

Resultat- och kvalitetsberättelse



2016

HS-team 9

Innehållsförteckning

Inledning	3
Varför en resultat- och kvalitetsberättelse?	3
Vår enhet	3
Kvalitetsarbete.....	3
Medborgare	5
Synpunktshantering	5
Brukarundersökning	5
God vård i livets slut	5
Munhälsa, smärtskattning, oro och ångest.....	6
Efterlevande samtal.....	6
Hälsopreventivt arbete	7
Hälsopreventivt arbete	7
Uppföljningsbara mål.....	7
Verksamhet	10
Systematiskt förbättringsarbete.....	10
Dokumentation.....	10
Kvalitetsrevision	11
Händelsehantering	12
Uppföljningsbara mål	13
Arbetsgivare	17
Medarbetarundersökning.....	17
Nyckeltal, personal	17
Uppföljningsbara mål	18
Ekonomi	20
Uppföljningsbara mål	20
Enhetens ekonomi, tusentals kronor (tkr).....	20
Mer information	22

Inledning

Varför en resultat- och kvalitetsberättelse?

En resultat- och kvalitetsberättelse sammanställs för att du som bor i Jönköpings kommun ska kunna få inblick i verksamheten och kunna ta del av vilka resultat som uppnås. Genom en resultat- och kvalitetsberättelse redovisas också de mål som enheten arbetat med under året.

Vår enhet

Verksamhetsbeskrivning

Presentation av enheten

Hälso- och sjukvårdsteam 9 har till uppgift att erbjuda hälso- och sjukvård och rehabilitering till befolkningen inom vårt geografiska område. Området sträcker sig från Gräshagen och Tokarp i norr till Barnarps samhälle och landsbygd i söder. Från Norra Hovslätt i väster till Ljungarum i öster. Den stora befolkningsandelen för vårt område har vi på Råslätt där också vår teamlokal ligger på Tornfalksgatan 11. Vi har en gynnsam närhet till flera av våra samarbetspartners, enhetschefer inom äldreomsorgen, biståndshandläggare som vi samarbetar med i vårt hälso- och sjukvårds och rehabiliterings uppdrag.

Vi bedriver hälso- och sjukvård och rehabilitering inom ordinärt boende och på fyra äldreboenden inom vårt geografiska område; Junegården, Kärrhöken, Havsörnen och Ädelstenen, .

HS-team 9 och 10 bemannar Hemteam Söder med legitimerad personal.

Befattningarna i HS-teamet är arbetsterapeuter, sjukgymnaster/fysioterapeuter, sjuksköterskor, distriktsköterskor, undersköterskor, enhetsadministratör och sedan våren 2016 biträdande ehetschef.

Enhetschef i HS-team 9 är Lena Enochsson Palm och i HS-teamet tjänstgör ett 40-tal tillsvidareanställda medarbetare.

Kvalitetsarbete

En verksamhet med kvalitet följer de krav och mål som gäller enligt lagar och andra föreskrifter för verksamheten samt beslut som har meddelats med stöd av sådana föreskrifter.

Socialtjänsten i Jönköpings kommun redovisar kvalitet ur fyra olika perspektiv.

- Medborgare- Vad tycker de medborgare som behöver vår hjälp?
- Verksamhet - Hur säkerställer vi en god kvalitet i vårt utförande?
- Arbetsgivare - Hur skapar vi ett arbetsklimat som leder till god kvalitet i vårt utförande?
- Ekonomi - Hur hanterar vi våra resurser?

Medborgare

Synpunktshantering

Beskrivning

Genom att löpande fånga upp synpunkter (beröm, klagomål och förbättringsförslag) är målet att löpande kunna åtgärda orsakerna till synpunkterna och därigenom förbättra verksamheten. I tabellen nedan visas antalet synpunkter som registrerats för enheten i det digitala systemet för synpunktshantering.

