

**Kvalitets- och  
patientsäkerhetsberättelse Omsorg i  
Bjuv**



# Innehållsförteckning

<b>Inledning</b> .....	<b>5</b>
<b>Sammanfattning</b> .....	<b>5</b>
<b>Grundläggande förutsättningar för säker vård och omsorg</b> .....	<b>6</b>
Engagerad ledning och tydlig styrning.....	6
Övergripande mål och strategier.....	6
<b>Organisation och ansvar</b> .....	<b>7</b>
Sjukvårdshuvudmannens ansvar.....	7
Socialnämndens ansvar.....	7
Förvaltningschef/VD ansvar.....	7
Verksamhetschef enligt 4 kap. 2§ Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).....	7
Legitimerad personals ansvar.....	8
Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) ansvar.....	8
Socialt ansvarig socionom (SAS) ansvar.....	8
<b>Samverkan för att förebygga vårdskador och missförhållande</b> .....	<b>9</b>
Intern samverkan.....	9
Extern samverkan.....	9
<b>En god säkerhetskultur</b> .....	<b>10</b>
<b>Adekvat kunskap och kompetens</b> .....	<b>11</b>
Digital lärplattform.....	11
Äldreomsorgslyftet.....	11
Vård- och omsorgscollege.....	11
Kompetensutveckling och fortbildning.....	12
Personalens medverkan i kvalitetsarbetet.....	14
<b>Den enskilde som medskapare</b> .....	<b>14</b>
Personcentrerat förhållningssätt.....	15
Samordnad individuell plan (SIP).....	15
Medicinsk vårdplan.....	16
Patientenkät.....	16
Brukarundersökningar.....	16
<b>Agera för säker vård och omsorg</b> .....	<b>24</b>
Förebyggande arbete.....	24
Tillförlitliga och säkra system och processer.....	27
Dokumentation.....	28
Delegeringsförfarande.....	28
Läkemedelshantering.....	29
Följsamhet till basala hygienrutiner.....	30
Riskhantering.....	30
Öka riskmedvetenhet och beredskap.....	31
Klagomål och synpunkter.....	31

Externa tillsyner .....	32
<b>Ökad kunskap om inträffade vårdskador och missförhållande.....</b>	<b>33</b>
Avvikelser .....	33
Lex Sarah .....	37
Lex Maria .....	38
<b>Organisationens kvalitetsarbete och verksamhetsutveckling.....</b>	<b>39</b>
Funktionsstöd .....	39
Äldreomsorg .....	40
Hälsa .....	42
<b>Mål, strategier och utmaningar för kommande år.....</b>	<b>43</b>
Identifierade utvecklingsområden för patientsäkerhets- och kvalitetsarbetet 2024.....	45

# Inledning

Enligt patientsäkerhetslagen (PSL 2010:659, SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §) ska vårdgivaren varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse. Syftet med berättelsen är att redovisa strategier, mål och resultat av arbetet med att förbättra patientsäkerheten. Patientsäkerhetsberättelsen ska vara färdig senast den 1 mars varje år och finnas tillgänglig för den som vill ta del av den.

Den som bedriver vård och omsorg enligt socialtjänstlagen (SoL) och Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) ska varje år upprätta en sammanhållen kvalitetsberättelse. Innehållet i kvalitetsberättelsen ska ge svar på hur det systematiska och fortlöpande kvalitetsarbetet bedrivits under året, vilka åtgärder som vidtagits samt vilka resultat som uppnåtts

Kvalitet- och patientsäkerhetsberättelsen ska ha en sådan detaljeringsgrad att det går att bedöma hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten har bedrivits i verksamhetens olika delar, och att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses. Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsen bör utformas så att den kan ingå i vårdgivarens ledningssystem för patientsäkerhet.

I patient- och kvalitetsberättelsen ska det framgå hur kvalitetsarbetet bedrivits under föregående år, vilka åtgärder som vidtagits och resultat som uppnåtts. Verksamhet som bedrivs enligt hälso- och sjukvårdslagen, socialtjänstlagen och lagen om stöd och service för vissa funktionshindrade är skyldiga att ha ett ledningssystem för att systematiskt utveckla och säkra kvaliteten i verksamheten, i enlighet med SOSFS 2011:9, ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Ledningssystemet ska ge stöd i att planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten. Det ska även bidra till att händelser som kan leda till missförhållande eller vårdskada eller andra avvikelser från de krav och mål som gäller för verksamheten kan förebyggas. Med kvalitet avses att en verksamhet uppfyller de krav och mål som gäller enligt lagar och andra föreskrifter för verksamheten samt beslut som har meddelats med stöd av sådana föreskrifter. Socialstyrelsen definierar kvalitet enligt SOSFS 2011:9 2 kap. 1 § på följande sätt: att en verksamhet uppfyller de krav och mål som gäller för verksamheten enligt -lagar och andra föreskrifter om hälso- och sjukvård, socialtjänst och stöd och service till vissa funktionshindrade och -beslut som har meddelats med stöd av sådana föreskrifter.

# Sammanfattning

Under 2023 har verksamheterna arbetat mer aktivt med det systematiska kvalitetsarbetet som ligger till grund för att främja förebyggande åtgärder och identifiera områden för förbättring. Resultaten visar på både utvecklingsmöjligheter och framsteg inom olika områden. Omsorg i Bjuv strävar ständigt efter att förbättra sitt systematiska kvalitetsarbete. En ökning av avvikelser och Lex Sarah-rapporter har noterats, troligen är detta ett resultat av utbildningsinsatser och fortsatt implementering av avvikelseprocessen. Sammantaget indikerar resultaten på framsteg, men fortsatt fokus på systematiskt kvalitetsarbete och långsiktig uppföljning är nödvändigt för att säkerställa hållbara förbättringar över tid.

Omsorg i Bjuv har också satt upp mål för 2024, för att stärka teamarbetet och öka samarbetet mellan olika professioner. Detta är i linje med omställningen till Nära vård.

Arbetet med handlingsplanen efter Inspektionen för vård och omsorg (IVO) granskning av särskilda boenden har pågått kontinuerligt. Detta har resulterat i bland annat en strukturerad

utbildningsplan i den digitala lärplattformen, utbildning i säker läkemedelshantering riktad till sjuksköterskor och enhetschefer, ökad utbildning av fler språkombud, ökad samverkan med andra vårdgivare och utbildning i palliativ vård för samtliga professioner.

Under 2023 gjordes en mätning av följsamheten till de basala hygienrutinerna (en nationell punktprevalensmätning utefter Sveriges kommuner och regioners (SKR) mall. Resultatet visade på otillräcklig följsamhet i samtliga hygiensteg. Deltagandet i hygienutbildning är obligatoriskt. För att säkerställa att samtliga utfört utbildningen skapas lokala rutiner där utbildningen förtydligas.

Samtliga verksamheter ska analysera och göra egenkontroller enligt kvalitetsledningssystemet. Uppföljningen och analysen visar att implementeringen av detta ute i verksamheterna behöver fortsätta säkerställas i kvalitetsledningssystemet fullt ut, för ett mer systematiskt kvalitetsarbete.

2023 har präglats av arbete kring att upprätta och revidera styrande dokument. Kvalitetsledningssystemet har under 2023 reviderats och därav har behovet av att upprätta och revidera övriga styrande dokument påbörjats. Ett område som har fått extra fokus under året som gått är skydds- och begränsningsåtgärder. Många verksamheter har aktivt börjat arbeta med att identifiera och urskilja de skydds- och begränsningsåtgärder som finns i verksamheten. Detta för att långsiktigt arbeta med att minska och förebygga behovet av skydds- och begränsningsåtgärder utifrån ett personcentrerat förhållningssätt.

## **Grundläggande förutsättningar för säker vård och omsorg**

### **Engagerad ledning och tydlig styrning**

En grundläggande förutsättning för en kvalitativ och säker vård är en engagerad och kompetent ledning och styrning på samtliga nivåer.

### **Övergripande mål och strategier**

Målet med kvalitet- och patientsäkerhetsarbetet är enligt nämnd och styrelse att verksamheten ska präglas av god kvalitet, trygghet och trivsel.

Övergripande verksamhetsmål för Omsorg i Bjuv är att uppnå god och säker vård och omsorg. För att uppnå detta krävs strategier för kvalitet- och patientsäkerhetsarbete i syfte att säkra verksamhetens kvalitet.

### **Delmål och strategier för 2024 års kvalitet- och brukar/patientsäkerhetsarbete;**

- Introduktionsutbildning i kvalitet- och patientsäkerhetsarbete för nyanställda enhetschefer och legitimerad personal.
- Utveckla teamarbete och öka samarbetet mellan olika professioner i verksamheten. Detta är en utveckling som kommer att gå i takt med omställningen till Nära vård.
- Ett arbete pågår med att uppdatera och skapa nya rutiner i syfte att tydliggöra ansvaret för processer och hur de ska dokumenteras.
- Arbetet med styrande dokument och processer pågår för att säkerställa en god kvalitet och brukare/patientsäkerhet.

# Organisation och ansvar

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

Socialt ansvarig socionom och medicinskt ansvarig sjuksköterska planerar, leder kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet och initierar egenkontroller inom SoL/LSS/HSL på en övergripande nivå.

Enhetschefen ansvarar för kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet på respektive enhet utifrån kvalitetsledningssystemet. Syftet med kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet på en övergripande- samt enhetsnivå är att förbättra, utveckla och säkra kvaliteten och patientsäkerheten inom bolaget.

Den övergripande ledningsgruppen arbetar bland annat med att fastställa rutiner, diskutera och fatta beslut gällande exempelvis nationella undersökningar och övergripande egenkontroller.

Den övergripande ledningsgruppen består av VD, medicinskt ansvarig sjuksköterska, socialt ansvarig socionom, verksamhetschef för område funktionsstöd, verksamhetschef för område äldreomsorg och verksamhetschef för område hälso- och sjukvård. Ledningsgruppen är gemensam med Socialförvaltningen då också biträdande förvaltningschef och verksamhetschef IFO deltar.

## Sjukvårdshuvudmannens ansvar

Kommunen har det grundläggande ansvaret för att erbjuda en god hälso- och sjukvård inom ansvarsområdet enligt 12 kap. 1 § HSL. Kommunen är sjukvårdshuvudman för denna hälso- och sjukvård. Om kommunen anlitar privata utförare ska kommunen kontrollera och följa upp verksamheten hos dessa (3 kap. 19 § kommunallagen [1991:900]).

## Socialnämndens ansvar

Vårdgivaren, socialnämnden i Bjuvs kommun, är ytterst ansvarig för patientsäkerhetsarbetet. Vårdgivaren fastställer mål och strategier för det systematiska patientsäkerhetsarbetet. Vårdgivaren följer kontinuerligt upp och utvärderar målen. Vårdgivarens mest grundläggande ansvar är att planera, leda och kontrollera verksamheten så att kravet på god vård upprätthålls (3 kap. 1 § PSL).

## Förvaltningschef/VD ansvar

Förvaltningschefen/VD ansvarar övergripande för att det inom förvaltningen och bolaget Omsorg i Bjuv arbetas med uppföljning och analys av händelser och avvikelser, fördjupade analyser inom patient/brukarsäkerhetsområdet.

## Verksamhetschef enligt 4 kap. 2§ Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30)

*Verksamhetschef enligt 4 kap 2 § Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30)* ansvarar för hälso- och sjukvården som bedrivs i verksamheten. Verksamhetschef HSL ska säkerställa att patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vården tillgodoses (4 kap. 1§ Hälso- och sjukvårdsförordningen, 2017:80).

## Legitimerad personals ansvar

Legitimerad personal det vill säga sjuksköterskor, fysioterapeuter och arbetsterapeuter ansvarar för att hälso- och sjukvårdsarbetet följer vetenskap och beprövad erfarenhet. En patient ska ges sakkunnig och omsorgsfull hälso- och sjukvård och vården ska så långt det är möjligt utformas och genomföras i samråd med patient och/eller dess närstående.

## Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) ansvar

Medicinskt ansvarig sjuksköterska planerar, leder patientsäkerhetsarbetet och initierar egenkontroller inom HSL på en övergripande nivå. Tillsammans med Socialt ansvarig socionom planerar och leder kvalitetsarbetet för gemensamma projekt och egenkontroller på en övergripande nivå.

*Medicinskt ansvarig sjuksköterska* ansvar regleras i hälso- och sjukvårdsförordningen och innebär att:

- Patienterna får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde.
- Patienterna får den hälso- och sjukvård som en läkare förordnat om.
- Journaler förs i den omfattning som föreskrivs i patientdatalagen (2008:355)
- Beslut om att delegera ansvar för vårduppgifter är förenliga med patientsäkerheten.
- Det finns ändamålsenliga och väl fungerande rutiner för:
  1. Läkemedelshantering,
  2. Rapportering enligt 6 kap. 4 § patientsäkerhetslagen (2010:659) samt,
  3. Att kontakta läkare eller annan hälso- och sjukvårdspersonal när en patients tillstånd fordrar det.
- När MAS utreder en allvarlig avvikelse och utredningen visar att det handlar om allvarlig vårdskada eller risk för allvarlig vårdskada, så anmäler MAS händelsen till Inspektionen för Vård och Omsorg (IVO) enligt lex Maria.

## Socialt ansvarig socionom (SAS) ansvar

Socialt ansvarig socionom planerar, vägleder kvalitetsarbetet i bolaget samt och initierar egenkontroller inom SoL och LSS på bolag och på en övergripande nivå. Tillsammans med Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) som planerar, leder patientsäkerhetsarbetet och initierar egenkontroller inom HSL på en övergripande nivå.

Socialt ansvarig socionom innebär att säkerställa att:

- Den enskilde får insatser av god kvalitet som är individuellt utformade och utgår från den enskildes delaktighet och inflytande,
- Den enskilde får det stöd och den omsorg som handläggande myndighetsutövare har beslutat om,
- Säkra att dokumentationen förs i den omfattning som föreskrivs i lag och föreskrift 2014:5,
- Säkerställa god avvikelsehantering samt synpunkt och klagomålshantering enligt SOSFS 2011:9,
- Lex Sarah-rapporter utreds och anmäls enligt Socialstyrelsens föreskrift SOSFS 2011:5.



# Samverkan för att förebygga vårdskador och missförhållande

## Intern samverkan

Intern samverkan mellan enheter utförs bland annat genom teamträffar för att uppnå en personcentrerad och sammanhållen vård- och omsorg ut efter brukaren/patientens behov. Arbetssättet ska präglas av resurseffektivitet och ett teamarbete utifrån varje yrkesgrupps uppdrag och kompetens.

Målet med teamarbetet är att brukaren/patienten bemöts som en person med unika behov där personens vilja och förmågor ska vara en del av multiprofessionella vården.

## Teamträffar

Teamträffar kring patienten/brukaren består av sjuksköterska, arbetsterapeut, fysioterapeut, omvårdnadspersonal, enhetschef och biståndshandläggare om behov finns. Det övergripande syftet med mötet är att de olika yrkesprofessionerna träffas för att utifrån patient/brukarens behov diskutera och samordna vård- och omsorgsinsatser. Vid dessa möten arbetar teamen med kvalitetsregister som tex Senior alert och Beteendemässiga och psykiska symptom vid demens (BPSD). Under kommande år 2024 kommer område äldreomsorgen tillsammans med de berörda yrkesprofessionerna att arbeta vidare för att utveckla teamträffarna för att uppnå en bättre gemensam plattform med brukaren i fokus.

## Ledningsmöte

Inom samtliga områden (Område Funktionsstöd, Område Äldreomsorg och Område Hälsa) träffas enhetschefer, verksamhetschef, verksamhetsutvecklare, SAS och MAS regelbundet.

Mötena finns för att diskutera verksamhetsfrågor samt aktuella områden inom verksamheten på en lokal-, regional- eller nationell nivå.

## Extern samverkan

*SOSFS: 2011:9,4 kap. 6 §, 7 kap. 2 § p 3*

Processer/områden som identifierats där samverkan har skett för att förebygga att brukare/patienter drabbas negativt.

