



**Hässelholms
kommun**

Datum
2016-01-15

Diarienummer
2016/16 012

Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse

År 2015

Omsorgsförvaltningen

Hässelholms kommun

Redovisad för omsorgsnämnden 2016-04-25

Upprättats av
Leona Stehn, verksamhetsutvecklare
Lotta Tyrberg, MAS

Omsorgsförvaltningen / Stab

Postadress: Löjtnant Granlundsväg 14, 281 52 Hässelholm **Besöksadress:** Löjtnant Granlundsväg 14 **Telefon:** 0451-26 70 00
E-post: kommunen@hasselholm.se **Bankgiro:** 866-3494 **Org. nr:** 212000-0985 **Webb:** www.hasselholm.se

Innehåll

Upprättats av	1
1. Sammanfattning	4
2. Förkortningar	5
3. Sammanställning måluppfyllelse	6
4. Inledning	8
5. Kvalitetsledningssystem	8
6. Övergripande mål och strategier	9
Vision	10
Verksamhetsplan	10
Värdegrund	10
Förebyggande hembesök	11
Brukarundersökningar	11
Behovsinventering	12
Förslag till fortsatt arbete och förbättringar	13
Omsorg och service av hög kvalitet	13
Ge barn och unga en bra start i livet	15
7. Registrering i nationella kvalitetsregister	15
Senior Alert	15
Punktprevalensmätning (PPM) Fall och trycksår	16
Rikssår	17
Svenska palliativ registret	17
BPSD - registret	19
8. Kvalitetsarbete inom vård och omsorg	19
Demensvård av hög kvalitet	19
God läkemedelsbehandling för äldre	20
Läkemedelsgenomgångar	21
Delegering	22
Nutrition	23
Vårdhygien	23
Punktprevalensmätning (PPM) basala hygienrutiner och klädregler	24
Munhälsa	24
Rehabilitering	26
Hjälpmedel	26
9. Dokumentation	26
Hälso- och sjukvård	26
Vårdplan/rehabplan	27
Digital "att göra lista"	27
SOL/LSS Genomförandeplan	28
10. IT	29
Säkerhetskontroll via loggning	29
E-hälsa	29
11. Systematiskt förbättringsarbete	29
Risk- och händelseanalys	29
Intern kontroll	30

Omsorgsförvaltningen/ Stab

Egenkontroll.....	30
Tillsynsbesök I verksamheterna.....	30
Avvikelser/händelser.....	31
Fallrapporter.....	32
Läkemedelshantering.....	34
Medicinsk tekniska produkter.....	35
Speciell omvårdnad.....	36
Träning/behandling rehab.....	36
Fel och brist.....	37
Synpunkter och klagomål.....	37
Lex Sarah.....	38
Lex Maria.....	39
12. Samverkan för att förebygga vårdskador.....	40
Ledningskraft- för mest sjuka äldre.....	40
Beslutsstöd för sjuksköterskor.....	41
Samordnad individuell plan- SVPL.....	42
SVPL IT- Mina planer.....	42
Vårdplaneringssjuksköterska.....	42
Förbättringsarbete över vårdgivargränserna.....	43
Riskanalysledare.....	43
Samordnad individuell plan (SIP).....	44
Läkarmedverkan.....	44
13. Nytt hälso- och sjukvårdsavtal.....	45
14. Intern samverkan.....	46
Samverkan med den enskilde och anhöriga.....	47
Case Management.....	47
Delaktighetsmodellen.....	47
Anhörigstöd.....	47
Samtycke.....	48
15. Mål och strategier för hur kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet ska bedrivas under 2016.....	48

Omsorgsförvaltningen/ Stab

1. Sammanfattning

Det systematiska förbättringsarbetet har sin grund i att verksamheten ska kunna leverera god kvalitet till den enskilde. Under 2015 har förvaltningen arbetat med olika delar kopplat till det systematiska förbättringsarbetet, t ex:

Omsorgsförvaltningen har fastställt ledningsprocessen och huvudprocessen på dess översta nivåer. Vidare har arbetet startat med att kartlägga delprocesser i lednings- och huvudprocessen samt stödprocesser.

Utbildning har genomförts av 120 värdegrundsinspiratörer. ON beslut att det fortsatta värdegrundsarbetet ska utgå från den nationella värdegrunden för äldre samt Hässleholms kommuns värdegrund.

Process för negativa händelser har kartlagts och i och med detta arbete har rutiner och checklistor setts över.

Under hösten 2015 inleddes ett arbete där processen för lex Sarah genomlystes och kartlades. Utifrån detta har rutinen setts över och förändrats.

Rutin för systematisk verksamhetsuppföljning har uppdaterats genom internkontroll, egenkontroll och besök i verksamheterna. Detta för att säkerställa att processer och rutiner bedrivs enligt lagkrav och enligt ledningssystem.

Revidering av rutiner och riktlinjer har skett fortlöpande under året.

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

2. 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
KKiK	Kommunens kvalitet i korthet-och patientsäkerhetsberättelse
KPSB	Kvalitets
LG	Ledningsgrupp
MAS	Medicinskt ansvarig sjuksköterska
MC	Myndighetschef
SoL	Socialtjänstlag
VC	Verksamhetschef
VC resurs	Verksamhetschef för hälso- och sjukvård, kostenhet, förebyggande verksamhet, specialister
VP	Verksamhetsplan
PPM	Punktprevalensmätning

Omsorgsförvaltningen/ Stab

3. Sammanställning måluppfyllelse

6(54)

Måluppfyllelse	2014			2015		
Kvalitetsledningssystem	-			-	X	
Övergripande mål och strategier	-			-		
Vision	-			-		
Verksamhetsplan	-			X		
Värdegrund	-			X		
Förebyggande hembesök	X			X		
Brukarundersökningar	-			X		
Behovsinventering	-			-		
Omsorg av hög kvalitet	-			-		
Ge barn och unga en bra start i livet	-			X		
Senior Alert		X			X	
PPM fall och trycksår		X			X	
Rikssår	-			X		
Svenska palliativ registret		X			X	
BPSD		X		X		
Demensvård av hög kvalitet	X			X		
Läkemedelsgenomgångar		X		X		
God läkemedelsbehandling för äldre	-			-		
Läkemedelsgenomgångar	-			X		
Extern granskning av läkemedelshantering	X			X		
Delegering	-				X	
Nutrition		X		X		
Vårdhygien	X			X		
PPM basala hygienrutiner	X					X
Munhälsa	X			X		
Rehabilitering	-				X	
Hjälpmedel	-				X	
Dokumentation HSL		X		X		
Vårdplan/rehabplan		X			X	
Digital att göra lista		X			X	
SoL/LSS genomförandeplan	-				X	
Säkerhetskontroll via logg	-				X	
E-hälsa	X			X		
Risk- och händelseanalys		X			X	
Intern kontroll	-					
Egenkontroll	X			X		
Tillsynsbesök i verksamheterna	-			X		
Avvikelsehantering/händelser	-			X		
Fallrapport		X			X	
Läkemedel		X			X	
Medicintekniska produkter			X		X	
Speciell omvårdnad		X			X	

Omsorgsförvaltningen/ Stab

Postadress: Löjtnant Granlundsväg 14, 281 52 Hässleholm Besöksadress: Löjtnant Granlundsväg 14 Telefon: 0451-26 70 00
E-post: kommunen@hassleholm.se Bankgiro: 866-3494 Org. nr: 212000-0985 Webb: www.hassleholm.se

Träning/behandling rehab			X		X	
Fel och brist	-				X	
Synpunkter och klagomål		X			X	
Lex Sarah	-				X	
Lex Maria	-				X	
Ledningskraft	-				X	
Beslutsstöd för sjuksköterskor	-				X	
Vårdplaneringssjuksköterska	X			X		
Risikanalyt ledare	-				X	
Samordnad individuell plan (SIP)			X	X		
Läkarmedverkan		X			X	
Intern samverkan		X				X
Case Manager		X		X		
Delaktighetsmodell	X			X		
Samtycke		X				X
Digital att göra lista		X			X	

Omsorgsförvaltningen/ Stab

Postadress: Löjtnant Granlundsväg 14, 281 52 Hässleholm **Besöksadress:** Löjtnant Granlundsväg 14 **Telefon:** 0451-26 70 00
E-post: kommunen@hassleholm.se **Bankgiro:** 866-3494 **Org. nr:** 212000-0985 **Webb:** www.hassleholm.se

4. Inledning

Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsen beskriver vad verksamheten 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 och stöd och service till vissa funktionshindrade. Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsen följs upp årligen av verksamhetsutvecklare och medicinskt ansvarig sjuksköterska och ska ge en nulägesbeskrivning. Utformningen av kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsen ingår i det systematiska förbättringsarbetet.

5. Kvalitetsledningssystem



Delvis nått måluppfyllelse

Efter en trevande inledning 2015 har arbetet med förvaltningens ledningssystem tagit fart. Initialt fördröjdes arbetet av vakanser och sjukskrivningar, vilket medfört att förvaltningen inte kommit så långt som planerat.

Under 2015 har arbetet med ledningssystemet genererat att förvaltningsledningen har fastställt ledningsprocessen och huvudprocessen på dess översta nivåer. Vidare har arbetet startat med att kartlägga delprocesser i lednings- och huvudprocessen samt stödprocesser.

Tidigare har beslut att använda Ensolutions IT-stöd tagits. IT-stödet kommer att göra kopplingen mellan dokument och rutiner till processer och aktiviteter tydlig. Även ansvaret för respektive process kommer att tydliggöras i IT-stödet. Vidare kommer IT-stödet underlätta för delar som egenkontroll, riskanalyser samt uppföljning av nyckeltal från verksamheten. Allt för att säkerställa en god kvalitet i verksamheten. IT-stödets bakomliggande teknik är installerad och konfigurerad och utbildning av de användare som ska utveckla innehållet i IT-stödet har startat.

Bedömningen är att förvaltningens ledningssystem kommer att motsvara de krav som redovisas i Socialstyrelsens föreskrift om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9). Det förväntas ge ett gott stöd för att planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten. Det beskriver hur uppgifterna som ingår i arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten är fördelade i verksamheten.

Ledningssystemets beskrivning av processer utgår från ett kundperspektiv där våra kunder kan vara, brukare, patienter, medborgare. Processerna delas upp i ledningsprocesser, huvudprocesser och stödprocesser.

Ledningsprocessen

Kan beskrivas som den process som styr verksamheten mot visioner, mål och strategier. Ledningsprocessen bryts ner i:

- Ekonomistyrning
- Ledning- och samverkan

Omsorgsförvaltningen/ Stab

- Systematiskt arbetsmiljöarbete
- Personal- och kompetensförsörjning
- Avvikelse- och händelseanalys
- Internkontroll, egenkontroll och verksamhetsuppföljning

Huvudprocessen - "Erbjuda medborgare vård och omsorg av god kvalitet".

Huvudprocessen är den process som kommer i kontakt med brukare/patienter och ser till att deras behov uppfylls. Det är i huvudprocessen som värde skapas för brukare, patienter och medborgare.

Stödprocesser

I stödprocesser genomförs aktiviteter som indirekt skapar värde för förvaltningens brukare/patienter i huvudprocessen. Stödprocesserna behövs för att underlätta för huvudprocessen och ledningsprocessen.

Exempel på stödprocesser som förvaltningen arbetar med och kartlägger är

- Ekonomi och avgiftshantering
- System och teknik
- Ärende och dokumenthantering
- Kompetensutveckling
- Personalförsörjning

Under 2016 kommer arbetet fortsätta med att kartlägga verksamheternas processer fortgå som en del i förbättringsarbetet.

Förslag till fortsatt arbete och förbättringar:

- Att fortsätta kartläggningen av verksamhetens processer.
- Att fortsätta utvecklingen av IT-stödets innehåll.
- Att revidera rutiner och riktlinjer efterhand som processer kartläggs och publiceras i IT-stödet.
- Att göra IT-stödet tillgängligt för samtliga medarbetare i förvaltningen.

6. Övergripande mål och strategier

All verksamhet inom Omsorgsnämnden (ON) ska ytterst ta sin utgångspunkt i medborgarens behov. Detta gör att allt arbete inom såväl myndighetsfunktionen, verkställigheten som i de stödjande processerna ska präglas av en gemensam värdegrund, som byggs upp av gemensamma värderingar.

ON fastställde 2015-01 -27; § 117 en verksamhetsplan för mandatperioden 2015-2018 med beslut om årliga revideringar efter behov. Planen konkretiserar prioriteringar för hur verksamheten, utifrån kommunfullmäktiges övergripande mål för Hässleholm kommun och utifrån lagstiftningens krav och intentioner, skall utvecklas. Under 2015 har förvaltningen redovisat viktiga strategiska dokument som tillsammans är viktiga underlag vid fastställande av verksamhetsplanen, hit hör:

- [Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse för 2014](#)

Omsorgsförvaltningen/ Stab

- [Omvärlds- och verksamhetsanalys](#)
- [Planeringsdokument – för strategisk boendeplanering inom äldreomsorgen 2015](#)
- [Planeringsdokument – för strategisk planering inom Funktionsnedsatta Stöd och Service](#)

Förslag till fortsatt arbete och förbättringar:

- Att planeringsdokument för strategisk boendeplanering inom äldreomsorgen ska revideras och redovisas till ON årligen.
- Att planeringsdokument för strategisk planering inom FSS ska revideras och redovisas till ON årligen.
- Att en omvärlds- och verksamhetsanalys ska redovisas till ON årligen.

Vision


Omsorgsnämnden beslutade i december 2015 om en ny vision. En vision som är utmanande för såväl politiker som medarbetare

”Hässleholms kommun erbjuder Sveriges bästa vård och omsorg, utförd av de stoltaste medarbetarna”

Förslag till fortsatt arbete och förbättringar:

- Att visionen ska vara känd hos samtliga medarbetare i förvaltningen.

Verksamhetsplan


 Nått måluppfyllelse

2015 års förbättringsförslag att respektive verksamhetsområde skall upprätta en handlingsplan för att säkerställa en hög grad av måluppfyllelse har uppnåtts. Verksamhetsplanen är väl implementerad i verksamheterna och används på det sätt som var tänkt. Respektiver verksamhetschef har tillsammans med sin ledningsgrupp upprättat handlingsplan för ansvarsområdet. Om enheterna ute har mål utöver den verksamhetsgemensamma handlingsplanen skrivs dessa in i ordinärt boende in i den gemensamma planen för verksamheten. Särskilt boende, FSS och resurs bryter lokalt ner den gemensamt framtagna handlingsplan för enheterna ska nå måluppfyllelse. Lokala handlingsplaner har inte upprättats på alla enheter varav detta blir ett mål för 2016.

Förslag till fortsatt arbete och förbättringar:

- Att respektive enhet utifrån verksamhetsplanen upprätta en lokal handlingsplan för att säkerställa en hög grad av måluppfyllelse alternativt kompletterar i den för verksamhetsområdet framtagna planen.
- Att handlingsplanen och målen ska vara kända hos medarbetarna ute på enheterna.

