



**Hässelholms  
kommun**

TJÄNSTESKRIVELSE

1(23)

Datum  
2014-02-28

Diarienummer  
2014/101 012

*Handläggare  
Kvalitetscontroller Maria Boberg  
Omsorgsförvaltningen  
0451-26 74 49  
maria.boberg@hasselholm.se*

## Kvalitetsberättelse 2013

### Omsorgsförvaltningen

#### Omsorgsförvaltningen

---

**Postadress:** Löjtnant Granlundsväg 14, 281 52 Hässelholm **Besöksadress:** Löjtnant Granlunds väg 14 **Telefon:** 0451-26 70 00  
**Telefax:** 0451-814 06  
**E-post:** [kommunen@hasselholm.se](mailto:kommunen@hasselholm.se) **Bankgiro:** 866-3494 **Org. nr:** 212000-0985 **Webb:** [www.hasselholm.se](http://www.hasselholm.se)

## Innehåll

1	Sammanfattning .....	4
2	Inledning .....	6
3	Ansvar och uppdrag .....	6
4	Mål och måluppfyllelse för 2013 .....	7
5	Behov och beslut- myndighetutövning .....	8
6	Avvikelse under året 2013 .....	9
6.1	Synpunkter och klagomål .....	10
6.2	Fel och brister under 2013 .....	10
6.3	Avgränsningen fel och brist mot lex Sarah .....	13
6.4	Rapporter om missförhållanden enligt lex Sarah .....	13
6.5	Kommentar till avvikelser för 2013 .....	14
7	Granskning, kontroll och mätning .....	14
7.1	Externa granskningar .....	14
7.1.1	Granskning av LSS verksamheten .....	14
7.1.2	Granskning av demensvården .....	14
7.2	Intern granskning och mätning .....	14
7.2.1	Internkontroll .....	14
7.2.2	Mätning av nattfastan .....	15
8	Åtgärder under 2013 .....	15
8.1	Äldreomsorg- ordinärt boende .....	15
8.2	Äldreomsorg- särskilt boende .....	16
8.3	Funktionsnedsättning, stöd och service (FSS) .....	16
8.4	Dokumentation .....	17
8.5	Kostpolicy .....	17
9	Undersökningar och uppföljningar .....	18

9.1	Nationella undersökningar.....	18
9.2	Interna undersökningar och uppföljningar.....	18
10	Systematiskt förbättringsarbete.....	19
10.1	Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete .....	19
10.2	Nationella kvalitetsregister.....	19
11	Mål för 2014 .....	19
12	Utvecklingsområden för 2014.....	20
12.1	Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete .....	20
12.2	Äldreomsorg- ordinärt boende.....	20
12.3	Äldreomsorg- särskilt boende .....	21
12.4	Myndighetsutövning .....	21
12.5	Intern uppföljning.....	21
12.5.1	Plan för verksamhetstillsyn.....	22
12.5.2	Plan för internkontroll 2014.....	22
12.6	Dokumentation .....	23
12.7	Utveckling av kvalitetsberättelsen nästa år .....	23
13	Avslutande kommentarer .....	23

## 1 Sammanfattning

Varje år ska en sammanhållen kvalitetsberättelse upprättas enligt föreskriften SOSFS 2011:9 och redovisas till Omsorgsnämnden i mars månad. Parallellt med kvalitetsberättelsen redovisas även patientsäkerhetsberättelse för 2013. Syftet med en kvalitetsberättelse är att redovisa resultat och aktuell information kring vårt kvalitetsarbete.

Redovisning av avvikelser enligt Socialtjänstlagen (SoL) och Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) gäller för perioden 2013-01-01 till 2013-12-31. Under perioden har 55 synpunkter och klagomål inkommit. Fel och brister är interna avvikelser och ska hanteras av enhetschef på respektive enhet. Exempel på fel och brist kan vara utebliven insats till exempel på grund av otillräckliga resurser, brister i dokumentation, dåligt bemötande etc. Under perioden har 304 fel och brister registrerats i dokumentationssystemet. Under perioden har 22 rapporter om missförhållanden enligt lex Sarah inkommit till förvaltningen. Sju rapporter om missförhållande är anmälda till Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Nio rapporter om missförhållanden är hanterade som fel och brister i verksamheten. I sex inkomna rapporter om missförhållanden pågår utredning/åtgärdsplanering med till exempel översyn av bemanning/personalens kompetens eller uppdatering av rutiner.

Åtgärder under 2013 har bland annat varit att organisationen för nattpersonalen inom hemtjänsten förändrades 2013-03-01. Organisationsförändringen innebar att personalen delades i fem geografiska områden som nu utgår från en ort i det geografiska området. Det har under 2013 funnits fyra permanenta patruller och en extra patrull då vårdtyngden varit hög. Ett syfte med förändringen var att brukarna möter färre antal personal under natten och att personalen är stationerad närmare brukarna.

Omsorgsnämnden fattade under 2013 beslut om att avveckla trygghetspensionatet på Ehrenborg på grund av låg beläggning, att omvandla en avdelning på Kaptensgården till demensavdelning, att korttidsboendet Lyckåsa även ska kunna ta emot personer utan demenssjukdom och att avveckla en avdelning på Högalid för att bereda plats för boende inom verksamhetsområdet funktionsnedsättning, stöd och service (FSS).

I Socialstyrelsens rapport "Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?" fick vi ta del av de äldres uppfattning av äldreomsorgen. Underlaget bygger på den nationella enkätundersökning som i maj 2013 gick ut till alla personer över 65 år med hemtjänst i ordinärt boende eller boende på särskilt boende. Vad gäller särskilt boende har vi ett sämre resultat på flertalet frågor jämfört med riket, vilket tros

vara kopplat till personalbemanning. I det stora hela är man ändå i genomsnitt mer nöjd än i övriga landet.

När det gäller verksamhetsområdet funktionsnedsättning, stöd och service under året 2013 har personal på bostäder med särskild service (9:9 § LSS) genomgått internutbildning i Case Management. Metodiken hjälper personalen att uppmärksamma brukarnas egna resurser och förmågor. På så vis underlättas brukarnas möjligheter att påverka och styra sina liv. Dessutom har det genomförts en inventering av målgruppen psykiskt funktionsnedsatta för att få en bild av målgruppens behov för att i sin tur kunna matcha behoven med bland annat personalens kompetens, boendeformer och sysselsättning. Omsorgsnämnden har startat ett nytt boende för unga vuxna med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar.

Personalens kompetens är avgörande för att kunna förbättra kvaliteten och därför har vi under 2013 arbetat med att ge personalen möjligheter till utveckling i olika former med olika utbildningar och delaktighet ibland annat värdegrundsarbetet. Ett exempel på detta är våra värdegrundsledare som finns runt om i verksamheterna och att personal har genomgått utbildning i dokumentation. För att kunna kvalitetssäkra dokumentationen ytterligare har biståndshandläggare dessutom genomgått utbildning i Äldres behov i centrum (ÄBIC). Detta arbete har påbörjats med fokus på att utgå från brukarens behov och att använda den internationella dokumentationsstrukturen ICF.

Måltiden har en stor social betydelse för brukare och är ofta höjdpunkten under dagen. Med stigande ålder, funktionsnedsättning eller vid sjukdom kan kroppens förmåga att tillgodogöra sig energi och näring minska. Kostpolicyn antogs av omsorgsnämnden i juni 2013 och syftar till att kvalitetssäkra mat och måltider och fungera som ett stöd i verksamhetsstyrning och uppföljning när det gäller mat och måltider.

Under 2013 har arbetet påbörjats med ett ledningssystem för omsorgsförvaltningens samtliga verksamheter. Ledningssystemet ska användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet samt för att planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten. Kvalitetscontroller, verksamhetsutvecklaren och MAS har under 2013 arbetat med att upprätta ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Omsorgsnämnden godkände ledningssystemet 2014-02-25.

## 2 Inledning

Socialstyrelsen uppmanar verksamheten till att varje år upprätta en sammanhållen kvalitetsberättelse med en beskrivning av hur kvalitetsarbetet har bedrivits under året, vilka åtgärder som vidtagits och vilka resultat som uppnåtts.

Föreskriften SOSFS 2011:9 trädde i kraft den 1 januari 2012. Enligt denna föreskrift ska arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet ska dokumenteras. Varje år ska en sammanhållen kvalitetsberättelse upprättas och redovisas till Omsorgsnämnden i mars månad. Parallellt med kvalitetsberättelsen redovisas även en patientsäkerhetsberättelse.

Syftet med en kvalitetsberättelse är att vi så långt det är möjligt, ska kunna redovisa aktuell information kring vårt kvalitetsarbete och vårt resultat för våra kommuninvånare, politiker och för vår personal.

Detta är en första kvalitetsberättelse med en redovisning av hur omsorgsförvaltningen har arbetat med kvalitetsfrågor och levt upp till de krav och mål som ställs på verksamheten. I berättelsen ges exempel på förvaltningens kvalitetsarbete och vad det har resulterat i. Kvalitetsberättelsen kommer att finnas på Omsorgsförvaltningens intranät vilket möjliggör att kunna hänvisa till andra dokument till exempel granskningar och undersökningar av olika slag.

## 3 Ansvar och uppdrag

Omsorgsnämnden fullgör kommunens uppgifter inom socialtjänsten avseende äldreomsorg, funktionsnedsatta och socialpsykiatri enligt vad som sägs i lag inom dessa områden.