## Vårdsamverkan SVU (samverkan vid utskrivning)

Kommunen har en representant i arbetsgruppen Vårdsamverkan SVU. Vårdsamverkan SVU är en del av samverkansstrukturen inom nära vård och ska på initiativ av Delregional tjänstemannaberedning och Beredningsgrupp nära vård hantera administrativa frågor utifrån angiven aktivitets- och tidplan. Exempel på områden som arbetsgruppen hanterar är flöden i Mina Planer, implementering av utbildning i SIP och SVU med tillhörande rutiner och ge vägledning och stöd kring lokalt samarbete i kommunerna.

## Vårdsamverkan medicinsk kvalitet

Arbetsgrupp medicinsk kvalitet är en del av samverkansstrukturen inom nära vård och ska på initiativ av delregional tjänstemannaberedning och beredningsgrupp nära vård hantera medicinska frågor utifrån en aktivitets- och tidplan. Arbetsgruppen består av medicinskt ansvariga sjuksköterskor från de olika kommunerna i nordvästra Skåne, chefsläkare inom regional primärvård och chefläkare inom slutenvården.

## **Samverkan med externa vårdgivare**

### **Hälsovårdsenheterna**

Enhetschefer för HSL, Verksamhetschef HSL och MAS samverkar med representanter från vårdcentralerna belägna i Bjuvs kommun för att förbättra samarbetet och tillsammans utveckla nära vård. Ett gemensamt avtal reglerar råd, stöd och fortbildning av läkare till legitimerad personal i verksamheten.

### **Geriatriskt akutvårdsteam (GAT)**

GAT-teamet tillhör Region Skåne och arbetar med punktinsatser i brukaren/patientens bostad. Punktinsatserna kan planeras och utförs för att kunna vårda brukaren/patienten i sin bostad och undvika sjukhusinläggning. GAT-teamet och kommunen har upprättat ett samarbete. Även vårdcentralerna belägna i kommunen har skapat avtal med GAT-teamet vilket möjliggör att det finns förutsättningar för att samarbeta med GAT-teamet för patienter listade på dessa vårdcentraler.

### **Avancerad sjukvård i hemmet (ASIH)**

Samverkan mellan kommun och ASIH för att förbättra samarbete som ska gynna brukaren/patienten. Samverkan sker på ledningsnivå samt i verksamheten.

### **Samverkan med Medelpunkten**

Medelpunkten är ett kommunalförbund vars syfte är att hantera hjälpmedel åt medlemskommunerna i Nordvästra Skåne. För att samverka i frågor rörande hjälpmedel finns en struktur för samverkan där Omsorg i Bjuv representeras av enhetschef för rehabenheten/verksamhetschef hälso- och sjukvård.

### **Regelbundna möten med Vårdhygien och Smittskydd Skåne**

Medicinskt ansvarig sjuksköterska har regelbunden samverkan med Vårdhygien och Smittskydd Skåne samt har kontakt för råd och stöd vid behov.

### **SAS/MAS-nätverk**

Medicinskt ansvarig sjuksköterska ingår i delregionalt nätverk där det samverkas och byts erfarenheter kring frågor som rör hälso- och sjukvård.

Socialt ansvarig socionom ingår i ett nationellt nätverk där det samverkas och byts erfarenheter kring frågor som rör vård och omsorg.

## **En god säkerhetskultur**

En grundläggande förutsättning för en säker vård och omsorg är en god säkerhetskultur. Organisationen ger då förutsättningar för en kultur som främjar säkerhet.

- Dialog och utbildning kring avvikelshantering har under 2023 utförts av SAS och MAS för legitimerad personal och samtliga chefer. Tillsammans har ansvaret i att utreda avvikelser i avvikelssystem implementeras.
- Framöver finns behov av fortsatta dialoger mellan chefer för legitimerad personal för att tillsammans driva frågor kring brukar- och patientsäkerhet.

Genom att kartlägga patientsäkerhetskulturen i en verksamhet går det att få värdefull information om medarbetarnas upplevelser av organisationens styrkor och svagheter. Den uttrycker organisationens vilja och förmåga att förstå säkerhet och risker samt viljan och förmågan att agera så att säkerhet kan främjas.

## Adekvat kunskap och kompetens

### Digital lärplattform

Sedan våren 2022 har Omsorg i Bjuv arbetat med den digitala lärplattformen. En arbetsgrupp skapades för att arbeta fram ett utbildningspaket på lärplattformen för att förenkla för medarbetarna. Det skapades introduktionspaket som var utformade efter varje verksamhets utbildningsbehov. Andelen nyanställda medarbetare som gjorde introduktionspaketet 2023 var högre än tidigare, dock är detta ett arbete som man måste fortsätta att jobba med under 2024 då utbildningsbehovet ständigt förändras. I lärplattformen finns ett årshjul av obligatoriska utbildningar för samtliga medarbetare, vilket ska underlätta det systematiska kvalitetsarbetet.

I slutet av året fanns totalt 527 aktiva licenser. 424 av dessa var ordinarie personal. I december 2023 fanns det 137 pågående utbildningar och 1147 avslutade utbildningar. Den digitala lärplattformen ger en ökad möjlighet till en god kompetensutveckling för medarbetaren, samt möjlighet att skapa individuella utbildningsprogram utefter var verksamheten har för behov.

### Äldreomsorgslyftet

Äldreomsorgslyftet innebär att genom validering och utbildning vidareutbilda vårdbiträden till undersköterskor. Omsorg i Bjuvs medarbetare studerar under 2 år för att bli färdigutbildade undersköterskor och diplomerade genom Vård- och omsorgscollege.

### Vård- och omsorgscollege

Omsorg i Bjuv blev 2020 en del av Vård- och omsorgscollege tillsammans med Höganäs, Åstorp och Helsingborg.

Äldreomsorgen samt område funktionsstöd & Socialpsykiatri har tillsammans tagit emot elever under 2023.

Under 2023 har fokus varit på kompetensförsörjning. I det arbetet är APL-platser en viktig del. För att kunna ge elever ett bra arbetsplatslärande krävs det att organisationen har utbildade handledare, utifrån Vård och Omsorgs College riktlinjer, som kan vägleda och stödja eleverna. Handledarutbildningen ger även ett mervärde då handledare kan ge nya medarbetare ett bra stöd under introduktionen.

Under 2023 har organisationen ökat antal handledare och sammantaget har Omsorg i Bjuv AB 50 utbildade handledare (steg 1 & 2). Utöver det har en medarbetare inom område Äldreomsorg utbildats till steg 3 handledare. Under 2024 planerar område Funktionsstöd att utbilda minst en medarbetare till steg 3 handledare. Steg 3 handledare har som uppdrag att handleda handledare (steg 1 och steg 2). Uppdraget innebär även att fungera som informationsansvarig och omvärldsbevaka gällande handledning.

Ytterligare ett led i kompetensförsörjningsarbetet har varit att utbilda fler språkombud. Språkombud är medarbetare med uppdrag att stödja kollegor när det gäller språkutveckling.

De fyller också en stor funktion med att stödja elever och kollegor som har ett annat modersmål än svenska. Omsorg i Bjuv AB har under 2023 ökat antalet språkombud och har nu 12 utbildade språkombud.

Område Funktionsstöd har 21 handledare och 7 språkombud. För att klara den framtida rekryteringen är båda dessa uppdragen väsentliga för verksamheterna och området.

Att ta emot elever ger ett lärande i verksamheterna och en möjlighet att rekrytera framtida medarbetare. För att få handleda elever från Vård- och omsorgscollege krävs det att personal som handleder elev är utbildad handledare utifrån Vård- och omsorgscolleges riktlinjer. Att ha utbildade handledare i verksamheterna skapar ett mervärde inte endast för elever utan även för kollegor samt att handledarna uttrycker att de har nytta av sin utbildning även i omvårdnadsarbetet.

Äldreomsorgen har 30 handledare varav en dessutom är steg 3 handledare. Enheterna har fyra språkombud.

Under 2023 togs det emot 27 elever som gick utbildning till undersköterskor. 22 av handledarna hade gått handledarutbildning.

	Våren 2023		Hösten 2023	
	Tog emot	Handledar utb	Tog emot	Handledar utb
Hemtjänst Bjuv	7	4	1	1
Hemtjänst Billeby	2	2	1	1
Ekhaga	5	5	1	1
Solhemmet	4	4	0	0
Varagården	4	3	2	2
TOTALT	22	18	5	5

Hälsofrämjande och förebyggande har haft en elev som studerar till specialstundersköterska inom demens.

Under 2023 har Omsorg i Bjuv arrangerat en gemensam träff för handledare. Denna träff hölls av steg 3 handledaren med stöd av APL samordnare och Lokal processledare för Vård och omsorgscollege. Yrkeslärare från gymnasieskola deltog också. 20 utbildade handledare deltog på träffen. Punkter som diskuterades var välkomstmaterialet vid APL, språksvårigheter vid APL, Språkombud och bedömningsmaterialet.

## Kompetensutveckling och fortbildning

### Äldreomsorgen:

Medarbetarna har fortsatt tillgång till den digitala lärplattformen där de utförs digitala utbildningsinsatser. Medarbetarna har gått utbildning i kognitiv svikt, manuella förflyttningar och personlyft, brandskydd, HLR, Lex Sarah, Lex Maria, avvikelshantering, handledarutbildning, palliativ vård, låg affektivt bemötande, basala hygienrutiner, och ABC-akutvård. Vissa av medarbetarna har gått MHFA (första hjälpen till psykisk hälsa).

Under 2023 har arbete påbörjats med att säkerställa att alla olika ombud har ett forum för dialog och uppföljning samt att tydliggöra deras uppdragsbeskrivning.

## **Funktionsstöd:**

När det gäller den digitala lärplattformen så finns det ett behov av en större uppföljning av vilka som genomfört utbildningar och vilka utbildningar som det finns behov av.

En rutin har upprättats för att tydliggöra vilka kurser som samtliga medarbetare inom område Funktionsstöd ska genomgå.

Brand och HLR- utbildningar har genomförts enligt den riktlinje (var 3:e år) som finns.

Delegering gällande medicin, sond och insulin mm har frekvent setts över där en fortlöpande dialog med sjuksköterska sker utifrån behovet.

Framöver önskas det fler utbildningstillfällen inom lyft- och förflyttningsteknik då behovet har ökat.

Stödpedagog och verksamhetsutvecklare har genomgått utbildning till barnrättsstrateg. Område Funktionsstöd behöver arbeta mer med barnets rätt och utbildningen är ett led i det arbetet.

Två medarbetare har slutfört stödpedagogutbildning, varav en idag som arbetar enligt den befattningen inom den egna organisationen. Genom att anställa fler med högre utbildning, som stödpedagoger, förväntas kompetensen kompletteras och höjas i verksamheterna.

Utbildningar för kognitiv svikt har genomförts i vissa verksamheter och samarbete med Kognitiva teamet har etablerats. Detta har resulterat i en större förståelse för brukarens behov.

Verksamheterna har, till följd av utbildningen i Alternativ Kompletterande Kommunikation (AKK) 2022 för samtliga medarbetare i område Funktionsstöd, fortsatt jobba med AKK. Genom en större kompetens i AKK har brukare fått en mer strukturerad vardag. Samtidigt visar brukarundersökningen att området fortsatt behöver arbeta med AKK/kommunikation. Många av verksamheterna brister i tecken som stöd på individnivå, därför är detta ett utvecklingsområde som verksamheten behöver arbeta vidare med. Exempelvis säkerställa att det finns medarbetare som kan tecken som stöd/teckenspråk. Vissa verksamheter arbetar regelbundet med "veckans tecken" som bidrar till ett lärande i arbetet.

Sjuksköterska har haft samlad utbildning i läkemedelshantering vid APT samt i basala hygienrutiner för verksamheterna. Specifikt basala hygienrutiner behöver samtliga verksamheter arbeta med kontinuerligt för att efterleva gällande rutiner.

Under året har samtliga verksamheter arbetat med att implementera den nya rutinen för skydds- och begränsningsåtgärder vilket bidragit till att en del av dessa kunnat plockats bort och andra har dokumenterats på korrekt sätt utifrån gällande rutin.

Enhetscheferna har genomfört chefsspåret för Språkombud, vilket har medfört en tydlighet kring arbetet med språkombuden i verksamheterna och en större förståelse för språkombudens uppdrag.

## **Område Hälsa:**

Verksamheten har ett avtal med Region Skåne gällande råd, stöd samt fortbildning av personal. I de fall det förekommer avancerad sjukvård i ordinärt och särskilt boende stöttar regionen med utbildning till personal. Under 2023 har bland annat utbildning av att administrera intravenös antibiotika i den enskildes bostad skett till legitimerade sjuksköterskor. HSL-organisationen har även fått utbildning om svårsläkta sår samt vilket stöd som finns att få då en patient har svårsläkta sår.

Under hösten 2023 har område hälsa prioriterat att utveckla processen för trycksårsbehandling. Som ett led i det har utbildningar som sårvårdsutbildning, förskrivarutbildning för madrassordinatörer via Medelpunkten och sårvårdsutbildning via vårdcentralen Söderåsen genomförts.

Kognitiva teamet har i bolaget under 2023 haft ett projekt för utbildning av all personal för att utöka kunskapen gällande personer med kognitiv svikt. Alla i Område Hälsa har genomgått utbildningen.

Ett par fysioterapeuter har omvärlds bevakat hur verksamheten kan utvecklas med hjälp av digitala lösningar och att arbeta med fysisk aktivitet på recept, FaR. Verksamheten planerar att fortsätta titta på hur dessa arbetssätt kan användas. Legitimerad personal inom rehab enheten har utbildats i positionering då kompetensen om positionering varit bristfällig. Syftet med utbildningen är att sprida kunskapen om vikten att ändra positionering under dagen för att avlasta och förhindra vårdskador.

Arbetsgruppen för palliativ vård har auskulerat på vårdavdelningen för palliativ vård. Det för att kompetensutveckla och som en del i att uppdatera den palliativa handboken och under kommande år implementera den.

Säker läkemedelshantering är ett ständigt aktuellt ämne och därför har sjuksköterskorna utbildats i säker läkemedelshantering av extern utbildare. Även enhetscheferna har utbildats i säker läkemedelshantering av extern utbildare.

All legitimerad personal har genomgått en utbildning i avvikelshantering för att öka förståelsen och kunskapen för hantering av avvikelser och systematiskt förbättringsarbete.

Rehab har under året haft åtta utbildningstillfällen i manuella förflyttningar och lyftlicens, totalt har ca 120 omvårdnadspersonal deltagit i dessa. Det finns en större efterfrågan på antal utbildningstillfälle för omvårdnadspersonal. Arbetsterapeut och fysioterapeut har dock varit ute på plats för att instruera personal på det vis att de känner trygghet vid användande.

## **Personalens medverkan i kvalitetsarbetet**

För att uppnå god kvalitet och hög patientsäkerhet är medarbetarnas engagemang och delaktighet nödvändig. För att uppmuntra till delaktighet och ökad medverkan i kvalitetsarbetet bör varje enhet bygga ett kvalitetsteam utefter enhetens behov i syfte att utveckla och säkra kvaliteten. Enhetschefen är ansvarig för det systematiska kvalitetsarbetet på enheten. Kvalitetsteamet är individuellt uppbyggda för att skapa bästa möjliga förutsättningar för att arbeta utifrån ledningssystemet. I verksamheterna utförs egenkontroller som personalen medverkar med sin kompetens samt i ett lärande syfte.

## **Den enskilde som medskapare**

En grundläggande förutsättning för en säker vård och omsorg är att brukare/patient och närstående är välinformerade och delaktiga. Att brukaren/patienten bemöts med respekt skapar tillit och förtroende.

### **Samtycke**

Samtycke mellan olika vård- och omsorgsgivare hämtas från brukaren/patienten för att säkerställa informationsöverföring. Brukaren/patienten har rätt att ta tillbaka sitt samtycke.

## **Välkomstsamtal**

Vid välkomstsamtal träffar brukaren/patienten samt eventuellt närstående olika professioner för att skapa relationer och utbyta information.

## **Genomförandeplan**

Genomförandeplan skapas tillsammans med brukaren/patienten och dess kontaktman för att ge förutsättningarna att skapa en så god och individuell omsorg som möjligt. Under 2023 har samtliga verksamheter arbetat med att säkerställa att samtliga brukare har aktuella genomförandeplaner där enhetschefen kontinuerligt kvalitetsgranskar innehållet.

