



**Gemensam nämnd för
närvård i Frostviken**

2018-02-01

Plats och tid	Forsgården, Gäddede, kl. 10.00–12.30
Beslutande	Bengt Bergqvist (S), ordförande Ardis Lindman (S) Mårten Jonsson (C) Mats Gärd (C) Jan-Olof Andersson (M) Bertil Forsmark (S) tjänstgörande ersättare
Övriga närvarande	Annika Stedt, sekreterare Morgan Olsson, närvårdschef
Utses att justera	Mats Gärd
Justeringens plats och tid	Kommunkontoret, Strömsund, inom 14 dagar
Underskrifter	Sekreterare Paragrafer 1 – 11 Annika Stedt
	Ordförande Bengt Bergqvist
	Justerare Mats Gärd

ANSLAG/BEVIS

Protokollet är justerat. Justeringen har tillkännagivits genom anslag.

Organ	Gemensam nämnd för närvård i Frostviken		
Sammanträdesdatum	2018-02-01		
Datum då anslag sätts upp	2018-02-08	Datum då anslag tas ned	2018-03-01
Förvaringsplats för protokollet	Vård- och socialförvaltningen, Strömsund		
Underskrift	 Annika Stedt		



§ 1

Godkännande av föredragningslista

Extraärende: Ändring av datum för närvårdsnämndens sammanträde i september 2018.

Förslaget till föredragningslista godkänns.



§ 2

Dnr 2016.16

041

Måluppfyllelse 2017, redovisning av utfall

Närvårdschefen informerar om utfallet 2017 utifrån de inriktningsmål som nämnden kompletterat med egna effektmål. Fyra av målen ska redovisas till kommunfullmäktige.

Målet om fortsatt satsning på arbetsmiljö- och folkhälsofrågor har delvis uppnåtts. Den 31 december 2017 har 42 FAR-recept skrivits ut. Utevistelse enligt individuell överenskommelse i genomförandeplan har inte uppnåtts på grund av att genomförandeplaner inte har kunnat följas upp för hela året.

Målet att vårdtagares/brukares inflytande över sin vardag ska öka har uppnåtts för hemtjänstmottagare i distrikt Frostviken. Vid Levinsgårdens särskilda boende har inte tillräckligt många kunnat svara och resultat har inte kunnat uppnås.

Målet att verksamheten bedrivs så att det är tryggt och säkert har inte uppnåtts. Två nya trycksår har uppstått under 2017. Under 2017 har 124 falltillbud skett. Målet för 2017 var att falltillbud och falltillskador skulle uppgå till högst 48 totalt.

Målet om trygg och säker läkemedelsanvändning har inte uppnåtts. Under 2017 har antalet läkemedelsavvikelser uppgått till 28 för kvinnor och 38 för män. Målet för 2017 var 12 för kvinnor och 8 för män.

Målet att kommunen kontinuerligt ska ställa praktikplatser till förfogande motsvarande en per tio anställda har uppnåtts. En plats på Forsgården och en plats på Levinsgården har stått tillförfogande men har inte utnyttjats.

Målet att andelen tillsvidareanställda i kommunen ska öka och andelen timanställda ska minska har uppnåtts. Två undersköterskor och ett vårdbiträde har gått från vikariat till tillsvidareanställning. Vårdbiträdet validerar till undersköterska. Två sjuksköterskor har gått från vikariat till tillsvidareanställning.

Målet om ökad jämställdhet och tillgänglighet har delvis uppnåtts. Nationell patientenkät har inte genomförts 2017 och därför har inte patientupplevd kvalitet på Gäddede hälsocentral kunnat redovisas. Alla patienter till och med den 31 december 2017 träffat ordinarie läkare vid återbesök.



**Gemensam nämnd för
närvård Frostviken**

2018-02-01

4

§ 2 (forts.)

Yrkande

Ordföranden yrkar att närvårdsnämnden tar del av och godkänner redovisningen.

Närvårdsnämndens beslut

Närvårdsnämnden tar del av och godkänner redovisning av utfall, måluppfyllelse 2017. Bilaga.