Enhetschefens kommentar

Synpunkter som kommit in har hanterats enligt rutin

Resultatindikator	Utfall
Förbättringsförslag	1
Klagomål	2
Beröm	1

Brugarundersökning

Beskrivning

För att kunna utveckla kvaliteten är det viktigt att återkommande fånga åsikterna hos de medborgare som kommer i kontakt med verksamheten.

Enhetschefens kommentar

Tydlig information lämnas vid inskrivningen på särskilda äldreboendet om vilka kontaktmöjligheter som finns till sjuksköterska

Resultatindikator	Utfall
Andel som anser det "lätt att få träffa sjuksköterska vid behov" gäller särskilda äldreboenden.	70%

God vård i livets slut

Beskrivning

Öka antalet registreringar av dödsfall i nationella palliativ registret

Enhetschefens kommentar

Målet är uppnått

Resultatindikator	Utfall
Andel utförda registreringar	100%
Antal registrerade dödsfall	76

Munhälsa, smärtskattning, oro och ångest

Beskrivning

Öka andelen åtgärder och registreringar inom angivna parametrar såsom munhälsa, skattning av smärta, oro och ångest samt att patienten har en vid behovs medicinering mot ångest.

Enhetschefens kommentar

Målet för antalet Munhälsobedömningar har uppnåtts. Resultatet för 2015 var 51%

Målet för skattning av smärta har inte uppnåtts. Smärtilindring har utförts men skattning med smärtskattningsinstrument har inte dokumenterats. Resultatet för 2015 var 15%

Målet att öka tillgången till "vid behovs medicinering" mot oro och ångest har uppnåtts. Alla registrerade patienter för Palliativ vård har läkemedelsordination och tillgång till läkemedel.

Resultatindikator	Utfall
Andel registreringar och åtgärder-munhälsa	57%
Andel registreringar och åtgärder övriga områden	14%

Efterlevande samtal

Beskrivning

Öka andelen erbjudna efterlevandesamtal

Enhetschefens kommentar

Målet har inte helt uppnåtts. Resultat lätt minskning sedan 2015

Resultatindikator	Utfall
Andel erbjudna efterlevandesamtal	84%
.	

Hälsopreventivt arbete

Beskrivning

Andelen registrerade riskbedömningar i kvalitetsregistret Senior Alert ska öka inom hemsjukvård, ordinärt boende

Enhetschefens kommentar

Målet har uppnåtts. Resultat för 2015 var 42%

Resultatindikator	Utfall
Andel utförda riskbedömningar i hemsjukvård, ordinärt boende	49%

Hälsopreventivt arbete

Beskrivning

Andelen registrerade riskbedömningar i kvalitetsregistret Senior Alert ska öka inom särskilt- och korttidsboenden

Enhetschefens kommentar

Målet har inte uppnåtts. Antalet bedömningar har minskat på särskilt boende. Resultat för 2015 90%

Målet har inte uppnåtts. För korttidsboende har antalet bedömningar minskat. Resultat för 2015 31%

Resultatindikator	Utfall
Andel utförda riskbedömningar på äldreboende	76%
Andel utförda riskbedömningar på korttidsboende	25%

Uppföljningsbara mål

Mål:

Preventivt arbete

 Osäker bedömning om målet nås

Beskrivning av mål

Arbetet med att erbjuda medborgare i särskilt och ordinärt boende riskbedömningar, som ett led i förebyggande arbete, ska ytterligare intensifieras.

Indikator är ökning av antal registreringar i det nationella kvalitetsregistret Senior Alert.

Enhetschefens kommentar

Vi har fått ett blandat resultat inom HS-teamet, vi har kommit olika långt men alla har en intention och arbetar för att det ska bli en total framgång i det preventiva arbetet.

Mål:

God palliativvård

◆ Osäker bedömning om målet nås

Beskrivning av mål

Socialförvaltningen ska arbeta efter definierade kriterier för god vård i livets slutskede. De definierade kriterierna för palliativ vård ska förbättras jämfört med 2015 års nivå.

