



# Patientsäkerhetsberättelse

2022

2023-03-01

---

Inger Andersson  
Medicinskt ansvarig sjuksköterska

*Mallen är framtagen av Sveriges Kommuner och Landsting, reviderad 181017*

---

---

## Innehåll

<b>SAMMANFATTNING .....</b>	<b>3</b>
<b>INLEDNING.....</b>	<b>4</b>
<b>STRUKTUR.....</b>	<b>4</b>
<b>PROCESS.....</b>	<b>10</b>
<b>RESULTAT OCH ANALYS.....</b>	<b>12</b>
<b>MÅL OCH STRATEGIER FÖR KOMMANDE ÅR 2023.....</b>	<b>25</b>

---

## SAMMANFATTNING

Hälsa - och omsorgsnämnden har som mål att erbjuda en likvärdig vård- och omsorg av hög kvalitet genom att arbeta systematiskt och förebyggande. Bedömningen är att verksamheten uppfyller hälsa- och välfärdsnämndens mål även om det finns områden som kan förbättras ytterligare.

Under 2022 har det setts en förändring i patientsäkerhetsarbetet. Året har präglats minde av covid och det har funnits en kreativitet och önskan att fortsätta förbättringsarbeten enligt satta mål och strategier. Covid var mest kännbar i februari och mars samt i slutet på året, vilket upplevdes som ett bakslag men verksamheterna hanterade det på allra bästa sätt. Det systematiska preventiva arbetet med riskbedömningar, punktprevalensmätningar mm har kunnat återinföras under året.

Under 2022 har teamarbetet inom organisationerna hemtjänst/hemsjukvården/ rehabilitering förstärkts genom gemensamma träffar för chefer i hemtjänst och hemsjukvården. Diskussioner har förts kring teamarbete och förutsättningar för att få teamen att fungera. Grupper i hemsjukvård och hemtjänst har setts över. En hemtjänstgrupp har delats för att det ska finnas bättre förutsättningar för teamarbete. Vid förändringar i grupperna tas hänsyn till alla professioners förutsättningar. Syfte är att stärka patientsäkerheten, arbeta preventivt och undvika vårdskador.

Under 2021 var kompetensförsörjningen och rekrytering en utmaning för hälso- och sjukvårdsverksamheten. 2022 har fler sjuksköterskor rekryterats vilket lett till en stabilare organisation. Den demografiska utvecklingen samt de ökade krav som ställs på kommunens hälso- och sjukvård genom hälso- och sjukvårdsavtalet intentioner innebär att ett fortsatt arbete för att arbeta patientsäkert, en fullgod kompetensförsörjning och en attraktiv arbetsgivare är mycket viktigt.

Verksamhetssystemet Treserva har implementerats inom alla enheter, vilket varit utmaningar och först inför 2023 kan fortsatt utveckling och användandet av de funktioner som finns verkställas och utvecklas ytterligare.

Samarbetet mellan biståndshandläggare och arbetsterapeut vid biståndsbeslut som implementerades för flertal år sen är nu ett naturligt arbetssätt. Detta bidrar till att individen får insatser på rätt nivå.

Nämndmålet att 65% av alla som efter sjukhusvistelse har förändrade eller nya SoL-insatser, ska skrivas in i Trygg Hemgång har uppnåtts.

---

## INLEDNING

Patientsäkerhetsberättelsen ska ha en sådan detaljeringsgrad att det går att bedöma hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten har bedrivits i verksamhetens olika delar, och att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses. Patientsäkerhetsberättelsen bör utformas så att den kan ingå i vårdgivarens ledningssystem för patientsäkerhet. Patientsäkerhetsberättelsen ska vara färdig senast den 1 mars varje år.

## STRUKTUR

### Övergripande mål och strategier

#### ***SFS 2010:659,3 kap. 1 § och SOSFS 2011:9, 3 kap.***

Varje patient ska känna sig trygg och säker i kontakten med vården. Likaså ska varje medarbetare kunna utföra sitt arbete under sådana förutsättningar att en säker vård kan ges. Ledningssystemet ska tydliggöra och synliggöra verksamhetens kvalitet och dess resultat för personal, patienter och övriga medborgare.

Hälsa- och omsorgsnämnden har beslutat om ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete enligt *Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete*. Ledningssystemet möjliggör ordning och reda i verksamheten så att kvalitet uppnås och så att händelser som kan leda till vårdskador, missförhållanden eller andra avvikelser inte uppstår. Ett arbete med att utveckla ledningssystemet har påbörjats och det arbetet fortgår.

### **Organisation och ansvar för patientsäkerhetsarbetet**

*SFS 2010:659,3 kap. 9 § och SOSFS 2011:9, 7 kap. 2 §, p 1*

#### **Hälsa- och omsorgsnämndens ansvar**

Hälsa- och omsorgsnämnden ska planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) upprätthålls. Nämnden ska fastställa övergripande mål för det systematiska kvalitetsarbetet samt kontinuerligt följa upp och utvärdera målen.

#### **Verksamhetschefen HSL ansvar**

Verksamhetschefen skall enligt hälso- och sjukvårdslagen svara för att verksamheten tillgodoser hög patientsäkerhet och god kvalitet i vården samt främjar kostnadseffektivitet. Inom ramen för ledningssystemet ska verksamhetschefen ta fram, fastställa och dokumentera rutiner för hur det systematiska kvalitetsarbetet kontinuerligt skall bedrivas för att kunna styra, följa upp och utveckla verksamheten.

#### **Områdeschefens ansvar**

Följa upp och svara för att verksamheten tillgodoser hög patientsäkerhet och god kvalitet i vården. Leda och utveckla verksamheten tillsammans med övriga ledningsfunktioner. Ansvara 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 strategiska ledningsgrupper i hälso-och sjukvårdens verksamheter.

### **Medicinskt ansvarig sjuksköterskas (MAS) ansvar**

Den medicinskt ansvariga sjuksköterskan (MAS) har tillsammans med förvaltningschef och områdeschefer ansvar att upprätthålla och utveckla verksamhetens kvalitet och säkerhet inom ramen för det ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet som finns för den kommunala hälso- och sjukvården. Den medicinskt ansvariga sjuksköterskan utövar sitt ansvar genom att planera, styra, kontrollera, dokumentera och redovisa arbetet med verksamhetens kvalitet och säkerhet.

I MAS uppdrag ingår även att enligt HSLF-FS 2017:41 anmäla händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada (Lex Maria) till Inspektionen för vård och omsorg, IVO. MAS ansvarar även för att rapportera legitimerad personal som befaras utgöra en fara för patientsäkerheten till IVO. Anmälningsskyldigheten framgår av 3 kap. 7§ PSL.

### **Enhetschefens ansvar**

Enhetschefen ansvarar för att de rutiner och riktlinjer som verksamhetschef och medicinskt ansvarig sjuksköterska fastställt är väl kända i verksamheten samt att ny hälso- och sjukvårdspersonal får den introduktion som krävs för att utföra sina hälso- och sjukvårdsuppgifter.

### **Hälso- och sjukvårdspersonalens ansvar**

Hälso- och sjukvårdspersonalen ansvarar för att hälso- och sjukvårdsarbetet följer vetenskap och beprövad erfarenhet samt att inom ramen för verksamhetens ledningssystem medverka i det systematiska kvalitetsarbetet.

