



**Gemensam nämnd för
närvård i Frostviken**

2017-02-02

Plats och tid	Forsgården, Gäddede, kl. 10.00–14.00
Beslutande	Bengt Bergqvist (S), ordförande Karin Näsmark (S) Ardis Lindman (S) Mårten Jonsson (C) Jan-Olof Andersson (M) Mats Gärd (C)
Övriga närvarande	Barbro Blom, avgående närvårdschef Morgan Olsson, tillträdande närvårdschef Annika Stedt, sekreterare Fredrik Olsson, (KD), ej tjänstgörande ersättare Ingrid Nilsson (S), ej tjänstgörande ersättare
Utses att justera	Karin Näsmark
Justeringens plats och tid	Kommunkontoret, Strömsund, inom 14 dagar
Underskrifter	Sekreterare Paragrafer 1 – 12 Annika Stedt
	Ordförande Bengt Bergqvist
	Justerare Karin Näsmark

ANSLAG/BEVIS

Protokollet är justerat. Justeringen har tillkännagivits genom anslag

Organ	Gemensam nämnd för närvård i Frostviken		
Sammanträdesdatum	2017-02-02		
Datum då anslag sätts upp	2017-02-16	Datum då anslag tas ned	2017-03-10
Förvaringsplats för protokollet	Vård- och socialförvaltningen, Strömsund		
Underskrift	 Annika Stedt		



§ 1

Föredragningslista

Följande ärende läggs till i föredragningslistan

- Verksamhetsfrågor

Förslaget till föredragningslista godkänns.



**Gemensam nämnd för
närvård Frostviken**

2017-02-02

3

§ 2

Presentation ny närvårdschef

Morgan Olsson, som tillträder arbetet som närvårdschef i Frostviken från och med mars månad, ger en kort presentation av sig själv.



§ 3

Dnr 2016.19

041

Måluppfyllelse 2016, redovisning av utfall

Närvårdschefen informerar om utfallet 2016 utifrån de inriktningsmål som nämnden kompletterat med egna effektmål. Fyra av målen ska redovisas till kommunfullmäktige.

- FAR-recepten har minskat under året. Minskning har även skett i Jämtlands län, från 2 500 till 157 under 2016. Mittuniversitetet undersöker detta och arbetssätt kommer att ses över.
- Närvård Frostviken fyller målet att varje vårdtagare ska stimuleras till fysisk aktivitet och/eller utevistelse i särskilt boende.
- Närvård Frostviken klarar målet om brukares inflytande över sin vardag på Levinsgården, men inte riktigt när det gäller hemtjänsten.
- Ett nytt trycksår har uppkommit inom närvårdsområdet. Insatser sker för att undvika detta.
- Under 2016 har totalt 73 falltillbud/fallskador skett. Det är en markant ökning. Arbete sker i Senior Alert, riskbedömningar görs, läkemedelsgenomgångar sker liksom träning för boende.
- Närvård Frostviken har klarat målet för män när det gäller läkemedelsavvikelse, däremot inte för kvinnor.
- Nationell patientenkät har ej skickats ut under 2016, därför finns inget att redovisa.
- Tillgängligheten för patienter att få kontakt med Gäddede hälsocentral via telefon, e-post eller personligt besök är 100 %.
- Möjlighet för patienter som har kroniska sjukdomar att få träffa samma doktor är 100 %.

Yrkande

Ordföranden föreslår att nämnden tar del av och godkänner redovisningen.

Närvårdsnämndens beslut

Nämnden tar del av och godkänner redovisningen, bilaga.

