

Förvaltning

Patientsäkerhetsberättelse - 2024



Innehållsförteckning

1	
1	Inledning..... 5
2	Övergripande mål och strategier 6
2.1	Resultat och analys - Övergripande mål och strategier 2024.....6
2.2	Övergripande mål och strategier 20257
3	Organisation och ansvar för patientsäkerhetsarbetet..... 8
3.1	Kommunstyrelsen (KS) tillika vårdgivare8
3.2	Kommundirektör tillika förvaltningschef8
3.3	Verksamhetsområdeschef tillika verksamhetschef för hälso- och sjukvården.....8
3.4	Medicinskt ansvarig sjuksköterskas (MAS).....8
3.5	Enhetschef.....9
3.6	Hälso- och sjukvårdspersonal9
3.7	Strategisk ledningsgrupp för Hälsa och omsorg9
3.8	Kvalitetsråd10
3.9	Resultat och analys - Organisation och ansvar för patientsäkerhetsarbetet10
3.10	Organisation och ansvar för patientsäkerhetsarbetet 2025.....10
4	Samverkan för att förebygga vårdskada..... 11
4.1	Extern samverkan.....11
4.2	Resultat och analys - Extern samverkan 202412
4.3	Mål - Extern samverkan 202513
4.4	Intern samverkan.....13
4.5	Resultat och analys - Intern samverkan 2024.....13
4.6	Mål - Intern samverkan 202514
5	Nationell tillsyn av särskilda boende (SÄBO) för äldre i kommunal regi..... 15
5.1	Resultat och analys - Nationell tillsyn av SÄBO för äldre15
5.2	Mål - Nationell tillsyn av SÄBO för äldre 202515
6	Patient och närståendes delaktighet 16
6.1	Resultat och analys - Patienter och närståendes delaktighet16
6.2	Mål - Patienter och närståendes delaktighet 2025.....16
7	Systematiskt kvalitetsarbete 17
7.1	Kvalitetsledningssystem, processer och rutiner17
7.2	Resultat och analys - Systematiskt kvalitetsarbete.....17
7.3	Mål - Systematiskt kvalitetsarbete 202518

7.4	Riskbedömningar	18
7.5	Resultat och analys - Riskbedömningar 2024	18
7.6	Mål Riskbedömningar 2025	19
7.7	Egenkontroller.....	19
7.8	Resultat och analys - Egenkontroller 2024	19
7.9	Mål - Egenkontroller 2025	19
7.10	Smittförebyggande arbete	19
7.11	Resultat och analys.....	20
7.12	Mål- Smittförebyggande arbete 2025.....	20
7.13	Följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler	20
7.14	Resultat och analys.....	20
7.15	Mål - Följsamhet basala hygienrutiner och klädregler 2025.....	21
7.16	Systematiska verksamhetsuppföljningar	21
7.17	Resultat och analys.....	22
7.18	Mål - systematiska verksamhetsuppföljningar 2025	22
7.19	Avvikelser, synpunkter och klagomål.....	22
7.20	Resultat och analys.....	22
7.21	Mål - Avvikelser, synpunkter och klagomål 2025	23
7.22	Patientnämnden	23
7.23	Resultat.....	23
8	Verksamheternas prioriterade områden för ökad patientsäkerhet.....	25
8.1	Vårdutvecklare	25
8.2	Resultat och analys.....	25
8.3	Mål - vårdutvecklare 2025	26
8.4	Personcentrerad vård och omsorg vid kognitiv svikt	26
8.5	Resultat och analys.....	27
8.6	Mål - Personcentrerad vård och omsorg vid kognitiv svikt 2025	28
8.7	God nutritionsvård	28
8.8	Resultat och analys.....	28
8.9	Mål - God nutritionsvård 2025.....	29
8.10	ReHabenheten	29
8.11	Mål - ReHabenheten 2025	31
8.12	Sjuksköterskeenheten.....	31
8.13	Mål - sjuksköterskeenheten 2025.....	32
9	Planerade åtgärder för ökad patientsäkerhet.....	33

9.1	God vård i livets slut	33
9.2	Resultat och analys.....	33
9.3	Mål - God vård i livets slut 2025	34
9.4	Bedömning VISAM beslutsstöd	34
9.5	Resultat och analys.....	34
9.6	Mål VISAM-beslutsstöd 2025	35
9.7	Dokumentation av kvalitet	35
9.8	Resultat och analys.....	35
9.9	Mål - dokumentation av kvalitet 2025	36
9.10	Säker läkemedelshantering.....	36
9.11	Resultat och analys.....	36
9.12	Mål - Säker läkemedelshantering 2025	37
9.13	Utskrivningsprocessen från slutenvården	37
9.14	Resultat och analys.....	37
9.15	Mål - Utskrivningsprocessen 2025.....	37
10	Informationssäkerhet	38
10.1	Resultat och analys.....	38
10.2	Mål - Informationssäkerhet 2025	38

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, enhetschefer samt vårdutvecklare medverkar för att beskriva patientsäkerhetsarbetet inom respektive ansvarsområde.

En hög patientsäkerhet förutsätter ett strategiskt och långsiktigt arbete på alla nivåer i hälso- och sjukvården.

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. Arbetet bedrivs främst genom mötesstrukturerna i hälso- och sjukvårdsavtalet i Skåne, HS- avtalet, där olika uppdrag når mötesstrukturerna och vidare ut i egen verksamhet.

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. Patientsäkerhetsarbetet och målen i patientsäkerhetsberättelsen implementeras i verksamhetsplanens mål för verksamhetens grunduppdrag. Dokumentation och uppföljning av kvalitetsarbetet implementeras i IT-stödet Stratsys.

För att kunna arbeta evidensbaserat, strukturerat samt för att kunna ge lika vård och behandling finns handböcker. I handböckerna finns rutiner, vägledningar och checklistor som ger förutsättningar för lika vård och behandling. Handböckerna uppdateras och utvecklas regelbundet och efter behov.

2.1 Resultat och analys - Övergripande mål och strategier 2024

Samtliga övergripande mål och strategier för 2024 har nått måluppfyllelse.

Utvecklingsledare har tillsammans med berörda chefer fortsatt arbetet med att utveckla och riskbedöma processer i ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete. Arbetet med att upprätta och beskriva processer kommer aldrig att bli helt klart då dessa behöver anpassas efterhand som verksamheterna förändras.

Verktyget Stratsys har under året implementerats som ett stöd i kvalitetsarbetet. Pilotgrupper, arbetsgrupper och utbildningssatsningar i både systematiskt kvalitetsarbete enligt gällande föreskrifter samt utbildning i att hantera själva systemet har genomförts. Arbetsmöte med möjligheter att få personligt stöd och handledning har regelbundet genomförts. Arbetet kommer fortgå under 2025.

Egenkontrollerna används för att följa upp att verksamheterna följer lagstiftning, rutiner eller uppsatta mål. Vissa av egenkontrollerna kommer att vara återkommande som exempelvis smittförebyggande arbete och följsamhet till basala hygienrutiner. Andra egenkontroller kommer att upprättas efter behov och avslutas efter enstaka mätningar. Beroende på resultat upprättas handlings- och tidsplaner för att förbättra där behovet finns. Under året har egenkontroller utvecklats och förts in i beslutsstödet Stratsys. Även arbetet med handlingsplaner är under implementering.

Införandet av ett nytt avvikelssystem har genomförts. I första delen av implementeringsfasen har vårdpersonal med representation från samtliga verksamheter fått rapportera avvikelser på telefon, surfplatta och dator. Under denna workshop gjordes ändringar i systemet i realtid för att fånga vårdpersonalens synpunkter och för att på detta sätt få ett användarvänligt system. Rapporterade avvikelser skickades till berörda chefer som sedan i ett chefsforum fick

utbildning i att utse medutredare samt att utreda avvikelser enligt gällande rutin. Medutredarna, det vill säga sjuksköterskor, arbetsterapeuter och fysioterapeuter lades till. På kvalitetsmöten fick sedan legitimerad personal samma utbildning. SAS och MAS testade systemet genom att upprätta vars en lex Sarah och lex Maria- utredning. 1 april gick systemet i skarp drift. Under året utförde SAS och MAS två uppföljningar enligt fastställd mall för att förvissa sig om att systemet fungerar och används som det är tänkt. Uppföljningarna påvisar att systemet är enkelt för samtliga användare. Fortsatt krävs mer utbildning i utredningsdelen för att fördjupa utredningarna och hitta de bakomliggande orsakerna och att djupare analyser utförs på samtliga nivåer i chefsleden.

Vidtagna åtgärder för ökad användningen av handböcker i verksamheterna har vidtagits genom att verksamhetsutvecklare vid varje utbildningstillfälle visar handböckerna och betydelsen att följa upprättade rutiner. I introduktion för chefer och vårdpersonal visas handböckerna och dess betydelse. I en utbildningssatsning för chefer och det systematiska kvalitetsarbetet lyftes åter att handböcker och rutiner ingår i ledningssystemet. Om verksamheterna har implementeringsplaner för rutiner följdes upp i en egenkontroll som påvisade att implementering av nya eller uppdaterade rutiner inte når hela vägen ut i organisationen. Övervägande del av enhetscheferna uppger att de har rutiner för implementering. Nya rutiner godkänns i kvalitetsrådet men når inte alltid ut till enhetscheferna. Tillfrågad vårdpersonal har låg kännedom om handböcker och rutiner. Arbetsätt att i verksamhetsårshjul besluta om rutiner som ska tas upp har inte gett förväntad effekt då tiden på APT inte räcker till.

