

**Gemensam nämnd för
närvård i Frostviken**

2014-05-23

Plats och tid	Forsgården, Gäddede, 10.00 - 15.30
Beslutande	Ardis Lindman (s), ordförande Bengt Bergqvist (s) Inger Jonsson (c) Mårten Jonsson (c)
Övriga närvarande	Barbro Blom, närvårdschef Irene Tängmark, kommunens säkerhetschef Gunilla Mellgren, kommunledningsförvaltningen Stig Willman, sekreterare

Utses att justera Bengt Bergqvist

Justeringens plats och tid Kommunkontoret, Strömsund, inom 14 dagar

Underskrifter	Sekreterare	Paragrafer 19-29
	Stig Willman	
	Ordförande	
	Ardis Lindman	
	Justerare	
	Bengt Bergqvist	

ANSLAG/BEVIS

Protokollet är justerat. Justeringen har tillkännagivits genom anslag

Organ Gemensam nämnd för närvård Frostviken

Sammanträdesdatum 2014-05-23

Datum då anslag
sätts upp

Datum då anslag
tas ned

Förvaringsplats
för protokollet Kommunkansliet, Strömsund

Underskrift

Lena Haglund



§ 19

Dagens sammanträde

Ordföranden öppnar dagens sammanträde och hälsar de närvarande välkomna.

Under dagen kommer företrädare för verksamheten att informera om åtgärder inom ramen för programmet "Bättre liv för sjuka äldre".

Irene Tängmark, säkerhetssamordnare inom kommunen, kommer att informera om erfarenheter och åtgärdsbehov mot bakgrund av de svåra stormar som drabbade kommunen under hösten och i efter årsskiftet.

Gunilla Mellgren kommer från den 1 juni ersätta Stig Willman som sekreterare för närårdsnämnden.



§ 20

Verksamhetsredovisning

Redovisningen inleds med rundvandring i husen. På olika ställen är det uppsatt information om åtgärder som berör både boende och personal. Barbro Blom och Anette Olofsson informerar sedan under sammanträdet.

Trygg och säker inflyttning är ett program med checklista som nu används då nya personer får bostad på Levingsgården och Forsgården. Checklistan inkluderar en inventering av hälsostatus. All personal är involverad. Det görs också individuell hälso- och riskbedömning, som ska leda till förebyggande behandling av olika slag, kosthåll m.m. Som nytt inslag finns nu utredning/behandling mot inkontinens.

Programmet ska revideras var tredje månad. Varje boende har en egen kontaktperson. Vårdighetsgarantier tillämpas.

Ordföranden frågar om nämndens beslut om inriktnings- och effektmål uppfylls. Närvårdschefen svarar att samtliga mål utom målet om utevistelse är uppfyllda. För att också svara upp mot den målsättningen avser verksamheten att hyra en elektrisk rullstol. För övrigt har kontaktpersonerna ansvar för att beslut enligt socialtjänstlagen genomförs.

Bilaga: Kontaktmannaskap Levingsgården

Närvårdsnämndens beslut

Närvårdsnämnden tar med godkännande del av informationen. En uppföljning önskas till nämndens sammanträde i oktober.

Kontaktmannaskap bygger på ett relationsinriktat arbetssätt med ett stort intresse att lära känna och skapa tillit till individer. Detta för att kunna ge insatser och ett bemötande som utgår från den äldres individuella behov, delaktighet och självbestämmande. (Maslows behovstrappa – Bilaga 1)

Professionellt förhållningssätt (Bilaga 2) innebär att som personal kunna se den boendes individuella behov och resurser. Detta krävs för att säkra god kvalitet på bemötande och insatser samt stärker och förtydligar yrkesrollen. Ett gott bemötande, rehabiliterande förhållningssätt, respekt, integritet, självbestämmande, delaktighet samt en meningsfull tillvaro utifrån individens egna upplevelser/tankar är verksamhetens ledord. I kontakt med den boende och närstående ska man alltid vara professionell och kan hända personlig, men inte privat. Man tillgodoser den boendes behov utan att blanda in sina egna. Bemötande och insatser ska grundas i individens självbestämmande och integritet, vid behov i nära samarbete med närstående. Omvårdnadsarbete består av två integrerade delar, uppgift och relation, vilket är varandras förutsättningar. Uppgifter är de insatser som utförs via struktur och planering medan relation är den kontakt som skapas i mötet med den boende. Att kunna bedöma när det egna kunnandet ej är tillräckligt och någon annan behöver kontaktas är ytterligare ett exempel på professionellt förhållningssätt.

Kontaktmannaskapet är av stor betydelse för att bevara den boendes integritet men även för att kunna ge individuellt inriktad omsorg. En kontaktperson ska vara engagerad, tillgänglig och föra den boendes talan utifrån dennes behov. Kontaktpersonen är med andra ord relationsbyggare vilket ställer krav på professionellt förhållningssätt. Ett värdigt bemötande innebär att stärka den boendes tilltro till sina egna resurser vilket betyder att alla möten sker på lika villkor i respekt och lyhördhet.

Omvårdnadsarbetet ska bl.a utgå från fastslagna Vårdighetsgarantier i Strömsunds kommun/Närvård Frostviken.

KONTAKTPERSONENS UPPGIFTER

- Arbeta med ett professionellt förhållningssätt där personen/den boendes fokus och behov är i centrum. Respektera integritet, delaktighet och självbestämmande. Ge ett värdigt bemötande (Bilaga 3) samt se till att den boende känner till Vårdighetsgarantin för Närvård Frostviken. (Bilaga 4)
- Värna om att alla behov enligt Maslows behovstrappa uppfylls genom att respektera den boendes tankar och önskemål kring sin person. (Bilaga 1)
- Ha ett nära och gott samarbete med arbetskolligor och övrig spetskompetens i vårdlaget som gagnar den boende och dennes vilja att leva sitt liv.
- Ansvarar för att Checklista vid inflytt till Levinsgården blir utförd inom 14 dagar. Enhetschef ansvarar för att tid avsätts till kontaktperson för detta. Riskbedömningar ska vara utförda och vid behov görs dessa i samarbete med närstående. Tid hos tandvården ska vara beställd för en munhälsobedömning.
- Upprättar en nära och förtroendefull relation till den boende. Kontaktperson är den boendes förlängda arm, språkrör och ska bevaka dennes integritet på personens villkor. Ha ett professionellt förhållningssätt.
- Kontinuerlig kontakt med "sin" boende och vara väl förtrogen med dennes livssituation och behov. (Innebär inte att man tillbringar all tid hos "sin boende", det dagliga arbetet fördelas i arbetslaget. Dock har man det yttersta ansvaret för personens välbefinnande.)
- Upprättar en nära och förtroendefull kontakt/samarbete med närstående som ska ses som en värdefull resurs. De kan tillföra värdefulla kunskaper av vikt för vårdplanering. Ge regelbunden information till närstående om hälsotillstånd/mående när det behövs.
- Deltar och är aktiv i vårdplaneringar, vara koordinator runt de insatser som ges/planeras. Utifrån den boendes delaktighet (och/eller närstående) i samråd med övriga yrkeskompetenser fastställa hur och när insatser ska utföras/utformas. Ha ett rehabiliterande förhållningssätt.
- Ansvarar för att ordinerade åtgärder och insatser via SOL/HSL blir utförda. Ser till att insatser sker av rätt person på rätt tid och rätt sätt. Ser till att det dokumenteras på signeringslistor.

- Vara vaksam på förändrat vårdbehov. Initiera till riskbedömningar på egen hand vid behov och då ta kontakt med den "spetskompetens" som är aktuell.
- Förmedla kontakt med arbetsterapeut, sjukgymnast, DSK, enhetschef m.fl om förändringar i vårdbehov uppstår. Kan gälla ordinerade insatser men även arbetsmiljöfrågor.
- Ansvarar för att tid hos läkare, tandläkare, frisör, fotvård, syn- och hörselkontroll m.m blir beställd och utförd. Om möjligt även vara följeslagare om närstående ej har möjlighet.
- Ansvarar för att värna om den boendes livssituation. Denne ska känna meningsfullhet, begriplighet och hanterbarhet i tillvaron. Kontaktperson har i uppdrag att veta vad som är en "guldkant" i vardagen för just sin boende, vad som ger livskvalitet. Det är också kontaktperson som ska värna om att denna guldkant i vardagen blir av.
- Genomförandeplan upprättas tillsammans med den boende och gärna närstående. Enhetschef ansvarar att detta sker och kontaktperson deltar. Planen ska visa hur den boende vill ha sin hjälp utförd samt hur vardagen ska se ut. Kontaktperson ansvarar för att följa upp och hålla planen aktuell samt att beslutade insatser genomförs enligt beslut. Planen ska revideras vid förändrat behov.
- Ansvarar för att dokumentation förs. Detta för att förmedla viktig information till övriga i arbetslaget. Alla ska ha tillgång till aktuell information.
- Vid behov handha personliga medel. Kassablad ska föras noggrant och ev. redovisas årligen med närstående/god man. Personliga kassaskåp finns till alla boende där endast kontaktperson har tillgång till nyckel.
- Sköter och rengör hjälpmedel.
- Sköter klädvård, kontroll om behov av nyinköp.
- Håller lägenhet, badrum och övrig interiör i rent och fräscht skick.
- Köper in hygienartiklar, salvor och övrigt förbrukningsmaterial om närstående ej har möjlighet.
- Arbetsgruppen tar över brådskande frågor när kontaktperson ej är i tjänst.

VÄRDEGRUND/VÄRDIGT BEMÖTANDE

Bilaga 3.

Värdigt bemötande är att stärka den enskilde individens tilltro till sina egna resurser, och då måste mötet ske på lika villkor.

Ett värdigt bemötande innebär:

- Att den äldres integritet och självbestämmande respekteras av vårdpersonalen.
- Att den äldres unika levnadsberättelse och livshistoria är en utgångspunkt i vården.
- Att verksamheten arbetar utifrån en värdegrund där alla människors lika värde och rätt poängteras.
- Att vårdpersonal utifrån en vårdideologi beskriver hur målen ska/kan uppfyllas.
- Att vårdpersonal har tagit ställning till sin egen livsåskådning men också har en lyhördhet och respekterar den äldres värderingar.

Bemötande ska bygga på samsyn med den äldre och tillgodose dennes behov av integritet, delaktighet, trygghet och säkerhet. Vårdpersonalen ansvarar för att alla människors lika rätt och värde respekteras. Ett värdigt bemötande innebär att stärka den äldres tilltro till sina egna resurser och ska bygga på respekt för dennes vilja. Alla möten ska inbjuda till delaktighet.

Både Socialtjänstlagen (SoL) och hälso- och sjukvårdslagen (HSL) understryker detta: "Verksamheten skall bygga på respekt för människornas självbestämmanderätt och integritet" (1§ SoL) samt "Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet" (2§ HSL). Grundläggande ord är **RESPEKT och LYHÖRDHET**. Alla människor har sin egen unika livsberättelse som består genom hela livet vilket ska vara grunden i bemötande.

EFTERSOM VI ÄR MÄNNISKOR ÄR VAR OCH EN AV OSS UNIKA SOM PERSON



Nivå 1. De behov en människa först prioriterar att uppfylla är fysiologiska och består av basbehov så som mat, vatten och syre. På nivå ett finner man också behov av att undvika smärta, sova, röra på sig och ha sex.

Nivå 2. Då de fysiologiska behoven är tillfredställda börjar individen fokusera på saker som säkerhet och trygghet. Människor har ett behov av en stabil vardag, rutiner och enklare regler för att inte känna ångest och rädsla, rädsla inför hemsgheter som skulle kunna hända.

Nivå 3. Om individen känner sig trygg börjar hon söka efter gemenskap med andra människor, vänner, barn och kärlek. Vi vill alla känna att vi är en del av något större än oss själva.

Nivå 4. Om vi känner att vi har en gemenskap med andra vaknar nästa behov inom oss, behovet av uppskattning. Enklare behov av uppskattning kan handla om makt, kändisskap eller respekt från andra medan mer komplicerade behov är självförtroende, kompetens och självrespekt.

Nivå 5. Behov av självförverkligande ligger på den femte och sista nivån i behovshierarkin. Här handlar det inte om ett behov som helt kan uppfyllas utan ett behov som ständigt förändras. Behovet av att vara den mest kompletta versionen av dig som du kan vara, att utnyttja alla dina resurser och potentialer. Bara en liten del av världens befolkning når denna nivå eftersom man först måste tillfredställa underliggande behov för att kunna fokusera på att förverkliga sig själv.



Värdighetsgarantier i äldreomsorgen Strömsunds kommun

Särskilt boende

Med särskilt boende menas boendeformer för service och omvårdnad riktat till äldre och/eller funktionshindrade med omfattande behov. För att flytta in i särskilt boende behövs ansökan och beslut enligt socialtjänstlagen. Här finns möjlighet till omfattande insatser dygnet runt.

Insatserna ges av omvårdnadspersonal under ledning av enhetschef, som tillsammans med sjuksköterska/distriktssköterska leder arbetet. Vid behov ges även insatser av sjukgymnast och arbetsterapeut. Insatserna ska utformas så att din egen förmåga tas tillvara och beskrivs i en genomförandeplan. Uppföljning av behovet sker kontinuerligt genom att vårdtagaruppföljning genomförs. I särskilt boende är trygghet, meningsfullhet och gemenskap med andra av stor betydelse.

Vi lovar att du eller dina närstående har möjlighet att vara delaktiga i planering och uppföljning av dina insatser.

Vi lovar att du får välja hur din måltidssituation ska utformas och att du får hjälp att välja om du behöver det.

Vi lovar att du får duscha så ofta du vill och behöver.

Vi lovar att du varje vecka kan välja att delta i någon gruppaktivitet.

Vi lovar att du varje månad får delta i någon individuell aktivitet där dina behov och intressen är utgångspunkt.

Vi lovar att du ska ha möjlighet till utomhusvistelse kortare eller längre stunder regelbundet under året.



Vad händer om vi inte kan uppfylla värdighetsgarantin?

Om du anser att vi inte kunnat hålla vad vi lovat ber vi dig att genast kontakta oss för att lämna synpunkter och klagomål. Vi kommer att undersöka vad som har inträffat, ge en förklaring och snarast rätta till om något har blivit fel.

2012-06-14
Socialnämnden



Strömsunds
Kommun



Kunskap

Fakta

Handlar om teorier, principer och om olika regler, exempelvis lagtext och Maslows behovsteori.

Färdighet

Handlar om att kunna utföra praktiska färdigheter som övats in, exempelvis lägga om ett sår eller hjälpa omsorgstagaren med personlig hygien.

Förtrogenhet

Handlar om att kunna utföra riktiga handlingar vid rätt tillfälle, exempelvis förmågan att se när personen ligger skönt. Förtrogenhetskunskap är också att veta vad man ska titta efter, exempelvis att inte örat har vikt sig, om det ligger hårstrån som kliar i ansiktet, kuddens placering och fötternas ställning.

Förståelse

Handlar om att ha insikt i andra människors situation. Att förstå och känna igen olika känslor samt att tolka och bearbeta signaler samtidigt som man ställer krav och sätter gränser. Exempelvis kan omsorgstagaren klaga på omsorgen men egentligen vara ledsen över att inte klara sig själv längre. Förståelse innebär också att vara medveten om vilka egna känslor och reaktioner som omsorgstagarens signaler ger upphov till.

Sätt ihop pusslet

VÄRDEGRUND/VÄRDIGT BEMÖTANDE

Bilaga 3.

Värdigt bemötande är att stärka den enskilde individens tilltro till sina egna resurser, och då måste mötet ske på lika villkor.

Ett värdigt bemötande innebär:

- Att den äldres integritet och självbestämmande respekteras av vårdpersonalen.
- Att den äldres unika levnadsberättelse och livshistoria är en utgångspunkt i vården.
- Att verksamheten arbetar utifrån en värdegrund där alla människors lika värde och rätt poängteras.
- Att vårdpersonal utifrån en vårdideologi beskriver hur målen ska/kan uppfyllas.
- Att vårdpersonal har tagit ställning till sin egen livsåskådning men också har en lyhördhet och respekterar den äldres värderingar.

Bemötande ska bygga på samsyn med den äldre och tillgodose dennes behov av integritet, delaktighet, trygghet och säkerhet. Vårdpersonalen ansvarar för att alla människors lika rätt och värde respekteras. Ett värdigt bemötande innebär att stärka den äldres tilltro till sina egna resurser och ska bygga på respekt för dennes vilja. Alla möten ska inbjuda till delaktighet.

Både Socialtjänstlagen (SoL) och hälso- och sjukvårdslagen (HSL) understryker detta: " Verksamheten skall bygga på respekt för människornas självbestämmanderätt och integritet" (1§ SoL) samt "Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet" (2§ HSL). Grundläggande ord är **RESPEKT** och **LYHÖRDHET**. Alla människor har sin egen unika livsberättelse som består genom hela livet vilket ska vara grunden i bemötande.

EFTERSOM VI ÄR MÄNNISKOR ÄR VAR OCH EN AV OSS UNIKA SOM PERSON



A blue handwritten signature.



§ 21

Säkerhet för elström och telefoni, åtgärder mot hot och våld mot förtroendevalda

Irene Tängmark informerar. De svåra stormar som under hösten/vintern drabbade kommunen fick särskilt svåra verkningar i Frostviken, Såväl fast telefoni som mobiltelefoni slogs ut. Därtill slogs också radiokommunikationssystemet Rakel ut vilket används av polis och räddningstjänst.

Verksamheternas krisplaner fungerade dock väl, liksom inomkommunal samverkan. Nämndens verksamheter saknar dock reservel, varför långvariga elavbrott kan få svåra konsekvenser för de gamla och sjuka. Möjligheterna till evakuering är högst begränsade.

Hot och våld mot förtroendevalda och personal

Hot mot förtroendevalda och personal har ökat påtagligt genom möjligheter att uppträda förhållandevis anonym på sociala medier. Också direkta fysiska angrepp synes öka.

Såväl hot som våld ska polisanmälas direkt. Det ske via kommunens säkerhetschef som för frågan vidare till polis.

Närvårdsnämndens beslut

Närvårdschefen får i uppdrag att utreda och upprätta förslag om behov av reservel och komplement till normal telefoni och mobiltelefoni för nämndens verksamheter.



§ 22

Geriatriskt team, finansiering, bilaga

Närvårdschefen informerar. Förslaget om finansiering avser åren 2014 och 2015. Staten delfinansierar och kommunerna i Jämtland har kommit överens om hur finansieringen ska fördelas.

För Strömsunds kommun innebär förslaget att kommunen ska bidra med 61 000 kronor för år 2014 samt 98 435 kronor för år 2015. Närvårdsnämnden får i sin tur bidra med ca 10 % av kommunbeloppen. Landstinget blir arbetsgivare.

Närvårdsnämndens beslut

Närvårdsnämnden tar del av informationen om länsgemensam finansiering av ett geriatriskt team.



Jämtlands Läns
Landsting

Kartläggning för Geriatriskt Team

Version: 1

Ansvarig: Ledningskraft

Ledningskraft

2013-12-04

Dnr:

Handläggare Margaretha Nilsson

ÄNDRINGSFÖRTECKNING

Version	Datum	Ändring	Beslutat av	Datum
1.	2013-12-04	Nyutgåva		

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1	BAKGRUND	3
2	SYFTE	3
3	GERIATRIK OCH GERONTOLOGI	3
4	URVAL OCH METOD	3
5	MÅLGRUPP	3
6	RESULTAT AV INVENTERING OCH KARTLÄGGNING	3
6.1	Dokumentinventering	3
6.2	Intervjuer och möten	3
7	ANALYS	3
8	FÖRSLAG	3
9	KÄLLFÖRTECKNING	3

1 BAKGRUND

Sociala Vård och Omsorgsgruppen, SVOM har utifrån regeringens uppdrag "Sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre 2012" [3], beslutat om en Strategi och handlingsplan "Bättre liv för sjuka äldre"[2], för att uppmuntra, stärka och intensifiera samverkan mellan kommuner och landsting, med fokus på de mest sjuka äldres behov. Samtliga kommuner i länet och landstinget har beslutat att anta länsplanen.

Inom området sammanhållen vård och omsorg i handlingsplanen, finns uppdraget att ta fram ett förslag för ett Geriatriskt team i länet. I uppdraget ingår att hänsyn tas till ett länsövergripande perspektiv, att ta tillvara goda exempel i länet som Storsjögläntan, mobil läkare Östersund, samverkansperspektivet kommun-primärvård-sjukhusvård samt brukarmedverkan.

Jämtlands läns landsting tillhör ett av två landsting där det inte finns något geriatriskt team eller enhet. Länet består av (2012) 126 201 inv., varav 27 935 inv. är 65 år och äldre, vilket motsvarar ca 22 % av länets befolkning, eller var 4-5:e invånare.[1]

Idag saknar Jämtlands län somatisk geriatrisk specialistkompetens. Inom psykiatrin finns psykogeriatrisk kompetens. 2011 lades den äldrepsykiatriska enheten ned, därmed finns inga vårdplatser specifikt för den här gruppen.