Målindikator: Mäts genom registreringar i Palliativa registret dels som andel i särskilt boende och antal med hemsjukvård i ordinärt boende. Dessutom mäts hur stor andel av de som registrerats där smärtskattning och munhälsobedömning genomförts.

Enhetschefens kommentar

Hälften av målen är inte uppnådda.

Registreringsmålet är uppnått.

Smärtskattningsmålet är inte uppnått.

Munhälsobedömningsmålet är uppnått.

HS-teamet har haft som eget mål att öka antalet efterlevandesamtal, vilket vi inte har uppnått till fullo.

Mål:

Medborgare med behov av insatser från sjuksköterska i hemmet ska uppleva att det är lätt att få träffa sjuksköterska vid behov

◆ Osäker bedömning om målet nås

Beskrivning av mål

Gäller både särskilt boende samt de som har hemtjänst i ordinärt boende

Målindikator: Resultat på Socialstyrelsens årliga brukarenkät på påståendet: "Har lätt att få träffa sjuksköterska vid behov"

Enhetschefens kommentar

Upplevelsen "hur lätt det är att få träffa sjuksköterska vid behov" på våra äldreboenden varierar mellan de fyra olika boendena i teamet. Resultatet är inte helt uppnått men är ändå tillfredsställande då sjuksköterskan arbetar till stor del konsultativt genom undersköterskan som finns närmast patienten på avdelningen och kan svara på en hel del frågor.

Tydlig information lämnas om tillgänglighet och kontaktmöjligheter till både patient och anhöriga.

Inget resultat har framkommit från brukarundersökningen vad gäller patienter i ordinärt boende

Mål:

Delaktighet och inflytande

 Osäker bedömning om målet nås

Beskrivning av mål

Medborgare med behov av kommunal hälso- och sjukvård ska uppleva att man är delaktig och har inflytande över planeringen av insatserna

Enhetschefens kommentar

Resultat vid detta första mättillfället är inte helt tillfredsställande. Dock har arbete pågått under hösten där vi diskuterat och verkställt hur vi kan förbättra och synliggöra delaktigheten i dokumentationen på ett bättre sätt.

Forum där vi diskuterat olika angreppssätt är APK (arbetsplatskonferenser), APT (arbetsplatsträffar), medarbetarsamtal och lönesamtal

Verksamhet

Systematiskt förbättringsarbete

Grunden för utveckling av en arbetsplats är att arbeta systematiskt med förbättringsarbete. Ett viktigt inslag är att uppmärksamma och försöka arbeta med att förbättra det som gått fel. Förbättringsarbetet ska genomsyra arbetsplatsen och genom årlig egenkontroll görs en granskning av hur långt enheten kommit. Mätarens utslag indikerar enhetens egen bedömning av det systematiska förbättringsarbetet där rött=nej, gult=delvis och grönt=ja.



Enhetschefens kommentar

Systematiska förbättringsarbeten har pågått under hela året.

De flesta förbättringsområden har utgått från områden som uppmärksammats i det vardagliga arbetet

Även händelser och störningar som rapporterats in via händelsehanteringssystemet har genererat nya förbättringsområden.

Under året har vi arbetat med flera förbättringar kring kommunikation i olika former. Förbättringar har gjorts kring patientsäkerheten vid läkarordinationer vid insulinordinationer

En digital förbättringstavla har införts under året för att synliggöra teamets förbättringsområden.

En lokal rutin skapats kring delegeringsutbildningar för att förbättra kunskapen och följsamheten.

Struktur för uppföljningen av förbättringsarbeten behöver utvecklas

Flertalet förbättringsområden har lett till lokala tillämpningar och rutiner.

