

Hälsa- och omsorgsnämnden

Instans: Hälsa- och omsorgsnämnden

Tid: Torsdagen den 23 februari 2023, **klockan 13:00**
OBS!
Sammanträdet är tidigarelagt till klockan 13:00.

Plats: Sammanträdesrum Osby, kommunhuset i Osby

Föredragningslista

- | Nr | Ärende |
|-----|--|
| 1. | Upprop och protokollets justering |
| 2. | Godkännande av dagordning |
| 3. | Information <ul style="list-style-type: none">- Utbildning- Politikerpraktik- Målandikatorer och värde- Avstämning budgetanpassning- Väntelistan - särskilt boende |
| 4. | Delegationsbeslut |
| 5. | Anmälningar |
| 6. | Om- och tilläggsbudget 2023 |
| 7. | Årsredovisning, bokslut avseende 2022 |
| 8. | Intern kontroll 2023 |
| 9. | Patientsäkerhetsberättelse 2022 |
| 10. | Riktlinje Läkemedelshantering |
| 11. | Ej verkställda beslut 2022, kvartal 4 |
| 12. | Förslag till val av ledamot och ersättare i kommunala pensionärsrådet (KPR) |
| 13. | Förslag till val av ledamot och ersättare till Funkisrådet |

Jimmy Ekborg (C)
Ordförande

Marit Löfberg
Nämndsekreterare

4

Fördelning: Beslutsdatum

Framställt: 2023-02-07 12:25

Beställd av: Caroline Ståhl

Anledning: Delegationsbeslut FN/SoL januari 2023

Urval:

Beslutsdatum	Ärendetyp	Beslutsfattare	Beslut	Organisation ärende	
Beslutsform					
2023-01-18	Socialpsykiatri	Olofsson, Tina	Boendestöd SP	LSSFN Biståndsenheten	
Bifall					
2023-01-31	Socialpsykiatri	Olofsson, Tina	Boendestöd SP	LSSFN Biståndsenheten	
Bifall					
				Antal beslut:	2

Fördelning: Beslutsdatum

Framställd: 2023-02-14 21:25

Beställd av: Caroline Ståhl

Anledning: Delegationsbeslut januari 2023 LSS PA-SFB

Urval:

Beslutsdatum	Ärendetyp	Beslutsfattare	Beslut	Organisation ärende
Beslutsform				
2023-01-04	LSS	Olofsson, Tina	LSS 9:10 Daglig verksamhet	LSSFN Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-11	LSS	Nilsson, Towa	LSS 9:4 Kontaktperson	LSSFN Biståndsenheten
Avslag				
2023-01-11	LSS	Nilsson, Towa	LSS 9:3 Ledsagarservice	LSSFN Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-13	LSS	Nilsson, Towa	LSS 9:4 Kontaktperson	LSSFN Biståndsenheten
Avslag				
				Antal beslut: 4

Fördelning: Beslutsdatum

Framställd: 2023-02-07 12:27

Beställd av: Caroline Ståhl

Anledning: Delegationsbeslut ÄO januari 2023

Urval:

Beslutsdatum	Ärendetyp	Beslutsfattare	Beslut	Organisation ärende
Beslutsform				
2023-01-02	Äldreomsorg	Österberg, Emma	Hemtjänst - Personlig omvårdnad	ÄO Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-02	Äldreomsorg	Österberg, Emma	Korttidsvistelse SoL	ÄO Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-02	Äldreomsorg	Nilsson, Jeanette	Trygg hemgång	ÄO Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-02	Äldreomsorg	Nilsson, Jeanette	Trygghetslarm	ÄO Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-02	Äldreomsorg	Ördén, Marie	Korttidsvistelse SoL	ÄO Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-02	Äldreomsorg	Ördén, Marie	Hemtjänst - Personlig omvårdnad	ÄO Biståndsenheten

Fördelning: Beslutsdatum

Framställd: 2023-02-07 12:27

Beställd av: Caroline Ståhl

Anledning: Delegationsbeslut ÄO januari 2023

Urval:

Beslutsdatum	Ärendetyp	Beslutsfattare	Beslut	Organisation ärende
Beslutsform				
Bifall				
2023-01-03	Äldreomsorg	Ördén, Marie	Trygghetslarm	ÄO Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-03	Äldreomsorg	Österberg, Emma	Korttidsvistelse SoL	ÄO Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-03	Äldreomsorg	Ördén, Marie	Trygghetslarm	ÄO Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-03	Äldreomsorg	Ördén, Marie	Trygg hemgång	ÄO Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-04	Äldreomsorg	Österberg, Emma	Dagverksamhet	ÄO Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-04	Äldreomsorg	Nilsson, Ulrika	Korttidsvistelse SoL	ÄO Biståndsenheten

Fördelning: Beslutsdatum

Framställd: 2023-02-07 12:27

Beställd av: Caroline Ståhl

Anledning: Delegationsbeslut ÄO januari 2023

Urval:

Beslutsdatum	Ärendetyp	Beslutsfattare	Beslut	Organisation ärende
Beslutsform				
Bifall				
2023-01-05	Äldreomsorg	Österberg, Emma	Hemtjänst - Service	ÄO Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-05	Äldreomsorg	Österberg, Emma	Hemtjänst - Personlig omvårdnad	ÄO Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-09	Äldreomsorg	Österberg, Emma	Trygg hemgång	ÄO Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-09	Äldreomsorg	Österberg, Emma	Matdistribution	ÄO Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-09	Äldreomsorg	Österberg, Emma	Trygghetslarm	ÄO Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-09	Äldreomsorg	Ördén, Marie	Dagverksamhet	ÄO Biståndsenheten

Fördelning: Beslutsdatum

Framställd: 2023-02-07 12:27

Beställd av: Caroline Ståhl

Anledning: Delegationsbeslut ÄO januari 2023

Urval:

Beslutsdatum	Ärendetyp	Beslutsfattare	Beslut	Organisation ärende
Beslutsform				
Bifall				
2023-01-09	Äldreomsorg	Ördén, Marie	Trygg hemgång	ÄO Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-11	Äldreomsorg	Österberg, Emma	Trygghetslarm	ÄO Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-11	Äldreomsorg	Ördén, Marie	Hemtjänst - Service	ÄO Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-11	Äldreomsorg	Ördén, Marie	Hemtjänst - Service	ÄO Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-11	Äldreomsorg	Ördén, Marie	Trygghetslarm	ÄO Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-11	Äldreomsorg	Nilsson, Ulrika	Trygg hemgång	ÄO Biståndsenheten

Fördelning: Beslutsdatum

Framställd: 2023-02-07 12:27

Beställd av: Caroline Ståhl

Anledning: Delegationsbeslut ÄO januari 2023

Urval:

Beslutsdatum	Ärendetyp	Beslutsfattare	Beslut	Organisation ärende
Beslutsform				
Bifall				
2023-01-11	Äldreomsorg	Nilsson, Ulrika	Matdistribution	ÄO Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-12	Äldreomsorg	Nilsson, Ulrika	Trygg hemgång	ÄO Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-12	Äldreomsorg	Ördén, Marie	Vård- och omsorgsboende	ÄO Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-12	Äldreomsorg	Ördén, Marie	Vård- och omsorgsboende, medboende 4:1c	ÄO Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-12	Äldreomsorg	Nilsson, Ulrika	Avlösning i hemmet upp till 16 timmar	ÄO Biståndsenheten
Bifall				

Fördelning: Beslutsdatum

Framställd: 2023-02-07 12:27

Beställd av: Caroline Ståhl

Anledning: Delegationsbeslut ÄO januari 2023

Urval:

Beslutsdatum	Ärendetyp	Beslutsfattare	Beslut	Organisation ärende
Beslutsform				
2023-01-12	Äldreomsorg	Österberg, Emma	Trygghetslarm	ÄO Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-13	Äldreomsorg	Österberg, Emma	Hemtjänst - Personlig omvårdnad	ÄO Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-13	Äldreomsorg	Österberg, Emma	Hemtjänst - Service	ÄO Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-13	Äldreomsorg	Nilsson, Ulrika	Trygghetslarm	ÄO Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-13	Äldreomsorg	Ördén, Marie	Matdistribution	ÄO Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-13	Äldreomsorg	Österberg, Emma	Trygg hemgång	ÄO Biståndsenheten

Fördelning: Beslutsdatum

Framställd: 2023-02-07 12:27

Beställd av: Caroline Ståhl

Anledning: Delegationsbeslut ÄO januari 2023

Urval:

Beslutsdatum	Ärendetyp	Beslutsfattare	Beslut	Organisation ärende
Beslutsform				
Bifall				
2023-01-16	Äldreomsorg	Nilsson, Ulrika	Vård- och omsorgsboende	ÄO Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-16	Äldreomsorg	Nilsson, Ulrika	Korttidsvistelse SoL	ÄO Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-16	Äldreomsorg	Nilsson, Ulrika	Trygg hemgång	ÄO Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-16	Äldreomsorg	Ördén, Marie	Hemtjänst - Service	ÄO Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-16	Äldreomsorg	Österberg, Emma	Hemtjänst - Personlig omvårdnad	ÄO Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-17	Äldreomsorg	Ördén, Marie	Hemtjänst - Service	ÄO Biståndsenheten

Fördelning: Beslutsdatum

Framställd: 2023-02-07 12:27

Beställd av: Caroline Ståhl

Anledning: Delegationsbeslut ÄO januari 2023

Urval:

Beslutsdatum	Ärendetyp	Beslutsfattare	Beslut	Organisation ärende
--------------	-----------	----------------	--------	---------------------

Beslutsform

Bifall

2023-01-17	Äldreomsorg	Ördén, Marie	Hemtjänst - Personlig omvårdnad	ÄO Biståndsenheten
------------	-------------	--------------	---------------------------------	--------------------

Bifall

2023-01-17	Äldreomsorg	Österberg, Emma	Vård- och omsorgsboende	ÄO Biståndsenheten
------------	-------------	-----------------	-------------------------	--------------------

Bifall

2023-01-17	Äldreomsorg	Ördén, Marie	Korttidsvistelse SoL	ÄO Biståndsenheten
------------	-------------	--------------	----------------------	--------------------

Bifall

2023-01-18	Äldreomsorg	Österberg, Emma	Hemtjänst - Personlig omvårdnad	ÄO Biståndsenheten
------------	-------------	-----------------	---------------------------------	--------------------

Bifall

2023-01-18	Äldreomsorg	Österberg, Emma	Vård- och omsorgsboende	ÄO Biståndsenheten
------------	-------------	-----------------	-------------------------	--------------------

Bifall

Fördelning: Beslutsdatum

Framställd: 2023-02-07 12:27

Beställd av: Caroline Ståhl

Anledning: Delegationsbeslut ÄO januari 2023

Urval:

Beslutsdatum	Ärendetyp	Beslutsfattare	Beslut	Organisation ärende
Beslutsform				
2023-01-19	Äldreomsorg	Österberg, Emma	Vård- och omsorgsboende	ÄO Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-19	Äldreomsorg	Österberg, Emma	Trygg hemgång	ÄO Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-19	Äldreomsorg	Österberg, Emma	Trygghetslarm	ÄO Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-19	Äldreomsorg	Österberg, Emma	Hemtjänst - Service	ÄO Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-19	Äldreomsorg	Ördén, Marie	Återkommande korttidsvistelse (växelvård)	ÄO Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-19	Äldreomsorg	Nilsson, Ulrika	Trygghetslarm	ÄO Biståndsenheten

Fördelning: Beslutsdatum

Framställd: 2023-02-07 12:27

Beställd av: Caroline Ståhl

Anledning: Delegationsbeslut ÄO januari 2023

Urval:

Beslutsdatum	Ärendetyp	Beslutsfattare	Beslut	Organisation ärende
Beslutsform				
Bifall				
2023-01-19	Äldreomsorg	Nilsson, Ulrika	Trygg hemgång	ÄO Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-19	Äldreomsorg	Ördén, Marie	Hemtjänst - Personlig omvårdnad	ÄO Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-19	Äldreomsorg	Ördén, Marie	Trygg hemgång	ÄO Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-20	Äldreomsorg	Nilsson, Ulrika	Hemtjänst - Personlig omvårdnad	ÄO Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-20	Äldreomsorg	Ördén, Marie	Hemtjänst - Personlig omvårdnad	ÄO Biståndsenheten
Bifall				

Fördelning: Beslutsdatum

Framställd: 2023-02-07 12:27

Beställd av: Caroline Ståhl

Anledning: Delegationsbeslut ÄO januari 2023

Urval:

Beslutsdatum	Ärendetyp	Beslutsfattare	Beslut	Organisation ärende
Beslutsform				
2023-01-20	Äldreomsorg	Ördén, Marie	Hemtjänst - Service	ÄO Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-20	Äldreomsorg	Ördén, Marie	Trygghetslarm	ÄO Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-20	Äldreomsorg	Ördén, Marie	Matdistribution	ÄO Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-20	Äldreomsorg	Nilsson, Jeanette	Matdistribution	ÄO Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-20	Äldreomsorg	Nilsson, Jeanette	Hemtjänst - Personlig omvårdnad	ÄO Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-23	Äldreomsorg	Nilsson, Ulrika	Vård- och omsorgsboende	ÄO Biståndsenheten

Fördelning: Beslutsdatum

Framställd: 2023-02-07 12:27

Beställd av: Caroline Ståhl

Anledning: Delegationsbeslut ÄO januari 2023

Urval:

Beslutsdatum	Ärendetyp	Beslutsfattare	Beslut	Organisation ärende
Beslutsform				
Bifall				
2023-01-23	Äldreomsorg	Ördén, Marie	Hemtjänst - Service	ÄO Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-23	Äldreomsorg	Ördén, Marie	Hemtjänst - Personlig omvårdnad	ÄO Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-23	Äldreomsorg	Nilsson, Ulrika	Trygghetslarm	ÄO Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-24	Äldreomsorg	Nilsson, Ulrika	Trygg hemgång	ÄO Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-24	Äldreomsorg	Ördén, Marie	Korttidsvistelse SoL	ÄO Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-24	Äldreomsorg	Ördén, Marie	Hemtjänst - Service	ÄO Biståndsenheten

Fördelning: Beslutsdatum

Framställd: 2023-02-07 12:27

Beställd av: Caroline Ståhl

Anledning: Delegationsbeslut ÄO januari 2023

Urval:

Beslutsdatum	Ärendetyp	Beslutsfattare	Beslut	Organisation ärende
Beslutsform				
Bifall				
2023-01-24	Äldreomsorg	Ördén, Marie	Hemtjänst - Personlig omvårdnad	ÄO Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-25	Äldreomsorg	Ördén, Marie	Vård- och omsorgsboende	ÄO Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-25	Äldreomsorg	Nilsson, Ulrika	Hemtjänst - Service	ÄO Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-25	Äldreomsorg	Nilsson, Ulrika	Hemtjänst - Personlig omvårdnad	ÄO Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-25	Äldreomsorg	Nilsson, Ulrika	Trygg hemgång	ÄO Biståndsenheten
Bifall				

Fördelning: Beslutsdatum

Framställd: 2023-02-07 12:27

Beställd av: Caroline Ståhl

Anledning: Delegationsbeslut ÄO januari 2023

Urval:

Beslutsdatum	Ärendetyp	Beslutsfattare	Beslut	Organisation ärende
Beslutsform				
2023-01-25	Äldreomsorg	Österberg, Emma	Trygghetslarm	ÄO Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-25	Äldreomsorg	Ördén, Marie	Matdistribution	ÄO Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-25	Äldreomsorg	Österberg, Emma	Korttidsvistelse SoL	ÄO Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-26	Äldreomsorg	Ördén, Marie	Vård- och omsorgsboende	ÄO Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-26	Äldreomsorg	Nilsson, Jeanette	Hemtjänst - Service	ÄO Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-26	Äldreomsorg	Nilsson, Jeanette	Hemtjänst - Personlig omvårdnad	ÄO Biståndsenheten

Fördelning: Beslutsdatum

Framställd: 2023-02-07 12:27

Beställd av: Caroline Ståhl

Anledning: Delegationsbeslut ÄO januari 2023

Urval:

Beslutsdatum	Ärendetyp	Beslutsfattare	Beslut	Organisation ärende
Beslutsform				
Bifall				
2023-01-27	Äldreomsorg	Ördén, Marie	Hemtjänst - Personlig omvårdnad	ÄO Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-27	Äldreomsorg	Ördén, Marie	Hemtjänst - Service	ÄO Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-30	Äldreomsorg	Österberg, Emma	Hemtjänst - Personlig omvårdnad	ÄO Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-30	Äldreomsorg	Nilsson, Ulrika	Hemtjänst - Service	ÄO Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-30	Äldreomsorg	Nilsson, Ulrika	Hemtjänst - Personlig omvårdnad	ÄO Biståndsenheten
Bifall				

Fördelning: Beslutsdatum

Framställd: 2023-02-07 12:27

Beställd av: Caroline Ståhl

Anledning: Delegationsbeslut ÄO januari 2023

Urval:

Beslutsdatum	Ärendetyp	Beslutsfattare	Beslut	Organisation ärende
Beslutsform				
2023-01-30	Äldreomsorg	Ördén, Marie	Korttidsvistelse SoL	ÄO Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-30	Äldreomsorg	Ördén, Marie	Trygghetslarm	ÄO Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-31	Äldreomsorg	Nilsson, Jeanette	Korttidsvistelse SoL	ÄO Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-31	Äldreomsorg	Nilsson, Ulrika	Hemtjänst - Personlig omvårdnad	ÄO Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-31	Äldreomsorg	Nilsson, Ulrika	Hemtjänst - Service	ÄO Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-31	Äldreomsorg	Nilsson, Ulrika	Matdistribution	ÄO Biståndsenheten

Fördelning: Beslutsdatum

Framställd: 2023-02-07 12:27

Beställd av: Caroline Ståhl

Anledning: Delegationsbeslut ÄO januari 2023

Urval:

Beslutsdatum	Ärendetyp	Beslutsfattare	Beslut	Organisation ärende	
Beslutsform					
Bifall					
2023-01-31	Äldreomsorg	Ördén, Marie	Trygghetslarm	ÄO Biståndsenheten	
Bifall					
2023-01-31	Äldreomsorg	Nilsson, Ulrika	Korttidsvistelse SoL	ÄO Biståndsenheten	
Bifall					
2023-01-31	Äldreomsorg	Nilsson, Ulrika	Hemtjänst - Service	ÄO Biståndsenheten	
Ej tillämpligt					
				Antal beslut:	94

6

Hälsa och omsorg
Kenneth Lindhe, 0479 52 82 33
kenneth.lindhe@osby.se

Tjänsteskrivelse ombudgetering 2023

Dnr 2023-00013

Hälsa och omsorgs förslag till beslut:

Hälsa och omsorgsnämnden beslutar att.