2 SYFTE

Syftet med kartläggningen är att genom litteraturstudier och intervjuer synliggöra behovet av geriatriskt team.

3 GERIATRIK OCH GERONTOLOGI

Geriatrik är läran om åldrandets sjukdomar. Specialistläkare inom detta område benämns geriatriker. De är inriktade mot att undersöka och behandla åldrandets sjukdomar. Den viktigaste patientgruppen för en geriatriker är äldre, sköra patienter med ett flertal oftast kroniska sjukdomar. I takt med att världens befolkning åldras så ökar denna patientgrupp kraftigt nu och under de kommande decennierna.[4]

Gerontologi är läran om det normala åldrandet.

4 URVAL OCH METOD

En arbetsgrupp med representanter från centrum primärvård (projektledare), centrum medicin (vårdutvecklare) och Bräcke kommun (vård och omsorgschef) har varit engagerad i arbetet. Förutom arbetsgruppen har utvecklingsledare från Regionförbundet deltagit.

Vi har valt att göra en inventering av dokument samt kartläggning över nuläget

Inventeringen har utgått från Verksamhetsplan Äldres Hälsa processen [5], Projekt ”Multi7” [6] och det analysarbete som genomförts av äldres vård och omsorgskonsumtion i Jämtlands län.

Andra dokument som berör vård och omsorg för de mest sjuka äldre. ”Att ta fram ett vård- och omsorgsprogram för de mest sjuka äldre” [7], Ökad kompetens inom geriatrik och gerontologi [8], Rapport från det palliativa konsultteamet [9], Äldres behov av psykiatriskt stöd [10] Utvärdering av funktionen mobil läkare [11] och Analys av vård- och omsorgstunga målgrupper i Jämtlands län [12] .

Intervjuer och möten har genomförts med bl.a. brukare (anhörigkonsulenter), läkare som arbetar med äldre, (mobil läkare Östersund, psykogeriatriker vid psykiatri JLL, allm. spec. som går vidareutbildning till geriatriker vid NUS, allm. spec. på hälsocentraler, specialistläkare vid med.kliniken), kommunernas MAS:ar och distriktssköterskor.

5 MÅLGRUPP

Målgruppen för insatser från ett Geriatriskt Team har föregåtts av många diskussioner och dialoger. Vi har utgått från Socialstyrelsens förslag på avgränsning för ”de mest sjuka äldre” relaterat till Jämtland.

Mest sjuka äldre i Jämtland är personer med omfattande sjukvård och omfattande omsorg, vilket motsvarar cirka 2% av befolkningen, det utgör 559 personer i Jämtlands län dec.2012 [1], knappt hälften, cirka 236 personer finns i Östersunds kommun. Detta för att få en ungefärlig uppfattning om omfattningen av målgruppen för det Geriatriska teamet och spridningen i länet.

I Jämtland har gruppen utökats, där även sköra äldre ingår [2]

Fördelning över omfattning och fördelning mellan kommunerna visas i fig. 1 och 2.
Befolkningssiffror SCB [1]

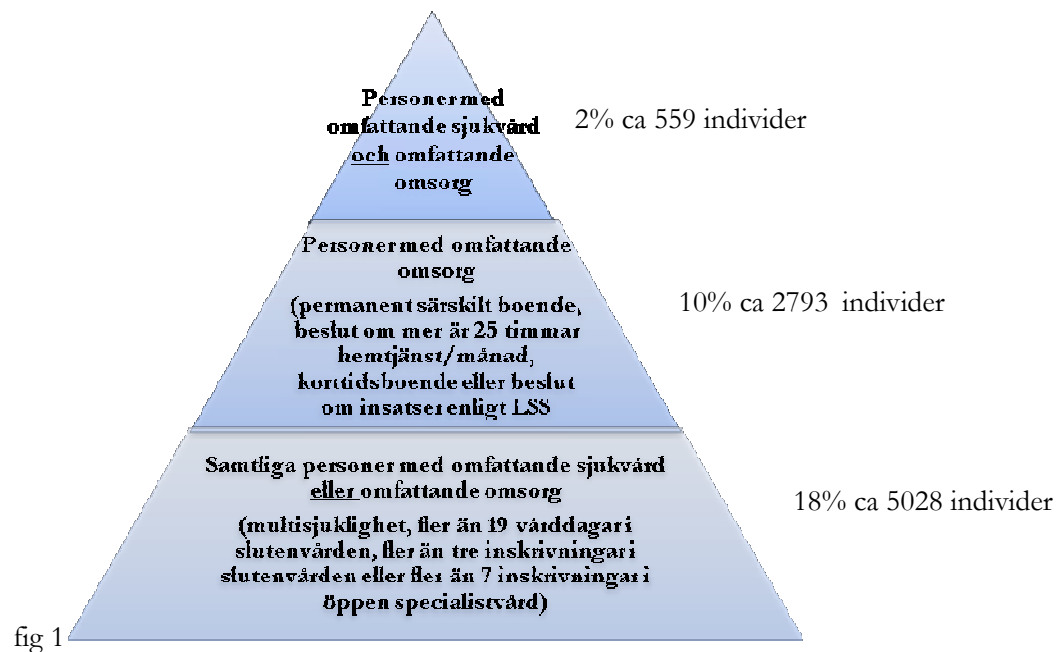


fig 1

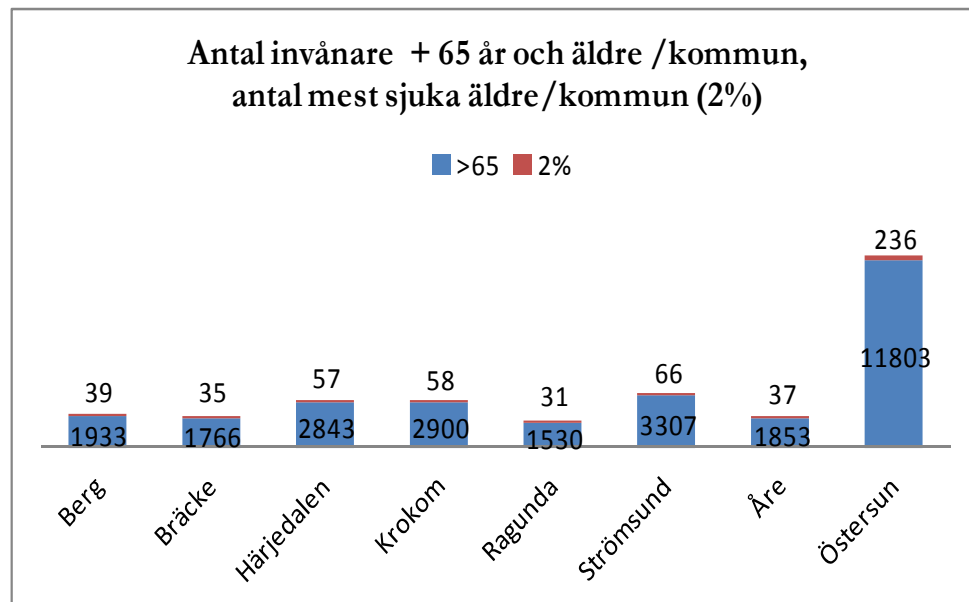


fig.2

6 RESULTAT AV INVENTERING OCH KARTLÄGGNING

Resultatet av inventeringen och kartläggningen återges i två delar, dels från de dokument som beskrivits och dels från de intervjuer och möten som gruppen haft.

6.1 Dokumentinventering

I *Verksambetsplan Äldres Hälsa* [5] och ”Multi 7” [6] beskrivs **morgondagens process**/standardiserad process, där vi i arbetsgruppen finner det Geriatriska Teamet för att stödja övriga vårdgivare i deras arbete för den äldre. Efter identifikation från olika aktörer där behov som inte kan hanteras utan insats av geriatriker, görs en **samordnad vårdplan** tillsammans med teamet. Här kan **flera olika kompetenser** behöva samverka för bästa resultat. **Teamarbete** beskrivs också som en viktig del i processen, **äldreteam** som har en **fördjupad kompetens** och är den sammanhållande länken för den multisjuka äldre. I ”Multi7” beskrivs också **vikten av tydliga strukturer, roller och rollfördelning** där en geriatrisk kompetens behövs i det strategiska arbetet – planering i processen, bl.a. kring förhållningssätt, gränsdragningsdokument, överenskommelser, arbetsbeskrivningar, flödesbeskrivningar, behandlingsstrategier, mm.

I Socialstyrelsens projekt *Att ta fram ett vård- och omsorgsprogram för de mest sjuka äldre stöd för vård och omsorgsgivare, kommuner, landsting och regioner* [7] anser Socialstyrelsen (sid 49, citat) ”att huvudmännen bör ta ställning till hur man kan **stärka den geriatriska och gerontologiska kompetensen inom alla högskoleutbildningar** för yrkesgrupper som finns inom sjukvården och socialtjänsten, samt öka möjligheterna till vidareutbildning och specialistutbildning geriatrisk”.

Kompetensbehovet inom geriatrisk och gerontologi beskrivs ytterligare i *Ökad kompetens inom geriatrisk och gerontologi* [8], där ser man ett **stort behov av specialistutbildning av sjuksköterskor** som jobbar inom den kommunala hälso- och sjukvården, men att **även andra yrkeskategorier** som socionomer, arbetsterapeuter, sjukgymnaster, dietister, psykologer, logopedier och läkare **saknar mycket av geriatrisk** och gerontologi i sina högskoleutbildningar. Därför anser Socialstyrelsen att huvudmännen bör ta ställning till att utveckla och **stimulera utbildning och karriärvägar** inom vård och omsorg då det gäller äldre frågor. Utveckla fortbildning inom området samt se över **tillsättningen av ST-tjänster inom geriatrisk** för att säkerställa framtida behov.

Rapporten från det palliativa konsultteamet [9] beskriver ett **arbetssätt för team** som mycket väl kan omsättas till det Geriatriska teamet, man beskriver också de svårigheter som man möts av i arbetet, dessa erfarenheter är väl så viktiga att ta med i det framtida arbetet. Ett **samarbete med Storsjögläntan** är värt att överväga då många av deras vårdtagare finns bland de mest multisjuka äldre.

Enligt rapporten *Äldres behov av psykiatrisk vård och stöd*[10] ser man att **psykiskt sjuka äldre inte får tillgång till specialiserad öppen- och slutenvård** i samma utsträckning som yngre och riskerar därmed underbehandling, samtidigt som användningen av psykofarmaka är utbredd bland äldre, vilket för med sig att **olämplig läkemedelsbehandling är relativt vanligt**. Därför behövs **ett ökat samarbete och samverkan**, samtidigt som specialistpsykiatrien också behöver fungera som **kunskapsstöd** till primärvård och specialiserade somatiska klinikerna.

I den *Utvärdering av funktionen mobil läkare*[11] ser man utifrån fokusgrupper med kommunens distriktssköterskor och personal från primärvården behovet av geriatrisk kompetens, gärna som **rådgivande i medicinska frågor** men även **ingå i team**, eller geriatriker som tar hand om de äldre inom hemvården för att **upprätthålla kontinuitet och även arbeta långsiktigt**.

Analys av vård- och omsorgstunga målgrupper i Jämtlands län [12] där syftet är att få en **heltäckande bild över äldres nuvarande vård- och omsorgskonsumtion**, och att man utifrån resultaten skall på ett mera konstruktivt sätt arbeta med att förbättra vård- och omsorg för äldre i Jämtland. Här kan man på ett överskådligt sätt se på hälsocentralsnivå, boenden och hemtjänstutförare återinskrivningar och undvikbar slutenvård **och från resultaten arbeta mera konstruktivt med förbättringar**.

6.2 Intervjuer och möten

Här beskrivs vad som kom fram i möten och intervjuer. Delvis används citat från olika medlemmar i mötena, citat visas i kursiv stil.

Genomgående i våra möten finns **kontinuitet och att arbeta tillsammans** för vårdtagaren som en röd tråd. Här kommer dialoger kring **system, läkarkontinuitet, tillgänglighet, rutiner, överenskommelser, gränsdragning** mm. in. Det är också viktigt att veta vilka patienter som har bäst behov av ett Geriatriskt team, därför behövs ett bra **”signalsystem”**, för att kunna sätta igång processen.

I dialogerna framkom även vikten av **kompetenshöjande insatser** hos både distriktssköterskor i kommuner men även i primärvård. Idag finns 16 utbildade (eller under utbildning) äldresjuksköterskor ute i kommunerna, inventering saknas från 1 kommun. Tendensen är att man efter utbildningen faller tillbaka i sin ursprungliga tjänst. Primärvården har inga äldresjuksköterskor i dagsläget.

Distriktsläkarna har bra kompetens idag, och klarar av det mesta ute i kommunerna. Det är viktigt att beakta deras intresseområden. Ett **stödjande geriatriskt team när behov av det uppstår** ligger högt på listan.

Avsaknad av geriatrik inom psykiatrien kommer ofta fram, här finns idag en person med den kompetensen och det räcker inte till. Upplevelsen är att behovet av **stöd kring demens nästan är obefintligt idag**. Otydlighet i primärvårdens uppdrag kring demens tas också upp som ett problem.

Ledningskraft

2013-12-04

Dnr:

Handläggare Margaretha Nilsson

Det är också viktigt att kompetensen/enheten finns i vårt län nu då Östersund är regionaliseringsort för läkarstudenter. Idag saknas handledare inom geriatrik.

Distriktsläkargruppen efterlyser också ”signalsystemet” som tidigare är nämnt för att synliggöra. På önskelistan finns även en önskan att geriatriker rondar alla boenden och att vårdavdelning finns för utredningar. Kanske något att bygga på, på sikt.

Ute i kommunerna känner man sig ändå ganska trygga i sitt uppdrag, men problemet med **läkarkontinuiteten** är stor. Ett citat från en i gruppen ”*vi klarar nästen vad som helst bara vi har läkarkontinuitet*”. De ser ett Geriatriskt team som stödjande och rådgivande och som hjälper till vid bedömningar i komplicerade ärenden. Det är också viktigt att fler kompetenser finns med i teamet. Att teamets roll i första hand har **en konsultativ roll** mot läkare i specialiserad vård och primärvård men även till SÄBO och hemsjukvård.

Önskemål finns, om att det **skapas möjlighet** för vårdgivarna att jobba kring gruppen mest sjuka äldre, att skapa **förståelse** i verksamheterna och **tid för arbetet**. Även att skapa teamanda kring gruppen. Geriatriker i team har en känt bra effekt.

Samordning är ledordet i dialogen med brukarna. Upplevelsen, är avsaknad av att **se hela människan** till stor del, helheten saknas ofta i möten på specialiserade vården men även i primärvård, **allt skall hänga ihop**. De påtalar också vikten av **bra verktyg för demensutredningar** och att de startas i nära tid från första besök hos läkare.

Några exempel, allt är inte kopplat till geriatriskt team, men jag väljer att ta med dessa då de är viktiga i dialogen

- man slussas till olika avdelningar
- undersökningar är inte synkroniserade
- mycket väntan, långa dagar
- ”*det här gör vi inte på sjukhuset, boka tid hos primärvården*” eller vice versa
- mycket information, vem sa vad
- får information, skriftliga, som man i mängden inte vet vem man fått de av, vad de innebär för mig
- ofta behov av anhörig under besöken
- läkemedel man fått utskrivet, har ett annat namn när det hämtas från Apotek
- saknar heltäckande planering, många planer idag förstår ofta inte innebörden
- kontinuitet, inte bara med läkare utan även övriga vårdgivare, många att hålla reda på
- sjukresor ses många gånger som hinder och inte möjligheter, regelverket
- öppen mottagning problem på våra turistorter för äldre bofast befolkning

En frågeställning från gruppen som jag skickar vidare.

Strukturerat och standardiserat arbetssätt finns för barnhälsovård, var finns strukturerat och standardiserat arbetssätt för äldrehälsovård?

Geriatrikern får **inte bli en administrativ handläggare** utan är till för samhällsmedborgaren. Det skall vara **nära samverkan med psykiatrin** och psykogeriatriker och att även **andra kompetenser knyts till det Geriatriska teamet**, som ex. logoped, dietist, kurator, apotekare.

7 ANALYS

Arbetet med äldre utifrån ett geriatriskt perspektiv innebär ett flerdimensionellt och tvärvetenskapligt synsätt.

Enligt Comprehensive Geriatric Assessment CGA [13], skiljer sig den geriatriska bedömningen åt från en vanlig medicinsk utvärdering på tre sätt, dels är den inriktad på äldre personer med komplexa problem, dels betonar den funktionell status och livskvalitet och dels är det en stor fördel om bedömningen genomförs tvärvetenskapligt dvs. teamarbete. Den standardiserade utvärderingen som används till hela befolkningen fungerar ganska bra, men den riskerar att missa de mest vanliga problemen som drabbar den äldre patienten, som intellektuell försämring, orörlighet, instabilitet, inkontinens och sjukdom som orsakas av vården.

Med det geriatriska teamet ökar möjligheterna att skapa en mer individuellt anpassad och jämlik vård.

Sammantaget från dokumentation och möten framkommer behov av samverkan och sammanhållen vård och omsorg kring gruppen ”de mest sjuka äldre”. Ett geriatriskt team har två övergripande syften dels som länets kompetenscentrum och dels en konsultativ roll i arbetet med målgruppen.

Ett geriatriskt team behövs i arbetet med **metodutveckling** som strukturer och strategier samt stå för **utbildningsinsatser** i länet. En sådan spetskompetens kan vara till stöd för väldigt många verksamheter och bidra till ökad kunskap i hela länet. Ett geriatriskt team behövs även i det strategiska arbetet t.ex. i planering och i samspel mellan olika huvudmän. De kan bidra till att tydliggöra processen för patienter med komplexa behov.

Sammanhållen vård och omsorg bygger på samverkan. Idag finns samverkansformer mellan kommuner och primärvård och dessa måste tas tillvara, utvecklas och förbättras. Det lokala teamarbetet med utgångspunkt från patientens perspektiv och i samverkan mellan huvudmännen måste vara grunden för ett bra omhändertagande. Titta mera på flödeseffektiviteten än på resurseffektiviteten.

En önskan är att kommunernas befintliga team utvecklar samverkan med primärvården, och att det finns sjuksköterskor i båda organisationerna som arbetar mot målgruppen som en fast vårdkontakt. De skulle utgöra basen kring den äldre och ingå i det lokala äldreteamet. Det är viktigt att det skapas möjlighet för sjuksköterskan att utöva sitt arbete i rollen och att kompetensen inom äldreområdet utvecklas. Här behövs utbildningsinsatser i både kommuner och primärvård.

Ett geriatriskt team fyller även en funktion som ett **konsultativt team** ut mot verksamheterna, både slutenvård och det lokala äldreteamet. Stödet kan bestå av att vara dialogpartner och även stå för kortare utredningsperioder och åtgärder för de mest komplexa fallen. Äldreteamet blir således den naturliga länken mot det geriatriska teamet.

Det har framkommit att det är viktigt att knyta psykiatrin och dess psykiogeriatriska kompetens till teamet samt att ta tillvara de goda erfarenheter som finns i länet t.ex. Storsjögläntan, Mobil läkare i Östersund och Mobila stroketeamet mm. Däremot kan man inte kopiera deras arbets sätt rakt av.

Att bygga och införa det Geriatriska Teamet är ett långsiktigt arbete som löpande skall utvärderas.

Ett sammanfattande behov som framkommit i kartläggningen är vikten av en god och hållbar samverkan med alla instanser för den äldre som sviktat i sin hälsa. Det är inga stora resurser som saknas utan mera ett stöd för patienternas övergångar mellan verksamheter och huvudmän.

8 FÖRSLAG

Efter dialog i Ledningskraft föreslås att ett Geriatriskt Team inrättas som ett komplement till den vård som bedrivs idag på sjukhuset, i primärvården och i kommunerna.

Förslag på kompetenser i teamet:

- Geriatriker
- Äldresjuksköterska
- Farmaceut
- Dietist

Resurser som teamet behöver ha tillgång till:

- Psykiogeratriker
- Logoped
- Kurator/socionom
- Arbetsterapeut
- Sjukgymnast

Dessa finns i befintlig verksamhet och uppdraget ingår i tjänsten.

Nästa steg blir att ta fram en länsövergripande uppdragsbeskrivning med förslag på aktiviteter, införandeplan samt finansiering.

