



# Patientsäkerhetsberättelse

År 2022



Datum och ansvarig för innehållet  
2023-02-28 Lotta Tyrberg  
Dnr 2023-00346

---

## Innehåll

<b>1. Inledning</b>	<b>4</b>
<b>2. Övergripande mål och strategier</b>	<b>4</b>
2.1 Resultat och analys Övergripande mål och strategier 2022	4
2.2 Övergripande mål och strategier 2023	5
<b>3. Organisation och ansvar för patientsäkerhetsarbetet</b>	<b>5</b>
3.1 Kommunstyrelsen (KS) tillika vårdgivare	5
3.2 Kommundirektör tillika förvaltningschef	5
3.3 Verksamhetsområdeschef tillika verksamhetschef för hälso- och sjukvården	6
3.4 Medicinskt ansvarig sjuksköterskas (MAS)	6
3.5 Enhetschef	6
3.6 Hälso- och sjukvårdspersonal	7
3.7 Resultat och analys	7
3.8 Mål, Organisatoriskt ansvar 2023	7
<b>4. Samverkan för att förebygga vårdskada</b>	<b>7</b>
4.1 Extern samverkan	7
4.2 Resultat och analys	8
4.3 Intern samverkan	8
4.4 Resultat och analys	8
4.5 Mål Intern samverkan 2023	9
<b>5. Covid-19</b>	<b>9</b>
5.1 Resultat och analys	9
5.2 Mål Patientsäkerhetsarbete Covid – 19 2023	10
<b>6. Patienters och närståendes delaktighet</b>	<b>10</b>
6.1 Resultat och analys	10
6.2 Mål Patienters och närståendes delaktighet 2023	10
<b>7. Systematiskt kvalitetsarbete</b>	<b>10</b>
7.1 Kvalitetsledningssystem, processer och rutiner	11
7.1.1 Resultat och analys	11
7.1.2 Mål systematiskt kvalitetsarbete 2023	12
7.2 Riskbedömningar	12
7.2.1 Resultat och analys	12
7.2.2 Mål Riskbedömningar 2023	13
7.3 Egenkontroller	13
7.3.2 Resultat och analys	13
7.3.3 Mål egenkontroller 2023	13
7.4 Smittförebyggande arbete	13
7.4.1 Resultat och analys	13
7.4.2 Mål smittförebyggande arbete 2023	14
7.5 Följsamhet basala hygienrutiner och klädregler	14
7.5.1 Resultat och analys	14
7.5.2 Mål följsamhet basala hygienrutiner och klädregler 2023	16
7.6 Systematiska verksamhetsuppföljningar	16
7.6.1 Resultat och analys	16
7.6.2 Mål verksamhetsuppföljningar 2023	16
7.7 Avvikelser, synpunkter och klagomål	16
7.7.1 Resultat och analys	17
7.7.2 Mål avvikelser, synpunkter och klagomål 2023	18
<b>8. Åtgärder för att ökad patientsäkerhet</b>	<b>18</b>
8.1 Rehabiliteringen	18
8.1.1 Resultat och analys	18
8.1.2 Mål för 2023	19

8.2 Sjuksköterskeheten .....	19
8.2.1 Ökade förutsättningar för sjuksköterskans arbete.....	19
8.2.2 Resultat och analys .....	19
8.2.3 Mål 2023 .....	19
8.2.4 Utskrivningsprocessen från slutenvården .....	19
8.2.5 Resultat och analys .....	19
8.2.6 Mål utskrivningsprocessen från slutenvården .....	20
8.2.7 Palliativ vård och socialstyrelsens indikatorer för palliativ vård i livets slutskede .....	20
8.2.8 Resultat och analys .....	20
8.2.9 Mål för palliativ vård 2023 .....	21
8.2.10 Bedömning beslutsstödet ViSam.....	21
8.2.11 Resultat och analys .....	21
8.2.12 Mål ViSam beslutsstöd 2023 .....	22
8.3 Ökad kvalitet av dokumentation, införa digital signering .....	22
8.3.1 Resultat och Analys.....	22
8.3.2 Mål Dokumentation och digital signering 2023.....	22
8.4 Personcentrerad vård och omsorg vid kognitiv svikt .....	23
8.4.1 Resultat och analys .....	23
8.4.2 Mål för personcentrerad vård och omsorg vid kognitiv svikt 2023.....	23
8.5 God nutritionsvård .....	23
8.5.1 Resultat och analys .....	24
8.5.2 Mål God nutritionsvård 2023.....	24
8.6 Säker läkemedelshantering.....	24
8.6.1 Resultat och analys .....	25
8.6.2 Mål Säker läkemedelshantering för 2023 .....	25
8.7 Informationssäkerhet.....	25
8.7.1 Resultat och analys .....	26
8.7.2 Mål Informationssäkerhet 2023 .....	26

## 1. Inledning

Enligt patientsäkerhetslagen [SFS 2010:659](#) ska vårdgivaren årligen, senast den 1 mars, upprätta en patientsäkerhetsberättelse av vilken det ska framgå:

1. hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits under föregående kalenderår
2. vilka åtgärder som har vidtagits för att öka patientsäkerheten
3. vilka resultat som har uppnåtts under året

För Hälsa och omsorg ansvarar medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) för att upprätta patientsäkerhetsberättelsen. Dietist, demenssjuksköterska samt enhetschefer för legitimerad personal medverkar för att beskriva patientsäkerhetsarbetet inom respektive ansvarsområde.

## 2. Övergripande mål och strategier

All verksamhet inom kommunstyrelsen ska ytterst ta sin utgångspunkt i medborgarens behov. Allt arbete inom Hälsa och omsorg ska präglas av den gemensamma värdegrunden *"Öppenhet, Engagemang, Ansvar"*

Kommunens vision *"Här växer stolta Göingar"* lägger fokus framåt på utveckling och växande vilket även inbegriper patientsäkerhetsfrågorna och omställningen till nära vård. Omställningen innebär att samskapa med invånare, flytta fokus till att arbeta mera personcentrerat, sammanhållet, proaktivt och hälsofrämjande. För att påbörja omställningen arbetar Hälsa och omsorg dels genom omvärldsbevakning och kunskapsinhämtning dels med Sveriges Kommuner och Regioners (SKR) analysverktyg för stärkt patientsäkerhet.

Målet inom Hälsa och omsorg är att fortsätta utveckla ett användarvänligt ledningssystem som bygger på Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9) med processer och aktiviteter.

Hälsa och omsorg arbetar tillsammans med verksamhetsområdet arbetsliv och stöd i ett kvalitetsråd där kvalitetsfrågor utifrån SOSFS 2011:9 hanteras. Kvalitetsrådet har till uppgift att ta fram processer, arbeta med riskanalyser och egenkontroller samt kvalitetssäkrar rutiner upprättade för verksamheterna.

I oktober månad har strategisk ledningsgrupp analysdagar där resultatet från årets kvalitets- och patientsäkerhetsarbete presenteras. Delar av resultaten ligger till grund för nästkommande års verksamhetsplan som färdigställs i december månad. Efter presentation till samtliga enhetschefer i Hälsa och omsorg, bryts planen ner i respektive verksamhet för att nå målen i verksamhetsplanen. Arbetet presenteras i del- och helårsrapporter samt följs upp genom verksamhetstillsyner och egenkontroller.

För att kunna arbeta evidensbaserat, strukturerat samt för att kunna ge lika vård och behandling finns handböcker med rutiner för att ge förutsättningarna till lika vård och behandling. Handböckerna uppdateras och utvecklas regelbundet och efter behov.

### 2.1 Resultat och analys Övergripande mål och strategier 2022

- Patientsäkerhetsarbetet samt det systematiska kvalitetsarbetet har fortsatt integrerats i den strategiska ledningsgruppen och i chefsleden. Kvalitetsfrågor lyfts, diskuteras och planeras in i mål- och resultatplanen. Regelbundna månadsträffar med verksamheternas chefer används bland an-

nat för att lyfta nya rutiner, föreskrifter eller utmaningar som hör till kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet.

- Utmaningar med verksamhetssystem för avvikelshantering, där användarvänligheten har mer att önska, i kombination med omsättning i chefsleden har lett till att arbetet med avvikelser behöver fortsätta. Inga ytterligare steg i analysverktyget tas förrän målen i första steget har uppnåtts. Arbetet med avvikelshantering kommer att fortsätta under 2023.
- Strategisk ledningsgrupp samt delar av chefsleden deltog under året i SKRs ledarskapsprogram för god och nära vård. För att komma vidare i arbetet behövs samverkan med utgångspunkt i HS-avtalets olika samverkansorgan. Den projektledare som anställts för att arbeta med god och nära vård i egen regi avslutade anställningen innan arbetet kommit igång. Förhoppningen är att under 2023 komma vidare då det numera finns anställda processledare för kommunerna i nordost samt i region Skåne. Tillsammans ska de bland annat, genom delregionala operativa gruppen, nå ut i lokal samverkan för att där arbeta med aktiviteter som syftar till implementering av god och nära vård.
- Delar av hälso- och sjukvårdshandboken har uppdaterats under året men inte i önskvärd utsträckning relaterat till andra prioriterade uppgifter. Arbetet fortlöper under 2023.

