



**Hässelholms
kommun**

Datum
2015-04-21

Diarienummer
2015/286 012

*Handläggare
Kvalitetscontroller Maria Boberg
Medicinskt ansvarig sjuksköterska Lotta Tyrberg
Omsorgsförvaltningen*

Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse

År 2014

Omsorgsförvaltningen Hässelholm kommun

Redovisad för omsorgsnämnden 2015-05-26

1. Sammanfattning

Det systematiska förbättringsarbetet har sin grund i att verksamheten ska kunna leverera god kvalitet till den enskilde. Under 2014 har förvaltningen arbetat med olika delar kopplat till det systematiska förbättringsarbetet, t ex:

- Omsorgsnämnden antog ledningssystemet för omsorgsförvaltningen i februari 2014.
- Förvaltningen har uppdaterat blanketter och checklistor kopplat till avvikelshanteringen rutin för Lex Sara.
- Revidering av rutiner och riktlinjer har skett fortlöpande under året.
- Påbörjat arbetet med egenkontroll, systematisk uppföljning och utvärdering för att säkerställa att processer och rutiner bedrivs enligt ledningssystemet.
- Påbörjat planeringen av verksamhetstillsyner
- Haft kick-off för arbetet med systematiska kvalitetsarbete i syfte att få en gemensam kunskapsplattform och insikt i vad ett ledningssystem är.

Omsorgsförvaltningen/ **Stab**

Postadress: Löjtnant Granlundsväg 14, 281 52 Hässleholm **Besöksadress:** Löjtnant Granlundsväg 14 **Telefon:** 0451-26 70 00
Telefax: 0451-41778
E-post: omsorgsnamnden@hassleholm.se **Bankgiro:** 866-3494 **Org. nr:** 212000-0985 **Webb:** www.hassleholm.se

Innehållsförteckning

1.	Sammanfattning	2
2.	Inledning	4
3.	Ledningssystem och organisatoriska ansvar för det systematiska kvalitetsarbetet	4
4.	Övergripande mål och strategier	5
5.	Uppföljning av kvalitets-och patientsäkerhetsarbetet under 2014 – analyser, åtgärder och resultat	6
	Måluppfyllelse utifrån verksamhetsplanen för 2014	6
	Medborgaren i centrum	6
	Förebyggande hembesök	6
	Brukarundersökningar	6
	Omsorg och service av hög kvalitet	8
	Registrering i nationella kvalitetsregister	9
	Punktprevalensmätning (PPM) Fall och trycksår	11
	Svenska palliativ register	11
	Demensvård av hög kvalitet	13
	Nått måluppfyllelse	13
	God läkemedelsbehandling för äldre	14
	Läkemedelsgenomgångar	16
	Extern granskning av läkemedelshantering	16
	Delegering	17
	Nutrition	18
	Vårdhygien	19
	Nått måluppfyllelse	19
	Munhälsa	20
	Rehabilitering	20
	Hjälpmedel	21
	Dokumentation	21
	Genomförandeplan	21
	IT	25
	e-hälsa	25
6.	Systematiskt förbättringsarbete	25
	Risk- och händelseanalys	25
	Egenkontroll	26
	Avvikelser	26
	Fallrapporter	27
	Läkemedelshantering	27
	Medicintekniska produkter	28
	Speciell omvårdnad	28
	Träning/behandling, rehab	29
	Fel och brist	29
	Synpunkter och klagomål	29
	Lex Sarah	30
	Lex Maria	31
7.	Tillsynsbesök i verksamheterna	32
8.	Samverkan för att förebygga vårdskador	33
	Ledningskraft- så mycket bättre för sjuka äldre	34
	Beslutsstöd för Sjuksköterskor	34
	Samordnad vårdplanering – SVPL	35
	SVPL-IT/Mina planer	35
	Förbättringsarbete över vårdgivargränser	36
	Riskanalysledare	37
	Samordnad individuell plan (SIP)	37
	Läkarmedverkan	37
	Parkinsons sjukdom i sent stadium	38
9.	Intern samverkan	38
10.	Samverkan med patienter och närstående	39
11.	Övergripande mål och strategier för 2015	40

2. 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 målsättningen är även att kunna göra en nulägesbeskrivning. Utformningen av kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsen ingår också även den i det systematiska förbättringsarbetet.

3. Ledningssystem och organisatoriska ansvar för det systematiska kvalitetsarbetet

I [Kvalitetsledningssystem för Omsorgsnämnden](#) i Hässleholm kommun tydliggörs respektive funktioners ansvar gällande kvalitets och patientsäkerhetsarbetet.

Under 2014 gjordes förändringar i ledningsorganisationen och nyrekrytering av avdelningschef för administration och utveckling. Ledningen beslutade även att förvaltningens utvecklingsenhet ska förändras och förstärkas. Målsättningen är att förbättra förvaltningens nulägesanalyser, verksamhetsuppföljningar och omvärldsanalyser tillsammans med bedömning av tillkommande behov.

I januari 2014 beslutade ON om ett ledningssystem för det systematiska förbättringsarbetet. Förvaltningen tog beslut om att införa Ensolution IT-baserade systemstöd uppbyggt efter Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd [SOSFS 2011:9, ledningssystem för systematiskt förbättringsarbete](#). Systemet involverar samtliga medarbetare och erbjuder stöd för administratörer och slutanvändare i form av ett webbaserat användargränssnitt.

I december 2014 anordnades en kick-off i form av en inspirationsföreläsning för samtliga chefer, biståndshandläggare, specialister samt legitimerad personal i förvaltningen. Föreläsningen behandlade det gemensamma kvalitetsuppdraget enligt SOSFS 2011:9, kvalitetssäkrade och standardiserade processer i verksamheten, det systematiska förbättringsarbetet samt chefen och teamets ansvar i det systematiska förbättringsarbetet.

Förslag till fortsatt arbete och förbättringar

- Att handlings- och tidsplan för införandet av IT- stöd färdigställs.

Omsorgsförvaltningen/ **Stab**

Postadress: Löjtnant Granlundsväg 14, 281 52 Hässleholm **Besöksadress:** Löjtnant Granlundsväg 14 **Telefon:** 0451-26 70 00
Telefax: 0451-41778
E-post: omsorgsnamnden@hassleholm.se **Bankgiro:** 866-3494 **Org. nr:** 212000-0985 **Webb:** www.hassleholm.se

- Att samtliga verksamheter påbörjar arbetet med att identifiera och kvalitetssäkra processer i ledningssystemet tillsammans med verksamhetsutvecklare.
- Att samtliga befintliga rutiner och riktlinjer på intranätet revideras.
- Att förvaltningens handböcker finns publicerade på hemsidan.

4. Övergripande mål och strategier

All verksamhet inom 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. [Omsorgsnämndens värdegrund](#) bygger på att skapa trygghet och delaktighet genom att visa respekt och omtanke.

Omsorgsnämnden fastställde 2013-12-17; § 117 en verksamhetsplan för verksamhetsåret 2014. Den konkretiserar prioriteringar för hur verksamheten, utifrån kommunfullmäktiges övergripande mål för Hässleholm kommun och utifrån lagstiftningens krav och intentioner, skall utvecklas. Under 2014 har förvaltningen redovisat viktiga strategiska dokument som tillsammans är viktiga underlag vid fastställande av verksamhetsplanen, hit hör:

- [Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsen för 2013](#)
- [Omvärlds- och verksamhetsanalys](#)
- [Planeringsdokument – för strategisk boendeplanering inom äldreomsorgen](#)
- [Planeringsdokument – för strategisk planering inom Funktionsnedsatta Stöd och Service](#)

Förslag till fortsatt arbete och förbättringar:

- Utifrån verksamhetsplanen är målsättningen från 2015 att respektive enhet skall upprätta en handlingsplan utifrån uppsatta mål för att säkerställa en hög grad av måluppfyllelse.

Omsorgsförvaltningen/ **Stab**

Postadress: Löjtnant Granlundsväg 14, 281 52 Hässleholm **Besöksadress:** Löjtnant Granlundsväg 14 **Telefon:** 0451-26 70 00
Telefax: 0451-41778
E-post: omsorgsnamnden@hassleholm.se **Bankgiro:** 866-3494 **Org. nr:** 212000-0985 **Webb:** www.hassleholm.se

5. Uppföljning av kvalitets-och patientsäkerhetsarbetet under 2014 – analyser, åtgärder och resultat

Måluppfyllelse utifrån verksamhetsplanen för 2014

Nedan finns en övergripande redovisning utifrån fastställda mål i verksamhetsplanen för 2014. I [bilaga 1](#) finns en sammanställning över måluppfyllelse utifrån samtliga mål i verksamhetsplanen för 2014.



Medborgaren i centrum

Förebyggande hembesök



Nått måluppfyllelse

Nittio procent av de 81-åringar som erbjöds ett uppsökande hembesök av distriktssköterska tackade ja under året som gått. Av 296 utförda hem EKG påträffades fyra personer med förmaksflimmer. För personer 75 år och äldre har informationsträffar genomförts. Dock i något mindre omfattning än vad som var planerat till följd av sjukskrivning.

Förslag till fortsatt arbete och förbättringar:

- Att förbättra tillgängligheten till statistik för hembesök genom att enkätsvaren registreras på läsplatta efter fastställd mall.

Brukarundersökningar

Socialstyrelsens nationella brukarundersökning inom äldreomsorgen visar att brukarna i Hässleholm kommun sammantaget är mer nöjda än genomsnittet i riket – såväl inom hemtjänst som i äldreboendet. På kommunens hemsida redovisas resultatet av Socialstyrelsens brukarundersökningar och öppna jämförelser på enhetsnivå.

Omsorgsförvaltningen/ **Stab**

Postadress: Löjtnant Granlundsväg 14, 281 52 Hässleholm **Besöksadress:** Löjtnant Granlundsväg 14 **Telefon:** 0451-26 70 00
Telefax: 0451-41778
E-post: omsorgsnamnden@hassleholm.se **Bankgiro:** 866-3494 **Org. nr:** 212000-0985 **Webb:** www.hassleholm.se

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

Delaktighetsmodellen

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. Under 2014 genomfördes en slinga på ett gruppboende.

Förslag till fortsatt arbete och förbättringar:

- Att analysera och arbeta med insamlat material från genomförd slinga 2014.
- Att utbilda vägledare för delaktighetsmodellen.
- Att genomföra fem slingor under 2015.

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

Omsorgsförvaltningen/ Stab

Postadress: Löjtnant Granlundsväg 14, 281 52 Hässleholm **Besöksadress:** Löjtnant Granlundsväg 14 **Telefon:** 0451-26 70 00
Telefax: 0451-41778
E-post: omsorgsnamnden@hassleholm.se **Bankgiro:** 866-3494 **Org. nr:** 212000-0985 **Webb:** www.hassleholm.se

-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 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

Breda utbildningsinsatser har genomförts under året för att utveckla social dokumentation, kunskapen kring kvalitetsregistren såsom Senior Alert och BPSD (Beteendemässiga och psykiska symptom vid demenssjukdom). Tyvärr uppnås bara de uppsatta målen till viss del varför utvecklingsarbetet kring dessa områden fortsätter med hög intensitet under de kommande åren. Fortfarande återstår mycket arbete för att säkerställa att rutiner följs kring dokumentation i kvalitetsregister. Sjuksköterskorna har under året genomgått utbildning i Beslutstöd för sjuksköterskor där klinisk strukturerad bedömning steg 1 och överrapportering enligt SBAR ingår, Första Hjälpens och hjärtlungräddning, sårutbildning, utbildning i samordnad individuell plan(SIP), samt utbildning i Kvalitet och ledningssystem. Legitimerad personal har gått förvaltningens utbildning för anhörigstöd. Legitimerad personal i rehabenheten har under året genomgått utbildningar i Evidens, Riskanalys, Kvalitetsledningssystem samt i Beslutstöd.

Omsorgsförvaltningen/ Stab

Postadress: Löjtnant Granlundsväg 14, 281 52 Hässleholm **Besöksadress:** Löjtnant Granlundsväg 14 **Telefon:** 0451-26 70 00
Telefax: 0451-41778
E-post: omsorgsnamnden@hassleholm.se **Bankgiro:** 866-3494 **Org. nr:** 212000-0985 **Webb:** www.hassleholm.se

Ge barn och unga en bra start i livet

Under året 2014 har samarbetet mellan tre förvaltningar – Omsorgsförvaltningen, Socialförvaltningen och Barn- och utbildningsförvaltningen – intensifierats. Åtta arbetsgrupper är aktiva och dokument samt handlingsplaner arbetas fram gällande samverkan för att få en samsyn i stödet till barn och unga.

Förslag till fortsatt arbete och förbättringar:

- Att ge utbildningsinsatser för ökat samarbete och förståelse mellan de tre förvaltningarna.
- Att ta fram gemensamma handlingsplaner för olika behovsområde som berör samtliga tre förvaltningar.

Registrering i nationella kvalitetsregister

Det övergripande syftet med nationella kvalitetsregister är att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra vårdens kvalitet. Registren är verktyg som ger möjligheter till att systematiskt riskbedöma och utveckla kvaliteten i vården genom att ge förslag på åtgärder och förbättringsområde.

