



**Hässelholms
kommun**

Kallelse till Omsorgsnämnden

Tisdagen den 13 februari 2024, kl. 9:00-13.00
 Stadshuset sammanträdesrum 1

I tur att justera: Ann Persson (M)
 Ersättare: Susanne Lottsfeldt (SD)
 Tid och plats för justering: Digital justering

Föredragningslista

	Ärenden	
	Upprop	
	Protokollsjustering	
	Beslutsärenden	Föredragande
3.	Godkännande av dagordningen	
4.	Muntlig information Bokslut 2023 <i>Handlingar</i> • Muntlig information Bokslut 2023	Fredrik Carbonnier Ec
5.	Organisationsförändring inom omsorgsförvaltningen <i>Handlingar</i> • Tjyskr organisationsförändring inom omsorgsförvaltningen	
6.	Budget 2024 <i>Handlingar</i> • Tjyskr Budget 2024 • Bilaga 1 Budget • Bilaga 2. Nämndplan och internbudget, omsorgsförvaltningen 2024.	Fredrik Carbonnier Ec
7.	Budgetreglering med anledning av måltidsorganisationen <i>Handlingar</i>	

	<ul style="list-style-type: none"> • Tjyskr Budgetreglering med anledning av måltidsorganisationen 	
8.	<p>Investeringsbehov av hjälpmedelsverksamhet</p> <p><i>Handlingar</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Tjyskr Investeringsbehov hjälpmedelsverksamhet • Bilaga 1. Protokollsutdrag från Omsorgsnämndens sammanträde den 31 maj. 	
9.	<p>Granskningsrapport inter kontroll 2023</p> <p><i>Handlingar</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Tjyskr Granskningsrapport intern kontroll 2023 • Bilaga 1. Granskningsrapport 2023 • Bilaga 2. Avtalsuppföljning IK 2023-utanför ramavtal-rapport 	<p>Maria Persson Verksamhetsutv Ulf Jönsson, utredare</p>
10.	<p>Intern kontrollplan 2024</p> <p><i>Handlingar</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Tjyskr Intern kontrollplan 2024 • Bilaga 1. Intern kontrollplan och granskningsrapport 2024. • Bilaga 2. Risk- och väsentlighetsanalys 2024. 	<p>Maria Persson, Verksamhetsutv Ulf Jönsson, utredare</p>
11.	<p>Patientsäkerhetsberättelse 2023</p> <p><i>Handlingar</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Tjyskr Patientsäkerhetsberättelse 2023 • Bilaga 1. Patientsäkerhetsberättelse - 2023 	<p>Birgitta Ljungbeck, MAS</p>
12.	<p>Remiss svar betänkande framtida pandemier</p> <p><i>Handlingar</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Tjyskr Remiss svar betänkande framtida pandemier • Bilaga 1. Remissvar från Hässleholms kommun • Bilaga 2. Remissmissiv • Bilaga 3. Slutbetänkande av utredning • Bilaga 4. Utredningen om författningsberedskap inför framtida pandemier 	
13.	<p>Uppsägning av lokal, FSS</p> <p><i>Handlingar</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Tjyskr Uppsägning av lokal, FSS 	

14.	<p>Övriga anmälningar</p> <p><i>Handlingar</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Tjyskr Övriga anmälningar • Bilaga 1. Protokoll FÖS 2024-02-05 • Bilaga 2. Statistik • Bilaga 3. Bestämmelser om ekonomisk ersättning till förtroendevalda • Bilaga 4. Bilaga till Bestämmelser om ekonomisk ersättning till förtroendevalda • Bilaga 5. Uppföljning jämställdhetsplan för Hlm kommun KSAU o KS • Bilaga 6. Miljö och stadsbyggnad bostadsförsörjning • Bilaga 7. Kultur o fritidsnämnden • Bilaga 8. Budgetreglering med anledning av måltidsorganisationen • Bilaga 9. Protokollsutdrag socialnämnden 	
15.	<p>Delegationsbeslut</p> <p><i>Handlingar</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Tjyskr Delegationsbeslut • Protokoll Arbetsutskottet 2024-01-30 • Delegationsbeslut SoL och LSS • Delegationsprotokoll Avskrivningar och nedsättning av hyra • Avtalsrapport, tillsv anst månad 12, 2023 • Avtalsrapport, alla tidsbegränsade anställningar månad 12 2023 	
16.	<p>Aktuellt i verksamheten</p> <p><i>Handlingar</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Aktuellt i verksamheten 	

Omsorgsnämnden

Christer Welinder (S)
Ordförande

Helena Andersson
Sekreterare

Omsorgsnämnden



**Hässelholms
kommun**

*Handläggare
Förvaltningschef Åsa Ollerstam Lundh
Omsorgsförvaltningen*

asa.a.ollerstam.lundh@hasselholm.se

Omsorgsnämnden /Omsorgsnämndens
arbetsutskott

Organisationsförändring inom omsorgsförvaltningen

Förslag till beslut

Omsorgsnämndens arbetsutskott föreslår Omsorgsnämnden besluta att:

- Organisatoriskt flytta Lyckåsa korttidsboende och dagverksamheten för demenssjuka från avdelningen Resurs till avdelningen Särskilt boende
- Ändra namn på avdelningen Resurs till avdelningen Hälso- och sjukvård.

Sammanfattning

Omsorgsförvaltningen har identifierat behov av att göra vissa förändringar organisatoriskt för att möta framtida behov och skapa bättre förutsättningar för verksamhetschef och enhetschefer i delar av omsorgens verksamhet.

Beskrivning av ärendet

Omsorgsförvaltningen har en utmaning i att bereda kommuninvånare som är beviljade särskilt boende plats i kommunens egna verksamheter. För att få ekonomi i verksamheten behöver ett boende ha betydligt fler platser än kommunen har behov av antal korttidsplatser. I framtiden förväntas korttidsplatser, växelvårdsplatser och ett antal särskilt boendeplatser inrymmas i ett och samma hus. Att samtliga verksamheter är organiserade inom samma avdelning underlättar samarbete, samordning och flexibilitet.

En organisatorisk flytt av dagverksamheten för demenssjuka till avdelningen Särskilt boende förväntas inte påverka verksamheten. Däremot kommer det inom avdelningen Resurs att då endast vara hälso- och sjukvårdsverksamhet organiserad, vilket föranleder att se över namnet på avdelningen. Förvaltningen föreslår att avdelningen byter namn till avdelningen för Hälso-och sjukvård, vilket tydligt visar avdelningens uppdrag och underlättar inte minst vid rekrytering av nya medarbetare. Att renodla en avdelning för hälso- och sjukvård förväntas också ge verksamhetschefen och dennes ledningsgrupp större möjlighet att tillsammans med

Hässelholms kommun / Omsorgsförvaltningen

förvaltningens ledningsgrupp, MAS och kvalitetsutvecklare driva arbetet med omställningen till en nära vård i samarbete med slutenvården och primärvården.

Förslagets konsekvenser för verksamhetens brukare

Positiva

Barnperspektivet

Positiva

Miljökonsekvenser

Inga

Facklig samverkan

Dialog skedde vid FÖS 231211, Samverkas inför beslut i ON vid FÖS 240205.

Ekonomiska konsekvenser

Större möjlighet till effektivt resursutnyttjande

Konsekvenser för kommunkoncernen

Inga

Omsorgsförvaltningen

Åsa Ollerstam Lundh
Förvaltningschef

§ 2

Organisationsförändring inom omsorgsförvaltningen

Dnr: OF 2023/1187

Beslut

Omsorgsnämndens arbetsutskott föreslår Omsorgsnämnden besluta att:

1. Organisatoriskt flytta Lyckåsa korttidsboende och dagverksamheten för demenssjuka från avdelningen Resurs till avdelningen Särskilt boende
2. Ändra namn på avdelningen Resurs till avdelningen Hälso- och sjukvård.

Ledamöter som avstår från att delta i beslutet

Susanne Lottsfeldt (SD) deltar ej i beslutet

Beskrivning av ärendet

Omsorgsförvaltningen har identifierat behov av att göra vissa förändringar organisatoriskt för att möta framtida behov och skapa bättre förutsättningar för verksamhetschef och enhetschefer i delar av omsorgens verksamhet.



**Hässleholms
kommun**

Handläggare
Fredrik Carbonnier
Omsorgsförvaltningen

fredrik.carbonnier@hassleholm.se

TJÄNSTESKRIVELSE

1(2)

Datum

2024-01-10

Diarienummer

OF 2024/42

Omsorgsnämnden/Omsorgsnämndens
arbetsutskott

Budget 2024

Förslag till beslut

Omsorgsnämndens arbetsutskott föreslår omsorgsnämnden besluta att

1. Godkänna budget för omsorgsnämnden 2024
2. Översända budgeten till kommunfullmäktige

Sammanfattning

Ärendet beskriver budgetramen och dess fördelning för förvaltningens verksamheter inom omsorgsnämnden utifrån KF-planen för 2024.

I förvaltningens förslag till budget 2024 är hänsyn tagen till förflyttning av korttidsverksamheten och dagverksamheten för demenssjuka från verksamhet resurs till verksamhet särskild boende. Detta är beskrivet i ärendet ”Organisationsförändring inom omsorgsförvaltningen” som också är uppe för beslut innevarande nämnd.

Beskrivning av ärendet

I bilaga 1 beskrivs budgeten som den är lagd för verksamheterna på respektive verksamhetsområde.

Förvaltningen har fått till sig av stadsledningsförvaltningen om förändring av PO-pålägget, vilket gör att förvaltningen har valt att budgetera med ett högre PO-pålägg (47,18%) än vad som är beslutat i KF-planen (45,75%). Det är i denna bilaga kompenserat med en minuspost att totalen fortfarande överensstämmer med KF-planen. Anledningen till att vi redan nu har budgeterat med, över året korrekt PO, är att inte behöva räkna om hela budgeten när det faktiska beslutet kommer i över- och underskottsregleringen från KF i april.

Hässleholms kommun / Omsorgsförvaltningen

I förvaltningens förslag till budget 2024 är hänsyn tagen till förflyttning av korttidsverksamheten och dagverksamheten för demenssjuka från verksamhet resurs till verksamhet särskild boende. Detta är beskrivet i ärendet ”Organisationsförändring inom omsorgsförvaltningen” som också är uppe för beslut innevarande nämnd.

Statsbidrag redovisas inte i detta ärende.

Förslagets konsekvenser för verksamhetens brukare

Förvaltningens förslag på budget 2024 beräknas fylla behoven som verksamheten har.

Barnperspektivet

Ingen påverkan

Miljökonsekvenser

Ingen påverkan

Facklig samverkan

Förvaltningsövergripande samverkan 240205

Ekonomiska konsekvenser

Omsorgsnämnden håller ramen som är tilldelad enligt KF-plan

Bilagor

Bilaga 1 är en detaljerad budget per verksamhetsområde

Sändlista:

Kommunledningsförvaltningen

Omsorgsförvaltningen

Åsa Ollerstam Lundh

Förvaltningschef

Fredrik Carbonnier

Enhetschef Ekonomi & System och Teknik

Omsorgsnämnden DRIFT
Detaljerad verksamhetsbudget 2024

Ekonomi	Budget 2023 KF-plan	Kostnadskompensationer	Tillskott/Avdrag	Övriga justeringar	Slutlig ram 2024
Särskilt boende	313 933	24 115	900	32 627	371 575
Ordinärt boende	214 444	12 523	570	4 164	231 701
Funktionsnedsättning stöd och service	335 519	13 965	2 133	53	351 670
Resurs	155 398	6 047	2 273	-24 588	139 130
Myndighetsenheten	98 869	675	4 400	-184	103 760
Administration	58 938	-7 147	1 632	-5 126	48 297
Summa	1 177 101	50 178	11 908	6 946	1 246 133

Sammanfattning av verksamhetsförändringar

Verksamhet	Beskrivning	Behov 2024
Särskilt boende		57 642
	Lönekompensation, omfördelningar mfl justeringar	29 483
	Övriga förändringar Korttidsverksamheten byter verksamhetsområde	24 372
	Identifierade behov Uppstart Björksäters sista avdelning	4 587
	Föreslagna besparingsåtgärder	-800
Ordinärt boende		17 257
	Lönekompensation, omfördelningar mfl justeringar	18 107
	Identifierade behov	0
	Föreslagna besparingsåtgärder	-850
FSS		16 151
	Lönekompensation, omfördelningar mfl justeringar	17 292
	Identifierade behov	0
	Föreslagna besparingsåtgärder	-1 141
Resurs		-16 268
	Lönekompensation, omfördelningar mfl justeringar	6 047
	Övriga förändringar Korttidsverksamheten byter verksamhetsområde	-24 372
	Identifierade behov Hjälpmedelbudget, Läke-medelsfrakt, mm	2 273
	Föreslagna besparingsåtgärder	-216
Myndighetskontoret		4 891
	Lönekompensation, omfördelningar mfl justeringar	875
	Identifierade behov Ökade OPI-kostnader	4 400
	Föreslagna besparingsåtgärder	-384
Administration och gemensamma kostnader		-10 641
	Lönekompensation, omfördelningar mfl justeringar	-3 171
	Övriga förändringar Uppstart Björksäters sista avdelning	-4 587
	Identifierade behov Systemförändringar, Språktest, VC-FSS 6 mån	1 252
	Föreslagna besparingsåtgärder	-4 135
Summa förändringar enligt omsorgsförvaltningens förslag		69 032

Verksamhetsområde: **Ordinärt boende**
Detaljerad verksamhetsbudget 2024

Ekonomi per vht	Budget 2023 kF		Kostnadskompensat		Förändring av behov 2024	Ram enligt förändrat behov	
	tk	tk	tk	tk		tk	tk
Hemljant	214 444	12 523		17 257			231 701
Summa	214 444	12 523		17 257			231 701
Specifikation av verksamhetsförändringar							
Specifikation av behov		Beskrivning		Förändring av behov 2024			
Tillkort Kompensation, Internhyra, mm				tk			
Tillkort Kompensation, Internhyra, mm				12 523			
Identifierade behov				0			
Förslagena budgetanslag		Summering		0			
		Effektivisering genom digitala inköp		-850			
		Resursfördelning		5 710			
		Budgetproposition 2022		5 015			
		<i>Delområdes Förvaltnings förslag för år 2024</i>		4 735			
Summa				17 257			

Verksamhetsområde: **Särskilt boende**
Detaljerad verksamhetsbudget 2024

Ekonomi per vht	Budget 2023 kF		Kostnadskompensat		Förändring av behov 2024	Ram enligt förändrat behov	
	tk	tk	tk	tk		tk	tk
Särskilt boende	313 933	24 315		57 642			371 575
Summa	313 933	24 315		57 642			371 575
Specifikation av verksamhetsförändringar							
Specifikation av behov		Beskrivning		Förändring av behov 2024			
Tillkort Kompensation, Internhyra, mm				tk			
Tillkort Kompensation, Internhyra, mm				24 115			
Identifierade behov		Hjälkåtar		4 587			
				4 587			
Förslagena budgetanslag		Lycklös omorganisation till Sibo		-24 372			
		Resursfördelning		900			
		E-handelsprojekt gör skap inom sibo		-800			
		Budgetproposition 2022		4 468			
		<i>Delområdes Förvaltnings förslag för år 2024</i>		33 827			
Summa				57 642			

Verksamhetsområde: **Resurs**
Detaljerad verksamhetsbudget 2024

Ekonomi per vht	Budget 2023 kF		Kostnadskompensat		Förändring av behov 2024	Ram enligt förändrat behov	
	tk	tk	tk	tk		tk	tk
Resurs	155 398	6 047		-16 268			139 130
Summa	155 398	6 047		-16 268			139 130
Specifikation av verksamhetsförändringar							
Specifikation av behov		Beskrivning		Förändring av behov 2024			
Tillkort Kompensation, Internhyra, mm				tk			
Tillkort Kompensation, Internhyra, mm				6 047			
Identifierade behov		Höjd tillgångsbudget		1 300			
		Ökad fräckkostnader Hälsoenhet		800			
		Kölibering av MT11		2 173			
				2 173			
Förslagena budgetanslag		Lycklös omorganisation till Sibo		-24 372			
		Uklörning av bil och källspåret		-216			
				-24 588			
		<i>Delområdes Förvaltnings förslag för år 2024</i>		-23 318			
Summa				-16 368			

Verksamhetsområde: **Funktionsnedläggning stöd och service**
Detaljerad verksamhetsbudget 2024

Ekonomi per vht	Budget 2023 kF		Kostnadskompensat		Förändring av behov 2024	Ram enligt förändrat behov	
	tk	tk	tk	tk		tk	tk
FSS	335 519	13 965		16 151			351 670
Summa	335 519	13 965		16 151			351 670
Specifikation av verksamhetsförändringar							
Specifikation av behov		Beskrivning		Förändring av behov 2024			
Tillkort Kompensation, Internhyra, mm				tk			
Tillkort Kompensation, Internhyra, mm				13 965			
Identifierade behov				0			
Förslagena budgetanslag		Resursfördelning		730			
		Ta bort funktionsstöd i reception kamillsvägen		-210			
		Budgetproposition 2022		1 094			
		Resursfördelning FSS		1 403			
		Höjd aktiveringsnivå 2 kr per dag och brukare		100			
		Städkvitt till assistans		-941			
		<i>Delområdes Förvaltnings förslag för år 2024</i>		2 186			
Summa				16 151			

Verksamhetsområde: **Myndighetsnheten**
Detaljerad verksamhetsbudget 2024

Ekonomi per vht	Budget 2023 kF		Kostnadskompensat		Förändring av behov 2024	Ram enligt förändrat behov	
	tk	tk	tk	tk		tk	tk
Myndighetsnheten	98 809	675		4 891			103 700
Summa	98 809	675		4 891			103 700
Specifikation av verksamhetsförändringar							
Specifikation av behov		Beskrivning		Förändring av behov 2024			
Tillkort Kompensation, Internhyra, mm				tk			
Tillkort Kompensation, Internhyra, mm				675			
Identifierade behov		Arbetsutgifter i bostadsbedrivning		200			
				700			
Förslagena budgetanslag		Särskilt boende: 42 (42) platser, prisökning					
		Korttidsvård 2 (6) platser					
		FSS-boende vuxna 10 (10) platser, prisökning		4 400			
		Soc-boende vuxna 24 (24) prisökning		4 400			
		Årunden omfattade hemtjänst		-384			
		<i>Delområdes Förvaltnings förslag för år 2024</i>		4 216			
Summa				4 891			

Verksamhetsområde: **Administration och utveckling**
Detaljerad verksamhetsbudget 2024

Ekonomi per vht	Budget 2023 kF		Kostnadskompensat		Förändring av behov 2024	Ram enligt förändrat behov	
	tk	tk	tk	tk		tk	tk
Administration och utveckling	58 938	-7 147		-3 494			48 297
Summa	58 938	-7 147		-3 494			48 297
Specifikation av verksamhetsförändringar							
Specifikation av behov		Beskrivning		Förändring av behov 2024			
Tillkort Kompensation, Internhyra, mm				tk			
Tillkort Kompensation, Internhyra, mm				-7 147			
Identifierade behov		Licenskostnader Outlook/PowerOff		162			
		Licenskostnader Malvind		120			
		Spilltjänst		400			
		VE-FSS (funktions)		570			
Förslagena budgetanslag		Kostnadseffektivisering MAR-jäntan		-880			
		Kostnadseffektivisering Hyresutgången Inklus Sibo/FSS		-2 500			
Övriga förändringar		Uppstart Björkåkers sista avdelning		-4 587			
		Administrationskostnader för centrala funktioner		-255			
		Budgetpropositionen 2022		1 714			
		Resursfördelning		2 262			
				-1 366			
		<i>Delområdes Förvaltnings förslag för år 2024</i>		-1 366			
Summa				-3 494			



Nämndplan och internbudget 2024

Omsorgsnämnden

► Hässleholm nästa.

Innehållsförteckning

1. Nämndens grunduppdrag	1
2. Utvecklingsmål.....	1
Hållbar ekonomisk utveckling	2
Övergripande mål för kommunkoncernen.....	2
Nämndens utvecklingsmål	2
Så följer vi upp målet.....	2
En attraktiv plats för medborgare och företag	2
Övergripande mål för kommunkoncernen.....	2
Nämndens utvecklingsmål	3
Så följer vi upp målet.....	3
Livskvalitet och trygghet – hela livet	3
Övergripande mål för kommunkoncernen.....	3
Nämndens utvecklingsmål	3
Så följer vi upp målet.....	3
Attraktiv arbetsgivare	3
Övergripande mål för kommunkoncernen.....	4
Nämndens utvecklingsmål	4
Så följer vi upp målet.....	4
3. Internbudget för omsorgsförvaltningen	4

Fastställt den: [Ange datum]

Fastställt av: Åsa Ollerstam Lundh

För revidering ansvarar: Sara Makboul

För uppföljning ansvarar: Sara Makboul

Dokumentet gäller för: omsorgsnämnden

Giltighetsperiod: 2024

1. Nämndens grunduppdrag

Grunduppdraget definieras huvudsakligen av SoL, LSS, HSL och PSL.

Verksamheten riktar sig till tre målgrupper:

1. äldre människor,
 2. barn och vuxna med fysisk och psykisk funktionsnedsättning, och
 3. barn och vuxna med somatisk sjukdom.
- Nämndens verksamhet ska präglas av likvärdighet i tillgången till stöd och hjälp för nämndens målgrupper samt god service.
 - Nämnden ska erbjuda stöd för att underlätta för de personer som vårdar en närstående som är äldre, är vuxen och har en fysisk funktionsnedsättning eller är vuxen och långvarigt somatiskt sjuk.
 - Nämnden ansvarar för att tillhandahålla förebyggande och uppsökande insatser avseende målgrupperna.
 - Nämnden fullgör inom sitt område de uppgifter som ankommer på vårdgivaren för kommunens hälso- och sjukvård.
 - Nämnden får tillhandahålla och ansvara för mötesplatser avseende nämndens målgrupper.

Behoven hos dem vi finns till för

Tillgodose trygghet, livskvalité, kontinuitet, god och nära vård, delaktighet och omtanke hos den enskilde

- Ökning av den äldre befolkningspopulation
- Komplexa och omfattande behov ökar
- Högre grad av medicinska insatser för kommunen till följd av snabbare utskrivning från slutenvård
- Samsjuklighet inom psykiatri och LSS
- Ökat behov av samverkan mellan aktörer, för att förebygga att medborgare hamnar mellan stolarna

2. Utvecklingsmål

Kommunfullmäktige har tagit beslut om fyra strategiska utmaningar och sju övergripande mål som kommunkoncernen ska prioritera under mandatperioden. De strategiska utmaningarna utgår från ett helhetsperspektiv och har arbetats fram med utgångspunkt i förvaltningarnas nulägesanalyser och omvärldsanalys. Omvärldsanalysen bygger bland annat på Sveriges Kommuner och Regioners (SKR) material "Tio trender som påverkar det kommunala och regionala

uppdraget”, som identifierar de huvudsakliga trender vilka påverkar förutsättningarna att leda och styra inom det offentliga uppdraget.

Respektive nämnd analyserar och värderar hur nämnden kan bidra till att uppfylla de strategiska utmaningarna och övergripande mål och sätter utvecklingsmål för detta arbete. Nämnden sätter även utvecklingsmål utifrån behovet av att utveckla grunduppdraget i syfte att leverera tjänster och service av hög kvalitet till dem som bor och verkar i Hässleholm.