Beslutsexpediering
Kommunfullmäktige

Närvårdsnämnden

Prioriterade mål 2017	Effektmål 2017	Indikator															
Fortsatt satsning på arbetsmiljö- och folkhälsofrågor.	Antal Far-recept (Fysisk aktivitet på recept) ska under året uppgå till minst; 10 stycken för kvinnor 10 stycken för män.	Redovisas per april, augusti och december. 2018-01-04 Till sista december har 42st Far-recept skrivits ut. Målet anses uppnått.															
	Kvinnor och män som bor i särskilt boende erbjuds utevistelse enligt individuell överenskommelse i genomförandeplanen. Uppföljning genom dokumentation på checklista. Redovisas till kommunfullmäktige	Dokumentation av ansvarig kontaktperson på särskild signeringslista. Redovisas per april, augusti och december. 2018-01-04 Genomförandeplanerna på plats men har ej gått följa upp för helåret därav kan ej målet anses uppfyllt. Kvinnor och män som bor i särskilt boende erbjuds dock kontinuerligt utevistelse.															
Vårdtagares/brukares inflytande över sin vardag ska öka.	Andel brukare som i enkät svarat positivt på frågan "Brukar personalen ta hänsyn till dina åsikter och önskemål om hur hjälpen ska utföras?" ska uppgå till; 80 % bland hemtjänstmottagare 90 % bland boende på Levinsgården. Redovisas till kommunfullmäktige	Mäts via Socialstyrelsens årliga brukarenkät till äldre. Redovisas en gång/år. Målet uppnått för hemtjänstmottagare men för få svarande på Levinsgården för att få ett resultat. <table><tr><td></td><td>2014</td><td>2015</td><td>2016</td><td>2017</td></tr><tr><td>Hemtjänstmottagare</td><td>77 %</td><td>67 %</td><td>71%</td><td>82%</td></tr><tr><td>Levinsgården</td><td>Inget resultat</td><td>86 %</td><td>86%</td><td>För få svarande</td></tr></table>		2014	2015	2016	2017	Hemtjänstmottagare	77 %	67 %	71%	82%	Levinsgården	Inget resultat	86 %	86%	För få svarande
	2014	2015	2016	2017													
Hemtjänstmottagare	77 %	67 %	71%	82%													
Levinsgården	Inget resultat	86 %	86%	För få svarande													

Närvårdsnämnden

Prioriterade mål 2017	Effektmål 2017	Indikator
Verksamheten bedrivs så att det är tryggt och säkert	Inga trycksår ska uppstå hos hemtjänstmottagare eller hos boende i särskilt boende (Levinsgården).	Mäts via nationella vårdpreventiva registret Senior Alert, punktprevalensmätning två gånger/år.
	Redovisas till kommunfullmäktige	2018-01-04 Två nya trycksår 2017, målet ej uppnått.
	Det totala antalet falltillbud och fallskador ska minska till 2013 års nivå. De ska under 2017 uppgå till högst 48 stycken totalt.	Mäts via kommunens avvikelshantering. Redovisas en gång/år. 2018-01-04 Målet ej uppnått för 2017.
Trygg och säker läkemedelsanvändning.	Andelen läkemedelsavvikelser ska under året uppgå till högst 20. (Av personer med delegerad medicinhantering är 60 % kvinnor och 40 % män i området). 12 stycken för kvinnor, 60 % av avvikelserna 8 stycken för män, 40 % av avvikelserna	Mäts via kommunens avvikelshantering. Redovisas en gång/år.
		2018-01-04 Målet ej uppnått för 2017