Värdegrund

 Nått måluppfyllelse

Omsorgsförvaltningen/ Stab

Under 2015 utbildades 120 värdegrundsinspiratörer inom förvaltningen. Utbildningen var 2, 5 dagar och hölls av extern utbildare. Utbildningen inleddes med 1 heldag för förvaltningens samtliga chefer och de värdegrundsinspiratörer som sedan tidigare utbildats inom förvaltningen. Detta följdes av en halvdag för samtliga chefer och blivande inspiratörer för att få en samsyn kring det fortsatta värdegrundsarbetet. Värdegrundsinspiratörerna gick därefter två dagars utbildning i grupper om 20-25 personer.

2015-09-29 beslutade ON att det fortsatta värdegrundsarbetet ska utgå från den nationella värdegrunden för äldre och Hässleholms kommuns värdegrund vilket varit utgångspunkten för utbildningen och även kommer att vara utgångspunkten för det fortsatta värdegrundsarbetet. Den 12/10 2015 beslutade ledningsgruppen om en plan för det fortsatta värdegrundsarbetet.

Målsättningen för värdegrundsarbetet är att allt arbete, all planering och varje möte som utförs inom Omsorgsförvaltningens samtliga verksamhetsområden ska genomföras utifrån fastställd värdegrund med förhoppningen att värdegrundsarbetet ska leda till nöjdare brukare, ett bättre bemötande och att medarbetarna känner sig tryggare i sin yrkesroll. [Information kring värdegrundsarbetet](#) finns på intranätet.

Förslag till fortsatt arbete och förbättringar:

- Att säkerställa att antagen plan för det fortsatta arbetet följs.
- Uppföljning av kvalitets och patientsäkerhetsarbetet under 2015- analyser, resultat och förbättringsförslag.

Förebyggande hembesök



Nått måluppfyllelse

Måluppfyllelse har nåtts genom att en webbaserad enkät utformats för att statistik ska kunna visas i realtid. Under året var det 307 personer (83%) som tackade ja och fick ett förebyggande hembesök. Det utfördes 257 tum- EKG vilket resulterat i två nypuptäckta förmaksflimmer som behandlats via hjärtmottagningen. Utöver hembesöken har sex informationsträffar i samarbete med andra aktörer genomförts med information om kostens betydelse, benskörhet samt brandsäkerhet.

Omsorgsförvaltningen påbörjade under 2015 ett forskningsprojekt tillsammans med Forskningsplattformen samt övriga kommuner i nordost med syfte att ta fram ett gemensamt arbetssätt för hur förebyggande hembesök ska utformas.

Förslag till fortsatt arbete och förbättringar:

- Att andelen (%) medborgare erbjuds och tackat ja till hembesök mäts årligen efter målvärde i verksamhetsplan.

Brukarundersökningar

Socialstyrelsens nationella brukarundersökning inom äldreomsorgen visar att brukarna i Hässleholms kommun sammantaget är mer nöjda än genomsnittet i

Omsorgsförvaltningen/ Stab

riket avseende såväl hemtjänst som särskilt boende. Inom särskilt boende utmärker sig andelen positiva svar gällande bl.a. bemötande och trygghet. Avseende bemötande har andelen positiva svar ökat från 65 % till 94 %. Avseende trygghet så uttrycker 89 % att det känns tryggt att bo på äldreboendet jämfört med 54 % föregående år.

Även inom hemtjänsten har resultatet gällande bemötande och trygghet ökat markant, avseende bemötande från 77 % till 98 % och avseende trygghet från 38 % till 85%.

Kvalitetsnyckeltal enligt nationell brukarundersökning	2015	2014	2013
Brukarna om sitt äldreboende (riket inom parantes)	85 (82)	85 (83)	85 (83)
Tillräckligt med tid	75 (72)	78 (72)	68 (72)
Möjlighet påverka tider	65 (60)	61 (60)	55 (59)
Hänsyn till åsikter och önskemål	79 (79)	84 (79)	75 (79)
Bemötande	94 (94)	65 (57)	53 (58)
Trygghet	89 (89)	54 (50)	55 (51)
Trivsamma gemensamma utrymmen	67 (65)	75 (65)	71 (66)
Trivsamt utomhus	69 (67)	66 (67)	69 (67)
Maten	77(76)	80 (75)	75 (77)
Måltidsmiljö	72 (69)	75 (69)	72 (70)
Möjligheten att komma utomhus	62 (58)	60 (58)	51 (58)
Sociala aktiviteter	70 (63)	62 (63)	62 (63)
Brukarna om hemtjänsten(riket inom parantes)	92 (89)	93 (89)	91 (89)
Hemtjänst i sin helhet	92 (89)	93 (89)	91 (89)
Tillräckligt med tid	86 (82)	87 (82)	88 (82)
Möjlighet påverka tider	63 (61)	63 (61)	63 (61)
Hänsyn till åsikter och önskemål	88 (87)	89 (87)	90 (86)
Möjlighet att framföra synpunkter eller klagomål	61 (62)	61 (62)	58 (62)
Bemötande	98 (97)	77 (76)	80 (76)
Trygghet	85 (86)	38 (43)	43 (46)

Förslag till fortsatt arbete och förbättringar:

- Att handlingsplan kring åtgärder utifrån förbättringsområde upprättas och redovisas till ON en gång per år.

Behovsinventering

Ett område som lyfts fram i öppna jämförelser är om kommunerna genomför behovsinventering för personer 18 år eller äldre med psykisk funktionsnedsättningen. Enligt Socialstyrelsen genomförde 57 % av Sveriges kommuner en behovsinventering under 2013. Hässleholm kommun var en av

Omsorgsförvaltningen/ Stab

dessa som utifrån Socialstyrelsens inventeringsverktyg genomfördes en behovsinventering enligt kriterier nedan:

- Personen har väsentliga svårigheter med att utföra aktiviteter på viktiga livsområden.
- Svårigheter ska ha funnits eller kan antas komma att bestå under en längre tid.
- Svårigheterna ska vara en konsekvens av psykisk sjukdom/störning

Resultatet av behovsinventeringen ska genomföras minst vart fjärde år och användas som ett viktigt underlag för planering och utveckling av verksamhet och insatser.

Under 2014 utfördes en analys av inventeringen. Utvecklingsområde identifierades och utifrån dessa upprättades en handling- och åtgärdsplan för 2015-2016. I denna plan framgår hur olika utvecklingsområde ska hanteras.

Förslag till fortsatt arbete och förbättringar:

- Att senast 2017 utföra en ny behovsinventering
- Att via enkäter fråga hur brukare upplever sin delaktighet och inflytande i boendet.
- Att utföra inventering av vilka brukare som har en samordnad individuell plan(SIP).
- Att i samverkan med Region Skåne och kommunerna i Nordöst genomföra utbildning i SIP.

Omsorg och service av hög kvalitet

Samtliga chefer fick i början av året genomgång av uppdaterade rutiner för systematiskt förbättringsarbete.

Breda utbildningsinsatser påbörjades under 2015 för att utbilda samtlig tillsvidareanställd vårdpersonal i strukturerad bedömning av personer som förändras i sitt allmäntillstånd. I utbildningen ingår att ta parametrar som puls, blodtryck, andningsfrekvens, bedömning av vakenhetsgrad, smärtskattning med smärtskattningsskalor samt att kommunicera strukturerat för att undvika felaktig information. Utbildningsinsatserna fortgår under 2016.

Nyanställda sjuksköterskorna har under året genomgått utbildning i Beslutsstöd för sjuksköterskor där klinisk strukturerad bedömning steg 1 och överrapportering enligt SBAR ingår. Sjuksköterskor har gått instruktörsutbildning i första hjälpen och hjärt/lungräddning (HLR) för att i sin tur hålla i utbildning för vårdpersonal. Utbildningsinsatserna pågår fortlöpande. Sjuksköterskorna har under året genomgått sårvårdsutbildning samt fortsatt utbildning i förskrivning av inkontinensprodukter till de sjuksköterskor som tidigare inte utbildats.

Rehabenheten har under 2015 utformat och utbildat i ergonomi för vårdpersonalen. Arbetet fortgår under 2016. Vidare har rehabenheten under året deltagit i ett projekt gällande beslutsstöd som syftar till att bedöma och följa upp såväl förskrivning av hjälpmedel som behandling och träning. Under hösten har ett arbete påbörjats med att ta fram en webbaserad utbildning i vardagsrehabilitering.

Omsorgsförvaltningen/ Stab

Inom hemtjänsten har det under året som gått skett en del områdesförändringar för att uppnå jämnare belastning på enheterna och en bättre geografisk tillhörighet för att minska restider. Ett införande av ett gemensamt arbetssätt har påbörjats med syfte att öka kontinuiteten och ”rättssäkra” brukarnas beviljade insatser, gynna arbetsmiljön för personalen och att ekonomin ska komma i balans. Vidare har man också inlett ett arbete med att bredda införa planeringsverktyget Laps Care under hösten. Syftet med införande av Laps Care är att kvalitetssäkra insatserna och att få ett jämt i flöde planeringen som blir tydligt. Samtliga enheter har också utbildats i ”Bemanna rätt” med syfte att bemanna respektive enhet på bästa sätt och så resurseffektivt som möjligt.

Inom särskilt boende har byte av internt larmsystem med komplett trådlösa, interna trygghetslarm-anläggningar genomförts under året och färdigställs i början av 2016. Samtliga enheter, förutom Sjögläntan, har nu samma system. 30 hotelläs har installerats, fördelade på Skansenheimmet (20 st.) och Kaptensgården (10 st.) Under året gjordes upphandling avseende medicinskåps-lösningar med logg, där Skansenheimmet, Lyckåsa, Högalid och delar av Sjögläntan fick del av detta. Inom ramen för särskilda statsbidrag har särskilt boende getts möjlighet att ha två vårdhundsekipage samt inhandlat fem mekaniska gungstolar till verksamheten, som alternerar mellan enheterna. Verksamhetsområdet har numera utökats med tre nattlag, finansierade av stimulansmedel.

Inom verksamhetsområdet Funktionsnedsättning stöd och service (FSS) genomfördes under våren en utbildning i ”Tidiga tecken vid demenssjukdom” där 120 medarbetare utbildades. Utbildningsdagen handlade om praktisk hantering av kartläggningsverktyget Tidiga tecken; om åldersförändringar, kognitiv svikt och demensutveckling hos personer med intellektuella eller kognitiva funktionsnedsättningar. Utbildningen hölls av Barry Karlsson, specialist i neuropsykologi och en utav frontpersonerna inom forskning på funktionsnedsattas åldrande. Det har även genomförts en utbildning i Motiverande samtal och sammanlagt 96 medarbetare har gått utbildningen. En internutbildning i Case managementa har genomförts där även regionen och AK-förvaltningen deltagit.

Inom personlig assistans har det under våren genomförts en föreläsning med Johanna Andersson (en brukare med eget assistansbolag) som är årets frontfigur för Neuroförbundet. Ett samarbete med Neuroförbundet har startats upp och sex handledningstillfällen med olika teman har genomförts under våren, för både brukare och assistenter.

Daglig verksamhet har startat en ny verksamhet på Garnisonen, GE och FÅ. Här finns olika arbetsuppgifter där återvinning och miljötänk går som en röd tråd genom verksamheten.

Även inom FSS har gungstolar köpts in, tre stycken vilka finansierats av statliga medel.

På Myndighetskontoret har en ny teamorganisation för biståndshandläggarna inom äldreomsorgen genomförts där handläggarna indelats i större team för att minska sårbarheten vid frånvaro samt ett vårdplaneringsteam med spetskompetens för uppgiften

Förslag till fortsatt arbete och förbättringar:

Omsorgsförvaltningen/ Stab

- Att ta fram förslag på stimulansåtgärder för att öka andelen sjuksköterskor med specialistkompetens.
- Att certifieras i VO-collage i nordöstra Skåne.
- Att fastställa långsiktig utbildningsplan.
- Att fastställa rutiner för att öka andelen tillsvidareanställd personal för en ökad kvalitet genom ökad kontinuitet.

Ge barn och unga en bra start I livet

Nått måluppfyllelse

Måluppfyllelse har nåtts genom att utbildningsinsatser för ökat samarbete och förståelse mellan förvaltningarna har genomförts för rektorer, socialsekreterare samt biståndshandläggare. Gemensamma handlingsplaner är framtagna. Även utbildning i motiverande samtal har utförts i blandade grupper över förvaltningsgränserna.

Under året 2015 har samarbetet mellan tre förvaltningar – Omsorgsförvaltningen, Socialförvaltningen och Barn- och utbildningsförvaltningen – fortsatt. Under året har åtta arbetsgrupper varit aktiva. En gemensam studieresa genomfördes för att titta på ett arbetssätt där barnet och barnets behov är i centrum under uppväxten och där olika instanser samarbetar för barnets bästa från födelse till vuxen ålder. Arbetssättet har visat sig vara framgångsrikt för att upptäcka och åtgärda särskilda behov i tidigt skede. Arbetssättet har även uppmärksammats av Sveriges regering.

7. Registrering i nationella kvalitetsregister

Senior Alert

Delvis nått måluppfyllelse

Under andra halvan av 2015 har en projektanställd resursperson arbetat med fortsatt införande av Senior Alert. Årets förbättringsåtgärder med att samtliga enheter ska registrera har delvis uppnåtts.

Samtliga särskilda boende arbetar med riskbedömningar och gapet mellan personer som bedöms med risk och som fått registrerade åtgärder minskar stadigt vilket är positivt. Anledning till det låga antalet riskbedömningar i ordinärt boende är bland annat tidsåtgången och andra nödvändiga prioriteringar såsom införande av resursfördelningsmodell och att tiden prioriteras för att rekrytera vårdpersonal. Statistik från registret har presenterats regelbundet i ledningsgrupp och på chefsträffar men behöver brytas ner på enhetsnivå. Arbetssätt på detta har tagits fram under året och ingår numera i intern – och egenkontroll. Fortfarande finns det svårigheter för teamen ute att implementera arbetssättet med Senior Alert i det dagliga arbetet. En av anledningarna är att legitimerad personal, på grund av resursbrist, bortprioritera gemensamma möten.

Riskbedömningar med risk där minst en åtgärd planerats

Omsorgsförvaltningen/ Stab

År	Antal riskbedömningar där risk konstateras	Antal där minst en åtgärd planeras	Måluppfyllelse
2014	620	457	74 %
2015	710	519	73 %

Förslag till fortsatt arbete och förbättringar:

- Att antalet registrerande enheter i ordinärt boende ska öka under året.
- Att dokumenterad åtgärdsplan till personer med risk för trycksår ska öka.
- Att dokumenterad åtgärdsplan till personer med risk för fall ska öka.
- Att dokumenterad åtgärdsplan till personer med risk för undernäring ska öka.
- Att dokumenterad åtgärdsplan till personer med risk för ohälsa i munnen ska öka.
- Att legitimerad personal får utbildning i arbetssätt med riskbedömningar och hur detta kan dokumenteras i patientens journal.
- Att rutiner för återkoppling av resultat till respektive enhet tas fram.