Måluppfyllelse - Övergripande mål och strategier 2024

Måluppfyllelse övergripande mål och strategier 2024	Uppfyllt	Delvis uppfyllt	Ej uppfyllt
Utveckla och riskbedöma processer i ledningssystemet			
Utveckling och fortsatt införande av egenkontroller i verksamheterna			
Utveckling av systematiskt förbättringsarbete i beslutsstödet Stratsys			
Implementering av nytt avvikelssystem			
Öka användningen av handböcker i verksamheterna			

2.2 Övergripande mål och strategier 2025

- Samtliga chefer inom hälsa och omsorg ska ha implementerat arbetet med att utreda och följa upp avvikelser som en naturlig del i det systematiska förbättringsarbetet
- Samtliga chefer inom hälsa och omsorg ska ha upprättat ett arbetsätt för implementering av nya och uppdaterade rutiner i sin verksamhet

3 Organisation och ansvar för patientsäkerhetsarbetet

Nedan beskrivs Östra Göinge kommuns organisation och ansvarsområden för patientsäkerhetsarbetet.

3.1 Kommunstyrelsen (KS) tillika vårdgivare

- Ytterst ansvarig för hälso- och sjukvården
- Upprättar övergripande mål för verksamheten i mål- och resultatplan
- Kompetensutvecklas genom regelbundna utbildningsinsatser/information från hälso- och sjukvårdens verksamheter
- Följer upp hälso- och sjukvården genom riktade verksamhetsbesök av KSO, muntliga redovisningar, olika rapporter samt genom den årliga patientsäkerhetsberättelsen

3.2 Kommundirektör tillika förvaltningschef

- Har på uppdrag av KS, att tillsammans med verksamhetsområdeschef, ansvara 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
- Följer upp hälso- och sjukvården genom muntliga redovisningar, olika rapporter samt genom den årliga patientsäkerhetsberättelsen

3.3 Verksamhetsområdeschef tillika verksamhetschef för hälso- och sjukvården

- Har på uppdrag av KS, tillsammans med förvaltningschef, ansvaret att uppfylla de krav och mål som gäller för verksamheten enligt lagar och andra föreskrifter om hälso- och sjukvård samt efter kommunstyrelsens övergripande mål
- Leder hälsa- 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 Hälsa- och omsorgs hälso- och sjukvårdsmöten tillsammans med enhetschef för legitimerade och avdelningschef för Förebyggande och resurs.
- Dialogmöten för strategiska hälso- och sjukvårdsfrågor tillsammans med MAS

3.4 Medicinskt ansvarig sjuksköterskas (MAS)

- Deltar i strategisk ledningsgrupp
- Dokumenterar och redovisar verksamhetens kvalitet- och patientsäkerhetsarbete 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
- 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 läkemedelsverket och tillverkare
- 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 MAS-uppdraget

3.5 Enhetschef

- Ansvarar för att mål, styrande dokument och rutiner som verksamhetschef och MAS fastställt är kända, efterföljs och implementeras i verksamheten
- Ansvarar för att ny hälso- och sjukvårdspersonal får den introduktion som krävs för att utföra sina hälso- och sjukvårdsuppgifter
- 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 med åtgärder 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 samt återkoppla dessa i verksamheten i lärande syfte

3.6 Hälso- och sjukvårdspersonal

- Ansvarar för att hälso- och sjukvårdsarbetet är evidensbaserat och 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 Strategisk ledningsgrupp för Hälsa och omsorg

I oktober månad har strategisk ledningsgrupp analysdagar där resultatet från föregående års

målarbete, samt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete presenteras. Delar av resultaten tillsammans med politikens övergripande mål ligger sedan till grund för nästkommande års verksamhetsplan som färdigställs i december månad. Arbetet presenteras för samtliga chefer i hälsa- och omsorg på en kvalitetsdag i november månad. Därefter ansvarar varje chef för att utifrån mål och beslut upprätta mål samt aktiviteter kopplade till kvalitets- och patientsäkerhetsarbete för den egna verksamheten. Arbetet presenteras i del- och helårsrapporter samt följs upp genom verksamhetstillsyner och egenkontroller i beslutsstödet Stratsys.

3.8 Kvalitetsråd

Hälsa och omsorg arbetar tillsammans med verksamhetsområdet Arbetsliv och stöd i ett kvalitetsråd där kvalitetsfrågor utifrån SOSFS 2011:9 hanteras. Kvalitetsrådet leder det övergripande kvalitetsarbetet med att ta fram processer, riskanalyser, egenkontroller samt godkänner upprättade rutiner.

3.9 Resultat och analys - Organisation och ansvar för patientsäkerhetsarbetet

Under 2024 har Hälsa och omsorg upprättat ett mål för patientsäkerhetsarbetet i verksamhetsplanens grunduppdrag. För att nå dit har strategisk ledningsgrupp upprättat ett övergripande mål gällande patientsäkerhet kopplat till verksamhetsplanens grunduppdrag. Syftet med arbetet är för att tydliggöra att samtliga verksamheter har ett ansvar för patientsäkerheten. Arbetet kommer implementeras i målarbetet under 2025. För att öka användarvänligheten för samtliga chefer har verksamhetsplan och kvalitetsarbete vävts samman på ett överskådligt sätt i beslutsstödet Stratsys.

Måluppfyllelse - Organisation och ansvar för patientsäkerhetsarbetet 2024

Måluppfyllelse - Organisation och ansvar för patientsäkerhetsarbetet 2024	Uppfyllt	Delvis uppfyllt	Ej uppfyllt
Samtliga chefer upprättar mål för patientsäkerhetsarbetet i verksamhetsplanens grunduppdrag.			

3.10 Organisation och ansvar för patientsäkerhetsarbetet 2025

- Samtliga chefer upprättar mål och aktiviteter för patientsäkerhetsarbetet inom ramen för verksamhetsplanens grunduppdrag.

4 Samverkan för att förebygga vårdskada

Samverkan och samarbetet mellan olika aktörer, verksamheter och nivåer löper som en röd tråd genom hela hälso- och sjukvården. Brister i samverkan kan innebära en stor risk för avvikelser och ytterst leda till vårdskador. Genom processer och rutiner ska vårdgivaren säkerställa att samverkan möjliggörs med andra vårdgivare, med verksamheter inom socialtjänsten eller enligt LSS, med andra myndigheter, föreningar eller organisationer.

4.1 Extern samverkan

Syftet med samverkan är att säkra en god och jämlikt vård för de personer som har behov av hälso- och sjukvårdsinsatser från både Region Skåne och kommunen och därigenom bidra till ett patientsäkert omhändertagande. Formen för extern samverkan regleras bland annat i avtal och rutiner.

- **Avtal om ansvarsfördelning och utveckling avseende hälso- och sjukvården i Skåne** som beskriver Region Skåne och de skånska kommunernas strategiska och operativa samverkansforum för att tillsammans sträva efter måluppfyllelse av avtalets intensioner.
- **Tekniska hjälpmedel, dokument 2**, en överenskommelse i östra Skåne som beskriver förtroendeförskrivning. Förtroendeförskrivning kan tillämpas när det är gynnsamt ur ett patientperspektiv och främjar en effektiv vård/rehabiliteringsprocess och underlättar övergången mellan olika vårdgivare.
- **Teambaserad vårdform med mobilt vårdteam** som är en samverkansform mellan kommun och vårdcentraler.
- **Rådgivning, stöd och fortbildning till den kommunala hälso- och sjukvården** finns beskrivet i samverkansavtal med vårdcentraler.
- **Läkemedelsanvändning hos äldre** är en samverkan med läkemedelsrådet i Region Skåne samt en terapigrupp för läkemedel och äldre.
- **Säker utskrivning från slutna hälso- och sjukvård**, sker genom skånegemensam samverkansgrupp vårdens övergångar och lokal grupp nätverk SVU.
- **Strategiskt nätverk för hälsa och välfärd**. Skånes kommuner har startat upp åtta områdesnätverk. Syftet är att säkerställa att information når ut lokalt men även samlas in och når den nationella nivån. I nätverken sker även samordning för att se till att den nationella inriktningen är tydlig lokalt. Områdesnätverken ska bereda frågor och ta fram underlag till Vårdsamverkan Skåne.
- **Lokal samverkan** sker med månatliga möten tillsammans med vårdcentraler, privata vårdgivare, ASIH, psykiatri, slutenvård och kommun. Planen är att två möten per år ska riktas mot psykiatri.
- **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 nordostkommunerna, 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)** bedriver samordning av hjälpmedelsförsörjning i 11 skånska kommuner.
- **Mobilt team närsjukvård** är ett komplement till primärvårdens mobila team för att utveckla en tillgänglig vård för patienter som kan erbjudas vård i hemmet i stället för

på sjukhus.

4.2 Resultat och analys - Extern samverkan 2024

Under året har lokal samverkan arbetat med de uppdrag som tilldelats gruppen genom mötesstrukturerna i HS-avtalet. En gemensam utbildningsplan har upprättats och uppföljning av utbildningsåtgärderna kommer utföras under 2025. Socialstyrelsens indikatorer för åtgärder i att göra en förflyttning i arbetet med att utveckla den nära vården har analyserats. Gällande indikatorerna togs beslut att satsa på tvärprofessionella läkemedelsgenomgångar samt en gemensam granskning av läkemedelshanteringen av externa apotekare. Aktivitetsplanen kopplat till beslutade fokusområden har inte fått lika mycket fokus då förändringsarbete tar tid och verksamheternas ordinarie uppdrag och förändringar påverkar.