Senior Alert



Delvis nått måluppfyllelse

Under året har en projektanställd resursperson arbetat med införandet av Senior Alert. Årets förbättringsåtgärder med att samtliga enheter ska registrera har delvis uppnåtts. Samtliga särskilda boende arbetar med riskbedömningar medan ett fåtal inom ordinärt boende har kommit i gång. Anledning till det låga antalet riskbedömningar i ordinärt boende är bland annat tidsåtgången och andra nödvändiga prioriteringar såsom införande av resursfördelningsmodell och översyn av områdesindelning. Statistik från registret har presenterats regelbundet i ledningsgrupp och på chefsträffar men behöver brytas ner på enhetsnivå.

Omsorgsförvaltningen/ **Stab**

Postadress: Löjtnant Granlundsväg 14, 281 52 Hässleholm **Besöksadress:** Löjtnant Granlundsväg 14 **Telefon:** 0451-26 70 00
Telefax: 0451-41778
E-post: omsorgsnamnden@hassleholm.se **Bankgiro:** 866-3494 **Org. nr:** 212000-0985 **Webb:** www.hassleholm.se

Tabell som visar antalet registreringar 2013 och 2014

2013

Andel riskbedömningar med risk där
minst en åtgärd planerats

Månad	Enhet	Antal riskbedömningar där risk konstaterades	Antal där minst en åtgärd planerades	Måluppfyllnad
JAN	Hässleholms kommun	9	4	44%
FEB	Hässleholms kommun	8	3	38%
MAR	Hässleholms kommun	17	12	71%
APR	Hässleholms kommun	45	15	33%
MAY	Hässleholms kommun	12	4	33%
JUN	Hässleholms kommun	12	12	100%
JUL	Hässleholms kommun	1	1	100%
AUG	Hässleholms kommun	7	3	43%
SEP	Hässleholms kommun	47	20	43%
OCT	Hässleholms kommun	85	38	45%
NOV	Hässleholms kommun	48	23	48%
DEC	Hässleholms kommun	32	18	56%

2014

Månad	Enhet	Antal riskbedömningar där risk konstaterades	Antal där minst en åtgärd planerades	Måluppfyllnad
JAN	Hässleholms kommun	42	26	62%
FEB	Hässleholms kommun	24	21	88%
MAR	Hässleholms kommun	67	46	69%
APR	Hässleholms kommun	55	44	80%
MAY	Hässleholms kommun	61	48	79%
JUN	Hässleholms kommun	19	15	79%
JUL	Hässleholms kommun	11	7	64%
AUG	Hässleholms kommun	20	13	65%
SEP	Hässleholms kommun	100	65	65%
OCT	Hässleholms kommun	65	50	77%
NOV	Hässleholms kommun	64	52	81%
DEC	Hässleholms kommun	47	30	64%

källa: Senior alert 2015-05-06

Förslag till fortsatt arbete och förbättringar:

- Att fortsätta riskbedöma samtliga brukare på SÄBO.
- Att öka andelen riskbedömningar inom ordinärt boende till personer som har insatser från såväl hemtjänst som hemsjukvård.
- Att vid teamträffar säkerställa att det finns planerade och dokumenterade åtgärder där risk förekommit utifrån riskbedömningar vid teamträffar. Att införa riskbedömningar avseende blåsdysfunktion. Att fortsätta följa och analysera statistik från registret.
- Säkerställa att förvaltningsledningen efterfrågar resultat.

Omsorgsförvaltningen/ Stab

Postadress: Löjtnant Granlundsväg 14, 281 52 Hässleholm Besöksadress: Löjtnant Granlundsväg 14 Telefon: 0451-26 70 00
Telefax: 0451-41778
E-post: omsorgsnamnden@hassleholm.se Bankgiro: 866-3494 Org. nr: 212000-0985 Webb: www.hassleholm.se

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. Vid mätningen vecka 11 registrerades 67 personer och av dessa hade 12 trycksår. Vecka 37 var siffran 179 där 49 personer registrerades med trycksår. Siffrorna kräver mer ingående analys eftersom resultatet skiljer sig från registreringarna i kvalitetsregistret Rikssår.

Förslag till fortsatt arbete och förbättringar:

- Att samtliga SÄBO deltar i PPM för fall och trycksår.
- Att tydliggöra handlingsplaner för att nå måluppfyllelse.
- Att analysera och återkoppla statistik till verksamheterna.

RiksSår

RiksSår är ett nationellt kvalitetsregister för svårläkta 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. Under 2014 har förvaltningens sårsköterska arbetat med införandet av registret i förvaltningen.

Förslag till fortsatt arbete och förbättringar:

- Att analysera och återkoppla statistik till verksamheterna.

Svenska palliativ registret

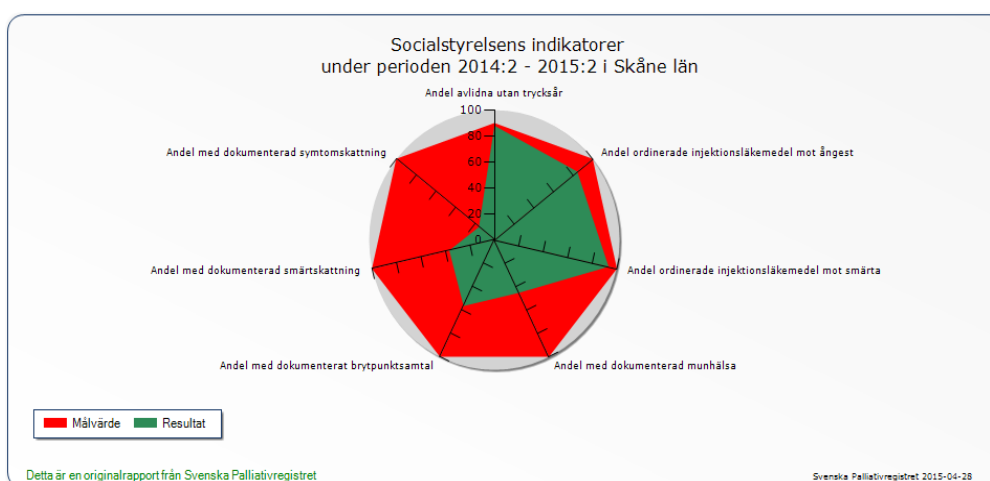
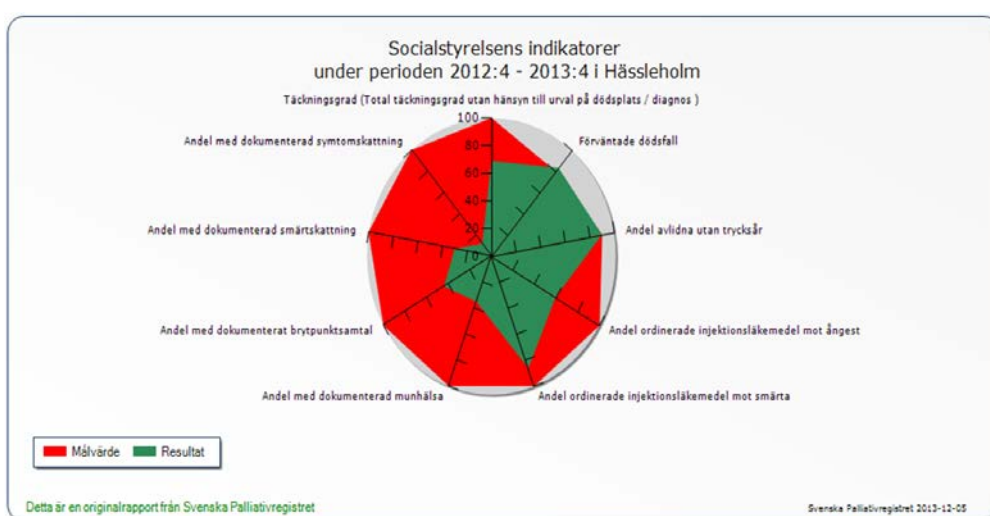
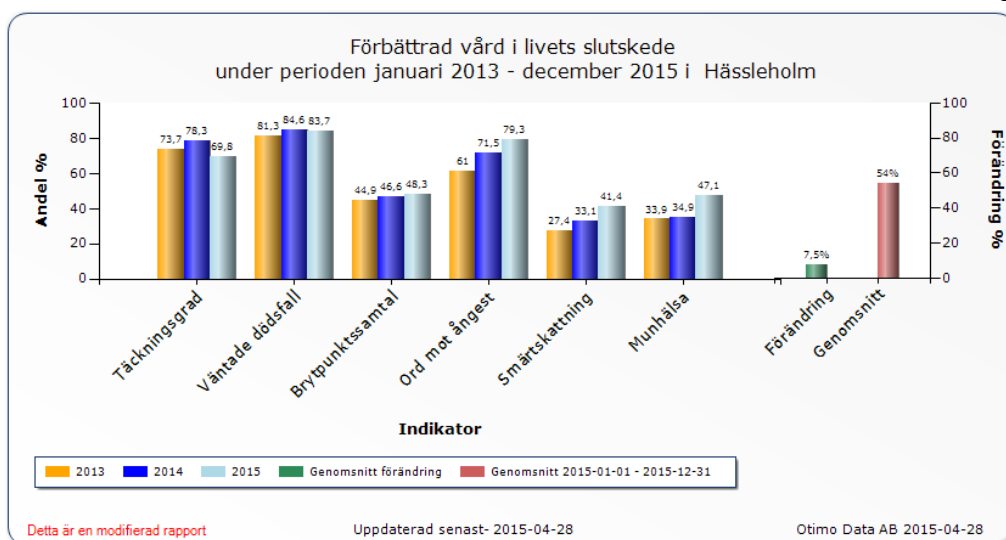


Delvis nått måluppfyllelse

Målen att uppnå en god smärtlindring genom att strukturerad smärtskattning med hjälp av smärtskattningsinstrumenten VAS eller Abbey Pain Scale har delvis nått måluppfyllelse. Trots ökningen av smärtskattningar finns mer kvar att önska. Endast 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, tagit fram ett antal nationella kvalitetsindikatorer för kvalitetsuppföljning på nationell nivå. Statistik från Palliativregistret visar att dessa kvalitetsindikatorer har förbättrats under 2014.

Omsorgsförvaltningen/ **Stab**

Postadress: Löjtnant Granlundsväg 14, 281 52 Hässleholm **Besöksadress:** Löjtnant Granlundsväg 14 **Telefon:** 0451-26 70 00
Telefax: 0451-41778
E-post: omsorgsnamnden@hassleholm.se **Bankgiro:** 866-3494 **Org. nr:** 212000-0985 **Webb:** www.hassleholm.se



Omsorgsförvaltningen/ Stab

Postadress: Löjtnant Granlundsväg 14, 281 52 Hässleholm **Besöksadress:** Löjtnant Granlundsväg 14 **Telefon:** 0451-26 70 00
Telefax: 0451-41778
E-post: omsorgsnamnden@hassleholm.se **Bankgiro:** 866-3494 **Org. nr:** 212000-0985 **Webb:** www.hassleholm.se

Förslag till fortsatt arbete och förbättringar:

- Att andelen som smärtskattas med hjälp av smärtskattningsinstrumenten VAS eller Abbey Pain Scale ska vara lika hög som andelen personer som fått ordinerat smärtstillande.
- Att utbilda vårdpersonal i smärtskattning med VAS och Abbey Pain Scale för strukturerad bedömning av smärta vilket leder till samsyn mellan professioner och god kvalitet för patienterna.
- Att samtliga skattningar ska dokumenteras i hälso- och sjukvårdsjournalen.
- Att öka andelen brytpunktssamtal.
- Att öka andelen munhälsobedömningar vid palliativ vård.

Demensvård av hög kvalitet



Nått måluppfyllelse

I samarbete med Flexvux anordnades en 100 poängsutbildning på gymnasienivå i demenskunskap som 54 medarbetare genomförde och avslutade med godkänt betyg.

Demenssjuusköterska har under året utbildat enhetschef, sjuusköterska och viss baspersonal på samtliga särskilda boende med avdelningar för demenssjuka i BPSD och därmed nått måluppfyllelse. I och med implementering av BPSD har samsyn av personcentrerad omvårdnad och vikten av tvärprofessionella team lyfts. Under året fanns 189 platser för personer med demenssjukdom i särskilt boende. 139 registreringar utfördes i BPSD registret. Implementering av nationella riktlinjer för demensvård har skett i samband med utbildningen i BPSD.

Förslag till fortsatt arbete och förbättringar:

- Att inventera hur stor andel av omsorgsförvaltningens personal som genomgått utbildning i Demens ABC samt Demens ABC+ och utifrån resultatet planera utbildningssatsningar.
- Att samtliga sjuusköterskor på särskilda boende genomgår utbildning i BPSD.
- Att demenssjuusköterska ger stöd åt BPSD administratörer genom regelbundna träffar.
- Att enheterna börjar följa och använda statistiken från BPSD-registreringarna för förbättringsåtgärder i omvårdnaden.
- Att införa egenkontroll gällande följsamhet till registrering och uppföljning av BPSD-registret efter förutbestämt års-hjul.
- Att uppmärksamma eventuell smärta hos personer med nedsatta kognitiva funktioner genom systematisk smärtskattning med Abbey Pain Scale.