Närvårdsnämnden

Prioriterade mål 2017	Effektmål 2017	Indikator																														
Kommunen ska kontinuerligt ställa praktikplatser till förfo- gande motsvarande en per tio anställda.	Närvård Frostviken ska ställa två praktikplat- ser till förfogande under året.	En plats på Forsgården, en plats på Levinsgår- den. 2018-01-04, Praktikplatser har stått till förfo- gande, dock ej utnyttjats. Har haft två feriearbe- tare, en på nystartsjobb och två på extratjänster. Elever som studerar till undersköterska har gjort verksamhetsförlagd del av utbildningen på Levinsgården och Forsgården.																														
Andelen tillsvidareanställda i kommunen ska öka och andelen timanställda minska.	Under året erbjuda tre vikarier tillsvidarean- ställning. Två undersköterskor, en sjuksköterska/- distriktssköterska.	2018-01-04, två undersköterskor och ett vårdbi- träde gått från vikariat till tillsvidareanställning. Vårdbiträdet validerar nu till USK. Två SSK på ambulansen har gått från vikariat till tillsvidare- anställning.																														
Ökad jämställdhet och tillgäng- lighet.	Den patientupplevda kvaliteten på tillgäng- lighet vid Gäddede HC (telefon, e-post, per- sonligt besök) ska uppgå till minst; 95 % för kvinnor 95 % för män. 2014 - för få svarande, inget resultat redovi- sat. (Mindre än 30 svar).	Nationell patientenkät, genomförs fjärde kvarta- let årligen. Skala 0 – 100. Vid för få svarande redovisas ej könsfördelning (mindre än 30). Redovisas en gång/år. Ingen en- kät genomförd 2017. <table><tr><td></td><td>2012</td><td>2013</td><td>2014</td><td>2015</td></tr><tr><td>Kvinnor</td><td>77</td><td>79</td><td>X</td><td>X</td></tr><tr><td>Män</td><td>73</td><td>81</td><td>X</td><td>X</td></tr><tr><td>Totalt</td><td>74</td><td>80</td><td>X</td><td>95</td></tr><tr><td>Högst i länet</td><td>84</td><td>85</td><td>100</td><td>98</td></tr><tr><td>Lägst i länet</td><td>45</td><td>47</td><td>66</td><td>53</td></tr></table>		2012	2013	2014	2015	Kvinnor	77	79	X	X	Män	73	81	X	X	Totalt	74	80	X	95	Högst i länet	84	85	100	98	Lägst i länet	45	47	66	53
	2012	2013	2014	2015																												
Kvinnor	77	79	X	X																												
Män	73	81	X	X																												
Totalt	74	80	X	95																												
Högst i länet	84	85	100	98																												
Lägst i länet	45	47	66	53																												
	Vid uppföljning och återbesök för kroniska sjukdomar ska patienten träffa sin ordinarie läkare. Redovisas till kommunfullmäktige	Statistik ur journalsystemet Cosmic. Redovisas per april, augusti och december. 2018-01-04 Alla fram till 2017-12-31 har träffat ordinarie läkare vid återbesök.																														



§ 3

Dnr 2016.16

041

Preliminärt bokslut 2017

Närvårdschefen redovisar preliminärt bokslut för 2017.

Yrkande

Ordföranden yrkar att närvårdsnämnden tar del av och godkänner det preliminära bokslutet.

Närvårdsnämndens beslut

Närvårdsnämnden tar del av och godkänner det preliminära bokslutet 2017.



§ 4

Dnr 2016.28

700

Uppföljning internkontroll 2017

Närvårdsnämnden fastställde plan för sin interna kontroll under 2017 vid sammanträde den 8 december 2016 § 68. Närvårdschefen lämnar redovisning av uppföljning som genomförts.

Utfallet ska redovisas till kommunstyrelsen.

Yrkande

Ordföranden yrkar att närvårdsnämnden tar del av och godkänner uppföljningen.

Närvårdsnämndens beslut

Närvårdsnämnden tar del av och godkänner uppföljning internkontroll 2017. Bilaga.