9 KÄLLFÖRTECKNING

- 1 Statistiska centralbyrån *Folkmängd i riket, län och kommuner efter kön och ålder 31 december 2012*
- 2 Ledningskraft Strategi och handlingsplan "Bättre liv för sjuka äldre" för Jämtlands län 2012-2014
- 3 Socialdepartementet, SKL *Sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre 2012*
överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting
- 4 Wikipedia *Geriatrik*
- 5 Slutrapport *Äldres Hälsa processen* Jämtlands läns Landsting
- 6 Projekt *Multi 7 – bättre liv för sjuka äldre* Samarbete mellan Umeå kommun och Västerbottens läns landsting
- 7 Projekt *Att ta fram ett vård- och omsorgsprogram för de mest sjuka äldre* -stöd för vård och omsorgsgivare, kommuner, landsting och regioner Socialstyrelsen 2012
- 8 *Rapport från det palliativa konsultteamet 121001* Jämtlands läns landsting
- 9 Rapport *Ökad kompetens inom geriatrik och gerontologi* - förslag till utformning och genomförande av satsning Socialstyrelsen 2012
- 10 Rapport *Äldres behov av psykiatriskt stöd* Socialstyrelsen 2012
- 11 Maria Jönsson, Maude Martin *Utvärdering av funktionen mobil läkare – en kvalitativ intervjustudie*
Examensarbete (D-uppsats 15p, specialistsjuksköterskeutbildningen) vid Mittuniversitetet november 2012.
- 12 Health Navigator *Analyser av vård- och omsorgstunga målgrupper i Jämtlands län* 2013
- 13 SBU 2003 *Comprehensive Geriatric Assessment CGA* -omfattande geriatrisk bedömning



Uppdragsförslag Geriatriskt Stöd

Version: 1

Ansvarig: Ledningskraft

Ledningskraft

2014-02-22

Dnr:

ÄNDRINGSFÖRTECKNING

Version	Datum	Ändring	Beslutat av	Datum
1.	2013-12-09	Nyutgåva		
1.	2014-01-23	Reviderad av Ledningskraft		
1.	2014-02-22	Reviderad av SVOM	SVOM	2014-02-22

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1.1.....	2
2 BAKGRUND.....	4
3 SYFTE.....	4
3.1 Nyttan av Geriatriskt stöd för individ och organisation	5
4 MÅLSÄTTNING.....	5
5 GENOMFÖRANDE.....	5
5.1 Sammansättning av stödet.....	5
5.2 Genomförandeprocess.....	6
6 FÖRSLAG TILL FINANSIERING	8
6.1 Finansiering år 1.....	8
6.2 Finansiering år 2.....	9
7 UTVÄRDERING/UPPFÖLJNING.....	9

1 BAKGRUND

Jämtlands läns landsting tillhör ett av två landsting där det inte finns något Geriatriskt stöd eller Geriatrisk Enhet.

Länet består av (2012) 126 201 inv., varav 27 935 inv. är 65 år och äldre, vilket motsvarar ca 22% av länets befolkning, eller var 4-5:e invånare.

I Ledningskrafts Strategi och handlingsplan ”Bättre liv för sjuka äldre”, finns uppdraget att ta fram förslag på aktiviteter för ett Geriatriskt stöd i länet. En kartläggning av behovet har genomförts.

Kartläggningen visar att det geriatriska stödet behövs som ett **kompetenscentrum** i arbetet med metodutveckling, strukturer och utbildningsinsatser i länet. En sådan spetskompetens kan vara till stöd för väldigt många verksamheter och bidra till ökad kunskap i hela länet. Ett geriatriskt stöd behövs även i det strategiska arbetet t.ex. i planering och i samspel mellan olika huvudmän. De kan bidra till att tydliggöra processen för patienter .

Ett geriatriskt stöd fyller även en **konsultativ funktion** ut mot verksamheterna, både slutenvård, primärvård och kommunerna. Stödet kan bestå av att vara dialogpartner och även bidra med kortare utredningsperioder och åtgärder för de mest komplexa fallen.

Det har framkommit att det är viktigt att knyta psykiatrin och dess psykiogeriatriska kompetens till teamet.

Sammantaget, från Kartläggningen Geriatriskt team, framkommer behov av **samverkan** för en sammanhållen vård och omsorg kring gruppen ”de mest sjuka äldre” som t.ex. att vidareutveckla och arbeta konstruktivt med samverkansformer mellan kommuner och primärvård.

Det Geriatriska stödet gör skillnad, det blir en viktig ”pusselbit” tillsammans med och mellan olika verksamheter och huvudmän i det fortsatta arbetet för Karin och Karl.

2 SYFTE

Att vara länets kompetenscentrum inom geriatrik vilket ska leda till trygghet och självbestämmande för Karin och Karl. (Karin och Karl får symbolisera målgruppen)

2.1 Nyttan av Geriatriskt stöd för individ och organisation

Kompetenscentrum

- Bidrar till att öka den geriatriska kompetensen i länet vilket gynnar medborgarna
- Förflytta fokus till ett mera proaktivt arbetssätt genom att t.ex. skapa gemensamma riktlinjer och vårdprogram.
- Leder till att resurserna nyttjas på ett mer ändamålsenligt sätt.

Konsultativ funktion

- Handlar om rådgivning/bollplank och i en del fall korta utredningar med kliniska bedömningar och ev. åtgärder utifrån det geriatriska perspektivet.
- Konsulteras på begäran av ordinarie verksamheter i länet.
- Leder till att resurserna nyttjas på ett mer ändamålsenligt sätt

Samverkan

- Att i samverkan med specialiserad vård, primärvård, länets kommuner och individen tidigare upptäcka, bibehålla och tillvarata Karins och Karls resurser även om man är skör.
- Att tillsammans med Karin och Karl skapa bättre förutsättningar för en bra livskvalitet även om man är skör , vilket troligtvis ökar både Karins, Karls och deras närståendes trygghet.
- Helhetssyn

3 MÅLSÄTTNING

Ökad patient/ brukarnöjdhet

Minska återinskrivningar och undvikbar slutenvård

Ökad tillgänglighet för stöd till personal

Mätbara mål fastställs senare

4 GENOMFÖRANDE

4.1 Sammansättning av stödet

Kompetenser som föreslås ingå i det Geriatriska stödet är

- ✓ Äldresjuksköterska
- ✓ Geriatriker
- ✓ Farmaceut
- ✓ Dietist

Stödet ska finnas i nära samarbete med olika kompetenser i befintliga verksamheter för metodutveckling och i ärenden kring enskilda personer. Information om stödet behöver spridas i verksamheterna.

GERIATRISKT STÖD	
Äldresjuksköterska	Samordningsfunktion, länk mellan huvudmän, funktioner, kompetenser mm. Vara med i uppbyggnadsfasen, metodutveckling, kompetensutveckling, rådgivande/konsultativ roll samt i förekommande fall klinisk verksamhet utifrån sitt kompetensområde
Geriatriker	Vara med i uppbyggnadsfasen, metodutveckling, kompetensutveckling, rådgivande/konsultativ roll samt i förekommande fall klinisk verksamhet utifrån sitt kompetensområde.
Farmaceut	Vara med i uppbyggnadsfasen, metodutveckling, kompetensutveckling, rådgivande/konsultativ roll samt i förekommande fall klinisk verksamhet utifrån sitt kompetensområde
Dietist	Vara med i uppbyggnadsfasen, metodutveckling, kompetensutveckling, rådgivande/konsultativ roll samt i förekommande fall klinisk verksamhet utifrån sitt kompetensområde

ARBETSGRUPP till stödet under uppbyggnadsfasen	
Psykogeriatriker	Resurs från psykiatrin
Logoped	Resurs från specialiserade vården Geriatrisk kompetens önskvärd
Socionom/kurator	Resurs från Östersunds kommun Geriatrisk kompetens önskvärd
Arbetsterapeut	Resurs från kommunerna Geriatrisk kompetens önskvärd
Sjukgymnast	Resurs från utvecklingsledare Geriatrisk kompetens önskvärd

Omfattning: Ca 5 % under 6 månader. Respektive huvudman bidrar med resurs till arbetsgruppen.

4.2 Genomförandeprocess

Uppdragsgivare till Geriatriskt stöd under 2014 blir Ledningskraft. Därefter behöver Fredagsgruppen utveckla en permanent ledningsstruktur för äldre frågor som ska verka i befintliga samverkansstrukturer. Ansvar för införandeprocessen ges till det Geriatriska stödet.

Ledningskraft

2014-02-22

Dnr:

Projektet består av två faser:

- uppbyggnadsfas
- pilot med utvärdering

Initialt skapas en referensgrupp. Följande kategorier föreslås ingå i referensgruppen: teamets äldresjuksköterska och geriatriker, MLU - primärvård, VC/EC primärvård, VC/EC specialiserad vård, vårdplaneringssjuksköterska specialiserad vård, psykiatriker, läkare från specialiserad vård, MAS, vård och omsorgschef från kommunen, biståndshandläggare och representant från Ledningskraft.

Äldresjuksköterskan är sammankallande och ansvarig för dokumentation och utvärdering under införandet.

- **Uppbyggnadsfas**
 - ta fram kompetensutvecklingsplan för teamet
 - ta fram plan för kompetenshöjande utbildningsinsatser mot verksamheterna
 - utarbeta en gemensam arbetsmodell för stödet och länet
 - ge förslag på strukturer, metoder, system, vårdprogram mm.
 - implementeringsplan
 - utvärderingsplan
- **Pilot**
 - test av modellen begränsad till utvald kommun/kommuner
 - piloter utses av Ledningskraft t.ex. 1 gott exempel och 2 områden med förbättringspotential. Praktisk hjälp och rådgivning fokuseras initialt på ytterkommunerna eftersom Östersunds kommun får tillgång till geriatriker via primärvården till några SÄBO. Därutöver finns även mobil läkarresurs.
 - utvärdering och justeringar
- **Utvärdering**

Projektet Geriatriskt stöd påbörjas när geriatriker och äldresköterska finns på plats. Det beräknas från start till utvärdering ta 2 år. Arbetsinnehållet fördelas förslagsvis, 50 % kompetenscentrum och 50 % konsultativ resurs. Stödets arbete föreslås pågå under en provotid på två år innan det helt kan utvärderas.

Ledningskraft

2014-02-22

Dnr:

Införandeplan Geriatriskt Team																		
	Planering			Uppbyggnadsfas			Pilot			Införande								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	
Rekrytera Team																		
Rekrytera referensgrupp																		
Rekrytera arbetsgrupp																		
Kompetensutvecklingsplan																		
Teamutveckling																		
Kompetensutv. Teamet																		
Implementeringsplan																		
Struktur vårdprogram																		
Utvärderingsmodell																		
Pilot inkl. tester i liten skala																		
Utvärdering av pilot																		
Justeringar																		
Införande																	forts.	
Äldresjuksköterska	100%																	
Geriatriker	50%																	
Farmaceut	20%																	
Dietist	20%																	
Arbetsgrupp				5% under 6 månader						Efter avrop								
Referensgrupp				3-4 möten å 2 timmar				2 möten å 2 timmar										

5 FÖRSLAG TILL FINANSIERING

5.1 Finansiering år 1

I kostnadsberäkningen för personal ingår lönekostnader och sociala avgifter, OH, lokal, kontorsmaterial, IT-infrastruktur (ej personlig utrustning), telefon och friskvård. Kostnaderna är preliminära

KOMPETENS	OMFATTNING	KOSTNAD
Äldressk/projektledare	100 %	680 000
Geriatriker	50 %	770 000
Dietist	20 %	140 000
Farmaceut tjänsteköp	20 %	140 000
Utrustning, resor, kompetensutveckling		300 000
Summa		2 030 000

Under de 3-6 första månaderna behövs resurser från verksamheten som referenspersoner. Den kompetensen bidrar respektive huvudman med.

Ledningskraft

2014-02-22

Dnr:

Finansieringsförslag:

Regionförbundet = 735 000 kr

Resterande fördelas lika mellan landstinget och kommunerna.

Landstinget = 647 500 kr

Kommunerna = 647 500 kr fördelat utifrån folkmängd (2013-11-01)

Berg	36 665 kr
Bräcke	33 784 kr
Härjedalen	52 524 kr
Krokom	74 878 kr
Ragunda	28 033 kr
Strömsund	61 581 kr
Åre	53 421 kr
Östersund	306 614 kr

5.2 Finansiering år 2

Total kostnad inkl. uppräknings motsvarande 2 %: 2 070 600 kr

Landstinget bekostar hälften motsvarande: 1 350 000 kr.

Kommunerna bekostar hälften motsvarande: 1 350 000 utifrån folkmängd (2013-11-01)

Berg	58 607 kr
Bräcke	54 002 kr
Härjedalen	83 957 kr
Krokom	119 688 kr
Ragunda	44 809 kr
Strömsund	98 435 kr
Åre	85 391 kr
Östersund	490 110 kr

Övriga kompetenser finns ute i verksamheten.

6 UTVÄRDERING/UPPFÖLJNING

Plan för uppföljning tas fram av det Geriatriska stödet när de finns på plats och godkänns av Ledningskraft.

Till projektet knyts Nordic Healthcare Group (NHG) som följeforskare i utvärderingen. Bekostas av Socialdepartementet.



§ 23

Verksamhetsprognos

Närårdschefen har upprättat förslag till prognos per april 2014, bilaga. Prognosen pekar på ett underskott i driftsbudget med närmare 600 000 kronor. Orsakerna till detta utfall kan främst sökas i ett nytt beslut om LSS-insatser, hjälpmedel, fortbildning m.m.

Sedan prognosen upprättades har en merkostnad om ytterligare 85 000 kronor i oförutsedda kostnader uppkommit. Närårdschefen ser inga möjligheter att under resterande del av året komma i balans med budget.

Närårdsnämndens beslut

Närårdsnämnden söker hos kommunstyrelsen/kommunfullmäktige om ett tilläggsanslag för 2014 med 679 000 kronor.

Beslutsexpediering
Kommunstyrelsen

Förvaltning/avdelning: Närvård Frostviken

Prognos baserad på redovisning
t.o.m:

Verksamhetsprognos driftbudget (exkl kapitalkostnad)

- Februari Mars
 April Maj
 Augusti September
 Oktober November

Budget (belopp tkr)			Prognos helår (belopp tkr)			Nettoavvikelse	Föregående prognos
Kostnader (inkl tilläggsbudget)	Intäkter (inkl tilläggsbudget)	Nettoram	Kostnader	Intäkter	Netto	Prognos helår	
32 063	11 490	20 573	32 907	11 740	21 167	-594	-445

A. Förvaltnings-/avdelningschefs kommentar om nuläget

Fortsatt arbete med arbetslagsutveckling pågår med den sista uppföljningen i programmet 14 och 15/5. Arbete med kvalitetssystem fortgår. I arbetslaget finns fem personer med ryggproblematik vilket genererar i viss korttidsfrånvaro. Ångmaskin och skurmaskin är inköpta med syfte att förbättra arbetsmiljö vid rengöring av alla stora golvytor samt hygienutrymmen.

Asylsökande kom till Gäddede under april månad, de nyanlända hade inte hälsoundersökts varför vi har tagit hjälp av personal från Grytans asylboende i Östersund med dessa undersökningar då de har inarbetad rutin för undersökningarna, tre personer utförde arbetet på en dag. För övrigt har de nyanlända inte förorsakat en ökad belastning av sjukvården i området i någon onormal omfattning.

B. Åtgärd/förslag för att komma inom budgetram

1. Ställningstagande till att söka tilläggsanslag

Beaktad i prognos	Kräver poli- tiskt beslut	Behandling i nämnd, datum	Besluts- paragraf	Krävs beslut
<input type="checkbox"/> J <input checked="" type="checkbox"/> Nej	<input checked="" type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> Nej	20140523	_____	<input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> KF
<input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> Nej	_____	_____	<input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> KF
<input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> Nej	_____	_____	<input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> KF
<input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> Nej	_____	_____	<input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> KF

C. Kommentar till avvikelse i förhållande till föregående prognos

Ett nytt LSS beslut är taget och under verkställande, privat vårdgivare kommer troligen att anlitas, förändringen genomförs under hösten 2014. Vi ser ett ökat antal beslut hos nytillkomna vårdtagare om att få hjälp med dusch t vå gånger i veckan, nytillkomna vårdtagare ställer andra krav än vad vår hemtjänst traditionellt har utförtliksom att det tillkommit två ärenden ute i hemtjänst där det krävs dubbelbemanning.

Prognos baserad på redovisning t.o.m:

2014

Febr Mars Apr Maj

Aug Sept Okt Nov

Förvaltning/avd: NÄRVÅRD Frostviken

Ändamål	Kostnader (belopp i tkr)			Intäkter (belopp i tkr)			Netto- avvikelse	Kommentarer
	Budget (inkl TA*)	Prognos helår	Prognostiserat över/underskott	Budget (inkl TA*)	Prognos helår	Prognostiserat över/underskott		
008 Nämnd	250	250						
197 Ledn./adm	1 998	1 998						
717 Pers. assistans	685	900	-215				-215	Nytt LSS-beslut igångsätts under hösten, utförs fn av hem-tjänst distrikt Forsgården
718 Stödinsatser	70	150	-80				-80	Ny kontaktperson och förändrade arvoden Korttidsboende enl LSS nytt beslut 2014
720 Hälsocentral	6 249	6 249		5 373	5 373			
721 Ambulansverks.	5 928	5 928		5 087	5 087			
771 Särsk.boende	8 401	8 700	-299	485	585	100	-199	Inköp skurmaskin,fortbildning, ergonomiutbildning arbetslagsutveckling, kvalitetsarbete
778 Trygghetsboende	393	393						
781 Hemvård	6 215	6 465	-250	460	610	150	-100	Vård i livets slut, ökad vårdtyngd. Ökade intäkter pga ändrade biståndsbeslut.
782 Hemsjukvård	1 671	1 671		35	35			
786 Fotvård	203	203		50	50			
Summa	32 063	32 907	-844	11 490	11 740	250	-594	

* TA=tilläggsanslag/-budget



§ 24

Inriktningsmål per april 2014 - resultat, bilaga

Närårdschefen informerar.

När det gäller målet om möjlighet till utevistelse har inte alla blivit erbjuden detta enligt signeringslistan. De övriga målen har uppfyllts.

Ett problem är att signeringen för utförda uppgifter inte varit fullständig. Denna brist kan tolkas så som att uppgiften inte utförts. Vikten av signering har vid olika tillfällen påtalats av arbetsledningen för personalen.

Närårdsnämndens beslut

1. Närårdsnämnden ger sitt fulla stöd för arbetet med att erinra personalen om vikten av att signera efter utförd uppgift.
2. Nämnden tar också med godkännande del av redovisningen om uppfyllse av de mål nämnden antagit.

Nämnd: Närvårdsnämnden i Frostviken**Tidpunkt: April 2014**

Inriktningsmål 2014	Effektmål 2014	Indikatorer (kolumnen tas bort i redovisningen till KF)	Resultat	Uppfyllt ja/nej
Varje verksamhetsnämnd ska ta ansvar för genomförandet av folkhälso-programmet	Varje vårdtagare i särskilt boende ska stimuleras till fysisk aktivitet och utevistelse vid minst ett tillfälle i veckan under hela året	Dokumentation av ansvarig kontaktperson på särskild signeringslista. Utvärderas en gång per år.	Alla har inte blivit erbjudna enligt signeringslista	Nej
Analys och kommentar: Aktiviteter finns inplanerade varje vecka. Enligt personalen fungerar inte rutinen med att signera fullt ut, man glömmer.				
Det är god tillgänglighet till verksamheter och tjänster	Väntetid från ansökan till erbjudande om plats i särskilt boende efter gynnande beslut ska max uppgå till 60 dagar	Väntetid i antal dagar från ansökningsdatum till erbjudet inflyttningsdatum till särskilt boende, medelvärde. Kommunen (SKL/RKA) tas fram manuellt i december.	Redovisas vid årsskiftet	Ja
Analys och kommentar: En person har flyttat in hitintills under året, ingen har flyttat ut. Ingen väntetid eftersom det fanns lägenheter lediga.				
Verksamheten bedrivs så att det är tryggt och säkert	Antalet personal som en hemtjänstmottagare som mest möter under 14 dagar ska i genomsnitt uppgå till högst 12 olika personer	Antal olika personal som en hemtjänstmottagare möter under en 14 dagarsperiod. Personer 65 år och äldre med två eller flera hemtjänstinsatser varje dag. Kommunen (SKL/RKS). Årlig uppföljning.	Under vecka 11-12 under 2014 träffade en hemtjänstmottagare i genomsnitt 12 olika personer	Ja

Analys och kommentar:				
Kontinuitet läkare	Vid uppföljning, återbesök, av kroniska sjukdomar ska patienten träffa sin ordinarie läkare	Statistik ur VAS (Vårdadministrativt system). Utvärderas i december årligen.	Redovisas vid årsskiftet	Ja
Analys och kommentar: Hitintills under året har endast en läkare arbetat på HC i Gäddede				



§ 25

Vägvisaren, kvalitetssystem redovisning av arbetet 2014-05-16

Gunilla Mellgren informerar.