I samverkan med Region Skåne samt kommunerna Kristianstad, Bromölla och Östra Göinge har utveckling och implementering av mobilt team närsjukvård utförts.

Statistikuppföljningar påvisar att teamet har mer kapacitet och är uppskattat av dem som nyttjar teamet. Utmaningen är fortfarande att fler ska använda möjligheten samt att hitta samsyn i ansvaret för vilka patientgrupper som hör till teamet i förhållande till kommunal primärvård, ASIH, regional primärvården och region Skånes läkarbil som tjänstgör kväll och helg. Fler patienter ska få stöd i hemmet men fortsatt är det tröskelprincipen och HS-avtalet som ligger till grund för ansvarsfördelningen vilket inte är helt känt hos alla medarbetare. Detta skapar stundtals diskussioner kring varför kommunal primärvård inte tar fler patienter. Östra Göinge kommun har konsulterat bilen ett fåtal gånger under året. Anledningen till att bilen inte har konsulterats mer beror på att de två vårdcentraler som ansvarar för patienterna dagtid har fullföljt uppdraget att ge läkarstöd till kommunens legitimerade personal i tillräcklig omfattning. Under 2025 kommer bilen utöka sin kapacitet till sju dagar i veckan vilket kan förväntas öka användandet i Östra Göinge kommun.

Under året implementerades ett nytt arbetssätt med utbildningsinsatser gällande utskrivningsprocessen (SVU). Chefssjuksköterska från centralsjukhuset i Kristianstad (CSK), Region Skåne har tillsammans med MAS från Osby och Östra Göinge utarbetat ett arbetssätt med utbildningsinsatser i dialogform över huvudmannagränserna. I maj, september och november månad erbjöds digitala diskussionsforum om Lagen om samverkan vid utskrivning med fokus på SVU processen. Forumen gavs till både den slutna somatiska vården, regional- och kommunal primärvård vid samma tillfälle. Målet är att alla ska få en fördjupad kunskap samt en ökad förståelse för varandras verksamheter med utgångspunkt från patientsäkerheten och den gällande Skånegemensamma rutinen. Ett 60-tal personer deltog vid varje utbildningstillfälle.

Måluppfyllelse extern samverkan 2024

Måluppfyllelse - Extern samverkan förflyttning mot god och nära vård 2024	Uppfyllt	Delvis uppfyllt	Ej uppfyllt
I lokal samverkan arbeta med en av Socialstyrelsens indikatorer för nära vård som bedömdes vara relevant			
I lokal samverkan arbeta med aktivitetsplanen kopplat till beslutade fokusområden			
I lokal samverkan arbeta med en gemensam utbildningsplan			
I samverkan utveckla och implementera mobilt team närsjukvård			

4.3 Mål - Extern samverkan 2025

- I samverkan genomföra utbildningarna i den gemensamma utbildningsplanen
- I samverkan arbeta med aktivitetsplanen kopplad till beslutade fokusområden
- I samverkan införa ett lokalt samverkansmöte per termin med fokus på psykiatri

4.4 Intern samverkan

Intern samverkan för hälso- och sjukvårdsfrågor sker fortlöpande med utgångspunkt i det dagliga arbetet kring den enskilda patienten med mål att säkra kvaliteten på den vård som ges. Intern samverkan sker även genom:

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

4.5 Resultat och analys - Intern samverkan 2024

Implementering av rutin för olika mötesforum har nått olika långt. Längst har verksamheterna inom LSS gruppboheter tillsammans med daglig verksamhet nått. De har tillsammans provat sig fram och hittat forum som nått framgång för att utveckla teamet kring den enskilda patienten. Patienterna som vill delta på mötena. Fortfarande har vissa enheter utmaningar i att få det dagliga teamarbetet att flyta medan andra har lyckats bättre med dagligt teamarbete men har svårare för att få till systematiska teamträffar. De som inte når fram till goda resultat med teamträffar har inte infört samtliga mötesforum enligt rutin. Detta försvårar arbetet då både avvikelser, reflektion och kvalitetsarbete tas upp på de kortare teamträffarna i stället för på avsedda forum.

Uppföljning av teamträffar i verksamhetsuppföljning har genomförts via enkät. Svaren påvisar att det efterfrågade materialet som exempelvis fast agenda och blankett för delaktighet till de patienter som inte kan eller vill delta på teamträffar fysiskt, inte används. Det framgår även att rutinen för teamträffar och andra mötesforum inte är implementerad i tillräcklig omfattning. Anledningen till detta är utmaningen att få till mötestider då många olika professioner är involverade. Legitimerad personal och biståndshandläggare ska dessutom delta vid flera olika team. Andra mötesforum som Samordnad Individuell Plan (SIP) behöver prioriteras och har ofta samma mötestider som interna möten.

Måluppfyllelse - Intern samverkan 2024

Måluppfyllelse - Intern samverkan 2024	Uppfyllt	Delvis uppfyllt	Ej uppfyllt
--	----------	-----------------	-------------

Implementering av rutin för mötesforum			
Uppföljning av teamträffar i verksamhetsuppföljning			

4.6 Mål - Intern samverkan 2025

- Implementering av rutin för teamträffar och andra mötesforum i sin helhet
- Implementering av fast agenda på systematiska teamträffar
- Implementering av checklista för kund/patients delaktighet
- Uppföljning av rutin för teamträffar

5 Nationell tillsyn av särskilda boende (SÄBO) för äldre i kommunal regi

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) har efter pandemin utfört en fördjupad tillsyn av vård och behandling på SÄBO. Tillsynen resulterade i en rapport där IVO identifierad följande brister:

- Den personal som gör medicinska bedömningar har inte tillräcklig kompetens för arbetsuppgiften och behärskar inte det svenska språket i tillräcklig omfattning
- Dokumentation sker inte enligt gällande regelverk och det finns inte kontinuitet i personalgruppen som främjar en god vård
- Läkemedelshanteringen sker inte på ett patientsäkert sätt
- Vården i livets slutskede sker inte enligt gällande regelverk

Utifrån rapporten upprättades en handlings- och tidsplan med beslut om uppföljning för att komma till rätta med de brister IVO påpekat.

5.1 Resultat och analys - Nationell tillsyn av SÄBO för äldre

Under året har strategisk ledningsgrupp följt upp den årliga "att göra listan" där handlings och tidsplan från bland annat IVOs tillsyn ingår. Uppföljning och revidering har utförts efterhand som förutsättningarna har ändrats exempelvis om tidsplanen har visat sig vara för snäv.

För att få klarhet i om handlingsplanen nått ut till berörda verksamheter, har en egenkontroll i enkätform skickats.

Planerade åtgärder enligt handlingsplan för 2024 har nått måluppfyllelse.

Måluppfyllelse - Nationell tillsyn av SÄBO för äldre 2024

Måluppfyllelse - Nationell tillsyn av SÄBO för äldre 2024	Uppfyllt	Delvis uppfyllt	Ej uppfyllt
Uppföljning av åtgärder enligt handlingsplan utförda 2023			
Genomföra planerade åtgärder enligt handlingsplan för 2024			

5.2 Mål - Nationell tillsyn av SÄBO för äldre 2025

- Uppföljning av åtgärder enligt handlingsplan för 2023 och 2024
- Uppföljning av resultat av utförd egenkontroll följsamhet till handlingsplan för 2023 och 2024
- Öka frekvensen för uppföljning av "att göra listan"

6 Patient och närståendes delaktighet

Patienter och närstående ska göras delaktiga i vården och behandlingen så långt det är möjligt. Samverkan med patienter och närstående sker framför allt vid mötet i de olika boendeformerna, vid samordnad individuell planering (SIP) samt vid utredning av avvikelser eller inkomna synpunkter och klagomål.

Delaktighet speglas även genom att, vid varje ny insats, be patienten om samtycke till vård och behandling. Strukturen i verksamhetssystemet stödjer patientens delaktighet genom att patienten skattar sina förmågor och deltar vid upprättande av målen till vård och behandling.

6.1 Resultat och analys - Patienter och närståendes delaktighet

Deltagande i teamträffar erbjuds kunder på gruppboendestäder. För ökad delaktighet har även teamträffar tillsammans med kund i dennes lägenhet provats på SÄBO men tidsåtgången för träffarna upplevdes bli för stor. I en egenkontroll genomfördes en uppföljning av om checklista för patientens delaktighet används inför teamträffar. Resultatet påvisar att checklistan inte är känd och implementerad i verksamheterna i tillräcklig omfattning.

Under året utformades ett arbetssätt på SÄBO i samverkan med vårdcentralerna Capio Broby och Knislinge vårdcentral. I stället för sittornder med legitimerad personal utförs hembesök hos patienten. Vid de tillfällen som en uppföljning inte kräver närvaro av patient utförs dessa via telefon. I arbetssättet ingår även att omvårdnadsansvarig sjuksköterska, tillsammans med patient och/eller närstående, kommer överens om hur planeringen av vården ska kommuniceras för att öka delaktigheten. Hur långt implementeringen nått kommer att följas upp under 2025.