Punktprevalensmätning (PPM) Fall och trycksår

 Delvis nått måluppfyllelse

I en satsning från Senior Alert utförs årligen mätningar vecka 11 och vecka 37. Mätningen syftar till att förebygga och minska förekomst av trycksår och fall. Målet att under året delta i PPM för fall och trycksår har delvis uppnåtts genom att fler verksamheter än tidigare deltagit. Analys av materialet påvisar att det krävs goda kunskaper i att bedöma såren och att det behöver vara samma person som utför mätningarna för att få ett tillförlitligt material. Likaså har det visat sig felkällor i registreringen i mätningen då en del enheter endast rapporterat in patienter med risker och inte samtliga vilket i sin tur leder till felkällor. För att komma tillrätta med detta har förtydligande instruktioner gått ut för att mätningarna ska bli så tillförlitliga som möjligt.

	Antal registrerade personer	Andel trycksår %	Andel personer som fallit minst 1 gång senaste 2 veckorna %
2014 v 11	67	17,9 (Medel 9,4)	19,4
2014 v 37	179	27 (Medel 7)	7 (Medel 7,5)
2015 v 11	163	18 (Medel 7,7)	10 (Medel 7,2)
2015 v 37	175	14 (Medel 7,5)	6 (Medel 7)

Omsorgsförvaltningen/ Stab

Förslag till fortsatt arbete och förbättringar:

- Att samtliga SÄBO deltar i PPM för fall och trycksår.
- Att analysera och återkoppla statistik till verksamheterna.

Rikssår



Nått måluppfyllelse

RiksSår är ett nationellt kvalitetsregister för svårårläkt sår med syfte att ge ökad livskvalitet. Detta ska uppnås genom ett strukturerat omhändertagande och kontinuitet i behandlingar som ska leda till en snabbare sårhäkning. Strävan är även smärtfrihet och minskad antibiotikabehandling. Rutiner för registrering är implementerade.

Förslag till fortsatt arbete och förbättringar:

- Att samtliga sjuksköterskor går den webbaserade utbildningen PUCLAS för klassificering av trycksår.
- Att rutiner för återkoppling till verksamheten tas fram.

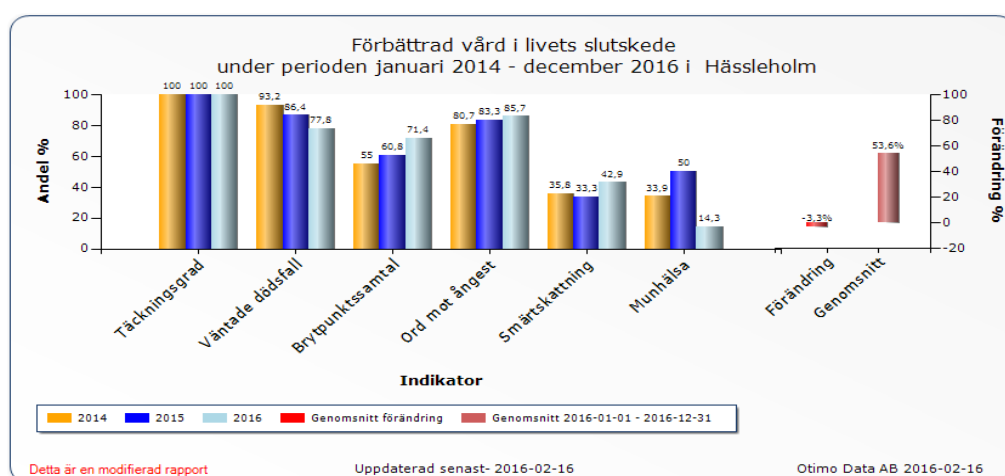
Svenska palliativ registret



Delvis nått måluppfyllelse

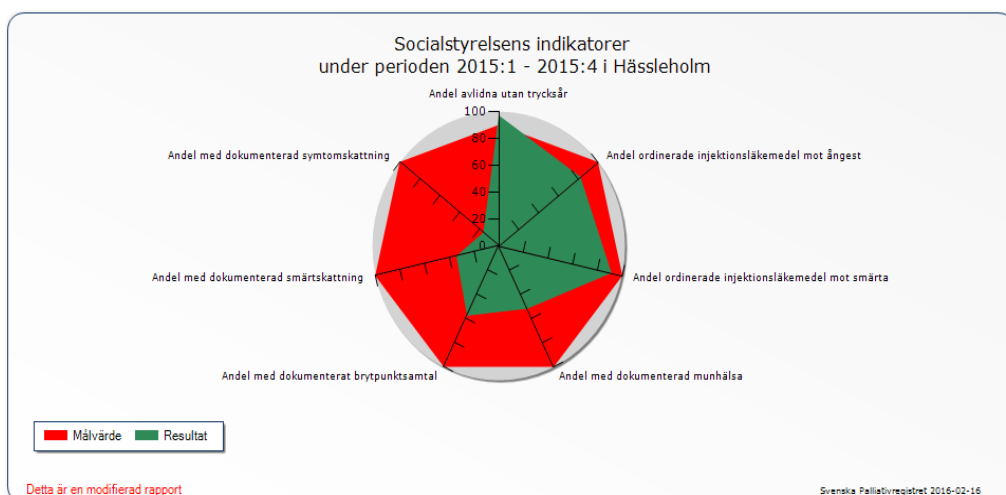
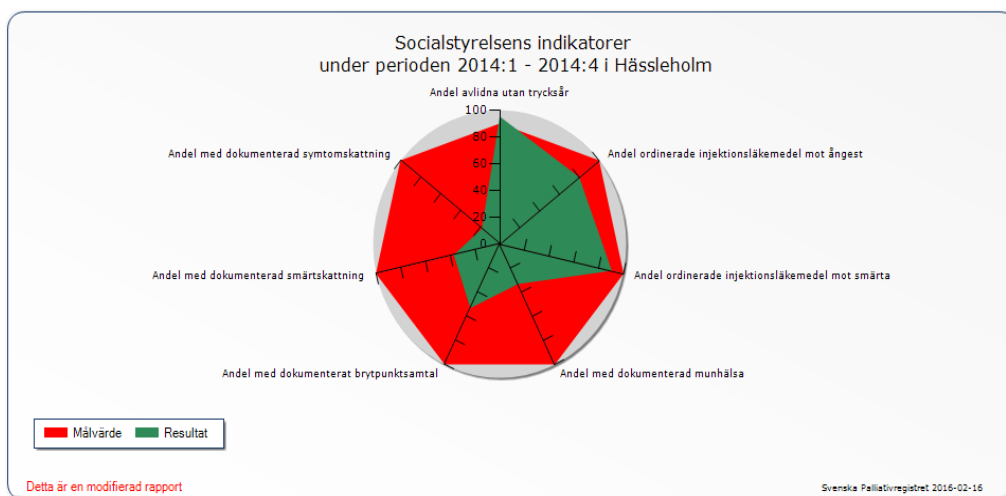
Målen att uppnå en god smärtlindring genom att strukturerad smärtskattning med hjälp av smärtskattningsinstrumenten VAS eller Abbey Pain Scale har delvis nått måluppfyllelse. Antalet dokumenterade skattningar har ökat under 2015 men målet att vara lika hög som andelen personer som fått ordinerat smärtstillande uppnås inte varav målet kvarstår. Ett fåtal verksamheter har involverat vårdpersonal att smärtskatta med strukturerade smärtskattningsinstrument. Målen kvarstår därför under året.

Socialstyrelsen har i samverkan med Sveriges Kommuner och Landsting (SKL), tagit fram ett antal nationella kvalitetsindikatorer för uppföljning på nationell nivå. Redovisas i tabellen nedan. I denna mätning tas även registreringar utförda under 2016 med.



Omsorgsförvaltningen/ Stab

Enligt mätningar från Palliativregistret 2015 har andelen som avlider utan trycksår ökat, likaså andelen brytpunktssamtal samt andelen utförda munhalsbedömningar. Redovisas i spindeldiagrammen Övriga indikatorer är i princip oförändrade.



Statistik från Palliativregistrets utdataporta

Vid analys av statistiken skiljer sig mätningarna åt. Sammanställningar i kvalitetsportalen visar att samtliga parametrar ökar medan palliativregistret visar ökning i tre av sex. Oavsett finns mer kvar att önska för att ge god vård av kvalitet i livets slutskede.

Förslag till fortsatt arbete och förbättringar:

- Att samtliga sjuksköterskor använder ”Checklista vid vård i livets slut”.
- Att vårdpersonal använder ”checklista för vårdpersonal vid vård i livets slut”.
- Att andelen som smärtskattas med hjälp av smärtskattningsinstrumenten VAS eller Abbey Pain Scale ska vara lika hög som andelen personer som fått ordinerat smärtstillande.

Omsorgsförvaltningen/ Stab

- Att samtliga skattningar ska dokumenteras i hälso- och sjukvårdsjournalen.
- Att öka andelen brytpunktssamtal.
- Att öka andelen munhälsobedömningar vid palliativ vård.
- Att se ut och implementera ett vedertaget instrument för att skatta symtom som oro, ångest och illamående.

BPSD - registret



Nått måluppfyllelse

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 för ge ökad livskvalitet.

Målet att öka antalen registreringar har uppfyllts då 393 registreringar utfördes i BPSD registret mot 139 registreringar 2014. Demenssjuksköterska har hållit två träffar med BPSD-administratörer under året och finns alltid tillgänglig för handledning när behov finns.

Sjuksköterskor har fått utbildning i BPSD under året men stor omsättning har gjort att arbetet fortsätter under 2016.

Förslag till fortsatt arbete och förbättringar:

- Att efter kvalitetsindikatorerna i BPSD registret arbeta med bemötandeplaner.

8. Kvalitetsarbete inom vård och omsorg

Demensvård av hög kvalitet



Nått måluppfyllelse

I samarbete med Flexvux anordnades en 100 poängsutbildning på gymnasienivå i demenskunskap som 24 medarbetare erbjuds att gå vilka 23 genomförde och avslutade med godkänt betyg.

Under året har stora delar av vårdpersonalen inom omsorgsförvaltningen genomfört webb utbildningarna Demens ABC och Demens ABC+ från Svenskt demenscentrum. Inventering på hur många är under sammanställning.

Vårdpersonal som arbetar på gruppboende inom FSS har förutom Demens ABC utbildats i Tidiga tecken, ett kartläggningsverktyg för att upptäcka tidiga tecken på försämrade funktioner och sjukdom hos vuxna personer med utvecklingsstörning.

Egenkontrollpunkter gällande demensvård av kvalitet är framtagna.

Förslag till fortsatt arbete och förbättringar:

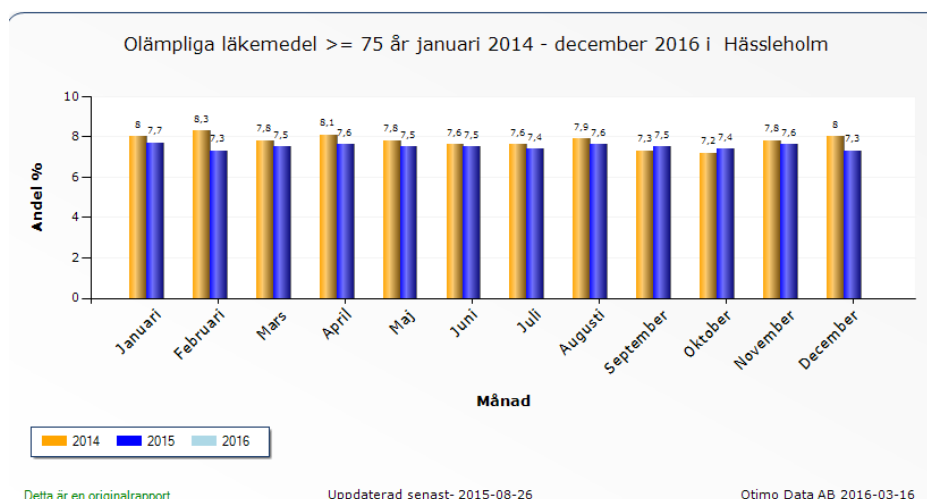
Omsorgsförvaltningen/ Stab

- Att demenssjuksköterska i samråd med enhetschefer och sjuksköterskor kartlägger behovet av kunskaper inom kognitiv svikt för att möta uppdragen inom området.
- Att uppmärksamma eventuell smärta hos personer med nedsatta kognitiva funktioner genom systematisk smärtskattning med Abbey Pain Scale.

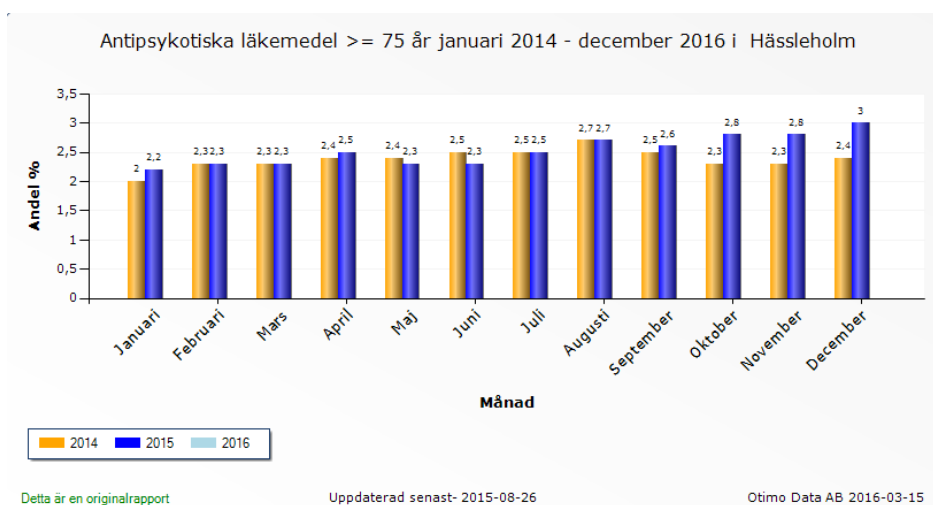
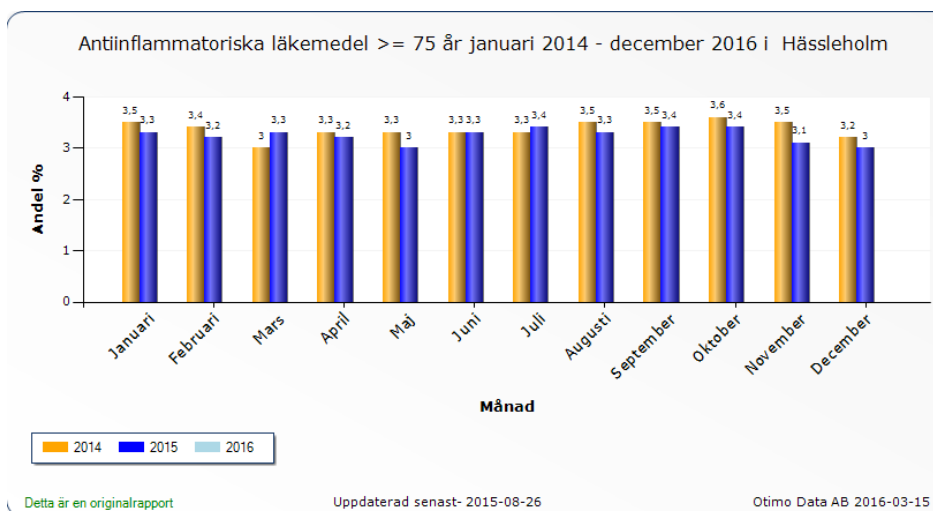
God läkemedelsbehandling för äldre

Ett av områdena i satsningen från staten är god läkemedelsbehandling för äldre. Tre indikatorer följs upp inom området: Andel som har potentiellt olämpliga läkemedel (benzodiazepiner, antikolinergika), andel som har läkemedel mot psykos samt andel som har antiinflammatoriska läkemedel (NSAID).