- Godkänna ombudgetering av medel för Färdtjänst 2 778 tkr från ansvar 1050 verksamhet 53010 till ansvar 7001 verksamhet 53010.
- Godkänna
- Ombudgetering av medel för friskvårdsbidrag 163 tkr från ansvar 1031 till ansvar 7001 verksamhet 51093

Sammanfattning

Ansvaret för färdtjänsten flyttas från och med 2023-01-01 från kommunstyrelsen till Hälsa och omsorgsnämnden. Som en följd därav flyttas även de budgeterade medlen.

Friskvårdsbidraget som tidigare sköts centralt av KS ska från och med 2023 hanteras på förvaltningsnivå.

Beslutet skickas till förvaltningschef Hälsa och omsorg, kommunstyrelsen

Helena Ståhl
Förvaltningschef

Kenneth Lindhe
Controller

Tilläggsbudget 2023

Hälsa och omsorgsnämnden

Innehållsförteckning

Tilläggsbudget drift.....	3
Tilläggsbudget investeringar.....	3
Omdisponeringar drift	3
Omdisponeringar investeringar.....	Fel! Bokmärket är inte definierat.

Tilläggsbudget drift

Ansv	Verks	Text	Kvar 2021 (tkr)	Förslag 2022 (tkr)	Kommentar
Summa					

Kommentarer tilläggsbudget drift

Tilläggsbudget investeringar

Ansv	Verks	Proj	Projekt namn	Kvar 2021 (tkr)	Förslag 2022 (tkr)	Kommentar
Summa						

Kommentarer tilläggsbudget investeringar

Omdisponeringar drift

Ansv	Verks	Text	Belopp	Mp	Kommentar
7001	53010	Färdtjänst	2 778 000	10	Överflyttning av färdtjänst från KS
7001	51093	Friskvårdsbidrag	163 000	10	Överflyttning av friskvårdsbidrag från KS
Summa			2 941 000		

7

Hälsa och omsorg
Kenneth Lindhe, 0479 52 82 33
kenneth.lindhe@osby.se

Tjänsteskrivelse årsredovisning, bokslut 2022

Dnr 2023-00004

Hälsa och omsorgs förslag till beslut:

Hälsa och omsorgsnämnden beslutar att.

- Godkänna årsredovisning och bokslut avseende 2022.

Sammanfattning

Bokslutet för 2022 visar ett underskott med 3 887 tkr, vilket är ett underskott motsvarande cirka 1,5 % av budget.

Störst underskott finns inom området för funktionsnedsatta och där var det främst den personliga assistansen som gick sämre än budgeterat.

Inom äldreomsorgen var det hemtjänsten som visade ett underskott. Totalt var underskottet inom äldreomsorgen relativt litet då de statsbidrag vi fick under 2022 till största delen kommit dessa verksamheter till del. Totalt erhöll vi under 2022 10 400 tkr mer än budgeterat i statsbidrag.

Förvaltningen har under året uppnått merparten av de mål som satts för verksamheten. Några mål har vi på grund av hinder utanför förvaltningens kompetensområde inte uppnått.

Ytterligare kommentarer återfinns i bifogad Stratsysrapport.

Beslutsunderlag

Bilaga 1: Stratsysrapport ”Årsredovisning 2022”

Beslutet skickas till: Förvaltningschef Hälsa och omsorg, kommunstyrelse, kommunfullmäktige

Helena Ståhl
Förvaltningschef

Kenneth Lindhe
Controller

Årsredovisning, verksamhetsberättelse 2022

Hälsa och omsorgsnämnden

Innehållsförteckning

INLEDNING	3
ÅRETS HÄNDELSER	3
Nämnds- och ledningsorganisation	3
Äldreomsorg	3
Enheten för funktionsnedsatta	6
Socialpsykiatri	7
MÅLUPPFYLLELSE	8
Nämndmål	8
NYCKELTAL OCH STATISTIK	9
EKONOMI	11
FRAMTIDEN	12
TILL NÄMNDEN	12
Nämnd, ledning och administration	13
Äldreomsorg	13
Funktionsnedsatta	14
Socialpsykiatri	14
Kostnadsanalys	14

INLEDNING

Hälsa- och välfärdsnämnden har ansvar för följande:

- Äldreomsorg
- Kommunal hälso- och sjukvård
- Omsorg om funktionsnedsatta
- Socialpsykiatri

Ledning

Jimmy Ekborg ordförande Hälsa och omsorgsnämnden

Helena Ståhl förvaltningschef Hälsa och omsorg

ÅRETS HÄNDELSER

- Nytt tillfälligt äldreboende öppnat
- Nytt verksamhetssystem
- Färdigställande och inflyttning i nya LSS-bostäder
- Demenscentrum på Lindhem
- Anpassningar till budgetram 2023

Nämnds- och ledningsorganisation

Nämnden har genomfört åtta(8) sammanträden och en caféträff under året. Utöver beslut att anta ett antal reviderade riktlinjer har nämnden bland annat gjort en uppföljning av förebyggande hembesök, antagit en handlingsplan för välfärdsteknik och beslutat att utreda införande av språkkrav vid rekrytering. Nämnden har nogsamt följt utvecklingen av väntelistan för särskilt boende och har kunnat konstatera att antalet har sjunkit tillfredsställande sedan öppnandet av Solhem i februari.

Ledningsorganisationen har under det första halvåret förändrats då en del enhetschefer har valt att gå vidare till nya utmaningar. Nya chefer har framgångsrikt kunnat rekryteras både internt och externt men det har ändå inneburit att några tjänster under kortare perioder varit vakanta i avvaktan på att framför allt externt rekryterade ska tillträda. Övriga chefer har fått ta ett större och utökat ansvar under dessa perioder. I Lönsboda har förvaltningen valt att inte återbesätta enhetschefstjänsten på Bergfast. Istället provas en ny modell med en enhetschef för både Bergfast och Soldalen och ett chefsstöd i form av en omvårdnadshandledare. Omvårdnadshandledaren är en av Hälsa och omsorgs tre nytexaminerade specialistundersköterskor. Satsningen på att utbilda specialistundersköterskor med lön har fortsatt under 2022. Satsningen har kunnat genomföras med hjälp av det statliga bidraget Äldreomsorgslyftet.

Ett nytt personal- och bemanningssystem har implementerats under våren. Systemens införande har i stor utsträckning påverkat och försvårat ledningsorganisationens arbete. Nya rutiner, processer och samarbetsformer har arbetats fram. Det nya bemanningssystemet är betydligt mindre användarvänligt än de gamla och försvårar en effektiv bemanningsprocess. Utmaningarna med de nya systemen har påverkat verksamheten, ledningsorganisationen, medarbetarna och ekonomin. Mycket tid och resurser har fått investeras i utbildning, sommarplaneringen har påverkats och försenats och bemanningen av verksamheterna har varit betydligt osäkrare och mer tungarbetad för enhetscheferna. Situationen har ytterligare komplicerats av brist på semestervikarier. Ordinarie personal har i betydligt större utsträckning än tidigare år fått arbeta extra vilket syns på utfallet av övertid och fyllnadstid. Under hösten har processkartläggning, framtagande av rutiner och en förstärkning av planerare underlättat arbetet.

Under hösten har förvaltningens och nämndens arbete fokuserats på att ta fram en budget för 2023 med nya och minskade budgetramar. Totalt har budgetramen för 2023 minskats med 12,1 mkr. Anpassningsarbetet har framgångsrikt gjorts i tät dialog med presidiet och med stor delaktighet i hela ledningsorganisationen. Riskbedömningar och samverkan har gjorts tillsammans med fackliga organisationer.

Äldreomsorg

Gemensamt äldreomsorg

Myndighetskontor

ÄO/LSS/Socialpsykiatri

Inom handläggning äldreomsorg, funktionsnedsättning och socialpsykiatri har vi arbetat med att närma grupper med varandra.

En enhetschefstjänst på 50% har finansierats med statsbidrag och det är detta som har möjliggjort att vi arbetar över verksamhetsgränser. Denna lösning har nu permanentas. Under 2022 har pågått intensivt arbete med att ta fram, revidera och anpassa riktlinjer / rutiner knutna till myndighetsutövning. Sammanfattning av det som har gjorts:

- Rutin skriftlig kommunikation SoL-HSL
- Rutin placeringar
- Riktlinjer LSS
- Rutin Mina Planer och SIP'
- Riktlinjer boendestöd socialpsykiatri reviderade.
- Rutin skapad för arbetsmetoden Case Management.

Utöver detta har myndighetschef hållit i 12 interna utbildningstillfällen för Mina Planer och SIP; målgruppen är personal anställd inom kommunala verksamheter. Handlägnings-process LSS har lagts in i kommunens processverktyg. 2c8. Broschyr med information om socialpsykiatri har skapats. Handläggare deltagit i uppbyggnaden av nya Osby modellen

Kommunikationen mellan handläggare och hemsjukvård har utvecklats då det nu finns ett gemensamt dokumentationssystem.

Största utmaningen under 2022 var personalsituation. Under 2022 har det varit två uppsägningar på handläggare för socialpsykiatri, en uppsägning och en pensionsavgång av LSS handläggare. Ersättare är rekryterade och börjar januari samt mars 2023. En längre sjukskrivning av biståndshandläggare från april är ersatt med vikarie från december 2022 till augusti 2023.

Ytterligare en stor utmaning som involverar såväl myndighetsutövare som verkställande enheter är snabba flöden från sjukhus till hemmet /korttidsboende. Genomsnittet på dagar från utskrivningsklar på sjukhuset till mottagande av Osby kommun har genomsnittet under 2022 legat mellan 1,29 och 1,75 dagar. Detta innebär att Osby kommun ligger en bra bit under 2,8 som är gränsen för betalningsansvar. Det innebär även att kommunens invånare inte har behövt ligga kvar inom den slutna vården mer än nödvändigt och att regionen kunnat använda övriga vårddyg till andra patienter.

Uppsökande verksamhet

I verksamheten för de förebyggande hembesöken har arbetet inriktats på att komma i fas med besök som uteblivit under pandemin då verksamheten var pausad. Under 2022 har alla 77-åringar erbjudits besök som inte fått det under pandemiåren. Även de som fyllt 77-år under 2022 har erbjudits besök. Samarbetet med högskolan och övriga kommuner i Skåne nordost har fortsatt. Resultat för verksamheten har delgivits nämnden under hösten.

Särskilt boende

Även 2022 har varit påfrestande utifrån fortsatta utbrott av Covid-19 på samtliga vård- och omsorgsboende. Enheterna har varit helt eller delvis stängda i flera omgångar och på olika platser vilket medför en hård belastning på samtlig personal. Riktlinjer för smittspårning, hygienutrustning och bemanning har följts enligt regionens rutiner. Under sena hösten har både covid och andra infektioner drabbat personal och vårdtagare vilket påverkat sjukfrånvaron. Trots detta har verksamheterna arbetat på med förbättringar på alla enheter och en ny enhet har öppnats.

I de nationella brukarundersökningarna ligger, glädjande nog, nöjdheten på vård och omsorgsboendena på samma nivå som tidigare år, till skillnad från närliggande och liknande kommuner där nöjdheten har sjunkit.

Alla enheter har fortsatt att arbeta med meningsfulla aktiviteter och personcentrerad vård. Aktiviteterna har även i år påverkats av covid och har till stor del fått hållas i mindre och anpassade grupper. Den personcentrerade vården har utvecklats genom förbättringsarbete kring existentiell ensamhet i samarbete med HKR på Lindhem och Rönnebacken.

Verksamheterna har varit positiva till att ta emot elever och prao för att kunna visa upp yrket och på så sätt underlätta rekrytering. Resursanställningarna, som har varit mycket positiva utifrån möjlighet att öka rekrytering och ökad möjlighet att sätta guldkant i omsorgen, har tyvärr fasats ut under året vilket indirekt gett verksamheterna en ökad arbetsbelastning. Att dessa resursanställningar inte finns i samma utsträckning som tidigare påverkar verksamheten negativt.

En av de största händelserna inom vård och omsorgsboende är att ett nytt tillfälligt vård-och omsorgsboende i Loshult har öppnats under våren. På Solhem finns 16 lägenheter och det har skett en successiv men ändå snabb inflyttning, samtliga lägenheter har blivit uthyrda. Öppnandet har fungerat väl och verksamheten är nu fullt igång. Brister finns dock i dålig nätverks- och telefonuppkoppling vilket har varit besvärligt för verksamheten.

På Bergfast har verksamheten arbetat vidare med personcentrerad vård. För att skapa högre kontinuitet av personal har en av arbetsgrupperna delats till två grupper för att lättare och bättre möta utmaningen med personcentrerad vård. Teamarbetet har stärkts för att kunna arbeta mer aktivt kring kvalitetsregisterna BPSD (Beteende och psykiska symtom vid demenssjukdom) och Senior Alert. En av nycklarna till detta är den omsorgshandledare som anställdes som ett chefsstöd till enhetschefen på Bergfast och Soldalen.

På Soldalen har verksamheten börjat med förbättringsarbete kring anhörigstödet. Arbetet har till syfte att anhöriga ska kunna känna sig trygga vid inflyttning och få stöd att hantera nya livsförhållande då en närstående flyttar till ett vård-och omsorgsboende. Personalen har även arbetat med utemiljön i trädgården runt Soldalen. Verksamheten har haft stora problem med trygghetslarm under hösten. Ett nytt tillfälligt larm fick installeras och enhetschef har tillsammans med områdeschef arbetat intensivt

med upphandling av nytt trygghetslarm.

På Lindhem har de som flyttat in det senaste året krävt mer specialiserad omvårdnad än tidigare. Flera av dem har svåra beteende och psykiska symtom på grund av sin demenssjukdom, ofta i kombination med stor rörlighet och utåtagerande beteende. Detta har medfört att verksamheten haft extra hög belastning och därmed behov av extra personalresurser dygnet runt under det första halvåret. Specialistundersköterskorna på demensenheten är ett stöd i arbetet kring anpassning av insatser och miljö för de som har behov av ökade specialistinsatser. Trygghetsboendet har succesivt omvandlats till vård och omsorgsboende. Tre av sju lägenheter är omvandlade men nämnden tog i december beslut att pausa omvandlingen relaterat till anpassningsuppdraget.

På Rönnebacken startade en anhörigrupp under våren och arbetet har fortsatt under hösten. Trädgården utanför Söderbo har förbättrats med pergola och större möjlighet till utevistelse. Detta har skapat bättre förutsättningar för gemensamma grillkvällar som har varit mycket uppskattat av de boende. Även puben på Rönnebacken har varit öppen ett par kvällar vilket också är en populär aktivitet.

Ordinärt boende

Hemtjänst

Hemtjänsten i Osby kommun har den tillfredsställande 3:e bästa hemtjänsten i Skåne enligt Hemtjänstindex.

Regeringens beslut om att införa fast omsorgskontakt inom hemtjänsten trädde i kraft 1 juli 2022. Förvaltningen har informerat nämnden om vad fast omsorgskontakt innebär och vad som gäller vid införandet av fast omsorgskontakt. Hemtjänstpersonal har fått information om detta på sina APT. I april 2023 kommer en vägledning från Socialstyrelsen och då påbörjas själva implementeringen av fast omsorgskontakt.

Under våren har det skett ett utbyte av det digitala låssystemet inom ordinärt boende som gör att hanteringen av nycklar underlättats.

En tvärprofessionell grupp har under 2022 arbetat med att förbättra och effektivisera samarbete mellan hemtjänstgrupperna sinsemellan och mellan hemtjänst och hemsjukvården. Bedömningen är att samverkan nu är bättre mellan hemtjänsten och hemsjukvården och mellan hemtjänstgrupperna. Arbete fortsätter under 2023.

Sommarsituationen var relativt lugnt inom hemtjänsten undantaget grupp A, som hade svårigheter att rekrytera tillräckligt med sommarvikarier.

Inom hemtjänstgrupperna i Osby har arbete med att förbättra kontinuitet fortsatt. Grupp D har skapat rutterna där ett antal vårdtagare knyts till en mindre grupp med tre personal i. Schemat är lagt så att personalen i dessa mindre grupper täcker tiden mellan kl.07.00-23.00. Personalen i dessa mindre grupper har ansvar för kontaktmannaskap, upprättande av genomförandeplaner mm.

Som en del av budgetanpassningsarbetet har förberedelser gjorts för att 2023 minska Grupp A med två heltidstjänster. En fördelning av vårdtagarna mellan övriga hemtjänstgrupper i Osby har gjorts medan kvarvarande personal har flyttats till grupp C. Den gruppen kommer att ansvara för de vårdtagare som har bedömts ha störst behov av personalkontinuitet.