Beslutsexpediering
Kommunstyrelsen

År: 2017

Fastställd datum: NVN 2016-12-08 § 68

Process/rutin/system	Kontrollmoment	Kontrollansvarig	Frekvens	Metod	Rapportering till
Följa upp socialstyrelsens brukarenkät inom äldreomsorgen 2016	Redovisning av resultat och åtgärder.	Närvårdschef	En gång per år	Kort rapport	NVN första kvartalet Redovisat 2017-02-02 § 7
Följa upp nationella patientenkäten 2016	Redovisning av resultat och åtgärder	Närvårdschef	En gång per år	Kort rapport	NVN första kvartalet Redovisat 2018-02-01 §
Närvårdsnämndens beslut	Uppföljning av i vilken utsträckning som beslut har verkställts	Nämndens sekreterare	Två gånger per år	Kort rapport	NVN andra och fjärde kvartalet Redovisat 2017-05-18 § 33 Redovisat 2017-12-14 § 65
Att det finns aktuella genomförandeplaner enligt planerad uppföljning på brukare i särskilt boende (Levinsgården) samt boende på Forsgården med beslutade insatser	Genomfört	Närvårdschef	En gång per år	Kort rapport	NVN i december Redovisat 2017-12-14 § 66
Granska journaler och loggar	Genomfört	Närvårdschef	2 ggr/år	Stickprov	Region J/H i december Redovisat 2017-12-14 § 67
Följa upp införandet av IBIC (Individens behov i centrum) inom lagrum SOL och LSS	Uppföljning av om utbildningsinsatser genomförts samt att vårdpersonal påbörjat dokumentera i Lifecare.	Närvårdschef	En gång per år	Kort rapport	NVN i december Redovisat 2017-12-14 § 68
Följa upp flytt av Ambulansverksamhet till nya lokaler i samverkan med Räddningstjänst, Polis och Fjällräddning	Uppföljning av hur verksamheten och samverkan fungerar i nya lokaler	Närvårdschef	En gång per år	Kort rapport	NVN i december Redovisat 2017-12-14 § 69
Följa upp flytt av Hälsocentral till lokaler Storgatan 30 i Gäddede	Uppföljning av hur verksamheten fungerar	Närvårdschef	En gång per år	Kort rapport	NVN i december Redovisat 2017-12-14 § 70



§ 5

Dnr 2018.2

770

Patientsäkerhetsberättelse 2017

Närvårdschefen informerar om patientsäkerhetsberättelse för 2017 som skickats till hälsovalskansliet i regionen.

Yrkande

Ordföranden yrkar att närvårdsnämnden tar del av och godkänner patientsäkerhetsberättelse 2017.

Närvårdsnämndens beslut

Närvårdsnämnden tar del av och godkänner patientsäkerhetsberättelse 2017. Bilaga.

Dnr 2018.2-770 Bil NVN 2018-02-01 § 5

Patientsäkerhetsberättelse 2017

Namn
NÄRVÅRD FROSTVIKEN

Innehållsförteckning

1 SAMMANFATTNING	2
2 OMRÅDETS ARBETE FÖR ÖKAD PATIENTSÄKERHET.....	3
2.1 Hur har arbetet bedrivits?	3
2.2 Egenkontroller	3
2.3 Hälso- och sjukvårdspersonalens rapportering	4
3 ARBETE FÖR ATT FÖREBYGGA VÅRDSKADOR	4
3.1 Samverkan mellan vårdenheter	4
3.2 Samverkan med patienter/närstående	4
3.3 Riskanalyser	5
4 VÅRDSKADEUTREDNINGAR	5
4.1 Klagomål och synpunkter	6
5 INFORMATIONSSÄKERHET	6
6 VERKSAMHETSPLANENS MÅLUPPFYLLELSE	6
6.1 Resultat och analys	6
7 ÅTGÄRDER NÄSTKOMMANDE ÅR	7

1 Sammanfattning

Närvård Frostviken arbetar enligt Kvalitetsledningssystemet Vägvisaren, http://www.stromsund.se/download/18.60e2e10e1572b72bf31d06ae/1480497169495/V%C3%A4gvisaren+Ledningssystem+kvalitet+%2870_20%29.pdf, ledningssystem för att kunna planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten. Ledningssystemet gäller tills vidare men uppdateras årligen. Ledningssystemet beskriver hur vi genom upprättande av ett årshjul arbetar med uppföljning av de olika aktiviteterna som verksamheten omfattar. I verksamhetsplan och internkontrollplan upprättad för året beskrivs de specifika aktiviteter som planeras, förutom det följer vi i Strömsunds kommun upprättade rutiner för

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

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

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

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

Vi har inga rapporterade vårdskador eller vårdrelaterade infektioner under året, två patienter där trycksår uppstått har vi haft under 2017.

Under slutet av 2016 flyttade Hälsocentralen och Ambulansverksamheten till nya lokaler och under 2017 har vi arbetat med nya rutiner utifrån de nya förutsättningarna.

Enligt plan har vi under 2017 arbetat

- Minska antalet fallskador
- Trygg och säker läkemedelsanvändning

Trots aktivt arbete har inte antalet fallskador minskat men arbetet pågår kontinuerligt och insatser sätts in för riskpersoner, en hjärnskakning har uppstått pga fall men inga övriga allvarliga skador.

