6.1. Trivsel i Social og Sundhed

Politik eller plan	
Stab	
Tema	
Trivsel	
Mål fra ovennævnte politik/plan	
Nedenstående mål er gældende for hele Social og Sundhed: • Alle medarbejdere oplever Sønderborg Kommune som en attraktiv arbejdsplads. • Social og Sundhed ønsker fortsat at kunne fastholde og tiltrække gode, engagerede medarbejdere med en stærk faglighed. Det er forudsætningen for at yde service af høj kvalitet. • Alle medarbejdere i Social og Sundhed uddannes til at kunne håndtere de fremtidige udfordringer. • Borgernes sundhedsmæssige behov angiver, hvilken kompetenceudvikling medarbejderne til stadighed skal have for at håndtere den kompleksitet, Social og Sundhed arbejder med.	
Indsatsområde	
For at forbedre trivslen i Social og Sundhed iværksættes indsatser indenfor 3 overordnede områder, hvor arbejdsmiljøorganisationen er overordnet tovholder. De 3 områder er: • Sygefravær og trivsel • Implementering af arbejdsmiljøarbejdet. • Uddannelse og kompetencer	
Vores mål	
S - pecifikt	• Sygefraværsprocenten for 2012 samlet for Social og Sundhed på 5,72 % reduceres til 5,1 % i 2014. Nærmere tiltag forankres lokalt med udgangspunkt i arbejdet med trivsel og fraværssamtaler. Arbejdsulykker reduceres med 10 % i forhold til 2013. • Der fokuseres på at implementere instrukser og procedurer for arbejdsmiljø i ude i områderne, Social og Sundhed. • Der fokuseres på at understøtte AMR og AML med relevant viden og ny lovgivning.
M - ålbart	Målet er målbart, idet der er opsat specifikke kvantitative mål, f.eks. reduktion af sygefravær fra 5,72 % i 2012 til 5,1 % i 2014, og arbejdsulykker med 10 % i forhold til 2013. Målet implementeres og anvendes i løbet af 2014.
A - ccepteret	Målet understøttes af AMR og AML.
R - ealistisk	Delmålene er opstillet, så de er realistiske. Målet om sygefravær er endvidere realistisk, da det allerede er på vej ned.
T - idsbestemt	Der er opstillet tidshorisont på alle delmål.
E - evaluerbart	Alle delmål er opstillet, så de kan evalueres.
Samarbejdspartnere og involverede	
Tovholder: Eva de Wolff	**Chef: Helle Mønsted Nielsen**

6.2. Velfærdsteknologi

Politik eller plan	
• Stab – social og sundhed	
Tema	
• Fokus på velfærdsteknologi	
Mål fra ovennævnte politik/plan	
• I de kommende år vil vi satse på at indføre velfærdsteknologi i hele Social og Sundhed. Med hensigt at øge borgernes selvhjulpenhed og livskvalitet, samt frigøre ressourcer i plejen og sikre bedre arbejdsmiljø for medarbejderne. • Samarbejde med erhvervslivet og uddannelsesinstitutioner omkring udvikling af nye produkter indenfor det velfærdsteknologiske område til anvendelse i social og sundhed. • Information og vejledning til kommende og nuværende borgere omkring afprøvning og udvikling af ny teknologi. • Etablering af Call Center med virtuel kommunikation	
Indsatsområde	
• Arbejde målrettet for at styrke indsatsen for mere velfærdsteknologi i Sønderborg Kommune. • Invitere erhvervslivet og uddannelsesinstitutioner ind i konkrete partnerskabsprojekter. Erhvervslivet dækker både på tværs af grænser såvel som lokalt, nationalt og internationalt. • Udvikle og promovere samt informere om mulighederne i Living Lab. • Gennemføre pilotprojektet og afprøve teknologier.	
Vores mål	
S - pecifikt	• Ressourcegruppen vurderer, validerer og prioriterer indkomne ønsker om velfærdsteknologi og sammenholder evt. disse med tidligere erfaringer fra andre kommuner. Ressourcegruppen sikrer det faglige, etiske og økonomiske fundament for indførelse af konkret velfærdsteknologi, evt. efter råd og vejledning fra Teknologisk Institut eller WTR. • Social og Sundhed samarbejder med erhvervslivet i konkrete velfærdsteknologi-projekter. Social og Sundhed stiller sig til rådighed for afprøvning af velfærdsteknologi under udvikling • Living Lab Sønderborg (LL) skal deltage i projekter, afprøvninger og vurdering af ny teknologi og sikre udbredelse af borgernes kendskab til LL.
M - ålbart	• Der implementeres mindst en type velfærdsteknologi relaterende til rehabilitering i 2014. Forud for hver implementering udføres en business case, SWOT-analyse eller anden analyse for at sikre frigørelse af ressourcer og/eller større livskvalitet eller selvhjulpenhed for borgerne. • Social og Sundhed er partner i minimum to udviklingsprojekter og indgår i minimum to projektansøgninger, implementerings- eller