Dokumentation

Varje år görs en egenkontroll av dokumentationen genom stickprov. De områden som granskas är bland annat att dokumentationen ska vara lätt att följa, innehålla relevant information och att det inte ska finnas kränkande formuleringar. Mätarens utslag indikerar enhetens egen bedömning av dokumentationen där rött=nej, gult=delvis och grönt=ja.



Enhetschefens kommentar

URVAL: Under hösten gjordes en journalgranskning av totalt tio journaler. Fördelning gjordes enligt följande.

Fem journaler från dsk/ssk ordinärt boende och fem från dsk/ssk särskilt boende.

Sex journaler från arbetsterapeuter och fyra från sjukgymnaster/fysioterapeuter.

Granskningens resultat är upplysande inom de områden som gett svagt resultat såsom patientens dokumenterade delaktighet men även ett tillfredställande resultat att journalen skrivits med respekt för patientens integritet och att journalen är av sådan kvalitet att en kollega kan arbeta patientsäkert utifrån dokumentationen.

Enhetschefens kommentar

Kvalitetsrevision

Socialtjänsten genomför kvalitetsrevisioner av enheterna, som har sin utgångspunkt i nationellt reglerade krav om egenkontroll. Syftet med kvalitetsrevisionen är att se hur kvalitetsarbetet organiseras. Resultatet av kvalitetsrevisionen ger en bild av hur systematisk enheten är i det arbetet. Däremot ska inte omdömet i kvalitetsrevisionen tolkas som en fullständig bild av vilken kvalitet som finns inom enheten.

Revisorns kommentar

2016

Verksamheten har påbörjat ett systematiskt kvalitetsarbete. En del av det systematiska kvalitetsarbete är att successivt arbeta fram nya rutiner och att anpassa dem som redan finns. Här kan enheten visa upp flera exempel från t.ex. rutiner för dokumentation hemrehab, samverkansrutiner samt introduktionsprogram för nyanställda. I sitt förbättringsarbete använder sig enheten av förbättringstavlor, PDCA-hjul och 5 S för att få ett mer systematiskt utvecklingsarbete. Inrapporteringen till InControll ligger fortfarande på en så låg nivå att det endast obetydligt bidrar till det systema-

tiska kvalitetsarbetet. Verksamheten saknar även uppföljning av registrerade händelser. De diskuteras på APT men man arbetar inte med dem systematiskt. Enheten behöver fortbildning kring kvalitetsarbete, Lex Sarah/vårdskador, synpunkter/klagomål och händelsehantering för att få med alla medarbetare.

Verksamheten behöver aktivt arbeta med resultat uppföljning, systematiskt dokumentera och följa upp sina mål och de åtgärder de implementerat.

Vid revisionsbesöket hade verksamheten ännu inte gjort någon egenkontroll avseende dokumentation, vilket ska göras under året.

Nästa revision planeras till 2018

Revisionen genomfördes den 18 april 2016

Maria Engström och Meena Lago

Enhetschefens kommentar

Revisionens rapport utgick från april 2016. Förbättringsarbete har pågått, vad gäller hanteringen av händelserapporter, under hela året och en tydligare struktur för åtgärder och uppföljning har genomförts.

En mängd förbättringsarbeten har genomförts utifrån händelser och behov i vardagen som rapporterats via både den fysiska- och digitala förbättringstavlan.

Där förbättringsområden blivit till rutiner har vi skapat en struktur för uppföljning.

Egenkontroll dokumentation genomfördes under hösten, resultatet finns i resultat- och kvalitetsberättelsen under rubriken verksamhet och dokumentation.

Händelsehantering

För att kunna utveckla verksamhetens kvalitet är det viktigt att hela tiden hitta områden som behöver utvecklas och förbättras. En del av detta är att kartlägga de händelser som uppstår i vardagen. Genom att klargöra möjliga orsaker och arbeta med åtgärder och uppföljning kan verksamhetens kvalitet förbättras.

I tabellen nedan visas de områden där flest händelser rapporterats under året.