## **Levnadsberättelse**

Levnadsberättelse skapas tillsammans med brukaren och eventuellt dess närstående för att ge rätt förutsättningar att skapa en så god och individuell omsorg som möjligt.

## **Anhörigträff**

Anhöriga bjuds in till dialog och information gällande verksamheten ett par gånger per år.

## **Boenderåd/Område Äldreomsorg**

På boenderåden ges brukaren/patienten möjlighet att framföra önskemål och synpunkter för att skapa delaktighet och ökad kvalitet. Boenderåden genomförs i verksamheten fortlöpande.

## **Brukarråd/Område Funktionsstöd**

Fyra gånger per år genomförs det brukarråd för att öka brukarnas delaktighet. Brukarråden genomförs av verksamhetschef och verksamhetsutvecklare tillsammans med brukare inom område Funktionsstöd. På brukarrådet finns det utrymme för brukarna att framföra sina synpunkter och förbättringsförslag.

## **Personcentrerat förhållningssätt**

Ett personcentrerat förhållningssätt innebär att brukaren/patienten ska vara en medskapare av sin egen vård och omsorg.

Följsamheten till Hälso- och sjukvårds-avtalet (HS-avtalet) har av olika skäl inte följt den planerade takten. För 2024 kommer särskilda satsningar genomföras där främsta målet blir att skapa just följsamhet kopplat till avtalets utvecklingsdel, dvs Aktivitets- och tidsplanen. Det finns olika utvecklingsområden men först ut blir att arbeta personcentrerat. I detta ingår att stärka brukaren/patientens roll som medskapare av sin egen vård och omsorg, att utverka SIP:ar som stödjer den processen samt införa Mobilt team närsjukvård tillsammans med den regionala primärvården.

## **Samordnad individuell plan (SIP)**

Samordnad individuell planering är brukarens/patientens plan och upprättas då hen har behov av att få insatser från Socialtjänstlagen eller Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade och Hälso- och sjukvårdslagen samordnade. SIP kan förekomma exempelvis vid påbörjad kontakt med kommunen, utskrivning från slutenvård, förändrat eller försämrat tillstånd. Närstående bjuds in till SIP efter brukaren/patientens önskemål. Ett av målen med SIP är att brukaren/patienten blir delaktig i sin plan.

## Medicinsk vårdplan

Patienter som endast behöver hjälp med hälso- och sjukvårdsinsatser behöver få samordnat sina insatser. En medicinsk vårdplan behöver tas fram där hälso- och sjukvårdsaktörerna, tillsammans med patienten, planerar för dennes vård. Det finns ett behov att utforma en medicinsk vårdplan och behovet av detta arbetssätt kommer att framföras i Närsjukvårdsrådet.

## Patientenkät

För att kunna mäta patienternas upplevelse av delaktighet har en lokal patientenkät använts till patienter med kommunal primärvård.

Syftet med enkäten är att följa upp patientens upplevelse av delaktighet. Resultatet analyseras av ledningsgrupp område hälsa och används för att skapa åtgärder för att uppnå hög känsla av delaktighet inom den kommunala primärvården.

Sammantaget visar enkäten på att det är svårt för patienterna att särskilja hemtjänstpersonal från hemsjukvårdspersonal. Därav har de också svårt att veta vilken sjuksköterska som är omvårdnadsansvarig för dem och hur ofta de får besök av hen. Hälften av patienterna kände sig delaktiga i sin vård och ungefär lika många vet vart de ska vända sig när de har frågor gällande sin vård.

## Brukarundersökningar

Undersökningar sker på nationell samt lokal nivå för att öka kvaliteten i bolaget Omsorg i Bjuv. Resultatet presenteras på övergripande-, verksamhet- samt enhetsnivå och analyseras. Det kan resultera i utvecklingsområden, övergripande rutin, projekt och/eller egenkontroll. Inom område Funktionsstöd har enhetschefer utsett frågeassistenter som stöd för brukaren. Enkäterna har besvarats digitalt för att skapa möjlighet för fler brukare att självständigt kunna delta.

## Nationell brukarundersökning inom funktionshinderområdet

Syftet med undersökningen som tillhandhålls av Sveriges kommuner och regioner (SKR) och Rådet för främjande av kommunala analyser (RKA) är att få kunskap om hur brukarna inom verksamheter enligt LSS (Lagen om särskilt stöd och service) och verksamheter för personer med psykisk funktionsnedsättning enligt SoL (Socialtjänstlagen) upplever kvaliteten i verksamheterna. Resultat ligger till grund för ett fortsatt förbättrings- och utvecklingsarbete. Måtten kan användas för jämförelser mellan kommuner, verksamheter och enheter samt mellan kommunala och privata aktörer, liksom över tid.

Resultatet analyseras av respektive enhet samt av ledningsgrupp på en övergripande nivå och blir en del av underlag till målstyrningen utifrån nämndens mål. Ansvarig för undersökningen är verksamhetschef för Område Funktionsstöd och resultatet presenteras för nämnden och bolagsstyrelsen.

Till skillnad från förra årets undersökning deltog samtliga verksamheter i årets undersökning.

Årets nationella brukarundersökning har analyserats och precis som tidigare år finns det vissa områden som område Funktionsstöd behöver arbeta med under kommande år. Ett område är kommunikation där området har haft utbildningsinsatser för alla medarbetare och årets undersökning visar att det är ett fortsatt prioriterat område.

Område Funktionsstöd hade två egna frågor med i årets undersökning, "Vet du om du har en genomförandeplan?" och "Vet du vad där står i din genomförandeplan?". Resultatet visar att område Funktionsstöd behöver arbeta med att göra brukaren mer delaktig i sin genomförandeplan då brukaren inte alltid vet vad det står i hans genomförandeplan.



Undersökningen hade frågor kring "Rätt stöd" och framför allt på gruppboendena har det resultatet sjunkit vilket kan kopplas till genomförandeplanen. Det behöver förtydligas vilket stöd som brukaren behöver och kan förväntas att få utifrån sina behov samt att brukaren är delaktig i hur insatserna ska utföras och i upprättandet av genomförandeplanen.

Resultatet för "Trygghet" har höjts i samtliga verksamheter men är ändå lägre än genomsnittet på både gruppboendena och på daglig verksamhet. I presentation och uppföljning av resultatet till brukarna bör det kartläggas vari känslan av otrygghet bottnar i.

Personlig assistans hade bara fyra svarande, en femte lämnade in för sent och därav är där inget resultat för assistansen. Målet för 2024 är att få tillräckligt många svarande för att få ett resultat.

Genomgående för alla verksamheter är att det är ett alldeles för dåligt deltagande i undersökningarna och därför är ett prioriterat område under 2024 att öka deltagandet.

## **Äldreundersökningen**

Vad tycker de äldre om äldreomsorgen är en rikstäckande undersökning av äldres uppfattning om kvaliteten i hemtjänsten och på äldreboenden som genomförs årligen av Socialstyrelsen. Enkäten mottogs av alla som är 65 år och äldre, och som har hemtjänst eller som bor i ett särskilt boende.

Syftet med undersökningen är att ge brukarna en möjlighet att tycka till om sin vård och omsorg. Resultatet medför att verksamheterna kan ta fram kvantitativa mått vilket möjliggör att utfallet av insatser kan mätas och jämföras, och därmed även utvärderas och utvecklas utifrån vad de som tar emot omsorg tycker. Resultatet används för jämförelser mellan kommuner och verksamheter och som underlag för utveckling och förbättring av vården och omsorgen om de äldre.

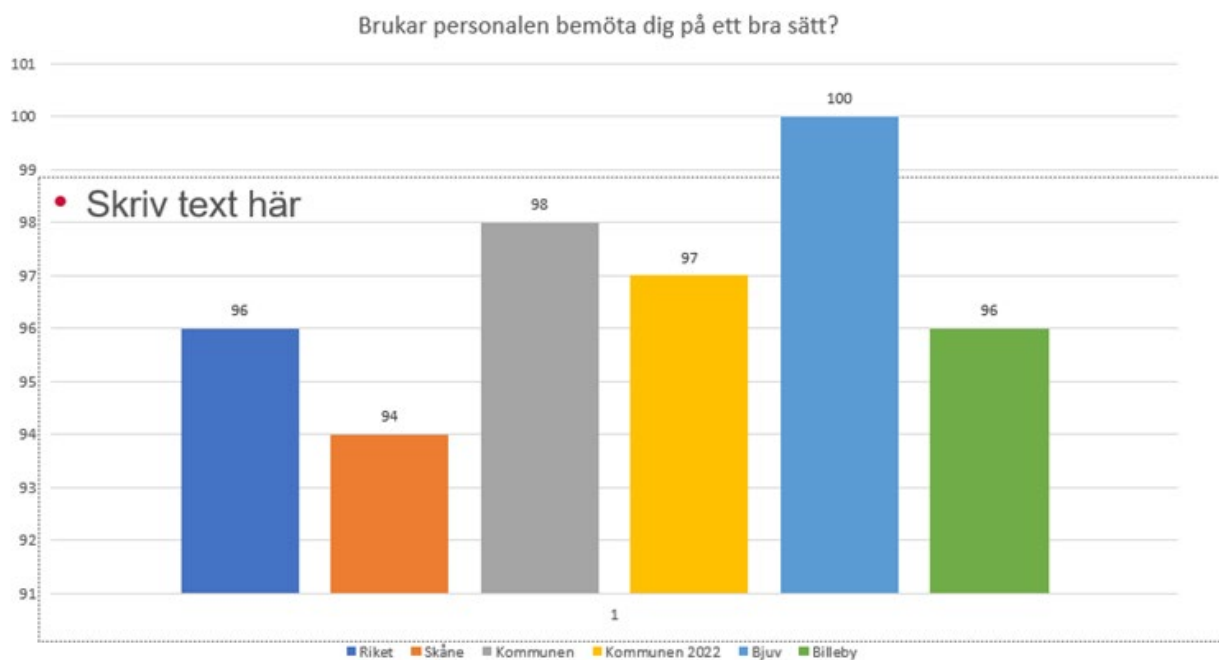
Resultatet analyseras av respektive enhet samt av ledningsgrupp på övergripande nivå och blir en del av underlag till målstyrningen. Ansvarig för undersökningen är verksamhetschef för äldreomsorg och resultatet presenteras för nämnd och styrelse.

Äldreomsorgen har fortsatt att arbeta med att informera brukare och dess närstående vart de kan vända sig om de har synpunkter och klagomål. Verksamheterna har olika tillvägagångssätt där hemtjänsten har valt att dela ut blanketterna två gånger om året och ser då att fler brukare lämnar in synpunkter och klagomål. På de särskilda boendena informeras brukare samt närstående om blanketten under välkomstsamtal. Både hemtjänst samt särskilt boende har under 2023 arbetat med medarbetarna gällande vikten av att verksamheten får in synpunkter och klagomål. På särskilt boende finns affischer uppsatta i entrén tillsammans med blanketter och brevlåda för synpunkter och klagomål.

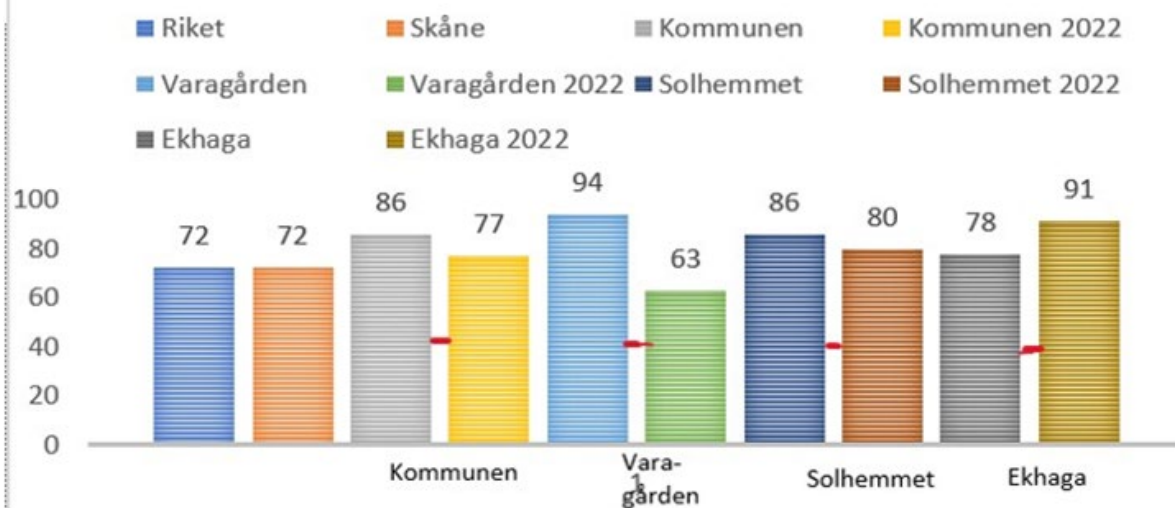
Under november månad presenterades resultatet för Socialstyrelsens äldreundersökning. Det som verkligen sticker ut är de betyg som äldreomsorgen får på bemötande och förtroende.

Inom hemtjänsten är man generellt mer nöjd med det bemötande man får av medarbetarna inom verksamheten i jämförelse med Skåne och Riket. I enkäten framgår det att brukarna i hemtjänstområde Bjuv är 100% nöjda med bemötandet. Även när det gäller förtroende för medarbetarna så har Omsorg i Bjuv en högre nöjdhet än Skåne och Riket för hemtjänst.

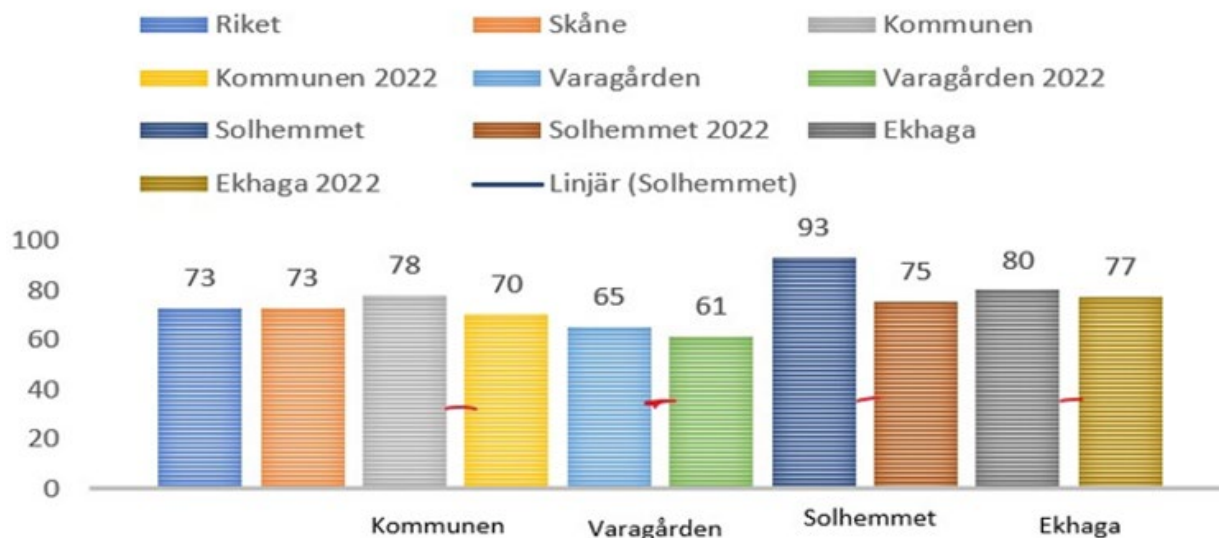
## Särskilt boende (SÄBO)



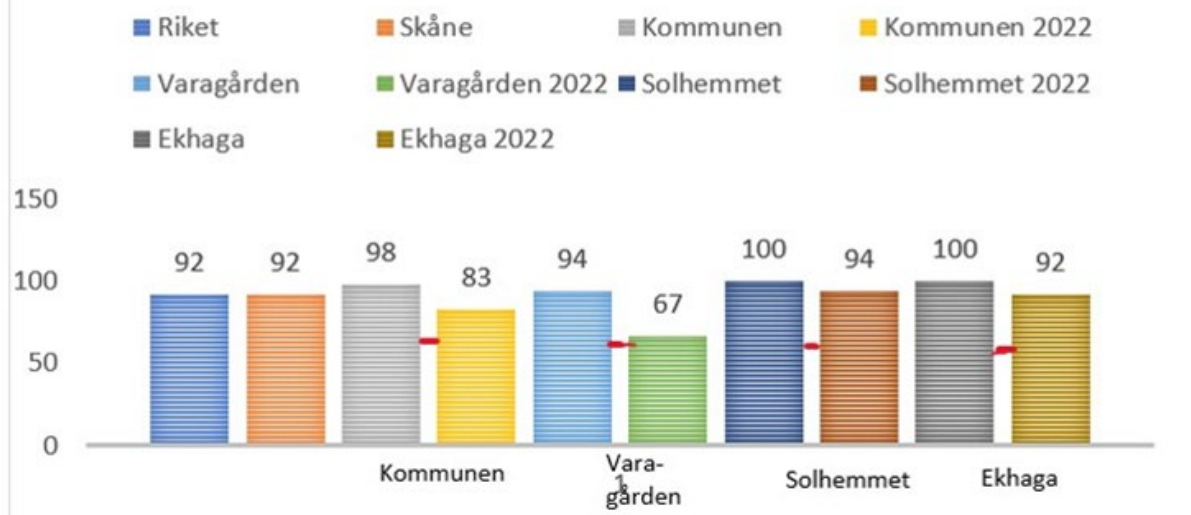
## TRIVS DU MED DITT RUM ELLER DIN LÄGENHET?