Beslutsexpediering
Kommunfullmäktige

Närvårdsnämnden

Bil NVN 2017-02-02 § 3

Inriktningsmål 2016	Effektmål 2016	Uppföljning per sista december 2016									
Varje verksamhetsnämnd ska ta ansvar för genomförande av folkhälsoprogrammet	Antal Far-recept (Fysisk aktivitet på recept) ska under året uppgå till minst 9 stycken för kvinnor 9 stycken för män.	Uppgifter ur Cosmic Inga ytterligare FAR recept skrivna beroende på olika arbetssätt hos vik sjukgymnast. <table><tr><td></td><td>2016, jan - december</td></tr><tr><td>Kvinnor</td><td>0</td></tr><tr><td>Män</td><td>1</td></tr><tr><td>Totalt</td><td>1</td></tr></table>		2016, jan - december	Kvinnor	0	Män	1	Totalt	1	
		2016, jan - december									
Kvinnor	0										
Män	1										
Totalt	1										
	Varje vårdtagare i särskilt boende (Levinsgården) ska stimuleras till fysisk aktivitet och/eller utevistelse vid minst ett tillfälle i veckan under hela året. Redovisas till kommunfullmäktige	Dokumentation av ansvarig kontaktperson på särskild signeringslista. Redovisas per april, augusti och december. Enligt kontaktpersoner på Levinsgården är målet nått under januari-december 2016.									
Vårdtagares/ brukares inflytande över sin vardag ska öka	Andel brukare som i enkät svarat positivt på frågan "Brukar personalen ta hänsyn till dina åsikter och önskemål om hur hjälpen ska utföras?" ska uppgå till 80 % bland hemtjänstmottagare 80 % bland boende på Levinsgården Redovisas till kommunfullmäktige	Mäts via Socialstyrelsens årliga brukarenkät till äldre. Redovisas en gång/år. <table><tr><td></td><td>2015</td><td>2016</td></tr><tr><td>Hemtjänstmottagare</td><td>67 %</td><td>71 %</td></tr><tr><td>Levinsgården</td><td>86 %</td><td>86 %</td></tr></table>		2015	2016	Hemtjänstmottagare	67 %	71 %	Levinsgården	86 %	86 %
	2015	2016									
Hemtjänstmottagare	67 %	71 %									
Levinsgården	86 %	86 %									

Närvårdsnämnden

Bil NVN 2017-02-02 § 3

Inriktningsmål 2016	Effektmål 2016	Uppföljning per sista december 2016
Verksamheten bedrivs så att det är tryggt och säkert	Inga trycksår ska uppstå hos hemtjänstmottagare eller hos boende i särskilt boende (Levinsgården).	Mäts via nationella vårdpreventiva registret Senior Alert, punktprevalensmätning två gånger/år. Redovisas två gånger/år. Under januari-december har 1nytt trycksår uppkommit i området.
	Redovisas till kommunfullmäktige	
	Det totala antalet falltillbud och fallskador ska minska till 2013 års nivå. De ska under 2016 uppgå till högst 48 stycken totalt.	Mäts via kommunens avvikelshantering. Redovisas en gång/år.
Trygg och säker läkemedelsanvändning	Andelen läkemedelsavvikelser ska under året uppgå till högst: 10 stycken för kvinnor 10 stycken för män.	Mäts via kommunens avvikelshantering. Redovisas en gång/år.

Närvårdsnämnden

Bil NVN 2017-02-02 § 3

Inriktningsmål 2016	Effektmål 2016	Uppföljning per sista december 2016																				
Ökad jämställdhet och tillgänglighet	Den patientupplevda kvalitén av på Gäddede HCs tillgänglighet (telefon, e-post, personligt besök) ska uppgå till minst: 80 för kvinnor och 80 för män. 2014 för få svarande, inget resultat redovisat. (Mindre än 30 svar)	Nationell patientenkät, genomförs fjärde kvartalet årligen. Skala 0 – 100. Redovisas en gång/år. Ingen enkät genomförd under 2016 Telefontillgänglighet för Gäddede HC 100 % under 2016. <table><tr><td></td><td>2012</td><td>2013</td><td>2014</td><td>2015</td></tr><tr><td>Gäddede</td><td>74</td><td>80</td><td>X</td><td>95</td></tr><tr><td>Högst i länet</td><td>84</td><td>85</td><td></td><td></td></tr><tr><td>Lägst i länet</td><td>45</td><td>47</td><td></td><td></td></tr></table>		2012	2013	2014	2015	Gäddede	74	80	X	95	Högst i länet	84	85			Lägst i länet	45	47		
		2012	2013	2014	2015																	
Gäddede	74	80	X	95																		
Högst i länet	84	85																				
Lägst i länet	45	47																				
	Vid uppföljning och återbesök för kroniska sjukdomar ska patienten träffa sin ordinarie läkare. Redovisas till kommunfullmäktige	Statistik ur journalsystemet Cosmic Andel av de patienter som under året haft tre eller fler läkarbesök som då träffat samma läkare vid mer än 65 % av tillfällena. Patienten erbjuds återbesök hos ordinarie läkare. Redovisas per april, augusti och december. För 2016 100 % för Gäddede HC																				



§ 4

Dnr 2016.20

041

Preliminärt ekonomiskt utfall för 2016

Närvårdschefen redovisar preliminärt ekonomiskt utfall för 2016.