Omsorgsnämnden har därmed ansvar för verksamheten enligt följande lagstiftning:

- o Socialtjänstlagen, SoL (2001:453)
- o Lagen om Stöd och Service till vissa funktionshindrade, LSS (1993:387)
- o Hälso- och sjukvårdslagen, HSL (1982:763)

Omsorgsförvaltningen har i uppgift att ge omsorg, vård, stöd och service till barn, äldre och funktionsnedsatta. Uppdraget kommer från Omsorgsnämnden som sätter mål för verksamheten och följer, genom förvaltningen, hur verksamheten bedrivs och vilka resultat som uppnås. Därmed finns också ett ansvar för kommunen att ha ett ledningssystem och att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet.

All verksamhet vilar på värdegrunden och de etiska riktlinjerna som antogs av nämnden 2010. Som komplement till värdegrunden finns olika värdighetsgarantier med inriktning på de olika verksamhetsområdena. De beskriver vad medborgarna kan förvänta sig av kommunens vård och omsorg. De syftar även till att öka tryggheten och delaktigheten för den enskilde.

*”Vi arbetar alla med omsorg inom Hässleholms kommun. Vår värdegrund bygger på att skapa trygghet och, delaktighet genom att visa respekt och omtanke.*

*I vårt arbete strävar vi efter:*

- att alla ska ingå i en positiv och levande gemenskap som ger trygghet och glädje i vardagen
- att skapa delaktighet genom att ge möjlighet till inflytande och påverkan
- att möta varje människa med respekt genom att bekräfta människors olika val av vardag, lyssna och ha en positiv dialog
- att visa omtanke genom att se individen och ta vara på olikheter ”.

Hässleholms kommun införde 2010-09-01 ”Fritt val inom hemtjänsten” enligt lagen om valfrihetssystem (LOV). Syftet med fritt val inom hemtjänsten är att genom kvalitetsbaserad konkurrens ge den enskilde brukaren större inflytande genom att själv kunna välja vem som ska utföra ovanstående tjänster. Enskilda som är beviljade eller kommer att beviljas hemtjänst, kan välja att få insatserna städning, tvätt/klädvård och inköp utförda av kommunen eller av en av de leverantörer som kommunen godkänt och tecknat avtal med. Vad gäller leverantör av serviceinsatser så är det bara då som den enskilde har möjlighet att välja. Kommunen kommer även i fortsättningen att utföra omvårdnadsinsatserna. Totalt har 101 personer valt externa utförare av hemtjänstinsatser. Följande leverantörer av hemtjänst finns i Hässleholms kommun just nu: AB Allt rent i Hässleholm, Blomera Extenso, CasterMaster, HS Service och Support AB, Hässleholms kommunala omsorgsservice, Lottas Hemservice, Pro Assistans och Zenit Dialog AB.

## 4 Mål och måluppfyllelse för 2013

Omsorgsnämnden har formulerat ett antal övergripande mål som förvaltningen har att förhålla sig till. De olika verksamheterna bryter ner de övergripande målen så att de anpassas till den egna verksamheten samt kompletterar med egna delmål.

Målen för 2013 och i vilken utsträckning dessa har uppfyllts går att läsa i följande länk.

## 5 Behov och beslut- myndighetutövning

Den enskildes behov är utgångspunkt för de insatser som erbjuds. Behovet prövas av biståndshandläggare utifrån aktuell lagstiftning och med hänsyn tagen till den enskildes livssituation liksom hans/hennes resurser och önskemål.

På handläggarkontoret arbetar 12 handläggare med ärende utifrån Socialtjänstlagen (SoL), fem handläggare med ärenden utifrån Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) och socialpsykiatri samt en boendesamordnare. Totalt består handläggarkontoret av 21 medarbetare inklusive myndighetschefen. Myndighetschefen ansvarar även för Omsorgsförvaltningens köpta verksamhet så som boendeplatser och daglig verksamhet.

År 2013 inleddes med planering för införandet av Äldres Behov i centrum (ÄBIC) samt ICF (Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa). Utbildning av processledare skedde under våren. Arbetet med att införa ÄBIC/ICF har påbörjats med en grundläggande dokumentationsutbildning för samtliga handläggare. En handläggare och Omsorgsförvaltningens verksamhetsutvecklare är utbildade processledare i steg 1 och steg 2. Myndighetschefen, ytterligare en handläggare samt en enhetschef har gått steg 1 i utbildningen i ÄBIC.

Under våren gjordes även en första test av hemtjänstbeslut på särskilt boende då en specifik handläggare vårdplanerade samtliga boende på det särskilda boendet Högalid och beviljade hemtjänstinsatser. Under denna period kom även beslutet från Socialstyrelsen att skjuta upp införande av hemtjänstbeslut i särskilt boende. Detta beslut innebar inte att myndighetsfunktionen avslutade utvecklingsarbetet, men att planeringen kunde fortsätta i ett lugnare tempo.

Under hösten har handläggarkontoret deltagit i en omarbetning av riktlinjerna enligt SoL - hemtjänstinsatser. Samtliga handläggare har varit delaktiga genom att arbetet med riktlinjerna har varit en återkommande punkt med diskussioner på samtliga arbetsplatsträffar.

Handläggarna har omorganiserat sig och med start 2014 kommer man att arbeta i fyra grupper med tre handläggare i varje. Varje grupp är riktade mot specifika hemtjänstområden med tillhörande särskilda boende. Förändringen förväntas bidra till att få mer kontinuitet i arbetet. Denna omorganisation har vi kunnat genomföra då vi inför 2014 fått utökad budget med två handläggartjänster. Ett tillskott som är mycket betydelsefullt i arbetet med att minska antalet ärende per handläggare och få en mer rimlig arbetsbörda.



Nämnden beslutade under våren att inte längre bevilja 8 timmar service. Insatserna beviljas numera i detaljbeslut på städ, tvätt och inköp. Nämnden beslutade även att samtliga av handläggarnas beslut skulle vara tidsbegränsade.

Riktlinjer för särskilt boende togs av nämnden under året. Dessa innebär bland annat att om den enskilde tackar nej till erbjuden plats, stryks den enskilde ur kön.

Inom området funktionsnedsättning stöd och service (FSS) har kön till gruppboendestäder och serviceboende enligt Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) byggts på under året. Många av de nytillkomna ansökningarna har en tydlig önskan om att få bo tillsammans med jämnåriga framför önskemålet om att bo på någon specifik ort eller liknande. Genom öppnandet av LSS-boendet på Hantverksgatan i Vinslöv har vi kunnat minska antalet ansökningar gällande unga vuxna med neuropsykiatriska diagnoser.

Handläggaren inom socialpsykiatri upplever att allt yngre personer mår sämre psykiskt. Vi har tydligt under året sett en ökning av antalet mycket svårt psykiskt funktionsnedsatta som skrivs ut från sjukhuset. Det kan vara dels personer som kan ha självskadebeteende och dels personer som kan utgöra en fara för andra. Denna form av boende finns inte i kommunen idag och behovet får då tillgodoses genom att köpa en plats på privat boende, ofta till mycket höga kostnader på grund av vårdbehovet.

Samtliga boendebeslut på Österåsgatan 71 och 1:a Avenyn har omprövats och brukarna har fått beviljad bostad med särskild service enligt LSS § 9:9.

Team 3, det vill säga samarbetsteamet mellan Omsorgsförvaltningen, Socialförvaltningen och Barn & Utbildningsförvaltningen, har under 2013 startas upp med samtliga förvaltningar medverkande och under hösten började teamet arbeta med sina första ärenden.

## **6 Avvikelser under året 2013**

Enligt lagstiftningen ska avvikelser som sker i verksamheten rapporteras. Förvaltningens verksamheter sammanställer och analyserar årligen alla avvikelser för att kunna se mönster och trender som indikerar brister i kvaliteten.

Nedanstående redovisning gäller för perioden 2013-01-01 till 2013-12-31.

## 6.1 Synpunkter och klagomål

Synpunkter och klagomål inkommer till förvaltningen via brukare och anhöriga som lämnar åsikter via brev, telefon eller via Omsorgsförvaltningens blankett avsedd för ändamålet. Efter registrering i avvikelsemodul och diarieföring överlämnas ärendet till kvalitetscontroller som bedömer ärendet och skickar därefter vidare ärendet till berörd enhetschef/verksamhetschef för utredning och att de besvarar synpunkten/klagomålet. Berörda personer kontaktas och involveras efter behov och ofta görs en handlingsplan för att förhindra upprepning av avvikelser. Skriftliga svar ges till samtliga inkomna klagomål om inget annat är överenskommet.

Under perioden har 55 synpunkter och klagomål inkommit, se bilaga 1.

## 6.2 Fel och brister under 2013

Fel och brister är interna avvikelser och ska hanteras av enhetschef på respektive enhet. Fel och brister ska ses som ett sätt att utveckla verksamheten och som ett ständigt lärande. Med fel och brist inom omsorgsförvaltningen menas en inte önskvärd händelse i verksamheten. Exempel på fel och brist kan vara att personalen har glömt att utföra insats till exempel på grund av otillräckliga resurser, brister i dokumentation och information, dåligt bemötande etc.

Under året har personalen registrerat fel och brister i dokumentationssystemet. Dessa resultat har sedan sammanställts i dokumentationssystemet, bearbetats i excel och redovisas nedan i olika typer av diagram.