Kommunens tjänstemän inom vård och omsorg har upprättat ett förslag som ännu inte är slutbehandlat. Avsikten är att det ska bli ett kvalitetssystem till stöd för arbetet inom såväl socialnämndens som närvårdsnämndens ansvarsområde.

Ett färdigt förslag kan presenteras för närvårdsnämnden under nästkommande sammanträde.

Beslut

Närvårdsnämnden tar del av rapporten och emotser ett färdigt förslag att behandla under sammanträdet den 29 augusti 2014. Bilaga

Titel: Vägvisaren Kvalitetsledningssystem för socialtjänsten
och hälso- och Sjukvården i Strömsunds Kommun

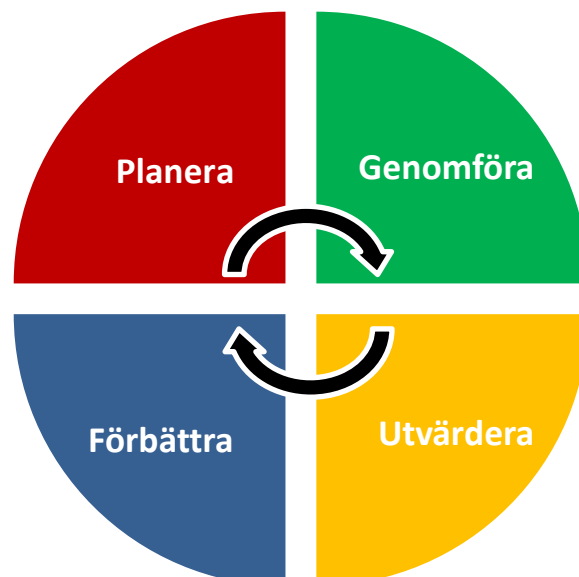
Id: 70
Version: 1.0

Typ: Kvalitetsledningssystem
Fastställt: 2014-01-10
Socialchef Monica Lundgren

Giltighetstid: 2015-04-24
Uppdateras: 2015-04-24

Vägvisaren

Kvalitetsledningssystem för socialtjänsten och hälso- och sjukvården i Strömsunds kommun



Innehåll

1 Inledning	3
1.1 Grunderna för det systematiska kvalitetsarbetet	3
Ledningssystemet som ett förbättringshjul	3
1.2 Kvalitet.....	4
1.3 Syfte.....	6
1.4 Kvalitetshandbokens omfattning	7
1.5 Styrdokument, vision, mål, planer och uppföljning	7
2 Ansvar och dokumentstyrning	9
2.1 Ansvarsfördelning i kvalitetsarbetet	9
2.2 Dokumentstyrning och ansvar för dokumentens aktualitet	12
3 Fokusområden	12
3.1 Internkontroll, egenkontroll samt dokumentation av kvalitetsarbetet	12
3.2 Kvalitetssäkring av verksamheternas processer	13
3.3 Personalförsörjning och kompetensutveckling.....	14
3.4 Intern och extern samverkan	15
3.5 Tillgänglighet och bemötande.....	16
3.6 Handläggning och dokumentation samt spårbarhet i ärenden rörande enskilda	17
3.7 Medarbetarnas medverkan.....	18
3.8 Förslag, synpunkter och klagomål.....	19
3.9 Riskanalyser	20
3.10 Upphandling	21
3.11 Metoder för diagnostik, vård och behandling.....	22
4 Lagstiftning	23

1 Inledning

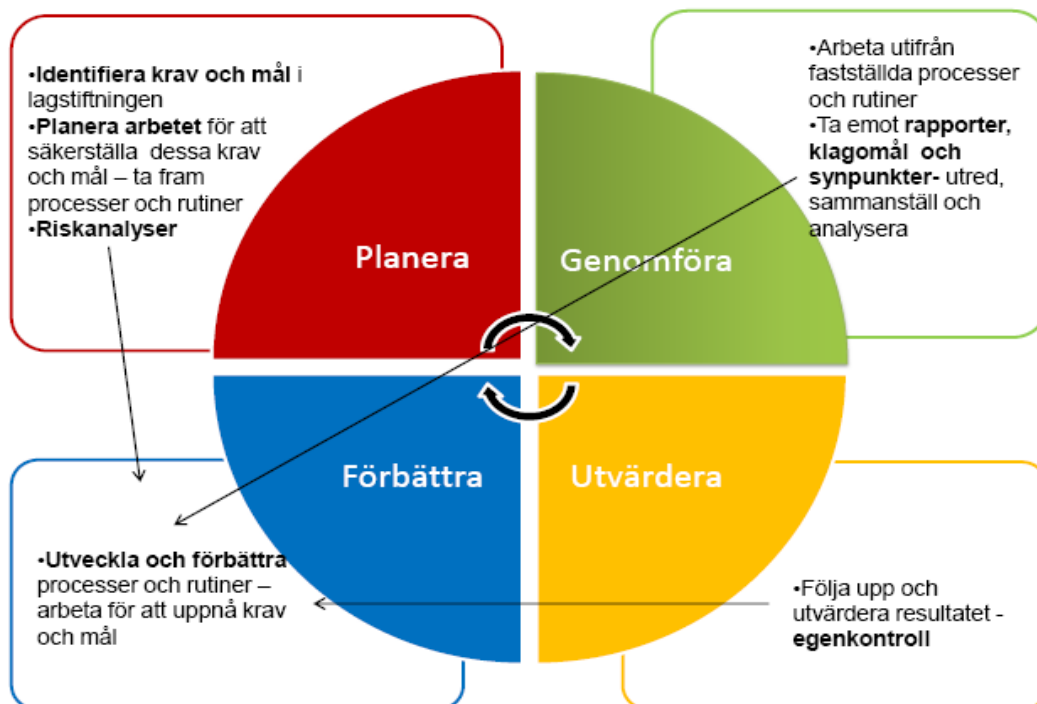
1.1 Grunderna för det systematiska kvalitetsarbetet

I denna kvalitetshandbok beskrivs Socialnämndens ledningssystem för kvalitet inom vård- och socialförvaltningens verksamhet samt Gemensam nämnd för närvård i Frostviken, i dagligt tal kallad närvård Frostviken.

Kvalitetshandboken är det styrande dokumentet för kvalitetsledningssystemet och ska säkerställa arbetsformerna för verksamhetens kvalitetsarbete och kvalitetsutveckling. Handboken ska göra det möjligt att på ett överskådligt sätt få en helhetsbild över systemet.

Ledningssystemet som ett förbättringshjul

Bilden visar grunden i uppbygganden av ledningssystemet samt det systematiska förbättringsarbetet. De inre pilarna visar på fasernas tidsordning och att kvalitetsarbetet alltid pågår. De långa pilarna visar på att underlag till att utveckla och förbättra verksamhetens processer och rutiner kan komma fram direkt under varje fas (planering, genomförande och utvärdering). Eftersom kvaliteten ständigt ska utvecklas och säkras blir ett ledningssystem aldrig färdigt.



Referens: Socialstyrelsen, handbok, Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

Jämställdhetsintegrering

I denna kvalitetshandbok används ibland benämningen kommunmedborgare eller den enskilde. Med dessa benämningar avses kvinnor och män, flickor och pojkar som vård- och socialförvaltningen och närvård Frostviken ger insatser till.

Bakgrund

I Socialstyrelsens författningssamling *SOSFS 2011: 9 Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete*, beskrivs kraven för vad ett kvalitetsledningssystem ska omfatta. SOSFS 2011:9 består av både föreskrifter (bindande regler) och allmänna råd (rekommendationer).

Nämnderna ansvarar för att det finns ett ledningssystem för det systematiska kvalitetsarbetet som fastställer grundprinciperna för ledning av verksamheten, ställer upp mål samt följer upp och utvärderar dessa mål.

Kvalitetsledningssystemet ska integreras med de befintliga system för målstyrning samt budget- och verksamhetsplanering som nämnderna har. Nämnderna ska också försäkra sig om att det bedrivs ett systematiskt kvalitetsarbete i övrig yrkesmässigt bedrivna enskild verksamhet som nämnden upphandlar tjänster av eller har avtal med.

1.2 Kvalitet

Bestämmelser om god kvalitet återfinns i Socialtjänstlagen (2001:453 3 kap. § 3), i Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade (1993:387 § 6) samt i hälso- och sjukvårdslagen (1982:736 § 2).

Kvalitet definieras enligt SOSFS 2011:9, 2 kap 1§.

att en verksamhet uppfyller de krav och mål som gäller för en verksamhet enligt

- lagar och andra föreskrifter om hälso- och sjukvård, socialtjänst och stöd och service till vissa funktionshindrade, samt
- beslut som har meddelats med stöd av sådana föreskrifter

Förutsättningar för kvalitet inom hela socialtjänstens ansvarsområden kräver en samsyn kring vad som är viktigt. Definitioner är centrala för att kunna uppnå det. Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting har under 2010 arbetat fram definitioner på sex områden.

Definitioner

Självbestämmande och integritet

Självbestämmande och integritet innebär att den enskilde är delaktig, har inflytande och ges möjlighet till egna val.

Helhetssyn och samordning

Helhetssyn utgår från den enskildes samlade livssituation. Då den enskilde har behov av tjänster som bedrivs inom olika verksamheter eller av olika utförare och professioner är dessa samordnade. Det finns en tydlig ansvarsfördelning. Tjänsterna präglas av kontinuitet.

Trygghet och säkerhet

Trygg och säker innebär att tjänsterna utförs enligt gällande regelverk. Tjänsterna är transparenta vilket innebär förutsägbarhet och möjlighet till insyn. Risk för kränkning, försummelse, fysisk eller psykisk skada förhindras genom förebyggande arbete.

Kunskapsbaserad verksamhet

Kunskapsbaserad innebär att tjänsterna utförs i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet. Den enskildes erfarenheter tas till vara.

Tillgänglighet

Tillgänglig innebär att det är lätt att få kontakt med socialtjänsten och vid behov få del av tjänsterna inom rimlig tid. Information och kommunikation är begriplig och anpassad efter olika grupper och individers behov. Kommunikationen mellan den enskilde och professionen präglas av ömsesidighet och dialog. Verksamheterna är fysiskt tillgängliga.

Effektivitet

Effektivitet innebär att resurserna utnyttjas på bästa sätt för att uppnå uppsatta mål för verksamheten

<http://www.socialstyrelsen.se/indikatorer/godvardochomsorgisocialtjansten>

Kvalitetsarbetet inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården i Strömsunds kommun ska dessutom:

- bidra till att kommunmedborgarnas behov av service och stöd tillgodoses
- skapa förutsättningar för ett kontinuerligt förändrings- och utvecklingsarbete
- bedrivs systematiskt
- vara en integrerad del i det dagliga arbetet

Krav på ledningssystemet

(text inom parentes under denna rubrik hänvisar till kapitel i SOSFS 2011:9)
Ledningssystemet ska säkerställa att:

1. uppföljningsbara mål fastställs, dokumenteras och kontinuerligt följs upp
2. kvalitetsarbetet är anpassat till verksamhetens inriktning, storlek och omfattning och vad som krävs för att nå uppsatta mål (4 kap 1§)
3. ansvarsfördelningen i kvalitetsarbetet fastställs (3 kap)
4. system finns för egenkontroll och förbättrande åtgärder genom årliga kvalitetsrapporter och "ledningens genomgång" (5 kap 2 och 6§§)
5. det systematiska kvalitetsarbetet dokumenteras genom kvalitetsrapporter, patientsäkerhetsberättelse och "ledningens genomgång" (7 kap 1,2 och 3§§)
6. de processer, aktiviteter och rutiner fastställs, som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet (4 kap 2§)
7. de processer för samverkan internt och externt fastställs, som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet (4 kap 5 och 6§§)
8. system finns för riskanalyser (5 kap 1§)
9. system finns för utredning, sammanställning och analys av klagomål och synpunkter från enskilda och anhöriga (5 kap 3§)
10. system finns för utredning, sammanställning och analys av medarbetares rapporteringsskyldighet som avvikelser och Lex Sarah (5 kap 4 och 5§§)
11. enskilda och grupper, t ex brukarorganisationer, ges möjlighet att vara delaktiga i arbetet med att utveckla och säkra kvaliteten
12. medarbetare medverkar i arbetet med att utveckla och säkra kvaliteten och att kvalitetsarbetet är väl förankrat bland alla medarbetare i organisationen (6 kap 1,2 och 3 §§)
13. vårdskador förebyggs och att kvalitetsarbetet utgår från identifierade och prioriterade vårdbehov samt vårdprocesser (5 kap 5 §:1)

1.3 Syfte

Ett väl fungerande ledningssystem för kvalitetsarbetet innebär att det för verksamheten finns en organisatorisk struktur med ett uttalat och tydligt ansvar, dokumenterade rutiner, identifierade processer samt rutiner för uppföljning.

Systemet ska vara lättillgängligt för medarbetarna och ett stöd i det dagliga arbetet samt motivera till att utveckla verksamhetens kvalitet.

1.4 Kvalitetshandbokens omfattning

Vård- och socialförvaltningens verksamheter

Den samlade socialtjänsten i Strömsunds kommun består av fyra verksamheter; omsorger om personer med funktionsnedsättning, äldreomsorg, individ- och Familjeomsorg, samt biståndsenhet. Hemsjukvård ingår även i kommunens ansvarsområde.

Kvalitetshandboken gäller i tillämpliga delar för de olika verksamheterna.

Fokusområden

I kvalitetsföreskriften (*SOSFS 2011: 9*) görs inte, som tidigare, någon åtskillnad mellan ledningssystem för den samlade socialtjänsten eller hälso- och sjukvård. Den nya kvalitetsföreskriften med dess rubriker och fokusområden är gemensam för alla dessa verksamheter.

Fokusområdena, som förtydligar de centrala områdena i verksamheternas kvalitetsarbete, återfinns i kapitel 3.

Rutiner, riktlinjer, instruktioner m fl dokument som stödjer kvalitetsarbetet finns samlade under Vård och socialförvaltningens sida på intranät (se även kap. 2, Ansvar och 2.2 dokumentstyrning).

1.5 Styrdokument, vision, mål, planer och uppföljning

Vision

Vård- och socialförvaltningen har en vision med två inriktningar.

Kommunmedborgarna är trygga i sina dagliga liv därför att de vet att vård- och socialförvaltningens medarbetare ger stöd, skydd och hjälp som de behöver och har rätt till.

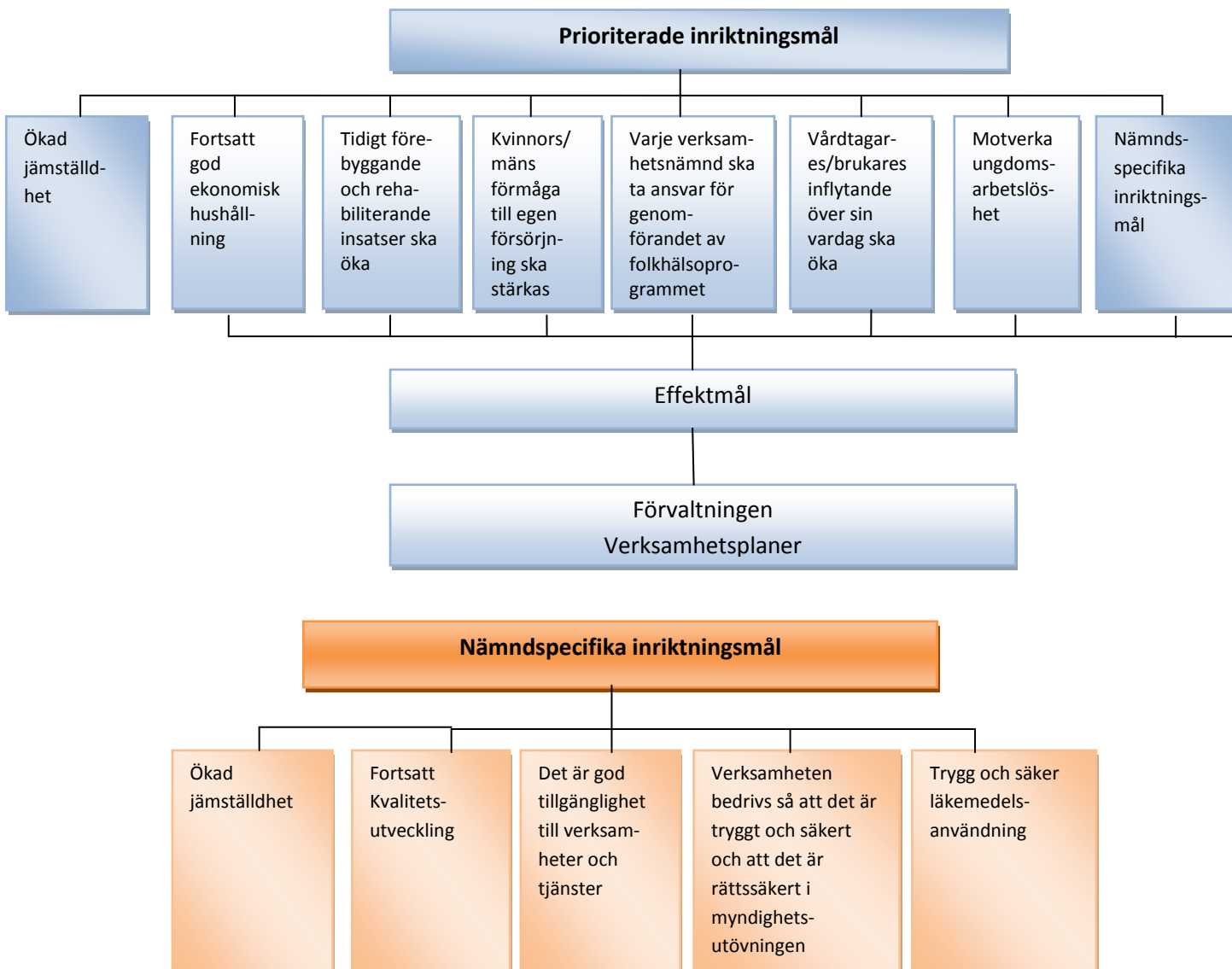
Jag som arbetar i vård- och socialförvaltningen i Strömsunds kommun är stolt och glad över att jag gör ett bra jobb. Jag vet att det är min kompetens och arbetsinsats som gör det möjligt för kommunmedborgarna att vara trygga och bekräftade där de bor. Jag är uppskattad och jag vet att arbetsledningen ser min insats och är nöjd med den.

Mål

Kommunfullmäktige tar beslut om politiska prioriteringar. Kommunfullmäktiges antagna politiska prioriteringar finns uttryckta i övergripande och prioriterade **inriktningsmål**. Varje nämnd och styrelse ska värdera fullmäktiges politiska prioriteringar och hur de påverkar verksamheten och budgeten. Nämnden/styrelsen kan komplettera fullmäktiges inriktningsmål med egna nämndsspecifika inriktningsmål.

Varje inriktningsmål ska kompletteras med ett eller flera **effektmål** (önskvärt resultat i tid, kvalitet och kvantitet) med indikator (definierar konkret hur effektmålet ska mätas). Alla effektmål och indikatorer som berör individer ska vara könsuppdelade.

Nämnden ansvarar för uppföljningen och rapporteringen ska innehålla viktiga mätresultat med framförallt analyser, slutsatser och kommentarer som förklarar resultatet och vad det betyder för den egna verksamheten och Strömsunds kommun som helhet.



Planer

Socialnämnden har valt att uttrycka sin politiska viljeinriktning i ett antal inriktningsmål till förvaltningen. Utifrån den politiska viljeinriktningen tar varje område fram sin egen verksamhetsplan.

Internkontrollplan fastställd av Socialnämnden samt *egenkontrollplan* fastställd av förvaltningschefen finns på intranät och följs upp årligen.

Uppföljning

I förvaltningens *årliga kvalitetsberättelse* publiceras sammanfattning av den analys som har gjorts som tillhör områdena systematiskt förbättringsarbete (SOSFS 2011:9, 5 kap) och kvalitetsberättelse/patientsäkerhetsberättelse (SOSFS 2011:9, 7 kap).

2 Ansvar och dokumentstyrning

2.1 Ansvarsfördelning i kvalitetsarbetet

För att kvalitetsarbetet ska bedrivas systematiskt ska det finnas en angiven fördelning av ansvar och befogenheter. I dokumentet "Delegationsordning för socialnämndens verksamhet" finns överordnade beslut som anger delegation.

All medarbetare har ett ansvar för att känna till och aktivt arbeta utifrån nämndens vision och mål, samt ett eget ansvar för att utföra sitt arbete med god kvalitet. I varje möte med kvinnor, män, flickor och pojkar synliggörs och avgörs kvaliteten.

Kvalitet kan även uttryckas som förhållandet mellan förväntning och upplevelse. Det ska vara tydligt vad de enskilda kan förvänta sig av vård- och socialförvaltningen och närvård Frostviken. De som kommer i kontakt med verksamheterna bedömer kvaliteten på arbetet i förhållande till vad de har förväntat.