Yrkande

Ordföranden föreslår att nämnden tar del av och godkänner det preliminära utfallet.

Närvårdsnämndens beslut

Nämnden tar del av och godkänner det preliminära utfallet.



§ 5

Dnr 2016.3

003

Uppföljning internkontroll 2016

Nämnden fastställde plan för sin interna kontroll under 2016 vid sammanträde den 4 februari 2016 § 9. Närvårdschefen lämnar redovisning av uppföljning som genomförts.

Utfallet ska redovisas till kommunstyrelsen.

Yrkande

Ordföranden föreslår att nämnden tar del av och godkänner uppföljningen.

Närvårdsnämndens beslut

Tar del av och godkänner uppföljningen, bilaga.

Beslutsexpediering
Kommunstyrelsen

Process/rutin/system	Kontrollmoment	Kontrollansvarig	Frekvens	Metod	Rapportering till
Följa upp socialstyrelsens brukarenkät inom äldreomsorgen 2015.	Redovisning av resultat och åtgärder.	Närvårdchefen	En gång per år	Kort rapport	NVN första kvartalet – Redovisat 2016-02-04
Följa upp nationella patientenkäten 2015.	Redovisning av resultat och åtgärder.	Närvårdchefen	En gång per år	Kort rapport	NVN första kvartalet Redovisat 2016-02-04
Närvårdsnämndens beslut	Uppföljning av i vilken utsträckning som beslut har verkställts.	Nämndens sekreterare	Två gånger per år	Kort rapport	NVN andra och fjärde kvartalet (december) Redovisat 2016-03-17
Genomförandeplaner upprättas för alla i särskilt boende (Levinsgården) samt boende på Forsgården med beslutade insatser	Genomfört	Närvårdchefen	Varje kvartal	Kort rapport	NVN i december Redovisat 2017-02-02
Granska journaler och loggar	Genomfört	Närvårdchefen	Två gånger per år	Stickprov	Region J/H i december Redovisas i Verksamhetsuppföljning 2016 till Regionen.
Genomförda hälsoundersökningar på nyanlända till området.	Genomfört	Närvårdschefen	Varje kvartal	Kort rapport	NVN i december Redovisat 2017-02-02
Väntetid till hälsocentralen på grund av ökat antal innevånare.	Redovisning av väntetid	Närvårdschef	Varje kvartal	Kort rapport	NVN i december Redovisat 2017-02-02



§ 6

Dnr 2017.1

770

Patientsäkerhetsberättelse 2016

Närvårdschefen informerar om patientsäkerhetsberättelse för 2016 som skickats till hälsovalskansliet i regionen.

Nämnden diskuterar patientsäkerhetsberättelsen. Vid hälsocentralen behöver man se över rapporteringen av avvikelser. Genomgång ska ske av rutiner, både för kommunen och regionen. Rena hälsocentralsärenden ska rapporteras i programmet Centuri och arbetet med detta startas under 2017. Tidigare har avvikelserapportering skett via medicinskt ansvarig sjuksköterska.

Yrkande

Ordföranden föreslår att nämnden tar del av och godkänner patientsäkerhetsberättelse 2016.

Närvårdsnämndens beslut

Tar del av och godkänner patientsäkerhetsberättelse 2016, bilaga



Patientsäkerhetsberättelse 2016

Område: Närvård Frostviken

Ansvarig: Barbro Blom

Innehållsförteckning

1	Sammanfattning	3
2	Övergripande mål och strategier	4
3	Struktur för patientsäkerhetsarbete, egenkontroll och uppföljning / utvärdering	4
3.1	Egenkontroll	4
3.2	Uppföljning / utvärdering	5
4	Vad har gjorts under 2016?	5
4.1	Åtgärder för ökad patientsäkerhet	5
4.2	Samverkan för att förebygga vårdskador	6
4.3	Risikanalys	6
5	Hälso-och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet	7
6	Vårdgivarens utredningsskyldigheter	7
6.1	Skador och vårdskador	7
6.2	Hantering av klagomål och synpunkter	8
7	Samverkan med patient och närstående	8
8	Sammanställning och analys	8
9	Hur gick det 2016?	9
10	Övergripande strategier och mål för 2017	9