## 2.2 Övergripande mål och strategier 2023

- Fortsätta utveckla och riskbedöma processer i ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete.
- Utveckla egenkontroller i verksamheterna.
- Fortsatt arbete med analysverktyg för att utveckla patientsäkerheten utifrån Socialstyrelsens nationella handlingsplan för ökad patientsäkerhet.
- Utveckla kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet genom att handlingsplaner och egenkontroller dokumenteras i IT-stödet Stratsys.
- Uppdatera verkställighets- och hälso- och sjukvårdshandboken.
- Tillsammans med Arbetsliv och stöd upprätta och implementera en kvalitetshandbok med information och rutiner gällande systematiskt kvalitetsarbete.

## 3. Organisation och ansvar för patientsäkerhetsarbetet

### 3.1 Kommunstyrelsen (KS) tillika vårdgivare

- Ytterst ansvarig för att hälso- och sjukvården
- Upprättar övergripande mål för verksamheten i mål- och resultatplan
- Kompetensutvecklas genom regelbundna utbildningsinsatser/information från Hälso- och sjukvårdens verksamheter
- Genomför dialogmöten med kommunchef och verksamhetsområdeschef för strategisk planering av hälso- och sjukvården
- Följer upp hälso- och sjukvården genom riktade verksamhetsbesök, muntliga redovisningar, olika rapporter samt genom den årliga patientsäkerhetsberättelsen

### 3.2 Kommundirektör tillika förvaltningschef

- Har tillsammans med verksamhetsområdeschef det yttersta ansvaret för att uppfylla de krav och mål som gäller för verksamheten enligt lagar och andra föreskrifter om hälso- och sjukvård samt efter kommunstyrelsens övergripande mål
- Genomför dialogmöten med verksamhetsområdeschef för strategisk planering gällande hälso- och sjukvården

- Följer upp hälso- och sjukvården genom riktade verksamhetsbesök samt genom muntliga redovisningar, olika rapporter samt genom den årliga patientsäkerhetsberättelsen

### 3.3 Verksamhetsområdeschef tillika verksamhetschef för hälso- och sjukvården

- Har tillsammans med förvaltningschef det yttersta ansvaret för att uppfylla de krav och mål som gäller för verksamheten enligt lagar och andra föreskrifter om hälso- och sjukvård samt efter kommunstyrelsens övergripande mål
- Genomför dialogmöten med förvaltningschef för strategisk planering gällande hälso- och sjukvården
- Leder Hlsa och omsorgs strategiska ledningsgrupp och ansvarar för att hälso- och sjukvårdsfrågorna får utrymme
- Ansvarar för att inom ramen för verksamhetens ledningssystem, vara drivande i det systematiska kvalitetsarbetet och för att processer och rutiner gällande hälso- och sjukvården är väl kända i strategisk ledningsgrupp och i hälso- och sjukvårdens verksamheter
- Deltar i HS-avtalets delregionala mötesforum
- Deltar i Hälso- och omsorgs hälso- och sjukvårdsmöten tillsammans med enhetschef för legitimerade, avdelningschef för Förebyggande och resurs. Dialogmöten för strategiska hälso- och sjukvårdsfrågor tillsammans med MAS

### 3.4 Medicinskt ansvarig sjuksköterskas (MAS)

- Deltar i strategisk ledningsgrupp
- Dokumentera och redovisar arbetet med verksamhetens kvalitet och patientsäkerhet i löpande dokumentation, skrivna rapporter samt i årlig patientsäkerhetsberättelse
- Följer upp verksamheten genom verksamhetsuppföljningar, egenkontroller, dokumentationsgranskningar och i dialoger med verksamheterna
- Ansvarar för att upprätta och publicera rutiner i handbok för hälso- och sjukvården samt deltar i kvalitetsrådet
- Ansvarar för att anmäla händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada (Lex Maria) till Inspektionen för vård och omsorg (IVO).
- Ansvarar för att rapportera händelser där medicintekniska produkter är involverade till IVO samt till läkemedelsverket.
- Deltar i systematiska dialogmöten med verksamhetschef, enhetschef för legitimerade samt avdelningschef för Förebyggande och resurs med avrapportering från olika samverkansforum samt för övriga hälso- och sjukvårdsfrågor
- Ansvarar för att tillsammans med enhetschef ha regelbundna kvalitetsmöten för legitimerad personal där kvalitets- och patientsäkerhetsfrågorna har fokus
- Utbildar och informerar om kvalitet- och patientsäkerhetsfrågor i olika forum
- Deltar i extern och intern samverkan för hälso- och sjukvårdsfrågor
- Stöd för verksamheten inom ramen för masuppdraget

### 3.5 Enhetschef

- Ansvarar för att mål, styrande dokument och rutiner som verksamhetschef och MAS fastställt är kända, efterföljs och implementeras i verksamheten
- Ansvarar att ny hälso- och sjukvårdspersonal får den introduktion som krävs för att utföra sina hälso- och sjukvårdsuppgifter
- Enhetschefer ansvarar för att hälso- och sjukvårdspersonal har rätt kompetens.
- Ansvarar för att medverka i det systematiska kvalitetsarbetet genom att fullgöra egenkontroller och verksamhetsuppföljningar. Vid behov ta fram handlings- och tidsplan för eventuella förbättringsområden och implementera dessa i sin verksamhet samt presentera arbetet i mål och resultatplan

- Ansvarar för att rapportera, utreda och åtgärda eventuella risker och brister, synpunkter och klagomål enligt gällande rutiner för systematiskt kvalitetsarbete och för ökad patientsäkerhet samt återkoppla dessa i verksamheten i lärande syfte

### 3.6 Hälsa- och sjukvårdspersonal

- Ansvarar för att hälso- och sjukvårdsarbetet följer vetenskap och beprövad erfarenhet samt att uppgifterna utförs med eget yrkesansvar
- Ansvarar tillsammans med enhetschef för att fastställda mål, styrande dokument och rutiner är kända, efterföljs och implementeras i verksamheten
- Ansvarar för att medverka i det systematiska kvalitetsarbetet genom att fullgöra egenkontroller och bidra vid verksamhetsuppföljningar samt att arbeta efter de eventuella förbättringsåtgärder som beslutats för att öka kvalitet- och patientsäkerhet
- Ansvarar för att rapportera eventuella risker och brister, synpunkter och klagomål enligt gällande rutiner för systematiskt kvalitetsarbete samt medverka i utredning och arbeta efter de planerade åtgärder som beslutats för att öka kvalitet- och patientsäkerhet

### 3.7 Resultat och analys

Måluppfyllelse 2022	Uppfyllt	Delvis	Ej uppfyllt
Ansvarsförhållandena för patientsäkerheten behöver göras kända och implementeras i samtliga verksamheter			

Det är fortsatt inte en självklarhet för personal som arbetar inom andra lagrum än hälso- och sjukvård att ha insikt och ta ansvar för patientsäkerhetsarbetet. Det märks en liten positiv förändring i delar av verksamheten men mer arbete krävs för att tydliggöra patientsäkerhetsarbetet.

### 3.8 Mål, Organisatoriskt ansvar 2023

- Ansvarsförhållandena för patientsäkerheten behöver fortsatt göras kända och implementeras i samtliga verksamheter.
- Samarbetet över lagrummens gränser behöver förbättras genom teamarbete

## 4. Samverkan för att förebygga vårdskada

### 4.1 Extern samverkan

Extern samverkan är av vikt för att uppnå de lagkrav som finns för att tillgodose den enskilda individens behov och med intentionerna i HS- avtalet – att säkra ett gott och jämlikt omhändertagande för de personer som har behov av hälso- och sjukvårdsinsatser från både Region Skåne och kommunen och därigenom bidra till ökad trygghet.

- **Avtal om ansvarsfördelning och utveckling avseende hälso- och sjukvården i Skåne** beskriver Region Skåne och de skånska kommunernas strategiska och operativa samverkansforum för att tillsammans sträva efter måluppfyllelse av avtalets intensioner.
- **Teambaserad vårdform med mobilt vårdteam** i samverkan mellan kommun och vårdcentraler.
- **Rådgivning, stöd och fortbildning i den kommunala hälso- och sjukvården** finns samverkansavtal med vårdcentraler.
- **Läkemedelsanvändning hos äldre** samverkan med läkemedelsrådet i Region Skåne samt med terapigrupp läkemedel och äldre.
- **Säker utskrivning från slutna hälso- och sjukvård**, samverkan genom förvaltningsgrupp SVU och SIP regelverk samt lokala gruppen RIVÖ (risker i vårdens övergång)

- **Samverkan sker** med externa vårdaktörer såsom Vardaga, Solglimman och Lov-företag för hemtjänst, då det är aktuellt, ASIH samt slutenvård och primärvård.
- **Lokal samverkan** sker med månatliga möten tillsammans med vårdcentraler, privata vårdgivare, ASIH och kommun
- **Forskningsplattformen för hälsa i samverkan** är en mötesplats för forskning och utveckling inom hälsa, vård och omsorg där utbyte av erfarenheter och kreativa idéer sker mellan nordost-kommunerna, Högskolan i Kristianstad och Region Skåne.
- **Samverkan MAS/MAR nordost** sker två gånger per månad för kunskaps och erfarenhetsutbyte gällande MAS och MARs kompetensområde.
- **Samverkan hjälpmedelscentrum Östra Skåne (HÖS)** för samordning av hjälpmedelsförsörjning i 11 skånska kommuner.