Måluppfyllelse - Patienter och närståendes delaktighet 2024

Måluppfyllelse - Patienter och närståendes delaktighet 2024	Uppfyllt	Delvis uppfyllt	Ej uppfyllt
Uppföljning om checklista för patienters delaktighet är implementerad och används inför teamträffar			
Implementera arbetssätt som ersätter sitt-ronder mot hembesök av läkare på SÄBO			

6.2 Mål - Patienter och närståendes delaktighet 2025

- Implementering av checklista för patienters delaktighet inför teamträffar
- Uppföljning av arbetssätt med ökad delaktighet i vården för patienter och anhöriga på SÄBO
- Upprättande av arbetssätt för ökad delaktighet i vården för patienter och anhöriga i ordinärt boende

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 operativa kvalitets- och patientsäkerhetsfrågorna hanteras på HSV- möten där verksamhetschef för hälso- och sjukvården, enhetschefer för legitimerad personal, 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 berörda enhetschefer.

I kvalitetsråd finns representation från samtliga verksamhetsgrenar som är berörda av kvalitetsledningsarbetet. Rådet arbetar med kvalitetsledningssystem, processer, godkänner rutiner och ansvarar för att informera i verksamheterna i de frågor rådet hanterar. Arbetsliv 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.

7.2 Resultat och analys - Systematiskt kvalitetsarbete

Mål som kvarstått från 2023 att fortsätta kartlägga verksamheternas delprocesser har nått måluppfyllelse i form av att arbetet tagit fart, utvecklingsledare kartlägger och ritar delprocesserna tillsammans med verksamheterna. Arbetet kommer aldrig kunna bli helt klart då processarbetet ständigt förändras efterhand som verksamheten gör det.

Under året gjordes en översyn av hälso- och sjukvårdshandboken. En arbetsgrupp bistår MAS med att upprätta och korrekturläsa rutiner för att dessa ska ha bärighet i verksamheten samtidigt som lagstiftarens krav ska följas. Arbetet sker fortlöpande.

Samtliga delar i systematiskt kvalitetsarbete har implementeras i beslutsstödet Stratsys och används av Hälsa- och omsorgs chefer, SAS, MAS och utvecklingsledare. Eftersom utbildningssatsningar skedde under hösten behövs mer tid för att kunskapen ska sätta sig och för att arbetet i systemet ska flyta på. Fortfarande finns det delar i systemet som efterhand som det används förändras och förbättras. Utbildningar och implementering fortsätter under 2025.

Måluppfyllelse - Systematiskt kvalitetsarbete 2024

Måluppfyllelse - Systematiskt kvalitetsarbete 2024	Uppfyllt	Delvis uppfyllt	Ej uppfyllt
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			
Samtliga delar i systematiskt kvalitetsarbete implementeras i beslutsstödet Stratsys och används av Hälsa- och omsorgs chefer, SAS, MAS och utvecklingsledare.			

7.3 Mål - Systematiskt kvalitetsarbete 2025

- Samtliga chefer i Hälsa och omsorg använder Stratsys som ett stöd i det systematiska kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet
- Strategiska hälso- och sjukvårdsfrågor implementeras i Hälsa och omsorgs strategiska ledningsgrupp

7.4 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.

Risikanalyser 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 och upprättas åtgärder som fortlöpande följs upp. Fokus är den enskilda individen.

7.5 Resultat och analys - Riskbedömningar 2024

Riskbedömning av patientsäkerheten vid organisationsförändringar har under året tagit ett stort kliv framåt. Dokumentation av riskbedömningarna har även implementerats i Stratsys.

Målen för 2024 att utföra en genomlysning av arbetet i kvalitetsregister och besluta om ansvariga för att driva arbetet samt att upprätta rutin för det förebyggande arbetet har inte nåtts. Anledningen är att hög arbetsbelastning gjort att detta arbete har fått prioriteras ner. Målen kvarstår för 2025.

Måluppfyllelse - Riskbedömningar 2024

Måluppfyllelse Riskbedömningar 2024	Uppfyllt	Delvis uppfyllt	Ej uppfyllt
-------------------------------------	----------	-----------------	-------------

Genomlysning av arbetet i kvalitetsregister och besluta om ansvariga för att driva arbetet			
Upprätta rutin för det förebyggande arbetet			

7.6 Mål Riskbedömningar 2025

- Genomlysning av arbetet i kvalitetsregister och besluta om ansvariga för att driva arbetet
- Upprätta rutin för det förebyggande arbetet

7.7 Egenkontroller

Egenkontroll är systematisk uppföljning och utvärdering av om den egna verksamheten bedrivs enligt de lagar, processer och rutiner som ingår i ledningssystemet. Egenkontroller utförs i form av enkäter, checklistor, verksamhetsuppföljningar, intervjuer eller dialogforum.

7.8 Resultat och analys - Egenkontroller 2024

Arbetet med att upprätta och implementera antalet egenkontroller i beslutsstödet Stratsys har under året tagit fart och utvecklats. Hälsa och omsorg har haft förmånen att få vara pilotkommun för att tillsammans med Stratsys utveckla egenkontroller i form av enkäter i forms.

Målen för året att öka antalet egenkontroller och att implementera dessa i beslutsstödet Stratsys har uppnåtts.

Måluppfyllelse - Egenkontroller 2024

Måluppfyllelse - Egenkontroller 2024	Uppfyllt	Delvis uppfyllt	Ej uppfyllt
Öka antalet egenkontroller i samtliga verksamheter			
Implementera egenkontrollerna i beslutsstödet Stratsys			

7.9 Mål - Egenkontroller 2025

- Följa upp att samtliga verksamheter arbetar med resultatet på utförda egenkontroller genom att upprätta handlings- och tidsplaner

7.10 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 i vissa verksamheter enligt SoL och LSS (HSLF-FS 2022:44) började gälla 1 november 2022.

Sjuksköterska med ansvarsområde för vårdhygien ska finnas. Varje verksamhet ska utse

hygienombud. Tillsammans ska dessa professioner enligt rutin ha spetskompetens och vara drivande i det smittförebyggande arbetet.

7.11 Resultat och analys

Målet att upprätta egenkontroller för att tillse att rutin för smittförebyggande arbete efterlevs utformades genom en enkät. Även målet att upprätta uppdragsbeskrivning för hygienombud har genomförts. Uppdragsbeskrivningen finns publicerad i hälso- och sjukvårdshandboken och implementering är påbörjad. Hygienombud i vissa verksamheter har under året gått en fördjupas utbildning av vårdutvecklare i basala hygienrutiner och vikten god hygien i kommunal vård och omsorg. Detta för att öka medvetenheten kring smittspridning och vad spridning av smitta medför.

Målen att upprätta uppdragsbeskrivning för sjuksköterska med hygienansvar samt att starta upp smittförebyggande arbete med sjuksköterska och hygienombud har inte påbörjats då tidsbrist och andra prioriteringar har behövt göras.

Måluppfyllelse - Smittförebyggande arbete 2024

Måluppfyllelse - Smittförebyggande arbete 2024	Uppfyllt	Delvis uppfyllt	Ej uppfyllt
Upprätta egenkontroller för att tillse att rutin för smittförebyggande arbete efterlevs			
Upprätta uppdragsbeskrivning för hygienombud i samtliga verksamheter			
Upprätta uppdragsbeskrivning för sjuksköterska med hygienansvar			
Starta upp smittförebyggande arbete med sjuksköterska och hygienombud.			

7.12 Mål- Smittförebyggande arbete 2025

- Uppföljning av resultat från egenkontroll gällande smittförebyggande arbete
- Upprätta uppdragsbeskrivning för sjuksköterska med hygienansvar
- Starta upp smittförebyggande arbete med sjuksköterska och hygienombud

7.13 Följsamhet till 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. För att kvalitetssäkra att mätningarna utförs på likartat sätt är två personer utsedda att utföra mätningarna.

Antalet mätningar per år beslutas av strategisk ledningsgrupp som även beslutar om vilka resultat som behöver nås för att vara godkänd i mätningarna. Arbetet har påvisat att en mätning per år är tillräcklig för att verksamheterna ska hinna arbeta med resultatet.

7.14 Resultat och analys

Ett nytt arbetssätt för att fortsatt mäta följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler upprättades under året. Nu finns två personer med god kännedom om basala hygienrutiner utsedda för att mäta. Anledningen är för att kvalitetssäkra bedömningarna som ska vara mer

likartade och jämförbara. Resultaten läggs in i beslutsstödet Stratsys. Eventuella bifynd gällande hygienrutiner som inte finns med i protokollet dokumenteras och delges verksamheterna.

Möjligheter att följa upp så att samtliga verksamheter upprättar handlingsplaner för att förbättra följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler finns nu att tillgå i Stratsys.

Ledningsgruppens mål för följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler var under 2024 satt till 80%.

74 stickprov utfördes under årets mätning. Totala värdet för samtliga enheter var 72 %. Resultatet varierade mellan 58% till 100%. Ett hemtjänstområde, sjuksköterskeenheten och ReHabenheten var de enheter som nådde måluppfyllelse. Högst följsamhet är det till klädregler, uppsatt hår, korta naglar och underarmar fria från smycken och klockor där många enheter nått måluppfyllelse.

Lägst resultat är korrekt användning av handskar och förkläde som används i hög utsträckning vid fel tillfällena för att ha effekt mot att inte sprida smittor. Resultatet för användning av handsprit har mer att önska. Efter mätning har verksamheterna i introduktion och i verksamhetsåret gått utbildning i basala hygienrutiner, diskuterat på APT samt att vårdutvecklare har utbildat i ämnet. 2025 års mätning får utvisa om insatserna givit önskad effekt.