Under perioden har 304 fel och brister registrerats i dokumentationssystemet. Det är viktigt att notera att *en fel och brist kan registreras på flera kategorier* till exempel: bemötande, dokumentation, utebliven insats, handläggningstid etc. beroende på vad den registrerade fel och bristen handlar om.

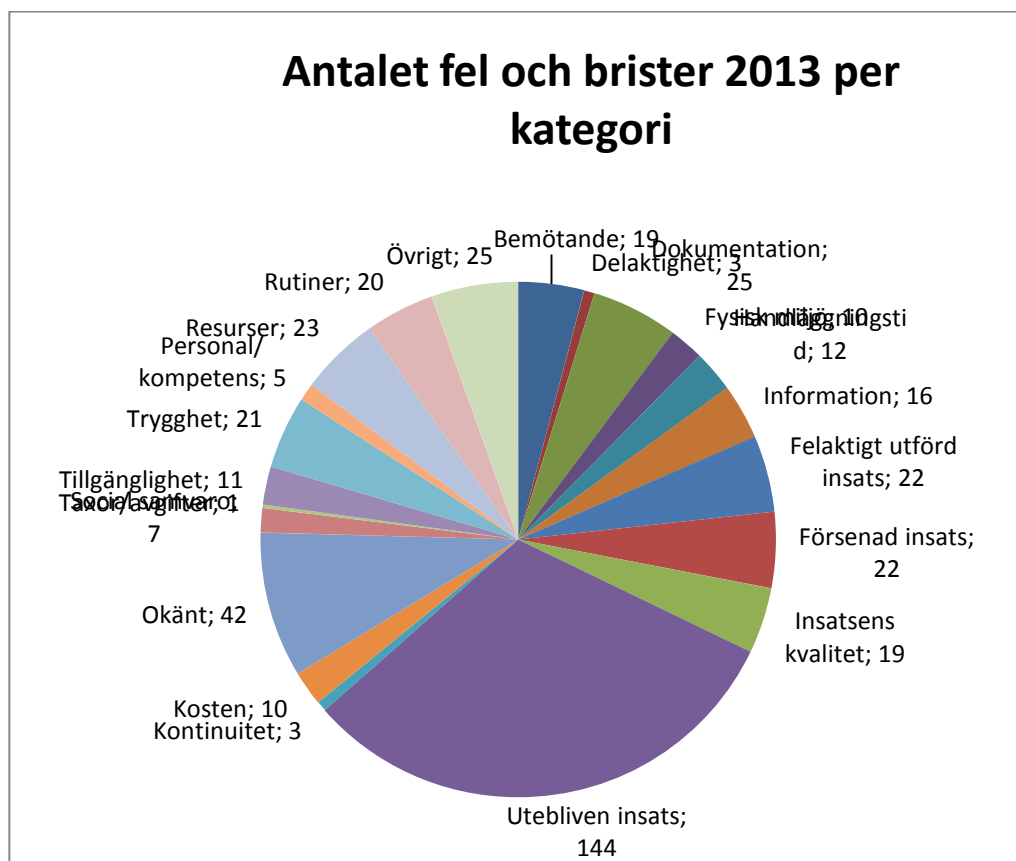


Diagram 1: Det som utmärker sig i ovanstående diagram är kategorierna utebliven insats, okänt, dokumentation, felaktigt utförd insats och försenad insats.

När det gäller kategorin utebliven insats är det värt att notera att personal i de flesta fall har meddelat berörd brukare att personalen av någon anledning inte kan utföra insatsen (till exempel på grund av personalbrist till följd av exempelvis sjukdom) men att insatsen kommer att utföras vid ett annat tillfälle. Detta kan också göra oss uppmärksamma på i vilka fall personalen registrerar fel och brister i den närliggande kategorin försenad insats.

Vad gäller kategorin okänt kan man reflektera kring att personal registrerar en fel och brist men att man av någon anledning inte väljer vad fel och bristen handlar om. I detta sammanhang kan kategorin okänt liksom kategorin övrigt göra oss uppmärksamma på dels om det finns ett mörkertal bland de andra kategorierna, och dels om det bör ske en utvärdering om samtliga kategorier är relevanta för att kunna registrera fel och brister.

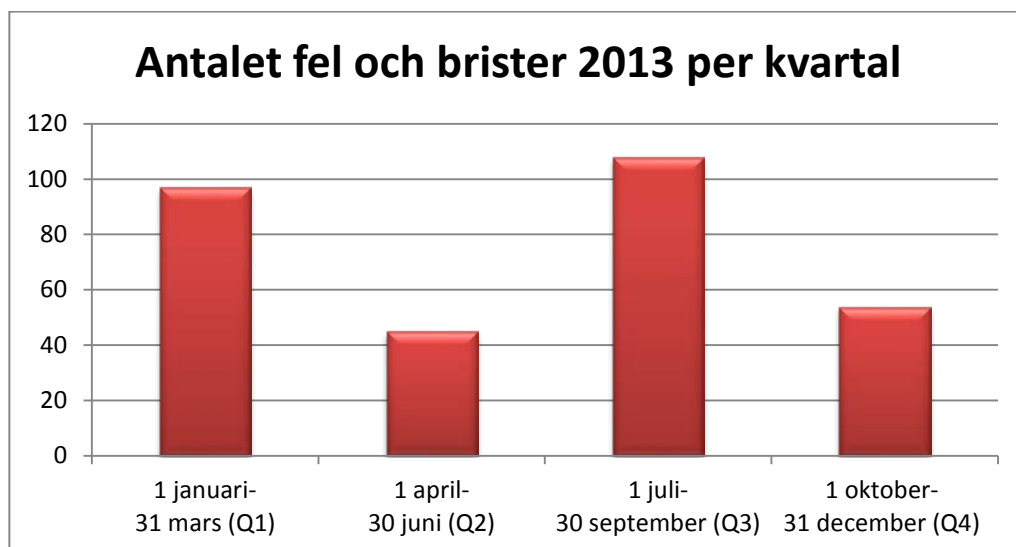


Diagram 2: Diagrammet visar fördelningen av antalet registrerade fel och brister under 2013 redovisas ovan per kvartal (Q1, Q2, Q3, Q4).

Av ovanstående diagram går att läsa att vi har en ökning av antalet registrerade fel och brister under första och tredje kvartalet men det är svårt att identifiera orsakerna till att staplarna varierar.

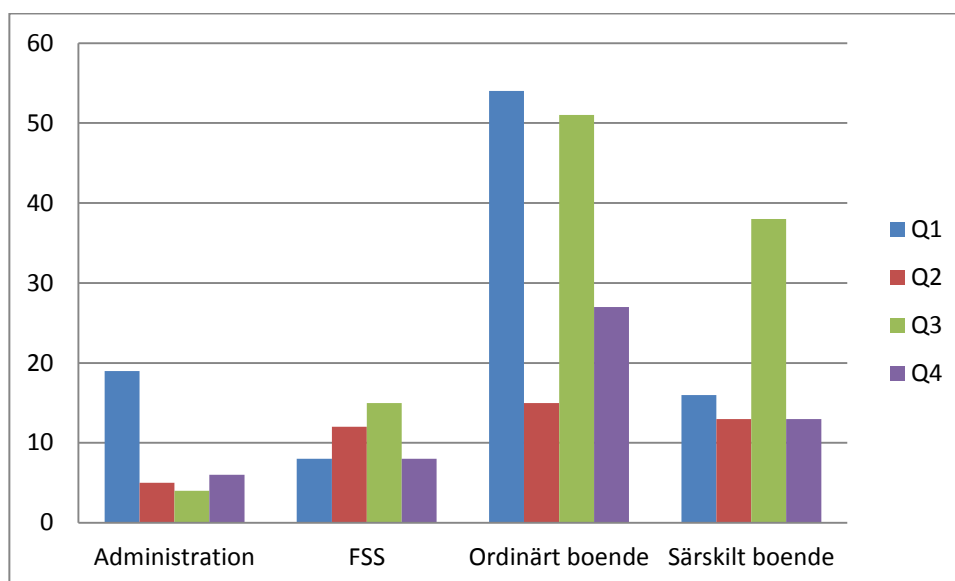


Diagram 3: När det gäller antalet fel och brister fördelade på de olika verksamhetsområdena särskilt boende, ordinärt boende etc. kvartalsvis ser siffrorna ut enligt ovan.

Av ovanstående material går att se att verksamhetsområdet ordinärt boende är utmärkande bland annat under kvartal 1 och 3.

### 6.3 Avgränsningen fel och brist mot lex Sarah

Med missförhållanden, som ska rapporteras enligt lex Sarah, avses utförda handlingar och handlingar som någon av försummelse eller av annat skäl har underlåtit att utföra insats och som innebär/har inneburit ett *allvarligt hot* mot enskilda alternativt har medfört *allvarliga konsekvenser* för enskildas liv, säkerhet och hälsa. Med en påtaglig risk för ett missförhållande, som också ska rapporteras såväl internt som till IVO, avses att det är fråga om en *uppenbar och konkret risk* för ett missförhållande.

Om missförhållandet/den påtagliga risken för ett missförhållande inte har inneburit ett *allvarligt hot* mot eller har medfört *allvarliga konsekvenser* för enskildas liv, personliga säkerhet eller psykiska/fysiska hälsa, bedöms händelsen som fel och brist och hanteras i verksamheten. Avgränsningen mellan fel och brist och missförhållanden enligt lex Sarah kan i en del fall vara svår att göra, viktigt är dock att en rapportering alltid utförs.