Arbetet med trygg och säker läkemedelsanvändning kräver fortsatt fokus så det arbetet kommer även fortsätta 2018.

2 Områdets arbete för ökad patientsäkerhet

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

2.1 Hur har arbetet bedrivits?

Patientsäkerhetsronden genomförs årligen och i år utfördes den 2017-10-19. Ronden är ett bra tillfälle där vi tillsammans går igenom verksamheten och har möjlighet att identifiera förbättringsområden. Resultatet har redovisats på arbetsplatsträff för personalgruppen.

Utifrån patientsäkerhetsronden identifierades en brist i hanteringen av in- och utgående remisser som hade kunnat leda till bristande patientsäkerhet, där är nu en ny rutin framtagen för att undvika den risken.

Rutiner ses ständigt över i syfte att öka patientsäkerheten och bedriva en trygg och bra verksamhet. Bl.a. har vi haft en genomgång kring journalföring.

Nytt IT-stöd i form av en dator/surfplatta med möjlighet att komma åt system såsom journaler har införskaffats till ambulansen för att öka patientsäkerheten.

2.2 Egenkontroller

- *Av nämnden utvalda verksamhetsmål följs upp per april, per augusti samt vid årets slut, resultatet återförs även till personalgrupp.*
- *Planerade, återkommande aktiviteter läggs in i en tidsaxel över året, aktiviteter som analys och återföring av resultat av PPM, Brukarundersökningar, Resultat i Öppna jämförelser, Resultat i Nationell patientenkät, Resultat i Kolada sker till Närvårdsnämnd samt verksamhet.*
- *Internkontrollplan upprättas varje år.*
- *Avvikelse hanteras enligt rutin för avvikelshantering*
- *Trycksår, fall och undernäring följs upp kontinuerligt via Senior Alert och punktprevalensmätningar. Resultaten följs upp vid regelbundna tvärprofessionella möten och åtgärder läggs in i hälsoplaner och genomförandeplaner som redovisas ut till personalgrupperna. Resultaten redovisas till Närvårdsnämnden enligt plan.*
- *Följsamheten till basala kläd- och hygienregler mäts 2 ggr/år och följs upp av enhetschef som beslutar om eventuella åtgärdsplaner och redovisar vidare i personalgrupperna.*

2.3 Hälso- och sjukvårdspersonalens rapportering

I Strömsunds kommun finns:

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

Personalen uppmuntras kontinuerligt till att rapportera avvikelser och missförhållande och vi upplever att det fungerar bra. Sammanställning av rapporterade missförhållanden/Lex Sarah redovisas för nämnden samt återrapporteras till personalen på arbetsplatsträffar.

Det har i vissa fall varit osäkert om avvikelser ska göras mot Region J/H eller mot kommunen så under början av 2018 kommer en rutin för det färdigställas.

3 Arbete för att förebygga vårdskador

3.1 Samverkan mellan vårdenheter

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

Exempel på avtal/överenskommelser:

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

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

3.2 Samverkan med patienter/närstående

Befolkningen i området inbjuds till Lokala brukarsamråd två gånger per år, vår och höst. Vid dessa samråd informerar Närvårdsnämndens ordförande och Närvårdschef om verksamheten inom den gemensamma nämnden. Information om rutin för synpunkter och klagomål sker regelbundet. Vid dessa samråd tas även synpunkter på verksamheten emot. Under 2017 har inte dessa brukarsamråd genomförts men det kommer återupptas 2018.

I organisationen har en sjuksköterska särskilt ansvar för anhörigstöd. Vi har under 2017 haft en träff för anhörigvårdare och de som ville ha mer information om det. I mötet med den anhörige kan många viktiga synpunkter på verksamheten fångas upp och återföras i syfte att förbättra verksamheten.

3.3 Riskanalyser

Vid förändringar i verksamheten utförs en riskanalys på ett systematiskt sätt tillsammans med fackliga företrädare och utifrån det utformas en handlingsplan. Verksamhetschef är ansvarig för att analysen blir utförd. Det finns även möjlighet att ta stöd från företagshälsovården vid riskanalyser och handlingsplaner om behovet finns.