Måluppfyllelse - Följsamhet basala hygienrutiner och klädregler

Måluppfyllelse - följsamhet basala hygienrutiner och klädregler 2024	Uppfyllt	Delvis uppfyllt	Ej uppfyllt
Upprätta egenkontroller för att mäta att samtliga verksamheter upprättar handlingsplaner för att förbättra följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler			
Utveckla nytt arbetssätt för att fortsatt mäta följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler			

7.15 Mål - Följsamhet basala hygienrutiner och klädregler 2025

- Samtliga verksamheter upprättar handlingsplaner för att nå upp till Strategisk ledningsgrupps uppsatta mål 80% för PPM mätningarna i samtliga steg

7.16 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 allvarlighetsgrad 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.

7.17 Resultat och analys

En planerade verksamhetsuppföljningar i egen regi har utförts under året.

Verksamhetsuppföljningen genomfördes genom enskilda intervjuer med samtlig personal, enhetschef, avdelningschef och legitimerad personal. Intervjuerna utgick från en fastställd frågemall. Dokumentationsgranskning ingick i uppföljningen. Parallellt med uppföljningen gjordes en lex Sarah utredning. Komplexiteten i utredningen påvisade att den ögonblicksbild som en verksamhetsuppföljning utgör behövde följas upp av ledningen i verksamheten. Under verksamhetsuppföljningen togs beslut om att verksamheten skulle byta verksamhetsområde.

Målet att handlings- och tidsplaner redovisas i ledningsgrupp och chefsled för en lärande organisation nådde inte måluppfyllelse och kvarstår under 2025.

Måluppfyllelse - Systematiska verksamhetsuppföljningar

Måluppfyllelse - systematiska verksamhetsuppföljningar 2024	Uppfyllt	Delvis uppfyllt	Ej uppfyllt
Efterfråga information om de handlings -och tidsplaner som ska upprättas efter varje verksamhetsuppföljning.			

7.18 Mål - systematiska verksamhetsuppföljningar 2025

- Berörda avdelningschefer efterfrågar information om de handlings -och tidsplaner som ska upprättas efter varje verksamhetsuppföljning

7.19 Avvikelser, synpunkter och klagomål

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

MAS ansvarar för lex Maria anmälan och anmälan av negativa händelser och tillbud med medicinsktekniska produkter om sådan ska ske enligt HSLF- FS 2021:52. Antalet avvikelser och lex Mariaanmälningar sammanställs och redovisas i den årliga patientsäkerhetsberättelsen.

Kommunövergripande rutin för att kunna lämna synpunkter finns. Inkomna synpunkter överlämnas till berörd verksamhet 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.

7.20 Resultat och analys

Under året har ett nytt avvikelssystem implementerats. I samband med detta fick samtliga chefer samt legitimerad personal utbildning i hantering av systemet samt i avvikelshantering

och utredningsförfarandet. Fokus i utredningsdelen var att identifiera bakomliggande orsaker till avvikelserna med hjälp av varför/därför -metoden. Utifrån bakomliggande orsaker ska teamet ta fram lämpliga åtgärder som begränsar och i bästa fall eliminerar risker och återupprepning av avvikelserna.

Målet att införa uppföljning av avvikelshantering som egenkontroll i Stratsys har utvecklats genom året. I dagsläget är egenkontrollen allt för omfattande för att en övergripande analys av verksamhetens avvikelser ska kunna utföras. Vidare utveckling av egenkontrollen behöver ske och målet kvarstår för 2025.

Målet att redovisa statistik för hur många som genomgår webbutbildning i rapporteringsskyldighet har inte kunnat utföras då ansvaret på verktyget för utbildningen legat på en person som behövt prioritera andra uppgifter. Samtidigt har systemet som används inte varit optimalt för uppgiften. Målet kvarstår för 2025.

Måluppfyllelse - Avvikelser, synpunkter och klagomål 2024

Måluppfyllelse - Avvikelser, synpunkter och klagomål 2024	Uppfyllt	Delvis uppfyllt	Ej uppfyllt
Implementering av nytt avvikelssystem			
Utbildningar i avvikelshantering			
Införa uppföljning av avvikelshantering som egenkontroll			
Redovisa statistik för hur många som genomgår webbutbildning i rapporteringsskyldighet			

7.21 Mål - Avvikelser, synpunkter och klagomål 2025

- Utveckla uppföljning av avvikelshantering som egenkontroll i Stratsys
- Byta system för webbutbildning i rapporteringsskyldighet
- Redovisa statistik för hur många som genomgår webbutbildning i rapporteringsskyldighet

7.22 Patientnämnden

Patientnämnden är en fristående verksamhet i Region Skåne. Patientnämnden har till uppgift att stödja och hjälpa patienter och närstående att föra fram klagomål i offentligt finansierad hälso-och sjukvård och viss tandvård. Patientnämnden kan även ge information om patienters rättigheter i vården.

Patientnämnden ska bidra till kvalitetsutveckling, hög patientsäkerhet och till att vården anpassas efter patienternas behov och förutsättningar genom att analysera inkomna synpunkter.

Årligen publiceras en årsberättelse med redovisning och analys av inkomna och hanterade ärenden.

7.23 Resultat

Under 2024 inkom två ärenden till Hälso- och omsorg från patientnämnden.

Ett ärende gällde besökande till en patient på SÄBO som upplevde att det tog orimligt lång tid för personalen att besvara larmet. Ärendet stängdes utan åtgärd då besökande inte tog

ytterligare kontakt med patientnämnden för att kunna gå vidare med ärendet.

Ärende två var ett klagomål gällande att hemtjänstpersonalen inte varit varsamma vid hantering av en stödstrumpa. Anhörig fick råd om att kontakta hälsa- och omsorg direkt och var nöjd med detta svar. Ärendet avslutades. Ärendet inkom till Hälsa- och omsorg och utreddes av MAS enligt gällande rutin.

8 Verksamheternas prioriterade områden för ökad patientsäkerhet

Genom olika åtgärder och förändringar i verksamheten som leder till ökad kvalitet förväntas risken för vårdskador att minska. Patientsäkerhetsarbetet bedrivs på olika nivåer, i olika omfattning av nyckelpersoner i verksamheterna. I avsnittet beskrivs hur vårdutvecklare, demenssjuksköterska, dietist samt enhetschefer för legitimerad personal under året arbetat för ökad patientsäkerhet.

8.1 Vårdutvecklare

I april 2023 anställdes vårdutvecklare med inriktning på intern kompetensutveckling. I uppdraget ingår att, utifrån verksamheternas behov, fortbilda inom identifierade behovsområden. Uppdragen kan komma som önskemål från verksamheten, efter verksamhetsuppföljningar, lex Sarahutredningar, avvikelser, utredning av vårdskador, efter inkomna synpunkter och klagomål eller efter tillsyn från myndigheter.

8.2 Resultat och analys

Elva utbildningsfilmer har upprättats under året. En kring läkemedelshantering för chefer och vårdpersonal samt tio av de vanligaste förekommande sjukdomarna. Filmerna är under implementering och förväntas vara ett bra stöd till nyanställd personal men även en kompetenspåfyllnad för dem som arbetat ett tag.

Hygienombud på särskilt boende har under året utbildats i basala hygienrutiner och klädregler.

Introduktionsutbildning för sommarvikarier upprättades. Demenssjuksköterska och vårdutvecklare höll i en del där bland annat personlig hygien, professionellt bemötande och vad det innebär att arbeta i den enskildes hem ingick. En genomgång av tidiga tecken på förändrat allmäntillstånd och behov av kontakt av legitimerad personal genomgicks. Checklistor för vad som sedan praktiskt skulle utföras vid bredvidgång i verksamheterna delades ut vid utbildningstillfället. Vid höstens egenkontroll framkom att dessa checklistor inte fått spridning och omtag görs för 2025. Vid samma tillfälle utbildade ReHabenheten i manuell förflyttning och hantering av hjälpmedel, lyftutbildning samt ergonomi. Enhetscheferna upprättade checklistor för ansvarsområden som värdegrund, ansvar, dokumentation och arbetsmiljöfrågor. En enkät gick efter sommaren ut till vikarierna för att utvärdera introduktionen. Svarsfrekvensen var låg. De som svarat var nöjda med utbildningen.

Implementera färdiga utbildningar i introduktion för nyanställd personal har utförts genom att en utbildningsmatris upprättats. I denna framgår när olika utbildningar ska genomföras.

Samverkan med Göinge utbildningscenter (GUC) har utformats genom minst ett inplanerat besök per termin. Vid behov bjuder gymnasielärare och vårdutvecklare in varandra att närvara vid undervisning som kan gynna den andres verksamhet. Även material delas för att ha samsyn kring utbildningsbehoven. Samverkan ger en ökad kvalitet genom att studenterna får goda kunskaper om kommunens arbetssätt vilket är en fördel då många efter utbildning söker arbete i kommunen. Samtidigt har vårdutvecklaren insyn i utbildningen och kan använda detta vid utbildning. Samarbetet leder till en ökad kvalitet i vården då personalen redan i utbildningen och då de praktiserar vet vilka processer och rutiner som följs i hälsa och omsorg.