## **Samverkan för att förebygga vårdskador**

En viktig del i patientsäkerhetsarbetet är hur hälsa- och omsorgsnämndens verksamhet för hälso- och sjukvården samverkar med andra vårdgivare. Målet är att patienterna ska uppleva en obruten vårdprocess oavsett huvudman och att samverkan leder till minskad risk för att patienterna ska drabbas av vårdskador. Formerna för samverkan regleras i diverse samverkansdokument.

- Hälso- och sjukvårdsavtal mellan Region Skåne och de skånska kommunerna

<http://kfsk.se/socialtjanst/wp-content/uploads/sites/4/2015/04/Avtal-om-ansvarsfo%CC%88rdelning-och-utveckling-avseende-ha%CC%88lso-och-sjukva%CC%8Aarden-i-Ska%CC%8Ane.pdf>

- Överenskommelse om palliativ vård i Skåne.
- Överenskommelse om habilitering i Skåne.

- 
- Ramavtal kring personer över 18 år med psykisk funktionsnedsättning/sjukdom. Reviderad under 2022, samverkan mer konkret presenterad.
  - Lokalt avtal om läkarmedverkan med Vårdcentralen i Osby
  - Lokalt avtal om läkarmedverkan med Kryh vårdcentral
  - Regelverk för tandvårdsstöd i Skåne

Hälso- och sjukvårdsavtalet (HS-avtalet) är ett utvecklingsavtal sen 2016 och reglerar ansvarsfördelning och samverkansformer inom hälso- och sjukvårdsområdet mellan Region Skåne och kommunerna i Skåne.

Under 2022 gjordes en utvärdering av avtalet i Region Skåne och vissa utvalda kommuner. Resultatet visar att delar av de mål och syften som anges i avtalet inte når upp till målen. Avsaknad av tydlig strategi samt uppföljningsansvaret har inte genomförts.

Därför har en målbild, handlingsplan och aktivitetsplan 2022-2025 utarbetats gemensamt Region och Skånes kommuner som komplement till avtalet. Se länk nedan .

[Nära Vård - Vårdsamverkan Skåne \(xn--vrdssamverkanskne-dobn.se\)](https://xn--vrdssamverkanskne-dobn.se)

Under 2023 kommer även processledare via SKR knytas till varje delregionalt område, kommun respektive primärvård, för att stödja processen vidare.

I avtalet beskrivs förutom avtalets olika delar, även samverkan som sker på olika nivåer i organisationerna. Ett samverkansforum i avtalet med direkt koppling till patientsäkerheten är medicinsk samverkan, där medicinskt ansvariga läkare i primärvård och slutenvård träffar kommunernas medicinskt ansvariga sjuksköterskor samt personer på strategiska tjänster som arbetar för patientsäkerheten.

Inom ramen för HS-avtalet sker samverkan i en tjänstemannaberedning på förvaltningsnivå, med representation från kommuner i nordost och Region Skåne samt en operativ tjänstemannaberedning på verksamhetschefsnivå.

Under 2022 har operativa tjänstemannaberedningen arbetat med följande område:

- kompetens och personalförsörjning
- psykisk hälsa (ersatt e-hälsa)
- SVU processen vid utskrivning från sjukhus samt Samordnad Individuell Plan (SIP).
- läkarstöd- det mobila stödet i samverkan

### **Lokal samverkan**

I samverkansflödet finns därefter lokal samverkan. Ovan beskrivna samverkansforums strategiska arbete ska mynna ut i aktivitet, lokalt i var kommun. Representant i kommunen är sammankallande till möte på

---

lokal plan. Det är regelbundna möten, månadsvis, med representanter från vårdcentralerna, närsjukvården Hässleholms sjukhus, psykiatri Kristianstad, Avancerad sjukvård i hemmet (ASIH) samt enhetschefer (EC) chefer och medicinskt ansvarig sjuksköterska i Osby (MAS).

## **RIVÖ**

Samverkan för att förebygga risker i vårdens övergångar (RIVÖ) – en samverkansgrupp med representanter som arbetar patientnära. Denna lokala grupp har representanter från tre kommuner, slutenvård (sjukhuset i Hässleholm), ASIH och primärvård. Gruppen tar med sig avvikelser (oönskade händelser). Händelserna bearbetas tillsammans på ett systematiskt sätt för att komma fram till konkreta lösningar som sedan återkopplas i egen verksamhet i ett lärande syfte. Under 2022 har fokus i gruppen varit utbildning i utskrivningsprocessen eftersom avvikelser och oönskade händelser sker i denna process. Fokus under 2023 kommer vara i utbildningssyfte. Även sjukhuset i Kristianstad samt alla 6 kommunerna i nordost kommer ingå.

## **Övrig samverkan**

- Samverkan Hjälpmedelscentrum östra Skåne (HÖS)
- Samverkan MAS /MAR (medicinsk ansvarig för rehabilitering) nordost
- Samverkan Högskolan Kristianstad
- 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.
- MAS har varit representant i nätverket för nordöstra Skåne MAS/MAR, olika arbetsgrupper samt LPR -psykisk hälsa
- Samverkan Sirius med fokus på funktionsnedsättningar

## **Mina planer -systemverktyg**

Ett webbaserat system för samordnad vårdplanering – ”Mina planer” finns mellan primärvården, sjukhusen och kommunerna i Skåne. Systemet är tänkt att förbättra informationsöverföringen mellan vårdgivarna och därmed stärka patientsäkerheten.

Multisjuka äldre med komplexa sjukdomar och stora omvårdnadsinsatser har idag kortare vårdtider och mer av den specialiserade vården sköts utanför slutenvårdens inrättningar. Detta ställer höga krav på planeringen och samordningen av vården

Samordnad individuell plan (SIP) är ett dokument och ett verktyg för

---

samverkan, som ska ge en samlad beskrivning av individens pågående och planerade vård- och omsorgsinsatser. SIP gäller för patienter i alla åldrar och med alla olika vård- och omsorgsbehov. En SIP ska upprättas när behov finns och när den enskilde önskar det. SIP kan ibland behöva upprättas innan utskrivning från sjukhus, då det finns ett behov av samordning av insatser och behov. En SIP ska ge en begriplig och hanterbar helhet för patienten, närstående och personal.

Utmaningen är att få en tydlighet och samsyn gällande SIP och Mina planer, därför finns en regionövergripande utbildningsgrupp och en SIP rutingrupp i samverkan som arbetar för att alla lättare ska förstå och få utbildning i hur systemet fungerar.

## **IHOPA**

Under 2022 har IHOPA blivit ett etablerat arbetssätt tillsammans med sjukhuset i Hässleholm, ASIH samt kommunerna Osby, Hässleholm och Perstorp. Syftet är att samordna insatserna inför att vårdtagaren skrivs ut från sjukhus och förbättra kommunikationen mellan vårdgivarna och resultatet har fallit mycket väl ut. Regelbundna teamsmöte dagligen.

## **Läkarmedverkan**

Lokala avtal om läkarmedverkan med vårdcentralerna i Osby kommun finns upprättade.

I och med införandet av HS-avtalet påbörjades uppbyggnad av ett så kallat Mobilt vårdteam. En samordnad individuell plan (SIP) ska upprättas tillsammans med kommunen inför/vid inskrivning.