Omsorgsförvaltningen/ **Stab**

Postadress: Löjtnant Granlundsväg 14, 281 52 Hässleholm **Besöksadress:** Löjtnant Granlundsväg 14 **Telefon:** 0451-26 70 00
Telefax: 0451-41778
E-post: omsorgsnamnden@hassleholm.se **Bankgiro:** 866-3494 **Org. nr:** 212000-0985 **Webb:** www.hassleholm.se

- Att utveckla rutiner för smärtskattningar inom FSS.
- Inom FSS utbilda vårdpersonal i tidiga tecken om åldersförändringar, kognitiv svikt och demensutveckling hos personer med intellektuella eller kognitiva funktionsnedsättningar.

[Produktionsstatistik](#) ur BPSD-registret för Skånelän 140101-141231

	Summa	2014-01-	2014-02-	2014-03-	2014-04-	2014-05-	2014-06-	2014-07-	2014-08-	2014-09-	2014-10-	2014-11-	2014-12-
Summa	3266	220	215	240	277	291	261	116	183	581	311	303	268
Bromölla	71	5	3	8	14	9	6	2	1	7	7	7	2
Burlöv	173	40	10	14	16	9	8	5	7	23	12	20	9
Bästad	29	-	-	-	2	11	1	1	-	6	2	5	1
Eslöv	72	3	9	4	9	9	5	3	7	13	4	2	4
Helsingborg	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Hässleholm	139	-	1	7	12	15	8	9	3	15	17	33	19
Höganäs	183	13	9	15	15	15	17	10	6	51	9	12	11
Hörby	44	8	2	3	11	3	8	-	-	5	4	-	-
Höör	45	3	3	2	5	7	5	2	1	3	2	7	5
Klippan	57	3	1	2	1	5	5	1	7	6	8	13	5
Kristianstad	192	10	22	12	14	18	28	3	-	41	27	12	5
Kävlinge	126	19	17	13	10	16	4	1	4	17	17	3	5
Landskrona	80	6	2	9	4	4	5	1	-	35	11	2	1
Lund	36	4	2	6	1	2	4	1	-	1	5	3	7
Malmö	483	27	32	44	40	24	46	18	23	35	84	57	53
Osby	155	4	6	17	22	18	7	-	27	32	6	6	10
Perstorp	81	-	-	-	-	-	6	5	5	18	6	10	11
Simrishamn	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

God läkemedelsbehandling för äldre

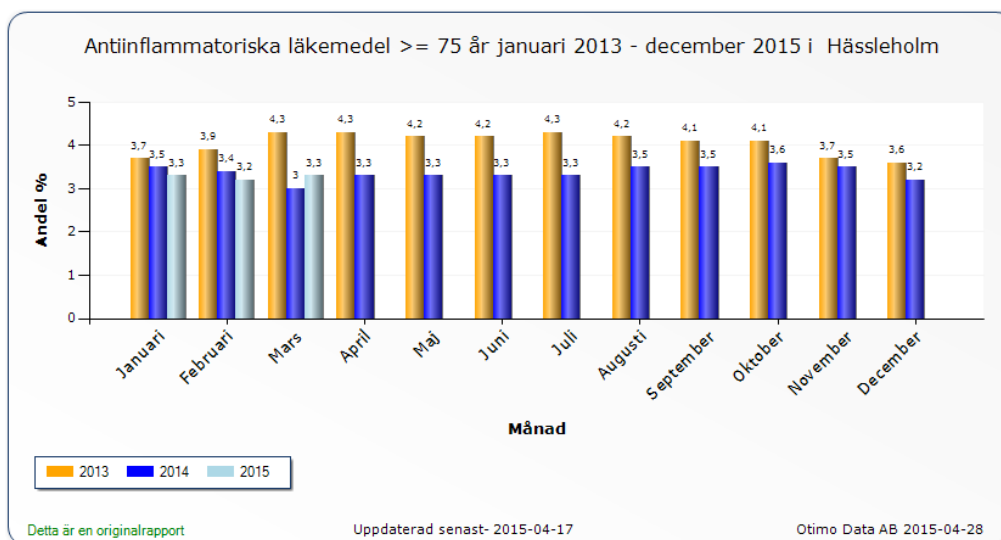
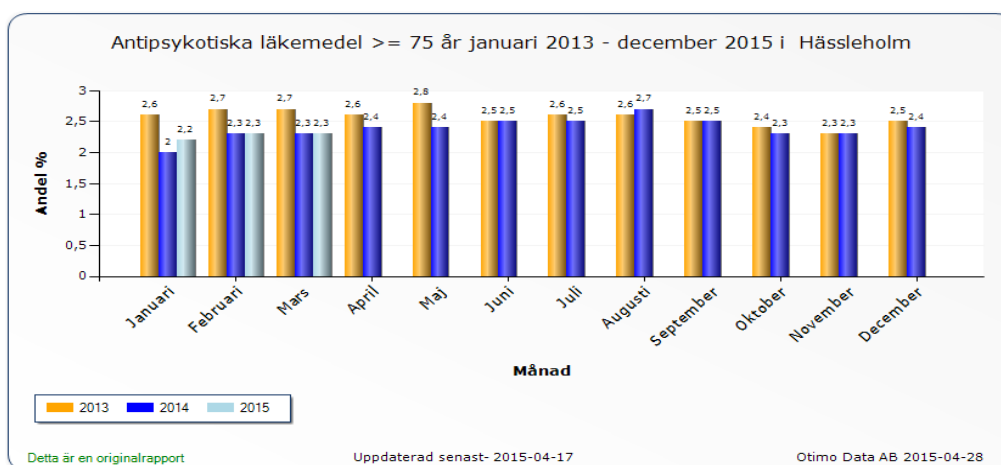
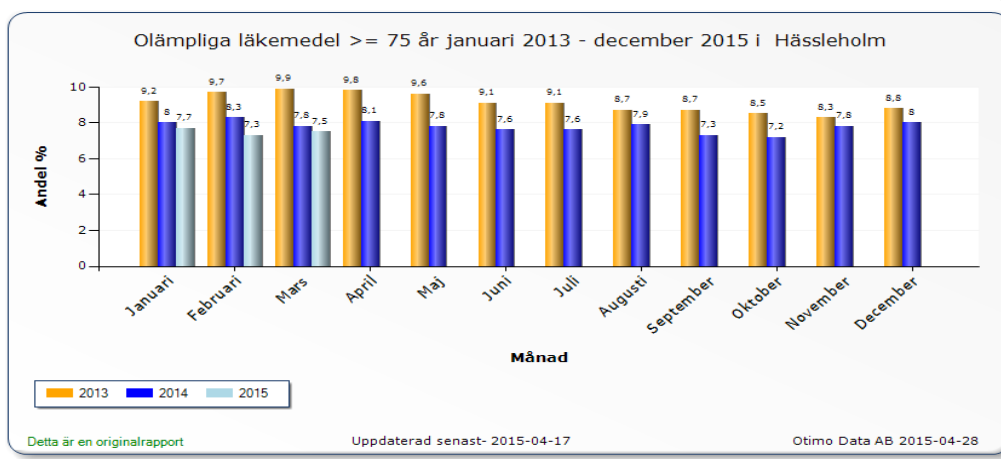
Ett av områdena i satsningen från staten är god läkemedelsbehandling för äldre. Tre indikatorer följs upp inom området: Andel som har potentiellt olämpliga läkemedel (benzodiazepiner, antikolinergika), andel som har läkemedel mot psykos samt andel som har antiinflammatoriska läkemedel (NSAID).

Det har under året skett en minskning av samtliga olämpliga preparat.

Uppföljning sker via [Kvalitetsportalen](#).

Omsorgsförvaltningen/ **Stab**

Postadress: Löjtnant Granlundsväg 14, 281 52 Hässleholm **Besöksadress:** Löjtnant Granlundsväg 14 **Telefon:** 0451-26 70 00
Telefax: 0451-41778
E-post: omsorgsnamnden@hassleholm.se **Bankgiro:** 866-3494 **Org. nr:** 212000-0985 **Webb:** www.hassleholm.se



Omsorgsförvaltningen/ Stab

Postadress: Löjtnant Granlundsväg 14, 281 52 Hässleholm Besöksadress: Löjtnant Granlundsväg 14 Telefon: 0451-26 70 00
 Telefax: 0451-41778
 E-post: omsorgsnamnden@hassleholm.se Bankgiro: 866-3494 Org. nr: 212000-0985 Webb: www.hassleholm.se

Läkemedelsgenomgångar



Delvis nått måluppfyllelse

Målet att utöka andelen patienter som fått läkemedelsgenomgång har uppnåtts. Alla läkemedelsgenomgångar har inte dokumenterats i hälso- och sjukvårdsjournal och därav kan statistiken inte följas. Exakt statistik kan inte heller fås av vårdcentralerna. Tillgången till apotekare har varit begränsad. Förvaltningen är beroende av medverkan från vårdcentral för att genomföra läkemedelsgenomgångar. Genomgångarna anses i verksamheterna vara tidskrävande. Inkomna resultat från verksamheterna påvisar att minst 200 läkemedelsgenomgångar utförts fördelat på särskilda boende och hemsjukvård.

Förslag till fortsatt arbete och förbättringar:

- Att MAS utformar rutin för läkemedelsgenomgångar i samråd med berörda vårdcentraler för samsyn och ökat samarbete gällande läkemedelsgenomgångar enligt [Skånemodellen](#).
- Att omvårdnadsansvarig sjuksköterska tar initiativ till en läkemedelsgenomgång enligt Skånemodell för respektive patient tillsammans med ansvarig läkare.
- Att omvårdnadsansvarig sjuksköterska dokumentera under sökordet ”läkemedelsgenomgång” i patientens hälso- och sjukvårdsjournal för att få sökbar statistik.

Extern granskning av läkemedelshantering



Nått måluppfyllelse

Under året genomfördes granskningar på samtliga gruppboende inom FSS. Åtgärdsplaner upprättades på samtliga boende. Vid granskningarna var önskvärt att enhetschef för respektive gruppboende tillsammans med vårdpersonal närvarade. På grund av kommunikationsbrist skedde inte detta. Resultatet av granskningarna påvisade att de rätta ordinationshandlingarna från Pascal inte användes som läkemedelslista enligt gällande rutin. Det fanns brister i nyckelhanteringen till läkemedelskåpen då personalen gick hem med nycklarna. Förbrukningsjournalen för kontroll av narkotika saknades enligt gällande rutin. Handlingsplaner upprättades för att åtgärda bristerna. Enhetschef för sjuksköterskorna har även utökat bemanningen inom LSS för att möta volymökningarna. Verksamheterna ansåg att rekommendationerna från apotekaren inte alltid överensstämde med gällande rutin för läkemedelshantering.

Omsorgsförvaltningen/ **Stab**

Postadress: Löjtnant Granlundsväg 14, 281 52 Hässleholm **Besöksadress:** Löjtnant Granlundsväg 14 **Telefon:** 0451-26 70 00
Telefax: 0451-41778
E-post: omsorgsnamnden@hassleholm.se **Bankgiro:** 866-3494 **Org. nr:** 212000-0985 **Webb:** www.hassleholm.se

Förslag till fortsatt arbete och förbättringar:

- Att lokal rutin för läkemedelshantering revideras i samråd med apotekare.
- Att granskningar under året utgår från lokal rutin för läkemedelshantering och att åtgärdsplan skrivs i de fall något avviker från rutinen.
- Att kommunikation sker innan granskningarna så att berörd enhetschef och vårdpersonal som hanterar läkemedel kan närvara vid granskningarna.
- Att nyckelrutin för hantering av läkemedel tas fram.

Delegering

Under året fanns 2609 registrerade personer som haft delegering i att administrera läkemedel vilket motsvarar omkring 43,5 delegeringar per sjuksköterska. Av dessa hade 10 delegeringar återkallats under året. Sex delegeringar återkallades på grund av brister i kompetens och fyra på grund av att ordinationen inte följts. 1147 registrerade personer hade haft delegation att ge insulin vilket motsvarar 19 delegeringar per sjuksköterska. Av dessa hade fem delegeringar återkallats, fyra på grund av bristande kompetens och en för att ordinationen inte följts.

Delegeringar är ojämnt fördelade bland de legitimerade samt för många i antal då det gäller administrering av såväl läkemedel som insulin. Framför allt brister uppföljningar och omprövning då en delegering löpt ut. Uppföljning och omprövning utförs på olika sätt i verksamheterna. Det stora antalet delegeringar samt att uppföljning och omprövning sker olika är inte förenligt med säkerhet för patienterna.

Antalet delegeringsutbildningar har utökats och antalet sjuksköterskor som håller utbildningarna har setts över för att kunna möta behoven främst sommartid. Ökat antal som håller utbildningarna gör även att antalet personer på utbildningarna blir mindre vilket höjer kvaliteten. Återkoppling från sjuksköterskor som håller i utbildningarna påvisar att rutinerna för vad som ska delas ut till personal innan de anmäls till en utbildning i många fall inte följs. Detta leder till att personalen har svårare att klara kraven på utbildningen då de inte kunnat läsa på innan. Andelen personer som delegeras i att administrera läkemedel i relation till andelen avvikelser gällande läkemedelshantering, påvisar tydligt att läkemedelshantering inte är förenlig med säkerhet och kvalitet för patienten.