Genomförda utbildningar 2024

Genomförda utbildningar 2024	Antal personer som genomgått utbildning	Verksamhet
Utbildning inför delegering av läkemedel	323	Samtliga verksamheter
Utbildning inför delegering av insulin	38	Samtliga verksamheter
Utbildning i basala hygienrutiner och klädregler för vårdpersonal	117	Äldreomsorgen
Utbildning i basala hygienrutiner och klädregler för hygienombud	11	Äldreomsorgen
Utbildning i fyra hörnstenar för gott åldrande	30	Äldreomsorgen
Utbildning i normalt åldrande	30	Äldreomsorgen
Utbildning i rapporteringsstöd för vårdpersonal inklusive genomgång av checklista	170	Äldreomsorgen
Sommarintroduktion	68	Samtliga verksamheter
Kickoff nystart avdelning SÄBO, hygien, struktur, rapporteringsstöd	7	Västanvid avd. 1
Utbildning rutin läkemedel för chefer och vårdpersonal	253	Äldreomsorgen
Totalt	1047	

Måluppfyllelse - vårdutvecklare

Måluppfyllelse vårdutvecklare 2024	Uppfyllt	Delvis uppfyllt	Ej uppfyllt
Hitta former för samverkan med Göinge utbildningscenter			
Upprätta utbildning i de vanligaste förekommande sjukdomarna			
Utbilda hygienombud i basala hygienrutiner och klädregler			
Utveckla arbetssätt för att mäta/följa upp basala hygienrutiner och klädregler			
Utveckla introduktionsutbildning för sommarvikarier och nyanställda			
Implementera färdigutbildningar i introduktion för nyanställd personal			

8.3 Mål - vårdutvecklare 2025

- Utveckla arbetssätt för träningsdocka för patientvård
- Upprätta utbildningskompendie för stomivård
- Upprätta utbildning för de mest förekommande diagnoserna inom funktionsstödsområdet
- Upprätta och utveckla digital uppföljning/utvärdering av utbildning

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.

Arbetet med standardiserat insatsförlopp kan utvecklas genom att utveckla det gränsöverskridande multiprofessionella teamarbetet kring dessa patienter.

8.5 Resultat och analys

Utbildningsinsatsning inom kognitiva sjukdomar och bemötande har utförts i hemtjänsten. Detta genom riktade utbildningar där personalen behövt stöd vid en viss diagnos. Då intresset varit stort har även BPSD-utbildningar planerats och kommer att starta upp under 2025.

Strategisk plan för vård och omsorg av personer med kognitiv svikt/sjukdom i Östra Göinge kommun har påbörjats. Arbetet med strategisk plan har inte slutförts eftersom strategisk ledningsgrupp saknar en struktur för hur uppdrag ges och samverkan sker med solitära tjänster ute i organisationen.

Målet med ny levnadsberättelse är uppnått då den är kommunicerad och används från 2024 vid inflytt till särskilt boende. Förväntningarna är att kunna ge en mer personcentrerad vård.

Målet att erbjuda BPSD-administratörer på kommunens särskilda boende uppföljningsträffar under våren och hösten har uppnått. På träffarna lyftes önskemål om teman för framtida träffar samt utmaningarna att arbeta med målgruppen diskuterades. Svårigheterna till att få tid att arbeta strukturerat som administratör lyftes då det idag inte finns avsatt tid för arbetet.

Målet att anhörigstödet behöver fortsätta utvecklas och nå ut till fler i kommunen genom olika kanaler har uppnått. Tidigare nåddes anhöriga till personer boendes på kommunens särskilda boende. Allt fler anhöriga utan kommunala insatser nås och deltar på träffarna. Detta leder till förbättrade situationer både för anhöriga men även för personen med kognitiv sjukdom.

Målet att uppnå 100% täckning av registreringar i BPSD-registret är uppfyllt. Samtliga personer med kognitiv sjukdom inom kommunens särskilda boende har fått en individuell bedömning och en anpassad bemötande- och kommunikationsplan.

Måluppfyllelse - Personcentrerad vård och omsorg vid kognitiv svikt 2024

Måluppfyllelse - Personcentrerad vård och omsorg vid kognitiv svikt 2024	Uppfyllt	Delvis uppfyllt	Ej uppfyllt
Utbildningsinsatsning inom kognitiva sjukdomar och bemötande kommer erbjudas till hemtjänstpersonal.			
Strategisk plan för vård och omsorg av personer med kognitiv svikt/sjukdom i Östra Göinge kommun påbörjas.			
För att höja kvaliteten i hälso- och sjukvården och socialtjänsten behöver det göras en satsning på gränsöverskridande multiprofessionella demensteam där det på ledningsnivå finns en tydlig viljeinriktning inom området -kognitiv svikt			
Ny levnadsberättelse är kommunicerad och används från 2024 vid inflytt till särskilt boende.			
BPSD-administratörer på kommunens särskilda boende kommer bli inbjudna till uppföljningsträffar under våren och hösten.			
Anhörigstödet behöver fortsätta utvecklas och nå ut till fler i kommunen genom olika kanaler.			

Uppnå 100% täckning av registreringar i BPSD-registret. Dvs alla personer med kognitiv sjukdom inom kommunens särskilda boende ska ha fått en individuell bedömning och en anpassad bemötande- och kommunikationsplan genom ett utvecklat teamarbete.			
---	--	--	--

8.6 Mål - Personcentrerad vård och omsorg vid kognitiv svikt 2025

- Hitta forum för att tillsammans med strategisk ledningsgrupp upprätta en strategisk plan för personer med kognitiv svikt som följer Socialstyrelsens nationella plan
- Under året redovisa resultat från BPSD-registret till aktuella enheter

8.7 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 uppmärksamma ätproblem och vid risk för undernäring kunna vägleda omvårdnadspersonal till förslag på lämpliga åtgärder.

Tillsammans med kostombud arbetar dietist för att höja kunskapen kring näring och ätande i verksamheterna. Dietist träffar kostombuden en gång per termin.

8.8 Resultat och analys

Målet att arbeta med att optimera matdagen, genom dygnsmätning samt att träffa kostombud tillsammans med enhetschefer avdelningsvis har genomförts. Enhetscheferna är med vid tillfälle om tid finns. Dietist anser att det varit önskvärt att det fanns mer tid att prioritera kost och näring.

Målet att starta upp ett nutritionsprojekt som främjar sårhäkning har inte prioriterats då då andra professioner som behöver involveras inte haft möjlighet att delta under 2024.

Målet att upprätta utbildningar till kökstjänsterna har uppnåtts och utbildningarna har genomförts.

Under året har dietist genomfört två träffar med respektive kostombudsgrupp. Målet är delvis uppföljt då temat i stället för diabetes har varit nutrition vid undernäring då ämnet varit mer aktuellt.

Dietist har uppfyllt målen att upprätta rutin för specialkost. Rutinen är inte publicerad då kvalitetsrådet önskat återkomma med ett förtydligande.

Tillsammans med demenssjuksköterska, enhetschefer och omvårdnadspersonal har dietist varit delaktig i att implementera och utvärdera en ny levnadsberättelse som numera används i verksamheterna.

Dietist har under året varit delaktig i implementering av rutin för undernäring med målsättning att ansvarsfördelning gällande mat, måltider och nutritionsbehandling tydliggöras mellan omvårdnadspersonal, sjuksköterska och dietist. Målet har delvis nått måluppfyllelse då dietist upplever att sjuksköterskornas roll i det basala nutritionsarbetet enligt rutin ökat. Arbetet med implementering fortsätter under 2025.

Målet att utvärdera korttidens förebyggande arbete för att uppmärksamma och omhänderta

patienter med risk för undernäring pågår och kommer fortsätta under 2025.

Måluppfyllelse - God nutritionsvård

Måluppfyllelse övergripande mål och strategier 2024	Uppfyllt	Delvis uppfyllt	Ej uppfyllt
Arbetet med att optimera matdagen kommer att fortsätta. Dels genom dygnsmätning dels övergripande med fortsatta möten med enhetschefer samt avdelningsvis genom träffar med respektive kostombud.			
På Västanvid starta upp ett nutritionsprojekt som främjar sårhäkning			
Tillsammans med måltidsutvecklare upprätta utbildningar till kökstjänsterna			
Genomföra två träffar med respektive kostombudsgrupp med temat bra mat vid diabetes			
Upprätta rutin för beställning av specialkost			
Implementera och utvärdera levnadsberättelsen tillsammans med demenssjuksköterska, enhetschefer och omvårdnadspersonal			
Vara delaktig i implementering av rutin för undernäring med målsättning att ansvarsfördelning gällande mat, måltider och nutritionsbehandling tydliggöras mellan omvårdnadspersonal, sjuksköterska och dietist			
Utvärdera korttidens förebyggande arbete för att uppmärksamma och omhänderta patienter med risk för undernäring			

8.9 Mål - God nutritionsvård 2025

- Kartlägga följsamheten till rutin för att upptäcka och behandla undernäring genom verksamhetsbesök
- Utifrån kartläggning upprätta handlingsplan på organisatorisk nivå för att komma till rätta med eventuella förbättringsområden kopplade till undernäring
- Starta upp systematiska nutritionsronder tillsammans med sjuksköterskor för att utveckla den individuella kostbehandlingen

8.10 ReHabenheten

ReHabenheten består av arbetsterapeuter och fysioterapeuter, samt rehabassistent. Även Nya trygg Hemgång ingår i enheten.