Det har under året skett en minskning av samtliga olämpliga preparat och antiinflammatoriska läkemedel medan antipsykotiska läkemedel har ökat. Förskrivning av dessa läkemedel är på läkarnivå. Det verksamheterna kan göra för att bidra till att minska olämpliga läkemedel är att vara uppmärksam på personer som är ordinerade många eller olämpliga läkemedel och initiera läkemedelsgenomgångar där behov finns.



Omsorgsförvaltningen/ Stab



Statistik från [Kvalitetsportalen](#)

Förslag till fortsatt arbete och förbättringar:

- Att fortsätta ett aktivt engagemang och deltagande i samarbetet över vårdgivargränserna för att öka antalen tvärprofessionella läkemedelsgenomgångar.

Läkemedelsgenomgångar



Nått målpuppfyllelse

Målet att utöka andelen patienter som fått läkemedelsgenomgång har uppnåtts. Från 76 registreringar i hälso- och sjukvårdsjournalerna 2014 till 261 registreringar 2015. Statistik från primärvården visar att 481 läkemedelsgenomgångar har genomförts på personer som fyllt 65 år. Genomgångarna är fördelade på sex vårdcentraler som ansvarar för särskilda boende samt 51 personer med hemsjukvård i ordinärt boende.

Förslag till fortsatt arbete och förbättringar:

- Att fortsätta ett aktivt engagemang och deltagande i samarbetet över vårdgivargränserna för att öka antalen tvärprofessionella läkemedelsgenomgångar.

Omsorgsförvaltningen/ Stab

Extern granskning av läkemedelshantering

 Nått måluppfyllelse

Samtliga förslag till förbättringar genomfördes under året. Läkemedelsrutin uppdaterades tillsammans med utsedda sjuksköterskor samt apotekare, granskningarna utgick sedan från rutin. Vid granskningarna deltog i möjligaste mån sjuksköterskor enhetschefer samt vårdpersonal. Vid avsteg från rutin upprättades handlings- och tidsplaner som sedan redovisades till ansvarig enhetschef. Samtliga 11 särskilda boende och 11 hemsjukvårdsområde granskades. Nyckelrutin för vårdpersonal som hanterar läkemedel uppdaterades tillsammans med utsedda enhetschefer för särskilt boende.

Förslag till fortsatt arbete och förbättringar:

- Att rutin för läkemedelshantering görs känd till vårdpersonal som hanterar läkemedel genom att rutinen ingår att läsa delegeringsförfarandet.

Delegering

 Delvis nått måluppfyllelse

Rutiner för att webbaserad utbildning i läkemedelshantering har tagits fram för såväl nydelegerade som till dem som ska förnya sin delegering. Checklista för strukturerad kontroll av praktiska moment för administrering av läkemedel och insulin har tagits fram. Egenkontrollpunkter gällande antalet delegeringar/antal legitimerad är framtagna. Målet att försöka hitta hållbara strategier för att minska antalet personer med delegerade arbetsuppgifter har inte genomförts. Däremot visar statistik en på att antalet delegeringar trots detta minskat under 2015 vilket är positivt.

Delegeringar är fortsatt ojämnt fördelade bland de legitimerade. Detta leder till att vissa sjuksköterskor har ett för stort antal delegeringar att följa upp och förnya. Kvaliteten då en delegering ska förnyas påverkas vilket blev påtagligt då checklistorna presenterades. För att upprätthålla god kvalitet behöver verksamheterna arbeta lika.

Typ av delegering	2014	2015
Administrera läkemedel	2609	2019 (30,6 per ssk)
- återkallade	10	15
Insulingivning	1147	852 (13 per ssk)
- återkallade	5	8

Anledning till återkallade delegeringar gällande läkemedel var sex på grund av brister i kompetens, tre på grund av att ordinationen inte följts och sex för att

Omsorgsförvaltningen/ Stab

befintliga rutiner ej följts. Gällande insulin återkallades fem på grund av bristande kompetens och en för att ordinationen inte följts samt två som inte följt befintliga rutiner.

Eftersom IT utfört gallringar i delegeringsmodulen under 2015 kan antalet delegeringar varit högre. Personer som inte längre är anställda i förvaltningen har gallrats bort.

Förslag till fortsatt arbete och förbättringar:

- Att ta fram hållbara strategier för att minska antalet personer som administrerar läkemedel.
- Att implementera nytt arbetssätt med webbutbildningar.
- Att implementera nytt arbetssätt med checklistor.
- Att kartlägga antalet delegeringar/legitimerad och göra tydliga områdesindelningar för att få jämn fördelning.

Nutrition

 Nått måluppfyllelse

Måluppfyllelse har nåtts genom att rutiner för tillämpning av SOSFS 2014:10 förebyggande och behandling av undernäring har tagits fram för samtliga verksamheter. Tvärprofessionella kostombudsträffar har implementerats inom äldreomsorgen och även påbörjats inom FSS för att på så få klarhet i vilka behov av kostkunskaper verksamheten behöver och utbilda efter dessa. Resultatet från nattfastan har kontinuerligt återrapporterats till verksamheterna med information om vikten av kort nattfasta och förslag för att minska denna. Samtidigt informerades om goda exempel.

Vidare har dietist utbildat samtliga legitimerade i fallpreventiv kost. Sjuksköterskorna fått utbildning i diabetes, nutritionens roll inom vården, kosttillskott, sväljsvårigheter och förvaltningens rutiner som berör kosten. Vårdpersonal på särskilt boende har fått utbildning om nattfasta.

Förslag till fortsatt arbete och förbättringar:

- Att implementera och följa upp rutiner för tillämpning av SOSFS 2014:10.
- Att utbilda kostombud och implementera kostombudsträffar inom FSS.
- Att ta fram rutin för hantering av specialkost.
- Att uppdatera och rensa bland rutiner på intranätet.
- Att varje enhet tar fram en handlingsplan för att förbättra resultatet vid mätning av nattfasta.

Vårdhygien

 Nått måluppfyllelse

Måluppfyllse har uppnåtts genom att sjuksköterska i förvaltningen har hållit utbildning i basala hygienrutiner och gällande klädregler. Information har gått ut om att webbaserad utbildning Basalt såklart länkas från rutinerna i hälso- och sjukvårdshandboken. I framtiden webbaserad introduktionsutbildning för

Omsorgsförvaltningen/ Stab

nyanställda finns även med ett avsnitt gällande basala hygienrutiner. Egenkontrollpunkter gällande följsamhet till basala hygienrutiner är framtagna.

Vid ett tillfälle på två områden har multiresistenta bakterier påträffats och smittspårning enligt gällande lagstiftning utförts. Medicinskt ansvarig sjuksköterska har i dessa verksamheter informerat om multiresistenta bakterier och basala hygienrutiner.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska har i ledningsgrupp informerat om skärpta hygienkrav från Socialstyrelsen som börjar gälla 2016-01-01. Utifrån nya föreskriften från [SOSFS 2015:10](#). Basal hygien i vård och omsorg har en arbetsgrupp tittat på avtal gällande arbetskläder inom FSS.

Förslag till fortsatt arbete och förbättringar:

- Att sjuksköterska i förvaltningen fortsätter utbilda i basala hygienrutiner och gällande klädregler vid patientnära arbete inom ordinärt boende och FSS.
- Att tillsammans med vårdhygien påbörja hygienronder på särskilt boende.

Punktprevalensmätning (PPM) basala hygienrutiner och klädregler



Ej nått måluppfyllelse

Mätningarna sker i sammanlagt sju steg, fyra gällande basala hygienrutiner och tre gällande klädregler. Det finns mycket att önska gällande följsamheten till hygienrutinerna medan följsamheten till klädreglerna visade något bättre resultat.

Deltagande i PPM har inte genomförts under året på grund av att medicinskt ansvarig sjuksköterska, ansvarig för att initiera mätningarna, förbisåg veckan då mätningarna genomfördes.

Förslag till fortsatt arbete och förbättringar:

- Att öka följsamheten till basala hygienrutiner i förhållande till 2014 års mätning.

Munhälsa



Nått måluppfyllelse

Måluppfyllelse har nåtts genom att antalet utförda munhälsobedömningar registrerade i Senior Alert har ökat under året. Information om rutin för munvård och tandhälsa är känd framför allt på särskilda boende.

Omsorgsförvaltningen/ Stab

Månad	JAN14	FEB14	MAR14	APR14	MAJ14	JUN14	JUL14	AUG14	SEP14	OKT14	NOV14	DEC14	Total	
Hässleholms kommun	Antal riskbedömningar totalt av munhälsa	30	21	66	55	70	22	9	19	112	68	70	48	590
	Antal riskbedömningar med ROAG-J	28	21	66	55	70	22	9	18	112	68	69	47	585
	Antal riskbedömningar med ROAG-J som ej har risk	10	12	34	23	32	14	2	10	58	37	32	21	285
	Antal bedömningar där ROAG-J ej går att göra men risk föreligger	2	.	.	.	.	.	.	1	.	.	1	1	5
	Antal riskbedömningar med ROAG-J och bedömningar utan ROAG-J där risk för ohälsa i munnen föreligger	20	9	32	32	38	8	7	9	54	31	38	27	305
	Antal 2:or i ROAG-J	40	20	49	54	76	7	11	10	102	51	81	41	542
	Antal 3:or i ROAG-J	14	8	10	14	19	4	3	2	20	14	10	20	138
	Antal riskbedömningar med minst en planerad åtgärd	10	8	17	29	32	6	4	6	38	25	36	19	230

Månad	JAN15	FEB15	MAR15	APR15	MAJ15	JUN15	JUL15	AUG15	SEP15	OKT15	NOV15	DEC15	Total	
Hässleholms kommun	Antal riskbedömningar totalt av munhälsa	44	83	79	50	65	51	3	32	162	87	54	57	767
	Antal riskbedömningar med ROAG-J	42	83	78	50	65	51	3	32	161	82	52	57	756
	Antal riskbedömningar med ROAG-J som ej har risk	25	39	41	21	31	28	2	16	75	48	26	35	387
	Antal bedömningar där ROAG-J ej går att göra men risk föreligger	2	.	1	.	.	.	.	.	1	5	2	.	11
	Antal riskbedömningar med ROAG-J och bedömningar utan ROAG-J där risk för ohälsa i munnen föreligger	19	44	38	29	34	23	1	16	87	39	28	22	380
	Antal 2:or i ROAG-J	26	60	61	46	68	37	3	27	147	48	52	32	607
	Antal 3:or i ROAG-J	4	26	23	9	17	7	0	6	33	10	11	8	154
	Antal riskbedömningar med minst en planerad åtgärd	16	34	26	26	31	22	1	15	58	38	19	16	302

Statistik från Senior Alert

Förslag till fortsatt arbete och förbättringar:

- Att fortsätta öka antalet riskbedömning och åtgärder av munhälsan i Senior Alert samt till patienter som vårdas i livets slutskede på alla enheter.
- Att andelen personer bedömda med risk för ohälsa i munnen får en dokumenterad åtgärdsplan.
- Att implementera uppdaterad riktlinje för munvård och tandhälsa bland annat för att patienter i ordinärtboende samt inom FSS som har rätt till uppsökande verksamhet erbjuds detta enligt gällande rutin.

Omsorgsförvaltningen/ Stab

Postadress: Löjtnant Granlundsväg 14, 281 52 Hässleholm Besöksadress: Löjtnant Granlundsväg 14 Telefon: 0451-26 70 00
E-post: kommunen@hassleholm.se Bankgiro: 866-3494 Org. nr: 212000-0985 Webb: www.hassleholm.se

Rehabilitering

 Delvis nått måluppfyllelse

Måluppfyllelse har delvis uppnåtts genom att arbete med att ta fram nyckeltal i syfte att ta fram en resursfördelningsmodell har påbörjats. Dels har ett statistikunderlag utformats. Gruppen har även försökt hitta kopplingar mellan rehabenhetens insatser och beviljade hemtjänstinsatser. Uppstart gällande ergonomiundervisning skedde under hösten med syfte att säkerställa att all tillsvidareanställd vårdpersonal ska genomgå undervisning i förflyttningsteknik. 439 personer utbildades under året.

Rehabenheten har under 2015 deltagit i KFSK projekt Beslutstöd. Ett projekt som syftar till att systematiskt bedöma behovet av våra insatser, främst vad avser hjälpmedel, men även behandling/träning.

Förslag till fortsatt arbete och förbättringar:

- Att färdigställa och implementera webbutbildning för vardagsrehabiliterande förhållningssätt.
- Att anpassa och implementera beslutstödet efter verksamheten för att systematiskt bedöma behovet av insatser. Samarbete med övriga kommuner i nordost planeras.
- Att 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.

Hjälpmedel

 Delvis nått måluppfyllelse

Målet att identifiera hjälpmedel som inte är individuellt förskrivna för att säkerställa rutiner för periodiskt underhåll och kontroller har påbörjats och visat sig vara tidskrävande varav målet pågår även under 2016. Målet att öka kunskapen hos vårdpersonal kring hjälpmedel och dess hantering genom ergonomiutbildning har genomförts. Målet kvarstår dock då handhavande fel fortfarande är den största negativa händelsen gällande medicinsktekniska produkter.

Förslag till fortsatt arbete och förbättringar:

- Att identifiera hjälpmedel om det finns hjälpmedel som inte är individuellt förskrivna och på dessa säkerställa rutiner för periodiskt underhåll och kontroller.
- Att öka kunskapen hos vårdpersonalen kring hjälpmedel och dess hantering.
- Att utreda möjligheten för lyftkörkort.

9. Dokumentation

Hälso- och sjukvård

 Nått måluppfyllelse

Omsorgsförvaltningen/ Stab

Måluppfyllelse har nåtts genom att mall för dokumentationsgranskning är fastställd i egenkontroll samt till verksamhetsuppföljningar. Vidare finns i rutinerna för dokumentation mall för legitimerade som systematiskt vill se över journaler inom sitt ansvarsområde.