Vårdformen innebär att man arbetar teambaserat för att kunna utföra vård kontinuerligt i den enskildes hemmiljö med läkare från primärvården och sjuksköterska från kommunal vård som bas i teamet. Mobilt vårdteam fortsätter att successivt utformas men påverkas av läkarbrist i nordöstra Skåne.

Region Skåne har ansvar för läkarinsatserna i de verksamheter som för övrigt ligger inom kommunens ansvarsområde. Samverkansavtal finns mellan hälsa – och omsorg i Osby kommun och Kryh respektive Vårdcentralen Osby. Avtalen reglerar samarbetsformer och gemensamma mål för samverkan inom den kommunala hälso- och sjukvården.

Vid behov av akuta hembesök under dagtid då vårdcentralerna bedömer att de inte har möjlighet att göra hembesök hos de patienter som är inskrivna i mobila team, kan mobila läkarstöd (se nedan) från Hässleholms sjukhus alternativt Falck Ambulans AB kontaktas. Falck ambulans, hembesöksbil har Region Skånes uppdrag att ansvara för akuta hembesök dygnet runt. Detta gäller såväl inom särskilt som ordinärt boende.



---

### Mobilt läkarstöd Hässleholms sjukhus

En bil med sjuksköterska och läkare som utgår från sjukhuset i Hässleholm. Det mobila läkarstödet fungerar främst som sjukhusets förlängda arm och kan följa upp patienter som annars skulle behövt ligga kvar längre på sjukhuset. Bilen kan också kallas ut av primärvården om deras läkare inte har möjlighet att bedöma patienten. Bilen har varit i drift parallellt med Falcks hembesöksbilar.

Fokus på Samordnad individuell plan (SIP) är starkt uttalat i hälso- och sjukvårdsavtalet, SIP är ett krav för att bli inskriven i de mobila teamen. Det ska finnas en tydlig planering för patienten för att i så stor utsträckning som möjligt undvika sjukhusbesök i onödan. Att arbeta med SIP är nu etablerat som arbetsform men kvaliteten i SIP behöver utvecklas ytterligare.

En gemensam handlingsplan finns upprättad tillsammans med vårdcentralerna, Kryh för att få ett flöde i arbetet med SIP.

### **Patienters och närståendes delaktighet**

*Patientlag 2014:821*

Patienter och i förekommande fall närstående ska göras delaktiga i vården. Det kan ske genom att:

- medverka vid upprättande av vård- och omsorgsplaner
- medverka vid upprättande av SIP – Samordnad Individuell Plan
- bli informerade om när nationella studier genomförs
- bli informerade vid utredning av vårdskador
- bli informerade vart man vänder sig för att framföra synpunkter och klagomål

Kommunikation med närstående sker kontinuerligt och närstående bjuds alltid in till SIP om vårdtagaren så önskar. Information via anslag, sociala medier och hemsida.

### Socialstyrelsens öppna jämförelser

Socialstyrelsen gör årligen en riksomfattande undersökning av äldres uppfattning om kvaliteten i hemtjänst och äldreboende.

Här finns undersökningen i sin helhet:

<https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/oppna-jamforelser/socialtjanst/aldreomsorg/>

### **Samverkan med medborgare i övrigt**

Verksamheten ska ha ett öppet förhållningssätt genom att

- ha en lättillgänglig information via telefon, besök och kommunens hemsida
- medverka vid information till brukarorganisationer, pensionärsorganisationer, mervetare, veteranerna etc.

---

Verksamheten arbetar mycket med att vara synliga på sociala medier tillsammans med kommunens kommunikatörer och att bjuda in närstående vid aktiviteter.

## **Samverkan i patientsäkerhetsarbete under året med Covid19**

Även detta år har ett gott samarbete inom verksamheterna samt externt med ffa vårdcentralerna fungerat väl. Covid var mest kännbar i februari och mars samt i slutet på året, vilket upplevdes som ett bakslag men verksamheterna hanterade det på allra bästa sätt. Smittspårningen och provtagning av hälso- och sjukvårdspersonalen har fortsatt under året enligt Vårdhygien Skånes rekommendationer.

Vaccinationer har genomförts vid flera tillfällen under året i god samverkan med vårdcentralerna. Vaccinationstäckningen har varit mycket god hos vårdtagare som personal.

Nämnds beslut 2022 om att Osby kommun ska ha ett förråd för 6 månaders förbrukning av skyddsutrustning och desinfektionsmedel har verkställts under året.

## **Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet**

*SFS 2010:659, 6 kap. 4 § och SOSFS 7 kap. 2 § p 5*

### **Rapporteringsskyldighet**

All personal har skyldighet att rapportera vid vårdskada eller vid händelser som kunnat medföra en vårdskada. All personal inom vård- och omsorg får information om rapporteringsskyldigheten, dels vid nyanställning och därefter fortlöpande. Det gäller för såväl avvikelserapportering, lex Sarah och lex Maria.

Vårdgivaren ska anmäla händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada till Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Under 2022 har **1** Lex Maria anmälts IVO och **12** rapporter enligt Lex Sarah har gjorts, **3** har skickats till IVO, **1** medicinskteknisk avvikelse har inrapporterats till Läkemedelsverket.

## **Synpunkter och klagomål**

*SOSFS 2011:9, 5 kap. 3 och 6 §§, 7 kap 2 § p 6,*

Klagomål och synpunkter som skickas eller lämnas in till förvaltningen sammanställs i diariet samt hanteras av ansvarig chef som skyndsamt ska utreda synpunkten eller klagomålet samt lämna ett svar till den som lämnat synpunkten.

**13** inkomna synpunkter till förvaltningen både gällande hälso- och sjukvården samt socialtjänsten under 2022 har inkommit.

## **PROCESS**

### **Åtgärder för att öka patientsäkerheten**

*SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 2*

---

## Risicanalys

SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §, 7 kap 2§ p 4

Risicanalys genomförs för att skador ska undvikas och för att garantera en säker och jämlik vård och omsorg. Risicanalys genomförs i samband med verksamhetsförändringar och där beaktas även patientperspektivet.

De risker som vårdgivaren ser är främst risker i samband med vårdens övergångar, främst mellan olika vårdgivare.

## Utredning av händelser – vårdskador

HSLF-FS 2017:40, 3 kap. 1§ och SOSFS 2011:9 7 kap sista stycket

Beskriver händelser som har utretts som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada samt lärdomar av dessa.

## Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1§

Informationssäkerhet är de åtgärder som vidtas för att hindra att information läcker ut till obehöriga, förvanskas eller förstörs och för att informationen ska vara tillgänglig när den behövs. Rutin finns för informationssäkerhet och behandling av personuppgifter enligt Dataskyddsförordningen (EU 2016,679, GDPR) följs och en GDPR ansvarig finns i kommunen som är behjälplig för samtliga förvaltningar i dessa frågor.

Under 2022 har ett nytt verksamhetssystem implementerats. Det har tagit mycket tid i anspråk och gjort att det varit svårt att genomföra loggkontroller i det nya systemet då alla funktioner har varit under utveckling.