Socialnämnd tillika vårdgivare enligt hälso- och sjukvårdslagen, ansvarar för att det finns ett ledningssystem för det systematiska kvalitetsarbetet, och har ett övergripande ansvar för:

- att ledningssystemet integreras med de befintliga system för budget- och verksamhetsplanering som nämnden har
- att fastställa övergripande mål för det systematiska kvalitetsarbetet samt kontinuerligt följa upp och utvärdera målen
- att ge direktiv och säkerställa att ledningssystemet för varje verksamhet är ändamålsenligt med mål, organisation, rutiner, metoder och processer som säkerställer kvaliteten
- att ge direktiv och säkerställa att ledningssystemet är så utformat att processerna fungerar verksamhetsöverskridande
- att följa de avsnitt i hälso- och sjukvårdslagen samt de förordningar och föreskrifter som anger vårdgivarens ansvar, se författningshänvisning sidan 11
- att verksamheten är organiserad så att hög patientsäkerhet och god kvalitet kan upprätthållas samt ge förutsättningar för detta
- att utse verksamhetschef enligt § 29 i hälso- och sjukvårdslagen

Socialchef (Verksamhetschef enligt hälso- och sjukvårdslagen) ansvarar för:

- att inom ramen för vårdgivarens ledningssystem ta fram, fastställa och dokumentera rutiner för hur det systematiska kvalitetsarbetet kontinuerligt ska bedrivas för att kunna styra, följa upp och utveckla verksamheten
- att mål för verksamheten formuleras och för att dessa nås
- att upprätta en övergripande verksamhetsplan för förvaltningen
- uppföljning och analys av verksamheten, så att åtgärder kan vidtas för att förbättra vården
- att kommunicera och omsätta nämndens övergripande mål och förvaltningens strategier inom den samlade socialtjänsten
- att följa de avsnitt i hälso- och sjukvårdslagen, samt de förordningar och föreskrifter som anger verksamhetschefens ansvar, se författningshänvisning sidan 11
- att utse person ansvarig för informationssäkerhetsarbetet inom hälso- och sjukvårdsområdet, delegerat från SN
- att utse vem som har förskrivningsrätt avseende kostnadsfria förbrukningsartiklar vid inkontinens, diabetes, stomi (SOSFS 2008:1)
- att utse vem som har förskrivningsrätt avseende medicintekniska produkter, delegerat från socialchef (SOSFS 2008:1)
- att utse vem som har förskrivningsrätt avseende vissa läkemedel (SOSFS 2001:16)

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) utses av kommunstyrelsen och ansvarar för:

- att följa de avsnitt i hälso- och sjukvårdslagen, samt de förordningar och föreskrifter som anger MAS ansvar, se författningshänvisning sidan 11,
- att anmäla till Inspektionen för vård- och omsorg (IVO) när någon i samband med hälso- och sjukvård drabbats av eller utsatts för risk att drabbas av allvarlig skada eller sjukdom (Lex Maria SOSFS 2005:28), delegerat från SN
- att vara anmälningsansvarig avseende negativa händelser och tillbud med medicintekniska produkter, delegerat från SN (SOSFS 2008:1)

Områdescheferna har det övergripande kvalitetsansvaret inom sina verksamhetsområden

Detta innebär att;

- upprätta/revidera en årlig verksamhetsplan
- inom sitt verksamhetsområde bedriva ett systematiskt kvalitetsarbete
- göra en ansvarsfördelning inom sitt verksamhetsområde
- kommunicera och omsätta övergripande strategier och mål inom sitt verksamhetsområde
- föra dialog i samrådsorgan (ex Kommunala pensionärsrådet, Tillgänglighetsrådet, lokalt brukarsamråd) med representanter för målgrupperna
- skapa förutsättningar för underställda chefer/medarbetare att i vardagen analysera och reflektera över kvalitet och resultat
- inom sitt verksamhetsområde följa upp, utvärdera, utveckla och dokumentera kvalitetsarbetet

Enhetscheferna leder kvalitetsarbetet inom sin enhet

Detta innebär att;

- genom bemötande och personligt engagemang vara föredöme i ett kvalitetsarbete
- inom sin enhet bedriva ett systematiskt kvalitets- och förbättringsarbete
- göra en ansvarsfördelning inom sin enhet
- kommunicera och omsätta övergripande strategier och mål inom sin enhet
- föra dialog med kvinnor och män, flickor och pojkar som får sina insatser inom enheten, samt med anhöriga, om verksamhetens utveckling och resultat
- inbjuda till anhörigträffar
- vara tillgänglig för de som får sina insatser inom enheten för att underlätta deras möjlighet att påverka kvaliteten
- skapa förutsättningar för underställda medarbetare att i vardagen reflektera kring kvalitet
- inom sin enhet följa upp, utvärdera, utveckla och dokumentera kvalitetsarbetet.
- tillsammans med medarbetarna, utveckla och förbättra arbetsmetoder för att tillgodose enskildas individuella behov

Alla medarbetare

Ska kontinuerligt medverka i det systematiska kvalitetsarbetet genom att;

- skapa förtroende och god kvalitet vid varje möte med kvinnor och män, flickor och pojkar samt anhöriga
- delta i framtagande och vidareutveckling av rutiner och metoder
- tillämpa gällande rutiner och följa instruktioner, riktlinjer mm
- delta i uppföljning av mål och resultat
- rapportera fel och brister, risk för missförhållanden/missförhållanden avvikelser i vården, förslag, förslag, synpunkter och klagomål
- delta i avvikelse- och riskhantering

Externa utförare

- ska bedriva ett systematiskt kvalitetsarbete i enlighet med SOSFS 2011:09
- är ansvariga för att informera Strömsunds kommuns socialnämnd om resultatet av företagens kvalitetsuppföljningar

2.2 Dokumentstyrning och ansvar för dokumentens aktualitet

Vård och socialförvaltningens sida på intranät är en innehållsförteckning för alla dokument i kvalitetsledningssystemet. Andra styrande dokument inom medarbetare och ekonomi samt övergripande policydokument återfinns på intranät under Informationsbank samt *För dig som anställd och chef*.

Dokumentet ” *Att ta fram styrande dokument i vård- och socialförvaltningens kvalitetssystem*”, med bilaga anger hur rutiner (instruktioner, riktlinjer, mallar, checklistor) och blanketter ska utformas, hur de ska publiceras samt hur ansvaret för detta är fördelat.

3 Fokusområden

3.1 Internkontroll, egenkontroll samt dokumentation av kvalitetsarbetet

Syfte

I uppföljningen och utvärderingen av ledningssystemet är det angeläget att undersöka, om fastställda rutiner/processer följs och är ändamålsenliga. Nämnden ansvar för att både verksamheten och ledningssystemet följs upp och utvärderas. För att utveckla kvaliteten i verksamheten måste både organisation och arbetsprocesser samt resultat och mål följas upp och utvärderas. Internkontroll plan upprättas årligen av socialnämnden. Egenkontroll plan fastställs av förvaltningschef.

Kvalitetsledningssystemet säkrar att

- det systematiska kvalitetsarbetet omfattar metoder för uppföljning och utvärdering av verksamhetens planering, genomförande, resultat och utveckling
- uppföljning och utvärdering görs utifrån lagstiftning och kommunala mål, hur väl verksamheten tillgodoser enskilda och grupperns behov samt hur enskilda, intresseorganisationer och medborgare, uppfattar verksamhetens kvalitet

Kvalitetsledningssystemet säkrar att det finns rutiner för

- regelbunden uppföljning och redovisning av verksamhetens resultat
- regelbunden granskning av hur ändamålsenliga metoderna, rutinerna och processerna är för att uppnå målen
- hur resultatet av granskningar ska dokumenteras och återföras till berörda
- att dokumentera förbättringsåtgärder

Stödande dokument, exempel

- Strömsunds kommuns reglemente för internkontroll
- Socialnämndens, Närvårdsnämndens reglemente
- Socialnämndens internkontroll
- Strömsunds kommuns prioriterade mål för nästkommande år
- förvaltningens budgetdokument
- rutin/instruktion för förslag, synpunkter och klagomål
- rutin för avvikelshantering och Lex Sarah, Lex Maria

Uppföljning

- nationella jämförelser som t ex SCB´s statistik SoL, LSS, HSL, Öppna jämförelser och KKiK (Kommunens kvalitet i korthet)
- verksamhetsberättelse
- årliga kvalitetsrapporter (kvalitetsberättelse, patientsäkerhetsberättelse)
- delårsrapporter och bokslut
- socialnämndens internkontroll
- förvaltningens egenkontroll
- brukarundersökningar (egna samt externt utförda)
- ledningens genomgång

3.2 Kvalitetssäkring av verksamheternas processer

Syfte

Kvalitetsutveckling av sociala tjänster och hälso- och sjukvård består dels av att förbättra existerande tjänster, men också att konstruera nya tjänster för att tillfredsställa enskildas och medborgares behov.

Kvinnor och män, flickor och pojkar ska känna till och förstå hur socialtjänsten och hälso- och sjukvården arbetar. Det ökar deras möjligheter till aktiva val, inflytande och delaktighet. Beskrivningen av tjänsterna utgör även en vägledning för medarbetare och samarbetspartners.

Kvalitetsledningssystemet säkrar att

- ett system finns för att identifiera, beskriva och fastställa verksamhetens processer
- analyser görs av hur tjänsterna svarar mot enskilda och grupperns behov samt mot lagstiftningens krav
- resultatet av analyser, forskning och erfarenheter från bl.a. tillsynsverksamhet ligger till grund för arbetet med att utveckla och säkra tjänsternas kvalitet

Stödande dokument, exempel

- värdighetsgarantier
- brukarundersökningar (egenproducerade samt producerade av externa utförare)
- rutin för förslag, förslag, synpunkter och klagomål
- rutin för avvikelshantering/Lex Maria
- rutin för rapportering om missförhållanden/Lex Sarah
- tillsynsmyndigheters granskningar och rapporter
- socialnämndens internkontroll och förvaltningens egenkontroll

Uppföljning

- rapporter från brukarundersökningar
- värdighetsgarantier
- sammanställning av förslag, förslag, synpunkter och klagomål
- sammanställning av avvikelser/Lex Maria
- sammanställning av rapporter om missförhållanden/Lex Sarah
- årlig kvalitetsrapport
- socialnämndens internkontroll och förvaltningens egenkontroll

3.3 Personalförsörjning och kompetensutveckling

Syfte

Medarbetarna är socialtjänstens och den kommunala hälso- och sjukvårdens viktigaste tillgång. Det är viktigt att deras kompetens utvecklas kontinuerligt. Genom att identifiera utbildningsbehov och ge möjligheter för regelbunden fortbildning och kompetensutveckling kan verksamhetens utveckling säkras. God introduktion av alla nya medarbetare är av största vikt.

Kvalitetsledningssystemet säkrar att det finns rutiner för att fortlöpande kontrollera att

- det finns den bemanning som behövs för att utföra uppdraget inom den samlade socialtjänstens verksamhetsområde och den kommunala hemsjukvården
- medarbetare har den kompetens som krävs för att utföra uppgifterna samt att
- medarbetare ges förutsättningar för fortlöpande kompetensutveckling som svarar mot verksamhetens behov och kunskapsutvecklingen inom verksamhetsområdet

Kvalitetsledningssystemet säkrar att det finns

- rutiner i samband med rekrytering som tillgodoser att medarbetare har den kompetens som krävs för att utföra arbetsuppgifterna
- rutiner som anger medarbetares ansvar och befogenheter
- planer för medarbetares kompetensutveckling utifrån verksamhetens behov

Stödande dokument, exempel

Kommunövergripande

- personalpolitiska programmet (PPP)
- lönepolitiskt program/ Lönepolicy
- riktlinjer för lönesättning vid nyanställning
- riktlinjer för introduktion av nyanställda – kommunövergripande
- resultat och utvecklingssamtal (RUS)

Specifika för den samlade socialtjänstens verksamhetsområden samt den kommunala hemsjukvården

- SOSFS som anger kompetens, 2006:14 (barn och unga), 2011:12 (äldre) och 2008:32 (funktionshinder) samt i SoL- och LSS-lagstiftningen
- individuella kompetensutvecklingsplaner
- rutiner för delegering av hälso- och sjukvårdsuppgifter

Uppföljning

- av resursfördelningssystem/fördelning av budget
- av nyckeltal bemanningsvolym
- av kompetensinventering
- av årliga utbildningsplaner

3.4 Intern och extern samverkan

Syfte

Många som kommer i kontakt med den samlade socialtjänstens verksamhetsområden och den kommunala hälso- och sjukvården har sammansatta behov, vilket kräver en fungerande samverkan såväl internt som externt. Samverkan är en lagstadgad skyldighet och en förutsättning för att den enskilda kvinnans, mannens, flickans och pojkens behov ska kunna tillgodoses.

Kvalitetsledningssystemet säkrar att det finns rutiner som tydliggör

- ansvaret för samarbete, internt och externt, vad gäller enskildas behov av insatser avseende t ex överföring av information
- hur samverkan ska bedrivas inom och mellan nämnder, samt med myndigheter och andra aktörer med beaktande av bestämmelserna i Offentlighets- och sekretesslagen (2009:400) och bestämmelserna om tystnadsplikt i HSL SoL eller LSS

Kvalitetsledningssystemet säkrar att det finns rutiner

- som klargör ansvaret för samarbete, planering och informationsöverföring vid insatser till enskilda/i vården av enskilda
- för samverkan i processer internt och externt mellan olika funktioner och verksamheter, om det inte finns hinder för detta i Offentlighets- och sekretesslagen (2009:400) eller i Patientsäkerhetslagen (2010:659)

Stödande dokument, exempel

- samverkansavtal inom Regionförbundet Jämtland Jämtlands läns landsting <http://jll.se/samverkan>
- hjälpmedelsverksamhet jämtlands län <http://jll.se/hmc>
- samordnad individuell plan (SIP)
- intern samordnad individuell plan (ISIP)

Uppföljning

- regional uppföljning av samverkansavtal
- implementering och användning av SIP och ISIP
- sammanställning av förslag, förslag, synpunkter och klagomål
- rapporter från genomförda brukarundersökningar
- årlig kvalitetsrapport

3.5 Tillgänglighet och bemötande

Tillgänglighet

Syfte

Den samlade socialtjänsten och den kommunala hälso- och sjukvården ska vara lättillgänglig. Begreppet tillgänglighet ska tolkas i vid bemärkelse. Med tillgänglighet avses bl.a tillgänglighet till beviljade insatser, till lokaler och byggnader, hur besök genomförs och hur information om verksamheten ges. Det är angeläget att undersöka vad enskilda och medborgare anser om tillgängligheten.

Kvalitetsledningssystemet säkrar att

det finns rutiner, metoder och arbetssätt, för hur verksamheten ska göras tillgänglig.

Stödjande dokument, exempel

- brukarundersökning om tillgänglighet
- information webbsida
- foldrar, broschyrer
- rutin för synpunkter förslag och klagomål
- tillgänglighetsplan
- riktlinjer för fastighets- och lokalförsörjning
- rutin för styrande dokument i vård- och socialförvaltningens kvalitetssystem

Uppföljning

- samverkan med brukarorganisationer, t. ex Tillgänglighetsrådet
- rapporter från brukarundersökningar kring tillgänglighet
- sammanställning av förslag, förslag, synpunkter och klagomål
- lokalstyrgrupp
- årlig kvalitetsrapport

Bemötande

Syfte

Medarbetare ska respektera den enskildes värdighet och integritet. Enskilda och anhöriga ska vara delaktiga i frågor som rör insatser/vård. I ett gott bemötande ingår även hur information om verksamheten och insatserna/vården ges. Information ska även ges om att det finns rutiner för att ta tillvara förslag, synpunkter och klagomål.

Kvalitetsledningssystemet säkrar att det finns rutiner så att

- den enskildes värdighet och integritet respekteras
- enskilda och anhöriga visas omtanke och respekt oavsett t ex ålder, kön, funktionshinder, utbildning, social ställning, etnisk eller religiös tillhörighet eller sexuell läggning
- enskilda och anhöriga informeras och görs delaktiga, om det inte finns hinder för detta enligt Offentlighets- och sekretesslagen (2009:400) eller i Patientsäkerhetslagen (2010:659)

Stödande dokument, exempel

- patientnämnds information/rutin
- brukarundersökningar
- rutin för förslag, synpunkter och klagomål
- rutin för rapportering av avvikelshantering och missförhållanden
- rutin för förhandsbedömning

Uppföljning

- sammanställning av förslag, synpunkter och klagomål
- sammanställning av rapportering av avvikelser och missförhållanden
- rapporter från brukarundersökningar (egna och externt producerade)
- resultat på frågor om information i SCB's medborgarundersökning
- årlig rapport från patientnämnden
- undersökningar kring bemötande
- beslut från Inspektionen för vård- och omsorg (IVO) utifrån enskildas
- årlig kvalitetsrapport

3.6 Handläggning och dokumentation samt spårbarhet i ärenden rörande enskilda

Handläggning och dokumentation SoL och LSS

Den enskildes rättsäkerhet och medverkan är grundläggande i hela processen från ansökan, till beslut och genomförande av insatser inom socialtjänsten. Handläggning och dokumentation är en central uppgift inom socialtjänsten och regleras i ett flertal olika bestämmelser.

Rutinerna bör omfatta när en utredning ska inledas, hur olika typer av utredningar ska genomföras, hur målen för en planerad eller beslutad insats ska formuleras, hur beslut ska formuleras samt hur ett överklagande ska hanteras.

Kvalitetsledningssystemet säkrar att det finns rutiner för

- handläggning och dokumentation av ett ärende
- dokumentation av genomförandet av en beslutad insats
- hur uppgifter ska lämnas mellan den som fattar beslut om en insats och den som ansvarar för det praktiska genomförandet av en insats samt
- uppföljning och utvärdering av beslutad insats

Stödande dokument, exempel

- rutiner/mallar/checklistor för handläggning och dokumentation inom myndighetsutövning
- rutiner för dokumentation i verkställighet
- förvaltningens rutin/checklista för LVU/LVM
- dokumenthanteringsplan Strömsunds kommun; socialnämnden (innehåller även gallrings- och arkiveringsregler)
- förvaltningens dokumenthanteringsplan (innehåller även gallrings- och arkiveringsregler)
- rutin för överklagande

Uppföljning

- resultat och granskning av att dokumentation i myndighetsutövning och verkställighet
- kontroll av loggar i verksamhetssystem
- årlig kvalitetsrapport

Spårbarhet i Hälso- och sjukvård

Med spårbarhet menas att åtgärder rörande en enskild ska kunna identifieras och spåras i dokumentationen. En patientjournal ska innehålla de uppgifter som behövs för en god och säker vård. Den ska kunna användas för uppföljning av hur behandlingen genomförts och om den givit avsett resultat.

I Patientdatalagen (Patientdatalag 2008:355) finns bestämmelser om journalföring, dokumentation och spårbarhet.

Kvalitetsledningssystemet säkrar att det finns rutiner för

- hur alla åtgärder som rör en enskild ska kunna identifieras och spåras i dokumentationen

Stödjande dokument, exempel

- rutiner för journalföring/dokumentation
- hälsoplaner
- rutiner för dokumentation i patientuppföljning
- rutin för delegering av hälso- och sjukvårdsuppgifter
- förvaltningens dokumenthanteringsplan (innehåller även gallrings- och arkiveringsregler)

Uppföljning

- journalgranskning av dokumentation i patientjournal enligt gällande krav i författningar och riktlinjer
- årlig patientsäkerhetsberättelse
- egenkontroll enligt plan
- kontroll av loggar i verksamhetssystem

3.7 Medarbetarnas medverkan

Fel och brister i verksamheten

Ett systematiskt arbete ska pågå, för att upptäcka och förebygga brister i verksamheten, som inte är kopplade till rapportering om missförhållanden eller avvikelser i vården. Ledningen ska verka för ett klimat som uppmuntrar och stödjer denna del av kvalitetsarbetet. Alla medarbetare behöver vara involverade och delaktiga. Möjlighet till kontroll av eget utfört arbete, identifiering och rapportering av fel och brister ska vara självklara delar i medarbetarnas dagliga arbete.

Kvalitetsledningssystemet säkrar att det finns rutiner för

- hur fel och brister i verksamheten ska identifieras, dokumenteras, analyseras och åtgärdas
- hur vidtagna åtgärder ska följas upp

Stödande dokument, exempel

- information, rutiner och blanketter om systematiskt arbetsmiljöarbete (SAM), intranät
- brukarundersökningar
- utvecklings-/handlingsplaner

Uppföljning

- sammanställning av rapporterade systemfel och hur de åtgärdas
- följa upp identifiera risker
- rapporter från brukarundersökningar (egna samt externt utförda)
- årlig kvalitetsrapport
- systematiserat mottagande av medarbetares förbättringsförslag t ex på planeringsdagar, arbetsplatsträffar

Rapporteringskyldighet om missförhållanden/ Lex Sarah och avvikelser i vården/Lex Maria

Rapportering av negativa händelser och tillbud är en skyldighet och ett ansvar för alla medarbetare i verksamheten. Detta utgör en av grunderna för förbättrad säkerhet. Riskanalys ska göras för att förebygga att liknande händelser inträffar igen. Det är viktigt att sammanställa och analysera missförhållanden och avvikelser, att ge återkoppling till medarbetarna, liksom att sprida kunskap till andra verksamheter.