Fyrtioalet journaler inom hälso- och sjukvården har systematiskt granskats av medicinskt ansvarig sjuksköterska. Därutöver har journaler granskats vid utredning av vårdskada eller annan händelse. Vidare visar utredningar som gjorts att dokumentationen över lag är bristfällig för att följa en röd tråd genom journalen.

Förslag till fortsatt arbete och förbättringar:

- Att dokumentationsgrupp tillsammans med EC HSL och MAS ser över sökord och frastexter i verksamhetssystemet för att underlätta dokumentation.

Vårdplan/rehabplan



Delvis nått måluppfyllelse

Måluppfyllelse har delvis uppnåtts genom att kontrollpunkt gällande vårdplaner finns med i egenkontroll.

Rehabplaner och vårdplaner finns i större utsträckning. Målet för 2015 att befintliga arbetsgrupper för dokumentation får i uppdrag att utforma standardiserade vårdplaner har delvis genomförts. Arbetet kommer fortsätta under året. Resultat vid dokumentationsgranskning påvisar en osäkerhet kring att skriva vårdplaner. Förvirring råder över begreppen i förhållande till omvårdnadsplaner, omvårdnadsdiagnos, vårdplaner osv

Förslag till fortsatt arbete och förbättringar:

- Att erbjuda legitimerad personal utbildning i att utforma vårdplaner/rehabplaner
- Att befintliga arbetsgrupp för dokumentation får i uppdrag att fortsätta ta fram standardiserade vårdplaner.
- Att öka andelen vårdplaner/rehabplaner till patienter med omfattande insatser.

Digital “att göra lista”



Delvis nått måluppfyllelse

Måluppfyllelse har delvis uppnåtts genom att samtliga sjuksköterskor använder och har implementerat ”Att göra lista” vars funktion visar sig ge ett bra stöd och ökad patientsäkerhet i det dagliga arbetet, då insatser och ordinationer knyts till kalendern och antalet missade ärende minimeras. Speciellt vid sjukdom och stor personalomsättning och då arbete utförs på mer än ett område. Vid kontroll av listorna visar det sig att de används olika och inte alla knyter ordinationer till varje patient.

Omsorgsförvaltningen/ Stab

Endast enstaka område inom rehabenheten har tagit till sig av arbetssättet varav målet kvarstår under 2016.

Förslag till fortsatt arbete och förbättringar:

- Att införa ”att göra listan” inom samtliga verksamhetsområde för rehabenheten.
- Att se över rutinerna så att samtliga sjuksköterskor använder Att göra listan likartat.

SOL/LSS Genomförandeplan



Delvis nått måluppfyllelse

Måluppfyllelse har delvis uppnåtts genom att uppföljning av genomförandeplanerna sker i fastställd mall i egenkontrollerna där även kvaliteten på genomförandeplanerna ingår. Att handlingsplaner ska upprättas i de verksamheter som inte uppnår måluppfyllelse ingår i egenkontrollen.

Genomförd internkontroll nådde dock inte riktigt upp till målvärdet. I mars visade kontrollerna att 84 % av brukarna inom särskilt boende hade en aktuell genomförandeplan, i oktober var siffran 83 %. Inom hemtjänst var siffran 67 % i maj och 64 % i september. Inom FSS var motsvarande siffror 81 % i mars och 77 % i oktober. Målet inom samtliga verksamhetsområden var att 90 % av brukarna skulle ha en aktuell plan.

Inom hemtjänsten har man under perioder haft stora problem med bemanning vilket kan ha påverkat resultaten. Beslut har fattats att genomförandeplaner inte längre ska upprättas på de brukare som enbart har trygghetslarm och/eller matdistribution. Inom FSS har bedömningen gjorts att det inte är ett realistiskt mål att 90 % av brukarna med neuropsykiatrisk problematik ska ha aktuell genomförandeplan, 80 % är ett mer realistiskt mål avseende denna målgrupp.

Intern kontroll avseende kvaliteten i genomförandeplanerna har genomförts under året.

Genomförandeplanerna är av varierande kvalitet, ofta framgår det inte på vilket sätt brukaren varit delaktig i upprättandet av planen och i en del fall förefaller målen inte vara brukarens. Genomförandeplanerna är detaljerade i skiftande grad och är tämligen ofta för övergripande för att medarbetarna ska kunna utföra sitt arbete efter genomförandeplanen.

Endast verksamhetsområdet FSS har genomfört internkontroll avseende om genomförandeplan upprättas inom tre veckor efter påbörjad insats, resultatet var tämligen lågt; endast 23 % av brukarna hade upprättad genomförandeplan inom tre veckor.

Förslag till fortsatt arbete och förbättringar:

- Att i egenkontroll kontrollera andelen aktuella genomförandeplaner i med målet att 90 % skall vara aktuella, 80 % inom verksamheter inom FSS som riktar sig mot personer med neuropsykiatrisk problematik.

Omsorgsförvaltningen/ Stab

- Att i egenkontroll kontrollera kvalitén på genomförande-planer efter fastställd mall.

10. IT

Säkerhetskontroll via loggning



Delvis nått måluppfyllelse

Under året togs loggkontroller enligt gällande riktlinje fram till 150530. Vid utvärdering av gällande rutin för loggar framkom att arbets sättet var tungarbetet i förhållande till resultatet. Under andra halvan av året genomfördes olika sätt att logga som grund för en ny rutin. Under året har loggar tagits vid misstanke om brott eller då ansvarig chef/mas/kvalitetsutvecklare varit i behov av loggkontroller i en utredning. Samtliga kontroller under året påvisade inget avvikande.

Förslag till fortsatt arbete och förbättringar:

- Att ta fram ny rutin för kontroll av loggar.

E-hälsa



Nått måluppfyllelse

Under 2015 har nationell patientöversikt – NPÖ blivit ett arbetsredskap för sjuksköterskorna inom förvaltningen och målet att öka användningen har uppfyllts. Verksamheterna är konsumenter till NPÖ det vill säga kan få tillgång till delar av Region Skånes journalsystem. Målet är att omsorgsförvaltningen även ska kunna producera information till NPÖ från hälso- och sjukvårdsjournalen.

Vidare under året har en analys av mobil hemtjänst, lifecare utförts. Resultatet blev en ny rutin med nystart av verktyget med målet att tydliggöra och mäta de insatser som utförs i den enskildes hem.

Förslag till fortsatt arbete och förbättringar:

- Att öka användningen av NPÖ, Nationell Patient Översikt.
- Att införa phonirol till legitimerad personal.
- Att utvärdera så att samtliga verksamheter använder phonirol.

11. Systematiskt förbättringsarbete

Risk- och händelseanalys



Delvis nått måluppfyllelse

Kvalitetsutvecklare och MAS har utfört händelseanalyser vid samtliga Lex Sara och Lex Maria utredningar som skickats vidare till IVO. Händelseanalysteam har haft uppdraget att utföra två händelseanalyser vid större ärende som föranledde en verksamhetstillsyn. Ärende två ledde till samverkan med primärvård samt uppdatering av rutiner och information i sjuksköterskegruppen. Behovet av en utbildning Risk- och händelseanalys kvarstår. Anledningen till att den inte utförts

Omsorgsförvaltningen/ Stab

är bland annat vakanta tjänster och rekryteringar på tjänsterna till kvalitetsutvecklare som ska ingå i utbildningen.

Riskanalyser utförs inte lika frekvent lokalt i det dagliga vård och omsorgsarbetet. Fortfarande finns förbättringsområden gällande hantering av händelser i verksamheterna där teamen ska utreda tillsammans. Rutiner för systematiskt förbättringsarbete har uppdaterats under året.

Förslag till fortsatt arbete och förbättringar:

- Att utbilda riskanalysledarna i att utföra händelseanalyser för att stärka kunskaperna i mer omfattande utredningar.
- Att under året ta fram händelseprocess, utifrån denna uppdatera rutin och checklistor samt utbilda nyckelpersoner i processen.

Intern kontroll

 Nått måluppfylles

Måluppfyllelse har uppnåtts genom att en tvärprofessionell arbetsgrupp tagit fram arbetssätt och rutiner med tydlig kontrollplan. Sammankallande och huvudansvarig för arbetet är utsedd. Arbetet med internkontroll är utvecklat tillsammans med de personer som arbetar med egenkontroll för att undvika dubbelarbete. Även arbetet med risk- och väsentlighetsanalyserna har utvecklats och utförs i arbetsgruppen.

Förslag till fortsatt arbete och förbättringar:

- Att sammankallande för internkontroll har regelbundna uppföljningar under året så att tidsplan för kontrollmoment hålls.

Egenkontroll

 Nått måluppfyllelse

Måluppfyllelse har nåtts genom att rutiner för egenkontroll, uppföljning och återkoppling har tagits fram i samarbete med arbetsgrupp för internkontroll. 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. Även rutin för verksamhetsuppföljningar har tagits fram.

Förslag till fortsatt arbete och förbättringar:

- Att implementera egenkontrollsprogrammet samt återkoppla till verksamheterna.
- Att utveckla egenkontrollen genom integrering i ensolution verksamhetssystem för systematiskt förbättringsarbete.

Tillsynsbesök I verksamheterna

 Nått måluppfyllelse

Omsorgsförvaltningen/ Stab

Under året antogs en rutin och årsplan för hur tillsyner skulle genomföras, denna har dock reviderats utifrån de synpunkter som framförts avseende genomförandet av tillsyner. Under året har fyra tillsyner genomförts i egenregi, på Björkhaga, Kaptensgården, Stöttecenter samt en natttillsyn. Resultatet från tillsynerna har rapporterats i separata rapporter vilka delgivits ledningsgruppen och respektive enhetschef som har uppdraget att arbeta vidare med resultatet i verksamheten. Genomförda verksamhetstillsyner visar välskötta verksamheter med ett fåtal brister, i huvudsak inom dokumentation. En tillsyn utfördes på Solgården med fokus på hälso- och sjukvården efter inkomna synpunkter och klagomål. Bland annat utfördes tillsyn av dokumentation, läkemedelshantering, bedömningar och vidtagna åtgärder. Förbättringsområden fanns inom samtliga områden. Även brister i samarbete med primärvård och ansvarig läkare kunde ses. Ansvarig chef har vidtagit förbättringsåtgärder. Samverkan med primärvården är inplanerad för att förhindra se över samverkansformerna. Målet för året var fem tillsynsbesök.

På Finja barn- och ungdomsboende utförde IVO tillsynsbesök. Bristerna gällande hälso- och sjukvården var påtagliga då bland annat ansvarig sjuksköterska inte fanns riktad till verksamheten samt att det fanns brister i läkemedelshantering och i hur egenvården utfördes. Under året vidtogs åtgärder i form av att boendet tilldelades ansvarig sjuksköterska, rutin för egenvårdsbedömning med där tillhörande blankett togs fram. Myndighetskontoret såg över sina rutiner för att redan i utredningsförfarandet ta med hälso- och sjukvårdsinsatser. Översyn av journaler gjordes. Ansvarsfrågan gällande läkemedel förtydligades. Samverkansmöte med barn- och vuxenpsykiatri utfördes. Sista uppföljningsbesöket utfördes av IVO2016-02-03 då ärendet avslutades och tillräckliga åtgärder vidtagits för att garantera ungdomarna hälso- och sjukvård av god kvalitet.

Förslag till fortsatt arbete och förbättringar:

- Att implementera ny rutin för verksamhetsuppföljningar.
- Att ta fram webbaserad mall för tillsynsbesök.
- Att utföra tolv verksamhetsuppföljningar efter mål i verksamhetsplan.
- Att resultaten från IVOs tillsyn implementeras i samtliga verksamheter inom FSS.

Avvikelse/händelser



Nått måluppfyllelse

Måluppfyllelse har nåtts genom att en översyn av verksamhetssystemet som hanterar avvikelser har utförts. Händelseprocess och rutiner har setts över för att vara övergripande oavsett lagrum. Egenkontrollpunkter gällande hur verksamheterna arbetar med avvikelser har tagits fram.

Fortfarande råder osäkerheten kring vem som ska ta emot händelser samt utredningsförfarandet. Systematik och teamets samarbete saknas många gånger. Antalet registrerade avvikelser ligger på ungefär samma antal som föregående års. Under året togs en rutin fram där samtliga anställda fick en förklaring till vad rapporteringsskyldigheten innebär vilket kvitterats med underskrift.

Omsorgsförvaltningen/ Stab

Fortfarande tar det emot för många att rapportera händelser då upplevelsen är att en kollega anmäls. Fokus måste vara att en händelse rapporteras utifrån ett patienten/brukarperspektiv för att förhindra en vårdskada. Systematisk utredningen av händelseförloppet ska ge underlag för beslut om förebyggande åtgärder där det centrala är att samma händelse inte ska uppstå igen. Utförs detta på rätt sätt i förvaltningens olika nivåer borde antalet avvikelser eller negativa händelser minska.

Statistik avvikelsemodul Procapita

Avvikelse	2011	2012	2013	2014	2015
Fallrapporter	2373	2767	2705	2616	2418
Läkemedelshantering	877	1094	1136	1412	1407
Medicinsk tekniska produkter	1	19	24	31	22
Speciell omvårdnad	1	17	22	26	19
Träning/behandling, rehab	42	7	12	8	22
Fel och brist	223	399	313	360	433

Förslag till fortsatt arbete och förbättringar:

- Att byta namn på avvikelser till händelser.
- Att utbilda i de förändringar som utförts i verksamhetssystemet för att förenkla hanteringen av avvikelser.
- Att utbilda i händelseprocess och tillhörande rutiner.
- Att genomföra egenkontroll gällande följsamhet till systematiskt förbättringsarbete efter förutbestämt års-hjul.

Fallrapporter



Delvis nått måluppfyllelse

Mål att minska antalet fall genom att öka förebyggande arbete med riskbedömningar, åtgärder och uppföljningar i Senior Alert har uppfyllts genom att fler registreringar sker i registret och att andelen registrerade fall har fortsatt att minska. Möjligheten att erbjuda fixartjänst genom HTAB har införlivats. Specifik person som kunnat arbeta mer med fall och fallprevention har inte uppfyllts.

Anledningen till detta är att rehabenheten haft svårigheter att rekrytera personal. Möjligheten att erbjuda höftskyddsbyxa till riskpersoner har inte utretts. Målen kvarstår därmed. Även om fallen har minskat något behövs ett krafttag med fallprevention.

