

Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse

Socialnämnden

Innehållsförteckning

1 Sammanfattning	3
2 Mål och strategier.....	3
3 Organisatoriskt ansvar för kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet.....	6
4 Uppföljning genom egenkontroll	8
4.1 Målgruppsundersökningar.....	8
4.2 Kvalitetsregister.....	14
4.3 Öppna jämförelser	19
4.4 Granskning av journaler och annan dokumentation.....	20
4.5 Tillsyns- och revisionsrapporter	21
4.6 Ej verkställda beslut	22
5 Rapporteringsskyldighet	23
5.1 Avvikelsehantering.....	23
5.2 Lex Sara och Lex Maria	26
6 Hantering av klagomål och synpunkter	26
7 Samverkan för att säkra kvaliteten.....	28
7.1 Intern och extern samverkan	28
7.2 Samverkan med den enskilde och närstående	28
8 Riskanalys och händelseanalys	29
9 Övrigt förbättringsarbete	30

1 Sammanfattning

Anvisning

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

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

Inom socialförvaltningen har arbetet med patientsäkerhet och kvalitet fortlöpt under 2015. Flera olika mätningar och undersökningar har genomförts och arbetet följs löpande. En sammanfattning av centrala delar från resultaten av kvalitets- och kvalitetsarbetet presenteras nedan.

Under 2015 har mätningarna visat att följsamheten gällande basala hygienrutiner har sjunkit och vissa parametrar gällande vårdrelaterade infektioner har stigit därför är det viktigt med en satsning under 2016 gällande basala hygienrutiner.

Palliativ vård bedrivs i hög utsträckning i verksamheterna. Utifrån palliativregistret och resultat i eftelevandeenkäten ligger kvaliteten på en god nivå. Verksamheterna använder BPSD i hög utsträckning i arbetet med demenssjuka vilket underlättar för personalen i utvecklingen och genomförandet av vården. I jämförelse med andra kommuner har Gislaved en hög användningsgrad.

Läkemedelsgenomgångar har genomförts och resultaten visat att användningen av olämpliga läkemedel har minskat. Minskningen kan till viss del härledas till att läkemedelsgenomgångar genomförs.

Rapporteringen av ej verkställda beslut har sammanställts och visar att alla som beviljats permanentbosta har erbjudits en plats inom tre månader. Anledningen till att vissa beslut rapporterats in till IVO (inspektionen för vård och omsorg) är att den enskilde har avböjt erbjudandet.

Inom förvaltningen har ett antal målgruppsundersökningar genomförts för att utveckla och följa verksamheterna.

Måluppfyllnad för 2015

Nedan presenteras måluppfyllnaden gällande patientsäkerhetsmålen som sattes för 2015.

Beslutsstöd för Sjuksköterskor (SSK)/Distriktssjuksköterskor (DSK) har införts och utbildning och länsgemensamma rutiner har införts. Teamarbetet är under utveckling och pågår. På de enheter där det finns gemensamma lokaler har arbetet med tvärprofessionella team underlättats. Utbildning i vårdprogram Diabetis hos äldre är genomförd och rutiner justerade bland annat ingår nu en webbutbildning om diabetes vid delegering. Utbildning i dopplerteknik har genomförts men behöver följas upp ytterligare. Högskoleutbildning i Demens och Palliativ vård 7,5 hp har genomförts för 41 st + 38 st personal. Samtlig rehabpersonal har genomgått utbildning i nationella riktlinjer för stroke och arbete fortsätter. Läkemedelsprojektet har medfört läkemedelsgenomgångar och fått APO-dos användningen att öka. Rutiner har omarbetats och fortsatt samverkan och utveckling med Vårdcentraler tillsammans med apotekare kommer att ske. Målen när det gäller tekniksatsningar och ICF- (Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa) dokumentation har inte kunnat nås på grund av förseningar och teknikstrul, dessa mål är framflyttade. Arbetet gällande GGVV-handlingsplan gällande mest sjuka äldre fortsätter bland annat genom fortsatt arbete med kvalitetsregister och delaktighet från den enskilde vad gäller genomförandeplan. Arbetet med att få ner nattfastan fortsätter under 2016.

2 Mål och strategier

Anvisning

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

2016

MÅL 2016 för hälso- och sjukvården och socialtjänst inom socialförvaltningen

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

- att den enskilde är en samverkanspartner i utformningen av dennes vård och omsorg
- att samverkan sker med andra vårdgivare för den enskildes bästa
- att preventivt arbete bedrivs för att bibehålla hälsa och förebygga vårdskador
- att användningen av medicintekniska produkter är säker
- att vi ska leverera en fungerande vardag efter individens behov

STRATEGIER FÖR 2016

Basala hygienrutiner

Uppföljning av följsamhet till basala hygienrutiner och repetitionsutbildning till personal med fokus på personal i hemtjänst, funktionshinderomsorg men även i övrig verksamhet. Genomföra hygienronder på särskilda boenden och även inom gruppboendestäder.

Nattfasta

Arbete för att nattfastan 2016 ska ligga under 11 timmar på samtliga särskilda boenden

Välfärdsteknologi

Utveckla arbetssätt för rehabpersonal när det gäller DOA (Dialog Om Arbetsförmåga) samt fortsätta arbetet med implementering av välfärdsteknologi och tekniska hjälpmedel med hjälp av bedömningsinstrument AMPS (The Assessment of Motor and Process Skills).

Journal och dokumentation, arbete med lathundar och ICF/IBIC

Under 2014 har nya riktlinjer för biståndsbedömning inom LSS (Lag om stöd och service för vissa funktionshindrade) tagits fram, samt reviderade riktlinjer för socialdokumentation inom socialförvaltningen. Arbetet med att stödja personalen och utveckla journalföring och dokumentation fortlöper under 2016 inte minst genom att en utvecklingsledare arbetar med att handleda personal inom vård och omsorg samt funktionshinder och stöd.

ICF/IBIC (ICF: Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa; IBIC: individens behov i centrum) förväntas att innebära förenklat sätt att dokumentera genom att det blir mindre fritext att skriva och på så sätt blir dokumentationen mer likvärdig över hela förvaltningen (mål framflyttade).

Beslutsstöd och teamarbete

Beslutsstöd infördes under 2015 och under 2016 ska uppföljning ske hur beslutsstöden används. Rapporteringsstöd till omvårdnadspersonalen ska också tas fram under 2016. Teamarbetet är under utveckling och riktlinjer har reviderats och ska implementeras under 2016. På de enheter där teamen sitter tillsammans underlättas arbetet.

Teknikstöd inom vård och omsorg

Under 2016 ska nya alternativ för till exempel digital signering och hantering av läkemedel undersökas och testas för att stödja personalen i läkemedelshanteringen och minska avvikelser (mål framflyttat).

Mobil dokumentation

Införa mobil dokumentation i form av Ipad i vården för att förbättra informationsöverföring, inloggning ska ske med SITHS-kort (SITHS - Säker IT i Hälso och Sjukvården) som säkerhetslösning.

Under 2016 ska SITHS-kortsinlogg till verksamhetssystemet Magna Cura påbörjas (mål framflyttat).

Utbildningsinsatser

Det kommer under hösten 2016 att hållas en utbildnings och inspirationsmessa för personal inom

vård och omsorg och funktionshinder omsorgen samt att allmänheten och politiker inbjuds. Tema är palliativ vård, våld i nära relationer, brukarperspektiv och välfärdsteknik. På enheten för psykiskohälsa kommer personalen under 2016 att delta i utbildningssatsningen Psyk-E bas. Detta är en länsgemensam satsning som består av 18 st olika föreläsningar med diskussionstema à två timmar. På IFO enheten för Vuxen är ambitionen att samtlig personal ska ha utbildning i ASI (strukturerat frågeformulär), MI (Motiverande samtal) och utbildning i LVM (Lag om vård av missbrukare). På enheten för vuxna instser utbildas personalen utifrån de nationella riktlinjerna för vård och stöd vid missbruk och beroendevård. Dessutom strävar man efter att samtliga behandlare ska ha utbildning i de behandlingsprogram som erbjuds inom verksamheten. På Enheten för barn- och familjestöd är ambitionen att samtliga ska ha utbildning i MI och basutbildning i våld i nära relationer och samtliga socialsekreterare ska ha utbildning i LVU (Lagen om vård av unga i vissa fall). Ungdomsbehandlarna ska under 2016 påbörja utbildning i repulse (strukturerat påverkansprogram), FFT (Funktionell familjeterapi) och COPE tonår(strukturerat påverkansprogram). En familjebehandlare kommer gå vidareutbildning i Ridterapi.

Inför 2016 erbjöds alla inom programområdet Funktionshinder och stöd att gå en utbildning gällande autism. Autismteamet kommer få ytterligare tre dagars utbildning och handledning gällande autism. Det kommer även att erbjudas en utbildning gällande autism till brukarnas föräldrar. Under 2016 kommer personalen inom Funktionshinder och stöd även få utbildning gällande sexuella relationer.

Trygg hemgång

Projekt har genomförts för att övergå till att vårdplanera i hemmet så kallad " trygg hemgång" och syftet är att vårdtagaren ska få större inflytande över sitt behov av insatser och att det ska blir lättare att ge rätt nivå på insatserna i hemmet. Implementering kommer att ske av modellen under 2016.

Arbete med nationella riktlinjer för strokevård

Rehabenheten kommer att fortsätta arbetet med att lokalt och i samverkan implementera nationella riktlinjer för strokvården inom verksamheten.

Följa upp hur vårdprogram för " Diabetes behandling hos äldre" används

Genom granskning av dokumentation

Sårvårdsbehandling

Fortsätta att utveckla sårvårdsbehandlingen genom utbildningssatsningar

Läkemedelsprojektet

Följa upp arbetet med läkemedel, läkemedelshantering och rutiner för att minska risker för läkemedelsfel och onödig administration. Förbättra samarbetet mellan vårdcentraler, apotek och kommunen. Att tillsammans med apotekare och läkare arbeta för att återgå till apodos användningen på ett säkert sätt samt implementera de rutiner som tagits fram i projektet under 2015

Ensamkommande barn

I och med det stora antalet ensamkommande barn som kommer till Sverige och Gislaveds kommun står vår verksamhet inför konstant förändring och detta beräknas fortsätta. Detta innebär utmaningar gällande kvaliteten. Det stora antalet barn gör det svårare att se till den enskilde. Under 2016 kommer man att fortsätta arbeta gentemot dessa utmaningar och målet är att skapa ett tryggt och stabilt boende där ungdomarna känner sig sedda och hörda.

Attraktiv arbetsgivare

Under 2016 fortsätter arbetet gällande att socialförvaltningen ska vara en attraktiv arbetsplats.

Evidensbaserade metoder och arbetssätt

Inom förvaltningen kommer arbetet att fortsätta gällande att införa evidensbaserade metoder och arbetssätt i verksamheterna. Arbetet med evidensbaserade metoder är ett led i att höja kvaliteten i verksamheterna och arbetssätten.

Enheten för Psykisk ohälsa vill höja kvaliteten genom att arbeta med evidensbaserade metoder och strävar efter att arbeta återhämtningsinriktat genom att försöka lösa upp gränsen mellan brukare och personal t.ex. utifrån goda erfarenheter från stödet till Kooperativet Gislavedsrallarna. Framöver kommer det inom Psykisk ohälsa vara ett större fokus på metodiskt arbetet utifrån nationella riktlinjer

och återhämtningsinriktat arbete.

Uppföljningar/Granskningar

Arbeta med målgruppsundersökningar och verksamhetsgranskningar med syfte att utveckla verksamheterna och förbättra kvalitet och säkerhet

3 Organisatoriskt ansvar för kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet

Anvisning

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

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

ANSVAR FÖR OCH ANVÄNDNING AV LEDNINGSSYSTEMET

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

SOCIALNÄMNDEN

Den nämnd som bedriver vård och omsorg enligt socialtjänstlagen (2001:453), hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) och/eller lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (1993:387) ska med stöd av ledningssystemet planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten. I Gislaveds kommun är det socialnämnden som är ansvarig nämnd i dessa frågor. Socialnämnden är ytterst ansvarig för att det finns ett ledningssystem för kvalitet.

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

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

SOCIALFÖRVALTNING

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

SOCIALCHEF

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

VERKSAMHETSCHEF HÄLSO- OCH SJUKVÅRD

Enligt 28-29 § HSL (1982:763) ska det finnas en verksamhetschef för den kommunala hälso- och sjukvården. Verksamhetschefens uppdrag är att säkerställa att den enskildes behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet tillgodoses.

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

Verksamhetschefen ska planera och leda verksamheten inom hälso- och sjukvård och se till att

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

MEDICINSKT ANSVARIG SJUKSKÖTERSKA

Enligt 24 § Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) ska det i kommunen finnas en medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) som ska utöva de skyldigheter som anges. Uppdraget är även reglerat enligt 7 kap. 3 § patientsäkerhetsförordningen (2010:1 369) och Meddelandeblad 5/2015 från socialstyrelsen. I ansvaret ingår att patienter ska få en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde och att journaler förs i den omfattning som föreskrivs i patientdatalagen(2008:355). Rutiner för läkemedelshantering och delegering ska vara ändamålsenliga och välfungerande.

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

PROGRAMOMRÅDESCHEFER

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

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

OMRÅDESCHEFER OCH ENHETSCHEFER

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

HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSPERSONAL

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

MEDARBETARE

Alla medarbetare ansvarar för att medverka i det systematiska kvalitetsarbetet. Medarbetarna ska skapa förtroende och god kvalitet genom att visa engagemang, lyhördhet, positiv inställning och respekt i varje möte med enskild, närstående, medborgare och varandra.

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

SYSTEMFÖRVALTARE

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

SOCIALFÖRVALTNINGENS STAB

Staben arbetar på uppdrag av ledningsgruppen med utveckling, omvärldsbevakning, utredningar och uppföljningar inom socialförvaltningens område. Staben ska bistå verksamheterna med stöd och service främst gällande utvecklingsarbete. Staben arbetar även med metodutveckling, planerings- och utredningsarbete, omvärldsbevakning och utbildningsplanering. Staben bevakar ledningssystemet och uppmärksammar socialchefen på förändringsbehov. På staben utreds lex Sarah-rapporter.

EXTERNA UTFÖRARE

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

Externa utförare är ansvariga för att informera Gislaveds kommun om resultatet av sina

kvalitetsuppföljningar enligt avtal. Kommunen är skyldig att följa upp verksamhet som sker på uppdrag av kommunen, oavsett om verksamheten sker i egen regi eller av extern utförare

4 Uppföljning genom egenkontroll

Anvisning

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

4.1 Målgruppsundersökningar

Anvisning

Beskriv vilka målgruppsundersökningar som nämnden har genomfört.

SOCIALSTYRELSENS BRUKARUNDERSÖKNING

Under 2015 har socialförvaltningen deltagit i brukarundersökningar från Socialstyrelsen resultatet är dock inte publicerat ännu och kan därför inte redovisas här.

NUTRITION

På kommunens särskilda boenden bor personer som är i stort behov av omvårdnad och ofta är multisjuka, det innebär att flera befinner sig i risk för att drabbas av undernäring det syns även i kvalitetsregistret Senior alert. Även enskilda som bor i ordinärt boende kan drabbas av undernäring om mathållningen inte fungerar.

Personalen har tidigare år fått utbildning inom nutrition och arbetet fortsätter, under året har delar av personalen fått utbildning kring kost och diabetes. Kostekonomen har genomfört ett projekt om den "goda måltiden" där både vårdtagare och personal har deltagit i fokusgrupper för att diskutera vad den goda måltiden innebär.

Det finns en nutritionshandbok till stöd för personalen. Tillagningsköken arbetar med att näringsberäkna matsedlar och presentera maten på ett aptitligt sätt. Inom ramen för Senior alert görs bedömning av risken för undernäring och åtgärder vidtas.

Under ett antal år har mätningar utförts av hur lång nattfastan är på särskilda boenden. Nattfastan bör inte överstiga 11 timmar i genomsnitt. Speciellt gäller detta för individer som inte själva kan påtala eller förse sig med mat utan är hänvisade till de tider när mat serveras. För att minska tiden mellan näringsintagen pågår arbete att servera sena kvällsmål, nattmål eller förfrukost. Timmarna för nattfasta i genomsnitt på kommunens särskilda boenden har minskat sedan mätningarna började, men har ännu inte nått ner till 11 timmar överallt. 2013 var nattfastan i genomsnitt 11,64 timmar. Av 10 st boenden var det 3 st som klarade målet och ytterligare 3 st som låg under 12 timmar. Under 2014 gjordes ingen mätning i tabellen nedan redovisas resultatet av mätningen under 2015

De enheter som har en nattfasta under 11 timmar arbetar efter rutiner att erbjuda kvällsmål-nattmål eller förfrukost på så sätt fördelas näringsintaget över dygnet på ett bättre sätt.

Resultat

Den genomsnittliga tiden för nattfastan i kommunen ligger på 11,02 som är ett bra mått men det varierar mellan enheterna. De enheter som inte nått till 11 timmar kommer att få fortsätta arbetet att nå målet.