Skydds rond utfördes på HC och ambulansstationen under våren 2017 och uppföljning kommer utföras under början av 2018.

4 Vårdskadeutredningar

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

Rutin finns även för Rapportering av missförhållanden eller påtaglig risk för missförhållanden inom verksamheter enligt SoL och LSS, Lex Sarah reviderad 2017-09. Närvårdsnämnden har delegerat till närvårdschef att anmäla till IVO enligt Lex Sarah. Under 2017 har ingen Lex Maria eller Lex Sarah inlämnats till IVO från Närvård Frostviken.

4.1 Klagomål och synpunkter

Förslag, synpunkter och klagomål kan komma in via formulär på Strömsunds Kommuns hemsida, via blanketter som finns uppsatta i verksamheterna, direktkontakt med verksamheten eller via Patientnämnden och IVO. Alla Förslag, klagomål och synpunkter hanteras av verksamhetschefen som utreder, besvarar och vid behov upprättar handlingsplan. Om anmälaren så önskar kan hen vara anonym.

Eventuella handlingsplaner eller annat återkopplas till verksamheten utifrån behov.

En skrivelse har under året inkommit från Frostvikens PRO-förening avseende önskemål av boendeplatser för t.ex. återhämtning efter operation. Eftersom vi erbjuder korttidsplatser på Särskilt boende så anses behovet uppfyllt och skrivelsen besvarad, därmed är ärendet avslutat.

Vi har under 2017 haft 2st ärenden via patientnämnden, båda är avslutade. Ett av ärenden har lett till att vi förbättrat rutinen kring kallelser och bokningar till BVC.

5 Informationssäkerhet

Vi har under året arbetat med att förbättra datoranvändandet för att säkerställa patientsäkerheten och att personalen låser sin arbetsstation och inte använder någon annans inloggning.

6 Verksamhetsplanens måluppfyllelse

Målet att minska antalet fall och fallskador har inte uppnåtts då antalet registrerade fall var för 2017 124st, de flesta av de fallen är kopplade till ett fåtal individer där ett flertal insatser är genomförda för att minska riskerna utan att begränsa individerna för mycket. Inga allvarliga skador har uppstått pga falltillbudet.

Antalet läkemedelsavvikelser har också ökat och där har vi satt in utbildningsinsatser för personalen men vi ser också att vi har kommit tillrätta med ev underrapportering.

Införandet av IBIC har försenats och är ej genomfört under 2017.

Uppföljning av flytt av HC och Ambulans är genomförd kontinuerligt och anses nu avslutad, endast vissa mindre åtgärder kvarstår.

6.1 Resultat och analys

- *Ett patientklagomål avseende felaktig skrivning i journal vilket har tagits upp i patientnämnden och är utrett och avslutat. Ett annat ärende till patientnämnden avseende bristande kontakt från BVC är också utrett och avslutat, har medfört nya förbättrade rutiner och ansvarsförtydligande.*
- *Inga riskanalyser, vårdskadeutredningar, LÖF-ärenden eller enskildas klagomål från IVO.*
- *Inga klagomål avseende allvarliga vårdskador.*
- *Inga genomförda markörbaserade journalgranskningar.*
- *Inga strukturerade journalgranskningar genomförda.*

- *Patientsäkerhetskulturmätningen avseende 2016 redovisades i början av 2017 och hade väldigt låg svarsfrekvens vilket gjorde resultaten något otillförlitliga men det är ändå en tendens som visar vad vi hade att arbeta med. Den visar följderna av den situation som varit med oro i personalgruppen till följd av personalfrånvaro, flytt av två verksamheter, hög arbetsbelastning och chef som ej fått planerad avlösning. Resultaten redovisades på arbetsplatsträff och vi har sedan arbetat vidare med det.*
- *Resultaten från mätningarna av Basala Hygien- och klädregler har varit i stort sett bra men det har vi fortsätter att påminna och arbeta med vikten av följsamhet. 2st trycksår har uppstått på patienter varav en i palliativt skede, vi fortsätter arbeta över yrkesgrupperna för att identifiera och undanröja riskerna för trycksår. Inga Vårdrelaterade infektioner har uppstått under 2017.*
- *Arbetet med Senior Alert har inte kunnat prioriteras under första halvan av året pga personalbrist men en omstart genomfördes under hösten och det arbetet är nu igång igen.*

Den samlade bedömningen är att de flesta av våra förbättringsområden har varit kopplade till en för hög arbetsbelastning på befintlig personal så det är fortsatt av mycket stor vikt att bevaka att inte den situationen uppstår igen och att vi lyckas rekrytera och bibehålla kompetensen.