Patientsäkerhetsberättelse

Mallen baseras på PSL (2010:659) och SOSFS 2011:9

1 Sammanfattning

Närvård Frostviken arbetar enligt Kvalitetsledningssystemet Vägvisaren, <https://www.stromsund.se/download/18.18408db314cbfe12bbfd989a/1431432691993/V%C3%A4gvisaren+Ledningssystem+kvalitet+ver+1+9.pdf>, ledningssystem för att kunna planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten.

Ledningssystemet gäller tills vidare men uppdateras årligen. Ledningssystemet beskriver hur vi genom upprättande av ett årshjul arbetar med uppföljning av de olika aktiviteterna som verksamheten omfattar. I verksamhetsplan och internkontrollplan upprättad för året beskrivs de specifika aktiviteter som planeras, förutom det följer vi i Strömsunds kommun upprättade rutiner för

- Risk- och avvikelshantering inom hälso- och sjukvården (SOSFS 2011:9 kap 5 § 3)
- Rapportering av missförhållanden eller påtaglig risk för missförhållanden
- Förslag, synpunkter och klagomål, rutin och hantering

Ärenden som kommer via patientnämnden utreds av enhetschef/närvårdschef, återkoppling sker till verksamhet och patient, förbättringsåtgärder vidtas.

Via Nationella patientenkäten, lokala brukarsamråd, enskilda samtal med patienter, förslag, synpunkter och klagomålshantering, anhörigträffar fångas olika synpunkter på verksamheten upp, synpunkter som har betydelse för patientsäkerhetsarbetet är av särskild vikt och mycket viktiga för verksamheten.

Vi deltar i registreringen i kvalitetssystem, NDR, Senior Alert, Palliativa registret, Sve-Dem, BPDS och olika kvalitetsmätningar som görs regelbundet som Kolada, Punktprevalensmätning samt lokala mätningar inom kommunen. Resultatet av dessa registreringar och mätningar bearbetas på olika sätt i verksamheten och återförs på olika sätt till hälsoplaner, genomförandeplaner, verksamhet och närvårdsnämnd.

Vi har inga rapporterade vårdskador eller vårdrelaterade infektioner under året, en patient med trycksår finns för närvarande.

Under året har Hälsocentralen och Ambulansverksamheten flyttat till nya lokaler fortgår. Uppföljning av flytt kommer att ske under första kvartalet 2017. Enligt plan kommer vi att under 2017 arbeta med:

- Minska antalet fallskador
- Trygg och säker läkemedelsanvändning

2 Övergripande mål och strategier

Mål Närvårdsnämnden 2017 för Närvård Frostviken:

- Genomföra den del i Strömsunds kommuns folkhälsoprogram som är aktuell för Närvård Frostviken
- Vårdtagarens/brukarens inflytande över sin vardag ska öka
- Fortsatt kvalitetsutveckling
- Verksamheten bedrivs så att det är tryggt och säkert
- Trygg och säker läkemedelsanvändning
- Tillgänglighet i vården
- Kontinuitet läkare

3 Struktur för patientsäkerhetsarbete, egenkontroll och uppföljning / utvärdering

Vi arbetar enligt Vägvisaren Ledningssystem för kvalitetsarbete utarbetad inom Strömsunds kommun. I vår kvalitetshandbok Vägvisaren beskriver vi Socialnämndens ledningssystem för kvalitet inom vård- och socialförvaltningens verksamhet samt Närvårdsnämndens (Gemensam nämnd för närvård i Frostviken) ledningssystem för kvalitet inom närvård Frostvikens verksamhet.

3.1 Egenkontroll

- Av nämnden utvalda verksamhetsmål följs upp per april, per augusti samt vid årets slut, resultatet återförs även till personalgrupp.
- Planerade, återkommande aktiviteter läggs in i en tidsaxel över året, aktiviteter som analys och återföring av resultat av PPM, Brukarundersökningar, Resultat i Öppna jämförelser, Resultat i Nationell patientenkät, Resultat i Kolada sker till Närvårdsnämnd samt verksamhet.