Total sammanställning Nattfasta 2015		
Äldreboende	Antal boende	Snitt nattfasta
Mariagården	36	11,53

Total sammanställning Natffasta 2015		
Hagagården	28	11,74
Ekbacken	23	10,21
Lugnet	24	10,41
Hestragården	17	9,87
Solbacka	37	11,71
Blomstervägen	49	9,00
Vitsippan	48	11,94
Klockaregården	24	11,53
Östergården	19	12,30
Summa/medel	305	11,02

MUNHÄLSA

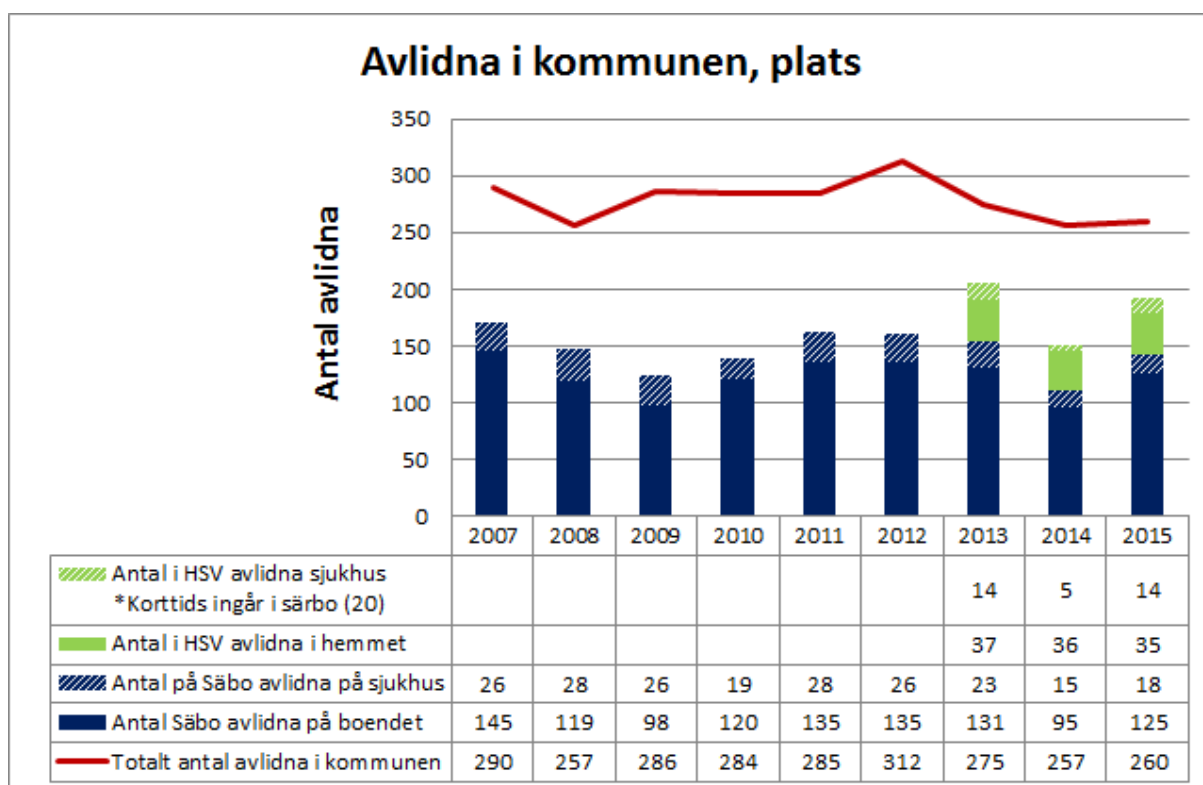
Personer som bor på särskilt boende omfattas i princip alltid av rätten till "uppsökande munhälso bedömning" som innebär att årlig kostnadsfri munhälsobedömning i hemmet erbjuds. Dessutom har man rätt att få den tandvård som bedöms som nödvändig till samma kostnad som läkarbesök och det ingår i högkostnadsskyddet. För de som bor i ordinärt boende krävs att man har en viss nivå på hjälpinsatserna, eller tillhör en viss personkrets för att få samma subvention.

Resultat

Antalet berättigade till uppsökande munhälsobedömning 2015 var 611 st personer av dessa tackade 163 st nej och 379 st fick besök 139 st av dessa hade behov av behandling. Av 379 st bedömdes 208 st ha en god munhygien och 171 st dålig. Gisalveds kommun ligger ungefär som övriga länet när det gäller munhygien; ca 27% bedömts ha en dålig munhygien i förhållande till hela länet där det var 24%. Under 2015 har fler personal utbildats än tidigare år, 219 st personal utbildades av tandvårdspersonal.

Från 2015 är det folktandvården som upphandlats av regionens tandvårdsbedömningsenhet och har ansvar för den uppsökande verksamheten med munhälsobedömningar och utbildning av personal.

ANTAL AVLIDNA PERSONER I KOMMUNEN UNDER 2016



Under 2015 avled 260 st personer i Gislaveds kommun, 143 st personer inom särskilda boenden och korttids och 69 st personer med insats från hemsjukvården, 18 st personer från särskilt boende överfördes till sjukhus och avled där, 20 st personer med insats från hemsjukvården avled på korttidsplats inom kommunen och 14 st avled på sjukhus.

Det är inom kommunens olika boende- och vårdformer kommuninvånarna till största delen avslutar sina dagar och får palliativ vård (symtomlindrande vård). Det är därför angeläget att personalen har kompetens för omhändertagandet av både den döende och närstående.

EFTERLEVANDEENKÄT

Sedan 2010 skickas en enkät ut till efterlevande när personer avlider inom särskilt boende och nu också i hemsjukvården. Enkäten har justerats en del under åren och resultatet kan därför inte helt jämföras. Svaren återkopplas alltid till berörd enheten där enkätsvaren kan ligga till grund för diskussion och reflektion över hur omvårdnad och förhållningssätt i arbetet kan förbättras. I enkäten ges möjlighet att också ange om det finns önskemål att bli uppringd för samtal eller boka ett efterlevandesamtal. Efterlevandesamtal ska erbjudas till alla som önskar detta.

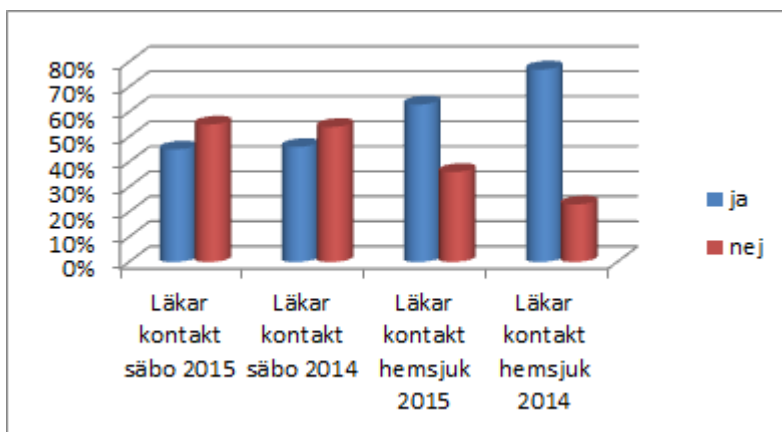
Sammanfattning av några parametrar från efterlevande enkät 2015

För 2015 har 82 st svar inkommit från särskilda boenden/korttids och 12 st svar från hemsjukvården (svarsfrekvensen är ca 59 %). I de fall där det inte finns nästående skickas inte enkäten ut.

Tillgänglighet sjuksköterska "Hur har det fungerat med att få kontakt med DSK/SSK?"

Tillgängligheten till sjuksköterska på särskilt boende upplevdes 2015 Mycket bra/bra i 82% (2014, 86%) och varken bra el dåligt i 8% (2014, 3%). Tillgängligheten till sjuksköterska i hemsjukvården upplevdes Mycket bra/bra 100% (2014, 100%)

Läkarkontakt " Har du som närstående haft kontakt med behandlande läkare under vårdtiden?"



I särskilt boende under 2015 hade 45 % (2014, 46%) av de efterlevande haft kontakt med läkare, 55% (2014, 54%) har ej haft kontakt med läkare och 29% (2014, 28%) av de som inte haft kontakt hade önskat detta. I hemsjukvården har 63 % (2014, 77%) haft kontakt med läkare och 36% (2014, 23%) har inte haft kontakt 1 person (2014, 2 st personer) hade önskat denna kontakt.

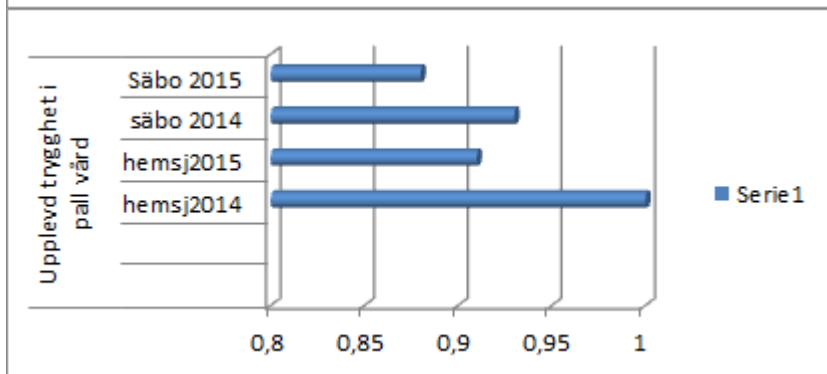
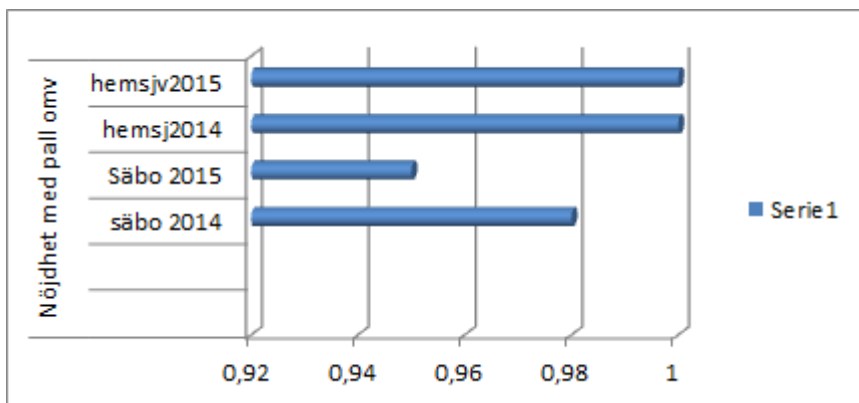
Omvårdnadspersonal "Hur har bemötandet varit från omvårdnads personalen?"

Omvårdnadspersonalen har gett ett gott bemötande i båda verksamheterna mellan 96-100% har svarat Mycket bra/bra.

Behov av hjälpmedel "Hur har hjälpmedelsbehovet tillgodosetts under vårdtiden?"

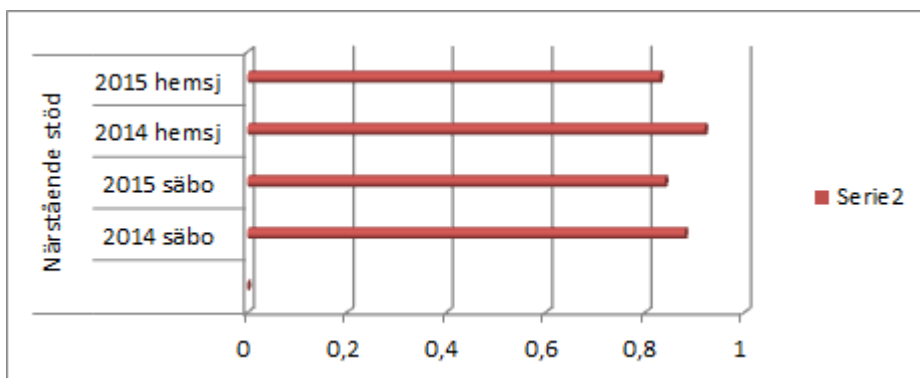
Behovet av hjälpmedel har tillgodosetts i 90 % båda verksamheterna.

Nöjdhet "Är du nöjd med omvårdnaden som din närstående fick i livets slutskede?" och "Har du och din närstående känt trygghet i vården och bemötandet under livets sista tid?"



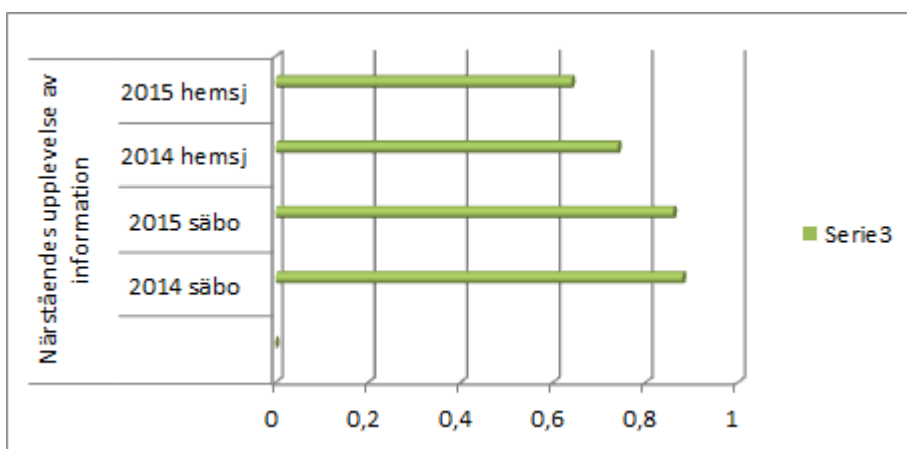
Inom särskilt boende är 95 % (2014, 98%) nöjda med den palliativa omvårdnaden och 100% (2014, 100%) i hemsjukvården. Inom särskilt boende har 88 % (2014, 93%) känt en trygghet i hög grad/högsta grad i vården och 91% (2014, 100%) i hemsjukvården.

Närstående stöd "Har du som närstående fått det stöd som du haft behov av i samband med vården?"



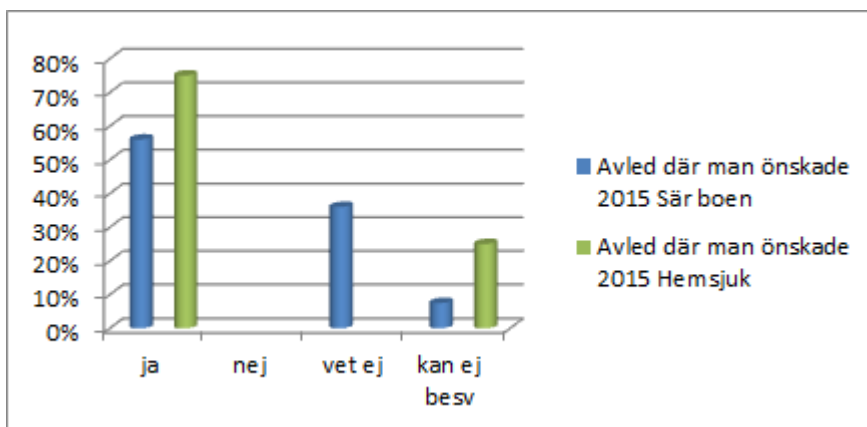
Av närstående har 84 % (2014, 88%) inom särskilt boende upplevt att de har fått stöd i hög grad/högsta grad och i 83% (2014, 92%) i hemsjukvården.

Information " Fick du som närstående den information du behövde för att vara delaktig i vården i livets slutskede?"



På frågan om närstående fick den information de behövde för att vara delaktiga i vården svarade 86% (2014, 88%) inom särskilt boende och 64% (2014, 74%) i hemsjukvården att de fick det i hög grad/högsta grad.

Avled där man önskade " Fick din närstående avsluta sin livstid där hon/han önskade?"



Inom särskilda boenden är det 56 % som avled där man önskade (36% kan ej besvara frågan och 7,5% svarar ej) medan i hemsjukvården är det 75 % (25% kan inte besvara frågan)

Resultat

Sammanfattningsvis framgår av statistiken att palliativ vård i stor utsträckning bedrivs inom eller med stöd av socialförvaltningens verksamhet. 61% av alla dödsfall sker här och i 81% av alla dödsfall har vården bedrivits inom verksamheten men av olika anledningar har man fått åka in till specialistvården och avlidit där. Tillgängligheten till sjuksköterska har minskat något inom särskilt boende och det beror ju på att jourtid har legitimerad personal numera uppdrag även i hemsjukvården. När det gäller läkarmedverkan finns avtal med Vårdcentralerna men det varierar hur man klarar att möta

läkaruppdrag i palliativ vård i både särskilt boende och hemmet. Utifrån de som svarat på enkäten så är man i hög grad nöjd med vården och man upplever en hög tillgänglighet till personalen och ett gott bemötande även om resultatet tappat något i förhållande till 2014.

Även om inte siffrorna tyder på att vården i hemmet har ökat så är det fler och fler som vill avsluta sitt liv i sitt eget hem speciellt när man är yngre. Totalt har 69 st personer i hemsjukvården vårdats i livets slut medan 20 st av dessa har flyttats till korttidsenhet och 14 st har åkt in till sjukhus och avlidit där. För att det ska bli möjligt för fler att dö hemma krävs en organisation som kan ge kontinuitet, trygghet, insatser från basalvård till specialiserad palliativ vård det senare med stöd av PVE (palliativa vårdenheten) 24 timmar om dygnet. Denna kompetens tar tid att bygga upp och det krävs fortsatt utbildning av personal, att möjlighet ges till handledning i både medicinska frågor men också i förhållningssätt och bemötande. Läkarmedverkan kommer också att vara avgörande för om fler ska kunna dö hemma.

Vården utvecklas hela tiden och det kommer nya metoder och läkemedel för symtomlindring som legitimerad personal måste behärska. När det gäller insatser från rehabpersonal handlar det mycket om att handleda och instruera vårdtagaren, närstående och personal i hur man kan underlätta ADL (Aktiviteter i det dagliga livet) och vilka hjälpmedel som kan underlätta. All personal behöver utbildning och handledning i förhållningssätt och hur man på bästa sätt kan ge stöd utifrån "grundstenarna i palliativ vård" att lindra det fysiska, psykiska, social och existentiella lidandet.

Hur verksamheten har klarat kvalitetsindikatorerna i palliativ vård framgår av kapitlet under "palliativ registret".

FUNKTIONSHINDER OCH STÖD

Funktionshinder och stöd har inte genomfört någon brukarundersökning 2015 men kommer att genomföra en 2016, brukarundersökningen sker vart annat år.

IFO (Individ och Familjeomsorg)

Försörjningsstöd

Inom enheten Försörjningsstöd genomfördes det under hösten 2015 en brukarundersökning gällande besök hos myndighetsutövning och budget- och skuldrådgivning. Enkäten lämnades till samtliga besök som mötte en handläggare på enheten Försörjningsstöd, inkluderat nybesök och budgetrådgivningen, under perioden 26 oktober till 25 november. Svarsfrekvensen blev 37 %. Syftet med undersökningen var att visa på eventuella förärringsområden. Resultatet av undersökningen visade på att kvalitén och servicen håller en hög nivå.

