



**Hässelholms
kommun**

Diarienummer
2017/250 00

Datum
2017-04-08

Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse År 2016

Omsorgsförvaltningen
Hässelholms kommun
Redovisad för omsorgsnämnden 2017-05-02

Upprättats av:
Medicinskt ansvarig sjuksköterska, Lotta Tyrberg

Omsorgsförvaltningen / Stab

Postadress: Stadshuset 281 80 Hässelholm **Besöksadress:** Löjtnant Granlundsväg 14 **Telefon:** 0451-26 70 00
E-post: omsorgsnamnden@hasselholm.se **Bankgiro:** 866-3494 **Org. nr:** 212000-0985 **Webb:** www.hasselholm.se

1. Sammanfattning

Patientsäkerhetslagen 2010:659 ska en patientsäkerhetsberättelse upprättas av medicinskt ansvarigsjuksköterska en gång per år.

Det systematiska förbättringsarbetet har sin grund i att verksamheten ska kunna leverera god kvalitet till den enskilde. Under 2016 har förvaltningen arbetat med olika delar kopplat till det systematiska förbättringsarbetet.

Omsorgsförvaltningen har reviderat ledningsprocessen och huvudprocessen på dess översta nivåer. Vidare har arbetet startat med att kartlägga delprocesser bland annat inom hälso- och sjukvården.

Fortbildningsplan har upprättats.

Rutin för systematisk egenkontroll och verksamhetsuppföljning har implementerats.

Revidering av verksamhetsplan, styrdokument och övriga rutiner har skett fortlöpande under året.

Utöver kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse finns förbättringsförslag, målvärde samt måluppfyllelse redovisade i verksamhetsplan och dokument för måluppfyllelse.

För att möta det ökade vårdbehov till följd av den demografiska utvecklingen finns behov av nya gemensamma vårdformer och samtidigt öka de förebyggande insatserna för riskgrupper.

Rutiner för uppföljning och analys av kvalitets- och verksamhetsfrågor måste uppdateras, förenklas och göras kända. Ledningen måste efterfråga hur arbetet bedrivs genom fasta rubriker i del och helårsbokslut samt genom att samtliga mål och handlingsplaner finns beskrivna i verksamhetsplanen.

Hässleholm den 8 april 2017

Lotta Tyrberg

Medicinskt ansvarig sjuksköterska

Omsorgsförvaltningen/ Stab

Innehåll

1. Sammanfattning	2
Förkortningar.....	4
2. Inledning.....	5
3. Övergripande mål och strategier för hur kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet bedrivs.....	5
4. Organisatoriskt ansvar för kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet.....	6
5. Struktur för uppföljning och utvärdering.....	6
6. Analys av måluppfyllelse och åtgärder från verksamhetsplan.....	7
7. Systematiskt förbättringsarbete.....	12
Risk- och händelseanalys.....	12
Intern kontroll.....	13
Egenkontroll.....	13
Rapporteringskyldighet.....	13
Lex Maria.....	14
Lex Sarah.....	15
8. Övriga kvalitetsarbeten inom hälso- och sjukvården.....	15
9. Intern samverkan.....	16
10. Extern samverkan för god hälso- och sjukvård.....	17
God läkemedelsbehandling för äldre.....	17
Läkemedelsgenomgångar.....	18
Samordnad individuell plan- SVPL.....	18
SVPL IT- Mina planer.....	18
Läkarmedverkan.....	20
Samverkansformer.....	20
11. Mål och strategier för hur kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet ska bedrivs under 2017.....	21

Omsorgsförvaltningen/ Stab

Förkortningar

Abbey pain Scale	Ett skattningsverktyg för smärta hos personer med nedsatta kognitiva funktioner som inte kan uttrycks smärta verbalt
AC	Avdelningschef för administration och utveckling
BPSD	Beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom
CM	Case Management- är en insats som samordnar vården för personer med psykiska funktionsnedsättningar för att de ska kunna leva ett så självständigt liv som möjligt
FC	förvaltningschef
FSS	Funktionsnedsättning stöd och service
IVO	Inspektionen för Vård och Omsorg
LG	Ledningsgrupp
MAS	Medicinskt ansvarig sjuksköterska
MC	Myndighetschef
SIP	Samordnad individuell plan
SoL	Socialtjänstlag
VC	Verksamhetschef
VC resurs	Verksamhetschef för hälso- och sjukvård, kostenhet, förebyggande verksamhet, specialister
VP	Verksamhetsplan
PPM	Punktprevalensmätning

Omsorgsförvaltningen/ Stab

2. Inledning

Syftet med kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsen är att beskriva vad omsorgsförvaltningen har gjort för att identifiera, analysera och så långt som möjligt reducera risker i vården och omsorgen, samt vilka åtgärder som vidtagits för att minska antalet tillbud och negativa händelser. Vidare beskrivs hur arbetet bedrivits för att uppfylla de krav och mål som gäller för verksamheten enligt lagar och andra föreskrifter om hälso- och sjukvård, socialtjänst samt stöd och service till vissa funktionshindrade. Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsen utvecklas efter hand och målet är att integrera skrivelsen med omsorgsförvaltningens övriga styrdokument.

3. Övergripande mål och strategier för hur kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet bedrivs

All verksamhet inom omsorgsnämnden ska ytterst ta sin utgångspunkt i medborgarens behov. Detta gör att allt arbete inom såväl myndighetsfunktion, verkställighet som i de stödjande processerna ska präglas av en gemensam värdegrund.

”Medborgaren i fokus, med respekt för individen och med kvalitet som syns”

Omsorgsnämnden har fastställt en verksamhetsplan för mandatperioden. Verksamhetsplanen revideras årligen. Tillsammans med omvärlds- och verksamhetsanalysen samt övriga planeringsdokument är verksamhetsplanen ett av omsorgsnämndens viktigaste styrdokument. Dokumenten ligger på kommunens [hemsida](#) under omsorgsförvaltningen/ mål och styrdokument.

Uppdrag ges till omsorgsförvaltningen att konkretisera prioriteringar för hur verksamheten, utifrån mål, lagstiftningens krav och intensioner ska bedrivas.

Omsorgsförvaltningen uppdaterar regelbundet strategiska dokument som tillsammans är viktiga underlag vid fastställande av verksamhetsplan samt övrig planering.

