* målen ska nås och *vem* som kommer genomföra verksamheten. Det är förvaltningsledningens och arbetsledningens uppgift att planera och genomföra den verksamhet som socialnämnden beställt genom att planera lämpliga aktiviteter och eventuellt komplettera med verksamhetens mål.

SOCIALCHEF

Förvaltningschefen ansvarar för att avsikten med kvalitetsutvecklingen omsätts i praktisk handling. Detta innebär till exempel att: organisera verksamheten utifrån givna mål och resurser, göra analyser och lämna rapportunderlag till socialnämnden och kommunledningen. Vidare se till att internkontroll av verksamheten sker systematiskt och kontinuerligt, bereda ärenden till nämnden så att de kan besluta i enlighet med mål, uppdrag, riktlinjer, policys, lagar, och förordningar. Socialchefen ansvarar för att årligen gå igenom ledningssystemet och att det finns fungerande rutiner för riskanalyser, egenkontroll och hantering av synpunkter och avvikelser.

VERKSAMHETSCHEF HÄLSO- OCH SJUKVÅRD

Enligt kap 4 2 § HSL (2017:30) ska det finnas en verksamhetschef för den kommunala hälso- och

sjukvården. Verksamhetschefens uppdrag är att säkerställa att den enskildes behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet tillgodoses.

Enligt lag har verksamhetschefen rätt att delegera enskilda ledningsuppgifter till den eller de som har tillräcklig erfarenhet och kompetens för att utföra dessa.

Verksamhetschefen ska planera och leda verksamheten inom hälso- och sjukvård och se till att verksamheten har resurser och kompetens för att arbeta efter framtagna riktlinjerna så att kravet på en god vård upprätthålls. Verksamhetschefen har också ansvar för det systematiska kvalitetsarbete som ska genomsyra verksamheten enligt SOSFS 2011:9 och att hälso- och sjukvård i verksamheten kan bedrivas med en hög patientsäkerhet. Patientsäkerhetslagen (2010:659) i Gislaveds kommun är verksamhetschef för Ordinärt boende och hälso och sjukvård, även verksamhetschef för hälso- och sjukvård.

MEDICINSKT ANSVARIG SJKSKÖTERSKA

Enligt 11 kap 4 § Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) ska det i kommunen finnas en medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) som ska utöva de skyldigheter som anges. Uppdraget är även reglerat enligt 7 kap. 3 § patientsäkerhetsförordningen (2010:1369) och Meddelandeblad 6/2016 från socialstyrelsen.

I ansvaret ingår att patienter ska få en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde och att journaler förs i den omfattning som föreskrivs i patientdatalagen(2008:355). Rutiner för läkemedelshantering och delegering ska vara ändamålsenliga och välfungerande.

Det ska finnas rutiner så att legitimerad personal kontaktas när en patient har behov av detta samt att den hälso- och sjukvård som en läkare ordinerar genomförs. MAS har också ansvar för att vårdskada eller risk för vårdskada/sjukdom som förorsakas av vården utreds och att allvarlig vårdskada eller risk för allvarlig vårdskada anmäls enligt Lex Maria till ansvarig nämnd och IVO.

VERKSAMHETSCHEFER

Verksamhetschefer ska med stöd av ledningssystemet planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten. De ska ange hur uppgifterna, som ingår i arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten, är fördelade.

Verksamhetschefer ansvarar för att kontroll och uppföljning av externa utförare sker. Uppföljning av avtal ska ske minst en gång per år och ytterligare kontroller och uppföljningar genom kvalitetsnyckeltal och verksamhetstillsyn ska ske.

ENHETSCHEFER

Enhetschefer ansvarar för att med stöd av ledningssystemet planera, kontrollera och följa upp, utvärdera och förbättra sin verksamhet. De har ett helhetsansvar för kvalite och säkerhet inom sin verksamhet.

HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSPERSONAL

Hälso- och sjukvårdspersonal ska ge sakkunnig och omsorgsfull hälso- och sjukvård utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet och bär själva ansvar för utförandet av sina arbetsuppgifter. De har ansvar för att medverka i det systematiska kvalitetsarbetet så att en god vård och hög patientsäkerhet kan uppnås.

MEDARBETARE

Alla medarbetare ansvarar för att medverka i det systematiska kvalitetsarbetet. Medarbetarna ska skapa förtroende och god kvalitet genom att visa engagemang, lyhördhet, positiv inställning och

respekt i varje möte med enskild, närstående, medborgare och varandra.

Alla medarbetare ska delta i framtagande, tillämpning och vidareutveckling av rutiner och arbetsmetoder samt delta i arbetet kring uppföljning av mål och resultat. Medarbetare ansvarar för att löpande dokumentera arbetet och den enskildes utveckling samt eventuella avvikelser.

SYSTEMFÖRVALTARE

Systemförvaltare utför behörighetskontroll och tar ut loggar från systemen. Systemförvaltaren tilldelar och tar bort åtkomst till systemen och SITHS-kort. Systemförvaltaren ser till att behörigheterna stämmer med den anställning och de arbetsuppgifter som medarbetaren har. Systemförvaltaren informerar om systemförändringar och ger support till verksamheten, utbildar och tar fram riktlinjer, rutiner och manualer etc.

SOCIALFÖRVALTNINGENS KANSLI OCH UTVECKLINGSENHET

Kansli och utvecklingsenheten arbetar på uppdrag av ledningsgruppen med utveckling, omvärldsbevakning, utredningar och uppföljningar inom socialförvaltningens område. Enheten ska bistå verksamheterna med stöd och service främst gällande utvecklingsarbete samt arbeta med metodutveckling, planerings- och utredningsarbete, omvärldsbevakning och utbildningsplanering. Kansli och utvecklingsenheten bevakar ledningssystemet och uppmärksammar socialchefen på förändringsbehov.

EXTERNA UTFÖRARE

Externa utförare är ansvariga för att upprätta ett eget kvalitetsledningssystem som innebär kvalitetsuppföljning, kvalitetsutveckling, att involvera medarbetare i kvalitetsarbetet samt att ge information om resultatet till sina medarbetare inom sitt verksamhetsområde.

Externa utförare är ansvariga för att informera Gislaveds kommun om resultatet av sina kvalitetsuppföljningar enligt avtal. Kommunen är skyldig att följa upp verksamhet som sker på uppdrag av kommunen, oavsett om verksamheten sker i egen regi eller av extern utförare

4 Uppföljning genom egenkontroll

Anvisning

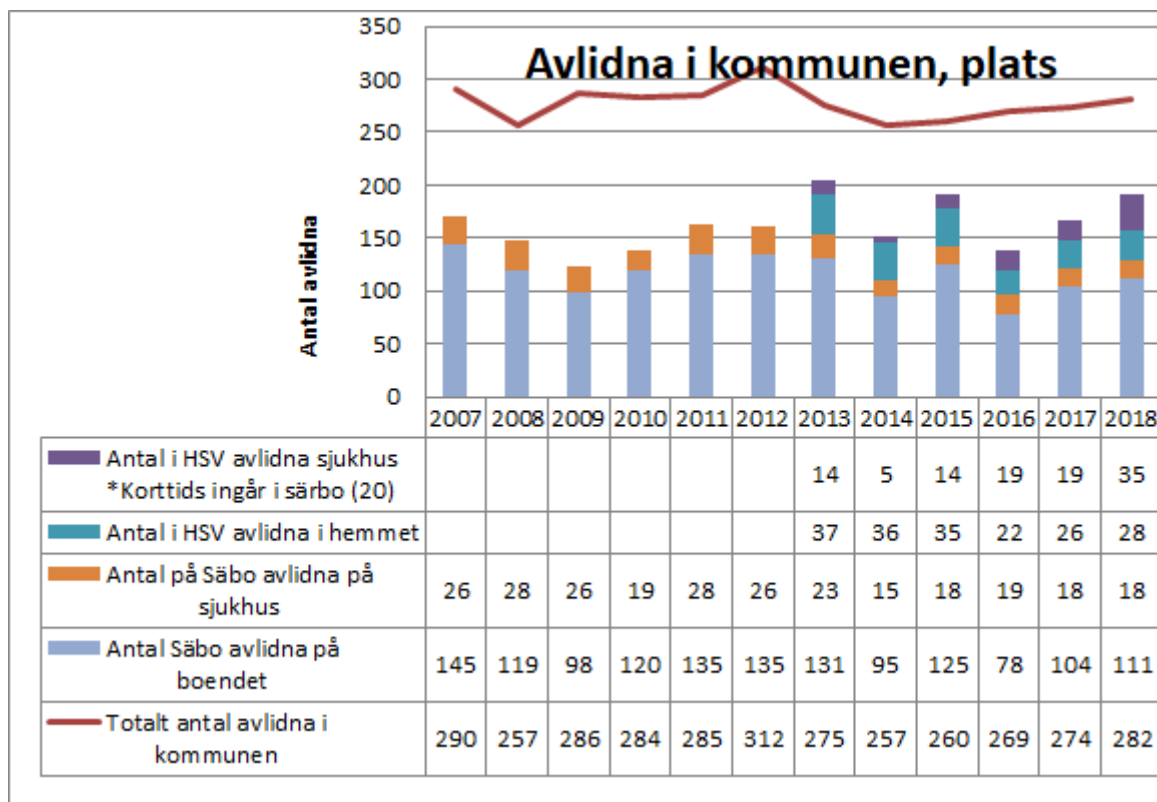
I tillämpliga rubriker nedan redogörs för vilken egenkontroll för ökad kvalitet som genomförts samt i vilken omfattning och frekvens.

4.1 Målgruppsundersökningar

Anvisning

Beskriv vilka målgruppsundersökningar som nämnden har genomfört.

VAR SKER VÅRDEN I LIVET SLUTSKEDE



ANALYS

Trenden är att fler och fler vårdtagare som bor i särskilt boende vårdas i livets slutskede och avlider där. I hemsjukvården ser vi en trend de senaste åren, att fler får vård i livets slutskede i hemmet med stöd av hemtjänst och hemsjukvård och fler avled i sitt hem 2016 -2018. (Under 2013 -2015 kunde vi inte urskilja hemsjukvårdspatienter utan här ingick även vårdtagare med bara hemtjänst i dödsfall i hemmet). Siffrorna tyder också på att allt fler vistas i hemmet i livets slutskede men uppsöker slutenvård i slutet. Vad det beror på kan handla om olika orsaker t.ex. att symtomkontrollen är otillräcklig, vårdtagaren känner sig otrygg eller att närstående inte orkar. Här finns ett behov av fortsatt utveckling av den palliativa vården tillsammans med Regionen för att möta vårdtagaren och närståendes behov av läkarstöd och insatser från hemsjukvård och hemtjänst.

EFTERLEVANDEENKÄT

Vi har sedan 2010 en rutin som innebär att vi skickar ut en enkät till de efterlevande vars anhörig vi har haft insatser hos. Enkäten har olika syften, vi vill få veta vad de närstående upplevt av vården i livets slutskede för sin anhörig. Hur har tillgängligheten till vår personal varit? Har vi kunnat ge en bra symtomkontroll? Hur har den närstående upplevt tiden och har den som avlidit fått avsluta sina dagar där denne har önskat? Ett annat syfte med enkäten har varit att uppmärksamma om det finns behov av efterlevandesamtal eller om efterlevande vill komma i kontakt med någon från verksamheten. Efterlevande tillfrågas om de vill svara på enkäten och vi respekterar alltid om de vill avstå. Därför är svarsfrekvensen inte lika med antalet avlidna. Frågorna kan vara svåra svara på om man inte varit på enheten ett antal gånger.

Under 2018 har vi fått in 8 (ca 29%) svar från efterlevande till vårdtagare i ordinärt boende med hemsjukvård/ hemtjänst. Från särskilt boende har vi fått in 58 enkätsvar (ca 52%)

Vi redovisar svaren från ordinärt boende i antal och särskilt boende i % över tid 2013 - 2018.

RESULTAT

Ordinärt boende/ Hemsjukvård och hemtjänst. Enkäter finns från 5 av 6 hemsjukvårdsområden.

Tillgängligheten till DSK/SSK i ordinärt boende har bedömts som: Mycket Bra av 6st, Bra av 1 st, en har avstått att svara. När det gäller läkarmedverkan så har efterlevande i hemsjukvården gett respons på den läkarmedverkan som besvarats både när det gäller tillgängligheten, bemötande och information som: Mycket bra - till Bra. När det gäller hjälpmedel har de tillgodosetts hos samtliga svarande och kontakt med rehab har upplevts fungera i Ganska hög utsträckning. Nöjdheten har också varit hög med hemtjänstens bemötande, service och respons. När det gäller symtomkontroll har upplevelserna varit olika och en uppger att det varit Mycket dålig symtom kontroll på samtliga parametrar med 4-5 har upplevt en god symtomkontroll för sin anhörig. Samtliga som avlidit i hemmet har önskat detta och närstående har upplevt att de fått stöd i Hög grad - Högsta grad.

Sammanfattningsvis Av de få enkäter som vi fått in så har man varit övervägande positiv i sina svar. Enkäterna är från efterlevande till dem som avlidit i hemmet vi har inga svar från dem som fått åka in till sjukhus och avlidit där. Det skulle ha gett en mer nyanserad bild.

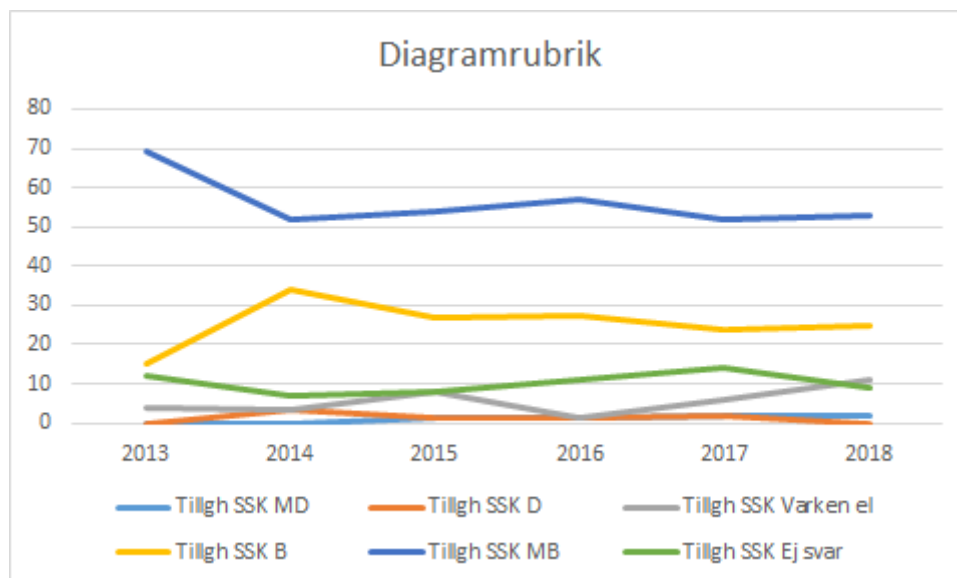
Det kommer dock att vara en utmaning för verksamheten att vårda i livetslutskede i ordinärt boende. Allt tyder på att denna vård kommer att öka då fler av oss vill få sluta sina dagar i sitt hem. Vården kräver att vi har erfaren, kompetent personal i samtliga yrkesgrupper som blir involverade och att de kan skapa en god relation till vårdtagaren och närstående.

Särskilt boende

Diagrammen visar parametrar i % av antal svarande. Antalet svar för respektive år i inkomna enkäter 2013/28; 2014/63; 2015/82; 2016/76; 2017/63; 2018/58; Enkäter har inkommit från samtliga särskilda boenden.

Hur tillgängligheten till sjuksköterska vid palliativ vård inom särskilt boende har bedömts från 2013 - 2018

Hur upplevde du och din närstående tillgängligheten till DSK/Sjuksköterska?