## 4.2 Resultat och analys

Förflyttningen mot god och nära vård går fortsatt trögt då uppfattningen generellt är att det saknas tydlighet och samsyn i vad begreppet innebär.

Arbetsgruppen RIVÖ beslutade att utöver diskussion om avvikelser i vårdens övergångar, arbeta med konkreta mål kopplade till IT-stödet Mna planer. Året avslutades med en utbildning i systemet för mötesdeltagarna.

Målet för lokal samverkan är delvis uppfyllt genom att planering för dagliga möten ska ske i samverkan till patienter som är i behov av gemensam planering inför utskrivning från slutenvården. Arbetet fortsätter under 2023.

Måluppfyllelse 2022	Uppfyllt	Delvis	Ej uppfyllt
I lokal samverkan arbeta fram och slutföra ett konkret kvalitetsmål som kan leda fram till förbättring för patienten. Förslag gemensamma dagliga möten kring utskrivning av patienter från slutenvården.			
I RIVÖ arbeta fram och slutföra ett konkret kvalitetsmål som kan ge ökad patientsäkerhet i vårdens övergångar.			

## 4.3 Intern samverkan

Intern samverkan sker fortlöpande med utgångspunkt i det dagliga arbetet kring den enskilda patienten med mål att säkra kvaliteten på den vård som ges.

- Teamarbete och teamträffar i det patientnära arbetet
- Kvalitetsmöten – ett forum för kvalitets- och patientsäkerhetsfrågor för enhetschef HSL, legitimerad personal och MAS
- Kvalitetsråd – ett forum för kvalitetsfrågor och upprättande av rutiner med representation från samtliga verksamhetsområden
- HSL möten – ett forum för informationsutbyte och utvecklingsarbete med verksamhetschef HSL, enhetschef för HSL, avdelningschef för Förebyggande och resurs och MAS

## 4.4 Resultat och analys

I utredning av vårdskador, avvikelser, i diskussionsforum och i andra möteskonstellationer framgår att intern samverkan fortsatt inte är optimal. Verksamhetsgrenarna arbetar i stuprör med få eller inga beröringspunkter med övriga professioner vilket även berör de olika chefsleden.

SAS, MAS och utvecklingsledares uppdrag att under 2022 ta fram rutiner för teamarbetet nådde inte måluppfyllelse. Tidsplanen brast då utvecklingsledare slutade sin tjänst och arbetsgruppen reducerades.



Arbetet har fått stå tillbaka vid tillfällen då SAS och MAS behövt omprioritera. Kartläggning av befintligt teamarbete i de olika verksamheterna är utförd, dels genom enkäter och dels genom att SAS och MAS deltagit vid olika teamträffar.

Verksamhetsuppföljning utfördes på Vardagas särskilda boende Lindgården där mötesforum var i fokus. Samma upplägg kommer att användas inför kommande års verksamhetsuppföljningar i egen regi. Tydligt är att beroende på verksamhet behöver mötesformerna anpassas. LSS, särskilda boende och ordinärt boende kan inte ha samma upplägg.

Teamarbetet måste börja i strategisk ledningsgrupp för att sedan sippra ut i chefsleden och vidare ut i verksamheterna. Detta arbete har påbörjats och förbättrats under året men är inte implementerat till ett självklart arbetssätt. Verksamhetsgrenarna arbetar fortsatt till stor del i stuprör, tar beslut och gör förändringar som påverkar flera utan att först diskuteras av alla berörda. Detta leder till mindre möjligheter att lösa problem på ett effektivt sätt och försvårar integrering av olika perspektiv och arbetssätt.

Måluppfyllelse 2022	Uppfyllt	Delvis	Ej uppfyllt
Utvecklingsledare, SAS och MAS har fått i uppdrag att ta fram rutiner för teamarbete och teamträffar och att implementera dessa i verksamheterna			

#### 4.5 Mål Intern samverkan 2023

- Utvecklingsledare, SAS och MAS har fått i uppdrag att ta fram rutiner för teamarbete och teamträffar vilket beräknas vara klart i mars månad. Rutinerna kommer att presenteras i kvalitetsrådet samt i strategisk ledningsgrupp och på chefsmöte för vidare implementering i verksamheterna.
- Vid verksamhetsuppföljningar under året fokusera på teamarbetet, innehåll på teamträffar och andra mötesforum.

### 5. Covid-19

Under året har restriktionerna gällande Covid förändrats och i viss mån lättat. Utmaningarna har varit att hitta balansen då vård och omsorg haft mer restriktiva rutiner att förhålla sig till än övriga samhället. Smittskydd och vårdhygien Skåne har väglett, haft informationsmöten samt varit ett stöd ner på individnivå då det behövts. Samverkan med vårdcentralerna har fortsatt flutit på. Intern samverkan och veckomöten har genomförts beroende på smittläget.

#### 5.1 Resultat och analys

Förhållningssättet att arbeta under en pandemi har blivit en allt naturligare del av det dagliga arbetet. Vårdpersonal har förhållit sig till omprioriteringar och fortsatt att arbeta i full skyddsutrustning för att förhindra smittspridning då detta krävts.

Samordning och administrering av vaccinationer har fortsatt krävt resurser. Vaccinationer tar allt mer resurser i anspråk och administreringen kring detta har stundtals upplevts som rörig. Arbetssätt och rutiner kring pandemin har till viss del utvärderats och förändrats under årets gång. Ändringar av pandemiplan har inte prioriterats.

Måluppfyllelse 2022	Uppfyllt	Delvis	Ej uppfyllt
Uppföljning och utvärdering av arbetssätt under pandemin			
Uppföljning av rutiner och pandemiplaner			
Uppdatering av rutiner och pandemiplaner			

## 5.2 Mål Patientsäkerhetsarbete Covid – 19 2023

- Uppföljning och utvärdering av arbetssätt under pandemin
- Uppdatering av rutiner och pandemiplaner
- Upprättande av lokal vaccinationsrutin i samverkan med vårdcentralerna i kommunen

## 6. Patienters och närståendes delaktighet

Patienter och närstående ska göras delaktiga i vården och behandlingen så långt det är möjligt. Samverkan med patienter och närstående sker framförallt vid mötet på särskilda boenden, vid samordnad individuell planering (SIP), samt vid utredning av avvikelser.

Delaktighet ska även ges genom att, vid varje ny insats, be patienten om samtycke till vård och behandling. Delaktigheten kommer framöver att få en naturlig del i det dagliga arbetet i och med utformningen i det verksamhetssystem som har implementeras under året.

### 6.1 Resultat och analys

I nytt verksamhetssystem finns obligatoriska rubriker där patient och närståendes medverkan synliggörs. Även i utredningsförfarandet av avvikelser/synpunkter och klagomål ska fasta rubriker göra det obligatoriskt att involvera patient och närstående. Resultatet kommer att utvärderas via journalgranskning efter att nytt verksamhetssystem är implementerat.

Utmaningar med att implementera nytt verksamhetssystem har gjort att systematiska journalgranskningar inte startat i önskvärd omfattning. Diskussioner för hur delaktigheten kan göras märkbar har inte prioriterats. Målen kvarstår för kommande år.

Måluppfyllelse 2022	Uppfyllt	Delvis	Ej uppfyllt
I samtliga forum för hälso- och sjukvårdsfrågor starta dialoger på vilket sätt delaktigheten kan göras märkbar för patienter och närstående			

### 6.2 Mål Patienters och närståendes delaktighet 2023

- I samtliga forum för hälso- och sjukvårdsfrågor starta dialoger på vilket sätt delaktigheten kan göras märkbar för patienter och närstående

## 7. Systematiskt kvalitetsarbete

Med hjälp av dokumenterade processer och rutiner samt ett systematiskt arbetssätt ska verksamheten uppnå kvalitet. Arbetet ska bestå av riskanalyser, egenkontroller, hantering av avvikelser och samverkan.

De strategiska kvalitets och patientsäkerhetsfrågorna hanteras på HSL- möten där verksamhetschef för hälso- och sjukvården, enhetschef för legitimerade, avdelningschef för Förebyggande och resurs samt MAS ingår. Denna grupp är även länken till hälsa och omsorgs strategiska ledningsgrupp.

I kvalitetsmöten med legitimerad personal hanteras kvalitets- och patientsäkerhetsfrågor av MAS i samråd med enhetschef för legitimerad personal.

I kvalitetsråd finns representation från samtliga verksamhetsgrenar som är ytterst ansvariga för kvalitetsledningsarbetet. Rådet arbetar med kvalitetsledningssystem, processer, godkänner rutiner och ansvarar för att informera i verksamheterna i de frågor rådet hanterar. Arbete och stöd har sitt kvalitetsråd och de båda råden träffas regelbundet en gång i månaden för att hantera de gemensamma frågorna.