7 Åtgärder nästkommande år

Under 2018 kommer kommunens datornätverk att intrångstestas av extern utförare, utifrån resultatet kan ev åtgärder för förbättring av informationssäkerheten bli aktuella.

De övergripande målen för 2018 innefattar bl.a. att den patientupplevda kvaliteten på Gäddede HC ska uppgå till minst 95%, att patienterna vid uppföljning och återbesök ska få träffa sin ordinarie läkare, inga trycksår ska uppstå, att antalet fallskador ska minska jämfört med tidigare år och att antalet läkemedelsavvikelser ska understiga 20st.

Strömsunds kommun kommer tillsammans med MSB att utrusta "Trygghetens Hus" i Gäddede där ambulansen är stationerad tillsammans med Räddningstjänst, Polis och Fjällräddning för säker kommunikation och övrigt för att t.ex. kunna användas i krisläge.



§ 6

Dnr 2018.3

730

**Internkontroll - Uppföljning av Socialstyrelsens brukarenkät
"Så tycker de äldre om äldreomsorgen 2017"**

Närvårdsnämnden fastställde internkontrollplan för 2017 den 8 december 2017 § 68. Redovisning av resultat och åtgärder av socialstyrelsens brukarenkät inom äldreomsorgen ska ske till närvårdsnämnden första kvartalet 2018.

För distrikt Forsgården var svarsfrekvensen mellan 40-60%. Totalt sett var 91 % nöjda med den hemtjänst de får. Det är lägre svarsfrekvens och något lägre resultat än tidigare år.

För Levinsgården var svarsfrekvensen mellan 60-80%. 78 % var sammantaget nöjda med sitt äldreboende. Såväl svarsfrekvensen som resultatet har minskat från föregående år. Många frågor får ett mycket positivt svar men t.ex. utemiljön och möjligheterna att komma utomhus måste utvecklas.

Förslag till beslut

Närvårdsnämnden tar del av och godkänner uppföljningen.

Yrkande

Ordföranden yrkar att närvårdsnämnden tar del av uppföljningen.

Närvårdsnämndens beslut

Närvårdsnämnden tar del av uppföljning av Socialstyrelsens brukarenkät "Så tycker de äldre om äldreomsorgen 2017". Bilaga.

 Strömsunds Kommun Stræjmien tjelte	TJÄNSTESKRIVELSE Sidan 1 av 1 Datum 2018-02-01
Förvaltning Närvård Frostviken	Ärendenr/diariennr 2018.3-730 Bil NVN 2018-02-01 § 6
Utredare/handläggare Närvårdschef Morgan Olsson	Nämnd/styrelse Närvårdsnämnden

Rapport internkontroll

Process/rutin

Socialstyrelsen brukarenkät

Vad kontrolleras/Kontrollmoment

Resultat och åtgärder utifrån enkäten.

Frekvens

En gång per år

Kontrollansvar

Närvårdschef

Metod/Hur sker kontrollen

Enkäten gås igenom och ev åtgärder föreslås.

Rapportering till

Närvårdsnämnd

Resultat/Utfall

För distrikt Forsgården (inkl hemtjänst) så var svarsfrekvensen mellan 40-60% och totalt sett så var 91% nöjda med den hemtjänst dom får. Det är lägre svarsfrekvens och något lägre resultat än tidigare år.
För Levinsgården var svarsfrekvensen mellan 60-80% och 78% var sammantaget nöjda med sitt äldreboende. Såväl svarsfrekvensen som resultatet har minskat från föregående år. Många frågor får dock ett mycket positivt svar men t.ex. utemiljön och möjligheterna att komma utomhus måste utvecklas.

Åtgärdsförslag/Kommentar

Utreda möjligheten att förbättra utemiljön och utevistelse kring Levinsgården.



