

Hälsa- och omsorg

Patientsäkerhetsberättelse 2025



Innehållsförteckning

1	
1 Inledning	5
2 Övergripande mål och strategier	6
2.1 Resultat och analys - Övergripande mål och strategier 2025	6
2.2 Övergripande mål och strategier 2026	7
3 Organisation och ansvar för patientsäkerhetsarbetet.....	8
3.1 Kommunstyrelsen (KS) tillika vårdgivare.....	8
3.2 Kommundirektör tillika förvaltningschef.....	8
3.3 Verksamhetsområdeschef tillika verksamhetschef för hälso- och sjukvården.....	8
3.4 Medicinskt ansvarig sjuksköterskas (MAS).....	9
3.5 Enhetschef	9
3.6 Hälso- och sjukvårdspersonal.....	9
3.7 Strategisk ledningsgrupp för Hälsa och omsorg.....	10
3.8 Kvalitetsråd	10
3.9 Resultat och analys - Organisation och ansvar för patientsäkerhetsarbetet.....	10
3.10 Organisation och ansvar för patientsäkerhetsarbetet 2026	11
4 Samverkan för att förebygga vårdskada.....	12
4.1 Extern samverkan	12
4.2 Resultat och analys - Extern samverkan 2025.....	13
4.3 Mål - Extern samverkan 2026	13
4.4 Intern samverkan	14
4.5 Resultat och analys - Intern samverkan 2025.....	14
4.6 Mål - Intern samverkan 2026	14
5 Nationell tillsyn av särskilda boende (SÄBO) för äldre i kommunal regi.....	15
5.1 Resultat och analys - Nationell tillsyn av SÄBO för äldre.....	15
6 Patient och närståendes delaktighet	16
6.1 Resultat och analys - Patienter och närståendes delaktighet	16
6.2 Mål - Patienter och närståendes delaktighet 2026.....	16
7 Systematiskt kvalitetsarbete.....	17
7.1 Kvalitetsledningssystem, processer och rutiner	17
7.2 Resultat och analys - Systematiskt kvalitetsarbete	17
7.3 Riskbedömningar som en grund för ett systematiskt patientsäkerhetsarbete	18

7.4 Resultat och analys - Riskbedömningar 2025	18
7.5 Mål Riskbedömningar 2026	19
7.6 Egenkontroller.....	19
7.7 Resultat och analys - Egenkontroller 2025.....	19
7.8 Mål - Egenkontroller 2026	19
7.9 Smittförebyggande arbete.....	20
7.10 Resultat och analys	20
7.11 Mål- Smittförebyggande arbete 2026	20
7.12 Följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler	20
7.13 Resultat och analys	21
7.14 Mål - Följsamhet basala hygienrutiner och klädregler 2026	22
7.15 Systematiska verksamhetsuppföljningar	22
7.16 Resultat och analys	22
7.17 Mål - systematiska verksamhetsuppföljningar 2026	22
7.18 Avvikelser, synpunkter och klagomål.....	23
7.19 Resultat och analys	23
7.20 Mål - Avvikelser, synpunkter och klagomål 2026.....	24
7.21 Patientnämnden	24
7.22 Resultat.....	24
8 Verksamheternas prioriterade områden för ökad patientsäkerhet.....	25
8.1 Vårdutvecklare	25
8.2 Resultat och analys	25
8.3 Mål - vårdutvecklare 2026	26
8.4 Personcentrerad vård och omsorg vid kognitiv svikt	26
8.5 Resultat och analys	26
8.6 Mål - Personcentrerad vård och omsorg vid kognitiv svikt 2026.....	27
8.7 God nutritionsvård.....	27
8.8 Resultat och analys.....	27
8.9 ReHabenheten	28
8.10 Sjuksköterskeenheten	29
9 Planerade åtgärder för ökad patientsäkerhet.....	31
9.1 God vård i livets slut	31
9.2 Resultat och analys.....	31

9.3 Mål - God vård i livets slut 2026.....	32
9.4 Bedömning VISAM beslutsstöd.....	32
9.5 Resultat och analys.....	32
9.6 Mål VISAM-beslutsstöd 2026.....	32
9.7 Dokumentation av kvalitet	32
9.8 Resultat och analys.....	33
9.9 Mål - dokumentation av kvalitet 2026.....	33
9.10 Säker läkemedelshantering.....	33
9.11 Resultat och analys.....	34
9.12 Mål - Säker läkemedelshantering 2026	34
9.13 Utskrivningsprocessen från slutenvården.....	34
9.14 Resultat och analys.....	35
9.15 Mål - Utskrivningsprocessen 2026.....	35
10 Informationssäkerhet.....	36
10.1 Resultat och analys.....	36
10.2 Mål - Informationssäkerhet 2026	36

1 Inledning

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

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

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

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

2 Övergripande mål och strategier

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

Kommunens vision ”Här växer stolta Göingar” lägger fokus framåt på utveckling och växande vilket även inbegriper patientsäkerhetsfrågorna och omställningen till Nära vård. Omställningen innebär att samskapa med invånare, flytta fokus till att arbeta mera personcenterat, sammanhållet, proaktivt och hälsofrämjande. Arbetet bedrivs främst genom mötesstrukturerna i hälso- och sjukvårdsavtalet i Skåne, HS- avtalet, där olika uppdrag når mötesstrukturerna och vidare ut i egen verksamhet.

Målet inom Hälsa och omsorg är att fortsätta utveckla ett användarvänligt ledningssystem som bygger på Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9) med processer och aktiviteter. Patientsäkerhetsarbetet och målen i patientsäkerhetsberättelsen implementeras i verksamhetsplanens mål för verksamhetens grunduppdrag. Dokumentation och uppföljning av kvalitetsarbetet implementeras i IT-stödet Stratsys.

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

2.1 Resultat och analys - Övergripande mål och strategier 2025

Målet att samtliga chefer inom Hälsa och omsorg ska ha upprättat ett arbetssätt för implementering av nya och uppdaterade rutiner i sin verksamhet är delvis uppnått. Samtidigt som verksamheterna uppger att de har arbetssätt för att implementera rutiner framgår det i uppföljning av avvikelser, vid händelseanalyser och vid olika diskussioner att rutinerna inte används som ett naturligt stöd i det dagliga arbetet.

Att verksamheterna inom hälsa och omsorg följer rutinerna i handböckerna är avgörande eftersom rutinerna utgör en central del av verksamheternas ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Rutinerna är framtagna för att säkerställa att vård och omsorg bedrivs säkert, likvärdigt och i enlighet med gällande lagstiftning och föreskrifter. Följsamhet till rutiner skapar en gemensam och förutsägbar arbetsmetod vilket minskar risken för vårdskador, förbättrar arbetsflöden och stärker rättssäkerheten för den enskilde.