- Närvårdsnämnden bjuder in personal från de olika verksamhetsområdena till Närvårdsnämndens sammanträden ett antal gånger per år för att redovisa arbetet som pågår.
- Internkontrollplan och verksamhetsplan upprättas varje år.
- Avvikelse hanteras enligt rutin för avvikelsehantering

3.2 Uppföljning / utvärdering

Minskning av nattfasta. Nattfasta i särskilt boende ska inte överstiga 11 timmar. Förändringar i måltidsordning gjordes i december 2013. Mätningar genomförs två gånger per år i länets samtliga kommuner v11 och v40 resultaten förbättras men det finns fortfarande förbättringsområden. Resultatet redovisas i verksamheten och till Närvårdsnämndens ledamöter.

Registrering av fall och fallskador följs upp tvärprofessionellt i verksamheten, åtgärder läggs in i hälsoplan och genomförandeplan och resultat rapporteras åter till verksamheten på arbetsplatsträffar. Årlig sammanställning delges Närvårdsnämndens ledamöter enligt årsplan.

Resultatet i Nationell patientenkät presenteras av Närvårdschef på arbetsplatsträff. Resultatet analyseras och gruppen går igenom vad som behöver göras för att förbättra kvalitén på det arbete vi utför. Handlingsplan upprättas, uppföljning enligt plan görs på arbetsplatsträffar.

Den årliga uppföljningen i Hälsovalet med läkarmedverkan där vår allmänläkare kan diskutera resultat med Hälsovalets ansvariga läkare är mycket givande och av stor betydelse för verksamheten.

4 Vad har gjorts under 2016?

4.1 Åtgärder för ökad patientsäkerhet

Under årets planeringsdag för hälsocentral och ambulans arbetade vi med patientsäkerhet. Vi utarbetade ett eget rutindokument för laboratoriet för att förenkla för all personal samt vikarier. Tillsammans med läkaren arbetade vi fram en lokal rutin för hypertonikontroller. Vi arbetade även med rutin för läkemedelshantering på Hälsocentralen.

I samband med flytt av hälsocentralen har vi arbetat med risk- och konsekvensanalys samt utifrån den en handlingsplan för genomförande av flytt. Region Jämtland Härjedalen verifierade IT-miljön efter flytt 2016-12-21 samt verifiering av lokal 2017-01-11. Vi har fortsatt arbetat med att minska användningen av olämpliga läkemedel till våra sjuka äldre samt med trygg och säker läkemedelsanvändning liksom att vi aktivt arbetar för att ha en god tillgänglighet till vår verksamhet med stor kontinuitet personalmässigt.

Ambulanspersonalen har under året deltagit i samtliga utbildningstillfällen som Region J/H anordnat liksom fysiska tester.

4.2 Samverkan för att förebygga vårdskador

Vi följer de Rutiner som finns framtagna och avtalade mellan Strömsunds kommun och Region J/H. Vi har även rutiner inom kommunen samt rutiner mellan Strömsunds kommun och Primärvården i Strömsund och privata vårdgivare. Närvård frostviken har eget avtal med Primärvården i Strömsund angående köp av tjänst av jourläkare dagtid de dagar vi inte har läkare samt avtal om köp av Psykosocial kompetens.

Exempel på avtal/överenskommelser:

- Samordnad Individuell Plan SIP
- Rutin för samordnad vårdplanering via Meddix
- Avtal angående arbetsterapeut och sjukgymnastikinsatser inom Strömsunds kommun
- Avtal angående Medicinskt tekniska tjänster mellan Närvård Frostviken och Region J/H
- Överenskommelse angående sjukvårdsmaterial och medicinskt tekniska produkter/hjälpmiddel med Region JH
- Avtal om vårdhygienisk kompetens
- Rutin för dosdispenserade läkemedel

Med en liten personalgrupp med stor kontinuitet samt med en ambulansverksamhet som är så nära övrig verksamhet och en liten befolkning går det att ha stor personkännedom samt en bra översyn av verksamheten och de patienter som vi har ansvar för.

4.3 Riskanalys

En riskanalys ska göras inför varje förändring i en verksamhet. Verksamhetschef är ansvarig för att riskanalys utförs. Riskanalysen omfattar arbetsmiljö och patientsäkerhet.