Psykisk ohälsa

Enheten för Psykisk ohälsa genomför varje år en brukarundersökning gällande brukarnas nöjdhet i förhållande till enheternas olika delar, så som boende, boendestöd och handläggning. Enkäterna 2014 och 2015 är inte helt enhetliga varför det inte är möjligt att göra någon större jämförande analys gällande resultaten.

Ensamkommande barn

På HVB-boendet Furugården och Furu villan genomförs brukarenkäter två gånger om året samt vid in- och utskrivning gällande ungdomarnas upplevelse av den omsorg de får på boendet. Resultaten är ännu inte analyserade för någon jämförelse gällande utvecklingen.

AMO

AMO har genomfört en brukarundersökning i september. Utfallet gav ett positivt resultat och det visade att de flesta deltagare trivs i verksamheten. Brukarundersökningen kommer att genomföras även 2016.

Vuxna insatser

En brukarundersökning har genomförts gällande de boende på Henjamemets syn på att boendet skulle göras om till ett trapphusboende.

4.2 Kvalitetsregister

Anvisning

Beskriv vilka kvalitetsregister som nämnden deltar i.

SENIOR ALERT

Senior alert är ett kvalitetsregister för vård- och omsorg med syfte att förbättra det förebyggande arbetet. I registret dokumenteras riskbedömningar och åtgärder för att förbättra vård, omhändertagande och öka säkerheten för de enskilda. I socialförvaltningen finns en utvecklingsledare som fortlöpande arbetar med personalen på enheterna för att stödja utvecklingen av arbetssätt med kvalitetsregister som verktyg.

Enligt målen för 2015 ska 90 % av alla boende på kommunens vård- och omsorgsboenden vara riskbedömda och registrerade i Senior alert. Avstämning sker var tredje månad eller oftare via ansvariga på varje område. Antalet enskilda som bor på varje vård- och omsorgsboende varierar över året och därför registreras antalet sista fredagen i månaden. Det är frivilligt för den enskilde att delta i kvalitetsregister varför alla inte registreras och det inte är möjligt att sätta ett mål på 100% registrerade riskbedömningar. Riskbedömning kan göras utan registrering i kvalitetsregistret, åtgärder och uppföljning kan ske även om den enskilde väljer att inte vara registrerad i Senior alert. Det blir svårare att följa förbättringen i statistik för verksamheten men för den enskilde påverkas inte kvaliteten på omsorgen.

TRYCKSÅR

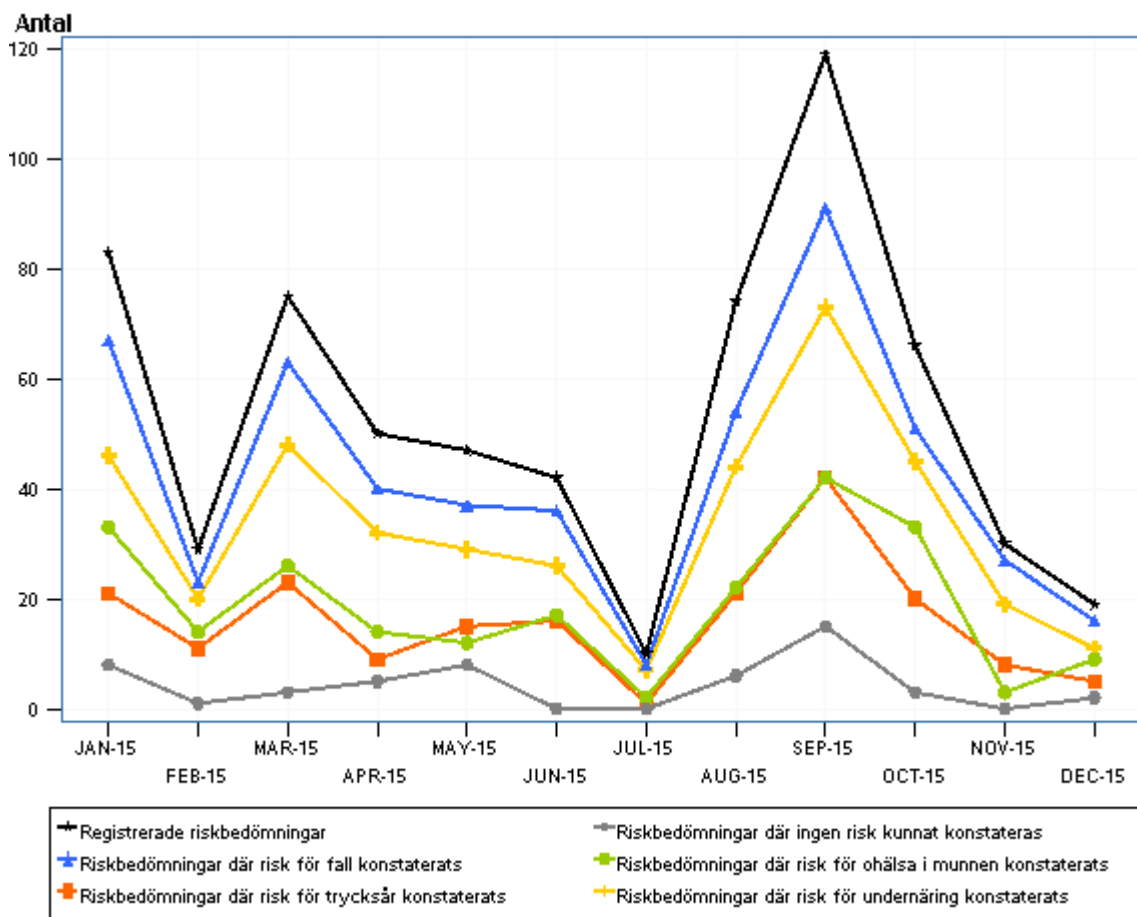
Riskbedömning av trycksår ingår i Senior alert och registrering av trycksår ingår i Palliativregistret. Förekomst av trycksår noteras också i mätningen av riskfaktorer i infektionsregistreringen. Enligt kommunens egna mätningar och mätning i palliativregistret har andelen personer med trycksår minskat. Arbetet med Senior Alert ger bra förutsättningar för att uppmärksamma risk för trycksår i tid och möjlighet att påbörja förebyggande insatser. Med åtgärder planerade i genomförandeplan skapas strukturer där all personal är informerad om risker och åtgärder för att förebygga och behandla trycksår.

FALL

I hemsjukvården och särskilda boenden finns de mest sjuka äldre som riskerar att falla och ofta löper större risk att skada sig än andra. I arbetet med fallprevention tittar man dels på antalet fall, men också på vilka skador fallen leder till. En stor del av de fall som rapporteras handlar om fallincidenter helt utan skador. Ibland kan inte fall förebyggas helt utan arbetet får inriktas på att minimera risken för allvarliga skador. Fallrisk skattas i Senior Alert och vid teamträffen planeras de åtgärder som bedöms minska fallrisken t ex ordination av höftbyxa, översyn av hjälpmedelsbehov, läkemedel eller förändringar i miljön runt personen. Att arbeta förebyggande är det forskningen sett ger resultat. Därför arbetar verksamheten med att utveckla aktiviteter med utevistelse och rörelse för att behålla muskelstyrka, kondition och balans. Utevistelsen är ju också bra för att få behovet av D-vitamin tillgodosett som också bidrar till att stärka skelettet. Nedan visas statistik över hur många som har risk för fall, undernäring, ohälsa i munnen och trycksår. Det framgår tydligt att fall är den största risken för de som registrerats i Senior Alert i kommunen. Varje område har tillsammans med rehabpersonal uppföljning av fall och fallrisk vid teamträffar.

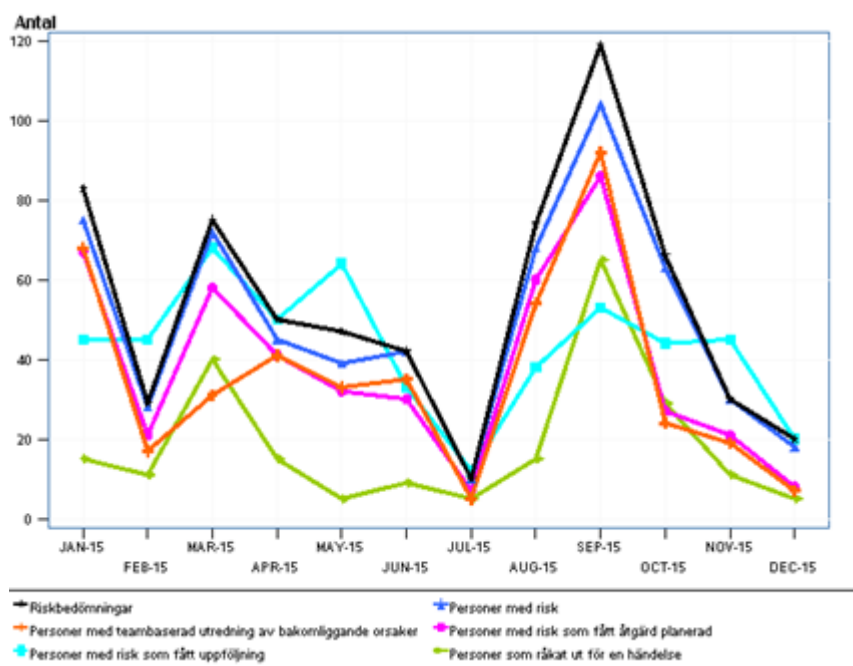
UNDERNÄRING OCH OHÄLSA I MUNNEN

I Senior Alert skattas också risken för undernäring och teamet planerar åtgärder för att kunna ge en god nutrition. Att individen har en god munhälsa är en förutsättning för att kunna tillgodogöra sig en god nutrition och detta fångas upp i ROAG (Revised oral assessment guide) som också är en skattning i Senior Alert. Vid svår sjukdom är försämrad aptit och ibland symtom från munnen vanligt. Det är då viktigt att åtgärder sätts in tidigt för att lindra symtomen. Ibland är undernäring ett led i en palliativ diagnos men stöd ska alltid erbjudas för att lindra även om det inte alltid är möjligt att åtgärda orsaken till undernäringen.



(Bilden ovan är ett utdrag ur Senior alert (översiktsrapport) för 2015)

Det möjligt att följa processen för registrerade riskbedömningar över året samt vilka riskbedömningar som uppmärksammats. Teamet arbetar med att planera åtgärder för att förebygga riskerna.



(I bilden ovan visas en sammanfattning av antalet riskbedömningar samt antalet personer med risk som fått minst en åtgärd planerad i Senior alert.)

Resultat

Det är i de multiprofessionella teamträffarna som riskerna uppmärksammas och åtgärder planeras. Omvårdnadspersonal, sjuksköterska, rehabpersonal och områdeschef tar tillsammans fram bästa åtgärderna för varje risk och individ. Teamen är under uppbyggnad och tydlig dagordning och förtydligande av roller har arbetats fram under 2015. Vissa områden har kommit längre i sitt multiprofessionella teamarbete och där kan det nu börja anas förbättringar avseende samarbetet kring de mest sjuka äldre. Svårigheter att använda kvalitetsregister och statistik som hjälpmedel i det dagliga arbetet finns fortfarande kvar och kommer att kräva ytterligare satsningar. Det personcentrerade arbetssättet kräver också dokumentation och uppföljning något som områdena fortfarande har en bit kvar att arbeta med att få till en godkänd nivå. En viktig del i detta arbete är att arbeta med genomförandeplanen för att där förtydliga risker och vilka åtgärder som är planerade för att förebygga t ex fall eller undernäring.

DEMENSUTREDNINGAR

Resultat: Kommunen ansvarar för att göra demensutredningar i särskilt och i ordinärt boende för personer som är registrerade som hemsjukvårdspatienter i samarbete med ansvarig läkare på vårdcentralen. Demenssjuksköterska och arbetsterapeut har genomfört 21 st. demensutredningar och 12 st. uppföljningar i ordinärt boende och 11 st. utredningar samt 20 st. uppföljningar i särskilt boende (Blomstervägen ingår inte).

BPSD-registret					
	2012	2013	2014	2015	TOTAL 2012-2015
Antal vårdtagare	35	111	147	148	209
Antal registreringar	55	253	313	250	871

Bilden visar antalet registreringar över åren som Gislaveds kommun varit ansluten till BPSD. En person skattas flera gånger i processen vilket syns statistiken.

Arbetet kring demens består till stor del av handledning och arbete med BPSD-registret (Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens) för att arbeta mer personcentrerat och kunna undvika tvång- och begränsningsåtgärder. I detta arbete används "Nollvisionen" ett utbildningsmaterial som Myndigheten för delaktighet (MFD), har tagit fram. Nollvisionen har under slutet av 2015 börjat spridas och används till viss del på boendena.

Nya administratörer till BPSD-registret har utbildats under 2 dagar vid 1 tillfälle. Utbildning för anhöriga till personer med demens har genomförts för 3 grupper under året. Handledning till personal har genomförts vid ca 25 st. tillfällen. Tid ägnas också åt råd och stöd till anhöriga och personal.

KVALITETSREGISTER BPSD

Kalitetsregister BPSD syftar till att genom tvärprofessionella vårdåtgärder minska förekomsten och allvarlighetsgraden av BPSD (beteendemässiga och psykiska symtom vid demens).

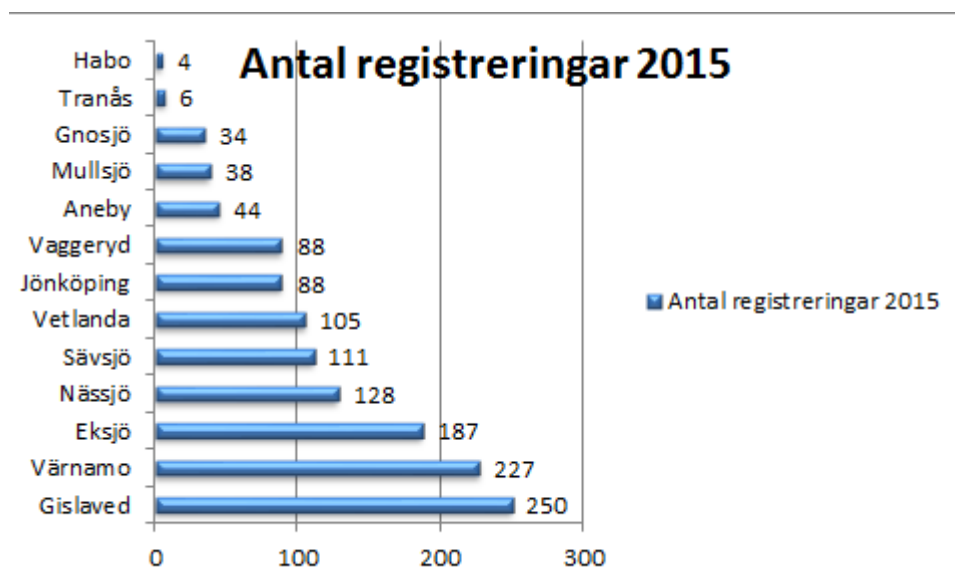
Forskning visar att 80-90% av alla personer med demenssjukdom någon gång drabbas av beteendemässiga och psykiska symtom vid demens (BPSD) som medför ett stort lidande för den som drabbas.

God vård vid demenssjukdom innebär bland annat att arbeta personcentrerat och att i första hand behandla BPSD med rätt bemötande och omvårdnadsåtgärder samt minska användningen av olämpliga läkemedel. Som stöd för detta fungerar kvalitetsregister BPSD vilket ger ett strukturerat arbetssätt i enlighet med rekommendationerna i nationella riktlinjer.

Alla kommunens särskilda boenden utom Vitsippan och Mariagården är anslutna till registret. Dessa enheter planeras starta upp under 2016.

Med hjälp och stöd av två demenssjuksköterskor samt utvecklingsledare registrerar omvårdnadspersonalen i BPSD och formulerar bemötandeplaner och åtgärder. I BPSD är det genom att följa upp vid ny skattning som det är möjligt att utvärdera om det är rätt åtgärd och bemötandeplan som satts in för den enskildes behov. Alla åtgärder och bemötandeplaner måste dokumenteras i Magna Cura då uppgifterna inte kan tankas över. Träffarna i det multiprofessionella teamet är även här viktiga

för att diskutera tänkbara anledningar till symtom vid demenssjukdom. I det multiprofessionella teamet analyseras även riskbedömningar och journalanteckningar för att skapa en så tydlig bild som möjligt av hur symtom ska bemötas.



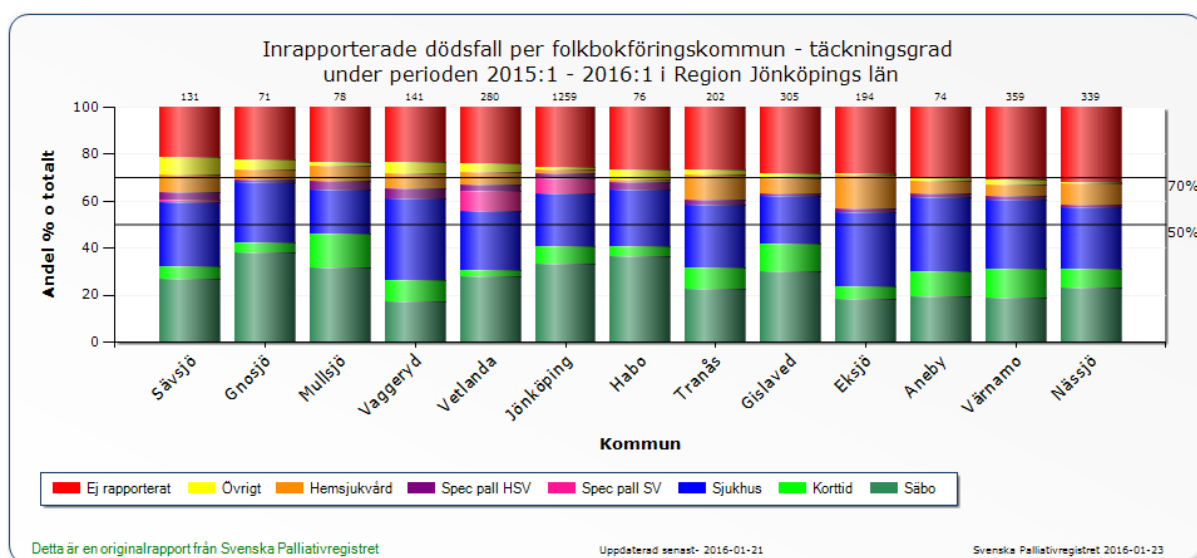
(Bilden visar Gislaveds kommun i jämförelse med övriga kommuner i Jönköpings län.)