## 7.1 Kvalitetsledningssystem, processer och rutiner

Beslutsstödet Stratsys används för att planera, följa upp och dokumentera kvalitetsarbetet. Årshjul fördelar aktiviteter över året och skapar en helhetsbild av arbetet. Processerna ska upprättas av verksamheterna tillsammans med MAS/SAS/Utvecklingsledare. Processerna riskbedöms. Upprättande av rutiner och handböcker pågår fortlöpande.

### 7.1.1 Resultat och analys

Under året utbildades samtliga chefer i hälsa- och omsorg i systematiskt kvalitetsarbete. ”Fabriken Hälsa och omsorg” som producerar vård och omsorg av kvalitet presenterades. Fabriken är en visuell modell som beskriver hur kvalitet- och patientsäkerhetsarbetet är uppbyggt inom Hälsa och omsorg. Samtliga steg i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om systematiskt kvalitetsarbete introducerades. Resultaten för ledningsgruppens analysdagar och målen för 2023 presenterades.

Månatliga chefsmöten har under årets genomförts för spridning av information, erfarenhetsutbyte samt implementering av nya författningar och rutiner. Bland annat har rutin för smittförebyggande arbete, rutin för delegering och rutin för höga temperaturer lyfts.

Mötesforum och introduktionsprogram för att öka kunskapen kring det systematiska kvalitetsarbetet finns nu utformade.

Arbetet med att tillsammans med legitimerad personal kartlägga hälso- och sjukvårdens processer påbörjades under året.

Omfattande rutiner som dokumentation, samtycke, läkemedelshantering och delegering uppdaterades under året. Utbildningsmaterial inför delegering av läkemedel uppdaterades. Rutin för riskbedömningar och egenkontroll antogs.

Måluppfyllelse 2022	Uppfyllt	Delvis	Ej uppfyllt
Genom utbildning öka kunskapen kring systematiskt kvalitetsarbete			
Upprätta verksamhetens delprocesser för särskilt boende, hemtjänst, gruppboende, daglig verksamhet, handläggning, hälso- och sjukvård och boendestöd			
Fortsätta arbetet med att identifiera, uppdatera och samla aktuella rutiner i hälso- och sjukvårdshandboken			
Tillsammans med Arbetsliv och stöd planera för en gemensam kvalitetshandbok			

### 7.1.2 Mål systematiskt kvalitetsarbete 2023

- Fortsätta arbetet med att kartlägga verksamhetens delprocesser för särskilt boende, hemtjänst, gruppboende, daglig verksamhet, handläggning, hälso- och sjukvård och boendestöd
- Fokus att uppdatera samtliga rutiner i hälso- och sjukvårdshandboken
- Få igång introduktion för chefer i systematiskt kvalitetsarbete.
- Färdigställa en kvalitetshandbok

## 7.2 Riskbedömningar

Riskbedömningar utförs för att vårdskador ska undvikas och för att garantera en säker och jämlik vård. För att uppnå detta ska det förebyggande arbetssättet vara präglad av struktur, systematik och synliggjorda resultat.

### Risikanalys vid organisationsförändring

Innan beslut tas om ny organisation, ny teknik, nya metoder, ny arbetsprocess eller nya rutiner ska iakttagelser göras om arbetet på något sätt kan utgöra en risk för vårdskada. Även personalens, närståendes eller en enskild patients upplevelse av att ett arbetsmoment eller en viss situation är riskfylld ska bedömas. I arbetet ingår att riskbedöma upprättade processer.

### Systematiska riskbedömningar av patient

Systematiska riskbedömningar på individnivå ska utföras av legitimerad personal vid kontakt med ny patient samt då behov uppstår. Då det finns standardiserade bedömningsinstrument ska dessa användas.

Risikanalyser sker bland annat på individnivå genom att använda kvalitetsregistret Senior Alerts riskbedömningar. Senior alert är ett nationellt kvalitetsregister och ett verktyg för att stödja vårdprevention och teamarbete. Stödet utgör prevention för äldre personer som riskerar att falla, få trycksår, minska i vikt, utveckla ohälsa i munnen och/eller har problem med blåsdysfunktion. I stödet utförs riskbedömningar, upprättas åtgärder som fortlöpande följs upp. Fokus är den enskilda individen.

### 7.2.1 Resultat och analys

Riskbedömningar av patientsäkerheten utförs inte vid förändringar av organisation eller arbetssätt.

Arbetet med att implementera riskbedömningar uppbyggda i beslutsstödet Stratsys för att kvalitetssäkra processerna i kvalitetsledningssystemet har inte utförts då inga fler processer tagits fram under året. Detta på grund av att utsedd person för uppdraget slutat sin tjänst och rekrytering på denna tjänst visat sig vara en utmaning.

Utbildning för att öka kunskapen kring riskbedömning på organisatorisk och individnivå har utförts. Introduktionsutbildning för nyanställda har upprättats.

Genomlysning av kvalitetsregister har inte utförts men legitimerad personal har inventerat vilka bedömningsinstrument som ska användas. Rutin för användningen saknas.

Riskbedömning av patienter på individnivå utförs i större utsträckning än tidigare men är fortsatt inte en naturlig del i teamarbetet runt en kund. Riskbedömningar utförs men tveksamhet råder om vilka insatser som beslutas för att åtgärda uppkomna risker. Om arbetet fungerar tillfredsställande är det mer beroende av specifika individer och inte ett arbetssätt inom hela Hälsa- och omsorg.

Måluppfyllelse 2022	Uppfyllt	Delvis	Ej uppfyllt
Genomföra riskbedömning av patientsäkerheten i samtliga verksamheter baserat på bemanning och hur hälso- och sjukvården är organiserad			
Genom utbildning öka kunskapen kring riskbedömningar på organisatorisk och individnivå			
Genomlysning av arbetet i kvalitetsregister och besluta om vilka bedömningsinstrument som ska användas			

### 7.2.2 Mål Riskbedömningar 2023

- Genomföra riskbedömning av patientsäkerheten i samtliga verksamheter baserat på bemanning och hur hälso- och sjukvården är organiserad
- Genomlysning av arbetet i kvalitetsregister och besluta om ansvariga för att driva arbetet
- Upprätta rutin för användandet av riskbedömningsinstrument

### 7.3 Egenkontroller

Egenkontroll är systematisk uppföljning och utvärdering av om den egna verksamheten bedrivs enligt de lagar, processer och rutiner som ingår i ledningssystemet.

#### 7.3.2 Resultat och analys

Måluppfyllelse 2022	Uppfyllt	Delvis	Ej uppfyllt
Öka antalet egenkontroller för hälso- och sjukvården i samråd med verksamhetschef och enhetschef för legitimerad personal			

#### 7.3.3 Mål egenkontroller 2023

- Öka antalet egenkontroller i samtliga verksamheter
- Implementera egenkontrollerna i beslutsstödet Stratsys

### 7.4 Smittförebyggande arbete

I verksamheter som utför insatser till personer som har en högre risk att drabbas av smittsamma sjukdomar och vårdrelaterade infektioner är det inte tillräckligt att enbart arbeta med basala hygienrutiner. För att kunna förebygga och förhindra smitta och smittspridning i verksamheterna krävs ytterligare kunskaper, tydliga ansvarsområden och systematik i förbättringsarbetet.

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om smittförebyggande åtgärder o vissa verksamheter enligt SoL och LSS ([HSLF-FS 2022:44](#)) började gälla 1 november 2022.

Plan finns att sjuksköterska med ansvarsområde vårdhygien ska utses. Varje verksamhet ska även utse hygienombud. Tillsammans ska dessa professioner enligt rutin ha spetskompetens och vara drivande i det smittförebyggande arbetet.

#### 7.4.1 Resultat och analys

Arbetet med basala hygienrutiner och smittförebyggande arbete har tidigare vart en del i arbetet som förknippas med hälso- och sjukvården.

Med nya lagen är ansvaret fördelat i samtliga verksamheter inom Hälsa- och omsorg. Eftersom omsättningen av chefer varit hög under året är det utmanande att få nya arbetssätt implementerade som en na-

turlig del av det dagliga arbetet. Sjuksköterska med ansvarsområde inom vårdhygien är utsedd likaså hygienombud i enstaka verksamheter.

Måluppfyllelse 2022	Uppfyllt	Delvis	Ej uppfyllt
Upprätta rutin för smittförebyggande arbete			
Starta implementering av rutin genom utbildning till samtliga chefer			

#### 7.4.2 Mål smittförebyggande arbete 2023

- Samtliga verksamheter riskbedömer verksamheterna enligt gällande rutin för smittförebyggande arbete
- Utbildningsinsatserna i rutin för smittförebyggande arbete implementeras i samtliga verksamheter
- Starta upp smittförebyggande arbete med sjuksköterska och hygienombud.