	uddannelsesforløb. • LL benyttes til konkrete afprøvninger og aktivitetsanalyser mindst 15 gange pr. måned. Gennem markedsføring, arrangementer og ½ årlige temaer skal antallet af besøgende give indikation om behovet for den fremadrettede markedsføringsstrategi for LL.
A - ccepteret	• Målet er accepteret, når arbejdsgangene er forandret, borgerne er mere selvhjulpne, og/eller når plejepersonalet oplever sig aflastet i arbejdet. • Målet er accepteret, når ressourcegruppen har vurderet, at et konkret projekt opfylder faglige, etiske og økonomiske krav. • Borgerne får øget kendskab til LL og anvender det som et sted, hvor man kan få præsenteret og afprøvet forbrugsgoder og hjælpemidler. • Borgerne bruger LL, når de ønsker inspiration og rådgivning til forskellige løsningsmuligheder, så de fortsat kan klare hverdagen og forblive selvhjulpen.
R - ealistisk	• Ressourcegruppen for velfærdsteknologi sikrer, at der kun indføres velfærdsteknologi, der giver gevinst i forhold til målet. • Ressourcegruppen for velfærdsteknologi sikrer, at der kun indgås i projekter, der vurderes at give gevinst i forhold til målet.
T - idsbestemt	• Der iværksættes en plan for udbredelse af velfærdsteknologi • Social og Sundhed er konstant partner i minimum to udviklingsprojekter og indgår i minimum to projektansøgninger, implementerings-, eller uddannelsesforløb. • Der udarbejdes en strategi for anvendelse af LL i forhold til Erhvervslivet, uddannelsesinstitutioner, borgere
E - evaluerbart	• I de tilfælde, hvor der ikke foreligger viden på området, udføres effektvurderinger/ andre evalueringer blandt interessenter. • Ved afslutning af hvert projekt foretages en evaluering af teknologiens gevinster. • I 2014 foretages periodevis registrering af antal borgere, der besøger LL.

Samarbejdspartnere og involverede	
Tovholder: Mette Fink	**Chef: Helle Mønsted Nielsen**

6.3. Udmøntning af demenspolitikken

Politik eller plan	
Ældreplanen og Demenspolitikken	
Tema	
Demens	
Mål fra ovennævnte politik/plan	
Demenspolitikken er vision, værdier og fokusområder omsat til overordnede mål og handlinger. I forlængelse af Demenspolitikken er der udarbejdet handleplaner, som beskriver den mere konkrete udmøntning af demenspolitikken: • Udmønte handlingsplan for den sundhedsfaglige pleje og omsorg med fokus på tidlig opsporing, demensudredning og opfølgning • Udmønte handlingsplan for de socialfaglige metoder og redskaber med fokus på borgerens ressourcer, de individuelle behov og den aktuelle situation • Udmønte handlingsplan for pårørendesamarbejde med fokus på støtte, vejledning og rådgivning • Udmønte handlingsplan for brug af velfærdsteknologi med fokus på størst mulig uafhængighed, værdighed og tryghed for borgere med demens og deres pårørende • Udmønte handlingsplan for kompetenceudvikling med fokus på at udvikle kvalifikationer og kompetencer, der sikrer kvaliteten af de ydelser kommunen leverer i samspillet med borgere med demens og deres pårørende • Indgå i projekter for at bidrage med forskning og udvikling af demensområdet	
Indsatsområde	
Fortsætte med at udmønte og sikre implementering af demenspolitikkens fokusområder	
Vores mål	
S - pecifikt	Demensorganisationen videreudvikles i organisationen. Demensorganisationen sikrer sammenhæng og koordinerer indsatser på demensområdet i Social og Sundhed med følgende fokusområder: • Styrke den sundhedsfremmende og forebyggende indsats, samt udvikle tilbud til borgere med demens og deres • Rådgivning, vejledning og støtte til demensramte borgere og pårørende • Koordinerer, understøtter og iværksætter demensindsatsen i forhold til borgere og deres pårørende • Vejledning, undervisning og supervision til medarbejdere på baggrund af et tværfagligt fokus og en rehabiliterende tilgang • Understøtter og medvirker ved borgersager med demensfaglig vurdering • Ansvarlig for videndeling med faglige samarbejdspartnere, herunder at implementere den nyeste viden om metoder og forskning indenfor demens Demensorganisationen udmønter implementeringsplanerne for Demenspolitikkens