Hållbar ekonomisk utveckling

Hållbar ekonomisk utveckling är en av förutsättningarna för att säkra människors jobb och sociala trygghet. Vi har ett ansvar för kommande generationer genom att kostnaderna idag inte ska vara större än intäkterna. Samtidigt ska vi skapa utrymme för kvalitetsförbättringar och investera i utvecklingen av Hässleholms kommun. Varje skattekrona ska användas på ett effektivt sätt.

Övergripande mål för kommunkoncernen

Hässleholms kommunkoncern har tydliga finansiella mål för hela verksamheten som bidrar till en långsiktigt god ekonomisk hushållning.

Nämndens utvecklingsmål

Omsorgsnämnden har en ekonomi i balans med bibehållen kvalitet i insatserna

Så följer vi upp målet

Uppföljning av nyckeltal:

- Andel köpta platser inom säbo
- Andel ssk i relation till bemannings ssk

Kvalitativ uppföljning av genomförda aktiviteter i verksamhetsplan

En attraktiv plats för medborgare och företag

I Hässleholms kommun erbjuds både stad och landsbygd. Vi har nära till natursköna miljöer, samtidigt som omvärlden är nära Hässleholm eftersom vi är en knutpunkt. Vi vill stärka attraktionskraften kring vår plats och den gemensamma riktningen framåt.

Övergripande mål för kommunkoncernen

Hässleholms kommun erbjuder attraktiva och hållbara livsmiljöer i hela kommunen

Hässleholms kommun ska vara en möjliggörare som ger företag förutsättningar för etablering, expansion och utveckling och därmed ett välmående företagsklimat.

Hässleholms kommuns vision stakar ut den gemensamma riktningen framåt.

Nämndens utvecklingsmål

Omsorgsnämnden ska säkerställa insatser av god kvalitet och hög kontinuitet i omställningen till en nära vård och omsorg

Så följer vi upp målet

Uppföljning av nyckeltal:

- Kontinuitet

Kvalitativ uppföljning av genomförda aktiviteter i verksamhetsplan

Livskvalitet och trygghet – hela livet

Tillit och trygghet går hand i hand. Vi vill ha en utveckling där både tillit och trygghet ökar i samhället. Människors säkerhet och trygghet handlar både om den faktiska utsattheten för brott och ytterst om den enskildes tillit till samhället, medmänniskor, upplevelse av social tillhörighet och delaktighet. Självförsörjning är en nyckel till delaktighet i samhället och en förutsättning för individens självständighet. Samtidigt ser vi att de sociala skillnaderna i samhället ökar. Fler grupper står långt ifrån arbetsmarknaden. Arbetslösheten är högst hos dem med låg utbildningsnivå. Vi vill vända trenden. Hässleholm ska vara en trygg plats där tilliten är hög.

Övergripande mål för kommunkoncernen

I Hässleholms kommun ska alla barn få bli sitt bästa och lägga grunden till ett självständigt liv.

I Hässleholms kommun ges förutsättningar för fler invånare att komma i arbete.

I Hässleholms kommun upplevs utemiljön som välkomnande och trygg.

Nämndens utvecklingsmål

Omsorgsnämnden ska genom främjande och förebyggande insatser öka tilliten till nämndens verksamheter samt tillgodose den enskildes behov av trygghet, omtanke och livskvalitet

Så följer vi upp målet

Kvalitativ uppföljning av genomförda aktiviteter i verksamhetsplan.

Attraktiv arbetsgivare

Kompetensförsörjningen inom kommuner och regioner är en utmaning kommande år med stora pensionsavgångar, brist på utbildad personal och svårigheter att rekrytera vissa yrkesgrupper. Hårdare konkurrens om kompetens ställer ökade krav på Hässleholms kommun som en attraktiv arbetsgivare. Vi ska erbjuda flexibla arbetssätt och en frisk, kreativ arbetsmiljö. Ledare och medarbetare ges förutsättningar att utveckla välfärdsuppdraget.

Övergripande mål för kommunkoncernen

I Hässleholms kommunkoncern arbetar vi med tillit och medskapande där medarbetarna är delaktiga i utvecklingen av de tjänster och den service vi levererar.

Nämndens utvecklingsmål

Omsorgsnämnden ska säkra kompetensförsörjningen genom att attrahera, utveckla och engagera medarbetare och ledare i nämndens verksamheter

Så följer vi upp målet

Uppföljning av nyckeltal:

- Genomsnittlig sysselsättningsgrad
- Timavlönade
- Frisknärvaro
- Andel tv med adekvat utbildning

Kvalitativ uppföljning av genomförda aktiviteter i verksamhetsplan

3 Internbudget för omsorgsförvaltningen

Detaljerad verksamhetsbudget 2024

Ekonomi	Budget 2023 KF-plan	Kostnads-kompensationer	Tillskott/ Avdrag	Övriga justeringar	Slutlig ram 2024
Särskilt boende	313 933	24 115	900	32 627	371 575
Ordinärt boende	214 444	12 523	570	4 164	231 701
FSS	335 519	13 965	2 133	53	351 670
Resurs	155 398	6 047	2 273	-24 588	139 130
Myndighetsenheten	98 869	675	4 400	-184	103 760
Administration	58 938	-7 147	1 632	-5 126	48 297
Summa	1 177 101	50 178	11 908	6 946	1 246 133

Sammanfattning av verksamhetsförändringar

Verksamhet	Beskrivning	Behov 2024
Särskilt boende		57 642
	<i>Lönekompensation, omfördelningar mfl justeringar</i>	29 483
	<i>Övriga förändringar</i> Korttidsverksamheten byter verksamhetsområde	24 372
	<i>Identifierade behov</i> Uppstart Björksäters sista avdelning	4 587
	<i>Föreslagna besparingsåtgärder</i>	-800
Ordinärt boende		17 257
	<i>Lönekompensation, omfördelningar mfl justeringar</i>	18 107
	<i>Identifierade behov</i>	0
	<i>Föreslagna besparingsåtgärder</i>	-850
FSS		16 151

<i>Lönekompensation, omfördelningar mfl justeringar</i>		17 292
<i>Identifierade behov</i>		0
<i>Föreslagna besparingsåtgärder</i>		-1 141
Resurs		-16 268
<i>Lönekompensation, omfördelningar mfl justeringar</i>		6 047
<i>Övriga förändringar</i>	Korttidsverksamheten byter verksamhetsområde	-24 372
<i>Identifierade behov</i>	Ökad hjälpmedelsbudget, Läkemedelsfrakt, mm	2 273
<i>Föreslagna besparingsåtgärder</i>		-216
Myndighetskontoret		4 891
<i>Lönekompensation, omfördelningar mfl justeringar</i>		875
<i>Identifierade behov</i>	Ökade OPI-kostnader	4 400
<i>Föreslagna besparingsåtgärder</i>		-384
Administration och gemensamma kostnader		-10 641
<i>Lönekompensation, omfördelningar mfl justeringar</i>		-3 171
<i>Övriga förändringar</i>	Uppstart Björksäters sista avdelning	-4 587
<i>Identifierade behov</i>	Systemförändringar, Språktest, VC-FSS 6mån	1 252
<i>Föreslagna besparingsåtgärder</i>		-4 135
Summa förändringar enligt omsorgsförvaltningens förslag		69 032



**Hässleholms
kommun**

Handläggare
Fredrik Carbonnier
Omsorgsförvaltningen

fredrik.carbonnier@hassleholm.se

Omsorgsnämnden/omsorgsnämndens
arbetsutskott

Budgetreglering med anledning av måltidsorganisationen

Förslag till beslut

Omsorgsnämndens arbetsutskott beslutar att föreslå tekniska nämnden besluta att föreslå kommunstyrelsen besluta att budgetreglering mellan tekniska nämnden och omsorgsnämnden genomförs enligt följande:

1. Belopp motsvarande 2 176 000 kr regleras från omsorgsnämndens budgetram och tillförs tekniska nämndens budgetram från och med 2024.

Sammanfattning

Då budgetram för måltidsverksamheten, exklusive dess ledningsfunktion, finns hos omsorgsnämnden samt barn- och utbildningsnämnden är det beslutat från KF 29 mars 2021 att även budget avseende effektiviseringar avräknas dit där budget återfinns. Detta ärende reglerar budgeten enligt ovan till tekniska nämnden.

Den 29 mars 2021 beslutade Kommunfullmäktige att med start från och med 2022 inrätta en samordnad måltidsorganisation under tekniska nämndens ansvar.

Intentionen med en samlad måltidsorganisation var att möjliggöra effektiviseringar genom att optimera nyttjandet av lokaler och maskiner, skapa en enhetlighet med inköp och menyer samt att öka medarbetarens kompetens, förbättra arbetsmiljö och underlätta personalförsörjning.

Beskrivning av ärendet

Förslaget konsekvenser för verksamhetens brukare

Ej aktuell

Barnperspektivet

Ej aktuell

Miljökonsekvenser

Ej aktuell

Facklig samverkan

Ej aktuell

Ekonomiska konsekvenser

Befintlig budgetram fördelas mellan nämnderna

Konsekvenser för kommunkoncernen

En effektivare måltidsorganisation

Sändlista:

Kommunstyrelsen

Omsorgsförvaltningen

Åsa Ollerstam Lundh

Förvaltningschef

Fredrik Carbonnier

Enhetschef Ekonomi och system och teknik



**Hässelholms
kommun**

Handläggare
Ulrika Bengtsson
Omsorgsförvaltningen

ulrika.bengtsson@hasselholm.se

Omsorgsnämnden/Omsorgsnämndens
arbetsutskott

Investeringsbehov Hjälpmedelsverksamheten

Förslag till beslut

Omsorgsnämndens arbetsutskott föreslår omsorgsnämnden besluta att ansöka om utökad investeringsbudget med 1 400 000 kr för 2024 med anledning av flytt av hjälpmedelsverksamheten.

Sammanfattning

I samband med flytt av hjälpmedelsverksamheten planeras det att införskaffas en kabinettdiskdesinfektor. Investeringen för denna behöver göras på 2024 års investeringsbudget. Kostnaden beräknas tillsammans med installationskostnad och flyttkostnad uppgå till 1 400 000 kr. Omsorgsförvaltningen föreslår därför omsorgsnämnden att ansöka om utökad investeringsbudget på motsvarande belopp.

Beskrivning av ärendet

20220531 tog omsorgsnämnden beslut om att förhyra lokal till hjälpmedelsverksamheten på Persedelvägen 3 (bil. 1).

I samband med flytt av hjälpmedelsverksamheten planeras det att införskaffas en kabinettdiskdesinfektor. Investeringen för denna behöver göras på 2024 års investeringsbudget. Kostnaden beräknas tillsammans med installationskostnad och flyttkostnad uppgå till 1 400 000 kr. Omsorgsförvaltningen föreslår därför omsorgsnämnden att ansöka om utökad investeringsbudget på motsvarande belopp.

Med kabinettdiskdesinfektorn kan hjälpmedel som idag kastas rekonditioneras och återanvändas. Detta gäller B-hjälpmedel som till exempel duschpallar, toalettförhöjningar, kryckkäppar, käppar, vissa handträningsredskap, strumppådragare, fristående toalettförhöjningar, toalettsitsar, lösa och fasta tillsatser till toalettförhöjningar, fyrpunktsstöd, glidbrädor, glidmattor, vridplattor, sängbord/läsbord, stöd och vändhandtag, förhöjningsklossar med mera.

Hässelholms kommun / Omsorgsförvaltningen

Kristianstads kommun sparade under 2023 över 2 miljoner kronor genom att rekonditionera hjälpmedel.

Förslagets konsekvenser för verksamhetens brukare

Bedöms ej aktuellt

Barnperspektivet

Bedöms ej aktuellt

Miljökonsekvenser

Med en större andel B-hjälpmedel som kan rekonditioneras och åter komma i bruk kommer detta att minska svinnet och därmed miljöpåverkan vid tillverkning av nya samt omhändertagandet av kasserade, fullt brukbara hjälpmedel.

Facklig samverkan

Information kommer att ges på LOK 240124.

Ekonomiska konsekvenser

Positiva konsekvenser då uttag av nya B-hjälpmedel kommer att minska.

Konsekvenser för kommunkoncernen

Positiva, minskade kostnader för B-hjälpmedel.

Bilagor

Protokollsutdrag från Omsorgsnämnden den 31 maj.

Sändlista:

Kommunledningsförvaltningen

Omsorgsförvaltningen

Ulrika Bengtsson

§ 53

Slutgiltigt hyreskontrakt Hjälpmedelscentralen

Dnr: OF 2022/344

Beslut

Omsorgsnämnden beslutar följande:

1. Förhyra lokal på Persedelsvägen 3, Hässleholm, för omsorgsförvaltningens hjälpmedelsverksamhet.
2. Begära full kompensation för hyresökningen genom internhyressystemet.

Beskrivning av ärendet

Omsorgsnämnden antog 210601 lokalrevision och lokalbehovsplanen för 2022-2026 som underlag till kommunens övergripande lokalförsörjningsplan.

Tekniska förvaltningen fick, utifrån lokalbehovsplanen, att inventera lämpliga lokaler till omsorgsförvaltningens hjälpmedelsverksamhet. Verksamheten har behov av större lokaler för att möta de ökade kraven på hygien och det förväntat ökade behovet av hjälpmedel inom både äldreomsorg och funktionsnedsättning stöd och service.

Ärendets tidigare behandling

Omsorgsnämndens arbetsutskott beslutade 2022-05-16, § 43, följande:

Omsorgsnämndens arbetsutskott föreslår omsorgsnämnden besluta att:

1. Förhyra lokal på Persedelsvägen 3, Hässleholm, för omsorgsförvaltningens hjälpmedelsverksamhet.
2. Begära full kompensation för hyresökningen genom internhyressystemet.

Sänt till:

Tekniska förvaltningen
Kommunledningsförvaltningen

Handläggare
Maria Persson
Omsorgsförvaltningen

maria.c.persson@hassleholm.se

Omsorgsnämnden/omsorgsnämndens
arbetsutskott

Granskningsrapport intern kontroll 2023

Förslag till beslut

Omsorgsnämndens arbetsutskott föreslår omsorgsnämnden besluta att:

1. Godkänna granskningsrapport intern kontroll för omsorgsförvaltningen 2023
2. Översända rapporten till kommunstyrelsen och kommunens revisorer

Sammanfattning

Den interna kontrollen syftar till att säkerställa att verksamheten bedrivs ändamålsenligt, att verksamheten är tillförlitlig samt att säkerställa att lagar, föreskrifter, policys och riktlinjer följs. Internkontroll ska göras enligt regler för internkontroll, KF 2015/342 049. Kontroll har utgått från de av omsorgsnämnden beslutade nio granskningsområdena omfattande: Verksamhetssystem, IT systemavbrott, hantering av privata medel, attesthantering, basal vårdhygien, genomförandeplan, loggkontroller, ohanterade avvikelser samt uppföljning verksamhetsavtal.

Beskrivning av ärendet

Internkontroll ska göras enligt regler för intern kontroll: ”Till de kontrollmoment som finns med i den interna kontrollplanen ska det finnas aktuella rutinbeskrivningar”. Något som framgått tydligare i intern kontroll 2023.

Gällande hantering kring privata medel ser förvaltningen att verksamheten arbetar utifrån gällande rutiner, det kommer vara ett fortsatt kontrollmoment 2024. Under 2023 har kontrollmomenten gällt verksamhetssystemet kring hantering och verkställighet, (Procapita). Kontrollerna har genomförts både utifrån funktionalitet (IT -systemavbrott) samt rutiner för användande (medarbetarnas aktiviteter i verksamhetssystemet). Kontroll kring genomförandeplan visar att förvaltningen behöver fortsätta arbetet med implementering samt förtydligande. Kontroll kring

loggar utifrån bland annat Patientdatalagen visar på följsamhet och kontroll. Arbetet med basalvårdshygien visar på förbättrat, men inte tillräckligt bra resultat och kommer därför att fortsätta under 2024. Uppföljning verksamhetsavtal utanför Skånes ramavtal visar att alla privata utförare uppfyller kraven i avtalen.

Förslagets konsekvenser för verksamhetens brukare

Granskning inom omsorgsnämndens ansvarsområde gynnar de personer som erhåller insatser då internkontroll syftar till förbättringsåtgärder.

Barnperspektivet

Barnperspektivet vägs in i helheten och beaktas utifrån de områden som granskats.

Miljökonsekvenser

Inga miljökonsekvenser har identifierats.

Facklig samverkan

Information vid förvaltningsövergripande samverkan 2024-02-05

Ekonomiska konsekvenser

Inga uttalade ekonomiska konsekvenser har identifierats.

Konsekvenser för kommunkoncernen

En stabil intern kontroll främjar en robust organisation.

Bilagor

1. Granskningsrapport intern kontroll 2023

Sändlista:

Kommunstyrelsen
Revisionen

Omsorgsförvaltningen

Maria Persson

Sammanfattning av nämndens interna kontrollarbete:

Sammanfattning av nämndens interna kontrollarbete:

Intern kontroll ska göras enligt regler för intern kontroll, KF 2015/342 049: "Till de kontrollmoment som finns med i den interna kontrollplanen ska det finnas aktuella rutinbeskrivningar". Något som framgår tydligare i internkontroll 2023. Kontroll har utgått från de av nämnden beslutade nio granskningsområdena.

Gällande hantering kring privata medel ser förvaltningen att verksamheten arbetar utifrån gällande rutiner, det kommer vara ett fortsatt kontrollmoment 2024. Under 2023 har kontrollmomenten gällt verksamhetssystemet kring hantering och verkställighet, (Procapita). Kontrollerna har genomförts både utifrån funktionalitet (IT -systemavbrott) samt rutiner för användande (medarbetarnas aktiviteter i verksamhetssystemet). Kontroll kring genomförandeplan visar att förvaltningen behöver fortsätta arbetet med implementering samt förtydligande. Kontroll kring loggar utifrån bland annat Patientdatalagen visar på följsamhet och kontroll. Arbetet med basalvårdhygien visar på förbättrat, men inte tillräckligt bra resultat och kommer därför att fortsätta under 2024. Uppföljning verksamhetsavtal utanför Skånes ramavtal visar att alla privata utförare uppfyller kraven i avtalen.

Kontroll-områden	Rutin "vilka regler, policys, system osv som ligger till grund för granskningen?"	Kontrollmoment "vad ska granskas?"	Metod 2 "Beskrivning av hur granskningen har utförts" (kolumn till granskningsrapporten)	Resultat/avvikelser "vad blev resultatet efter granskningen" (kolumn till granskningsrapporten)	Åtgärder och tidplan "vilka eventuella åtgärder är aktuella och när i tiden kommer detta att ske? Ska momentet vidare till nästa års plan?" (kolumn till granskningsrapporten)
FJOLÅRETS MOMENT					
1 Hantering av privata medel	<p>Hantering av privata medel</p> <p>"Riktlinjer för hantering av privata medel inom FSS "</p> <p>Diarienummer: 2014/543</p> <p>Rutin "Bokföringsanvisningar för privata medel i kassabok SoL och LSS" Dokument ID 0041.</p> <p>Rutin "Hantering av privata medel SoL" Dokument ID 0042.</p>	<p>Att hantering av privata medel sker enligt fastställda rutiner</p>	<p>Intern kontroll utförts digitalt av ekonomiadministratörer med hjälp av personal som finns på plats. Detta har fungerat bra, men det är svårt att gå djupare i kontrollen om behov för detta skulle finnas. Detta innebär att faktiska pengar inte har kontrollerats av administratörer. Ekonomiadministratörerna hade tillgång till brukares kontanta medel, kassabok och inköpskvitton.</p> <p>Kontroll genomfördes digitalt vid båda tillfällena.</p>	<p>FSS</p> <p>I samtliga granskade kassaböcker på tio enheter saknas signatur om att legal företrädare har kontrollerat redovisningen.</p> <p>Säbo</p> <p>I vårens granskning av fyra enheter följdes riktlinjer och rutiner förutom på specifik enhet. Denna enhet fick uppdrag att justera felaktigheterna och kommer att kontrolleras vid höstens kontroll. Kontroll på specifik enhet att åtgärder genomförts har inte kontrollerats i höstens granskning. I övrigt följdes riktlinjer och rutiner på sju granskade enheter.</p> <p>Utifrån rutin genomför enhetschef kontroll av privata medel två gånger per år. Rutinerna är väl kända i verksamheten</p>	<p>Kvarstår till kommande år. Genomförs fysiskt på plats med möjlighet att räkna pengar.</p>

2. Verksamhetssystem avslutade ärenden	SoL, LSS, handbok och riktlinjer	Kontrollera att ärenden enligt SoL och LSS avslutas i verksamhetssystem efter avslutade insatser både beslut och verkställighet	Utifrån sökverktyg VoO beslut i Procapita. Sökning på samtliga brukare med beslut inom 230101-230930. Slumpade fram brukare samt beslut. Granskning av framslumpade beslut och kontrollerade att beslut hanterade korrekt.	<p>Årets utfall: SoL 5% är inte avslutade. (4 ärende av 75) LSS 8% är inte avslutade. (2 ärende av 25)</p> <p>2022 SoL - 8% är inte avslutade (6 ärende av 75) LSS - 16% är inte avslutade (4 ärenden av 25)</p> <p>Resultatet för 2023 visar på förbättrat resultat sedan 2022. Åtgärder 2022 gällande rutin kring hantering vid verkställighet samt checklista är genomförda och implementerade i alla verksamheter. Ett förtydligande utifrån ansvar finns i kommande rutin för social dokumentation.</p>	Tas bort till kommande år då rutin för verkställighet är implementerad i samtliga verksamheter och visar på ett förbättrat resultat.
3. IT systemavbrott	OFs rutiner kring systemavbrott	Direktåtgärd: Översyn av gällande rutiner	IT utvecklare har arbetsgrupps möte ec från respektive verksamhet i syfte att inventera befintliga rutiner.	<p>1) Befintliga rutiner som finns är inte implementerade i verksamheterna. Den arbetsgrupp som arbetar med att plocka fram rutiner har sett svårigheter i att få fram lokla rutiner som underlag till arbetet. Vilket innebär att arbetet har inte fortskridit enligt plan. Troligtvis utifrån hög arbetsbelastning i samband med införandet av LifeCare.</p> <p>2) Gemensam rutin för systemavbrott. Arbetet beräknas vara klart under kvartal 1 2024.</p>	Hanterades som direktåtgärd under 2023. Tas bort till kommande år.
4. Attesthantering fakturor	Rutin för attest	Kontrollera att registrerade attester och behörigheter följer beslutsunderlag och reglemente och att upplagda behörigheter är aktuella	Ekonomichef har genomfört stickkontroll av samtliga attester och behörigheter inom OF under september som gäller för perioden januari-augusti.	<p>Samtliga chefers registrerade attester och behörigheter följer beslutsunderlag och reglemente och är aktuella.</p> <p>Resultatet visar att registrerade attester och behörigheter följer beslutsunderlag och reglemente och att upplagda behörigheter är aktuella.</p>	Tas bort till kommande år då beslutsunderlag och reglemente är aktuella.
5. PPM - Punktprevalens - mätning, basal vårdhygien	HSL och gällande rutin	Kontroll av efterlevnad av basala hygienrutiner, jämfört med resultat i 2022 års mätning.	Vår 2023 501 observationer Rehab 10 SSK 17 Ordbo 74 Säbo 247 FSS 153	<p>Jämförelse tidigare resultat, PPM Basala hygien och klädrutiner Vår 2019 19,9% Vår 2020 28,6% Höst 2022 56,8% Vår 2023 65,9%</p> <p>Åtgärderna från 2022 har genomförts under 2023.</p> <p>Resultatet visar på förbättring till följsamhet. Enligt SKR krävs det långsiktighet (utbildning, uppföljning m.m.) och i riket hade det sjunkit i kommunerna från 71% (2022) till 65,56%(2023). Viktigt att se att vår trend håller i sig och stiger.</p>	Tas med till kommande år.