När riskanalysen är gjord görs en handlingsplan för att identifierade risker inte ska inträffa, i handlingsplanen beskriver vi åtgärder som ska vidtas, ansvarig samt datum för uppföljning.

Vi har arbetat med riskanalys och handlingsplan när det gäller ensamarbete samt Nyanlända utifrån en förhållandevis stor befolkningsökning i området.

Inför flytt av hälsocentral har även riskanalys och handlingsplan genomförts liksom planerad uppföljning av flytt.

5 Hälso-och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

I Strömsunds kommun finns:

- Rutin för avvikelshantering och Lex Maria.
- Rutin för rapportering av missförhållanden och Lex Sarah.
- Rutin för hantering av avvikelser mellan Jämtlands läns landsting och länets kommuner

Sammanställning av rapporterade missförhållanden/Lex Sarah, redovisas för nämnden och förvaltningen.

6 Vårdgivarens utredningsskyldigheter

6.1 Skador och vårdskador

I Strömsunds kommun finns en rutin för risk och avvikelshantering inom hälso- och sjukvården. Avvikelsehantering avser den del av vårdgivarens kvalitetsystem som rör rutiner kring identifiering, rapportering, analys, uppföljning och återföring av erfarenheter av en sådan händelse. Syftet med hanteringen är att undanröja förutsättningarna för att händelsen upprepas samt att öka säkerheten och kvaliteten för vårdtagarna. Den som upptäcker avvikelser, vårdskadan eller risken för vårdskada ansvarar för att skriva en rapport, det åligger legitimerad personal att ansvara för utredning, risk och händelseanalys samt att rapportera till Närvårdschef och MAS. MAS bedömer om anmälan till IVO ska göras eller om det inträffade kan hanteras i det lokala kvalitetsarbetet. MAS följer regelbundet upp inkomna avvikelser från verksamheten. Enligt rutinen finns ett gemensamt ansvar för legitimerad personal och enhetschef/närvårdschef att regelbundet gå igenom avvikelser tvärprofessionellt månatligen. Allvarlig vårdskada rapporteras till

Närvårdsnämnden av MAS och Närvårdschef. Återföring av avvikelshantering sker årligen till Närvårdsnämnd.

Rutin finns även för Rapportering av missförhållanden eller påtaglig risk för missförhållanden inom verksamheter enligt SoL och LSS, Lex Sarah reviderad 2015-07-08. Närvårdsnämnden har delegerat till närvårdschef att anmäla till IVO enligt Lex Sarah. Under 2016 har ingen Lex Maria eller Lex Sarah inlämnats till IVO från Närvård Frostviken.

6.2 Hantering av klagomål och synpunkter

Rutin i Strömsunds kommun: Förslag, synpunkter och klagomål, rutin och hantering.
<https://www.stromsund.se/download/18.686cd2b9149363fe3e84c2c5/1414749053811/F%C3%B6rslag%2C+synpunkter%2C+klagom%C3%A5l%2C+rutin.pdf>

7 Samverkan med patient och närstående

Befolkningen i området inbjuds till Lokala brukarsamråd två gånger per år, vår och höst. Vid dessa samråd informerar Närvårdsnämndens ordförande och Närvårdschef om verksamheten inom den gemensamma nämnden. Information om rutin för synpunkter och klagomål sker regelbundet. Vid dessa samråd tas även synpunkter på verksamheten emot. I organisationen har en sjuksköterska särskilt ansvar för anhörigstöd. I mötet med den anhörige kan många viktiga synpunkter på verksamheten fångas upp och återföras i syfte att förbättra verksamheten.

8 Sammanställning och analys

Vi har under året haft ett ärende via patientnämnden. Vi har troligen en egen underrapportering när det gäller avvikelser det är ett särskilt område som vi ska arbeta med under 2017. Den rutin som finns avseende avvikelshantering mellan Region J/H och länets kommuner behöver vi arbeta särskilt med liksom rutinen inom Region J/H så att den blir en naturlig rutin för alla anställda. Inga rapporterade vårdskador finns. Sammanställning av avvikelserapportering som avser ärenden i hemtjänst och särskilt boende och görs av MAS för 2017 är i det närmaste sammanställd. Den visar en ökning av läkemedelsavvikelser främst i särskilt boende med totalt 29 uteblivna doser under året. Andra typer av avvikelser ligger på samma nivå som 2015. Falltillbud och fallskador har minskat med 9 % i området. Det pågår ständigt aktiva åtgärder för att minska fall och fallskador.