	fokusområder i et bredt samarbejde på tværs af organisationen og med inddragelse af kompetenceudvalget. Medarbejdere og ledere indgår i projektet "Forebyggelse af udadreagerende adfærd hos mennesker med demens" et metodeudviklingsprojekt. Demenskonsulenten indgår i projektledelsen i samarbejde med Socialstyrelsens projektledelse.
M - ålbart	Demenspolitikkens fokusområder fortsat udmøntes og implementeres i 2014 og frem. Der anvendes løbende forskellige metoder til effektvurdering af de forskellige interventioner overfor mennesker med demens og deres pårørende samt medarbejdere. At mennesker med demens og deres pårørende oplever en sammenhængende og kvalitetssikret indsats indenfor de rammer, der er til rådighed. At medarbejdere får styrket den faglige viden på demensområdet og mulighed for at omsætte den i praksis. At der arbejdes ud fra demenspolitikkens vision og målsætninger. Målet for udviklingsprojektet er at udvikle en metode, som kan føre til bedre livskvalitet for mennesker med demens gennem reduktion i årsager til udadreagerende adfærd.
A - ccepteret	Handlingsplaner for Demenspolitikkens mål er godkendt i Ældreråd, Socialudvalget og Sundhedsudvalget og kendt i Social og Sundhed og for samarbejdspartnere. Når aktivitetsplanen og rammer samt vilkår for projektforløbet er accepteret af den kommunale og Socialstyrelsens projektledelse.
R - ealistisk	Udmøntning og implementering af demenspolitikkens fokusområder er realistiske, fordi der er etableret en demensorganisation bestående af en demenskonsulent og tre demenskoordinatorer, som i samarbejde med Social og Sundheds øvrige medarbejdere sikrer, at målene nås. Målsætningen for udviklingsprojektet er realistisk, fordi der er etableret en projektledelse i samarbejde med Socialstyrelsen.
T - idsbestemt	En fortsat udmøntning af handlingsplanerne og implementering af demenspolitikkens fokusområder sker i 2014 og frem. Projekt udviklingsforløbet foregår fra ultimo 2012 og til ultimo 2014.
E - evaluerbart	Handlingsplanerne evalueres løbende. Løbende evalueringsaktiviteter fra Det Nationale Forskningscenter for Velfærd (SFI).
Samarbejdspartnere og involverede	
Tovholder: Pernille Svendsen	**Chef: Helle Mønsted Nielsen**

6.4. Patientsikkerhed og risikostyring

Politik eller plan
Staben Social og Sundhed
Tema
Patientsikkerhed og risikostyring
Mål fra ovennævnte politik/plan
• At skabe forankring af systematisk læring og vidensdeling på baggrund af utilsigtede hændelser på tværs, samt på alle niveauer i Social og Sundhed. • At udvikle en stærk proaktiv sikkerhedskultur, som er kendetegnet ved at patientsikkerhed og forebyggelse af utilsigtede hændelser(UTH) /skader, er integreret overalt i organisationen. • At Sønderborg Kommune er helt sikker hver gang.
Indsatsområde
At udmønte og sikre implementering af strategien for "Patientsikkerhed og risikostyring". Strategien er en treårig målsætning med indsatser indenfor tre overordnede områder, hvor styregruppen vedr. sundhedsaftalerne er tovholder (2013 – 2016). De tre områder er: Reaktive indsatser: Systematisk læring og vidensdeling på baggrund af utilsigtede hændelser på tværs af Social og Sundhed. Proaktive indsatser: Patientsikker Kommune 2013 -2016. Proaktive risikovurderinger eks. patientsikkerhedsrunderinger eller tilsvarende. Kompetenceudvikling: Temadage, erfa – møder og læringsseminarer i forbindelse med patientsikker kommune "I sikre hænder".