Kvalitetsledningssystemet säkrar att det finns rutiner för att

- identifiera, dokumentera och rapportera negativa händelser och tillbud
- fastställa, åtgärda, följa upp och återföra negativa och positiva erfarenheter till verksamhetens medarbetare och andra
- använda erfarenheterna i det förebyggande riskhanteringsarbetet,
- anmäla till myndigheter i enlighet med gällande författningar

Stödande dokument, exempel

- rutin för avvikelshantering och Lex Maria
- rutin för rapportering av missförhållanden och Lex Sarah

Uppföljning

- sammanställning av rapporterade missförhållanden/Lex Sarah
- sammanställning av avvikelser i vården/Lex Maria
- årlig kvalitetsrapport

3.8 Förslag, synpunkter och klagomål

Möjligheten att lämna synpunkter på den samlade socialtjänstens verksamhet och den kommunala hälso- och sjukvården har en demokratisk dimension. Det är viktigt att fånga in åsikter om kommunala tjänster för en förbättrad verksamhet. För att hanteringen av förslag, synpunkter och klagomål ska leda till höjd kvalitet och säkerhet finns det rutiner för att samla in och använda informationen. Det ska vara enkelt att lämna synpunkter och det ska kunna göras på flera olika sätt.

Kvalitetsledningssystemet säkrar att det finns rutiner för

- att ta emot och utreda förslag, synpunkter och klagomål på verksamhetens kvalitet från enskilda, deras anhöriga, föreningar och andra intressenter
- att förebygga fel och brister, utveckla verksamheten och identifiera nya eller ej tillgodosedda behov

Stödjande dokument, exempel

- rutin för förslag, synpunkter och klagomål
- brukarundersökningar (egna samt externt producerade)

Uppföljning

- sammanställning av inkomna förslag, synpunkter och klagomål
- rapporter från brukarundersökningar (egna samt externt producerade)
- årlig kvalitetsrapport

3.9 Riskanalyser

Inför förändringar, exempelvis organisationsförändringar, införande av ny teknik eller nya metoder, är det viktigt att göra en riskanalys. För att påvisa de bakomliggande orsakerna till risker ska en systematisk kartläggning och analys av befintlig verksamhet göras. Baserat på denna kartläggning ska sedan åtgärder sättas in för att minimera riskerna.

Kvalitetsledningssystemet säkrar att det finns rutiner för att

- identifiera, analysera och bedöma riskerna i verksamheten
- göra en riskbedömning vid planerade förändringar i verksamheten
- göra en särskild riskbedömning vid väsentliga förändringar i verksamheten
- åtgärda orsakerna till riskerna

Stödjande dokument, exempel

- rutin för risk/konsekvensanalys vid planerade verksamhetsförändringar
- information, rutiner och blanketter om systematiskt arbetsmiljöarbete (SAM), intranät
- Strömsunds kommuns reglemente för Intern kontroll, handbok samt riskbedömningsmatris

Uppföljning

- sammanställning av gjorda riskanalyser (för arbetsmiljö samt på individ- och gruppnivå)
- årlig kvalitetsrapport
- Strömsunds kommuns reglemente för Intern kontroll

3.10 Upphandling

Försörjning av varor och tjänster

Socialnämnden ska försäkra sig om att det bedrivs ett systematiskt kvalitetsarbete i verksamheter som läggs ut på driftsentreprenad, eller enskilt bedrivna verksamheter. Det ska i förfrågningsunderlagen framgå vilka krav man ställer på att enskild verksamhet och driftsentreprenad bedriver ett systematiskt kvalitetsarbete. Detta gäller både upphandling av varor och tjänster. Nämnden ska också ha rutiner för att följa upp att enskild verksamhet uppfyller de krav som ställs i samband med upphandlingen.

Kvalitetsledningssystemet säkrar att

- det vid formuleringen av kriterier inför en upphandling särskilt uppmärksammas sådana kriterier, som bidrar till att de varor och tjänster som tillhandahålls är av god kvalitet
- i varje gemensam upphandling ska en eller flera representanter med specialistkunskap vara med från varje kommun, se vidare Inköspolicy
- för upphandling av hem för vård eller boende har nämnden via Regionförbundet Jämtland slutit ramavtal med enskilda verksamheter, och har därigenom säkrat kvalitetskraven

Stödande dokument, exempel

- samarbetsavtal angående upphandling
- ramavtal
- inköspolicy
- delegationsordning
- förfrågningsunderlag.
- plan för kommunens uppföljning av tjänster

Uppföljning

- förvaltningsövergripande uppföljning av köptrohet inköp
- uppföljning av köptrohet för ramavtal inom IFO
- förteckning och uppföljning av intern kontroll
- årlig kvalitetsrapport

Försörjning av tjänster, produkter och teknik

Tjänster, produkter, försörjningssystem och informationssystem och användningen av dessa ska upprätthålla de krav som gäller för patientsäkerhet och kvalitet i verksamheten.

Kvalitetsledningssystemet säkrar att det finns rutiner för

- inköp av tjänster, produkter, försörjningssystem (t ex el, vatten och värme) och informationssystem (t ex tele och data) från leverantörer som är bedömda och godkända
- säker användning och hantering av produkter, försörjningssystem och informationssystem

Stödjande dokument, exempel

- policy, riktlinjer och rutiner för samlad hjälpmedelsverksamhet Jämtlands län
- ramavtal
- kommunövergripande inköspolicy
- rutin för inköp av informationssystem och kravspecifikation med särskild hänsyn till patientsäkerhet

Uppföljning

- av köptrohet (kommunövergripande)
- av att ramavtal följs
- av hjälpmedelsverksamheten, via gemensamma nämnden för sjukvårdsmaterial/hjälpmedelsnämnden
- årlig kvalitetsrapport

3.11 Metoder för diagnostik, vård och behandling

I ledningssystemet ska ingå dokumenterade rutiner för att styra och utvärdera introduktion, tillämpning och avveckling av metoder för diagnostik, vård och behandling.

Kvalitetsledningssystemet säkrar att det finns rutiner för

- hur nya metoder för diagnostik, vård och behandling provas ut och introduceras så att patientsäkerheten säkerställs
- hur fastställda metoder ska tillämpas, kontinuerligt följas upp och vid behov revideras
- vilka åtgärder som ska vidtas när tillämpningen av metoderna behöver förändras och inaktuella metoder ska identifieras och avvecklas
- bevakning av nya författningar och rekommendationer samt forskning
- riskanalys vid förändring av behov, teknologi och resurser (se även "Riskanalyser" kapitel 3.9)

Stödjande dokument, exempel

- nationella vårdprogram, metoder och kvalitetsregister
- länsgemensamma samt lokala hälso- och sjukvårdsrutiner
- rutiner för riskbedömningar på individnivå

Uppföljning

- av att nationella vårdprogram och metoder följs
- av länsgemensamma samt lokala hälso- och sjukvårdsrutiner
- patientsäkerhetsberättelse
- att hälsoplaner/genomförandeplaner finns upprättade
- resultat av strukturerad journalgranskning

4 Lagstiftning

Lagar föreskrifter som det refereras till i texten

SFS 2001:453 Socialtjänstlag (SoL)

SFS 1993:387 Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS)

SFS 2009:400 Offentlighets- och sekretesslagen

SOSFS 2006:5 Föreskrifter och allmänna råd om dokumentation vid handläggning av ärenden och genomförande av insatser enligt SoL, LVU, LVM och LSS

SOSFS 2006:14 Medarbetares kompetens vid handläggning och uppföljning av ärenden som rör barn och unga

SOSFS 2011:12 Grundläggande kunskaper hos medarbetare som arbetar i socialtjänstens omsorg om äldre

SOSFS 2012:3 Värdegrunden i socialtjänstens omsorg om äldre

SOSFS 2008:32 Medarbetares kompetens vid handläggning och uppföljning av ärenden som avser personer med funktionshinder

SFS 1982:763 Hälso- och sjukvårdslag (HSL)

SFS 1996:933 Förordning om verksamhetschef inom hälso- och sjukvården

SFS 2008:355 Patientdatalagen

SFS 2010:659 Patientsäkerhetslag

SFS 2010:1369 Patientsäkerhetsförordning

SOSFS 1997:8 SoS Allmänna råd Verksamhetschef inom hälso- och sjukvård

SOSFS 1997:10 SoS Allmänna råd Medicinskt ansvarig sjuksköterska i

kommunernas hälso- och sjukvård

SOSFS 1997:14 Föreskrifter och allmänna råd Delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård och tandvård

SOSFS 2000:1, SOSFS 2012:9 Föreskrifter och allmänna råd om

läkemedelshantering i hälso- och sjukvården

SOSFS 2001:16 Föreskrifter Kompetenskrav för sjuksköterskor vid förskrivning av läkemedel

SOSFS 2005:28 Anmälningsskyldighet enligt Lex Maria

SOSFS 2008:1 Föreskrifter och allmänna råd om användning av medicintekniska produkter i hälso- och sjukvården

SOSFS 2005:27 Föreskrifter om samverkan vid in- och utskrivning av patienter i slutenvård

SOSFS 2008:14 Föreskrifter Informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården

SOSFS 2011:9 Föreskrifter och allmänna råd Ledningssystem för systematiskt Kvalitetsarbete



§ 26

Asylsökande i Gäddede - information

De personer som anvisats från Migrationsverket har nu vistats några månader i Gäddede. Några av de som kom först har också valt att lämna Gäddede. Få var hälsundersökta vid ankomsten. Landstingspersonal hade möjlighet att åka till Gäddede för att utföra undersökningen. Vissa individundersökningar har också gjorts hos hälsocentralen i Odensala. Flyktinggruppen har i huvudsak konstaterats vara fullt friska.

Mårten, som aktivt arbetar för att stödja de nyanlända, konstaterar att det var bra att kyrkan ställde församlingshemmet till förfogande. Fler har nu hunnit få kommunplacering och kan därmed söka praktik och arbete. Utbildning i form av svenska för invandrare (SFI) har kommit igång. De som blir kommunplacerade ska ha egen lägenhet. Mårten inventerar tillgången på mindre lägenheter i byn.

Inför praktik och arbete kommer flyktinggruppen att behöva arbetskläder.

Sammanfattningsvis upplevs de nyanlända positivt. De syns också ha anpassat sig väl till Gäddede.



§ 27

Sammanställning av avvikelser januari - april 2014

Sammanställningen avser avvikelser inom hälso- och sjukvård och berör landstinget och länets kommuner. Denna sammanställning ska sedan upprättas regelbundet. Bilaga

Närvårdsnämndens beslut

Närvårdsnämnden tar del av sammanställningen.

Patientsäkerhetsenheten
Ann-Britt Lundgren
Tfn: 063-147578
E-post: ann-britt.lundgren@jll.se

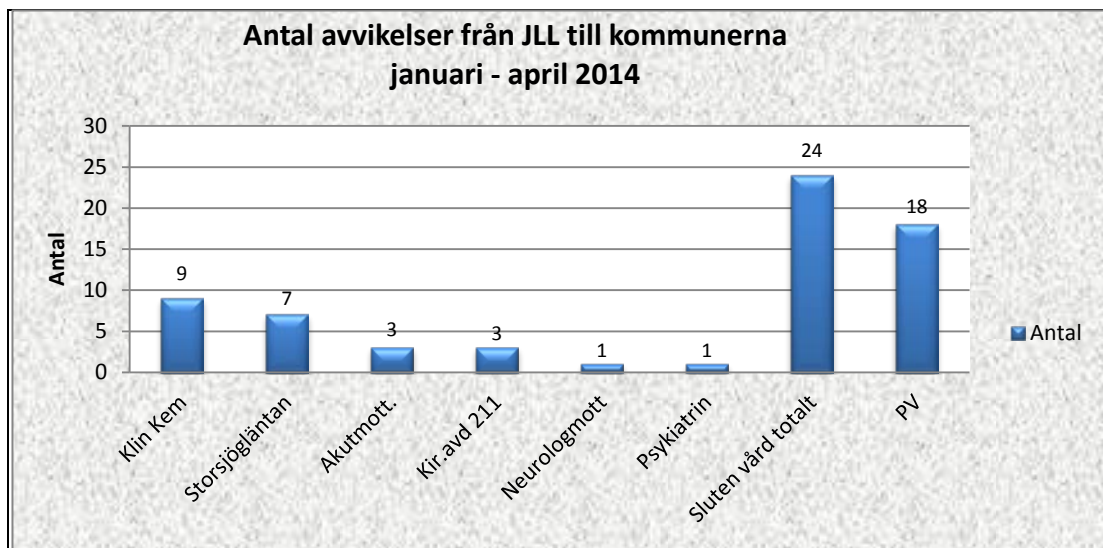
2014-05-06

Sammanställning av avvikelser mellan Jämtlands läns landsting och kommunerna Januari tom april 2014

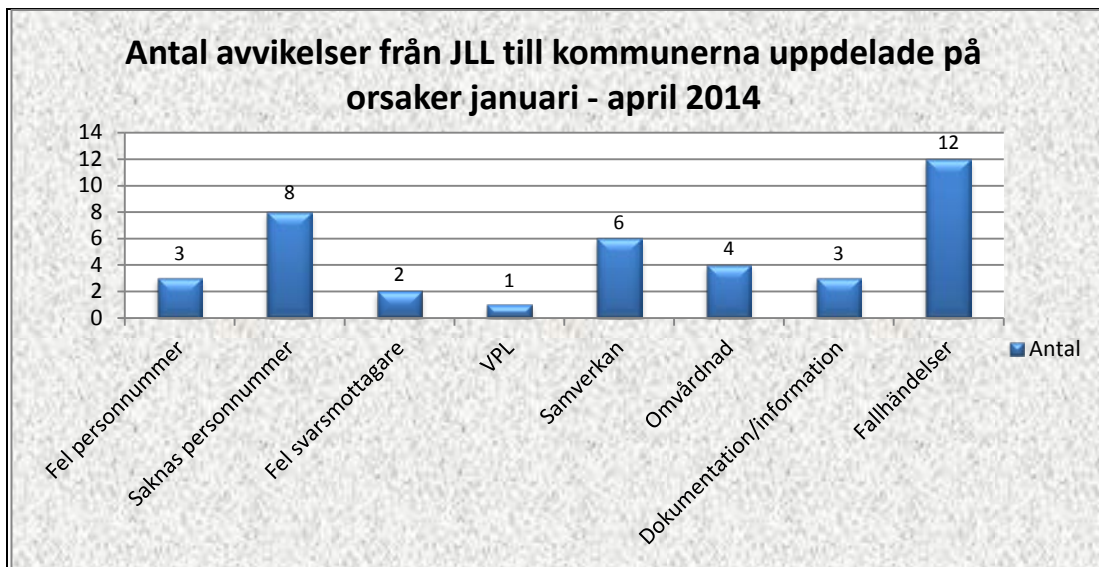
Under hösten 2013 beslutades att alla avvikelser som kommer från/till Jämtlands läns landsting från/till kommunerna ska gå via Patientsäkerhetsenheten. Rutinen trädde i kraft i slutet av oktober. Avvikelserna tas emot, datumstämplas, diarieförs och skickas vidare till berörd enhet inom JLL eller till berörd kommun. Totalt handlades 31 avvikelser och 10 svar under de månader som rutinen gällde 2013.

Hittills mellan januari tom april 2014 har totalt 42 avvikelser från Jämtlands läns landsting (JLL) skickats till kommunerna och 44 avvikelser skickats från kommunerna till JLL.

Avvikelser från JLL till kommunerna



Från slutenvården har 19 avvikelser skickats för utredning, och fem för kännedom. Det är 16 besvarade avvikelser och sju väntar på svar. Några avvikelser har flera svar. Inom PV har 14 avvikelser skickats för kännedom, fyra för utredning och en för åtgärd. Tre är besvarade och två väntas svar på.

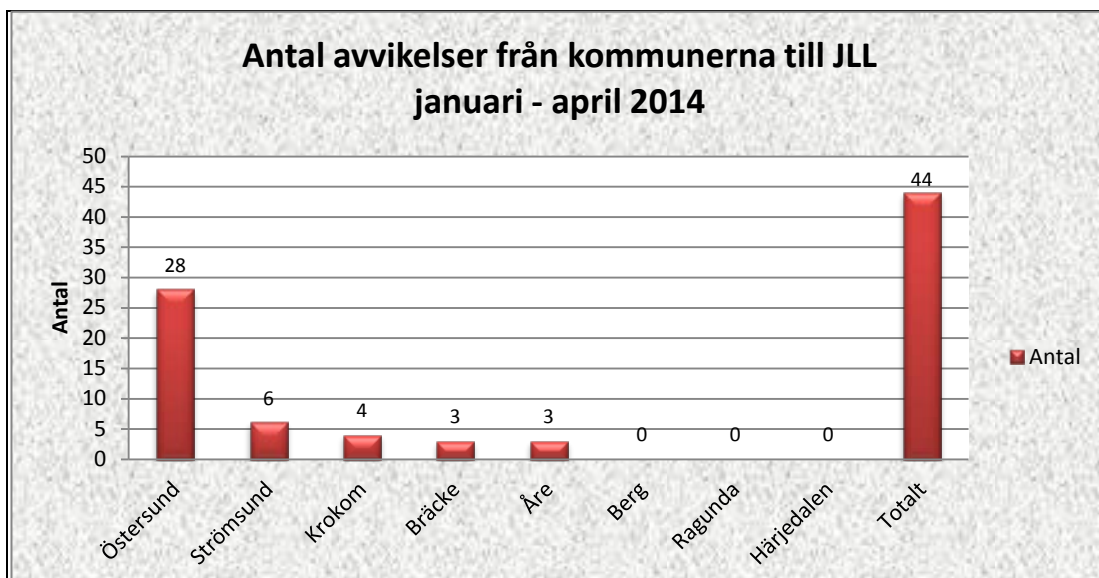


De 12 avvikelserna om fallhändelser kommer från primärvården, NÄVA. När det är fel- eller saknas personnummer handlar det om provtagning och vid några tillfällen har det på akutmottagningen saknats identifiering av patient som inte själv kunnat prata för sig.

I de tre fall som handlar om dokumentation/information har det bl a saknats information om telefonnummer i jourlisa.

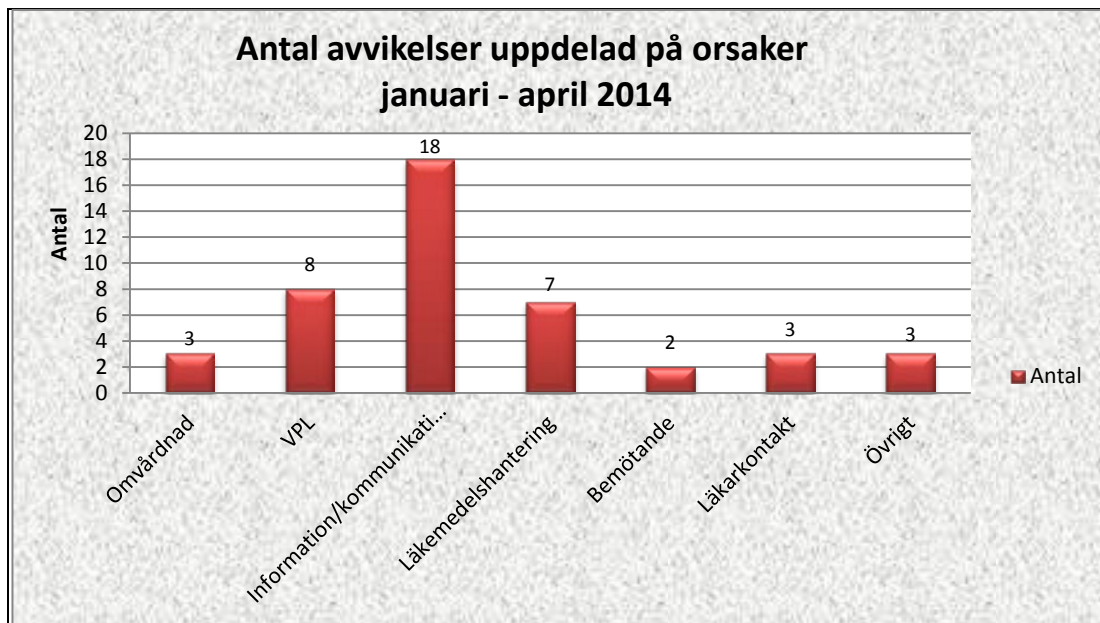
Avvikelsen om vårdplanering handlar om en till synes onödig inläggning för vårdplanering mellan två boenden.