6. Upprättande av genomförandeplan	Rutin för dokumentation enligt socialtjänstlagen - SoL och lagen om stöd och service till vissa funktionsnedsatta LSS.	Kontroll av upprättade genomförandeplaner i förhållande till beslut	Fattade beslut i verksamhetssystemet under perioden 220701-230630 i verksamhetssystem. Slumpgenerering av 100 beslut. Manuell jämförelse av datum för beslut och datum för upprättad genomförandeplan. LSS gruppbostad har färre antal fattade beslut än granskningen på 20, vilket innebär att samtliga beslut, 2, för egen regi granskades.	<p>Upprättade genomförandeplaner inom 3 veckor</p> <p>Ordbo 35%</p> <p>Säbo 45%</p> <p>LSS gruppbostad 50%</p> <p>2022 Ordbo 33%</p> <p>Säbo 50%</p> <p>LSS bostad 20%</p> <p>Resultatet av tidsspännet vid upprättandet av genomförandeplaner i förhållande till fattat beslut är fortsatt lågt.</p>	<p>Åtgärd: För att förbättra resultatet blir åtgärden ett riktat egenkontrollarbete för verksamheterna under 2024. Detta innebär att kontroller kring genomförandeplanen genomförs närmare utförarna för att säkra kvaliteten. Följer rutinen för egenkontroller.</p> <p>Tas bort till kommande år då egenkontroller läggs i utförarledet. Redovisas i kvalitetsberättelsen för 2024.</p>
EKONOMI, PERSONAL					
7. Loggkontroll	Informationssäkerhet enligt PDL	Att loggkontroll sker enligt lagkraven avseende inre och yttre sekretess	Loggkontrollerna har genomförts genom att granska 1 % av verksamhetens genomförda loggkontroller utifrån respektive funktions ansvarsområde. MAS/SAS inhämtar loggprotokoll i Public 360 och vid ev uppmärksammas kvalitetsbrist kontaktas ansvarig VC. Personuppgifter för kvalitetskontroll hämtas i P360. Dessa finns att hitta under d-nr A 2023/142 samt 2023/142	<p>Loggkontroll SoL/LSS. Vår - Stickprovskontroll på sju loggkontroller genomförda enligt lagkrav.</p> <p>Loggkontroller HSL. 19 maj Stickprovskontroll genomförd på sex loggkontroller, utförda enligt lagkrav.</p> <p>Resultatet visar att loggkontroller sker enligt lagkrav.</p>	<p>Genomförda direktåtgärder:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Utöka omfattningen av verksamheternas loggkontroller från 1 % till 10 % samt inkludera signeringssystemet APPVA. 2) Revidering av granskningsprotokoll. 3) Ny rutin för loggkontroller där ansvaret för vem som ansvarar för vad tydligare framkommer. <p>Tas bort till kommande år.</p>

VERKSAMHET					
8. Ohanterade avvikelser	SOFS 2011:9, Kvalitetsledningssystemet	Att avvikelser hanteras och avslutas enligt lagkrav och gällande rutiner	Sökning i verksamhetssystemet på oavslutade avvikelser för respektive verksamhetsområde 2023. Sammanställning på oavslutade avvikelser skickas till VC för säkerställande av hantering av ansvarig chef. I sammanställningen visas även de avvikelser som är nya och inte hanterade.	<p>Resultatet går inte att bedöma utifrån att det saknas bedömningsgrund för vad som ses som rimlig % i att ha som pågående öppna avvikelser.</p> <p>SoL/LSS har 13% oavslutade kvalitetsrapporter under perioden 230101-231130. Jämförelse med 2022 är inte möjlig pga rapporteringsförfarandet.</p> <p>HSL Antal avvikelser vårdskada (230101 - 231215) 1640 Ej avslutade 217 Ej avslutade i %: 13 %</p> <p>Antal fallrapporter 2848 Ej avslutade 352 Ej avslutade i %: 12 %</p> <p>2022: Antal avvikelser vårdskada (220101 - 221215) 1589 Ej avslutade 54 Ej avslutade i %: 3 %</p> <p>Antal fallrapporter 2744 Ej avslutade 25 Ej avslutade i %: 1 %</p>	Tas bort till kommande år. Behöver inte följas upp inom intern kontroll, hanteras genom regelbundern uppföljning på kvalitetsråd. Hantering kommer att redovisas i patientsäkerhetsberättelse och kvalitetsberättelse för 2024.

9.	Uppföljning verksamhetsavtal utanför Skånes ramavtal	Program omsorgsnämnden Upphandling, avtal och uppföljning privata vårdgivare	Säkerställa följsamhet till verksamhetsavtal utanför Skånes kommuners ramavtal genom avtals- och kvalitetsuppföljning av privata vårdgivare utanför ramavtal	Basen i uppföljningen är de olika avtalen med de privata vårdgivarna samt Skånes Kommuners uppföljningsmall av privata vårdgivare inom upphandlat ramavtal. Med uppföljningsmallen som utgångspunkt anpassas uppföljningen beroende på vilken typ av verksamhet som skall följas upp och vad som står i avtalet. Verksamhetsbesök och intervju enligt mall. Rundvandring med chef samt intervju med personal. Ifall det passar och samtycke föreligger även intervju med den enskilde och i förekommande fall legal företrädare samt efter inhämtat material. Underlaget skickas för godkännande till chef som blivit intervjuad avseende fakta.	De avtalsuppföljningar avseende privata utförare utanför ramavtal som meddelades i mars är klara. I september/oktober tillkom ytterligare verksamheter som inte tidigare hade rapporterats. Samtliga 14 verksamheter har besökts. Resultatet visar att alla är godkända och uppfyller kraven i avtalen. Ingen åtgärd	Tas bort till kommande år. Var god se ärende OF 2023/224
----	--	--	--	--	--	--



Avtalsuppföljning privata utförare utanför ramavtal-Intern kontroll 2023

Inledning

Kommunfullmäktige ska för varje mandatperiod¹ anta ett program med mål och riktlinjer för sådana kommunala angelägenheter som utförs av privata utförare. I programmet ska det också anges hur fullmäktiges mål och riktlinjer ska följas upp och hur allmänhetens insyn ska tillgodoses.

Varje nämnd ansvarar för att säkerställa att alla utförare, såväl kommunala som privata, inom nämndens ansvarsområde bedriver verksamheten enligt de lagar, förordningar och föreskrifter samt mål som gäller.

Omsorgsnämnden beslutade i november 2022 att privata utförare upphandlade utanför ramavtalet ska följas upp årligen.²

I mars 2023 blev de privata utförarna informerade om beslutet.

I augusti skickades en underrättelse med mer information om kommande verksamhetsbesök under hösten med en begäran att senast den 5 september inkomma med styrande dokument för verksamheten.

Metod

Uppföljningen utgår från de olika avtalen som är tecknade med de privata utförarna. Avtalen är oftast standardavtal framtagna av Skånes Kommuner, finns även andra typer av enklare avtal där insatsen inte är så omfattande.

Skånes kommuner har tagit fram en anpassad uppföljningsmall till avtalen som använts vid verksamhetsbesök men har kompletterats med vissa tillägg. Mallen har tre graderingar.³ En enklare uppföljningsmall har tagits fram mer anpassad för mindre verksamheter där det är andra typer av avtal.

¹ KLF 2022/58

² OF 2022/1461 Upphandling, avtal och uppföljning privata utförare.

³ Resultatet överensstämmer helt med kravet, resultatet överensstämmer delvis med kravet, resultatet överensstämmer inte alls med kravet.

Vid verksamhetsbesök intervjuas ansvarig chef, personal och besöket avslutas med att titta på lokalerna och omgivningen.

Kvalitetskrav

I Socialtjänstlagen (2001:453) 3kap 3§ stadgas att "Insatser inom socialtjänsten ska vara av god kvalitet" och att "Kvaliteten i verksamheten ska systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras".

I Hälso- och sjukvårdslag (2017:30) 5kap 1 § (p1) stadgas att "Vara av god kvalitet med en god hygienisk standard" och (p2) "tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet".

I lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade i 6 § stadgas att "Verksamheten enligt denna lag ska vara av god kvalitet och bedrivas i samarbete med andra berörda samhällsorgan och myndigheter" vidare anges att (5§) "Målet skall vara att den enskilde får möjlighet att leva som andra".

I Hässleholms värdegrund antagen av kommunfullmäktige (2012-06-11 69§) anges "Vi ska alltid ha en ambition att ge våra medborgare en hög kvalitet" och "Visa aktning och empati för individen".

Således skall den vård och omsorg som ges vara av god kvalitet vilket bland annat innefattar att den enskilde skall känna sig trygg, få vården och omsorgen individuellt anpassad, vara delaktig i beslut som rör hens vård- och omsorg. För att kunna vara delaktig i besluten behöver den enskilde information för att kunna delta i besluten på ett adekvat sätt. Vården och omsorgen skall utföras av kompetent personal på ett säkert sätt.

Genomförande

I enlighet med beslutet om uppföljning av privata utförare utanför ramavtal föregås verksamhetsbesöket av:

- Ekonomisk kontroll av privata utförare hos UC (upplysningscentralen) en gång om året, genomförs av upphandlingsenheten på begäran av omsorgsförvaltningen.
- Tillståndskontroll av privata utförare hos IVO (inspektionen för vård och omsorg) varje kvartal, på begäran av omsorgsförvaltningen.
- Meddelande om kommande verksamhetsbesök samt bokning.
- Verksamhetsbesök och inhämtande av styrande dokument.
- Verksamhetsbesök och metod anpassas efter verksamhetens typ och inriktning, mall som används är Skånes kommuner eller den enklare mallen, beroende på verksamhet.

Aktuella verksamheter hösten 2023

Nedan listas de verksamheter som är upphandlade av omsorgsnämnden utanför ramavtal. Samtliga verksamheter har besökts under perioden september-november. Efter besöket har ansvarig chef tagit del av protokollet för att lämna synpunkter på eventuella faktafel.

Bedömningen är att samtliga verksamheter utifrån avtalen och uppföljningsmallen uppfyller kraven och är godkända.

LSS- gruppboende och daglig verksamhet och korttidsvistelse

Gärdesgatan (Humana)- 9 § 9 Bo LSS- Oskarström

Kollinge (Humana) -9 § 9, 9 § 10 Bo och DV LSS- Tyringe

Villa Torsjö (Humana)-9 § 9, 9 § 10 Bo och DV LSS- Tyringe

Glimmern (Lunds kommun) -9 § 10 DV LSS-Lund

Skjutbanevägen 31 (Nimbus Attendo) -9 § 9 Bo LSS- Lund

Skjutbanevägen 33 (Nimbus Attendo) -9 § 10 DV LSS- Lund

Tuagården (Mogård LSS AB) - 9 § 9 Bo LSS- Vollsjö

Smedjevägen 37 (Nytida Månsten AB) -9 § 9 Bo LSS-Urshult

Trehörna (Nytida Månstenen AB) -9 § 10 DV LSS- Urshult

Ekelund (Osby kommun) -korttidsvistelse enligt 9 § 6 LSS- Osby

SoL-äldreboende

Oderlungavägen (tid. Björkhaga-Attendo AB) -5 § 5 SoL- Perstorp

Övriga

Impius Förstärkt internat-Aspborgen- SoL Bostad med särskild service- Helsingborg

Impius Internat -Aspborgen- SoL Bostad med särskild service- Helsingborg

Östervångsskolan, fritidshem- Lund



**Hässelholms
kommun**

TJÄNSTESKRIVELSE

1(2)

Datum

Diarienummer

2023-12-15

OF 2023/1217

Omsorgsnämnden/omsorgsnämndens
arbetsutskott

Handläggare
Maria Persson
Omsorgsförvaltningen

maria.c.persson@hasselholm.se

Intern kontrollplan 2024

Förslag till beslut

Omsorgsnämndens arbetsutskott förslår omsorgsnämnden besluta att:

Att fastställa föreslagen plan för intern kontroll och risk-och väsentlighetsanalys för omsorgsförvaltningen för år 2024.

Sammanfattning

Enligt 6 kap. 6 § kommunallagen (2017:725) ska nämnderna var och en inom sitt område se till att verksamheten bedrivs i enlighet med de mål och riktlinjer som fullmäktige har bestämt samt de föreskrifter som gäller för verksamheten. De ska också se till att den interna kontrollen är tillräcklig samt att verksamheten bedrivs på ett i övrigt tillfredsställande sätt.

Intern kontroll är ett av flera sätt för en organisation att säkra och utveckla verksamhetens kvalitet. I omsorgsförvaltningen skapar en god intern kontroll förutsättningar för en effektiv användning av skattepengarna och en bra service till kommunmedlemmar och andra intressenter. Generellt sett handlar intern kontroll om att ha ordning och reda och se till att:

- verksamheten är ändamålsenlig och effektiv
- information om verksamhet och ekonomi är tillförlitlig
- lagar, förordningar och styrdokument följs

Beskrivning av ärendet

Plan för intern kontroll tas fram genom att samla uppkomna risker i en bruttorisiklista utifrån denna görs en risk- och väsentlighetsanalys av de huvudsakliga arbetsmomenten som ingår i nämndens uppdrag. Några kontrollområden kvarstår från föregående år. Förvaltningen har även identifierat nya kontrollområden för 2024.

Hässelholms kommun / Omsorgsförvaltningen

Förslagets konsekvenser för verksamhetens brukare

Granskning inom omsorgsnämndens ansvarsområden gynnar de personer som erhåller insatser, då intern kontroll syftar till att genomföra systematiska förbättringar i verksamheten och säkra kvaliteten.

Barnperspektivet

Barnperspektivet vägs in i helheten utifrån de områden som ska granskas.

Miljökonsekvenser

Inga kända konsekvenser i nuläget.

Facklig samverkan

Information vid förvaltningsövergripande samverkan 2024-02-05

Ekonomiska konsekvenser

Inga kända konsekvenser i nuläget.

Konsekvenser för kommunkoncernen

En stabil intern kontroll främjar en robust organisation

Bilagor

Intern kontrollplan 2024

Risk- och väsentlighetsanalys intern kontroll 2024

Sändlista:

Kommunledningsförvaltningen

Revisionen

Omsorgsförvaltningen

Maria Persson

Intern kontrollplan		ÅR: 2024		Förvaltning: Omsorgsförvaltningen		Förvaltning:					
Kontrollområden	Rutin "vilka regler, policy, system osv som ligger till grund för granskningen?"	Kontrollmoment "vad ska granskas?"	Metod 1 "hur kommer granskningen att göras?"	Frekvens "hur ofta kommer granskningen att göras?"	Ansvar "vem är ansvarig för att granskningen blir gjord?"	Rapportering "vem ska utföra granskning - rapporteras till?"	Risk "hur stor är risken att fel ska uppstå?"	Väsentlighet "hur blir konsekvensen om fel uppstår?"	Metod 2 "Beskrivning av hur granskningen har utförts" (kolonn till granskningsrapporten)	Resultat/avvikelser "vad blev resultatet efter granskningen" (kolonn till granskningsrapporten)	Åtgärder och tidplan "vilka eventuella åtgärder är aktuella och när i tiden kommer detta att ske? Ska momentet vidare till nästa års plan?"
FJOLÅRETS MOMENT											
1.	Hantering av privata medel	Att hantering av privata medel sker enligt fastställda rutiner "Riktlinjer för hantering av privata medel inom FSS" Diariennr: 2014/543 Rutin "Bokföringsanvisningar för privata medel i kassabok Sol och LSS" Dokument ID 0041. Rutin "Hantering av privata medel Sol." Dokument ID 0042.	Att hantering av privata medel sker enligt fastställda rutiner	Granskning bokföring av privata medel i gruppboende och särskilda boenden, 25 brukare inom respektive lagrum Sol och LSS Fysiska kontroller på enheten.	2 ggr/år - april/maj och sept/okt	Ekonomi-administratör, förtydligande; kan vara flera som genomför men behöver inte vara två vid genomförandet av kontrollen (på samma ställe)	Avdelningschef stab	3	3		
	PPM - Punktprevalens - mätning, basal vårdhygien	"Basala hygienrutiner samt personligt hygienavsnur" Dokument ID 0426	Kontroll av efterlevnad av basala hygienrutiner, jämfört med resultat i 2023 års mätning.	Kontroll genom medverkan i nationell mätning som utförs av hygienombud	1 g/år under	Hygiensjuksköterska	VC/MC/AC	3	3	Observationer	
	EKONOMI, PERSONAL										
	Hantering av privata medel - se ovan										
	VERKSAMHET										
	Resurs - Följsamhet till rutin	Bedömning och beslut om skydds- och begränsningsåtgärder inom vård och omvårdning	Att bedömning av behovet görs genom kartläggning och riskanalys utifrån punkterna i checklistan "kartläggning inför skyddsåtgärder".	Granskningsnyckel av journaler och pinnstatistik. 10 journaler per granskningsbilfälle.	2 ggr/år april/maj och september oktober	Legtimerad personal	VC/MC/MAS			Bedömning: Vid 1:a avvikelse i granskningsnyckeln ses resultatet som avvikande och kräver åtgärder.	
	Resurs - följsamhet till rutin	Läkemedelshantering	Följsamhet för läkemedelsöverlämning Har patienter fått sina läkemedel i tid. Har läkemedlet signerats. Ges läkemedlet utanför tidspannet.	Kontroll av statistik APPVA.	MAS skickar ut resultatet 4 ggr/år. mars, maj, september nov. Följas upp på teamträff	MAS	VC/MC/AC				
	Resurs	Rutin delegeringsprocessen för läkemedel och insulin	Efter genomgången och godkänd utbildning ska delegering utföras. Tiden mellan godkänt prov till uträdd delegering tar olika tid i olika verksamheter.	Granskning genomförs av tidsintervall mellan godkänt prov och delegering. Granskningsmall framtagna av MAS används.	2 ggr/år april/maj och september/oktober underlag är årets månader.	EC	VC/MC/AC/MAS			Mätningstiderna som rapporteras in kan se olika ut och i dagsläget finns inget basvärde (rimlig tid). Mätningen avser att kontrollera tidsåtgång för att sedan ta fram ett tidsmått för vad som är rimlig tidsåtgång. Vad är måttet hur lång tid det ska ta från godkänt prov i delegering tills att sjuksköterskorna har godkänt delegeringen.	



Risk- och väsentlighetsanalys

Förvaltning: Omsorgsförvaltningen 2024

En risk- och väsentlighetsanalys ska göras över de huvudsakliga arbetsmoment som finns under respektive nämnds ansvar. Analysen ska årligen uppdateras och ligga till grund för vilka moment som tas med i den interna kontrollplanen. En motivering ska finnas med i analysen till varför de olika arbetsmomenten lyfts in alternativt inte lyfts in i den interna kontrollplanen. Denna mall och nedanstående matris för risk- och väsentlighetsanalys ska användas. Om ett arbetsmoment får 9 poäng eller mer enligt matrisen nedan och inte tas med i den interna kontrollplanen ska detta motiveras. Risk- och väsentlighetsanalysen ska lämnas till ekonomiavdelningen samtidigt som den interna kontrollplanen lämnas in.

Matris för risk- och väsentlighetanalys

Konsekvens					
4 - Allvarlig	4	8	12	16	
3 - Kännbar	3	6	9	12	
2 - Lindrig	2	4	6	8	
1 - Försumbar	1	2	3	4	
	1 - Osannolik	2 - Mindre sannolik	3 - Möjlig	4 - Sannolik	Sannolik

Konsekvensen om ett fel uppstår är:

- | | |
|---------------|---|
| 1 - Försumbar | är obetydlig för de olika intressenterna och kommunen. |
| 2 - Lindrig | uppfattas som liten av såväl intressenter som kommunen. |
| 3 - Kännbar | uppfattas som besvärande för intressenter och kommunen. |
| 4 - Allvarlig | är så stor att fel helt enkelt inte får inträffa. |

Sannolikheten att ett fel ska uppstå är:

- | | |
|---------------------|---|
| 1 - Osannolik | riskerna är praktiskt taget obefintliga för att fel ska uppstå. |
| 2 - Mindre sannolik | riskerna är mycket liten för att fel ska uppstå. |
| 3 - Möjlig | det finns en möjlig risk för att fel ska uppstå. |
| 4 - Sannolik | det är mycket troligt att fel ska uppstå. |

De olika komponenterna multipliceras med varandra och texten enligt ovan beskriver utgångsläget för en specifik rutin.

- | | |
|--------|--|
| 1-3: | Inget agerande krävs. Vi accepterar riskerna. |
| 4-8: | Rutinen/processen bör hållas under uppsikt. Eventuellt delar vi riskerna med annan part (exempelvis försäkringslösning.) |
| 9-12: | Rutinen/processen bör åtminstone tas med i kommande intern kontrollplan. Eventuellt behöver nya regelverk och/eller utbildning av personalen. Vi reducerar riskerna. |
| 13-16: | Direkt åtgärd krävs! Vi försöker minimera riskerna. |

Hantering privata medel

Omvårdnadspersonal hanterar privata medel åt boende både inom SoL och LSS-verksamheter. Att hantera pengar åt boende som erhåller insatser genom omsorgsförvaltningens försorg innebär ett stort förtroende. Det är av yttersta vikt att värna om detta förtroende genom en felfri hantering av privata medel enligt gällande riktlinjer och rutiner.

Risk: Möjlig
Väsentlighet: Kännbar
Totalt: 9 poäng

Motivering: Det förekommer att boende drabbas av stöld. Rutiner motverkar inte att enskilda personer begår brottsliga handlingar. Stölder är oacceptabla.

Punktprevalens-mätning (PPM)

Omsorgsförvaltningen deltar regelbundet i nationell PPM gällande följsamhet till basala hygienrutiner.

Risk: Möjlig
Väsentlighet: Kännbar
Totalt: 9 poäng

Motivering: Omsorgsförvaltningen deltar regelbundet i nationell PPM gällande följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler inom vård- och omsorgsverksamheter. PPM-mätning är ett viktigt kvalitativt mätningssinstrument för att förhindra smittspridning och vårdrelaterade infektioner. Mätningarna leder till ökad medvetenhet och kunskap hos omvårdnadspersonal gällande hygien enligt lagar och föreskrifter. Hygienarbetet blir mer sammanhängande och ökar motivationen till förbättring.

Omsorgsförvaltningen behöver förbättra sitt resultat jämfört med 2020. Enligt PPM-mätningen år 2020 hade Hässleholms kommun endast 28 % följsamhet till Basala kläd- och hygienrutiner.

Kontroll har genomförts nov/dec år 2022, där resultatet visar på en förbättring på 56,9 % följsamhet av kläd- och hygienrutiner.

Kontroll 2023 visar på förbättring till 65,9% men behovet av fortsatta insatser kvarstår.

Bedömning och beslut om skydds- och begränsningsåtgärder

Bristar i följsamhet till rutin.

Risk: Möjlig
Väsentlighet: Allvarlig
Totalt: 12 poäng

Motivering: Risk att frihetsbegränsande skyddsåtgärder vidtas utan att säkerställa följsamhet till de strikta lagkrav som finns inom detta område.

Risk för att otillåtna skydds och begränsningsåtgärder används om inte rutinen för skydds och begränsningsåtgärder följs.

Rutin och följsamhet för läkemedelsöverlämning

Brist i läkemedelsöverlämning.