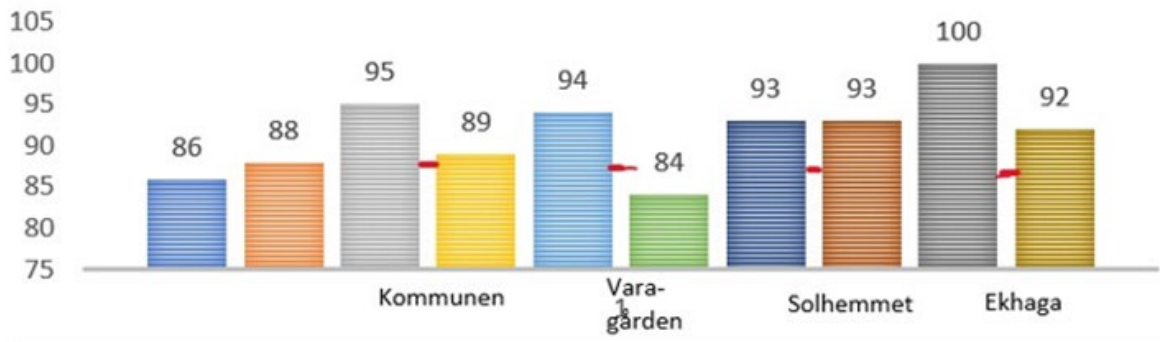
## HUR BRUKAR MATEN SMAKA?



## BRUKAR PERSONALEN BEMÖTA DIG PÅ ETT BRA SÄTT?



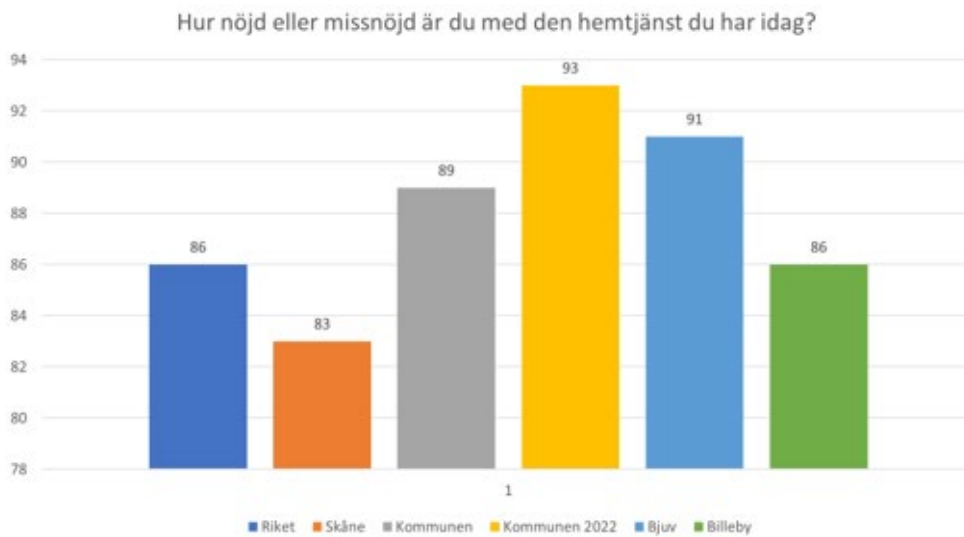
## HUR TRYGGT ELLER OTRYGGT ÄR DET ATT BO PÅ DITT ÄLDREBOENDE?



## HUR NÖJD ELLER MISSNÖJD ÄR DU SAMMANTAGET MED DITT ÄLDREBOENDE?

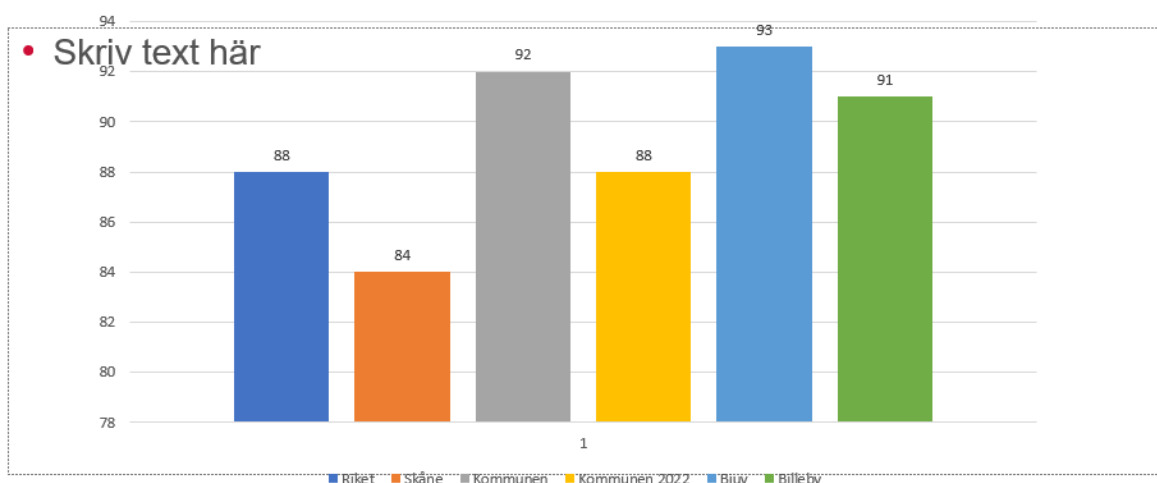


# Hur nöjd eller missnöjd är du med den hemtjänst du har idag?



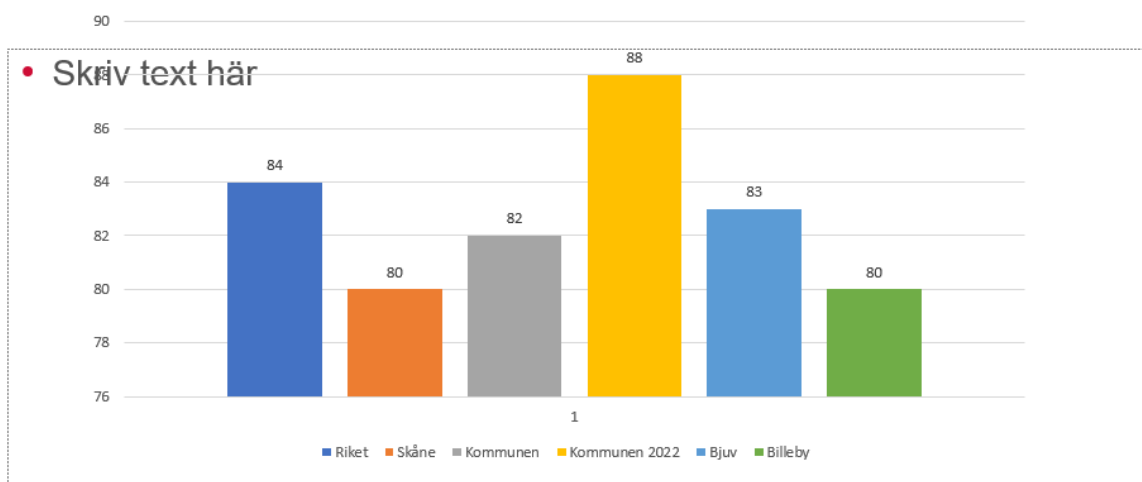
# Känner du förtroende för personalen som kommer hem till dig?

Känner du förtroende för personalen som kommer hem till dig?



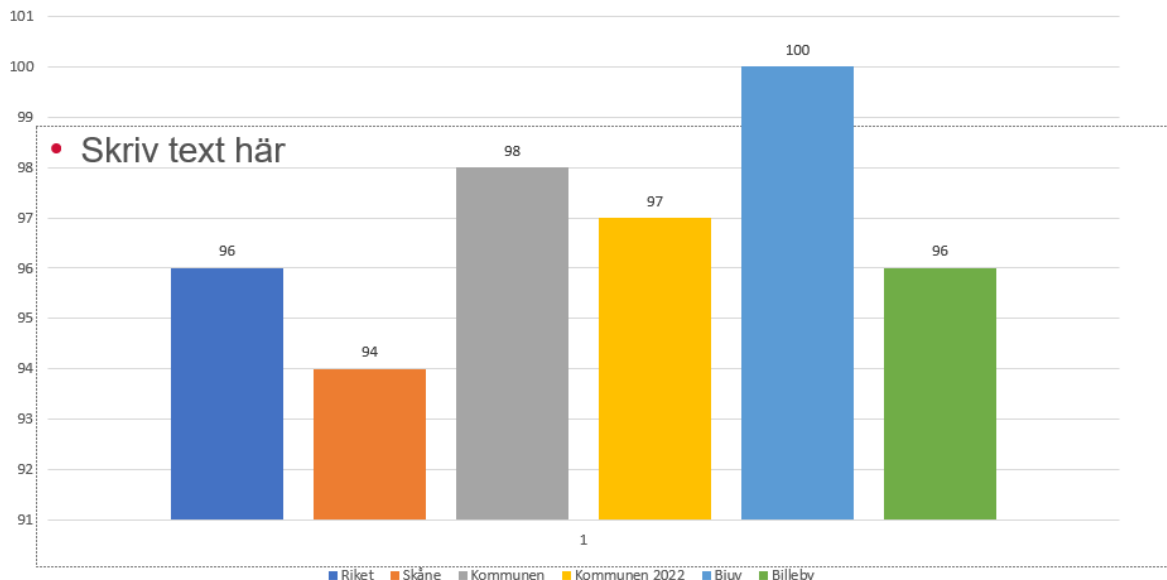
# Brukar personalen ta hänsyn till dina åsikter om hur hjälpen ska utföras?

Brukar personalen ta hänsyn till dina åsikter om hur hjälpen ska utföras?



# Brukar personalen bemöta dig på ett bra sätt?

Brukar personalen bemöta dig på ett bra sätt?



## KKIK

**KKIK** Kommunens Kvalitet i Korthet (KKIK) beskriver på ett övergripande perspektiv kommunens kvalitet och effektivitet i jämförelse med andra kommuner. Särskilt boende, hemtjänst samt verksamhet för personer med funktionsnedsättning ingår i undersökningen. Utifrån resultat gör analys och eventuella åtgärder utarbetas på övergripande nivå.

### Område Funktionsstöd

Utredningstid för samtliga LSS-insatser där utredningstid avser antal dagar från ansökningsdatum (det datum då ansökan om LSS-insats kommer in till kommunen, oavsett om ansökan görs muntlig eller skriftlig) till beslut om LSS-insats, alla insatser. Inkluderar även beslut som leder till avslag. 2023 var medelvärde 48 dagar jämfört med 54 dagar 2022. Väntetid avser antal dagar från att beslut tagits till första erbjudna inflyttnings datum (den dag då personen enligt kommunens erbjudande kan flytta in vare sig personen tackar ja eller nej) för grupp- och serviceboende. 2023 finns det inget resultat på grund av färre beslut än 4 under ovanstående period.

Brukarbedömning	2021	2022	2023
Brukare trivs alltid hemma, totalt, andel (%)	63	90	82
Brukare trivs alltid hemma, gruppboende, andel (%)	-	90	71
Brukare trivs med all boendepersonal, andel (%)	63	-	100
Brukare får bestämma om saker som är viktiga, DV, andel (%)	60	-	71

## Område Äldreomsorgen

### Hemtjänstindex placering 2023 och 2022 jämförelse

Område Äldreomsorgen	2023	2022
Hemtjänstindex totalt	71	19
Information	25	25
Biståndshandläggning	70	61
Utförande	115	34
Stöd och utveckling	173	164

## Agera för säker vård och omsorg

SOSFS 2011:9, 5 kap. 2 §, 7 §, 8 §, 7 kap. 2 § p 2, PSL 2010:659, 3 kap. 10 §

Vårdgivaren ska utöva egenkontroll, vilket ska göras med den frekvens och i den omfattning som krävs för att vårdgivaren ska kunna säkra verksamhetens kvalitet. Egenkontrollen kan innefatta jämförelser av verksamhetens nuvarande resultat med tidigare resultat i jämförelse med andra verksamheter, nationella och regionala uppgifter. Egenkontroll är en systematisk uppföljning och utvärdering av den egna verksamheten samt kontroll av att den bedrivs i enlighet med de processer och rutiner som ingår i verksamhetens ledningssystem. Inom bolaget Omsorg i Bjuv finns egenkontroll som utförs av verksamheten/lokalt men också egenkontroller som utförs från en övergripande nivå.

### Förebyggande arbete

Senior alert, Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demenssjukdom (BPSD) och Svenska Palliativregistret är kvalitetsregister som används i verksamheten och där brukaren/patienten eller närstående kan vara delaktig. Senior alert förebyggande arbete med individanpassade åtgärder relaterat till risker för ohälsa i munnen, risk för trycksår, risk för fall och risk för undernäring. BPSD bygger på individanpassade åtgärder utifrån en skattningskala från kvalitetsregistret. Svenska Palliativregistret syfte är att förbättra vården i livets slut för patienten och närstående.

### Senior alert

Senior alert är ett nationellt kvalitetsregister och ett verktyg för att stödja vårdprevention, prevention för äldre personer som riskerar att falla, få trycksår, risk för undernäring, utveckla ohälsa i munnen och/eller har problem med blåsdysfunktion. Riskbedömningar ska göras minst var sjätte månad. I de fall det finns en eller flera risker ska åtgärder sättas in för att förebygga så att riskerna elimineras eller minimeras. Åtgärderna ska sedan följas upp för att utvärdera resultatet av dessa. Med hjälp av Senior alert kommer den äldres perspektiv och teamets roll i fokus.

Målet är att öka både antal riskbedömningar samt fullföljda processer i Senior alert i samtliga verksamheter som berörs.

144 riskbedömningar är utförda under 2023 på 111 unika personer. 140 av riskbedömningarna har någon risk. Av resultatet 2023 framgår att bakomliggande orsaker vid risk har identifierats på drygt 97% av bedömningarna. 89% av riskbedömningarna har en åtgärdsplan vid risk. Av antal uppföljningar för riskbedömningar med risk har 28 % utförts med minst en angiven åtgärd inom 6 månader från åtgärdsplaneringen.



Sammanfattningsvis är fler antal riskbedömningar utförda under 2023 jämfört med tidigare år. Dock är det färre fullföljda processer i stort. Det är även få patienter inom ordinärt boende som registreras i registret.

	Riskbedömning med risk	Bakomliggande orsaker vid risk	Åtgärdsplan vid risk	Utförda åtgärder vid risk
År 2023	97 %	97 %	89 %	28 %
År 2022	91 %	72 %	84 %	35 %
År 2021	89 %	82 %	91 %	43 %

Under 2023 har verksamheten uppdaterat rutin och arbetssätt och sett över ansvarsfördelning i arbetet för att involvera legitimerad personal. Bolaget Omsorg i Bjuv behöver framöver jobba mer med teamsamverkan för ett aktivt arbete med Senior alert för att öka patientsäkerheten och kvalitetssäkra verksamheten.