## Uppföljning genom egenkontroll

SOSFS 2011:9, 5 kap. 2§, 7 kap. 2 § p 2

Egenkontroll	Omfattning	Källa
Vårdrelaterade infektioner	1 gång per år	PPM-databasen  HALT- Senior alert, ej under de senaste åren av hänsyn till hög arbetsbelastning pga. covid.
Basala hygienrutiner och klädregler	1 gång per år	PPM -databas via SKR
Hygienronder	1 gång per år	Ej genomfört under 2022. Tät samverkan med Vårdhygien Skåne
Patientsäkerhetsdialoger - RIVÖ	2 ggr /termin	Protokoll. Nystart under 2022

Avvikelser	Kontinuerligt	Avvikelsehanteringssystemet
Trycksår	1 gång per år	Senior alert PPM
Patientens klagomål och synpunkter	2 gånger per år	Patientnämnden, IVO, avvikelsehanteringssystemet
Nattfasta	1 gång per år	Nattfastemätning
Kvalitetssäkring läkemedelshandling	1 gång per år	Rapport av extern granskare.

## RESULTAT OCH ANALYS

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

### Läkemedelsgenomgångar

Enligt Socialstyrelsens indikatorer bör en minskning ske av följande gällande läkemedel:

- Olämpliga läkemedel
- Olämpliga läkemedelskombinationer
- Läkemedel mot psykos i särskilda boenden för äldre

Tvärprofessionella läkemedelsgenomgångar har genomförts under året. En samlad bild är att det utförts ett större antal under 2022, ca **50** st. Detta genomförs gemensamt i samarbete mellan vårdcentralerna och sjuksköterskorna. Ht -22 påbörjades en strukturerad form enligt framtagen rutin med en planering för de regelbundna läkartider som finns tilldelat kommunen för hembesök.

### Nutrition

Ett gott näringstillstånd är en förutsättning för att undvika eller övervinna sjukdom och återfå hälsa.

Kosten som serveras på särskilda boenden skall vara anpassad efter de näringsbehov som de boende har. Livsmedelsverket har skrivit riktlinjer för planering av måltidssammansättning, vilka bör följas. Dietist för hälsa och omsorg är inte tillgänglig. Under 2022 togs nämndbeslut på en ”Verksamhetsanpassade riktlinjer gällande tillämplig av måltidspolicy inom HoO”. Denna bör följas upp under 2023.

Omvårdnadsansvarig sjuksköterska tillsammans med teamet runt patienten ansvarar för att en riskbedömning sker enligt Senior Alert. För personer i riskzon ska åtgärdsprogram upprättas i teamsamverkan.

### Nattfasta

Tiden från dagens avslutande måltid till nästkommande dags första måltid kallas nattfasta. Nattfastan bör ej överskrida 11 timmar. Om nattfastan blir längre ökar risken att kroppens byggstenar omvandlas till energi, vilket leder till förlust av viktiga proteiner. För lång nattfasta

minskar även möjligheten att tillgodose individens energi- och näringsbehov. Äldre personer med lång nattfasta löper extra stor risk för undernäring.

Även under 2022 har en (1) nattfastemätningen gjorts under hösten. Pga. svårigheterna att mäta resultat presenteras ingen sammanställning. Analysmetod behöver ses över och även indikatorn frivillig /ofrivillig nattfasta, som är det väsentliga.

Samlad bild är att det pågår arbete för att minska nattfastan och att enhetscheferna har ett aktivt arbete i verksamheterna för att stimulera till små mellanmål mellan måltiderna samt tillgodose behov under dygnets alla timmar.

### Preventivt arbetssätt – senior alert

I det förebyggande arbetet används nationella kvalitetsregistret Senior alert. Riskbedömningar, åtgärdsplaner och uppföljningar för fall, trycksår, undernäring och munhälsa.

Arbetet med riskbedömningar har en fortsatt positiv utveckling. Implementerat väl inom särskilt boende. **Förbättringsförslag 2023** är att utveckla ytterligare i ordinärt boende för att komma in med tidiga insatser. Utmaningen i ordinärt boende är att flertal patienter inte har en vårdrelation med hela teamet. Även utvecklingsområde att använda sig av riskbedömningar inom LSS boende.

På enheternas teamträffar eller separata möten har en struktur byggts upp där genomgång av gjorda riskbedömningar och därpå ev. åtgärder samt uppföljningar ingår. Arbete med förebyggande åtgärder är ett ständigt pågående arbete för verksamheterna.

Nedan tabell visar **vårdprevention för alla riskområden**, fall, trycksår, nutrition och munhälsa inom kommunens enheter i hälsa och omsorg. Här syns ett väl utvecklat systematiskt arbete uppbyggt, utifrån riskbedömning, bakomliggande orsaker, åtgärder planerade och uppföljda.

			Riskbedömningar där risk konstaterats och...					
Tidsperiod	Risk- bedömningar	varav risk	... teambaserad utredning av bakomliggande orsaker utförts		... åtgärd pla- nerats		... åtgärd utförts *	
			N	%	N	%	N	%
2022	357	331	320	97	323	98	283	92
2021	387	361	346	96	355	98	339	91
2020	421	381	366	96	369	97	330	91
2019	462	417	403	97	407	98	382	93

\* För att åtgärder ska räknas som utförda krävs att dessa registrerats senast 6 månader efter aktuell riskbedömning.

## Fall och fallolyckor

Fall är den olyckstyp som leder till flest dödsfall i Sverige. Av de som efter ett fall får en höftledsfraktur (95% av höftledsfrakturerna orsakas av ett fall) kommer nästan hälften aldrig att återfå ett normalt liv och dödligheten är 20–25 procent. Orsakerna till att äldre faller brukar ha att göra med minskad muskelstyrka, sämre balans, gångsvårigheter, sämre syn och minskad reaktionsförmåga. Detta kan förebyggas med träning, säkerhet i miljön, översyn av läkemedel och hjälpmedel.

Fallrapporter inkluderar alla händelser där den enskilde är inblandad i någon form av fall, glider ur stol, lyftsele eller dylikt. Fallprevention är ett område som ständigt bör kvalitetssäkras. Under 2022 inträffade **441** fall, varav **341** utan skada. Tabellen nedan visar skadefördelningen. Rapporten inkluderar individer med insatser inom den kommunala hälso- och omsorgsverksamheten.



**Förbättringsförslag 2023**–följa upp fallrapporter i teamet och strukturerat analysera och därifrån besluta om åtgärder

## Munhälsa

Vid inflyttning till ett särskilt boende bör sjuksköterskan göra en munbedömning utifrån riskfaktorer och riskgrupper. Bedömningen skall dokumenteras i omvårdnadsjournalen. Munhälsan har stor betydelse för den äldres välbefinnande och kan lätt vara källan till svårigheter med andra symtom.

Det finns en samverkansöverenskommelse med Region Skåne om samarbete vid munhalsbedömningar och den överenskommelsen skall vara känd av alla berörda. Region Skåne har upphandlat munhalsbedömningar, utbildning för kommunens personal i munhälsa och munvård samt i förekommande fall nödvändig tandvård av tandvårdsföretaget Oral Care AB.

Denna utbildning har genomförts på LSS boende ht-2022 samt planeras på särskilt boende under 2023.