Risk: Möjlig

Väsentlighet: Allvarlig

Totalt: 12 poäng

Motivering: Osäkerhet om patienter har fått sina läkemedel i tid.

Osäkerhet om läkemedlet har signerats

Osäkerhet om läkemedlet ges utanför tidsspannet?

Delegeringsförfarandet

Brist i patientsäkerheten

Risk: Möjlig

Väsentlighet: Kännbar

Totalt: 9 poäng

Motivering: Efter genomgången och godkänd utbildning ser förfarandet olika ut. Vad är rimlig tid mellan godkänt prov och utfärdad delegering.



Handläggare
Birgitta Ljungbeck
Omsorgsförvaltningen
birgitta.ljungbeck@hasselholm.se

Omsorgsnämnden/Omsorgsnämndens
arbetsutskott

Patientsäkerhetsberättelse 2023

Förslag till beslut

Omsorgsnämndens arbetsutskott beslutar föreslå omsorgsnämnden besluta att:

- Omsorgsnämnden godkänner patientsäkerhetsberättelse för 2023.
- Omsorgsförvaltningen ska vid omsorgsnämnden 240318 redovisa handlingsplan för vidare arbete med de förbättringsområde som redovisats i patientsäkerhetsberättelsen.
- Omsorgsförvaltningen ska vid omsorgsnämnden 240507 respektive 240910 åiterrapportera hur arbetet med åtgärderna utifrån handlingsplanen fortskrider.

Sammanfattning

Enligt patientsäkerhetslagen ska vårdgivaren varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse. Syftet med patientsäkerhetsberättelsen är att öppet och tydligt redovisa strategier, mål och resultat av arbetet med att förbättra patientsäkerheten. 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 samt att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses. Patientsäkerhetsberättelsen ska vara färdig senast den 1 mars varje år, finnas tillgänglig för den som vill ta del av den och bör utformas så att den kan ingå i vårdgivarens ledningssystem för patientsäkerhet.

Beskrivning av ärendet

Enligt patientsäkerhetslagen ska vårdgivaren varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse. Syftet med patientsäkerhetsberättelsen är att öppet och tydligt redovisa strategier, mål och resultat av arbetet med att förbättra patientsäkerheten. Patientsäkerhetsberättelsen utgår från den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet. För att kunna nå den nationella visionen ”God och säker vård – överallt och alltid” och det nationella målet ”ingen patient ska behöva drabbas av vårdskada”, har fyra grundläggande förutsättningar

identifierats i den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet, vilket denna patientsäkerhetsberättelse tar sin utgång ifrån. Dessa är 1. engagerad ledning och styrning 2. en god säkerhetskultur 3. adekvat kunskap och kompetens 4. patienten som medskapare. Vidare följer patientsäkerhetsberättelsen stegen från den nationella mallen utifrån en övergripande punkt - Agera för säker vård – som inkluderar följande fem områden: ökad kunskap om vårdskador, tillförlitliga och säkra system och processer, säker vård här och nu, stärka analys, lärande och utveckling samt öka riskmedvetenheten och beredskap.

Förslagets konsekvenser för verksamhetens brukare

Enbart till godo.

Barnperspektivet

Enbart till godo.

Miljökonsekvenser

Ej aktuellt

Facklig samverkan

Information delges vid förvaltningsövergripande samverkan 24-02-05

Ekonomiska konsekvenser

Ej aktuellt.

Konsekvenser för kommunkoncernen

Ej aktuellt.

Bilagor

1. Patientsäkerhetsberättelse 2023

Sändlista:

Förtroendevalda revisorer
Kommunala pensionärsrådet
Kommunala tillgänglighetsrådet

Omsorgsförvaltningen den 10 januari

Birgitta Ljungbeck
Medicinskt ansvarig sjuksköterska



Hässelholms
kommun

Patientsäkerhetsberättelse

Omsorgsförvaltningen

År 2023



Datum: 2024-01-10

Ansvarig för innehållet:

Medicinskt ansvarig sjuksköterska

Birgitta Ljungbeck

Diarienummer: OF 2023/1089

Inledning

Enligt patientsäkerhetslagen ska vårdgivaren varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse. Syftet med patientsäkerhetsberättelsen är att öppet och tydligt redovisa strategier, mål och resultat av arbetet med att förbättra patientsäkerheten.

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 samt att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses.

Patientsäkerhetsberättelsen ska vara färdig senast den 1 mars varje år, finnas tillgänglig för den som vill ta del av den och bör utformas så att den kan ingå i vårdgivarens ledningssystem för patientsäkerhet¹⁻².



¹PSL 2010:659, SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §

²Socialstyrelsen "Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2020–2024"

Innehåll

SAMMANFATTNING	1
Förkortningar	3
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD.....	4
Engagerad ledning och tydlig styrning	4
Övergripande mål och strategier	4
Organisation och ansvar.....	5
Samverkan för att förebygga vårdskador.....	6
Intern samverkan	6
Extern samverkan.....	6
En god säkerhetskultur.....	10
Adekvat kunskap och kompetens	13
Patienten som medskapare	16
AGERA FÖR SÄKER VÅRD	16
Dokumentation	16
Läkemedelshantering.....	17
Delegeringar	18
Demensjukdomar och BPSD.....	20
Palliativ vård	21
Vårdhygien	22
Hjärt- och lungräddning	22
Egenvård.....	23
Medicintekniska produkter	24
Specialistfunktioner för en god och nära vård.....	26
Öka kunskap om inträffade vårdskador	30
Avvikelsehantering.....	30
Synpunkter och klagomål.....	32
Lex Maria	33
Tillförlitliga och säkra system och processer	34
Ledningssystem	35
Informationssäkerhet.....	33
Säker vård här och nu.....	36
Stärka analys, lärande och utveckling	37
Öka riskmedvetenhet och beredskap	37
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR.....	38
BILAGA 1. Förklaring - externa samverkansmöten	

SAMMANFATTNING

Året som gått inleddes med en inspektion från Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Fokus var på den medicinska vården på särskilda boenden och var en fortsättning på den nationella undersökningen som påbörjades under Coronapandemin. Undersökningen identifierade fyra övergripande områden av patientsäkerhetsrisker. Dessa var vård i livets slutskede, läkemedelshantering, kontinuitet och dokumentation. IVO konstaterade att alla kommuner hade mer eller mindre allvarliga brister inom dessa fyra områden. För omsorgsförvaltningens del ledde inspektionen till en begäran om skriftlig komplettering med åtgärdsplan. IVO återkopplade senare att de var nöjda med planen och avslutade ärendet. Förvaltningen har under året arbetat med åtgärderna för att kvalitetssäkra det som brister. Framför allt har det lagts ett stort fokus på kompetenshöjande insatser, vilket beskrivs utförligare i denna rapport.

I övrigt har mycket tid ägnats åt att etablera det systematiska kvalitetsarbetet under året. Det processororienterade ledningssystemet är ännu i uppbyggnadsfasen, men en stabil grund har nu lagts som stödjer den vidare utvecklingen. Förvaltningen arbetar också mer ändamålsenligt med avvikelsehantering och genomförande av risk- och konsekvensanalyser. Då detta varit ett utvecklingsområde är det glädjande att se positiva resultat. Dock finns det fortsatta behov av att säkerställa att alla medarbetare har kunskap om rapporteringsskyldigheten och avvikelseprocessen samt när och hur risk- och konsekvensanalyser ska genomföras. Det finns även andra områden som behöver utvecklas ytterligare för att uppnå en hög patientsäkerhet. Allvarliga händelser som inträffar påvisar att det fortfarande finns brister i patientsäkerhetskulturen då fastställda rutiner inte följs i tillräcklig omfattning och inte heller är kända av alla. Det är återkommande samma bakomliggande orsaker till uppkomna händelser. Det handlar framför allt om brister i rapport- och informationsöverföring mellan sjuksköterskor och omvårdnadspersonal samt otillräckliga medicinska bedömningar hos patienter med försämrat hälsotillstånd. Under året har även några allvarliga händelser inträffat med hjälpmedel involverade, där inte instruktioner från arbetsterapeuter eller fysioterapeuter har följts.

Förvaltningen behöver arbeta för ett mer strukturerat och ändamålsenligt patientsäkerhetsarbete. Det är nödvändigt att patientsäkerhetsarbetet i större utsträckning är integrerat med arbetsmiljö och ekonomi på strategisk nivå för att få en helhet utifrån dessa tre områden som vårdens organisationer bygger på. Det är grunden för att uppnå en god patientsäkerhetskultur. Trots vissa framsteg beaktas inte patientsäkerhetsperspektivet tillräckligt i dialoger och vid strategiska beslut som fattas, vilket skapar onödiga störningar och risker. Det bidrar också till utmaningar att upprätthålla ett helhetsperspektiv över patientsäkerhetsarbetet.

Av den anledningen läggs ett ökat fokus på det interna samarbetet på ledningsnivå och patientsäkerhetskulturen i årets patientsäkerhetsberättelse. Den mest centrala aspekten för att uppnå en hög patientsäkerhet och ta nästa steg mot en god och nära vård är att utveckla det personcentrerade förhållningssättet. En avgörande faktor för att uppnå ett personcentrerat förhållningssätt är en god arbetsplatskultur med ett gott samarbetsklimat. Därför är det viktigt att patientsäkerhetskulturen beaktas i den åtgärdsplan som ska tas fram i förvaltningen utifrån den arbetsmiljökartläggning som avslutade året. Under det gångna året har förvaltningen satsat på några viktiga inspirationsdagar för chefer och administrativ personal av vikt för såväl arbetsmiljö som patientsäkerhetskultur. Inför sommaren föreläste Torkild Sköld om självledarskap och inför juluppehållet genomfördes en återhämtningsdag som fokuserade på jaget och laget. Det är viktigt att hålla budskapet från dessa dagar levande i den vidare kulturreisan förvaltningen behöver göra tillsammans under 2024.

Hässleholm den 10 januari 2024

Birgitta Ljungbeck
Medicinskt ansvarig sjuksköterska

Förkortningar

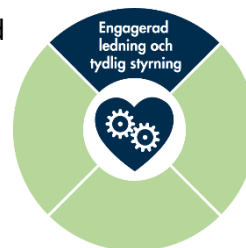
APPVA	Digitalt signerings- och delegeringssystem
ASIH	Avancerad sjukvård i hemmet
BPSD	Beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom
DFRI	Downton fall risk index – bedömningsinstrument för fallrisk
EC	Enhetschef
FC	Förvaltningschef
FSS	Funktionsnedsättning stöd och service
GDPR	General Data Protection Regulation - Dataskyddsförordningen
HLR	Hjärt- och lungräddning
Hälsa- och sjukvårdsavtal	Reglerar ansvarsfördelning och samverkansformer inom hälso- och sjukvårdsområdet mellan Region Skåne och kommunerna i Skåne
HSL	Hälso- och sjukvårdslagen
HSLF-FS	Gemensam författningssamling för socialtjänst, hälso- och sjukvård, läkemedel, folkhälsa
HSV	Hemsjukvård
IVO	Inspektionen för Vård och Omsorg
LSS	Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade
MAS	Medicinskt ansvarig sjuksköterska
MAR	Medicinskt ansvarig för rehabilitering
MTP	Medicintekniska produkter
MTU	Medicinteknisk utrustning
MNA	Mini Nutritional Assessment - bedömningsinstrument för risk för undernäring
Nortonskalan	Bedömningsinstrument för att mäta risk för trycksår
NPÖ	Nationell patientöversikt
NVP	Nationell vårdplan för palliativ vård
PDL	Patientdatalagen
PICO	Ett sårförband för undertrycksbehandling
PPM	Punktprevalensmätning
PSL	Patientsäkerhetslagen
RiksSår	Nationellt register för att kvalitetssäkra sårbehandling
ROAG	Revised Oral Assessment Guide – bedömningsinstrument för munhälsa
SAS	Socialt ansvarig samordnare
SIP	Samordnad individuell plan
SKR	Sveriges kommuner och regioner
SoL	Socialtjänstlag
SOSFS	Socialstyrelsens författningssamling
Ssk	Sjuksköterska
SäBo	Särskilt boende
VC	Verksamhetschef

GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

För att nå den nationella visionen "God och säker vård – överallt och alltid" och det nationella målet "ingen patient ska behöva drabbas av vårdskada", har fyra grundläggande förutsättningar identifierats i den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet. Dessa är: 1/engagerad ledning och styrning 2/ en god säkerhetskultur 3/ adekvat kunskap och kompetens 4/patienten som medskapare.

Engagerad ledning och tydlig styrning

En grundläggande förutsättning för en säker vård är en engagerad och kompetent ledning och tydlig styrning av hälso- och sjukvården på alla nivåer. Ledningen är en tongivande förebild och har en avgörande roll i arbetet att stärka och upprätthålla en hög säkerhet. God kvalitet och patientsäkerhet utvecklas bäst i organisationer med god arbetsmiljö, psykologisk trygghet och en kultur där medarbetarna är delaktiga och gemensamt med ledningen strävar efter att fortlöpande förbättra för att upprätthålla en hållbar verksamhet.



Övergripande mål och strategier

All verksamhet inom omsorgsnämnden ska ytterst ta sin utgångspunkt i medborgarens behov. Det innebär att allt arbete ska präglas av den gemensamma värdegrunden "Medborgaren i fokus, med respekt för individen och med kvalitet som syns". Omsorgsnämndens vision "Hässleholms kommun erbjuder Sveriges bästa vård och omsorg, utförd av de stoltaste medarbetarna" ska motivera till att patientsäkerhetsfrågorna utvecklas till en naturlig del i det dagliga arbetet. Övergripande strategier för att nå en hög patientsäkerhet inom omsorgsförvaltningen innefattar:

- Ett personcentrerat förhållningssätt som främjar en god arbetsplats- och patientsäkerhetskultur.
- En god intern och extern samverkan.
- Att medarbetare har kunskap om var ledningssystemet finns och hur det ska användas.
- Att rutiner implementeras, efterföljs och utvärderas på ett systematiskt sätt.
- Att medarbetare har kunskap om rapporteringsskyldigheten, avvikelser- och delegeringsprocessen.
- Att risk- och konsekvensanalyser genomförs fortlöpande.
- Att patienter erbjuds individuella riskbedömningar och vårdplaner upprättas vid påvisad risk.
- Att en ändamålsenlig introduktion ges för nya medarbetare på alla nivåer.
- Att en ändamålsenlig dokumentation förs.
- Att arbeta efter evidens och beprövad erfarenhet.
- Att skapa delaktighet för patienter och deras närstående.

Organisation och ansvar

Omsorgsnämnden och förvaltningschefens ansvar

Omsorgsnämnden som vårdgivare har tillsammans med förvaltningschefen det yttersta ansvaret för att verksamheten uppfyller de krav som finns reglerade i lagar och förordningar. Omsorgsnämnden ska planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård i hälso- och sjukvården upprätthålls. Omsorgsnämnden ansvarar också för att tillse att det finns ett ledningssystem för det systematiska kvalitetsarbetet.

Medicinskt ansvarig sjuksköterskas ansvar

MAS ansvarar enligt 4 kap. 6 § första stycket hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80), för att:

1. Patienten får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde.
2. Patienten får den hälso- och sjukvård som en läkare förordnat om.
3. Journaler förs i den omfattning som föreskrivs i patientdatalagen (2008:355), PDL.
4. Beslut om att delegera ansvar för vårduppgifter är förenliga med patient-säkerheten.
5. Det finns ändamålsenliga och väl fungerande rutiner för a) läkemedelshantering, b) rapportering enligt 6 kap. 4 § patientsäkerhetslagen (PSL 2010:659), och c) att kontakta läkare.

Verksamhetschef HSL ansvar

Verksamhetschefen har det övergripande ansvaret för verksamheten och för att tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet. Verksamhetschefen ska tillgodose att verksamheten bedrivs med hög patient-säkerhet, god kvalitet och främjar kostnadseffektivitet.

Enhetschefernas ansvar

Enhetscheferna har det löpande ansvaret för att respektive verksamhet uppfyller de lagkrav som ställs för att patienten ska tillförsäkras en god och säker vård. Enhetschef ansvarar för att de rutiner och riktlinjer som MAS och verksamhetschef HSL har fastställt är väl kända i verksamheten. De ansvarar också för att ny hälso- och sjukvårdspersonal har den kunskap och får den information som krävs för att utföra hälso- och sjukvårdsuppgifter med hög kvalitet.

Hälso- och sjukvårdspersonalens ansvar

Hälso- och sjukvårdspersonal ansvarar för att den hälso- och sjukvård som ges är omsorgsfull och sakkunnig samt grundar sig i vetenskap och beprövad erfarenhet. Inom ramen för verksamhetens ledningssystem, styrande dokument och rutiner är hälso- och sjukvårdspersonal skyldig att medverka i det systematiska kvalitetsarbetet. Hälso- och sjukvårdspersonal ska ta ansvar för att rutiner och riktlinjer som MAS och verksamhetschef HSL har fastställt är kända, implementerade och efterföljs i verksamheten.

Samverkan för att förebygga vårdskador

Intern samverkan

Den interna samverkan sker i det dagliga teamarbetet på alla nivåer och i olika kontexter i förvaltningen. Utöver den dagliga samverkan finns det mer specifika forum för stärkt kvalitet och patientsäkerhet enligt nedan:

- Samverkansforum på förvaltningsnivå
- Teammöten på respektive enhet
- Kvalitetsråd på alla nivåer
- Tvärprofessionella enhetschefsmöten
- Reflekterande team

Extern samverkan

Utgångspunkten för den externa samverkan är hälso- och sjukvårdsavtalet som styr ansvarsfördelning och samverkansformer mellan Region Skåne och kommunerna i Skåne. Inom ramen för HS-avtalet sker samverkan på övergripande nivå med ett *centralt samverkansorgan*. Det centrala samverkansorganet består av en *central tjänstemannaberedning* samt av *sex delregionala samverkansorgan* och *delregionala tjänstemannaberedningar* där Hässleholms kommun tillhör den nordöstra gruppen.

Andra viktiga externa samverkansforum för stärkt patientsäkerhet sker på olika nivåer och olika aktörer representerar omsorgsförvaltningen i dessa. I nedan samverkansforum deltar representanter från förvaltningen i (för utförligare beskrivning se bilaga 1).

- Samverkan kommunal och regional primärvård samt slutenvård
- Samverkan MAS/MAR nordost
- Samverkan Högskolan Kristianstad
- FOU nätverk Skåne Nordost

- Samverkan vid utskrivning från slutenvård till primärvård (SVU-processen och IT-stödet Mina Planer).
- Samverkan vid SiP
- IHopa (digital samverkan vid utskrivning från slutenvård)
- Lokalt Primärvårdsråd (LPR)
- Samverkan med övriga MASar och verksamhetschefer HSL i kommunerna i Nordöst.
- Sirius
- I rollen som doktorand har MAS pågående samverkan på nationell nivå av betydelse för att utveckla kvalitet och patientsäkerhet i kommunal primärvård.

Analys, resultat och utvecklingsområden

Intern samverkan

Under 2023 har det skett positiva förflyttningar i den interna samverkan till nytta för stärkt patientsäkerhet. De nya forum som skapats i verksamheterna för att diskutera kvalitet- och patientsäkerhetsfrågor, har en god effekt för ökad medvetenhet om hur en hög patientsäkerhet uppnås. En viktig framgång för stärkt patientsäkerhet är att det nu sker ett mer ändamålsenligt arbete med avvikelshantering i teamen ute än tidigare år. Det är viktigt, inte minst för att förändra patientsäkerhetskulturen och för att nå målet med att skapa en lärande organisation. Dock finns det fortfarande utvecklingsbehov av att säkerställa att alla medarbetare har kunskap om rapporteringsskyldigheten - och avvikelprocessen.

På förvaltningsnivå ses förflyttningar i den interna samverkan av vikt för stärkt patientsäkerhet men det är nödvändigt att utveckla den ytterligare. Under november genomförde MAS tillsammans med förvaltningsledningen en uppföljning av 2022 års nulägesanalys för stärkt patientsäkerhetsarbete. Analysen påvisar en positiv utveckling sedan 2022, där medvetenheten om faktorer som främjar patientsäkerheten har ökat. De mest framträdande förflyttningarna har skett inom ramen för det systematiska kvalitetsarbetet. Det processorienterade ledningssystemet är fortfarande under uppbyggnad, men en stabil grund har nu lagts som stödjer den vidare utvecklingen. Fortsatta utvecklingsområden på förvaltningsnivå är att integrera patientsäkerhetsperspektivet ytterligare tillsammans med arbetsmiljö och ekonomi. För att uppnå en hög patientsäkerhet och en effektiv hälso- och sjukvård är det avgörande att dessa tre begrepp förstås i en sammanhängande helhet. Även om arbetet går åt rätt håll beaktas inte patientsäkerhetsperspektivet alltid i tillräcklig omfattning när strategiska beslut fattas. Det leder till att patientsäkerhetsperspektivet ibland får avhandlas i

efterhand och orsakar merarbete och onödiga störningar i fattade beslut. Detta gör att det är utmanande som MAS att ha ett helhetsperspektiv över patientsäkerheten. Patientsäkerhetsfrågor är också inkluderat i alla verksamhetsgrenar i förvaltningen, vilket gör det är mer nödvändigt med ett helhetsperspektiv. Därför är det ett steg i rätt riktning att MAS kommer att delta vid delar av förvaltningsledningens möten under 2024. Detta är mer i linje med nationella rekommendationer där flertalet nationella rapporter belyser vikten av att rollen som MAS ingår i förvaltningsledningen som en strategisk ledningsfunktion. Samma rapporter belyser att detta är än mer viktigt då omställningen till en god och nära vård kräver en hög medicinsk kompetens på ledningsnivå. Viktigt att nämna i detta sammanhang är att man på regeringsnivå inte kommer att gå vidare med förslaget om en ny äldreomsorgslag, utan äldreomsorgen ska fortsatt styras utifrån socialtjänstlagen och uppdateringar väntas i stället i den lagstiftningen. Däremot kommer det att utredas vidare hur den medicinska kompetensen inom kommunal primärvård ska stärkas på både ledningsnivå och i det patientnära arbetet, vilket var en viktig del i förslaget om en ny äldreomsorgslag. MAS fick i samband med ett riksdagsbesök möjlighet att yttra sig i frågan efter att ledamöter från Socialutskottet öppnade upp för dialog om detta. Tankar som finns är bland annat att förtydliga i lagen hur MAS ska vara organiserade där man på riksdagsnivå ser det som viktigt att rollen är just en strategisk ledningsfunktion i förvaltningsledningen. I dag är cirka 65 procent av landets MAS organiserade i förvaltningsledningen, vilket också speglar hur det ser ut i samverkanskommunerna i nordöst där fyra av sex MAS:ar ingår i förvaltningsledningen. Det pågår också ett nyligen uppstartat forskningsprojekt på Örebro universitet, avseende hinder och möjligheter för MAS att fullgöra sitt uppdrag. Forskningen inom detta område är den första i sitt slag i Sverige och kom till efter att coronakommissionen påvisade allvarliga brister som faller inom MAS ansvarsområde. Det konstaterades då att det finns olika förutsättningar för MAS:ar att utföra sitt uppdrag och påverka i strategiska dialoger och beslut av vikt för patientsäkerheten på grund av skillnader i organisering.