Förslag till fortsatt arbete och förbättringar:

- Att ta fram hållbara strategier för att minska antalet personer som administrerar läkemedel.
- Att genom egenkontroll följa upp hur delegeringarna är fördelade per legitimerad för att utifrån detta fördela till en rimlig mängd.

Omsorgsförvaltningen/ Stab

Postadress: Löjtnant Granlundsväg 14, 281 52 Hässleholm **Besöksadress:** Löjtnant Granlundsväg 14 **Telefon:** 0451-26 70 00
Telefax: 0451-41778
E-post: omsorgsnamnden@hassleholm.se **Bankgiro:** 866-3494 **Org. nr:** 212000-0985 **Webb:** www.hassleholm.se

- Att ta fram webbaserad utbildning inför att en delegering ska förnyas.
- Att ta fram checklista för systematisk kontroll av praktiska moment vid uppföljning och förnyande av delegering.

Nutrition



Delvis nått måluppfyllelse

Plan gjordes för hur implementering av kostpolicyn skulle utföras och förankras i verksamheten. Då måltidspolicyn eventuellt också skulle antas och styra verksamheten beslutade man att vänta med implementeringen av kostpolicyn. Vårdpersonal har utbildats i kost och näring. Utbildning har skett i de fall det har varit efterfrågat av enhetschefen. I väster inner och västar ytter samt Hästveda har dietist utbildat vårdpersonal i undernäring. Dietist har medverkat på vissa av sjuksköterskornas APT:er och informerat om nya rutiner vad gäller näringsdrycker. Natfastan har mätts två gånger under året. Målsättningen är att natfastan inte skall överstiga 11 timmar. Mätningen av natfasta som genomfördes i oktober 2014 visar ett något förbättrat resultat jämfört med mätningen i november 2013. 29,1% har en natfasta som är ≤ 11 timmar, övriga brukare har mer än 11 timmar natfasta. Det är en förbättring med 6,3 %-enheter. Medeltalet för natfastan sänktes från 12 timmar och 19 minuter till 12 timmar och 9 minuter. Den viktigaste åtgärden är att nattmål erbjuds. Dietist har varit med i arbetet med att implementera Senior Alert. Rutin för tvärprofessionella kostombudsträffar har utarbetats. Dietist har medverkat vid kvalitetsmöte med samtlig legitimerad personal för att informera om ordination och beställning av näringsdrycker.

Förslag till fortsatt arbete och förbättringar:

- Att ta fram rutiner för Förebyggande av och behandling vid undernäring enligt ny lagstiftning [SOSFS 2014: 10 Förebyggande av och behandling vid undernäring](#).
- Att implementera tvärprofessionella kostombudsträffar.
- Att kartlägga behov av utbildning till vårdpersonal inom FSS gällande kost och näring.
- Att säkerställa rutiner för att erbjuda åtgärder för att minska natfastan utifrån de framgångsfaktorer som några av de enheter med lägst natfasta har haft.

Omsorgsförvaltningen/ Stab

Postadress: Löjtnant Granlundsväg 14, 281 52 Hässleholm **Besöksadress:** Löjtnant Granlundsväg 14 **Telefon:** 0451-26 70 00
Telefax: 0451-41778
E-post: omsorgsnamnden@hassleholm.se **Bankgiro:** 866-3494 **Org. nr:** 212000-0985 **Webb:** www.hassleholm.se

Vårdhygien



Nått måluppfyllelse

Utbildning i basala hygienrutiner och gällande klädregler genomfördes av sjuksköterska i förvaltning. Utbildningen hölls i ledningsgrupp, på samtliga särskilda boende samt till förvaltningens sjuksköterskor. I ledningsgrupp klargjordes även arbetsledarens ansvar gällande följsamhet till basala hygienrutiner. Vid två tillfällen på tre områden har multiresistenta bakterier påträffats och smittspårning enligt gällande lagstiftning utförts. Kommunfullmäktige har avsatt 2 mnkr för arbetskläder i hemvården från 2014.

Förslag till fortsatt arbete och förbättringar:

- Att sjuksköterska i förvaltningen fortsätter utbilda i basala hygienrutiner och gällande klädregler vid patientnära arbete.
- Att införa egenkontroll gällande följsamhet till hygienrutiner efter förutbestämt års-hjul.
- Att sprida information om webbaserad utbildning [Basalt såklart](#) som finns på vårdgivarwebben att ta del av.

Punktprevalensmätning (PPM)- Följsamhet till basala hygienrutiner



Nått måluppfyllelse

Deltagande vid [PPM mätningarna](#) har haft måluppfyllelse genom att mätningarna utförts. 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.

Andel med korrekt följsamhet i alla 7 steg:	27,3%
Andel med korrekt följsamhet hygienrutin, 4 steg:	29,1%
Andel desinfektion händer före patientarbete:	56,4%
Andel desinfektion händer efter patientarbete:	72,1%
Andel korrekt användning handskar:	49,7%
Andel korrekt användning plastförkläde:	67,3%
Andel med korrekt följsamhet klädregler i alla 3 steg:	83,0%
Andel korrekt arbetsdräkt:	90,9%
Andel med kort eller uppsatt hår:	97,6%
Andel fri från klocka, armband, ringar:	89,1%

Omsorgsförvaltningen/ Stab

Postadress: Löjtnant Granlundsväg 14, 281 52 Hässleholm **Besöksadress:** Löjtnant Granlundsväg 14 **Telefon:** 0451-26 70 00
Telefax: 0451-41778
E-post: omsorgsnamnden@hassleholm.se **Bankgiro:** 866-3494 **Org. nr:** 212000-0985 **Webb:** www.hassleholm.se

Förslag till fortsatt arbete och förbättringar:

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

Munhälsa



Nått måluppfyllelse

Antalet utförda munhälsobedömningar har ökat under året. En av anledningarna är medverkan i kvalitetsregisterna Senior Alert och Palliativa registret och därmed förståelsen för vad en god munhälsa betyder. Tidigare uppdaterad riktlinje för munvård och tandhälsa är mer känd och Oral Cares besök, framför allt på särskilda boende, tydliggör vikten av en god munhälsa. Numera utfärdar biståndshandläggarna ”gröna kort”.

Förslag till fortsatt arbete och förbättringar:

- Att öka antalet riskbedömning och åtgärder av munhälsan i Senior Alert på alla enheter.
- Att implementera uppdaterad riktlinje för munvård och tandhälsa bland annat för att patienter i ordinärtboende som har rätt till uppsökande verksamhet erbjuds detta enligt gällande rutin.

Rehabilitering

Året har präglats av en volymökning och därmed en ökande arbetsmängd, såväl inom äldreomsorgen som inom FSS. Arbeta med att ta fram nyckeltal i syfte att ta fram en resursfördelningsmodell har påbörjats. Rehabiliteringens prioriteringsordning har reviderats. Denna baseras på en Östersundsmodell och syftar till att ge medarbetarna en vägledning vid aktualisering av nya ärenden samt som en vägledning i det dagliga arbetet. Under året har en befattning som ergonomisjukgymnast tillkommit. Uppstarten skedde under hösten och syfte är att säkerställa att all vårdpersonal ska genomgå undervisning i förflyttningsteknik.

Förslag till fortsatt arbete och förbättringar:

- Att ta fram webbutbildning för vardagsrehabiliterande förhållningssätt.
- Att införa beslutstöd som syftar till att systematiskt bedöma behovet av insatser, främst vad avser hjälpmedel, men även för behandling/träning.
- 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.

Omsorgsförvaltningen/ Stab

Postadress: Löjtnant Granlundsväg 14, 281 52 Hässleholm **Besöksadress:** Löjtnant Granlundsväg 14 **Telefon:** 0451-26 70 00
Telefax: 0451-41778
E-post: omsorgsnamnden@hassleholm.se **Bankgiro:** 866-3494 **Org. nr:** 212000-0985 **Webb:** www.hassleholm.se

Hjälpmedel

Målet att säkerställa rutiner för periodiskt underhåll och kontroller har inte genomförts och kvarstår under 2015. Verksamheten har under året präglats av en allt ökande förskrivning av framför allt tyngre hjälpmedel som vårdsängar och liftar. Rutiner för periodisk underhåll och kontroll finns via HÖS, Hjälpmedelsverksamheten i Östra Skåne, men målet att fullt ut säkra detta på våra särskilda boende kvarstår under 2015.

Åtgärdsförslag 2015:

- 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.

Dokumentation



Delvis nått måluppfyllelse

Femtio journaler inom hälso- och sjukvården har systematiskt granskats efter fastställd mall. Resultatet påvisar en förbättring avseende journaler som har hälsohistoria och aktuellt status jämfört med föregående år. På grund av hög arbetsbelastning, beroende på sjukskrivning och vakant tjänst, har journalgranskning inom SoL, LSS uteblivit. Egenkontrollsprogram för dokumentationsgranskning har utarbetats. I strukturerad journalgranskning märks en ökad andel med vårdplaner. Statistik i siffror går inte att få fram då planerna inte är sökbara i Procapita. Arbetsterapeuter och fysioterapeuter har påbörjat arbetet med standardiserade planer. Legitimerad personal har arbetat med patientfall för att få ökad förståelse för dokumentationens syfte.

Under 2014 utfördes en utbildningsinsats där samtliga personalgrupper genomgick utbildning i dokumentation.

Förslag till fortsatt arbete och förbättringar:

- Att i egenkontroll införa dokumentationsgranskning efter fastställd mall till samtlig legitimerad personal.

Genomförandeplan



Delvis nått måluppfyllelse

Omsorgsförvaltningen/ Stab

Postadress: Löjtnant Granlundsväg 14, 281 52 Hässleholm **Besöksadress:** Löjtnant Granlundsväg 14 **Telefon:** 0451-26 70 00
Telefax: 0451-41778
E-post: omsorgsnamnden@hassleholm.se **Bankgiro:** 866-3494 **Org. nr:** 212000-0985 **Webb:** www.hassleholm.se

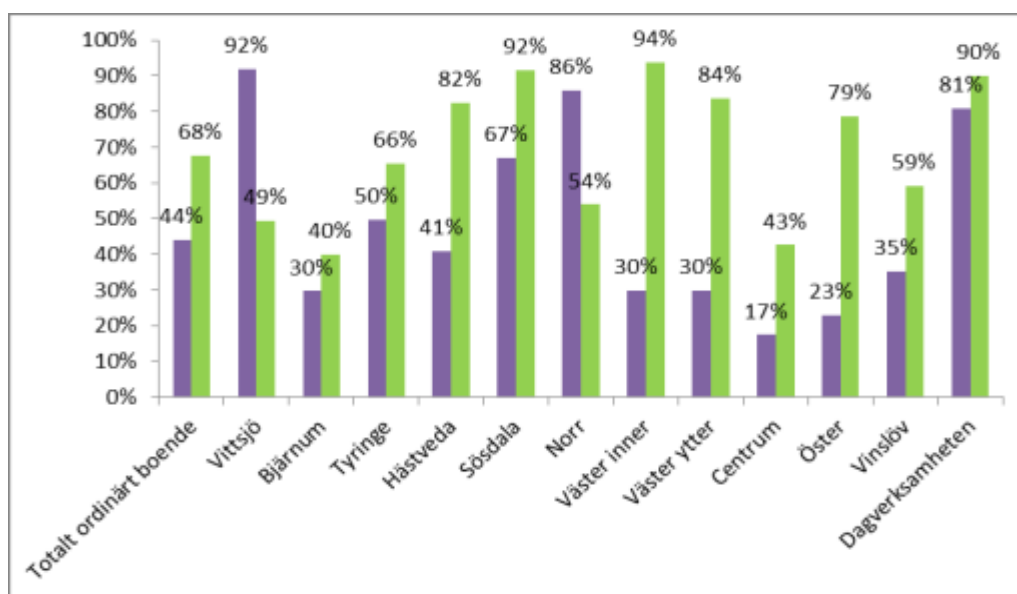
Målsättningen var att 90 % av brukarna skulle ha en aktuell plan. Enligt internkontrollplanen tittar förvaltningen även på om brukarna har aktuell genomförandeplan som är uppdaterad enligt gällande rutin. Analys av höstens mätningar är insamlade men av tidsskäl inte inlagt i tabellerna.

Förslag till fortsatt arbete och förbättringar:

- Att i egenkontroll fortsätta följa andelen uppdaterade genomförandeplaner efter fastställd mall.
- Att i verksamhetstillsynerna införa kontroll av kvalitet och innehåll av upprättade genomförandeplaner.
- Att säkerställa rutiner för analys av insamlat material och att handlingsplaner utformas till verksamheter som inte uppnått måluppfyllelse.

Genomförandeplaner ordinärt boende

Tabell nedan visar antal genomförandeplaner som är uppdaterade enligt rutin i ordinärt boende (internkontroll hösten 2013 i jmf våren 2014). Högra stapeln (grön) avser 2014.