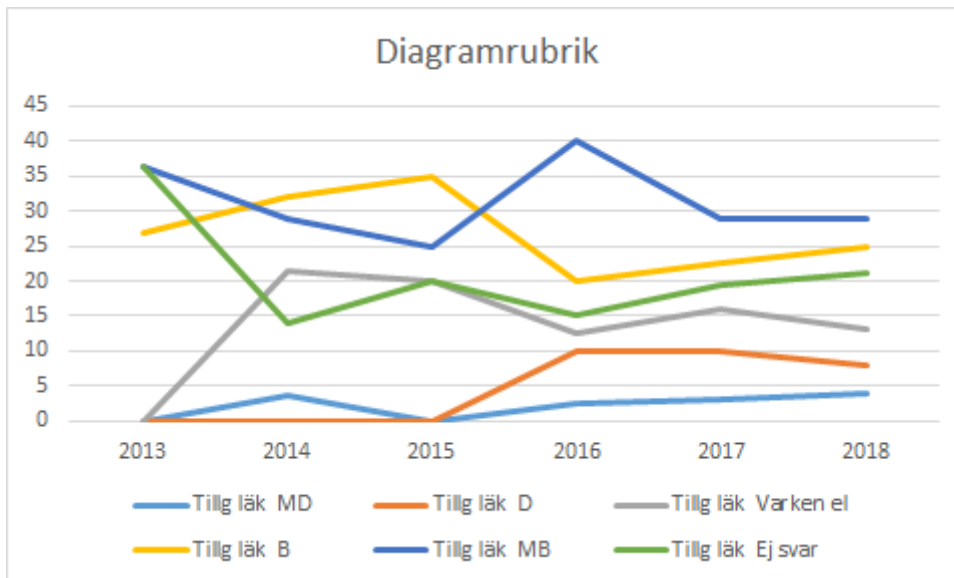


Parametrar är, Tillgänglighet SSK Mycket dålig (MD), Tillgänglighet SSK Dålig (D), Tillgänglighet Varken el(Varken bra/dålig) Tillgänglighet Bra (B), Tillgänglighet Mycket Bra (MB) Tillgänglighet SSK ej svar (Ej besvarad fråga)

Bedömning Tillgängligheten sjönk i samband med övertagandet av hemsjukvården har sedan planat ut. ca 50% upplever Mycket Bra tillgänglighet till sjuksköterska och ca 25% Bra tillgänglighet

Tillgängligheten till läkare bedömdes mellan 2013-2018

Hur upplevde du och din närstående tillgängligheten till läkare som var involverad i vården?



Parametrar är, Tillgänglighet Läk Mycket dålig (MD), Tillgänglighet Läk Dålig(D), Tillgänglighet Läk Varken el(Varken bra/dålig) Tillgänglighet Läk Bra (B), Tillgänglighet Läk Mycket Bra (MB) Tillgänglighet Läk ej svar (Ej besvarad fråga)

Bedömning; Läkartillgängligheten har varierat över tid och handlar mycket om hur Vårdcentralernas bemanning ser ut ca 29% tycker att tillgängligheten är Mycket Bra och 25% Bra. Tillgängligheten har inte blivit bättre, sedan varierar detta utifrån vilken Vårdcentral som anlitas och deras bemanningssituation. När fler ska vårdas i hemmet kommer kraven på läkarmedverkan att öka.

Hjälpmedelsbehov

Hjälpmedelsbehovet har tillgodosetts i 83% av vårdförloppen och i 2% inte tillgodosetts 15% har ej kunnat svara på frågan.

Rehab insatser kontakt med;

Fysioterapeut Mycket bra/bra 45% varken eller 11% Mycket dåligt/dåligt 5%

Arbetsterapeut Mycket bra/bra 65% varken el 10% och M dåligt/dåligt 5%

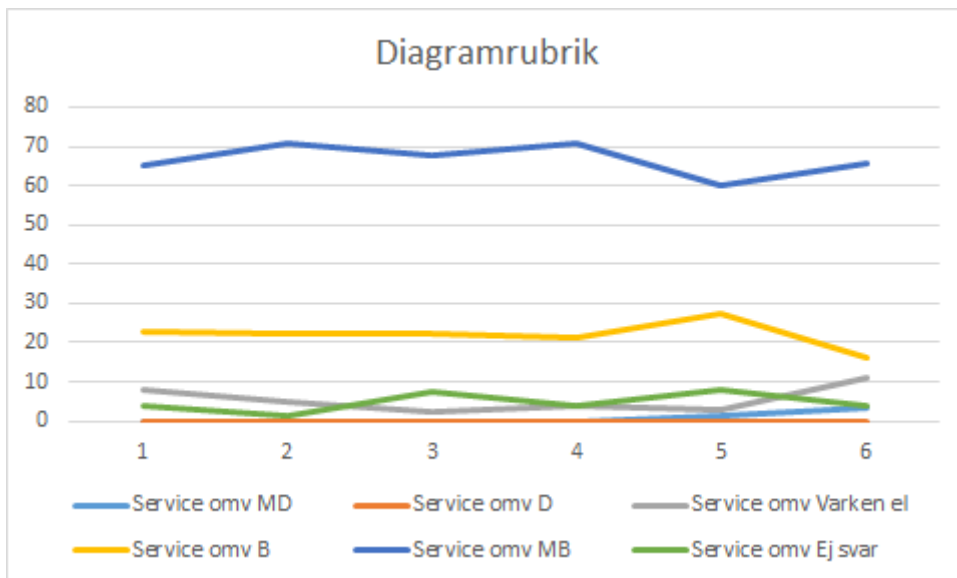
Bemötandet från Omvårdnadspersonal

Bemötandet från vårdpersonal har varit Mycket bra i 78%(2017 80%) Bra i 16%(2017 16%) Varken bra el dåligt 4% och 2% avstod att svara.

Service (utförandet av insatserna)

Service (utförande av insats) av vård o omsorgspersonal inom särskilt boende vid palliativ vård

Hur uppfattade du servicen när du och din närstående kallade på hjälp?

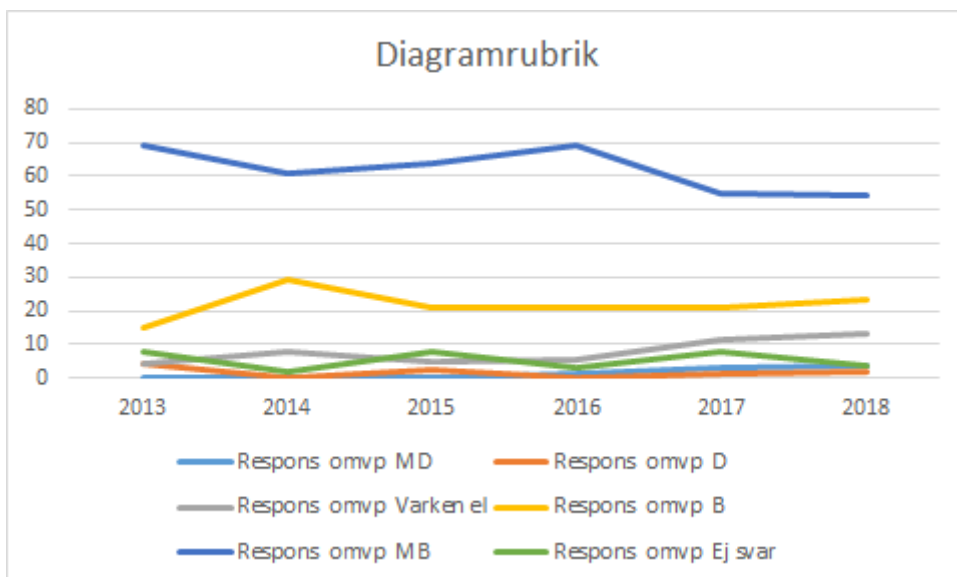


Parametrar är, Service Mycket dålig (MD), Service Dålig (D), Service Varken bra/dålig (Varken el) Service Bra (B), Service MycketBra (MB) Service ej svar (Ej besvarad fråga)

Bedömning; Utförandet av insatserna bedöms som Mycket bra av ca 65% och Bra ca 17% något bättre under 2018

Respons(tillgänglighet) till vård och omsorgspersonal inom särskilt boende vid palliativ vård

Hur uppfattade du responsen när du och din närstående kallade på hjälp?

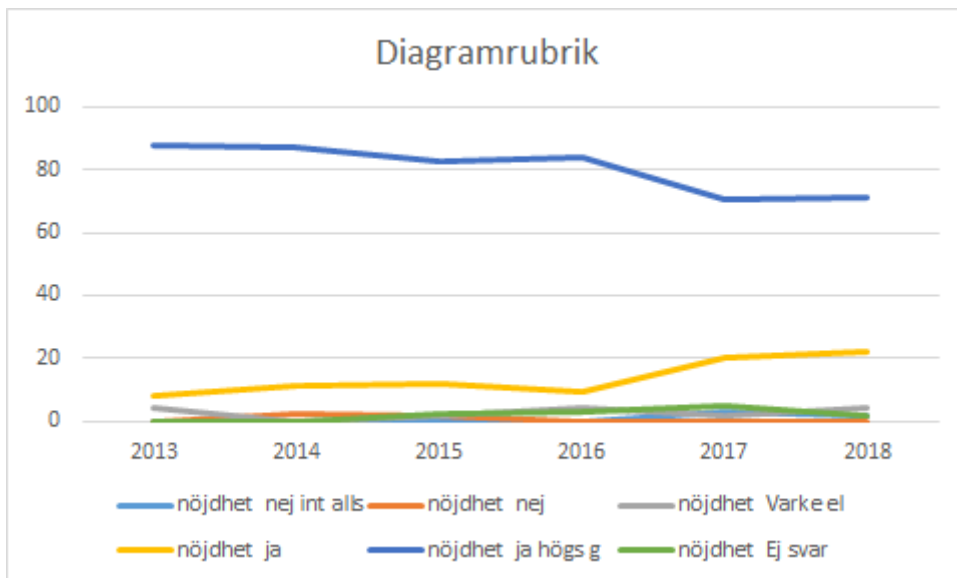


Parametrar redovisas i % och är, Respons omv personal Mycket dålig (MD), Respons Dålig (D), Respons Varken bra/dålig(Varken el) Respons Bra(B), Respons Mycket Bra(MB), Respons, ej svar (Ej besvarad fråga)

Bedömning; Tillgängligheten upplevs Mycket bra av ca 52% och bra av 22% trenden är något sjunkande

Nöjdhet med omvårdnaden i livets slutskede

Är du nöjd med omvårdnaden din närstående fick i livets slutskede?

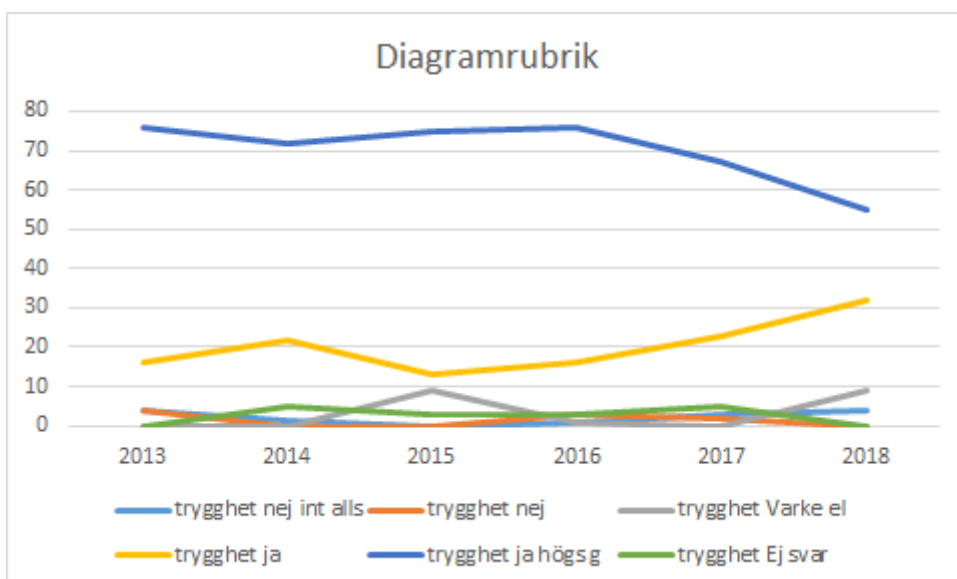


Parametrar redovisas i % och är Nöjdhet nej inte alls(Nej inte alls nöjd), Nöjdhet nej (Inte nöjd), Nöjdhet Varken el (Är varken inte nöjd /nöjd), Nöjdhet Ja(Är Nöjd), Nöjdhet ja i högs g(Är nöjd i högsta grad), Nöjdhet Ej svar (frågan har ej besvarats)

Bedömning; Nöjdheten har förskjutits från Mycket bra 71% mot Bra 22%

Upplevd trygghet i vården (särskilt boende)

Har du och din närstående känt trygghet i vården under livets sista tid?



Parametrar redovisas i % och är; Upplevd trygghet nej inte alls(Nej inte alls), Upplevd trygghet nej(Inte upplevt trygghet), Upplevt varken trygghet/ el inte trygghet(Varken el), Upplevd trygghet ja Har upplevt (trygghet ja), Upplevt trygghet i, ja högsta grad (Upplevd trygghet ja högs g) Upplevd trygghet ej svar (frågan ej besvarad)

Bedömning; Tryggheten är den parameter som sjunkit och gått från "Upplevd trygghet i högsta grad" 55% till "Upplevd trygghet ja" 32%

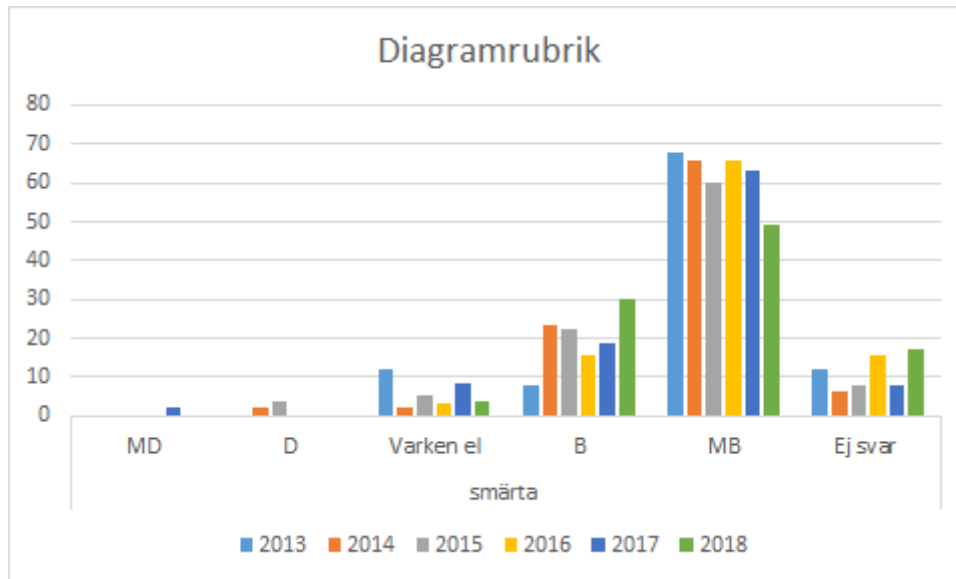
Teamarbete i personalgruppen

På frågan om personalen kring den döende arbetade ihop som ett team svarade 77% ja i Mycket hög/Hög utsträckning 5% Varken eller 5% svarade att teamarbetet var dåligt/mycket dåligt

Lindring av symtom

Smärtan

Hur upplevde du lindringen av de symtom som orsakades av din närståendes sjukdom?



Parametrar är, Lindring Mycket dålig (MD), Lindring Dålig (D), Lindring Varken bra/dålig(Varken el), Lindring Bra(B), Lindring Mycket Bra(MB), Lindring ej svar (Ej besvarad fråga)

Svaren visar på en förskjutning från "Mycket Bra symptomkontroll" 49% - till "Bra" 30%

Övriga symtom

När det gäller illamående och andnöd så ligger vi lägre när det gäller lindringen(29 - 38%)(2018) upplever mycket "Bra lindring". Ängest upplevs "Mycket bra lindrad" i 46%(2018)

Stöd till närstående

Stöd till närstående upplevs som; Ja i högsta grad/hög grad i av 83% varken bra el dåligt i 5% och nej inget stöd/dåligt i 5% och 7% har inte svarat.

RESULTAT

Närståendes upplevelser påverkas givetvis av många faktorer men är ändå viktig information att väga in, i hur vår verksamhet utför sitt uppdrag. Det är inte stora förändringar mellan 2013 - 2018 diagrammen är till för att se trender över tid. Palliativ vård är en sammansatt vård där både bemötande, kunskap, tillgänglighet, relation är viktig och att de anhöriga får stöd. Detta är bland de mest komplexa vårdssituationer som vi har i verksamheten, självklart varierar det men denna vård kräver oftast betydande insatser. Därför speglar denna vård hur vård o omvårdnad fungerar och hur anhöriga upplever den.

Det är viktigt att vi fortsätter utveckla den palliativa vården och att vi kompetenshöjer personalen då trenden är att fler och fler vårdas och avlider inom särskilda boenden eller i hemmet.

Lindring av olika symtom är en viktig del i den palliativa vården och är grunden till om vårdtagaren kan ha livskvalitet livet ut. En del i att nå en god symptomkontroll är att det sker en bra teamsamverkan där personalen tvärprofessionellt kan diskutera insatt behandling och utvärdera effekterna och ha dialog med vårdtagaren och ev. närstående. Tillgänglig läkarkontakt är också viktig för en god symptomkontroll.

NATTFASTEMÄTNING

Nattfasta definieras som tiden mellan kvällens sista och morgonens första matintag. Nattfastan ska

ligga under 11 timmar för att minska risken för undernäring, har den enskilde längre nattfasta så finns risk att hen går in i en nedbrytande process. Det är därför viktigt att enheterna erbjuder en förfrukost som kan bestå av t ex en smoothie, kvällsmål eller nattmål, vilket som passar den enskilde bäst.