Extern samverkan

Den externa samverkan har under året som gått varit utmanande på många sätt då det gäller samverkan med framför allt vårdcentraler och ASIH. Det finns förbättringspotential i samverkan på både ledningsnivå och i samarbetet mellan läkare och legitimerad personal. Verksamhetschef HSL och MAS har därför tagit hjälp av processledarna för god och nära vård för att förbättra samverkan och de har varit till god stöttning. Tidigare har samverkansmöten tenderat att landa i vem som gör fel och det har saknats en tydlig agenda för mötena. Verksamhetschef HSL har därför strukturerat upp mötena med en tydlig agenda och punkter som önskas diskuteras ska anmälas in i god tid före mötena. Det har också tidigare varit oklart hur medel som vårdcentralerna erhåller för råd och stöd till legitimerad personal

ska hanteras. Därför gjordes under våren en omvärldsbevakning av detta. Det finns nu kunskap i förvaltningen om hur dessa medel ska hanteras. Det är förvaltningen som ansvarar för att fördela summan mellan vårdcentralerna beroende på hur råd och stöd ges från de olika vårdcentralerna. Under våren skrevs alla samverkansavtalen mellan förvaltningen och de olika vårdcentralerna om och då diskuterades även kraven som vi kan ställa på läkarstödet. Avtalen för råd och stöd kommer under 2024 ytterligare att ses över och uppdateras.

Under hösten har verksamhetschef HSL och MAS inlett ett nytt samverkansforum med motsvarande funktioner i kommunerna i Nordost. Syftet med detta forum är att tillsammans stärka den kommunala primärvården i omställningen till en god och nära vård. Samverkan och gemensamma strategiska beslut förväntas öka tyngden bakom beslut och förhållningssätt gentemot utmaningar i samverkan med regionen. Ett annat mål är att ökad samverkan kring kompetensförsörjning och rekryteringsutmaningar för legitimerad personal ska generera att kommunerna kan använda tillgänglig kompetens på ett mer ändamålsenligt sätt. Tankar som finns är till exempel att hitta arbetssätt för att kunna använda funktioner som MAR, dietist och andra specialistfunktioner mellan kommuner och därigenom bidra till kompetenshöjning inom alla kommuner. Andra tankar är att titta på hur samverkan kring studenter i verksamhetsförlagd utbildning inom legitimationsyrken skulle kunna se ut. Att samverka på detta sätt skulle kunna bidra till en effektivare vård och ett värde ur ett samhällsekonomiskt perspektiv.

I slutet av året genomförde MAS en utvärdering av hur sjuksköterskor upplevde läkarstödet i förvaltningens verksamheter. Genomgående, med några undantag ansåg de flesta sjuksköterskor att läkarstödet i samband med ronder är tillräckligt. Däremot finns det utmaningar med läkarstöd i samband med akut uppkomna behov, vid palliativ vård och vid genomförandet av SiP:ar. MAS och verksamhetschef HSL kommer att fortsätta följa upp läkarstödet under 2024 och i dialog med vårdcentralerna säkerställa ett tillräckligt läkarstöd även där det idag finns brister.

Under 2024 planeras även för en gemensam planeringsdag med VC HSL och MAS samt vårdcentralernas verksamhetschefer. Syftet är att stärka samverkan och få en gemensam målbild över vad vårdssamverkan över gränserna ska fokusera på. Utgångspunkten är omställningen till en god och nära vård och hur samarbetet behöver se ut för att nå dit. Processledarna för god och nära vård ska leda planeringsdagen.

God och nära vård

Det är nödvändigt att fortsätta utveckla såväl den interna som externa samverkan för att ta viktiga kliv framåt i omställningen till en god och nära vård. En nyligen utgiven rapport från IVO lyfter fram att det ur ett nationell perspektiv går att

konstatera att omställningen så här långt inte har lett till några förbättringar för den enskilde. Rapporten påpekar att det ur ett systemperspektiv enbart har lett till mindre förändringar när det gäller ekonomi, kompetensförsörjning och vårdkonsumtion samt en kostnadsökning för kommunal hälso- och sjukvård. Förvaltningens lokala resultat av omställningen bedöms av MAS så här långt vara i linje med de nationella utmaningarna. Det är svårt att få struktur på omställningen och det krävs en tydligare målbild och prioritering av delmål för att ta nästa steg mot en god och nära vård. Ett arbete är pågående med att sammanställa de olika handlingsplaner som upprättats i förvaltningen för att få en samlad helhetsbild över vad som behöver prioriteras för att ta nästa steg. Viktigt att lyfta i detta sammanhang är att det pågår många aktiviteter i förvaltningen av vikt för att utveckla den goda och nära vården med många engagerade medarbetare ute i verksamheterna. Det är strukturen i arbetet som helhet som behöver lyftas ytterligare, så att riktningen är tydlig.

En god säkerhetskultur

En grundläggande förutsättning för en säker vård är en god säkerhetskultur. Säkerhetskultur består av normer och värderingar, det vill säga saker som är viktiga för oss och styr vårt dagliga agerande. God kvalitet och patientsäkerhet utvecklas bäst i organisationer med god fysisk och psykisk arbetsmiljö, psykologisk trygghet och en kultur där medarbetarna är delaktiga. Chefer och ledare har ett avgörande ansvar för att skapa förutsättningar för en god säkerhetskultur. Att arbeta integrerat med arbetsmiljö och patientsäkerhet bidrar till helhetssyn och skapar förutsättningar för att nå en god patientsäkerhetskultur. Faktorer som måste beaktas tillsammans med patientsäkerhet och arbetsmiljö är till exempel ekonomistyrning, kompetensförsörjning, kompetensutveckling, organisationsstruktur, principer för schemaläggning, bemanning, resursfördelning också vidare.



Analys, resultat och utvecklingsområden

I tidigare patientsäkerhetsberättelser har brister i patientsäkerhetskulturen konstaterats. Det har under de senaste åren varit ett fortlöpande arbete med att hitta strategier för att förändra patientsäkerhetskulturen. Positiva förflyttningar går att se men att förändra en kultur är en långsiktig process och mycket arbete återstår. Inför sommaren fick chefer och administrativ personal i förvaltningen ta del av en motiverande föreläsning om självledarskap med Torkild Sköld som föreläsare. Året avslutades med en återhämtningsdag med fokus på laget och jaget. Dagar som gav mycket inspiration av betydelse för både arbetsplats- och patientsäkerhetskultur. Budskapet av dessa dagar är viktiga att ta med i det vidare arbetet i den kulturreisa förvaltningen måste göra.

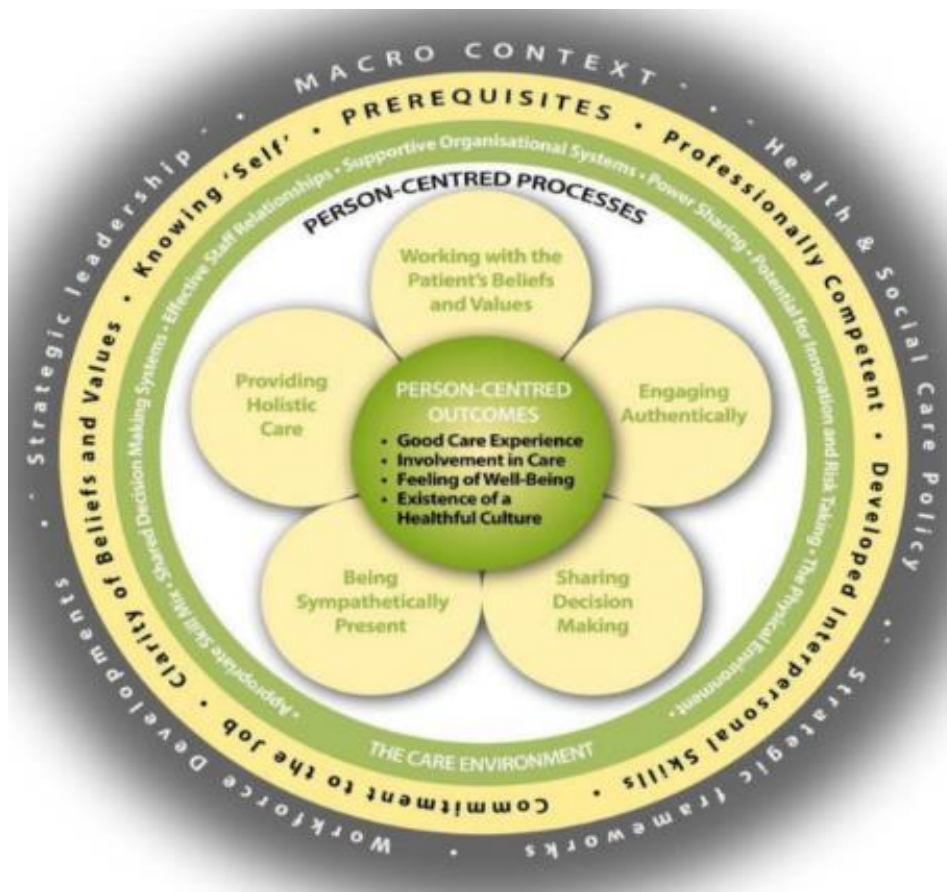
Vidare konstaterar MAS att det finns utmaningar i kommunikation och informationsöverföring i förvaltningen som påverkar patientsäkerhetskulturen. Detta kan till viss del härledas till ett otillräckligt helhetsperspektiv i samverkan på förvaltningsnivå, vilket leder till onödiga störningar i samarbetet. En annan viktig faktor är att det är svårt att nå ut med information så att alla medarbetare som är berörda av informationen tar del av den och förstår den. Detta går många gånger att härleda till att medarbetare inte har tagit del av information som gått ut via mail. Ett åtgärdsförslag är därför att se över policyn för hur mail ska hanteras, det vill säga skyldigheter att läsa och besvara mail och ett tidsspann för svarsrespons. Ett viktigt förbättringsarbete av avgörande betydelse för patientsäkerhetskulturen är att säkerställa följsamhet till beslutade rutiner. Det fortsätter att inträffa allvarliga vårdskador eller risk för allvarliga vårdskador med samma bakomliggande orsaker. Upprättade åtgärdsplaner efter lex Maria anmälningar verkställs inte i verksamheterna i tillräcklig omfattning, vilket leder till att riskerna kvarstår. Utredningarna påvisar också att rutiner inte följs i tillräcklig omfattning och inte heller är kända av alla. Det finns medarbetare som inte har kännedom om var fastställda rutiner hittas. Det är allvarligt då grunden för att nå en hög patientsäkerhet är följsamhet till de riktlinjer och rutiner som är beslutade. Detta påvisar hur viktigt det är att introduktionen av nya medarbetare är tillräcklig och ändamålsenlig.

Av stor vikt för en god patientsäkerhetskultur är också det personcentrerade förhållningssättet, vilket är kärnan i omställningen till en god och nära vård. Personcentrerad vård är inte bara en ny styrmodell som kan appliceras i nuvarande organisationer, utan är ett etiskt förhållningssätt, en människosyn som vägleder våra handlingar och är kopplat till värderingar, attityder och kultur. Denna omställning kräver ansträngning, mod och långsiktighet då det personcentrerade förhållningssättet utmanar vårdens arbetssätt, organisering, samt hierarkiska lednings- och styrmodeller. Då det finns identifierade brister i kulturen i förvaltningen bör därför ett första steg vara att ytterligare prioritera utvecklingsarbete inom detta område. Forskning påvisar hur utvecklingen av det personcentrerade förhållningssättet hindras av de maktstrukturer som finns inom vårdens organisationer idag. Om chefer och ledare inte efterfrågar, följer upp och skapar tydliga förutsättningar för en personcentrerad vård finns en risk att utvecklingsarbetet blir kortsiktigt och inte leder till genomgripande förändringar. I detta sammanhang är det än mer avgörande att patientsäkerhet, arbetsmiljö och ekonomi förstås i en helhet, då vårdens organisationer vilar på dessa tre ben.

MAS har fört fram ett förslag på en evidensbaserad modell för att utveckla det personcentrerade förhållningssättet som skulle kunna vara utgångspunkten för det vidare arbetet. Ramverket består av fem områden med ett makro-, meso- och micro perspektiv relaterat till ett personcentrerat arbetssätt. Makro-

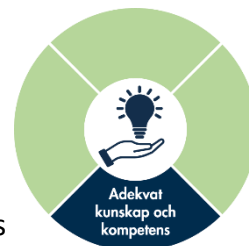
sammanhanget är det som ytterst påverkar förutsättningarna och handlar bland annat om strategiskt ledarskap och strategiska ramverk. Vidare följer ett mesoperspektiv, till exempel förutsättningar som påverkar genom personalens förhållningssätt såsom arbetsengagemang, självkänedom och värderingar. Nästa nivå är vårdmiljön vilken utgör den kontext och personalsammanhang där vården ges. Mikroperspektivet belyser hur vården utförs med ett holistiskt synsätt och en sympatisk närvaro. Slutligen framträder personcentrerade resultat, såsom en bra vårdupplevelse, delaktighet, en känsla av välbefinnande och en hälsosam kultur. Områdena i ramverket är beroende av varandra och måste fungera tillsammans för att uppnå personcentrerade resultat.

McCormack och McCance ramverk för arbetssätt inom personcentrerad vård (2021)



Adekvat kunskap och kompetens

En grundläggande förutsättning för en säker vård är att det finns tillräckligt med personal som har adekvat kompetens och goda förutsättningar för att utföra sitt arbete. Det innebär att verksamheten på både kort och lång sikt aktivt måste arbeta för att säkerställa tillgången till personal med rätt kompetens. Det krävs också särskild kunskap om patientsäkerhet på alla nivåer i hälso- och sjukvården, hos enskilda medarbetare, chefer och politiker.



Analys, resultat och utvecklingsområden

Den snabba kunskapsutvecklingen och omstruktureringen till personcentrerad och samordnad vård i hemmet ställer nya krav på bemanning och kompetens. Behovet av att satsa på kompetensförsörjning på både kort och lång sikt är därför stort. Det är viktigt att ytterligare specificera den kompetensförsörjning som behöver säkerställas. Under 2023 har flertalet satsningar gjorts för att öka den medicinska kompetensen för både undersköterskor och sjuksköterskor. Det har varit en viktig satsning i relation till det ökande antalet sköra äldre med komplexa omvårdnads- och medicinska behov.

Stärkt medicinsk kompetens för sjuksköterskor

Samtliga sjuksköterskor har under hösten fortbildats i diabetes typ II, läkemedelshantering och hjärtsvikt, i tre timmars långa utbildningstillfällen för varje område. Utöver det har specialistsjuksköterskor med förskrivningsrätt haft en heldag med fortbildning för läkemedel inom förskrivningsrätten. Vidare har samtlig legitimerad personal tagit del av en föreläsning av Yngve Gustavsson som är professor och överläkare i geriatrik. Detta var en uppskattad föreläsning där även legitimerad personal från kommunerna i nordost och personal från vårdcentralerna bjöds in att delta i syfte att stärka den externa samverkan. Utvecklingsområden framåt är att framför allt öka antalet specialistsjuksköterskor inom vård av äldre då omställningen till en god och nära vård kräver en hög geriatrisk kompetens.

Stärkt medicinskt kompetens för undersköterskor

Under 2022 utbildades sextio undersköterskor inom särskilt boende, följt av 120 undersköterskor inom hemtjänsten under 2023 i syfte att stärka den medicinska kompetensen. Ansvariga för den fyra dagar långa utbildningen var en sjuksköterska och en fysioterapeut i förvaltningen. Fokus har varit på den geriatriska patienten och de vanligaste sjukdomarna som drabbar äldre, kopplat till anatomi och de fysiologiska förändringar som sker i kroppen i det naturliga åldrandet. Utbildningen har fått mycket fina utvärderingar och varit en uppskattad satsning. Det är också ett effektivt sätt att använda förvaltningens egen

kompetens för intern fortbildning. Utbildningen bör fortsätta så att alla undersköterskor får ta del av denna kompetenshöjning.

SBAR rapporteringsverktyg

En förvaltningsövergripande utbildningsinsats för att säkerställa rapport- och informationsöverföring mellan omvårdnadspersonal och legitimerad personal har genomförts under hösten. Flertalet lex Maria utredningar under de närmaste åren har påvisat allvarliga brister i rapport- och informationsöverföring mellan professioner, vilket gjort det nödvändigt att säkerställa detta. Samtliga omvårdnads- och legitimerad personal har därför genomfört en digital utbildning i SBAR rapporteringsstöd. En rutin för användning har tagits fram och från och med januari 2024 ska all rapportering mellan personal ske med hjälp av SBAR.

Intern och extern fortbildning

Förvaltningens HSL-organisation har ytterligare specialistkompetenser som arbetar förvaltningsövergripande med utbildningsinsatser och är viktiga resurser för den interna kompetensförsörjningen. Regelbundna utbildningsinsatser sker inom områden som demenssjukdomar och BPSD, vårdhygien, nutrition och undernäring, dokumentation, sårvård och kompressionsbehandling, HLR, psykisk hälsa, lyftteknik och utbildningar i Mina Planer. Förvaltningen använder även olika digitala utbildningar i fortbildningssyfte. Fortsatta och pågående utvecklingsområden under 2024 är att skapa struktur för hur och när utbildningar ska genomföras för att säkerställa introduktion och kompetensutveckling framåt. Förvaltningen har under 2023 anställt en utbildningssamordnare som arbetar för att skapa denna struktur.

Det rehabiliterande synsättet behöver utvecklas

Ytterligare utbildningsinsatser bör också göras för kommunens arbetsterapeuter och fysioterapeuter. I den goda och nära vården läggs stort fokus på det rehabiliterande synsättet. Bland annat belyser rapporten "God och nära vård 2023" från Regeringskansliet att regioner och kommuner särskilt bör arbeta med utveckling av hälsofrämjande, förebyggande och habiliterande/rehabiliterande arbetssätt avseende både vuxna, oavsett ålder, samt barn och unga. MAS anser att det idag är för stort fokus på hjälpmedel. Det är viktigt att arbetsterapeuter och fysioterapeuter ges utrymme att vara drivande för att få tillbaka fokus på vardagsrehabilitering i större utsträckning än vad som sker idag. Det är också viktigt att ta tillvara den specifika kompetensen som det innebär att vara fysioterapeut och arbetsterapeut. MAS uppfattning är att dessa professioner många gånger slås samman till rehabpersonal och det finns risk att de olika funktionernas specialistfunktion förloras.

Forskningskompetens i omställningen till en god och nära vård

Nationella rapporter understryker vikten av att öka forskningskompetensen inom kommunal primärvård. Omställningen till en god och nära vård innebär att alltmer sjukvård flyttar ut till kommunerna hälso- och sjukvård och även forskningen behöver flytta med. Sveriges kommuner och regioner betonar behovet av att stärka forskningskompetensen i kommunerna och framhäver tre centrala punkter att utveckla: ökad möjlighet att kombinera klinisk verksamhet med forskning och forskarutbildning, tillgängliga tjänster för disputerade medarbetare samt närvaro av forskningskompetens i regionernas och kommunernas ledningsorganisation. MAS ser det som viktigt att öka forskningskompetensen på både förvaltningsnivå och i det patientnära arbetet i linje med de nationella rapporterna i omställningen till en god och nära vård. MAS har genom omsorgsförvaltningen fått möjlighet att kombinera rollen som MAS med att vara doktorand, något som fortfarande är relativt ovanligt i svenska kommuner även om en ökning sakta ses. Forskningen som handlar om en ny yrkesroll och en tredje nivå av sjuksköterskor, följs av nationella beslutsfattare och förväntas bidra till att ett beslut om att införa rollen som en skyddad yrkestitel fattas inom kort.

Förvaltningen har idag en relativt stor andel specialistsjuksköterskor, varav de flesta har en magisterexamen, vilket är viktigt då de många gånger är drivande i utvecklingsarbete. Sammanlagt har förvaltningen nio distriktssjuksköterskor, åtta + MAS med specialistutbildning inom vård av äldre samt två psykiatri-sjuksköterskor. Det är också viktigt att öka andelen arbetsterapeuter och fysioterapeuter som har magister eller mastersexamen. Detta i syfte att vara drivande i det utvecklingsarbete som behöver göras inom rehabområdet. Det finns självklart också många engagerade grundutbildade legitimerade medarbetare som bidrar till viktig utveckling. Det är avgörande för kompetensförsörjningen och den goda och nära vården att motivera till utveckling och ökad forskningskompetens genom att ta vara på medarbetares olika intresseområden och erbjuda ytterligare fortbildning. Med ökad forskningsanknytning och genomförande av nya forskningsprojekt skulle omsorgsförvaltningen kunna bli ledande för att driva forskningen inom god och nära vård i kommunal primärvård framåt. Det finns mycket forskningsmedel att söka inom detta område om intresse finns. Därför bör fler medarbetare i förvaltningen ges möjlighet till högre examen och forskarutbildning, vilket behöver vara en prioriterad fråga i kompetensförsörjningsplanen framåt.

Patienten som medskapare

Patienter och närstående ska göras delaktiga i vården i enlighet med Patientlagen (2014:821). Syftet med patientlagen är att stärka och tydliggöra patientens ställning och all hälso- och sjukvård ska så långt det är möjligt planeras och genomföras i samråd med patienten. Hälso- och sjukvård får inte ges utan patientens samtycke.



Analys, resultat och utvecklingsområden

Att skapa större delaktighet för patienter och deras närstående är ett uppmärksammat behov som behöver prioriteras ytterligare under 2024. Vid dokumentationsgranskning påvisas regelbundet att patienten inte görs delaktig i sin vård i tillräcklig omfattning. I den externa samverkan vid upprättande av SiP behöver patientens önskemål om sin vård finnas med i större utsträckning än vad som sker idag. Att få med patienter och närståendes delaktighet på ett tydligare vis har varit ett mål under de senaste åren men mer riktade insatser behöver identifieras och utvecklas under 2024.

Personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp

Staten och Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) har tecknat en överenskommelse om att ta fram personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp inom olika sjukdomsområden i syfte att skapa en jämlik och effektiv vård baserad på bästa tillgängliga kunskap. Ett annat syfte är att patienter ska uppleva en mer välorganiserad och helhetsorienterad process utan onödiga väntetider i samband med utredning och behandling. På så sätt ska patienternas livskvalitet och nöjdhet med vården förbättras. En viktig del i de personcentrerade och sammanhållna vårdförloppen är patientkontraktet. Patientkontrakt innebär en överenskommelse mellan patienten och vården och omfattar en sammanhållen planering över patientens samtliga vård- och omsorgsinsatser. Syftet är att stärka patientens delaktighet och samverkan, samt ge förutsättningar för en god tillgänglighet och en samordnad planering. Patientkontrakt ska tillämpas i hela vården, inte bara i vårdförloppen. Av den anledningen kommer såväl kommunal primärvård som socialtjänst bli involverade i implementeringen av de personcentrerade vårdförloppen. Detta kommer att innebära ökade krav på både intern och extern sömlös samverkan.

AGERA FÖR SÄKER VÅRD

Enligt SOSFS 2011:9 och PSL 2010:659 ska vårdgivaren utöva egenkontroll, vilket ska göras med den frekvens och i den omfattning som krävs för att vårdgivaren ska kunna säkra verksamhetens kvalitet. Egenkontroller syftar till att kontrollera att verksamheten bedrivs i enlighet med gällande lagar och förordningar samt de mål och rutiner som är uppsatta för verksamheten. Vissa egenkontroller har

utförts direkt av enhetschefer utifrån ett formulär med kontrollpunkter två gånger per år, medan andra kvalitetsindikatorer följs kontinuerligt av MAS. Nedan ges en sammanfattning av årets egenkontroller och övrigt förbättringsarbete inom olika områden av vikt för patientsäkerheten.