Grupp B har under våren haft hög arbetsbelastning med många vårdtagare som har haft ett utökat hjälpbehov. Under sommaren och hösten har flera av dessa personer fått en beviljad plats på ett SÄBO. På grund av covid har dagverksamheten varit stängd några veckor under våren. Vi har haft mellan fyra - sex deltagare per dag. Även vårdtagare från Lönsboda har varit integrerade i verksamheten. Vi har under våren haft öppet växelvård för en vårdtagare som behövde tillsyn dygnet runt under ca 3 veckor. Inför 2023 är budgetanslagen för växelvård borttagna.

Även hemtjänsten i Lönsboda hade en betydande minskning av antalet vårdtagare under sommaren och har delvis lyckats anpassa personalstat till nya behov. Även under hösten avslutades en del ärende med omfattande hjälp i hemmet vilket gör att vi har kunnat hålla en del tjänster vakanta.

Korttidsboende

Behovet av korttidsboende var i början av året högt relaterat till att många väntade på en permanent plats. Detta ställde höga krav på samordning mellan verksamheterna genom korta och ofta snabbt sammankallade möten. Behovet minskade avsevärt när Solhem öppnades men ändå det har ändå funnits perioder då det har varit överbeläggningar på Spången, t ex i början av sommaren. Efter sommaren har situationen varit något bättre och de överbeläggningar som har förekommit har varit av kortvarig karaktär.

Trygghemgång

Under 2022 har vi haft ca 100 beslut om trygg hemgång. I Lönsboda har vi sedan 2021 gjort en förändring som innebär att trygghemgångsbeslut verkställs av en personal som arbetar måndag-fredag. Konceptet har fallit väl ut och vi har infört det även i Osby sedan september 2022.

Hälso- och sjukvård

För sjuksköterskeorganisationen har bemanningen varit besvärlig under första halvåret. Mycket tid har lagts på att bemanna

verksamheten för att kunna utföra god hälso- och sjukvård. Under senare delen av våren och under hösten har glädjande nog flera rekryteringar kunnat göras och det har underlättat arbetet i organisationen. Sommarsituationen blev på grund av nya rekryteringar av sjuksköterskor och bemanning av vissa av verksamhetens undersköterskor med utökad delegation ändå tillfredsställande. Tack vare verksamhetens positiva inställning till att ta emot studenter från sjuksköterskeprogrammet och ett gott handledarskap under praktiken så har en del av den lyckade rekryteringen varit just studenter som efter examen hört av sig och velat arbeta i Osby kommun.

En sjuksköterska har blivit färdig med sin specialistutbildning och har arbetat vidare med att förbättra anhörigstödet i verksamheterna. Detta har resulterat i flera förbättringsarbeten inom verksamheterna. Ytterligare två sjuksköterskor har påbörjat sin utbildning till specialister och de kommer att vara klara våren 2023. Med ökad kompetens i gruppen kan verksamheten förbättras framåt och under utbildningen presenterar de som studerar olika delar av kurser och förbättringsarbete för övrig personal.

Arbetet med att införa och förbättra det nya verksamhetssystemet för dokumentation har pågått under hela året. Flera moduler i verksamhetssystemet har startats som underlättar processer i arbetet. En dokumentationsgrupp som har ansvar för att se över och förbättra dokumentationen för att säkra god vård har bildats.

Rehaborganisationen har haft en stabil organisation med hög personalkontinuitet.

Förbättringsarbete har påbörjats för att stärka teamet i samverkan mellan hälso- och sjukvårdsenheterna och hemtjänst. Personalgrupper har omstrukturerats för att stärka samarbetet och möjligheter att följa upp insatser gemensamt. På detta sätt har möjligheterna att arbeta mer teambaserat och möjligheterna att se vägar till gemensamma mål för att förebygga ohälsa och stärka vårdtagarna ökat.

Enheten för funktionsnedsatta

Gemensamt

Våren och sommaren 2022 har präglats av två stora covidutbrott inom verksamheterna. Detta har bl.a. lett till att en del verksamheter fick tillfälligt stänga för att få bukt med utbrotten. På ett ställe insjuknande 5 av 6 personal samtidigt men tack vare ett bra samarbete har vi lyckats lösa bemanningen. Stängningen av verksamheterna kunde upphävas inom en vecka som längst.

Under våren 2022 har vi haft en del sjukskrivningar bland enhetscheferna, detta har inneburit ökad arbetsbelastning på övriga enhetschefer.

Sjukfrånvarokostnader är betydligt högre än under 2021, bara på Våktaren är sjukkostnaderna t.o.m augusti 100 tkr högre än under hela 2021. Vi har haft två stora covid-utbrott inom verksamheterna under våren/sommaren.

Gruppboväder

Under våren/sommaren har också rekryteringar till de nya boväderna pågått. Boväderna var färdigställda i andra halvan av september och de flesta inflyttningar var klara 1 oktober. När det gäller gruppboväder på Västra Storgatan och Industrigatan finns stort behov av renoveringar och underhåll. Vi har i slutet av sommaren påbörjat detta arbete tillsammans med fastighetskontor och Osby boväder. Renoveringen påbörjades först på Industrigatan. I samband med budgetarbete 2023 fattades beslut om omstrukturering av LSS verksamheterna och en åtgärd som föreslogs var nedstängning av gruppboväden på Västra Storgatan. Detta förslag godkändes i nämnden vid första sammanträde 2023.

Daglig

verksamhet

Trycket på daglig verksamhet ökar, idag har vi 72 deltagare inom verksamheten. Detta leder till ökad arbetsbelastning men även behov av nya lokaler har ökat. Vi har inlett dialog med Fastighetskontoret kring detta. Inte minst har detta lett till att behov av nya sysselsättnings former har uppstått. En dialog med en del företag förs för att kunna erbjuda integrerade arbetsplatser.

Personlig

assistans

En av de stora utmaningar när det har gällt ekonomin under 2022 har varit personlig assistans. Inkomsterna från Försäkringskassan har varit lägre än budgeterat, framför allt beroende på ett stort ärende där kommunens handläggare har beviljat assistans dygnet runt medan Försäkringskassan har gett avslag. Ett par stora ärenden avslutades under 2022.

Korttidsvistelse

Antalet barn på korttidsvistelse har ökat med 5 st under perioden januari-augusti 2022. Antalet insatser har ökat från 20 till 31 under samma period. Detta har också lett till att planeringen av vistelse blir försvårad. För att kunna effektivisera verksamhet och skapa förutsättningar för lättare planering har förvaltningen infört fasta tider för vistelse. Inkomster i form av försäljning av platser till andra kommuner har också minskat.

Antalet beslut gällande korttidsvistelse för vuxna minskade under åren. De två besluten om bostad enligt LSS 9:9 som verkställdes på korttidsvistelsen för vuxna flyttades till nybyggda boväder. Av den anledningen har förvaltningen (inom ramen för omstrukturering inom LSS) flyttat verkställigheten av kvarvarande beslut och korttidsvistelse till nyöppnade serviceboväden på Kärleksstigen.

Socialpsykiatri

Under året har det varit en ökad arbetsbelastning även inom denna verksamhet. Precis som inom enheter för funktionsnedsatta har vi ett ökat antal klienter med neuropsykiatriska diagnoser. Under våren har riktlinjerna för boendestöd reviderats och beslutats av nämnden. Även rutinen för arbete enligt CM-modellen (Case Manager) har tagits fram. Arbete med att ta fram riktlinjerna för Träffpunktsverksamhet har inletts.

En av medarbetarna har utbildats till MHFA-instruktör (Första hjälpen vid psykisk ohälsa). Inom Träffpunkts verksamhet har vi startat upp en del aktiviteter (gymträning t.ex) och även haft öppet på eftermiddagarna. Detta har uppfattats som positivt av klienterna och personalen.

Under året har vi i samarbete med Region Skåne anordnat återhämtningscafé vid 3 tillfällen. Dessa var välbesökta och uppskattades av deltagarna.

MÅLUPPFYLLELSE

Nämndmål



Alla verksamheter ska systematiskt arbeta för minskad miljöpåverkan och ökad hållbarhet

Analys av resultatet

Utbytet av bilar är för tillfället pausat då ny upphandling ska göras och det i dagsläget inte finns någon sådan att avropa bilar från. Därutöver är det fortsatt problem med strömförsörjningen vilket gör att antalet eldrivna fordon i dagsläget inte kan öka nämnvärt.

Slutsatser

Förvaltningen når inte målet med fossilfria fordon på grund av elförsörjning och laddstolpar. Alla enheter har en miljöprofil där är målet uppnått.

Indikatorer	Mål	Utfall	Kommentar
 Andel fossilfria fordon. (Hälsa och omsorgsnämnden)	Minst 66%	51%	Målet är ej uppnått på grund av att laddstolpar ej satts upp och förutsättningen att byta till fler bilar inte funnits
 Andel miljöprofiler. (Hälsa och omsorgsnämnden)	100%	100%	Varje verksamhet ska ha en miljöprofil som revideras årligen

Behovet av insatser ska minska och leda till ett självständigt liv med en meningsfull vardag.

Analys av resultatet






När det gäller inskrivningen i Trygg hemgång har förvaltningen lyckats väl med sitt arbete.

Andelen äldre som klarar sig helt utan hjälp har gått ner något sen tidigare mätningar. Orsaken till detta kan v i dagsläget inte fastställas.

Slutsatser

Förvaltningen kommer att fortsätta och intensifiera sitt förebyggande arbete för att om möjligt öka den andel äldre som klarar sig utan hjälp.

Brukarundersökningen genomfördes 2022 men redovisades på ett för oss annorlunda sett pga ny leverantör av enkäten. På vård och omsorgsboende är svarsfrekvensen låg mellan 40-60% anhöriga svarar på frågorna i stor utsträckning. På flera frågor ses dock ett förbättrat resultat.

Indikatorer	Mål	Utfall	Kommentar
 Andel av alla som efter sjukhusvistelse har förändrade eller nya SoL-insatser, och som skrivs in i Trygg Hemgång. (Hälsa och omsorgsnämnden)	Minst 65%	100 %	Målet anses till fullo uppnått. Samtliga som skrivits ut till Trygg hemgång har haft förändrade insatser.
 Andel äldre (80+) som bor kvar i ordinärt boende utan beviljade insatser. (Hälsa och omsorgsnämnden)	Minst 70%	71 %	En ökande andel av de över 80 som klarar sig helt utan insatser från Vård och omsorg. I dagsläget är det cirka 29 % av de över 80, som har insatser från vård och omsorg. Detta betyder att 71 % klarar sig utan insatser. Här är insatserna matdistribution och larm inte medräknade.
 Andel med hemtjänst som i helhetsbedömning av hemtjänst är mycket eller ganska nöjda. (Hälsa och omsorgsnämnden)	Minst 95%	95 %	Med ett värde på 95 % har vi nått vårt mål. Resultatet innebär att 95 % av de som svarat är ganska eller mycket nöjda med vår hemtjänst. Detta får anses som ett bra utfall.
 Andel på SÄBO som svarar positivt på bemötande, förtroende och trygghet. (Hälsa och omsorgsnämnden)	Minst 90%	90 %	Medelvärdet av dessa tre faktorer landar på 90 %. Detta innebär att vi nått det uppsatta målet med 94 % för bemötande, 84 % för förtroendet och 91 % för trygghet. Det bör observeras att siffran för förtroende sjunkit från 90 % 2020 till 84 % 2022.
 Andel brukare med insats servicebo-stad, daglig verksamhet, personlig assistans som är nöjda med självbestämmande och integritet. (Hälsa och omsorgsnämnden)	Minst 90%		Förvaltningen har inte deltagit i undersökningen under 2022 varför något resultat inte kan redovisas


Den enskildes arbetsförmåga ska öka för att uppnå egen försörjning och bidra till framtida kompetensförsörjning.

Analys av resultatet

Under våren har det inte genomförts någon utbildning på Komvux i Osby pga ändrad läroplan som gjorde att utbildningen pausades.. De kommer först att sluta sina kurser inför nästa sommar. Endast 4 elever från gymnasiedelen gick ut programmet och de var från andra orter och har anställts på sin hemort. Detta har gjort det omöjligt att uppnå målet.

Slutsatser

Vård och omsorgsutbildningen är en förutsättning för att verksamheten ska kunna utbilda och rekrytera kompetent personal. Under året har ansökningar till utbildningen varit fler än platserna som kan erbjudas. Lösning försöker göras utifrån individuella behov hos personerna som arbetar i verksamheten.

Indikatorer	Mål	Utfall	Kommentar
 Andel anställda med mindre än 5 sjukdagar. (Hälsa och omsorgsnämnden)	Minst 50%	15%	Vi ser ett tydligt samband med den pågående covidsmittan och ett resultat, som ligger långt under de mål vi haft. Endast 15 % av vår personalstyrka har under 2022 haft mindre än 5 sjukdagar, vilket är långt från det mål på 50 % vi satte 2019 och resultatet detta år som var 46 %. Vi har sedan dess en uppåtgående trend när det gäller sjukskrivningar.

Kommunikation och digitalisering leder till förbättrad kvalitet, ökad trygghet och bidrar till ett starkare varumärke för Hälsa- och välfärdsnämnden hos medborgare och näringsliv.



Analys av resultatet

Resultatet är positivt och vårt arbete att försöka marknadsföra Hälsa och omsorg positivt har gett resultat. Likaså har ambitionen att digitalisera mera gett utslag.

Slutsatser

De digitala lösningarna har ökat under hösten. Flera processer has skapats i ett nytt processkartläggningssystem bland annat. För att införa ny digital teknik krävs båda avsatt tid för personal och budget. De digitala lösningarna stärker verksamheten men för med sig att personal behöver utbildas och investeringar behöver göras.

Förvaltningen behöver visa positiva bilder av yrket, flera publikationer har utförts under året. Positiva bilder ger invånare möjlighet att ha en god bild av verksamheten. Det kan även stärka möjligheten för rekrytering.

Indikatorer	Mål	Utfall	Kommentar
 Antal e-tjänster och digitala lösningar. (Hälsa och omsorgsnämnden)	Minst 22	24	
 Antal positiva och informativa inlägg som publiceras om Hälsa och omsorg i massmedia. (Hälsa och omsorgsnämnden)	Minst 25	26	

NYCKELTAL OCH STATISTIK

Kostnadsuppföljning personal

tkr	2021	2022
Kostnad för arbetskraft	228 930	245 930
Varav kostnad för sjuklön	3 280	5 235

Personalstatistik

	2021	2022
Tillsvidareanställda	390	411

Äldreomsorg

SÄRSKILT BOENDE	2020	2021	2022
Genomsnittlig bruttokostnad per plats exkl fastighet (tkr)	564	590	534
Genomsnittlig fastighetskostnad brutto per plats	113	111	116
Antal platser	147	147	162
Sökande	61	59	86
Avslag	4	3	8
Bifall	48	53	68
Inflyttade	38	41	63
Antal dagar med betalningsansvar	0	0	0
ORDINÄRT BOENDE	2020	2021	2022
Genomsnittligt antal hemtjänst	274	264	301
Bruttokostnad per person (tkr)	162	179	156
Utförda hemtjänsttimmar	83 731	83 550	79 717
Utförda timmar/vårdtagare	304	316	265

Observera att Antal platser 2022 är ett genomsnittligt antal då Solhem öppnade en bit in på året.

Analys och kommentarer särskilt boende

Bruttokostnaden per plats har minskat medan fastighetskostnaden har ökat. Ett betydligt större antal ansökningar kan vara en pandemieffekt då många avstod från att ansöka om särskilt boende och en del ansökningar var kvarstående från 2021. Men det kan också vara en effekt av att antalet äldre ökar i Osby kommun. Det har också gjorts fler avslag jämfört med föregående år.

Analys och kommentarer ordinärt boende

Antalet personer med hemtjänst har ökat men antalet timmar har minskat vilket tyder på att det är mindre tidskrävande insatser som ökat. Bruttokostnaden per person har också minskat.

LSS

LSS	2020	2021	2022
Antal personer med personlig assistans	20	18	18
varav LSS	5	6	6
Antal personer med daglig verksamhet	62	67	71
Antal personer med boende	30	32	33

Siffrorna i denna tabell är genomsnitt för det gångna året.

Analys och kommentarer LSS

Antalet personer med beslut om daglig verksamhet ökar stadigt vilket ställer större krav på verksamhet, handledare och ett varierat utbud av daglig sysselsättning

Kostnad placeringar psykiatri

	2020	2021	2022
Placering psykiatri	5 340	5 985	7 275

Kommentarer placeringar

Vi ser ett tydligt ökat behov av psykiatriplaceringar relaterat till ett ökat antal personer med omfattande behov av stöd 24/7.

Lex Sarah och klagomål

	2020	2021	2022
Klagomål	15	25	13
Lex Sarah	6	8	5
Lex Maria	0	0	1

EKONOMI

Belopp i tkr	Utfall 2022	Budget 2022	Avvikelse
Verksamhet			
Nämnd o KPR/RFFH	700	789	89
Förvaltningsledning	-12 325	-4 254	8 071
Äldreomsorg	208 583	203 562	-5 021
Funktionsnedsatta	57 314	51 619	-5 695
Boendestöd/psykiatri	9 821	8 490	-1 331
Resultat	264 093	260 206	-3 887

Analys av utfallet

Den positiva avvikelsen för Förvaltningsledningen beror huvudsakligen på att i stort sett samtliga statsbidrag redovisas i denna verksamhet. Kostnader förknippade med statsbidragen har redovisats ute i verksamheterna. Detta medför att de minusresultat vi ser inom främst äldreomsorgen, om även statsbidragen redovisats där, skulle varit avsevärt närmre balans.

Resultatet för hemtjänsten visar på ett klart minus med cirka 4 800 tkr och här är det sannolikt att i vart fall hälften eller mer är ett underskott även efter justering för statsbidrag. För särskilt boende handlar det snarare om att verksamheterna ligger nära balans.