#### 7.5 Följsamhet basala hygienrutiner och klädregler

Punktprevalensmätning (PPM) för följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler är en observation som utförs i patientnära arbete. Åtta olika steg observeras, fyra för klädregler och fyra för basala hygienrutiner. Rekommendationen är minst 10 observationer per enhet. Plan finns att sjuksköterska med ansvarsområde vårdhygien ska överta ansvaret för PPM-mätningar tillsammans med utsedd arbetsgrupp.

##### 7.5.1 Resultat och analys

För att kvalitetssäkra egenkontrollen utfördes observationerna av utsedd arbetsgrupp speciellt utbildad för uppgiften. Arbetsgruppen utförde inga observationer i egen verksamhet.

Det var inte helt enkelt att få en intakt grupp då det tog tid att få deltagare. Det var även en utmaning att få arbetsgruppen fri från ordinarie arbete under de två veckor som mätningen utfördes. Positivt var att privata vårdgivaren Vardaga ville vara med i arbetet.

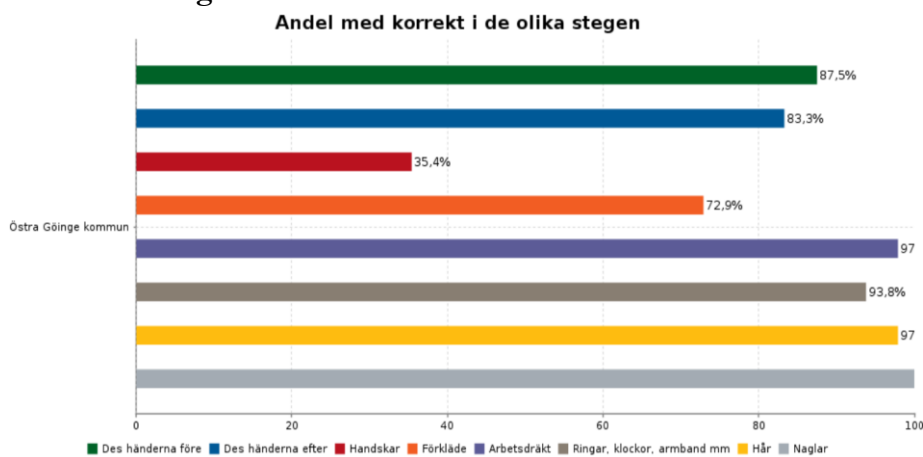
Som förväntat försämrades resultatet då mätningarna utfördes av utbildad arbetsgrupp. Störst förändring var användandet av handskar som i mätningarna visade sig överanvändas i mycket högre utsträckning än vad de basala hygienrutinerna förespråkar. Anledningen som uppges är en upplevd trygghet i att inte själv drabbas av smittor om handskar används hela tiden.

Måluppfyllelse 2022	Uppfyllt	Delvis	Ej uppfyllt
Kvalitetssäkra egenkontroller i basala hygienrutiner och klädregler genom utsedd, speciellt utbildad arbetsgrupp.			

## 2021 års mätning



## 2022 års mätning



Sammanställning	2021 (%)	2022 (%)
Desinfectera händer före arbetsuppgift	89	87,5 ↓
Desinfectera händer efter arbetsuppgift	96,6	83,3 ↓
Korrekt använda handskar	96,6	35,4 ↓
Korrekt använt förkläde	92,4	72,9 ↓
Korrekt använd arbetsdräkt	100	97,0 ↓
Fri från ringar, klockor, armband	100	93,8 ↓
Uppsatt hår	100	97,0 ↓
Korta naglar fria från konstgjort material	99	100 ↑

### 7.5.2 Mål följsamhet basala hygienrutiner och klädregler 2023

- Att samtliga verksamheter deltar i PPM
- Att samtliga verksamheter upprättar handlingsplaner för att förbättra följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler

### 7.6 Systematiska verksamhetsuppföljningar

Som ett led i egenkontrollen ska systematiska verksamhetsuppföljningar utföras i verksamheterna. Material och strategi för de systematiska verksamhetsuppföljningarna upprättas av SAS och MAS beroende på eventuella resultat från analysdagar, inkomna avvikelser, synpunkter och klagomål eller frågeställningar som kan uppstå i verksamheterna. Även dokumentationsgranskningar utförs.

Vid verksamhetsuppföljningarna upprättas en rapport med förbättringsåtgärder. Beroende på allvarighetsgrad får verksamheten upprätta handlings- och tidsplan för att komma till rätta med synpunkterna i rapporten. För en lärande organisation redovisas rapport och handlingsplan i strategisk ledningsgrupp samt i respektive chefsgrupp och vidare ut i verksamheterna.

Vid behov utförs även oplanerade verksamhetsuppföljningar.

#### 7.6.1 Resultat och analys

Under året utfördes två systematiska uppföljningar, där fokus var det systematiska kvalitetsarbetet. Samtliga professioner i teamet fick samma frågebatteri men intervjuas enskilt. Tanken med att intervjua enskilt var för att se om samsyn fanns från chefsleden till professionerna närmast patienten där vården sker. Uppföljningarna utfördes på de särskilda boendena Västanvid och Skogsbrynet. Även på gruppbostad Njuravägen och Drakaberga utfördes verksamhetsuppföljning med fokus på kvalitetsarbete men här intervjuades samtlig vårdpersonal tillsammans.

Verksamhetsuppföljning av nattpersonal utfördes på Särskilt boende där Västanvid, Skogsbrynet och Lindgården, Vardaga fick besök. Nattbemanning och personalens utmaningar med att arbeta natt samt samarbete med sjuksköterska var i fokus.

Lindgården, Vardagas verksamhetsuppföljningar är lagstadgade och utförs årligen. De områden som följs upp där ligger sedan till grund för nästkommande års systematiska uppföljningar i egen regi. Årets uppföljning fokuserade på teamarbete och mötesforum för ökad kvalitet och patientsäkerhet.

Tre oplanerade verksamhetsuppföljningar utfördes. En som ett led i en utredning om missförhållande och en som en utredning av risk för missförhållanden och risk för vårdskada. En som utredning efter inkommen synpunkt och klagomål.

Måluppfyllelse 2022	Uppfyllt	Delvis	Ej uppfyllt
Utföra systematiska verksamhetsuppföljningar i egenregi			

#### 7.6.2 Mål verksamhetsuppföljningar 2023

- Efterfråga information om de handlings och tidsplaner som ska upprättas efter varje verksamhetsuppföljning.

### 7.7 Avvikelser, synpunkter och klagomål

Hälso- och sjukvårdspersonalen rapporterar löpande avvikelser i kommunens verksamhetssystem Treserva. Sammanställning, utredning samt åtgärd ansvarar enhetschefen inom respektive verksamhet för. I de fall det förekommit risk för allvarlig vårdskada eller allvarlig vårdskada, eller oklarhet om bedömning av skada, informeras MAS som handlägger avvikelser vidare.



MAS ansvarar för lex Maria anmälan och anmälan av händelser med medicinsktekniska produkter om sådan ska ske enligt HSLF- FS 2017:41. Antalet avvikelser och Lex Mariaanmälningar sammanställs och redovisas i den årliga patientsäkerhetsberättelsen.

Kommunövergripande rutin för att kunna lämna synpunkter finns och överlämnas till berörd person för utredning och återkoppling.

Allvarligare synpunkter och klagomål utreds enligt metod händelseanalys i adekvata delar. Inkomna klagomål från andra myndigheter handläggs på motsvarande sätt och återrapporteras enligt överenskommelse.

Ärenden från patientnämnden utreds enligt samma metod som synpunkter och klagomål och återrapporteras så som framgår i ärendet från patientnämnden.

### 7.7.1 Resultat och analys

Arbetet med att hantera avvikelser är en utmaning. Verksamhetssystemet är inte användarvänligt och den stora omsättningen på personal gör att systematiken i arbetet uteblir. Arbetet påverkas även av ett bristande teamarbete. Avvikelseerna utreds i stor grad av berörd chef utan att övriga i teamet involveras. Utredningsarbetet dokumenteras inte heller i tillräcklig omfattning.

Svårigheten att söka upp avvikelseerna för att övergripande analyser uteblir då verksamhetssystemet inte stödjer detta. Enstaka personer är väl insatta i arbetet och gör bra utredningar av kvalitet. Detta är mer personbundet än ett övergripande arbetssätt i verksamheten. Till stor del beror detta på att ingen utbildning genomförs till nyanställda i verksamhetssystem eller arbetssätt för att hantera avvikelser.

En vårdskada har under året utretts av MAS. Utredningen påvisade följande:

- Brister i kommunikation och dokumentation
- Brister i samverkan och sekretess
- Brister i kunskap gällande egenvård
- Brister i kunskap gällande fast vårdkontakt
- Brister i följsamhet till gällande rutiner - delegering

Lång och kortsiktig handlingsplan upprättades och som följs upp kontinuerligt.

Allvarlighetsgraden uppfyller inte kraven som allvarlig vårdskada och händelsen har därför inte anmälts till Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Bristerna har, genom agerande från god man gjort att vårdskadan kunnat begränsas och att patienten ej fått bestående skador eller fått ett väsentligt ökat vårdbehov.