Dokumentation

För att säkerställa att patienten får en god och säker vård finns en lagstadgad skyldighet att föra patientjournal över de bedömningar och beslut som har gjorts avseende patientens vård och behandling. Såväl planering, genomförande som utvärdering av vården måste finnas dokumenterad i patientjournalen. Dokumentation utgör också ett viktigt instrument i kvalitets-, säkerhets-, uppföljnings- och utvärderingsarbetet.

Analys, resultat och utvecklingsområden

Tidigare år har det konstaterats att dokumentationen brustit och detta har därför varit ett prioriterat utvecklingsområde under året. Det har framför allt handlat om brister i dokumentation av vårdplaner samt dokumentation av bedömningar hos patienter med försämrat hälsotillstånd. Över lag finns det fortfarande behov av att utveckla vårdplanerna och framför allt saknas det många gånger uppföljningar av de vårdplaner som upprättats. Här har arbetsterapeuter och fysioterapeuter ett försprång då deras uppföljningar oftast är väldokumenterade och det går att utläsa en tydligare röd tråd i dokumentationen.

Vad gäller sjuksköterskors dokumentation av bedömning av försämrat hälsotillstånd som har varit ett förbättringsområde under 2023, påvisas positiva resultat på gruppnivå, men behöver utvecklas ytterligare på individnivå. Detta innebär att nya allvarliga händelser som leder till lex Maria - anmälningar upprepas fortfarande. Det är därför viktigt att under 2024 fortsätta att utbilda i dokumentation. Det är också väsentligt att legitimerade reflekterar tillsammans kring dokumentationen utifrån risker för allvarlig vårdskada relaterat till ofullständig dokumentation. Utöver den dokumentationsgranskning som MAS genomför, genomförs även dokumentationsgranskning som egenkontroll för legitimerade. Nytt för 2023 har varit att egenkontrollen har genomförts i grupp på respektive arbetsplats i syfte att fördjupa reflektionerna om vad som är bra och vad som behöver utvecklas. Resultatet påvisar en god förbättring vad gäller väsentlig bakgrundsinformation om patienten och tydliga ordinationer. Utvecklingsområden är uppföljning av ordinationer och vårdplaner samt att få in patientens delaktighet och önskemål om sin vård i större utsträckning. Antal dokumenterade läkemedelsgenomgångar är ett annat område som behöver utvecklas.

Läkemedelshantering

Enligt HSLF-FS 2017:37 ska läkemedel förvaras under säkra förhållande i den enskildes bostad eller i särskilt läkemedelsförråd och ska vara anpassat till verksamhetens inriktning. Läkemedel ska förvaras oåtkomligt för obehöriga, enligt tillverkarens anvisningar och på ett sådant sätt att läkemedlets kvalitet inte försämras.

Analys, resultat och utvecklingsområden

I början av 2023 genomfördes den externa granskningen av förvaltningens läkemedelshantering av apotekare. Granskningen genomfördes utan några allvarliga anmärkningar. Dock påtalade apotekaren vikten av att lokala rutiner för respektive enhet upprättades. Dessa skulle innehålla en beskrivning av hur läkemedel beställs, levereras, förvaras och kasseras specifikt på de olika enheterna. Rutinen skulle också innehålla en beskrivning av tillvägagångssätt kring avräkning av narkotikaklassade läkemedel, städning av läkemedelsskåp, hållbarhetskontroll och nyckelhantering. En mall för rutinen togs fram av MAS som förankrades med apotekaren innan den fastställdes. Information om att detta skulle vara klart senast till den 31 december gick ut till samtliga EC och ssk och att en kopia skulle skickas till MAS. De flesta enheter har nu inkommit med dessa och MAS konstaterar att det finns en god kontroll över läkemedelshantering på de olika enheterna. Övergripande rutin för förvaltningens läkemedelshantering är sedan tidigare fastställd och uppdateras av MAS efter behov. Ny extern läkemedelsgranskning sker årligen och nästa gång i februari 2024.

Förvaltningen har sedan tidigare planerat för att successivt byta ut alla läkemedelsskåp mot skåp med spårbarhet avseende vilka personer som har öppnat skåpen. Den planeringen fortlöper enligt plan. Det är viktigt, inte minst på grund av upprepade stölder av narkotikaklassade läkemedel. Det är dock svårt att helt eliminera risken för stölder då det är många medarbetare som dagligen har tillgång till läkemedelsskåp. Med spårbara läkemedelsskåp ökar möjligheten att tidigt ringa in de personer som haft tillgång till de läkemedelsskåp där det uppmärksammas svinn. Tillsammans med extra avräkningskontroller vid tecken på svinn är det dessa åtgärder som är möjliga att vidta för att reducera risken.

Delegeringar

Delegering regleras i Patientsäkerhetslagen (2010:659), Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (1997:14) om delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård, HSLF-FS (2017:37) samt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvård. Personal som utför hälso- och sjukvårdsuppgifter ska ha formell och/eller reell kompetens. Enligt 6 kap. 3§ Patientsäkerhetslag (2010:659) får delegering ske endast när det är förenligt med en god och säker vård. Delegering får inte ske för

att lösa brist på personal eller av ekonomiska skäl. Det är alltid en legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal som bedömer om delegering är förenligt med en god och säker vård av patienten. En legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal kan aldrig tvingas att delegera en arbetsuppgift.

Analys, resultat och utvecklingsområden

Under 2023 har omfattande åtgärder vidtagits för att kvalitetssäkra delegeringsprocessen vad gäller läkemedelsdelegering. Nya digitala läkemedelsutbildningar för delegering av överlämnande av läkemedel och administrering av insulin har köpts in. Nya rutiner togs fram av MAS tillsammans med en referensgrupp bestående av sjuksköterskor och enhetschefer. Det nya arbetssättet för delegeringsprocessen påbörjades den 1 april. Det var till att börja med en del utmaningar då arbetssättet innebar en ökad arbetsbelastning för framför allt enhetschefer. Det var också en del utmaningar i samband med sommarsemestern, då ett större antal nya medarbetare behövde delegering.

En utvärdering under hösten påvisade att rutinerna efter hand har implementerats väl och merparten av enhetschefer och sjuksköterskor är nöjda. MAS hade under december en genomgång av utvärderingen tillsammans med referensgruppen och mindre förtydliganden ska göras i rutinerna för delegeringsprocessen. Apoteket, som är ansvariga för delegeringsutbildningarna, har varit och är ett gott stöd i implementeringsprocessen. Representant från apoteket har medverkat vid uppföljningar i grupp med enhetschefer och sjuksköterskor. MAS och representant för apoteket har även haft flera avstämningar. Apoteket har tagit emot synpunkter på saker som de kan förbättra för att underlätta i processen och de arbetar vidare med dessa. En samlad bedömning av MAS är att den nya delegeringsprocessen har bidragit till en ökad kvalitet för att säkerställa kompetensen i samband med utförandet av delegerade arbetsuppgifter. Därför har verksamhetschef HSL i samråd med MAS och övriga verksamhetschefer beslutat att fortsätta satsa på detta utbildningsförfarande även framåt.

Antal delegeringar per sjuksköterska

I handlingsplanen för 2023 har det varit ett mål att säkerställa antal delegeringar per sjuksköterska. Ett nyckeltal har tagits fram om att 50 delegeringar per sjuksköterska är taket för hur många delegeringar som är rimligt att ansvara för. Detta mål nås i de allra flesta fall och flera sjuksköterskor har mindre än så. Utmaningen har varit inom FSS där det har varit många fler än 50. MAS och verksamhetschef HSL har haft dialog med enhetschef och FSS-sjuksköterskor. Första åtgärden blev att se över hur antalet delegeringar kan omfördelas mellan sjuksköterskorna då det kunde konstateras att det inte var jämnt fördelat. Detta har inneburit att antal delegeringar per sjuksköterska har minskat, även om målet med högst 50 delegeringar per sjuksköterska ännu inte är fullt uppnått.

Delegeringar från arbetsterapeuter och fysioterapeuter

Delegeringar från arbetsterapeuter och fysioterapeuter är inte av samma omfattning och antal delegeringar per legitimerad är sällan ett problem. Dock är ett viktigt förbättringsarbete under 2024 att säkerställa att delegerade arbetsuppgifter från arbetsterapeuter och fysioterapeuter till omvårdnadspersonal utförs i samma omfattning som delegerade arbetsuppgifter från sjuksköterskor. Det finns en tendens att omvårdnadspersonal hoppar över till exempel delegerade träningsprogram i brist på tid. Därför är det, som tidigare nämnts viktigt att ändra fokus från hjälpmedel till förmån för ett rehabiliterande synsätt i förvaltningen.

Demensjukdomar och BPSD

Idag lever mellan 130 000 - 150 000 personer med demenssjukdom i Sverige. Demenssjukdomarna förväntas öka alltmer och cirka 20 000 - 25 000 personer insjuknar årligen. Demenssjukdomar går inte att bota och många personer med demenssjukdom drabbas någon gång under sjukdomsförloppet av beteendemässiga och psykiska symtom vid demens (BPSD). Det kan handla om mani, hypomani, depression, ångest, agitation, hallucinationer, vanföreställningar osv. Personer som drabbas av BPSD utsätts för ett stort lidande och det är därför viktigt att identifiera de patienter som drabbas. Behandlingen inriktas på att finna utlösande faktorer till symtomen och försöka att åtgärda dessa genom såväl omvårdnadsåtgärder som medicinska åtgärder. Som ett stöd används det nationella BPSD-registret, vars syfte är att kvalitetssäkra omvårdnaden av personer med demenssjukdom och att uppnå ett likvärdigt omhändertagande av denna patientkategori över hela landet.

Analys, resultat och utvecklingsområden

Omsorgsförvaltningens demenssjuksköterska har ett övergripande ansvar för att utveckla och kvalitetssäkra demensvården utifrån gällande lagstiftningar, värdegrund och senaste evidens. En viktigt uppdrag i rollen som demenssjuksköterska är att handleda medarbetare och vara ett stöd för såväl den enskilde som deras närstående.

Utbildning till BPSD administratörer

Under året har demenssjuksköterskan utbildat ett 50-tal medarbetare till BPSD-administratörer. Resultatet av utbildningen går att mäta genom att se att antalet registreringar i BPSD-registret ökar. Under 2022 genomfördes 146 registreringar och under 2023 har 216 registreringar genomförts, vilket indikerar att det sker ett aktivt arbete med att identifiera BPSD-symtom hos personer med demenssjukdom i förvaltningen.

Utbildning i demenssjukdomar och bemötande

Demenssjuksköterskan håller också fortlöpande utbildningar i demenssjukdomar och bemötande av personer med demenssjukdom. Under våren utbildades HSL-undersköterskor och rehabassistenter. I samband med introduktionsdagarna för sommarvikarier fick alla vikarier en genomgång om demenssjukdomar och bemötande. Under hösten gjordes en satsning på fortbildning till omvårdnadspersonal i hemtjänsten. Utbildningarna hölls under 6 veckor och totalt 120 medarbetare tog del av den utbildningen.

Stjärnmärkning

På förvaltningens demensboenden pågår ett viktigt kvalitetsarbete genom Svenskt Demenscentrums utbildningsmodell – stjärnmärkning. Syftet med modellen är att ge medarbetare kunskap och verktyg för att utveckla vården av personer med demenssjukdomar utifrån ett personcentrerat arbetssätt. När minst 80 procent av personalen har genomfört utbildningen tilldelas arbetsplatsen diplommet Stjärnmärkt. Stjärnmärkningen omprövas varje år. Tre av förvaltningens demensboenden; Högalidshemmet, Hemgården och Björksäter har under 2023 blivit stjärnmärkta och fler är på gång att bli stjärnmärkta under 2024.

Anhörigträffar och studiecirklar

Demenssjuksköterskan har tillsammans med anhörigstrateg en viktig roll i att stödja anhöriga till personer med demenssjukdom. Olika former av anhörigträffar och studiecirklar sker fortlöpande och är uppskattade forum för anhöriga att etablera kontakter med andra i liknande situationer. Det finns vid behov även utrymme för enskilda samtal för råd och stöttning i vardagen, samt möjlighet till hjälp med att skapa kontakt med andra viktiga aktörer.

Palliativ vård

När bot inte längre är möjlig krävs ett medvetet förhållningssätt för att kunna hjälpa både patient och närstående. Palliativ vård är en egen vårdfilosofi, där specifik kunskap krävs för att hjälpa människor i livets slutskede. Ett av den palliativa vårdens huvudsakliga mål är att lindra smärta och andra symtom. Men den palliativa vården ska inte bara lindra den fysiska smärtan utan även erbjuda psykologiskt, socialt och andligt/existentiellt stöd för patient och närstående. Teamarbete mellan olika yrkesgrupper är en förutsättning för god palliativ vård. Socialstyrelsen har tagit fram ett nationellt kunskapsstöd till hälso- och sjukvården och socialtjänsten om palliativ vård i livets slutskede.

Analys, resultat och utvecklingsområden

Arbetet med att utveckla den palliativa vården i linje med det nationella kunskapsstödet är pågående i förvaltningen. Positiva förflyttningar ses, men mer arbete återstår innan den palliativa vården fullt ut är kvalitetssäkrad. Precis som

tidigare år är palliativ vård på jourtid och genomförande av brytpunktssamtal ett fortsatt utvecklingsområde. I det senare är sjuksköterskor beroende av läkare och det finns behov av ökad samverkan. Likaså bedöms inte patienter i livets slut med hjälp av tillgängliga bedömningsinstrument för att identifiera graden av ångest och smärta i tillräcklig utsträckning. Abbey Pain Scale är det instrument som används för att skatta ångest och smärta inom den palliativa vården. Under 2023 användes detta inom förvaltningen för att göra totalt 109 bedömningar. Dessa är gjorda av sammanlagt 15 olika sjuksköterskor. Resultatet påvisar således att en majoritet av sjuksköterskorna inte använder bedömningsinstrumentet, vilket behöver utvecklas under 2024. Brister i uppföljning av den palliativa vården ses också i dokumentationen.

Förvaltningen har en arbetsgrupp för palliativ vård som är aktiv och jobbar för att stärka och utveckla den palliativa vården i förvaltningen. Under året har alla medarbetare i gruppen varit på en nationell konferens för palliativ vård. Det bör ges tillfälle under 2024 för dessa medarbetare att redovisa de viktigaste budskapen från konferensen. MAS har också sedan tidigare föreslagit att det ska införas palliativa ombud för omvårdnadspersonal, precis som att det finns hygienombud. Det har även kommit in önskemål från enhetschefer om detta. Det bör därför med fördel vara ett utvecklingsområde under 2024 inom den palliativa vården.

Vårdhygien

Enligt Socialstyrelsens föreskrift gällande basal hygien i vård och omsorg (SOSFS 2015:10) ska all personal där det bedrivs hälso- och sjukvård tillämpa basala hygienrutiner. Vårdgivaren ansvarar för att personalen följer föreskrifterna och i ansvaret ingår att säkerställa att det finns tydliga rutiner för att de basala hygienrutinerna kan förstås och efterföljas. Vårdgivaren ansvarar också för att en god hygienisk standard är möjlig att hålla. Detta innebär att lokaler, utrustning och hela verksamheten ska utformas så att risken för infektioner och smittspridning är så liten som möjligt.

Analys, resultat och utvecklingsområden

Under året har det förekommit ett särskilt allvarligt utbrott på Lyckåsa korttidsboende, som ledde till en lex Maria anmälan. Flera patienter insjuknade i både Clostridium och Covid och fyra patienter blev allvarligt sjuka varav en patient avled. På grund av undermåliga lokaler för att säkerställa en god hygienisk standard, har korttidsboendet under året tvingats till intagningsstopp i samband med smitta för att inte bidra till ökad smittspridning. Att säkerställa en god hygienisk standard på korttidsboendet måste vara högsta prioritet under 2024 och det arbetas aktivt på en lösning. På korttidsboendet vårdas huvudsakligen sköra

äldre med komplexa behov. Dessa personer är särskilt infektiöskänsliga och en smittspridning kan få förödande konsekvenser.

Vidare har förvaltningens hygiensjuksköterska under året arbetat utifrån målen för vårdhygien i handlingsplanen för patientsäkerhetsberättelsen. Hygiensjuksköterskan besöker regelbundet verksamheterna och följer upp vårdhygien, har täta kontakter och dialoger med enhetschefer, hygienombud och övrig omvårdnadspersonal. Både teoretiska och praktiska utbildningar i verksamheterna har genomförts. Under våren genomfördes den nationella punktprevalensmätningen i syfte att mäta följsamheten till basala vårdhygienrutiner bland personal i förvaltningen. En ytterligare mätning gjordes under hösten. Analyserna påvisar en fortsatt positiv utveckling av följsamheten. Det krävs dock ett fortsatt arbete då analysen samtidigt påvisar att det är 34 procent av medarbetarna som inte har följsamhet till samtliga kontrollpunkter. Nedan ses resultatet i jämförelse med resultatet från 2022 och det går att konstatera ytterligare förbättringar jämfört med 2022.

N = antal observationer	2020 (N=70)	2022 (N=399)	2023 vår (N=501)	2023 höst (N=411)
Andel med korrekt följsamhet i samtliga 8 hygiensteg	28.6 %	56.6 %	65.9 %	65.5 %

Utbildning i Hjärt- och lungräddning (HLR)

Utöver arbetsuppgifterna inom vårdhygien, har hygiensjuksköterskan även ett uppdrag att tillsammans med några medarbetare med utbildning som HLR-instruktörer, utbilda medarbetare i HLR. Under 2023 har sammanlagt 319 medarbetare genomgått utbildningen och fler kommer att utbildas under 2024. Ett viktigt arbete för att våra medarbetare ska vara uppdaterade i hur HLR ska utföras enligt senaste rönen. Det är också ännu ett fint exempel på hur förvaltningens interna kompetens kan tas tillvara på ett kostnadseffektivt sätt för att främja fortbildning.

Egenvård

Egenvård är när patienten själv, eller med hjälp av någon annan, utför hälso- och sjukvårdsåtgärder utanför hälso- och sjukvården. Det kan till exempel vara att själv ta ett ordinerat läkemedel eller att göra övningar som har rekommenderats av en fysioterapeut. Men det kan också röra sig om mer avancerade hälso- och sjukvårdsåtgärder. Om personen får hjälp av någon utanför hälso- och sjukvården kan det till exempel vara en närstående, en personlig assistent eller omvårdnadspersonal i kommunen. Egenvård bidrar till att patienten får möjlighet att leva sitt liv utan täta kontakter med hälso- och sjukvården. Men egenvård kan

samtidigt innebära risker. I lagen om egenvård definieras egenvård som en hälso- och sjukvårdsåtgärd som behandlande hälso- och sjukvårdspersonal som har legitimation eller särskilt förordnande har bedömt att en patient kan utföra själv eller med hjälp av någon annan (egenvårdsbedömning).

När en patient själv eller med hjälp av någon annan utför egenvård är det inte att betrakta som hälso- och sjukvård. Vid utförandet av egenvård gäller därför inte lagar och regler på hälso- och sjukvårdens område. En egenvårdsbedömning enligt lagen om egenvård är däremot hälso- och sjukvård och ska därför göras i enlighet med de lagar och regler som gäller för hälso- och sjukvården.

Analys, resultat och utvecklingsområden

Under året har det lagts ett ökat fokus på att säkerställa att de egenvårdsintyg som kommunens personal arbetar efter ska vara korrekt ifyllda av ordinerande läkare eller annan legitimerad personal. Det har uppmärksammats att kvaliteten i egenvårdsintygen är varierande. Detta är ett problem framför allt inom daglig verksamhet och korttidsboende i FSS-verksamheten, men även inom hemtjänsten kan det ibland inkomma otydliga egenvårdsintyg. Som en åtgärd för att säkerställa kvalitet i egenvårdsintyg har ett informationsblad tagits fram. Detta kan överlämnas till anhöriga eller direkt till ordinerande enhet av kommunens personal. Det är förtydligat i informationsbladet att ett korrekt egenvårdsintyg ska finnas innan insatsen kan påbörjas. Det har också anställts en sjuksköterska som ska arbeta inom förvaltningens verksamhet för barn och unga inom FSS. Tanken är att sjuksköterskan ska vara behjälplig med kontakter med sjukhus och närstående, handleda och utbilda personal med mera för att säkerställa en hög patientsäkerhet inom detta område. Kommunen har inte hälso- och sjukvårdsansvaret för barn och unga under 18 år. Då det uppmärksammats patientsäkerhetsrisker inom denna verksamhet är åtgärden ett försök att säkerställa de risker som trots allt finns, utan att inskränka på regionens hälso- och sjukvårdsansvar för denna patientkategori.

Medicintekniska produkter

Alla vårdgivare som använder medicintekniska produkter i sin verksamhet måste försäkra sig om att användningen är säker och ändamålsenlig utifrån bland annat hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) och patientsäkerhetslagen (2010:659). Den nya EU-förordningen för medicinteknik, Medical Device Regulation (MDR), började tillämpas 2021. Det nya regelverket ställer generellt hårdare krav på produkter och tillverkare som genererar ökad säkerhet för användare. Det ställs även högre krav på spårbarhet hos vårdgivarna.

Medicintekniska produkter (MTP) delas in i nedanstående grupper:

1. Hjälpmedel delas in i tre grupper, det vill säga individuellt förskrivna, arbetstekniska hjälpmedel och basutrustning.
2. Medicinsk apparatur för undersökning och behandling (MTU)
3. Förbrukningsmaterial och sårvårdsprodukter

Analys, resultat och utvecklingsområden

Hjälpmedel

Ny övergripande rutin för MTP är framtagen och beslutad under 2023. Rutinen tydliggör ansvarsfördelning på ledningsnivå, ansvar vid förskrivning av MTP samt ansvar för kontroll av hjälpmedel. Det pågår också ett arbete för att säkerställa att alla boenden har egen basutrustning i stället för individuellt förskrivna hjälpmedel. Sortiment för utrustning är beslutad och medel för basutrustning är inkluderad i 2025 års budget. Under 2023 har en ny förskrivningsportal MyLoc Logistics startat för förskrivning, beställning och registrering av hjälpmedel. Initialt var det en del problem med systemet och det uppstod fördröjning för att få en del hjälpmedel. Dock inträffade inga allvarliga händelser, men problemen orsakade en del extraarbete. Ett arbete är också pågående för att säkerställa spårbarhet av alla hjälpmedel i förvaltningen. Detta är i nuläget inte klart och bör prioriteras inom rehabverksamheten under 2024.

Medicinteknisk utrustning (MTU)

Ett viktigt förbättringsarbete avseende medicinteknisk utrustning har gjorts under hösten. Det har tidigare saknats avtal för regelbunden service och kalibrering av MTU. Detta är nu upprättat och från och med 2024 kommer all MTU genomgå regelbunden service på årlig basis. En ny rutin för MTU är framtagen innehållande ansvar för inköp och spårbarhet av MTU. Rutinen har också fastställt ett bassortiment för den MTU som ska finnas tillgänglig för omvårdnadspersonal och legitimerad personal. Samtliga enheter har fått i uppdrag att upprätta en inventarieförteckning över all utrustning som finns på enheten för att säkerställa spårbarhet.

Förbrukningsmaterial och sårvårdsprodukter

Kommunen har tillsammans med regionen en gemensam rutin för förbruknings- och sjukvårdsartiklar. Rutinen är från 2004 och är under revidering. Ett utkast till ny rutin är framtagen av regionen och har varit ute på remiss i kommunerna. Rutinen är ännu inte fastställd. Över lag är förslaget på rutin bra och säkerställer en effektivare process för att beställa material. Om förslaget går igenom kommer

det att innebära en något ökad kostnad för kommunen, men kommer till största delen att kompenseras från regionen.