Området för funktionsnedsatta redovisar ett minus, som till en del beror på minskade intäkter för personlig assistans. Utöver detta finns ett underskott på våra boenden, som förklaras av stora covidutbrott under året.

För verksamheten boendestöd/psykiatri är det främst högre kostnader för placeringar, som gör att resultatet blivit sämre än budgeterat.

Totalt redovisar förvaltningen ett resultat som skiljer sig från budget med cirka 1,4 %.

Erhållna statsbidrag

Projektnamn	Erhållet belopp, tusentals kronor
Socialstyrelsen Statsbidrag 32845/2021-1	2 142
Statsbidrag MHFA	1 893
Statsbidrag utveckling digital teknik	285
Statsbidrag återbetalning socialstyrelsen	-22
Kammarkollegiet	5
Bidrag kommunförbundet	2 358
Statsbidrag säkerställa god vård	6 618
Statsbidrag ensamhet bland äldre	1 007
Statsbidrag Äldreomsorgslyftet	2 805
Statsbidrag återhämtningsbonus-2022 13850	2 715
Kompensation sjuklön 2022	1 994
Statsbidrag psykisk hälsa och suicid	1 200
Socialstyrelsen habilitering	593

Personlig assistans	5 504
Stimulansmedel psykiatri	387
Lönebidrag AF	197

FRAMTIDEN

Den demografiska utvecklingen med allt fler äldre i kombination med minskad andel arbetsföra är den absolut största utmaningen för Hälsa- och omsorgsförvaltningen. Uppgiftsväxling, inkluderande kompetensförsörjning och digital utveckling kommer att vara viktiga verktyg för att möta utmaningen. Ett paradigmskifte med tillitsbaserad styrning och ledning kommer att behövas i en alltmer komplex och oförutsägbar värld.

Statens offentliga utredningsförslag om en ny äldreomsorgslag är nu ute på remiss och förväntas träda ikraft 2024. Den kan få stor påverkan på hur äldreomsorgen och den kommunala hälso- och sjukvården ska ledas, organiseras och utföras.

Omställningen till nära vård berör och kommer att göra skillnad för alla Sveriges invånare och hjälpa oss att klara välfärdens utmaningar. Omställningen innebär att vi samskapar med invånare och flyttar fokus till att arbeta mera personcentrerat, sammanhållet, proaktivt och hälsofrämjande. Det innebär också ett utvecklat samskapande med framför allt primärvården men också slutenvården. Kommunens insatser förväntas successivt öka i takt med att omställningen sker.

LSS- verksamheterna växer och antalet brukare förväntas öka. Det kommer att ställa höga krav på ledningsfunktionerna och den komplexitet som finns för ledarskapet för dessa verksamheter.

TILL NÄMNDEN

Till nämnden

Verksamhet	Redov 2022	Budget 2022	Avvik
Nämnd/KPR/RFFH	700	789	89
Gemensam ledning	-12 325	-4 254	8 071
Äldreomsorg	208 583	203 562	-5 021
Funktionsnedsatta	57 314	51 619	-5 695
Boendestöd/psykiatri	9 821	8 490	-1 331
Resultat	264 093	260 206	-3 887

Delegationsbeslut äldreomsorg

Äldreomsorg 2022			
Ärende	Bifall	Avslag	Ej tillämplig
Hemtjänst service	197	1	0
Hemtjänst personlig omvårdnad	214	1	1
Matdistribution	121	1	1
Trygghetslarm	150	0	0
Avlösning i hemmet	23	0	0
Trygg hemgång	98	0	0
Boendestöd IFO öppenvård	58	1	0
Vård- o omsorgsboende	68	8	10
Beslut enl 4 kap 1 § SoL	0	0	0
Korttidsvistelse SoL	119	0	2
Plats i dagverksamhet	20	0	0
Kontaktperson	2	0	0
Summa	1070	12	14

Delegationsbeslut funktionsnedsatta

LSS 2022			
Ärende	Bifall	Avslag	Ej tillämpligt
Biträde personlig assistent	2	2	0
Ledsagarservice	11	2	0
Kontaktperson	9	3	0
Avlösarservice i hemmet	1	0	0
Korttidsvistelse utanför hemmet	12	2	0
Korttidstillsyn skolan över 12 år	3	3	0
Beslut boende barn/ungdom	1	0	0
Beslut boende vuxna inom kommunen	3	1	0
Beslut boende vuxna utanför kommunen	0	0	0
Daglig verksamhet inom kommunen			
Daglig verksamhet utanför kommunen			
Summa	42	13	0

Nämnd, ledning och administration

	Budget 2022	Utfall 2022	Under-/ överskott	Utfall 2021
Nämnd/KPR/RFFH	789	700	89	690
Ledning	-4 254	-12 325	8 071	-7 814
Summa	-3 465	-11 625	8 160	-7 124

Kommentarer

Överskottet i är främst relaterat till statsbidrag där kostnaderna återfinns i övriga verksamheter.

Nämnden har gått med ett visst överskott som beror på lägre kostnader än förväntat för nämndsmötena som balanserar att KPR och RFFH har kostat mer än budgeterat.

Äldreomsorg

	Budget 2022	Utfall 2022	Under-/överskott	Utfall 2021
Rehab	8 297	7 565	732	7 474
Korttid	6 193	6 081	112	6 848
Hemtjänst	39 066	43 885	-4 819	43 648
Sjuksköterskor	20 573	20 356	217	22 657
Särskilda boenden	92 719	95 392	-2 673	70 169
Natt Osby/Lönsboda	14 811	14 509	302	24 964
Dagverksamhet	2 638	1 060	1 578	2 337
Ledning äldreomsorg	10 344	10 175	169	9 481
Hjälpmedel	2 102	3 342	-1 240	3 424
Biståndshandläggning	2 756	2 080	676	2 421
Uppsökande verksamhet	815	246	569	392
Larm	823	824	-1	804
Övrigt äldreomsorg	2 425	3 068	-643	1 520
Summa	203 562	208 583	-5 021	196 139

Kommentarer

Äldreomsorgen har bortsett från hemtjänsten ett resultat inom budgetramen. I hemtjänstens underskott ingår ca 1,4 mkr som beror på att ett antal undersköterskor studerat på betald arbetstid till specialistundersköterskor. Studierna finansieras av statsbidrag som finns centralt under nämnd och ledning, Underskottet förklaras också av att hemtjänsten under året har haft ett flertal stora ärenden med massiva insatser. Ett flertal av ärendena har avslutats under senare delen av året och anpassning av personalresurser har skett inför 2023.

Funktionsnedsatta

	Budget 2022	Utfall 2022	Under-/överskott	Utfall 2021
Personlig assistans	7 047	10 335	-3 288	7 959
Boenden	27 324	28 647	-1 323	24 726
Daglig verksamhet	9 189	8 463	726	7 650
Ledning	2 804	3 015	-211	2 392
Handläggning LSS	1 936	2 070	-134	1 877
Övrigt LSS	3 319	4 784	-1 465	2 970
Summa	51 619	57 314	-5 695	47 574

Kommentarer

Underskottet inom området för funktionsnedsatta beror till stor del på utebliven ersättning från försäkringskassan gällande personlig assistans. Ett ökat antal ärenden inom korttidsvistelse och minskade intäkter då köp av andra kommuner har avslutats påverkar också underskottet. LSS-boendena har också haft stora utbrott av covid-19 under året vilket medfört ökade sjuklönekostnader och ökat behov av personalresurser.

Socialpsykiatri

	Budget 2022	Utfall 2022	Under-/överskott	Utfall 2021
Placeringar	5 729	7 275	-1 546	5 985
Boendestöd	2 541	2 333	208	2 210
Personligt ombud	220	213	7	207
Summa	8 490	9 821	-1 331	8 402

Kommentarer

Underskottet härrör sig från ett ökat behov av att köpa vårdplatser för personer med stora och specifika omvårdnadsbehov relaterat till psykiatriska diagnoser.

Kostnadsanalys

	Budget 2022	Utfall 2022	Avvikelse	Utfall 2021
Intäkter	-24 243	-24 816	573	-22 601
Statsbidrag	-20 346	-30 726	10 380	-26 509
Personalkostnader	239 593	246 109	-6 516	229 154
Lokalkostnader	29 249	29 410	-161	23 988
Köp av verksamhet	10 257	13 303	-3 046	11 984
Övriga kostnader	25 696	30 813	-5 117	28 973
Totalt	260 206	263 874	-3 887	244 989

8

Hälsa- och omsorgsförvaltningen
Andriette Näslund
0479 - 52 82 80
Områdeschef

Beslutsinstans:

Intern kontroll 2023

Dnr HON 0.4.0 2023-00005

Förslag till beslut

Hälsa- och omsorgsförvaltningen föreslår Hälsa-och omsorgsnämnden godkänna intern kontrollplan för hälsa och omsorgsnämnden 2023

Sammanfattning av ärendet

Förvaltningen har tagit fram möjliga kontrollpunkter för intern kontroll 2023. Utifrån riskmatris har fem områden valts att hanteras för intern kontroll.

Förvaltningen vill fortsätta följa dokumentation för hälso- och sjukvård och strukturera arbetet för att säkra patientsäkerheten. Intern kontroll behöver även utföras av social dokumentation för att säkerställa att genomförandeplaner och journalanteckningar utförs enligt riktlinjen.

Fortsatt behöver även omtag kring mål för beslut i hemtjänsten införas och ses över för att förbättra personcentrerade insatser. Kontroll av mätbara mål i genomförandeplan utförs därav.

Ny riktlinje för avvikelshantering och nytt verksamhetssystem för avvikelser har införts. Förvaltningen behöver säkerställa att avvikelser analyseras åtgärdas och följs upp enligt riktlinjen.

Nytt trygghetslarm på vård och omsorgsboende kommer att införas och där behöver intern kontroll utföras så att rutin för införande av nytt trygghetslarm följs.

Intern kontrollplan beskriver hur och när och av vem kontrollerna kommer att utföras.



Barnkonsekvensanalys

Inga barn berörs i ärendet

Beslutsunderlag

Tjänsteskrivelse ”Intern kontroll 2023” från områdeschef Andriette Näslund
Skrivelse ”Internkontrollplan hälsa och omsorgsnämnden 2023”

Beslutet ska skickas till

Helena Ståhl

Mensur Numanspahic

Inger Andersson

Andriette Näslund

Hälsa- och omsorgsförvaltningen

Helena Ståhl
Förvaltningschef

Andriette Näslund
Områdeschef

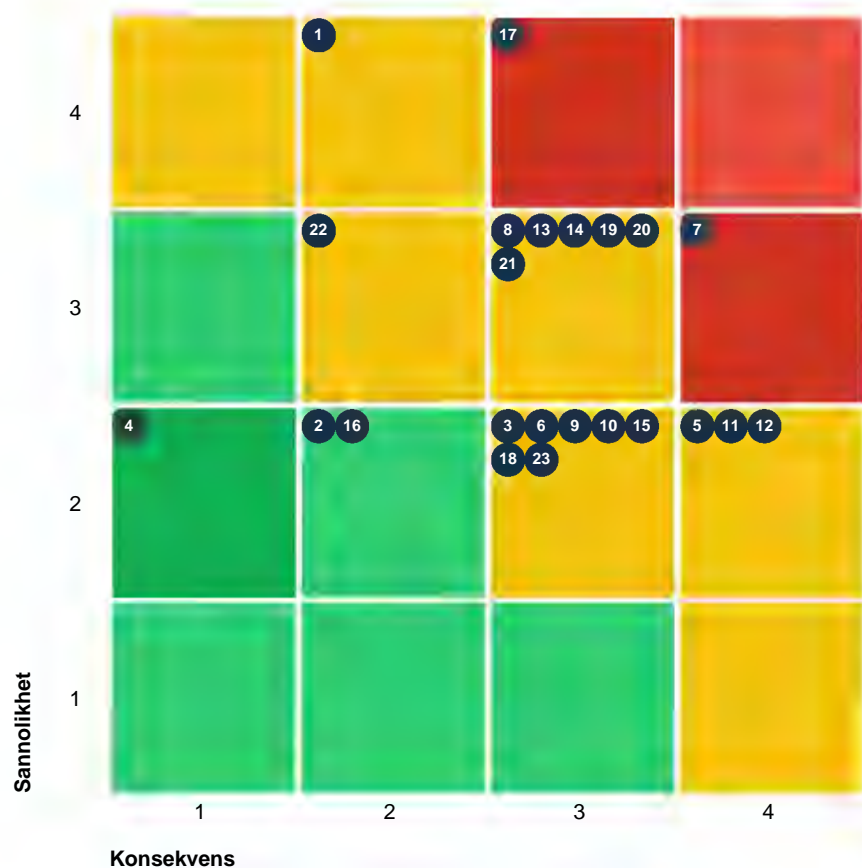
Internkontrollplan 2023

Hälsa och omsorgsnämnden

Innehållsförteckning

Bruttonrisklista.....	3
Intern kontrollplan	6

Bruttonrisklista



	Sannolikhet	Konsekvens
4	4. Sannolik	4. Allvarlig
3	3. Möjlig	3. Kännbar
2	2. Mindre sannolik	2. Lindrig
1	1. Osannolik	1. Försumbar

2 Kritisk 18 Medium 3 Låg Totalt: 23

Kategori	Risk	Sannolikhet	Konsekvens	Riskvärde	Hantera risk?	Bedömning av risk
Finansiell	1 Fel referensnummer för leverantörsfakturer	4. Sannolik	2. Lindrig	8	Acceptera	Risken är möjlig och blir kännbar

Kategori	Risk	Sannolikhet	Konsekvens	Riskvärde	Hantera risk?	Bedömning av risk
	2 Bristande inventarielistor	2. Mindre sannolik	2. Lindrig	4	Acceptera	Föga troligt och knappt kännbar
	3 Följsamhet till rutiner för ramavtal inom området upphandlad vård och handledning	2. Mindre sannolik	3. Kännbar	6	Acceptera	Befintliga åtgärder och kontrollsystem bedöms räckta
	4 Felaktig periodisering	2. Mindre sannolik	1. Försumbar	2	Acceptera	Befintliga kontrollsystem och rutiner bedöms vara tillräckliga
Medarbetare	5 Efterlevnad arbetsmiljölagen	2. Mindre sannolik	4. Allvarlig	8	Acceptera	Befintliga åtgärder och rutiner bedöms räckta
	6 Frånvarorapportering	2. Mindre sannolik	3. Kännbar	6	Acceptera	Med den nya rutinen för lönehantering har risken ökat för felaktig frånvarorapportering
Lagar och förordningar	7 HSL-dokumentation	3. Möjlig	4. Allvarlig	12	Hantera	Risken bedöms som påtaglig och konsekvensen blir påtaglig
	8 Informationsöverföring	3. Möjlig	3. Kännbar	9	Acceptera	Befintliga åtgärder och inbyggda kontroller bedöms tillräckliga
	9 Bristande posthantering och diarieföring	2. Mindre sannolik	3. Kännbar	6	Acceptera	Befintliga åtgärder bedöms som tillräckliga
	10 Efterlevnad av gällande bestämmelser för systematiskt brandskyddsarbete (SBA)	2. Mindre sannolik	3. Kännbar	6	Acceptera	befintliga åtgärder och inbyggda kontroller bedöms tillräckliga

Kategori	Risk	Sannolikhet	Konsekvens	Riskvärde	Hantera risk?	Bedömning av risk
	11 Tystnadsplikten bryts	2. Mindre sannolik	4. Allvarlig	8	Acceptera	Befintliga åtgärder och inbyggda kontroller bedöms tillräckliga
	12 Gåvor, mutor och jäv- korruption och bedrägligt beteende	2. Mindre sannolik	4. Allvarlig	8	Acceptera	Befintliga åtgärder och inbyggda kontroller bedöms räckta
	13 GDPR	3. Möjlig	3. Kännbar	9	Acceptera	Befintliga åtgärder och inbyggda kontroller bedöms tillräckliga
	14 Social dokumentation	3. Möjlig	3. Kännbar	9	Hantera	Befintliga åtgärder bedöms tillräcklig
	15 Återrapportering av delegationsbeslut till nämnden	2. Mindre sannolik	3. Kännbar	6	Acceptera	Befintliga åtgärder bedöms som tillräckliga
	16 Rapportering av ej verkställda beslut	2. Mindre sannolik	2. Lindrig	4	Acceptera	Befintliga åtgärder bedöms tillräckliga
Verksamhet	17 Genomförandeplan SoL	4. Sannolik	3. Kännbar	12	Hantera	Risken bedöms som trolig och konsekvensen blir påtaglig
	18 Felaktig/ utebliven insats till brukare	2. Mindre sannolik	3. Kännbar	6	Acceptera	Befintliga åtgärder och inbyggda kontroller bedöms tillräckliga
	19 IBIC-utredningar	3. Möjlig	3. Kännbar	9	Acceptera	Befintliga åtgärder bedöms som tillräckliga
	20 Avvikelsehantering	3. Möjlig	3. Kännbar	9	Hantera	Befintliga åtgärder bedöms tillräckliga
	21 Trygghetslarm	3. Möjlig	3. Kännbar	9	Hantera	Befintliga åtgärder och

Kategori	Risk	Sannolikhet	Konsekvens	Riskvärde	Hantera risk?	Bedömning av risk
						rutiner bedöms tillräckliga
	22 Trygg Hemgång	3. Möjlig	2. Lindrig	6	Acceptera	Befintliga åtgärder/ inbyggda kontroller bedöms tillräckliga
	23 Arkivhantering	2. Mindre sannolik	3. Kännbar	6	Acceptera	Befintliga åtgärder bedöms tillräckliga

Intern kontrollplan

Kategori	Risk	Kontrollmoment	Kontrollansvarig	Metod
Lagar och förordningar	HSL-dokumentation	Strukturera arbetssätt för dokumentation		Mall tas fram för att journalgranskning ska kunna utföras på ett likvärdigt sätt.
	Social dokumentation	Social dokumentation utförs enligt riktlinje	Mensur Numanspahic, Andriette Näslund	var 10:e journal granskas två gånger per år
Verksamhet	Genomförandeplan SoL	Kontroll av mätbara mål i genomförandeplan	Mensur Numanspahic	Stickprovskontroll av var 10:e ärende som är upprättade i IBIC-modulen juni och januari
	Avvikelsehantering	Att avvikelser analyseras åtgärdas och följs upp	Mensur Numanspahic, Andriette Näslund	Områdeschefer och MAS kontrollerar att avvikelser analyserats, åtgärdats och följs upp två gånger per år genom kontroll i avvikelsemodulen.
	Trygghetslarm	Rutin och projektplan Införande av nytt trygghetslarm på Vobo följs	Andriette Näslund	Var 5:e journal granskas efter införande av skyddsåtgärder två gånger per år.