Gislaveds kommun är den enda i länet som har demenssköterskor som enbart arbetar med att stötta personal och anhöriga vad gäller demensfrågor och handledning. Detta ger ett unikt stöd och möjliggör god kvalitet för den som drabbats av demenssjukdom.

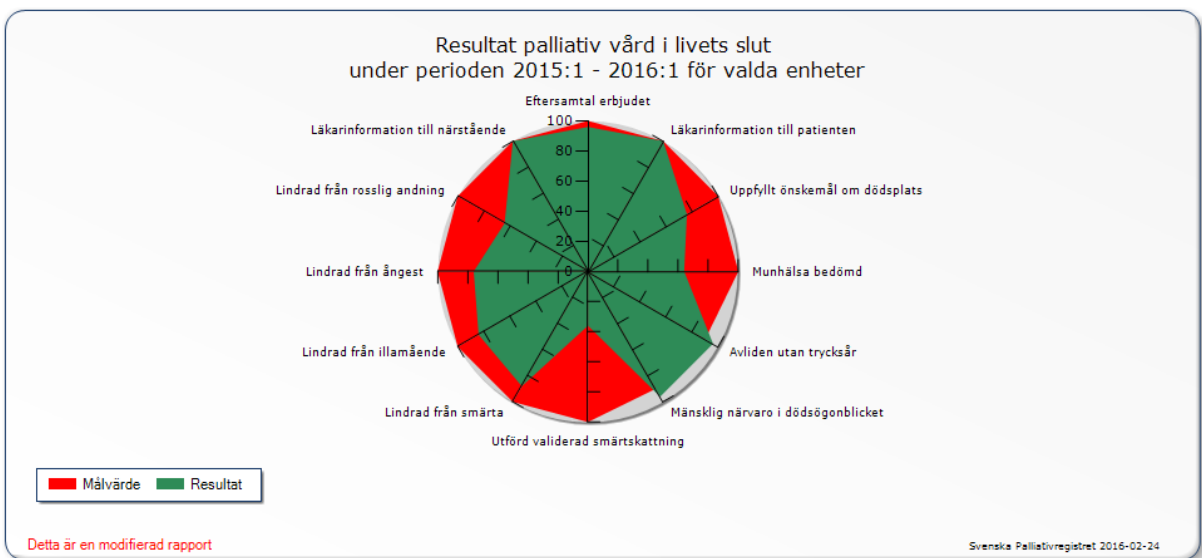
PALLIATIVREGISTRET

Redovisning från kvalitetsindikatorer från palliativ registret 2015

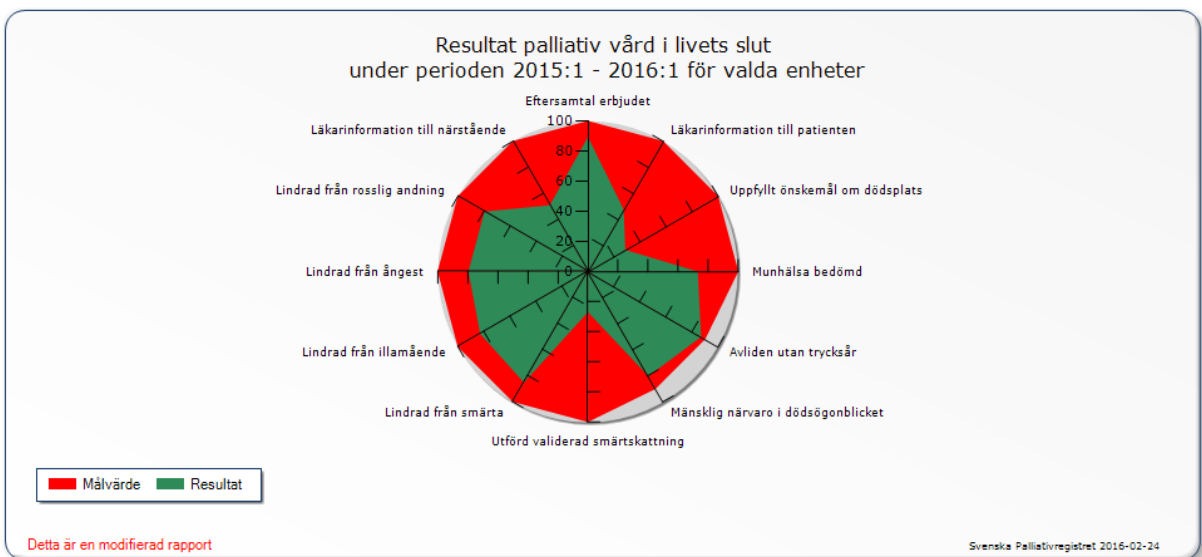
Som ett led i kvalitetssäkring av vården vid livets slut görs registreringar i svenska palliativregistret inom alla kommunens boenden och hemsjukvård. Detta ger fortlöpande indikationer på förbättringsområden.



(Bilder som visar resultatet från 2015)



(Bilden visar täckningsgraden för 2015 över hemsjukvården)



(Bilden visar täckningsgraden över särskilt boende för 2015)

Genom palliativregistret följs kvaliteten på omvårdnaden och hur symtomskattningar genomförs samt om symtomen har kunnat lindras

Målsättningen 2014 var att minst 70 % av alla som avled ska ha registreras i palliativregistret, och att en förbättring på 5-10 % ska ha skett av parametrar; smärtskattning, munhälsobedömning, brytpunktsamtal, upprättad vid behovsordination för läkemedel.

Resultat

Det har inte skett så stora förbättringar under 2015. Resultatet ligger kvar på registrering av 70 % av alla som avled. När det gäller smärtskattningar så ligger det still under 2015 samma gäller i stort sett övriga parametrar också. I hemsjukvården blir det extra tydligt att med god läkarmedverkan, som möjliggör information till vårdtagaren och närstående, kan den enskildes önskan att få dö hemma uppfyllas. Av de efterlevandesamtal som erbjuds är det möjligt att dra slutsatsen att en god läkarmedverkan är avgörande för att kunna dö hemma. Det framgår också att personalen är bra på att förebygga trycksår och att den döende inte lämnas ensam.

Sammanfattningsvis har det inte skett några stora förbättringar sedan 2014 men desto större

förbättringar under tidigare år och utvecklingen kan inte gå så snabbt varje år. Gislaveds kommun har i stort en god kvalitet på den palliativa vården, och det överensstämmer med resultatet i efterlevandeenkäterna med en viss variation mellan områdena. Däremot finns det förbättringsområden t ex behöver användning och dokumentation av skattningskalor utvecklas inom hela verksamheten.

4.3 Öppna jämförelser

Anvisning

Beskriv vilka öppna jämförelser som nämnden har deltagit i.

NATIONELLA UPPFÖLJNINGAR – ÖPPNA JÄMFÖRELSE

På nationell nivå görs flera undersökningar och uppföljningar för att mäta kvaliteten på de insatser som kommunerna utför och för att fånga brukarnas uppfattning om den vård och omsorg som erbjuds. Inom socialnämndens område finns öppna jämförelser som sammanställs av Sveriges kommuner och Landsting och Socialstyrelsen. Öppna jämförelser inom socialtjänsten har funnits sedan 2007

FoUrum (som är regionförbundet i Jönköpings läns avdelning för kommunal utveckling) samordnar de frågor i öppna jämförelser som rör länsgemensamma avtal. Det finns öppna jämförelser inom såväl funktionshinder, individ- och familjeomsorgen och äldreomsorgen.

Undersökningen för öppna jämförelser för verksamhetsåret 2015 försenades och sammanställningen kommer att presenteras tidigast i slutet av mars. Socialförvaltningen kommer analysera och omhänderta resultatet när det kommer. Förbättringsarbete kommer att göras utifrån indikatorerna i öppna jämförelser.

LÄKEMEDELSANVÄNDNING

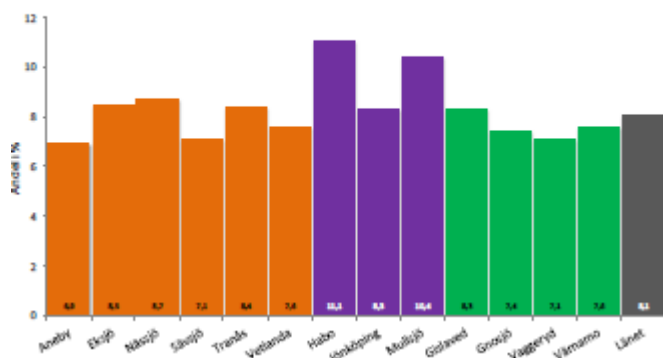
God läkemedelsbehandling för äldre är en del av överenskommelsen mellan SKL (Sveriges Kommuner och Landsting) och Regeringen i satsningen Bättre liv för sjuka äldre. Förskrivningen av ett antal läkemedel som anses olämpliga mäts. Mätningarna sker kommunvis och innehåller data för personer i både ordinärt och särskilt boende vilket gör att det inte enbart är läkemedel till personer inom kommunal verksamhet som mäts.

Redskap i arbetet med att minska olämpliga läkemedel är goda kunskaper om läkemedel och äldre, arbete med omvårdnadsåtgärder (icke-farmakologisk behandling) och strukturerad metod för läkemedelsgenombgångar i samarbete med ansvarig läkare. Omvårdnadspersonal och sjuksköterskor är tillsammans delaktiga i arbetet.

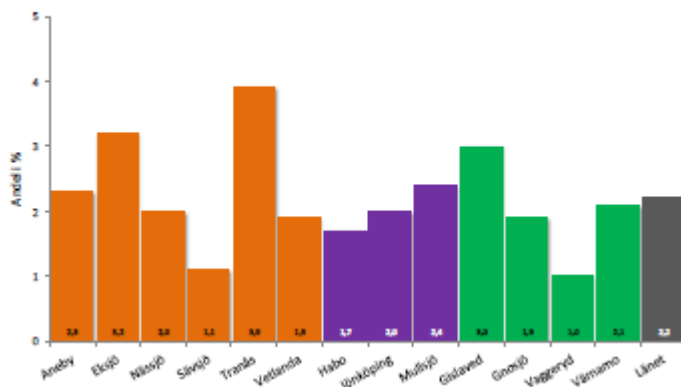
Bilderna nedan visar läkemedelsanvändningen i region Jönköping.



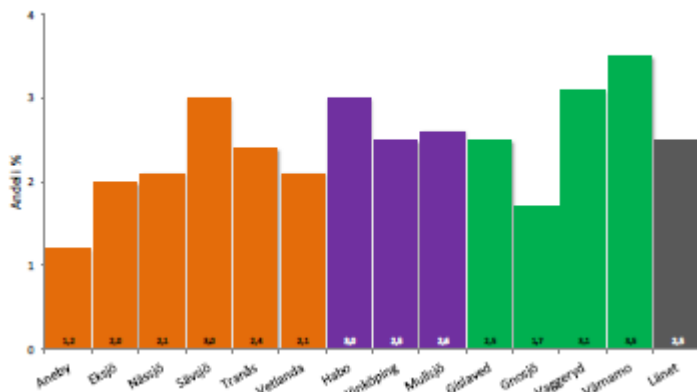
Olämpliga läkemedel hos personer 75 år eller äldre
i Jönköpings län, 12-2015



Antiinflammatoriska läkemedel hos personer 75 år eller äldre i Jönköpings län, 12-2015



Antipsykotiska läkemedel hos personer 65 år eller äldre i Jönköpings län, 12-2015



KVALITETSNYCKELTAL JÄMFÖRELSE MED ANDRA KOMMUNER

JÄMFÖRELSE MED ANDRA KOMMUNER – KVALITETSNYCKELTAL Socialförvaltningen deltar i kommun- och landstingsdatabasens (*Kolada*) frivilliga redovisning av nyckeltal för kvalitet i inom socialtjänst och verksamhet enligt LSS.

Kolada innehåller idag över 2000 olika nyckeltal. Med Koladas hjälp kan kommuner och landsting visa sina medborgare och sig själva hur den egna kommunens kvalitet står sig: från år till år i jämförelse med sig själv, andra kommuner och riket.

Gislaveds kommun deltog i kvalitetsmätningen för de aktuella områdena i Kolada första gången 2010 vilket möjliggör jämförelser över flera år. Utvecklingen visar på såväl bibehållen som förbättrad och försämrad kvalitet inom de olika delarna av socialnämndens verksamheter.

4.4 Granskning av journaler och annan dokumentation

DOKUMENTATION

Granskning under 2015 har skett av dokumenterade delegeringar som visade brister i hanteringen i systemet. Respektive område fick gå igenom sina delegeringar för att säkerställa att alla som skulle ha en giltig delegering för att utföra hälso- och sjukvårdsuppgifter hade detta dokumenterat. Rutin har införts att arbetsledare ska signera alla delegeringar. Uppföljningar av avvikelser har skett vid ett tillfälle och uppföljning av signeringslistor påbörjats i slutet av året. Inom detta område krävs åtgärder för att få processen med delegering, signering och hantering av avvikelser att fungera som ledningssystemets rutiner beskriver. För att säkerställa att det ska fungera krävs ett system som stödjer verksamheten i att följa rutinen.

IFO

Enheten för försörjningsstöd har under året genomfört regelbundna internkontroller för att säkerställa rättsäkerheten och lika handläggning. Internkontroller har även skett för att undvika felaktiga utbetalningar.

På enheten Barn- och familjestöd samt Vuxen läser gruppleddare och samordnare igenom genomförandeplaner och utredningar. För att stärka rättssäkerheten har de flesta utredningar och förhandsbedömningar på barn och familj en huvudhandläggare och en medhandläggare.

GRANSKNING GENOM UTVALSÄRENDE

Sociala utskottet väljer ut ärenden för genomgång.

4.5 Tillsyns- och revisionsrapporter

Anvisning

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

REVISION

IFO

En revision har gjorts gällande missbruksvården i Gislaveds kommun. De förbättringsområden som uppmärksammandes i revisionen var öppenvårdens dokumentation och genomförandeplaner, uppföljning och utvärdering av vården och uppdelningen mellan IFOs öppenvård. Man rekommenderade även ett förtydligande gällande roll och ansvarsfördelning mellan myndighet och utförare, processkartor för samverkan gällande utsluss samt att i arbetet säkerställa den enskildes delaktighet.

Utifrån revisionsrapporten har ett antal förbättringsåtgärder tagits fram vilka kommer påbörjas under 2016.

Funktionshinder och stöd

Det genomfördes en genomlysning av hela verksamheten för Funktionshinder och stöd under 2014. Utifrån detta beslutade förvaltningen att förändra organisationsstrukturen för Funktionshinder och stöd. Under 2015 har arbetet pågått gällande att implementera en ny organisationsstruktur.

INSPEKTIONEN FÖR VÅRD OCH OMSORG

IVO har under 2015 genomfört följande tillsyn inom socialnämnden:

- Inspektion på HVB-boendet för ensamkommande barn i Smålandsstenar. Inspektionen fokuserade på ungdomarnas upplevelse av trygghet och säkerhet samt deras möjlighet till delaktighet. Det som framkom var att vissa ungdomar upplevde att det var dåligt bemötande från personalen och att det lätt blir bråk om bagateller samt att de inte var nöjda med maten och att det inte fanns möjlighet att delta vid matlagning och inköp.
- Inspektion på HVB-boendet för ensamkommande barn i Smålandsstenar. Inspektionen fokuserade på registerkontroll av personalen. Det framkom att det finns en rutin för

registerkontroll av personalen innan de anställs. Det framkom dock vissa brister i detta och IVO begärde åtgärder, rutinen har förtydligats.

- Tillsyn av myndighetsutövning och handläggning på LSS. Utifrån resultatet togs beslut om att utöka antalet handläggare.

BRANDTILLSYN

Brandtillsyn har genomförts på boendena för ensamkommande barn i Smålandsstenar samt i verksamheterna för Funktionshinder och stöd.

INSPEKTION AV KOMMUNENS MILJÖ- OCH HÄLSOSKYDD

Kommunens miljö- och hälsoskydd har genomfört inspektioner på boendena för ensamkommande barn i Smålandsstenar och i verksamheterna för Funktionshinder och stöd.

Även kommunens vård- och omsorgsboenden har inspekterats vad gäller inomhusmiljö (till exempel lokalhygien och ventilation).

ARBETSMILJÖKARTLÄGGNING

Kommunhälsan har genomfört en arbetsmiljökartläggning inom hela programområdet funktionshinder och stöd. Uppföljning kommer att ske.

4.6 Ej verkställda beslut

Anvisning

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

EJ VERKSTÄLLDA BESLUT

Kommunen är skyldig att till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) redovisa alla gynnande beslut enligt SoL och LSS som inte verkställts inom tre månader. Nedan redovisas alla inrapporterade ärenden. Första tabellen åskådliggör beslut som under 2015 inte har verkställts efter tre månader. Andra tabellen visar de ärenden som inte har verkställts efter ytterligare tre månader osv. under 2015, här redovisas antal inrapporteringar samt antalet beslut (dvs. ett beslut kan ha rapporterats in flertalet gånger). Den tredje tabellen åskådliggör ärenden som har återrapporterats, dvs. ärenden som har rapporterats in för avslut eller verkställighet under 2015. I första tabellen visas resultatet i jämförelse med 2013 och 2014. Redovisningen av inrapporteringen har inte skett på samma sätt tidigare år varav tabell två och tre endast visar resultatet av 2015.

Beslut som inte verkställts inom 3 månader efter gynnande beslut				
Lagstiftning	Insats	Antal 2013	Antal 2014	Antal 2015
SoL	Avlösning i hemmet	1	4	
	Dagverksamhet	1	2	1*
	Permanentbostad		6	7*
	Hemtjänst			1*
LSS	Bostad för vuxna	6	2	1*
	Kontaktperson	1	1	2
	Daglig verksamhet	2		1*

*Insats har erbjudits men den enskilde har valt att vänta med verkställande av insats eller tackat nej till erbjudande (t.ex. önskar särskilt boende på specifik ort).