Handböckerna omsätter lagkrav till praktiska arbetssätt och beskriver *hur* verksamheten ska arbeta i det dagliga. De är därför inte rekommendationer utan bindande instruktioner som utgör styrande dokument. Genom att arbeta efter dem uppfyller verksamheten kraven på:

- Tydlighet i ansvar och arbetsprocesser
- Enhetliga arbetssätt oavsett tid, plats eller personal
- Förebyggande av risker och avvikelser
- Spårbarhet och transparens i utförda åtgärder
- Kontinuerlig förbättring och kvalitetssäkring

Måluppfyllelse - Övergripande mål och strategier 2025

Måluppfyllelse övergripande mål och strategier 2025	Uppfyllt	Delvis uppfyllt	Ej uppfyllt
Samtliga chefer har ett utarbetat arbetssätt för att implementera rutiner			

2.2 Övergripande mål och strategier 2026

- Kvalitetsrådet analyserar och beslutar insatser för ökad följsamhet till rutiner i handböcker

3 Organisation och ansvar för patientsäkerhetsarbetet

Nedan beskrivs Östra Göinge kommuns organisation och ansvarsområden för patientsäkerhetsarbetet.

3.1 Kommunstyrelsen (KS) tillika vårdgivare

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

3.2 Kommundirektör tillika förvaltningschef

- Har på uppdrag av KS, att tillsammans med verksamhetsområdeschef, ansvara för att uppfylla de krav och mål som gäller för verksamheten enligt lagar och andra föreskrifter om hälso- och sjukvård, patientsäkerhet samt efter kommunstyrelsens övergripande mål
- Följer upp hälso- och sjukvården och patientsäkerhetsarbetet genom muntliga redovisningar, olika rapporter samt genom den årliga patientsäkerhetsberättelsen

3.3 Verksamhetsområdeschef tillika verksamhetschef för hälso- och sjukvården

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

3.4 Medicinskt ansvarig sjuksköterskas (MAS)

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

3.5 Enhetschef

- Ansvarar för att mål, styrande dokument och rutiner som verksamhetschef och MAS fastställt är kända, efterföljs och implementeras i verksamheten
- Ansvarar för att arbetssätten uppfyller kraven på god patientsäkerhet
- Ansvarar för att ny hälso- och sjukvårdspersonal får den introduktion som krävs för att utföra sina hälso- och sjukvårdsuppgifter
- Ansvarar för att hälso- och sjukvårdspersonal har rätt kompetens
- Ansvarar för att medverka i det systematiska kvalitetsarbetet genom att fullgöra egenkontroller och verksamhetsuppföljningar
- Vid behov ta fram handlings- och tidsplan med åtgärder för eventuella förbättringsområden och implementera dessa i sin verksamhet samt presentera arbetet i mål och resultatplan
- Ansvarar för att rapportera, utreda och åtgärda eventuella risker och brister, synpunkter och klagomål enligt gällande rutiner för systematiskt kvalitetsarbete samt återkoppla dessa i verksamheten i lärande syfte

3.6 Hälso- och sjukvårdspersonal

- Ansvarar för att hälso- och sjukvårdsarbetet är evidensbaserat och följer vetenskap och beprövad erfarenhet samt att uppgifterna utförs med eget yrkesansvar
- Ansvarar tillsammans med enhetschef för att fastställda mål, styrande dokument och rutiner är kända, efterföljs och implementeras i verksamheten
- Ansvarar för att arbeta så att kraven på god patientsäkerhet uppfylls
- Ansvarar för att medverka i det systematiska kvalitetsarbetet genom att fullgöra

- egenkontroller och bidra vid verksamhetsuppföljningar samt att arbeta efter de eventuella förbättringsåtgärder som beslutats för att öka kvalitet- och patientsäkerhet
- Ansvarar för att rapportera eventuella risker och brister, synpunkter och klagomål enligt gällande rutiner för systematiskt kvalitetsarbete samt medverka i utredning och arbeta efter de planerade åtgärder som beslutats för att öka kvalitet- och patientsäkerhet

3.7 Strategisk ledningsgrupp för Hälsa och omsorg

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

3.8 Kvalitetsråd

Systematiskt kvalitetsarbete inom vård och omsorg är en lagstadgad, kontinuerlig process (enligt SOSFS 2011:9) där verksamheter planerar, genomför, utvärderar och förbättrar insatser för att säkra god kvalitet, trygghet och patientsäkerhet. Ett kvalitetsråd där verksamhetsområdeschef, samtliga avdelningschefer, utvecklingsledare, SAS, MAS och vårdutvecklare ingår arbetar med dessa frågor. Kvalitetsrådet leder det övergripande kvalitetsarbetet bland annat genom att ta fram processer, riskanalyser, egenkontroller samt genom att godkänna upprättade rutiner.

3.9 Resultat och analys - Organisation och ansvar för patientsäkerhetsarbetet

Målet att samtliga chefer upprättar mål och aktiviteter för patientsäkerhetsarbetet inom ramen för verksamhetsplanens grunduppdrag har delvis nått måluppfyllelse genom att finnas med på övergripande nivå i planen men inte vidare ut på enheterna.

Agera för säker vård är ett nationellt verktyg som stödjer kommuner och regioner i att analysera och utveckla sitt patientsäkerhetsarbete. Det används för att göra nuläges- och gapanalyser, identifiera förbättringsområden och prioritera insatser för en säkrare vård. Verktöget bygger på Socialstyrelsens nationella handlingsplan och syftar till att skapa ett mer proaktivt och systematiskt arbetssätt där alla nivåer i organisationen tar ansvar för patientsäkerheten. Planen är att hösten 2025 analysera verksamheten med verktöget. Beroende på resultat upprättas sedan en fyra-årig handlingsplan som implementeras i verksamhetsplanen och som bryts ner på enhetsnivå.

Det finns en patientsäkerhetsberättelse kopplad till den nationella handlingsplanen vilken kommer att implementeras 2027.

Måluppfyllelse - Organisation och ansvar för patientsäkerhetsarbetet 2025

Måluppfyllelse - Organisation och ansvar för patientsäkerhetsarbetet 2025	Uppfyllt	Delvis uppfyllt	Ej uppfyllt
Samtliga chefer upprättar mål för patientsäkerhetsarbetet i verksamhetsplanens grunduppdrag.			

3.10 Organisation och ansvar för patientsäkerhetsarbetet 2026

- Analysera, identifiera förbättringsområden och prioritera insatser för en säkrare vård med verktyget Agera för säker vård
- Implementera arbetssättet med analysverktyget i verksamhetsplan
- Bryta ner patientsäkerhetsarbetet på enhetsnivå