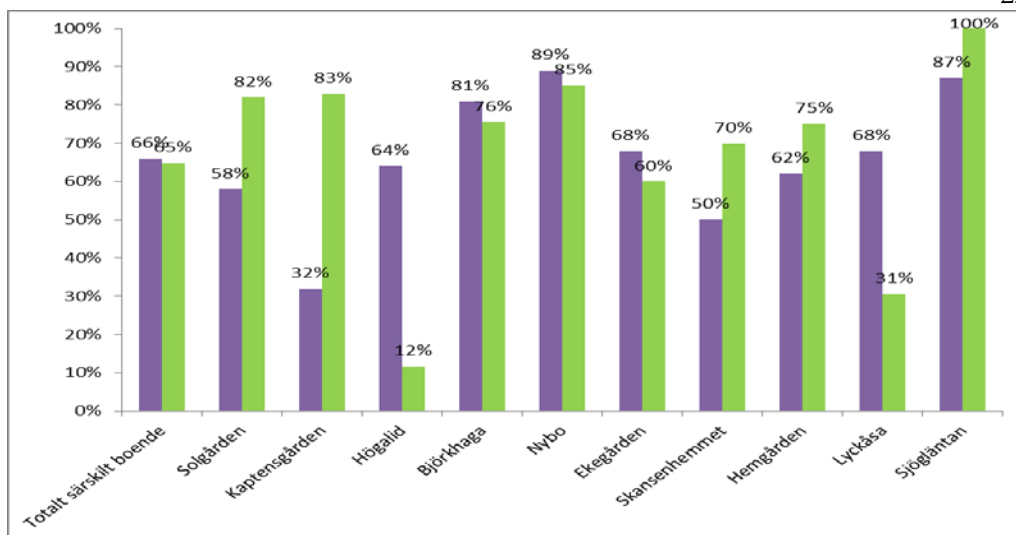


Genomförandeplaner Särskilt boende

Tabell nedan visar antal genomförandeplaner som är uppdaterade enligt rutin i särskilt boende (internkontroll hösten 2013 jmf våren 2014). Högra stapeln (grön) avser 2014.

Omsorgsförvaltningen/ Stab

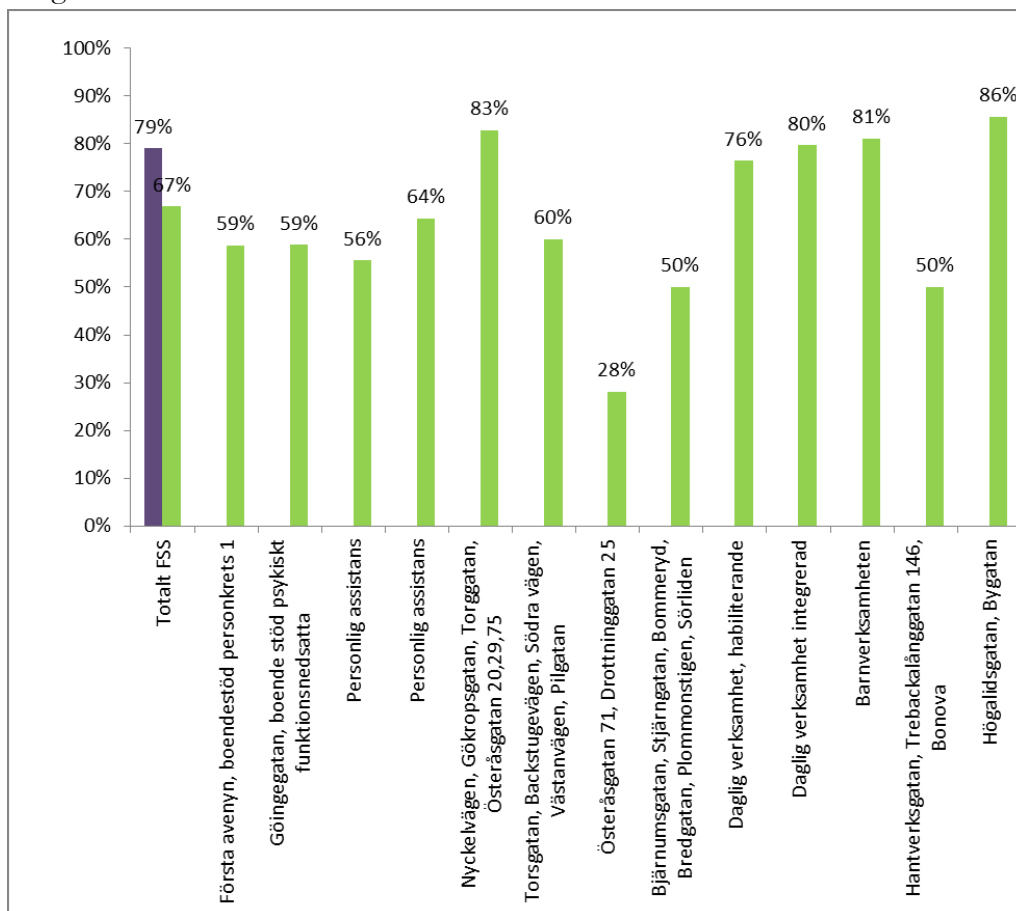
Postadress: Löjtnant Granlundsväg 14, 281 52 Hässleholm **Besöksadress:** Löjtnant Granlundsväg 14 **Telefon:** 0451-26 70 00
Telefax: 0451-41778
E-post: omsorgsnamnden@hassleholm.se **Bankgiro:** 866-3494 **Org. nr:** 212000-0985 **Webb:** www.hassleholm.se



Genomförande planer FSS

Tabell nedan visar antal genomförandeplaner som är uppdaterade enligt rutin inom FSS (internkontroll jmf hösten 2013 och våren 2014). Högra stapeln (grön) avser 2014.

Första stapeln i samtliga figurer visar andelen uppdaterade genomförandeplaner enligt rutin totalt för verksamhetsområdet.



Omsorgsförvaltningen/ Stab

Postadress: Löjtnant Granlundsväg 14, 281 52 Hässleholm **Besöksadress:** Löjtnant Granlundsväg 14 **Telefon:** 0451-26 70 00
Telefax: 0451-41778
E-post: omsorgsnamnden@hassleholm.se **Bankgiro:** 866-3494 **Org. nr:** 212000-0985 **Webb:** www.hassleholm.se

Vårdplan/rehab plan



Delvis nått måluppfyllelse

Fortfarande saknas vårdplaner till patienter med omfattande insatser. Rehabplaner finns i större utsträckning. Målet för 2014 att befintliga arbetsgrupper för dokumentation får i uppdrag att utforma standardiserade vårdplaner har inte genomförts på grund av hög arbetsbelastning och kvarstår som mål under 2015.

Förslag till fortsatt arbete och förbättringar:

- Att befintliga arbetsgrupp för dokumentation får i uppdrag att utforma standardiserade vårdplaner.
- Att öka andelen vårdplaner/rehabplaner till patienter med omfattande insatser.
- Att erbjuda legitimerad personal utbildning i att skriva vårdplaner/rehabplaner i dokumentationssystemet.
- Att fastställa egenkontrollplan för uppföljning av vårdplan/rehabplan.
- Att fortsätta arbetet med att ta fram standardiserade vårdplaner.

Digital ”Att göra lista”



Delvis nått måluppfyllelse

I dokumentationssystemet Procapita finns en digital ”Att Göra lista” eller kalender, som under året provats av fysioterapeuter, arbetsterapeuter och sjuksköterskor inom FSS. Funktionen 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. Sjuksköterskornas arbete visar sig ha större nytta av kalendern än övriga legitimerade professioner. Stor omsättning bland legitimerad personal samt ”barnsjukdomar” i systemet har lett till att införandet i samtliga verksamheter försenats och därmed har inte måluppfyllelse nåtts. Målet kvarstår under 2015.

Förslag till fortsatt arbete och förbättringar:

- Att införa ”att göra listan” inom samtliga verksamhetsområde för legitimerad personal.

Omsorgsförvaltningen/ Stab

Postadress: Löjtnant Granlundsväg 14, 281 52 Hässleholm **Besöksadress:** Löjtnant Granlundsväg 14 **Telefon:** 0451-26 70 00
Telefax: 0451-41778
E-post: omsorgsnamnden@hassleholm.se **Bankgiro:** 866-3494 **Org. nr:** 212000-0985 **Webb:** www.hassleholm.se

Säkerhetskontroller via loggning

Under året togs loggkontroller enligt gällande riktlinje och av 145 kontroller på legitimerad personal har en person varit inne och tagit del av dokumentation som inte följer gällande riktlinjer. För personal utan legitimation har 2237 loggar kontrolleras och av dessa har två personer inte följt gällande riktlinjer för att ta del av dokumentation. Respektive chef ansvarar för att vidta åtgärder vid dessa tillfällen. Även vid misstänkta brott mot sekretessen har loggkontroller tagits och arbetsrättsliga åtgärder vidtagits.

Förslag till fortsatt arbete och förbättringar:

- Att fortsätta följa loggkontroller

IT

e-hälsa

Stimulansmedel har fördelats till länen under 2013 och 2014. Omsorgsförvaltningen utsåg en kommunsamordnare och har i Kommunförbundets regi deltagit i regelbundna KOSA-möten, Kommunsamordnarmöten. Omsorgsförvaltningen har tagit beslut om att påbörja processen ”*etablera koncept för ökad trygghet, service och delaktighet i hemmet genom digital teknik*”. Under året infördes NPÖ- nationell patientöversikt där kommunalanställd legitimerad personal kan få tillgång till vissa uppgifter från Region Skånes hälso- och sjukvårdsjournal. Till en början hade Hässleholms kommun mest antal slagningar i Skåne men övriga kommuner har nu kommit ifatt i användandet.

Förslag till fortsatt arbete och förbättringar:

- Att öka användningen av NPÖ, Nationell Patient Översikt.

6. Systematiskt förbättringsarbete

Risk- och händelseanalys



Delvis nått måluppfyllelse

Under året utbildades en grupp riskanalysledare för att vara ett stöd i mer omfattande utredningar. Att öka antalen händelseanalyser har delvis nått måluppfyllelse genom att kvalitetscontroller och MAS har utfört händelseanalyser vid samtliga Lex Sara och Lex Maria utredningar. Risk och händelseanalyser utförs inte lika frekvent i det dagliga vård och omsorgsarbetet. För att få bättre följsamhet till lagstiftning gällande [systematiskt förbättringsarbete](#) har rutinerna

Omsorgsförvaltningen/ **Stab**

Postadress: Löjtnant Granlundsväg 14, 281 52 Hässleholm **Besöksadress:** Löjtnant Granlundsväg 14 **Telefon:** 0451-26 70 00
Telefax: 0451-41778
E-post: omsorgsnamnden@hassleholm.se **Bankgiro:** 866-3494 **Org. nr:** 212000-0985 **Webb:** www.hassleholm.se

uppdaterats och en [checklista för bedömning och åtgärder av avvikelser](#) tagits fram som ett stöd för verksamheterna.

Förslag till fortsatt arbete och förbättringar:

- Att i egenkontroll följa upp det systematiska förbättringsarbetet genom antalet utförda risk- och händelseanalyser i brukar/patientnära verksamheter.
- Att utbilda riskanalysledarna i att utföra händelseanalyser för att stärka kunskaperna i mer omfattande utredningar.
- Att implementera *Checklista för bedömning och åtgärder av avvikelser* i samtliga verksamheter som arbetar brukar/patientnära.

Egenkontroll



Nått måluppfyllelse

Egenkontrollprogram gällande vård och omsorg där verksamheterna efter fastställt årshjul utför systematiska uppföljningar inom givna område har under året utformats.

Förslag till fortsatt arbete och förbättringar:

- Att implementera egenkontrollprogrammet samt ta fram rutin för hur uppföljning och återkoppling ska ske.

Avvikelser

Fortfarande råder osäkerheten kring vem som ska ta emot avvikelserna samt utredningsförfarandet. Avvikelser har en negativ klang och åtgärdas ofta var för sig i stället för att systemtänk förs in i utredningarna. Antalet registrerade avvikelser ökar vilket kan vara positivt och ett bevis på att fler är förtroga med lagstiftningen och rapporteringsskyldigheten. För att få bättre flyt i hanteringen utfärdades under året en [rutin för teamarbete](#) med stående agenda där uppföljning av systematiskt förbättringsarbete och avvikelshantering ingår.

Avvikelse	2011	2012	2013	2014
Fallrapporter	2373	2767	2705	2616
Läkemedelshantering	877	1094	1136	1412
Medicinsk tekniska produkter	12	19	24	31
Speciell omvårdnad	12	17	22	26

Omsorgsförvaltningen/ Stab

Postadress: Löjtnant Granlundsväg 14, 281 52 Hässleholm **Besöksadress:** Löjtnant Granlundsväg 14 **Telefon:** 0451-26 70 00
Telefax: 0451-41778
E-post: omsorgsnamnden@hassleholm.se **Bankgiro:** 866-3494 **Org. nr:** 212000-0985 **Webb:** www.hassleholm.se

Träning/behandling, rehab	42	7	12	8
Fel och brist	223	399	313	360

Förslag till fortsatt arbete och förbättringar:

- Att genomföra översyn av avvikelssystemet för att förenkla användandet.
- Att revidera rutiner för avvikelsehantering så att dessa överensstämmer med samtliga verksamheter oavsett lagrum.
- Att genomföra egenkontroll gällande följsamhet till systematiskt förbättringsarbete efter förutbestämt årshjul.