Avvikelser från kommunerna till JLL



Östersunds kommun har skickat de flesta avvikelserna och flera kommuner har inte skickat någon avvikelse alls.

Två avvikelser har skickats för både åtgärd och utredning, sju för enbart utredning, åtta för åtgärd och 27 för kännedom. Det är nio avvikelser besvarade och nio som är obesvarade.



Det största antalet avvikelser handlar om information och kommunikation. När det gäller vårdplanering handlar det både om att man inte följer rutinerna men även en del om okunskap. Vid utskrivning saknas information om olika saker bl a saknas epikris, det ges oklara uppgifter om läkemedel, det finns inte infört ändringar i Pascal. Patienter skickas hem utan kommunikation med distriktssköterskan mm. Ett omvårdnadsärende handlar t ex om ett uppkommet trycksår under vårdtid som inte uppmärksammats innan hemgång.



§ 28

Delgivningar

- Läkemedelsavvikelser. Bilaga
- Fallavikelser. Bilaga
- Rapportering om missförhållanden enl SoL, LSS och Lex Sarah. Bilaga
- Synpunkter och klagomål. Bilaga

Närårdsnämndens beslut

Närårdsnämnden tar del av delgivningarna.

Läkemedelsavvikelser 2013

Läkemedelsavvikelser	2012	2013
Uteblivna läkemedelsdoser	177	250
Förväxling av läkemedelsdos/rätt vårdtagare	5	12
Förväxling av läkemedelsdos och vårdtagare		3
Dubbel dos	2	8
Fel i administrering		7
Förskjuten dos	9	12
Ej signerad dos		2
Iordningställande fas/dosettindelning	10	8
Ordinationsfas	0	2
Läkemedelsbrist	2	0
Övrigt läkemedel	6	0
Summa	211	304

- Målet om 10% minskning av andelen avvikelser gällande läkemedel har inte nåtts.
- En ökning med (93) rapporter, 44% jämfört med 2012 ses.
- Huvudsak uteblivna doser. Läkemedelsförväxlingar och dubbeldoseringar är fler 2013. Orsaker :brist i kommunikation, bristande kontroll, icke signerad dos.
- Korrekta åtgärder har vidtagits. Ssk/dsk har kontaktats för bedömning. Ingen reaktion eller patientskada har förekommit som föranlett ytterligare utredning.
- Elektronisk rapportering har gett en enklare hantering och ett mer tillförlitligt underlag jämfört med tidigare år, vilket kan vara en förklaring till ökningen.
- Av 304 läkemedelsavvikelser gällde (192) st. 63% kvinnor och (112) st. 37% män.
- Anmälningar enligt Lex Maria 2013, 1 st.



Läkemedelsavvikelser

- Inom ram för överenskommelsen om de mest sjuka äldre och den handlingsplan som antagits av SVOM och Ledningskraft för 2014, är målområdet god läkemedelsbehandling för äldre också fortsättningsvis ett prioriterat område.
- Under 2014 kommer aktiviteter att genomföras hos samtliga vårdgivare och i samverkan, i syfte förbättra läkemedelsbehandling för äldre. För information om målområden och utveckling nationellt, regionalt och lokalt se <http://kvalitetsportal.se/Start.aspx>

-



Fall avvikelser 2013

Falltillbud/skador	2012	2013	
Särskilt boende	348	457	+6%
Ordinärt boende inkl. Rossöcenter	188	251	+33%
Trygghetsboende	74	71	-3%
LSS gruppboende och serviceboende	20	8	-60%
LSS ordinärt boende	0	1	
Summa	666	738	+11%

- Andelen rapporterade fall för 2013 har ökat med 11% jämfört med 2012 vilket innebär att målet om att minska andelen fall med 10% från föregående år inte har uppnåtts.
- Det som i stort påverkar resultatet härrör från en ökning av falltillbud i ordinärt boende, där ett antal personer har många fall.
- 2013 redovisas (423) st. fall 57% för kvinnor och (315) st. fall 43% för män.
- I överenskommelsen om sammanhållen vård- och omsorg för de mest sjuka äldre, 2014 kommer fokus att ligga på riskbedömningar och preventivt arbetssätt i ordinärt boende med stöd av nationella kvalitetsregistret Senior Alert där riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår ingår.



Rapportering om missförhållanden enl. SoL, LSS Lex Sara

Enhet område	2013
Granbacken	8
Näva korttidsplats	1
Solbacken	7
Strömbacka	1
Åshamra	3
Älvgården	1
Tåsjögården	2
Summa	23

- Av (23) inkomna rapporterna har Granbacken och Solbacken flest rapporter, dessa kan kopplas till rapporteringar i några ärenden med demenssjukdom i orolig fas.
- Kontinuerlig anpassning och uppföljning av insatser görs i syfte att förbättra det individuella omhändertagandet för dessa. (1) rapport från NÄVA avser hot och våld mellan vårdtagare på korttidsplats. Tf. chef på NÄVA har synliggjort rapporteringsskyldigheten gällande missförhållande inom SOL, LSS och informerat personal, vilket ses som positivt.
- Könsfördelning:
 - Kvinna , 9 rapporter, 39%
 - Man 11 rapporter, 48%
 - Kvinna/man 2 rapporter, 9%
 - Kvinnor 1 rapport , 4%
- Lex Sarah anmälningar till IVO 2013: 1 st.



Rapportering om missförhållanden enl. SoL, LSS Lex Sara

Typ av missförhållande	2012	2013
Bemötande	1	2
Fysiskt våld	3	1
Fördröjda/uteblivna insatser	2	1
Hot och våld	5	6
Elektroniskt larmsystem/lås	1	1
Nyckel	1	0
Stopp i hiss	*	1
Hiss ur funktion pga strömavbrott	*	1
Tagit sig från boendet	*	7
Vård/omsorg/tillsyn	4	1
Våld från vårdtag . Mot personal (arbetsmiljö)	2	2
Summa	19	23

- Flera rapporteringar har lämnats in om hot och våld mellan vårdtagare, samt händelser där vårdtagare lämnat boendet. Dessa är kopplade till ett färre antal personer i två boenden. Se tabell ovan, fördelning mellan enhet/område.
- (2) av rapporterna hör hemma inom arbetsmiljörapportering och avser våld riktat från vårdtagare mot personal, där det också funnits risk för att skada skulle uppstå på vårdtagaren.
- (2) rapporter från Tåsögården avser händelser med icke fungerade hiss.



Förslag synpunkter och klagomål

Synpunkter	2013
Bemötande	1
Verksamhet/inflytande	1
Vård/omsorg/behandling	8
Kostfrågor	2
Fastighet/utemiljö	2
Olika iakttagelser/synpunkter	2
Samverkan/information	1
Summa	17

- Frågor kring vård- och omsorg och behandlingsinsatser i medicinska frågor överväger. Det har handlat om omvårdnad/omsorg, läkemedel, kontakter med hemsjukvård. I övrigt ses en spridning.
- Könsfördelning: Kvinnor , 2 st. Män, 7 st, . Kvinnor/män, 7 st . Ej angivet, 1 st
- Inga enskilda klagomål har inkommit från IVO under 2013.
- En enkel analys från förvaltningsledningen talar för att minskningen av synpunkter inom äldreomsorg och LSS under 2013 har handlat om en tydligare styrning från ledningen och att lyhördhet för synpunkter finns. Vikten av att möta upp och aktivt följa upp i ett tidigt skede har gynnat hantering i de enskilda fallen och kan eventuellt ha bidragit till att det inte inkommit några enskilda klagomål från IVO. Rutinen för förslag, synpunkter och klagomål har ändrats och förvaltningen informerar om möjligheten att lämna synpunkter i olika sammanhang, bla. till anhöriga och pensionärsorganisationer, vilket har resulterat i att förvaltningen upplevs som mer öppen transparent.



Åsa Engman
Medicinskt ansvarig sjuksköterska
Strömsunds Kommun

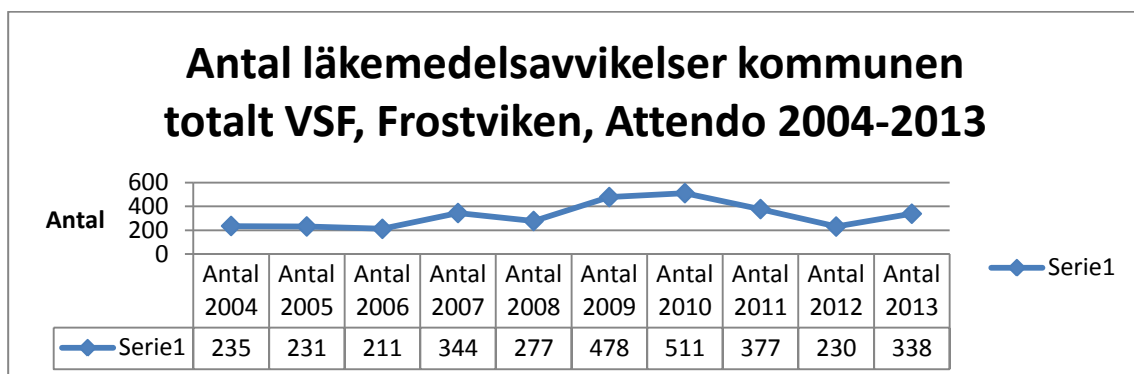
Avvikelseberättelse inom hälso- och sjukvård 2013

Sammanställning av rapporterade läkemedelsavvikelse samt andra typer av avvikelser inom hälso- och sjukvårdsområdet. Vård- och socialförvaltningen. Närvård Frostviken och Närvårdsavdelningen redovisas i separata kolumner och tabeller.

Läkemedelsavvikelse vård- och socialförvaltningen 2013	Antal 2012	Antal 2013
Utebliven läkemedelsdos	177	250
Förväxling av läkemedelsdos/rätt vårdtagare	5	12
Förväxling av läkemedelsdos och vårdtagare		3
Dubbel läkemedelsdos	2	8
Fel i administrering		7
Läkemedel vid fel tidpunkt/förskjutet dos	9	12
Ej signerad läkemedelsdos		2
ordningställande fas (dosettindelning)	10	8
Ordinationsfas	0	2
Fel i e-dos påsar	2	0
Läkemedelsbrist	6	0
Övrigt läkemedel	0	
Summa	211	304
Förändring mellan 2012 och 2013		+ 44%

Målet om 10% minskning av andelen avvikelser gällande läkemedel har inte nåtts. En ökning ses från föregående år med (93) rapporter, 44% jämfört med 2012. Ökningen avser i huvudsak uteblivna doser. Antalet inrapporterade läkemedelsförväxlingar och dubbeldoseringar är fler 2013, orsaker till detta handlar om brist i kommunikation, signeringslista, att dospåse inte kontrollerats. Vid analys ses att korrekta åtgärder har vidtagits och ssk/dsk har kontaktats för bedömning. Ingen reaktion eller patientskada har förekommit som föranlett ytterligare utredning. Elektronisk rapportering har gett en enklare hantering och ett mer tillförlitligt statistikunderlag jämfört med tidigare år, vilket kan vara en förklaring till ökningen. Viss variation i antal ses också över år.

En beräkning om att ca 500 personer har hjälp med läkemedelshandling, i snitt 2 doser/dygn, ger 365.000 överlämnade doser per år. Dividerat med antal läkemedelsavvikelse (304 st) innebär det ett snitt på 0.0008 avvikelse kring läkemedel i förhållande till det totala antal doser som överlämnas.



Tabellen visar antal läkemedelsavvikelse för åren 2004-2013. En beräkning av medelvärde visar (323,2) läkemedelsavvikelse i medeltal per år och en median på (307,5) läkemedelsavvikelse.

2014-03-14

Åsa Engman
Medicinskt ansvarig sjuksköterska
Strömsunds Kommun

Läkemedelsavvikelser, fördelning VSF	Antal 2012	Antal 2013	Andel
Särskilt boende	125	157	+ 26%
Ordinärt boende	65	124	+90%
Trygghetsboende*	16	13	-19%
Boenden enligt LSS	5	10	+100%
Ordinärt boende LSS	0	0	
Summa			
Förändring i andel mellan år 2012 och 2013	211	304	+44%

Ordinärt och särskilt boende står i huvudsak för den ökade rapporteringen. Trygghetsboende har en minskad rapportering, som i huvudsak beror på att avvikelser från Rosöcenter inryms i ordinärt boende.

Könsfördelning Läkemedelsavvikelser VSF	2012 Antal	2013 Antal	Andel
Kvinnor	118	192	+63%
Män	86	112	+37%
Ej angivet	7	0	
Summa	211	304	+44%

2013. Av 304 läkemedelsavvikelser gällde (192) st. 63% kvinnor och (112) st. 37% män. Intern statistik visar att totalt fler kvinnor än män har regelbunden hemsjukvård. Hjälp med läkemedelshantering är en vanlig insats, vilket bör kunna vara en förklaring till skillnaden i avvikelser mellan kvinnor och män.

Övriga avvikelser inom VSF som rapporterats elektroniskt 2013	Antal 2013
Vård- och behandling	1
Brister i basal omvårdnad, trycksår	3
Samverkan /informationsöverföring ambulanssjukvården	1
Vårdplanering/info.överföring/samverkan med externa vårdgivare	9
Vårdplanering/info.överföring/samverkan med NÄVA	2
Vårdplanering/info.överföring/samverkan med primärvård, privata vårdgivare	1
Vårdplanering/info.överföring internt	1
Brister i information till extern/annan	1
Utebliven träning ordinerad av sjukgymnast/fysioterapeut	5
Summa	24

Övriga inrapporterade avvikelser år 2013 gällde (10) st kvinnor 42% och (14) st män 58%. Samverkan, vårdplanering och informationsöverföring mellan vårdgivare samt internt står för totalt (14) av (24) rapporter, dvs 58%. Informationsöverföring samt extern och intern samverkan är en viktig process i kvalitetsledningssystemet och en utmaning för samtliga vårdgivare att gemensamt hantera.

2014-03-14

Åsa Engman
Medicinskt ansvarig sjuksköterska
Strömsunds Kommun

Övriga händelser som rapporterats elektroniskt och som avser SoL och personalfrågor	2013 Antal
Brist i tillsyn, gått ut, klivit på stol	3
Brister i samverkan larmcentral trygghetslarm	1
Utebliven insats, utevistelse SoL , pers brist	1
Utebliven insats SoL (dusch) pga pers brist	3
Försenad frukost till diabetiker pga oförutsedd personal brist i kök .reaktion hos den enskilde- insulinkänning	1
Fördröjd insats SoL	1
Hot och våld mellan vårdtag,	1
Summa	11

Händelserna har rapporterats elektroniskt i hälso- och sjukvårdens avvikelshanteringssystem och avser rapportering enligt SoL om fördröjda/uteblivna insatser med koppling till personalbrist och som i ett fall lett till medicinskt problem, brist i tillsyn, brister i samverkan samt hot- och vård mellan vårdtagare. Rapporteringarna avser ordinärt och särskilt boende. Samtliga händelser har hanterats och åtgärdats av chef och sjuksköterska. Kopia på denna rapportering har lagts till sammanställningen om rapportering av missförhållanden enligt SoL, LSS (Lex Sarah). Vissa händelser kan beröra både socialtjänst/LSS och hälso- och sjukvård samtidigt. Rapportering ska då enligt båda rapporteringssystemen för respektive lagstiftning för att synliggöra och kunna åtgärda på ett samlat sätt.

Närvård Frostviken

Redovisningen från Närvård Frostviken avser delen av verksamheten som gäller äldreomsorg.

Läkemedelsavvikelser Frostviken	2012 Antal	2013 Antal	Andel
Distrikt Forsgården	*	13	38%
Forsgården	12	10	29,5%
Levingsgården	19	11	32,5%
Summa	31 22 kvinnor 9 män	34 24 kvinnor 71% 10 män 29%	Förändring+10%

Sammantaget har (34) avvikelser inkommit från Frostviken för 2013 jämfört med 2012 då (31) rapporter lämnades in. Av totalt 34 läkemedelsavvikelser har (24) st 71% gällt kvinnor och (10) st. 29% män. Rapporteringen har ökat med 10%, uteblivna doser överväger.

Läkemedelsavvikelser Frostviken	2012 Antal	2013 Antal	
Utebliven dos	28	22	-21%
Dubbel dos		2	
Fel i överlämnande/förskjuten dos		7	
Förväxling av dos	2		
lordningställandefas	1	1	
Ordinationsfas		1	
Ej signerat dos		1	
Summa	31	34	-10%

Uteblivna läkemedelsdoser överväger, en minskning ses från 2012 till 2013.

2014-03-14

Åsa Engman
Medicinskt ansvarig sjuksköterska
Strömsunds Kommun

Övriga avvikelser Närvård Frostviken	2013 Antal	Kön
Vårdplanering/info.överföring, samverkan	4	
Utebliven rehabilitering	1	
Kost/nutrition	1	
Summa	6	4 kvinnor 2 män

Antal Lex Maria anmälningar 2013	Vård- och socialförvaltningen	Närvård Frostviken
	1	0

Från Närvårdsavdelningen, kommunala korttidsplatser har inga avvikelser som rör läkemedel eller andra avvikelser redovisats för 2013.

Sammanfattning

Målet om 10% minskning av andelen avvikelser inom vård- och socialförvaltningen gällande läkemedel har inte nåtts. En ökning ses från föregående år med (93) rapporter dvs 44%. jämfört med 2012.

Inom ram för överenskommelsen om de mest sjuka äldre och den handlingsplan som antagits av SVOM och Ledningskraft för 2014, är målområdet god läkemedelsbehandling för äldre också fortsättningsvis ett prioriterat område.

Under 2014 kommer aktiviteter att genomföras hos samtliga vårdgivare och i samverkan, i syfte förbättra läkemedelsbehandling för äldre. För information om målområden och utveckling nationellt, regionalt och lokalt se <http://kvalitetsportal.se/Start.aspx>

Inriktningsmålet *trygg och säker läkemedelsanvändning*, med effektmålet att *andelen (%) personer som får olämpliga läkemedel ska minska* har uppfyllts för 2013. Mätperioden är 13-01-01 tom 13-09-30, med jämförelse mot samma period 2012. Uppgifter på helårsbasis har inte varit möjliga att ta fram ur Ledningskrafts utdataportal.

- andel olämpliga läkemedel > =75 år och äldre (-16,1%),
- andel antipsykotiska läkemedel > = 65 år via apodos (-6,0%),
- andel antiinflammatoriska läkemedel > = 75 år (-2,7%),

Summa - 24,8% Samtliga tre indikatorer har minskat.

Nytt i överenskommelsen 2014 är justering av ålder för de indikatorer som mäts, vilka 2014 utgår från alla personer 75 år och äldre.

V 2, 2013 samt 2, 2014 genomfördes en intern punktprevalensmätning (PPM) av olämpliga läkemedel i särskilt boende för äldre, enligt Socialstyrelsens indikatorer. Sammantaget har samtliga boenden inom vissa områden eller inom samtliga områden minskat andelen olämpliga läkemedel jämfört med 2013 och därmed förbättrat resultaten.

Under februari/mars 2014 slutförs projekt om läkemedelsgenomgång på distans med hjälp av stimulansmedel, i samverkan mellan apoteket/farmaceutisk kompetens, kommunen och privat vårdgivare av primärvård.

Kommunen har under 2013 anslutit till nationella kvalitetsregistret BPSD (beteendemässiga och psykiska symtom vid demens) som syftar till att ge en personcentrerad vård och omsorg för personer med demenssjukdom. Ett mer personcentrerat förhållningssätt bör också förhoppningsvis kunna bidra till en minskad användning av olämpliga läkemedel.



Strömsunds
Kommun
Stræjmien tjjelte

2014-03-14

Åsa Engman
Medicinskt ansvarig sjuksköterska
Strömsunds Kommun

Avvikelse som inte rör läkemedel är förhållandevis få och varierar. Det som dock i likhet med tidigare år överväger är vårdplaneringsamt informationsöverföring/samverkan externt med andra vårdgivare inom landstinget.