Många förbättringsområden har hanterats i HS-teamet under året, endast en liten del av dessa kommer från inrapporterade händelser. Förbättrings förslag väcks i många olika forum i HS-


teamet och/eller tillsammans med olika samverkansparter.

Resultatindikator	Utfall
Läkemedel	23
Omvårdnad Socialtjänst	1
Omvårdnad Hälso- och sjukvård	11
Kommunikation/information	10
Dokumentation	9
Säkerhet	9

Uppföljningsbara mål

Mål:

Ständiga förbättringar

 Målet har nåtts eller förväntas nås

Beskrivning av mål

Med utökade resurser intensifiera arbetet med Ständiga förbättringar

Enhetschefens kommentar


Som underlag till förbättringsarbeten ligger områden som uppkommer i det dagliga arbetet och som hanteras och prioriteras på Tavelmöten, APT och APK.

Uppmärksammade brister har också lett direkt till en förbättringsåtgärd i form av rutiner, utan att de hanterats och prioriterats i något annat forum.

Hanterade och prioriterade förbättringsområden i verksamheten under 2016 har uppgått till ett 50-tal.

Mål:

Händelser i InControl

 Målet har nåtts eller förväntas nås

Beskrivning av mål

Att händelser i InControl ligger till grund för Ständiga Förbättringar

Enhetschefens kommentar


Inkomna händelser kan ligga till grund för förbättringsarbete

Händelsehanteringssystemet är komplext och därför används inte systemet som en intern förbätt-

ringsplattform. HS-team 9 använder en digital plattform där förbättringsförslag samlas.

Mål:

SBAR (Situation-Bakgrund-Aktuellt-Rekommendation) Hela teamet

 Målet har nåtts eller förväntas nås

Beskrivning av mål


Att medarbetare mer frekvent använder SBAR

Enhetschefens kommentar

Mäts genom central enkät. Något lägre svarsfrekvens 2016 mot förra året, dock var resultatet som framkom mycket tillfredsställande.

Mål:

Sjuksköterskor ska mer systematiskt använda "Beslutsstöd för kommunal Hälso- och sjukvård" vid utredning/bedömning av patienter inför kontakt med vårdgivare inom Jönköpings Region.

 Målet har nåtts eller förväntas nås

Beskrivning av mål


Mäts genom intern enkät

Enhetschefens kommentar

Ingen mätning har gjorts, däremot har det framkommit under medarbetar- och lönesamtalen med sjuksköterskor och distriktssköterskor att stödet mer systematiskt använts under året än under tidigare år.

Mål:

SBAR (Situation-Bakgrund-Aktuell-Rekommendation) Rehab

 Målet har nåtts eller förväntas nås

Beskrivning av mål


Andelen sjukgymnaster och arbetsterapeuter i teamet som använder SBAR strukturen under kontaktorsak vid inregistrering ska öka.

Enhetschefens kommentar

Allt fler sjukgymnaster/fysioterapeuter och arbetsterapeuter använder SBAR rubrikerna vid dokumentation

Mål:

Ständiga förbättringar. Följa basala hygienrutiner

 Målet har nåtts eller förväntas nås

Beskrivning av mål


Mäts 4 ggr/år genom självskattningsformulär

Enhetschefens kommentar

Samtliga mätningar har gett fullgott resultat.

Mål:

Förtydliga processen kring samverkan mellan HS Team 9 och Råslätts vårdcentral inför demensuppföljning

 Målet har nåtts eller förväntas nås

Beskrivning av mål


Skapa fungerande rutin mellan HS Team 9 och Råslätts vårdcentral kring demensuppföljningar

Enhetschefens kommentar

Gemensamt med Råslätts vårdcentral har rutin tagits fram kring strukturen vid uppföljningar av patienter med demensdiagnos. Full följsamhet till rutinen har uppnåtts.