Fallrapporter



Delvis nått måluppfyllelse

Mål att minska antalet fall genom att öka förebyggande arbete med riskbedömningar, åtgärder och uppföljningar i Senior Alert har delvis uppfyllts genom att fler registreringar sker i registret och att andelen registrerade fall har minskat något under året. Dock är siffran marginell. Fortfarande är det ett stort antal fall per år som registreras. Ett krafttag med fallprevention behövs.

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.
- Utreda möjligheten att erbjuda höftbyxa till högriskgrupper.
- Utreda möjligheten att genom HTAB erbjuda Fixartjänster.

Läkemedelshantering



Ej nått måluppfyllelse.

Siffran för avvikelser gällande läkemedel har inte stannat av eller minskat. Den vanligaste orsaken till avvikelse inom läkemedelshantering är 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. Legitimerade sjuksköterskor i förvaltningen arbetar med utbildning i läkemedel och äldre. Utbildningen ges regelbundet till övriga sjuksköterskor samt en gång per termin

Omsorgsförvaltningen/ **Stab**

till vårdpersonal.

Förslag till fortsatt arbete och förbättringar:

- Att verksamheterna varje månad enligt rutin för teamträff, hanterar enhetens läkemedelsavvikelser, diskuterar dessa och tillsammans finner lösningar för att förhindra att de upprepas.
- Att se över andelen personer som överlämnar läkemedel som delegerad arbetsinsats med målet att minska antalet personer med delegering.
- Att effektivisera och förbättra delegeringsutbildningarna.
- Att ta fram checklista för systematisk kontroll av praktiska moment vid uppföljning och förnyande av delegering.

Medicintekniska produkter



Ej nått måluppfyllelse.

Fortfarande är de mest frekvent registrerade avvikelser gällande medicinsktekniska produkter handhavande fel genom att personal använt hjälpmedlet felaktigt eller glömt att använda förskrivna hjälpmedel.

Förslag till fortsatt arbete och förbättringar:

- Att identifiera hjälpmedel ute i verksamheterna för att samtliga ska vara spårbara samt genomgångna utifrån ett förebyggande underhåll.
- Att ta uppdatera rutiner för förskrivning och uppföljning av förskrivna hjälpmedel.
- Att utreda möjligheten för lyftkörkort.

Speciell omvårdnad



Delvis nått måluppfyllelse

26 avvikelser finns registrerade under året. Av dem är nio felregistrerade. Sex berör arbetsuppgifter som utförts av delegerad personal. Två berör brister vid överrapportering, två beror på utebliven insats då arbetsuppgifter ej dokumenterats i kalender, resterande brister har uppkommit på grund av brister i kompetens.

Förslag till fortsatt arbete och förbättringar:

- Att införa överrapportering med SBAR (strukturerat instrument för överrapportering) till samtliga professioner.

Omsorgsförvaltningen/ Stab

Postadress: Löjtnant Granlundsväg 14, 281 52 Hässleholm **Besöksadress:** Löjtnant Granlundsväg 14 **Telefon:** 0451-26 70 00
Telefax: 0451-41778
E-post: omsorgsnamnden@hassleholm.se **Bankgiro:** 866-3494 **Org. nr:** 212000-0985 **Webb:** www.hassleholm.se

- 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.

Träning/behandling, rehab



Ej nått måluppfyllelse.

Registrerade avvikelser är fortfarande övervägande på träningsprogram som av delegerad personal inte utförts. Anledning som anges är oftast hög arbetsbelastning.

Förslag till fortsatt arbete och förbättringar:

- Att genom utbildning ge personal ökad förståelse för vikten av att utföra de träningsprogram som legitimerad personal delger.
- Att utforma webbaserad utbildning i vardagsrehabilitering.
- Att ta fram strategier för att få ökad förståelse och kunskap kring delegerade/ordinerade arbetsuppgifter gällande rehabilitering/träning.

Fel och brist

Under året har checklista för bedömning av avvikelser tagits fram. Denna ska finnas till hjälp dels för att bedöma allvarlighetsgraden på uppkommen brist men även som en handledning för hur avvikelser ska hanteras och dokumenteras.

Förslag till fortsatt arbete och förbättringar:

- Att implementera *Checklista bedömning av avvikelser, synpunkter och klagomål samt planering för åtgärder* i samtliga verksamheter som arbetar brukar/patientnära.

Synpunkter och klagomål



Delvis nått måluppfyllelse

Årets mål att legitimerad personal vid första mötet med patienterna samt vid behov lämnar ut broschyren ”hjälp oss att bli bättre” har inte haft måluppfyllelse. Anledningen till detta har varit brister i implementering. Nya rutiner för synpunkter och klagomål har reviderats, framför allt för att korta svarstiderna för dem som lämnat in klagomål. Utbildning av ett risk- och händelseanalysteam har genomförts. Sedan 2013 har antalet synpunkter och klagomål minskat. Det är svårt att säga något om anledningen, dock kan en förklaring vara att enhetschefen har ansvar för att återkoppling lämnas till avsändaren. En annan förklaring kan

Omsorgsförvaltningen/ Stab

Postadress: Löjtnant Granlundsväg 14, 281 52 Hässleholm **Besöksadress:** Löjtnant Granlundsväg 14 **Telefon:** 0451-26 70 00
Telefax: 0451-41778
E-post: omsorgsnamnden@hassleholm.se **Bankgiro:** 866-3494 **Org. nr:** 212000-0985 **Webb:** www.hassleholm.se

vara ett intensifierat arbetet med bemötande- och värdegrundsfrågor. Exempel på inkomna synpunkter och klagomål är bristande i bemötande från personal, utebliven insats, brister i kvalitet på utförd insats, brister i kunskap eller att brukare upplever ingen eller liten delaktighet i den vård och omsorg som planeras och utförs.

Socialstyrelsen brukarundersökning ”*Vad tycker de äldre om äldreomsorgen, 2014*” visar att många inte vet vart man skall vända sig om man har synpunkter och klagomål och är ett viktigt förbättringsområde.

Vet vart man vänder sig med synpunkter och klagomål

	Hässleholm	Riket
Hemtjänst	61 %	62 %
Äldreboende	48 %	46 %

	2011	2012	2013	2014
Synpunkter och klagomål HSL	4	7	5	6
Synpunkter och klagomål SOL/LSS	59	80	67	44

Förslag till fortsatt arbete och förbättringar:

- Att förenkla synpunkter och klagomålshanteringen så att klagomål kan tas emot via hemsidan.
- Att tydliggöra utredningsförfarande och tidsaspekt så utredningarna utförs skyndsamt.
- Att lämna ut broschyr ”hjälp oss att bli bättre” vid första vårdkontakt i samtliga verksamheter.
- Att broschyren ”hjälp oss att bli bättre” finns i hemmahospärarna.
- Att säkerställa så inkomna synpunkter och klagomål regelbundet återkopplas till verksamheterna som ett lärande.

Lex Sarah

Under året har checklista för enhetschefens bedömning av händelsens allvarlighetsgrad där enhetschefen ska redovisa omedelbara åtgärder för att undanröja och avhjälpa missförhållandet tagits fram. Även en ny utredningsblankett för rapport enligt lex Sarah har tagits fram. När det gäller rapporterna enligt lex Sarah handlar dessa i huvudsak om brister i bemötande, misstanke om stöld, bristfällig information, brister vid användning av hjälpmedel samt orsaker som haft med den enskilde medarbetaren att göra. Under 2014 har 30 rapporter om missförhållanden/risk för missförhållanden enligt lex Sarah

Omsorgsförvaltningen/ Stab

Postadress: Löjtnant Granlundsväg 14, 281 52 Hässleholm **Besöksadress:** Löjtnant Granlundsväg 14 **Telefon:** 0451-26 70 00
Telefax: 0451-41778
E-post: omsorgsnamnden@hassleholm.se **Bankgiro:** 866-3494 **Org. nr:** 212000-0985 **Webb:** www.hassleholm.se

inkommit till förvaltningen. Fyra ärenden anmäldes till Inspektionen för vård och omsorg (IVO), av dessa avsåg två bristande bemötande och brister vid användning av hjälpmedel samt att gällande rutiner frångåtts.

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

Förslag till fortsatt arbete och förbättringar:

- Att säkerställa att anmälningar till IVO görs inom två månader.
- 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.

Lex Maria

Sju ärenden skickades till IVO under året. Dessa har handlat om brister vid vård i livets slut, felmedicinering, utebliven medicinering samt brister i omvårdnad och utförd behandling. Av inskickade anmälningar ansåg IVO att sex av händelserna hade utretts och åtgärdats i tillräcklig omfattning. I ett av ärendena var IVO inte överens med MAS och kommer under året att utföra tillsynsbesök i berörd verksamhet. I ytterligare ett ärende kommer IVO under 2015 utföra tillsyn även om tillräckliga åtgärder vidtagits. Anledningen till den ökade mängden anmälningar är att fyra av ärendena är från samma verksamhet där omfattande insatser krävts för att undvika att händelserna återupprepas. Genomgående i ärendena är brister i dokumentationen. Ärendena har fortlöpande återkopplats i ledningsgrupp samt till legitimerad personal på kvalitetsträffar.

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

Förslag till fortsatt arbete och förbättringar:

- Att återkoppla Lex Marianmälningar på intranätet som ett lärande för samtliga verksamheter.

Omsorgsförvaltningen/ Stab

Postadress: Löjtnant Granlundsväg 14, 281 52 Hässleholm **Besöksadress:** Löjtnant Granlundsväg 14 **Telefon:** 0451-26 70 00
Telefax: 0451-41778
E-post: omsorgsnamnden@hassleholm.se **Bankgiro:** 866-3494 **Org. nr:** 212000-0985 **Webb:** www.hassleholm.se

Intern kontroll

Intern kontroll visar att arbetet blir en alltmer kontinuerlig del av verksamheten. En del kontroller återkommer årligen exempelvis granskning av bokföring på gruppbestäder, genomförandeplaner, nattfasta och granskning av vårdplaner. Risk- och väsentlighetsanalyserna ligger till grund för det fortsatta intern kontrollarbetet.

Förslag till fortsatt arbete och förbättringar:

- Att arbetet genom tvärprofessionell arbetsgrupp förväntas utveckla rutiner och säkerställa att återkoppling genom granskningsrapport tillsammans med förslag på intern kontrollplan för nästkommande år kan redovisas till omsorgsnämnden senast i december.
- Att utveckla arbetet med risk- och väsentlighetsanalyserna så att arbetsmoment som bedöms redovisas i även om de inte tas med i intern kontrollplanen.

7. Tillsynsbesök i verksamheterna



Delvis nått måluppfyllelse

Under året har ett frågeinstrument tagits fram som ska ligga till grund för verksamhetstillsynerna. Verksamhetstillsyner har under året utförts i verksamheter där avvikelser eller synpunkter och klagomål inkommit. Generellt är bristerna de samma oavsett lagrum. Bristerna handlar om den grundläggande vården och omsorgen samt brister i följsamhet till upprättade rutiner/riktlinjer. Hög arbetsbelastning har lett till att systematiska besök uteblivit. Detta har åtgärdats genom utökning av professioner i form av verksamhetsutvecklare som tillsammans med kvalitetscontroller och MAS ska ansvara för tillsynerna.

Under hösten utförde IVO en tillsyn av Hälso- och sjukvården med anledning av en del frågetecken på Lex Maria som anmälts. IVO träffade verksamhetschef, enhetschef för sjuksköterskor Särskilt boende och MAS. Vid tillsynen förtydligade IVO lagstiftningen kring Lex Maria samt fick svar sina frågor.

Förslag till fortsatt arbete och förbättringar

- Att ta fram rutin för regelbundna verksamhetstillsyner.
- Att rutiner tas fram för återkoppling av verksamhetstillsyner till omsorgsnämnden och att verksamhetsansvariga, utifrån resultatet av tillsynen, ges i uppdrag att redovisa en handlingsplan utifrån förbättringsområde.

Omsorgsförvaltningen/ Stab

Postadress: Löjtnant Granlundsväg 14, 281 52 Hässleholm **Besöksadress:** Löjtnant Granlundsväg 14 **Telefon:** 0451-26 70 00
Telefax: 0451-41778
E-post: omsorgsnamnden@hassleholm.se **Bankgiro:** 866-3494 **Org. nr:** 212000-0985 **Webb:** www.hassleholm.se

- Att ta fram arbetssätt för hur gällande rutiner/riktlinjer ska implementeras i verksamheterna och i det dagliga arbetet.

8. 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. Under 2014 har ett samarbete med Psykosteamet (Region Skåne) inletts. Två boendestödare och två personal från Psykosteamet träffas varje vecka för att arbeta tillsammans. Idag pågår 17 gemensamma ärenden. Visionen för verksamheten är att brukare/patienter boende i Hässleholms kommun med psykossjukdom ska kunna ingå i fördjupad samverkan.