RESULTAT

Nattfastan har minskat totalt på kommunens boenden från 11,44 timmar i medeltal 2017 till 10,29 timmar i medeltal 2018, sex enheter har minskat sin nattfasta och tre enheter har ökat sin nattfasta jämfört med föregående år. Tre enheter redovisar nattfasta som överstiger 11 timmar, varav en enhet redovisar nattfasta överstigande 12 timmar. Av de enheter som förra året redovisade resultat på nattfasta som översteg 13 timmar har 2018 minskat snittet för nattfasta.

Nattfastemätning	Antal boende	2015	2016	2017	2018
Äldreboende					
Mariagården	36	11,53	10,8	10,8	7,95
Hagagården	25	11,74	9,75	11,99	8,18
Ekbacken	24	10,21	10,46	13,33	11,03
Lugnet	21	10,41	11,03	12,3	11,15
Hestragården	18	9,87	8,41	8,41	10,99
Solbacka	32	11,71	12,26	13,13	10,24
Blomstervägen	59	9	10,98	11,2	10,01
Vitsippan	62	11,94	12,4	12,06	12,28
Klockaregården	24	11,53	10,8	9,79	10,81
Östergården	19	12,3	-	-	-
Summa/medel	301	11,02	10,76	11,44	10,29

Vilka åtgärder har vidtagits för dem som har minskat? Rutiner har lyfts fram och förtydligats och arbetssätt förändrats. Att tydligt hålla fast vid rutiner för att minska nattfastan är viktigt.

TANDVÅRD OCH MUNHÄLSA

Det sker en samvekan med personal från Regionens uppsökande verksamhet när det gäller tandvård och munhälsa. Regionen har ett ansvar för att erbjuda uppsökande munhälsobedömning till personer som bor i särskilda boenden för äldre och funktionshindrade eller som har frekventa omvårdnadsinsatser i ordinärt boende. Denna munhälsobedömning ska ske i hemmet och är avgiftsfri. Den innebär en förenklad undersökning av munhåla, tänder och tandersättning. Behovet av munhygieninsatser bedöms. För de behandlingsinsatser som därefter kan bli nödvändiga betalar vårdtagaren enligt hälso- och sjukvårdens öppenvårdsregler. En munhälsobedömning ska erbjudas årligen till den som är berättigad och någon av de ansvariga bland vårdpersonalen ska finnas med.

Utbildningsinsatser riktade till vårdpersonalen individuellt eller i grupp ingår också som en viktig del i den uppsökande verksamheten.

RESULTAT

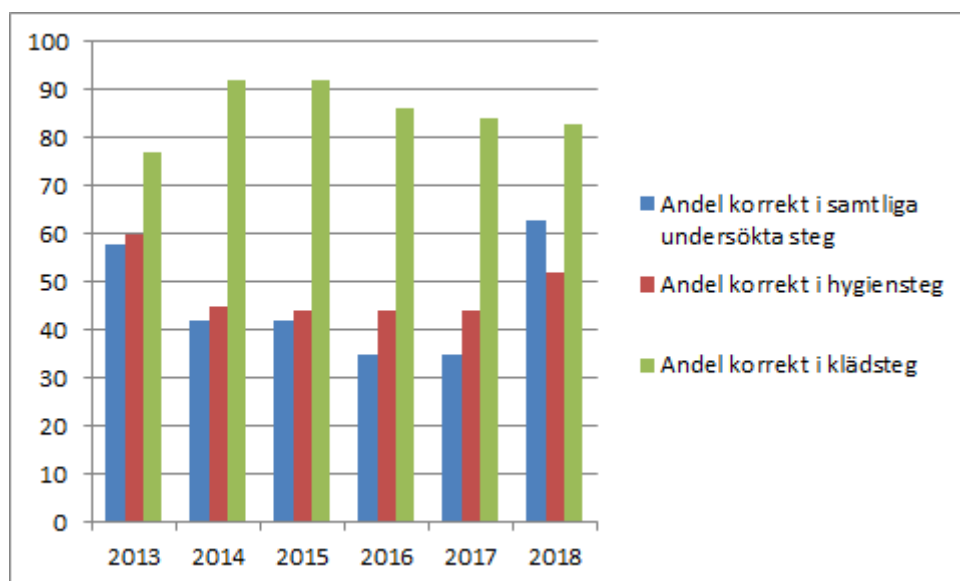
Under 2018 har antalet uppsökta vårdtagare varit 361 av 608 berättigade, alltså 59 % (2017 62%) vilket är en liten minskning från föregående år. Individer som har tackat nej till uppsökande tandvård är 192 st. (2017 var det 178 st.) Att individer tackar nej kan ha olika orsaker men en vanlig orsak är att man redan har en etablerad kontakt med en tandläkarmottagning.

Utbildningsinsatser riktade till vårdpersonalen har skett för 236 personal under 2018.

FÖLJSAMHETSMÄTNING TILL BASALA HYGIENRUTINER OCH KLÄDREGLER

Denna mätning genomförs varje år som ett mått på hur hygienrutiner följs i verksamheterna. Det är ett viktigt arbetssätt som förhindrar att vårdpersonal sprider runt smittor mellan vårdtagare inom och mellan verksamheterna. I dag förekommer oftare besvärliga infektioner som har viss resistens mot vanliga antibiotika och dessa kan vara mycket svåra om de drabbar vårdtagare som redan är nedsatta i sitt immunförsvar.

Mätningen har skett inom både särskilt boende och hemsjukvård/hemtjänst genom att utsett ombud kontrollerat efterlevnaden till samtliga åtta kontrollpunkter som är Handdesinfektion före/efter vårdmoment, Användning av handskar, Skyddsförkläde, Utan smycken/klocka/ stödskena, Ej nagellack, Uppsatt hår, Korrekt arbetsdräkt.



RESULTAT

Mätningen visar att vi under året har förbättrat följsamheten inom hygienrutiner medan följsamheten till klädreglerna ligger ungefär som tidigare år med en liten minskning. Sammantaget så är det en förbättring till följsamheten till hygienreglerna. Detta blir ett kvitto på det arbete som genomförts med att utse och utbilda hygienombud i verksamheterna varit positivt. Under 2019 ska vi följa antibiotikaförskrivningen som en del i följsamheten till hygienriktlinjerna.

BRUKARUNDERSÖKNING FUNKTIONSHINDER

Under 2018 genomförde Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) en nationell brukarundersökning. Undersökningen riktade sig till vuxna personer med funktionsnedsättning inom boende, boendestöd och daglig verksamhet/sysselsättning enligt Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) och Socialtjänstlagen (SoL) samt personlig assistans.

2016 har en nationell brukarundersökning genomförts inom daglig verksamhet och grupp- och servicebostad LSS. Personlig assistans var med i undersökningen 2017.

I samband med undersökningen fick brukarna inom verksamhetsområde Funktionshinder (i kommunens regi) möjlighet att besvara enkäten.

Frågorna i enkäterna var avsedda att fånga tre kvalitetsområden: självbestämmande, bemötande och trygghet

Syftet med undersökningen var att få kunskap om hur brukarna upplever kvaliteten i verksamheterna,

och att undersökningens resultat skulle användas för att tillsammans med brukarna utveckla och förbättra verksamheterna.

Nedan är en sammanfattning av resultatet:

Daglig verksamhet

Svarsfrekvensen 57 % (21 svarande av 37)

	2016 Gislaved	2018 Gislaved	Jönköpings län, 2018
	Positiva svar (andel, %)	Positiva svar (andel, %)	Positiva svar (andel, %)
Brukaren får bestämma om saker som är viktiga-självbestämmande	65	72	79
Personalen bryr sig om brukaren - bemötande	97	87	89
Brukaren känner sig trygg med personalen - trygghet	84	82	83

Gruppbostad LSS

Svarsfrekvens 64 % (16 svarande av 25)

	2016 Gislaved	2018 Gislaved	Jönköpings län, 2018
	Positiva svar (andel, %)	Positiva svar (andel, %)	Positiva svar (andel, %)
Brukaren får bestämma om saker som är viktiga-självbestämmande	67	76	70
Personalen bryr sig om brukaren - bemötande	85	85	84
Brukaren känner sig trygg med personalen - trygghet	78	78	72

Personlig assistans

Svarsfrekvens 100% (12 svarande)

	2017 Gislaved	2018 Gislaved	Jönköpings län, 2018
	Positiva svar (andel, %)	Positiva svar (andel, %)	Positiva svar (andel, %)
Brukaren får bestämma om saker som är viktiga-självbestämmande	50	67	47
Personalen bryr sig om brukaren - bemötande	86	92	85
Brukaren känner sig trygg med personalen - trygghet	79	83	69

Servicebostad LSS

Svarsfrekvens 70 % (14 svarande av 20)

	2018 Gislaved	Jönköpings län, 2018
	Positiva svar (andel, %)	Positiva svar (andel, %)
Brukaren får bestämma om saker som är viktiga-självbestämmande	64	71
Personalen bryr sig om brukaren - bemötande	64	74
Trygghet	57	68

Boendestöd SoL

Svarsfrekvens 52% (34 svarande av 65)

	2018 Gislaved	Jönköpings län, 2018
	Positiva svar (andel, %)	Positiva svar (andel, %)
Brukaren får bestämma om saker som är viktiga-självbestämmande	91	80
Personalen bryr sig om brukaren - bemötande	91	91
Brukaren känner sig trygg med personalen - trygghet	94	82

Sysselsättning SoL

Svarsfrekvens 64% (32 svarande av 50)

	2018 Gislaved	Jönköpings län, 2018
	Positiva svar (andel, %)	Positiva svar (andel, %)
Brukaren får bestämma om saker som är viktiga-självbestämmande	48	70
Personalen bryr sig om brukaren - bemötande	77	84
Brukaren känner sig trygg med personalen - trygghet	77	83

Överlag var brukarna nöjda med kvaliteten i Funktionshinderverksamheten 2018. Undersökningen visar att 70% av de svarande fick bestämma över betydelsefulla saker. 83 % upplevde ett gott bemötande och 79% kände sig trygga med personalen.

Mest nöjda brukare fanns inom boendestöd SoL där 94% av brukarna upplevde sig trygga med personalen samt ansåg sig ha en hög grad av inflytande (91%) och upplevde sig bemötta på ett trevligt sätt (91%). Ett trevligt bemötande upplevdes också inom Personlig assistans (92%).

Det lägsta positiva resultatet kom fram inom Sysselsättning SoL, där 48% av brukarna upplevde sig att ha möjlighet att påverka saker som är viktiga. Jämför vi det med Jönköpings län så ligger resultatet mycket lägre (Gislaved 48% - Jönköpings län 70%). Något lägre resultat (57%) har också Servicebostad LSS fått när det gäller brukarens upplevelse av trygghet jämfört med länets resultat (68%).

I jämförelse med tidigare brukarundersökning har resultatet gällande bemötande sjunkit inom Daglig verksamhet. 2016 upplevde 97 % av de svarande att personalen bryr sig om brukare. 2018 låg resultatet på 87%. Inom Personlig assistans har resultatet förbättrats i självbestämmandet. Om 2017 upplevde 50% av de svarande en möjlighet att bestämma över viktiga saker. 2018 upplevde 67% av de svarande att de hade inflytande.

Största andelen positiva svar 2018	Minsta andelen positiva svar 2018
Brukaren känner sig trygg med personalen – trygghet 94% (Boendestöd SoL)	Brukaren får bestämma saker som är viktiga – självbestämmande 48% (Sysselsättning SoL)
Personalen bryr sig om brukaren – bemötande 92 % (Personlig assistans)	Brukaren känner sig trygg med personalen – 57% (Servicebostad LSS)

Enheten för bistånd

2018 genomfördes en pilotundersökning inom enheten för bistånd.

Syftet med undersökningen var att få kunskap om hur brukarna upplevde kvaliteten i verksamheten, för att sedan tillsammans med brukarna kunna utveckla och förbättra verksamheten.

Undersökningen riktade sig till personer med insatser enligt SoL eller LSS. Enkäten delades ut i samband med hembesök eller på en annan mötesplats. Frågorna i enkäterna var avsedda att fånga tre kvalitetsområden: självbestämmande, bemötande och tillgänglighet. Totalt delades det ut 25 enkäter under oktober – november. 18 brukare svarade på enkäten vilket innebär en svarsfrekvens 64%.

Resultatet visar att 67% av de svarande upplevde att det är lätt att få kontakt med handläggare. 83 % upplevde att de blev bemötta på ett trevligt sätt och 89 % upplevde delaktighet i kontakten med handläggare.

Enhet för barn och ungdomar

Korttidsboendet genomförde en pilotundersökning som var riktad till vårdnadshavare. Frågorna berörde 3 kvalitetsområden: självbestämmande, bemötande och trygghet

Totalt delades det ut 19 enkäter i samband med ett uppföljningsmöte med barn och vårdnadshavare. 8 enkäter besvarades, vilket innebär en svarsfrekvens 42 %.

Majoriteten av vårdnadshavarna upplevde att barnet kände sig trygg med personal (88%) och miljön (88%) samt upplevde ett gott bemötande av personalen (75%). Dock upplevde (50%) att de inte visste om barnet hade inflytande gällande saker som var viktiga för barnet .

4.2 Kvalitetsregister

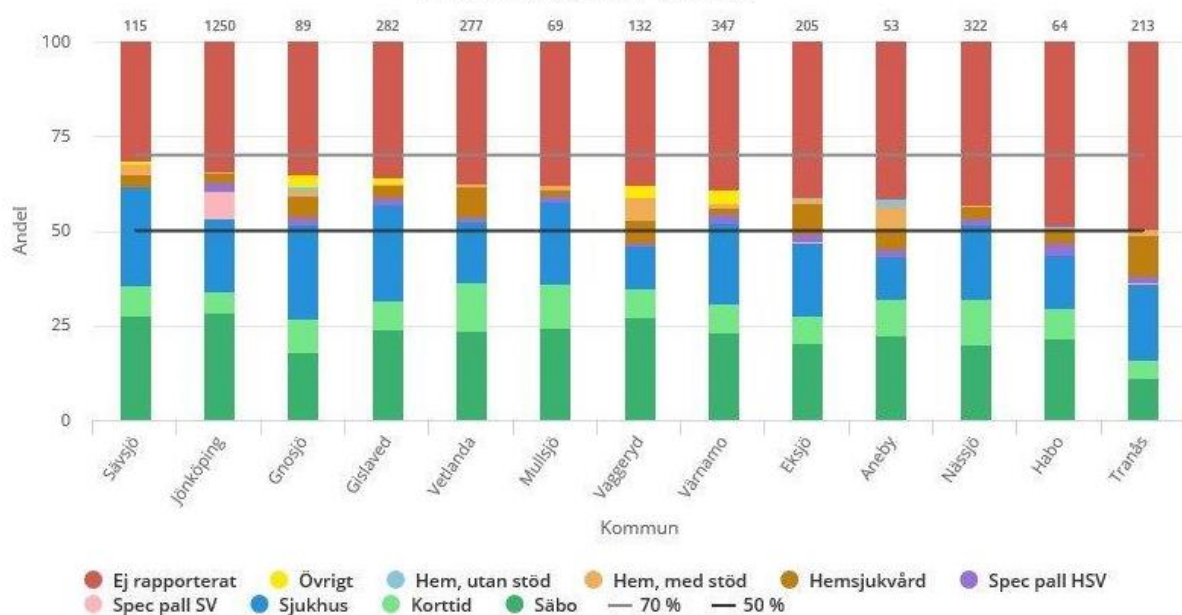
Anvisning

Beskriv vilka kvalitetsregister som nämnden deltar i.