## BPSD

BPSD innebär beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom och drabbar ca 90% av alla som lever med en demenssjukdom. BPSD-registret innebär ett strukturerat arbetssätt att arbeta tvärprofessionellt och personcentrerat med vårdåtgärder för att minska förekomsten och allvarlighetsgraden av BPSD.

### Totalt antal BPSD registreringar

År	<u>2018</u>	<u>2019</u>	<u>2020</u>	<u>2021</u>	<u>2022</u>
Antal kompletta bedömningar i BPSD-registret	217	190	152	164	165

Källa: BPSD-registret

### Antal registreringar på respektive enhet

Enhet	<u>2018</u>	<u>2019</u>	<u>2020</u>	<u>2021</u>	<u>2022</u>
Rönnebacken	53	46	20	17	18
Bergfast	18	21	11	20	19
Osby hemtjänst	1	5	2	1	0
Lönsboda hemtjänst	0	0	0	0	2
Lindhem	75	72	74	63	61
Soldalen	70	46	45	63	56
Solhem					4
Hemstödsteam Osby					5

Samtliga verksamheter med personer med demenssjukdom och BPSD-symtom registrerar nu i kvalitetsregistret, dock med varierande frekvens. Fortfarande är antalet registreringar lågt i hemtjänsten vilket är ett förbättringsområde och samtidigt en utmaning. Effekten kan innebära att den enskilde kan bo kvar hemma längre.

. Kommunen har två BPSD-koordinatorer som ger stöd till verksamheterna och utbildar fler användare.

**Förbättringsförslag 2023** Implementering av registrering i BPSD registret i ordinärt boende.

### Palliativa registret

Det pågår ett strukturerat arbete för att förbättra vården i livets slutskede. I det arbetet används palliativregistret för att kunna följa resultat. I registreringen som görs efter dödsfallet registreras nedan kvalitetsindikatorer under den sista levnadsveckan. Mål är att bibehålla de goda resultat som till övervägande del kan ses. **Förbättringsförslag 2023** är samtidigt att öka validerad smärtskattning samt att dokumenterad munhälsobedömning görs. Palliativ registrets resultat gäller för personer som är folkbokförda i Osby kommun och där vården skett inom kommunens verksamheter. Det ses en skillnad i antalet utförda brytpunktsamtal patient under åren 2020–2021 då pandemin

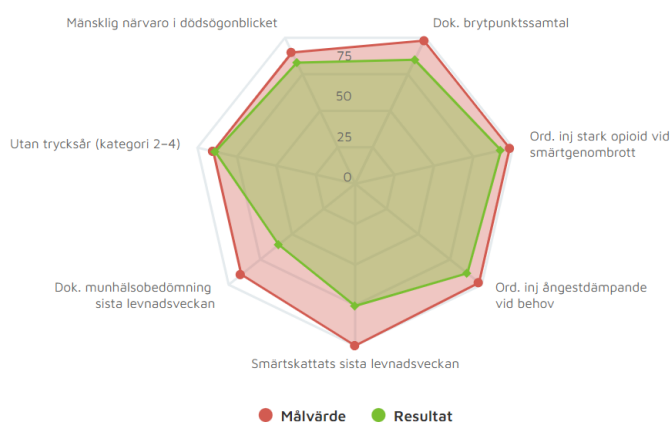
pågick.

Indikatorer i palliativa registret – år:	2018	2019	2020	2021	2022
Brytpunktssamtal patient	98	87	37	45	85
Brytpunktssamtal närstående	-	-	72	74	75
Utfört smärtskattning med validerat instrument	100	80	61	66	75
Ordination av inj-läkemedel mot smärta vid behov	98	98	96	95	92
Ordination av inj-läkemedel mot oro vid behov	98	93	96	97	88
Förekomst av trycksår vid dödsfallet	10	7	13	21	12
Någon närvarande i samband med dödsfallet	90	89	80	71	83
Erbjudande om eftersamtal till närstående	100	-	85	85	100
Munhälsobedömning	90	75	72	79	60

Källa: Palliativa registret. Värde i %

Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer

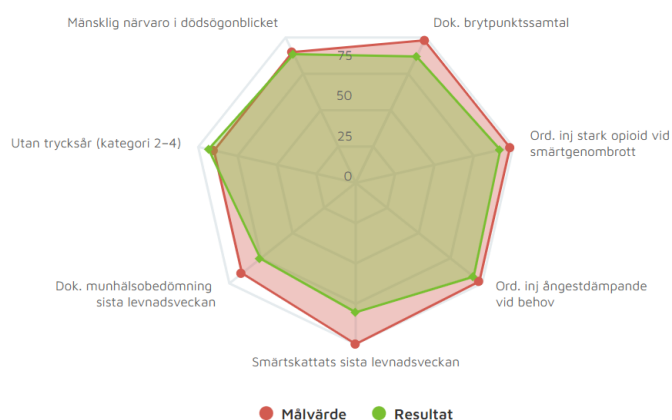
Period 2022-01 - 2022-12



Antal patienter: 53st.

Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer

Period 2019-01 - 2019-12



Antal patienter: 61st.

### Förbättringsförslag 2023

Implementera NVP, Nationell Vårdplan Palliativ vård. Det har planerats för detta arbete även tidigare. Under 2023 kommer det att införas i mindre skala på särskilt boende. NVP innebär en strukturerad regelbunden symtomkontroll när patienten bedöms vara i livets slut. En kvalitetssäkring för att öka lindringen vid vård i livets slut. Det är viktigt att såväl hälso- och sjukvårdspersonal som omvårdnadspersonal har kunskap om palliativ vård.

### Arbete med nationella punktprevalensmätningar

Under året har i samverkan med Sveriges Kommuner och Regioner SKR, genomförts nationella punktprevalensmätningar.



---

## Nationell punktprevalensstudie av trycksår

På uppdrag av Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) görs en punktprevalensstudie för att visa på förekomst av trycksador/trycksår. I Osby kommun genomfördes mätningen i år på särskilt boende. En hudinspektion för att mäta förekomst av trycksador och vilken kategori de tillhörde  
Resultat 2018 – 2022:

År	Antal Vårdtagare	Andel Trycksår i %	Antal trycksår Kat.1	Antal trycksår Kat. 2	Antal trycksår Kat. 3	Antal trycksår Kat. 4
2022	218	11	15	10	4	4
2021	239	10	18	6	2	5
2020	244	7	11	11	3	2
2019	260	18	22	16	4	6
2018	145	16	21	11	4	4

Källa: Nationell punkt prevalensmätning trycksår – PPM-trycksår 2018-2022

Det är ett ständigt pågående teamarbete för att förebygga, upptäcka och behandla trycksår samt att grundläggande omvårdnadsåtgärder tex lägesändring, hudvård och inspektion av hudkostym är naturligt i det dagliga arbetet.

### Förbättringsförslag 2023

Fortsätta det strukturerade arbetet med Senior alert. Varje vårdtagare med risk för trycksår ska ha en vårdplan med åtgärder för att undvika att tryck utvecklas. Säkerställa att all personal har tillräcklig kunskap om trycksårsp prevalens, utbilda personal kontinuerligt, såransvariga sjuksköterskor bör ha spetskunskap kring trycksår och trycksårsprofylax.