Vores mål		
	Reaktivt	**Proaktivt**
S - pecifikt	Der udføres audit halvårligt på utilsigtede hændelser. Formålet med denne audit er at følge udviklingen i rapporteringen, at monitorere mønstre og tendenser i de utilsigtede hændelser, samt at sprede læring på tværs af organisationen. • Der udarbejdes procedurer, arbejdsredskaber, skabeloner, årshjul osv. Gøres tilgængeligt via InSite. Kompetenceudvikling: • Temadage og Erfa- møder en gang årligt for kvalitetsnøglepersoner	1. Inden udgangen af 2016 implementeres projektet patientsikker Kommune "I sikre hænder" med følgende overordnede resultat mål: • Reducere antallet af tryksår med 50 %. • Reducere antallet af skader efter fald med 50 %. • Øge antallet af borgere, der får den rigtige medicin hver gang. Sikker medicinering omhandler medicinafstemning, screening for brug af lægemidler og den generelle medicinhåndtering ved dispensation og administration. 2. Proaktive risikovurderinger implementeres inden udgangen af 2016. 3. Kompetenceudvikling: • Alle deltagende teams fra

		patientsikker kommune deltager i 6 læringsseminarer frem til 2016. • Undervisning i proaktive risikovurderinger
M - ålbart	• Den enkelte enhed iværksætter lokale initiativer på baggrund af utilsigtede hændelser. • Risikomanager udarbejder en samlet status, som ligeledes indeholder anbefalinger til indsatsområder på tværs af organisationen. • Viden deles på tværs ved temadage og Erfa – møder.	• Målene gøres målbare ved at opsætte specifikke kvantitative mål, som brydes op i delmål. Hvert team formulerer mål, som er gældende for et halvt år adgangen. Der formuleres procesmål, som skal understøtte resultatmålene. • Test af metoder til risikovurderinger i Social og Sundhed inden implementering udgangen 2016.
A - ccepteret	Indsatsområder understøttes af kvalitetsnøglepersoner, ledere, arbejdsgruppen (UTH, Kvalitet og opfølgning) og styregruppen vedr. sundhedsaftalen.	• Målene understøttes af teams og ledelser i projektgruppen for patientsikker kommune. • Risikovurderinger understøttes af kvalitetsnøglepersoner, ledere, arbejdsgruppen (UTH, Kvalitet og opfølgning) og styregruppen vedr. sundhedsaftalen.
R - ealistisk	Der er opstillet et årshjul med mødekadencer og aktiviteter i relation til utilsigtede hændelser.	• Delmålene brydes og opstilles, så de er realistiske hvert år. Målene for patientsikker kommune "I sikre hænder" følges og evalueres i et samarbejde med Dansk Selskab for Patientsikkerhed/KL/SUM. • Antallet at risikovurderinger fremgår af årshjulet.
T - idsbestemt	Vurderes hvert halve år ved status og årsberetning	• Der skal opstilles en tidshorisont for alle delmål. Første målformulering præciseres i forbindelse med 1. læringsseminar nov. 2013. • Antal risikovurderinger, hvor og hvornår vurderes i forbindelse med årsberetningen for UTH og fremgår af årshjulet.
E - evaluerbart	• Hver enhed har opstillet indsatsområder/handleplaner på baggrund af utilsigtede hændelser. • Referater fra diverse mødeaktiviteter Erfa-møder, arbejdsgruppen for UTH og styregruppen vedr. sundhedsaftalerne fremgår via InSite.	• Alle delmål opstilles, så de kan evalueres. Der udarbejdes en baseline, som skal indikere hvad målene evalueres op i mod. Der rapporteres data hver måned på resultatmål og procesmål fra ca. jan. 2014. • Resultat og evaluering af risikovurderinger fremgår af en rapport og årsberetningen for UTH.
Samarbejdspartnere og involverede		
Tovholder: Hanne Miang		**Chef: Helle Mønsted Nielsen**