- Verksamhetsplan
- Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse för 2015
- Omvärlds- och verksamhetsanalys
- Planeringsdokument – för strategisk boendeplanering inom äldreomsorgen 2015
- Planeringsdokument – för strategisk planering inom Funktionsnedsatta Stöd och Service

Omsorgsförvaltningen/ Stab

Omsorgsnämndens vision ” **Hässleholms kommun erbjuder Sveriges bästa vård och omsorg, utförd av de stoltaste medarbetarna**” ska motivera till att kvalitets- och patientsäkerhetsfrågorna utvecklas till en naturlig del i det dagliga arbetet.

Fortlöpande pågår arbetet med att utveckla kvalitetsledningssystemet och kartläggning av processer. Under året utbildades samtliga legitimerade i kvalitetsledningssystem och processarbete. Hälso- och sjukvårdens viktigaste processer identifierades, arbetsgrupper bildades och processer lämnades ut för kartläggning. Under våren 2017 kommer legitimerade att redovisa processarbetet. Processerna kommer sedan att ritas in i avsett IT-system.

Parallellt pågår ett omtag av omstrukturering för ett mer användarvänligt intranät där handböcker byggs upp och ansvariga personer för handböckerna utses. Samtliga styrande dokument och rutiner ses över och uppdateras vilket är en del av det systematiska förbättringsarbetet.

4. Organisatoriskt ansvar för kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet

Omsorgsnämnden ansvarar för att uppfylla de krav och mål som gäller för verksamheten enligt lagar och andra föreskrifter om hälso- och sjukvård, socialtjänst och stöd och service till vissa funktionshindrade samt efter kommunfullmäktiges övergripande mål.

Utöver de ansvarsområden som olika professioner har enligt gällande lagstiftning framgår i verksamhetsplan vilken person som ansvarar för de olika delarna i kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet enligt uppsatta mål.

Samtliga anställda, oavsett profession, har skyldighet att medverka i kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet inom omsorgsförvaltningen.

5. Struktur för uppföljning och utvärdering

Uppsatta mål, indikatorer och målvärde, metod för uppföljning, frekvens för uppföljning samt person som ansvarar för uppföljning finns beskrivet i verksamhetsplanen.

Varje mål har övergripande handlingsplaner samt indikatorer med målvärde. Målstyrning samt analys av det systematiska förbättringsarbetet medför att planen revideras årligen. Varje verksamhetsområde/enhet ska utifrån fastställda mål ta fram en handlingsplan för att säkerställa en hög grad av målpåfyllelse.

Omsorgsförvaltningen/ Stab

Inför den årliga revideringen analyseras verksamheternas resultat först på enhetsnivå därefter tillsammans med respektive verksamhetschef och slutligen på förvaltningsnivå. Analyserna ligger till grund för revidering av verksamhetsplanen. På så vis byggs kvaliteten upp utifrån verksamheterna.

Inkomna synpunkter och klagomål, avvikelser, resultat från intern- och egenkontroll/verksamhetsuppföljningar samt analys av inrapporterade risker och händelser tas i beaktande vid upprättandet av nya mål och indikatorer.

En risk- och väsentlighetsanalys utförs över de huvudsakliga arbetsmoment som finns under respektive nämnds ansvar. Analysen uppdateras årligen och ligger till grund för vilka moment som tas med i den interna kontrollplanen. En motivering ska finnas med i analysen till varför de olika arbetsmomenten lyfts in alternativt inte lyfts in i den interna kontrollplanen. Fastställd matris för risk- och väsentlighetsanalys används. Internkontroll och därtill hörande granskningsrapport följs upp och redovisas årligen till omsorgsnämnd och kommunstyrelse.

Verksamhetschefer ansvarar för att redovisa måluppfyllelse till berörda enhetschefer som i sin tur ska redovisa måluppfyllelse lokalt ut i verksamheterna.

Uppföljning och återkoppling är fortfarande det område som behöver utvecklas ytterligare på samtliga plan i förvaltningen. Uppföljning av ekonomi och organisation fungerar tillfredsställande. Systematiskt förbättringsarbete och kvalitet har inte en lika naturlig del i verksamheterna. Upplevelsen är att det saknas bra strukturer för hur och när uppföljningarna ska utföras hur de ska analyseras och hur resultaten återkopplas i verksamheterna. Det saknas tydliga rutiner för uppföljning på enhetsnivå. Uppföljningar av kvalitet och patientsäkerhet tenderar att bli en produkt som några få personer driver. Rubriker i del och helårsrapporter gällande kvalitets- och patientsäkerhet gör arbetet mer synligt. Vidare borde samtliga agendor på APT och teamträffar innehålla fastställda punkter för kvalitets- och patientsäkerhetsarbete. För att underlätta arbetet kan med fördel en central person serva verksamheterna med kvantitativa data så att verksamheterna kan fokusera på analys och eventuella åtgärdsplaner. Tydligt års-hjul bör underlätta för när analyser ska vara utförda.

Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsen behöver introduceras med övriga styrdokument för att få en röd tråd i kvalitetsarbetet. Ett sätt är att samtliga punkter som lagstiftaren enligt SOSFS 2011:9, Ledningssystem för systematiskt förbättringsarbete finns med som mål i verksamhetsplan.

6. Analys av måluppfyllelse och åtgärder från verksamhetsplan

En sammanställning av måluppfyllelse finns i bilaga 1.

Omsorgsförvaltningen/ Stab

Alla 81-åringar i ordinärt boende skall erbjudas hembesök av distriktssköterska (Indikator 6)

88 % av 81-åringarna i ordinärt boende tackade under 2016 ja till ett uppsökande hembesök av distriktssköterska, och är i jämförelse med nationella mått, ett mycket bra resultat.

Kontinuitet och kunskap av utförare, men även för det arbetssätt som används anser undertecknad, är en framgångsfaktor. Förebyggande arbete är en av utvecklingsdelarna i det nya hälso- och sjukvårdsavtalet där utveckling av arbetssätt och stöd för personer i riskgrupper finns med. Det är av vikt att förebyggande arbete prioriteras för att kunna möta framtidens äldreomsorg.

Tillsammans med kommunerna i nordost och forskningsplattformen Kristianstad pågår ett projekt att utveckla de förebyggande hembesöken. Information om projektet behöver spridas i förvaltningen.

Delaktighetsmodellen inom funktionsnedsättningsområdet (Indikator 35)

Förvaltningen har implementerat delaktighetsmodellen inom verksamhetsområde FSS (Funktionsnedsättning, stöd och service). Delaktighetsmodellen (DMO) är ett arbetssätt som underlättar en mer jämlik dialog mellan grupper där det råder maktobalans, som mellan grupperna personal och brukare av insatser enligt LSS. Avsikten med DMO är att stärka brukarnas engagemang och inflytande över sin vardagssituation och nära omgivning. Arbetet tillför även personalen en ny dimension i sitt arbete. Under 2016 har 12 slingor genomförts, målet var ≥ 5 .