## BPSD

BPSD-registret är ett nationellt kvalitetsregister där personer med kognitiva sjukdomar registreras i syfte att minska och förebygga beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom (BPSD) och därigenom minska lidandet och öka livskvaliteten för personen med kognitiv sjukdom. Enligt de Nationella riktlinjerna ska alla med en demensdiagnos registreras i BPSD-registret minst en gång per år. Arbetet med BPSD-registret ska bidra till en mer personcentrerad vård samt ökad livskvalitet för individen, men bidrar även till förbättringsarbeten på både individ-, enhets- och övergripande nivå.

Under 2023 gjordes totalt 45 BPSD registreringar i verksamheten och 49 personer fanns med i registret. Enheterna behöver aktivt arbeta med BPSD-registret för att kunna mäta resultat och förändringar. Det kräver att det finns kunskap om arbete med BPSD-registret och BPSD-administratörer på enheten som kan registrera i registret. Under senaste åren har det varit begränsat med utbildningstillfällen vilket kan bidra till minskat antal BPSD-administratörer i verksamheten. Fler BPSD-administratörer behöver utbildas under kommande år men framför allt behöver enheterna aktivt arbeta med BPSD-registrets funktioner som skattningar, åtgärder och bemötandeplaner.

	Antal registreringar
År 2023	45
År 2022	45
År 2021	66

## Palliativa registret

Svenska Palliativregistret är ett kvalitetsregister som erbjuder en möjlighet att följa upp Socialstyrelsens kvalitetsindikatorer för palliativ vård och få en bild av patientens sista tid i livet. Målet med kvalitetsregistret är att alla som avlider, enligt det som betraktas av sjukvården som väntad död, ska kunna känna trygghet. Syftet är även att den palliativa vården ska förbättras.

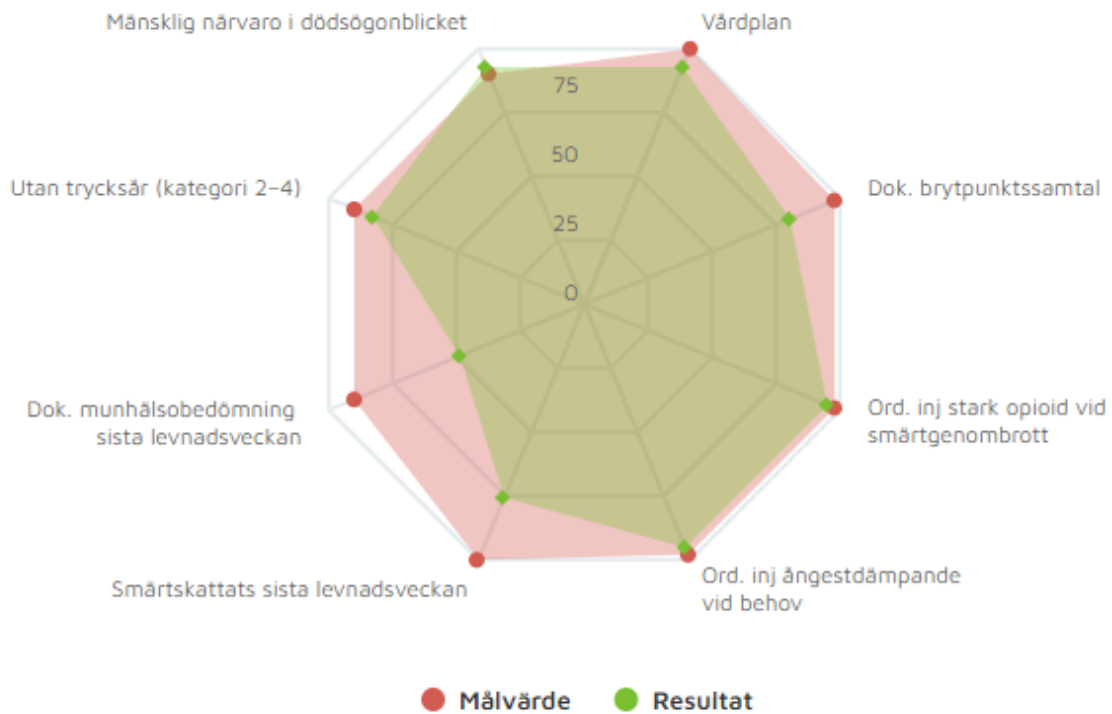
Registreringarna i Palliativ registret visar på att de patienter som avlidit och som haft ett förväntat dödsfall i stor utsträckning haft mänsklig närvaro då de avled, majoriteten har haft ordinationer på palliativ symtomlindring i form av läkemedel och nästan alla registrerade dödsfall har haft en vårdplan för vård i livets slutskede. Med stöd av statistiken från Palliativa registret konstateras att identifierade förbättringsområden är framför allt dokumenterad munhälsobedömning och dokumenterat brytpunktsamtal. Även smärtskattning sista

levnadsveckan är ett identifierat förbättringsområde men granskning visar på att palliativa patienter fått smärtlindring vilket innebär att patientens smärta bedömts dock inte på det strukturerade sätt med skattningsskalor som önskas.

För att utveckla och förbättra den palliativa vården har styrande dokument uppdaterats och en utbildningsplan skapats. Under 2023 har representanter från ASIH (avancerad sjukvård i hemmet) besökt verksamheterna och haft utbildning för legitimerad personal och omvårdnadspersonal. Arbetsgruppen för palliativ vård har även auskulterat på palliativa avdelningen för att öka sin kunskap och samarbete. I början av 2024 kommer arbetsgruppen för palliativ vård utbilda legitimerad personal samt palliativa ombud i verksamheterna. Syftet är att sprida kunskap och ytterligare förbättra den palliativa vården samt för att öka antalet registreringar i Svenska Palliativregistret.

## Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer

Period 2023-01 - 2023-12



	Antal registrerade patienter	Dokumenterat brytpunktssamtal	Ord. opioid	Ord. ångestdämpande
År 2023	41	89 %	95 %	95 %
År 2022	38	96 %	100 %	100 %
År 2021	28	80,5 %	100 %	100 %

	Smärtskattad sista levnadsveckan	Munhälsobed. sista levnadsveckan	Utan trycksår	Mänsklig närvaro vid dödsfallet
År 2023	76 %	50 %	83 %	93 %
År 2022	71 %	74 %	87 %	97 %
År 2021	46 %	64 %	96 %	93 %

## Tillförlitliga och säkra system och processer

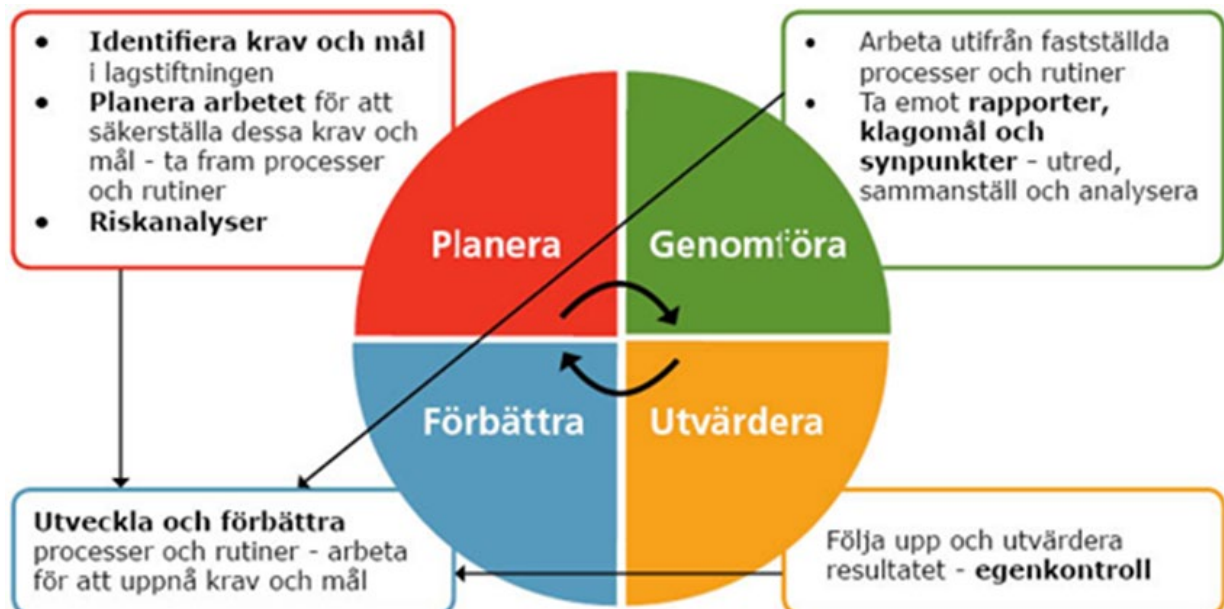
Egenkontroller är en del av systematisk uppföljning av verksamhetens resultat samt kontroll att den bedrivs utifrån de processer och rutiner som ingår i verksamhetens ledningssystem. Egenkontroller ska göras med den frekvens och i den omfattning som krävs för att den som bedriver verksamhet ska kunna säkra verksamhetens kvalitet.

## Kvalitetsledningssystem

Under 2023 reviderades dokumentet för Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete i bolaget Omsorg i Bjuv. Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete ska hjälpa verksamheten att följa upp på övergripande nivå samt för verksamhetschefer att kunna följa upp arbetet i respektive verksamhet och för enhetschefer att kunna planera och genomföra kvalitetsarbetet under året.

PGSA-hjulet är en naturlig del i kvalitetsarbetet för att kunna planera, genomföra, agera och studera utifrån resultat.

- Åtgärder utifrån resultat i uppföljningen
- Återkoppling av synpunkter och klagomål
- Systematiska avvikelshanteringen
- Uppföljning av kompetensutveckling



## **Dokumentation**

Arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla verksamhetens kvalitet ska dokumenteras i enlighet med SOSFS 2011:9.

Kravet på dokumentation innefattar alla delar av det systematiska kvalitetsarbetet. Det innebär att fastställda processer och rutiner ska vara dokumenterade. Det innebär även att arbetet med riskanalyser, egenkontroller, hantering av klagomål och synpunkter samt rapporter ska dokumenteras liksom vilka förbättrande åtgärder som det finns behov av. Kvalitetsarbetet dokumenteras i ett digitalt verksamhetssystem.

## **SoL/LSS**

### **Sociala dokumentationen**

Granskning av den sociala dokumentationen är tänkt att genomföras fortlöpande av verksamheten. Enhetschef har ansvaret att följa upp och utvärdera dokumentationskvaliteten på respektive enhet. Under 2023 har granskning av genomförandeplaner på samtliga enheter genomförts. Granskningen av genomförandeplaner visar på att målen kan bli mer individuella samt att vad/hur kan förtydligas i vad brukaren kan själv samt vad hen behöver hjälp/stöd med för att bibehålla eller utveckla sina funktioner/förmågor. Förbättringsområdena kommer inom äldreomsorgen att lyftas på dokumentationsträffar med dokumentationsombud, inom område Funktionsstöd är enhetschefer informerade på ledningsgrupp.

## **HSL**

Journalgranskning är utförd både i sjuksköterskeorganisationen och inom rehab enheten. Sammanställningen visar att processen för dokumentation inte fungerar optimalt, exempelvis finns brister inom områden som ICF dokumentation, uppföljning av insatser, samt avsaknad av aktuella utredande- och behandlande hälsoplaner. Hjälpmedelsförskrivningar sakna dokumentation om nytta och funktion och endast ett fåtal hade dokumenterat bedömning av eventuell risk med hjälpmedlet. Uppföljning av hjälpmedel i nära anslutning till utprovningen var sparsamt dokumenterat Sammantaget så saknas dokumentation kring patientens egna önskemål vad avser vård och behandling. Vid granskningen framkom också att inhämtande och dokumentation av samtycke fungerar i stor utsträckning.

Under 2024 planerar område hälsa att göra en satsning med dokumentationsutbildning av extern utbildare för att förbättra identifierade brister.

## **Delegeringsförfarande**

Med delegering menas att någon som tillhör hälso- och sjukvårdspersonal och som är formellt kompetent för en medicinsk arbetsuppgift överlåter denna till en annan person som saknar formell kompetens för uppgiften. Det vill säga att sjuksköterska, arbetsterapeut och fysioterapeut har formell kompetens med legitimation för yrket och överlåter en medicinsk uppgift till en omvårdnadspersonal. Hen ska genom erfarenhet i sin praktiska yrkesverksamhet eller genom fortbildning ha visat sig ha blivit reellt kompetent för den uppgift som avses att överlåtas/delegerad (SOSFS 1997:14). För detta ska det finnas rutiner som följer den föreskrift som gäller.

Delegeringsutbildningar finns i den digitala lärplattformen och i pappersform. Vid delegeringar gällande läkemedel så säkerställs kunskapen via ett delegeringstest. Under delegeringstillfället träffar den legitimerade personalen också den som är aktuell för att motta en delegering i syfte att säkerställa medarbetarens kunskap.

Enhetschefer och legitimerad personal behöver ha en samverkan för planering av delegeringar, så att delegeringar kan ske på ett säkert sätt med rätt förutsättningar. Samtliga enhetschefer har under året fått utbildning i säker läkemedelshantering och där även ansvaret för planering av delegerad personal förtydligades.

Under 2023 har vissa arbetsuppgifter börjat delegeras av fysioterapeut. Det är ett arbete som kommer att fortgå under 2024.

Det finns checklista för delegering för läkemedelshantering men under 2024 kommer fler checklistor att upprättas för användning vid andra delegerade uppgifter.

## **Läkemedelshantering**

### **Läkemedelsgranskning av basförråd**

I samtliga kommuner i Skåne finns ett eller flera läkemedelsförråd. Dessa innehåller de viktigaste och vanligaste läkemedlen som patienten kan behöva i akuta situationer. Regionen svarar för kostnaderna för läkemedel som rekvireras till läkemedelsförråden. Syftet med läkemedel från KBF är att:

- Ha en buffertfunktion för akuta dosändringar och ny insättning av läkemedel,
- Undvika akuta dispenserings av dosexpedierade läkemedel,
- Att läkemedel finns tillgängliga så att patientens tillstånd snabbt kan förbättras vid akuta tillstånd och om möjligt undvika akutinläggningar,
- Att läkemedel för palliativ vård alltid finns tillgängligt för patienten i samband med palliativ vård inom primärvården och
- Att sjuksköterska har tillgång till de läkemedel som är ordinerade enligt generella direktiv om läkemedelsbehandling för vuxna i hemsjukvården.

Kvalitetsgranskning av basförrådet görs vartannat år genom en egenkontroll där frågor från Regionen besvaras av ansvariga för basförrådet, under 2023 har ingen egenkontroll genomförts.

### **Extern kvalitetsgranskning av läkemedelshanteringen**

Extern kvalitetsgranskning av läkemedelshanteringen har utförts i verksamheter inom gruppboende, ordinärt boende och särskilt boende. I samband med granskningen har en brist på lokala läkemedelsrutiner identifierats. Mallen för lokal rutin för läkemedelshantering har därför reviderats och varje enhet har skapat lokala rutiner efter angiven mall. I samband med granskningen uppmärksammades också brist i följsamhet till regional rutin för insulinordinationer. Resultatet återkopplades till de som ansvarar för insulinordinationerna. Även sjuksköterskegruppen har fått återkopplat resultatet från granskningen, och börjat arbeta med att säkerställa att insulinordinationerna stämmer överens med regional rutin. Egenkontroll i december påvisade stor positiv förändring av insulinordinationerna. Ett område i hemsjukvården hade fortsatta brister gällande insulinordinationer och kommer ha fortsatt uppföljning.

### **Läkemedelsautomat**

Läkemedelsautomater kan vara en möjlig lösning för en grupp patienter som har hjälp med överlämnande av läkemedel och i nuläget används läkemedelsautomater hos 14 patienter. Läkemedelsautomaterna möjliggör en mer flexibel planering för när övriga insatser kan utföras, men framför allt har läkemedelsautomaterna bidragit till en känsla av självständighet för patienten.

Läkemedelsautomaterna har överlämnat över 1300 doser i månaden i verksamheten.