Omsorgsförvaltningen/ Stab

SABO 2014, 2015 statistik registrerade fall i Procapita samt

registrering av riskbedömningar i Senior Alert

Enhet/ antal patienter	2014 Antal registrerade fall i Procapita	2014 Medel antal fall/person	2014 Antal riskbedömningar i Senior Alert/antal avd	2015 Antal registrerade fall i Procapita	2015 Medel antal fall/person	2015 Antal registreringar i Senior Alert/antal avd
<u>Högalid / 67</u>	160	2,4	49/6	130 ↓	1,9 ↓	89/6 ↑
<u>Ehrenborg/33</u>	95	2,9	2/1	89 ↓	2,7 ↓	13/1 ↑
<u>Ekegården/40</u>	184	4,6	79/4	124 ↓	3,1 ↓	88/4 ↑
<u>Kaptensgården/50</u>	170	3,4	58/5	131 ↓	2,62 ↓	74/5 ↑
<u>Solgården/39</u>	107	2,7	69/4	125 ↓	3,2 ↓	88/4 ↑
<u>Sjögläntan/46</u>	111	2,4	89/5	122 ↓	2,7 ↓	89/5 ↔
<u>Nybo/49</u>	72	1,5	100/4	98 ↓	2,0 ↓	76/4 ↓
<u>Björkhaga/46</u>	158	3,4	42/5	156 ↓	3,3 ↓	64/5 ↑
<u>Lyckåsa/30</u>	84	2,8	78/3	82 ↓	2,7 ↓	42/3 ↓
<u>Skansenhemmet/20</u>	37	1,9	16/1	48 ↓	2,4 ↓	22/1 ↑
<u>Hemgården /80</u>	272	3,4	34/7	293 ↓	3,7 ↓	62/7 ↑
Totalt:	1450		616	1398 ↓		647 ↑

Statistik från Senior Alert är taget 2016-03-04 samt 2016-03-07 från administrativ rapport

Omsorgsförvaltningen/ Stab

Postadress: Löjtnant Granlundsväg 14, 281 52 Hässleholm Besöksadress: Löjtnant Granlundsväg 14 Telefon: 0451-26 70 00
E-post: kommunen@hassleholm.se Bankgiro: 866-3494 Org. nr: 212000-0985 Webb: www.hassleholm.se

ORDBO 2014, 2015 statistik registrerade fall i Procapita samt

registrering av riskbedömningar i Senior Alert

Enhet/antal patienter	2014 Antal registrerade fall i Procapita	2014 Medel antal fall/person	2014 Antal registreringar i Senior Alert	2015 Antal registrerade fall i Procapita	2015 Medel antal fall/person	2015 Antal registreringar i Senior Alert
Öster/99	107	1,1	0	74 ↓	0,7 ↓	2 ↑
Centrum/156	136	0,9	0	94 ↓	0,6 ↓	3 ↑
Norr/150	43	0,3	2	75 ↓	0,5 ↓	0 ↓
Väster 1/129	148	1,1	0	74 ↓	0,6 ↓	1 ↑
Väster 2/101	80	0,8	0	63 ↓	0,6 ↓	2 ↑
Väster 3/140	0	-	0	34 ↓	0,2	0 ↔
Bjärnum/Vittsjö 224	51/63 (114)	0,5	28	23/51 ↓ (74)	0,3 ↓	23 ↓
Sösådal/119	54	0,5	2	68 ↓	0,6 ↓	0 ↓
Vinslöv/161	73	0,5	4	78 ↓	0,5 ↔	18 ↑
Tyringe/259	156	0,6	0	167 ↓	0,6 ↔	15 ↑
Hästveda/86	39	0,5	26	34 ↓	0,4 ↓	10 ↓
Totalt:	950		62	835 ↓		74 ↑

Statistik från Senior Alert är taget 2016-03-04 samt 2016-03-07 från administrativ rapport

Antal patienter i hemtjänstområde är statistik taget från januari månad 2016

Förslag till fortsatt arbete och förbättringar:

- Att fortsätta arbetet med prevention via Senior Alert.
- Att upprätta vårdplaner till personer med risk för fall.
- Att utse en specifik person som under året arbetar med fall och fallprevention för att driva arbetet framåt.
- Att utreda möjligheten att erbjuda höftbyxa till högriskgrupper.

Läkemedelshantering

☹️ Delvis nått måluppfyllelse

Måluppfyllelse har delvis nåtts genom att delegeringsutbildningarna har setts över och kommer bli webbaserade. Nytt är att även de som ska förnya sin delegering i läkemedel ska gå denna webbaserade utbildning för att höja kvaliteten för samtliga

Omsorgsförvaltningen/ Stab

som hanterar läkemedel. Checklistor för systematisk kontroll av praktiska moment vid delegering har tagits fram.

Siffran för avvikelser gällande läkemedel är i stort sett samma som året innan.

Fortsatt är den vanligaste orsaken till avvikelse inom läkemedelshanteringen administrering som utförs av delegerad personal. Av 100 slumpmässigt utvalda läkemedelsavvikelser var den mest förekommande bristen (90 %) utebliven dos på grund av glömska och/eller bristande kommunikation. För att försöka minska antalet läkemedelsavvikelser kvarstår målet att teamen tillsammans ska hantera avvikelser enligt gällande rutin.

Förslag till fortsatt arbete och förbättringar:

- Att verksamheterna varje månad enligt rutin för teamträff, hanterar enhetens händelser kring läkemedel, diskuterar dessa och tillsammans finner lösningar för att förhindra att de upprepas.
- Att checklista för systematisk kontroll av praktiska moment vid uppföljning och förnyande av delegering implementeras i samtliga verksamheter.

Medicinsk tekniska produkter



Delvis nått måluppfyllelse

Målet för året har delvis nått måluppfyllelse. Utredning av möjlighet till lyftkörkort har inte utretts på grund av hög arbetsbelastning och vakanser på tjänster inom rehabenheten. Där av kvarstår målet under året. Rutin för förskrivning och uppföljning av förskrivna hjälpmedel har uppdaterats likaså pågår arbetet med att identifiera hjälpmedel i verksamheten för att de ska vara spårbara och genomgångna utifrån ett förebyggande underhåll. Rutinerna för detta ska slutföras under året.

Även under året är de mest frekvent registrerade händelserna gällande medicinsktekniska produkter varit handhavande fel, genom att personal använt hjälpmedlet felaktigt eller glömt att använda förskrivna hjälpmedel. Händelser gällande bristande dokumentation samt uppföljning av förskrivna hjälpmedel har ökat. Anledningen till att detta uppmärksammats är den stora omsättningen av legitimerad personal och att rehabenheten numera arbetar över flera områden. Olikheter i arbetssätt framkommer. Införandet av ”Att göra lista” som knyts till ordinationer i patientens hälso- och sjukvårdsjournal hade avhjälpt att uppföljningar och besök tappas bort då personal arbetar över flera områden eller slutar sin tjänst. Likaså bör införandet av behovsstöd tillgodose att arbetsätten blir mer likartade.

Förslag till fortsatt arbete och förbättringar:

- Att rutiner för identifiering och spårbarhet av medicinsktekniska produkter utifrån ett förebyggande underhåll ska färdigställas.
- Att utreda möjligheten för lyftkörkort.
- Att införa Att göra listan i rehabenhetens samtliga verksamheter.

Omsorgsförvaltningen/ Stab

Speciell omvårdnad

 Delvis nått måluppfyllelse

Utbildningsinsatser har utförts till vårdpersonal för att införa överrapportering med strukturerat instrument. Information om SBAR, ett strukturerat sätt för kommunikation och överrapportering, har utförts till legitimerad personal sedan tidigare. Nyanställda sjuksköterskor har utbildats i klinisk strukturerad bedömning där överrapportering enligt SBAR ingår. Händelser påvisar fortfarande brister vid överrapportering och arbetssättet används inte tillfredsställande varav målet kvarstår under året. Målet att fortlöpande kompetens höja legitimerad personal efter analys av inkomna händelser sker men behöver få en tydligare struktur där enhetschefer, verksamhetschef för resurs och medicinskt ansvarig sjuksköterska analyserar negativa händelser gemensamt.

22 avvikelser finns registrerade under året. Av dem är sju felregistrerade. Sex berör arbetsuppgifter som utförts av delegerad personal. Exempel på dessa är lång nattfasta till patient där mat och vätskelista förs för uppföljning av nutritionsstatus samt att ordination från legitimerad personal gällande tryckavlastning inte utförts. Fem händelser berör missade provtagningar då arbetsuppgifter ej dokumenterats i att göra lista. En händelse gäller brister i medicinsk bedömning. Tre händelser har uppkommit på grund av brister i kompetens.

Förslag till fortsatt arbete och förbättringar:

- Att implementera överrapportering med SBAR (strukturerat instrument för överrapportering) till samtliga professioner och verksamheter.
- Att i egenkontroll ta fram mätpunkter för användandet av överrapportering enligt SBAR
- Att fortlöpande kompetenshöjning sker efter behov genom förvaltningens satsning på fortbildningsplan. Detta utifrån analys av avvikelser och genom kartläggning av behov som legitimerad personal uttrycker i samarbete mellan berörda chefer och MAS.

Träning/behandling rehab

 Delvis nått måluppfyllelse

Måluppfyllelse har delvis uppnåtts genom att webbutbildning för vardagsrehabilitering har utformats. Genom utbildningen kommer vårdpersonal få en ökad förståelse för vikten av att utföra den träning legitimerad personal delger.

Registrerade avvikelser är fortfarande övervägande på träningsprogram som av delegerad personal inte utförts. Anledning som anges är oftast hög arbetsbelastning. På bland annat korttidsavdelning på Lyckåsa har detta avhjälpes med att en rehabassistent finns tillgänglig både för att utföra mer avancerad träning men även för att utbilda övrig personal.

Förslag till fortsatt arbete och förbättringar:

Omsorgsförvaltningen/ Stab

- Att webbaserad utbildning i vardagsrehabilitering implementeras i verksamheterna.
- Att öka antalet rehabassistenter där planen är att dessa ska vara ett stöd att utföra träning i såväl ordinärt som särskilt boende. Förväntningarna är att minska antalet händelser på utebliven träning.

Fel och brist

 Delvis nått måluppfyllelse

Måluppfyllelse har delvis uppnåtts genom Checklista bedömning av avvikelser, synpunkter och klagomål samt planering för åtgärder har implementerats dels genom informationsträff på chefsträff, legitimerade fått arbeta med fallbeskrivningar och där bedöma allvarlighetsgraden av händelsen. Dock framgår i hantering av händelser att listan inte är tillräckligt känd varav målet kvarstår under året.

Förslag till fortsatt arbete och förbättringar:

- Att utbildning av nyckelpersoner hålls i utarbetad händelseprocess med där tillhörande checklista.
- Att utbildning hålls för dokumentation av händelser i verksamhetssystemet.

Synpunkter och klagomål

 Delvis nått måluppfyllelse

Processen för Synpunkts- och klagomålshanteringen har förtydligats och rutinen har omarbetats vilket förhoppningsvis medför att den som lämnat synpunkten eller klagomålet får snabbare återkoppling, ett område där det föreligger brister. Ett kontrollmoment i förvaltningens internkontroll är att följa upp så att rutinen följs. Klagomål kan numera även lämnas via kommunens hemsida. Broschyren Hjälp oss att bli bättre finns i ”Hemma hos pärmen” och ligger framme på samtliga särskilda boende. Legitimerad personal delar inte ut den vid första kontakt och målet kvarstår därav under året. Detta moment finns under året med som kontrollpunkt i egenkontrollen.

Under 2015 inkom 55 synpunkter och klagomål som var relaterade till verksamhet som utövas enligt Socialtjänstlagen. Av dessa handlade 36 om bemötande/omhändertagande, fyra avsåg maten och två avsåg fortkörning.

Åtta inkomna synpunkter och klagomål var relaterade till hälso- och sjukvården. Sju till sjuksköterskeorganisationen där synpunkterna gällde brister i bemötande, brister i omvårdnad samt brister i medicinsk bedömning. En av inkomna synpunkter berörde rehabenheten och gällde ett hjälpmedel som inte längre förskrevs.

Synpunkter och klagomål	2011	2012	2013	2014	2015
-------------------------	------	------	------	------	------

Omsorgsförvaltningen/ Stab

HSL	4	7	5	6	8
SOL/LSS	59	80	67	44	55

Socialstyrelsen brukarundersökning ”Vad tycker de äldre om äldreomsorgen, 2015” visar ett förbättrat resultat inom särskilt boende jämfört med föregående år och samma resultat som föregående år inom hemtjänsten. Att våra äldre vet var man skall vända sig om man har synpunkter och klagomål är ett fortsatt och prioriterat förbättringsområde.

Vet vart man vänder sig med synpunkter och klagomål 2015, andelen positiva svar i procent:

	2013	2014	2015
Brukarna inom Särskilt Boende (Riket inom parentes)	40(45)	48(46)	51(45)
Brukarna inom Hemtjänst (Riket inom parentes)	58(62)	61(53)	61(62)

Förslag till fortsatt arbete och förbättringar:

- Att lämna ut broschyr ”hjälp oss att bli bättre” vid första vårdkontakt i samtliga verksamheter.
- Att genom internkontroll följa upp att svar på synpunkter och klagomål utgår enligt gällande rutin.

Lex Sarah

 Delvis nått måluppfyllelse

Under hösten 2015 inleddes ett arbete där processen för lex Sarah genomlystes och kartlades. Utifrån detta har rutinen för lex Sarah setts över och förändrats, Den nya rutinen kommer att implementeras under våren 2016. Den nya rutinen kommer att innebära att enhetschefen gör en första bedömning av den inkomna lex Sarahrapportens allvarlighetsgrad utifrån en fastställd checklista och endast rapporterade händelser av hög allvarlighetsgrad kommer att utredas av verksamhetsutvecklare. Checklistan för enhetschefens bedömning av händelsens allvarlighetsgrad har förtydligats. Under året har även en blankett utarbetats (Delaktighet i kvalitets- och förbättringsarbete) för att säkerställa att alla medarbetare har kännedom om och förstår innebörden i sin rapporteringsskyldighet enligt lex Sarah.

Översynen av processen har även tydliggjort att respektive verksamhetschef ansvarar för att återkoppla resultatet av genomförd utredning i förvaltningens och verksamhetsområdets ledningsgrupp. Respektive enhetschef återkopplar därefter resultatet på sin enhet för att säkerställa ett lärande av det som inträffar i organisationen, även på de enheter som inte varit inblandade i aktuell händelse. Tanken är även att utredningarna skall finna tillgängliga på intranätet men då kommunen kommer att få ett nytt intranät är detta i nuläget inte genomfört.

Omsorgsförvaltningen/ Stab

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 Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Av dessa skickades samtliga utredningar till IVO inom två månader efter att anmälan gjorts.

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

Förslag till fortsatt arbete och förbättringar:

- Att implementera ny rutin i verksamheterna.
- Att säkerställa att åtgärdsförslag utförs i samråd med berörd chef.
- Att säkerställa att återkoppling av Lex Sara sker till verksamheten via ledningsgrupp och chefsträffar vidare ut i verksamheterna.
- Att återkoppla Lex Sararapporter på intranätet som ett lärande för samtliga verksamheter.
- Att säkerställa att alla medarbetare har kunskap om vad det innebär att vara rapporteringsskyldig enligt lex Sarah, bla. genom att använda blanketten ” Delaktighet i kvalitets- och förbättringsarbete.