4 Samverkan för att förebygga vårdskada

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

4.1 Extern samverkan

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

- **Avtal om ansvarsfördelning och utveckling avseende hälso- och sjukvården i Skåne** som beskriver Region Skåne och de skånska kommunernas strategiska och operativa samverkansforum för att tillsammans sträva efter måluppfyllelse av avtalets intentioner.
- **Tekniska hjälpmedel, dokument 2**, en överenskommelse i östra Skåne som beskriver förtroendeförskrivning. Förtroendeförskrivning kan tillämpas när det är gynnsamt ur ett patientperspektiv och främjar en effektiv vård/rehabiliteringsprocess och underlättar övergången mellan olika vårdgivare.
- **Teambaserad vårdform med mobilt vårdteam** som är en samverkansform mellan kommun och vårdcentraler.
- **Rådgivning, stöd och fortbildning till den kommunala hälso- och sjukvården** finns beskrivet i samverkansavtal med vårdcentraler.
- **Läkemedelsanvändning hos äldre** är en samverkan med läkemedelsrådet i Region Skåne samt en terapigrupp för läkemedel och äldre.
- **Säker utskrivning från slutna hälso- och sjukvård**, sker genom Skånegemensam samverkansgrupp vårdens övergångar och lokal grupp nätverk SVU.
- **Strategiskt nätverk för hälsa och välfärd**. Är ett av åtta nätverk som Skånes kommuner har startat upp. Syftet är att säkerställa att information når ut lokalt men även samlas in och når den nationella nivån. I nätverken sker även samordning för att se till att den nationella inriktningen är tydlig lokalt. Områdesnätverken ska bereda frågor och ta fram underlag till Vårdsamverkan Skåne.
- **Lokal samverkan** sker med månatliga möten tillsammans med vårdcentraler, privata vårdgivare, ASIH, psykiatri, slutenvård och kommun. Planen är att ett möte per termin ska riktas mot psykiatri.
- **Forskningsplattformen för hälsa i samverkan** är en mötesplats för forskning och utveckling inom hälsa, vård och omsorg där utbyte av erfarenheter och kreativa idéer sker mellan nordostkommunerna och Högskolan i Kristianstad.
- **Samverkan MAS/MAR nordost** sker två gånger per månad för kunskaps och erfarenhetsutbyte gällande MAS och MARs kompetensområde.
- **Samverkan hjälpmedelscentrum Östra Skåne (HÖS)** bedriver samordning av hjälpmedelsförsörjning i 11 skånska kommuner.

- **Mobilt team närsjukvård** är ett komplement till primärvårdens mobila team för att utveckla en tillgänglig vård för patienter som kan erbjudas vård i hemmet i stället för på sjukhus.
- **Läkarbil Skåne** finns tillgänglig dygnet runt och kan konsulteras framför allt på jourtid då övriga mobila enheter inte är i tjänst.

4.2 Resultat och analys - Extern samverkan 2025

Målet att i samverkan genomföra utbildningarna i den gemensamma utbildningsplanen har delvis nått uppfyllelse. Enskilda individer i verksamheterna har gått utbildningarna som beslutats. I egen verksamhet har lokala samverkans utbildningsplan inte implementerats eftersom det inte finns någon tydlighet vem som ansvarar eller i vilka forum arbetet i lokal samverkan ska lyftas. Det har inte heller i planen beslutats om indikatorer att mäta mot vilket försvårar uppföljning av målet.

Målet att i samverkan arbeta med aktivitetsplanen kopplad till beslutade fokusområden har delvis nått uppfyllelse. Trots att en gemensam plan för nära vård har tagits fram i samverkan mellan vårdgivare har den inte omsatts i praktiskt genomförande. Orsakerna är flera, ansvarsfördelningen är otydlig, implementeringsstruktur saknas och planen är inte tillräckligt förankrad i verksamheterna. Vårdgivarna har olika förutsättningar och prioriteringar vilket gör att gemensamma insatser inte alltid får tillräckligt stöd i verksamheterna.

Målet att i samverkan införa ett lokalt samverkansmöte per termin med fokus på psykiatri har uppnåtts. Mars och oktober månad utökades med fler professioner för att passa målgruppen. Temat för första mötet var psykiatri och att fånga frågor kopplade till socialpsykiatri, boende, sysselsättning samt hälso- och sjukvård. Vid andra mötet presenterade samtliga närvarande sina verksamheter. Den utökade samverkan för psykiatri fortsätter utvecklas under 2026.

Plan för att göra förflyttningar i samverkan för 2026 är beslutad. Mål som inte är uppfyllda kvarstår.

Måluppfyllelse extern samverkan 2025

Måluppfyllelse - Extern samverkan förflyttning mot god och nära vård 2025	Uppfyllt	Delvis uppfyllt	Ej uppfyllt
I samverkan genomföra utbildningarna i den gemensamma utbildningsplanen			
I samverkan arbeta med gemensam aktivitetsplan kopplad till fokusområden			
Implementera samverkan med fokus psykiatri en gång per termin			

4.3 Mål - Extern samverkan 2026

- I samverkan genomföra utbildningarna i den gemensamma utbildningsplanen
- I samverkan arbeta med aktivitetsplanen kopplad till beslutade fokusområden

4.4 Intern samverkan

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

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

4.5 Resultat och analys - Intern samverkan 2025

Uppföljning av teamträffar i verksamhetsuppföljning har genomförts via enkät av avdelningschefer samt via extern projektledare för nära vård.

Sammantaget framgår att team-mötena är viktiga och värdefulla men att det finns förbättringsområde vad det gäller delaktighet, samverkan och innehåll. Rutinen för mötesforum upplevs inte fungera och det krävs ett omtag för vilka mötesforum och instrument för detta som ska användas för att det multiprofessionella teamet kring patient/kund ska fungera optimalt.

Nya beslut från strategisk ledningsgrupp krävs för att komma vidare i frågan.

Måluppfyllelse - Intern samverkan 2025

Måluppfyllelse - Intern samverkan 2025	Uppfyllt	Delvis uppfyllt	Ej uppfyllt
Implementering av rutin för teamträffar och andra mötesforum i sin helhet			
Implementering av fast agenda på systematiska teamträffar			
Implementering av checklista för kunds/patients delaktighet			
Uppföljning av rutin för teamträffar			

4.6 Mål - Intern samverkan 2026

- Kvalitetsrådet analyserar hinder som finns kring team och mötesforum för att kunna byta metod med mål att vården och omsorgen utgår från kunden/patientens behov, resurser och delaktighet

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

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

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

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

5.1 Resultat och analys - Nationell tillsyn av SÄBO för äldre

Målen kopplade till tillsynen från IVO har delvis nått måluppfyllelse. Åtgärderna är utförda men uppföljningarna har inte dokumenterats i del- och helårsrapport som framgår av handlingsplanen. Anledningen till detta är det omfattande kvalitetsarbete som pågår i IT-verktyget Stratsys och där diskussioner pågår för att hitta användarvänliga sätt att dokumentera och följa upp kvalitetsarbetet.

Inga fler mål kopplade till IVOS handlingsplan kommer att upprättas då arbetet är implementerat i pågående kvalitetsarbete.

Måluppfyllelse - Nationell tillsyn av SÄBO för äldre 2025

Måluppfyllelse - Nationell tillsyn av SÄBO för äldre 2025	Uppfyllt	Delvis uppfyllt	Ej uppfyllt
Uppföljning av åtgärder enligt handlingsplan utförda 2023 och 2024			
Uppföljning av resultatet av utförd egenkontroll följsamhet till handlingsplan 2023 och 2024			
Öka frekvensen för uppföljning av "Att göra listan"			

6 Patient och närståendes delaktighet

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

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

6.1 Resultat och analys - Patienter och närståendes delaktighet

Fortsatt påvisas att checklistan "Kunds delaktighet" inte är känd och implementerad i verksamheterna i tillräcklig omfattning.

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

Implementering av arbetssätt på SÄBO och uppstart i ordinärt boende har inte nått måluppfyllelse. Anledningen till detta är byte av enhetschef för sjuksköterskorna samt införandet av digital signering och läkemedels automater som fått förtur.

Målen kvarstår under 2026.