Följsamheten, det vill säga att patienterna tagit rätt läkemedel på rätt tidpunkt, har varit över 99% varje månad vilket är högt i jämförelse med riket.

Under 2024 kommer läkemedelsautomater rekommenderas som första alternativ till de patienter som har behov av överlämning av dosdispenserade läkemedel. Därför kommer sjuksköterskor tillsammans med enhetschefer fortsätta att arbeta med selektering för att finna ytterligare patienter som hade kunnat gynnas med hjälp av en läkemedelsautomat.

## **Följsamhet till basala hygienrutiner**

Samtlig personal genomgår årligen digital utbildning i basala hygienrutiner. Under våren genomfördes en nationell punktprevalens mätning av basala hygienrutiner och klädregler. Alla verksamheter deltog inte i mätningen men majoriteten av verksamheterna hade ett resultat som påvisade framför allt brist i användning av handdesinfektion innan vårdmoment samt brist i användning av skyddsförkläde. I övrigt var resultatet likt föregående år.

Målet är att uppnå 100% följsamhet till basala hygienrutiner. Verksamheterna uppnår drygt 60% följsamhet till de åtta olika stegen i mätningen. Resultatet är fortsatt lågt trots vidtagna åtgärder, en orsak kan bero på låg medvetenhet och kunskap inom basal hygien. Ytterligare en orsak kan vara att personalen inte identifierar sig som vårdpersonal utan mer som omsorgspersonal där vård är mer sekundär och därmed också basalhygien.

Orsakssamband kan också härledas till brist av stickkontroller och chefernas behov av att säkerställa följsamheten till de basala hygienrutinerna. En låg följsamhet till de basala hygienrutinerna kan leda till att utbrott av smitta som hade kunnat undvikas.

Sedan 2022 finns det krav på att enheterna ska ha lokala rutiner för att förebygga smittspridning i verksamheterna. Rutinerna ska innehålla hur medarbetare introduceras och fortbildas i basala hygienrutiner. Det finns ett fortsatt behov av att dessa lokala rutiner upprättas och implementeras.

Arbetet med följsamhet till de basala hygienrutinerna kommer att fortsätta under 2024 genom utbildning och dialog som leds av enhetschefen i verksamheterna. Sveriges kommuner och regioner kommer inte längre att tillhandahålla punktprevalens mätning för basala hygienrutiner och klädregler. Därför kommer egenkontroll av mätningen inte se ut på samma sätt under 2024. Mätningen kommer fortsättningsvis ske i verksamheten där enhetschefen ansvarar för att ta fram en handlingsplan efter resultatet. Handlingsplanen följs därefter upp av aktuell verksamhetschef.

## **Riskhantering**

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

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 vårdgivare uppskatta sannolikheten för att händelsen inträffar, och bedöma vilka negativa konsekvenser som skulle kunna bli följden av händelsen.

Riskanalys är en viktig del i det systematiska kvalitetsarbetet. Detta för att identifiera risker och på så sätt förebygga vårdskada och eventuella missförhållanden. Riskanalyserna utförs på individ-, enhets-, verksamhets- eller på övergripande nivå. Bolaget Omsorg i Bjuv bedömer fortlöpande om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet. För varje sådan händelse ska verksamheten uppskatta sannolikheten för att händelsen inträffar samt bedöma vilka negativa konsekvenser som skulle kunna bli följden av händelsen.

## Öka riskmedvetenhet och beredskap

Som vård och omsorgsgivare behöver organisationen planera för att flexibelt kunna anpassas sig till kortsiktigt eller långsiktigt förändrade förhållanden med bibehållen funktionalitet, hållbarhet och säkerhet.

Omsorg i Bjuv och socialförvaltningen har därför en hög riskmedvetenhet och beredskap för att nå dit genom att säkerställa att:

- Ha strategier för brukar/patientsäkerhet som styr och stödjer det lokala arbetet
- Identifierar, kommunicerar och planerar för risker på lång sikt
- Stärker sin beredskap genom träning, simulering och kompetensutveckling
- Bedriver en aktiv omvärldsbevakning
- Analyserar risker och skapar beredskap för störningar i den fysiska miljön, it-miljön och leveranserna av läkemedel och material
- Bedriver ett systematiskt kvalitets och arbetsmiljöarbete
- Beaktar långsiktiga konsekvenser för brukare/patientsäkerhet i sina planerings- och prioriteringsbeslut och har en god framförhållning i sin kompetensförsörjning
- Skapar möjlighet för brukare/patienter och närstående att delta i brukar/patientsäkerhetsarbetet
- Patienter med kommunal primärvård har läkemedel för minst en månads beredskap i hemmet.

## Klagomål och synpunkter

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

Synpunkter och klagomålshanteringen är en viktig källa till förbättring och utveckling. Det innebär att bolaget Omsorg i Bjuv tar ansvar för att systematiskt rätta till och förebygga fel och brister i enighet med SOSFS 2011:9. Genom att ge kommuninvånare och besökare möjlighet att lämna synpunkter på service och tjänster kan verksamheten identifiera och rätta till svaga sidor, samt stärka det goda. Sammantaget har det inkommit 73 synpunkter och klagomål under 2023 vilket är en ökning från föregående år. De synpunkter och klagomål som inkommit har registrerats i det gemensamma synpunkt och klagomålssystemet i Lifecare. De inkomna synpunkterna och klagomålen har hanterats på respektive enhet utifrån gällande riktlinje som upprättades under 2023. Samtliga verksamheter i Omsorg i Bjuv omfattas av socialförvaltningens riktlinje gällande hanteringen av synpunkter, klagomål, frågor och beröm.

Inkom via	Antal
Brev	6 st
Broschyr	10 st
E-post	10 st
Hemsidan	24 st
Muntligt	17 st
Telefonsamtal	6 st
	<b>Totalt antal 73</b>

Historik över antal inkomna synpunkter och klagomål	
År 2023	Antal 73 st
År 2022	Antal 40 st
År 2021	Antal 51 st

Inkomna synpunktstyper 2023 (Här går det att välja mer än en synpunktstyp)	Antal
Beröm	10 st
Fråga	11 st
Förslag	10 st
Klagomål	56 st
Övrigt	1 st
<b>Totalt</b>	<b>88 st</b>

## Externa tillsyner

### Patientnämnden

Under 2023 registrerades ett ärende hos patientnämnden. Patientnämnden hänvisade till MAS. Då ärendet inkom i slutet av året så pågår en dialog med patient och närstående. Ärendet gäller missnöjdhet vid förskrivning och borttagande av hjälpmedel.

	Antal inkomna ärenden
År 2023	1
År 2022	1
År 2021	2

### Inspektionen för vård och omsorg (IVO)

IVO genomförde en nationell granskning av särskilda boende och under 2022 gjordes en tillsyn i förvaltningen. Granskningen genomfördes med hjälp av journalgranskning, intervjuer med patienter, sjuksköterskor, enkäter och samtal med verksamhetschef HSL, förvaltningschef, MAS samt nämndsordförande. Efter granskningsresultatet presenterade nämnden under 2023 en åtgärdsplan utifrån identifierade förbättringsområden. IVO bedömde att nämnden redovisat åtgärder inom följande områden:

- Individuell bedömning och kompetensnivå,
- Dokumentation,
- Läkemedelshantering och
- Vård i livets slutskede.

IVO meddelade att de inte vidtar några fortsatta åtgärder i aktuellt ärende men kan komma att följa upp beslutet.

Arbetet med åtgärdsplanen efter granskningen pågår kontinuerligt av berörda verksamheter. Vidtagna åtgärder består bland annat av att;

- Skapa årshjul med utbildningar i den digitala lärplattformen för medarbetarna där utbildningarna består av dokumentation, palliativ vård, läkemedelshantering och medicinska bedömningar,
- Bemanning av en bemanningspool av sjuksköterskor som har god kännedom om verksamheten
- Fortsatt följa upp uppfattningen av läkartillgången via en enkät som besvaras av sjuksköterskorna
- Stärka samverkan med vårdcentralerna



- Fortsatt utbildning av språkombud
- Dokumentationsutbildning för legitimerad personal och ökad dokumentationsgranskning
- Utbildning i säker läkemedelshantering för sjuksköterskor och enhetschefer
- Uppdatering av styrande dokument och utbildning gällande palliativ vård samt skapat stödjande dokument som ska vara till gagn då en patient är i behov av vak i livets slutskede.

Även om åtgärder vidtagits och verksamheten förbättras så finns utmaningen att förbättra arbetet ytterligare samt fortsätta att arbeta efter den åtgärdsplan som togs fram.

## Ökad kunskap om inträffade vårdskador och missförhållande

Analys och lärande av erfarenheter är en viktig del i utveckling- och förbättringsarbete för att öka kvaliteten och säker vård för brukaren/patienten. Då brister i verksamheten uppmärksammats utifrån vårdskada/missförhållande har berörda verksamheter fått utbildningsinsatser inom aktuellt område.

Ett arbete upprättats under 2023 där verksamheterna har börjat arbeta med inträffade vårdskador/missförhållande. Syftet är att sprida kunskap över verksamhetsgränserna för att förhindra att händelserna uppstår igen.

En bredare utbildningsinsats har ökat kunskapen för legitimerad personal och chefer då MAS och SAS under året har utbildat i det systematiska kvalitetsarbetet.

### Avvikelser

Enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9) ska nämnden ge direktiv och säkerställa att det i varje verksamhet finns ett ändamålsenligt kvalitetssystem. Rutin för avvikelshantering är en del i detta kvalitetssystem. Avvikelsehantering är ett ständigt pågående förbättringsarbete och ska användas i ett lärande syfte för att förebygga och undvika liknande händelser framöver. Samtliga medarbetare har skyldighet att rapportera avvikelser. Det är den som upptäcker avvikelserna som ska rapportera avvikelserna i avvikelssystemet i Lifecare.

### SoL/LSS avvikelser

Under 2021 infördes ett nytt sätt att rapportera avvikelser genom verksamhetssystemet Lifecare. Sammantaget har avvikelserna enligt SoL och LSS ökat marginellt sedan 2021, men det finns fortfarande ett förmodat mörkertal. Vid lokala granskningar framkom att det finns enheter som har alldeles för få inrapporterade avvikelser under året som gått för att det helt ska överensstämma med den verksamhetsbild som föreligger.

Medarbetarna ansvarar för att identifiera, dokumentera och rapportera händelser (avvikelser). Mottagare av dessa rapporterade händelser är respektive enhetschef och legitimerad personal som beslutar om fortsatt handläggning. Om avvikelserna avser en risk för missförhållande ska SAS informeras. Informationen om skyldigheten att rapportera händelser/avvikelser ska ges när en anställning/uppdrag påbörjas och därefter ske återkommande en gång per år för samtliga medarbetare.

Det är av stor vikt att verksamheterna utbildar och informerar medarbetare fortlöpande om varför avvikelser ska rapporteras så att arbetet med utveckling och förbättring kan ske i verksamheten. Under hösten 2023 utbildade SAS och MAS samtliga chefer och legitimerad personal i avvikelshantering för att öka kunskapen och kompetensen kring avvikelserapportering.

Det finns en tydlig kunskapsbrist bland medarbetarna i vad en avvikelse är, det är därför viktigt att verksamheten och ansvariga chefer fortlöpande samtalar om vikten av att bedriver ett systematiskt kvalitetsarbete genom rapportering, utredning, analys och återkoppling för att förhindra att avvikelsen upprepas.

Syftet med avvikelshantering är att säkra arbetet för brukarsäkerheten, d.v.s. fastställa, analysera och undanröja orsaker till risker, tillbud och negativa händelser.

Följden av att inte utreda avvikelser enligt rutin kan leda till bristande brukarsäkerhet. Efter både egenkontroll av avvikelseanalyser samt stickprov i hur utredningar av avvikelser genomförs, är vårdgivarens analys att fortsatt arbete med att stärka och förankra säkerhetskulturen krävs. Effekterna av en bristfällig hantering blir att allvarliga händelser riskerar att upprepas.

Merparten av de inrapporterade SoL och LSS avvikelserna handlar om följande avvikelseyp:

- Brist i insats/ordination/åtgärd
- Brist i information/kommunikation/samverkan
- Brist i bemötande
- Brist i dokumentation
- Hot och våld (mellan vårdtagare)
- Externt utgående
- Brist i teknisk utrustning

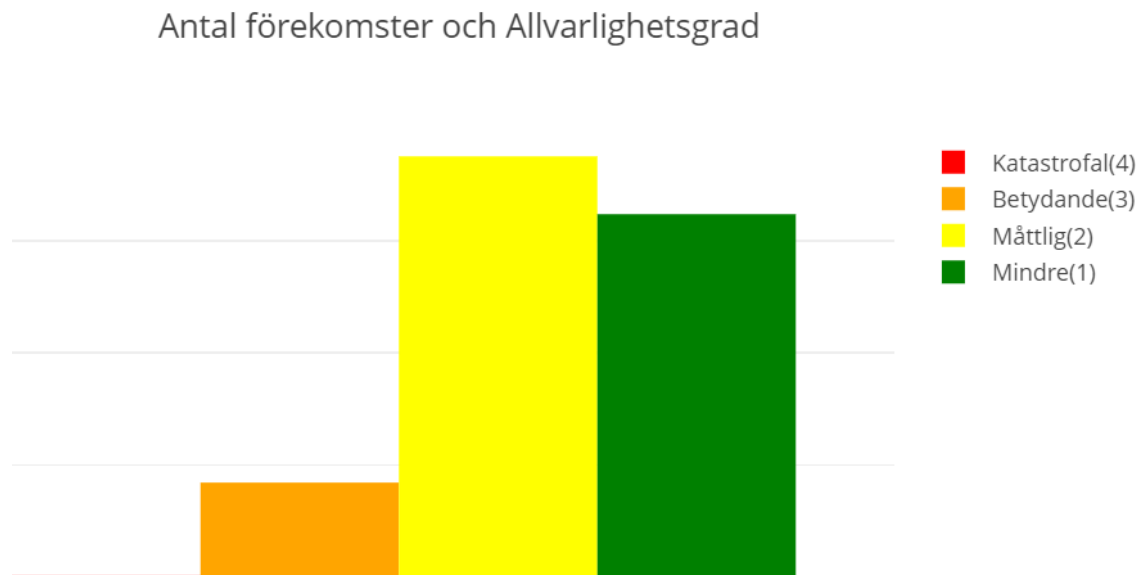
SoL/LSS avvikelser	Äldreomsorgen	Funktionsstöd
Antal inrapporterade avvikelser år 2023	166	100
Antal inrapporterade avvikelser år 2022	165	58
Antal inrapporterade avvikelser år 2021	155	44

Samtliga avvikelser som rapporteras ska även graderas under utredningsprocessen. Graderingen är en viktig del i utredningsförfarandet för att kunna fastställa allvarlighetsgraden. Allvarlighetsgraden och konsekvenser graderas mellan 1–4.

<b>Katastrofal (4)</b>	Dödsfall / självmord. Händelse som hotat den enskildes liv, hälsa eller säkerhet. Större kvarstående funktionsnedsättning (sensorisk, motorisk, fysiologisk, intellektuell eller psykologisk)
<b>Betydande (3)</b>	Händelse som fått omfattande konsekvenser och lett till omfattande obehag Kvarstående måttligt nedsatt funktionsnedsättning (sensorisk, motorisk, fysiologisk, intellektuell eller psykologisk) Förlängd vårdtid för tre eller fler patienter 1) 2) Förhöjd vårdnivå för tre eller fler patienter 1)
<b>Måttlig (2)</b>	Händelse som fått konsekvenser och lett till obehag. Övergående funktionsnedsättning (sensorisk, motorisk, fysiologisk, intellektuell eller psykologisk) Förlängd vårdtid för en eller två patienter 2) Förhöjd vårdnivå för en eller två patienter
<b>Mindre (1)</b>	Mindre obehag, obetydlig skada eller mindre konsekvenser

Allvarlighetsgraden 1 och 2 står för majoriteten av de inrapporterade avvikelserna. Resultatet visar att få av avvikelserna är av allvarlig karaktär vilket är positivt. Det är dock fortfarande av stor vikt att utreda och sätta in relevanta åtgärder som ska säkerställa att liknande händelser inte sker igen, både för individ och organisation. För det mindre allvarliga händelserna finns möjlighet att arbeta mer proaktivt.