---

## Nationell punktprevalensstudie av basala hygienrutiner och klädregler

Bristande följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler inom äldreomsorgen kan ge svåra följder främst genom spridning av antibiotikaresistenta bakterier och smittsamma sjukdomar till äldre personer med nedsatt motståndskraft.

På uppdrag av SKR har landsting och kommuner medverkat i mätning av följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler vid patientnära arbete. Mätningen baseras på ”Socialstyrelsens föreskrifter om basal hygien i vård och omsorg” (SOSFS 2015:10).

Metoden grundar sig på observationsstudier och genomförs genom att en sjuksköterska eller undersköterska med specifikt intresse och kunskap för hygienfrågor gör 10 observationer per enhet. Varje person observeras i patientnära arbete avseende både basala hygienrutiner och klädregler. Resultaten presenteras sen på enhetsnivå och enhetscheferna arbetar därefter vidare på sin verksamhet.

I kommunen har observationer utförts 2022 på fyra äldreboende samt i hemtjänst/hemsjukvård Lönsboda respektive Osby. Totalt 6 enheter med totalt 72 observationer. Resultatet Osby kommun i helhet 2022 är följsamhet i alla nedan 8 beskrivna steg **57 %**. I de fyra första hygienrutinerna är följsamheten **58%** samt de fyra nedersta klädreglerna **89%**

Nedan visas tabell för de olika momenten i observationen.

År	2022	
<b>Basala hygienrutiner vid vård- och omsorgsarbete</b>	%	
Korrekt desinfektion av händerna före	79	
Korrekt desinfektion av händerna efter	95	
Korrekt användning av handskar	82	
Korrekt användning av plastförkläde	92	
Korrekt arbetsdräkt	96	
Avsaknad av ringar, armband, klocka	95	
Kort eller uppsatt hår	96	
Korta naglar, ej konstgjort material	97	

Källa: Nationell punkt prevalensmätning av basala hygienrutiner och klädregler – SKR

Fortfarande finns det mer att önska av följsamheten till basala hygienrutiner. Framförallt de fyra första inom hygienrutinerna (desinfektion, korrekt användning av handskar och plastförkläde.

---

### **Förbättringsförslag 2023**

Påbörja dialog för att utbilda hygienombud inom verksamheterna. Som ett stöd till enhetschefer, att gemensamt arbeta för att förhindra smittspridning och det förebyggande arbetet inom vårdhygien som ständigt behöver bedrivs.

### **HALT**

Svenska HALT är återkommande mätningar av vårdrelaterade infektioner och antibiotikaförbrukning inom särskilt boende i Sverige med syfte att stödja det förebyggande arbetet inom området. Andelen resistent bakterier ökar i världen till följd av bland annat en i vissa fall felaktig antibiotikaanvändning. HALT syftar till att kartlägga förekomsten av vårdrelaterade infektioner och antibiotikaanvändning. Istället riktar sig arbetet mot att förebygga infektioner med hjälp av god hygien och vaccinationer. Ingen HALT genomförd 2022.

**Förbättringsförslag 2023** att återinföra mätningen.

### **Avvikelser**

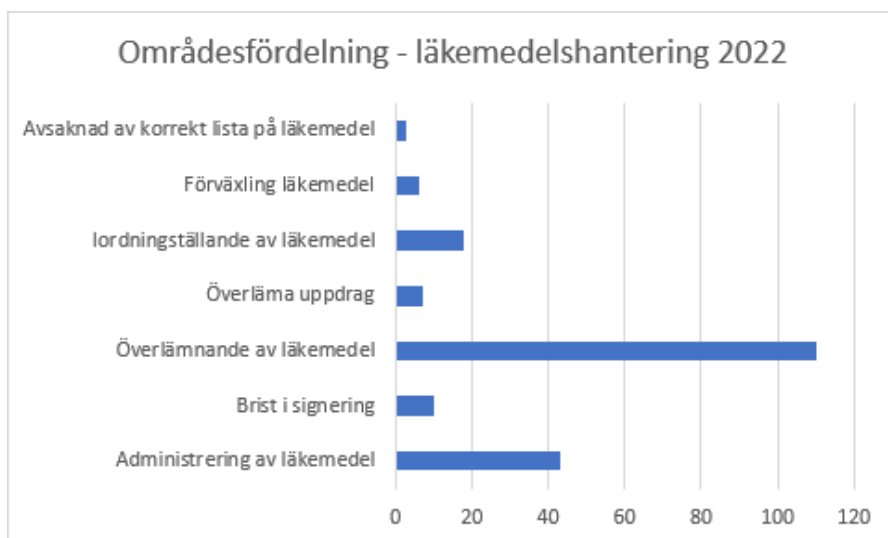
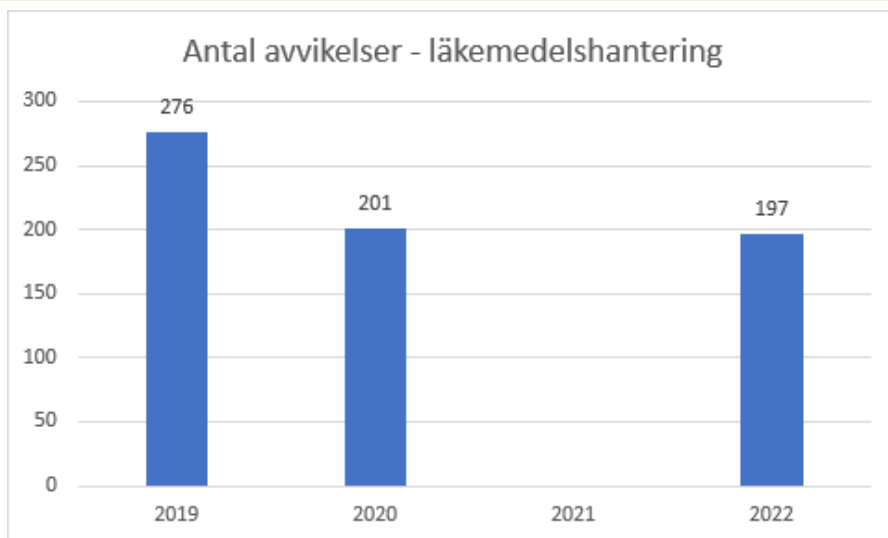
Genom att tidigt identifiera riskområden i vård och omsorg förebyggs fel och brister. För att följa verksamheter över tid är det viktigt att regelbundet samla in data. Egenkontrollen avser en regelbunden, systematisk uppföljning av verksamhetens planering, genomförande, resultat och förbättringsåtgärder.

### **Extern läkemedelsgranskning**

Under hösten 2022 utfördes en extern läkemedelsgranskning av representant från Apotekstjänst. Protokoll upprättades med åtgärdsförslag utifrån granskningsprotokollet. Kommunens föreskrift för läkemedelshantering är reviderad från jan-2023. **Förbättringsförslag 2023**-extern läkemedelsgranskning fortsätter under våren på samtliga övriga verksamheter. Införandet av lokal rutin för hur läkemedelshanteringen fungerar på varje verksamhet (särskilt boende / hemsjukvård / hemtjänst) införs 2023 för att säkra upp en god hantering

### **Avvikelser angående läkemedelshantering**

Avvikelserna registreras i ett digitalt program för läkemedelshantering. Nedan tabeller visar antalet avvikelser samt områdesfördelning på orsak.