- [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 med psykisk funktionsnedsättning/sjukdom.](#)
- [Regelverk för Samordnad vårdplanering.](#)
- [Riktlinjer för uppsökande tandvård i Skåne.](#)
- [Samarbetsavtal mellan kommunerna och regionens sjukvård i nordöstra Skåne.](#) Nuvarande avtal är prolongerande 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

Omsorgsförvaltningen/ **Stab**

Postadress: Löjtnant Granlundsväg 14, 281 52 Hässleholm **Besöksadress:** Löjtnant Granlundsväg 14 **Telefon:** 0451-26 70 00
Telefax: 0451-41778
E-post: omsorgsnamnden@hassleholm.se **Bankgiro:** 866-3494 **Org. nr:** 212000-0985 **Webb:** www.hassleholm.se

Ledningskraft- så mycket bättre för sjuka äldre



Delvis nått måluppfyllelse

Under 2014 har kommunerna i nordöst tillsammans med slutenvård på sjukhusen i Hässleholm och Kristianstad, ASIH samt primärvård i Hässleholm och Kristianstad tagit fram en gemensam övergripande handlingsplan (bilaga 1) för arbetet med de mest sjuka äldre. I handlingsplanen 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. Lokal handlingsplan och tanken med att starta lokalt ledningskraftsteam utfördes inte eftersom åtgärderna som fanns med i den övergripande handlingsplanen till stor del ingick i verksamhetsplanen för 2014 och att arbetet på så vis implementerats i verksamheterna.

Förslag till fortsatt arbete och förbättringar:

- Att i samverkan implementera [Handlingsplan för sammanhållen vård och omsorg om mest sjuka äldre 2015](#) i befintliga mötesstrukturer.
- Att utifrån handlingsplanen implementera åtgärder i befintliga styrdokument som verksamhetsplan och kvalitets- och patientsäkerhetsberättelser.
- 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 2014 utbildades 320 sjuksköterskor från kommunerna i nordost och med deltagande från ASIH, 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 men inte internt.

Omsorgsförvaltningen/ Stab

Postadress: Löjtnant Granlundsväg 14, 281 52 Hässleholm **Besöksadress:** Löjtnant Granlundsväg 14 **Telefon:** 0451-26 70 00
Telefax: 0451-41778
E-post: omsorgsnamnden@hassleholm.se **Bankgiro:** 866-3494 **Org. nr:** 212000-0985 **Webb:** www.hassleholm.se

Förslag till fortsatt arbete och förbättringar:

- Att implementering av beslutsstödet sker så att även sjuksköterskor på särskilt boende använder stödet.
- Att införa överrapportering med SBAR inom samtliga egna verksamheter och professioner.

Samordnad vårdplanering – 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 psykiatriskvård 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

2014 anställdes sjuksköterska specialiserad på vårdplaneringar som även har till uppgift att utbilda övriga verksamheter i SVPL regelverk och gällande samarbetsavtal samt vara ett stöd för biståndshandläggarna har genomförts. Dokumentation i SVPL-IT har förbättrats men det finns mer att önska från Region Skåne och kommunens sida.

Förslag till fortsatt arbete och förbättringar:

- Att VPL sjuksköterska ger fortsatt stöd till legitimerad personal i dokumentation i ”mina planer”
- Att checklista för vilket material som ska bifogas patient som skickas till slutenvård upprättas.

Omsorgsförvaltningen/ Stab

Postadress: Löjtnant Granlundsväg 14, 281 52 Hässleholm **Besöksadress:** Löjtnant Granlundsväg 14 **Telefon:** 0451-26 70 00
Telefax: 0451-41778
E-post: omsorgsnamnden@hassleholm.se **Bankgiro:** 866-3494 **Org. nr:** 212000-0985 **Webb:** www.hassleholm.se

Förbättringsarbete över vårdgivargränser

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

Tabell 1. Redovisning av antalet avvikelser som skickats mellan vårdgivare

Avvikelse	2012	2013	2014
Centralsjukhuset Kristianstad	6	18	7
Psykiatri, Kristianstad	1	1	0
Sjukhuset Hässleholm	14	53	46
Psykiatri, Hässleholm	1	3	0
Vårdcentraler, Hässleholm	3	10	4
Kvalificerad vård i hemmet (KVH)	1	2	0
Ambulans	0	6	3
Ystad lasarett	0	1	0
Skånes universitetssjukhus Malmö	0	1	1
Falck hembesöksbilar			2
Hässleholms kommun	9	9	17
Totalt	35	104	80

Vid genomgång av negativa händelser mellan vårdgivare framkommer bland annat 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.

Inkomna avvikelser från slutenvården till kommunen påvisar brister i informationsöverföring genom att ”akutlapp” inte medföljt patienten in till sjukhuset enligt gällande riktlinje. Det händer även att patienter som inte kan föra sin talan eller har med person som kan styrka identifiering, skickats in utan medföljande personal eller märkning med identitetsband.

Avvikelse mellan ambulans och kommun påvisar brister i bemötande såväl från kommun som från ambulans samt oenighet kring vem som ska id-märka patienten om kommunens sjuksköterska inte är på plats.

Omsorgsförvaltningen/ Stab

Postadress: Löjtnant Granlundsväg 14, 281 52 Hässleholm **Besöksadress:** Löjtnant Granlundsväg 14 **Telefon:** 0451-26 70 00
Telefax: 0451-41778
E-post: omsorgsnamnden@hassleholm.se **Bankgiro:** 866-3494 **Org. nr:** 212000-0985 **Webb:** www.hassleholm.se

Risicanalysledare

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 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.

Förslag till fortsatt arbete och förbättringar:

- Att regelbundet utvärdera gruppens systematiska förbättringsarbete och utifrån dessa åtgärda de brister som omsorgsförvaltningen är inblandade i.

Samordnad individuell plan (SIP)



Ej nått måluppfyllelse.

Trots lagstiftningen utförs få SIP idag. Även internt till brukare med aktörer från flera lagrum ska en SIP erbjudas vilket sällan görs. I de fall kommun och ASIH har gemensamma patienter utförs alltid en skriftlig arbetsfördelning med då är inte patienten med. Region Skåne bjöd vid tre tillfällen under året in till en utbildning i SIP där ett antal av förvaltningens sjuksköterskor deltog. Upplevelsen bland den legitimerade personalen är att det behövs mer utbildning och information i ämnet. Anledningen till att lokal rutin för samordnad individuell plan inte utformats under året är för att invänta övergripande rutin som en arbetsgrupp med representanter från Region Skåne och kommunerna håller på att ta fram.

Förslag till fortsatt arbete och förbättringar:

- Att lokal rutin för Samordnad individuell plan upprättas och implementeras i verksamheterna.
- Att säkerställa samverkan med primärvård, ASIH eller andra berörda, där lokala samarbetsavtal upprättas för att få flöde i SIP-arbetet till de patienter som har ett behov.

Läkarmedverkan



Delvis nått måluppfyllelse.

2014 års åtgärds förslag har delvis följts genom regelbundna träffar med verksamhetschefer för vårdcentralerna. Övriga åtgärdsförslag från året kvarstår.

Omsorgsförvaltningen/ **Stab**

Postadress: Löjtnant Granlundsväg 14, 281 52 Hässleholm **Besöksadress:** Löjtnant Granlundsväg 14 **Telefon:** 0451-26 70 00
Telefax: 0451-41778
E-post: omsorgsnamnden@hassleholm.se **Bankgiro:** 866-3494 **Org. nr:** 212000-0985 **Webb:** www.hassleholm.se

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.

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.

Parkinsons sjukdom i sent stadium

Omsorgsförvaltningen deltar i ett nytt Europeiskt forskningsprojekt. Projektet är en del av ett Europeiskt samarbetsprojekt, där en internationell studie kompletteras med specifika svenska frågeställningar och undersökningsmoment. I projektet utvärderas sjukdomens effekt på livskvalitet, för patienter, såväl som anhöriga. Avsikten är att etablera kunskaper som kan ligga till grund för framtida förbättring i omhändertagandet av dessa patienter. Deltagande är sjuksköterskor på särskilda boende som efter fastställd mall identifierar rätt patientgrupp.

9. Intern samverkan



Delvis nått måluppfyllelse

Målet var att öka kvaliteten på teamarbetet genom implementering av strukturerad arbetsbeskrivning i samtliga verksamheter. Implementeringen har kommit olika långt i teamen. En av utmaningarna är att få tider där samtliga professioner kan närvara vid 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.

Omsorgsförvaltningen/ Stab

Postadress: Löjtnant Granlundsväg 14, 281 52 Hässleholm **Besöksadress:** Löjtnant Granlundsväg 14 **Telefon:** 0451-26 70 00
Telefax: 0451-41778
E-post: omsorgsnamnden@hassleholm.se **Bankgiro:** 866-3494 **Org. nr:** 212000-0985 **Webb:** www.hassleholm.se

Förslag till fortsatt arbete och förbättringar:

- Att öka kvaliteten på teamarbetet genom fortsatt implementering av strukturerad arbetsbeskrivning i ordinärt boende.
- Att ta fram arbetsbeskrivning för teamarbete inom särskilt boende samt inom FSS.

10. Samverkan med patienter och närstående

Vård och behandling ska så långt det är möjligt utformas och genomföras i samråd med patienter/brukare och i förkommande fall närstående. De ska få medverka vid upprättande av vård- och omsorgsplaner, informeras vid nationella studier, göras delaktiga vid utredning av vårdskador samt informeras om tillvägagångssätt för att framföra synpunkter och klagomål. Varje patient/brukare som flyttar in till särskilt boende eller beviljas hemtjänst erbjuds ett ankomstsamtal. Anhörigträffar anordnas regelbundet i verksamheterna. Legitimerad personal har genomgått förvaltningens utbildning i anhörigstöd.

Case Management



Delvis nått måluppfyllelse

Målsättningen är att Case management metoden ska genomsyra arbetet med psykiskt funktionsnedsatta. Målet att ha 50 aktiva resursgrupper var inte ett realistiskt mål då arbetsmetoden inte är implementerad fullt ut i verksamheten. 37 aktiva resursgrupper fanns 2014-12-31.

Förslag till fortsatt arbete och förbättringar:

- Att fortsätta handleda personal som gått utbildning.
- Öka antalet resursgrupper under 2015 till 40.

Samtycke



Delvis nått måluppfyllelse

I [Patientlag \(2014:821\)](#) framgår att hälso- och sjukvård inte får ges utan patienten har gett samtycke. Årets mål att samtycke ska finnas dokumenterat i hälso- och sjukvårdsjournal är delvis uppfyllt. Enhetschef, sjuksköterskor ordinärt boende har under året haft ett projekt att öka andelen samtycke. 2013 fanns 103 samtycke registrerade i hälso- och sjukvårdsjournalen vilket under 2014 ökat till 853. Rutinen för samtycke har uppdaterats.

Omsorgsförvaltningen/ Stab

Postadress: Löjtnant Granlundsväg 14, 281 52 Hässleholm **Besöksadress:** Löjtnant Granlundsväg 14 **Telefon:** 0451-26 70 00
Telefax: 0451-41778
E-post: omsorgsnamnden@hassleholm.se **Bankgiro:** 866-3494 **Org. nr:** 212000-0985 **Webb:** www.hassleholm.se

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 samtlig personal vid första mötet med brukare/patienter samt vid behov lämnar ut broschyren ”hjälp oss att bli bättre”.

11. Övergripande mål och strategier för 2015

Utvecklingsenheten befinner sig i en förändringsprocess med utökat antal verksamhetsutvecklare som bland annat ska ha till uppgift att utarbeta och implementera styrdokument, administrera klagomål och rapportera avvikelser samt kvalitetssäkra och följa upp produktionsstatistik och nyckeltal.

Arbetet med ledningssystemet fortsätter genom att varje verksamhetsområde utarbetar huvudprocesser och identifierar stödprocesser. Ledningssystemet kommer under året att byggas i Ensolutions It baserade stöd där processer riktlinjer och rutiner kommer knytas samman.

Öka fokus på verksamhetstillsyn, uppföljning och utvärdering samt övriga delar i det systematiska förbättringsarbetet. Samtliga riktlinjer och rutiner på intraätet kommer uppdateras och revideras.

Att fortsätta värdegrundsarbetet genom att utbilda fler värdegrundsledare samt planera det fortsatta arbetet så att värdegrund och reflektion blir en naturlig och återkommande del i det dagliga arbetet.

Att aktivt arbeta med brukarnas delaktighet genom att tydliggöra brukarens önskemål i genomförandeplanerna samt genomför fler delaktighetsslingor inom verksamhetsområdet FSS.

Med stöd av ledningssystemet ska kvalitetsarbetet ledas, planeras och följas upp. Ett egenkontrollprogram efter fastställt årshjul har tagits fram och ska implementeras under året. Resultaten ska sedan ligga till grund för att förbättra verksamheten.