Åsa Engman
Medicinskt ansvarig sjuksköterska
Strömsunds Kommun

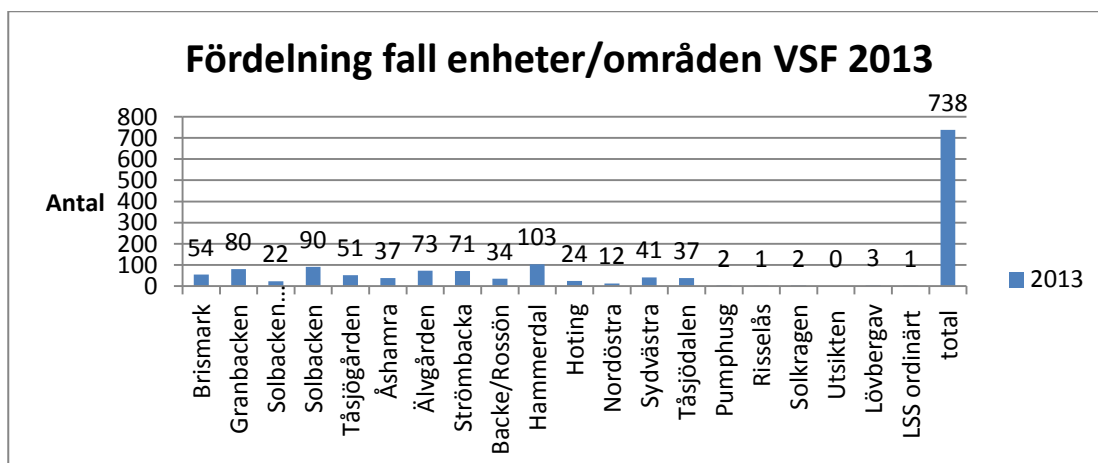
Åsa Engman
Medicinskt ansvarig sjuksköterska
Strömsunds Kommun

Avvikelserapportering inom hälso- och sjukvård 2013 Falltillbud och fallskador

Redovisningen avser 2013 års falltillbud och skador. Närvård Frostviken och Närvårdsavdelningen redovisas i separata kolumner/tabeller.

Falltillbud och skador, fördelning mellan verksamheter Vård- och socialförvaltningen	Antal 2012	Antal 2013	Förändring, andel%
Särskilt boende för äldre	384	407	+6%
Ordinärt boende inkl Rossöcenter	188	251	+33%
Trygghetsboende	74	71	-3%
LSS gruppboende och serviceboende	20	8	-60%
LSS ordinärt boende	0	1	
Summa	666	738	+11%

Andelen rapporterade fall för 2013 har ökat med 11% jämfört med 2012 vilket innebär att målet om att minska andelen fall med 10% från föregående år inte har uppnåtts. Det som i stort påverkar resultatet härrör från en ökning av falltillbud i ordinärt boende, där ett antal personer har många fall.



Inom vård- och socialförvaltningen är det (130) personer som står för fallen, vilket innebär i snitt 5,7 fall/ person som fallit. Som tidigare är det ett färre antal personer som står för många fall. (12) personer har (10) fall eller fler, dessa utgör (203) dvs 27% av de inrapporterade fallen. En person har (32) fall och en person har (19) fall. (28) personer har 5-9 fall fördelat på (184) rapporter. 40 personer står totalt för (387) rapporter vilket är 52% av de totalt inrapporterade fallen.

Könsfördelning inkomna fall rapporter Vård- och socialförvaltningen	Antal 2012	Antal 2013	Andel%
Kvinnor	374	423	57%
Män	292	315	43%
Summa	666	738	Förändring +11%

2013 redovisas (423) st. fall 57% för kvinnor och (315) st. fall 43% för män.

2014-03-14

Åsa Engman
Medicinskt ansvarig sjuksköterska
Strömsunds Kommun

Skadeindelning Vård- och social förvaltningen	Större fraktur 2012	Större Fraktur 2013	Mindre fraktur 2012	Mindre Fraktur 2013	Mjukdels- skador 2013
Särskilt boende för äldre	9	7	5	7	
Ordinärt boende	2	5	6	4	
Trygghetsboende	1	4	1	1	
LSS gruppboende och serviceboende	0		0	0	
LSS ordinärt boende	0		0	0	
Summa	12 st	16st (2%) 9 kvinnor 7 män	12 st	12st (1,6%) 6 kvinnor 6 män	112 st 15%) 58 kvinnor 54 män

2013. Av totalt 738 fall, har 9 kvinnor och 7 män (16) st. 2% fått större frakturer, vanligen höftfraktur eller bäcken fraktur till följd av fall. Motsvarande siffror för mindre frakturer visar en fördelning på 6 kvinnor och 6 män (12) st. frakturer 1,6%, tex handled eller revbensfraktur. 58 kvinnor och 54 män (112) st. 15%, fick mjukdelsskador till följd av fall år 2013.

Rapporteringen från Närvård Frostviken avser som tidigare år verksamhetsområdet hemsjukvård i ordinärt och särskilt boende.

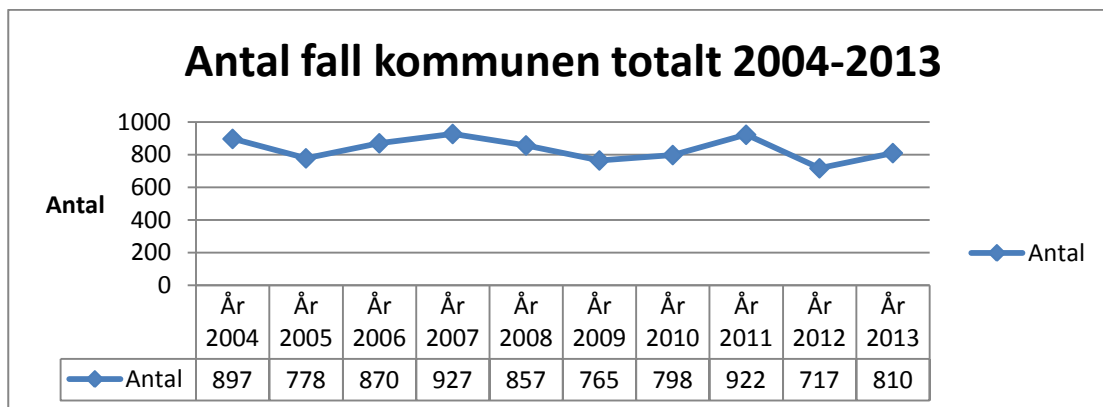
Falltillbud och skador Närvård Frostviken	Antal 2012	Antal 2013	Förändring
Levingsgården	32	18	
Forsgården+distrikt	19	30	
Summa	51	48	-6%
Könsfördelning rapporter			
Kvinnor		32	
Män		16	
Summa		48	
Större frakturer	4	2 (kvinnor)	-50%
Mindre frakturer	1	0	
Summa	5	2	-60%

År 2013. 2 kvinnor ådrog sig större fraktur till följd av fall. En person inom Frostviken har 5 fall. I övrigt ses en spridning mellan flera personer som fallit ett antal gånger. Antalet frakturer har minskat jämfört med 2012.

Falltillbud och skador Närvårdsavdelningen NÄVA 2013	
Varav Kvinnor	11
Varav Män	13
Skador	0
Antal falltillbud/skador summa	24

Kopia på avvikelser fall gällande personer på kommunal korttidsplats har enligt överenskommes rapportereras från NÄVA via patientsäkerhetsenheten på Jämlands läns landsting för 2013. 2012 rapporterades 5 falltillbud från korttidsplats, vilket bedöms vara en underrapportering. I och med ändrade rutiner för avvikelshantering inom landstinget bör tillförlitligheten i rapporteringen öka kommande år.

Åsa Engman
Medicinskt ansvarig sjuksköterska
Strömsunds Kommun



Antal fall kommunen totalt 2004-2013 (vård- och socialförvaltningen, Attendo Care, Närvård Frostviken, NÄVA korttidsplatser). En beräkning för de senaste 10 åren 2004- 2013 visar (8341) fall på 10 år totalt i kommunen. I medelvärde ger detta 834,1 fall/ år totalt i kommunen, ett medianvärde 833,5 fall per år. En viss variation uppåt och nedåt ses över tid mellan åren. Det är dock inga större avvikelser utan en variationsbredd på 210 fall under angiven 10 års period

Sammanfattning

Medarbetare inom de olika verksamheterna fullgör sitt ansvar att rapportera avvikelser om falltillbud och fallskador enligt de krav som ställs i kvalitetsledningssystemet och föreskrift SOSFS(2011:9), följsamhet till rapporteringsrutinerna är goda. Kommunens rapportering av falltillbud och skador är möjlig att följa över år sedan 1997.

För 2013 har målet om en minskning av andelen fall med 10% från föregående år inte uppnåtts. En ökning av andelen fall ses inom vård- och socialförvaltningen under 2013 med 11%, som härrör från ordinärt boende och några få personer med omfattande fallproblematik. Närvård Frostviken har en minskning med 6%.

I överenskommelsen om sammanhållen vård- och omsorg för de mest sjuka äldre, 2014 kommer fokus att ligga på riskbedömningar och preventivt arbetssätt i ordinärt boende med stöd av nationella kvalitetsregistret Senior Alert där riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår ingår.

Åsa Engman
Medicinskt ansvarig sjuksköterska
Strömsunds Kommun

Åsa Engman
Kvalitetsutvecklare ÄO
Vård- och socialförvaltningen

Sammanställning av rapporteringar om allvarliga missförhållanden i omsorger om äldre och funktionshindrade samt fel och brister enligt SoL och LSS 2013

Inom äldreomsorg samt omsorger om personer med funktionsnedsättning kom det in (23) rapporter om missförhållanden under 2013. (1) av dessa anmäldes till Inspektionen för vård- och omsorg (IVO). NÄVA har lämnat in (1) rapport. Inga rapporteringar om missförhållanden har kommit från Närvård Frostviken. Verksamhetsansvariga i förvaltningen har i samtliga händelser vidtagit åtgärder och avhjälpt missförhållandena samt förbättrat vården och omsorgen.

Enhet/område	Antal 2013
Granbacken	8
Näva kommunplats	1
Solbacken	7
Strömbacka	1
Åshamra	3
Älvgården	1
Tåsjögården	2
Summa	23

Av (23) inkomna rapporterna har Granbacken och Solbacken flest rapporter, dessa kan kopplas till rapporteringar i några ärenden med demenssjukdom i orolig fas. Kontinuerlig anpassning och uppföljning av insatser görs i syfte att förbättra det individuella omhändertagandet för dessa. (1) rapport från NÄVA avser hot och våld mellan vårdtagare på korttidsplats. Tf. chef på NÄVA har synliggjort rapporteringsskyldigheten gällande missförhållande inom SOL, LSS och informerat personal, vilket ses som positivt.

Könsfördelning 2013			
Kvinna antal rapporter	Man antal rapporter	Kvinna/man antal rapporter	Kvinnor antal rapporter
9 st. 39%	11 st. 48%	2 st. 9%	1 st. 4%

Av 23 inkomna rapporter om missförhållanden/risk för missförhållande inom äldreomsorg gällde (9) st. 39% kvinnor, (11) st. män, (2) rapporter 9% både kvinna/man samt (1) rapport 4% kvinnor.

Typ av rapporterat missförhållande	2012	2013
Bemötande	1	2
Fysiskt våld	3	1
Fördröjda/ uteblivna insatser	2	1
Hot och våld mellan vårdtagare	5	6
Larmsystem/elektroniskt dörrlås	1	1
Nyckel	1	0
Stopp i hiss	*	1
Hiss ur funktion pga strömavbrott	*	1
Tagit sig från boendet	*	7
Vård/omsorg/tillsyn	4	1
Våld från vårdtagare mot personal (arbetsmiljö)	2	2
Summa	19	23

Flera rapporteringar har lämnats in om hot och våld mellan vårdtagare, samt händelser där vårdtagare lämnat boendet. Dessa är kopplade till ett färre antal personer i två boenden. Se tabell ovan, fördelning mellan enhet/område. (2) av rapporterna hör hemma inom arbetsmiljörapportering och avser våld riktat från vårtagare mot personal, där det också funnits risk för att skada skulle uppstå på vårdtagaren. (2) rapporter från Tåsjögården avser händelser med icke fungerande hiss.

Lex Sarah anmälningar till Inspektionen för vård- och omsorg (IVO) 2013	1
---	---



Åsa Engman

Kvalitetsutvecklare ÄO

Vård- och socialförvaltningen

Händelser som rapporterats elektroniskt i avvikelshanteringssystem hälso- och sjukvård som avser SoL och personalfrågor	2013 Antal
Brist i tillsyn, gått ut, klivit på stol (Ålvgården)	3
Brister i samverkan larmcentral trygghetslarm (Backe/Rossön)	1
Utebliven insats, utevistelse SoL, pga pers brist (Backe/Rossön)	1
Utebliven insats SoL (dusch) pga pers brist (Backe/Rossön)	3
Försenad frukost till diabetiker pga oförutsedd personal brist i kök reaktion hos den enskilde- insulinkänning (Strömbacka)	1
Fördröjd insats SoL (Tåsjö)	1
Hot och våld mellan vårdtag (Ålvgården)	1
Summa	11

Ovanstående händelser har rapporterats elektroniskt i hälso- och sjukvårdens avvikelshanteringssystem och avser rapportering enligt SoL om fördröjda/uteblivna insatser med koppling till personalbrist och som i ett fall lett till medicinskt problem, brist i tillsyn, brister i samverkan samt hot- och vård mellan vårdtagare. Rapporteringar avser ordinärt och särskilt boende. Samtliga händelser har hanterats och åtgärdats av chef och sjuksköterska. Kopia på denna rapportering finns också i häso- och sjukvårdens avvikelksammanställning 2013.

Sammanfattning

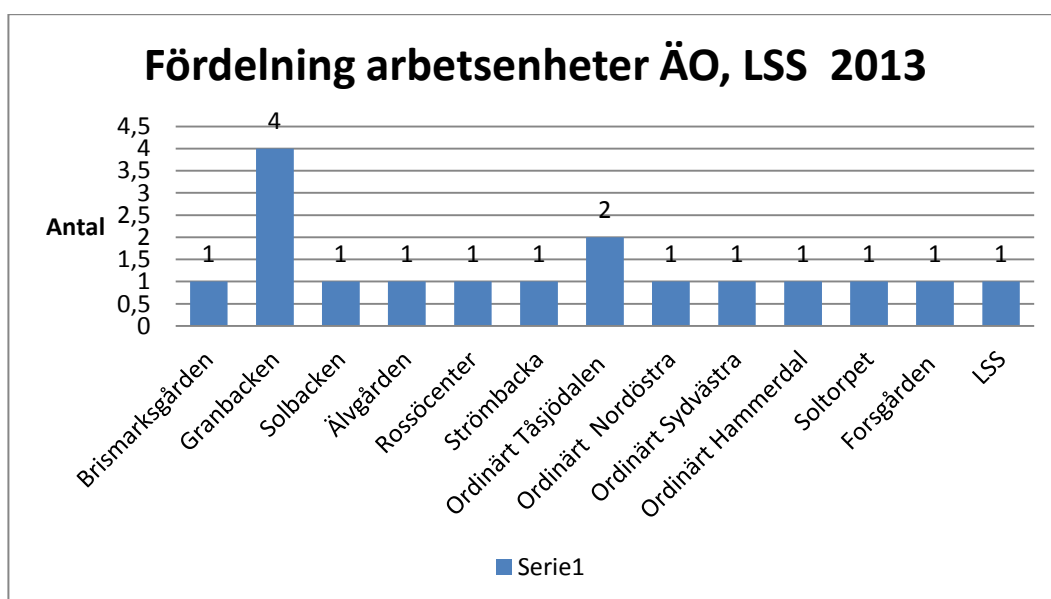
Rapportering om missförhållanden ligger som en del i skyldigheten enligt (SOSFS 2011:9), Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, 5 kap systematiskt förbättringsarbete, §§ 4, 5 om rapportering och utredning samt § 6 om analys och sammanställning. Utifrån upprättat kvalitetsledningssystem, Vägvisaren, har varje verksamhet och förvaltningen under året ett uppdrag att systematiskt och kontinuerligt förebygga brister, risker och uppkomst av missförhållanden.

Att tänka på under 2014 är att vissa händelser kan beröra både socialtjänst/LSS och hälso- och sjukvård samtidigt. Rapportering sker då enligt båda rapporteringssystemen för respektive lagstiftning för att synliggöra och kunna åtgärda på ett samlat sätt.

Åsa Engman
Kvalitetsutvecklare äldreomsorg
Vård- och socialförvaltningen
Strömsunds Kommun

Sammanställning av inkomna förslag synpunkter och klagomål område äldreomsorg och LSS 2013

Sammanställningen avser förslag, synpunkter och klagomål inom område äldreomsorg, hemsjukvård och LSS som kommit till vård- och socialförvaltningen 2013. Synpunkter som berört Närvård Frostviken och andra förvaltningar med vilka vård- och socialförvaltningen samverkar har fått dessa för åtgärd.



Sammanlagt har (17) synpunkter kommit in till förvaltningen år 2013, en minskning med 43% jämfört med år 2012 då (30) synpunkter skickades in.

Av synpunkterna som kom in 2013 berörde (1) Närvård Frostviken, (1) Strömsunds hyresbostäder, (1) teknik och service förvaltningen. Som tidigare år är det i huvudsak anhängiga som framför synpunkter kring olika insatser som rör deras närstående.

Synpunkterna som kommit till Granbacken kommer från en person. Det har handlat om frågor på individnivå samt inom området vård- och omsorg i stort, i den allmänna debatten, som har mynnat i specifika frågor. De frågor som uppstått hanteras kontinuerligt av verksamhetsansvariga och legitimerade på ett professionellt sätt, genom möten, samverkan och regelbundna kontakter med den som lämnat synpunkter.

Fördelning klagande Äldreomsorg, hemsjukvård, LSS 2013, Antal		
Anhängiga	Den enskilde	Medarbetare/annan
13	3	1

I likhet med tidigare år är det i huvudsak anhängiga som lämnar synpunkter till förvaltningen.

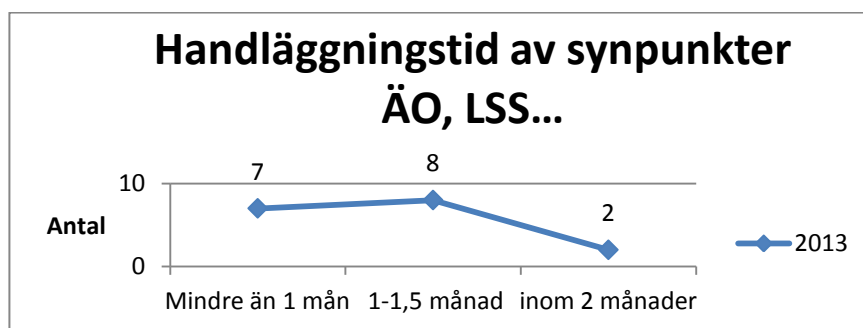
Könsfördelning som synpunkter gällt 2013, Antal			
Kvinnor	Män	Kvinnor/ män	Ej angivet
2	7	7	1

Den högre förekomsten av män beror på att flera synpunkter kommit in i samma ärende.

Åsa Engman
Kvalitetsutvecklare ÄO
Vård- och socialförvaltningen

Fördelning synpunkter/klagomål 2013	Antal
Bemötande	1
Verksamhet/inflytande	1
Vård och Omsorg, behandling	8
Kostfrågor	2
Fastighet/utommiljö	2
Olika iakttagelser/synpunkter	2
Samverkan/information	1

Frågor kring vård- och omsorg och behandlingsinsatser i medicinska frågor överväger. Det har handlat om omvårdnad/omsorg, läkemedelsfrågor, kontakter med hemsjukvård. I övrigt ses en spridning kring enstaka frågor.



Tid från datum för ankomstregistrering till datum för åtgärd från verksamheten. (7) av (17) klagomål har handlagts på kortare tid än 1 månad, (8) st. inom 1-1,5 månader och (2) inom 2 månader. Två av de synpunkter som kom in till vård- och socialförvaltningen under 2013 handlade om fastighet/utomhusmiljö. Dessa avslutades med en hänvisning och frågan lämnades till fastighetsägare och förvaltare för bedömning.

Inga enskilda klagomål har kommit från Inspektionen för vård- och omsorg (IVO) till vård- och socialförvaltningen under 2013.

En enkel analys från förvaltningsledningen talar för att minskningen av synpunkter inom äldreomsorg och LSS under 2013 har handlat om en tydligare styrning från ledningen och att lyhördhet för synpunkter finns. Vikten av att möta upp och aktivt följa upp i ett tidigt skede har gynnat hantering i de enskilda fallen och kan eventuellt ha bidragit till att det inte inkommit några enskilda klagomål från IVO. Rutinen för förslag, synpunkter och klagomål har ändrats och förvaltningen informerar om möjligheten att lämna synpunkter i olika sammanhang, bla. till anhöriga och pensionsorganisationer, vilket har resulterat i att förvaltningen upplevs som mer öppen transparent.

Åsa Engman
Kvalitetsutvecklare
Vård- och socialförvaltningen
Strömsunds kommun



§ 29

Övriga frågor

- Förslag till samverkan inom eHälsa i Jämtlands län 2015 - ,bilaga.
 - Stig Willman avtackas med blommor, tårta och Frostvikssouvenir för sitt arbete som sekreterare i när vårdsnämnden. Ordföranden belyser hans genuina kunskap om äldreomsorgen i kommunen. Något som varit värdefullt i diskussioner som har förts i nämnden.
- _____