### 2023 Sol/LSS avvikelser - Allvarlighetsgrad.



### HSL-avvikelser

Under 2021 infördes ett nytt sätt att rapportera avvikelser genom verksamhetssystemet Lifecare. Sammantaget har avvikelserna enligt HSL ökat marginellt sedan 2021, men det finns fortfarande ett stort mörkertal.

Hälso- och sjukvårdspersonal ansvarar för att identifiera, dokumentera och rapportera händelser (avvikelser). Mottagare av dessa rapporterade händelser är respektive enhetschef och legitimerad personal som beslutar om fortsatt handläggning. Om händelsen avser en risk för allvarlig vårdskada eller allvarlig vårdskada ska MAS informeras och utreda avvikelser vidare. Informationen om denna skyldighet ska ges när en anställning, ett uppdrag eller en verksamhetsförlagd utbildning påbörjas och därefter ske återkommande en gång per år.

Det är av stor vikt att ansvariga chefer utbildar och informerar legitimerad personal om vikten av avvikelser så att arbetet med utveckling och förbättring kan ske i verksamheten. Under hösten 2023 utbildade SAS och MAS samtliga chefer och legitimerad personal i avvikelshantering för att öka kunskapen och kompetensen kring avvikelserrapportering. Det finns en viss kunskapsbrist bland medarbetarna i vad en avvikelse är, det är därför viktigt att verksamheten och ansvariga chefer fortlöpande utbildar och samtalar om vikten av att bedriva ett systematiskt kvalitetsarbete genom rapportering, utredning, analys och återkoppling för att förhindra att avvikelserna upprepas.

Merparten av de inrapporterade HSL avvikelserna handlar om följande avvikelseyp:

- Fall
- Läkemedelshantering
- Insats/ordination/åtgärd
- Övrig vård- och behandling
- Externa avvikelser

Syftet med avvikelshantering är att säkra arbetet för patientsäkerheten, d.v.s. fastställa, analysera och undanröja orsaker till risker, tillbud och negativa händelser. Antalet rapporter som inkommit visar att medarbetarna fullföljer sin rapportskyldighet då avvikelserna inte minskat sedan förra året. Det är fortsatt flest antal rapporter kring fall och läkemedel. Det är också av stor vikt att avvikelserna som är av allvarlig karaktär involverar medicinskt eller socialt ansvariga för fortsatt utredning i tidigt skede. Följden av att inte utreda enligt rutin kan leda till bristande patient- och brukarsäkerhet. Efter både egenkontroll av avvikelseanalyser samt stickprov i hur utredningar av avvikelser genomförs, är vårdgivarens analys att fortsatt arbete med att stärka och förankra säkerhetskulturen krävs. Effekterna av en bristfällig hantering blir att allvarliga händelser riskerar att upprepas.

Samtliga avvikelser som rapporteras ska även graderas under utredningsprocessen. Graderingen är en viktig del i utredningsförfarandet för att kunna fastställa allvarlighetsgraden. Allvarlighetsgraden och konsekvenser graderas mellan 1–4.

Allvarlighetsgraden 1 och 2 står för majoriteten av de inrapporterade avvikelserna. Resultatet visar att få av avvikelserna är av allvarlig karaktär vilket är positivt. Det är dock fortfarande av stor vikt att utreda och sätta in relevanta åtgärder som ska säkerställa att liknande händelser inte sker igen, både för individ och organisation. För det mindre allvarliga händelserna finns möjlighet att arbeta mer proaktivt.

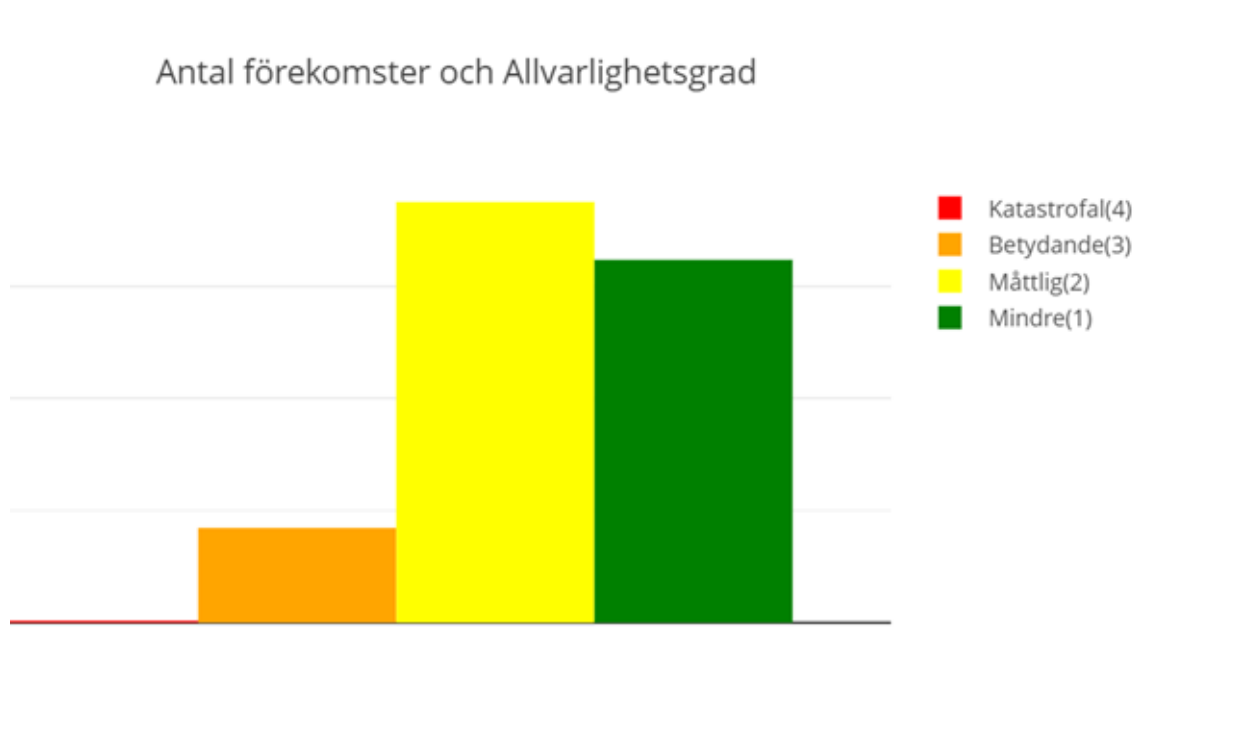
HSL avvikelser	Äldreomsorgen	Funktionsstöd	Hälsa	Externa
Antal inrapporterade avvikelser år 2023	1 324	45	179	54
Antal inrapporterade avvikelser år 2022	1 306	53	138	38

Samtliga avvikelser som rapporteras ska även graderas under utredningsprocessen. Graderingen är en viktig del i utredningsförfarandet för att kunna fastställa allvarlighetsgraden. Allvarlighetsgraden och konsekvenser graderas mellan 1–4.

<b>Katastrofal (4)</b>	Dödsfall / självmord. Händelse som hotat den enskildes liv, hälsa eller säkerhet. Större kvarstående funktionsnedsättning (sensorisk, motorisk, fysiologisk, intellektuell eller psykologisk)
<b>Betydande (3)</b>	Händelse som fått omfattande konsekvenser och lett till omfattande obehag. Kvarstående måttligt nedsatt funktionsnedsättning (sensorisk, motorisk, fysiologisk, intellektuell eller psykologisk) Förlängd vårdtid för tre eller fler patienter 1) 2) Förhöjd vårdnivå för tre eller fler patienter 1)
<b>Måttlig (2)</b>	Händelse som fått konsekvenser och lett till obehag Övergående funktionsnedsättning (sensorisk, motorisk, fysiologisk, intellektuell eller psykologisk) Förlängd vårdtid för en eller två patienter 2) Förhöjd vårdnivå för en eller två patienter
<b>Mindre (1)</b>	Mindre obehag, obetydlig skada eller mindre konsekvenser

Allvarlighetsgraden 1 och 2 står för majoriteten av de inrapporterade avvikelserna. Resultatet visar att få av avvikelserna är av allvarlig karaktär vilket är positivt. Det är dock fortfarande av stor vikt att utreda och sätta in relevanta åtgärder som ska säkerställa att liknande händelser inte sker igen, både för individ och organisation. För det mindre allvarliga händelserna finns möjlighet att arbeta mer proaktivt.

## 2023 HSL-avvikelser - Allvarlighetsgrad



## Lex Sarah

Under 2023 inkom 10 Lex Sarah rapporter. Samtliga rapporter har upprättats genom en SoL/LSS avvikelse ifrån verksamhetssystemet Lifecare. Orsakerna till de inträffade händelserna som har identifierats i samband med utredning har bland annat varit:

- Brist i bemötande
- Brist i utförande av insats
- Avsaknad av rutiner
- Icke följsamhet till befintliga rutiner
- Brister i informationsöverföring och dokumentation
- Brist i rättssäkerhet vid handläggning
- Brist i teknisk utrustning (larm)

I varje utredning identifieras bakomliggande orsaker och under de 10 Lex Sarah utredningarna som inkommit under året 2023 har följande bakomliggande orsaker identifierats:

- Kommunikation och information
- Utbildning och kompetens
- Processer, rutiner och riktlinjer
- Ledarskap och organisation

- Teknisk utrustning

Antalet utredningar som visat på påtaglig risk för allvarliga missförhållanden eller allvarliga missförhållande och därför anmälts till Inspektionen för vård och omsorg är två st under 2023. Lex Sarah ärendena är presenterade för nämnd och bolagsstyrelsen, åtgärder samt uppföljning är genomförda på samtliga utredningar.

Under 2023 utförde SAS och MAS en utbildningsinsats för samtliga chefer för att höja kompetensen och kunskapen gällande Lex Sara och Lex Maria.

Statistik över bedömningsresultat av Lex Sarah utredningar under 2023	Antal
Avvikelse	0 st
Påtaglig risk för missförhållande	5 st
Missförhållande	3 st
Påtaglig risk för allvarligt missförhållande (IVO)	2 st
Allvarligt missförhållande (IVO)	0 st
<b>Totalt</b>	<b>10 st</b>

Rapport	Utfall	Lex Sarah anmälningar till IVO	Område
Lex Sarah rapport	6 st	1 st	Äldreomsorgen
Lex Sarah rapport	3 st	1 st	Funktionsstöd
Lex Sarah rapport	1 st		Myndigheten

Historik över antal anatal Lex Sarah	Antal
År 2023	10 st
År 2022	6 st
År 2021	3 st

## Lex Maria

Under 2023 har en händelse anmälts till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) enligt lex Maria. Orsakerna till händelsen är bland annat;

- Brist i hälsoplan
- Brist i följsamhet till aktuell rutin.

I utredningen identifierades bakomliggande orsaker vilka var:

- Bristande dokumentationskunskap
- Brist i implementering och följsamhet till rutin
- Oklar uppdragsbeskrivning.

Efter komplettering har IVO beslutat att avsluta ärendet och inte vidta några ytterligare åtgärder. Lex Mariaanmälan är presenterat för nämnd och bolagsstyrelsen, åtgärder samt uppföljning är genomförda.

Under 2023 utförde SAS och MAS en utbildningsinsats för samtliga chefer för att höja kompetensen och kunskapen gällande Lex Sara och Lex Maria.

Historik över antal Lex Maria	Antal
År 2023	1
År 2022	1
År 2021	1

## Organisationens kvalitetsarbete och verksamhetsutveckling

### Funktionsstöd

Område Funktionsstöd startade 2022 upp ett brukarråd. Verksamhetschef och Verksamhetsutvecklaren håller i Brukarrådet och under året har det varit väldigt god uppslutning på råden. På rådet informeras brukarna om det som händer i området och de har även möjlighet att ta upp frågor och påverka. Under året har medlemmarna i brukarrådet bland annat medverkat till att habiliteringsersättning utgår om deltagare i daglig verksamhet går på begravning men även att habiliteringsersättningen har höjts från 65 kronor till 80 kronor för en heldag.

Under året startades Fritidsrådet upp av medarbetare och brukare. Fritidsrådet ska verka för att minska ensamheten, uppmuntra till rörelse och stärka brukarna att ta del av föreningslivet i samhället.

Under hösten har område Funktionsstöd startat en studiecirkel på temat hälsa med ett nytt ämne för varje träff. Studiecirkeln är på fyra tillfällen och kommer att avslutas med sista tillfället i januari. Ämnena för träffarna har varit psykisk hälsa, kost, rörelseglädje och relationer. Antalet medverkande har varierat mellan 3–11 deltagare. Studiecirkelns upplägg har utgått från olika frågeställningar som deltagarna har diskuterat kring. Det har varit tre cirkelledare bestående av verksamhetsutvecklare, anhörigkonsulent och en medarbetare från en gruppbostad. Medicinsk ansvarig sjuksköterska deltog vid träffen med ämnet kost. Temat hälsa är valt utefter att personer med funktionsnedsättning har sämre hälsa än andra målgrupper i samhället.

Inom en av de dagliga verksamheterna har en omorganisation planerats och genomförts för att skapa mer delaktighet och möjligheten till att ha fler (anpassade) sysselsättningar under dagarna för ökad självständighet. Denna omorganisation har planerats utifrån enkäter till brukare inom den dagliga verksamhet och brukarna har haft möjligheten till stor påverkan på deras dagar.

Område Funktionsstöd har startat upp dokumentationsträffar för att säkerställa dokumentationen och att upprättandet av genomförandeplanen görs med största möjliga brukarmedverkan. Verksamhetsutvecklaren håller i dessa träffar.

Infört Tietos "Aktivitetsplanerare", som är ett arbetsverktyg för medarbetarna, för att säkerställa att brukaren får aktiviteter utförda och där brukaren medverkar kring planering och tider för utförandet. Aktivitetsplaneraren stärker brukarens delaktighet och säkrar kvaliteten i verksamheterna.

Område Funktionsstöd har anställt stödpedagoger i verksamheterna för att komplettera och

höja den kompetens som finns i verksamheterna. Detta har genererat i ett större pedagogiskt perspektiv i verksamheterna vilket gynnar brukarens självständighet och delaktighet.

Område Funktionsstöd har Verksamhetsutvecklare som omvärldsspanar för att området ska använda evidensbaserade metoder i verksamheterna. Verksamhetsutvecklaren är involverad i både Brukarråd och är den som håller i studiecirkeln. Verksamhetsutvecklaren sitter med som representant i Vård- och omsorgscollege och i områdes nätverket mellan Familjens Helsingborg kommuner. Vidare är verksamhetsutvecklaren ett stöd till enhetschefer för verksamheternas fortsatta utveckling inom en rad område.

Servicebostad och boendestöd har utförts av en och samma personal men under året har verksamheten delat på boendestödet och servicebostad. Detta har fallit väl ut då det nu är mycket tydligare med att det är olika lagrum och insatser, dock fortsätter arbetet att tydliggöra skillnaderna för personal.

## Äldreomsorg

Hälsofrämjande och förebyggande har under året arbetat med;

Motverka ofrivillig ensamhet:

- Premiär för *Seniorfestivalen*, Folkparken Billesholm, ca 500 deltagare.
- Öppnat *två nya träffpunkter*. Skromberga träffen i Ekeby och Solskenet i Billesholm.
- De tre träffpunkterna har haft *sammanlagt 2383 st. besök*.

Insatser för psykisk ohälsa:

- En medarbetare har *utbildats till MHFA- instruktör*.
- Två kurser i *Första hjälpare inom psykisk ohälsa*- med sammanlagt 36 utbildade.
- *Föreläsning* av Sanna Lundell och Marie Niljung som föreläst om psykisk ohälsa, med sammanlagt 200 deltagare.