Mål:

Där kriterierna uppfylls ska APO-dos vara ett förstahandsval för öppen- och hemsjukvårdspatienter

 Målet har nåtts eller förväntas nås

Beskrivning av mål

Erbjudande om APO-dos ska ske direkt när behov finns av extern hjälp med läkemedelshantering och kriterierna är uppfyllda.

Enhetschefens kommentar

Samarbetsprojektet kring läkemedelshantering mellan Region Jönköpings Län och Jönköpings kommun har varit gynnsamt för införandet av APO-dos hanteringen för nya användare.

Målet har uppnåtts att erbjuda APO-dos till de patienter som uppfyller kriterierna.

Arbetsgivare

Om medarbetarna mår bra är det till fördel för den vård, omsorg, stöd och behandling som ska utföras åt kommunens medborgare. I Jönköpings kommun finns det också särskilda mål med det personalpolitiska arbetet, som innebär att kommunen har särskilt högt satta ambitioner vad gäller att vara en bra och attraktiv arbetsgivare.

Medarbetarundersökning

En del av medarbetarundersökningens frågor mäter Hållbart Medarbetarengageman, HME. Frågeområdena är ledarskap, motivation och styrning.

Resultatindikator	Enhet	Nämnd
Ledarskap	4,1	3,9
Motivation	4,3	4,2
Styrning	4,1	4,1

Nyckeltal, personal


Enligt VIP 2016-2018 ska sjukfrånvaron minska. Särskild vikt ska ägnas kvinnor eftersom sjukfrånvaron är avsevärt högre bland dem än bland män. Vidare ska enligt VIP timanställningar minska och hållas på en balanserad nivå utifrån behovet. Uppföljning görs därför av timlön som andel (%) av den totala arbetstiden. Jämförelse görs med värdet för nämnden. Antalet timmar utförda av timanställda redovisas även omräknat till antal årsarbetare. Uppföljning görs också av fyllnadstid och övertid. Uppgifterna avser mars-december.

Resultatindikator	Enhet	Nämnd
Sjukfrånvaro i % av ordinarie arbetstid	1,6	8,3
Fyllnadstid som andel (%) av den totala arbetstiden	0,2	1,3
Antal timmar fyllnadstid omräknat till årsarbetare	0,07	33,7
Övertid som andel (%) av den totala arbetstiden	0,5	0,9
Antal timmar övertid omräknat till årsarbetare	0,15	22,6
Timlön som andel (%) av den totala arbetstiden	4	20,5
Antal timmar timlön omräknat till årsarbetare	1,28	515,37

Uppföljningsbara mål

Mål:

Minska sjukfrånvaro

 Målet har nåtts eller förväntas nås

Beskrivning av mål

Medarbetare ska uppmuntras att ta hand om sin hälsa och följa friskvårdspolicyn. Arbetsmiljöarbetet ska vara hälsofrämjande. Vid frånvaro ska medarbetare tidigt kontaktas av sin chef eller motsvarande.

Enhetschefens kommentar


På grund av tidigare erfarenheter med högre sjukfrånvaro har vi medvetet strukturerat om vårt introduktionsprogram till nyanställda med fokuserad utökad grundbemanning i syfte att förebygga otrygghet vid bland annat ensamarbete.

Friskvårdsaktiviteter har genomförts regelbundet i form av bl a klättring, badminton och bowling. Teamet har också deltagit i Blodomloppet.

Kontorsträning har genomförts och utvärderats

Mål:

Kontroll av beslut

 Ej bedömt

Beskrivning av mål


Förbättringsområden planeras kring underrubrikerna för "kontroll av beslut"

Enhetschefens kommentar

Kan inte utvärderas mot föregående års resultat i medarbetarenkäten då årets enkäten har ändrat innehåll och rubriken finns inte längre med.