Beslut som inte verkställts inom 3 månader efter gynnande beslut. Återkommande				
Lagstiftning	Insats	Antal 2013	Antal 2014	Antal/beslut 2015
SoL	Avlösning i hemmet			
	Dagverksamhet			2/1*
	Permanentbostad			8/7*
	Hemtjänst			
LSS	Bostad för vuxna			2/1*
	Kontaktperson			1*
	Daglig verksamhet			2/1*

*Insats har erbjudits men den enskilde har valt att vänta med verkställande av insats eller tackat nej till erbjudande (t.ex. önskar särskilt boende på specifik ort).

Beslut som inte verkställts inom 3 månader efter gynnande beslut. Åtterrapporering, rapportering om avslut/verkställande av insats				
Lagstiftning	Insats	Antal 2013	Antal 2014	Antal 2015
SoL	Avlösning i hemmet			
	Dagverksamhet			1
	Permanentbostad			13
	Hemtjänst			1
	Avlösning i hemmet			1
LSS	Bostad för vuxna			1
	Kontaktperson			3
	Daglig verksamhet			1

5 Rapporteringsskyldighet

5.1 Avvikelsehantering

Anvisning

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

Avvikelser 2015

Under 2015 har totalt 2806 st avvikelser registrerats i avvikelsesystemet (2367 st 2014).

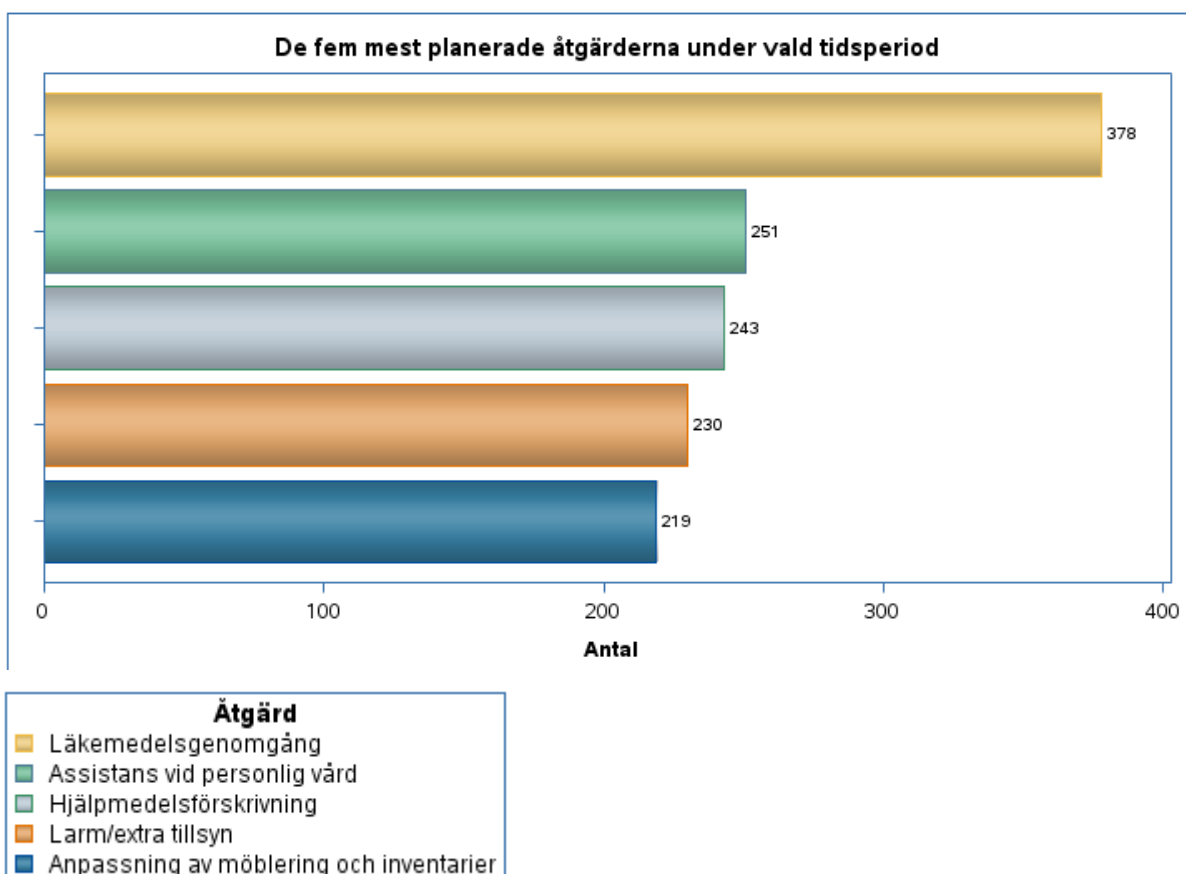
	2015	2014

	2015	2014
Avvikelseyp		
bemötande	13	8
brister i	39	24
informationsöverföringen		
dokumentation	23	33
fallrapport	1641	1404
larm/	98	70
sökarsystem		
läkemedel	834	714
medicinsktknisk	34	28
utrustning		
omvårdnads-	119	80
händelse		
rehabilitering	5	6
övrigt	0	
antal avvikelser:	2806	2367

Fallavvikelser är i särklass den mest frekventa avvikelserna med 1641 st poster. På den näst högsta posten av avvikelser kommer läkemedelsavvikelser 834 st och sedan omvårdnadshändelser med 119 st, avvikelser gällande larm/sökarfunktion 98 st och brister i informationsöverföring med 39 st avvikelser och 34 st handlar om MTP hantering av eller brister i (medicintekniska produkter). Brister i bemötandet har 13 st registrerade avvikelser och brister i rehabilitering 5 st. Alla avvikelser utom två parametrar har en ökande frekvens.

Brister i informationsöverföringen handlar om bortglömda insatser i hemtjänsten och att man inte fått information i tid. När det gäller larm/ sökarsystem handlar det om krångel med larm, telefoner och handhavandefel samt bortglömda larmmattor. Beträffande medicinteknisk utrustning är det hanteringsfel vid användning av luftväxlande madrasser, glömda sänggrindar m.m. Omvårdnadshändelser är när man missat att hjälpa någon med stödstrumpor, insmörjning, eller andra omvårdnadsinsatser som inte blivit genomförda. Samma sak gäller rehab det är träningsinsatser som inte genomförts.

I 62% av de 1641 st fallen medförde fallet inte någon skada och i 34% har fallet lett till lindrigare skador i form av blåmärken, skrubbsår och oro rädsla. Det finns 8 fall som lett till fraktur och totalt finns 16 st registrerade sjukhus inläggningar på grund av skador relaterade till fall. Fallfrekvensen är något högre i år och vi har sett en stigande trend år från år. Det sker idag ett systematiskt arbete i kvalitetsregister Senior alert där fallrisken bedöms två gånger per år och åtgärder sätts in i preventivt syfte.



Ovan visas de 5 mest frekventa aktiviteterna för fallprevention andra aktiviteter kan vara balans, styrketräning, höftbyxa samt vardagsmotion så som utepromenader. Det som är viktigt att framhålla är att de flesta fall inte leder till allvarigare skador som frakturer. Viss fallproblematik är knuten till enskilda individer som har en hög fallfrekvens på grund av t ex diagnoser som Mb Parkinson och vissa former av demenssjukdom. När det gäller det statistiska underlaget så registreras även fall i hemsjukvård/hemtjänst sedan övertaget av hemsjukvården 2013 och på så sätt är underlaget idag större. Troligen finns ett mörkertal just i de senare verksamheterna . För att få mer detaljerad information om fallen krävs en mer detaljerad statistik som inte är möjligt att få fram på grund av verksamhetssystemets utformning.

Läkemedelsavvikelser var 834 st (av ca 500 000 dosöverlämningar per år) av dessa var glömda doser övervägande med 557 st tillfällen sedan kommer att rutinen inte har följts 114 st och otydligt underlag genererade 32 st avvikelser. Det är troligt att det finns ett mörkertal inom dessa avvikelser.

När det gäller läkemedelshantering har de senaste årens avreglering av apotek och Regionens minskade APO-dos användning ökat det administrativa arbetet för sjuksköterskorna. Det utan att det finns ett övergripande IT-stöd som stöd i arbetet varken för ordination, rekvisition, iordningställande eller administration. Detta innebär en omfattande hantering av utskrifter, listor, beställningar och kontroller som måste ske på papperslistor och en ökad risk för fel och avvikelser. Arbetet är idag en blandning mellan hantering av IT-system och pappersutskrifter och blir svårt att överblicka för alla yrkeskategorier som ska vara inblandade. Det finns också en minskad följsamhet till de rutiner som finns för läkemedelshantering och det är en oroande tendens. Det krävs IT-stöd som kan stödja en enklare administration om avvikelser ska kunna minskas.

Verksamheten blir mer och mer komplex och det är omöjligt för personalen att klara alla insatser och samtidigt vara flexibel och bemöta varje enskild utifrån en individuellplan. Det finns idag inget stödsystem till personalen som hjälper dem att hålla reda på läkemedelstider och andra insatser som planerats. Om antalet avvikelser ska kunna minska krävs helt andra verksamhetsstöd för personalen så de kan få påminnelser och stöd i planeringen istället för att de ska försöka memorera alla insatstider. Att införa stödsystem skulle också minska personalens stressnivå och göra att de kunde fokusera mer på individen.

Prognoser visar på att allt fler kommer att ha behov av stöd med bl a sin läkemedelshantering i hemmet eftersom slutenvården har korta behandlingstider och utför fler polikliniska behandlingar. Det kommer att innebära ökade krav på personalen att hantera fler ordinationer och behandlingar med kort varsel.

Avvikelseystemet är svårarbetat och det är svårt att få fram den information som behövs både till analyser och till statistik. MAS har svårt att få överblick över allvarliga incidenter och har behov av få del av de händelseanalyser som utförs i verksamheten.

EXTERN AVVIKELSER

Avvikelser riktade till Regionens slutenvård och primärvård skrivs framför allt när det förekommer brister i samverkansrutinerna, brister i information och brister med läkemedelslistor och ordinationer. Sammanlagt har det skickats 18 st avvikelser under 2015 (2014 var det 47 st avvikelser) 17 st till slutenvården, 1 st till primärvården.

Det har under 2015 inte inkommit några avvikelser från Regionens vård som registrerats rörande den kommunal hälso- och sjukvården eller socialtjänsten. En omfattande omorganisation sker i Regionens verksamheter möjligen kan detta ha påverkat rutinen med att skriva avvikelser.

INDIVID- OCH FAMILJEOMSORGEN

Inom IFO finns inget digitalt system där avvikelser hanteras. Avvikelser ska skrivas manuellt på avvikelseblankett och tas upp på APT. Det finns ingen sammanställning gällande antalet avvikelser på IFO under 2015.

Under 2016 kommer rutin upprättas för hantering av avvikelser inom IFO. Det kommer även ske en satsning för att ytterligare informera chefer och medarbetare inom IFO gällande avvikelshantering och lex Sarah.

5.2 Lex Sara och Lex Maria

LEX SARA

Två ärenden har under 2015 utretts enligt Lex Sara. Ett av ärendena anmäldes som Lex Sara till IVO.

LEX MARIA/VÅRDSKADA

Fem ärenden har utretts och ett har anmälts enligt Lex Maria till IVO.

Två beslut har kommit från IVO där ärenden har avslutats med att utredning och åtgärder varit adekvata.

TILLBUD MED MEDICINTECKNINSKA PRODUKTER

Inga allvarliga incidenter har rapporterats till MAS under 2015

6 Hantering av klagomål och synpunkter

Anvisning

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

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

Under 2015 har tre klagomålsärenden inkommit från IVO till förvaltningen. I ett av ärendena gjordes en händelseanalys tillsammans med berörd personal och beslut togs om ett antal åtgärder som ska

vidtas. Händelseanalys, åtgärdsplan och yttrande har kommunicerats med socialnämnden och skickats in till IVO. Åtgärdena har påbörjats och arbetet kommer att fortsätta under 2016.

Inga ärenden har inkommit från patientnämnden under 2015

Övriga klagomål och synpunkter tas emot i det kommungemensamma systemet "Tyck till " dit alla samhällsmedborgare kan vända sig och lämna ett klagomål eller en synpunkt oavsett vilken förvaltning det gäller. Klagomålet tas emot och man får en bekräftelse och information om vem som kommer att handlägga klagomålet och inom 7 dagar ska man ha fått ett svar på sitt ärende.

Under 2015 har 58 synpunkter och klagomål registrerats i systemet (tyck till), detta är en ökning jämfört med förra året då det inkom 42 synpunkter och klagomål.

Jämfört med 2014 har det skett en ökning av synpunkter och klagomål gällande bemötande (6), genomförande (27) och information (5) jämfört med 2014 då respektive antal var 3, 10 och 1.

Förvaltning	Synpunkt avser...	Antal ärenden
Socialförvaltningen	Bemötande	6
Socialförvaltningen	Beslut	1
Socialförvaltningen	Beslut, Information	1
Socialförvaltningen	Genomförande	27
Socialförvaltningen	Handläggning	7
Socialförvaltningen	Information	5
Socialförvaltningen	Övrigt	11
Socialförvaltningen	Antal	58
Total		58

Nedan är sammanställningen gjord utifrån om ärendet gällde klagomål eller synpunkt för samma ärenden som finns i ovanstående tabell.

Fältvärde	Antal ärenden
Klagomål	36
Synpunkt	16
Klagomål, Synpunkt	3
Förslag	1
Förslag, Klagomål	1
Beröm, Klagomål	1
Total	58

Jämfört med 2014 har den största ökningen skett gällande antalet inkomna synpunkter (16 jämfört med 7), även antalet inkomna klagomål har ökat (36 jämfört med 30), övriga ligger på ungefär samma antal 2015 och 2014.

7 Samverkan för att säkra kvaliteten

7.1 Intern och extern samverkan

Anvisning

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

Process	Samverkan
Förhandsbedömning	
Utredning	
Verkställande	
Förhandsbedömning	

INTERN OCH EXTERN SAMVERKAN

Det finns en rutin gällande samverkan mellan socialförvaltningens verksamheter. Samverkan och samverkansavtal finns även med skolan och landstinget.

SAMORDNAD INDIVIDUELL PLAN (SIP)

I de fall den enskilde har insatser från både kommun och regionen och det finns ett behov av att samordna dessa insatser som inte täcks i vanlig planering ska en SIP upprättas. Syftet är att säkerställa samarbetet mellan de båda huvudmännen och att den enskildes behov av hälso- och sjukvård och socialtjänst tillgodoses. Under 2015 har ett 20 -30 tal SIP:ar genomförts inom socialförvaltningens verksamhet.

ENHETEN FÖR FÖRSÖRJNINGSTÖD

Enheten för Försörjningsstöd har haft samverkansmöten med arbetsförmedlingen för att skapa rutiner för ökat samarbete.

ENHETEN FÖR PSYKISK OHÄLSA

Enheten för Psykisk ohälsa har haft möte med psykiatriska kliniken i Värnamo för att förbättra samarbetet vid vårdplaneringar.

NÄTVERK

Samtliga programområden deltar i ett antal olika nätverk både regionalt och inom GGVV. Nätverkens syfte är bl.a. erfarenhetsutbyte och utveckling.

7.2 Samverkan med den enskilde och närstående

Anvisning

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

Vård och Omsorg

Vid inflyttning på särskilt boende genomförs ett ankomstsamtal tillsammans med den enskilde och närstående. Det finns då möjligheter att delge information från båda håll.

Vid vård- och omsorgsplaneringar deltar den enskilde i hög utsträckning och har då möjlighet att påverka utformningen av insatserna, delaktigheten dokumenteras.

Det anordnas även olika former av träffar där vårdtagare och närstående bjuds in och om den enskilde eller närstående har synpunkter eller klagomål finns det möjlighet för områdeschefen att bjuda in till ett möte för att diskutera hur situationen kan lösas.

Samverkan kring måltidspolicy

Kommunstyrelsen i Gislaveds kommun beslutade i april 2015 att en ny mat- och måltidspolicy ska tas fram i kommunen. Enligt kommunstyrelsens beslut ska policyn tydligt ange inriktningen för måltiderna inom skola, vård och omsorg och dess restauranger. Enligt kommunstyrelsens viljeinriktning ingick brukardialog som en del i att ta fram underlag till policyn. Därför genomfördes fokusgrupper på två särskilda boende under hösten 2015 där brukarna fick svara på frågor utifrån Livsmedelsverkets måltidsmodell. Det hölls även fokusgrupper med annan berörd personal från kommunens verksamheter. Måltidsmodellen är användbara för alla offentliga måltider inom vård, skola och omsorg och innefattar kvalitetsfaktorerna *god, trivsamt, näringsriktig, säker, hållbar* och *integrerad*. Resultatet av dialogerna kommer att användas som en del i materialet i den nya policyn.



IFO och Funktionshinder och Stöd

Inom de olika områdena inom IFO och Funktionshinder och Stöd används vård- och genomförandeplan vid insatser, uppstartssamtal i början av ett nytt ärende och behandlingskonferenser vid placeringar på behandlingshem och HVB. Genomförandeplaner används för att säkerställa att den enskilde får sina behov tillgodosedda inte minst genom att följa upp genomförandeplanen regelbundet i samråd med den enskilde. Genomförandeplanen är ett bra verktyg för den enskilde att påverka sin vård.

Gruppbestäderna och daglig verksamhet inom Funktionshinder och stöd har brukarmöten där brukarna får komma med önskemål om aktiviteter och matsedel. På korttids har man föräldrträffar och under 2016 kommer det bildas en föräldragrupp för korttids.

På trapphusboendet Henjahemmet genomförs varje morgon en samlig med samtliga boenden. Syftet är att gå igenom dagen och se om det finns särskilda behov bland de boenden. 1 g/vecka har de husmöten med de boende som då har möjlighet att lägga fram synpunkter på förändringar och möjlighet att påverka innehållet och aktiviteter.

Inom AMOs verksamheter sker återkommande möte med remittenterna både med och utan den enskilde. Det sker även intern samverkan och planering runt AMOs deltagare där även den enskilde är med.