6.5. Organisering af hygiejnearbejdet

Politik eller plan	
Tema	
Hygiejneorganisering og -indsats	
Mål fra ovennævnte politik/plan	
• Organisering af hygiejnearbejdet • Arbejdet med hygiejne i kommunen lever op til gældende standarder, lovgivning og anbefalinger • Alle medarbejdere på tværs af forvaltningerne medtænker hygiejne i det daglige arbejde	
Indsatsområde	
• Udarbejdelse og vedtagelse af Hygiejnepolitik • Udarbejdelse af plan for prioritering af forebyggelsespakken Hygiejne på tværs af forvaltningerne • Medvirken ved udarbejdelse af hygiejneplaner i alle forvaltninger i kommunen • Udarbejdelse af konkrete planer for hygiejnearbejdet i Social og Sundhed v. AMG • Understøttelse af hygiejnearbejdet i driften med fx via konsulentrådgivning, undervisning	
Vores mål	
S - pecifikt	Udarbejdelse af hygiejneplaner i alle forvaltninger.
M - ålbart	Udarbejdelse af konkrete planer for hygiejnearbejdet i Social og Sundhed.
A - ccepteret	I nogle dele af kommunen efterspørges hygiejne i høj grad. I andre dele af kommunen vil det være en udfordring at skabe efterspørgsel efter at skulle arbejde med hygiejne.
R - ealistisk	Det vil være realistisk at alle arbejder med hygiejne, men arbejdet vil foregå på forskellige niveauer.
T - idsbestemt	Arbejdet med hygiejne vil være en fortløbende proces, hvor der udarbejdes tidsbestemte delmål for 2014 og andre delmål for den efterfølgende periode.
E - evaluerbart	Den administrative(tværgående) koordineringsgruppe udarbejder ved udgangen af 2014 en statusrapport vedrørende hygiejnearbejdet. I Social og Sundhed vil AMG(hygiejnearbejdsgruppen) bidrage til den fælles statusrapport.
Samarbejdspartnere og involverede	
Den administrative koordineringsgruppe vil have en central funktion i forhold til organisering af hygiejnearbejdet.	
Tovholder: Joan Clausen	**Chef: Helle Mønsted Nielsen**

6.6. Sundhedsplaner implementering af Sundhedspolitikken

Politik eller plan
Stab - Sundhedspolitikken Målsætningen understøtter implementeringen af målene i GPS 13.1 (og 13.99)
Tema
Sundhed og forebyggelse
Mål fra ovennævnte politik/plan
Sundhedspolitikkens vision er, at vi spiller sammen om sundhed og det sker i relation til Sunde borgere, Sunde rammer og Sundhed på tværs Til implementering af Sundhedspolitikken er der udarbejdet sundhedsplaner, som beskriver de konkrete initiativer til implementering af Sundhedspolitikken på tværs af forvaltningerne. • Implementere sundhedsplan ”Byens rum” med fokus på etablering af anlæg • Implementere sundhedsplan ”Sundhed og Kultur” med fokus på skabe rammer for sundhedsfremme, sociale netværk, kulturel og kreativ udfoldelse for borgere • Implementere sundhedsplan ”Aktiv arbejdsliv” med fokus understøtter borgerens muligheder for et sundt og aktivt arbejdsliv og selvforsørgelse gennem en sundhedsfremmende, forebyggende og rehabiliterende indsats • Implementere sundhedsplan ”det nære sundhedsvæsen”, der bidrager til at skabe overblik over kommunens indsatser inden for det nære sundhedsvæsen og identificere udviklingsbehov med fokus på ressourcer, organisering, ydelser og effekt af indsatsen • Implementere sundhedsplan ”Sundhedsudfordringer i socialpsykiatrien og på handicapområdet”, der skal styrke dialogen mellem borgere og ansatte, således at sundhed, udvikling, støtte og vejledning integreres i hverdagen for at imødekomme sundhedsudfordringerne på området • Implementere sundhedsplan ”Tidlig indsats for børn og unge”, der har fokus på en tidlig sundhedsfremmende og forebyggende indsats for børn og unge og identificere potentielle indsatser for børn og unge i sårbare situationer • Implementere sundhedsplan ” Alkohol, stoffer og tobak” med fokus på at begrænse brugen af alkohol, stoffer og tobak, for derigennem at mindske skader som følge af problematisk forbrug • Implementere sundhedsplan ” Sundhed på tværs” for at skabe systematisk og formaliseret samarbejde om udmøntning af sundhedspolitikken og de tilhørende sundhedsplaner på tværs af forvaltningerne
Indsatsområde
Etablering af en tværgående koordineringsgruppe bestående af chefniveau med repræsentanter fra kommunens forvaltninger. Denne organisering skal være med til at sikre prioritering og implementering af sundhedsplanerne og forebyggelsespakkerne.