### 6.4 Rapporter om missförhållanden enligt lex Sarah

Rapport om missförhållande ska göras om händelsen har inneburit ett *allvarligt hot* mot den enskilde eller har medfört *allvarliga konsekvenser* för enskildas liv, personliga säkerhet eller psykiska/fysiska hälsa.

Rapporter om missförhållanden enligt lex Sarah rapporteras till omsorgsförvaltningen av enhetschef via blankett som är avsedd för ändamålet. Utredningen genomförs enligt omsorgsförvaltningens rutin som grundar sig på Socialstyrelsens föreskrifter.

Under perioden har 22 rapporter om rapporter om missförhållanden enligt lex Sarah inkommit till förvaltningen, se bilaga.2. Sju rapporter om missförhållande är anmälda till Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Nio rapporter om missförhållanden är hanterade som fel och brister i verksamheten. I sex inkomna rapporter om missförhållanden pågår utredning/åtgärdsplanering med till exempel översyn av bemanning/personalens kompetens eller uppdatering av rutiner.

Samtliga inkomna rapporter om missförhållanden följs upp av kvalitetscontroller och verksamhetsutvecklaren inom omsorgsförvaltningens utvecklingsavdelning. Verksamhetsuppföljning sker inom ramen för förvaltningens kvalitetsarbete.

## **6.5           Kommentar till avvikelser för 2013**

Utifrån ovanstående redovisningar och sammanställningarna av avvikelser i respektive bilagor (synpunkter och klagomål i bilaga 1 och lex Sarah rapporter i bilaga 2) finns det en del åtgärder som man har arbetat med inom de olika verksamheterna under 2013 men också sådant arbete som kommer att fortsätta under kommande år. Avvikelserna har åtgärdats inom respektive verksamhetsområde och beskrivs under rubriken ”Åtgärder under 2013”. För mer detaljeradse uppgifter hänvisas till respektive ärende i ovan nämnda bilagor.

## **7               Granskning, kontroll och mätning**

### **7.1            Externa granskningar**

#### **7.1.1        *Granskning av LSS verksamheten***

Under 2013 redovisade Ernst & Young på uppdrag av de förtroendevalda revisionerna två granskningsrapporter som belyser förbättringsbehov inom flera områden som vi behöver arbeta med under 2014.

Läs gärna granskningsrapporten och förvaltningens yttrande i följande länkar.

#### **7.1.2        *Granskning av demensvården***

Vid granskningen av demensvården redovisades bland annat nedanstående iakttagelser. Bland annat saknas det ett resursfördelningssystem som ger enheterna för särskilt boende likvärdiga förutsättningar. Vidare lämnas det upp till varje enhetschef att bedöma hur mycket utbildning och handledning personalen ska få. De bemannings- och kompetensmässiga förutsättningarna att bedriva en personcentrerad och kvalitativt god omsorg skiljer sig därför åt mellan olika särskilda boenden på ett icke tillfredsställande sätt.

Läs gärna granskningsrapporten och förvaltningens yttrande i följande länkar.

### **7.2            Intern granskning och mätning**

#### **7.2.1        *Internkontroll***

Internkontroll är ett sätt att säkra kvaliteten för att undvika att allvarliga fel begås. Omsorgsnämnden har ansvar för att den interna kontrollen är tillräcklig inom sitt

verksamhetsområde samt att verksamheten bedrivs på ett tillfredsställande sätt. Varje nämnd ska årligen godkänna en granskningsrapport med resultatet av det senaste årets interna kontroll. Nämndens granskningsrapport samt nämndens protokoll ska lämnas till kommunstyrelsen senast i samband med inlämnandet av verksamhetsberättelsen. Rapporten ska samtidigt lämnas till kommunens revisorer. Ordningen på kontrollmomenten i granskningsrapporten ska följa ordningen i den beslutade interna kontrollplanen. Det ska framgå om respektive kontrollmoment ska med i nästa års interna kontrollplan eller inte. Bristfälliga moment tas med i nästa års interna kontrollplan.

Intern kontroll för 2013 visar att interkontrollarbetet blir en alltmer kontinuerlig del av verksamheten. En del kontroller återkommer årligen exempelvis granskning av bokföring på gruppboende, nattfasta och granskning av vårdplaner. Risk- och Väsentlighetsanalyserna ligger till grund för det fortsatta interkontrollarbetet. Läs gärna mer på följande länk.

### **7.2.2 Mätning av nattfastan**

Ytterligare intern granskning/mätning som görs är mätning av nattfastan. Se resultatet på följande länk.

## **8 Åtgärder under 2013**

### **8.1 Äldreomsorg- ordinärt boende**

Organisationen för nattpersonalen inom hemtjänsten förändrades 2013-03-01. Organisationsförändringen innebar att personalen delades i fem geografiska områden som nu utgår från en ort i det geografiska området. Det har under 2013 funnits fyra permanenta patruller och en extra patrull då vårdtyngden varit hög. Ett syfte med förändringen var att nattpersonalen skulle känna större samhörighet med dagpersonal och team. Vidare har förändringen inneburit att brukarna möter färre antal personal under natten och att personalen är stationerad närmare brukarna.

En utvärdering av organisationsförändringen gjordes under hösten 2013. I denna framkom det att enheterna ytterligare behöver arbeta med att nattpersonalen ska bli en naturlig del i teamen, behov av att regelbundet se över vårdtyngden samt förbättra kommunikationen och samarbetet inom teamen. Dessa punkter kommer respektive enhetschef och nattpatrull att arbeta vidare med.

## 8.2 Äldreomsorg- särskilt boende

Den medborgare som har ett stort behov av vård och omsorg kan ansöka om särskilt boende utifrån Socialtjänstlagen. Vårt uppdrag är att leverera service, omvårdnad och tillsyn av god kvalitet för den enskilde dygnet runt.

Omsorgsnämnden fattade under 2013 beslut om att avveckla trygghetspensionatet på Ehrenborg på grund av låg beläggning. Vidare beslutades att omvandla en avdelning på Kaptensgården till demensavdelning, att korttidsboendet Lyckåsa även ska kunna ta emot personer utan demenssjukdom och att en avdelning på Högalid avvecklas för att bereda plats för boende inom FSS.

En verksamhetstillsyn av Inspektionen för vård och omsorg (IVO) har genomförts under 2013. Begäran har skett om vidtagna åtgärder för beslut som ska säkerställa inom verksamheten rörande dokumentation, värdegrund och rutiner.

## 8.3 Funktionsnedsättning, stöd och service (FSS)

- Alla enhetschefer har genomgått utbildning i social dokumentation.
- Inom verksamheten boendestöd har förvaltningen påbörjat utvecklingsarbete tillsammans med Region Skånes psykoteam för att möjliggöra en kvalitetshöjning för enskilda med psykossjukdom. Detta arbete kommer att fortsätta under 2014.
- Under året 2013 har personal på bostäder med särskild service (9:9 § LSS) genomgått internutbildning i Case Management. Ytterligare satsning i Case Management metodiken har varit att förvaltningen har anställt två personer som Case Managers. Denna satsning har gjorts för att hålla kvar kompetens om Case Management modellen samt att personerna har arbetat med utbildning och handledning. Metodiken hjälper personalen att uppmärksamma brukarnas egna resurser och förmågor. På så vis underlättas brukarnas möjligheter att påverka och styra sina liv.
- Förvaltningen har påbörjat revidering av rutin för hantering av privata medel inom verksamhetsområdet funktionsnedsättning, stöd och service.
- Det har dessutom genomförts en inventering av målgruppen psykiskt funktionsnedsatta för att få en bild av målgruppens behov för att i sin tur kunna matcha behoven med bland annat personalens kompetens, boendeformer och sysselsättning.



- För personer med funktionsnedsättning finns flera olika möjligheter till brukarinflytande. Några av enheterna har mer formaliserade ”brukarråd” men de flesta har spontana möten ibland kombinerade med individuella samtal.
- Närståendes intressen tas tillvara bland annat genom anhörigträffar och att det finns anhörigombud i verksamheten. Anhörigombuden har bland annat till uppgift att ge stöd till närstående samt bevakar anhörigfrågor.
- Omsorgsnämnden har startat ett nytt boende för unga vuxna med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar. Denna satsning har lett till att brukarna har möjlighet att bo kvar i Hässleholms kommun vilket är gynnsamt för en nära kontakt med närstående.

## 8.4 Dokumentation

För att kunna få överblick över en komplex organisation och verksamhet som vi bedriver behöver vi kunna utgå från en dokumentation där vi kan analysera och ta fram ännu mer förbättringsåtgärder. Under året har därför detta arbete utvecklats ytterligare. Samtliga enhetschefer, biståndshandläggare, kvalitetscontrollern och verksamhetsutvecklaren har genomgått utbildning i social dokumentation. Dessutom har det skett särskilda satsningar inom dokumentation i och med utbildningar i ÄBIC och ICF.

## 8.5 Kostpolicy

Måltiden har en stor social betydelse för brukare och är ofta höjdpunkten under dagen. Med stigande ålder, funktionsnedsättning eller vid sjukdom kan kroppens förmåga att tillgodogöra sig energi och näring minska. Försämrade aptit och nedsatt tugg- och sväljförmåga är vanligt förekommande. Ohälsosamma matvanor kan ge övervikt, undervikt, näringsbrist och därmed bidra till olika hälsoproblem.