8 Riskanalys och händelseanalys

Anvisning

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

RISK OCH HÄNDELSEANALYS

Risk- och händelseanalyser genomförs som en del av verksamhetens kvalitetssäkring.

En händelseanalys är genomförd i ett ärende på IFO rörande enheterna Psykisk ohälsa och Försörjningsstöd. Händelseanalysen genomfördes med berörd personal och den resulterade i beslut om åtgärder. De åtgärder som beslutades var (1) att förtydliga rutinen för utredning av kontaktmannaskap och att utredningen ska innefatta utdrag från polisregister och socialregister (2) att förtydliga samverkan mellan enheten Psykisk ohälsa och psykiatri i Värnamo. Åtgärderna är påbörjade och de

kommer att utvärderas under 2016.

Händelseanalyser har skett vid utredningar inför Lex Sara och Lex Maria.

På enheten Bistånd och stöd har det genomförts två riskanalyser utifrån att personal har slutat. Personliga assistentteamet har genomfört en riskanalys utifrån arbetsmiljöaspekter.

På AMO genomfördes en riskanalys tillsammans med skyddsingegören i samband med uppstarten av snickeriet.

Riskanalys genomförs på IFO Åbjörnsgratan i och med att deras växel ska tas bort i samband med införandet av kontaktcenter.

På enheten för Vuxna insatser genomfördes en riskanalys i samband med att Henjahemmet gjorts om till ett trapphusboende. I samband med detta gjordes även en riskanalys gällande att medicinhanteringen togs bort.

ÖVRIGA RISK- OCH HÄNDELSEANALYSER

Det sker kontinuerligt riskanalyser i individärenden genom t.ex. värderingar och analyser av eventuella hot och våld situationer och bedömning av bemanning. I barn- och ungdomsutredningar på enheten barn- och familjestöd görs alltid risk och skyddsbedömningar vid inkomna anmälningar och vid analys och bedömning gällande insatser och skyddsbehov.

PERSONALENS UTBILDNINGSNIVÅ

Utbildningsnivån på personalen har i vissa verksamheter sjunkit. Kravet på högskoleutbildning för handledare på boendena för ensamkommande barn har tagits bort till följd av expansionen. Utbildningsnivån för socialsekreterare har även förändrats på enheten för barn och familj där alla nyanställda inte har socionomutbildning.

9 Övrigt förbättringsarbete

Anvisning

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

VÅRDPLANERINGSTEAM/ TRYGG HEMGÅNG

För att underlätta vårdplaneringarna och teamarbetet startades 2014 vårdplaneringsteam Teamet består av sjuksköterska, rehabpersonal och handläggare som jobbar tillsammans när det gäller planering av vårdinsatser. Vårdplaneringsteamet övergår nu till arbete enligt "Trygg hemgång" där vårdplaneringen ska genomföras i hemmet istället för på sjukhuset för att underlätta att den enskilde får rätt nivå på insatserna.

FÖRFLYTTNINGSENTBILDNING

Arbetsterapeuter och sjukgymnaster, genomför introduktionsutbildning och regelbundet var 4:e år utbildning för personal i lyftteknik, förflyttningsteknik och användande av förflyttningshjälpmiddel. Rätt hjälpmedel som används på rätt sätt är viktigt för säkerheten både för den enskilde och personalen. Detta arbete förebygger också allvarliga fallskador som förekommer när förflyttningar inte utförs på rätt sätt.

MEDICINTEKNISKA PRODUKTER

Kommunens hjälpmedelstekniker för dokumentation över de medicintekniska produkter som finns i verksamheten och utför regelbundna kontroller och service. Ett antal nya sängar har köpts in även i år via hjälpmedelsavtalet. Dialog sker med Hjälpmedelscentralen genom nätverksträffar ca två ggr/termin där alla kommuner deltar.

VÅRDHYGIEN

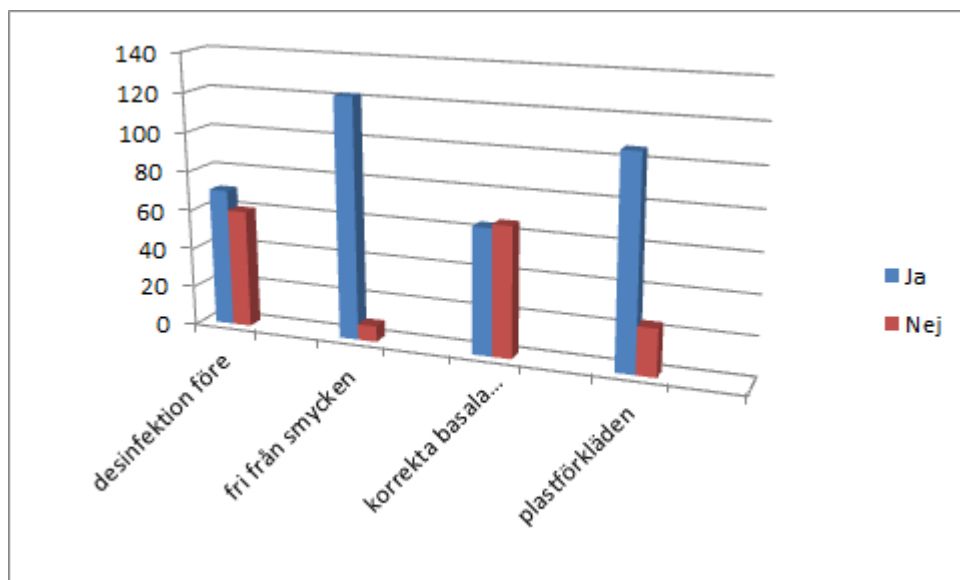
I begreppet vårdhygien ingår det som kallas för basala hygienrutiner och klädregler. Det är av stor vikt att all personal känner till och tillämpar detta för att minska risken för smittspridning. Varje år sedan 2010 har kommunens särskilda boenden deltagit i en nationell punktprevalensmätning (PPM-BHK) av följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler som genomförs en gång årligen. Det är en kollegial granskning av följsamheten till basala hygienrutiner som sker i verksamheten.

Inom kommunal vård och omsorg vårdas de som är mest sköra på grund av ålder och sjukdom. Många av vårdtagarna har vårdats inom specialistvården, genomgått kirurgiska ingrepp, fått flera kurer med antibiotika och har ett nedsatt immunförsvar. Dessa vårdtagare är de som är allra mest utsatta och mottagliga för smittor och framför allt multiresistenta bakterier. Vi vårdar idag individer som har infektioner eller riskfaktorer för dessa infektioner.

Det ställer höga krav på följsamhet till basala hygienrutiner som är grundläggande för att personalen inte ska sprida smittor i vårdarbetet. Detta har även uppmärksammats från socialstyrelsen som har tagit fram en ny föreskrift om basala hygienrutiner som gäller både inom hälso- och sjukvård, socialtjänst och LSS (SOSFS 2015:10). Föreskriften gäller från 1 januari 2016.

Vid smittspridning förorsakar detta i första hand ett lidande för den som drabbas men också oro bland personal och ökade kostnader för extra rutiner och behov av utbildning och informationsinsatser. Det är viktigt att arbetsledningen har vårdhygien som en återkommande punkt på sina APT-möten.

Inom särskilda boenden under 2015 gjordes en granskning där 9/10 enheter deltog och 130 st iakttagelser genomfördes. Hemsjukvård och hemtjänst är svårare att granska på detta sätt då ensamarbete är vanligt. Granskning kommer istället att ske via enkäter och samarbete med smittskydd.



Resultat

Granskningen visade att av 130 st var det 122 st (93%) som inte använde smycken och armband i vårdarbetet och 106 st (81%) som använde plastförkläde i vårdnära situationer. Däremot när man tittade på hur många som utförde desinfektion innan ett rent arbetsmoment var det 70/130 (53%) och när man tittade på hela momentet basala hygienrutiner och korrekta klädregler så var det 64/130 (49%) som klarade detta.

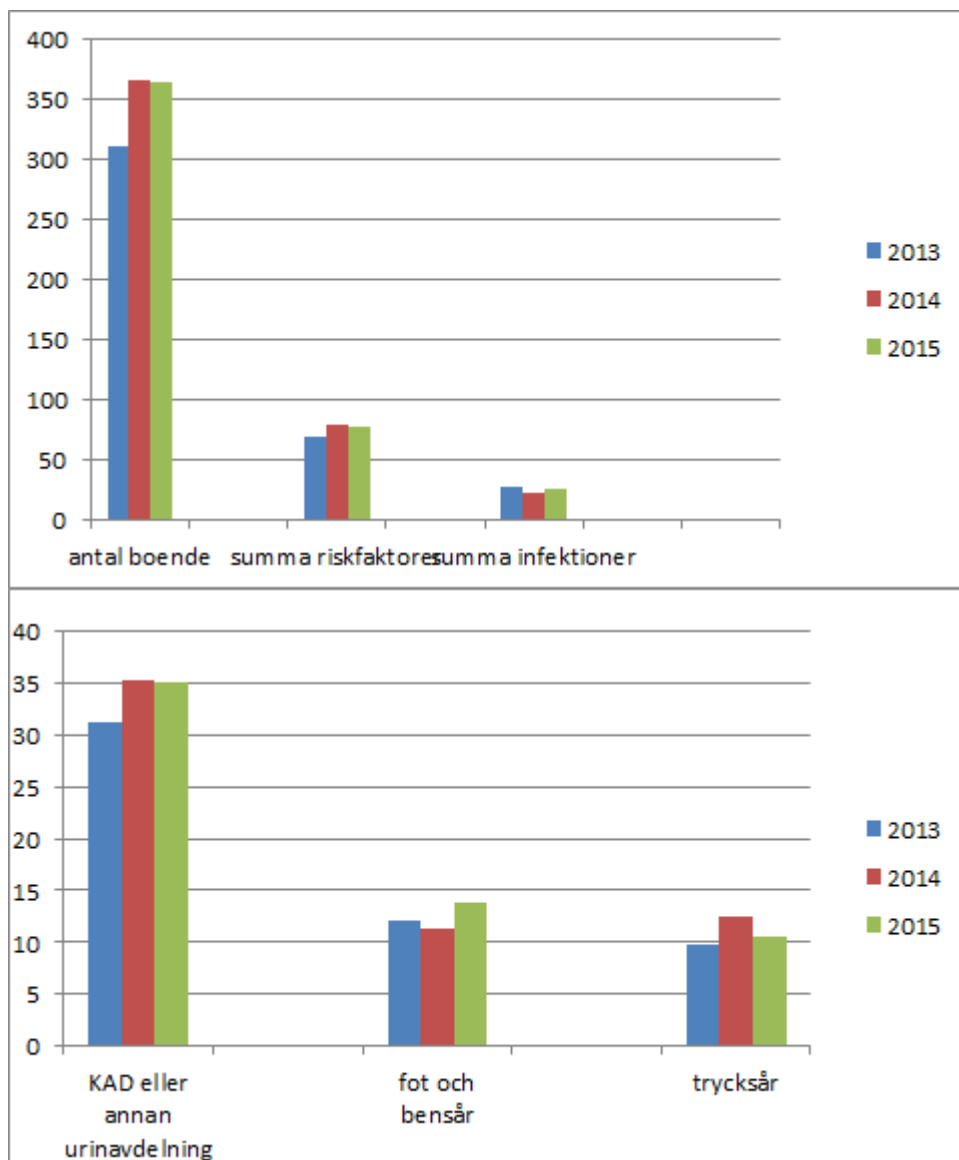
Trenden från tidigare år är sjunkande så här ser vi ett förbättringsområde. Det finns alltså behov av att repetera basala hygienrutiner under 2016 och att repetition sedan sker varje år i alla verksamheter. Vi kommer också under 2016 att genomföra ett antal hygienronder i verksamheten.

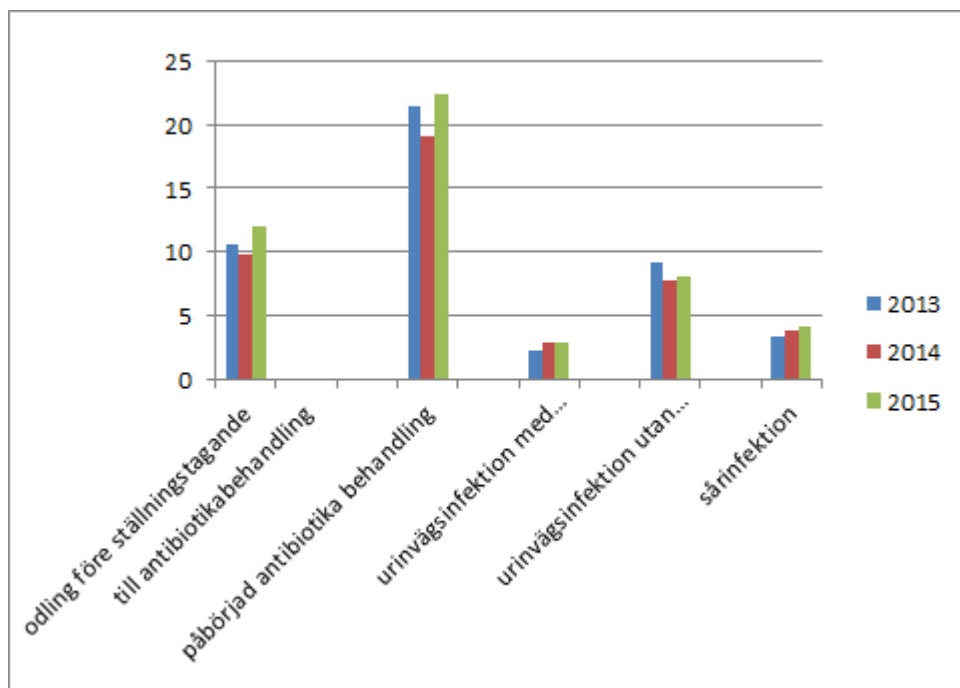
VÅRDRELATERADE INFEKTIONER

Infektioner som uppkommer i samband med vård och omsorg är ett område som det fokuseras på nationellt. En vårdrelaterad infektion (VRI) är en vårdskada. Förekomsten av VRI kan ställas i relation till god vårdhygien och följsamhet till basala hygienrutiner. Det finns i kommunen en rad rutiner för vårdhygien utöver de basala hygienrutinerna som tas fram i samarbete med länets enhet för smittskydd och vårdhygien. Det är nödvändigt att dessa rutiner är kända och tillämpas av all personal, vilket är ett

ansvar för både chefer och hälso- och sjukvårdspersonal.

Här följer statistik över riskfaktorer för infektioner och infektioner samt antibiotika förskrivning.





I tabellen överst till vänster kan man se antalet boende i särskilt boende per månad i medeltal för 2015 och övriga parametrar är antal individer per månad i medeltal med vald parametrar för 2015 med jämförelse över tid 2013-2015 (från 2014 ingår korttids)

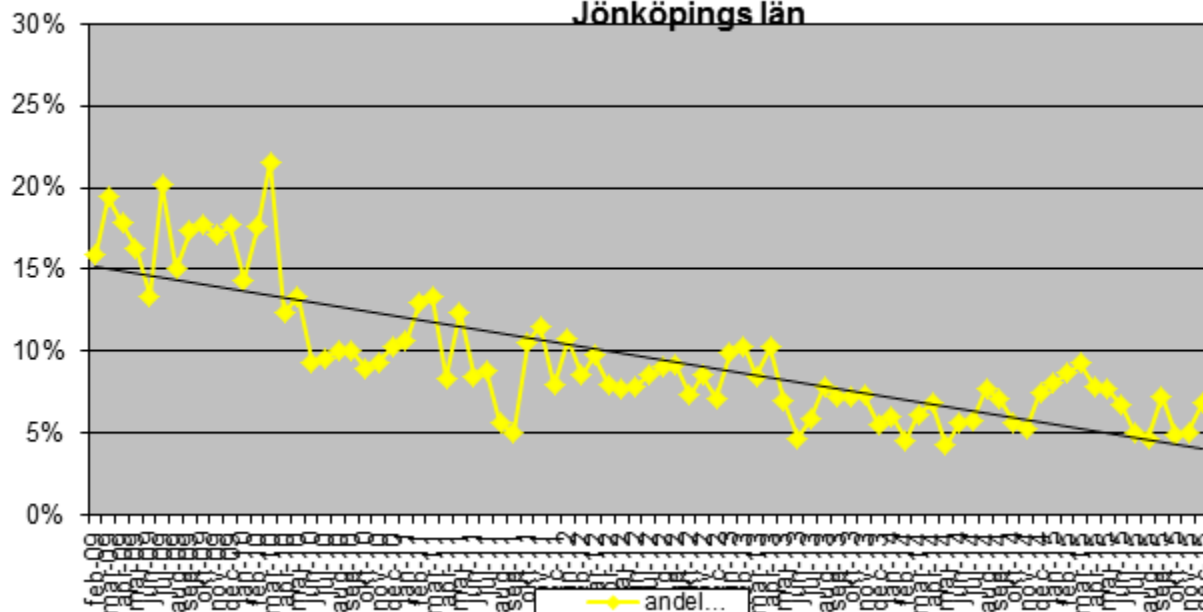
Tabell 1 Antal boende medeltal, och summan av riskfaktorer för infektioner t ex sår, KAD, infarter genom huden, och summan av infektioner

Tabell 2 Där ser man frekvens av KAD, Fot och bensår samt trycksår

Tabell 3 Antal odlingar innan antibiotika behandling, påbörjad antibiotikabehandling, frekvens av urinvägsinfektion med KAD och utan KAD samt frekvens av Sår infektion över tid