Inget ärende har inkommit till patientnämnden från medborgare i Östra Göinge kommun gällande upplevda brister i vården.

Övergripande rutin för att hantera synpunkter och klagomål är inte helt känd i verksamheterna. Antalet inkomna synpunkter och klagomål gällande patientsäkerhetsfrågor är två under 2022

Måluppfyllelse 2022	Uppfyllt	Delvis	Ej uppfyllt
Utbildning i systemet för avvikelshantering			
Implementering av rutin för avvikelshantering, synpunkter och klagomål			
Utbildning i utredningsförfarandet			
Införa uppföljning av avvikelser som egenkontroll			

### 7.7.2 Mål avvikelser, synpunkter och klagomål 2023

- Kontinuerliga utbildningar i systemet för avvikelshantering
- Implementering av rutin för avvikelshantering, synpunkter och klagomål
- Införa uppföljning av avvikelshantering som egenkontroll

## 8. Åtgärder för att öka patientsäkerhet

Patientsäkerhet handlar om att patienter inte ska skadas i samband med hälso- och sjukvårdande åtgärder eller på grund av att vården inte genomför de åtgärder som behövs med hänsyn till patientens tillstånd. Under året 2022 har olika prioriteringar och mål satts upp för att öka patientsäkerheten i det dagliga arbetet.

### 8.1 Rehabiliteringen

Rehabiliteringen består av arbetsterapeuter och fysioterapeuter, samt två rehabassistenter. Även Trygg Hemgång med sex undersköterskor ingår i enheten. Den övergripande målsättningen för gruppen är att främja arbetet för att skapa ett förebyggande arbete och ökad självständighet hos kund. Att det finns en stabil rehab-grupp är grunden för ett framåtskridande arbete.

#### 8.1.1 Resultat och analys

Under året har en ny organisation skapats där rehabiliteringen blivit en egen gren med enhetschef fristående från sjuksköterskeorganisationen. Fokus har lagts på rekrytering av arbetsterapeuter och fysioterapeuter.

Rekrytering av arbetsterapeuter har varit framgångsrikt medan rekrytering av fysioterapeut varit en utmaning.

Efterhand som arbetsgruppen stabiliserats har arbete påbörjats att skapa strukturer för en utökad samverkan och teamarbete med övriga inom hälsa och omsorg. En förutsättning för det förebyggande arbetet.

Utifrån att periodvis ha varit underbemannade under rekryteringsfasen har det dagliga patientarbetet prioriterats till förmån för de förändringar som omorganisationen och nya arbetssätt kräver. Förändringsarbetet har därav inte kommit så långt som varit önskvärt.

Implementeringen av Exorlive, ett digitalt verktyg inom träningsförmedling och rehabilitering, har påbörjats.

Trygg Hemgång har under året fått nya arbetsuppgifter då gruppen övertagit läsmontage i ordinärt boende. Arbetet har tagit längre tid än beräknat då uppgifterna varit mer instruktionskrävande än vad som framgick. Målet att Trygg hemgång fullt ut tagit över arbetsuppgiften har därför inte varit uppfyllt.

### 8.1.2 Mål för 2023

- Systematisk journalgranskning för att främja en god och korrekt dokumentation av kvalitet
- Fortsatt implementering av Exorlive för att främja hälsosam aktivitet i vardagen
- Aktivitetsbedömningar och funktionsbedömningar ska implementeras som en naturlig del i bedömningen av kund
- Tydliggörande av vikten av bedömningsinstrument och dess mätbarhet i ett rehabiliterande syfte
- Aktiv och implementerad teamsamverkan
- Utforma metoder för att främja effektivitet gällande rehabiliteringsperioden
- Planering för erbjudande av utbildning till vårdpersonal i rehabiliterande synsätt i vardagen
- Låsmontering ska landa hos Trygg Hemgång och vara en naturlig del av arbetet

## 8.2 Sjuksköterskeenheten

### 8.2.1 Ökade förutsättningar för sjuksköterskans arbete

Sjuksköterskans arbete innefattar bland annat kompetensområden personcentrerad vård, att samverka i team, att arbeta förebyggande och evidensbaserat, att ständigt arbeta mot förbättring och att vården alltid är säker. I rollen ingår ledarskap, att ge konkret och tydlig information till omvårdnadspersonal, anhöriga, närstående och kollegor. För att vara en ledare är det viktigt att förstå innebörden av teamarbete.

### 8.2.2 Resultat och analys

Omsättningen av sjuksköterskor har under året varit fortsatt hög och vakanta tjänster leder till att resterande sjuksköterskor får ta ett stort ansvar för att utföra det dagliga arbetet. Insatserna tenderar att bli ”Brandkårsutryckningar” och punktinsatser. Under året påbörjades ett arbete att kartlägga sjuksköterskans arbetsuppgifter. Detta för att få en bild av vilka arbetsuppgifter som andra än legitimerad personal kan utföra.

Måluppfyllelse 2022	Uppfyllt	Delvis	Ej uppfyllt
Anställning av undersköterskor knutna till sjuksköterskeenheten			

### 8.2.3 Mål 2023

- Ge sjuksköterskor förutsättningar att arbeta förebyggande och mer långsiktigt genom tydliga arbetsbeskrivningar för vilka uppgifter undersköterska, riktad mot såväl ordinärt som särskilt boende, kan utföra.

### 8.2.4 Utskrivningsprocessen från slutenvården

Den 1 januari 2018 trädde lagen om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård i kraft. Syftet var att skapa en trygg, säker och smidig övergång från slutenvård till öppen vård och omsorg. Utskrivningsprocessen sker i IT-verktyget ”Mina planer” där slutenvård, öppenvård och kommun tillsammans planerar vård och omsorg efter slutenvårdstillfället. Arbetet kräver tid, kunskap och engagemang.

### 8.2.5 Resultat och analys

Kvaliteten på samverkan vid utskrivning behöver höjas. Brister i kartläggning, brister i ställningstagande inför utskrivning och okunskap gällande föreskriften egenvård från andra vårdgivare är en utmaning för den planering som behöver göras för ett säkert omhändertagande. Även arbetet på hemmaplan har mer att önska. Under året testades därför ett nytt arbetssätt med en specifik sjuksköterska som ansvarat för utskrivningsprocessen. Sjuksköterskan har samarbetat med övriga professioner ansvariga för vårdplaneringar. Arbetet har ökat kvaliteten på arbetssätten i IT-systemet, frigjort tid för övriga sjuksköterskor och

samtidigt ökat samarbetet med vårdplaneringsteamet vilket ger större förutsättningar för ett säkrare omhändertagande efter sjukhusvistelse. Arbetet behöver mer tid för att utvecklas ytterligare.

Måluppfyllelse 2022	Uppfyllt	Delvis	Ej uppfyllt
Ökad kvalitet och planering av vården efter hemgång från sjukhus			

### 8.2.6 Mål utskrivningsprocessen från slutenvården

- Anställa vårdplaneringssköterska som tillsammans med vårdplaneringsteam och andra vårdgivare ökar kvaliteten i vård och omsorg som planeras efter utskrivning från slutenvården
- Kartlägga arbetsuppgifter vårdplaneringssköterska kan utföra för att öka kvaliteten i vården och omsorgen

### 8.2.7 Palliativ vård och socialstyrelsens indikatorer för palliativ vård i livets slutskede

Nationell vårdplan för palliativ vård (NVP) är ett personcentrerat stöd för att identifiera, bedöma och åtgärda en enskild patients palliativa vårdbehov. NVP syftar till att kvalitetssäkra vården i övergången från botande till lindrande/stödande vård, till att patienten bedöms vara döende samt omhändertagande efter dödsfallet.

Palliativregistret är ett nationellt kvalitetsregister där vårdgivare registrerar hur vården av en person i livets slutskede varit. Syftet med registreringen är att förbättra vården i livets slut oberoende av diagnos och vem som utför vården. Sjuksköterskorna besvarar en enkät som handlar om hur vården varit sista veckan i livet. Sedan används resultatet för att se vilken kvalitet som vården håller och vad som behöver förbättras. Såväl väntade som oväntade dödsfall registreras vilket kan påverka resultatet över året. De som avlider oväntat har inte hunnit få någon vårdplan upprättad.