9 Hur gick det 2016?

Hälsocentralen i Gäddede har en mycket god tillgänglighet, vi besvarar alla telefonsamtal och når även målet i hälsovalet att kunna ge tid till läkare inom 7 dagar. Personalgruppen har en stor kontinuitet och hög kompetens samt har stort ansvarstagande och är intresserade av fortbildning, även det påverkar patientsäkerhetsarbetet och risken för vårdskador eller att patienter hamnar mellan stolarna minskar. Mätning under två veckor vid två tillfällen under året av personalkontinuitet i särskilt boende visar att ingen boende mötte fler än 12 personer vid någon av dessa mätningar.

Läkemedelsgenomgång enligt PHASE 20 görs på alla med Apodos. Arbetet under 2015 med att se över olämpliga läkemedel för äldre har gett resultat. Vi har kunnat minska antalet dygnsdoser olämpliga läkemedel för personer över 80 år från ca 75 000 under 2014 till att under 2016 väl klara målet på 24 244 dygnsdoser och nått ca.19 000 dygnsdoser.

Vi har inga rapporterade vårdskador.

Rapportering i kvalitetsregister (Sve-Dem, BPSD, Palliativa registret) görs. Vi registrerar i Senior Alert och de riskbedömningar som görs följs av åtgärder i hälsoplan.

Punktprevalensmätning (PPM) görs regelbundet två gånger per år enligt underlag från MAS den omfattar trycksår, inkontinens, vårdrelaterade infektioner och antibiotikaanvändning. Vi har en person med trycksår i området, inga vårdrelaterade infektioner.

10 Övergripande strategier och mål för 2017

Under 2017 kommer en uppföljning av flytt till ny lokal för HC att göras. Likaså för ambulansverksamhetens nya lokal.

Vi kommer att fokusera på att minska antalet fall och fallskador i området samt fortsätta att arbeta med att minska antalet läkemedelsavvikelser.

Inom hemtjänst och särskilt boende kommer vi att införa Socialstyrelsens modell IBIC (Individens behov i centrum) inom lagrum SOL och LSS.



§ 7

Dnr 2017.3

730

Socialstyrelsens brukarenkät "Så tycker de äldre om äldreomsorgen 2016

Närvårdschefen redovisar resultat från Socialstyrelsens brukarenkät när det gäller hemtjänst, distrikt Frostviken och särskilt boende vid Levinsgården.

Andelen svarande för distrikt Frostviken var mellan 60 – 80 %.
93 % är sammantaget nöjda med hemtjänsten.

Andelen svarande för Levinsgården var mellan 80 – 100 %.
100 % är sammantaget nöjda med äldreboendet.

Yrkande

Ordföranden föreslår att nämnden tar del av brukarenkäten.

Närvårdsnämndens beslut

Tar del av brukarenkäten.



§ 8

Dnr 2017.2

700

Uppföljning Handlingsplan CEMR

Närvårdschefen lämnar redovisning över uppföljning som genomförts på lokal och regional nivå av handlingsplan utifrån CEMRs deklARATION för jämställdhet mellan kvinnor och män.

Aktiviteter har verkställts för artikel 6, 11 och 15. Aktivitet för artikel 9, jämställdhetsanalyser, har inte kunnat verkställas på grund av inaktuella biståndsbeslut.

Yrkande

Ordföranden föreslår att nämnden tar del av uppföljning av handlingsplan CEMR samt uppdrar till närvårdschefen att förtydliga vidtagna åtgärder i uppföljningen när det gäller artikel 9.

Närvårdsnämndens beslut

1. Tar del av uppföljning av handlingsplan CEMR, bilaga.
2. Uppdrar till närvårdschefen att förtydliga vidtagna åtgärder i uppföljningen när det gäller artikel 9.

Beslutsexpediering
Närvårdschefen

	TJÄNSTESKRIVELSE Sidan 1 av 2 datum Uppföljning 2017-02-02
Förvaltning Närvård Frostviken	Ärendenr./diariennr Dnr 2017.2-700 Bil NVN 170202 § 8
Utredare/handläggare Barbro Blom	Nämnd/styrelse Gemensam nämnd för närvård Frostviken

Handlingsplan 2015 utifrån CEMRs deklaration för jämställdhet mellan kvinnor och män på lokal och regional nivå

Närvårdschefen har ansvar för genomförandet.