Lex Maria

 Delvis nått måluppfyllelse

Måluppfyllelse har delvis uppnåtts genom att Lex Maria rapporter har återkopplats till sjuksköterskeorganisationen i ett lärande syfte på gemensamma mötesforum. Återkoppling på intranätet har inte skett i väntan på Ensolutions datastöd för kvalitetsledningssystem där återkoppling av händelser är möjliga.

Under året skickades två lex Maria utredningar till inspektionen för vård och omsorg(IVO).

Båda ärendena gällde brister i medicinsk bedömning där strukturerad bedömning med hjälp av beslutsstöd hade kunnat förhindra att ärendet rapporterades som Lex Maria. I båda fallen fanns brister i dokumentation, bedömning och åtgärder. Omvårdnadsprocessens olika delar hade inte följts. I båda IVO ärendena utförde IVO tillsynsbesök för dialog med verksamhetsansvariga för att få förtydligande i utredningen. IVO och MAS var inte helt eniga i besluten om allvarlighetsgraden av vårdskadan där MAS bedömde hårdare än IVO i båda ärendena.

Under året kom en ny föreskrift och allmänna råd om utredning av vårdskador från Socialstyrelsen som skulle trätt i kraft 2016-01-01. Föreskriften skulle förtydliga utredningens innehåll för att underlätta för vårdgivaren. Föreskriften skulle även ersätta anmälningskyldigheten enligt Lex Maria. 2015-11-05 återkallades föreskriften med syfte att ytterligare se över regelverken. Tills vidare är föreskriften enligt Lex Maria gällande.

Omsorgsförvaltningen/ Stab

Anmälan skickade till IVO	2011	2012	2013	2014	2015
Lex Maria	0	1	2	7	2

Förslag till fortsatt arbete och förbättringar:

- Att återkoppla Lex Marianmälningar i Ensolution webbstöd, som ett lärande för samtliga verksamheter.

12. Samverkan för att förebygga vårdskador

En viktig del i patientsäkerhetsarbetet är hur verksamheten för hälso- och sjukvården samverkar med andra vårdgivare. Formerna för samverkan regleras i samverkansdokument. Regelbundna samverkansmöte hålls mellan huvudmännen.

[Överenskommelse som reglerar ansvar och samverkan inom hälso-och sjukvårdsområdet mellan Region Skåne och kommunerna i Skåne.](#)

[Överenskommelse om palliativ vård i Skåne.](#)

[Överenskommelse om habilitering i Skåne.](#)

[Ramavtal kring personer över 18 år medpsykisk funktionsnedsättning/sjukdom.](#)

[Regelverk för Samordnad vårdplanering.](#)

[Riktlinjer för uppsökande tandvård i Skåne.](#)

[Samarbetsavtal mellan kommunerna och regionens sjukvård i nordöstra Skåne.](#)

Nuvarande avtal är proulongerande i väntan på nytt avtal som beräknas vara klart 2016.

[Läkarmedverkan för råd, stöd och fortbildning.](#)

Lokalt avtal om läkarmedverkan med vårdcentralerna i Hässleholms kommun. 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

Ledningskraft- för mest sjuka äldre



Delvis nått måluppfyllelse

Under 2015 har ingen lokal handlingsplan upprättats. Däremot har ledningskrafts implementerats i befintliga mötesstrukturer där kommunerna i nordöst tillsammans med slutenvård på sjukhusen i Hässleholm och Kristianstad, ASIH samt primärvård i Hässleholm och Kristianstad samverkar.

I Sveriges kommuner och landstings (SKL) övergripande handlingsplan ingår områdena god vård i livets slutskede, preventivt arbetssätt, god vård vid demenssjukdom, god läkemedelsbehandling för äldre, sammanhållen vård och omsorg samt psykisk ohälsa hos äldre. Dessa områden är prioriterade vilket framgår, dels av förvaltningens verksamhetsplan samt i kvalitets- och

Omsorgsförvaltningen/ Stab

patientsäkerhetsberättelse. Målet att tillsammans med respektive vårdcentral utarbeta lokala handlingsplaner där det finns förbättringsområde kvarstår.

Förslag till fortsatt arbete och förbättringar:

- Att tillsammans med respektive vårdcentral, utefter behov, utarbeta lokala handlingsplaner där det finns förbättringsområde, exempelvis för att öka andelen utförda samordnade individuella planer(SIP) eller för att öka andelen som får läkemedelsgenomgångar.

Beslutsstöd för sjuksköterskor

 Delvis nått måluppfyllelse

Under 2015 utbildades ett 50-tal nyanställda sjuksköterskor från kommunerna i nordost tillsammans i klinisk strukturerad bedömning samt i överrapportering enligt SBAR. I samband med utbildningen implementerades ett beslutsstöd som hjälp för att bedöma vårdnivå. Stödet används främst av sjuksköterskor i ordinärt boende samt av kvällssköterskor. De sjuksköterskor som mest använt stödet anser att det är en god hjälp för att bedöma vårdnivå och ger samtidigt kvalitet på överrapportering till annan vårdgivare. Överrapportering enligt SBAR utförs vid överrapportering till annan vårdgivare.

Måluppfyllelse har delvis uppnåtts genom att stödet i allt större utsträckning används även på särskilt boende. Enligt mål i verksamhetsplan utförs uppföljningar av beslutsstödet två gånger om året. Dessa påvisar att allt fler använder stödet men inte alltid på det sätt som är tänkt. För att kunna ha nytta av stödet är det av vikt att inte bara vitalparametrar som puls och blodtryck fylls i. På sida två i stödet ska sjuksköterska göra en klinisk bedömning av symtom efter fastställda parametrar. Samtliga av dessa exklusionskriterier ska bedömas. Vid uppföljningar är det vanligt att detta inte görs och stödet fyller inte längre sin funktion. Det har även visat sig att överrapportering enligt SBAR inte utförs.

Flertalet allvarliga händelser som rapporterats i verksamheterna hade kunnat förhindras om bedömning utförts med hjälp av stödet likaså hade händelser kunnat undvikas om överrapportering skett med SBAR.

Under året togs även en checklista till vårdpersonal fram. Denna bygger på sjuksköterskornas beslutsstöd. Tillsvidareanställd vårdpersonal får utbildning i checklistan och på att utföra vitalparametrar för en mer strukturerad bedömning innan sjuksköterska kontaktas. Vårdpersonalen lär sig även att rapportera enligt SBAR. Till verksamheterna har ett antal ”akutväskor” köpts in för att underlätta vårdpersonalens bedömningar.

Förslag till fortsatt arbete och förbättringar:

- Att utbildning i att använda exklusionskriterier sker.
- Att implementering av beslutsstödet sker så att samtliga sjuksköterskor i verksamheterna använder stödet.
- Att införa överrapportering med SBAR inom samtliga egna verksamheter och professioner.

Omsorgsförvaltningen/ Stab

- Att sjuksköterskor vid behov ber vårdpersonal i den mån de är utbildade använder sig av *Checklista innan sjuksköterska kontaktas*.

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 psykiatriskavård 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.

Vårdplaneringssjuksköterska

 Nått måluppfyllelse

Måluppfyllelse har nåtts genom att vårdplaneringssjuksköterska har gett stöd till legitimerad personal i såväl mer komplicerade vårdplaneringar som i att dokumentera i verksamhetssystemet ”mina planer”. Vilket material som ska skickas med patient till sjukhus har uppdaterats i den för kommunerna i nordost framtagna dokument som ska skickas med patienten vid akuta besök till slutenvården.

Vårdplaneringssjuksköterska är med jämna mellanrum inbjuden till slutenvården för att diskutera händelser som uppkommit och en större förståelse över vårdgivargränserna kan ses. Vidare arbetar vårdplaneringssjuksköterska med samordnad individuell plan(SIP) för att öka kunskapen om dessa.

Dokumentationen i ”mina planer” har förbättrats under året och större dialog sker med slutenvården i systemet. Fortfarande råder det oklarheter hos samtliga huvudmän gällande dokumentation i systemet. Speciellt då det gäller förenklade vårdplaneringar.

Förslag till fortsatt arbete och förbättringar:

- Att VPL sjuksköterska ger fortsatt stöd till de professioner som ska dokumentera i ”mina planer”.
- Att genom information och delaktighet öka antalet utförda SIP.
- Att rutin för SVPL-IT uppdateras och förtydligas främst gällande ansvar vid förenklad vårdplanering.

Omsorgsförvaltningen/ Stab

Förbättringsarbete över vårdgivargränserna

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

Vid genomgång av negativa händelser mellan vårdgivare framkommer även detta år brister i informationsöverföringen, vårdplaner som inte följts samt felaktiga ordinationsunderlag. 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 in 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 in.

Avvikelser mellan ambulans och kommun påvisar brister i bemötande såväl från kommun som från ambulans samt oenighet kring vem som ska id-märka patienten. Sedan kommunen rapporterar det som framkommit av strukturerad klinisk bedömning efter beslutsstödet har händelser till kommunen minskat vilket är positivt.

Tabell 1. Redovisning av antalet händelser som skickats mellan vårdgivare

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

Risicanalysledare

Delvis nått måluppfyllelse

Under 2014 utbildades ett risk- och händelseanalysteam med representanter från olika huvudmän. I gruppen har representanter från slutenvård och ASIH, avancerad sjukvård i hemmet ingått. Även representanter från primärvård kommer att ingå. Utgångspunkt för gruppens arbete är att utifrån avvikelser, som

Omsorgsförvaltningen/ Stab

skickas över vårdgivargränserna, arbeta med systematiskt förbättringsarbete. Riskanalysledare som är anställda i omsorgsförvaltningen kommer även få uppdrag att internt utföra analyser av mer komplicerade ärenden bland annat som stöd till verksamhetsutvecklare och MAS.

Måluppfyllelse har delvis uppnåtts genom att gruppen fått i uppdrag att kartlägga samtliga händelser som skickats över vårdgivargränserna under 2015. I uppdraget ingår att utifrån händelser som berör det gemensamma IT-stödet "Mina planer" utföra en riskanalys och utifrån denna till samtliga berörda verksamheter ta fram åtgärdsförslag för att förhindra upprepning. Förslagen lämnas till uppdragsgivarna, vilka är berörda enhetschefer och medicinskt ansvariga sjuksköterskor som ansvarar för att vidta åtgärder i sin verksamhet. Slutprodukten ska redovisas i maj 2016 varav målet kvarstår.

Förslag till fortsatt arbete och förbättringar:

- Att utifrån samverkansgruppens redovisning av kartläggning av händelser 2015 och riskanalys av "mina planer" utarbeta handlingsplan för att vidta åtgärder för att förhindra upprepning.
- Att i förvaltningen utse nyckelpersoner och utbilda dessa i händelseanalys för effektivare utredningar av god kvalitet.

Samordnad individuell plan (SIP)

 Nått måluppfyllelse

Måluppfyllelse har uppnåtts genom att rutin är framtagen i samverkan mellan omsorgsförvaltningen, primärvården och ASIH. Trevande försök görs för att upprätta SIP efter gällande samverkansrutin och flera vårdcentraler har satt av dagar då SIP kan bokas för att läkare ska kunna närvara.

Som förslag i ett nytt hälso- och sjukvårdsavtal har SIP en central roll och ska alltid upprättas till de patienter som förväntas skrivas in i den vårdform, mest sjuka, som ska behandlas i hemmet.

Förslag till fortsatt arbete och förbättringar:

- Att öka antalet SIP framför allt till personer med omfattande behov.
- Att samtliga SIP dokumenteras i plattformen "Mina planer" för att samtliga huvudmän ska kunna ta del av materialet.
- Att notat görs under sökordet SIP i patientens hälso- och sjukvårdsjournal för att statistik på antalet ska kunna tas.

Läkarmedverkan

 Delvis nått måluppfyllelse

2015 års åtgärdsförslag har delvis följts genom regelbundna träffar med verksamhetschefer för vårdcentralerna. Vårdcentralerna har även möte lokalt med sjuksköterskor som på särskilt boende och hemsjukvård har samarbete med vårdcentral. Enhetschefer för sjuksköterskor deltar vid dessa möten. Gemensam rutin för SIP är framtagen för samtliga vårdcentraler men specifika

Omsorgsförvaltningen/ Stab

överenskommelser med respektive vårdcentral har inte utförts varav målet kvarstår. Målet att revidera läkaravtalen för råd stöd och fortbildning har inte utförts i avvaktan på det förslag om fortbildning som diskuteras i ett nytt hälso- och sjukvårdsavtal.

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. Arbetet påbörjades med en vårdcentral men då dennes chef slutade sin tjänst avstannade projektet.

Förslag till fortsatt arbete och förbättringar:

- Att revidering av läkaravtalen bland annat gällande råd, stöd och fortbildning genomförs.
- Att regelbundna träffar med verksamhetscheferna från samtliga vårdcentraler tillsammans med representant från Omsorgsförvaltningen genomförs.
- Att gemensamma rutiner för att utföra Samordnad individuell plan(SIP) samt planerade hembesök i hemsjukvården utarbetas med respektive vårdcentral.
- Att se över arbetsätt med läkarmedverkan på särskilt boende för att göra patienter och/eller anhöriga mer delaktiga i vården.

13. Nytt hälso- och sjukvårdsavtal

Avtalsparter i detta avtal är Region Skåne och var och en av kommunerna i Skåne. Avtalet gäller tillsvidare från och med den 1 september 2016

Avtalet omfattar ansvarsfördelningen inom de områden där de skånska kommunerna och Region Skåne har ett delat hälso- och sjukvårdsansvar. Syftet med detta avtal är att säkra ett gott och jämlikt omhändertagande för de personer som har behov av hälso- och sjukvårdsinsatser från både Region Skåne och kommunen och därigenom bidra till ökad trygghet. Avtalet innebär, förutom grundöverenskommelsen ett gemensamt utvecklingsåtagande med syftet att höja kvaliteten för den enskilde samtidigt som resursanvändningen ska förbättras. Detta utvecklingsåtagande ska stödja den utveckling där en ökande del av sjukvårdsinsatserna kan utföras i hemmiljö.

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.

Omsorgsförvaltningen/ Stab

Strategier för kompetensförsörjning och kompetensutveckling i hemsjukvården är en förutsättning för avtalet och för att den gemensamma avsiktsförklaringen ska kunna uppnås.

Förstärkningen av läkarstödet är Region Skånes ansvar. Ansvaret för att säkerställa den kommunala hemsjukvården och den sociala omsorgen är respektive kommuns ansvar.

Parterna har identifierat fyra utvecklingsområden som särskilt viktiga att prioritera i det gemensamma utvecklingsarbetet:

- utveckling av teambaserad vårdform för de mest sjuka
- utveckling av insatser för tidvis sviktande
- utveckling av arbetssätt och stöd för personer i riskgrupper
- utredning av förutsättningar för att samorganisera rehabilitering
- hjälpmedelsförsörjning

Förslag till fortsatt arbete och förbättringar:

- Att utföra analys av avtalet för att föröka förutse vilka konsekvenser avtalet får för bland annat ekonomi, resursbehov samt kompetensbehov.
- Att kartlägga antalet mest sjuka som idag finns i verksamheterna efter kriterier till eventuellt inskrivande i ny vårdform.