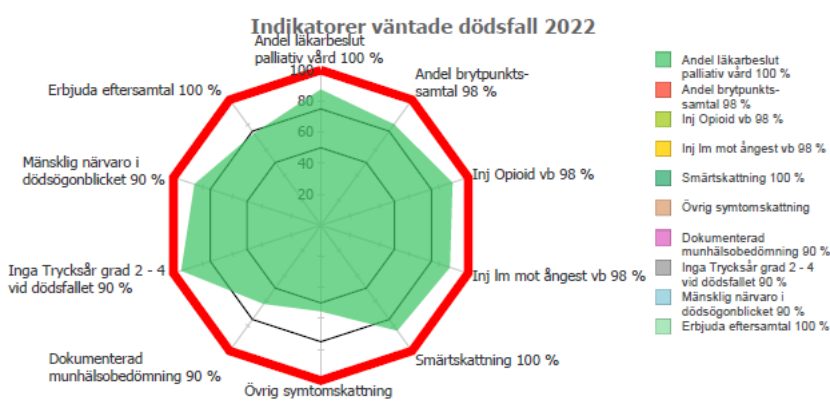
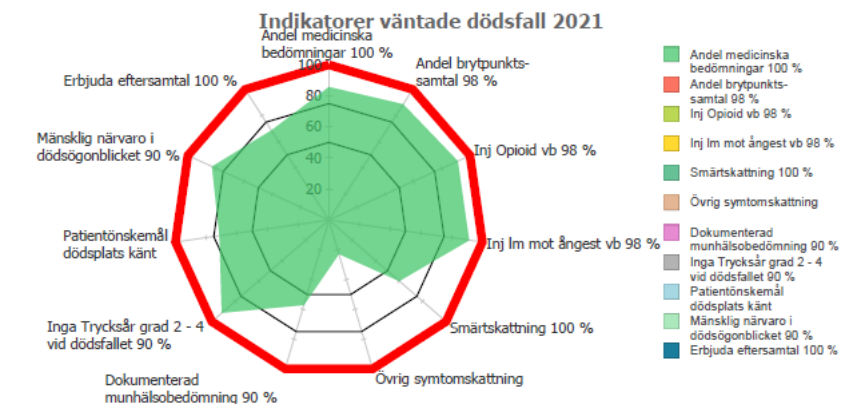
### 8.2.8 Resultat och analys

Samtliga sjuksköterskor i egen regi och samtliga läkare på vårdcentral Knislinge har under året utbildats i NVP. Informationsbroschyr som lämnas till anhöriga inför den sista tiden i livet är omarbetad och uppdaterad.

Användandet av arbetssättet i såväl särskilt som ordinärt boende är i sin linda. Implementering av arbetssättet tar tid.

Registrering i palliativa registret har fortlöpt under det gångna året. 66 dödsfall har rapporterades i registret varav 56 var väntade. Ett kvalitetsarbete gällande skattningar av symtom i livets slut har pågått under året. Arbetet har gett resultat och de nationella målvärdena har förbättrats.

Måluppfyllelse 2022	Uppfyllt	Delvis	Ej uppfyllt
Utbilda nyanställda i NVP			
Att införa NVP till patienter i ordinärt boende med hemsjukvårdsinsatser.			
Fortsatt registrering i palliativa registret som bland annat mäter de kvalitetsindikatorer som används i NVP			



### 8.2.9 Mål för palliativ vård 2023

- Lämna broschyr till anhöriga när vården går över till vård i livets slut
- Upprätta NVP till samtliga patienter då vården förändras från att vara botande till lindrande/stödande
- Fortsätta förbättra kvaliteten i palliativ vård och mäta detta genom kvalitetsindikatorerna i palliativa registret
- Fortbilda sjuksköterskor med ansvarsområde i palliativ vård

### 8.2.10 Bedömning beslutsstödet ViSam

Beslutsstödet är ett verktyg för sjuksköterskan inom kommunal hälso- och sjukvård som ska användas när den enskildes hälsotillstånd försämrats. Checklistan ger stöd för sjuksköterskan att avgöra var den fortsatta vården bäst ska ske. Syftet är att bedömningen ska bli strukturerad, patienten ska få vård på optimal vårdnivå och informationsöverföringen till nästa vårdgivare säkras.

I samtliga kommuner i Skåne använder sjuksköterskorna ViSam. Utbildning i beslutsstödet ska ingå i introduktionen på arbetsplatsen.

Centralt samverkansorgan fattade den 9 juni 2017 ett inriktningsbeslut om att föreslå att beslutsstödet enligt ViSam-modellen införs i kommunal primärvård för att underlätta sjuksköterskans bedömning av vårdnivå hos patienter där hälsotillståndet förändrats.

### 8.2.11 Resultat och analys

För att ge förutsättningar för ökad användningen av beslutsstödet har varje sjuksköterska utrustats med en så kallad SBAR- väska. Tidigare fanns gemensam utrustning som var övergripande som vid varje till-

fälle fick hämtas på kontoret vilket försvårade användandet vid akuta situationer. Rätt tillgänglig utrustning ger ökad kvalitet för patienten och bedömningen av rätt vårdnivå.

Måluppfyllelse 2022	Uppfyllt	Delvis	Ej uppfyllt
Öka förutsättningarna för användandet av beslutsstöd genom tillgänglig utrustning			

### 8.2.12 Mål ViSam beslutsstöd 2023

- Vid introduktion utbilda nyanställda sjuksköterskor i beslutsstödet.

### 8.3 Ökad kvalitet av dokumentation, införa digital signering

Syftet med att dokumentera är att bidra till god kvalitet och säker vård. I dokumentationen tydliggörs den enskildes behov av hjälp och stöd samt vad, hur och vem som ska tillgodose hjälpbehoven. Dokumentationen är avsedd att vara ett stöd för den eller de personer som ansvarar för vården. Signeringslistor används för att säkerställa att beslutad vård och behandling utförs. Signeringslistor används även vid uppföljningar av vården. Dokumentationsgrupp finns för att utveckla arbetet i patientjournalen.

#### 8.3.1 Resultat och Analys

Under året har legitimerad personal arbetat med att införa ett nytt verksamhetssystem där dokumentationen sker i processer i stället för i vårdplaner. Ett helt nytt arbetssätt som krävt mycket arbete och energi. Systemet i sig har varit en utmaning och att ändra arbetssätt tar tid. Processerna ger en bättre överblick av de enskilda patienternas insatser och där med kan vårddyngden lättare följas.

Signering sker idag i pappersform vilket både är tidskrävande och mindre patientsäkert med risk att missa uppdateringar. Även miljön påverkas av pappersanvändandet. Arbetssättet behöver utvecklas till digital signering.

Byte av journalsystem har satt fokus på behörighetsfrågan för vårdpersonal. En tidigare för vid behörighet har nu begränsats till snäv. Journalsystemet underlättar inte behörighetsfrågan. Idag dokumenterar vårdpersonal hälso- och sjukvård i social journal vilket inte är lagmässigt korrekt. Behörighetsfrågan behöver genomlysas.

Måluppfyllelse 2022	Uppfyllt	Delvis	Ej uppfyllt
Övergång till nytt journalsystem och dokumentation i processer			

#### 8.3.2 Mål Dokumentation och digital signering 2023

- Införa egenkontroller gällande dokumentationsgranskning för legitimerad personal
- Utarbeta ett arbetssätt för att använda processerna till hjälp för vårddyngdsmätning
- Införa användande av journalsystemets digitala kalender
- Införa digital signeringslista
- Besluta om behörigheter för vårdpersonal som har en vårdrelation med patienten

## 8.4 Personcentrerad vård och omsorg vid kognitiv svikt

Arbetet med att identifiera förbättringsområden inom Östra Göinge kommun utgår från Nationella riktlinjers indikatorer och från Socialstyrelsens modell för ett standardiserat insatsförlopp vid demenssjukdom.

Syftet med denna modell är att underlätta för samverkan mellan region och kommun och arbeta personcentrerat utifrån ett systematiskt arbetssätt kring personer med kognitiv sjukdom. Modellens grund ligger i att ge en jämlik vård och omsorg då det tydliggörs vilka insatser som behöver erbjudas en person med kognitiv sjukdom under hela sjukdomsförloppet.

För att höja kvaliteten i hälso- och sjukvården och socialtjänsten behöver det göras en satsning på gränsoverskridande multiprofessionella demensteam där det på ledningsnivå finns en tydlig viljeinriktning inom området.

### 8.4.1 Resultat och analys

Under 2022 har tjänsten som demenssjuksköterska tillsatts vilket lett till att kvalitetsarbetet för personer med kognitiv svikt kunnat återupptas.

Demenssjuksköterska certifierades som utbildare i BPSD-registret under året.

Målet för att motivera fler undersköterskor till att specialisera sig till Silviasyster har inte uppfyllts med anledning av att verksamhetsområdet i stället motiverar till utbildning som specialistundersköterska inom området demens.

Måluppfyllelse 2022	Uppfyllt	Delvis	Ej uppfyllt
Återuppta bedömningar gällande livskvalitet vid kognitiv sjukdom			
Återuppta arbetet med BPSD registret			
Påbörja kartläggningen och införandet av standardiserat insatsförlopp vid demenssjukdom			
Öka kunskapsnivån hos personal som arbetar närmast personer med demenssjukdom			
Motivera fler undersköterskor att specialisera sig till Silviasyster			
Långsiktigt mål att Silviacertifiera de avdelningar inom särskilt boende som arbetar med kognitiva sjukdomar			

### 8.4.2 Mål för personcentrerad vård och omsorg vid kognitiv svikt 2023

- All personal som arbetar inom vård och omsorg för personer med kognitiv svikt kommer att erbjudas utbildning i BPSD-registret.
- Fortsatt kompetenshöjande insatser till personalen som arbetar närmast personer med kognitiv sjukdom genom utbildning i webbutbildningen Demens ABC.
- Silviahemscertifiering av Skogsbrynet
- Förbättra anhörigstödet
- Utveckla samverkan mellan kommun och region i syfte att kunna ge rätt stöd i rätt tid till personer med kognitiv sjukdom och deras närstående.