Mål:

Innovativt klimat

 Målet har nåtts eller förväntas nås

Beskrivning av mål


Introducera och/eller repetera hur vi arbetar med "ständiga förbättringar" och instrument för "ständiga förbättringar"

Enhetschefens kommentar

Arbetet med förbättrings- och förändringsområden har markant förbättrats sedan förra året. Instrument för förändringsarbete kan användas men viktigast är att det finns en miljö och grund i verksamheten till att uppmärksamma och åtgärda till förbättring

Mål:

Arbetsmiljö

 Målet har nåtts eller förväntas nås

Beskrivning av mål


Riskbedömning, arbetsmiljö vid arbetet i patientens bostad

Enhetschefens kommentar

Rutinen finns och används och under året har ett lokalt tillägg gjorts för att beskriva hur risk dokumenteras i patientjournal och hur dokumentet förvaras under tiden det är aktuellt.

Mål:

Arbetsmiljön, Teamlokalen på Tornfalksgatan 11

 Målet har nåtts eller förväntas nås

Beskrivning av mål

Utökade lokaler lovade våren 2016

Enhetschefens kommentar

Lokalerna har utökats under 2016 med fler kontor och ett större personalrum. Mycket god arbetsmiljö

Ekonomi

Uppföljningsbara mål

Mål:

Bästa möjliga kvalitet med givna resurser.

◆ Osäker bedömning om målet nås

Beskrivning av mål

Att kostnaderna håller sig inom HS-teamets givna budget och att bästa möjliga kvalitet levereras

Enhetschefens kommentar

Följsamheten till budget har inte helt uppnåtts.

Ett medvetet val har gjorts med högre bemanning vid introduktion av nya medarbetare i syfte att ge en god arbetsmiljö och förhindra sjukfrånvaro.

Fortsatt lågt uttag av övertidsersättning generellt

Rutin följs i HS-teamet kring förskrivning av hjälpmedel, dock finns opåverkbara faktorer både kring behov av kostsamma hjälpmedel och antalet externa förskrivare inom vår budget.

Mål:

Budget i balans. Tekniska hjälpmedel

■ Målet har ej nåtts eller bedöms inte kunna nås

Beskrivning av mål

Fortsatta kontroller vid nya patientärenden och även vid avslutat ärende

Enhetschefens kommentar

Kontroller utförs enligt rutin

Hjälpmedelskostnaderna påverkas av många av oss opåverkansbara faktorer

Enhetens ekonomi, tusentals kronor (tkr)

Negativt utfall på grund av flera rekryteringar under året av helt nyutbildade medarbetare vilka behöver en längre introduktionstid för att vi ska klara patientsäkerhet och arbetsmiljökrav som ställs på arbetsgivare.

Budgeten för alla ordinerade hjälpmedel i vårt geografiska område oavsett ordinator ligger på vårt team. Vi ansvarar endast för en liten del av de hjälpmedel som förskrivs.

Förbättringsarbeten pågår kring Hjälpmedelsförskrivning och hantering, rekommenderade sår-
vårdsmaterial och inom inkontinensförskrivning

Verksamhet	Budget	Utfall	Avvikelse
Total	20 193,6	21 701,3	-1 507,7
Tekniska hjälpmedel	3 142	4 129,1	-987,1
Sårvårds material	732	843,7	-111,7
Inkontinens hjälpmedel	765	757,3	7,7
Övertidsersättning		105,5	
Personalkostnader	14 733,6	15 455,2	-721,6

Mer information

I den här resultat- och kvalitetsberättelsen finns en bild av enhetens resultat och arbetet för att förbättra kvaliteten.

Vill du veta mer kan du tala med våra medarbetare, men också själv söka information på:

- Jönköpings kommun - www.jonkoping.se (sökord KKIK)
- Öppna jämförelser - Resultat i jämförelse med andra kommuner - www.socialstyrelsen.se/oppnajokforelser
- Inspektionen för vård och omsorg - www.ivo.se
- Socialstyrelsen - www.socialstyrelsen.se