Måluppfyllelse - Patienter och närståendes delaktighet 2025

Måluppfyllelse - Patienter och närståendes delaktighet 2025	Uppfyllt	Delvis uppfyllt	Ej uppfyllt
Implementering av checklista för patienters delaktighet inför teamträffar			
Uppföljning av implementering av arbetssätt med ökad delaktighet i vården för patienter och anhöriga på SÄBO			
Upprättande av arbetssätt med ökad delaktighet i vården för patienter och anhöriga i ordinärt boende			

6.2 Mål - Patienter och närståendes delaktighet 2026

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

7 Systematiskt kvalitetsarbete

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

De operativa kvalitets- och patientsäkerhetsfrågorna hanteras på HSV- möten där verksamhetschef för hälso- och sjukvården, enhetschefer för legitimerad personal, avdelningschef för Förebyggande och resurs samt MAS ingår. Denna grupp är även länken till Hälsa och omsorgs strategiska ledningsgrupp.

I kvalitetsmöten med legitimerad personal hanteras kvalitets- och patientsäkerhetsfrågor av MAS i samråd med berörda enhetschefer.

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

7.1 Kvalitetsledningssystem, processer och rutiner

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

7.2 Resultat och analys - Systematiskt kvalitetsarbete

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

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

Samtliga delar i systematiskt kvalitetsarbete har implementeras i beslutsstödet Stratsys och används av Hälsa- och omsorgs chefer, SAS, MAS och utvecklingsledare. Eftersom utbildningssatsningar skedde under hösten behövs mer tid för att kunskapen ska sätta sig och för att arbetet i systemet ska flyta på. Fortfarande finns det delar i systemet som efterhand som det används förändras och förbättras. Arbetssättet är implementerat och regelbundna träffar är implementerade i ordinarier arbetsprocesser varav inga nya mål för området upprättas för 2026.

Måluppfyllelse - Systematiskt kvalitetsarbete 2025

Måluppfyllelse - Systematiskt kvalitetsarbete 2025	Uppfyllt	Delvis uppfyllt	Ej uppfyllt
Samtliga chefer i hälsa- och omsorg använder Stratsys som ett stöd i det systematiska kvalitetsarbetet.			
Strategiska hälso- och sjukvårdsfrågor implementeras i hälsa- och omsorgs strategiska ledningsgrupp.			

7.3 Riskbedömningar som en grund för ett systematiskt patientsäkerhetsarbete

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

Risikanalys vid organisationsförändring

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

Systematiska riskbedömningar av patient

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

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

7.4 Resultat och analys - Riskbedömningar 2025

Målen för 2025 att utföra en genomlysning av arbetet i kvalitetsregister och besluta om ansvariga för att driva arbetet samt att upprätta rutin för det förebyggande arbetet har inte nåtts. Anledningen är att hög arbetsbelastning gjort att detta arbete har fått prioriteras ner. Målen kvarstår för 2026.

Måluppfyllelse - Riskbedömningar 2025

Måluppfyllelse Riskbedömningar 2025	Uppfyllt	Delvis uppfyllt	Ej uppfyllt
Genomlysning av arbetet i kvalitetsregister och besluta om ansvariga för att driva arbetet			
Upprätta rutin för det förebyggande arbetet			

7.5 Mål Riskbedömningar 2026

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

7.6 Egenkontroller

Egenkontroll är systematisk uppföljning och utvärdering av om den egna verksamheten bedrivs enligt de lagar, processer och rutiner som ingår i ledningssystemet. Egenkontroller beslutas av kvalitetsrådet och utförs i form av enkäter, checklistor, verksamhetsuppföljningar, intervjuer eller dialogforum. Beroende av resultat upprättas handlings- och tidsplaner för att nå upp till önskat läge. Dokumentation sker i beslutsstödet Stratsys.

7.7 Resultat och analys - Egenkontroller 2025

Under 2025 togs beslut i kvalitetsrådet att begränsa antalet egenkontroller då införandet av andra projekt behövde få fokus. Exempel på detta är kvalitetsarbetet i Stratsys, implementering av digitala system och arbetet med nya socialtjänstlagen.

Den egenkontroll som utfördes var följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler.

Målet att följa upp så att samtliga verksamheter arbetar med resultaten i egenkontrollerna samt vid behov upprättar handlings- och tidsplaner kvarstår under 2026.

Måluppfyllelse - Egenkontroller 2025

Måluppfyllelse - Egenkontroller 2025	Uppfyllt	Delvis uppfyllt	Ej uppfyllt
Följa upp att samtliga verksamheter arbetar med resultatet på utförda egenkontroller genom att upprätta handlings- och tidsplaner			

7.8 Mål - Egenkontroller 2026

- Att alla enheter analyserar resultaten från egenkontroller och upprättar handlings- och tidsplaner för att åtgärda identifierade brister. Genomförandet ska följas upp vid fastställda tidpunkter för att säkerställa att förbättringsarbetet bedrivs och att resultaten utvecklas i önskad riktning.

7.9 Smittförebyggande arbete

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

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

Sjuksköterska med ansvarsområde för vårdhygien ska finnas. Varje verksamhet ska utse hygienombud. Tillsammans ska dessa professioner enligt rutin ha spetskompetens och tillsammans med ansvariga chefer vara drivande i det smittförebyggande arbetet.

7.10 Resultat och analys

Arbete pågår att hitta arbetssätt för att få in egenkontroller enligt rutin för smittförebyggande arbete i Stratsys. Detta för att underlätta så att kvalitetsarbetet är samlat. Innan detta arbete är klart kan inte granskning av egenkontrollerna utföras.

Uppstart av regelbundna möten och samarbete mellan hygiensjuksköterska och hygien ombud har inte påbörjats. Utsedd hygiensjuksköterska avslutade sin tjänst och ny sjuksköterska är inte utsedd. I rutin för smittförebyggande arbete finns beskrivning på vad som ingår i hygiensjuksköterskans uppdrag.

Målen kvarstår för 2026.

Måluppfyllelse - Smittförebyggande arbete 2025

Måluppfyllelse - Smittförebyggande arbete 2025	Uppfyllt	Delvis uppfyllt	Ej uppfyllt
Uppföljning av resultat från egenkontroller gällande smittförebyggande arbete			
Upprätta uppdragsbeskrivning för sjuksköterska med hygienansvar			
Starta upp smittförebyggande arbete med sjuksköterska och hygienombud.			

7.11 Mål- Smittförebyggande arbete 2026

- Uppföljning av resultat från egenkontroll gällande smittförebyggande arbete
- Starta upp smittförebyggande arbete med sjuksköterska och hygien ombud

7.12 Följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler

Punktprevalensmätning (PPM) för följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler är en observation som utförs i patientnära arbete. Åtta olika steg observeras, fyra för klädregler och fyra för basala hygienrutiner. Rekommendationen är minst 10 observationer per enhet. För att

kvalitetssäkra att mätningarna utförs på likartat sätt är två personer utsedda att utföra mätningarna.

Kvalitetsrådet beslutar om vilka resultat som behöver uppnås för att vara godkänd i mätningarna. Arbete över tid har påvisat att en mätning per år är tillräcklig för att verksamheterna ska hinna arbeta med resultatet. Tidigare utfördes två mätningar per år.