Önskvärt att resultatet av slingorna återkopplas till ledningsgrupp.

Värna och respektera brukarens individuella behov och önskemål (Indikator 9, 10)

Under flera år har förvaltningen arbetat med att säkerställa att brukaren har en upprättad genomförandeplan inom 3 veckor. Uppföljningen visar att förvaltningen inte når 3 veckors målet. Dessutom finns behov av att kvalitetssäkra innehållet i genomförandeplanen.

Det är inte möjligt att ta fram samtliga beslut från förvaltningens verksamhetssystem Procapita, såsom de kvantitativa kontrollmomenten är utformade. Istället har resultaten från brukarundersökningar och egenkontroller använts i mätmetoden kompletterat av resultat i verksamhetsuppföljningar där dokumentationsgranskningar utförs. Dessa blir inte helt tillförlitliga då urvalet är begränsat. Mål gällande genomförandeplaner har reviderats i verksamhetsplan för 2017.

Behov finns av uppdatering av dokumentationsriktlinjer samt uppgradera verksamhetssystemet Procapita med en mer användarvänlig modul för upprättande av genomförandeplaner.

Omsorgsförvaltningen/ Stab

Fortsatt kvalitetsgranskning i egenkontroll samt uppföljning och analys av resultatet, så att verksamheter med förbättringsbehov tar fram lokala handlingsplaner för arbetet med genomförandeplaner är viktigt.

Vårdplan (Indikator 11)

Av svaren från genomförd egenkontroll framgår att det inom hälso- och sjukvården finns olika uppfattningar om vad som menas med en vårdplan, när en plan skall upprättas, hur den skall upprättas samt för vem den skall upprättas. Synpunkterna bekräftas vid verksamhetsuppföljningar och i diskussioner med legitimerad personal. Rehabiliteringen har utarbetat arbetssätt för dokumentation som är implementerad i verksamheten där planer upprättas enligt gällande rutin.

Arbetsgrupp är tillsatt för genomgång av verksamhetssystem samt för att ta fram tydliggörande rutiner för upprättande av vårdplan. Planerna ska beskriva vilka åtgärder som ska utföras, målet med insatsen/åtgärden, vem som ska utföra insatsen, hur och när insatsen/åtgärden ska utföras/genomföras samt när insatsen ska följas upp av legitimerad personal. Nytt arbetssätt ska vara implementerat till juni 2017.

Förebygga fall, trycksår, undernäring samt bibehålla god munhälsa (Indikator 15 - 20)

Målsättningen är att alla brukare i särskilt boende och brukare med hemsjukvårdsinsatser i ordinärt boende skall erbjudas riskbedömning och åtgärder enligt nationella kvalitetsregistret Senior Alert. Arbetssättet har inte nått någon framgång och vid närmare analys läggs mer fokus på kvalitetsregistret än på att arbeta riskförebyggande. Arbetet ses mer som en extra arbetsuppgift än som ett arbetssätt för att få struktur på och hjälp till att ordinera åtgärder från legitimerade. Teamarbetet är av vikt för att få arbetssättet att fungera.

Nytt arbetssätt med fokus på riskbedömningar och åtgärder där legitimerade har ansvaret för att riskbedömningarna utförs och dokumenteras i patientjournalen ska implementeras. Legitimerade ansvarar även för att upprätta vårdplaner då risk föreligger och har teamet till hjälp för att utföra eventuella ordinerade åtgärder/insatser. Arbetssättet är även en del i arbetet med nytt arbetssätt i samarbete med primärvården i det nya hälso- och sjukvårdsavtalet och är grunden för uppförandet av SIP (samordnade individuella planer).

Minskad nattfasta(Indikator 21)

I sjuksköterskornas arbete ingår att ha nutritionsansvar för patienterna. Mätning av nattfasta behöver integreras och bli en naturlig del tillsammans med övriga bedömningar som berör nutrition. Finns risk för undernäring måste nutritionen för hela dygnet tas i beaktande. Överlag behöver nutritionen belysas och ta en större plats i omvårdnadsarbetet av samtliga professioner. Mätinstrumentet för nattfasta behöver även ses över. Resultatet påvisar att 42,5% av brukarna har en nattfasta som är lägre än 11 timmar. Samtidigt framgår inte de personer som erbjudits näring men tackat nej. De personer som är i livets slutskede och av

Omsorgsförvaltningen/ Stab

naturliga skäl inte kan inta näring registreras inte heller idag vilket påverkar resultatet. Positivt är att nattfastan minskar och att de enheter som haft riktade projekt för att minska nattfastan haft väldigt goda resultat.

Uppmärksamma eventuell smärta genom smärtskattning(Indikator 22)

Smärtskattning har under ett par år varit ett prioriterat mål i verksamhetsplanen. Målsättningen har varit utan framgång och ett krafttag behöver tas för att nå målet.

Långvarig smärta definieras som smärta som varat längre än 3 månader. Sådan smärta är vanligt förekommande. Cirka 25-50 % av äldre (> 65 år) i eget boende anges ha långvarig smärta av en intensitet > 5 på en 10-gradig numerisk skala. Hos äldre i vårdboende bedöms upp till 80 % besväras av smärta. En av de främsta orsakerna till långvarig smärta är artros (nedbrytning av brosk i leder). Förekomsten av artros ökar med stigande ålder liksom andra sjukdomar med stor risk för smärta, såsom diabetes, hjärt-/kärlsjukdomar och cancer. Om man inte själv kan meddela att man har ont, finns risk att behandling ges mot t ex oro eller ångest i stället för smärta. Fakta från [Internetmedicin](#).

Av ovanstående anledning är det en självklarhet att samtliga patienter med kognitiv svikt, oro, smärtbehandling eller vid vård i livets slutskede ska smärtskattas i enlighet med målen i verksamhetsplanen.

Chefer för legitimerad personal behöver upprätta en handlingsplan för att säkerställa att smärtskattning utförs samt att patienter med smärtproblematik får en upprättad vårdplan där smärtskattning med instrument utförs. Smärtskattning behöver implementeras även i rehabenheten och bör förtydligas i verksamhetsplanen för 2018.

Demensvård av hög kvalitet(Indikator 26)

BPSD är förkortning av beteendemässiga och psykiska symptom vid demenssjukdom. BPSD drabbar någon gång ca 90% av alla som lever med en demenssjukdom. Exempel på symptom är aggressivitet, oro, apati, hallucinationer eller sömnstörningar och de orsakar ett stort lidande för såväl patient som närstående. Syftet med registret är att genom tvärprofessionella åtgärder minska förekomsten och allvarlighetsgraden av BPSD och därmed ge ökad livskvalitet.