Artikel	Aktivitet
Artikel 6: Bekämpa stereotyper Enligt artikeln ska undertecknaren se till att den egna interna och externa kommunikationen förebygger fördomar och bekämpar stereotypa kvinno- och mansroller. Positiva genusbilder ska främjas. Undertecknaren ska också se till att anställda kvinnor och män kan identifiera och motverka stereotypa könsrollsmönster.	Genomgång av verksamhetens information på publika hemsidor och kommunens intranät, både bilder och texter. Klart Nya sidor utarbetas under 2016. Genomgång av anslagna meddelanden i utrymmen som besökare har tillträde till. Klart Ny genomgång av hemsidor 2017 med anledning av flytt av Hälso-central och Ambulansverksamhet Utbildning av anställda kvinnor och män vid minst en arbetsplatsträff under året. APT 2016-03-02. Klart
Artikel 11: Arbetsgivarrollen Artikeln innehåller flera åtaganden, se texten i deklarationen. Åtagandena bygger på rätten till jämställdhet i alla aspekter av anställning och rätten att förena yrkesliv med samhällsliv och privatliv.	På en arbetsplatsträff informera om och diskutera "Plan för lika rättigheter och möjligheter 2014-2016". Planen godkändes av CSG i oktober 2013. Klart 2016-02-10. Förankra i lokal samverkan att positiv särbehandling ska tillämpas vid rekrytering till de arbetsställen som domineras av ett kön. Det innebär att vid lika eller nästan lika kvalifikationer väljs en sökande av det underrepresenterade könet. Klart 2015-03-25 möte lokal samverkan.

	TJÄNSTESKRIVELSE Sidan 2 av 2 datum Uppföljning 2017-02-02
Förvaltning Närvård Frostviken	Ärendenr/diariennr Dnr 2017.2-700 Bil NVN 170202 § 8
Utredare/handläggare Barbro Blom	Nämnd/styrelse Gemensam nämnd för närvård Frostviken

Artikel	Aktivitet
Artikel 9: Jämställdhetsanalys Undertecknaren förbinder sig att genomföra jämställdhetsanalyser inom alla sina ansvarsområden. Ett program för analyserna ska upprättas.	Genomföra en jämställdhetsanalys av tidsåtgången för genomförd hemtjänst i relation mot beslutad. Analysera eventuella könsskillnader. Mätning och försök till analys gjordes hösten 2015. På grund av inaktuella biståndsbeslut gick jämställdhetsanalysen inte att analyseras.
Artikel 15: Social omsorg och sociala tjänster Enligt artikeln ska undertecknaren se till att kvinnor och män har lika tillgång till social omsorg och sociala tjänster.	Klart



§ 9

Dnr 2016.5

293

Lokaler för hälsocentral och ambulans, information och studiebesök

Hälsocentralen har flyttat till Storgatan 30 i Gäddede. Invigning skedde den 29 december 2016. Vissa detaljer kvarstår innan lokalerna är helt färdigställda.

Ambulansen har flyttat till sina nya lokaler.

Myndigheten för Samhällsskydd och Beredskap, MSB, kommer till Gäddede i slutet av mars. Den gemensamma lokalen för polis, räddningstjänst, fjällräddning och ambulans kommer att utrustas med reservkraft för kommunikation. MSB står för 50 % av kostnaden och kommunen står för 50 % enligt besked från säkerhetsansvarig, Irene Tängmark.



§ 10

Delegationsbeslut

Det finns inga delegationsbeslut att redovisas.



§ 11

Delgivningar

- a) Regionfullmäktiges protokoll 2016-10-19.
- b) Meddelande från kommunkansliet 2017-01-17 om avsägelse från Per-Olof Melin om att vara ersättare i närvårdsnämnden, barn- kultur- och utbildningsnämnden och SUAB.

Närvårdsnämndens beslut

Delgivningarna läggs till handlingarna



**Gemensam nämnd för
närvård Frostviken**

2017-02-02

13

§ 12

Verksamhetsfrågor

Ledamöter i närvårdsnämnden ställer frågor om verksamheten och får svar.