Inom omsorgsförvaltningen ska mat och näring ses som en integrerad del av omvårdnaden. Alla matgäster ska känna sig trygga i att maten som serveras ska vara näringsrik och väl sammansatt. Matgästerna ska också känna sig trygga i att maten som tillagas och serveras följer de lagar och regler som gäller för livsmedelshygien och specialkost. Tydliga rutiner och en klar ansvarsfördelning mellan olika yrkesgrupper behövs för att säkerställa en bra mathållning. Kostpolicyn antogs av omsorgsnämnden i juni 2013 och syftar till att kvalitetssäkra mat och måltider och ska fungera som ett stöd i verksamhetsstyrning, kvalitetsarbete, planering, behandling och uppföljning när

det gäller mat och måltider. Kostpolicyn riktar sig till ansvariga chefer och personal inom Hässleholms Omsorgsförvaltning.

Läs mer om kostpolicyn på <http://intranet.hassleholm.se/43152>.

## **9 Undersökningar och uppföljningar**

### **9.1 Nationella undersökningar**

På nationell nivå görs flera undersökningar och uppföljningar för att mäta kvaliteten på de insatser som kommunen utför. Detta görs för att fånga brukarnas uppfattning om den vård och omsorg som bedrivs. Resultaten publiceras och kommunerna jämförs med varandra. Inom äldreomsorgen finns bland annat Äldreguiden.

Läs mer om olika resultat kopplade till Omsorgsförvaltningens verksamheter i följande länk.

I Socialstyrelsens rapport ”Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?” fick vi ta del av de äldres uppfattning av äldreomsorgen. Underlaget bygger på den nationella enkätundersökning som i maj 2013 gick ut till alla personer över 65 år med hemtjänst i ordinärt boende eller boende på särskilt boende. Vad gäller särskilt boende har vi ett sämre resultat på flertalet frågor jämfört med riket, vilket tros vara kopplat till personalbemanning. I det stora hela är man ändå i genomsnitt mer nöjd än i övriga landet.

### **9.2 Interna undersökningar och uppföljningar**

De interna uppföljningarna görs av kvalitetscontroller, verksamhetsutvecklare, verksamhetschefer och utvecklingsenheten ofta i nära samarbete med kommunens medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS). Utförarnas insatser samt bakomliggande arbetssätt, processer och rutiner granskas och följs upp på olika sätt såväl på individnivå som på övergripande förvaltningsnivå. Interna och externa utförare ska följas upp på samma villkor.

Uppföljning består oftast av:

- Möten och tillsynsbesök i verksamheten, uppföljning av rutiner med mera.
- Utredningar av lex Maria och lex Sarah -rapporter
- Uppföljning av synpunkter och klagomål.
- Brukarundersökningar.
- Uppföljning av dokumentation och genomförandeplaner.
- Analys av nationella undersökningar.

## 10 Systematiskt förbättringsarbete

Vi har under året uppmärksammat betydelsen av att vi tar vara på fel och misstag som sker och att vi dokumenterar detta. Vi arbetar med ett systematiskt förbättringsarbete som dokumenteras för att kunna hitta mönster och de fel och brister som vi har i vår verksamhet. I det systematiska förbättringsarbetet framöver kommer Omsorgsförvaltningen fortsätta arbetet med särskild betoning på uppföljning, utveckling och planering.

### 10.1 Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

Socialstyrelsen föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete trädde i kraft den 1 januari 2012. Föreskrifterna är gemensamma för hälso- och sjukvård, tandvård socialtjänst och verksamheter enligt LSS. Ledningssystemet ska användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet samt för att planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten. Kvalitetscontroller, verksamhetsutvecklaren och MAS har under 2013 arbetat med att upprätta ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Omsorgsnämnden godkände ledningssystemet 2014-02-25.

### 10.2 Nationella kvalitetsregister

För att bibehålla god kvalitet inom vård och omsorg behövs ett ständigt utvecklings- och förbättringsarbete. Det övergripande syftet med nationella kvalitetsregister är att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra vårdens kvalitet. Registrering i nationella kvalitetsregister handlar om att ta reda på hur det går för den enskilde individen, inte bara ur personalens perspektiv utan även ur den enskildes perspektiv. Utifrån varje enskilds situation registreras problem, åtgärder och resultat. Informationen hjälper till att ge bra struktur med tydliga mål som leder till ökad livskvalitet för den enskilde. Omsorgsförvaltningen registrerar idag i de tre nationella kvalitetsregistren BPSD (Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid demenssjukdom), Senior Alert och Svenska palliativregistret.

## 11 Mål för 2014

Hässleholms kommun ska ge en omsorg och service av hög kvalitet. Kommuninvånarna skall erbjudas en stor valfrihet. Människor med funktionsnedsättning ska garanteras individuellt anpassat boende och

verksamhet. Brukarna ska erbjudas en individanpassad vård och omsorg med hög grad av självbestämmande. I detta arbete har Omsorgsnämnden formulerat årsmål, indikatorer och målvärde.

Läs mer om dessa i Omsorgsnämndens verksamhetsplan i följande länk.

## **12 Utvecklingsområden för 2014**

### **12.1 Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete**

Arbetet med att identifiera processer och arbetsätt kommer att fortsätta under kommande år. Det fortsatta arbetet kommer bland annat att fokusera på kartläggandet av vilka huvudprocesser och stödprocesser vi har i verksamheten och hur arbetsättet ser ut. Till detta kommer bland annat att knytas rutiner, riktlinjer och ansvarsbeskrivningar.

Kvalitetsindikatorer och utformning av bedömningsinstrument är något som troligen kommer att påverka verksamheten framöver vilket gör att vi behöver ha särskilt fokus på dessa områden i ledningssystemet. Bland annat kommer kanske ett behov av att kunna mäta vårt arbete och hur det matchar våra brukares behov och tillgängliga resurser.

### **12.2 Äldreomsorg- ordinärt boende**

Under 2014 arbetar ordinärt boende vidare mot att äldre i Hässleholms kommun ska få leva ett värdigt liv och känna välbefinnande. Detta gör vi genom att:

- Arbeta för att brukaren själv bestämmer i alla frågor som rör henne eller honom. Alla brukare ska få vara delaktiga i planeringen av hur och när insatserna ska utföras samt av vem. För att uppnå det kommer enhetscheferna utbilda medarbetarna i social dokumentation med framtaget utbildningsmaterial. Genom den interna kontrollen kommer vi att följa utvecklingen i hur många brukare som har en aktuell genomförandeplan.
- Arbeta för att verksamheten organiseras så att brukaren möter så få antal personal som möjligt.
- Utvärdera Socialstyrelsen brukarundersökningen och upprätta handlingsplaner på förbättringsområde.
- Arbeta vidare med kvalitetsregistret Senior Alert

- Undersöka möjligheten att införa ett demensteam i hemtjänsten.
- Arbeta med den nationella värdegrunden genom utbildade värdegrundsledare.

### **12.3 Äldreomsorg- särskilt boende**

Den ökade bemanningen i särskilt boende ska säkerställa att personal snabbt kan uppmärksamma om en brukare är i behov av hjälp och utan dröjsmål kan ge honom eller henne sådant stöd och sådan hjälp som är till skydd för liv, personlig säkerhet och hälsa. Omsorgspersonalen bör även dygnet runt ha tillgång till någon som kan stödja och vägleda i arbetet med att genomföra insatser och som har befogenhet att omfördela arbetsuppgifterna i syfte att tillgodose nya eller förändrade behov av insatser hos en brukare.

### **12.4 Myndighetsutövning**

Under 2014 kommer handläggarkontoret fortsätta sitt planerade utvecklingsarbete. På handläggarkontoret har en arbetsgrupp startats upp för att ta fram riktlinjer gällande hemtjänstbeslut i det särskilda boendet. När riktlinjerna är klara kommer varje handläggarområde att påbörja att göra dessa beslut på tilldelade särskilda boende. Vi kommer att fortsätta arbetet med att införa ÄBIC och ICF.

I målen inför 2014 finns med möjliggörande för vårdplaneringar via webb samt att kunna dokumentera direkt på vårdplanering eller vid hembesök. Det finns ett stort intresse för detta och personalen ser stora fördelar med arbetssättet.

Inom FSS har en person fått uppdraget att starta upp en större omvärldsbevakning gällande hur andra kommuner beviljar olika insatser, då framförallt inom personlig assistans. Efter omvärldsbevakningen kommer förslag på uppdaterade riktlinjer lämnas till nämnden.

Inom socialpsykiatri finns också behovet av en genomgång av riktlinjerna. Vi behöver utvärdera boendestödets arbetsuppgifter, vilken tid på dygnet behovet finns samt hur snabb insatserna behöver komma igång. Riktlinjer behöver också tas fram gällande definition av insatsen boendestöd kontra hemtjänstbeslut.

### **12.5 Intern uppföljning**

Uppföljning och utvärdering görs av kvalitetscontroller, verksamhetsutvecklare, verksamhetschefer och utvecklingsenheten ofta i nära samarbete med kommunens medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS). Utförarnas insatser samt

bakomliggande arbetssätt, processer och rutiner granskas och följs upp på olika sätt såväl på individnivå som på övergripande förvaltningsnivå. Interna och externa utförare ska följas upp på samma villkor.