9

Hälsa- och omsorgsförvaltningen
Inger Andersson
0479 - 52 83 00
Verksamhetsutveckl/MAS

Beslutsinstans:

Patientsäkerhetsberättelse 2022

Dnr HON 7.2.0 2023-00041

Förslag till beslut

Hälsa- och omsorgsförvaltningen föreslår Hälsa-och omsorgsnämnden
Att godkänna patientsäkerhetsberättelse för 2022.

Sammanfattning av ärendet

Beskrivning och sammanfattning av patientsäkerhetsarbete 2022.
Strategier för patientsäkerhetsarbete 2023

Barnkonsekvensanalys

Ej aktuellt i detta ärende.

Beslutsunderlag

Tjänsteskrivelse till patientsäkerhetsberättelse
Patientsäkerhetsberättelse 2022

Beslutet ska skickas till

Helena Ståhl Förvaltningschef HoS. Verksamhetschef HSL
Inger Andersson MAS
Andriette Näslund Områdeschef
Mensur Numanspahic Områdeschef

Chef
Titel

Inger Andersson
Verksamhetsutveckl/MAS



Patientsäkerhetsberättelse

2022

2023-03-01

Inger Andersson
Medicinskt ansvarig sjuksköterska

Mallen är framtagen av Sveriges Kommuner och Landsting, reviderad 181017

Innehåll

SAMMANFATTNING	3
INLEDNING.....	4
STRUKTUR.....	4
PROCESS.....	11
RESULTAT OCH ANALYS.....	12
MÅL OCH STRATEGIER FÖR KOMMANDE ÅR 2023.....	25

SAMMANFATTNING

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

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

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

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

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

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

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

INLEDNING

Enligt patientsäkerhetslagen PSL ska vårdgivaren skriva en patientsäkerhetsberättelse årligen. Syftet med patientsäkerhetsberättelsen är att det ska framgå hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits under föregående kalenderår, vilka åtgärder som vidtagits för att öka patientsäkerheten samt vilka resultat som uppnåtts.

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

STRUKTUR

Övergripande mål och strategier

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

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

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

Organisation och ansvar för patientsäkerhetsarbetet

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

Hälsa- och omsorgsnämndens ansvar

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

Verksamhetschefen HSL ansvar

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

kunna styra, följa upp och utveckla verksamheten.

Områdeschefens ansvar

Följa upp och svara för att verksamheten tillgodoser hög patientsäkerhet och god kvalitet i vården. Leda och utveckla verksamheten tillsammans med övriga ledningsfunktioner. Ansvara för att inom ramen för verksamhetens ledningssystem vara drivande i det systematiska kvalitetsarbetet och för att processer och rutiner gällande hälso- och sjukvården är väl kända i strategiska ledningsgrupper i hälso-och sjukvårdens verksamheter.

Medicinskt ansvarig sjuksköterskas (MAS) ansvar

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

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

Enhetschefens ansvar

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

Hälso- och sjukvårdspersonalens ansvar

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

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

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

<http://kfsk.se/socialtjanst/wp-content/uploads/sites/4/2015/04/Avtal->

[om-ansvarsfo%CC%88rdelning-och-utveckling-avseende-ha%CC%88lso-och-sjukva%CC%8Arden-i-Ska%CC%8Ane.pdf](#)

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

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

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

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

[Nära Vård - Vårdsamverkan Skåne \(xn--vrdsamverkanskne-dobn.se\)](#)

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

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

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

Under 2022 har operativa tjänstemannaberedningen arbetat med följande område:

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

Lokal samverkan

I samverkansflödet finns därefter lokal samverkan. Ovan beskrivna samverkansforums strategiska arbete ska mynna ut i aktivitet, lokalt i var kommun. Representant i kommunen är sammankallande till möte på lokal plan. Det är regelbundna möten, månadsvis, med representanter från vårdcentralerna, närsjukvården Hässleholms sjukhus, psykiatrin Kristianstad, Avancerad sjukvård i hemmet (ASIH) samt enhetschefer (EC) chefer och medicinskt ansvarig sjuksköterska i Osby (MAS).

RIVÖ

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

Övrig samverkan

- Samverkan Hjälpmedelscentrum östra Skåne (HÖS)
- Samverkan MAS /MAR (medicinsk ansvarig för rehabilitering) nordost
- Samverkan Högskolan Kristianstad
- Forskningsplattformen för hälsa i samverkan är en mötesplats för forskning och utveckling inom hälsa, vård och omsorg där utbyte av erfarenheter och kreativa idéer sker mellan nordost-kommunerna, Högskolan i Kristianstad och Region Skåne.
- MAS har varit representant i nätverket för nordöstra Skåne MAS/MAR, olika arbetsgrupper samt LPR -psykisk hälsa
- Samverkan Sirius med fokus på funktionsnedsättningar

Mina planer -systemverktyg

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

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

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

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

IHOPA

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

Läkarmedverkan

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

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

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

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

Vid behov av akuta hembesök under dagtid då vårdcentralerna bedömer att de inte har möjlighet att göra hembesök hos de patienter som är inskrivna i mobila team, kan mobila läkarstöd (se nedan) från

Hässleholms sjukhus alternativt Falck Ambulans AB kontaktas. Falck ambulans, hembesöksbil har Region Skånes uppdrag att ansvara för akuta hembesök dygnet runt. Detta gäller såväl inom särskilt som ordinärt boende.

Mobilt läkarstöd Hässleholms sjukhus

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

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

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

Patienters och närståendes delaktighet

Patientlag 2014:821

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

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

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

Socialstyrelsens öppna jämförelser

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

Här finns undersökningen i sin helhet:

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

Samverkan med medborgare i övrigt

Verksamheten ska ha ett öppet förhållningssätt genom att

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

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

Samverkan i patientsäkerhetsarbete under året med Covid19

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

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

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

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

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

Rapporteringsskyldighet

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

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

Synpunkter och klagomål

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

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

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

PROCESS

Åtgärder för att öka patientsäkerheten

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 2

Risikanalyser

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

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

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

Utredning av händelser – vårdskador

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

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

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1§

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

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

Uppföljning genom egenkontroll

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

Egenkontroll	Omfattning	Källa
Vårdrelaterade infektioner	1 gång per år	PPM-databasen HALT- Senior alert, ej under de senaste åren av hänsyn till hög arbetsbelastning pga.

		covid.
Basala hygienrutiner och klädregler	1 gång per år	PPM -databas via SKR
Hygienronder	1 gång per år	Ej genomfört under 2022. Tät samverkan med Vårdhygien Skåne
Patientsäkerhetsdialoger - RIVÖ	2 ggr /termin	Protokoll. Nystart under 2022
Avvikelser	Kontinuerligt	Avvikelsehanteringssystemet
Trycksår	1 gång per år	Senior alert PPM
Patientens klagomål och synpunkter	2 gånger per år	Patientnämnden, IVO, avvikelshanteringssystemet
Nattfasta	1 gång per år	Nattfastemätning
Kvalitetssäkring läkemedelshandling	1 gång per år	Rapport av extern granskare.

RESULTAT OCH ANALYS

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

Läkemedelsgenomgångar

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

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

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

Nutrition

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

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

patienten ansvarar för att en riskbedömning sker enligt Senior Alert. För personer i riskzon ska åtgärdsprogram upprättas i teamsamverkan.

Nattfasta

Tiden från dagens avslutande måltid till nästkommande dags första måltid kallas nattfasta. Nattfastan bör ej överskrida 11 timmar. Om nattfastan blir längre ökar risken att kroppens byggstenar omvandlas till energi, vilket leder till förlust av viktiga proteiner. För lång nattfasta minskar även möjligheten att tillgodose individens energi- och näringsbehov. Äldre personer med lång nattfasta löper extra stor risk för undernäring.

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

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

Preventivt arbetssätt – senior alert

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

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

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

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

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

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

Fall och fallolyckor

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

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

Skadefördelning efter fall 2022



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

Munhälsa

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

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

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

BPSD

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

Totalt antal BPSD registreringar

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

Källa: BPSD-registret

Antal registreringar på respektive enhet

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

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

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

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

Palliativa registret

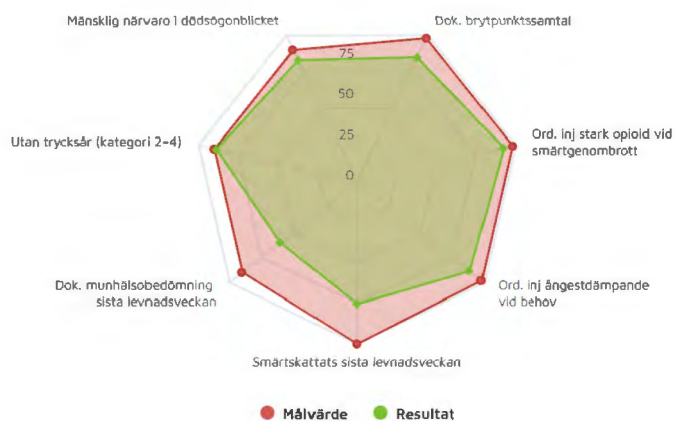
Det pågår ett strukturerat arbete för att förbättra vården i livets slutskede. I det arbetet används palliativregistret för att kunna följa resultat. I registreringen som görs efter dödsfallet registreras nedan kvalitetsindikatorer under den sista levnadsveckan. Mål är att bibehålla de goda resultat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

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

Källa: Palliativa registret. Värde i %

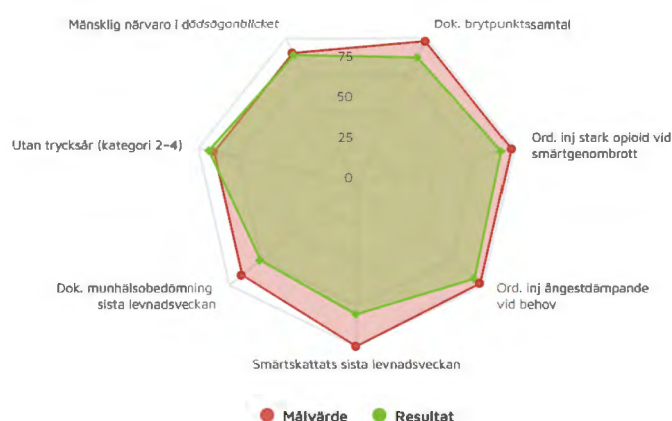
Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer

Period 2022-01 - 2022-12



Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer

Period 2019-01 - 2019-12



Antal patienter: 53st.

Antal patienter: 61st.

Förbättringsförslag 2023

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

Arbete med nationella punktprevalensmätningar

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

Nationell punktprevalensstudie av trycksår

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

Resultat 2018 – 2022:

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

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

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

Förbättringsförslag 2023

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

Nationell punktprevalensstudie av basala hygienrutiner och klädregler

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

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

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

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

Nedan visas tabell för de olika momenten i observationen.

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

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

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

Förbättringsförslag 2023

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

HALT

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

Förbättringsförslag 2023 att återinföra mätningen.

Avvikelser

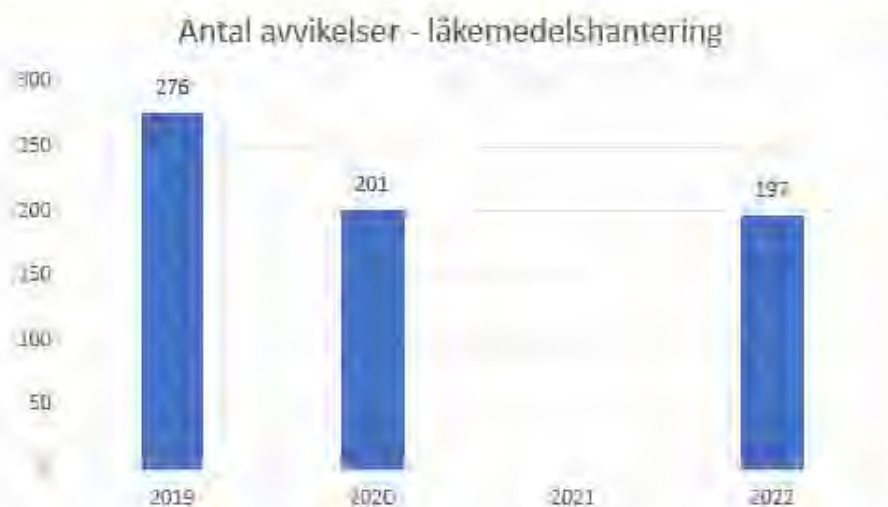
Genom att tidigt identifiera riskområden i vård och omsorg förebyggs fel och brister. För att följa verksamheter över tid är det viktigt att regelbundet samla in data. Egenkontrollen avser en regelbunden, systematisk uppföljning av verksamhetens planering, genomförande, resultat och förbättringsåtgärder.

Extern läkemedelsgranskning

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

Avvikelser angående läkemedelshantering

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



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

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

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

Under 2022 implementerades även digitalsignering vid läkemedelsöverlämning inom LSS verksamheten.

Externa avvikelser

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

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

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

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

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

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

Dokumentation

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

Journalgranskning

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

Delegering

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

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

Klagomål och synpunkter

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

Händelser och vårdskador

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

Följande har rapporterats in:

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

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

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

Medicintekniska produkter, MTP

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

Periodiskt underhåll

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

Övrig verksamhetsinformation

E-Hälsa och välfärdsteknik

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

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

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

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

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

E -Hälsa -Förbättringsförslag 2023

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

Uppsökande verksamhet

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

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

Screena för förmaksflimmer

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

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

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

Förbättringsförslag för 2023

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

MÅL OCH STRATEGIER FÖR KOMMANDE ÅR 2023

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

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

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

Kvalitetssäkring läkemedelshantering fortsätter via extern apotekare och revidering av riktlinje.

Hälso- och sjukvårdens handbok med rutiner och riktlinjer kommer revideras

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

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

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

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

Verktyget kan utgöra ett stöd för att:

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

10

Hälsa- och omsorgsförvaltningen
Inger Andersson
0479 - 52 83 00
Verksamhetsutveckl/MAS

Beslutsinstans:

Riktlinje Läkemedelshantering

Dnr HON 7.2.0 2023-00042

Förslag till beslut

Hälsa- och omsorgsförvaltningen föreslår Hälsa-och omsorgsnämnden
Godkänna reviderad Riktlinje läkemedelshantering.