För struktur i arbetet följer ReHabenheten rehabiliteringsprocessen steg att bedöma, utreda, åtgärda och följa upp patientens behov och förmågor. Den övergripande målsättningen för gruppen är att skapa ett förebyggande arbete och främja ökad självständighet hos den enskilde individen.

Målet med arbetsterapi är att människor ska ha möjlighet att utföra sina vardagliga aktiviteter som personlig vård, boende samt arbete/studier/skola på ett för personerna meningsfullt sätt. Arbetsterapeut arbetar både på individ, grupp och samhällsnivå.

Fysioterapeuter arbetar både förebyggande och hälsofrämjande med fysisk aktivitet och rörelse, men också med rehabilitering och habilitering vid skada och sjukdom. Det kan exempelvis röra sig om smärta, stelhet, muskelsvaghet, andningsproblem och psykisk ohälsa. Fysioterapeuter ser till hela människan oavsett diagnos och arbetar självständigt med

utredning och behandling.

Nya trygg hemgång består av team där kund, undersköterska, biståndshandläggare, sjuksköterska, arbetsterapeut och fysioterapeut ingår. Även demenssjuksköterska och dietist ingår vid behov i teamet. Behov av stöd och rehabilitering för största möjliga självständighet bedöms den första tiden efter sjukhusvistelse. Stödet ges oavsett om det gäller hemgång till eget boende eller till korttidsvistelse. Därefter lämnas ärendet över till ordinarie verksamheter.

8.10.1 Resultat och analys

Under året har systematisk journalgranskning för att främja en god och korrekt dokumentation av kvalitet genomförts efter fastställd mall. Granskningarna påvisar att verksamhetssystemet tillåter att dokumentationen sker på olika ställen vilket gör uppföljningar svåra att överblicka. Arbetet med samsyn i var informationen ska dokumenteras kommer fortsätta under 2025.

Målet att fortsätta implementering av Exorlive för att främja hälsosam aktivitet i vardagen har nått måluppfyllelse i ReHabgruppen. Systemet erbjöds även till kommuninvånare men resultatet visar att detta inte användes och kommer framöver inte att erbjudas till kommuninvånare. Systemet används även i delar av övriga verksamheter där vårdpersonal får uppdrag då de hjälper patienterna med träning. Denna del kommer utvecklas vidare under 2025.

Under året har aktivitetsbedömningar och funktionsbedömningar implementerats i trygg hemgång. Efterfrågan i ordinärt boende kopplat till handläggning av ärende SoL/LSS har ökat. Rehabgruppen har informerat om värdet av en grundläggande bedömning och vilket stöd det kan vara i handlägningsprocessen.

Aktiv teamsamverkan är påbörjad genom implementering av rutin för teamarbete. ReHabenheten har infört arbetet i egen verksamhet och deltar vid samtliga teammöten. Systematiska teamträffar och det dagliga teamarbetet har kommit olika långt och den framtagna agendan följs inte. Arbetet behöver fortsätta under 2025.

Utforma metoder för att främja effektivitet gällande rehabiliteringsperioden har delvis nått måluppfyllelse. Identifierade förbättringsområden är tydligheten av patientens ansvar och medverkan i den egna rehabiliteringsprocessen.

Planering för erbjudande av utbildning till vårdpersonal i rehabiliterande arbetssätt i vardagen har nått måluppfyllelse. Tankar kring fortsatt arbete behöver beslutas på ledningsnivå.

Måluppfyllelse - ReHabenheten

Måluppfyllelse ReHabenheten 2024	Uppfyllt	Delvis uppfyllt	Ej uppfyllt
Systematisk journalgranskning för att främja en god och korrekt dokumentation med hög kvalitet			
Fortsatt implementering av Exorlive för att främja hälsosam aktivitet i vardagen			
Aktivitetsbedömningar och funktionsbedömningar ska implementeras som en naturlig del i bedömningen av patient			
Aktiv teamsamverkan			
Utforma metoder för att främja effektivitet gällande rehabiliteringsperioden			
Planering för erbjudande av utbildning till vårdpersonal i			

8.11 Mål - ReHabenheten 2025

- Aktivitetsbedömningar och funktionsbedömningar ska implementeras som en naturlig del i bedömningen av patient
- Undersöka och implementera vilka evidensbaserade metoder som ska användas i verksamheten för att främja effektivitet gällande rehabiliteringsperioden
- Utveckla dokumentationen för samsyn i var information ska dokumenteras

8.12 Sjuksköterskeenhets

Omvårdnad är den legitimerade sjuksköterskans specifika kompetens. I omvårdnaden ingår det patientnära arbetet. Som struktur i omvårdnadsarbetet använder sig sjuksköterskan av omvårdnadsprocessen vilket innebär att sjuksköterskan självständigt ansvarar för bedömning, diagnostik, planering, genomförande och utvärdering av omvårdnaden.

Sjuksköterskans arbete innefattar bland annat kompetensområdena personcentrerad vård, att samverka i team, att arbeta förebyggande och evidensbaserat, att ständigt arbeta för förbättring och att vården alltid är säker. I arbetet ingår att vara omvårdnadsansvarig sjuksköterska(OAS) för ett visst antal patienter. I omvårdnadsansvaret ingår bland annat att planera och utföra vård och omsorg kring den enskilda patienten, att handleda i omvårdnadsarbetet, att ge konkret och tydlig information till omvårdnadspersonal, anhöriga, närstående och kollegor.

Kväll, helg och natt arbetar sjuksköterskor kommunövergripande och har då ett mer konsulterande uppdrag.

8.12.1 Resultat och analys

Under året har systematisk journalgranskning för att främja en god och korrekt dokumentation av kvalitet genomförts efter fastställd mall. Granskningarna påvisar att verksamhetssystemet tillåter att dokumentationen sker på olika ställen vilket gör uppföljningar svåra att överblicka. Arbetet med samsyn i var informationen ska dokumenteras kommer fortsätta under 2025.

Nyckeltal i syfte att undersöka sjuksköterskornas arbetsbelastning har följts. Arbetet påvisar att mellan 20 till 25 patienter per sjuksköterska har upplevts som rimligt. För att verkligen kvalitetssäkra dessa siffror behöver samtidigt vårdtyngden och lagstiftarens olika krav vägas in för att få en mer jämförbar siffra. Omvärldsbevakning visar det att det inte finns ett bra sätt att mäta vårdtyngden i den kommunala primärvården. Arbetet är påbörjat för att hitta en metod för vårdtyngdsmätning. Arbetet kommer att fortgå under 2025.

Målet att i enlighet med planen för nära vård, utveckla det förebyggande och hälsofrämjande arbetet och patientens delaktighet tillsammans med övriga i teamet är påbörjad genom implementering av rutin för teamarbete. Systematiska teamträffar och det dagliga teamarbetet har kommit olika långt och den framtagna agendan följs inte. Arbetet behöver fortsätta under 2025.

Måluppfyllelse - sjuksköterskeenhets 2024

Måluppfyllelse sjuksköterskeenhets 2024	Uppfyllt	Delvis	Ej uppfyllt
---	----------	--------	-------------

		uppfyllt	
Systematisk journalgranskning för att främja en god och korrekt dokumentation av kvalitet			
Ta fram nyckeltal i syfte att kunna följa sjuksköterskornas arbetsbelastning			
I enlighet med planen för nära vård, utveckla det förebyggande och hälsofrämjande arbetet och patientens delaktighet tillsammans med övriga i teamet			

8.13 Mål - sjuksköterskeheten 2025

- Utveckla dokumentationen för samsyn i var information ska dokumenteras
- Utveckla ett instrument för vårdtyngdsmätning och kontinuerlig uppföljning där det förebyggande arbete ingår

9 Planerade åtgärder för ökad 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 har olika prioriteringar och mål satts upp för att öka patientsäkerheten i det dagliga arbetet.

9.1 God vård i livets slut

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/stödjande 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 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.

9.2 Resultat och analys

Arbetet att upprätta NVP till samtliga patienter då vården förändras från att vara botande till lindrande/stödjande har delvis nått måluppfyllelse genom att samtliga sjuksköterskor utbildats i NVP och vid dokumentationsgranskning framgår att det till allt fler patienter upprättas en NVP del 1.

I introduktionsplanen finns utbildning av nya sjuksköterskor i NVP och målet är uppnått.

Målet att utbilda teamen i NVP har delvis nått måluppfyllelse. Arbetet har påbörjats bland annat till nattpersonal på SÄBO samt i vissa hemtjänstområde. Arbetet fortsätter under 2025 och är implementerat i sjuksköterskornas arbetssätt efterhand som de kommer igång och arbeta med NVP.

Målet att upprätta rutin för vården i livets slut samt en rutin för vak är uppfyllt.

Målet att upprätta checklistor för vårdpersonal vid vård i livets slut är uppfyllt i och med att NVP införs. I detta arbete finns checklistor för vårdpersonalen att följa vid vården i livets slutskede.

Målen att tillse så det i dokumentationen framgår att efterlevandesamtal erbjudits har delvis nått måluppfyllelse. Vid dokumentationsgranskning framgår att uppgifterna är svåra att hitta eftersom det finns flera möjligheter till var i verksamhetssystemet denna information kan skrivas. Detta mål kommer följas upp genom dokumentationsmålet för 2025.