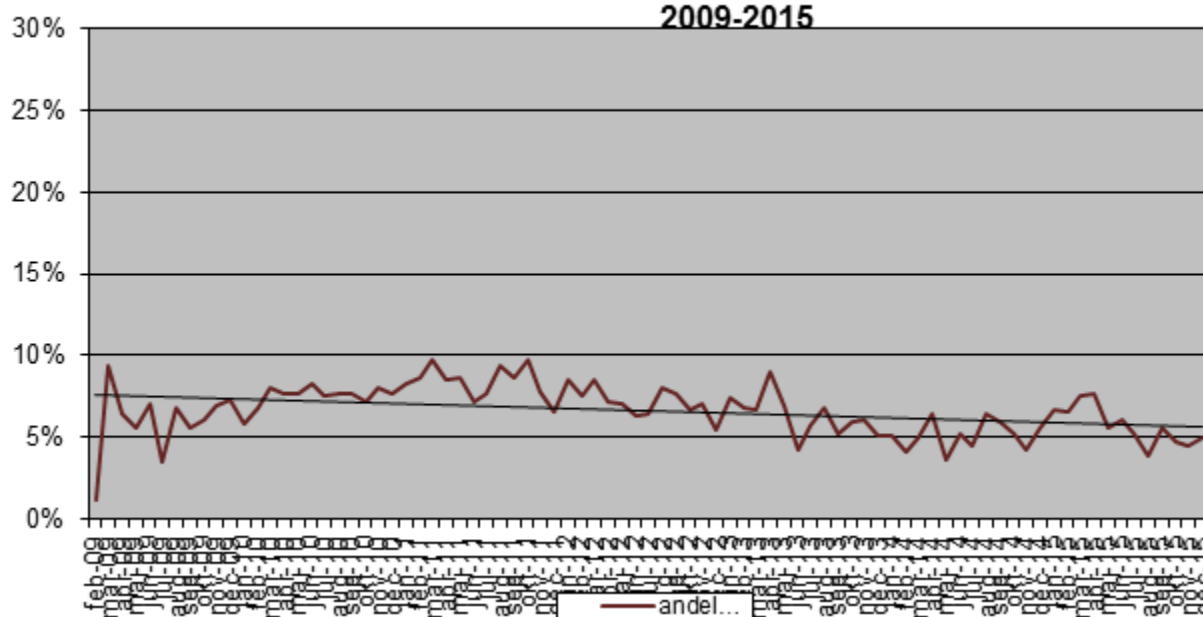
I särskilda boenden för äldre har det under flera år gjorts mätningar av förekomsten av infektioner, riskfaktorer och antibiotikabehandling. Resultaten jämförs med data över tid och data från andra kommuner i länet. Det finns en trend att förskrivningen av antibiotika minskar vilket är i linje med nationella rekommendationer men under 2015 syns en ökning igen. Det finns dock en viss variation mellan enheterna. Det syns även en ökning av fot- och bensår och också en ökning av sårinfektioner. Medan KAD förekomst och UVI vid KAD ligger lika från förra året och trycksåren har minskat

Andel registrerade infektioner 2009-2015 kommuner Jönköpings län



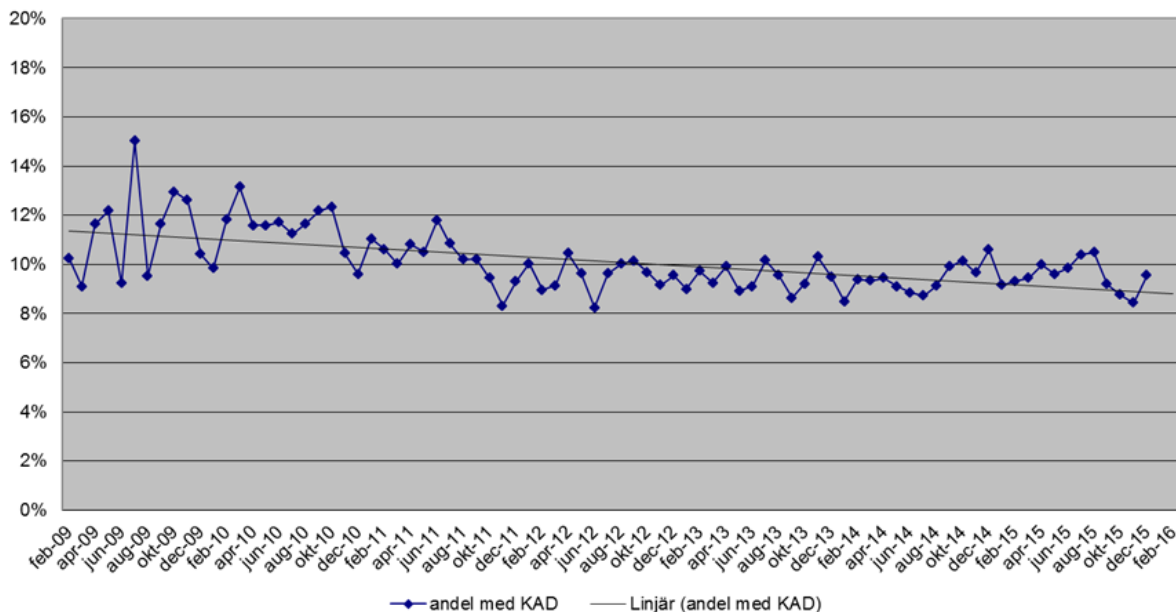
Jämfört med de övriga kommuner i länet som också registrerar så ligger Gislaveds kommun på 7,1 % (2014, 6,4%) i medeltal när det gäller registrerade infektioner under året.

Andel antibiotikabehandling, Kommunerna i Jönköpings län 2009-2015



När det gäller antibiotikabehandling så har förskrivningen ökat sedan förra året och är i medeltal 6,1% från (2014, 5,18%) i förhållande till övriga.

Andel med KAD kommunal vård Jönköpings län 2009-2015



När det gäller KAD (urinvägskateter) är användningen ungefär som under förra året, i medeltal 9,6% av personer inom särskilda boenden har KAD. Även här är det i mellanskiktet i förhållande till övriga kommuner i länet. Det är viktigt att KAD endast används när det finns en medicinsk indikation, eftersom KAD användning medför en ökad risk för infektioner

Resultat

I år syns en liten ökning när det gäller infektioner och antibiotikaförskrivning och kopplat till vårdhygien så är det viktigt att det genomförs en repetition och uppföljning av basalhygienrutiner för att minska risken för spridning av vårdrelaterade infektioner. Ökningen verkar vara kopplad till en ökad frekvens av ben och fotsår. Urinvägsinfektionerna hos KAD-bärare ligger stilla medan det finns en liten ökning av UVI hos övriga.

Studerat länsdata över tid så syns det att den kommunala vården har minskat sina vårdrelaterade infektioner, antibiotika förskrivningen och riskfaktorerna för infektioner där Gislaveds kommun också ligger i linje med denna utveckling.

SÅRBEHANDLING

Under 2015 har utbildning i dopplerteknik genomförts för sjuksköterskor och distriktssköterskor och sårvårdsutbildning. Dopplern är ett redskap för att kunna bedöma rätt kompression för att linda benen eller ordinera kompressionsstrumpor. Fortsatt arbete kommer att ske under 2016 med sårvårdsutbildning.

E-HÄLSA

I begreppet E-hälsa ingår bland annat strukturerad dokumentation, mobilitet, säker roll och behörighet samt säker informationsöverföring.

I samarbete med Regionförbundet har Gislaveds kommun ingått i projekt om strukturerad, processbaserad dokumentation enligt ICF (Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa) både inom social dokumentation och hälso- och sjukvårdsdokumentation. Kommunen har en gemensam projektledare för båda projekten och har utbildat sammanlagt fem processledare. Arbetet har försenats men fortsätter under 2016.

Dokumentation med ICF-strukturen är också en förutsättning för att kunna bli producenter till NPÖ, nationell patientöversikt. Idag kan kommunal hälso- och sjukvårdspersonal ta del av specialistvården och vårdcentralens journalanteckningar när samtycke finns. Nästa steg är att specialistvården och vårdcentralerna ska kunna ta del av dokumentation från kommunens hälso- och sjukvård även detta har blivit fördröjt.

Under 2013-2014 har kommunen också arbetat med att hitta lösningar för att personal ska kunna ha tillgång till verksamhetssystemets dokumentation utan att vara beroende av att vara på plats vid stationär dator, så kallad mobilitet. Att ha tillgång till rätt information i rätt tid och på rätt plats är en del av patientsäkerheten. Enligt planerna skulle detta varit igång, med tillgång till både tekniska lösningar och programvara, men det har fördröjts och först under slutet av 2015 testades de tekniskalösningarna och arbetet fortgår trots problem och fördröjningar.

Säker roll och behörighet innebär att personal som har tillgång till journaler, social dokumentation, kvalitetsregister med mera ska få åtkomst till de olika systemen med hjälp av så kallad stark autentisering. För detta används SITHS-kort. All inloggning till kvalitetsregister, Meddix, Pascal, NPÖ, Svevac och mobilitet sker med SITHS-kort. Det planeras fortsatt arbete för att införa inloggning med SITHS-kort även till verksamhetssystemet Magna Cura.

Digitalisering av trygghetslarmen har fortsatt under 2015 för att kunna säkerställa att larmen fungerar för brukarna. Larmgruppen bestående av två undersköterskor försätter sitt arbete att stödja införandet av de nya larmen.

Resultat

Utvecklingen av IT-lösningar som ska underlätta arbetet i verksamheten går trögt. Det handlar om flera faktorer som ligger både på nationell, regional och lokal nivå t ex tekniskalösningar som fördröjs, otillräcklig teknisktöd och outvecklad infrastruktur. Ytterst handlar det om samarbete, tillgång till kompetens och resurser i alla led. Verksamheten är komplex och det kräver nya IT-lösningar.

LÄKEMEDELSHANTERING

Under 2015 har kommunen deltagit i ett länsgemensamt projekt tillsammans med regionen och samtliga kommuner som påbörjades 1 april 2015.

Bakgrunden till projektet är att personal inom både kommunernas hemsjukvård och inom primärvården identifierat patientsäkerhetsrisker och ineffektiva arbetsätt i samband med läkemedelshantering för patienter i ordinärt och särskilt boende. Projektet har arbetat för att optimera arbetsätt vid läkemedelshantering och bidra till en mer personstyrd läkemedelsbehandling.

Mål med projektet har varit flera

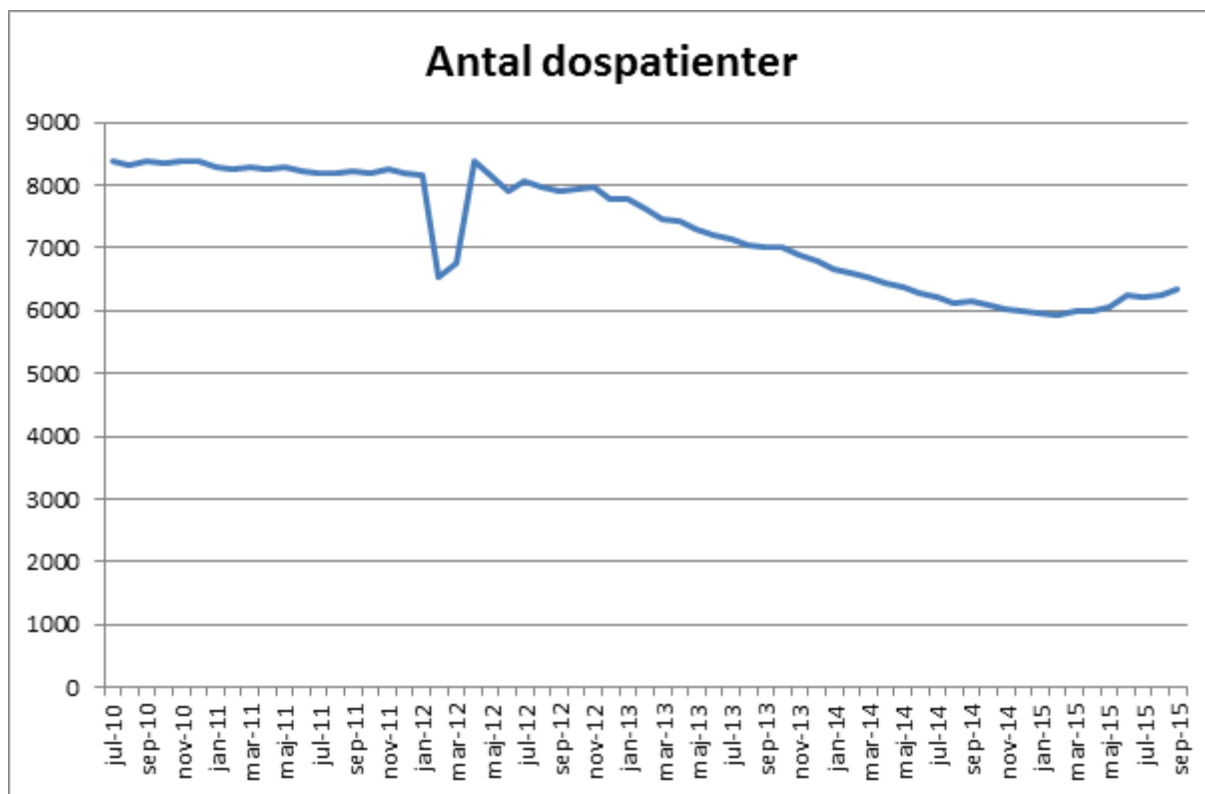
- **Rätt patienter har Apo-Dos (enligt kriterier)**
- **Läkemedelshanteringsgenomgång** Verktyg för säker, rationell och effektiv läkemedelshantering för patienter i ordinärt och särskilt boende
- **Effektiv samverkan & kommunikation** mellan kommunens hemsjukvård, primärvård/slutenvård, klinisk farmaci och lokala apotek
- **Säker och optimerad läkemedelsbehandling** för patienter med 10 läkemedel - minskad polyfarmaci
- **Läkemedelsgenomgång Säker och optimerad läkemedelsbehandling** inklusive uppföljning av läkemedelseffekter

Aktiviteter som apotekare har genomfört är läkemedelsgenomgångar tillsammans med läkare och sjuksköterskor/distriktssköterskor (bl a för nyinflyttade på SÄBO)

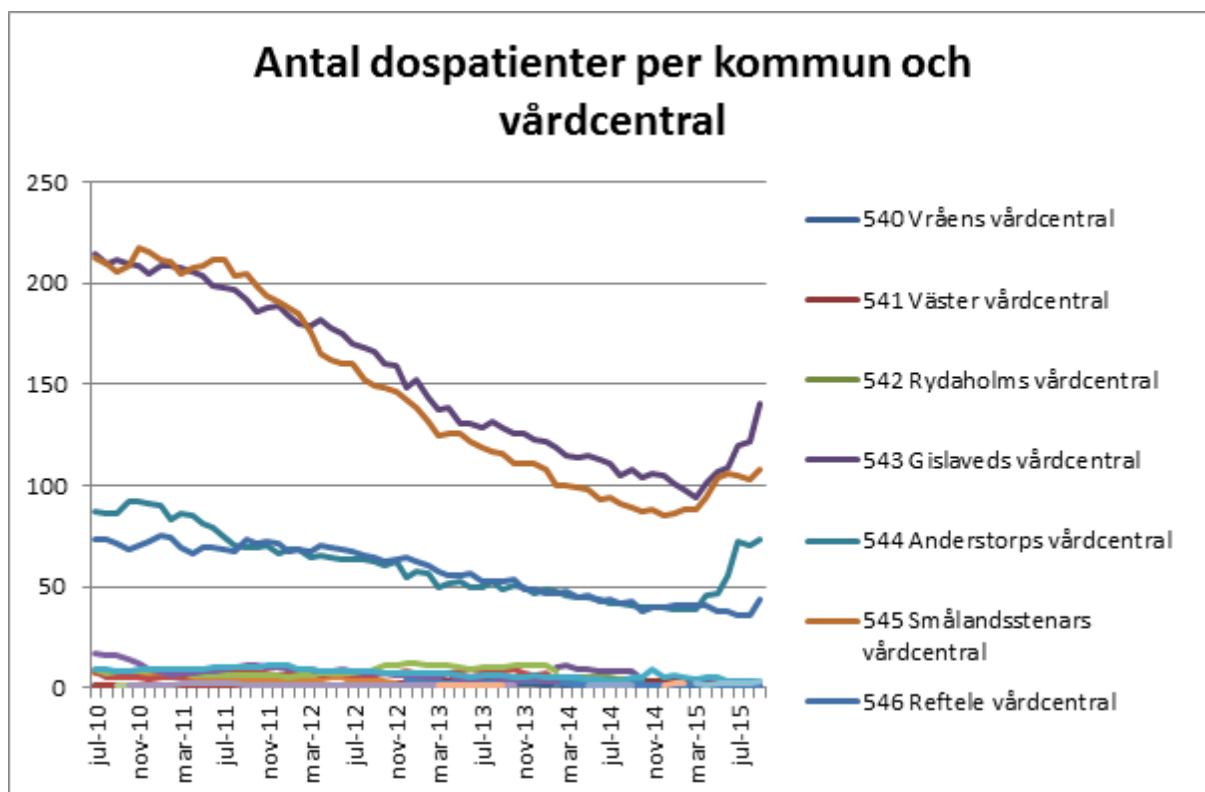
- Apo-dos insättning har initierats och genomförts med hjälp av apotekare
- Fortbildningsaktiviteter för kommunens sjuksköterskor och VC läkare
- Genomlysning har skett av hela kedjan med hantering av läkemedel
- Samverkan har skett med de olika apoteken
- Informationsportal för läkemedelshantering, rutiner blanketter m m som har tagits fram (blir klar under 2016 april)

En mätning i inledningen av projektet gjordes för att se hur mycket tid sjuksköterskor/distriktssköterskor får lägga på hantering av läkemedel. Detta med bakgrund att regionen kraftigt minskat APO-dos användningen och det i samband med överförandet av hemsjukvården vilket ökat belastningen på kommunens verksamheter, bild 1. Mätningen visade att det

går åt två heltidssköterskor som bara står och delar upp medicin i dosetter, 4,3 heltid går åt att transportera läkemedel och hämta på apotek och administration totalt är det 6,3 heltider som endast håller på med läkemedelshandling efter en summering av alla parametrar. APO-dos underlättar det administrativa arbetet för sjuksköterskorna. När läkemedel förskrivs på e-recept är mycket arbete manuellt och till och från olika system, detta kräver mycket administration och är tungarbetat. APO-dos förskrivningen har i Gislaveds kommun under slutet av 2014 varit näst lägst i länet och medfört en hög belastning på legitimerad personal med ansvar för läkemedelshandlingen inom kommunen.