7.13 Resultat och analys

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

Ledningsgruppens mål för följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler var under 2025 satt till 80%.

Resultatet varierade från 58% till 100%. Ett hemtjänstområde, sjuksköterskeenheten och ReHabenheten var de enheter som nådde måluppfyllelse över 80 % i samtliga åtta steg. Över lag är det högst följsamhet till klädregler, uppsatt hår, korta naglar och underarmar fria från smycken och klockor där många enheter nått måluppfyllelse.

Lägst resultat är korrekt användning av handskar och förkläde som används i hög utsträckning vid fel tillfällen för att ha effekt mot att inte sprida smittor. Resultatet för användning av handsprit har mer att önska.

För att öka resultaten har verksamheterna som önskar fått utbildning i basala hygienrutiner och klädregler av vårdutvecklare. Vårdutvecklare har i samtliga av de utbildningar som hålls lagt in delar av basala hygienrutiner. Önskvärt är att fler verksamheter som inte når målen upprättar handling- och tidsplaner för bättre följsamhet till basala hygienrutiner. 2025 års mätning får utvisa om insatserna givit önskad effekt.

Resultat PPM följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler

Bedömda moment	2024	2025
Desinfektion av händer före patientnära arbete	49%	75%
Desinfektion av händer efter patientnära arbete	54%	78%
Korrekt användning av handskar	63%	80%
Korrekt användning av förkläde	58%	91%
Korrekt arbetsdräkt	99%	98%
Fri från klockor, armband, stödbandage	99%	100%
Naglar korta och fria från konstgjort material	99%	100%
Korrekt uppsatt hår/skägg	96%	97%
Sammanställt resultat	72%	83%

Måluppfyllelse - Följsamhet basala hygienrutiner och klädregler 2025

Måluppfyllelse - följsamhet basala hygienrutiner och klädregler 2025	Uppfyllt	Delvis uppfyllt	Ej uppfyllt
Samtliga verksamheter upprättar handlingsplaner för att nå upp till Strategisk ledningsgrupps uppsatta mål 80% för PPM mätningarna i samtliga steg			

7.14 Mål - Följsamhet basala hygienrutiner och klädregler 2026

- Samtliga verksamheter upprättar handlingsplaner i Stratsys för att nå upp till uppsatt mål 90% för PPM mätningarna i samtliga steg

7.15 Systematiska verksamhetsuppföljningar

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

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

Vid behov utförs även oplanerade verksamhetsuppföljningar.

7.16 Resultat och analys

Under året utfördes inga planerade verksamhetsuppföljningar av SAS och MAS. Anledningen till detta var att SAS avslutade sin tjänst och att MAS arbetat med att utveckla ett instrument för vårdtyngdsmätning samt del av tid arbetat med civil beredskap, implementering av digitala system samt ny föreskrift för delegering.

Vårdutvecklare utförde på uppdrag av avdelningschef en genomlysning av arbetet på ett särskilt boende vilket mynnade ut i en rapport.

Vad skriver jag att resultatet var?

Måluppfyllelse - Systematiska verksamhetsuppföljningar

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

7.17 Mål - systematiska verksamhetsuppföljningar 2026

- Kvalitetsrådet lägger plan för 2026 års verksamhetsuppföljningar

7.18 Avvikelser, synpunkter och klagomål

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

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

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

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

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

7.19 Resultat och analys

Målet att samtliga chefer inom hälsa och omsorg ska ha implementerat arbetet med att utreda och följa upp avvikelser som en naturlig del i det systematiska förbättringsarbetet har delvis nått måluppfyllelse. Kvaliteten på utredningarna behöver fortsatt förbättras. Den metod som används idag den så kallade varför/därför metoden tillämpas inte fullt ut. Detta innebär att man inte når fram till de bakomliggande orsakerna vilket begränsar möjligheten att vidta effektiva åtgärder för att förebygga liknande händelser i framtiden. I delar av verksamheterna utreds avvikelserna föredömligt tillsammans av teamet enligt gällande rutin. Det kvarstår behov av ytterligare förbättringar för att säkerställa att processen uppfyller önskad kvalitet i samtliga verksamheter.

Målet att införa uppföljning av avvikelshantering som egenkontroll i Stratsys är inte löst. I dagsläget är egenkontrollen fortsatt allt för omfattande för att en övergripande analys av verksamhetens avvikelser ska kunna utföras. Avvikelsesystemet DF-respons har under året utvecklat statistikrapporter. Dessa behöver testas innan beslut om hur egenkontrollerna i Stratsys ska utformas.

Under 2025 har uppföljning av avvikelser koncentrerats på kvaliteten av utredningar. MAS har under året granskat mellan tre och tio utredningar per chef efter en fastställd mall. Resultatet redovisades på kvalitetsråd samt till berörda avdelningschefer inför årets analysdagar. Resultatet mynnade ut i en workshop för samtliga chefer där fokus var kvalitet på utredningar med varför/därför metoden. Arbetet med att höja kvaliteten på utredningarna fortsätter under 2026.

Under året har en utbildning med diskussionsfrågor tagits fram. Beslut om hur denna ska visas i verksamheterna och hur statistik på vilka som genomgått utbildningen behöver beslutas i kvalitetsrådet inför 2026.

Måluppfyllelse - Avvikelse, synpunkter och klagomål 2025

Måluppfyllelse - Avvikelse, synpunkter och klagomål 2025	Uppfyllt	Delvis uppfyllt	Ej uppfyllt
Samtliga chefer har implementerade arbetssätt för att utreda och följa upp avvikelser			
Utveckla uppföljning av avvikelshantering i beslutsstödet Stratsys			
Byta system för webbutbildning i rapporteringsskyldighet			
Redovisa statistik för hur många som gått webbutbildning i rapporteringsskyldighet			

7.20 Mål - Avvikelse, synpunkter och klagomål 2026

- Utveckla uppföljning av avvikelshantering som egenkontroll i Stratsys
- Redovisa statistik för hur många som genomgår webbutbildning i rapporteringsskyldighet
- Regelbundna aktiviteter och uppföljningar för att höja kvaliteten på utredning av avvikelser med Varför/därför metoden

7.21 Patientnämnden

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

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

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

7.22 Resultat

Under 2025 har ett ärende från Östra Göinge registrerats hos patientnämnden. Ärendet gällde ett klagomål på bemötande från en sjuksköterska. Ärendet skickades inte till kommunen för vidare utredning då personen som lämnade synpunkter inte ville gå vidare med ärendet. Ärendet avslutade utan ytterligare åtgärder.

8 Verksamheternas prioriterade områden för ökad patientsäkerhet

Genom olika åtgärder och förändringar i verksamheten som leder till ökad kvalitet förväntas risken för vårdskador att minska. Patientsäkerhetsarbetet bedrivs på olika nivåer, i olika omfattning av nyckelpersoner i verksamheterna.

I avsnittet beskrivs hur vårdutvecklare, demenssjuksköterska, dietist samt enhetschefer för legitimerad personal under året arbetat för ökad patientsäkerhet.

8.1 Vårdutvecklare

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

Vårdutvecklare ansvarar även för utbildning i delegering av läkemedel, viss introduktionsutbildning för nyanställd personal samt utbildning och mätning av basala hygienrutiner och klädregler.