§ 7

Dnr 2018.4

770

**Internkontroll - Uppföljning av Nationella patientenkäten
2017**

Närvårdsnämnden fastställde internkontrollplan för 2018 den 8 december 2017 § 68. Redovisning av resultat och åtgärder från nationella patientenkäten 2017 ska ske till närvårdsnämnden första kvartalet 2018.

Ingen patientenkät skickades ut för 2017.

Förslag till beslut

Närvårdsnämnden tar del av och godkänner uppföljningen.

Yrkande

Ordföranden yrkar att närvårdsnämnden tar del av uppföljningen.

Närvårdsnämndens beslut

Närvårdsnämnden tar del av uppföljningen. Bilaga.

 Strömsunds Kommun Stræjmien tjjelte	TJÄNSTESKRIVELSE Sidan 1 av 1 Datum 2018-02-01
Förvaltning Närvård Frostviken	Ärendenr/diariennr 2018.4-770 Bil NVN 2018-02-01 § 7
Utredare/handläggare Närvårdschef Morgan Olsson	Nämnd/styrelse Närvårdsnämnden

Rapport internkontroll

Process/rutin

Nationella patientenkäten 2017

Vad kontrolleras/Kontrollmoment

Resultat och åtgärder utifrån enkäten.

Frekvens

En gång per år

Kontrollansvar

Närvårdschef

Metod/Hur sker kontrollen

Enkäten går igenom och ev åtgärder föreslås.

Rapportering till

Närvårdsnämnd

Resultat/Utfall

Ingen patientenkät skickades ut för 2017.

Åtgärdsförslag/Kommentar

Inga



§ 8

Dnr 2018.5

739

Översyn av värdighetsgarantier i äldreomsorg

Närvårdsnämnden beslutade den 12 oktober 2017 § 56 att uppdra till närvårdschefen att se över sammanställning över program, planer och övriga ärenden och återkomma till närvårdsnämnden så snart som möjligt för beslut.

Socialnämnden beslutade den 21 december 2016 § 161 att anta reviderade värdighetsgarantier för äldreomsorgen. Närvårdschefen föreslår att även närvårdsnämnden antar värdighetsgarantier för äldreomsorgen.

Yrkande

Ordföranden yrkar att närvårdsnämnden antar värdighetsgarantier för äldreomsorgen enligt socialnämndens förslag.

Närvårdsnämndens beslut

Närvårdsnämnden antar värdighetsgarantier för äldreomsorgen enligt socialnämndens förslag. Bilaga.

Värdighetsgarantier i äldreomsorg

Till dig som har hemtjänst eller bor i särskilt boende lovar vi att

- ta reda på dina behov och önskemål om hur dina beslutade insatser ska utformas och skriva dem i en genomförandeplan
- du får en kontaktperson när du får hemtjänst eller flyttar till ett särskilt boende
- anpassa din hjälp efter din dagsform och dygnsrytm
- personalen bär läslig namnskylt
- personalen ringer eller knackar på innan de går in till dig
- ta reda på hur du vill ha det med maten så att måltiderna blir en trevlig stund
- ta hand om och hantera dina synpunkter om du tycker att något är fel eller inte fungerar och ge återkoppling till dig.

Till dig som bor i särskilt boende lovar vi även att

- du som vill blir erbjuden att komma utomhus varje dag
- du blir erbjuden någon aktivitet i grupp minst en gång varje vardag
- du blir erbjuden tid utifrån egna önskemål varje vecka.

Socialnämnden 2012-06-14 § 92, 2016-12-21 §161





§ 9

Delegationsbeslut

Det finns inga delegationsbeslut att redovisa.



**Gemensam nämnd för
närvård Frostviken**

2018-02-01

12

§ 10

Delgivningar

Det finns inga delgivningar att redovisa.



§ 11

Dnr 2018.6

700

Ändring av datum för sammanträde i september 2018

Yrkande

Ordföranden yrkar att närvårdsnämnden beslutar att ändra datum för sammanträde i september till fredag den 21 september 2018.

Närvårdsnämndens beslut

Närvårdsnämnden ändrar datum för sammanträde i september till fredag den 21 september 2018.

Beslutsexpediering
Kommunkansliet