Anhörigstöd:

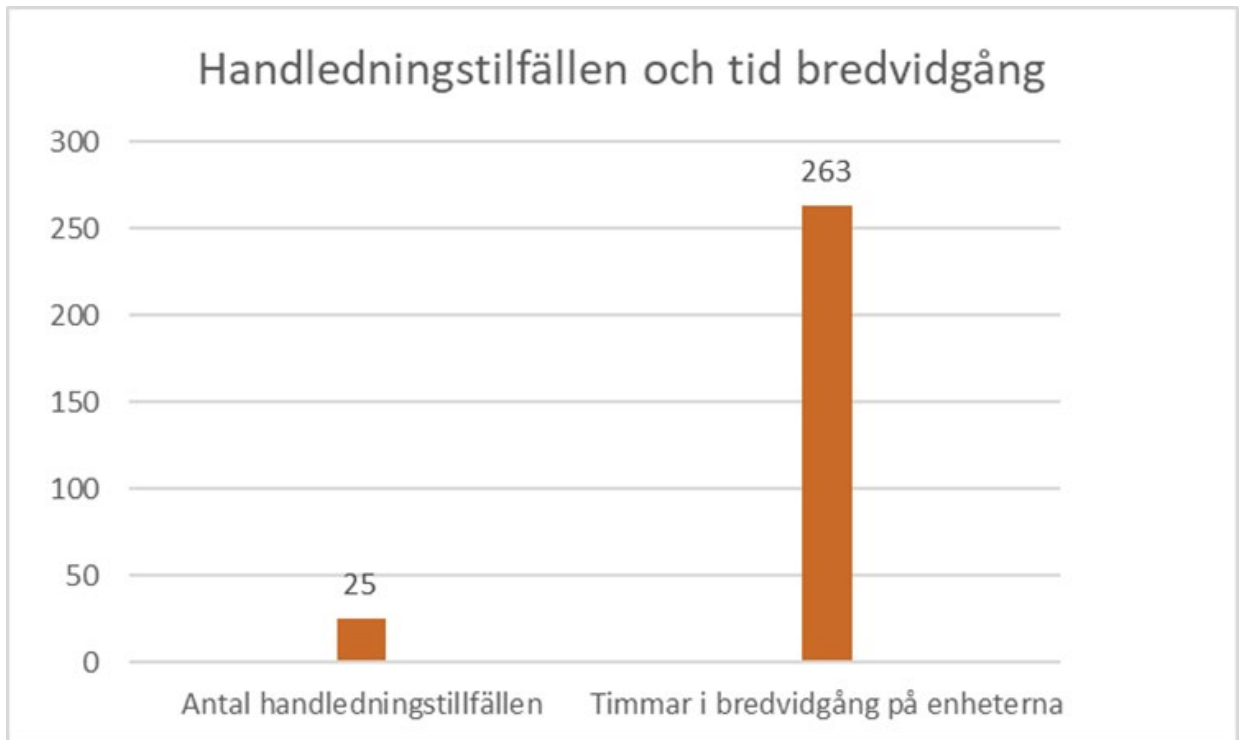
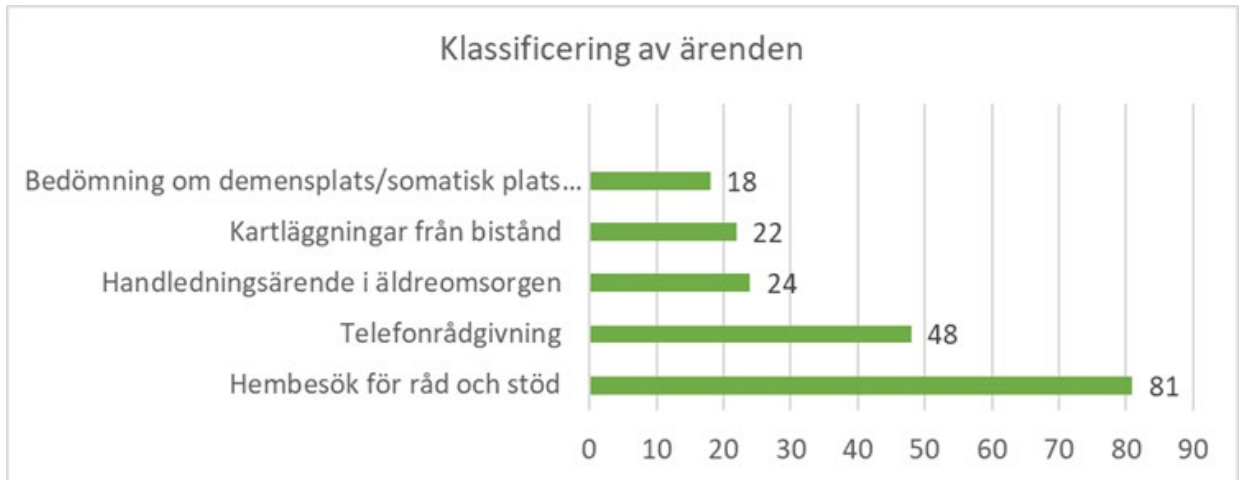
- *Anhörigombud- implementerat* på vissa enheter i verksamheten.
- *Anhörigutbildning* -för anhöriga till närstående med kognitiv svikt.
- *Anhöriggrupper*.
- *Föreläsningar* – om psykisk ohälsa, kognitiv svikt, HBTQ.
- *Må bra aktiviteter* för anhöriga.

Senior hälsa:

- *Hälsosamtal i grupp*, startat upp och genomfört, i Bjuv, Ekeby och Billesholm, med sammanlagt 35 st. deltagare.
- *Linedance* – 12 danstillfälle i sommar, Folkets park Billesholm.
- *Seniordisco* – på Sitt-in i Ekeby, med ca 70 deltagare.
- *Seniorhälsoskola* – 2 skolar har genomförts under året.



## Kognitivt team



### Demensutbildning för medarbetare:

- 56 utbildningstillfällen (3 timmar) av sammanlagt 703st. medarbetare.

### Dansprojekt – Låt oss dansa:

Med 23 deltagare, Målen för Dansprojektet - blev uppnådda, resultatet från personerna med kognitiv svikt som deltog i dansen övertygar om att de fått en ökad nöjdhet. Projektgruppen har under dessa nio tillfällen inhämtat mycket kunskap om utformningen, vilket bidragit till att det nu finns en fortsättning, efter projektet på dansen. Kunskaperna kring mätmetoderna av

effekterna av dans har också ökat. Deltagarna har fått möjlighet till ökad: självständighet, social gemenskap, strukturerad miljö, delaktighet, förbättrad självkänsla, rörelse till musik, fysisk träning, bättre balans och rörlighet och många skratt.

Resultatet påvisar att 100% av personerna med kognitiv svikt upplevde att dansen har gett dem mer glädje, lugn och välbefinnande. 92,3% anser att de fått bättre rörlighet, när frågan ställdes direkt efter danstillfället.

Av långtidseffekten (2–3 dagar efter dansen), så blev resultatet att 62,5% fått *mer glädje*, 50% *mer lugn* och *välbefinnande* och 14,3% fått *bättre rörlighet*. Att man kan få ett mervärde flera dagar efter dansen är intressant då det kan komma att påverka livskvaliteten betydligt för personen med kognitiv svikt och anhöriga.

## Hälsa

Samverkan med vårdcentralerna har under året utvecklats med fler mötestillfällen och tätare samverkan. Nära vård begreppet har introducerats under en heldag för chefer inom socialförvaltningen och Omsorg i Bjuv där processledare för Skånes Kommuner medverkade. Samverkan mellan vårdcentralerna och kommunen har stärkts och dialogen mellan parterna har ökat. Inför nästa år planeras ytterligare insatser inom Nära vård området tillsammans processledare från Skånes kommuner, Region Skåne samt regional primärvård.

En kvalitetsutvecklare har tillsatts för att höja kvaliteten framför allt inom sjuksköterskeverksamheten. Detta har varit en viktig resurs för att genomföra förbättringsarbeten, identifiera brister, granska och utvärdera resultat. Verksamheten har inlett ett förbättringsarbete med trycksårsprofylax och rutiner för förskrivning av antidecubitusmadrass. Kvalitetsutvecklare har också varit aktiv med att ta fram ny rutin gällande introduktion av nya sjuksköterskor, arbetsterapeuter och fysioterapeuter. Denna förbättrade rutin har testats och utvärderats under de nyanställningar som gjorts under året.

Under slutet av året gjordes ett stort arbete att följa upp alla förskrivna antidecubitusmadrasser och samtidigt förtydliga och förbättra förskrivningsprocessen internt. Detta fick också resultatet att kunskapen i madrassförskrivningsprocessen höjdes. Punktprevalensmätningen av trycksår genomfördes i november och visade då en prevalens i kommunen på 5,8%. Verksamheten ligger därmed lägre än riksnittet från föregående år.

I det systematiska kvalitetsarbetet har bristande insulinordinationer identifierats som en risk och därför gjordes under slutet av året en internkontroll av alla aktuella insulinordinationer i verksamheterna. De brister som då identifierades åtgärdades därefter och vid uppföljningen så var bristerna helt åtgärdade.

Kompetensutveckling inom område läkemedelshantering gjordes i form av en tre timmars lång utbildning för all legitimerad personal. Syftet med utbildningen var att säkerställa grundläggande krav inom läkemedelshantering. Utöver utbildning genomfördes även granskning av läkemedelshantering.

Sjuksköterskor i hemsjukvård som arbetar med patienter i ordinärt boende har blivit utrustade med bärbara datorer för att säkerställa tillgång till information på plats hos patienten och öka möjligheterna att dokumentera på plats. Denna omställning ser vi som ett viktigt steg i Nära vårdomställningen.

# Mål, strategier och utmaningar för kommande år

## Område Äldreomsorgen

Verksamhetens mål är att erbjuda insatser med god kvalitet i både särskilt boende och hemtjänst där de vi arbetar för är trygga med insatserna.

Målet är också att ha medarbetare som trivs på sitt arbete, har engagemang i jobbet och vill få verksamheten framåt.

### **Hemtjänsten**

Verksamheten står inför en stor utmaning avseende mindre resurser och åtstramningar under 2024, vilket står i stor kontrast till förväntan om bibehållen samt i vissa avseende ökade krav på verksamhetens kvalitet. Redan under 2023 har ett stort arbete bedrivits i verksamheten avseende att hitta var det är möjligt att effektivisera, verksamheten jobbar idag till skillnad från tidigare år mer med den dagliga planeringen och följer upp tätare för att utnyttja befintliga resurser på ett så effektivt sätt som möjligt.

En ytterligare utmaning är att få kompetensen att räcka till, det är svårt att få in vikarier som når upp till önskad kompetens, speciellt under sommartid är det stor konkurrens om vikarier som har utbildning och/ eller erfarenhet inom vården. Verksamheten behöver titta över våraintroduktioner ytterligare för att skapa bättre förutsättningar för de medarbetare som kommer helt utan erfarenhet.

### **Hälsofrämjande och Förebyggande**

Eckbackens dagverksamhet kommer att påbörja sin utvecklingsresa under 2024 för att matcha nationella riktlinjer för personer med demenssjukdom.

Kognitiva teamet har genomgått en förändring där innehållet för arbetet kommer att förändras till viss del.

## Område Funktionsstöd

Med anledning av det ansträngda ekonomiska läget så ser område Funktionsstöd en utmaning i att utföra insatser kostnadseffektivt utan att för den sakens skull ge avkall på kvaliteten i verksamheterna.

En annan utmaning som området ser är att det sker en ökning av beslut där brukarna tillhör en annan målgrupp än de som vanligtvis blir beviljade LSS insatser. Detta kommer kräva en annan kompetens än den som finns idag i verksamheterna. Det kommer även att kräva ytterligare lokaler/boende och en utökning av antal medarbetare.

Men trots det ansträngda ekonomiska läget så ser område Funktionsstöd att det finns möjligheter att arbeta med stora frågor som självbestämmande, delaktighet och medskapande av sin egen tillvaro för brukarna. Bland annat genom ett fortsatt arbete med genomförandeplanen och verka för att det är brukarens dokument, den enes mål (brukaren) den andres karta (medarbetaren).

Området kommer även att fortsätta med Fritidsrådet som förutom att minska ensamheten också ska arbeta för att brukaren tar del av det som samhället och föreningslivet erbjuder.

Under 2024 kommer ett nybyggt gruppboende öppna och samtidigt kommer ett läggas ner (på grund av det inte uppfyller kraven). En av utmaningarna är att rekrytera medarbetare med rätt kompetens till det nya boendet då målgruppen är en annan.

Område Funktionsstöd kommer att arbeta för att hitta gemensamma och övergripande arbetssätt för samtliga verksamheter. Bland annat har det upprättats ett gemensamt årshjul.

Målet är att samtliga verksamheter ska hålla samma nivå vilket innebär att det blir tydligt för medarbetaren att verksamheterna har samma arbetssätt oavsett vart man jobbar. Det är av stor vikt då området har många resursspass på grund av "Heltid som norm".

Inför målen och tillika verksamhetsplanen för 2024 kommer område Funktionsstöd att bjuda in politiker i styrelsen, brukare och medarbetare till en workshop och tillsammans med enhetschefer, verksamhetschefer och verksamhetsutvecklare utveckla verksamhetsplanen för området till en gemensam sak. Om det faller sig väl ut kommer det vara ett återkommande arrangemang för att öka delaktigheten för samtliga berörda i område Funktionsstöds verksamhetsplan.

### **Område Hälsa**

Dokumentationen är en stor utmaning som identifierats via egenkontroller och avvikelser. Dokumentationsutbildning för legitimerad personal är planerad till att ske genom en större satsning under 2024 med extern utbildare. Under 2024 kommer verksamheten att arbeta med journalgranskningar samt handledning.

Verksamhetsområde hälsa har som mål under 2024 att inte enbart vara konsumenter av Nationell patientöversikt, NPÖ, utan även bli producenter. Att producera journalanteckningar innebär att andra vårdgivare kan ta del av hälso- och sjukvårds journal upprättade av Omsorg i Bjuv i förutsättning att patienten samtyckt.

Område hälsa kommer under 2024 återuppta arbetet med SKR's analysverktyg för att stärka patientsäkerhetsarbetet i verksamheten. Verktuget med tillhörande genomförandestöd ska utgöra ett stöd för verksamheten att genomföra en nulägesanalys av patientsäkerhetsarbetet. Syftet med verktuget och genomförandestödet är att utveckla patientsäkerhetsarbetet, och utarbeta lokal handlingsplan i enlighet med den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet. Nulägesanalysen av patientsäkerhetsarbetet och framtagandet av lokal handlingsplan utförs som ett steg i omställningen till nära vård.

Efter satsningen med Mobilt team närsjukvård Landskrona beslutade Primärvårdsnämnden den 13 december 2023 om tidsplan för införande av den nya vårdformen i hela Skåne. Omsorg i Bjuv kommer att ingå Mobila team närsjukvård Helsingborg och är en sammanhållen vårdform där primärvården är navet i samverkan med övriga vårdgivare. Syftet med teamet är att utveckla en trygg, tydlig och tillgänglig vård för patienter som kan vårdas i hemmet i stället för på sjukhus.

I samband med omställningen till nära vård kommer område Hälsa och vårdcentralerna i Bjuvs kommun ha en frekvent samverkan för att stärka gemensamma arbetsformer. Målet med samverkan är att arbeta mer övergripande med gemensamma strategier och utvecklingsområden.

Under 2024 kommer område hälsa tillsammans övriga verksamheter i Omsorg i Bjuv att utveckla och förbättra arbetet med processen kring inkontinens. Verksamheten har identifierat ett större behov av fler förskrivare av inkontinenshjälpmedel. Detta kommer att resultera i en högre kompetens inom området vilket medför en mer personcentrerad vård.

## **Identifierade utvecklingsområden för patientsäkerhets- och kvalitetsarbetet 2024**

- Fortsatt arbeta med rekrytering av rätt kompetens efter verksamhetens behov och kompetensutveckling av befintliga medarbetare.
- Systematiskt utföra strukturerade tillsyner och granskningar av verksamheter.
- Öka både antal riskbedömningar samt fullföljda processer i de olika kvalitetsregisterna som Senior alert, BPSD och Palliativa registret.
- Öka dokumentationskompetensen inom samtliga lagrum.
- Utveckla och stärka teamsamarbetet mellan olika professioner utifrån verksamhetsbehovet.
- Påbörja omställningen och förarbetet inför nya Socialtjänstlagen 2025.
- Fortsätta med omställningen till nära vård genom:
  - Utveckla samverkan
  - Implementera mobilt team närsjukvård
  - Öka brukaren/patientens delaktighet genom mer personcentrerad vård- och omsorg
  - Öka kunskap och implementering av digitala lösningar relaterat till nära vård.