Det är i processen vid överlämnandet av läkemedel flest avvikelser sker framförallt att en dos blir glömd att ge.

Det var svårt att få fram antalet avvikelser under 2021 då nytt verksamhetssystem infördes.

Läkemedelsskåp är inköpta ht 2022, för att möjliggöra en säker förvaring av läkemedel ordinärt boende.

Under 2022 implementerades även digitalsignering vid läkemedelsöverlämning inom LSS verksamheten.

## Externa avvikelser

Samtliga inblandade vårdgivare är ansvariga att dokumentera avvikelser för uppkomna händelser för patienter i samverkan. Samverkan vid utskrivning – SVU. Från 1 januari 2018 började den nya lagen om samverkan vid utskrivning att gälla. Det innebär att processen med att ta emot personer som skrivs ut från slutenvården förändrades till att bli digital och att kommunerna skulle ta emot patienter inom 3

kalenderdagar efter utskrivning. I Skåne finns en överenskommelse mellan Region Skåne och kommunerna om en genomsnittmodell med 2,8dagar. Genomsnitt för Osby är 1,5 dagar 2022.

Flest avvikelser som Osby skickar gäller samverkan i just övergången mellan vårdgivare. Se nedan tabell.

Avvikelser till	2018	2019	2020	2021	2022
Psykiatri, Kristianstad	0	0	0	0	1
Ambulans, Hässleholm	1	0	1	0	
ASIH	0	1 (2)	1	(1)	
Centralsjukhuset, Kristianstad	17	19	6	6	11
Sjukhuset, Hässleholm	2	1	2	0	1
Primärvård	1	1	0	0	
Interna, IT mfl		2	3	3	
Skånetrafiken			1	1	1
<b>Totalt</b>	<b>21</b>	<b>26</b>	<b>14</b>	<b>11</b>	<b>14</b>

RIVÖ (Risker I Vårdens Övergångar) -grupper som hanterar avvikelser och förbättringsarbete i samband med dessa finns nu verksamma i såväl Hässleholm som Kristianstad. Där ingår personal från verksamheten, vårdplanerare, MAS och chefssjuksköterska.

Även IHOPA- dagliga teams möte tillsammans med Hässleholms sjukhus har pågått under 2022, vilket varit mycket framgångsrikt och förbättrat samarbetet mellan sjukhus och kommuner väsentligt. Mötena innefattar en kort beskrivning av planeringen för patienter som är utskrivningsklara inom kort.

## Dokumentation

Patientdatalagen SFS 2008:355 reglerar en vårdgivares behandling av personuppgifter inom hälso- och sjukvården. I lagen finns också bestämmelser om skyldighet att föra patientjournal. En patientjournal är först och främst avsedd att vara ett stöd för den eller de personer som ansvarar för vården. Den utgör ett arbetsverktyg eller underlag för bedömningen av de åtgärder som kan behöva vidtas av någon som inte träffat patienten tidigare. Journalen är även en informationskälla för patienten om given vård. Journalen är även viktig för kvalitets-, säkerhets-, uppföljnings- och utvärderingsarbetet inom vården.

---

## Journalgranskning

Det har varit svårt att genomföra slumpmässiga journalkontroller inom samtliga verksamheter då journalsystemet byts ut och det varit en hel del svårigheter under året. MAS genomförde journalgranskning i 20 journaler under december månad. Resultat kommer arbetas vidare med under 2023 i dokumentation gruppen med fokus på att få en enhetlig dokumentation med stöd av frastexter.

## Delegering

Det finns möjlighet för legitimerad personal att delegera arbetsuppgifter till reellt kompetent personal. En delegering skall alltid vara skriftlig, personlig och tidsbegränsad. Delegering får inte förekomma för att lösa situationer med personalbrist. Delegeringarna bör heller inte vara fler än att det finns möjlighet för den legitimerade personalen att regelbundet följa upp sina delegationer. Den som är legitimerad och delegerar ska vara såväl formellt som reellt kompetent, vilket innebär t.ex. att man inte kan delegera katetersättning om man själv inte praktiserar detta. Varje enhet ska enligt § 2d HSL (1982:763) vara bemannad med formellt kompetent personal i erforderlig omfattning.

Delegeringsmöjligheten ska användas i undantagsfall. På grund av rekryteringssvårigheter i samband med främst semesterperioden har vissa reellt kompetenta undersköterskor fått en utökad delegation. Det har fungerat väl men det är önskvärt att kunna anställa legitimerad personal i sådan omfattning att denna åtgärd blir överflödig. Processen i delegeringsförfarandet har digitaliserats i verksamhetssystemet Treserva under 2022.

## Klagomål och synpunkter

Synpunkter och klagomål hanteras av företrädesvis berörd chef eller i vissa fall MAS och svar skickas till den klagande. Synpunkten eller klagomålet lyfts sedan upp i verksamheten vid ett APT eller ledningsmöte för att delge all personal vad som inträffat och diskutera hur en liknande händelse kan undvikas i framtiden.

## Händelser och vårdskador

Vårdgivaren ska enligt bestämmelserna i patientsäkerhetslagen (2010:659) anmäla händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada till Socialstyrelsen.

*Följande har rapporterats in:*

Typ av rapport	2019	2020	2021	2022	IVO 2019	IVO 2020	IVO 2021	IVO 2022
Lex Sarah	12	6	8	12	0	0	0	2
Lex Maria	0	0	0	1	0	0	0	1
Anmälan till läkemedelsverket	5	3	3	1				

---

2 Lex Sarah har bedömts som allvarlig och skickats vidare till IVO under året. 1 Lex Maria har skickats till IVO. 1 medicinsk teknisk produkt har skickats till läkemedelsverket.

Samtliga rapporter ska lyftas vid ledningsträffar för spridning på systemnivå samt anmälningar till IVO delges nämnden.

### **Medicintekniska produkter, MTP**

Dessa skall användas på rätt sätt, på rätt indikation och av kunnig personal. Produkterna skall provas ut individuellt av arbetsterapeut, sjukgymnast/fysioterapeut eller sjuksköterska och det skall dokumenteras i omvårdnadsjournalen. Övrig personal skall utbildas och instrueras i hur produkterna används. Det skall finnas bruksanvisningar på svenska vid produkterna och kontroll skall ske regelbundet av formellt tekniskt utbildad personal. En inventarielista bör finnas där det bland annat skall anges hur ofta översyn/kontroll skall ske för att produkten skall vara säker. Det skall finnas skriftliga rutiner för dessa produkter och upphandling bör ske enligt fastställda rutiner. De kommunala riktlinjerna för

### **Periodiskt underhåll**

För att säkerställa att medicintekniska produkter fungerar så säkert som möjligt utför tekniker från ”Hjälpmedelsverksamheten Östra Skåne” regelbundet förebyggande underhåll på personlyftar och specialanpassade hjälpmedel. Sedan hösten 2022 utförs förebyggande underhåll även på rullstolar och rollatorer. Periodisk inspektion av förskrivna lyftselar utförs 2 ggr/år av kommunens arbetsterapeuter. Även inom sjuksköterskeorganisationen ska periodiskt underhåll ske, utifrån vad som gäller för respektive apparat. Under vt -2023 ska en sammanställning göras över dessa produkters underhåll.