PALLIATIVREGISTRET

Svenska palliativregistret är ett nationellt kvalitetsregister där vårdgivare registrerar hur vården av en person i livets slutskede varit. Under 2018 finns 282 dödsfall registrerade för Gislaveds kommun

TÄCKNINGSGRAD INRAPPORTERADE DÖDSFALL 2018



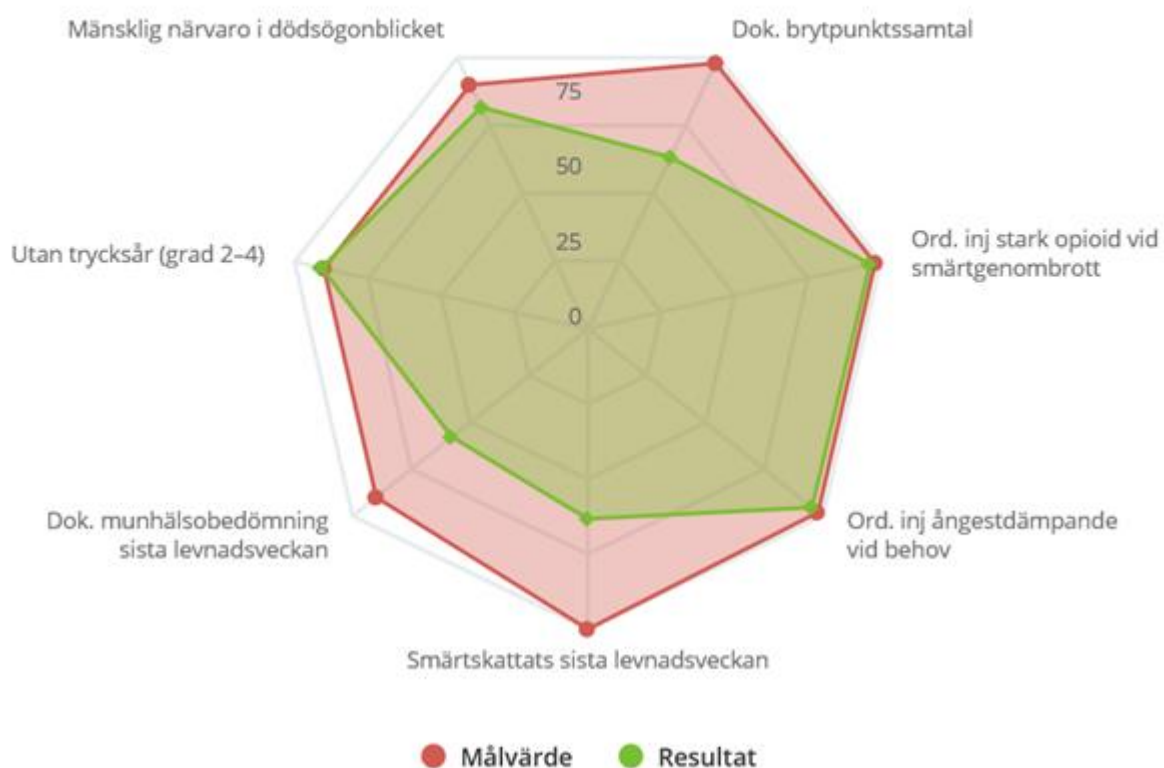
Detta är en modifierad rapport.

Tabellen visar hur många av dödsfallen som är registrerade i palliativregistret. Gislaved ligger på 4 plats i länet av registrerade kommuner och har förbättrat sin frekvens av registrering men vi har inte nått målet på 70% registrerade av dödsfallen.

Kvalitetsindikatorer för hela verksamheten både inom särskilt boende o ordinärt boende

Kvalitetsindikatorer - lilla

Period 2018-01 - 2018-12



Socialstyrelsen har tagit fram 7 kvalitetsindikatorer för en god palliativ vård.

Totalt 109 vårdtagare

Utan trycksår (grad 2-4)	resultat 90,8%	mål 90%
Mänsklig närvaro i dödsögonblicket	resultat 81,7%	mål 90%
Dokumenterat brytpunktssamtal	resultat 63,3%	mål 98%
Ordination på injektion av stark opioid	resultat 96,3%	mål 98%
Ordination på injektions lm ångestdämpande	resultat 95,4%	mål 98%
Smärtskattning under sista levnadsveckan	resultat 63,3%	mål 100%
Munhälsobedömning under sista levnadsveckan	resultat 57,8%	mål 90%

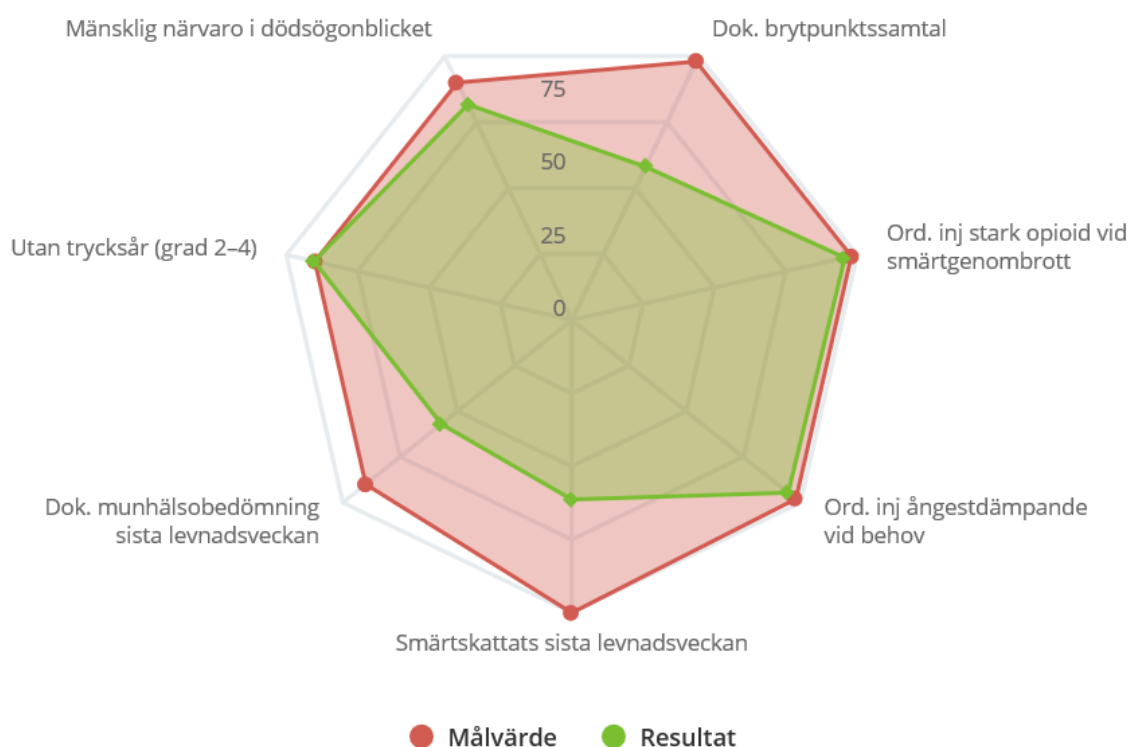
ANALYS AV RESULTATET

Totalt sett ett relativt bra resultat. Vi når målet när det gäller trycksår och ligger bra när det gäller ordinationer och mänsklig närvaro vid dödsögonblicket. Förbättringsområden är dokumentation av munhälsobedömning, smärtskattning och dokumenterat brytpunktssamtal. Det senare är beroende på läkarmedverkan och den kognitiva förmågan hos vårdtagaren. Det är läkaren som ska hålla brytpunktssamtalet.

Kvalitetsindikatorer för särskilt boende

Kvalitetsindikatorer - lilla

Period 2018-01 - 2018-12



Socialstyrelsen har tagit fram 7 kvalitetsindikatorer för en god palliativ vård.

Underlag 93

Utan trycksår (grad 2-4) resultat 90,3% mål 90%

Mänsklig närvaro i dödsögonblicket resultat 81,7% mål 90%

Dokumenterat brytpunktssamtal resultat 58,1 % mål 98%

Ordnation på injektion av stark opioid resultat 95,7% mål 98%

Ordnation på injektions lm ångestdämpande resultat 94,6% mål 98%

Smärtskattning under sista levnadsveckan resultat 61,3% mål 100%

Munhälsobedömning under sista levnadsveckan resultat 57,0% mål 90%

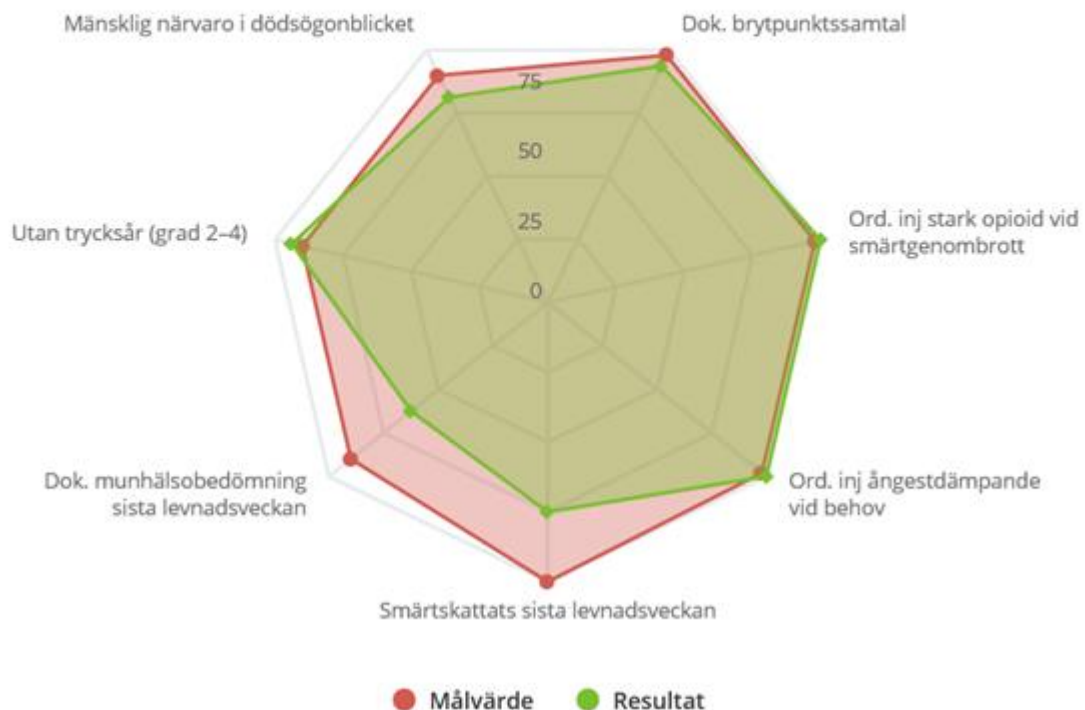
ANALYS AV RESULTATET

Inom särskilt boende har det skett förbättringar sedan förra året. Planering av vården i form av ordinationer och förebyggande av trycksår är nära eller har nått målvärdet. Det är främst brytpunktssamtal som ligger lågt. Detta har sin naturliga förklaring i att många av vårdtagarna inte har den kognitiva förmågan att delta i ett brytpunktssamtal. Övriga förbättringsområden är dokumentation av munhälsobedömning och smärtskattningar.

Kvalitetsindikatorer inom ordinärt boende med hemsjukvård

Kvalitetsindikatorer - lilla

Period 2018-01 - 2018-12



Socialstyrelsen har tagit fram 7 kvalitetsindikatorer för en god palliativ vård.

Underlag 16 vårdtagare

Utan trycksår (grad 2-4) resultat 93,8 % mål 90%

Mänsklig närvaro i dödsögonblicket resultat 81,3 % mål 90%

Dokumenterat brytpunktsamtal resultat 93,8 % mål 98%

Ordination på injektion av stark opioid resultat 100% mål 98%

Ordination på injektions lm ångestdämpande resultat 100 % mål 98%

Smärtskattning under sista levnadsveckan resultat 75 % mål 100%

Munhälsobedömning under sista levnadsveckan resultat 62,5 % mål 90%

ANALYS AV RESULTATET

När vi tittar på hemsjukvården så är det inte ett stort antal, men de som vårdas i hemmet har enligt indikatorerna fått en god vård. Framförallt när det gäller att ha planerat vården genom att det finns ordinationer och förebyggande av trycksår. Brytpunktsamtal har genomförts. Siffrorna har förbättrats sedan förra året och det är främst dokumentation av munhälsa och smärtskattning som har en förbättringspotential.

SENIOR ALERT

Senior alert är ett kvalitetsregister som är tillgängligt via webben där varje person, 65 år eller äldre, kan registreras med riskbedömning, vidtagna åtgärder och resultat inom områdena fall, undernäring, trycksår och munhälsa.

Att kunna arbeta med att förebygga fall, undernäring, trycksår och ohälsa i munnen är viktigt. Olika professioner inom vård och omsorg arbetar dagligen med dessa områden och de har en stark koppling till varandra. Till exempel: en undernärd person har lättare att falla, att få en höftfraktur och löper större risk att utveckla ett trycksår.

Det förebyggande arbetssätt som Senior alert bygger på består av tre grundtankar som består av systematik, struktur och synliggörande av resultat.

I tabellen nedan redovisas resultatet för hela Gislaveds kommun. Totalt har 341 unika individer registrerats i kvalitetsregistret. Det är vanskligt att redovisa resultatet av det förebyggande arbetet med en sådan tabell då den inte visar det totala antalet personer på varje enhet, det vill säga det totala möjliga läget. Men med kunskap om antalet lägenheter på varje enhet är det möjligt att läsa ut ett jämförbart resultat med föregående år.

Unika personer, Riskbedömning med risk, Bedömd orsak till risk, Åtgärdsplan vid risk, Vid risk utförda åtgärder, Trycksår, BMI mindre än 22, Fall, Munhälsa grad 2,

	Unika personer	Vårdprevention				Utfall			
		Riskbedömningar med risk	Bedömda orsaker till risk	Åtgärdsplan vid risk	Utförda åtgärder vid risk	Trycksår	BMI<22	Fall	Munhälsa grad 2
Gislaveds kommun	341	92%	85%	97%	90%	80	102	164	149
Blomsterv Demenscentra	62	94%	74%	99%	94%	24	26	23	37
Ekbacken	26	97%	87%	87%	58%	10	7	1	10
Hagagården	17	95%	100%	100%	75%	1	5	0	13
Hestragården	32	100%	98%	100%	89%	14	5	65	20
Klockaregården	31	97%	94%	100%	91%	3	8	6	13
Lugnet	35	92%	96%	100%	100%	11	13	0	10
Mariagården	48	89%	97%	100%	95%	4	21	3	13
Solbacka	39	85%	82%	99%	81%	7	9	28	15
Vitsipan	57	91%	54%	81%	0%	6	12	38	20
Ostergården	0	0%	0%	0%	0%	0	0	0	0
Målvården			75 - 100 %	75 - 100 %	75 - 100 %				
			25 - 74 %	25 - 74 %	25 - 74 %				
			0 - 24 %	0 - 24 %	0 - 24 %				

Under 2018 har 92 % av brukarna inom vård och omsorg riskbedömts enligt kvalitetsregistret. Vidare arbete med att säkerställa det förebyggande arbetet krävs och detta är ett förbättringsarbete.

PUNKTPREVALENSMÄTNING (PPM) TRYCKSÅR Årets punktprevalensmätning för trycksår genomfördes i november, genom datauttag baserat på antal inskrivna personer i kvalitetsregistret Senior alert avseende riskbedömningar, åtgärder och pågående trycksår. Punktprevalensmätningens främsta syfte är att ligga till grund för förbättringsarbete på varje vård- och omsorgboende runt om i Sverige för att förebygga och minska förekomsten av trycksår. Vid en given tidpunkt bedöms förekomsten av antal trycksår i äldreomsorgen. PPM består av hudobservation, riskbedömning (aktuell 6 månader tillbaka i tiden) och pågående åtgärder. Resultatet förs in på individnivå i Senior alert. Resultatet för hela Sverige i årets punktprevalensmätning för trycksår inom kommunala verksamheter var 6,2 %. Motsvarande siffra för Gislaveds kommun var 8,1%, vilket är en ökning med fem procentenheter jämfört med föregående år.

STATISTIK FÖR BPSD-REGISTRET 2018

BPSD-registret (beteendemässiga psykiska symtom vid demenssjukdom) har hösten 2018 uppdaterats

med nya och delvis ändrade funktioner.

Under 2018 har de två demenssamordnarna haft två utbildningar för administratörer till BPSD-registret. Grundutbildningen omfattar sedan innan 2 dagar och fr.o.m. hösten ytterligare en halv dags uppföljning efter några månader. I år har sammanlagt 22 personal utbildats, mest undersköterskor, men även sjuksköterskor och enhetschefer.

Demenssamordnarna har deltagit vid registreringar på enheterna och erbjuder handledning till de som vill. Under 2018 utfördes i Gislaveds Kommun sammanlagt 265 registreringar i BPSD-registret som berörde totalt 132 hyresgäster på våra särskilda boenden. I genomsnitt 2 registreringar per person.

Verksamheterna har fortsatt att använda sig av BPSD-registret som inte bara ger statistik utan också är ett verktyg för personalen att använda för att bemöta vårdtagarna på bästa sätt. Det är ungefär samma antal personer som är registrerade trots att en del faller från och nya kommer till.