Patientsäkerhetsarbetet under 2015 kommer att ha fortsatt fokus på prevention. Riskanalys är en beprövad metod för säkerhetsarbete i hälso- och sjukvården. Genom en noggrann kartläggning av hur en verksamhet fungerar i praktiken kan risker och brister identifieras och analyseras. Utarbetad checklista och rutin för strukturerade möte i teamen ska antalen riskbedömningar av vård och omsorgsarbetet öka. Likaså ska checklistan ge stöd i arbetet med händelseanalyser och utredning av avvikelser.

Omsorgsförvaltningen/ **Stab**

Postadress: Löjtnant Granlundsväg 14, 281 52 Hässleholm **Besöksadress:** Löjtnant Granlundsväg 14 **Telefon:** 0451-26 70 00
Telefax: 0451-41778
E-post: omsorgsnamnden@hassleholm.se **Bankgiro:** 866-3494 **Org. nr:** 212000-0985 **Webb:** www.hassleholm.se

MÅL 2015

- Antal brukare/patienter med en aktuell riskbedömning, åtgärd och uppföljning enligt Senior Alert ska fortsätta att öka och statistik i registret användas i det fortsatta arbetet.
- Antal brukare/patienter med aktuell bedömning och omvårdnadsåtgärder enligt BPSD ska fortsätta att öka och statistik i registret användas i det fortsatta arbetet.
- Att öka andelen patienter med läkemedelsgenomgång enligt Skånemodellen.
- Att genomföra brukarenkäter för att ta reda på brukarnas upplevelse av delaktighet och inflytande.
- Antalet registrerade patienter i Palliativ registret som smärtskattats med VAS eller Abbey Pain Scale ska överensstämma med antalet patienter som ges smärtlindring.
- Att standardisera vårdplaner och att antalet patienter med upprättad vårdplan och eller rehabplan ska fortsätta att öka.
- Att öka andelen munhälsobedömningar vid palliativ vård.
- Införa beslutstöd som syftar till att systematiskt bedöma behovet av insatser, främst avseende hjälpmedel, men även för behandling/träning.
- Alla brukare skall ha en upprättade genomförandeplaner enligt fastställd rutin och planen ska uppdateras minst var 6:e månad eller vid behov.
- Att genomföra utbildning i SIP (samordnad individuell vårdplan).
- Att utveckla en webbaserad utbildning i vardagsrehabilitering och inför förnyad delegation.
- Att utbilda fler vägledare för delaktighetsmodellen och genomföra fem delaktighetslingor inom verksamhetsområdet FSS.
- Att utbilda fler värdegrundsledare med målsättningen att varje enhet ska ha en värdegrundsledare.
- Att genomföra minst fem verksamhetstillsyner.
- Att utreda möjligheten att erbjuda Fixartjänster genom HTAB.
- Övriga mål ska följa upprättad verksamhetsplan för mandatperioden tagen i omsorgsnämnd.

Kvalitets och patientsäkerhetsarbetet kommer bedrivas genom att:

- Genom att med ökad samverkan med övriga huvudmän öka patientsäkerheten.
- Öka delaktighet i patientsäkerhetsarbetet för patient och närstående.
- Fortsatt systematiskt arbete i nationella kvalitetsregistren.
- Förbättra vårdhygien i verksamheterna.
- Öka kunskapen i dokumentation.
- Förbättra identifiering, analys, åtgärd och uppföljning av vårdskador och risker.
- Öka kunskapen kring hjälpmedel och dess hantering.

Omsorgsförvaltningen/ Stab

Postadress: Löjtnant Granlundsväg 14, 281 52 Hässleholm **Besöksadress:** Löjtnant Granlundsväg 14 **Telefon:** 0451-26 70 00
Telefax: 0451-41778
E-post: omsorgsnamnden@hassleholm.se **Bankgiro:** 866-3494 **Org. nr:** 212000-0985 **Webb:** www.hassleholm.se

- Utveckla teamarbetet inom samtliga verksamhetsområden.
- Överrapportering enligt SBAR mellan samtliga professioner.
- Utveckla arbetet och återkopplingen av resultatet kring lex Sarah rapporter.
- Ett aktivt värdegrundsarbete.
- Fortsatt arbete kring hur vi skriver och arbetar med genomförandeplaner.
- Utökad egenkontroll och verksamhetstillsyn.
- Regelbunden dokumentationstillsyn.

Omsorgsförvaltningen/ **Stab**

Postadress: Löjtnant Granlundsväg 14, 281 52 Hässleholm **Besöksadress:** Löjtnant Granlundsväg 14 **Telefon:** 0451-26 70 00
Telefax: 0451-41778
E-post: omsorgsnamnden@hassleholm.se **Bankgiro:** 866-3494 **Org. nr:** 212000-0985 **Webb:** www.hassleholm.se

Omsorgsnämnden

Övergripande mål	KF utvecklingsmål	Utvecklingsmål	Årsmål/uppdrag	Indikatorer	Mått/målvärde	Kommentar	Ej uppfyllt	Delvis uppfyllt	Uppfyllt
Medborgaren i centrum	Hög tillgänglighet	Omsorgsnämnden skall erbjuda en hög service till medborgarna	På varje ort erbjuda alla som är 75 år eller äldre informationsträffar som syftar till att bibehålla självständighet och hälsa hos äldre personer som bor kvar i hemmet	Antal informations-träffar	> 7 informations-träffar	5 träffar anordnads under året, 2 fick ställas in pga sjukskrivning		x	
	God medborgardialog	Omsorgsnämnden ska ha en god brukardialog	Socialstyrelsens brukarundersökning och öppna jämförelser ska ligga till grund för förbättringsområden	Omsorgsnämnden har fastställt åtgärder utifrån förbättringsområden	Ökad nöjdhet i brukarundersökningar	Brukarna om sitt äldreboende sin helhet 85 % är mycket nöjda eller ganska nöjda jfm riket 83 % . Brukarna om hemtjänsten i sin helhet 93 % är mycket nöjda eller ganska nöjda jfm riket 89 % .			x
			Omsorgsnämndens ska informera via pressmeddelande om kvalitetsarbete	Antalet pressmeddelande	> 2 per verksamhetsområde				
Omsorg och service av hög kvalitet	Erbjudas en stor valfrihet Människor med funktionsnedsättning ska garanteras individuellt anpassat boende och verktyg	Brukarna ska erbjudas en individanpassad vård och omsorg med en hög grad av själv-bestämmande	Brukaren skall vara delaktig i planeringen av sin vård och omsorg	Andel brukare med aktuella genomförandeplaner	< 90 % av brukarna skall ha en aktuell genomförande-plan Delvis uppfyllt 70-89 %	Fortfarande finns det flera enheter som inte uppfyller de mål och rutiner som finns fastställda.		x	
			Patienten skall vara delaktig i planeringen av sin vård och omsorg	Andelen patienter med upprättade vårdplaner/rehabplaner	< 90 % av patienterna med omfattande vårdbehov skall ha en upprättad vårdplan Delvis uppfyllt 70-89 %		x		
	Systematiskt kvalitetsarbete	Omsorgsnämnden ska erbjuda en likvärdig vård och omsorg av hög kvalitet för alla medborgare	Minska förekomsten av trycksår, fall och undernäring samt bibehålla en god munhälsa	Andel brukare som har en riksbedömning enligt Senior Alert	> 90 % av brukarna inom ÅO som har dagliga omvårdnadsinsatser skall riskbedömas enligt Senior Alert Delvis uppfyllt 70-99%	Fortfarande finns det flera enheter som inte uppfyller de mål och rutiner som finns fastställda.		x	
Omsorg och service av hög kvalitet	Systematiskt kvalitetsarbete		God vård i livets slut	Andel patienter som vid förväntat dödsfall ha en riskbedömning gällande smärta, munsår, oro och trycksår	100 % av patienterna vid förväntat dödsfall ska riskbedömas gällande smärta, munhälsa, oro och trycksår Delvis uppfyllt 70-99 %			x	
			Demensvård av hög kvalitet	Smärtbedömningar och BPSD	> 75 % av brukarna på SÅBO med kognitiv svikt ska smärtskattas med bedömning med BPSD Delvis uppfyllt 50-74 %			x	
			Case Managementmetoden skall genomsyra arbetet med psykiskt funktionsnedsatta	Antal aktiva resursgrupper	50 resursgrupper Delvis uppfyllt 35-49 resursgrupper	37 aktiva resursgrupper			x

			Trygg hemgång efter sjukhusvistelse	Minskat behov av korttidsplatser	Antal brukare och vårdtygn skall minska i förhållande till 2013	Färre brukare beviljades korttidsplats 2014 jfm 2013. Antalet korttidsdygn har ökat med 2695, men kan förklaras på den stora ökningen av kön till särskilt boende som medfört att många väntar på ledig plats på en korttidsplats.			x
Omsorg och service av hög kvalitet	Systematiskt kvalitetsarbete		Hög kompetens hos medarbetarna	Öppna jämförelser Andel medarbetare med formell utbildning inom ÅO	Förbättrat resultat jämfört med 2013 Delvis uppfyllt: oförändrat resultat jmf 2013	Går inte att besvara, uppgift 2013 saknas 2014 85 %			
			Bibehålla god hälsa hos äldre personer genom aktiviteter som syftar till att behålla självständighet	Antalet 81-åringar som erbjudits ett uppsökande hembesök av distriktsköterska	> 75 % av de som erbjuds ett uppsökande hembesök skall tacka ja Delvis uppfyllt: 50-74 % har tackat ja till uppsökande hembesök	90 % har tackat ja			x
Ge barn och unga en bra start i livet	Alla barn ska få bli sitt bästa	Barn med funktionsnedsättning skall erbjudas individuellt anpassat stöd för att skapa förutsättningar att utvecklas utifrån sina egna förutsättningar	Fortsatt utveckla och tydliggöra samarbetet mellan BUN; SN och ON	Framtagna handlingsplaner	Uppfyllt tre handlingsplaner Delvis uppfyllt: Uppfyllt två handlingsplaner	Flera arbetsgrupper är bildade, men arbetet med konkreta handlingsplaner saknas i flera.		x	
Nav i regionen	Väl utbyggd digital infrastruktur	Omsorgsnämndens skall ligga i framkant genom att följa den digitala utvecklingen	Samtliga verksamheter skall vara presenterade på kommunens hemsida	Antal verksamheter som saknas	Uppfyllt < 5 Delvis uppfyllt 6-10 Inte uppfyllt > 11				x
Hållbar ekonomi med en effektiv resursanvändning	God kostnadskontroll	Tydlig ekonomi- och verksamhetsstyrning	Budget i balans	Årsbokslut	Budgetavvikelse < 0,5 %	Minus 4,7 mnkr		x	
			Effektiv personalplanering	Kostnad för overtid	< 3 000 tkr Delvis uppfyllt 3001-3200 tkr Inte uppfyllt > 3201 tkr	3268 tkr en ökning med 43,8 % jfm 2013		x	
Attraktiv arbetsgivare	Sedda och delaktiga i utvecklingen	Goda arbetsförhållande där medarbetarna kan utvecklas	Hög frisknärvaro	Sjukfrånvarostatistik	Förbättrat resultat jämfört med 2013 Delvis uppfyllt: oförändrat resultat jämfört med 2013	Total sjukfrånvaro i %, 7,04 jfm 6,46 2013	x		
Attraktiv arbetsgivare	Sedda och delaktiga i utvecklingen	Goda arbetsförhållande där medarbetarna kan utvecklas	Utbildnings-insatser skall genomföras utifrån en helhetsbedömning och strategisk tanke	En förvaltningsövergripande utbildningsplan	Fastställd förvaltningsövergripande utbildningsplan	Ja det finns!			x
			Arbetssskador och tillbud rapporteras i Flexite	Antal rapporterade arbetsskador och tillbud	Öka i förhållande till 2013	Arbetssskador 2013 95 st 2014 118 st Tillbud 2013 287 st 2014 309			x
	Önskad sysselsättningsgrad	Genom flexibla arbets-tids-modeller skall medarbetarna kunna erbjudas önskad sysselsättnings-grad	Andel medarbetare som är nöjda med sin sysselsättnings-grad skall öka	Medarbetarenkät	80% Delvis uppfyllt: 60-79%	71,1 % anger att de är nöjda med sin sysselsättnings-grad		x	
En socialt och ekologiskt hållbar utveckling	Kommunens energiförbrukning skall minska	Omsorgsnämnden skall arbeta systematiskt för minskad miljöpåverkan	Ökad andel ekologiska livsmedel	Andel av livsmedelskostnaden som avser ekologiska livsmedel	15%	Efter tre kvartal visar uppföljningen på 20,84 % andel ekologiska livsmedel.			x

		Tjänsteresor ska ske med miljöklassade tjänstebilar alternativt med kollektivtrafik	Antal körda mil med miljöklassade tjänstebilar i förhållande till totalt antal körda mil	2013 utgångsvärde	Andel körda mil med miljöbilar 64,3 % jfm 62,8 %			x
		Vårdplanering via webb	Antal videokonferenser	>10 vårdplaneringer Delvis uppfyllt 5-9	Tekniken har inte funnits tillgänglig	x		
		Minska bilkörningen i tjänsten	Körda mil inom hemvärden i förhållande till antalet brukare	2013 utgångsvärde	221 körda mil per brukare i jfm 199 mil per brukare 2013		x	