Specialistfunktioner av vikt för en god och säker vård

Förvaltningens HSL - organisation har flertalet specialistfunktioner i syfte att utveckla, omvärldsbevaka samt utbilda inom respektive specialistområde. Det är viktiga funktioner av stor betydelse för kvalitet och patientsäkerhet. Nedan ges en överblick över hur deras arbete fortlöpt under 2023.

Suicidpreventiv samordnare och psykiatrisamordnare

Under 2022 anställdes en psykiatrisamordnare och en suicidpreventiv samordnare. Under ledning av Tre förvaltningar (OF, SF & BuF) har det suicidpreventiva arbetet fortsatt att utvecklas under 2023. En kommunövergripande grupp för arbetet har startats där en kontaktperson för varje förvaltning deltar. Suicidpreventiv samordnare är sammankallande och psykiatrisamordnaren är omsorgsförvaltningens utsedda kontaktperson. Under våren har suicidpreventiv samordnare deltagit på samtliga förvaltningars ledningsgrupper för att presentera tjänsten samt det första uppdraget med att ta fram en handlingsplan som ska ligga till grund för ett politiskt beslut i kommunfullmäktige. Som en start har en kartläggning genomförts där suicidpreventiv samordnare har närvarat på kommunens samtliga chefsgrupper förutom barn- och utbildningsförvaltningen och presenterat uppdrag och deras delaktighet i det kartläggande arbetet inför en handlingsplan. Kartläggningen har gjorts via en digital enkät som skickats ut till samtliga chefer inom kommunen samt vissa nyckelpersoner för det suicidpreventiva arbetet. Utifrån kartläggning och rekommenderade evidensbaserade insatser har förslag på en kommunövergripande suicidpreventiv handlingsplan tagits fram, och delgivits samtliga förvaltningschefer som ansvarat för vidare synpunktsrunda ut i varje förvaltning. Övergripande synpunkter som samlats in påpekar svårigheten att genomföra handlingsplanen på grund av brist på tid och resurser.

Under 2023 har psykiatrisamordnaren lett sju olika handledningsuppdrag i förvaltningen, övervägande inom FSS men också inom äldreomsorgen. Under året har också utbildningsinsatser genomförts på elva enheter i förvaltningen. Utbildningen fokuserar på de vanligaste psykiatriska sjukdomstillstånden, så som depression, ångest- och psykossjukdomar och på hur symtom kan yttra sig samt specifika riskgrupper. Utbildningen belyser även hur det är lämpligt att bemöta personer med dessa sjukdomar samt hur suicidtankar kan uppmärksammas. Båda samordnarna är även instruktörer i första hjälpen till psykisk hälsa (MHFA). Det finns totalt fem instruktörer inom omsorgsförvaltningen och de har tillsammans under året utbildat 84 medarbetare i förvaltningen samt 13 inom socialförvaltningen.

Specialistsjuksköterska för förebyggande hembesök

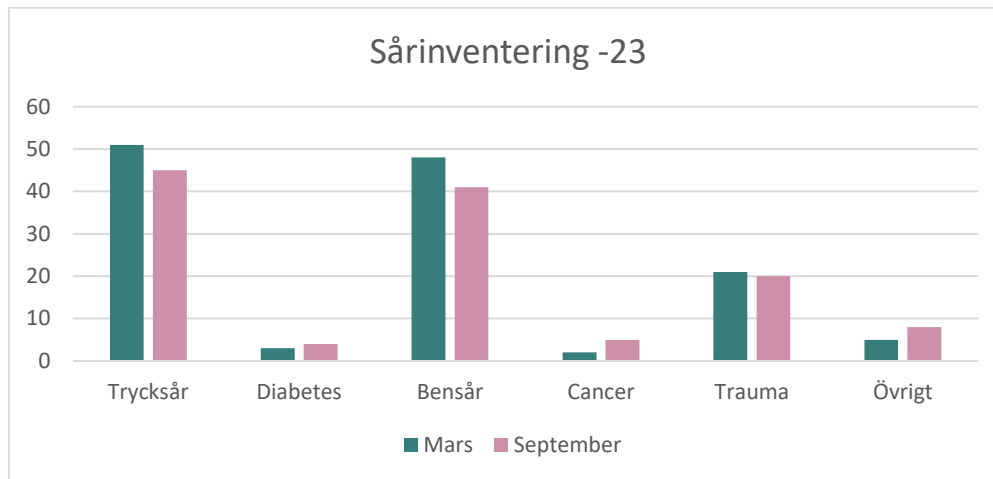
Förebyggande hembesök erbjuds personer som är 81 år och boendes i Hässleholms kommun. De personer som får erbjudande bor i ordinärt boende och har inte beviljad hemsjukvård eller hemtjänst med regelbundna insatser. Finns det någon partner till personen så får även den personen erbjudande om att medverka vid besöket, om den personen är mellan 77 och 81 år. Det är knappt 300 personer som erhållit hembesök under 2023 och av dem har cirka hälften genomförts tillsammans med maka/make. Vid hembesöken ges förebyggande råd för ökad trygghet inom hälsa, kost och motion, hur fallolyckor kan undvikas, brandrisker samt kontroll av puls, blodtryck och TUM-EKG i syfte att i ett tidigt skede upptäcka ett eventuellt förmaksflimmer. Dessutom ges information om vilken hjälp och stöd som kommunen kan erbjuda och var man vänder sig om behov finns för dessa stödinsatser.

Sjuksköterska för förebyggande hembesök har även besökt kommunens träffpunkter under hösten utifrån temat "Balansera Mera" under hösten. Tillsammans med annan legitimerad personal från Omsorgsförvaltningen besökt gavs information och tips på hur fallolyckor kan förebyggas. Det uppfattades som mycket positivt av besökarna på träffpunkterna att personal kommer och informerar och inspirerar. Under våren erbjöds träffpunkterna besök av kommunens dietist samt sjuksköterska för förebyggande hembesök, med temat "Skapa bra rutiner i vardagen". Under hösten har också uppdraget för förebyggande hembesök utökats. Numera erbjuds även personer över 75 år, som ansöker om trygghetslarm eller personer som har trygghetslarm som enda stöd i hemmet och råkar ut för en fallolycka ett hembesök. Fokus är på fallprevention och tillsammans med den enskilde se över möjliga lösningar för att förhindra ytterligare fall.

Sårsjuksköterska

Sårsjuksköterskans roll är att vara ett expertstöd till övriga kolleger vad gäller sårbedömningar och förslag på omläggingsmaterial för bästa läkningsprocess. Sårsjuksköterskans kunskap är viktig för att kvalitetssäkra sårområdet och hon gör i genomsnitt fyra hembesök och ett 15-tal telefonkonsultationer med kolleger varje vecka. Utöver det har sårsjuksköterskan ett övergripande ansvar för att i samråd med MAS upprätta och uppdatera rutiner för sårvård och sårmaterialsbeställningar. Ett annat viktigt ansvarsområde är att ge introduktionsutbildning i sårvård till sjuksköterskor och HSL-undersköterskor, samt viss utbildning till omvårdnadspersonal. Vidare är sårsjuksköterskan ansvarig för att registrera och dokumentera sår i kvalitetsregistret RiksSår. Sårsjuksköterskan har också tillsammans med förvaltningens dietist genomfört en gemensam utbildningsinsats: *Nutritionens påverkan på sår*, för samtliga sjuksköterskor, arbetsterapeuter och fysioterapeuter inom omsorgen. De har också gjort en digital utbildningsfilm

som riktar sig till all omvårdnadspersonal inom förvaltningen. Sårinventering av hur många och vilka typer av sår förvaltningens patienter har är en annan uppgift och under året har två inventeringar gjorts.



Dietist

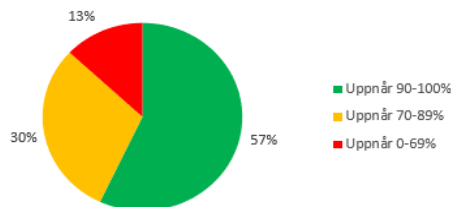
Dietisten har ett förvaltningsövergripande uppdrag som innefattar omvärldsbevakning, kompetenshöjande insatser inom området nutrition samt att i samråd med MAS upprätta rutiner inom området nutrition. Under året har omvårdnadspersonal i hemtjänsten utbildats i nutritionvårdsprocessen, undernäring, berikning och näringslära. Kontinuerligt sker också utbildning och fortbildning av kostombud och andra medarbetare i nutritionvårdsprocessen och i hur vårdplaner avseende nutrition ska dokumenteras.

Andra kvalitetshöjande insatser som genomförts under året är ett samarbete med Tekniska förvaltningen, där det anordnades en workshop för samtliga 60 kostombud inom säbo. Flera praktiska övningar genomfördes, till exempel att prova att mata varandra, sitta i rullstol, diskussion om klassiska tillbehör till olika maträtter, kontrastdukning, med mera. Detta har mynnat ut i en inspirationsguide för en god måltidsmiljö med syftet att utgöra ett stöd för att göra måltiden till en god upplevelse för våra vårdtagare. Dietisten har också deltagit på träffpunkter i syfte att prata om hälsosamma levnadsvanor för friska seniorer runt om i Hässleholm samt anordnat Balansera Mera tillsammans med andra medarbetare i förvaltningen.

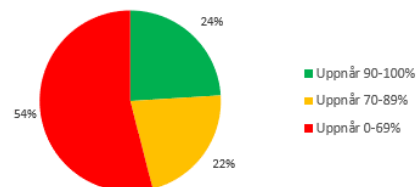
Under året har även en näringsregistrering genomförts. Denna har gjorts utifrån en ny metod i syfte att få en kvalitetsindikator över vårdtagares energi- och proteinintag. Näringsregistreringen inkluderade totalt 10 procent av omsorgs-

tagarna på särskilt boende, korttidsboende samt i gruppboende. Resultatet visade att 57 procent av samtliga omsorgstagare uppnådde 90-100 procent av sitt beräknade energibehov (första bilden), medan 54 procent av samtliga omsorgstagare endast nådde upp till 0-69 procent av sitt beräknade proteinbehov (andra bilden).

Tabell 1



Tabell 2



Samtliga specialistfunktioner ovan deltog även under årets sommarintroduktion för omsorgsförvaltningens sommarvikarier, där dessa fick en genomgång utifrån de olika specialistområdena och fick med sig viktig kunskap att ta med ut i det patientnära vårdarbetet.

Vårdplaneringssjuksköterska (VPL-ssk)

VPL-ssk har en viktig roll i att utveckla regionens och kommunens digitala informationsöverföring i Mina Planer och står för många utbildningsinsatser. Under 2023 gjordes en intern digital SiP-utbildning som riktar sig till alla i teamet, vilket bidragit till att skapa bättre förutsättningar för patienters och närståendes delaktighet i SiP och sin vård. Andra insatser är att VPL-ssk tagit fram en ny intern utbildning gällande akutbladet (patientinformation i samband med inskick till sjukhus) inför att det skulle bli digitalt i Mina Planer den 1/11. VPL-ssk har efter införandet haft en nära samverkan med akutmottagningen i Hässleholm kring inskickade patienter. Detta för att snabbt upptäcka mönster i brister i användandet av det digitala akutbladet och kunna åtgärda dem direkt. Ett annat viktigt arbete är framtagandet av en rutin för patienter som har skyddade personuppgifter. Dessa ska inte hanteras i Mina Planer, ändå tillåter systemet ibland att ärenden för dessa patienter skapas. Ett förslag till intern rutin är därför framtagen och ska beslutas inom det snaraste. Denna syftar till att begränsa exponering av patienter med skyddad identitet i Mina Planer.

Öka kunskap om inträffade vårdskador

Avvikelsehantering

Genom identifiering, utredning samt mätning av skador och vårdskador ökar kunskapen om vad som drabbar patienterna när resultatet av vården inte blivit det som avsetts. Kunskap om bakomliggande orsaker och konsekvenser för patienterna ger underlag för utformning av åtgärder och prioritering av insatser.



Nedan presenteras statistik över det totala antalet avvikelser som rapporterats som vårdskada samt antal fallrapporter under 2023 och jämförande statistik från 2022.

	Vårdskada samtliga	Vårdskada ej avslutade	Fallrapporter samtliga	Fallrapporter ej avslutade
2022	1652	581	3039	581
2023	1547	250	3052	392

Analys, resultat och utvecklingsområden

Interna avvikelser

Generellt är medarbetare i verksamheterna noga med att skriva avvikelser när det har inträffat en händelse som påvisar en risk för vårdskada. Det är många avvikelser som inkommer under ett år. Tidigare år har det också varit ett otillräckligt fokus på att utreda och återkoppla avvikelser i teamen. Det syns nu en positiv vändning under året som gått och det arbetas mer aktivt i teamsamverkan med detta. Dock påvisar statistiken ovan att det krävs ett ökat fokus under 2024 med att hantera fallrapporter och att arbeta mer preventivt med att riskbedöma patienter för fallrisk. Det finns också förbättringspotential när det gäller att upprätta avvikelser i samband med att det inträffar allvarliga vårdskador/risker för allvarliga vårdskador. Dessa uppmärksammas oftast vid antingen egen dokumentationsgranskning av MAS, medarbetare informerar MAS eller via inkomna synpunkter och klagomål från anhöriga. Det är viktigt att arbeta proaktivt med att medarbetare alltid rapporterar dessa händelser i samband med när händelsen inträffar. Likaså är det viktigt med ett ökat fokus på att skapa ett lärande av de olika händelserna då liknande händelser tenderar att återupprepas. Det är viktigt att verksamheterna fortsätter att arbeta aktivt med att hitta mönster i händelserna och att de följer upp och utvärderar effekter av vidtagna åtgärder. Det är också påvisbart att rutinerna för rapporteringsskyldighet och avvikelseprocessen inte är tillräckligt implementerade hos alla medarbetare. Det

är därför en viktig del av introduktionen av nya medarbetare att få information om och ta del av de rutiner som finns, samt att de tar ett eget ansvar för att hålla sig uppdaterade.

De mest återkommande avvikelserna är fallrapporter och brister i läkemedelshantering. Under 2023 var 1208 av 1547 avvikelser vårdskador inom området läkemedel, där den största avvikelsen berör uteblivna läkemedelsdoser. Läkemedelsöverlämning signeras i APPVA signeringssystem och nedan följer en sammanfattning av 2023 års resultat.

Område	Totala antalet läkemedelsöverlämningar	Andel signerade insatser	Osignerade läkemedel	Signerade i tid	Genomsnittlig avvikelse i tid
Hela kommunen	2 177 358	99 %	21 773	88 %	11 minuter
SäBo	1 265 196	99 %	12 652	90%	6 minuter
Ordinärt boende	630 835	99 %	6309	85 %	14 minuter
FSS	265 749	99 %	2658	92 %	27 minuter

Statistiken påvisar att en hög andel av läkemedelsdoserna ges enligt ordination med acceptabla avvikelser i tid. Däremot blir det märkbart att trots en hög procent av andel signerade insatser, är det många doser som är osignerade och i teorin ej givna när procentsatsen omvandlas till siffror.

Externa avvikelser

Antalet externa avvikelser som går ut från förvaltningen till andra vårdgivare har ökat under de senaste åren. Tidigare skrevs det få avvikelser då många medarbetare ansåg att de inte fick någon återkoppling. Det var också många avvikelser som det aldrig kom något svar på. Det är tydligt att såväl kommunen som regionen har utvecklat arbetet med avvikelserapportering över vårdgivargränserna och aktivt arbetar med förbättringsåtgärder. De flesta utgående avvikelser handlar om antingen brister i utskrivningsprocessen i Mina planer, brister i läkemedelsordinationer inklusive avsaknad av medskick av nyinsatta läkemedel (enligt rutin ska nya läkemedel skickas med för tre dagar), avsaknad av läkemedelslista, felaktiga läkemedelsordinationer, oklarheter i medicinsk ansvarsfördelning samt otillräckligt läkarstöd vid akuta behov. Inkommande externa avvikelser handlar till största delen om fördröjd vårdtid på grund av att kommunen inte tagit hem patienten i tid, att sjukhuset inte har fått kontakt med någon i kommunen när behov funnits eller att patienter ej blivit bedömda av sjuksköterska i kommunen innan de skickas in med ambulans.

Antal externa avvikelser fördelat på inkommande och utgående

	Inkommande	Utgående
2022	30	132
2023	51	174

Synpunkter och klagomål

Under året har det inkommit sju synpunkter och klagomål som berör kvaliteten i hälso- och sjukvård.

D-nr	Händelse	Kommentar
2023/1232	Trycksår och brister i förebyggande vård och sårvårdsbehandling.	Klagomålet inskickat anonymt utan uppgifter om vilken patient det handlar om, varvid händelsen inte kan utredas och avslutas utan åtgärd.
2023/773 Inkommet via IVO	Anhörig beskriver att pat blivit vanvårdad och det har orsakats patientens död, bland annat har larvet hittats i ett sår.	Vid granskning av ärendet av MAS framkommer inget avvikande. Såret har lagts om regelbundet och rapport till ansvarig läkare har skett kontinuerligt.
2023/754 Inkommet via Patientnämnden	Brister i omvårdnad och läkemedelshantering.	Vid utredningen konstateras brister i omvårdnad och miss av läkemedelsdos. Ärendet diskuteras med EC och ssk som säkerställer att bristerna åtgärdas. Ingen ytterligare åtgärd.
2023/587	Patient som faller utomhus och ådrar sig en fraktur.	MAS bedömning var att det var olyckligt att inte frakturen uppmärksammades i ett tidigare skede, dock har sjuksköterska hanterat situationen korrekt genom dagliga uppföljningar.
2023/609	Tidigare avslutat ärende gällande patient med skabb. Anhörig anser att patienten har vanvårdats. Omsorgsförvaltningen och från IVO.	Utredningar kring detta ärende har pågått under flera år och har utretts av både MAS och av IVO. Utredningarna påvisar inga brister från kommunens sida.
2023/472	Anhörig har synpunkter gällande sjuksköterskans bedömning och uppföljning av patient. Patienten har skickats till sjukhus och vid ankomst till sjukhus	MAS summering av händelsen är att omvårdnadspersonal och sjuksköterska har haft uppsikt över patienten och vidtagit relevanta åtgärder. Dock kunde en

	konstateras det att patienten är förstoppad. På grund av förstoppningen har urinretention utvecklats och därför får patienten tappas på 1500 ml urin.	bladderscanner ha genomförts i ett något tidigare skede, men samtidigt försämrades patienten i sitt allmäntillstånd under förmiddagen den dagen patienten skickades till sjukhus.
2023/183 Inkommet via IVO	Klagomål via anhörig som har synpunkter avseende att patient blivit vaccinerad med tredje dosen covidvaccin trots att patient nyligen varit sjuk i covid och inte hade återhämtat sig tillräckligt.	MAS konstaterar att sjuksköterska har hanterat vaccinationen korrekt i samråd med läkare.

Analys, resultat och utvecklingsområden

Av de inkomna synpunkterna och klagomålen bedömdes ingen som allvarlig vårdskada. Vid ett av ärendena konstateras brister i omvårdnad och läkemedels- hantering men inte av den allvarlighetsgraden att det fanns skäl för ytterligare anmälning till IVO, utan händelsen hanterades vidare av ansvarig enhetschef.

Lex Maria anmälningar 2023

Under året har sex lex Maria-anmälningar skickats till IVO. Samtliga utom en (d-nr 1203) är avslutade från IVO.

Diarienummer	Händelse
2023/784	Patient med personlig assistans avlider efter fall ur rullstol pga att tippskydd ej varit nedfällda.
2023/934	Pat får annan patients läkemedel då inte korrekt ID kontroll gjordes och läkemedel gavs i matsalen i stället för på rummet.
2023/618	Lyftsele för akut bruk användes i stället för den individuellt förskrivna lyftselen.
2023/411	Smittspridning av covid och clostridium på Lyckåsa pga undermåliga lokaler leder till att fyra patienter blir allvarligt sjuka och kräver sjukhusvård varav 1 pat avlider.
2023/393	Pat med försämrat hälsotillstånd som inte blir bedömd av sjuksköterska, avvikande vitalparametrar. Dagen efter är patienten mycket dålig och skickas in till sjukhus av sjuksköterska. Pat hade både clostridium och covid (vårdades på Lyckåsa i samband med smittspridningen i händelsen ovan).
2023/1203	Pat med försämrat hälsotillstånd som inte blir bedömd av sjuksköterska. Inkommer till sjukhus dagen efter insjuknandet med dubbla lungemboli och ett kraftigt förhöjt infektionsvärde.

Analys, resultat och utvecklingsområden

När det gäller Lex Maria-anmälningarna uppmärksammas under utredningarna flera allvarliga patientsäkerhetsrisker. Två av händelserna berör hantering av hjälpmedel och det konstateras att följsamhet till rutiner för kontroll av att rätt hjälpmedel används på rätt sätt har brustit. En av händelserna påvisar en allvarlig smittspridning på Lyckåsa på grund av undermåliga lokaler för att kunna fullfölja de vårdhygieniska krav som ställs på verksamheter som bedriver hälso- och sjukvård enligt hälso- och sjukvårdslagen. En händelse påvisar att de åtaganden som omvårdnadspersonal tar på sig i samband med utförandet av delegerade uppgifter ej har följts. Två av händelserna påvisar att sjuksköterskans ansvar för medicinska bedömningar vid försämrat hälsotillstånd ej har följts. Samtliga händelser påvisar att de bakomliggande orsakerna går att härleda till fortsatta brister i patientsäkerhetskulturen. Det är därför viktigt att åter påminna om chefers ansvar att planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheterna enligt SOSFS (2011:9). Det är också viktigt att tydliggöra medarbetares skyldighet att efterfölja de rutiner som upprättats.

Tillförlitliga och säkra system och processer

Genom att inkludera systematiskt patientsäkerhetsarbete som en naturlig del av verksamhetsutvecklingen kan både de reaktiva och proaktiva perspektiven på patientsäkerhet bejakas. Genom att minska oönskade variationer stärks patientsäkerheten.



Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9) ska tillämpas i arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten i verksamheter som omfattas av hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS samt SoL (2001:453). I ledningssystemet ska det finnas beskrivet processer, tillvägagångssätt och ansvarsfördelning för hur det systematiska kvalitetsarbetet ska bedrivas.

Analys, resultat och utvecklingsområden

I tidigare patientsäkerhetsberättelse har det konstaterats att det systematiska kvalitetsarbetet har haft omfattande brister. Därför påbörjades under 2021 ett viktigt förbättringsarbete i syfte att säkerställa att förvaltningen arbetar i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9). Resultatet av det arbetet är att det nu finns en grundläggande struktur som stödjer den vidare utvecklingen av det processorienterade ledningssystemet. Ett annat viktigt arbete under 2023 har varit att skapa en struktur för framtagande och beslut av rutiner då detta varit rörigt tidigare. Det är nu beslutat att det är faktagärens för respektive handbok som hanterar rutinerna och inför beslut av rutiner processas dessa i kvalitetsrådet på förvaltningsnivå. Dock behöver mer riktade insatser för att säkerställa implementering och följsamhet till rutiner efter beslut genomföras under 2024, då det fortlöpande uppmärksammas av MAS att rutiner inte är kända i verksamheten.

Informationssäkerhet

Enligt HSLF_FS 2016:40 ansvarar vårdgivaren för att det finns en informations-säkerhetspolicy. Policyn ska ange vårdgivarens övergripande mål för och inriktning på verksamhetens arbete med informationssäkerhet enligt nedan:

1. dokumenterade personuppgifter hos vårdgivaren är åtkomliga och användbara för den som är behörig (tillgänglighet)
2. personuppgifterna är oförvanskade (riktighet)
3. obehöriga ska inte kunna ta del av personuppgifterna (konfidentialitet)
4. åtgärder ska kunna härledas till en användare (spårbarhet) i informationssystem som är helt eller delvis automatiserade.