8.2 Resultat och analys

Under året har vårdutvecklare varit projektledare för införandet av digital signering. '

På begäran utfördes en större verksamhetsgenomlysning på ett särskilt boende vilket mynnade ut i en rapport. I samband med detta påbörjades framtagande av ett material för vårdtyngdsmätning på SÄBO tillsammans med MAS. Arbetet fortsätter under 2026.

Arbetet med utbildning med träningsdocka har strandat då det inte funnits fast lokal till vårdutvecklare att utbilda i och få plats med aktuellt material. Från och med februari 2026 finns ett rum tillgängligt och då även möjlighet att utveckla idéer för att nå ut och fortbilda personalen när behov finns.

Efter sommaren 2025 har vårdutvecklare arbetat som TF MAS på halvtid och kombinerat detta med utbildningsinsatser.

Genomförda utbildningar 2025

Genomförda utbildningar 2025	Antal personer som genomgått utbildning	Verksamhet
Utbildning inför delegering av läkemedel	79	Samtliga verksamheter
Utbildning inför delegering av insulin	29	Samtliga verksamheter
Utbildning i basala hygienrutiner och klädregler för vårdpersonal	4	Personlig assistans
Sommarintroduktion	64	Samtliga verksamheter

Uppföljning och fortbildning digital signering, risker med potentia läkemedel och kontroller på ordinationshandling	9 verksamheter	Samtliga verksamheter
Totalt	176 personer	

Måluppfyllelse - vårdutvecklare

Måluppfyllelse vårdutvecklare 2025	Uppfyllt	Delvis uppfyllt	Ej uppfyllt
Utveckla arbetssätt för träningsdocka för patientvård			
Upprätta utbildningskompendie för stomivård			
Upprätta utbildning för de mest förekommande diagnoserna inom funktionsstöd			
Upprätta och utveckla digital uppföljning/utvärdering för utbildningarna			

8.3 Mål - vårdutvecklare 2026

- Inrätta metodrum för träning med docka
- Utveckla utbildningsinsatser för att kunna stödja verksamheterna
- Utveckla utbildning för delegering av läkemedel anpassad efter nya krav

8.4 Personcentrerad vård och omsorg vid kognitiv svikt

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

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

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

8.5 Resultat och analys

Målet att hitta forum för att tillsammans med hälsa- och omsorgs ledningsgrupp upprätta en strategisk plan för personer med kognitiv svikt som följer Socialstyrelsens nationella plan har delvis nått måluppfyllelse. Ett möte har genomförts där demenssjuksköterskan presenterade den Nationella Demensstrategin 2025-2028. Utöver detta har inga möten eller planering gällande strategin utförts. En av anledningarna till att arbetet med demensstrategin inte får fart är att det saknas möteforum mellan ledning och de solitära tjänsterna som demenssjuksköterska. Samtidigt har arbetet med nya socialtjänstlagen prioriterats där demenssjuksköterskan ingår i att utveckla dagvården för personer med kognitiv svikt.

Målet att redovisa resultat från BPSD-registret till aktuella enheter har nått måluppfyllelse. Enhetschefer på särskilda boende har tagit del av resultat från BPSD-registret. Då arbetet har kommit olika långt på de särskilda boenden har underlaget på vissa enheter varit för litet för att kunna ta fram statistik att arbeta vidare med. Fortsatt stöd till dessa enheter kommer att erbjudas för att komma vidare i arbetssättet.

Arbetssättet med BPSD håller på att efter behov implementeras till personer med kognitiv svikt i ordinärt boende. Arbetet fortsätter under 2026 med ytterligare utbildningstillfällen samt stöd till enheterna i BPSD arbetet.

Måluppfyllelse - Personcentrerad vård och omsorg vid kognitiv svikt 2024

Måluppfyllelse - Personcentrerad vård och omsorg vid kognitiv svikt 2025	Uppfyllt	Delvis uppfyllt	Ej uppfyllt
Hitta forum för att tillsammans med strategisk ledningsgrupp upprätta en strategisk plan för personer med kognitiv svikt som följer Socialstyrelsens nationella plan			
Under året redovisa resultat från BPSD-registret till aktuella enheter			

8.6 Mål - Personcentrerad vård och omsorg vid kognitiv svikt 2026

Införa en tidig, tillgänglig och förebyggande verksamhet för personer med kognitiv svikt enligt kraven i nya socialtjänstlagen genom att:

utveckla befintlig dagverksamheten till att bli biståndslös och utvecklas utifrån kunders och anhörigas behov samt utgå från evidensbaserade metoder

upptäcka kognitiv svikt i tidigare skede genom att utveckla samarbete med framförallt primärvården t.ex. kognitiva ronder.

personer med tidig kognitiv svikt ska kunna erbjudas lämplig evidensbaserad verksamhet som stärker deras kognitiva förmågor, fördröjer kommunala insatser och bidrar till förlängd självständighet

8.7 God nutritionsvård

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

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

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

8.8 Resultat och analys

Arbetet med att kartlägga följsamheten till rutinen för att upptäcka och behandla undernäring har uppnått sitt mål. Dietist har aktivt arbetat med att synliggöra och implementera rutinen

genom flera insatser: medverkan vid kostombudsträffar och APT, genomförande av nutritionsutbildningar samt presentation av resultat från dygnsmätningen i samband med avdelningsbesök på samtliga särskilda boenden. Sammantaget bedöms rutinen vara välkänd i verksamheten. Däremot bedrivs nutritionsarbetet i nuläget inte fullt ut strategiskt utifrån rutinen. Det löpande arbetet med att optimera nutritionsomhändertagandet fungerar, men behöver ges högre prioritet samt stödjas av en mer strukturerad och tydlig samverkan inom verksamheten för att kvaliteten långsiktigt ska säkerställas

Under 2025 uppmärksammades att riktlinjer för mat, måltider och nutrition saknas helt eller delvis inom verksamheten. Ett utkast till nya riktlinjer togs fram och skickades på remiss till kvalitetsrådet, som återkom med synpunkter samt rekommenderade att det fortsatta arbetet bör genomföras i nära samverkan med verksamheten. I enlighet med denna rekommendation erbjuds stöd till verksamheten för fortsatt framtagande av rutiner vilket verksamheterna inte kunnat prioritera. Arbetet med att färdigställa rutinerna fortsätter under 2026.

Målet att starta upp systematiska nutritionsronder tillsammans med sjuksköterskor för att utveckla den individuella kostbehandlingen har nått måluppfyllelse. Under hösten genomfördes individuella samtal med samtliga sjuksköterskor i syfte att få en samlad bild av nuläget samt diskutera behov och möjligheter för att stärka och vidareutveckla nutritionsarbetet i verksamheten. Samtalen visade att nutritionsomhändertagandet i dagsläget inte fungerar fullt ut. Utmaningarna som lyftes rör bland annat svårigheter att få hela arbetsgruppen att arbeta likvärdigt, begränsade möjligheter att påverka nutritionsarbetet i ordinärt boende samt ekonomiska faktorer som påverkar handlingsutrymmet. Det framkom även att rutinen för nutrition behöver stödjas av ytterligare utbildningsinsatser för att få bästa möjliga genomslag. De inledande träffarna har lett till att återkommande nutritionsträffar med sjuksköterskor, områdesvis, har planerats in var sjätte vecka från och med 2026. Dessa träffar ska användas för kontinuerlig utvärdering, dialog och utveckling av nutritionsarbetet.