Arbetet med att registrera personer i BPSD-registret är väl implementerat i verksamheterna. Det som framkommer i verksamhetsuppföljningarna är att arbetet med BPSD inte utförs på teamträffar. Hela teamet är således inte delaktigt i arbetet. I det fortsatta arbetet behöver fokus vara på att teamet tillsammans upprättar bemötandeplaner där legitimerade utbildas och involveras i arbetet med BPSD. Mål i verksamhetsplan behöver uppdateras för 2018.

Omsorgsförvaltningen/ Stab

God vård i livets slut (Indikator 27)

Andelen registreringar i Palliativregistret minskar, men kan förklaras med att andra vårdgivare inte registrerar. Statistiken för Hässleholm visar inte var patienten avlidit. Det som kan behöva analyseras vidare är om fler patienter med bra planer för vården och ställningstagande till vårdnivå kan få sluta sitt liv i sin bostad i stället för på sjukhus.

Enhetschefer behöver säkerställa att implementering av arbetet med registrering i Palliativregistret finns med i introduktion till nyanställda. Statistik från palliativregistret behöver tas fram och ges till verksamheterna för analys och utifrån resultat vid behov upprättas handlingsplaner för att öka kvaliteten på vården i livets slut. Att verksamhetsplan för 2018 revideras med socialstyrelsens kvalitetsindikatorer från registret i stället för antalet registreringar.

Minska risk för smittspridning (Indikator 28)

Enligt Socialstyrelsens föreskrifter om basal hygien i vård och omsorg (SOSFS 2015:10) ska hygienrutiner tillämpas i verksamheter som omfattas av hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)

I verksamhet som omfattas av socialtjänstlagen (2001:453), SoL, hemtjänst i ordinärt boende, eller sådant boende som avses i 5 kap. 5 eller 7 § SoL, (SÄBO) samt i verksamhet som omfattas av lagen (1993:387) LSS vid genomförande av insatsen bostad med särskild service enligt 9 § 8 eller 9 LSS.

Basala hygienrutiner och klädregler är den viktigaste åtgärden för att förebygga och förhindra smittspridning samt för att förebygga vårdrelaterade infektioner. Hygienrutinerna skall därför tillämpas i alla vårdsituationer där det finns risk för överföring av smittämnen, oavsett profession och oberoende av om det finns en känd smitta eller inte.

Följsamhet till hygienkraven är inte längre en hälso- och sjuvårdsangelägenhet utan samtliga verksamhetsområden måste arbeta för att förbättra följsamheten till basala hygienrutiner. Målvärdet är alldeles för lågt ställt.

Viktigt att förvaltningen även i fortsättningen deltar i SKL årliga punktprevalensmätning. Utbildning inom basala hygienrutiner i samtliga verksamheter, hygienronder på SÄBO, dialogmöte med vårdhygien inom FSS samt revidering av målvärde i verksamhetsplan till 2018 till minst 85%.

Individuellt anpassat stöd till personer med psykisk funktions-nedsättning (Indikator 29)

Fortsatt måluppfyllelse gällande antal aktiva resursgrupper som arbetar med Case Managermetoden påvisar att arbets sättet är väl implementerat då 42 resursgrupper är aktiva.

Omsorgsförvaltningen/ Stab

7. Systematiskt förbättringsarbete

Risk- och händelseanalys

Under året gick en grupp medarbetare i förvaltningen utbildning i händelseanalys för att kunna konsulteras vid större utredningar i förvaltningen. Flera av dessa var sedan tidigare utbildade som riskanalysledare.

Verksamhetsutvecklare och MAS har utfört händelseanalyser vid samtliga Lex Sara och Lex Maria utredningar där utredningarna har lett till att vissa av ärendena skickats vidare till IVO. Ärendena har inkommit till förvaltningen via synpunkter och klagomål eller som ärende i avvikelshanteringen inom det systematiska förbättringsarbetet. Riskanalyser utförs inte lika frekvent. Fortfarande finns förbättringsområden gällande hantering av händelser i verksamheterna där teamen ska utreda tillsammans.

Rutiner för systematiskt förbättringsarbete och riskförebyggande arbete behöver implementeras bättre i verksamheterna. Målet att under året ta fram händelseprocess, utifrån denna uppdatera rutin och checklistor samt utbilda nyckelpersoner i processen har avstannat på grund av önskemål om att invänta nytt avvikelssystem.

Återkoppling synpunkter och klagomål (indikator 8)

Medeltal på återkoppling som ges på inkomna synpunkter och klagomål var 11,25 dagar. Gällande rutin inte tillräckligt känd i verksamheterna. Det saknas samsyn då synpunkter och klagomål kan inkomma via webbformulär vilka registreras i diariet. Synpunkter via telefon, mail eller personligt möte registreras av mottagaren i Procapita. Det framkommer vid verksamhetsuppföljningarna att det finns bristande kunskap om hur ett klagomål ska hanteras. Likaså är målet gällande att besvara personen som lämnat synpunkter inom 10 dagar inte känt. Målvärde för 2017 är reviderat i verksamhetsplan. Det finns behov av revidering av rutin samt fortsatt implementering i verksamheterna. Antalen synpunkter och klagomål behöver redovisas ut till verksamheterna med regelbundenhet samt beskrivas i del och helårsrapport i hur arbetet fortskrider.

Verksamhetsuppföljningar (indikator 31)

Målet för året är uppföljt då fler än 12 verksamhetsuppföljningar har utförts av verksamhetsutvecklare och MAS. Uppföljningarna har överlag varit positiva då de utförts i teamen där samtliga professioner varit delaktiga. Uppföljningarna har setts som forum för lärande och utveckling. Fastställd mall har använts som varit synkad med de egenkontroller som skickats ut via webbformulär. Verksamheterna har efter verksamhetsuppföljningarna fått feedback samt förslag på förbättringsåtgärder. Utifrån dessa har verksamheten själva haft som ansvar att upprätta handlingsplaner som ska redovisas till verksamhetschef. Uppföljningarna har redovisats som kännedomsgörande till nämnd samt verksamhetschef. Ledningsgruppen har saknat återkoppling på verksamhetsuppföljningarna och kommer att få detta från 2017.