## **Övrig verksamhetsinformation**

### **E-Hälsa och välfärdsteknik**

Olika typer av välfärdsteknik samt e-hälsotjänster underlättar såväl insamling av information till hälsodata- och kvalitetsregister, som en snabbare återkoppling till personal, huvudmän, myndigheter och invånare. Vidare skapar detta helt nya förutsättningar för forskningen om utfall och effekt av olika insatser.

Under 2022 har nytt verksamhetssystem för dokumentation utvecklats. Flera nya moduler har kommit i bruk. En dokumentationsgrupp arbetar vidare för att optimera systemet, förbättra kvaliteten för att säkra god och kvalitativ vård till vårdtagarna.

Under 2022 har det varit stora bekymmer med trygghetslarm på både Bergfast och Soldalen. För att trygga vårdtagares säkerhet har verksam-

---

heten på Bergfast helt övergått till användning av sensorer och helheten i detta larm. På Soldalen har all förberedelse utförts inför uppsättning av sensorer. Tillfälligt larm har använts under tid larmet legat nere. Systemet med sensorer har gett positiva effekter både för vårdtagare och personal. Utifrån vårdtagarnas perspektiv har verksamheten sett flera möjligheter till personliga inställningar som gör vården mer personcentrerad. Det är även stora fördelar att inte behöva störa vårdtagare på natten. Ur personalens perspektiv ger systemet möjlighet att visuellt se var vårdtagaren befinner sig i rummet vid larm eller tillsyn. Detta gör att resurser kan användas mer optimerat.

Under 2022 har ett nytt processkartläggningsverktyg, 2c8, börjat användas. Två processer är klara och under test. Fler kommer att föras in. Vinster med systemet är att processer blir tydliga för all personal. Dokument blir kopplade till processer som gör att all personal vet var riktlinjer, rutiner och andra dokument kan hittas. Förhoppningen är att det ska vara lättare att som nyanställd kunna sätta sig in i sitt arbete och hantera verksamhetens arbetsflöden på ett optimalt sätt.

#### **E -Hälsa -Förbättringsförslag 2023**

- Fortsatt förbättringsarbete i verksamhetssystem.
- Införa larm med sensorer på alla vård- och omsorgsboende
- Fortsatt arbete med att införa ledningssystemet till vissa delar i Stratsys som är ett verksamhetssystem där ledningssystemet kan ingå.

#### **Uppsökande verksamhet**

Vård och omsorg har sedan 2006 en uppsökande verksamhet gentemot personer 75 år och äldre som ej bor i särskilt boende. Från och med 2018 sker besöken istället till de som är 77 år och äldre, i ett projekt tillsammans med Högskolan Kristianstad. De allra flesta tackar ja till besöken. Vid besöket tas i regel följande ämnen upp till diskussion och information:

- sociala aktiviteter
- hälsa, syn och hörsel
- boendesituation
- aktuella läkemedel ev. olämpliga
- riskbedömningar och förebyggande åtgärder för
  - fallolycka
  - felnäring
  - kognitiva besvär
  - benskörhet



---

## Screena för förmaksflimmer

Sedan några år erbjuder man att ta ett tum-EKG för möjligheten att finna tidigare upptäckta och obehandlade förmaksflimmer. Många personer känner inte själva att de har ett förmaksflimmer. Obehandlade förmaksflimmer är en stor riskfaktor för att drabbas av stroke. Statistiskt sett kommer ca 20 % av personer med obehandlade förmaksflimmer att drabbas av stroke. Personer som drabbas av stroke pga obehandlat förmaksflimmer får oftast en mycket omfattande stroke, som kan leda till att patienten avlider eller får omfattande skador på hjärnan. Detta innebär stort personligt lidande och mycket höga samhällskostnader.

Under 2022 har alla eftersläpande besök utförts. Samt årets 77-åringar. Från verksamheten upplever hembesökarna att de äldre överlag är nöjda, redovisning av delresultat från årets besök har gjorts inför nämn-

den. Från nyckeltal till kommunen syns att Osby kommun har färre fall än andra liknande kommuner och riket. Osby kommun har även färre insjuknande i stroke. Förvaltningen tolkad detta som ett bevis på att de förebyggande besöken identifierar risker och medvetandegör invånare så att de kan vidta åtgärder i sin vardag.

### Förbättringsförslag för 2023

- Fortsatt arbete med besök och börja införa återbesök
- Fortsatt samarbete med högskolan

## MÅL OCH STRATEGIER FÖR KOMMANDE ÅR 2023

Nationell vårdplan för palliativ vård (NVP) Implementering påbörjas. Start inom särskilt boende.

Rutin systematiskt kvalitetsarbete-avvikelsehantering kommer fortsätta implementeras Verksamhetsuppföljningar kommer ske under året. Utbildning i verksamhetssystemet gällande avvikelseflödet för chefer.

Kvalitets och ledningssystemet enligt SOSFS 2011:9 kommer implementeras i kommunens verksamhetssystem Stratsys

Kvalitetssäkring läkemedelshantering fortsätter via extern apotekare och revidering av riktlinje.

Hälso- och sjukvårdens handbok med rutiner och riktlinjer kommer revideras

---

Under 2023 kommer rehabverksamheten och Trygg Hemgång inleda ett samarbete med Hässleholms sjukhus och regionens primärvård med anledning av projektet ”Specialiserad rehabilitering i hemmet” (SPRIH). Syftet med projektet är att hitta samarbetsformer för sjukhusansluten specialiserad rehabilitering i hemmiljö samt ett mer sömlöst och personcentrerat arbetssätt där specialistvården tillsammans med patient och kommun skapar en vård utan gränser och delar ansvaret för patientens hälsa med denne.

Nära vård kräver stora insatser framåt och kräver ökad kompetens hos personal. Innebär utmaning att samskapa med invånare och flytta fokus till att arbeta mer personcentrerat, sammanhållet proaktivt och hälsofrämjande. HSL chefer, områdeschef samt MAS kommer genomföra SKR:s ledarskapsutbildning Nära Vård under vt-23.

Påbörja dialog för att utbilda hygienombud inom verksamheterna. Som ett stöd till enhetschefer, att gemensamt arbeta för att förhindra smittspridning och det förebyggande arbetet inom vårdhygien som ständigt behöver bedrivs.

Hur kan hälsa och omsorg använda sig av analysverktyg för patientsäkerhet? En inventering under 2023 påbörjas. Runt om i Sverige pågår omställning till Nära vård. Omställningen syftar till en sjukvård och omsorg som utförs med utgångspunkt i patientens individuella behov och förutsättningar. För att stärka patientsäkerhetsarbetet finns ett analysverktyg som stöd, utarbetat av SKR.

Verktyget kan utgöra ett stöd för att:

- genomföra en nulägesanalys av patientsäkerhetsarbetet i kommunen.
- identifiera utmaningar för en säker vård samt teman där det saknas information om nuläget.
- identifiera och prioritera bland insatser för att möta utmaningarna och därmed stärka
- patientsäkerhetsarbete på lång sikt och i omställningen till en nära vård.
- skapa en samsyn kring styrkor och förbättringsområden för en god och säker vård.
- skapa en grund för framtagande av lokala handlingsplaner.