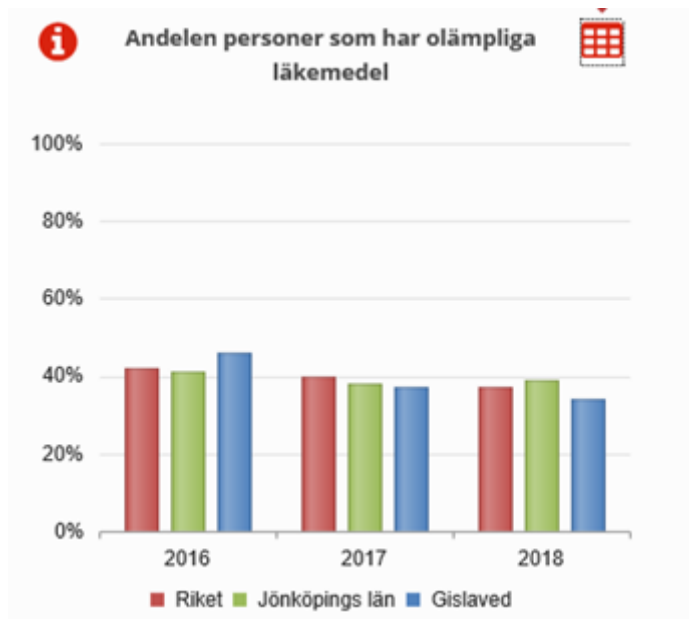
År	Antal registreringar	Antal personer
2012	61	41
2013	267	133
2014	263	131
2015	254	114
2016	212	115
2017	275	133
2018	265	132
Summa	1597	799

	Summa	2018-01	2018-02	2018-03	2018-04	2018-05	2018-06	2018-07	2018-08	2018-09	2018-10	2018-11	2018-12
Summa	1413	117	119	154	125	200	94	13	63	130	173	142	83
Aneby	59	0	0	7	4	16	0	0	2	2	10	12	6
Eksjö	96	4	12	7	8	18	3	2	6	13	12	5	6
Gislaved	264	23	20	27	26	36	22	3	18	25	31	19	14
Gnosjö	38	3	5	2	3	2	1	1	2	5	6	7	1
Habo	7	1	1	1	2	2	0	0	0	0	0	0	0
Jönköping	374	19	35	44	25	65	21	1	16	36	54	35	23
Mullsjö	7	0	0	4	2	0	1	0	0	0	0	0	0
Nässjö	191	32	22	23	20	16	8	0	6	15	30	12	7
Sävsjö	40	4	1	9	3	3	3	1	1	2	8	3	2
Tranås	4	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0	1	0
Vaggeryd	25	2	1	6	0	7	1	0	1	0	0	6	1
Vetlanda	108	12	7	8	13	14	14	0	3	5	6	15	11
Värnamo	200	16	15	16	18	21	20	5	8	26	16	27	12

Gislaveds kommun är näst bäst i länet på att använda BPSD och strukturen med demenssamordnare

är viktig för att ett aktivt arbete med registret ska fortsätta.

Kvalitetsindikatorer från BPSD

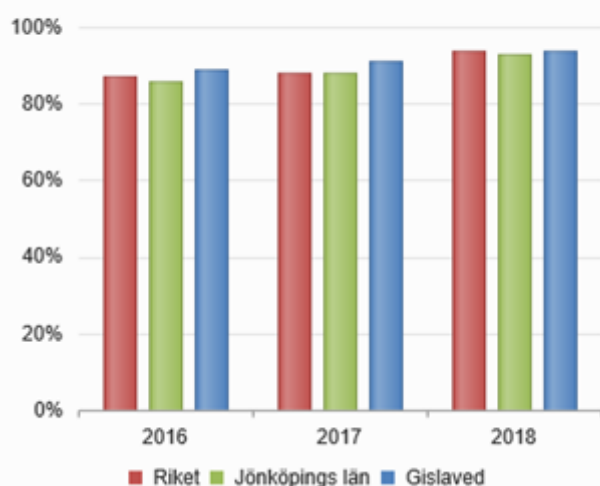


	Riket	Jönköpings län	Gislaved
2016	42% (8384 av 20082)	41% (273 av 668)	46% (49 av 106)
2017	40% (8948 av 22293)	38% (304 av 796)	37% (46 av 124)
2018	37% (8490 av 22797)	39% (327 av 832)	34% (43 av 125)




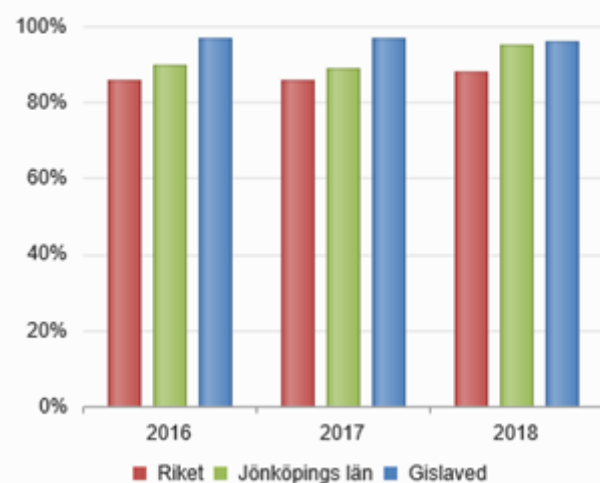
	Riket	Jönköpings län	Gislaved
2016	71% (14267 av 20082)	70% (472 av 668)	74% (79 av 106)
2017	71% (16049 av 22293)	73% (589 av 796)	76% (95 av 124)
2018	71% (16338 av 22797)	70% (588 av 832)	76% (96 av 125)

i Andelen personer som har bemötandeplan 

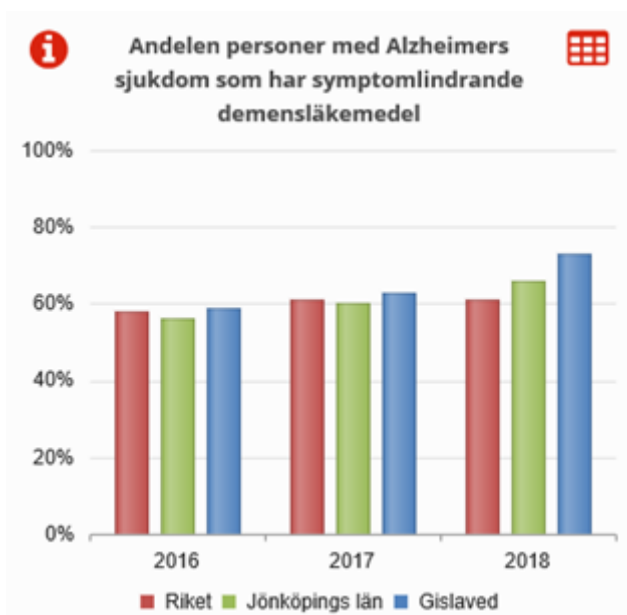


	Riket	Jönköpings län	Gislaved
2016	87% (17544 av 20082)	86% (575 av 668)	89% (95 av 106)
2017	88% (19719 av 22293)	88% (701 av 796)	91% (113 av 124)
2018	94% (21441 av 22797)	93% (781 av 832)	94% (118 av 125)

i Andelen personer som har fått läkemedelsöversyn genomförd 



	Riket	Jönköpings län	Gislaved
2016	86% (17434 av 20082)	90% (604 av 668)	97% (103 av 106)
2017	86% (19368 av 22293)	89% (714 av 796)	97% (121 av 124)
2018	88% (20137 av 22797)	95% (791 av 832)	96% (120 av 125)



	Riket	Jönköpings län	Gislaved
2016	58% (4031 av 6946)	56% (108 av 193)	59% (17 av 29)
2017	61% (4596 av 7551)	60% (143 av 239)	63% (19 av 30)
2018	61% (4931 av 8070)	66% (161 av 245)	73% (19 av 26)

RESULTAT

Verksamhetens arbete med BPSD är en del av att vi har kunnat förbättra så många parametrar mellan åren. Vi ligger även bättre än Riket och Jönköpings län. Det är ett mycket bra resultat av ett uthålligt arbete med att implementera och använda sig av BPSD-registret. Personalen får också ett konkret verktyg att utveckla den personcentrerade demensvården med.

4.3 Öppna jämförelser

Anvisning

Beskriv vilka öppna jämförelser som nämnden har deltagit i.

SOCIALSTYRELSENS BRUKARUNDERSÖKNING – VAD TYCKER DE ÄLDRE OM

ÄLDREOMSORGEN?

I den årliga undersökningen från Socialstyrelsen får kommunens äldre invånare möjlighet att tycka till om kvaliteten på äldreomsorgen.

Hemtjänst

Rapporten visar ett positivt resultat där de äldre var nöjda med personalen inom hemtjänst. De svarande upplevde i hög grad ett gott bemötande från hemtjänstpersonalen, de upplevde att personalen utförde sina arbetsuppgifter på ett bra sätt, att hemtjänstpersonalen kom på avtalad tid och att det var lätt att få kontakt med personalen vid behov. Dock har den sistnämnda faktorn försämrats något jämfört med föregående år. Resultatet visar också att de svarande kände ett stort förtroende för personalen och upplevde ett bra samarbete mellan hemtjänstpersonal och anhöriga.

I rapporten framkommer även ett antal förbättringsområden. De svarande upplevde att insatserna inte alltid var fullt ut anpassade efter de egna behoven, att det inte var tydligt vart de ska vända sig med eventuella synpunkter samt möjligheten att kunna påverka vilka tider man får hjälp. Drygt hälften upplevde även att de inte fick välja utförare. I rapporten framkommer det även att de önskar få bättre information kring tillfälliga förändringar i verksamheten.

På flera punkter har hemtjänsten i Gislaveds kommun bättre resultat än riket i stort, exempelvis avseende sammantagen nöjdhet med hemtjänsten, att man kände förtroende för hemtjänsten. Men på vissa punkter ligger kommunen under riksnittet, exempelvis att veta vart man ska vända sig med synpunkter och klagomål och att kunna påverka vid vilka tider man får hjälp.

Sammantaget på enskilda parametrar i brukarundersökningen redovisar hemtjänsten i Gislaveds kommun goda till mycket goda resultat. När resultaten sammanvägs och kategoriseras i olika områden och sedan ställs i relation till övriga kommuner i riket, hamnar kommunens hemtjänst under medel inom området bemötande, förtroende och trygghet i hemtjänsten. Detta medför att trots ett bra resultat så blir resultatet i jämförelse med andra kommuner sämre, eftersom dessa kommuner redovisar ännu bättre resultat inom det aktuella området.

Svarsfrekvensen i Gislaveds kommun var 59,7%, vilket är strax under riket.

Vård- och omsorgsboende

Rapporten visar att de äldre sammantaget är nöjda med vård- och omsorgsboende i Gislaveds kommun. De svarande upplevde i hög grad ett gott bemötande från omvårdnadspersonalen och upplevde att de hade förtroende för personalen, dock har resultatet på dessa parametrar minskat något jämfört med föregående år.

De svarande upplevde ett bra samarbete mellan boendets personal och de anhöriga, vilket är i stort sett oförändrat jämfört med tidigare år.

De svarande uppgav att de i hög grad upplevde att maten smakade bra, dock har resultatet för att upplevelsen av att måltiderna är en trevlig stund, minskat något.

Mer än hälften av de svarande ansåg att man visste vart man ska vända sig med synpunkter och klagomål, vilket är en förbättring jämfört med föregående år.

Resultaten på upplevelsen att det var lätt att få träffa sjuksköterska har också förbättrats jämfört med föregående år.

I rapporten framkommer ett antal förbättringsområden. Det framkommer att de svarande upplevde att det var svårt att få träffa en läkare och att de önskade få bättre information kring tillfälliga förändringar i verksamheten. Att personalen tog hänsyn till den äldres egna åsikter och önskemål har försämrats jämfört med föregående år.

Andelen svarande som upplevde att det är trivsamt utomhus runt boende har minskat.

Svarsfrekvensen i Gislaveds kommun var 49,2%, vilket är strax under riket.

4.4 Granskning av journaler och annan dokumentation

SOCIAL DOKUMENTATION

Social dokumentation har ingått som en kontrollpunkt i 2018 års internkontroll. Samtliga enheter inom socialförvaltningens fyra verksamhetsområden har granskats. Det gjordes ett urval av journaler vid varje enhet och därefter granskade enhetscheferna den sociala dokumentationen utifrån en centralt framtagen självgranskningsmall. 300 brukarjournaler har granskats 2018.

Resultat

1. *Är dokumentationen ordnad så att det är enkelt att få överblick och följa ärendet?* Ja 82% Nej 18%. Förbättringsområde: I vissa fall dokumenteras för lite, i andra fall dokumenteras för mycket t.ex. genom många pågående genomförandeplaner.
2. *Är dokumentationen fakta och händelser av betydelse?* Ja 84% Nej 16%. Förbättringsområde: Utveckla dokumentationen så att det alltid framgår vilka åtgärder som vidtagits, dvs. vad personalen har gjort efter att en händelse inträffat eller när personalen har gjort en iakttagelse.
3. *Sammanfattas löpande anteckningar till journalanteckningar i tid enligt föreskrift och förvaltningens riktlinjer/regler?* Ja 62% Nej 26% Ej relevant pga myndighetsutövning 12%. Förbättringsområde: Följsamhet till gällande riktlinjer och regler behöver öka.
4. *Finns genomförandeplan?* Ja 88% Nej 12%. Förbättringsområde: Säkerställa att aktuell genomförande plan finns.
5. *Dokumentation av brukarens delaktighet i planeringen av insatserna:* Ja 70% Nej 30%. Förbättringsområde: Öka brukarnas delaktighet i insatserna som utförs. I de fall brukaren inte kan eller vill vara delaktig ska det dokumenteras.
6. *Vårdens innehåll: att det finns mål för insatsen, beskrivning om hur målen ska nås, vem som ansvarar och när uppföljning ska ske:* Ja 79% Nej 21%. Förbättringsområde: Utveckla genomförandeplanerna med bättre målformuleringar, tydligare aktiviteter för att nå uppställda mål, förtydligat ansvar och bättre uppföljningar.

Åtgärder 2019/2020

- Se över riktlinjerna för social dokumentation
- Egenkontroll av social dokumentation
- Införa IBIC/dokumentationsombud på alla arbetsplatser
- Säkerställa introduktion och fortbildning av personal genom att tillhandahålla utbildningar i IBIC/social dokumentation i kommunens digitala lärplattform

OROSANMÄLNINGAR

Dokumentationen i ett urval av orosanmälningar inom samtliga verksamhetsområden har granskats under 2018 då även detta var en kontrollpunkt i det gångna årets internkontroll. Resultatet visade att följsamheten till lagstadgade dokumentationskrav var god inom de verksamheter som handlägger orosanmälningar beträffande barn och unga som far illa eller riskerar att fara illa. Dessa verksamheter hade överlag funktionella verksamhetssystem som stödjer en rättssäker hantering. Granskningen av dokumentationen av orosanmälningar beträffande vuxna personer oavsett ålder visade att verksamheterna inom såväl IFO som vård- och omsorg behöver ta fram rutiner för att bl.a. undvika gränsdragningsproblem mellan enheterna. Enheterna inom vård och omsorg och funktionshinder har

ett verksamhetssystem som inte underlättar en rättssäker handläggning utan handläggarna måste manuellt säkerställa att alla dokumentationskrav uppfylls. Denna brist kommer att kunna åtgärdas med det nya verksamhetssystemet som implementeras 2019/2020.

PLACERADE BARN

Dokumentation beträffande samtliga placerade barn i Gislaveds kommun har granskats under 2018. Vid granskningstillfället var 43 barn i Gislaveds kommun placerade i familjehem, HVB (hem för vård eller boende) eller stödboende. Resultatet visade på mycket god följsamhet till gällande lagar och regelverk, bl.a. beträffande barnets rätt till enskilda samtal med sin socialsekreterare och att socialsekreteraren ska besöka barnet i det hem där barnet är placerat.

HÄLSO OCH SJUKVÅRD

Dokumenterade delegeringar för hälso- och sjukvårdsuppgifter

Den 2019-02-07 fanns det 1051 delegeringar upprättade när det gäller olika moment i läkemedelshantering och behandling. Det varierar mycket hur många delegeringar varje sköterska har ansvar för. Det fanns 281 delegeringar när det gäller behandlingar från fysioterapeut.

För att säkerställa kompetens hos den personal som ska överlämna läkemedel så har vi rutiner för att de ska ta del av webbutbildning rörande läkemedel. Under året har vi återinfört att en sjuksköterska har utbildning med den personal som ska få delegering för att säkerställa kompetensen. Detta eftersom vi har sett att avvikelse-trenden varit uppåtgående. Det har också framförts att personal inte har tillräckligt med kunskap om läkemedelshantering. Rutinerna för delegering kommer att revideras under 2019.

4.5 Tillsyns- och revisionsrapporter

Anvisning

Redogör för vilka rapporter som har inkommit under året. Exempelvis IVO, Revision.