Omsorgsförvaltningen/ Stab

Intern kontroll

Tvårprofessionell arbetsgrupp har under året arbetat med att utveckla rutiner med tydlig kontrollplan. Sammankallande och huvudansvarig för arbetet tar stort ansvar för att kontrollerna lämnas vid utsatta tider. Störst problem är att få analyser utförda av materialet som lämnas in. Arbetet med risk- och väsentlighetsanalyserna har utvecklats. Förslag att lägga in internkontrollen i samma system som egenkontroll för att sammanföra införandet av data. Att förse verksamheterna med kvantitativ data som sedan gör analyserna som kan ligga till underlag till handlingsplaner och förbättringsarbete.

Egenkontroll

Utgångspunkt för egenkontroll och verksamhetsuppföljning är bland annat de handlingsplaner som respektive verksamhet tagit fram för att nå måluppfyllelse i verksamhetsplanen. Under året utfördes och utvärderades webbaserade enkäter. Förbättringar som behöver införas är att egenkontrollen finns med i års-hjul för att inte belasta verksamheterna med ytterligare enkätsvar. Egenkontrollen behöver även synkas med internkontroll och övrig statistik som begärs in från verksamheterna. För att få bättre resultat behöver svaren delges verksamheterna och deras förbättringsarbete framgå i del och helårsbokslut med fasta rubriker. Finns behov av att uppdatera rutin för loggkontroller för att åter få in dessa i det systematiska uppföljningsarbetet.

Rapporteringskyldighet

Avvikelse registreras i verksamhetssystemet Procapita. Fortfarande anses registreringen vara onödigt svårhanterlig. Då undertecknad följer upp registreringarna är det tydligt att hanteringsförfarandet kan förbättras avsevärt. Ett arbete påbörjades med att förenkla arbetssättet. Detta fullföljdes aldrig då diskussioner om annat avvikelssystem tog fart. Samtidigt pågår verksamheternas arbete och de förenklingar som kan göras behöver komma till stånd snarast i väntan på beslut om eventuellt nytt system.

Ett klart förbättringsområde gällande rapporteringskyldigheten är analys och återkoppling. Varje verksamhet behöver få ut statistik med regelbundenhet för att kunna analysera resultatet och vid behov upprätta handlings- och tidsplaner för att minska risker eller förhindra negativa händelser.

Den blankett som utarbetats (Delaktighet i kvalitets- och förbättringsarbete) för att säkerställa att alla medarbetare har kännedom om och förstår innebörden i sin rapporteringskyldighet gällande avvikelser och enligt Lex Sara följs upp vid egenkontroll. De flesta verksamheter har implementerat blanketten. Det som framkommer vid verksamhetsuppföljningarna är att kunskapen kring rapporteringskyldighet och då framförallt gällande Lex Sara fortfarande är förhållandevis låg. Enligt gällande rutin ska samtliga medarbetare få information om rapporteringskyldighet vid nyanställning samt en gång om året på APT.

Omsorgsförvaltningen/ Stab

Verksamhetsplanen behöver kompletteras med mål och uppföljning gällande rapporteringsskyldighet. Arbetet med analys och uppföljning av rapporteringsskyldighet behöver redovisas i del och helårsbokslut.

Tabell 1. Statistik avvikelsemodul Procapita

Avvikelse	År 2011	År 2012	År 2013	År 2014	År 2015	År 2016
Fallrapporter	2373	2767	2705	2616	2418	2435
Läkemedelshantering	877	1094	1136	1412	1407	1850
Medicinsk tekniska produkter	12	19	24	31	22	29
Speciell omvårdnad	12	17	22	26	19	36
Träning/behandling, rehab	42	7	12	8	22	16
Fel och brist	223	399	313	360	433	761

Lex Maria

Vårdgivaren ska anmäla händelser som har medfört eller kunnat medföra en allvarlig vårdskada. Med allvarlig vårdskada avses vårdskada som är bestående och inte ringa, eller har lett till att patienten fått ett väsentligen ökat vårdbehov eller avlidit. Lex Maria som rapporteras till IVO redovisas till omsorgsnämnd, ledningsgrupp samt till berörda verksamheter.

Utredningar som inte rapporteras vidare till IVO utreds, åtgärdas och återkopplas enligt det systematiska förbättringsarbetet i berörda verksamheter. Målet är att utredningar om vårdskada ska redovisas på intranätet så att samtliga i verksamheterna kan ta del av utredningen i lärande syfte.

Under året skickades en lex Maria utredning till inspektionen för vård och omsorg (IVO). Ärendet gällde suicid där IVO bedömer att vårdgivaren utrett och anmält händelsen i enlighet med gällande föreskrift där internutredning inte har kunnat finna vårdrelaterade orsaker till händelsen.

Tabell 2. Antal Lex Maria anmälningar till IVO.

Anmälningar till IVO	År 2011	År 2012	År 2013	År 2014	År 2015	År 2016
Lex Maria	0	1	2	7	2	1

Omsorgsförvaltningen/ Stab

Lex Sarah

Rutinen för Lex Sarah har under årets setts över. Checklistan för enhetschefens bedömning av händelsens allvarlighetsgrad har förtydligats. Implementering har uteblivit på grund av diskussion kring nytt IT-baserat avvikelssystem.

Under 2015 rapporterades 48 händelser enligt lex Sarah. De mest förekommande anledningarna var hot och våld mellan brukare, försvunna pengar/stöld, samt brister i omsorg, tillsyn eller bemötande. Av de rapporterade händelserna bedömdes 5 vara allvarliga missförhållanden/risk för missförhållanden och anmäldes till IVO. Av dessa skickades samtliga utredningar till IVO inom två månader efter att anmälan gjorts.

Siffrorna för 2016 var 28 inrapporterade händelser varav en bedömdes vara av allvarliga missförhållanden/risk för missförhållanden och anmäldes till Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Anmärkningsvärt är att rapporterna minskat drastiskt sedan föregående år. Däremot har fel och brist-rapportering ökat och en närmare analys behöver utföras för att ta reda på om det är dit inrapportering skett.

Verksamhetsplaner behöver kompletteras med mål och uppföljning gällande rapporteringsskyldighet enligt Lex Sarah.

Tabell 3. Anmälda Lex Sarah anmälningar till IVO.

Anmälan skickade till IVO	År 2011	År 2012	År 2013	År 2014	År 2015	År 2016
Lex Sara	5	10	11	4	5	1

8. Övriga kvalitetsarbeten inom hälso- och sjukvården

Delegering

Under året infördes nya rutiner gällande delegering. Webbutbildning inför läkemedelsdelegering infördes vid såväl ny- som omdelegering. Tanken var att ge kompetenspåfyllnad till personer vid omdelegering vilket tidigare saknats. För att få likvärdig uppföljning vid delegering infördes ett strukturerat arbetssätt, vilket har implementerats.