## 8.5 God nutritionsvård

Dietist arbetar med individuell nutritionsbehandling samt med att ge stöd och handledning i verksamheterna. I uppdraget ingår även samarbete med förebyggande verksamheterna. Uppdragsbeskrivning för rollen och ansvarsfördelning i förhållande till sjuksköterskornas nutritionsansvar saknas.

Dietist deltar vid samtliga teammöten för att vid uppmärksammande ätproblem och vid risk för undernäring kunna vägleda omvårdnadspersonal till förslag på lämpliga åtgärder.

Tillsammans med två kostombud påbörjades ett projekt för att få till ett effektivt, säkert och strukturerat nutritionsomhändertagande med tydlig ansvarsfördelning mellan olika yrkesgrupper.

### 8.5.1 Resultat och analys

Under året har dietist tillsammans med enhetschefer, kostombud och övrig personal fortsatt det förebyggande arbetet med att förlänga matdagen. Vid höstens mätning var kommunens medelvärde 10:46 h, vilket är mycket glädjande.

Tillsammans med måltidsutvecklare har dietist träffat kostombud inom både särskilt och ordinärt boende för att informera och inspirera till proteinrika mellanmål. Dietist har svårt att nå ut i verksamheterna för att höja grundkunskapen gällande mat och näring. För att komma till rätta med detta behöver strategisk ledningsgrupp beskriva nutritionsarbetet och ta med detta i de övergripande planerna för att få effekt ut i samtliga verksamheter.

Dietist har utarbetat ett förslag på arbetsbeskrivning för rollen samt ett förslag på ansvarsfördelning gällande nutritionsomhändertagandet. Utebliven respons från berörd chef och MAS har gjort att arbetet under året inte nått uppsatt mål. Ett tydliggörande behövs för att klargöra vem som ska samarbeta med dietist i de strategiska frågorna för att komma vidare i arbetet.

En välbesökt och uppskattad Seniormässa genomfördes under v. 40, där dietist dels höll föreläsning om goda matvanor för äldre och dels fanns på plats för givande samtal om mat med kommuninvånarna.

Måluppfyllelse 2022	Uppfyllt	Delvis	Ej uppfyllt
Förebyggande arbete - förlänga matdagen			
Utbildningstillfällen för kostombud proteinrika mellanmål			
Ta fram förslag på material och utbildningsinsats för höjd grundkunskap gällande mat och näring			
Ta fram arbetsbeskrivning för dietist			
Utforma och tydliggöra ansvaret i den individuella nutritionsbehandlingen			
Återuppta samarbetet med förebyggande verksamhet			

### 8.5.2 Mål God nutritionsvård 2023

- Träff med kostombud vår och höst
- Ta fram förslag på arbetsbeskrivning för dietist
- Utforma och tydliggöra ansvaret i den individuella nutritionsbehandlingen
- Uppdatera rutin för att förebygga, upptäcka och behandla undernäring
- Delta i Silviahemscertifiering på Skogsbrynet
- Påbörja plan för nutritionsutbildning till all personal

### 8.6 Säker läkemedelshantering

Extern kvalitetsgranskning av läkemedelshantering innebär att en specialutbildad farmaceut tillsammans med teamet runt patienten har genomgång av aktuell lagstiftning, lokala rutiner och arbetsmoment vid läkemedelshantering utförs. Därefter ger farmaceuten råd i en rapport och verksamheten tar fram



konkreta åtgärdsförslag med syfte att stärka det egna kvalitetsarbetet. MAS ansvarar för att utse ansvariga och tidsram för förbättringsförslagen. Granskade verksamheter ansvarar för att återkoppla granskningar och förbättringsförslag i respektive ledningsgrupper i ett lärande syfte.

I verksamheterna finns kommunala basläkemedelsförråd vilka innehåller de vanligaste läkemedel som en patient kan behöva i en akut situation. Sortimentet fastställs och bekostas av Region Skånes Läkemedelsråd. Syftet med förråden är att kunna påbörja en behandling fram till ordinarie leverans. Årligen utförs kvalitetsgranskningar via enkäter som ansvariga för förråden besvarar.

Individuell läkemedelsuppföljning utförs i verksamheterna på uppdrag av ansvarig läkare. Sjuksköterskorna är behjälplig med förberedande insatser som provtagning och skattningsformulär samt deltar i genomgångarna vid behov.

### 8.6.1 Resultat och analys

Rutin för läkemedelshantering är upprättad och implementering påbörjad. Utifrån rutinen har ett utbildningsmaterial påbörjats till vårdpersonal som på delegation hanterar läkemedel samt till berörda enhetschefer. Detta för att kunskaperna kring det ansvar som hantering av läkemedel innebär behöver vara känt i verksamheterna.

En utmaning som uppmärksammas under året är svårigheterna som vårdpersonal har att klara delegeringsutbildningarna relaterat till bristande språkkunskaper. Ansvaret för hantering av läkemedel och delegeringsförfarandet behöver ses över för att öka patientsäkerheten.

Behovet av läkemedelsskåp och lås där loggar kan kontrolleras är inventerade och installering påbörjad.

Vid årets interna kvalitetsgranskning av sex nya verksamheter framgår att förbättringsåtgärderna från tidigare år nått hela verksamheten och inte bara de tidigare granskade verksamheterna. Ett strålande exempel på en lärande organisation med stora kvalitetsförbättringar för patienterna.

Individuella läkemedelsgenomgångar utförs regelbundet tillsammans med primärvården och är en naturlig del av samverkansarbetet mellan vårdgivarna.

Måluppfyllelse 2022	Uppfyllt	Delvis	Ej uppfyllt
Uppdatera samtliga rutiner för läkemedelshantering, implementera dessa och tillsammans med enhetschef för legitimerade			
Inventera verksamheterna och inhandla ändamålsenliga läkemedelsskåp			
Fullfölja 2021 års handlingsplaner från extern kvalitetsgranskare			
Fortsätta med extern kvalitetsgranskning			
Fortsätta med individbaserade läkemedelsuppföljningar			

### 8.6.2 Mål Säker läkemedelshantering för 2023

- Att implementera samtliga rutiner för läkemedelshantering tillsammans med enhetschefer
- Att utbilda samtliga enhetschefer i rutin för läkemedelshantering
- Att se över rutiner och arbetssätt för vårdpersonal som hanterar läkemedel

### 8.7 Informationssäkerhet

Vårdgivaren ska arbeta aktivt med informationssäkerhet. Det innebär bland annat att information ska finnas tillgänglig när de behövs, att den ska vara korrekt och att obehöriga inte får åtkomst.

Rutin för händelseloggar finns. Loggkontroller tas ut av systemförvaltare från verksamhetssystem samt från nationell patientöversikt (NPO). Ansvarig chef ansvarar för kontroll och analys samt vidare ställningstagande om kontrollerna påvisar några oegentligheter.

### 8.7.1 Resultat och analys

Inga oegentligheter är inrapporterade under det gångna året i hälso- och sjukvården. Frågetecken finns för hur loggar kontrolleras i systemen Mina planer och Websesam.

Arbete kring översyn av informationssäkerhet samt rutiner för detta har tappat fart till förmån för andra arbetsuppgifter.

Dokumentationsrutin finns med beslut om vilka dokument som behöver finnas i pappersform vid eventuella driftsstopp. Rutin för Mina planer och förslag på begränsning av behörigheter i systemet finns upprättade. På grund av hög arbetsbelastning för den personal som kan ändra behörigheterna i IT-stödet Mina Planer har arbetet inte kunnat utföras. Då IT-stödet inte är omgjort har inte heller rutin implementerats eller utbildning utförts. Målet kvarstår.

I samtliga utredningar som gjorts under året är behörighetsfrågan i verksamhetssystemet Treserva en återkommande punkt. Behov av översyn för att följa lagstiftarens krav på att rätt personer har tillgång till uppgifterna i verksamhetssystemet finns. Det finns även ett uttalat behov om utbildning för att dokumentera. Nyanställd legitimerad personal utbildas medan övriga professioner lär av varandra. Samtlig personal behöver få kvalitativ utbildning i att dokumentera vid nyanställning.

Måluppfyllelse 2022	Uppfyllt	Delvis	Ej uppfyllt
Fortsatt arbete med informationssäkerhet, ansvarsområden och rutiner			
Uppföljning av om rätt dokument finns i pappersform vid eventuella driftsstopp			
Implementera lokal rutin för mina planer och utbilda i IT – stödet.			
Översyn och beslut om behörigheter i verksamhetssystemet			

### 8.7.2 Mål Informationssäkerhet 2023

- Fortsatt arbete med informationssäkerhet, ansvarsområden och rutiner
- Reda ut loggkontroller i IT-stödet Mina planer och Websesam
- Ändra behörigheter i IT-stödet Mina planer
- Utbildning i IT-stödet Mina planer
- Översyn och beslut om behörigheter i verksamhetssystemet
- Upprätta systematiska och kvalitativa utbildningar i verksamhetssystemet Treserva