INSPEKTIONEN FÖR VÅRD OCH OMSORG (IVO)

Furugården stödboende

IVO genomförde en inspektion på Furugårdens stödboende under 2018. Fokus vid tillsynen var vårdens innehåll. IVO avslutade ärendet och konstaterade i sitt beslut att tillsynen av Furugården vid detta tillfälle visade att:

- verksamheten genomförde individuellt anpassade insatser som utgick från nämndens uppdrag
- verksamheten hade ett genomtänkt arbetssätt som gav förutsättningar att möta varje barn/ungdom utifrån mående och individuella behov
- verksamheten samverkade med socialnämnden
- verksamheten följde upp insatserna och vidtog åtgärder utifrån synpunkter på insatserna

Kastanjegården HVB

IVO genomförde en inspektion på Kastanjegården HVB under 2018. Fokus vid tillsynen var vårdens innehåll. IVO avslutade ärendet och konstaterade i sitt beslut att tillsynen av Kastanjegården vid detta tillfälle visade att:

- verksamheten genomförde individuellt anpassade insatser som utgick från nämndens uppdrag
- verksamheten hade ett genomtänkt arbetssätt som gav förutsättningar att möta varje barn/ungdom utifrån mående och individuella behov

- verksamheten samverkade med socialnämnden
- verksamhetens lokaler gav förutsättningar för god kvalitet och säkerhet
- föreståndaren (enhetschefen) hade den utbildning och den erfarenhet som krävs för att leda, utveckla och följa upp verksamheten
- personalen hade sammantaget den utbildning och erfarenhet som krävdes för att möta de behov som målgruppen hade samt säkerställa en trygg och säker vård
- verksamheten gjorde lämplighetsbedömningar vid inskrivning
- verksamheten följde upp insatserna och vidtog åtgärder utifrån synpunkter på insatserna
- verksamheten hade rutiner för att inhämta utdrag ur belastningsregistret inför anställning av personal

Tillsyn av IVO i individärenden

IVO startade tillsyner i fyra olika individärenden. Det ena ärendet gällde bistånd (myndighetsutövning) samt utförande av insatser inom hemtjänst. Två ärenden gällde social barn- och ungdomsvård inom verksamhetsområde IFO. Och ett ärende gällde ett ej verkställt beslut enligt LSS.

IVO begärde att socialnämnden skulle avge yttranden samt lämna ut dokumentation i dessa fyra ärenden. IVO avslutade tillsynsärendet gällande bistånd och hemtjänst utan ytterligare tillsyn eller vidare krav på åtgärder från nämndens sida. IVO har ännu inte fattat slutligt beslut i LSS-ärendet.

IVO ställde krav på åtgärder i det ena barnvårdsärendet utifrån påtalade brister i skyldigheten att tillgodose behov av stöd efter avslutad placering samt säkerställande av samtycke. När nämnden åtgärdat detta avslutade IVO tillsynen. I det andra barnvårdsärendet påtalade IVO att nämnden inte fullgjort sin utredningsskyldighet beträffande ett barns behov av stöd och att barnrättsperspektivet inte hade beaktats grundligt nog. IVO avslutade detta tillsynsärende utan att ställa krav på ytterligare åtgärder.

Tillsyn efter Lex Maria anmälan

Efter att vi skickat in en Lex Maria rörande utebliven/fördröjd behandling under 2016, gjorde IVO en tillsyn på berörd enhet för att följa upp de åtgärder som vidtagits för att förhindra upprepning. IVO avslutade ärendet efter att ha konstaterat att de åtgärder vi vidtagit var relevanta och genomförda i verksamheten.

REVISIONSRAPPORT

På uppdrag av kommunens revisorer granskade PwC (Pricewaterhousecoopers) socialnämndens hemtjänst och hemsjukvård under 2018. PwC kom i sin granskning fram till att socialnämnden delvis utövar en tillräcklig styrning och kontroll av hemtjänstverksamhet respektive hemsjukvård. PwC rekommenderade socialnämnden att utveckla några områden, bland annat att ta fram en plan för rekrytering av vissa personalgrupper och att systematisera förvaltningens uppföljning och utvärdering av hur vårdkedjan och de olika vårdplaneringsprocesserna fungerar utifrån lagen om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård.

4.6 Ej verkställda beslut

Anvisning

Redogör för nämndens rapportering av ej verkställda beslut till IVO, kommunfullmäktige och revisionen.

EJ VERKSTÄLLDA BESLUT

Socialnämnden är skyldig att kvartalsvis till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) och till kommunens revisorer rapportera alla gynnande beslut enligt 4 kap. 1 § SoL och 9 § LSS som inte har verkställts inom tre månader från dagen för beslutet. Socialnämnden ska vidare dels till IVO, dels till revisorerna, rapportera alla gynnande beslut som inte har verkställts på nytt inom tre månader från den dag då verkställigheten avbröts. Därutöver ska socialnämnden anmäla till IVO när ett beslut har verkställts alternativt när ett ärende har avslutats utan att verkställas.

Tabell 1 nedan åskådliggör beslut som under 2018 inte har verkställts inom tre månader från beslutet jämfört med åren 2015, 2016 och 2017

Jämförelsen visar en ökning av beslut som inte verkställts inom tre månader från dagen för beslutet under 2018. Inom funktionshinderomsorgen har antalet ej verkställda beslut ökat inom flertalet insatstyper utom bostad för barn och unga. Beviljade insatser enligt SoL som inte verkställts inom tre månader har även de ökat. När det gäller antalet ej verkställda beslut beträffande insatstypen permanentbostad har 80% tackat nej till tidigare erbjudande om permanentbostad innan beslutet kunnat verkställas. Brukare som beviljats plats i demensboende har erbjudits hemtjänst eller korttidsplats under väntetiden.

Tabell 1: Beslut som inte verkställts inom 3 månader efter gynnande beslut

Lagstiftning	Insats	Antal 2015	Antal 2016	Antal 2017	Antal 2018
SoL	Avlösning i hemmet		2	1	
	Dagverksamhet	1	1		2
	Permanentbostad	7	8	4	10
	Korttidsplats / växelvård				3
	Hemtjänst		1		
	Kontaktperson			1	3
	Ekonomiskt bistånd			1	
	Boendestöd			1	
	LSS	Bostad för vuxna	1	2	3
Avlösarservice i hemmet					1
Bostad för barn/unga				1	
Korttidsvistelse				2	3
Korttidstillsyn				1	1
Kontaktperson		2			6
	Personlig				1

Tabell 1: Beslut som inte verkställts inom 3 månader efter gynnande beslut					
	assistent				
	Daglig verksamhet	1	1		2
Totalt:		12	16	14	36

Tabell 2 visar de ärenden som inte har verkställts efter ytterligare tre månader osv. under 2018 jämfört med åren 2015, 2016 och 2017

Tabellen nedan visar de beviljade insatser som rapporterats som ej verkställda flera gånger innan de slutligen kunnat verkställas. T.ex. när det gäller insatsen bostad för vuxna enligt LSS så fanns där ett ärende som inte kunnat verkställas under åren 2017 och 2018. Den enskilde har i detta fall regelbundet erbjudits andra boenden än det önskade. Beslutet är verkställt i början av 2019.

Tabell 2: Beslut som inte verkställts inom 3 månader efter gynnande beslut - Återkommande (Antalet rapporteringar/antalet beslut)					
Lagstiftning	Insats	Antal/beslut 2015	Antal/beslut 2016	Antal/beslut 2017	Antal/beslut 2018
SoL	Avlösning i hemmet		1/1	1/1	
	Dagverksamhet	2/1			
	Permanent-bostad	8/7	3/3	2/2	3/3
	Korttidsplats / växelvård				1/1
	Hemtjänst				
LSS	Bostad för vuxna	2/1	3/1	4/1	10/2
	Bostad för barn/unga			1/1	
	Korttidsvistelse			2/1	4/2
	Kontaktperson	1/1			1/1
	Daglig verksamhet	2/1			2/2

Tabell 3 nedan åskådliggör ärenden som har återrapporterats, det vill säga ärenden som har rapporterats in till IVO för avslut eller verkställighet under 2018 samt jämförelse med åren 2015, 2016 och 2017

Antalet verkställda (alternativt avslutade) beslut som återrapporterats till IVO har också ökat jämfört med tidigare år. Detta är en konsekvens av ett ökat antal beslut som inte kunnat verkställas inom 3 månader (se tabell 1). När dessa beslut senare verkställs leder det till en ökad återrapportering till IVO (tabell 3 nedan).

Tabell 3: Beslut som inte verkställts inom 3 månader efter gynnande beslut - Återrapportering, rapportering om avslut/verkställande av insats					
Lagstiftning	Insats	Antal 2015	Antal 2016	Antal 2017	Antal 2018
SoL	Avlösning i hemmet	1	2	1	
	Dagverksamhet	1			1
	Permanent-bostad	13	7	4	12

Tabell 3: Beslut som inte verkställts inom 3 månader efter gynnande beslut - Återrapportering, rapportering om avslut/verkställande av insats

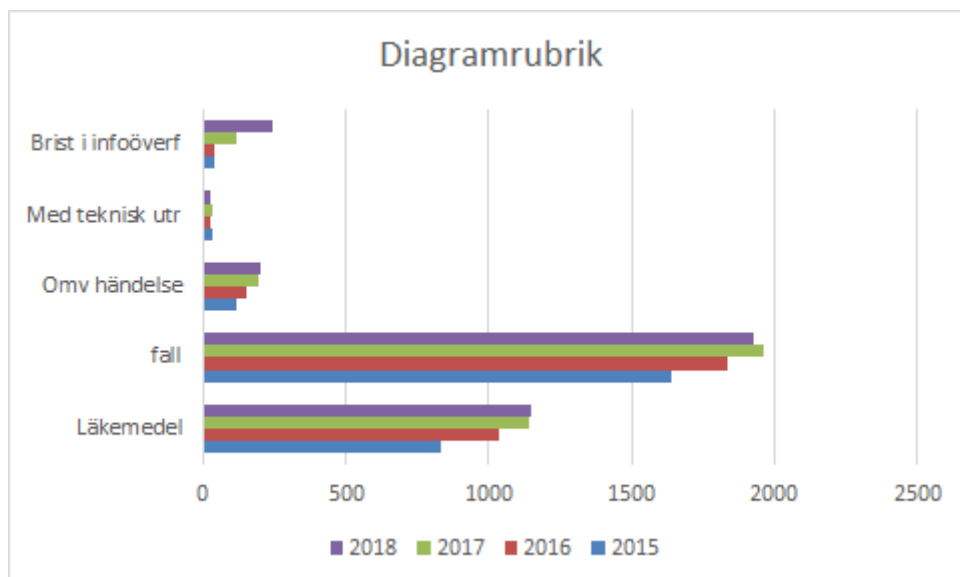
	Korttidsplats / växelvård			1	4
	Hemtjänst	1			
	Kontaktperson				3
LSS	Bostad för vuxna	1		2	3
	Bostad för barn/unga			1	
	Korttidsvistelse			1	4
	Korttidstillsyn			1	1
	Kontaktperson	3	3		6
	Daglig verksamhet	1	1		
Totalt:		21	13	11	34

5 Rapporteringsskyldighet

5.1 Avvikelsehantering

Anvisning

Beskriv hur nämndens arbete har bedrivits utifrån rutin för avvikelsehantering och rutin för tillämpningen av bestämmelserna om Lex Sarah, Lex Maria.



AVVIKELSER 2018 INOM VÅRD OCH OMSORG, FUNKTIONSHINDEROMSORG OCH HÄLSO- OCH SJUKVÅRD

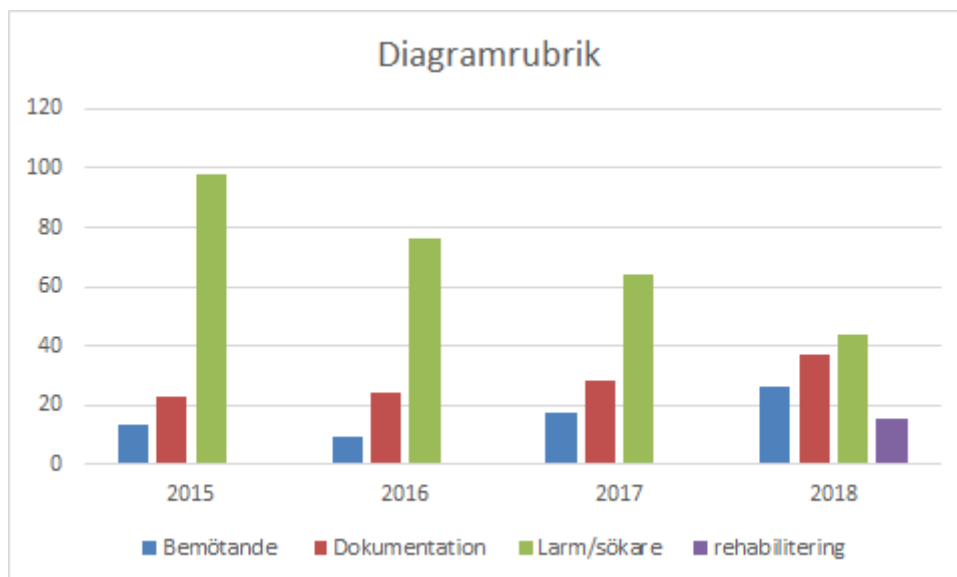
Avvikelsesammanställning för 2018. Totalt har vi 1744 avvikelser registrerade för 2018 (2017: 1608 st) samt 1925 fallavvikelser för 2018 (2017: 1960 st). När det gäller läkemedelsavvikelser så är det den högst frekventa avvikelseypen med 1151 (2017: 1135 st). Under 2018 har ett digitalt signeringsystem MCSS införts som stöd för personalen i verksamheterna. Vi ser att fem områden har minskat eller planat ut sina avvikelser medan fyra har ökat avvikelserna när det gäller särskilda boenden. När det gäller hemtjänst som var de områden som gick in i systemet senast, har avvikelserna ökat i två områden och minskat i övriga. Att vi inte fått full effekt av det nya systemet handlar om att det tar tid att lägga om arbetssätt och komma in i nya rutiner. Det krävs en uthållighet i att fortsätta arbeta in det nya arbetssättet.

Vi kan se att följsamhet till rutin har blivit den näst vanliga avvikelsen. Det är relaterat till att vi nu jobbar efter nya rutiner. Sedan handlar det om otydliga ordinationer. Vi är hänvisade till läkemedelslistor i pappersform i stor utsträckning och det gör att otydliga ordinationer är en vanlig avvikelse. Även avvikelser i form av läkemedelssvinn har noterats under året. APO-DOS förskrivningen har nu börjat öka om än trögt efter att Regionen bromsade förskrivningen 2013. Utvärdering av övertagandet av hemsjukvården visade just på behovet av att öka APO-DOS för att få en högre patientsäkerhet kring ordinationer och överlämnande.

Fallavvikelserna har börjat plana ut. Det vi kan se i statistiken är att det är 40 individer som står för 10 eller fler fall. Tillsammans står de för 662 fallavvikelser. Dessa är ofta relaterat till en diagnos som medför ökad risk för fall t ex demens, Parkinson, stroke m.fl. Trots olika insatser så är det svårt att förebygga dessa fall utan att begränsa individens fria rörlighet.

Omvårdnadshändelser har ökat marginellt. Samma gäller brist i medicinteknisk utrustning.

Vi har en ökning när det gäller brist i informationsöverföring och det handlar om att vi ökat externa avvikelser mot andra vårdgivare t ex vårdcentral, specialistvården. Att dessa avvikelser har ökat har att göra med att vi från 1 januari 2018 införde en ny samverkansmodell vid utskrivning från specialistvård, där även vårdcentralerna är en aktiv aktör. Det tar tid att få processen att fungera friktionsfritt.



Avvikelser gällande bemötande ligger på samma nivå som tidigare år då 6 registrerade avvikelser handlade om bemötande mellan personal och inte hör hemma här. En liten ökning av avvikelser rörande dokumentation noteras medan avvikelser kring larm/sökarfunktion har minskat. Ökningen av avvikelser beträffande dokumentation bedöms vara en effekt av ökat fokus på rättssäkerhet och dokumentation under året. Därav ökar medvetenheten i förvaltningen och då upptäcks fler avvikelser beträffande dokumentation.

Under 2018 har också avvikelser under rehabilitering noterats. Dessa avvikelser står för utebliven rehabinsats.

Det finns troligen ett mörkertal när det gäller avvikelser men vi ser att arbetet med avvikelshantering har förbättrats under året. Vi ingår från 2018 i upphandling av ett nytt avvikelssystem.

AVVIKELSER 2018 INOM INDIVID- OCH FAMILJEOMSORG

IFO har en manuell pappershantering av avvikelser då verksamhetssystemet Procapita saknar avvikelsemodul. IFO rapporterar att man under 2018 hanterat 10 avvikelser. Bedömningen är att det finns en underrapportering av avvikelser inom IFO. Antalet rapporterade avvikelser väntas öka i samband med att hela socialförvaltningen inför avvikelssystemet Digital Fox år 2020.

AVVIKELSER I SAMVERKAN

Det har skickats in 161 avvikelser under 2018 från kommunen till Regionen/slutenvård/VC gällande samverkan. Dessa har rört brister kring läkemedel 27 st, information 25 st, Vårdsamordningsprocessen Cosmic Link 63, övrigt 22 st. Några avvikelser har handlat om flera brister samtidigt. När det gäller samverkan med Vårdcentraler har det skickats 24 avvikelser.

Kommunen har fått 14 avvikelser från slutenvård i Regionen rörande brister i vård och omsorg men ingen från samverkan med vårdcentral. MAS i GGVV träffas i avvikelseråd med företrädare för Värnamo sjukhus 4 gånger per år och diskuterar avvikelser och åtgärder. Beroende på avvikelserns art kan även utvecklingsledare för socialtjänsten delta.