Rutin ska finnas för datainträng och loggkontroller där även ansvarsområden och tilldelning av behörigheter beskrivs. Vårdgivaren ansvarar för att regelbundet genomföra risk- och konsekvensanalyser. Därefter tilldelas individuella behörigheter för åtkomst till personuppgifter utifrån vilka behörigheter respektive profession behöver för att kunna fullfölja sina uppdrag. Vårdgivaren ansvarar också för att elektronisk åtkomst eller direktåtkomst till personuppgifter föregås av stark autentisering. Om vårdgivaren använder öppna nät vid behandling av personuppgifter ansvarar denne för att överföring av uppgifterna görs på ett sådant sätt att inte obehöriga kan ta del av dem (HSLF-FS 2016:40).

Analys, resultat och utvecklingsområden

Under året har ett omtag tagits kring informationssäkerheten då det har konstaterats brister. En ny rutin för loggkontroller fastställdes i januari.

Loggkontrollerna utökades från 1 procent till 10 procent och dessutom infördes en särskild kvalitetskontroll för granskning av utförda loggkontroller. Utifrån loggkontroller har inga avvikelser konstaterats under 2023 vad gäller hälso- och sjukvårdspersonal. Däremot har det uppmärksammats brister i behörighetsbegränsningar. Risk och konsekvensanalys är genomförd på förvaltningsnivå och mall för behörighetsbegränsningar är framtagen. Nuvarande behörigheter är för vida och det är nödvändigt att dessa begränsas i olika system. Förvaltningen arbetar med att säkerställa korrekta behörigheter till alla medarbetare. I samband med införandet av Lifecare som dokumentationssystem för omvårdnadspersonal påvisades allvarliga patientsäkerhetsrisker, då inte omvårdnadspersonal och legitimerad personal kunde ta del av varandras dokumentation. Detta åtgärdades akut genom att legitimerad personal fick inloggning till Lifecare, och det är av största vikt att ytterligare säkerställa att detta förfarande är i linje med lagkraven för behörighetsbegränsningar. Vidare har det uppmärksammats att det saknas en rutin för den interna hanteringen av personer med skyddad identitet och denna bör skyndsamt tas fram. Det finns också ett pågående ärende hos IVO relaterat till brister i informationssäkerhet utifrån NIS-direktivet. Ärendet är besvarat från förvaltningens sida och återkoppling från IVO inväntas.

Säker vård här och nu

Hälso- och sjukvården präglas av ständiga interaktioner mellan människor, teknik och organisation. Förutsättningarna för säkerhet förändras snabbt och det är viktigt att agera på störningar i närtid. Hälso- och sjukvården förändras också ständigt, vilket gör att även riskerna förändras och kan vara svårare att förutspå. Det krävs därför en god beredskap för att identifiera och hantera dem. Vårdgivare ska fortlöpande bedöma om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet. För varje sådan händelse ska vårdgivaren uppskatta sannolikheten för att händelsen inträffar, och bedöma vilka negativa konsekvenser som skulle kunna bli följden av händelsen.



Analys, resultat och utvecklingsområden

I takt med att strukturen för det systematiska kvalitetsarbetet har utvecklats har även arbetet med risk- och konsekvensanalyser förbättrats mycket. Det görs nu risk- och konsekvensanalyser på ett ändamålsenligt, och i de flesta fall, utifrån ett proaktivt arbetssätt. Under det senaste året har en del risk- och konsekvensanalyser genomförts utifrån ett helhetsperspektiv med fokus på patientsäkerhet, arbetsmiljö och ekonomi. Detta har inte varit helt självklart under tidigare år, då patientsäkerhetsperspektivet har tenderat att förbises i samband med förändringar av olika slag. Detta är en viktig framgångsfaktor att fortsätta

utveckla och det kan inte nog påpekas hur viktigt det är att dessa tre begrepp förstås i en helhet.

Stärka analys, lärande och utveckling

Analys och lärande av erfarenheter är en del av det fortlöpande arbetet inom hälso- och sjukvården. När resultaten används för att förstå vad som bidrar till säkerhet, hållbarhet, önskvärd flexibilitet och goda resultat, kan verksamheten utvecklas så att kvaliteten och säkerheten ökar och risken för vårdskador minskar.



Analys, resultat och utvecklingsområden

Det finns fortfarande brister i patientsäkerhetskulturen som visar sig på olika sätt och på olika nivåer i förvaltningen. Det fortsätter att inträffa allvarliga vårdskador på grund av att inte rutiner efterföljs och det är återkommande samma bakomliggande orsaker till händelserna. Det är nödvändigt att analysera mönster i avvikande händelser på en fördjupad nivå för att utveckla strategierna att skapa en lärande organisation.

Öka riskmedvetenhet och beredskap

Alla delar av vården behöver planera för en hälso- och sjukvård som flexibelt kan anpassas till kortsiktigt eller långsiktigt förändrade förhållanden med bibehållen funktionalitet, även under oväntade förhållanden. I patientsäkerhetskombination beskrivs detta som resiliens. Resiliens är en beskrivning av organisationens kapacitet eller förmåga att stå emot och klara av en förändring, samt att återhämta sig och vidareutvecklas.



Analys, resultat och utvecklingsområden

Även om många åtgärder har vidtagits för att stärka riskmedvetenhet och beredskap för oväntade händelser finns det fortsatt stora utvecklingsbehov. Då det finns brister i organisationskulturen påverkas både patientsäkerhet och arbetsmiljö. De utmaningar som förvaltningen har i det viktiga samarbetet mellan ledning och stab påverkar organisationens förmåga att upprätthålla resiliens. Oron på förvaltningsnivå ger eko ut i organisationen som helhet. Det behövs ett omtag med en mer sammanhållen struktur och samverkan för patientsäkerhet-, arbetsmiljö- och ekonomi på förvaltningsnivå. För att organisationen som helhet ska kunna ta nödvändiga kliv framåt mot såväl omställningen till en god och nära vård som en ändamålsenlig krisberedskap är det nödvändigt med starkt samverkan och en helhetssyn.

MAS har noterat brister i förvaltningens krisberedskap vad gäller hälso- och sjukvården. Eftersom den kommunala primärvården utgör en betydande del av

den totala mängden hälso- och sjukvård, krävs ett mer ändamålsenligt och proaktivt tillvägagångssätt för att säkerställa hög beredskap vid olika typer av kriser. Det är allvarligt att MAS som ansvarig för att patienterna får en säker och ändamålsenlig vård även under krisförhållanden inte är deltagare vid dialoger där krisberedskap diskuteras eller ingår i krisledningsorganisationen. Detta trots att Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (MSB) betonar vikten av att säkerställa att den medicinska kompetensen är representerad i krisledningsorganisationer där det bedrivs hälso- och sjukvård. Vidare finns det en övergripande krisledningsplan som beskriver krisledningsorganisationen i förvaltningen, men en övergripande handlingsplan för det verksamhetsnära arbetet saknas. MAS anser därför att det bör upprättas en sådan i förvaltningen. Detta skulle också vara i linje med MSB:s rekommendationer om kontinuitetsplaner, där viktiga aktiviteter och processer som upprätthåller samhällsviktig verksamhet kartläggs och mynnar ut i en handlingsplan. Det är också viktigt att handlingsplanerna är kända bland förvaltningens medarbetare. Först när en sådan beredskap finns skapas förutsättningar för förvaltningen att minimera de störningar som kan uppstå vid en kris. Det krävs också regelbundna övningar på alla nivåer för att vara väl förberedda inför olika kriser.

MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

Strategierna för patientsäkerhetsarbetet under kommande år bör inriktas på att strukturera och prioritera åtgärderna för att ta nästa steg i omställningen till en god och nära vård. Punkterna nedan är områden som MAS identifierat som avgörande för att komma vidare i utvecklingsarbetet.

- Utveckla det personcentrerade förhållningssättet i syfte att förbättra patientsäkerhetskulturen och komma framåt i omställningen till en god och nära vård. Det är viktigt att skapa tydliga aktiviteter, delmål och huvudmål samt att fortlöpande utvärdera aktiviteterna. Delaktighet, psykologisk trygghet, prestigelöshet och samarbete är viktiga begrepp att utgå ifrån.
- Utveckla strukturen för samverkan på förvaltningsnivå för en tydligare helhet mellan patientsäkerhet, arbetsmiljö och ekonomi.
- Utveckla strukturen för kommunikations- och informationsöverföring på förvaltningsnivå och vidare ut i organisationen.
- Arbeta mer strukturerat utifrån upprättade åtgärdsplaner i samband med lex Maria - anmälningar.
- Arbeta vidare med att få det processorienterade ledningssystemet på plats.
- Säkerställa en ändamålsenlig introduktion av nya arbetare.

- Ökat fokus på innebörden av SOSFS (2011:9) avseende chefers ansvar att planera, leda, kontrollera och följa upp sin verksamhet så rutiner och riktlinjer följs.
- Reflekterande dialoger för sjuksköterskor avseende medicinskt ansvar i yrkesrollen.
- Reflekterande dialoger för arbetsterapeuter och fysioterapeuter i syfte att utveckla det rehabiliterande synsättet.
- Öka patienter och närståendes delaktighet i vården.
- Öka kunskapen om patientsäkerhet på alla nivåer i förvaltningen.
- Öka användandet av digital teknik med utgångspunkt av att det ska generera ett mervärde för patienter och närstående.
- Fortsätta det pågående arbetet med risk- och konsekvensanalyser för god framförhållning och beredskap i samband med förändringar.
- Fortsätta kompetensförsörjningen i samma anda som under 2023 och skapa struktur över utbildning och fortbildning.
- Upprätta en verksamhetsnära handlingsplan för krisberedskap.
- Öka forskningskompetens och forskningsanknytning.

Externa samverkansforum

Samverkan primärvård, slutenvård och kommun. Samverkansforum med verksamhetschefer från Hässleholms sjukhus, ASIH och de lokala vårdcentralerna samt MAS, verksamhetschef HSL, enhetschefer HSL från omsorgsförvaltningen. Träffas för att diskutera samverkansfrågor två gånger per termin.

Samverkan primärvård och kommun

Regelbundna möten en till två gånger per termin med de vårdcentraler som jobbar mot respektive hemsjukvårdsområde och särskilt boende. Deltagare är sjuksköterskor och enhetschefer från kommun samt verksamhetschefer, enhetschefer, läkare och sjuksköterskor från vårdcentral.

Samverkan MAS/MAR nordost. Är ett samverkansforum för MAS från Hässleholm, Osby, Perstorp, Östra Göinge, Kristianstad och Bromöllas kommuner. Regelbundna träffar varannan vecka samt vid behov där olika frågor av vikt för patient-säkerheten lyfts och diskuteras.

Samverkan Högskolan Kristianstad. Regelbundna möten med studenter, utbildningsansvariga från Högskolan och verksamhetsansvariga från kommuner och regionen som tar emot studenter från Kristianstad. Syftet med träffarna är att lärosäte och verksamheter möts och diskuterar sjuksköterske/specialistsjuksköterskeutbildningar och stämmer av olika frågor av vikt gällande utbildningarna, praktikplatser osv. MAS och enhetschefer för sjuksköterskor deltar.

FOU nätverk Skåne nordost är ett forsknings och utbildningsnätverk (FOU) och är ett viktigt led i utvecklingen av samverkan och gemensam utveckling i Nordöstra Skåne, mellan regionens sjukhus, primärvård och ASIH, de sex kommunerna och Högskolan i Kristianstad. De grupper som är aktiva för närvarande är: näring och ätande, kognitiv svikt och palliativ vård. En till två sjuksköterskor från förvaltningen deltar i varje grupp.

Samverkan vid utskrivning från slutenvård (SVU) och IT-stödet

Mina Planer Samverkan vid utskrivning från slutenvård är en lagstyrd process som syftar till att patienter ska få en snabb och trygg utskrivning. För att underlätta kommunikationen mellan berörda vårdaktörer och ge stöd i planeringsprocessen för SVU och SIP används IT-stödet Mina Planer. Planeringsprocessen i Mina Planer berör fem punkter inkluderat inskrivningsmeddelande, kartläggning av patients behov, utskrivningsklar, ställningstagande till SiP och ställningstagande inför utskrivning. Samverkan för genomförande av samordnad individuell plan (SiP). En SiP ska göras när den enskilde har behov av insatser från både socialtjänsten och hälso- och sjukvården och när samordning av insatser kring en

enskild individ behövs. Den vårdgivare som ser ett behov av en SiP sammankallar till denna via Mina Planer efter att samtycke inhämtats från patient.

IHopa. Ett arbetssätt för att samverka kring patienter efter sjukhusvistelse. På vardagar stämmer slutenvården, vårdcentral och kommun av i ett digitalt möte kring ineliggande patienter som inom det snaraste är färdigbehandlade och ska återgå till kommunal vård och omsorg. Fokus är på patientens fortsatta behov och vem som ansvarar för vad.

Läkarmedverkan.

Lokala avtal om läkarmedverkan med vårdcentralerna i Hässleholms kommun finns upprättade. Samtliga särskilda boende har varje vecka avsedd tid för rond med läkare samt möjlighet att konsultera läkare dagligen via telefon. Sjuksköterskor i hemsjukvård har avsatta telefontider varje vecka för att kunna diskutera patientfall med läkare. Vid akuta behov av konsultation med läkare tas kontakt med vårdcentral via deras vip-telefonnummer. Vid akuta behov av hembesök på dagtid görs dessa i möjligaste mån av ansvarig eller annan läkare från vårdcentralen. Om det inte går att lösa kan hembesök av läkare från Falck läkarbilar bokas.

Mobilt vårdteam. När hälso – och sjukvårdsavtalet implementerades skapades också en ny vårdform, det så kallade mobila vårdteamet. Läkaren från vårdcentralen tillsammans med den kommunala sjuksköterskan utgör kärnan i teamet och ansvarar tillsammans för att vårda de mest sjuka äldre. En samordnad individuell plan (SIP) ska upprättas tillsammans med kommunen inför/vid inskrivning.

Lokala primärvårdsrådet (LPR) – ett samverkansforum med primärvårdsläkare från Skåne. LPRs uppdrag är att implementera personcentrerade vårdförlopp som har tagits fram utifrån ett nationellt system för kunskapsstyrning. Målet är att alla medborgare ska få en jämlik, kunskapsbaserad och resurseffektiv hälso- och sjukvård. LPR ansåg att det var viktigt att få med kommunperspektivet i vårdförloppen då multisjuka patienter med kroniska sjukdomar som flertalet av vårdförloppen är riktade till vårdas inom den kommunala primärvården, varvid förfrågan om deltagande gick ut i MAS-nätverket. MAS deltar från förvaltningen. Utöver diskussioner om vårdförloppen diskuteras andra viktiga frågor såsom till exempel kompetensförsörjning och samverkan mellan vårdgivarna.

MAS/MAR rådet. Samverkansforum med Skånes kommuner. I nuläget ingen representant från förvaltningen men representeras av MAS från annan kommun. Syftet med den regionala samverkansgruppen för MAS och MAR är att föra en dialog kring hälso- och sjukvårdsfrågor och vara en informations kanal mellan MAS/MAR nätverken.



**Hässleholms
kommun**

TJÄNSTESKRIVELSE

1(2)

Datum

Diarienummer

2023-11-27

OF 2023/1028

Handläggare
Birgitta Ljungbeck
Omsorgsförvaltningen

birgitta.ljungbeck@hassleholm.se

Omsorgsnämnden/Omsorgsnämndens
arbetsutskott

Remiss svar betänkande framtida pandemier

Förslag till beslut

Omsorgsnämndens arbetsutskott beslutar föreslå omsorgsnämnden besluta att Omsorgsnämnden godkänner remissvaret.

Sammanfattning

Remissvar till utredningen, som presenteras i SOU 2023:56, fokuserar på att stärka smittskyddet för särskilda grupper inom socialtjänsten och genomföra en översyn av bestämmelserna om smittbärandepennning inför framtida pandemier. Under covid-19-pandemin drabbades särskilt äldre personer i boendeformer för äldre och personer på LSS-boenden hårt. Utredningen framhåller att effektivt smittskydd kan kräva tillfälliga begränsningar i individens frihet för att skydda smittade och förhindra vidare spridning.

Hässleholms kommun uttrycker allvarlig oro över det föreslagna tillägget i smittskyddslagen som ger smittskyddsläkaren befogenhet att utan samtycke från den enskilde förflytta personer på särskilda boenden vid eventuell smitta. Att tvinga äldre eller utsatta personer att flytta mot deras vilja är oetiskt och inte i linje med självbestämmande och personlig integritet. I stället förespråkar kommunen frivilliga och samrådsbaserade smittskyddsåtgärder för att upprätthålla respekten för individens rätt att fatta beslut om sin livssituation. Hässleholms kommun anser att det är av största vikt att överväga alternativa strategier för att stärka smittskyddet och poängterar att polisens inblandning i förflyttningar utan samtycke är oacceptabel.

Hässleholms kommun / Omsorgsförvaltningen

Postadress: 281 80 Hässleholm **Besöksadress:** Löjtnant Granlunds väg 14 **Telefon:** 0451-26 70 00 **Telefax:**
E-post: omsorgsnamnden@hassleholm.se **Bankgiro:** 866-3494 **Org. nr:** 212000-0985 **Webb:** www.hassleholm.se

Förslagets konsekvenser för verksamhetens brukare

Enbart tillgodo.

Barnperspektivet

Enbart tillgodo

Miljökonsekvenser

Ej aktuellt

Facklig samverkan

Informeras på FÖS 2024-02-05

Ekonomiska konsekvenser

Ej aktuellt

Konsekvenser för kommunkoncernen

Ej aktuellt

Bilagor

1. Remissvar
2. Remissmissiv
3. Remiss slutbetänkandet av utredningen
4. Remiss utredning om författningsberedskap

Sändlista:

Socialdepartementet
Förtroendevalda revisorer
Kommunala pensionärsrådet
Kommunala tillgänglighetsrådet

Omsorgsförvaltningen den 12 december
Birgitta Ljungbeck
Medicinskt ansvarig sjuksköterska



**Hässelholms
kommun**

Handläggare
Förvaltningschef Åsa Ollerstam Lundh
Omsorgsförvaltningen

asa.a.ollerstam.lundh@hasselholm.se

Omsorgsnämnden/Omsorgsnämndens
arbetsutskott

Uppsägning av lokal, FSS

Förslag till beslut

Omsorgsnämndens arbetsutskott föreslår Omsorgsnämnden besluta att ge Tekniska nämnden i uppdrag att säga upp hyresavtalet för LSS-boendet på Stjärngatan 1.

Sammanfattning

Räddningstjänsten utför tillsyn på Omsorgens LSS-boenden och har aviserat att de kommer att belägga boendet på Stjärngatan 1 med förbud att bedriva verksamhet om inte omfattanden brandskyddsåtgärder genomförs. Omsorgsförvaltningens bedömning är att boendet inte trots brandskyddsåtgärder är optimalt att fortsätta bedriva verksamhet i.

Beskrivning av ärendet

Räddningstjänsten utför tillsyn på Omsorgens LSS-boenden och har aviserat att de kommer att belägga boendet på Stjärngatan 1 med förbud att bedriva verksamhet om inte omfattanden brandskyddsåtgärder genomförs. Omsorgsförvaltningens bedömning är att boendet inte trots brandskyddsåtgärder är optimalt att fortsätta bedriva verksamhet i.

Omsorgsförvaltningen kommer att erbjuda de 5 personer som idag bor på boendet, som är en traditionell gruppboende, placering i andra boenden i kommunen. Det samma gäller för de 8 medarbetare som arbetar på boendet.

Förslagets konsekvenser för verksamhetens brukare

Positiva på sikt.

Barnperspektivet

Inte aktuellt.

Miljökonsekvenser

Inte aktuellt.

Facklig samverkan

Information på FÖS inför ON 230213 och fortsatt samverkan på LOK.

Ekonomiska konsekvenser

Positiva, minskade hyreskostnader

Konsekvenser för kommunkoncernen

Positiva, minskade hyreskostnader

Sändlista:

Tekniska nämnden

Omsorgsförvaltningen

Åsa Ollerstam Lundh

Förvaltningschef



**Hässelholms
kommun**

TJÄNSTESKRIVELSE

1(1)

Datum

Diarienummer

2024-01-08

OF 2023/1151

Omsorgsnämnden

*Handläggare
Nämndsekreterare Irene Persson
Omsorgsförvaltningen*

irene.persson@hasselholm.se

Övriga anmälningar

Förslag till beslut

Omsorgsnämnden beslutar att lägga ärenden med godkännande till handlingarna

Sammanfattning

Statistik

Protokollsutdrag KF, KS, SN, MSN, KFN

Protokoll FÖS 2024-01-05

Omsorgsförvaltningen

Irene Persson

Nämndsekreterare

Hässelholms kommun / Omsorgsförvaltningen

EJ VERKSTÄLLDA BESLUT 2023 (per den siste i respektive månad)												
Äldre	Jan	Feb	Mars	April	Maj	Juni	Juli	Aug	Sep	Okt	Nov	Dec
Tid väntan säbo												
6 mån >	8	8	10	6	4	9	6	8	9	10	10	7
Upp till 6 mån	0	1	1	1	4	2	5	2	3	3	2	0
Upp till 5 mån	3	2	1	4	5	1	2	3	3	2	2	1
Upp till 4 mån	2	2	2	5	3	2	4	3	3	2	2	5
Upp till 3 mån	6	4	7	9	4	6	5	6	2	5	10	3
Upp till 2 mån	5	9	9	11	8	9	12	3	8	12	4	6
Upp till 1 mån	16	16	14	11	13	17	4	12	15	5	14	7
Summa	40	42	44	47	41	46	38	37	43	39	44	29
Antal lediga platser	3	3	1	3	0	1	3	3	2	2	3	6
Antal som erbjudits önskemålet och tackat nej	4	4	3	1	2	3	0	3	3	4	5	7
Antal som erbjudits annat än önskemål och tackat nej	3	3	7	5	3	1	0	6	4	6	6	2
I väntan var												
Bostad	31	25	25	29	30	29	25	22	30	29	29	20
Korttid	7	14	16	15	9	14	10	12	9	7	13	8
Annan kommun	2	3	3	3	2	3	3	3	4	3	2	1
Summa	40	42	44	47	41	46	38	37	43	39	44	29
Funk.neds												
LSS	2	3	3	4	3	3	3	3	2	4	3	3
Psyk	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
Summa	2	3	3	4	3	3	3	4	2	4	3	3



**Hässelholms
kommun**

TJÄNSTESKRIVELSE

1(1)

Datum

Diarienummer

2024-01-08

OF 2024/29

Omsorgsnämnden

*Handläggare
Nämndsekreterare Irene Persson
Omsorgsförvaltningen*

irene.persson@hasselholm.se

Delegationsbeslut

Förslag till beslut

Omsorgsnämnden beslutar att lägga följande delegationsbeslut med godkännande till handlingarna

Sammanfattning

Omsorgsnämndens arbetsutskotts protokoll 2024-01-30

Delegationsbeslut avseende SoL och LSS

Delegationsprotokoll avskrivningar och nedsättning av hyra

Avtalsrapport tillsvidareanställning december 2023

Avtalsrapport tidsbegr anställningar december 2023

Omsorgsförvaltningen

Irene Persson

Nämndsekreterare

Hässelholms kommun / Omsorgsförvaltningen