Idag består uppföljning oftast av möten och besök i verksamheten, uppföljning av rutiner med mera, utredningar av lex Maria och lex Sarah – rapporter, uppföljning av synpunkter och klagomål, analys av olika brukarundersökningar samt uppföljning av dokumentation och genomförandeplaner. Ovanstående exempel på intern uppföljning av vårt arbete behöver utvecklas mer. Under 2014 har omsorgsförvaltningens utvecklingsavdelning uppdraget att ge förslag på modell för uppföljning som kan användas över tid. Samtidigt ska det påbörjade arbetet fortsätta med att upprätta ett så kallat årshjul där förvaltningens olika typer av arbetsuppgifter och uppföljningar kommer att inrymmas.

### **12.5.1 Plan för verksamhetstillsyn**

Medicinskt ansvarig sjuksköterska och Kvalitetscontroller har uppdraget att utföra tillsyn i förvaltningens olika verksamheter. Under 2013 har ovanstående professioner utarbetat en plan för hur verksamhetstillsynen kommer att gå till och vad tillsynen kommer att innehålla.

Verksamhetstillsynen har sin utgångspunkt i inkomna avvikelser, synpunkter och klagomål. Generellt kan vi se att bristerna är desamma oavsett lagrum. Bristerna handlar om den grundläggande vården och omsorgen samt att upprättade rutiner/riktlinjer inte följs kanske beroende på att de inte är kända i verksamheten. Därför kommer verksamhetstillsynen i ett första skede ha fokus på två områden: egenkontroll och verksamhetstillsyn med dokumentationsgranskning.

### **12.5.2 Plan för internkontroll 2014**

Med intern kontroll menas de insatser som görs för att säkerställa att planering, genomförande, rapportering, uppföljning och utvärdering i hela den kommunala organisationen fungerar tillfredsställande.

Kommunstyrelsen har ansvar för att regler för den interna kontrollen upprättas och uppdateras och med utgångspunkt från nämndernas granskningsrapporter och utförd intern kontroll av egen verksamhet bedöma hur kommunens samlade interna kontroll fungerar.

Kommunfullmäktige antog nya regler för intern kontroll i Hässleholms kommun 2013-02-25 § 21 och dessa ersätter tidigare reglemente antaget av kommunfullmäktige 2010-11-24 § 201. Reglerna innebär att förvaltningarna under

2011 skulle påbörja arbetet med en risk- och väsentlighetsanalys men det är först i samband med årets interna kontrollplan som en risk- och väsentlighetsanalys ska skickas till kommunstyrelsen.

Nämnden har det yttersta ansvaret för den interna kontrollen. Nämnden skall enligt Kommunallagen 6 kap 7§ inom sitt område tillse att verksamheten bedrivs i enlighet med gällande mål, riktlinjer och föreskrifter.

## **12.6 Dokumentation**

Vi måste fortsätta att utveckla dokumentationen i handläggningsprocessen och i verkställigheten inom såväl SoL, LSS som HSL. Det är nu hög tid att nå målsättningen att alla brukare skall ha en aktuell genomförandeplan enligt gällande rutin.

## **12.7 Utveckling av kvalitetsberättelsen nästa år**

Nästa år kommer utredningar av rapporter om missförhållanden enligt lex Sarah inte att hanteras separat utanför dokumentationssystemet (som det görs idag) utan alla uppgifter kommer att registreras och bearbetas i dokumentationssystemet. Förändringen möjliggör också att förvaltningen framöver kan sammanställa avvikelserna till kvalitetsberättelsen på ett bättre sätt och bidrar till en helhetssyn på samtliga avvikelser enligt SoL och LSS.

## **13 Avslutande kommentarer**

När det gäller att upprätta en kvalitetsberättelse är det en fråga om gränsdragning gentemot verksamhetsberättelse och patientsäkerhetsberättelse och vilket innehåll som ska redovisas i respektive berättelse. Detta då vårt gemensamma mål handlar om att erbjuda vård och omsorg av god kvalitet. Arbetet kommer att underlättas av det nyligen upprättade ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete. Detta innebär att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet samt att omsorgsförvaltningen på ett annat sätt än tidigare kan planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten.



**Hässelholms  
kommun**

TJÄNSTESKRIVELSE

1(12)

Datum  
2014-02-28

### Sammanställning synpunkter och klagomål 2013

### Bilaga 1

Nr	Dnr	Datum för inkommen handling	Enhet	Typ av händelse	Datum för händelsen	Åtgärd	Avslutsdat
1	2013/13 740	2013-01-04	Hemvården Centrum	Klagomål på omvårdnad och tillsyn av brukare	Ej känt	Enhetschefen haft kontakt med den anhörige.	2014-02-14
2	2013/18 730	2013-01-07	Hemvården Norr	Waran, Dosapoteket, problem med överrapportering till ssk.	Våren 2012	MAS Lotta Tyrberg svarat på klagomålet.	2013-02-18
3	2013/30 740	2013-01-21	Maten från Ehrenborg	Anonymt klagomål på matdistributionen.	Ej känt	Ej besvarat på grund av att avsändaren inte har lämnat namn/adressuppgifter. Avsändaren har inte hört av sig efter att klagomålet inkom.	2014-02-14
4	2013/35 740	2013-01-23	Hemvården Öster, maten från Högalid	Synpunkt om att det är för många personer som kommer hem till	Ej känt	Schemaändringar med start 8 april. Skriftligt svar till avsändaren den 20 mars. Svar inscannat i dokumentationssystemet.	2013-03-20



				brukaren. Maten från Högalid är inte god.			
5	2013/42 740	2013-01-28	Hemvården	Anonymt klagomål om dåliga villkor för hemtjänstpersonal, bensinkostnader etc.	Ej känt	Ej besvarat på grund av att avsändaren inte har lämnat namn/adressuppgifter. Avsändaren har inte hört av sig efter att klagomålet inkom.	2014-02-14
6	2013/52 740	2013-01-29	Hemvården Väster inner	Klagomål på trygghetslarm och hemtjänstpersonal, känsla av otrygghet.	19 januari	Händelseanalys med berörd personal gjord. Flera telefonsamtal, skriftligt svar till avsändaren. Svar inskannat i dokumentationssystemet.	2013-05-13
7	2013/83 740	2013-02-11	Tidningen Anhöringen	Felaktiga uppgifter i tidningen.	Nummer 3 december 2012.	Ej besvarat.	
8	2013/82 740	2013-02-11	Region Skåne/Skånetrafiken	Klagomål på färdtjänsten.	Ej känt	Brev skickat att det är Skånetrafiken som ansvarar för färdtjänsten. Utskrift från Skånetrafiken.	2013-02-26
9	2013/96 740	2013-02-18	Hemvården Öster	Klagomål om försvunnen vittvätt, brukaren kräver ersättning (3000 kr).	4 februari	Flertalet telefonsamtal med brukaren. Händelseanalys med berörd personal 5 april. Skriftligt svar. Svar inskannat i dokumentationssystemet.	2013-04-30
10	2013/105 740	2013-02-22	Stöttecenter	Svårläst klagomål.	Ej känt	Ej besvarat då det ej går att utläsa vad som är innebörden i klagomålet. Avsändaren har inte hört av sig sedan klagomålet inkom.	2014-02-14
11	2013/106	2013-02-22	Funktionsnedsättning,	Klagomål på	Ej känt	Skriftligt svar till avsändaren.	2013-06-11

	740		stöd och service; boendestöd Sösdala	personalen.		Enhetschef har haft kontakt med brukarens boendestöd. Brukaren har vid flera tillfällen har avbokat träffarna med boendestödet bland annat på grund av att brukaren planerar mycket av sin tid med sin kontaktperson. Brukaren har på eget initiativ avslutat boendestödet. Svar inskannat i dokumentationssystemet.	
12	2013/124 740	2013-03-06	Syster Annas sjukhem	Klagomål över maten, frukt ruttnar efter ett tag.	Ej känt	Skriftligt svar, baserat på svaret från verksamhetschefen på Syster Annas, till avsändaren den 7 maj. Syster Annas Sjukhem beställer all mat från samma leverantör två gånger i veckan vilket ska minska risken att det finns gammal frukt/andra livsmedel. Om de boende tar med sig färsk frukt till sina respektive rum, kan dessvärre inte personalen på Syster Annas Sjukhem ansvara för hur den hanteras och förvaras där. Personalen uppmuntrar de boende att delta när veckomatsedeln görs. Svar inskannat i dokumentationssystemet.	2013-05-07
13	2013/125 740	2013-03-06	Ekegårdens kök	Klagomål om försenad mat till	26 februari 17.00	Klagomålet är hanterat internt.	2014-02-26

				avdelning 1 på Ekegården.			
14	2013/132 740	2013-03-12	Hemvården Väster inner	Klagomål på bristande omsorg.	12 mars	Socialstyrelsen begärt yttrande. Ärendet avslutat, diarienummer 8.2- 11732/2013.	2013-04-29
15	2013/152 740	2013-03-25	Björkhaga	Kritik mot att gymnastikverksamhet en på Björkhaga upphör.	Ej känt	Ej besvarat.	
16	2013/153 740	2013-03-26	Hemvården Centrum	Klagomål på vårdbiträde som svor upprepade gånger åt kvinnan. Brevet endast undertecknat H.H.	Ej känt	Skriftligt svar endast i diariet eftersom avsändaren inte lämnat några adressuppgifter.	2014-02-14
17	2013/159 740	2013-03-28	Hemvården Sösdala	Klagomål om händelser i samband med nya lås. Informationsblad stämde inte, kommunens representanter visade inte legitimation.	28 februari 15.30	Skriftligt svar till avsändaren. Enskilt samtal med personalen. Diskussion kring professionellt bemötande.	2014-02-13
18	2013/163 740	2013-04-02	Spårgatans korttidsvistelse	Klagomål om sårskorpor, rivmärken och kontaktbok.	22, 25 februari	Händelseanalys gjord med berörd personal. Skriftligt svar till avsändaren. Möte med biståndshandläggare 8 maj. Uppdatering av brukarens	2013-04-30