Måluppfyllelse - God nutritionsvård

Måluppfyllelse övergripande mål och strategier 2025	Uppfyllt	Delvis uppfyllt	Ej uppfyllt
Kartlägga följsamheten till rutin för att upptäcka och behandla undernäring genom verksamhetsbesök			
Utifrån kartläggning upprätta handlingsplan på organisatorisk nivå för att komma till rätta med eventuella förbättringsområden kopplade till undernäring			
Starta upp systematiska nutritionsronder tillsammans med sjuksköterskor för att utveckla den individuella kostbehandlingen			

8.9 ReHabenheten

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

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

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

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

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

8.9.1 Resultat och analys

Aktivitets- och funktionsbedömningar har under året ökat, främst på grund av det ökade samarbetet och efterfrågan från myndighetssidan. Arbetet med att öka bedömningarna i det dagliga grundläggande arbetet fortsätter.

Målet att undersöka och implementera vilka evidensbaserade metoder som ska användas i verksamheten för att främja effektivitet gällande rehabiliteringsperioden har delvis nått måluppfyllelse. Vakanser i arbetsgruppen har lett till att utvecklingsarbetet har prioriterats ner för att säkerställa patientsäkerheten i det grundläggande arbetet.

Målet att skapa samsyn och tydliga arbetssätt för var information ska dokumenteras har nått måluppfyllelse. En arbetsgrupp med legitimerad personal har startats och regelbundna möten genomförs varje månad tillsammans med berörda enhetschefer, MAS och systemförvaltare. Frågeställningar tas mellan arbetsgrupp och verksamheten. Arbetssättet har lett en större trygghet kopplat till dokumentation och ett implementerat arbetssätt för dokumentationsfrågorna.

Måluppfyllelse - ReHabenheten 2025

Måluppfyllelse ReHabenheten 2025	Uppfyllt	Delvis uppfyllt	Ej uppfyllt
Aktivitetsbedömningar och funktionsbedömningar ska implementeras som en naturlig del i bedömningen av patient			
Undersöka och implementera vilka evidensbaserade metoder som ska användas i verksamheten för att främja effektivitet gällande rehabiliteringsperioden			
Utveckla dokumentationen för samsyn i var information ska dokumenteras			

8.10 Sjuksköterskeenheten

Omvårdnad är den legitimerade sjuksköterskans specifika kompetens. I omvårdnaden ingår det patientnära arbetet. Som struktur i omvårdnadsarbetet använder sig sjuksköterskan av

omvårdnadsprocessen vilket innebär att sjuksköterskan självständigt ansvarar för bedömning, diagnostik, planering, genomförande och utvärdering av omvårdnaden.

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

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

8.10.1 Resultat och analys

Målet att utveckla samsyn kring dokumentation har nått måluppfyllelse. En utsedd arbetsgrupp träffas kontinuerligt för fortsatt utveckling av dokumentationen med strävan efter samsyn för hur verksamhetssystemet ska användas.

Målet att ta fram ett vårdtyngdsinstrument och en modell för kontinuerlig uppföljning har inte uppnåtts under året. Detta beror på att resurser har behövt omfördelas till implementering av nya IT-system samt att sjuksköterskeenheten genomgått ett chefsbyte.

För 2026 kommer sjuksköterskeenheten upprätta mål för verksamheten i Stratsys.

Måluppfyllelse - sjuksköterskeenheten 2025

Måluppfyllelse sjuksköterskeenheten 2025	Uppfyllt	Delvis uppfyllt	Ej uppfyllt
Utveckla dokumentationen för samsyn i var information ska dokumenteras			
Utveckla ett instrument för vårdtyngdsmätning och kontinuerlig uppföljning där det förebyggande arbete ingår			

9 Planerade åtgärder för ökad patientsäkerhet

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

9.1 God vård i livets slut

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

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

9.2 Resultat och analys

Nationell vårdplan för palliativ vård del 1 utförs till samtliga patienter på SÄBO. Arbetet har inte tagit fart till multisjuka patienter som skrivs in i mobilt team primärvård. Här kvarstår målet för 2026.

Målet att samtliga i teamet vårdpersonal, sjuksköterskor, arbetsterapeuter, fysioterapeuter och enhetschefer går den webbaserade grundutbildningen i palliativ vård - Lindring bortom boten-beslutades i kvalitetsrådet. Målet har delvis nått måluppfyllelse. Legitimerad personal med enhetschefer, avdelningschef och MAS har genomfört utbildningen. För övriga verksamheter är det oklart om utbildningen är genomförd. Det saknas ritin för hur en aktivitet ska återkopplas som utförd efter att beslut har tagits.

Måluppfyllelse - God vård i livets slut 2025

Måluppfyllelse - God vård i livets slut 2025	Uppfyllt	Delvis uppfyllt	Ej uppfyllt
NVP del 1 utförs till samtliga patienter på SÄBO och till multisjuka patienter som skrivs in i mobilt team primärvård			
Samtliga i teamet, vårdpersonal, sjuksköterskor, arbetsterapeut, fysioterapeut och enhetschefer går den webbaserade grundutbildning i palliativ vård - Lindring bortom boten			

9.3 Mål - God vård i livets slut 2026

9.4 Bedömning VISAM beslutsstöd

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

I samtliga kommuner i Skåne använder sjuksköterskorna VISAM-beslutsstöd. Utbildning i beslutsstödet ska ingå i introduktionen på arbetsplatsen.

I september 2024 blev VISAM beslutsstöd digitalt i det Skåneövergripande IT-systemet Mina planer som både kommunal- och regional primärvård samt slutenvård har tillgång till.

9.5 Resultat och analys

Sjuksköterska har under året gått utbildning och kommer handleda övriga sjuksköterskor i användandet av VISAM-beslutsstöd. I arbetet ingår att tydliggöra hur och när beslutsstödet ska användas. Fortsatt används inte hela stödet utan endast den del där parametrar som puls och blodtryck tas.

Arbetsgruppen för dokumentation får i uppgift att tydliggöra hur dokumentationen i verksamhetssystemet ska ske efter att en VISAM bedömning utförts.

Målen kvarstår för 2026

Måluppfyllelse - VISAM-beslutsstöd 2025

Måluppfyllelse bedömning VISAM beslutsstöd 2025	Uppfyllt	Delvis uppfyllt	Ej uppfyllt
Tydliggöra hur och när beslutsstödet ska användas			
Tydliggöra hur dokumentationen i verksamhetssystemet ska ske efter en VISAM bedömning			

9.6 Mål VISAM-beslutsstöd 2026

- Utsedd sjuksköterska tillsammans med enhetschef ska tydliggöra hur och när beslutsstödet ska användas och följa upp resultatet
- Arbetsgrupp för dokumentation tydliggör var i patientjournalen resultatet av beslutsstödet ska dokumenteras

9.7 Dokumentation av kvalitet

Syftet med att dokumentera är att bidra till god kvalitet och säker vård. I dokumentationen tydliggörs den enskildes behov av hjälp och stöd samt vad, hur och vem som ska tillgodose hjälpbehoven. Dokumentation är avsedd att vara ett stöd för den eller de personer som ansvarar för vården.