För att tillmötesgå IVO:s synpunkter förtydligades insatserna i delegeringssystemet för att tydliggöra de delegerade insatserna. Denna förändring gjorde att statistik som tidigare följts i systemet inte längre är jämförbart med tidigare år. För att se om förändringarna haft önskad effekt kommer uppföljning av nya arbetssätt gällande delegeringar att utvärderas under våren 2017.

Omsorgsförvaltningen/ Stab

Beslutsstöd för sjuksköterskor

Beslutsstödet är ett verktyg för sjuksköterskan i den kommunala hälso- och sjukvården, att bedöma när patienten försämras i sitt allmäntillstånd för ställningstagande om vårdnivån i hemmet är optimal eller om patienten är i behov av sjukhusets resurser. Beslutsstödet introducerades i verksamheterna 2013 och är implementerat i verksamheterna. Beslutsstödet kommer att bli en viktig del i det fortsatta arbetet med det nya hälso- och sjukvårdsavtal då ett beslutsstöd troligen kommer att användas av samtliga kommuner i Skåne. Som ett led i arbetet med beslutsstödet har Hässleholm utarbetat en checklista för vårdpersonal. Checklistan ska fungera som ett stöd då en patient förändras i sitt allmäntillstånd innan sjuksköterska kontaktas. Kontinuerliga utbildningar har hållits för personalen vilket kommer att fortsätta under 2017.

Rehabilitering

Rehabenheten är engagerade i en kampanj från Socialstyrelsen ”Balansera mera”. Genom föreläsningar och riktad information på alla träffpunkter i kommunen kunde information om balans, och hur man förebygger fall spridas. Detta kommer under 2017 kompletteras med fallpreventionsprojekt. Undertecknad anser att fallförebyggande arbete är en stor utmaning då fallolyckor tenderar att öka liksom antalet äldre personer. För att komma tillrätta med problematiken behöver fallförebyggande arbete introduceras för att bli en naturlig del av det dagliga arbetet för samtliga professioner inom vård och omsorg.

Under 2017 är målsättningen att kunna erbjuda höftbyxa till personer med benägenhet att falla. Detta sker i samarbete med kommunens säkerhetschef.

Rehabenheten tog under året fram en webbutbildning i vardagsrehabiliterande förhållningssätt med plan att implementeras under 2017. Att arbeta med ett rehabiliterande förhållningssätt i äldreomsorg innebär att se och ta tillvara på de äldres egna resurser och möjligheter. Det är viktigt att man som personal har ett stödjande förhållningssätt för att uppmuntra individen till egen problemlösning och eget handlande så långt det är möjligt.

Rehabenheten har under året anställt en sjukgymnast som utbildar vårdpersonal i ergonomi och lyftteknik. Tanken är att under 2017 introducera lyftkörkort för att minska antalen avvikelser där lyft är involverad.

9. Intern samverkan

Team

Målet var att öka kvaliteten på teamarbetet genom fortsatt implementering av strukturerad arbetsbeskrivning i samtliga verksamheter. Implementeringen har kommit olika långt i teamen. En av utmaningarna är fortfarande att få tider där samtliga professioner kan närvara vid teamträffarna. Hög arbetsbelastning från legitimerade anges som orsak till att inte alltid prioritera teamträffarna. I

Omsorgsförvaltningen/ Stab

verksamhetsuppföljningarna uppmärksammas verksamheter med väl fungerande teamträffar. Andra team fokuserar enbart på Senior Alert. Teamträffarna tappar då sitt syfte. En helhetssyn kring brukarna där riskbedömningar utförs och insatser vid behov samordnas är att sträva efter. Senior Alert är en del av arbetet men kan inte ersätta teamträffar som utförs på korrekt sätt.

Samverkan med anhöriga

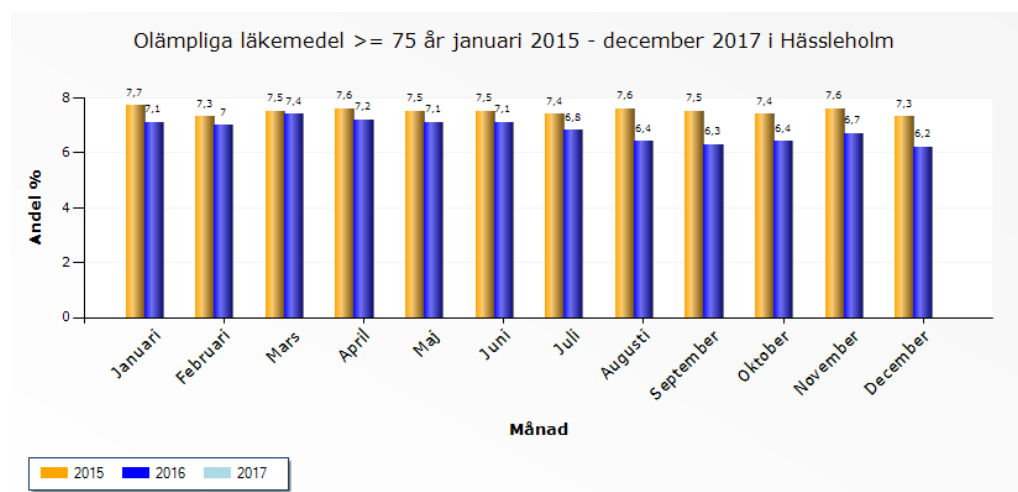
Anhörig är den som stödjer, vårdar, eller har omsorg om någon närstående som inte klarar sig själv. I Hässleholm är ambitionen att lägga anhängstötet i den omedelbara närheten till vården och omsorgen. Inom omsorgsförvaltningen arbetar ca 170 anhängombud vars uppgift är att bjuda in anhöriga till samtal, anhängträffar eller liknande. Under 2016 genomfördes utbildningar för anhängombud. Anhängträffar anordnades under 2016 med syftet att dela erfarenheter och tankar med andra i samma situation. Arbetet förväntas fortsätta under 2017. Verksamhetsplan finns framtagen för målsättningar och prioriteringar inom anhängstötet.

10. Extern samverkan för god hälso- och sjukvård

En viktig del i patientsäkerhetsarbetet är hur verksamheten för hälso- och sjukvården samverkar med andra vårdgivare. Målet är att patienten ska uppleva en obruten vårdprocess oavsett huvudman.