Fortsat at sikre implementere sundhedspolitikken sundhedsplaner, hvor der er fokus på • Tværgående samarbejde og forankring • Prioritering og implementering af forebyggelsespakker • Konneks til sundhedsaftalerne • Etablering af en tværgående organisering for implementering af Sundhedspolitikken	
Vores mål	
S - pecifikt	Sundhedspolitikken er forankret i konsulentteamet i Staben. I konsulentteamet er der 3 medarbejder, en leder og en chef som samarbejder med forvaltningerne for at sikre en tværgående implementering og forankring. Etablering af en administrativ koordineringsgruppe sikrer sammenhænge og koordinerer arbejdet med at implementere sundhed og forebyggelse i forvaltningernes driftsområder: • Styrker sundhedsfremmende og forebyggende indsatser på tværs af forvaltningerne • Understøtter rådgivning og vejledning til driftsenhederne, på baggrund af deres behov og prioriteringer • Koordinerer og iværksætter indsatser til sundhed og forebyggelse i relation til forebyggelsespakker og forvaltningernes prioriteringer • Vejleder og underviser på baggrund af viden om borgernes sundhed, kommunens udfordringer samt kommunes udfordringer og prioriteringer • Indgår i videndeling i relation til afdelinger/forvaltningernes udfordringer, herunder at implementere den nyeste viden om metoder og forskning indenfor sundhed og forebyggelse
M - ålbart	Sundhedspolitikkens sundhedsplaner implementeres fortsat i 2014 og 2015 At afdelinger/forvaltninger arbejder ud fra sundhedspolitikkens vision At sundhedspolitikken implementeres gennem sundhedsplanerne At forebyggelsespakkerne prioriteres og indarbejdes i sundhedsplanerne I samarbejdet med forvaltningerne/afdelinger vil der blive anvendt forskellige metoder til effektvurdering i relation til de enkelte indsatser Der vil blive arbejdet målrettet med prioriteringer af forebyggelsespakkerne. At forvaltningerne/afdelingerne styrker deres faglige viden om sundhed og omsætter den i praksis
A - ccepteret	Sundhedsplaner for sundhedspolitikken er godkendt i Sundhedsudvalget og kendt i Social og Sundhed og de andre forvaltninger i kommunen.
R - ealistisk	Udviklingen og implementering af Sundhedspolitikken gennem Sundhedsplanerne er realistiske, fordi det sker i samarbejde med forvaltningerne og på deres

	betingelser. Endvidere etableres en tværgående koordineringsgruppe bestående af chefniveau med repræsentanter fra kommunens forvaltninger. Denne organisering skal være med til at sikre prioritering og implementering af sundhedsplanerne og forebyggelsespakkerne.
T - idsbestemt	En løbende udvikling af sundhedsplanerne og derigennem implementering af Sundhedspolitikken sker løbende i perioden 2013-2015.
E - evaluerbart	Sundhedsplanerne evalueres løbende. Sundhedspolitikken evalueres med afsæt i Sundhedspolitikkens overordnede tegn på, at indsatsen virker.
Samarbejdspartnere og involverede	
Tovholder: Anette Krogh	**Chef: Helle Mønsted Nielsen**