Sammanfattning av ärendet

Reviderat i befintlig riktlinje, som är tagen 2019. Ändringarna är
gulmarkerade

Revideringar gjord efter extern kvalitetssäkring nov -22 av
läkemedelshantering på särskilt boende samt i hemtjänst /hemsjukvård

Barnkonsekvensanalys

Ej aktuellt i ärendet

Beslutsunderlag

Tjänsteskrivelse för riktlinje läkemedelshantering

Riktlinje läkemedelshantering

Beslutet ska skickas till

Helena Ståhl Förvaltningschef HoS. Verksamhetschef HSL

Inger Andersson MAS

Andriette Näslund Områdeschef

Mensur Numanspahic Områdeschef

Chef
Titel

Inger Andersson
Verksamhetsutveckl/MAS



OSBY
KOMMUN

Kommunal hälso- och sjukvård Läkemedelshantering

Riktlinjer



Beslutad av: Hälso- och välfärdsnämnden
Framtagen av: MAS Lina Bengtsson
Uppdaterad: 2023-02-01 Inger Andersson
MAS

Beslutsdatum: 2023-02-23
Dokumentansvarig: MAS
Diarienummer
2023-00042



Innehåll

1	Läkemedelshantering	6
2	Definitioner	6
3	Ledningssystem.....	7
3.1	Ansvar vid läkemedelshantering	7
3.2	Sjuksköterska med förskrivningsrätt	8
3.3	Sjuksköterska med ansvar för basläkemedelsförråd som Region Skåne tillhandhåller	8
3.4	Ansvar studerande:.....	8
3.5	Ansvar enhetschef (EC) oavsett lagrum	9
3.6	Ansvar vårdpersonal	9
4.	Behörighet att ordinera läkemedel	9
5	När den enskilde själv ansvarar för sin läkemedelshantering	9
6	Egenvård.....	10
6:1	Handräckning.....	10
7	Ställningstagande då sjuksköterska i kommunal vård och omsorg övertagit ansvaret för läkemedelshanteringen eller delar där av	11
7.	Ordination	11
7.1	Lämplighetsbedömning.....	12
7.2	Planering, uppföljning eller avslut av läkemedelsbehandling	12
7:3	Dokumentation av läkemedelsordinationer	12
7:4	Uppgifter som ska dokumenteras på en ordinationshandling	13
7.5	Läkemedelslista	13
7:6	Ordinationshandling Pascal	14
7:7	Samlad läkemedelsordination.....	14
7:8	Förvaring av ordinationshandling/läkemedelslista/signeringslistor mm	14
7:9	Patienter inom LSS i daglig verksamhet.....	14
8.	Omvårdnadsansvarig sjuksköterska ansvarar för att kopian är aktuell och att den byts ut direkt då originalet ändras.	15
9.	Generella direktiv om läkemedelsbehandling	15
10.	Justering av dos.....	16
11.	Överkänslighet	16
12.	Muntlig/telefon ordination	17
13.	Förvaring	17
13:1	Förvaring av läkemedel i ordinärt boende.....	18
13:2	Förvaring av läkemedel i särskilt boende oavsett lagrum (SoL, LSS).....	18
13:3	Samlat läkemedelsförråd	18
13:4	Kylskåp	19
13:5	Krämer salvor mm	19
14.	Ordningsställande, administrering och överlämnande av läkemedel	19

14:1 Hygieninstruktioner	19
14:2 Kontroll vid iordningsställande av läkemedel	20
14:3 Rimlighetsbedömning	20
14:4 Märkning av iordningsställda läkemedel	20
14:5 Dosettindelning	20
14:6 Dosdispenserade läkemedel	21
15. Administrering.....	22
15:1 Administrering/överlämnande av läkemedel till patient	22
15:2 Krossade läkemedel	22
15:3 Flytande läkemedel.....	23
15:4 Smärtplåster	23
15:5 Injektionsläkemedel	23
15:6 Läkemedel som administreras via sond.....	24
16. Vaccinationer.....	24
17. Oxygenbehandling.....	25
18. Naturläkemedel	25
19. Cytostatika.....	25
19:1 Peroral cytotostatikabehandling	25
19:2 Riskbedömning	26
19:3 Hygienrutiner	26
20. Vid behovs läkemedel.....	27
21. Akut behov av läkemedel i särskilda fall.....	27
22. Antikoagulantia	28
22:1 Vårdplan antikoagulantia behandling	28
22:2 Waran	28
22:3 NOAK – Nya Orala Antikoagulantia	29
23. Narkotika.....	29
23:1 Avräkningsjournal	29
23:2 Dosdispenserade läkemedel	30
23:3 Glasampull.....	30
24. Signering	30
25. Generika, likvärdigt generiskt läkemedel.....	31
26. Kortidsboende/växelvård	31
27. Överlämnande av läkemedel då patient byter vårdenhet	31
28. Kasserade läkemedel.....	32
29. Avlidnas läkemedel.....	32
30 Läkemedelsgenomgångar.....	32
31. Generella direktiv	33
31. Läkemedelsförråd – kommunal hemsjukvård (basförråd)	33
31:1 Lokal rutin för hantering av basförråd	34

32. Dokumentation	35
28:1 Läkarjournal	35
28:2 Hälso- och sjukvårdsjournal	35
33. Kvalitetssäkring	35

1 Läkemedelshantering

Allmänt

Grunden för läkemedelshantering inom den kommunala hälso- och sjukvården är att den ska vara individuellt anpassad och säker utifrån den enskildes sjukdom och personliga förutsättningar.

Utgångsläget är att den enskilde själv svarar för sina *ordinationer, omhändertagande samt förvaring av den egna medicinen*. Om ansvaret för läkemedelshantering har övertagits av den kommunala hälso- och sjukvården framgår det i 7 kap. 1 § patientsäkerhetsförordningen ([2010:1369](#)) att den som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen på ett betryggande sätt ska förvara, hantera och i förekommande fall dela ut läkemedel som han eller hon har hand om. Ett nära samarbete mellan den kommunala hälso- och sjukvården och ordinerande läkare är mycket viktigt gällande läkemedelshantering.

Rutin för läkemedelshantering bygger på [HSLF-FS 2017:37](#), Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården.

FASS är läkemedelsindustrins gemensamma läkemedelsförteckning och finns på nätet, [fass.se](#)

2 Definitioner

Ordinationsorsak: indikation som den som ordinerar som skäl till en viss ordination.

Ordination: beslut av hälso- och sjukvårdspersonal som är avsett att påverka en patients hälsotillstånd genom en hälso- och sjukvårdsåtgärd.

Generellt direktiv om läkemedelsbehandling: beslut om läkemedelsbehandling som gäller patienter på en viss vårdenhets och vid särskilt angivna tillstånd.

Iordningställande av läkemedel: färdigställande av ett ordinerat läkemedel inför administrering.

Administrering av läkemedel: tillförsel av läkemedel till kroppen (övervaka intag)

Överlämnande av läkemedel: ett läkemedel som ska tillföras till en patient lämnas över till patienten själv eller till en tredje person som administrerar läkemedlet (lägga fram och patienten tar själv).

3 Ledningssystem

Vårdgivaren ska fastställa rutiner och processer för läkemedelshantering så att följsamhet till lagar och föreskrifter efterföljs. Som ett led i egenkontrollen ska vårdgivaren säkerställa att hanteringen av läkemedel i verksamheten regelbundet genomgår en extern kvalitetsgranskning. Den externa kvalitetsgranskningen bör utföras minst en gång per år.

3.1 Ansvar vid läkemedelshantering

Ansvar hälsa- och välfärdsnämnden:

- Erbjud en god och säker sjukvård
- Vård av god kvalitet
- Tillgodose patienternas behov av trygghet i vården och behandlingen.

Ansvar Medicinskt Ansvarig Sjuksköterska (MAS)

- Att det finns sådana rutiner att kontakt tas med läkare eller annan hälso- och sjukvårdspersonal när en patients tillstånd fordrar det.
- Att beslut om att delegera ansvar för vårduppgifter är förenliga med säkerheten för patienterna.
- Att anmälan görs enligt gällande lagstiftning samt till den nämnd som har ledningen av hälso- och sjukvårdsverksamheten, om en patient i samband med vård eller behandling drabbas av eller utsatts för risk att drabbas av allvarlig skada eller sjukdom.
- Fortlöpande följa upp läkemedelshantering inom verksamhetsområdet och säkerställa att rutinerna och ansvarsfördelningen tillgodoser kvaliteten och säkerheten i vården.
- Fastställa ändamålsenliga riktlinjer /rutiner och entydigt fördela ansvaret för läkemedelshantering inom verksamhetsområdet.
- Rutiner och ansvar ska dokumenteras i en instruktion för läkemedelshantering.

Ansvar patientansvarig läkare/(vårdcentral :

- Ordinera läkemedel till varje enskild patient, ge anvisningar om patientens vård och behandling samt följa patientens tillstånd om så behövs.
- Bedöma huruvida patienten klarar att själv sköta sina läkemedel. Om så uppenbart inte är fallet, eller om läkaren är tveksam, skall kontakt tas med omvårdnadsansvarig sjuksköterska (OAS) i den kommunala hälso- och sjukvården.
- Samordna patientens vård, tex ordinationer från olika läkare.
- I patientens journal ska finnas uppgift om vem som är ansvarig läkare/vårdcentral

Ansvar omvårdnadsansvarig sjuksköterska (OAS):

- Hålla nödvändig kontakt med läkare.
- Upprätta vårdplan för läkemedelshantering för vilka delar av läkemedelshantering sjuksköterska ansvarar för, när och hur utvärdering och återkoppling till förskrivare ska ske samt effekten av ordinerade behandlingar. Uppföljning på plats hos patient ska ske minst en gång i månaden samt vid behov.
- Känna till indikationen för behandlingen samt förstå verkningsmekanismerna.
- Behärska metoder, avseende läkemedelshantering, för undervisning av patienten/anhörig samt i förekommande fall vårdpersonal.
- Ansvara för förvaring, iordningställande och administrering av läkemedel till patienten.
- Ansvara för att bevaka hållbarhetsdatum, kassera läkemedel som blivit för gamla.
- Då författningen tillåter, delegera enskilda uppgifter i fråga om läkemedelshantering till vårdpersonal.
- Ha tillsynsansvar över sjuksköterskestuderande som iordningsställer och administrerar läkemedel.

3.2 Sjuksköterska med förskrivningsrätt

- Följa Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2001:16) om kompetenskrav för sjuksköterskor vid förskrivning av läkemedel.

3.3 Sjuksköterska med ansvar för basläkemedelsförråd som Region Skåne tillhandhåller

- Rekvirera läkemedel.
- Upprätthålla ordning i läkemedelsförrådet.
- Delta i extern kvalitetsrevision.
- Åtgärda eventuella påpekanden vid revision i samråd med enhetschef efter gällande rutin.
- Utföra kontroll av narkotikaklassificerade läkemedel tillsammans med annan sjuksköterska.

3:4 Ansvar studerande:

- Iordningsställa och administrera läkemedel under tillsyn av leg. sjuksköterska.

3.5 Ansvar enhetschef (EC) oavsett lagrum:

- Fastställa att lokala rutiner och ansvarsområde avseende läkemedelshantering är kända och tillämpas i verksamheterna till berörd personal.
- Säkerställa att vårdpersonalen fortlöpande får information och utbildning samt skolas in i de tekniker som kommer till användning i läkemedelshantering.

- Arbeta med förbättringsarbete genom avvikelser från författningar, lokala rutiner, instruktioner och i övrigt oönskade händelser, t ex att tillgrepp av läkemedel rapporteras enligt riktlinje för systematiskt förbättringsarbete.
- Delta vid kvalitetsgranskning av extern utförare.
- Utse sjuksköterska för kontroll av narkotika (Gäller EC för SSK).
- Utser sjuksköterska med särskilt ansvar för basläkemedelsförråd.

(Gäller EC för SSK).

3.6 Ansvar vårdpersonal:

- Vid delegering biträda legitimerad sjuksköterska och betraktas då som hälso- och sjukvårdsvårdpersonal och omfattas av Patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659).
- Ansvara för hur arbetsuppgifterna fullgörs.
- Rapportera avvikelser i läkemedelshantering enligt gällande rutin för systematiskt kvalitetsarbete.
- Rapportera till sjuksköterska om patientens tillstånd förändras.

4. Behörighet att ordinera läkemedel

Behörighet att ordinera läkemedel har den hälso- och sjukvårdspersonal som är behörig att förskriva ett läkemedel enligt angivna författningar. (HSLF-FS 2016:34). Sjuksköterskors behörighet att förskriva läkemedel framgår i (SOSFS 2001:16).

5 När den enskilde själv ansvarar för sin läkemedelshantering

Utgångsläget är att den enskilde själv svarar för omhändertagande och förvaring av de läkemedel som ordinerats denne samt för den egna medicineringsen. För att läkemedelshantering ska vara säker, måste den enskildes förmåga att sköta sina läkemedel själv bedömas individuellt. För att kunna dra gränsen mellan hälso- och sjukvård eller egenvård måste som regel patientens ansvarige läkare göra en bedömning av vilka åtgärder som kan anförtros åt patienten eller anhöriga efter enklare instruktion.

6 Egenvård

För att läkemedelshantering ska vara säker, måste den enskildes förmåga att sköta sina läkemedel själv bedömas individuellt. För att kunna dra gränsen mellan hälso- och sjukvård och egenvård måste läkare/förskrivare göra en bedömning vilka åtgärder som kan anförtros patient eller anhörig efter enklare instruktion. Som grund finns Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (2009:6). Bedömning av om en hälso- och sjukvårdsåtgärd kan utföras som egenvård.

I andra fall ska Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården tillämpas HSLF-2017:37

6:1 Egenvård

I möjligaste mån strävas efter att kommunens hälso- och sjukvård övertagit ansvaret då vårdpersonal överlämnar läkemedel.

Person som själv klarar att ta ansvar för sin läkemedelshantering men är i behov av handräckning kan ansöka om hjälp från socialtjänsten eller enligt LSS för att t.ex. få hjälp med handräckning. Detta gäller även personer i särskilt boende. Handräckningen kan bestå i att öppna en burk, riva av en dospåse och lägga tablettorna i en kopp på bordet, eller påminna att ta läkemedel. Personen ska vara helt klar och adekvat samt veta precis vilka läkemedel som personen ska ha, hur de ska tas och när de ska tas. Dessa personer omfattas inte av föreskriften HSLF-FS 2017:37.

I de fall anhöriga har ansvaret för läkemedelshantering genom ett egenvårdsbeslut och vill ha hjälp med överräckning ska detta beviljas som SoL-insats av biståndshandläggare. I beslutet ska tydligt framgå vad som är vårdpersonalens uppgift. Kopia på intyg från ansvarig läkare som tagit ställning till egenvården ska bifogas biståndshandläggaren inför beslut. Anhörigas egenvård kan inte överlämnas till personal utan ordinator behöver skriva egenvårdsintyg som gäller för personalen. Signering krävs inte vid dessa tillfällen då kommunens hälso- och sjukvård inte övertagit ansvaret för medicineringen. Signeringslista kan användas som arbetsredskap till hjälp för den personal som överlämnar läkemedel. I dessa fall upprättas listan av vårdpersonal i samråd med berörd enhetschef.

7 Ställningstagande då sjuksköterska i kommunal vård och omsorg övertagit ansvaret för läkemedelshantering eller delar där av

Då den enskilde inte själv kan förvara sina läkemedel eller klara sin medicinerings övertas ansvaret för detta av kommunens personal. Det är patientansvarig läkare som avgör om kommunens personal ska överta läkemedelshantering. **Det ska finnas en lokal rutin för läkemedelsprocessen på vart hemsjukvårdsområde/ SÄBO.**

- Vilken del av läkemedelshantering som sjuksköterskan har ansvar för ska dokumenteras som vårdplan i patientens hälso- och sjukvårdsjournal.
- Sjuksköterskan ansvarar för att följa effekten av givna läkemedel, följa upp vidbehovs medicinerings samt eventuella biverkningar och att rapportera dessa till ansvarig förskrivare efter dennes direktiv. När uppföljning ska ske ska specificerat framgå i vårdplan.
- Sjuksköterska som övertagit ansvaret för läkemedelshantering ska följa upp behandlingen enligt ovan samt se över ordinationshandlingar och signeringslistor. **Städning där läkemedel förvaras ska ske minst en gång i månaden hos patienten. OAS eller kontaktperson, utför detta, vilket ska framgå i den lokala rutinen för läkemedelsprocessen. Samt finnas dokumenterat i vårdplanen.**
- Läkemedelsbehandling under tvång är ej tillåten. Även en person med kognitiv nedsättning måste respekteras. För livsnödvändiga läkemedel såsom tex hjärtmedicin eller insulin ska särskilt ställningstagande göras av behandlande läkare.

- Vårdpersonalen ska alltid kontakta sjuksköterska när närstående vill att läkemedel ska ges utanför ordinerade. Det gäller även receptfria läkemedel. Inga läkemedel ska ges utan ordination, gäller även utvärtes läkemedel som tex salvor eller gel.
- Försök få in alla patienter på dosdispenserade läkemedel.
- Om det inte går med dos så kan man lägga in patienten i Pascal utan dos, d.v.s. lägga in allt under ”Stående originalpreparat”.

7. Ordination

Vård och behandling ska bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet samt så långt det är möjligt utformas och genomförs tillsammans med patienten.

Ordination av läkemedel får endast göras av läkare samt av sjuksköterska med förskrivningsrätt. Huvudregeln är att ordinationen ska vara skriftlig och styrkas med signum. Ordinationen ska omfatta:

- Läkemedlets namn
- Beredningsform
- Styrka
- Administrationssätt
- Dosering
- Tidpunkt för administrering
- Indikationer

7.1 Lämplighetsbedömning

Den som ordinerar ett läkemedel ska säkerställa att ordinationen är lämplig i förhållande till patientens behov. Lämplighetsbedömning ska utföras vid såväl insättning, utsättning, ändring eller vid förlängning av läkemedel. För ordination till barn rekommenderas specifika it-stöd som tar hänsyn till barnens behov. Hänsyn ska vid varje ordination tas till:

- Hälsotillstånd
- Ålder
- Kön
- Läkemedelsanvändning
- Pågående behandling och utredning
- Överkänslighet mot läkemedel
- Eventuell graviditet och amning
- Kontraindikationer

7.2 Planering, uppföljning eller avslut av läkemedelsbehandling

Den som ordinerar ett läkemedel ska planera för uppföljning av ordinationen. I detta ingår att bestämma tidpunkt för ställningstagande till eventuell fortsättning av behandling alternativt avslut av behandling.

7:3 Dokumentation av läkemedelsordinationer

- Läkemedelsordinationer ska dokumenteras i förskrivares patientjournal samt på ordinationshandling.
- Elektronisk läkemedelsordination (Pascal) ska eftersträvas. Patienter som har stående originalförpackning och som har läkemedel i ordningsställda i dosett kan ha Pascal. Likaså om de önskar hämta ut läkemedel på apotek och inte ha inköp av läkemedel på faktura.
- Endast ett original av ordinationshandlingen får förekomma för att minska riskerna för att ogiltig ordinationshandling används.
- Förvara originalet i sjuksköterskans journal och ha kopian i patientens pärm. Inget ska skrivas på kopian utan den är en kopia av originalhandlingen. Sjuksköterskan SKA kontrollera att inget är skrivet direkt på kopian. Arkivera sjuksköterskans ex. Om något ändå skulle vara skrivet på kopian så ska även denna arkiveras. Originalen ska följa patienten vid läkarbesök osv. Om originallistan skickas med patienten vid läkarbesök eller sjukhusvistelse, ta kopia och förvara i journalen. Ange ”kopia pga läkarbesök” på den. Detta för att kunna svara om frågor kring patientens läkemedelsbehandling kommer från tex annan vårdgivare.
- OBS! Signeringslistan är ingen ordinationshandling och personalen måste ALLTID kontrollera ordinationshandling innan läkemedel ges. E-läkemedel används ENDAST för signering.