God läkemedelsbehandling för äldre

Receptbelagda läkemedel som förskrivs och hämtas ut på apotek rapporteras fortlöpande till Läkemedelsregistret på Socialstyrelsen. Därmed finns statistik över antal personer 75 år och äldre som erhållit s k olämpliga läkemedel. Exempel på de vanligaste läkemedlen (substanser) som generellt bedöms som olämpliga för personer 75 år eller äldre är Tramadol, Propiomazin, Hydroxicin, Amitryptilin, Diazepam, Tolterodin, Solifenacin, Flunitrazepam och Nitrazepam. Aktuell månad jämförs med samma månad föregående år. Tabellen visar att förskrivningen med dessa läkemedel minskade under året.



Omsorgsförvaltningen/ Stab

Läkemedelsgenomgångar

Samarbetet med primärvården gällande läkemedelsgenomgång pågår. Under 2016 genomfördes enligt dokumentation i verksamhetssystemet 266 läkemedelsgenomgångar. Statistik från primärvården visar att 273 läkemedelsgenomgångar har genomförts på personer som fyllt 65 år. Genomgångarna är fördelade på samtliga sju offentliga vårdcentraler som omsorgsförvaltningen samarbetar med. Av de 273 genomgångarna har merparten utförts till personer i särskilt boende. Endast 31 personer med hemsjukvård i ordinärt boende har fått en läkemedelsgenomgång och här behöver arbetet utvecklas.

Extern granskning av läkemedelshantering

Granskningarna utfördes av extern apotekare med utgångspunkt från förvaltningens rutin för läkemedelshantering samt gällande lagstiftning. Vid utförda granskningarna deltog berörda sjuksköterskor enhetschefer samt vårdpersonal. Såväl SÄBO som ordinärt boende har granskats. Vid avsteg från rutin upprättades handlings- och tidsplaner som sedan redovisades till ansvarig enhetschef som ansvarat för att planerade åtgärder utförs.

Samordnad individuell plan- SVPL

En vårdplan skall upprättas för en patient som efter att ha skrivits ut från slutenvården bedöms vara i behov av insatser från kommunens socialtjänst och/eller hälso- och sjukvård och/eller regionens primärvård, öppna psykiatrisk vård eller annan öppenvård. Syftet med regelverket är att fördela ansvaret/insatserna av patientens vårdbehov mellan enheterna samt att reglera betalningsansvaret mellan kommunen och region. Rutin för detta finns.

SVPL IT- Mina planer

Multisjuka äldre med komplexa sjukdomar och stora omvårdnadsinsatser har idag kortare vårdtider och mer av den specialiserade vården sköts utanför slutenvårdens inrättningar. Detta ställer höga krav på planeringen och samordningen av vården. Ett webbaserat system för samordnad vårdplanering – SVPL-IT ”mina planer” har införts mellan primärvården, sjukhusen och kommunerna i Skåne. Systemet är tänkt att förbättra informationsöverföringen mellan vårdgivarna och därmed stärka patientsäkerheten.

Dokumentationen i mina planer behöver förbättras. Fler avvikelser mellan huvudmännen hade kunnat undvikas om IT-verktyget hade använts optimalt. Det som brister är kunskapen om regelverk och svårigheten att hålla personal uppdaterad då omsättningen på nyanställda är stor oavsett huvudman. I Hässleholm diskuteras gemensam utbildningssatsning för legitimerade oavsett huvudman för att komma tillrätta med bristerna.

Informationsöverföring

Som ett led i kvalitetssäkringen skickas rapporter då det av någon anledning brustit i rutinerna vid informationsöverföringen mellan vårdgivare.

Omsorgsförvaltningen/ Stab

Vid genomgång av negativa händelser mellan vårdgivare framkommer även detta år brister i informationsöverföringen, vårdplaner som inte följts samt felaktiga ordinationsunderlag. Svarsfrekvens för skickade vårdgivare är fortfarande låg förutom ett par verksamheter som svarar omgående med tydliga åtgärdsförslag för att förhindra upprepning. Patienter har skickats från slutenvård utan vårdplanering och utan att kommunen blivit informerad. Vanligt är även att handlingar som enligt överenskommelse ska skickas med hem efter sjukhusvistelse är felaktiga eller inte medföljer enligt gällande överenskommelse. Även brister i att använda SVPL-IT enligt gällande överenskommelse kan ses.

Inkomna avvikelser från slutenvården till kommunen påvisar brister i informationsöverföring genom att ”akutlapp” inte medföljt patienten till sjukhuset enligt gällande riktlinje eller att det material som enligt överenskommelse ska skickas med patienten in till slutenvården inte medföljer. Vanligast är att inte aktuella läkemedel skickas med patienten.

Avvikelse mellan ambulans och kommun påvisar brister i bemötande såväl från kommun som från ambulans samt oenighet kring vem som ska id-märka patienten. Avvikelse från ambulans till kommunen är synpunkt på att sjuksköterska inte varit på plats och bedömt patienten.

Som ett led i samverkan har kommunerna Osby, Perstorp och Hässleholm tillsammans med slutenvård, primärvård och ASIH i Hässleholm påbörjat ett arbete med att tillsammans analysera avvikelser och risker i vårdens övergångar. (RIVÖ) I gruppen medverkar representanter som arbetar patientnära och där delar av gruppen har utbildats i risk- och händelseanalys. Efter analys upprättas förslag till förbättringar som deltagarna tar med tillbaka till den verksamhet som representeras. Gruppen är ett försök för att få fler avvikelser hanterade och för att få verksamheterna att arbeta systematiskt och inte utreda på individnivå som till stor del görs idag. Svarsfrekvensen från skickade avvikelser är fortfarande låg.

Tabell 4. Redovisning av antalet händelser som skickats mellan vårdgivare

Händelser	År 2012	År 2013	År 2014	År 2015	År 2016
Centralsjukhuset Kristianstad	6	18	7	17	25
Psykiatri, Kristianstad	1	1	0	4	5
Sjukhuset Hässleholm	14	53	46	53	37
Psykiatri, Hässleholm	1	3	0	4	0
Hälsovalsenheter, Hässleholm	3	10	4	26	26
Avancerad sjukvård i hemmet(ASIH)	1	2	0	2	2
Ambulans	0	6	3	3	1
Ystad lasarett/ Lunds lasarett	0	1	0	0	1
Skånes universitetssjukhus Malmö	0	0	1	0	0
Assistansbolag	0	0	0	0	1
Falck hembesöksbilar	-	-	2	3	1
Hässleholms kommun	9	9	17	11	9
Totalt	35	104	80	123	130

Omsorgsförvaltningen/ Stab

Läkarmedverkan

Lokalt avtal om läkarmedverkan med vårdcentralerna i Hässleholms kommun finns upprättade.