5.2 Lex Sara och Lex Maria

Rutiner för rapportering och utredning av avvikelser, Lex Sarah och Lex Maria har förtydligats under året. Mallar, blanketter och utbildningsfilmer har tagits fram för att underlätta rapportering och handläggning. Allt material är tänkt att fungera som stöd för medarbetare och chefer. Stödet finns

publicerat i socialförvaltningens ledningssystem Kvalitetsfabriken.

LEX MARIA/ALLVARLIG VÅRDSKADA

Under 2018 har arbete med avvikelshantering fortlöpt och utredning av händelser så som risk för vårdskada/vårdskada. Ingen händelse har bedömts som en allvarlig vårdskada, således har ingen lex Maria anmälts till IVO.

TILLBUD MED MEDICINTEKNISKA PRODUKTER

Tre tillbud har rapporterats men inget tillbud med allvarlig skada/risk för allvarlig skada med medicintekniska produkter har rapporterats under 2018. Tillbudena har handlat om materialfel som åtgärdats av tillverkare samt två fall med fel i hanteringen/användningen av hjälpmedel.

LEX SARAH

Under 2018 har 15 händelser utretts enligt bestämmelserna om lex Sarah. Det är en ökning i förhållande till år 2017 då 8 ärenden utreddes. Under 2016 utreddes 13 ärenden och 2015 utreddes två ärenden.

4 lex Sarah-ärenden rörde Individ- och familjeomsorg och gällde brister i handläggning och dokumentation (rättssäkerhet) och brister i teknik/IT. 8 ärenden gällde hemtjänst eller vård- och omsorgsboende och handlade om brister i utförande av insatser, brister i dokumentation och stölder. 3 ärenden gällde verksamhetsområde Funktionshinder och gällde brister i utförande av insatser inom personlig assistans och brister i informationsöverföring inom psykiskt funktionsstöd. En lex Sarah-anmälan till IVO gjordes under 2018.

I majoriteten av lex Sarah-ärendena vidtas åtgärder så som upprättande eller revideringar av rutiner samt information och implementering av nya arbets sätt hos personalen. Stölder polisanmäls och leder också till arbetsrättsliga åtgärder om en gärningsperson är fastställd och personen är anställd i kommunen.

6 Hantering av klagomål och synpunkter

Anvisning

Beskriv arbetet med klagomål och synpunkter som har inkommit direkt till nämnden, eller från IVO eller Patientnämnden, som har betydelse för kvaliteten och patientsäkerheten, tas emot och utreds.

Beskriv hur inkomna klagomål och synpunkter sammanställs, analyseras och återkopplas.

Klagomål inkomna till socialförvaltningen då medborgare vänt sig till IVO

Under 2018 har två klagomålsärende beträffande enskilda inkommit till förvaltningen från IVO. IVO valde att starta tillsyner med anledning av klagomålen, vilket redovisas under punkt 4.5 Tillsyns- och revisionsrapporter.

Patientnämnden

Två ärenden har aktualiserats från Patientnämnden till socialförvaltningen under 2018. I ett av

ärendena inkom inte något underlag från klaganden. I det andra ärendet som rörde brister i vård och behandling har yttrande skickats till patientnämnden och ärendet har avslutats

Synpunkter, beröm, klagomål och förslag inkomna via Gislaveds kommuns synpunktshantering "Tyck till".

Synpunkter, beröm, klagomål och förslag tas emot i det kommungemensamma systemet "Tyck till" dit invånare kan vända sig och lämna synpunkter oavsett vilken kommunal verksamhet det gäller. Den som lämnat synpunkten får en bekräftelse på att synpunkten är mottagen samt information om vem inom kommunen som handlägger ärendet. Synpunkter och klagomål handläggs i regel av den chef som ansvarar för den verksamhet som berörs. Inom 7 dagar ska synpunkten eller klagomålet ha besvarats. Andelen ärenden som besvarats i rätt tid har minskat i förvaltningen. 2017 besvarades 80% av ärendena inom 7 dagar. 2018 låg siffran på 60%.

Under 2018 har 40 synpunkter, klagomål, beröm och förslag beträffande socialförvaltningens verksamheter registrerats. Detta är en minskning jämfört med 2017 och 2016 då det inkom 59 respektive 53 synpunkter, beröm och klagomål.

Alla synpunkter och klagomål leder till någon form av åtgärd i det enskilda fallet. Två ärenden har lett till omfattande åtgärder och tillsyn respektive anmälan till Inspektionen för vård och omsorg. Dessa två ärenden bidrar även med information till verksamhetsutveckling beträffande social dokumentation. Synpunkter och klagomål beträffande verksamhetsområde Omsorg i ordinärt boende och hälso- och sjukvård rör planering, samordning, utförande, bemötande och tillgänglighet i hemtjänst/trygg hemgång/rehab, myndighetsutövning samt matdistribution, trygghetslarm och parkering av bilar. Inom verksamhetsområde Vård- och omsorgsboende handlar synpunkter och klagomål om matmenyer på boendena, matsedeln på kommunens hemsida och utförande av omsorg. Inom IFO rör det sig om klagomål och synpunkter kring myndighetsutövning, tillgänglighet, parkering av bilar och fältarbete. Inom Funktionshinder: tillgänglighet.

Tabellen nedan visar de synpunkter, klagomål, beröm och förslag, fördelat på socialförvaltningens verksamhetsområden, som togs emot under perioden 1/1 - 31/12 2018

Verksamhetsområde	Synpunkter	Klagomål	Beröm	Förslag	Summa
Omsorg i ordinärt boende och hälso- och sjukvård	4	16	2		22
Vård och omsorgsboende	7		1		8
Individ- och familjeomsorg	3	3		1	7
Funktionshinder	2	1			3
Förvaltningsövergripande					0
Summa	16	20	3	1	40

Andel inkomna ärenden som besvarats inom 7 dagar:

	1 januari - 31 december 2018
Andel ärenden besvarade i tid	60%

Andelen ärenden som besvarats i tid har minskat i förvaltningen. 2017 besvarades 80% av ärendena i tid.

7 Samverkan för att säkra kvaliteten

7.1 Intern och extern samverkan

Anvisning

Detta avsnitt hämtar in automatiskt från röda tråden. Förvalt de processer som har markerats med "Möjlighet till samverkan*" JA!

Process	Samverkan
Förhandsbedömning	
Utredning	
Verkställande	
Förhandsbedömning	

7.2 Samverkan med den enskilde och närstående

Anvisning

SFS 2010:659 3 kap. 4 § Beskriv hur de enskilde och deras närstående har erbjudits möjlighet att medverka i kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet.

Beskriv hur samverkan sker med enskilde och närstående för att förebygga vårdskador.

Under 2018 har en ny process för samverkan vid utskrivning från slutenvård tagits fram i samverkan mellan Regionen och berörda vårdcentraler och kommuner i länet. I samband med utskrivningen ska en tid vara satt för SVPL(samordnad vårdplanering) i hemmet. Det innebär att de aktörer som behövs för att individen ska få rätt insatser i hemmet ska delta vid planeringen. De enskilde och ev. närstående är här huvudpersonerna i planeringen som ska säkerställa att individen får rätt nivå på insatserna. Vi har också möjlighet att sätta in extra insatser under den första tiden i form av "Trygg hemgång", ett team av undersköterskor som kan vara flexibla och utföra tätare insatser i början när individen kommit hem från sjukhuset.

8 Riskanalys och händelseanalys

Anvisning

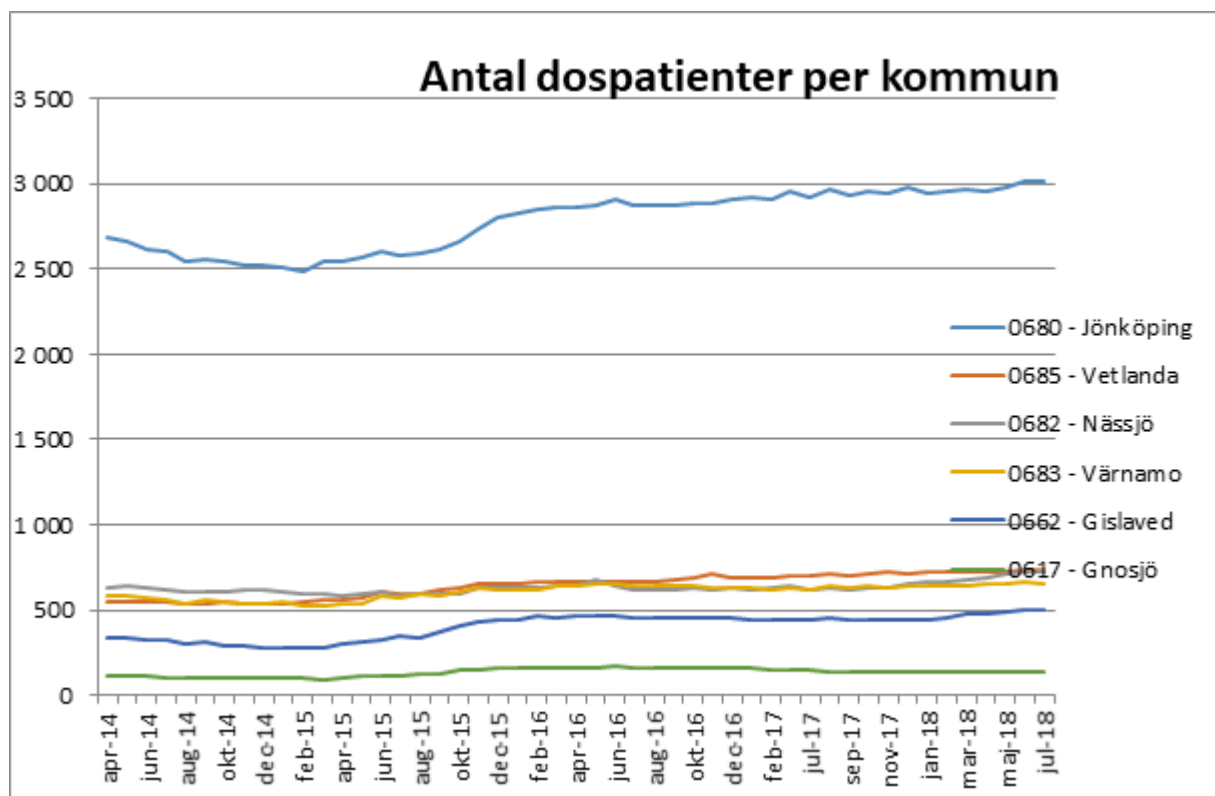
SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 § Beskriv hur ni fortlöpande bedömer om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamheten.

LÄKEMEDELSHANTERING

De individer som kommunens vård- och omsorgspersonal samt legitimerad personal kommer i kontakt med, har i hög omfattning läkemedel förskrivna som de behöver stöd med att hantera. Sedan 2013 har vi i den kommunala hälso- och sjukvården haft bekymmer med att Regionen har valt att

begränsa APO-DOS förskrivningen till de vårdtagare som har behov av hemtjänst eller bor inom våra särskilda boendeformer. Successivt har det dock lättat så vi har fått in APO-DOS delade läkemedel igen, dock ej i den omfattning som vi skulle behöva.

I den kommunala hälso- och sjukvården ser vi att APO-DOS är ett sätt att hantera läkemedel som ökar säkerheten i vår verksamhet. Den kommunala hälso- och sjukvården bygger på att det finns delegerad personal som kan stödja vårdtagare vid läkemedelsintagen. Därför har tydligheten och uppdelningen i dospåsar varit en av säkerhetsaspekterna som vi sett som fördelaktiga gällande APO-DOS. Den tidskrävande manuella hanteringen när sjuksköterskor får dela läkemedel är också en del. Utan APO-DOS krävs mycket tid för sjuksköterskor att beställa recept, hämta ut recept, dela upp i dosetter, kontrollera, upprätta läkemedelslistor, förvara och distribuera ut läkemedel till respektive vårdtagare och säkerställa informationen till den enskilde och den personal som ska bistå denne. Sedan 2013 har organisationen varit ansträngd av att hantera mycket läkemedel manuellt. Trenden är nu att förskrivningen av APO-DOS ökar igen, om än trögt.



Det finns fortfarande en förbättringspotential. Självklart väljer patienten om de vill ha APO-DOS men hittills har det varit styrt av direktiv från läkemedelskommittén och ordinerande läkare i hög utsträckning. Gislaved ligger lägre i APO-DOS i förhållande till kommuner i ungefär samma storlek. Gislaveds och Anderstorps vårdcentraler ligger bland de lägsta i förskrivning av APO-DOS bland länets vårdcentraler.

LÄKEMEDELGENOMGÅNG

Läkemedelsgenomgångar i ordinärt boende är ett förbättringsområde. Läkemedelsgenomgångar fungerar i hög utsträckning inom särskilda boendeformer där läkaren och sjuksköterskan teamarbetar kring vårdtagaren. Medan de som befinner sig i hemsjukvården eller bara har hemtjänst inte ingår i någon systematisk läkemedelsgenomgång. Intag av läkemedel utan regelbunden uppföljning kan bli en patientsäkerhetsrisk. Ofta väntar man med läkarbesök tills något blir akut.

OMVÄRLDSBEVAKNING

Det finns en ny problematik kring APO-DOS-delade läkemedel. Det är den sårbarhet som systemen medför när det nu endast finns 2-3 aktörer på den svenska marknaden och upphandlingsavtalen med

Regioner i kluster endast är 6 i landet. Om det skulle bli en driftsstörning som helt stoppar tillverkningen av APO-DOS hos en leverantör så medför det att väldigt många individer blir utan läkemedel. Det är väldigt svårt att upprätthålla en reservrutin för hur ett sådant avbrott ska hanteras. Det blir svårigheter både för Regionen att få fram läkemedel i tillräcklig omfattning och för kommunens organisation att leverera ut dessa tillfälligt inrättade läkemedel till rätt individer. Detta är ett riskscenario som behöver lyftas på nationell nivå.

MCSS

För att underlätta hanteringen har vi under 2018 infört ett digitalt läkemedelssigeringssystem som heter MCSS från företaget Appva. Detta system har minskat administrationen av signeringslistor, kontrollistor, beställningslistor. Det ger också vård- och omsorgspersonal både information och en planering av de delegerade insatserna så att de inte ska missa dessa. MCSS är nu infört i hela vård och omsorgsområdet. Det är endast några områden inom funktionshinderomsorgen som inte är helt klara. MCSS och APO-DOS systemet underlättar hanteringen av läkemedel i verksamheten. Arbets sättet har inte fullt ut satt sig ännu och vi har fortfarande avvikelser som beskriver att personal har glömt att ge läkemedel eller att de gjort avsteg från rutin. Vi kan dock se att avvikelserna börjar plana ut. Det krävs en uthållighet så vi får en följsamhet till de nya rutinerna. Systemet tydliggör direkt när avvikelser sker och det kan bli frestande att hitta genvägar i arbetsätten.

RESULTAT

För att kommunens organisation ska klara att hantera den mängd av delegerade insatser som rör läkemedelshantering så krävs att vi kan fortsätta och använda APO- DOS. Den manuella hanteringen blir mycket resurskrävande och säkerheten i hantering blir sämre. Personalen får ett bra stöd i det digitala signeringssystemet som ger dem stöd i planeringen av insatserna och att säkerställa att de utförs. Systemet minskar en hel del administration som annars skulle krävas.

Det finns nationellt en sårbarhet i marknaden kring hur APO-DOS-tjänsten utvecklas då det endast finns ett fåtal stora aktörer på marknaden. Vid en eventuell driftsstörning skulle väldigt många vårdtagare påverkas och reservsystem är mycket svårt att etablera i dessa sammanhang.

TILLGÅNG PÅ PERSONAL

I förra årets kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse påtalade vi att en riskanalys hade gjorts med ett kommunövergripande perspektiv i förhållande till brist på personal inom flera områden, bland annat sjuksköterskor, rehab-personal, omvårdnadspersonal, biståndshandläggare och socialsekreterare. Det råder brist på personal med rätt kompetens dvs. den kompetens som krävs för de arbetsuppgifter som medarbetarna är satta att utföra.

Tabellen nedan visar den rörlighet som finns inom vissa nyckelgrupper av personal inom socialförvaltningen. Frekventa personalbyten sliter på verksamheterna.