						genomförandeplan och personalens handlingsplan. Svar inskannat i dokumentationssystemet.	
19	2013/172 740	2013-04-05	Kostorganisationen	Anonymt klagomål på kvaliteten på maten och att vi borde ha bättre kontroller.	Ej känt.	Ej besvarat på grund av att avsändaren inte har lämnat namn/adressuppgifter.	
20	2013/178 740	2013-04-09	Björkhaga, rehab	Kritik mot att gymnastiken på Björkhaga försvinner.	Ej känt.	Ej besvarat.	
21	2013/177 740	2013-04-09	Ekegården	Anonymt klagomål om städningen på Ekegården.	Ej känt.	Ej besvarat på grund av att avsändaren inte har lämnat namn/adressuppgifter.	
22	2013/202 740	2013-04-17	Björkhaga	Klagomål från dotter till pensionär. Handlar om att aktiviteter dragits in och att tv:n står på hela dagen.	Ej känt.	Skriftligt svar till avsändaren. ”Tillsammanskvällarna” inte är aktuella på grund av att Björkhaga vill förnya typen av aktiviteter. Högläsning har tillkommit. Svar inskannat i dokumentationssystemet.	2013-06-14
23	2013/204 740	2014-04-18	Ehrenborg	Klagomål på lång väntetid vid larm.	15 april	Skriftligt svar om att åtgärdstiden för ett larm får uppgå till maximalt 60 minuter och att det finns fem larmpatruller inom omsorgen samt att det ingår i personalens arbete att göra prioriteringar av larmen. Svar inskannat i dokumentationssystemet.	2013-06-24

24	2013/226 740	2013-05-06	Hemvården Vinslöv	Klagomål om utebliven städning och dusch.	9 april	Enhetschefen har gjort hembesök hos brukaren och meddelat att städning/dusch enligt dokumentationen har skett men att personalen har glömt att signera vilket inte är förenligt med gällande rutiner. Enskilt samtal med personalen.	2013-05-29
25	2011/518 740	2013-05-07, 2013-05-22, 2013-05-28	Funktionsnedsättning, stöd och service.	Återkommande klagomål om avslag på ansökan om kontaktperson.		Brukaren har blivit erbjuden kontaktperson men avböjt. Flertalet skriftliga svar till avsändaren.	
26	2013/249 740	2013-05-07	Hemvård Centrum, rehab.	Klagomål på grupp 2.	14 maj	Diskussion om vikten av legitimation. Översyn av rutinen för informationsöverföring. Svar inskannat i dokumentationssystemet.	2013-06-12, 2013-06-24
27	2013/229 740	2013-05-08	Högalid	Klagomål om vården.	Maj	Brukaren vill ha hjälp av personalen att inta måltid. På grund av hälsotillståndet har brukaren svårt att svälja kosten. Anhöriga har på eget initiativ kontaktat avdelningens sjuksköterska angående brukarens hälsotillstånd.	2013-06-19
28	2012/581 739	2013-06-11	Trygghetslarm	Brev om misstankar om stöld av bland annat nycklar till bostaden, pengar,		Ej besvarat.	

				körkort och klocka. Brev daterat 2012! Adresserat till Louise Ferm Stjärnberg/ Tina Kivivouri.			
29	2013/279 740	2013-06-12	Hemvården Öster	Klagomål om dåligt bemötande av stressad hemtjänstpersonal.	18 maj	Diskussion kring vikten av dokumentation. Skriftligt svar från enhetschef.	2013-08-28
30	2013/280 740	2013-06-13	Högalid	Klagomål om bemanningen sommartid.	12 juni	Översyn av samtliga brukares biståndsbeslut på Högalid. Översyn av bemanningen för att kunna verkställa biståndsbesluten. Avdelning 6 förstärkt med ytterligare personal.	2013-08-28
31	2013/281 740	2013-06-13	Ej känt	Anonymt klagomål. Patienten satt hela förmiddagen och väntade på hjälp till toaletten. Middagen slängs bara fram på bordet.	Ej känt	Ej besvarat på grund av att avsändaren inte har lämnat namn/adressuppgifter.	
32	2013/317 740	2013-06-24	Skansenhemmet	Klagomål om urinvägsinfektioner, underbemanning, ny mycket dement boende som stör.	14 augusti	Skriftligt svar till avsändaren. Svar inskannat i dokumentationssystemet.	2014-01-10

33	2013/329 740	2013-06-25	Kaptensgården.	Klagomål på bemötandet från sjuksköterskorna.	Ej känt.	Skriftligt svar. Enskilt samtal med berörd personal.	2013-08-06
34	2013/340 740	2013-06-27	Hemvård Bjärnum	Brev om telefon, larm och besök av hemtjänsten.	19 juni	Skriftligt svar. Enligt notering från den 20 juni var telefonjacket ur funktion och att Telia meddelats. Finns även notering om att brukaren ville ha extra tillsyn en gång per dag vid cirka 08.00 till dess att telefon och larm fungerade igen. Den 21 juni finns notering om att brukaren avböjer tillsynen vilket är anledningen till att ingen personal besöker brukaren mellan den 22-23 juni. Den 24 juni läser teamledaren för hemtjänstgruppen noteringen från den 21 juni men besöker brukaren ändå. Anledningen är att det förutom noteringarna i dokumentationssystemet också fanns en handskriven lapp om att brukaren hade extra tillsyn. Den lappen hade hemtjänstpersonalen inte tagit bort. Svar inskannat i dokumentationssystemet.	2013-07-30
35	2013/381 740	2013-07-22	Hemvården Centrum och sjuksköterskorna på natten.	Klagomål om oro och förvirring samt om och när man ska	Ej känt	Skriftligt svar till avsändaren. Ansvarig sjuksköterska gör hembesök och informerar om	2014-02-18

				larma eller ringa 112.		larmet.	
36	2013/417 740	2013-08-01	Högalid	Klagomål om bemanningen sommartid.	26 juli	Översyn av samtliga biståndsbeslut gällande brukare på Högalid. Översyn av bemanningen. Avdelning 6 förstärkts med ytterligare personal.	2013-08-28
37	2013/428 740	2013-08-08	Solgården	Anonymt klagomål om den dagliga hygien för vårdtagarna.	Ej känt	Ej besvarat på grund av att avsändaren inte har lämnat namn/adressuppgifter.	
38	2013/433 740	2013-08-12	Hemvård Centrum	Klagomål om att brukaren inte fick vatten till tabletter, sopor blir ej uttagna, gammal blöja.	27 och 30 juli, 5 och 7 augusti	Enskilda samtal.	
39	2013/459 740	2013-09-06	Björkliden (Funktionsnedsättning, stöd och service).	Klagomål på brukare som stör vid daglig utevistelse, har mycket ljud.	3 september	Skriftligt svar från verksamhetschefen om bland annat innebörden av funktionsnedsättningen.	2013-09-19
40	2013/468 740	2013-09-13	Högalid, avdelning 3.	Klagomål gällande omsorg och vården kring fadern.	25 september 2012, 14 och 28 januari, 4 februari osv.	Flertalet telefonsamtal med anhöriga. Skriftligt svar till avsändaren. Diskussion kring professionellt bemötande. Ökad bemanning. Uppdatering av brukarens genomförandeplan. Svar inskannat.	2013-12-18
41	2013/475 740	2013-09-18	Kostorg./Hemvården Vittsjö	Anonymt klagomål på att maten inte bärs	Ej känt	Ej besvarat på grund av att avsändaren inte har lämnat	2014-02-14



				in i väskor.		namn/adressuppgifter.	
42	2013/496 740	2013-10-02	Hemvård väster ytter	Klagomål på vårdare som besöker Brf Gäddastorp håller sig inte till gällande trafikregler.	2 oktober kl. 08.00	Enskilt samtal med berörd personal.	
43	2013/520 740	2013-10-21	Kostorganisationen/ Björkhaga	Klagomål om att kaffet på avdelningen Kastanjen inte smakar gott.	Ej känt	Skriftligt svar om att föregående kaffesort inte längre finns kvar i sortimentet på grund av nytt avtal/ny leverantör. Finns dock fem andra olika sorter.	2013-11-07
44	2013/521 740	2013-10-21	Kostorganisationen/ Björkhaga	Kaffet på avdelningen Kastanjen smakar inte gott.	Ej känt	Skriftligt svar om att föregående kaffesort inte längre finns kvar i sortimentet på grund av nytt avtal/ny leverantör. Finns dock fem andra olika sorter.	2013-11-07
45	2013/526 740	2013-10-25	Funktionsnedsättning, stöd och service	Klagomål på boende som har verbalt hotfull attityd, skriker och upplevs som påträngande. Medboende, barn och vuxna känner rädsla.	Ej känt	Ej besvarat på grund av att avsändaren inte har lämnat namn/adressuppgifter.	2014-02-14
46	2013/525 740	2013-10-25	Österåsgatan 20 (Funktionsnedsättning, stöd och service)	Klagomål från god man om vården för brukare.		Åtgärdsplanering pågår.	