Under 2016 har regelbundna träffar med verksamhetschefer för vårdcentralerna utförts. Vissa vårdcentraler har även möte lokalt med de sjuksköterskor som på särskilt boende och hemsjukvård har samarbete med enheten. Enhetschefer för sjuksköterskor deltar vid dessa möten. Gemensam rutin för SIP är framtagen för samtliga vårdcentraler. Specifika överenskommelser med respektive vårdcentral har inte upprättats varav målet kvarstår.

Fortfarande upplever verksamheterna att det är svårt med planerade hembesök. Likaså är det problem med vårdcentralernas samordningsansvar och sjuksköterskorna lägger mycket tid på att få tag i rätt ordinator osv.

Arbetsätt då läkare besöker särskilt boende upplevs av många sjuksköterskor som tidskrävande. Beslut tas vid så kallade sittronder då patienten inte medverkar. För att leva upp till lagstiftningen i patientlagen, som eftersträvar att patientens ställning ska stärkas för ett större inflytande, behöver arbetssättet ses över. I och med det nya hälso- och sjukvårdsavtalet kommer arbetssättet få ny fart och arbetet återupptas under 2017.

I [avtal](#) regleras Regionens ansvar för Läkarmedverkan för råd, stöd och utbildning till personal i den kommunala hälso- och sjukvården i hälso- och sjukvårdsfrågor.

Målet att revidera avtalen för råd stöd och fortbildning har inte utförts i avvaktan på diskussioner i regionala arbetsgrupper i och med det nya hälso- och sjukvårdsavtalet.

Samverkansformer

De överenskommelser som finns mellan kommunerna i Skåne och Region Skåne finns presenterade på [kommunförbundets hemsida](#).

Psykiatri:

- Ramöverenskommelse 2013, Samverkan Region Skåne och Skånes kommuner gällande personer med psykisk funktionsnedsättning samt barn och ungdom som har eller riskerar att utveckla psykisk ohälsa
- Samordnad vårdplan, psykiatri, särskilda villkor
- Samordnad vårdplanering för patient som vårdas inom psykiatrisk slutenvård
- Samordnad vårdplan för patient vårdad inom psykiatrisk slutenvård

Vård och omsorg:

- Egenvård samverkan (2010-12-17)

Omsorgsförvaltningen/ Stab

- Gränssnitt för samverkan – Rapport från arbetsgruppen för köp eller byte av tjänst
- Gränssnitt för samverkan – tillämpning av tröskelprincipen via köp och byte av tjänster
- Kostnadsansvar avseende förbruknings- och sjukvårdsartiklar
- Mall till lokalt avtal om läkarmedverkan i den kommunala hälsa- och sjukvården
- Nytt hälso-och sjukvårdsavtal
- Ramavtal om läkarmedverkan i den kommunala hälso- och sjukvården
- Riktlinjer för uppsökande tandvård i Region Skåne
- Rutiner SVPL 2011
- Tillämpningsanvisningar i Skåne för Socialstyrelsens föreskrift kring habilitering och rehabilitering
- Överenskommelse om habilitering i Skåne
- Överenskommelse om palliativ vård i Skåne

Övriga samverkans forum:

Gemensamma träffar för MAS i nordöstra Skåne, Hässleholm, Kristianstad, Bromölla, Östra Göinge, Osby och Perstorp sker regelbundet.

Regelbundna möten med verksamhetscheferna för Vårdcentralerna i Hässleholm.

Hässleholms kommun deltar aktivt i Forskningsplattformen, Högskolan Kristianstad.

HÖS

Samarbetsavtal mellan socialnämnden och omsorgsnämnden

Samarbetsavtal mellan socialnämnden, omsorgsnämnden och barn- och utbildningsnämnden.

I och med nytt hälso- och sjukvårdsavtal kommer mötesformer och avtal att ses över under 2017.

11. Mål och strategier för hur kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet ska bedrivas under 2017

En stor utmaning under 2017 kommer vara det nya hälso- och sjukvårdsavtalet. För att möta det ökade vårdbehov till följd av den demografiska utvecklingen finns behov av nya gemensamma vårdformer och samtidigt öka de förebyggande insatserna för riskgrupper. Nya arbetssätt kommer att krävas för att i framtiden ta

Omsorgsförvaltningen/ Stab

hand om den ökande delen äldre. Ny teambaserad vårdform ska utvecklas vilket kräver en samordnad individuell plan (SIP) för inskrivning. Arbets sättet kräver förändrade arbets sätt speciellt för legitimerade där ett större fokus behöver läggas på förebyggande arbete och tydliga planer. Arbetet är påbörjat. Utmaningen för året består bland annat i att rekrytera samtliga professioner men även för att kunna utbilda den personal som behövs för att möta framtidens behov då allt fler svårt sjuka kommer välja att få vården i hemmet.

För att omsorgsförvaltningen ska nå sina mål krävs att medarbetaren har rätt kompetens för sina arbetsuppgifter. Rätt kompetens är en strategisk fråga och en långsiktig investering. En arbetsgrupp har tagit fram en fortbildningsplan som är fastställd av ledningsgruppen. Syftet med fortbildningsplanen är att säkerställa att förvaltningen kan erbjuda de utbildningar som medarbetarna behöver för att säkerställa en god kvalitet i verksamheterna. Fortbildningsplanen är även en del av Ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9). Fortbildningsplanen kommer att följas upp och revideras kontinuerligt.

Under året kommer fortsatt arbete med att försöka ta fram nyckeltal avseende bemanning vars syfte är att hitta en resursfördelning som medför att alla Hässleholms invånare får samma förutsättningar till rehabilitering och hälso- och sjukvård. De redskap som finns av statistik i verksamhetssystemet behöver ses över under året för att komma igång med en resursfördelningsmodell.

Samtliga mål som omsorgsförvaltningen arbetar mot måste finnas beskrivna i verksamhetsplanen. Detta för att en röd tråd ska finnas i uppföljning, analys och vidtagna åtgärder. Samtidigt måste strävan vara verksamhetsstöd som är användarvänliga där det enkelt går att följa upp och få ut statistik.

Rutiner för uppföljning och analys av kvalitets- och verksamhetsfrågor måste uppdateras, förenklas och göras kända. Ledningen måste efterfråga hur arbetet bedrivs genom fasta rubriker i del och helårsbokslut samt genom att samtliga mål och handlingsplaner finns beskrivna i verksamhetsplanen.

Omsorgsförvaltningen/ Stab