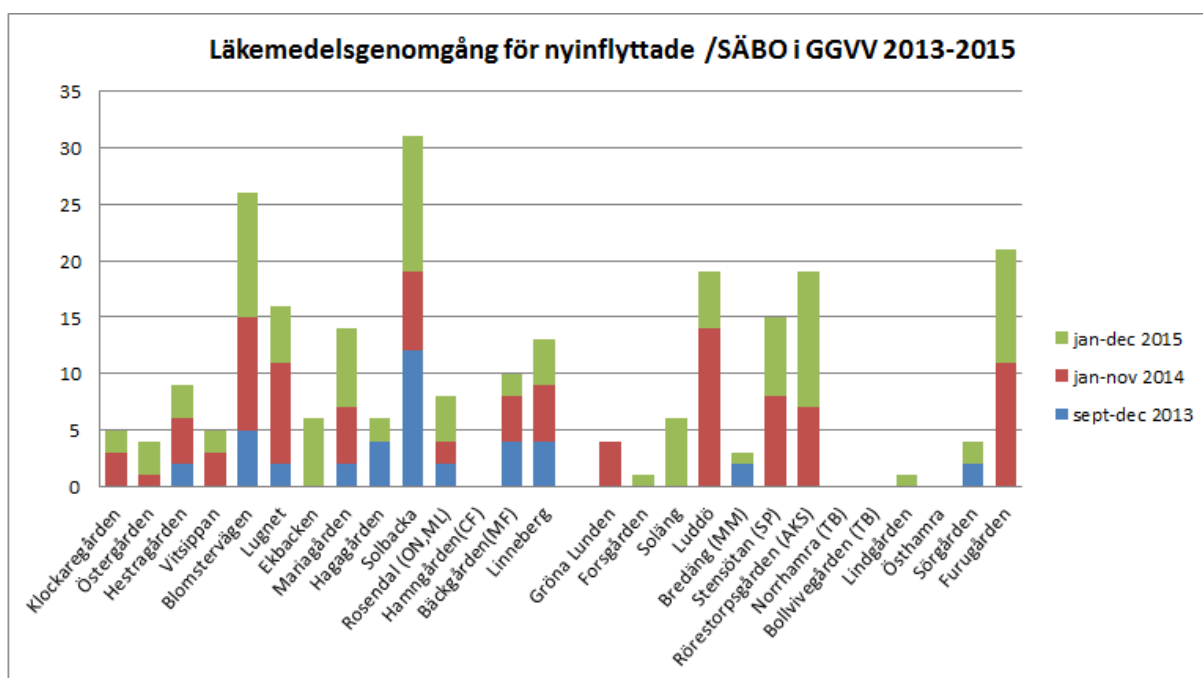


I tabellen ovan ser man hur APO-dos minskningen har skett i länet



I tabellen ovan ser man minskningen inom kommunen samt hur förskrivningen ökat i samband med att

projektet kommit igång



I denna tabell visas antal läkemedelsgenomgångar vid nyinflyttning på säbo över tid

Projektet kommer att avslutas under våren 2016 och en rapport som beskriver arbetet kommer att skrivas.

Resultat

Flera läkemedelsgenomgångar har genomförts av apotekare. Inom Gislaveds kommun har förskrivningen av APO-dos börjat komma tillbaka. Läkemedelshanteringen har genomlysts och reviderade rutiner tagits fram som kommer att finnas för att stödja arbetet med läkemedelshantering efter projektet. Fortbildningsaktiviteter har genomförts.

Förskrivningen av APO-dos ger läkare på vårdcentralerna och inom slutenvård dubbeldokumentation och man upplever ökad belastning på grund av detta. Under projektiden har apotekare hjälpt till med administrationen, efter projektet måste utvecklingen följas då det finns en risk att APO-dos förskrivningen avmattas.

REVIDERING AV DELEGERINGSRUTIN

Rutin för delegering av läkemedelshantering har reviderats under 2015. Socialförvaltningen har övergått från gemensamma utbildningar inför delegering till webb-baserad individuell utbildning. För personal som är nya i verksamheten innebär det att innan delegering blir aktuell ska personen ha gått bredvid handledare i verksamheten och tittat på hur hanteringen av läkemedel sker. Efter det ska webb utbildning "Jobba säkert med läkemedel del1" och webb utbildning "Äldre med diabetes" genomföras. Är det aktuellt med delegering för insulin ska även utbildningen "Jobba säkert med läkemedel del 2 insulingivning" genomföras. När dessa delar är genomförda bokas tid med ansvarig sjuksköterska för genomgång och beslut om delegering. Personal som redan har delegering ska genomföra webb utbildningarna när det är dags att förnya delegeringen.

Resultat

När all personal har kört igenom utbildningarna finns en kvalitetsäkrad grundutbildning för all personal som innehar delegering som innefattar både läkemedelshantering och kunskaper om diabetes hos äldre. Införandet har inte varit problemfritt det har varit svårt att nå ut med informationen och det har varit svårt att lösa tid vid dator eller läsplatta i verksamheten. Det finns en upplevelse av att det tar tid i verksamheten trots att det sparar restid och utbildningstid i jämförelse med gemensamma utbildningar. Det blir tydligt att förändringen påverkade verksamheten mer än trott och blir ett lärande till nästa gång. Det finns också ett behov av en läkemedelsutbildning mer riktad till personal inom funktionshinder och personlig assistans.

UTBILDNING I ÄLDRE OCH DIABETES

Under 2015 genomfördes ett utvecklingsarbete som handlade om diabetes.

Vid en kartläggning i början av projektet visade det sig att det fanns 118 st personer som vårdades inom kommunens hälso- och sjukvård med diabetes. 70% av dessa hade typ 2 diabetes som är den mest förekommande varianten inom kommunal vård. Det var 65% som hade en insulinbehandling, idag är det vanligt med kombinationsbehandlingar med både kost, tabletter och insulin. Det är därför viktigt att omvårdnadspersonal är väl insatt i sjukdomen och dess behandling.

Målet för projektet var att höja kunskapsnivå hos personal som möter äldre vårdtagare med diabetes. Att informera om vårdprogram och ta fram rutiner och struktur för vårdplan.

En tvärprofessionell arbetsgrupp bildade som fördjupade sig inom området och organiserade utbildningar med temat "Äldre med diabetes". Fortbildnings aktivitet med Specialistläkare och kvalitetsansvarig Diabetssköterska genomfördes för legitimerad personal. Utbildning av omvårdnadspersonal 3 timmar innehållande kost, träning/aktivitet och vård och behandling vid diabetes har genomförts i samverkan mellan sjuksköterska, rehab och kostekonom för att ge en bredd i utbildningen.

Resultat

Utbildningen har upplevts som ett bra koncept och varit uppskattad. Utvärderingen visar att 90% av omvårdnadspersonalen gav den 4-5 i betyg (1-5 med 5 som mycket bra). Utbildningen har genomförts för ca 250 st personer. Ytterligare utbildningstillfällen efterfrågas under 2016 och uppföljning av arbetet kommer att göras.

KVALITETSGRANSKNING AV LÄKEMEDELSFÖRRÅD OCH LÄKEMEDELSHANTERING

Under 2015 har extern kvalitetsgranskning av läkemedelsförråd och läkemedelshantering genomförts på Hestragården, Östergården, Lugnet, Ekbacken, Solbacka och Hemsjukvården i Gislaved samt Gruppboendet Lästgränd. Uppföljning har skett av granskningsresultaten tillsammans med berörda sjuksköterskor och justeringar har vidtagits. I övrigt sker hanteringen enligt föreskrifter, länsövergripande riktlinjer och lokala rutiner.

BESLUTSSTÖD

I ett gemensamt arbete mellan kommuner i länet och regionen har ett beslutsstöd införts som ska underlätta bedömningar av vårdnivå för vårdtagare. Beslutsstödet använder SBAR som kommunikationsstruktur. DSK/sjuksköterskor har gått utbildning i hur det ska användas och det används nu i verksamheten. Det har inneburit inköp av fler saturationsmätare för att kunna rapportera efterfrågade parametrar. Införandet kommer att följas upp under 2016 och då kommer också ett rapporteringsstöd att införas för omvårdnadspersonalen.

INTRODUKTIONSPROGRAM

Ett nytt introduktionsprogram för sommarvikarier prövades under 2015 där samtlig sommarpersonal fick genomgång av omvårdnad, lyft- och förflyttningsmetodik, brandutbildning och information om avvikelser, anmälningsplikt, sekretess och dokumentation. Introduktionen genomfördes på gymnasieskolan tillsammans med gymnasielärare för vård och omsorg. Syftet är att kvalitetssäkra att alla sommarvikarier får samma utbildning. Ambitionen är att utveckla introduktion för samtlig personal.

EVIDENSBASERADE METODER

Inom psykiatrin har man arbetat med att införa evidensbaserade metoder som ESL (Ett självständigt liv) och IPS (Individual Placement and Support) som innebär stöd i arbetslivet och ser nytta med dessa metoder.

SOCIAL DOKUMENTATION

Arbetet med dokumentation inom vård och omsorg och funktionshinderomsorgen har fortsatt under 2015 och personalen har fått enskild handledning och utbildning gällande social dokumentation. Satsningen har resulterat i att man ute i verksamheterna har sett en förbättring gällande genomförandeplanerna.

Öppenvården inom barn- och familj har börjat journalföra i verksamhetssystemet procapita. Man upplever att det har gett positiva resultat. Man upplever att det är enklare att följa ärendet och att se att insatserna blir utförda enligt genomförandeplanen. Det är en vinst i att vård- och genomförandeplanen ligger i dokumentationssystemet synligt för behandlaren. De upplever även att det är enklare att hålla en bra nivå på journalanteckningarna när de skrivs in i verksamhetssystemet och att hanteringen blir mer rättsäker. Även öppenvården inom vuxna insatser har börjat skriva i verksamhetssystemet procapita. Det har dock inte gett samma positiva resultat. Under 2016 kommer personalen få mer utbildning i social dokumentation och rutinerna och processerna kommer att ses över.

KVALITETSFABRIKEN

Under hösten 2015 har socialförvaltningens hemsida *Kvalitetsfabriken* kommit igång. Kvalitetsfabriken är en del av Socialförvaltningens ledningssystem. På Kvalitetsfabriken ska bland annat socialförvaltningens rutiner, lathundar och checklistor samlas. Syftet med Kvalitetsfabriken är att socialförvaltningens personal enkelt ska ha tillgång till gällande rutiner m m.

Att bygga upp Kvalitetsfabriken är ett långsiktigt arbete och det förutsätter kontinuerligt underhåll.

UTÖKNING AV RESURSER FÖR ENSAMKOMMANDE BARN

Under 2015 har det skett en stor ökning av antalet asylsökande i Sverige. Till följd av detta har Gislaveds kommun fått en stor ökning gällande antalet anvisade ensamkommande barn. För att kunna hantera situationen rättsäkert togs beslut om att utöka antalet socialsekreterare för ensamkommande barn, från 2 till 5 tjänster. För att säkra kvaliteten på placeringarna har socialförvaltningen öppnat ett nytt boende i Anderstorp och planerar att öppna ytterligare boenden i kommunen. Detta är ett pågående arbete och det är för tidigt att säga vad dessa åtgärder ger för effekt och hur det påverkar kvaliteten i arbetet och insatserna för kommunens ensamkommande barn.

UTVÄRDERING AV ÖPPENVÅRDEN BARN

Samtliga insatser som genomförs av familjebehandlarna utvärderas genom SDQ (strengths and difficulties questionnaire). SDQ är ett instrument för skattning av utagerande och inåtvända problem. Barnen och föräldrarna fyller i SDQ formuläret innan och efter behandlingen. Detta ger en skattning på förändringar gällande barnets mående och beteende.

Samtliga öppenvårdsinsatser för barn och unga följs upp enligt BBIC (barnets behov i centrum). Under 2016 kommer en uppdatering och förändring av BBIC och i den nya versionen kommer uppföljningsformulären att innehålla möjligheter till en standardiserad uppföljning av insatserna. Detta kommer innebära en möjlighet till både intern och extern utvärdering av insatserna. Syftet är att möjliggöra för kommunerna att utvärdera sina öppenvårdsinsatser samt att möjliggöra en nationell jämförelse och uppföljning. Enheten för barn- och familjestöd i Gislaveds kommun kommer använda sig av BBICs uppföljning och en utvärdering kommer göras gällande hur man kan använda resultatet.

UPPFÖLJNING AV HENJAHEMMET OCH SNÄCKAN

För insatserna på Snäckan och Henjahemmet görs uppföljning enligt LOKE (lokal evidens). LOKE är en lokal uppföljning av kommunal öppen- och heldygnsvård som riktar sig till personer med missbruks- eller beroendeproblematik.

UTVÄRDERING AV "SOMMARPROJEKTET"

Sommaren 2015 genomfördes ett sommarprojekt för att få ut ungdomar på aktiviteter och sysselsättning. Upphovet till sommarprojektet var det stora antalet skadegörelser som skedde i kommunen sommaren 2014, en grupp med ungdomar misstänktes för brotten. Anledningen till den ökade skadegörelsen uppgavs vara att ungdomarna inte hade något att göra. Utifrån detta utarbetades ett sommarprojekt som skulle innebära att ungdomar som var i behov av extra stöd och sysselsättning under sommaren skulle få möjlighet till anpassad feriepraktik, sysselsättning och aktiviteter. Projektet utvärderades under hösten vilket ledde fram till ett antal förbättringsområden. Utformningen av sommaraktiviteterna och sysselsättningen kommer att anpassas utefter dessa förbättringsområden under 2016.

ENHETEN FÖR PSYKISK OHÄLSA

Enheten för Psykisk ohälsa har under 2015 flyttat sitt LSS-boende från Anderstorp till Gislaved. Detta har inneburit att man kan erbjuda en högre boendekvalitet och fler lägenheter.

I stödet till arbetskooperativet Gislavedsrallarna har man arbetat med att få entreprenad på Stationshuset i Smålandsstenar.

VUXENENHETEN

Vuxenenheten har upprättat riktlinjer för handläggning och dokumentation för ärenden avseende missbruks- och beroendeproblematik. Dessa riktlinjer har ännu inte antagits av socialnämnden. I och med en organisationsförändring där Vuxenenheten och Barn och familj fick samma chef tillsattes en samordnartjänst för Vuxenenheten.

VUXNA INSATSER

Under 2015 har Henjahemmet gjorts om från ett helgygnsvårdsboende till ett trapphusboende. Syftet är att höja kvaliteten på insatserna bl.a. genom att institutionaliseringen av de boende minskar och man kan på ett bättre sätt stötta klienterna till att bli självständiga. Man har märkt att en effekt har blivit att klienterna får en större inblick i sin problematik och de kan på så vis på ett bättre sätt tillgodogöra sig insatserna och söka den hjälp och det stöd de behöver.

Anhörigstödet har utvecklats och satsningen kommer att fortsätta. Arbetet kommer att fortsätta gällande profileringen av anhörigstödet och erbjudanden om anhörigträffar m.m.

UTBILDNINGSÅTTNINGAR

IFO

På enheten Försörjningsstöd har några i personalen gått utbildning i MI (motiverande intervjuer) och Supported Employment. De flesta i personalen har även deltagit i de KUR-föreläsningar (Ett projekt med syfte att utveckla samverkan gällande psykisk ohälsa. Samarbete och finansiering av Arbetförmedlingen, Försäkringskassan och kommun och landsting) som har varit.

På enheten barn- och familjestöd har samtliga nya socialsekreterare och behandlare gått grundutbildning i BBIC (10 dagar). 1 Familjebehandlare har fått certifikat i FFT. Vissa i personalen har gått utbildning i de nya föreskrifterna gällande dokumentation i socialtjänsten. Socionomen på familjecentralen har gått utbildning i ICDP (International Child Development Program) och kuratorn på ungdomsmottagningen har gått kurser relevanta för henne.

På enheten Ensamkommande barn HVB har personalen fått utbildning i MI, Traumamedveten omsorg (TMO) och utbildning gällande hot och våld.

På AMO har alla samordnare med dokumentationsansvar gått en dokumentationsutbildning. Alla praktiksamordnare har gått/går utbildning i SE/IPS (Individual Placement and Support). All personal har erbjudits möjligheten att gå på KUR-föreläsningarna.

Funktionshinder och stöd

Samtlig personal inom programområdet (dock ej samtliga inom personlig assistans) har erbjudits att gå en Aktiveringspedagogutbildning. Personalen har gått en utbildning i kost av kommunens utvecklingsledare för kost. Personalen inom gruppverksamhet och daglig verksamhet har fått utbildning i Tecken som stöd. Biståndshandläggarna på LSS har gått en högskolekurs på 7,5 hp gällande LSS handläggning.

Legitimerad personal

Under året har personal fått utbildning i följande; diabetesvård, beslutsstöd, smärtbehandling, psykiatrik, Pascal, användning av doppler, BPSD, pallativ vård, sårbehandling, stroke, förskrivning av tandvårdsintyg, förskrivning av anticubitusmadrasser, vårdplaneringsteam/trygghemgång, brand, psykosocial utvecklingsstörning, HLR, och deltagit i samverkansmöte mellan handläggare och HSL personal. Några ssk har varit på studieresa och tagit del av teknik inom äldreomsorgen.

Rehab personal

AMPS (Assessment of motor and processor skills) el Bedömning av motoriska färdigheter och processfärdigheter har implementerats under 2015 och används nu av arbetsterapeuterna i verksamheten.

När det gäller DOA(Dialog om arbetsförmåga) pågår arbete men instrumentet används inte fullt ut

ännu.

Spetskompetensen vässades under 2015 med högskolekurser inom psykiatri, demens och psykiska sjukdomar samt individuellt anpassad demensvård. Några av medarbetarna har även genomgått en tredagars förflyttningsutbildning. Rehab personalen har också genomgått utbildning inom stroke och nationella riktlinjer för strokebehandling.

HANDLEDNING

Inom IFO och Funktionshinder och stöd deltar en stor del av personalen i extern handledning, både process- och ärendehandledning.

SOCIALJOUR

Socialtjänsten i Gislaved har gått med i en gemensam socialjour i GGVV. Detta innebär att man nu har tjänstemanna jour samtliga dagar i veckan, jämfört med tidigare då det var politikerjour på vardagarna.