Måluppfyllelse - God vård i livets slut 2024

Måluppfyllelse - God vård i livets slut 2024	Uppfyllt	Delvis uppfyllt	Ej uppfyllt
Upprätta NVP till samtliga patienter då vården förändras från att vara botande till lindrande/stödjande			

Vid introduktion utbilda nya sjuksköterskor i NVP			
Utbilda teamen i NVP			
Upprätta rutin för vården i livets slut där förtydligande om vak ingår			
Upprätta checklistor för vårdpersonal vid vård i livets slut			
Tillse att det i dokumentationen framgår att brytpunktssamtal erbjudits, genomförts eller avböjts.			
Tillse att det i dokumentationen framgår att efterlevandesamtal erbjuds			

9.3 Mål - God vård i livets slut 2025

- NVP del 1 utförs till samtliga patienter på SÄBO och till multisjuka patienter som skrivs in i mobilt team primärvård
- Samtliga i teamet, vårdpersonal, sjuksköterskor, arbetsterapeut, fysioterapeut och enhetschefer går den webbaserade grundutbildning i palliativ vård - Lindring bortom boten

9.4 Bedömning VISAM beslutsstöd

Beslutsstödet är ett verktyg för sjuksköterskan inom kommunal primärvård som ska användas när den enskildes hälsotillstånd förändrats. 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-beslutsstöd. Utbildning i beslutsstödet ska ingå i introduktionen på arbetsplatsen.

Centralt samverkansorgan fattade den 9 juni 2017 ett inriktningsbeslut om att föreslå att beslutsstöd enligt VISAM-modellen införs i kommunal primärvård för att underlätta sjuksköterskans bedömning av vårdnivå hos patienter där hälsotillståndet förändrats. I september 2024 blev VISAM beslutsstöd digitalt i det skåneövergripande IT-systemet Mina planer som både kommunal- och regional primärvård samt slutenvård har tillgång till.

9.5 Resultat och analys

Målet att utse och utbilda sjuksköterska som instruktör i användandet av VISAM-beslutsstöd har nått måluppfyllelse. Sjuksköterska är utsedd och utbildning inplanerad.

I introduktionsplanen ingår att utbilda nyanställda sjuksköterskor i beslutsstödet. Målet är uppfyllt.

Måluppfyllelse - VISAM-beslutsstöd 2024

Måluppfyllelse bedömning VISAM beslutsstöd 2024	Uppfyllt	Delvis uppfyllt	Ej uppfyllt
Utse och utbilda sjuksköterska som instruktör i användandet av ViSam-beslutsstöd			
Vid introduktion utbilda nyanställda sjuksköterskor i beslutsstödet.			

9.6 Mål VISAM-beslutsstöd 2025

- Tydliggöra hur och när beslutsstödet ska användas
- Tydliggöra hur dokumentationen i verksamhetssystemet ska ske efter en VISAM bedömning

9.7 Dokumentation av kvalitet

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 viss beslutad vård och behandling har utförts. Signeringslistor används främst vid insatser som utförs av delegerad vårdpersonal. Legitimerad personal ansvarar för att följa upp signeringen för att genom detta kunna säkerställa att den delegerade vården och behandlingen utförs.

Dokumentationsgrupp finns för att utveckla arbetet i patientjournalen.

9.8 Resultat och analys

Under året utvärderades och beslut togs om att verksamhetssystemets digitala kalender ska användas. Beslutet togs för att tidigare system där varje enskild legitimerad hade egen papperskalender lett till att insatser, speciellt sommartid, missats att skrivas fram. Helgarbetet sköts fortsatt i papperskalender då verksamhetssystemets kalender inte har tillräcklig kapacitet för denna form av dokumentation. I takt med att kris och beredskapsarbete tagit fart visar det sig att såväl pappers som digital kalender kan behöva användas vid eventuellt långvarigt bortfall av ström eller verksamhetssystem. Arbetssätt för detta kommer utvecklas under 2025.

Målet att upprätta mall för systematisk uppföljning av dokumentation som egenkontroll i Stratsys har slutförts. En mall för sjuksköterskor och en mall för arbetsterapeut och fysioterapeut upprättades. Mallen är gedigen och upplevs tidskrävande. MAS hävdar att det inte går att förenkla om mallen ska täcka lagstiftningens krav i kombination med funktionerna i nuvarande verksamhetssystem. Mallen får utvärderas under 2025 och i stället för att använda hela mallen kan riktade egenkontroller vara av större värde.

Målet att i egenkontroll följa upp att vårdpersonal med vårdrelation läser och dokumenterar i patientjournalen enligt gällande rutin är delvis uppfyllt. Dels har önskemål om ändring lyfts i kvalitetsråd som beslutar om egenkontroller dels har ärendet lyfts till de professioner som ansvarar för uppdatering av mall för dokumentationsgranskning SoL där kontrollen behöver finnas.

Målet att införa digital signering har delvis nått måluppfyllelse. MCSS (APPVA) ett system för digital signering är upphandlat och arbetet med införande är påbörjat. Digital signering beräknas vara infört och i full drift 1 april 2025.

Måluppfyllelse - Dokumentation av kvalitet 2024

Måluppfyllelse - Dokumentation av kvalitet 2024	Uppfyllt	Delvis uppfyllt	Ej uppfyllt
Utvärdera och besluta om användande av verksamhetssystemets			

digitala kalender			
Upprätta mall för systematisk uppföljning av dokumentation som egenkontroll i Stratsys			
I egenkontroll följa upp att vårdpersonal med vårdrelation läser och dokumentera i patientjournalen enligt gällande rutin			
Införa digital signering			

9.9 Mål - dokumentation av kvalitet 2025

- Utveckla arbetssätt för kombination av digital och analog kalenderfunktion
- Implementera MCSS (APPVA) digital signering i samtliga verksamheter som hanterar läkemedel och övriga hälso- och sjukvårdsinsatser
- Samtlig vårdpersonal med vårdrelation läser och dokumentera i patientjournalen enligt gällande rutin

9.10 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. 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.

9.11 Resultat och analys

Målet att utbilda samtliga chefer i rutin för läkemedelshantering är delvis uppfyllt. En utbildningsmatris är framtagen där utbildningen finns med. Det kräver tid att hinna gå igenom samtliga utbildningar i matrisen innan målet kan nås.

Målet att i samverkan med berörda vårdcentraler tillse att samtliga patienter på SÄBO erbjuds en årlig tvärprofessionell läkemedelsgenomgång har delvis nått uppfyllelse. Arbetet fortgår under 2025.

Måluppfyllelse - Säker läkemedelshantering 2024

Måluppfyllelse säker läkemedelshantering 2024	Uppfyllt	Delvis uppfyllt	Ej uppfyllt
Utbilda samtliga chefer i rutin för läkemedelshantering			
I samverkan med berörda vårdcentraler tillse att samtliga patienter			

9.12 Mål - Säker läkemedelshantering 2025

- Samtliga patienter på SÄBO ska i samverkan erbjudas en årlig läkemedelsgranskning enligt Skånemodellen

9.13 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 kommunal primärvård tillsammans planerar vård och omsorg efter slutenvårdstillfället. Arbetet kräver tid, kunskap och engagemang.

9.14 Resultat och analys

Vårdplaneringsteamet utvecklar arbetssätt för att göra patienten mer delaktig vid utskrivning från slutenvården genom att patienten i större utsträckning kontaktas via telefon inför hemgång.

Målet att utveckla arbetssätt med ”en väg in” där vårdplaneringssköterska bedömer rätten till hemsjukvård av sjuksköterska efter tröskelprincipen med målet lika vård och behandling för kommuninvånarna i Östra Göinge är påbörjat. Arbetssättet kommer att slutföras under 2025.

Måluppfyllelse - Utskrivningsprocessen 2024

Måluppfyllelse utskrivningsprocessen 2024	Uppfyllt	Delvis uppfyllt	Ej uppfyllt
Vårdplaneringsteamet utvecklar arbetssätt för att göra patienten mer delaktig vid utskrivning från slutenvården			
Utveckla arbetssätt med ”en väg in” likvärdig där vårdplaneringssköterska bedömer rätten till hemsjukvård efter tröskelprincipen med målet lika vård och behandling för kommuninvånarna i Östra Göinge			

9.15 Mål - Utskrivningsprocessen 2025

- Slutföra utredningsarbetet med möjligheten till ”en väg in”

10 Informationssäkerhet

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

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

10.1 Resultat och analys

Arbetet med informationssäkerhet, ansvarsområden och rutiner har i takt med ökad civil beredskap tagit fart under året. En specifik rutin har inte upprättats men i handlingsplaner och rutiner för behörighet, dokumentation och sekretess finns delar för att förhindra så att obehöriga får tillgång till material. Arbetet kommer att fortsätta under 2025.

Arbetet med att upprätta rutin för loggkontroller till samtliga system som används i hälso- och sjukvården har inte påbörjats till följd av tidsbrist. Arbetet kommer utföras under 2025.

Måluppfyllelse - Informationssäkerhet 2024

Måluppfyllelse Informationssäkerhet 2024	Uppfyllt	Delvis uppfyllt	Ej uppfyllt
Fortsatt arbete med informationssäkerhet, ansvarsområden och rutiner			
Upprätta rutin för loggkontroller till samtliga system som används i hälso- och sjukvården			

10.2 Mål - Informationssäkerhet 2025

- Upprätta rutin för loggkontroller till samtliga system som används i hälso- och sjukvården
- Tydliggöra arbetet med informationssäkerhet efter kommunens övergripande rutin
- I varje rutin som uppdateras implementera ett kapitel om informationssäkerhet då det är lämpligt