Signeringslistor används för att säkerställa att viss beslutad vård och behandling har utförts.

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

Dokumentationsgrupp finns för att utveckla arbetet i patientjournalen.

9.8 Resultat och analys

Målet att samtliga legitimerade använder digital kalender samt har en backup för om systemet ligger nere har nått måluppfyllelse.

Digital signering i MCSS/Appva har införts och gör att alla insatser kan signeras direkt i systemet, vilket säkerställer att rätt åtgärd utförs i rätt tid av rätt person och samtidigt stärker patientsäkerheten. Fortsatt finns barnsjukdomar vilka har följts upp ute på APT av vårdutvecklare som både visat statistik, utbildat och svarat på frågor. Appva MCSS hanterar även delegeringar digitalt – nya delegeringar kan utfärdas, förlängas eller avslutas direkt i appen och både utfärdare och mottagare kan signera oberoende av plats. Det ger en tydlig överblick över alla gällande delegeringar, minskar administrationen och förbättrar följsamheten till delegeringsprocessen.

Målet att i egenkontroll följa upp att vårdpersonal med vårdrelation läser och dokumenterar i patientjournalen enligt gällande är inte uppfyllt. Detta på grund av beslutet att under året ha minimalt med egenkontroller då införandet av digitala system och nya socialtjänstlagen behövt få utrymme. Målet kvarstår under 2026.

Måluppfyllelse - Dokumentation av kvalitet 2025

Måluppfyllelse - Dokumentation av kvalitet 2025	Uppfyllt	Delvis uppfyllt	Ej uppfyllt
Utveckla arbetssätt för kombination av digital och analog kalenderfunktion			
Implementera MCSS (APPVA) digital signering i samtliga verksamheter som hanterar läkemedel och övriga hälso- och sjukvårdsinsatser			
Samtlig vårdpersonal med vårdrelation läser och dokumentera i patientjournalen enligt gällande rutin			

9.9 Mål - dokumentation av kvalitet 2026

- Samtlig vårdpersonal med vårdrelation läser och dokumentera i patientjournalen enligt gällande rutin

9.10 Säker läkemedelshantering

Extern kvalitetsgranskning av läkemedelshantering innebär att en specialutbildad farmaceut tillsammans med teamet runt patienten har genomgång av aktuell lagstiftning, lokala rutiner och arbetsmoment vid läkemedelshanteringen. Därefter ger farmaceuten råd i en rapport och verksamheten tar fram konkreta åtgärdsförslag med syfte att stärka det egna kvalitetsarbetet. MAS ansvarar för att utse ansvariga och tidsram för förbättringsförslagen. Granskade verksamheter ansvarar för att återkoppla granskningar och förbättringsförslag i respektive

ledningsgrupper i ett lärande syfte.

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

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

9.11 Resultat och analys

Enligt muntlig uppgift får samtliga patienter på SÄBO får årligen en basal läkemedelsgenomgång med målet att minska läkemedelsrelaterade biverkningar. Detta är en strukturerad analys som utförs av behandlande läkare i dialog med patient och sjuksköterska. Till patienter med mer komplex medicinering utförs tvärprofessionell läkemedelsgenomgång med stöd av apotekare. Skriftlig statistik saknas.

Från den 1 januari 2026 samlas alla regler om delegering av läkemedelshantering i de uppdaterade föreskrifterna HSLF-FS 2017:37 och den tidigare delegeringsföreskriften (SOSFS 1997:14) upphör att gälla.

Det nya innebär tydligare ansvar för vårdgivaren, krav på verksamhetsnära riskanalyser samt att rutiner för delegering ska utgå från dessa riskanalyser.

När nya författningar och föreskrifter publiceras initieras ett strukturerat analysarbete där ansvariga funktioner går igenom innehållet, identifierar förändringar och bedömer vilka konsekvenser dessa får för verksamheten.

Arbetet innebär att tolka regelverket, samordna tolkningen samt säkerställa att berörda rutiner, processer och utbildningsinsatser uppdateras så att verksamheten lever upp till de nya kraven. Detta arbete påbörjades under hösten och kommer fortsätta under 2026.

Måluppfyllelse - Säker läkemedelshantering 2025

Måluppfyllelse säker läkemedelshantering 2025	Uppfyllt	Delvis uppfyllt	Ej uppfyllt
Samtliga patienter på SÄBO ska i samverkan erbjudas en årlig läkemedelsgranskning enligt Skånemodellen			

9.12 Mål - Säker läkemedelshantering 2026

- Skriftlig statistik på genomförda läkemedelsgenomgångar på SÄBO införs
- Samtliga verksamheter arbetar efter de nya författningskraven och rutinerna för delegering av läkemedelshantering

9.13 Utskrivningsprocessen från slutenvården

Den 1 januari 2018 trädde lagen om samverkan vid utskrivning från slutenvård och sjukvård i kraft. Syftet var att skapa en trygg, säker och smidig övergång från slutenvård till öppen vård och omsorg. Utskrivningsprocessen sker i IT-verktyget "Mina planer" där

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

9.14 Resultat och analys

Målet att utveckla arbetssätt med "en väg in" där vårdplaneringssköterska bedömer rätten till hemsjukvård av sjuksköterska efter tröskelprincipen med målet lika vård och behandling för kommuninvånarna i Östra Göinge är påbörjat. Under perioden avslutade den tidigare enhetschefen sin tjänst och rekrytering av ny chef genomfördes. Denna förändring i ledningsfunktionen innebar ett tillfälligt avbrott i kontinuiteten, vilket gjorde att delar av det planerade arbetet inte hann slutföras enligt tidsplan.

Måluppfyllelse - Utskrivningsprocessen 2025

Måluppfyllelse utskrivningsprocessen 2025	Uppfyllt	Delvis uppfyllt	Ej uppfyllt
Slutföra utredningsarbetet med möjligheten till "en väg in"			

9.15 Mål - Utskrivningsprocessen 2026

- Slutföra utredningsarbetet med möjligheten till "en väg in"

10 Informationssäkerhet

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

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

10.1 Resultat och analys

Målet att upprätta rutin för loggkontroller till samtliga system som används i hälso- och sjukvården har uppnåtts och implementerats. För att underlätta kontrollerna har en mall för arbetet tagits fram och är under implementering.

Målet att tydliggöra arbetet med informationssäkerhet efter kommunens övergripande rutin har inte påbörjats i väntan på övergripande rutin. Arbetet att i varje rutin som uppdateras implementera ett kapitel om informationssäkerhet då det är lämpligt har påbörjats.

Informationssäkerhet och arbetet med krisberedskap utformades under senare hälften av året. MAS har under perioden inte haft möjlighet att utföra arbetet med civil beredskap i den omfattning som var planerad, då ordinarie MAS-uppdrag har behövt prioriteras. Detta medförde att planerade insatser inom civil beredskap inte kunde genomföras enligt avsedd tidsplan.

Måluppfyllelse - Informationssäkerhet 2024

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

10.2 Mål - Informationssäkerhet 2026

- Tydliggöra arbetet med informationssäkerhet efter kommunens övergripande rutin
- Fortsatt arbete med civil beredskap