14. Intern samverkan



Ej nått måluppfyllelse

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.

Verksamheter i särskilt boende och inom funktionsnedsättning stöd och service, FSS har andra utmaningar för teamarbetet då arbetssätt och professionernas lokalisering ser annorlunda ut än för teamen i ordinärt boende. Fysioterapeuter och arbetsterapeuter som täcker stora verksamhetsområden och som har flera teamtillhörigheter har de största utmaningarna.

Arbetsbeskrivning för teamträffar inom särskilt boende och FSS har påbörjats men inte slutförts varav målet kvarstår.

Teamträffar verkar vara något som inte prioriteras vid hög arbetsbelastning. Dock borde teamträffar där samtliga professioner möts och resonerar kring gemensamma brukare/patienter vara tidssparande. Ett effektivt strukturerat möte med syfte att skapa trygghet för brukare/patient genom att samtliga professioners kunskaper bildar en helhetssyn där informationsutbyte sker och där riskbedömningar utförs och insatser samordnas.

Omsorgsförvaltningen/ Stab

Förslag till fortsatt arbete och förbättringar:

- Att en kartläggning av teamarbete sker för att kunna säkerställa fungerande team.
- Att öka kvaliteten på teamarbetet genom fortsatt implementering av strukturerad arbetsbeskrivning i ordinärt boende.
- Att ta arbetsbeskrivning för teamarbete inom särskilt boende samt inom FSS.

Samverkan med den enskilde och anhöriga**Case Management**

 Nått måluppfyllelse

Målsättningen är att Case management metoden ska genomsyra arbetet med psykiskt funktionsnedsatta. Målet för 2015 var att ha 40 aktiva resursgrupper, målet är uppnått då det under 2015 fanns 47 aktiva resursgrupper.

Förslag till fortsatt arbete och förbättringar:

- Att fortsätta handleda personal som gått utbildning.
- Att öka antalet aktiva resursgrupper.

Delaktighetsmodellen

 Nått måluppfyllelse

Delaktighetsmodellen (DMO) är ett arbetssätt som underlättar en jämlik dialog mellan brukare och personal. Avsikten är att stärka brukarens engagemang och inflytande över sin vardagssituation och sin nära omgivning. Delaktighetsmodellen är ett exempel på ett arbetssätt för samspel mellan brukare och personal. Grundtanken är att stödja brukarnas förmåga att uttrycka och formulera sina önskemål. Samtalen förs i mindre grupper efter ett visst mönster – delaktighetsslingor.

Målet för 2015 var att genomföra 5 slingor enligt delaktighetsmodellen. Under 2015 har 9 slingor genomförts varav en uppföljningsslinga. För att uppnå målet har det krävts att fler vägledare har utbildats. Under året har 11 vägledare utbildats, utbildningen finansierades av PRIO pengar.

Förslag till fortsatt arbete och förbättringar:

- Att mäta antalet genomförda slingor enligt målvärde i verksamhetsplanen.
- Att analysera och arbeta med insamlat material från genomförda slingor 2015.
- Att fortsätta utveckla brukardialogen genom delaktighetsmodellen.

Anhörigstöd

Anhörig är den som stödjer, vårdar, eller har omsorg om någon närstående som inte klarar sig själv. I Hässleholm är ambitionen att lägga anhörigstödet i den omedelbara närheten till vården och omsorgen. Inom omsorgsförvaltningen

Omsorgsförvaltningen/ Stab

arbetar ca 170 anhörigombud vars uppgift är att bjuda in anhöriga till samtal, anhörigträffar eller liknande. Under 2015 utförde anhörigstrateg och anhörigkonsulent träffar för anhörigombud samt att anhörigvecka anordnades med olika seminarier och aktiviteter. Under 2016 planeras utbildningar för anhörigombud. Anhörigträffar anordnas under 2016 med syfte att få andrum och dela erfarenheter och tankar med andra i samma situation.

Samtycke



Ej nått måluppfyllelse

I Patientlag (2014:821) framgår att hälso- och sjukvård inte får ges utan patienten har gett samtycke. Fortfarande råder osäkerhet kring samtyckt. Statistik från hälso- och sjukvårdsjournalen påvisar att sjuksköterskor för ordinärt boende är de som främst frågar efter samtycke. Särskilt boende är inte lika frekvent medan rehabenheten har minst dokumenterade samtycke i journalen. Dokumenterade samtycke har minskat sedan 2014. Även patientens och/eller närståendes medverkan i vården ska gå att följa i patientens journal. Journalgranskning påvisar att detta inte kan göras i någon större utsträckning.

Dokumenterade samtycke i Procapita 2015

	Sjuksköterska	Arbetsterapeut	Sjukgymnast/fysioterapeut
2014	853	29	8
2015	590	26	10

Förslag till fortsatt arbete och förbättringar:

- Att i befintliga rutiner implementera ny patientlag(2014:826) som syftar till att stärka patient och närståendes inflytande av vården.
- Att samtycke finns dokumenterat i hälso- och sjukvårdsjournalen till samtliga patienter med insats av legitimerad personal.
- Att säkerställa rutiner för att det i hälso- och sjukvårdens dokumentation går att följa patient eller närståendes medverkan i vården.
- Att dokumentationsgrupp i samarbete med systemansvariga ser över sökord och hjälpfrastexter i patientjournalen för att underlätta dokumentation av samtycke och patientens inflytande på vården.

15. Mål och strategier för hur kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet ska bedrivas under 2016

Mål, strategier	Ansvarig	Uppföljning
Kvalitetsledningssystem: Kartlägga processer. Utveckla IT-stöd	LG	VP

Omsorgsförvaltningen/ Stab

Uppdatera rutiner		
Övergripande mål och strategier: Revidering av strategiska dokument	FC/AC/MC/VC	VP
Vision: Känd i verksamheterna	FC/AC/MC/VC	KPSB
Verksamhetsplan: Känd i verksamheterna Lokala handlingsplaner för hög måluppfyllelse	AC/MC/VC	VP
Värdegrund: Följsamhet till antagen plan	LG	VP
Förebyggande hembesök: Mätvärde på andel som erbjuds och tackar ja	VC Resurs	VP
Brukarundersökningar: Efter resultat handlingsplan på förbättringsområde	FC/AC/MC/VC	VP
Omsorg av hög kvalitet: Öka andelen ssk med specialistkompetens Certifiering i VO-Collage Långsiktig fortbildningsplan Öka andelen tillsvidareanställda	VC Resurs VC LG LG	VP
Senior Alert: Öka andelen registrerande enheter i ordbo Personer med risk får dokumenterad handlingsplan Utbildning legitimerade arbetsätt dokumentation Rutin för återkoppling	VC/MAS	VP
PPM fall och trycksår: Öka deltagande enheter SÄBO	VC SÄBO/Resurs	KPSB
Rikssår: Rutin för återkoppling	MAS	KPSB

Omsorgsförvaltningen/ Stab

Mål, strategier	Ansvarig	Uppföljning
Svenska palliativ registret: Implementera relevanta checklistor Smärtskatta med vedertagna instrument Öka antalen brytpunktsamtal Dokumentera samtliga skattningar Öka andelen munhälsobedömningar Symtomskatta oro, ångest	VC Resurs/MAS	VP
BPSD: Öka andelen bemötandeplaner	VC SÄBO/VC Resurs	KPSB
Demensvård av hög kvalitet: Kartlägga legitimerades utbildningsbehov Smärtskatta vid kognitiv svikt	VC Resurs/MAS	KPSB VP
God läkemedelsbehandling för äldre samt Läkemedelsgenomgångar: Öka antalet läkemedelsgenomgångar	VC Resurs	KPSB
Extern granskning av läkemedelshantering: Implementera rutin för läkemedelshantering	Samtliga VC/MAS	KPSB
Delegering: Strategier för att minska antalet delegeringar Implementera webbutbildningar Implementera checklistor Jämn fördelning av delegeringar/legitimerad	VC/MAS VC Resurs VC Resurs VC /MAS	KPSB
Nutrition: Implementera SOSFS 2014:10 Utbilda kostombud Ta fram rutin specialkost Uppdatera rutiner Genomföra mätning av nattfata	VC VC VC Resurs VC Resurs/MAS VC Resurs	VP KPSB
Vårdhygien: Utbildning i basala hygienrutiner och gällande klädregler Hygienronder	VC	KPSB
PPM basala hygienrutiner: Ökad följsamhet till föregående mätnings resultat	VC/MAS	VP
Munhälsa: Öka antalet riskbedömningar och åtgärder av munhälsa Dokumentera åtgärdsplan för personer med risk för munhälsa Öka antalet personer inom ORDBO och FSS som erbjuds uppsökande verksamhet	VC	KPSB

Omsorgsförvaltningen/ Stab

Mål, strategier	Ansvarig	Uppföljning
Rehabilitering: Implementera webbutbildning vardagsrehabilitering Implementera beslutsstöd Nyckeltal för legitimerade	VC Resurs	KPSB
Hjälpmedel: Identifiera hjälpmedel för periodiskt innehåll Öka kunskaperna kring hjälpmedel	VC Resurs	KPSB
Dokumentation HSL: Revidering av sökord/frastexter i verksamhetssystem av dokumentationsgrupp	MAS	KPSB
Vårdplan/rehabplan: Utbildning i att upprätta vårdplaner Utforma standardvårdplaner Öka antalet planer till patienter med omfattade behov	MAS VC Resurs	VP
Digital "att göra lista" Införa listan i samtliga verksamheter inom rehab Säkerställa att samtliga ssk använder listan likartat	MAS VC Resurs	KPSB
Genomförandeplan SoL/LSS: Nå måluppfyllelse enligt mätetal VP Kontroll av kvalitet genom egenkontroll	VC	VP
IT: Ta fram ny rutin för loggning Öka användning av NPÖ Införa Phoniro legitimerade Utvärdera Phoniro i samtliga verksamheter	AC	KPSB
Risk- och händelseanalys: Utbilda riskanalysledare Implementera utarbetad händelseprocess	LG	VP
Intern kontroll: Regelbundna uppföljningar	AC	VP
Egenkontroll: Implementera egenkontrollprogram Integrerar egenkontroll i IT- stöd	AC	VP
Tillsynsbesök i verksamheterna: Implementera ny rutin Ta fram webbmall för tillsynsbesök Utföra tillsyner efter mål i VP Efter IVOs tillsyn utföra förbättringsförslag	AC VC FSS/Resurs	VP

Omsorgsförvaltningen/ Stab

Mål, strategier	Ansvarig	Uppföljning
Avvikelsehantering/händelser: Utbilda och implementera ny rutin Mäta följsamhet till systematiskt förbättringsarbete enligt egenkontroll	VC	VP
Fallrapport: Arbeta preventivt med Senior Alert Upprätta vårdplaner till patienter med fallrisk Utse specifik person som driver arbete fallprevention Utredda möjlighet att erbjuda höftskyddsbyxa	VC MAS	VP
Läkemedelshantering: Utredning av händelser kring läkemedel på teamträffar Implementering checklista för systematiskt förbättringsarbete	VC	KPSB
Medicinsktekniska produkter: Ta fram rutin för identifiering och spårbarhet Utredda möjlighet till lyftkörkort Införa ”att göra listan” i rehabenheten	Vc Resurs	KPSB
Speciell omvårdnad: Implementera strukturerad överrapportering i samtliga verksamheter(SBAR) Mäta följsamhet till överrapportering i egenkontroll Kompetenshöjning efter behov	VC	KPSB
Träning/behandling rehab: Implementering av webbutbildning i vardagsrehabilitering Arbetsätt till rehabassistenter	VC	KPSB
Fel och brist: Utbildning i händelseprocess till nyckelpersoner i förvaltningen Utbildning i dokumentation av händelser i verksamhetssystemet	AC/VC	VP
Synpunkter och klagomål: Lämna ut broschyr hjälp oss att bli bättre Mäta följsamhet till rutin för synpunkter och klagomål enligt VP	VC/MC/AC	VP
Lex Sarah: Implementera ny rutin Säkerställa åtgärdsförslag Säkerställa återkoppling i verksamheterna Sprida kunskap om rapporteringsskyldighet	AC/VC	KPSB
Lex Maria: Säkerställa återkoppling i verksamheterna	MAS	KPSB

Omsorgsförvaltningen/ Stab

Mål. strategier	Ansvarig	Uppföljning
Ledningskraft: I samverkan med primärvård utarbeta handlingsplan efter förbättringsområde	Vc Resurs MAS	KPSB
Beslutsstöd ssk: Utbildning i stödets exklusionskriterier Fortsatt uppföljning av följsamhet till användning Uppföljning till följsamhet av strukturerad överrapportering Implementering till vårdpersonal av <i>checklista innan ssk kontaktas</i>	MAS/VC	KPSB
Vårdplanerings ssk: Ge stöd vid utförande och dokumentation av SIP och därmed öka antalet Uppdatera rutin mina planer	VC	KPSB
Risikanalyserare: Vidta åtgärder efter resultat i utförd riskbedömning av användandet av IT stödet Mina planer som skett i samverkan.	MAS	KPSB
Samordnad individuell plan(SIP): Öka antalet SIP Dokumentera samtliga SIP i IT stödet Mina planer Dokumentera antalet utförda SIP i hälso- och sjukvårdsjournal	MAS VC Resurs	KPSB
Läkarmedverkan: Gemensam rutin för SIP i samverkan Öka antalen hembesök Se över arbetssätt för läkarmedverkan i SÄBO	MAS VC Resurs	KPSB
Nytt HSL avtal: Analys och konsekvenser av nytt avtal Kartläggning av mest sjuka eventuellt aktuella för ny vårdform	FC/MC/AC/V C/MAS	VP/KPSB

Omsorgsförvaltningen/ Stab

Mål. strategier	Ansvarig	Uppföljning
Intern samverkan: Kartlägga teamsamverkan Implementering av rutin temarbete och utöka med SÄBO och FSS	VC	VP/KPSB
Case Manager: Fortsatt handledning av personal Öka antalet aktiva grupper	Vc FSS	VP
Samtycke: Implementering av ny patientlag(2014:826) i befintliga rutiner för att stärka patient och närståendes inflytande Öka antalet dokumenterade samtycke i hälso- och sjukvårdsjournalen Säkerställa rutiner för att patient/anhörigas medverkan av vård går att följa i dokumentationen Lämna ut broschyr hjälp oss att bli bättre	MAS VC Resurs	KPSB

Omsorgsförvaltningen/ Stab

Postadress: Löjtnant Granlundsväg 14, 281 52 Hässleholm Besöksadress: Löjtnant Granlundsväg 14 Telefon: 0451-26 70 00
 E-post: kommunen@hassleholm.se Bankgiro: 866-3494 Org. nr: 212000-0985 Webb: www.hassleholm.se