47	2013/535 740	2013-10-30	Trebackalånggatan (Funktionsnedsättning, stöd och service)	Varningsbrev från Hässlehem om boende som spelar hög musik varje kväll och natt.	Ej känt	Enhetschef haft flertalet telefonsamtal med Hässlehem, skriftligt svar.	2013-11-06
48	2013/488 740	2013-10-31	Trebackalånggatan (Funktionsnedsättning, stöd och service)	Varningsbrev från Hässlehem om boende och hund som skäller mycket.	Ej känt	Enhetschef haft flertalet telefonsamtal med Hässlehem, skriftligt svar.	2013-11-06
49	2013/543 740	2013-11-04	Kostorganisationen/ Högalid	Maten från Högalid är inte tillräckligt varm och ser inte god ut.	Ej känt	Skriftligt svar om bland annat egenkontroller.	2014-02-13
50	2013/583 740	2013-11-26	Särskilt boende	Rökning och bemanning. Dotter till vårdtagare såg personal röka vid entré.	25 november 18.00	Enhetschef diskuterat klagomålet i personalgruppen.	2014-02-07
51	2013/587 740	2013-11-27	Funktionsnedsättning, stöd och service	Stöld av tv. Polisanmälan har gjorts.	Ej känt	Enhetschef har haft telefonsamtal med avsändaren. Skriftligt svar till avsändaren.	2013-12-19
52	2013/592 740	2013-11-29	Nybo	Mosterns försvunna tvätt.	Ej känt	Korrespondens mellan avsändaren och anhörigstrateg Monica E Larsson.	2013-11-29
53	2013/599 740	2013-12-05	Funktionsnedsättning, stöd och service.	Avlastningshem, såld cykel, fickpengar, telefoner,	3 december	Enhetschef försökt att nå de båda brukarna utan framgång. Meddelande har lämnats på	

				födelsedagspresenter.		telefonsvarare. Löpande dokumentation upprättad av enhetschef för fortsatt handläggning.	
54	2013/608 740	2013-12-09	Hemtjänsten	Hittar inte journalnummer till kommunens hemtjänst.	6 december	Skriftligt svar från Verksamhetschefen. Vid larm besvaras larmet inom 2 minuter och åtgärd sker senast inom 60 minuter. I varje grupplokal finns det en telefonsvarare som regelbundet lyssnas av och det gäller även utanför kontorstid. Varje brukare erbjuds en ”Hemma hos pärm” och på framsidan av denna pärm finns telefonnummer till grupplokalen. Telefonnummer till grupplokalerna finns även på förvaltningens hemsida och i telefonkatalogen.	2013-12-20
55	2013/619 740	2013-12-17	Österåsgatan 71 (Funktionsnedsättning, stöd och service)	Dåligt bemötande från personalen och att brukarens behov ej blir tillgodosedda.	Ej känt	Skriftligt svar från vik. Enhetschef. Vik. Enhetschef har träffat brukaren den 2 januari 2014. Översyn av tidpunkter för insatser. Uppdatering av genomförandeplan. Diskussion med personalgruppen om innebörden av ett professionellt bemötande på arbetsplatsträff den 10 december 2013.	2013-01-03



**Hässelholms  
kommun**

TJÄNSTESKRIVELSE

1(4)

Datum  
2014-02-28

**Sammanställning lex Sarah 2013**

**Bilaga 2**

Nr	Dnr	Datum för anmälan	Enhet	Typ av händelse	Datum för händelsen	Åtgärd	ON(datum)
1	2013/23 740	2013-01-15	Solgården, särskilt boende	Boende blev slagen av annan boende	2013-01-07	Ökad bemanning, översyn av schemat, utökat samarbetet med demenssjuksköterska för riskbedömning. Demenssjuksköterskan ha kontinuerlig handledning med personalen.	2013-05-21
2	2013/77 730	2013-02-07	Nybo, särskilt boende	Personal lämnat demensavdelning.	2012-12-15- 2012-12-17	Berörd personal omplacerad. Tydliggörande av natrutinerna. Anmäld till Socialstyrelsen.	2013-05-21
3	2013/109 730	2013-02-26	Handläggarkontoret	Brister i kommunikation till brukare/god man.	2013-02-11	Utredning pågår med bland annat åtgärdsredovisning och journalgranskning.	Mars 2014
4	2013/112 730	2013-02-27	Högalid, särskilt boende	Kränkning mot vårdtagare	2013-02-21	Enskilt samtal. Diskussion kring värdegrunden.	2013-05-21

5	2013/113 730	2013- 02-28	Torggatans gruppboestad	Olämpligt tilltal	2013-01-29	Enskilt samtal. Diskussion kring värdegrunden.	2013-05-21
6	2013/140 730	2013- 03-20	Sörlidens gruppboestad	Enligt god man stämmer inte kontaktmannens ekonomiska redogörelse för 2012.	2013-03-14	Händelsen är polisanmäld. Polisen har lagt ned ärendet. Revidering av ”Normer och riktlinjer för privata medel”. Särskild internkontroll har gjorts av gruppboestädernas hantering av brukarnas egna medel. Anmäld till IVO.	2013-05-21
7	2013/201 730	2013- 04-01	Högalid, särskilt boende	Nattpersonal berusad.	2013-04-01	Enskilt samtal.	2013-05-21
8	2013/211 730	2013- 04-24	Plommonstigens gruppboestad	Avsaknad av pengar i brukarens plånbok.	2013-04-18	Endast två personer har tillgång till kod och nycklar. Tydliggörande av rutiner. Översyn av schemat. Händelsen är polisanmäld.	Mars 2014
9	2013/212 730	2013- 04-24	Plommonstigens gruppboestad	Avsaknad av pengar i brukarens plånbok	2013-04-24	Endast två personer har tillgång till kod och nycklar. Tydliggörande av rutiner. Översyn av schemat. Händelsen är polisanmäld.	Mars 2014
10	2013/251 730	2013- 05-27	Högalid, särskilt boende	Dåligt bemötande i samband med kateterinsättning.	2013-05-20	Enskilt samtal.	Mars 2014
11	2013/278 730	2013- 06-10	Hemgården, särskilt boende	Personal lämnade demensavdelning.	2013-05-27	Skriftlig varning. Enskilt samtal. Tydliggörande av rutiner. Fortsatt regelbunden kontakt med demenssjuksköterska för utbildning, information samt handledning av personalen. Anmäld till IVO.	Mars 2014

12	2013/333 730	2013- 06-26	Solgården, särskilt boende	Brukare slog annan brukare	2013-06-19	Ökad bemanning. Fortsatt regelbunden handledning av demenssjuksköterska. Läkarkontakt och medicinändring. Enskilda samtal. Översyn av schemat. Anmäld till IVO.	Mars 2014
13	2013/360 730	2013- 07-07	Norregatans korttidsvistelse	Brukare avvikit från verksamheten	2013-06-20	Översyn av schemat. Enskilda samtal. Översyn av introduktionsmaterialet för vikarier. Anmäld till IVO.	Mars 2014
14	2013/374 730	2013- 07-09	Norregatans korttidsvistelse	Misstanke om stöld.	2013-06-01	Utredning pågår med bland annat åtgärdsplanering. Händelsen är polisanmäld.	Mars 2014
15	2013/376 730	2013- 07-10	Ekegården, särskilt boende	Larm ej åtgärdat.	2013-06-04	Enskilt samtal. Tydliggörande av rutiner gällande larmsystemet.	Mars 2014
16	2013/418 730	2013- 08-02	Högalid, särskilt boende	Brister i SoL och HSL-insatser.	2013-07-31	Översyn av biståndsbeslut och genomförandeplaner. Översyn av schema och bemanning. Omorganisering av personalens arbetsuppgifter.	Mars 2014
17	2013/447 730	2013- 08-26	Skansen, särskilt boende	Två personal lämnade avdelningen för att gå ut med sopor och rökte i arbetskläder på arbetstid.	2013-08-20	Skriftlig varning. Information om policyn gällande rökning på arbetsplatsen. Översyn av rutinerna kring sophantering. Anmäld till IVO.	Mars 2014

18	2013/476 730	2013- 09-18	Hemvården Centrum	ICA kort försvunnit.	2013-07-23	Översyn av rutin för inköp till brukare. Förändringar i hanteringen av ICA-kortet. Händelsen är polisanmäld. Skadeståndskrav har inkommit och utbetalning har skett. Anmäld till IVO.	Mars 2014
19	2013/483 730	2013- 09-25	Solgården, särskilt boende	Brukare blev påbackad och riven av annan brukare.	2013-08-14	Åtgärdsplanering pågår med bland annat översyn av schema. Kartläggning av personalens kompetens i demenssjukdom.	Mars 2014
20	2013/523 730	2013- 10-23	Norregatans korttidsvistelse	Brukare fått aggressionsutbrott, skador på personal och inredning.	2013-10-19	Åtgärdsplanering pågår med bland annat översyn av schema. Kartläggning av personalens kompetens i funktionsnedsättning. Översyn av introduktionsmaterial för vikarier.	Mars 2014
21	2013/534 730	2013- 10-30	Norregatans korttidsvistelse	Brukare fått aggressionsutbrott, skador på personal och inredning.	2013-10-23	Åtgärdsplanering pågår med bland annat översyn av schema och rutiner. Kartläggning av personalens kompetens i funktionsnedsättning. Översyn av introduktionsmaterial för vikarier.	Mars 2014
22	2013/617 730	2013- 12-16	Torggatans gruppboende	Kränkning mot brukare	2013-11-01	Åtgärdsplanering pågår. Enskilt samtal med berörd personal.	Mars 2014