7:4 Uppgifter som ska dokumenteras på en ordinationshandling

- läkemedelsnamn eller aktiv substans
- läkemedelsform
- läkemedlets styrka
- dosering,
- administreringsätt
- administreringstillfällen
- läkemedelsbehandlingens längd
- ordinationsorsak,
- när och hur läkemedelsbehandling ska följas upp eller avslutas,
- i förekommande fall, anledningen till att läkemedlet inte får bytas ut mot ett likvärdigt läkemedel
- övriga uppgifter av vikt som behövs för en säker hantering av läkemedlet
- doseringen kan t.ex. anges i antal tabletter eller andra avdelade läkemedelsdoser per tidsenhet, eller volym per doseringstillfällen.

Vid dokumentation av en läkemedelsordination ska internationella enheter förkortas med E.

7.5 Läkemedelslista

Med läkemedelslista menas, ”gul lista”, utskrivningsmeddelande, lista från PMO eller liknande.

Kopia på läkemedelslista ska förvaras i patientjournalen. Det ska klart framgå att det är en kopia, datum för när kopian togs samt namn på vem som tagit kopian.

Omvårdnadsansvarig sjuksköterska ansvarar för att kopian är av aktuell läkemedelslista och att den byts ut direkt då originalet hemma hos patienten ändras.

7:6 Ordinationshandling Pascal

- Ordinationsunderlag för dosdispenserade läkemedel ska finnas hos patienten och bytas ut vid förändring.
- Dosrecept gäller inte som ordinationsunderlag utan fungerar som recept

7:7 Samlad läkemedelsordination

Samlad läkemedelsordination får enligt författning inte upprättas av sjuksköterska. Har patienten inte Pascallista gäller utskrivningsinformationen fram till första ändring. Då är det patientens ansvariga läkare på primärvården som ska vara behjälplig med en samlad ordinationshandling. Den 1 maj 2021 trädde lagen om Nationell läkemedelslista i kraft. Den ska ge hälso- och sjukvården, apoteken och patienten en samlad bild av förskrivna och uthämtade läkemedel. Denna kommer att utvecklas i etapper och när det blir aktuellt i kommunal hälso- och sjukvård uppdateras rutinen.

7:8 Förvaring av ordinationshandling/läkemedelslista/signeringslistor mm

Hos patient som har någon form av insats gällande läkemedel, ska ordinationshandling, signeringslista (reserv om sign-it ej fungerar), signaturförtydligande, eventuell narkotikajournal, blankett för administrering av läkemedel vid akuta behov i särskilda fall, eventuella recept och annat som kan vara av vikt, förvaras samlade i anslutning till läkemedlen i pärm.

- På särskilt boende samt gruppboende inom LSS finns avsedd kontaktpärm.
- I ordinärt boende finns flik för HSL i kontaktpärmen.
- Tackar patient i ordinärt boende nej till kontaktpärm, eller patient som enbart har insatser från hälso- och sjukvården, ska papper som berör hälso- och sjukvård förvaras i ”HSL pärm” som används på SÄBO/LSS. HSL pärmen ska förvaras i anslutning till läkemedel. Denna pärm är ett arbetsredskap för att kunna hantera läkemedel patientsäkert och kan inte väljas bort av den enskilde då sjuksköterskan övertagit hela ansvaret för hanteringen av läkemedel.

- Omvårdnadsansvarig sjuksköterska ansvarar för att innehållet i pärmarna är aktuellt. Innehållet i pärmarna ska bytas ut snarast om inaktuellt.

7:9 Patienter inom LSS i daglig verksamhet

Ansvarig sjuksköterska för daglig verksamhet ska vara utsedd och känd i verksamheten. För patienter som deltar i daglig verksamhet och som får läkemedel där som överlämnas av delegerad vårdpersonal ska omvårdnadsansvarig sjuksköterska upprätta signeringslistor samt kopia på aktuell ordinationshandling.

- Ansvarig sjuksköterska utsedd för daglig verksamhet ska i samråd med enhetschef för daglig verksamhet se till att läkemedelshantering sköts enligt gällande rutiner.
- I vårdplan för läkemedelshantering ska framgå var vårdpersonal på daglig verksamhet ska vända sig om/när vid behovsläkemedel behöver ges.
- Daglig verksamhet ansvarar för att läkemedel förvaras i låsbart skåp, oåtkomligt för obehöriga, i lådor/korgar märkta med patientens namn och personnummer.
- Daglig verksamhet ansvarar för att kopia på ordinationshandling och aktuella signeringslistor förvaras i anslutning till läkemedelsskåp, oåtkomlig för obehöriga, samlade i mapp märkt med patientens namn. Vid behov även förbrukningsjournal för narkotika.
- Läkemedel som ges vid akuta behov kan förvaras i väska som medföljer patienten, detta ska klart framgå och dokumenteras i patientens hälso- och sjukvårdsjournal.
- Signeringslistor skickas i slutet av varje månad med internpost till omvårdnadsansvarig sjuksköterska, som ansvarar för att signeringslistorna samlas in och förvaras i patientens journal.
- Delegerad personal på daglig verksamhet ansvarar för att var tredje månad kontrollera utgångsdatum på läkemedel som förvaras på daglig verksamhet eller i medföljande väska.
- När utgångsdatum närmar sig kontaktas personal på gruppbestaden för att få läkemedlet utbytt. Kasserade läkemedel förvaras enligt gällande rutin och överlämnas till OAS för återlämnande till apoteket

8. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska ansvarar för att kopian är aktuell och att den byts ut direkt då originalet ändras.

- Sjuksköterska som mottar en uppdaterad läkemedelslista ansvarar för att kopian uppdateras. OBS! Inget får skrivas på kopian.
- Omvårdnadsansvarig sjuksköterska ansvarar för att signeringslistorna samlas in och förvaras i patientens journal.

9. Generella direktiv om läkemedelsbehandling

Endast läkare får utfärda generella direktiv om läkemedelsbehandling. Ett generellt direktiv ska utfärdas restriktivt, omprövas återkommande, vara skriftligt och innehålla uppgifter om:

- läkemedelsnamn eller aktiv substans,
- läkemedelsform,
- läkemedlets styrka,
- dosering,
- maxdos,
- administreringsätt,
- indikationer och kontraindikationer, och
- antalet tillfällen som läkemedlet får ges utan att en läkare kontaktas.

Innan ett läkemedel med stöd av ett generellt direktiv om läkemedelsbehandling iordningställs och administreras eller överlämnas till en patient ska en sjuksköterska:

- göra en bedömning av patientens behov av läkemedlet
- kontrollera läkemedlets indikation och kontraindikationer
- Bedömningen ska dokumenteras i patientjournalen

10. Justering av dos

För hälsa- och välfärdsförvaltningen gäller att justering av dos får utföras av sjuksköterska till de läkemedel som ingår i förskrivningsrätt enligt Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2001:16). Vidare gäller även att justeringen ska utföras på avsedd ordinationshandling och dokumenteras i hälso- och sjukvårdsjournalen. Ska ej förväxlas med ramordinationer från ordinator.

11. Överkänslighet

Varningsmärkning ska av behandlande läkare göras i de fall patienterna har en allvarlig säkerställd överkänslighet mot läkemedel eller annat ämne som kan ge allvarliga eller livshotande reaktioner. Patienten ska utrustas med skriftlig information om sin överkänslighet.

- I Treserva ska det dokumenteras i Uppmärksamhetssymbolen ska det finns en överkänslighet, vilken grad det är samt vad överkänsligheten gäller. Om överkänsligheten inte finns som valbar så skrivs den i pennan till höger istället. Uppmärksamhetssymbolen ”tänds upp” så att det syns tydligt att det finns något viktigt att läsa, varningarna syns även i SOL- delen av Treserva.

Tjänstgörande sjuksköterska som tar emot information om eventuell överkänslighet ansvarar för att detta dokumenteras och att berörd vårdpersonal blir informerad.

12. Muntlig/telefon ordination

- Får användas vid tillfälle då patienten behöver omedelbar behandling.
- Tjänstgörande sjuksköterska ska ta emot ordinationen, skriva den på ordinationshandling, där även datum, tidpunkt, fullständigt namn på ordinerande läkare och mottagande sjuksköterska ska signera.
- Utöver ovanstående ska tjänstgörande sjuksköterska dokumentera de uppgifter som ska dokumenteras på en ordinationshandling.
- Fax med signerad ordination och namnförtydligande ska om möjligt följa ordinationen eller en signerad journalanteckning som skickas snarast.
- På särskilda boende signerar läkare i efterhand.
- Alla ordinationer/ändringar ska skrivas med arkivbeständigt bläck.

13. Förvaring

Läkemedel ska förvaras enligt tillverkarens anvisningar på förpackningarna. *Vid behov se läkemedelsverkets skrift, Svensk läkemedelsstandard 2015.1 Förvaring, märkning, lagrings- och användningstider för läkemedel.* Läkemedel ska förvaras oåtkomligt för obehöriga. När kommunens hälso- och sjukvård har övertagit ansvaret för hela läkemedelshantering i någon av kommunens verksamheter ska dessa förvaras i låsbart skåp, i patientens lägenhet alternativt i låst läkemedelsrum.

13:1 Förvaring av läkemedel i ordinärt boende

I det ordinära boendet ansvarar den enskilde själv för säker förvaring av läkemedel. Då kommunens hälso- och sjukvård övertagit ansvaret för läkemedelshantering ska låst skåp användas. Kodlås med kommunövergripande kod bör eftersträvas. Den enskilde ansvarar för att köpa hem detta. Om läkemedlet av någon anledning inte kan förvara hos patienten ska detta klart framgå och dokumenteras i patientens hälso- och sjukvårdsjournal. Även vem som gjort överenskommelsen ska dokumenteras. Beslutet ska kontinuerligt utvärderas och omprövas.

- Om läkemedel inte får plats i låst skåp hos patienten får prioritering göras vilka läkemedel som måste låsas in i förhållande till narkotiska preparat och stöldbegärlighet. Pågående dosett och dosrulle som vårdpersonal hanterar ska alltid vara inlåst. Strävan ska alltid vara att samtliga läkemedel förvaras inlåsta. Om dosrullar förvaras i hemtjänstlokal ska de signeras vid emottagande, förvaras inlåsta samt signeras när de överlämnas hos patienten.

13.2 Förvaring av läkemedel i särskilt boende oavsett lagrum (SoL, LSS)

- Vid förvaring i patientens läkemedelsskåp ska aktuella läkemedel samt vid behovsläkemedel förvaras separerade. Ej aktuella läkemedel ska förvaras i märkta plastbackar eller lämnas åter till apoteket.
- Brytdatum ska skrivas på insulinpennor, flytande, ögondroppar och salvor eller annat läkemedel för utvärtes bruk. Ska även märkas med patientens namn och personnummer. Etikettskrivare eller små klisterlappar kan användas.
- Stora mängder narkotika klassade/stöldbegärliga preparat ska förvaras med restriktivitet i patientens skåp. Lämpligt är att förvara som mest 14-dagarsförbrukning i patientens skåp, den större mängden förvaras i läkemedelsförråd på sjuksköterskeexpeditionen i märkta boxar.

13:3 Samlat läkemedelsförråd

- Endast i undantagsfall, vid speciella omständigheter, exempelvis vid risk för inbrott i låst skåp, ska individuellt förskrivna läkemedel förvaras i samlat läkemedelsförråd.
- På Rönnebacken /Spången/Bergfast ska läkemedlen förvaras åtskilda från basläkemedelsförrådet.
- Läkemedel ska förvaras i plastbackar märkta med patientens namn och personnummer.
- Anledningen till att läkemedlen inte kan förvara hos patienten ska klart framgå och dokumenteras i patientens hälso- och sjukvårdsjournal. Även vem som gjort överenskommelsen ska framgå av berörd sjuksköterska. Beslutet ska kontinuerligt utvärderas och omprövas.

Samlat Läkemedelsförråd -närrförråd ansvar

- OAS ansvarar för städning 1g/m. Kontrollräkning av narkotika samt utgångsdatum. Ombesörjer att ett mindre lager finns av de vanligaste läkemedel från basförrådet.

13:4 Kylskåp

- Läkemedel som kräver kylförvaring och behöver förvaras ute hos patient förvaras i plastlåda med lock i patientens kylskåp. Riskbedömning krävs.
Temperaturkontroll och dokumentation av temperaturen ska ske regelbundet. Minimum 1 gång/vecka. På SÄBO. Om möjligt i OB

13:5 Krämer salvor mm

- Efter riskbedömning kan mjukgörande krämer/salvor, som används regelbundet, i begränsad omfattning, förvaras utanför låst skåp. Detta gäller även för större skrymmande förpackningar med bulkmedel.

14. Iordningsställande, administrering och överlämnande av läkemedel

Iordningsställande av läkemedel = Färdigställande av ett ordinerat läkemedel inför administrering

Administrering av läkemedel = tillförsel av läkemedel till kroppen

Överlämnande av läkemedel = läkemedel som lämnas till patient själv eller till en tredje person som administrerar läkemedlet

Läkemedel ska iordningsställas av sjuksköterska. Undantaget är de läkemedel som måste iordningsställas i direkt anslutning till administrering vilket efter riskbedömning kan utföras av delegerad vårdpersonal. All iordningsställande, administrering eller överlämnande av läkemedel ska ske efter läkemedelsordination där det framgår vem som ordinerat samt datum för ordination.

Delegering av läkemedelshantering får endast ske om det är förenligt med god och säker vård. V.g. se rutin för delegering.

14:1 Hygieninstruktioner

- Vid all tillredning av läkemedel är det viktigt att arbetet sker aseptiskt så att risken för kontamination av läkemedlet minimeras.
- Personalen ska aldrig ta läkemedel direkt i handen. Använd läkemedelsmugg, läkemedelssked eller engångshandskar (som ska bytas innan).
- Utför noggrann desinfektion av händerna före all hantering av läkemedel.
- Använd handdesinfektionsmedel före och efter överlämnande av läkemedel.
- Se till att handdesinfektion finns lättillgängligt där läkemedel hanteras.
- Utför regelbunden städning där läkemedel förvaras och hanteras.

14:2 Kontroll vid iordningsställande av läkemedel

Den som iordningsställer läkemedlet ska mot den dokumenterade ordinationen kontrollera:

- patientens identitet
- läkemedelsnamn eller aktiv substans
- läkemedelsform

- läkemedlets styrka
- dosering
- administreringsätt
- administreringstillfällen

14:3 Rimlighetsbedömning

Den person som iordningställer ett läkemedel ska enligt gällande författning göra en rimlighetsbedömning av såväl den ordinerade som den iordningställda dosen.

Detta ställer höga kunskapskrav i de fall administrering av läkemedel delegeras till vårdpersonal.

14:4 Märkning av iordningsställda läkemedel

Ett iordningsställt läkemedel som inte administreras eller överlämnas omedelbart till patient ska märkas enligt följande:

- patientens identitet
- läkemedelsnamn eller aktiv substans
- läkemedlets styrka
- tidpunkten för iordningställandet
- tidpunkten för administreringen eller överlämnandet om det inte tydligt framgår av ordinationshandling
- vem som har iordningställt läkemedlet
- övriga uppgifter som kan behövas för en säker hantering av läkemedlet

14:5 Dosettdelning

- **Dosettdelning ska utföras av sjuksköterska** och får endast delegeras i undantagsfall efter samråd med MAS vid oundgängligt behov.
- Läkemedel delas enligt läkares/förskrivares ordination från originalhandling och ur originalförpackning för högst 14 dagar.
- Varje patient ska ha två dosetter märkta 1, 2. Delas var 14:e dag.
- Administrering sker ur dosetterna i nummerordning 1, 2.
- Patientens identitet, läkemedlets namn, styrka och läkemedlets form, dos och doseringstidpunkt ska överensstämma med ordinationen.
- Dosetten ska vara märkt med patientens namn och personnummer.

14:6 Dosdispenserade läkemedel

Målsättningen är att de patienter som omvårdnadsansvarig sjuksköterska, i samråd med läkare finner lämplig, ska ha sina läkemedel dispenserade i påsar. En förutsättning är att patientens läkemedel är stabilt.

- Dosleverantör ansvarar för att innehållet i obruten förpackning är riktig.
- Sjuksköterska ansvarar för att, vid all leverans av dosrullar, kontrollera mot ordinationshandling vid ordinationsändringar, vid ny patient samt se över läkemedel som ska administreras utanför dospåsarna i stående originalförpackning. Sjuksköterskans signerar på ordinationshandlingen.
- Anledningen till att inte dosreceptet ska användas är för att detta är att likställa med ett recept. Läkemedel som inte längre är ordinerade på ordinationshandling kan finnas kvar på dosreceptet.
- Vid varje leverans av dosrullar medföljer ”beskrivning av dina läkemedel”. På baksidan alternativt underst på sidan finns recept med kort giltighet. Sjuksköterska som packar upp leverans av rullar ansvarar för kontroll om läkemedel behöver förnyas och ansvarar för att förmedla detta till ordinerande läkare. I Pascal framgår även en påminnelse i form av en flagga, 11 veckor innan giltigheten går ut.
- Det är i 1: a hand OAS som ska dela ut dosrullarna. Vårdpersonal som är trygga med uppgiften, kan i undantagsfall dela ut dosrullarna, efter att tjänstgörande sjuksköterska kontrollerat. Signering av utlämnad rulle görs i så fall på SÄBO på signeringslista, i OB i sign-it.
- Vid läkemedelsändringar till patienter med dosdispenserade läkemedel ska i första hand tilläggsdoser beställas.
- Måste påsarna brytas ansvarar den sjuksköterska som bryter påsarna, för innehållet samt för att ordinationen följs. Dokumentation ska ske på såväl påsarna som i journalen.