Parametrarna är; Yrke, Befintliga tjänster, Besatta tjänster, Personal som slutat under 2018, Rekryterad personal under 2018, Långtidsfrånvarande (t.ex. långtidssjukskrivning, barnledighet, tjänstledighet), Kommentarer. Prognos för 2019 är det vi ser just nu framöver

Yrke	Tjänster	Besatta	Slut2018	Rek 2018	Långtids frånvaro	Kommentar
Sjuk-sköterskor	48	43	5	7	5	Svårt rekrytera, nattAlla ej heltid
Arbets-terapeut	11	10		1	1	Alla ej heltid

Yrke	Tjänster	Besatta	Slut2018	Rek 2018	Långtids frånvaro	Kommentar
Fysio-terapeut	7	4,5			2	Svårt att rekrytera Alla ej heltid
Biståndshandl. SoL	10	10	4	5	0	Har sökande
Biståndshandl. LSS	7	6+1	-	-	-	Svårt rekrytera
Prognos för 2019						
Yrke	Tjänster	Besatta	Slut2019	Rek 2019	Långtids frånvaro	Kommentarer
Sjuk-sköterskor	48	43	3	2	5+3	Natten 0 sökande Svårt att rekrytera
Arbets-terapeut	11	10	1			
Fysio-terapeut	7	4,5			2+2	Svårt att rekrytera
Biståndshandl. SoL	10	10	-	-	-	Har sökande
Biståndshandl.LSS	7	7	-	-	-	Svårt rekrytera

LEGITIMERAD PERSONAL/ SOCIONOMER

/BISTÅNDSHANDLÄGGARE

Dessa yrkesgrupper är inte så många i antal och har skyddade yrkestitlar eller lagstyrda krav på utövningen av yrket. Det gör att de är nyckelgrupper i verksamheten. Det ger en sårbarhet när det inte går att rekrytera personal med nödvändig formell kompetens.

Vid brist på personal kan det t.ex. leda till hårda prioriteringar inom hela hälso- och sjukvårdssidan som svarar för insatser hos ungefär 800 individer dygnet runt inom särskilt boende och hemsjukvård, funktionshinder, psykiatri. Till detta kommer enstaka insatser och förskrivningar av hjälpmedel. När det gäller rehabilitering så får fokus läggas på kompenserande åtgärder i förhållande till rehabiliterande åtgärder.

Den strukturförändring som sker av vård- och omsorg i samband med "Lagen 2017:612 om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård" påverkar också behovet av insatser när vårdtagare skrivs ut med pågående behandlingar som ska genomföras och följas upp i hemmet.

Det råder brist på Sjuksköterskor och Distriktssköterskor och det är en hög rörlighet bland dessa yrkesgrupper. Detta påverkar verksamheten som har höga krav på att hänga med i utvecklingen och ta till sig nya kunskaper och metoder för vård och omsorg. Den höga rörligheten bromsar utvecklingsmöjligheterna.

Fysioterapeuter är också en svårrekryterad grupp.

När det gäller brist på biståndshandläggare och socialsekreterare uppstår risk för att det sker felbedömningar eller att ärenden hamnar mellan stolarna som innebär brister i rättsäkerheten. Just nu är situationen någorlunda stabil beträffande biståndshandläggare för SoL medan LSS-handläggare är svårare att rekrytera. Rekryteringsläget när det gäller socialsekreterare som ska arbeta med

ekonomiskt bistånd och vuxnas missbruks- och beroendeproblematik har lättat. Det finns sökande till tjänsterna med relevant kompetens och tjänsterna inom dessa enheter är också besatta.

Inom den sociala barn- och ungdomsvården är rekryteringsläget fortsatt mycket ansträngt. Det är få, om ens några, sökande till socialsekreterartjänsterna inom barn och unga som uppfyller lagens krav på formell kompetens. Inom enheten finns även två vakanser. Det är även svårt att rekrytera handläggare med relevant kompetens för arbete med våld i nära relationer.

OMVÅRDNADSPERSONAL

Hälso- och sjukvårdsinsatser delegeras i hög utsträckning men det kräver att det finns omvårdnadspersonal som har reell kompetens för att ta på sig dessa uppgifter och det är brist även inom denna personalgrupp. Utbildad omvårdnadspersonal till särskilda boenden är svårt att rekrytera och när det gäller enheter i kommunens ytterområden har de svårt att få personal på grund av scheman och bristande kommunikationer. Till vikariat finns inte utbildade sökanden och det är svårt att hitta personal med reell kompetens och språkliga kunskaper för att inneha delegering för hälso- och sjukvårdsuppgifter.

När det gäller hemtjänstpersonal är personalomsättningen hög och det är svårt att hitta personal med reell kompetens och tillräckliga språkkunskaper för delegerade uppgifter. Till vikariat finns bara begränsat med utbildade sökanden. Inom hemtjänsten kommer vi att se ett ökat behov av personal när vården struktureras om och i högre utsträckning ska bedrivas i hemmet.

Omvårdnadspersonal med spetskompetens t.ex. inom demens, är fortsatt mycket svårt att rekrytera.

Personalen är verktygen i det arbete som förvaltningen enligt lag och föreskrift är satta att utföra. Medicinska uppgifter måste kunna delegeras i hög utsträckning när det gäller kommunal hälso- och sjukvård. Det ställer krav på att omvårdnadspersonalen har kompetens och utrymme att utföra dessa insatser men också att personalen har tillräcklig kompetens för att veta när legitimerad personal måste tillkallas. Personalbrist och/eller kompetensbrist leder till olika konsekvenser som på olika sätt drabbar de enskilda individer som är i behov av insatser både i form av socialtjänst och/eller hälso- och sjukvård.

Oavsett svårigheter med kompetensförsörjningen och dess orsaker är det vård- och omsorgsgivarens ansvar att organisera verksamheten så att vården och omsorgen förblir säker och håller god kvalitet. Verksamheten måste därför vara vaksam på bemanning och kompetensförsörjningen och utföra riskbedömningar kontinuerligt för att bedöma hur risker ska hanteras.

RESULTAT

Det är fortsatt svårt att rekrytera legitimerad personal så som sjuksköterskor, fysioterapeuter och arbetsterapeuter. Handläggare inom LSS och socialsekreterare i den sociala barn- och ungdomsvården är en bristvara. Konkurrensen om personalen är hög och det innebär också en ökad rörlighet bland dessa personalgrupper. Sårbarheten är stor då kommunen inte kan stänga ner verksamheter/reducera verksamheter som t.ex. regionvården gör vid sjuksköterskebrist.

Alla prognoser visar på att det kommer en tilltagande personalbrist inom vård- och omsorgsområdet de kommande åren. Till detta kommer den strukturförändring som sker i vård och omsorg när fler ska kunna vårdas i hemmen. Därför är det viktigt att hela tiden vara vaksam och följa utvecklingen i verksamheten. Det vi ser när det gäller personal inom dessa yrkesgrupper är att rörligheten är stor. Det som påverkar hur rörligheten är, är t.ex. löneläge, schema, utvecklingsmöjligheter, resor och arbetsmiljö m.m. Det innebär att verksamheten får lägga mycket tid på att försöka rekrytera personal och omfördela personal. Under 2018 har förvaltningen tillsatt en särskild styrgrupp (processgrupp) som arbetar med frågan kompetensförsörjning.

9 Övrigt förbättringsarbete

Anvisning

Redogör för övrigt förbättringsarbete som gjorts under året. Exempelvis om nya arbetssätt har tillämpats.

Vårdsamordningen

Arbetet med att snabba upp hemtagningsprocessen vid utskrivning från slutenvård utifrån "Lagen 2017:612 om samverkan vid utskrivning från slutenvård och sjukvård" har pågått i samverkan med Regionens vårdcentraler och kommuner i länet under 2018 och fortsätter under 2019. Från 1 januari 2019 ingår även psykiatri i processen.

Det ställer höga krav på verksamhetens olika delar att få denna process att fungera friktionsfritt. Det har inte varit enkelt. Verksamheten har tillskapat ett vårdkoordinationsteam som består av två biståndshandläggare, en vårdkoordinationssköterska, två arbetsterapeuter och två fysioterapeuter. Koordinationssköterskan läser av Cosmic Link (IT-stödet för samverkan) tre gånger per dag och är den som håller ihop processen både internt mellan verksamheterna, och externt med olika vårdgivare. Biståndshandläggarna har kontakt med vårdsamordnare på vårdcentralerna för att planera samordnade vårdplaneringsmöten. Utveckling pågår här för att kunna använda tekniken att koppla upp sig via en dator eller platta med t ex en läkare, anhörig eller sjuksköterska som inte kan vara med på mötet och på så sätt öka kvaliteten i mötet med vårdtagaren. Det är dock en del tekniska lösningar som måste fungera innan vi fullt ut kan växla upp denna användning.

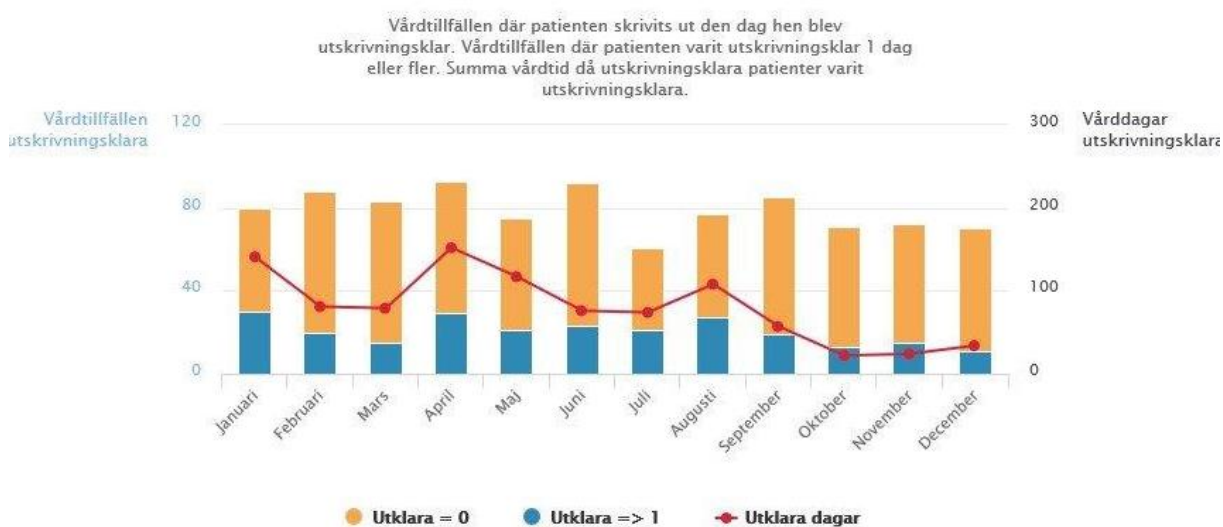
För att kunna möta upp vårdtagare i hemmet med större hjälpbehov så har ett Trygg hemgångsteam skapats. Det består av undersköterskor som kan sättas in med kort varsel och vid frekventa insatser i hemmet direkt vid utskrivningen. Det har gjort att flera vårdtagare med omfattande hjälpbehov har kunnat gå direkt hem från sjukhuset. Det finns också en "Trygg- hemgångsplats" om det mot förmodan inte skulle fungera i hemmet som vårdtagaren kan komma till. Denna plats har endast använts vid tre tillfällen främst i början av året.

Vårdkoordinationsteamet koordinerar de vårdtagare som Regionens slutenvård har skrivit in i Cosmic Link 2-3 gånger i veckan. En dag i veckan görs besök på sjukhuset för att lotsa vårdtagare som har behov av detta. När vårdtagarna skrivs ut från slutenvården så är de utskrivningsklara men de kan mycket väl ha pågående behandlingar, vara i behov av konvalescens, hjälp och stöd för att orka sköta sig själva. Till detta kommer att det ofta handlar om individer över 80 år som har små marginaler när det gäller sitt allmäntillstånd.

Processen att ta hem vårdtagare inom 24 timmar från sjukhuset har varit en utmaning. Vi har lyckats ta hem de som ska hem i hög utsträckning. Men de som har varit i behov av en korttidsplats har blivit kvar på sjukhuset under flera dagar. Vi identifierade att flöden från korttid behövde snabbas upp och alla har jobbat för att förbättra processen. Det har gett effekt och vi har kommit ner i 3,1 dagar i medelvårdtid efter utskrivningsklar (Jönköpings läns kommuner ligger på 2,8 och nationellt är det 3,0.

Mätningen är från dec. 2018). Svårigheten är att klara topparna när många är på sjukhus och ska ut igen och det finns flera som är i behov av korttidsplats. Här har Trygg hemgång kunnat jämma ut insatsbehovet med sina insatser. När det varit lugnare perioder så har Trygg hemgång använts för att hjälpa till och träna vårdtagare på korttid. Det har gjort att brukare kunnat återvända tidigare till hemmet och korttidsplatser har frigjorts. Nedan kan man följa utvecklingen av dagar som vårdtagaren varit kvar på sjukhus efter utskrivningsklar (den röda linjen). Kostnaderna för ett dygn inom slutenvården är ca 7800 kr.

I tabellen syns de patienter som skrivits ut den dag hen blivit utskrivningsklar, (gul) Vårdtillfällen där patienten varit utskrivningsklar 1 dag eller fler (blå). Summan vårdtid då utskrivningsklara patienter varit utskrivningsklara (linjen).



TRYGG HEMGÅNG

Registrerade insatser från Trygghemgångsteamet

Denna tabell beskriver hur många brukare som Trygghemgångsteamet varit inkopplade på och som i annat fall hade behövt mer frekventa insatser av hemtjänst eller en korttidsplats. Tabellen visar Totalt antal dagar med insats från Trygghemgångsteam, Medelvärdet för antal dagar per vårdtagare med insats från Trygg hemgång, samt Antalet vårdtagare som haft insatser från Trygghemgångsteamet.

	Antal dagar	Medelvärde dagar	Antal inskrivna brukare
Januari	ej reg		10
Februari	ej reg		9
Mars	ej reg		13
April	108	7,7	15
Maj	112	8	14
Juni	104	6,9	15
Juli	86	7,16	12
Augusti	92	7,6	12
September	68	7,5	9

	Antal dagar	Medelvärde dagar	Antal inskrivna brukare
Oktober	85	7,7	11
November	102	6,3	16
December	81	9	9
Totalt:	838 dagar		145 patienter

REHAB

Det har givetvis blivit en ökad förskrivning av hjälpmedel sedan den nya lagen kom. Målet är att skapa förutsättningar för vårdtagaren att vara i hemmet. Vi förskriver även en del hjälpmedel som sedan inte behövs eftersom det har blivit ändrad status på personerna sedan ADL-status (Aktiviteter i det dagliga livet) gjorts på sjukhus. Det hänger ihop med de snabbare förloppen. En annan ökning är t.ex. tröskelkilar för att personerna som kommer hem ska kunna förflytta sig i hemmet och används ibland istället för en bostadsanpassning.

HJÄLPMEDELSTEKNIKER

Denna tekniker sköter besiktningar, rekonditionering, kontroller, support, reparations och nyinstallation av medicintekniska hjälpmedel i verksamheten. Vad har han upptäckt och kunnat förebygga? Trasiga liftar, trasiga sängar, trasiga vågar, trasiga blodtrycksmanschetter. T ex hittades en typ av sängar som uppvisade sprickor i ramen. Kontakt togs med tillverkaren och samtliga sängar av samma märke som fanns i kommunen åtgärdades. Hjälpmedelsteknikerns arbete är förebyggande och en del i patientsäkerhetsarbetet.

SJUKSKÖTERSKEORGANISATIONEN

Utbildningar och kompetensutveckling har genomförts för sjuksköterskor inom, stomi- och diabetesvård, demensvård, föreläsning om autism, smärta hos personer med intellektuell funktionsnedsättning, förskrivning av inkontinenshjälpmedel och nutritionsprodukter, hemsjukvård av barn, personcentrerad vård, BPSD, HLR (hjärt-lungräddning), info om SSHI (Specialiserad sjukvård i hemmet).

HEMTJÄNSTORGANISATIONEN

I Gislaved har genomförts ett arbete med gruppindelning av personal under varje verksamhetsledare. Detta för att skapa en bättre kontinuitet för både brukare och personal när det gäller insatserna.

FUNKTIONSHINDERVERKSAMHET

För att öka brukarmedverkan har delaktighetsmodellen använts i verksamheten under året. Delaktighetsmodellen är ett vedertaget nationellt använt verktyg som syftar till ökad brukarmedverkan och delaktighet.

För att utveckla ett gemensamt förhållningssätt och stärka brukarens självbestämmande och delaktighet införs Pedagogiskt förhållnings- och arbetssätt (PFA). Arbetssättet innebär att utgå från varje persons färdigheter och specifika svårigheter, för att skapa förutsättningar för en tillvaro där personens färdigheter används och svårigheter kompenseras.

För att skapa ett underlag för jämlik biståndsbedömning och trovärdig resursfördelning pågår införandet av behovsbedömningsmodell KUBEN. Modellen innebär att mäta brukarnas behov av stöd inom daglig verksamhet samt bostad med särskild service grupp bostad och servicebostad genom vårdbehovsmätningar och därigenom gradera behovet. Utifrån behovsbedömningarna skapas en resursfördelningsmodell som fördelar resurserna utifrån den samlade behovsnivån hos brukarna.

Modellen kan, förutom att ligga till grund för resursfördelning mellan enheterna, även vara ett verktyg för att planera verksamheten.