15. Administrering

Läkemedel ska iordningställas, administreras/överlämnas och intas i den enskildes bostad. Avsteg från detta kan göras i enskilda fall om patientens tillstånd eller då förutsättningar finns för att läkemedel bör intas på annan plats. Detta bestäms i samråd med omvårdnadsansvarig sjuksköterska och ska dokumenteras i hälso- och sjukvårdsjournalen i vårdplan, ordination läkemedel.

Läkemedelsbehandling under tvång är inte tillåten. Även en person med kognitiv funktionsnedsättning måste respekteras. För livsnödvändiga läkemedel t.ex. hjärtmedicin eller insulin ska särskilt ställningstagande tas av sjuksköterska som i sin tur vid behov konsulterar läkare.

15:1 Administrering/överlämnande av läkemedel till patient

Den som administrerar eller överlämnar ett läkemedel till en patient ska utföra kontroller mot aktuell ordinationshandling:

- patientens identitet
- läkemedelsnamn eller aktiv substans läses samtidigt som

antalet läkemedel kontrolleras

- läkemedelsform
- läkemedlets styrka
- dosering
- administreringsätt
- administreringstillfällen

Vid kontinuerlig infusion ska kontroller utföras återkommande samt vid varje tillfälle som ansvaret av administrering byter personal.

15:2 Krossade läkemedel

- Om en patient har svårt att svälja läkemedel bör i första hand beredningsformen ändras. Kontakt ska då tas med sjuksköterska för fortsatt ställningstagande och konsultation med läkare.
- Tjänstgörande sjuksköterska tar ställning till om läkemedlen får krossas.
- Ett hjälpmedel vid läkemedelshantering är appen *Stöd vid läkemedelshantering* som Region Skåne står bakom. Kan laddas ner i App Store eller Google Play. FASS är även ett hjälpmedel.
- Sjuksköterska tar ställning till vilka läkemedel som får krossas samt dokumenterar detta i hälso- och sjukvårdsjournalen i vårdplan ordination läkemedel.

15:3 Flytande läkemedel

- Iordningsställande av flytande läkemedel får endast i undantagsfall delegeras om det är förenligt med god och säker vård för patienten, samråd med MAS. I vårdplan ordination läkemedel ska eventuella risker som är förenade med hanteringen dokumenteras.
- Vid de tillfälle delegering inte är lämpligt ska sjuksköterska iordningställa flytande läkemedel i medicinkopp, glas eller liknande. Se rubrik märkning ovan.
- Flytande läkemedel som förvaras inne hos patient och som behöver förvaras kallt, förvaras uppdelade i koppar, i plastlåda i patientens kylskåp.

15:4 Smärtplåster

- Plåstret märks med datum då det administreras samt dokumenteras i hälso-och sjukvårdsjournalen. Skriv inte direkt på plåstret. Skriv på den kirurgiska tejp.
- Täck inte över smärtplåster med t ex Tegaderm. Om man måste fästa så gör detta med kirurgisk tejp i kanterna.
- Vårdpersonalen ombeds att dagligen kontrollera att plåstret sitter kvar.
- Narkotikajournal ska föras på plåster med narkotiska/stöldbegärliga preparat.

- Om administrering av plåster är delegerat till vårdpersonal ska kasserade plåster klistras upp på avsedd blankett, kassation av smärtplåster. Datum och signatur ska skrivas av vårdpersonal i rutan där kasserat plåster tejpas upp.
- Sjuksköterska som kontrollerar att antalet kasserade plåster stämmer med antalet utlämnade plåster/narkotikajournal.
- Skriv gärna in ”kontrollerat t o m” i patientens journal då sjuksköterskan kontrollerat använda plåster på A4-arket.
- Kasserade plåster återlämnas till apoteket.

15:5 Injektionsläkemedel

- Den person som genomför administreringen ska alltid själv kontrollera hur läkemedel ska administreras samt genomföra en bedömning om patientens tillstånd är förenligt med det läkemedel som ska administreras.
- Vilken metod som ska användas vid läkemedelsadministration ska finnas med i ordinationen.
- Kvarsittande uppdragningskanyl ska inte förekomma i läkemedelsförpackningen.
- För injektionsläkemedel gäller – i de fall administreringen inte sker i direkt anslutning till iordningställandet – att sprutan märks enligt gällande författning se rubrik märkning.
- Om patienten ska ges fler än ett injektionsmedel vid ett och samma tillfälle, ska varje spruta märkas enligt gällande författning se rubrikmärkning.
- Administrering av subcutan injektion i för fylld spruta kan delegeras till vårdpersonal i undantagsfall vid oundgängligt behov efter utförd riskbedömning av patientsäkerheten samt kontakt med MAS.

15:6 Läkemedel som administreras via sond(se Vårdhandbok)

- Ansvarig läkare tar ställning till om vilka läkemedel eller beredningsform som kan ordineras. Rådgör med ansvarig läkare vilka tabletter som kan lösas i vatten.
- Spola sonden med 20-50 ml vatten före och efter tillförelse av läkemedel. Färsktappat vatten från en genomspolad och frekvent använd kran.. Spola vatten mellan varje läkemedel om fler läkemedel administreras. Anpassa vattenmängden efter sondens storlek och längd.
- När läkemedel ska ges i sond ska preparaten lösas i vatten ges var för sig. Anledningen till detta är att krossade läkemedel som löses i vatten och blandas kan ge kemiska reaktioner så att läkemedlets effekt uteblir eller förändras.
- Märk upp sprutor i lämplig storlek med läkemedels namn.
- Ca 5 minuter innan administrering löses tablett upp i avsedd spruta eller medicinkopp med liten mängd vatten. Tänk på att denna mängd vatten kan påverka mängden vätska patienten är ordinerad.

- Efter administrering sköljs sprutorna noga och förvaras i kyl till nästa administrering.
- Sprutorna får inte användas längre än en vecka. Ska därefter bytas.

16. Vaccinationer

Läkare ordinerar vaccinationen. Huvudregel bör vara att vaccination ska ske med läkare närvarande. Om så inte är fallet ska läkare och sjuksköterska vara överens om förfarandet och för hur sjuksköterska kan nå läkare vid eventuella komplikationer eller frågeställningar. Före vaccination ska åtgärder vidtas i enlighet med socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 1999:26) om att förebygga och ha beredskap för att behandla vissa överkänslighetsreaktioner.

Den vaccinerade ska övervakas 30 minuter efter vaccinering.

17. Oxygenbehandling

Oxygen räknas som medicinsk gas och ska ordineras av läkare. Läkaren anger behandlingstid och mängd.

Se i övrigt Vårdhandboken under Oxygenbehandling.

18. Naturläkemedel

Naturläkemedel är en grupp läkemedel för egenvård som bedömts och godkänts av läkemedelsverket i enlighet med gällande läkemedelslagstiftning. Okända interaktioner med övrig medicinering kan förekomma. Sjuksköterskor ska arbeta enligt vetenskap och beprövad erfarenhet. Naturläkemedel faller inte inom denna ram. Om läkemedlet är ordinerat av läkare är det att beakta som hälso- och sjukvård och ska då följa de riktlinjer som gäller för övriga läkemedel.

19. Cytostatika

Hantering av cytostatika och cytotoxiska läkemedel ska alltid ske så att patient, personal och omgivning skyddas mot exponering. Arbetsgivaren har det yttersta ansvaret för arbetsmiljön enligt föreskrifterna om systematiskt arbetsmiljöarbete (AFS 2001:1).

Ska cytostatikan hanteras och administreras av annan vårdgivare ska tydliga instruktioner för hantering och administrering medfölja ordinationen. Sjuksköterska som tar emot patient med cytostatika ansvarar för att denna information medföljer ordinationen.

Nedanstående rutiner är rekommendationer.

19:1 Peroral cytostatikabehandling

Behandling sker ofta i kurer om 14 dagar med en veckas uppehåll (cancerbehandling för bröst och mag-tarm). Kurernas antal varierar. Under denna tid kan patienten beräknas vara kontaminerad hela tiden.

- Använd handskar samt, vid uttag ur flerdosförpackning sked,

vid iordningställandet.

- Tablett får inte delas, krossas eller blandas med vätska
- Använd engångs plastförkläde och armskydd eller skyddsrock/engångs plastförkläde med lång ärm vid hantering av mixturer

Nedanstående gäller för både tablett och intravenösa behandlingsmetoder.

19:2 Riskbedömning

Cytostatika kan utsöndras flera dagar efter det att läkemedlet givits. Olika medel har olika utsöndringstider. Detta innebär att urin, avföring, kräkningar, blod och svett kan innehålla läkemedel i flera dagar. Läkemedlets koncentration varierar och det är framförallt urinen som innehåller större mängd cytotatika. För att praktiskt underlätta omhändertagandet, betraktas generellt att cytotatika utsöndras 7 dygn efter given cytotatikabehandling.

Vid kontakt med utsöndringar/kroppsvätskor ska alltid basala hygienrutiner tillämpas: Handhygien, handskar, och engångs plastförkläde. Samt tillägg av engångs armskydd.

19:3 Hygienrutiner

Handhygien

Handtvätt med flytande tvål och vatten. Torka händerna torra. Därefter handdesinfektion. Handtvätt avlägsnar läkemedelsrester – handdesinfektion avlägsnar mikroorganismer.

Tvätt från vårdtagare med cytotatikabehandling

Klassificeras som risktvätt om tvätt förorenats av större mängd utsöndring inom 7 dygn efter cytotatika givits (t ex kräkning i säng). Tvättas omedelbart i tvättmaskin. Om detta inte går ska det förslutas i plastpåse fram tills tvätt kan ske. Tvättas på vanligt sätt.

Vid bäddning och omhändertagande av sängkläder ska arbete ske på sådant sätt att sängkläder inte skakas och ”uppvirvling” sker.

Utsöndring

Vid illamående används ”kräkpåse”.

Utsöndringar från kräkpåse, blöja, tömd urinpåse etc. läggs i plastpåsar som knyts ihop och läggs därefter i hushållsavfall.

Lock ska alltid användas till bäcken eller urinflaska

Häll ut i toalettstol och fäll ned locket vid spolning för att undvika stänk.

Bäcken och urinflaska bör rengöras och desinfekteras i spol- och diskdesinfektor.

Spill av kroppsvätskor på ytor och föremål

Torka genast upp ev. spill och rengör ytan noga. Torka utifrån och in för att minska ytan som kontamineras. Använd engångsmaterial att torka upp med. Använt engångsmaterial läggs i plastpåse som försluts, läggs därefter i hushållsavfall.

Punktdesinfektion ska göras efter rengöring.
För mer information se vårdhandboken.

20. Vid behovs läkemedel

Patientansvarig läkare ska med bistånd av sjuksköterskan så långt det är möjligt försöka förutse komplikationer i patientens behandlingsplan och därvid ordinera s.k. ”vid behovs läkemedel”. Då ”vid behovs ordinationer” förekommer finns en speciell **signeringslista i sign-it**.

- Vid behovs läkemedel får tas ur originalförpackning, av vårdpersonal, först efter att tjänstgörande sjuksköterska konsulterats. Anledningen att ta ur originalförpackning är för att säkerställa läkemedlens utgångsdatum samt för att undvika förväxling hos patienter med mer än ett läkemedel vid behov.
- Effekten av given vid behovs medicinering dokumenteras av vårdpersonalen samt sjuksköterskan.
- Konsulterad sjuksköterska dokumenterar alltid sitt ställningstagande i hälso- och sjukvårdsjournalen.
- Omvårdnadsansvarig sjuksköterska ansvarar för att följa upp behandling av vidbehovsläkemedel regelbundet och informera patientansvarig läkare vilket ska framgå i dokumenterad vårdplan i hälso- och sjukvårdsjournalen under ordination läkemedel.
- Om vidbehovsläkemedel i särskilda fall har delats i läkemedelspåse ska det på påsen stå angivet patientens identitet, preparatets namn, styrka, beredningsform, hållbarhetsdatum och batchnummer. Hållbarheten är begränsad till 4 veckor såvida inte tablettorna ligger kvar i blisterförpackning, då är hållbarheten densamma som står angivet på blisterförpackningen.

21. Akut behov av läkemedel i särskilda fall

Vid de flesta tillstånd då akut medicinering behöver ges hänvisas till gällande allmänna läkemedelsriktlinjer. Undantag gäller då patienten i särskilda fall: befinner sig i sådant tillstånd att läkemedel måste ges akut för att inte förvärra patientens tillstånd, exempel på dessa tillstånd är:

- Patient med epilepsi som står på kramplösande klysmas vid behov.
- Patient med risk för att utveckla anafylaktisk reaktion och som är ordinerad injektion vid behov.
- Patient med diabetes som pga. lågt blodsocker är medvetande sänkt och som är ordinerad glukagon vid behov.
- Patient med kärlekskramp som är ordinerad någon form av nitroglycerinpreparat vid behov.

Vid dessa och liknande tillstånd kan läkemedel administreras och därefter kontaktas tjänstgörande sjuksköterska. Det är av vikt att sjuksköterska kontaktas för att kunna dokumentera, samt för att vid behov, kunna göra ett uppföljande besök hos patienten.

Vårdpersonalen dokumenterar i Treserva under läkemedelstillförelse Utan Närmare Specifikation (UNS)

Omvårdnadsansvarig sjuksköterska ansvarar för att vårdplan upprättas. I planen ska det tydligt framgå vad vårdpersonal ska observera vid administrering samt vid vilka tillfälle sjuksköterska ska kontaktas.

Enhetschef på berörd enhet ansvarar för att all vårdpersonal som ska arbeta på enheten kontaktar omvårdnadsansvarig sjuksköterska för information innan första arbetspasset. Detta gäller även vårdpersonal utan läkemedels delegering.

22. Antikoagulantia

Verkar antingen genom att minska blodplättarnas förmåga att klumpa ihop sig eller genom att på olika sätt påverka bildningen av de ämnen som blodproppen byggs upp av. Vilket läkemedel läkaren väljer beror på sjukdomsbild. Angående antikoagulantia behandling där AK mottagningen ansvarar för ordinationen ska flöde i nedan länk följas:

[Antikoagulantibehandlad patient inom kommunal primärvård.pdf \(osby.se\)](#)

22:1 Vårdplan antikoagulantia behandling

Planen fylls i av sjuksköterska samt bifogas ordinationshandling för att ge vårdpersonal information/handledning då en patient behandlas med blodförtunnande läkemedel

22:2 Waran

- Tablett Waran delas i enskild blå dosett alternativt små dosetter och signeras separat.
- Warandosetter dosetter delas märkt 1,2
- Waran behandling dokumenteras av omvårdnadsansvarig sjuksköterska i hälso- och sjukvårdsjournalen, i uppmärksamhetssymbolen.
- Aktuell waranordination ska förvaras tillsammans med övriga ordinationshandlingar.
- Omvårdnadsansvarig sjuksköterska ansvarar för att vårdplan upprättas och förvaras i anslutning till ordinationshandling. I planen ska det tydligt framgå vad vårdpersonal ska observera vid behandling av Waran samt vid vilka tillfälle sjuksköterska ska kontaktas.
- Vid ändring av ordination ansvarar tjänstgörande sjuksköterska för att ändring utförs, dokumenteras samt för överrapportering till omvårdnadsansvarig sjuksköterska.

22:3 NOAK – Nya Orala Antikoagulantia

- Tablett NOAK delas tillsammans med övriga läkemedel i dosett. NOAK kan även förekomma som dosdispenserade läkemedel eller i originalförpackning.
- NOAK behandling dokumenteras av omvårdnadsansvarig sjuksköterska i hälso- och sjukvårdsjournalen, under fliken ”observera”.
- Omvårdnadsansvarig sjuksköterska ansvarar för att vårdplan upprättas och förvaras i anslutning till ordinationshandling. I planen ska det tydligt framgå vad vårdpersonal ska observera vid behandling av NOAK samt vid vilka tillfälle sjuksköterska ska kontaktas.

23. Narkotika

Dagsaktuell lista över narkotiska preparat finns i söktjänsten, Läkemedelsfakta på Läkemedelsverkets hemsida:
<http://www.lakemedelsverket.se/LMF/>

23:1 Förbrukningsjournal narkotika

I särskilda boendeformer, ordinärt boende samt i basläkemedelsförrådet ska narkotikaklassade läkemedel samt övriga läkemedel som bedöms kunna vara stöldbegärligt förs avräkningsjournal. En journal ska finnas för varje preparat.

- Narkotikajournalerna förs av alla tjänstgörande sjuksköterskor som administrerar preparatet. Narkotikajournal förs även av delegerad vårdpersonal som efter kontakt med tjänstgörande sjuksköterska administrerar narkotiska preparat vid behov.
- **Kontrollräkning av patientbundna narkotika ansvarar omvårdnadsansvarig sjuksköterska för. Det bör fördelas på 2 sjuksköterskor som turas om. Även narkotika som förvaras i läkemedelsförråd.** Gällande basförrådet se flik 31. Samtliga narkotikajournaler ska kontrollräknas en gång per månad. Även till de läkemedel som ges vid behov. Narkotikajournal ska även kontrollräknas efter behandlingens slut, vid flytt till annan vårdenhet eller då patienten flyttar/avlider.
- Avvikelse vid kontrollräkning ska omgående rapporteras till enhetschef för sjuksköterskor samt enhetschef i berörd verksamhet som påbörjar utredning. Därefter informeras områdeschef och MAS.
- Narkotikajournalen till basläkemedelsförrådet arkiveras i 10 år på arbetsplatsen. Enskild patients narkotikajournal arkiveras i patientjournalen i 10 år.
- När behandling med narkotiska preparat är avslutad ska sjuksköterska efter avräkning erbjuda sig att ombesörja att resterande läkemedel återlämnas till apoteket.

23:2 Dosdispenserade läkemedel

- Skyldigheten att notera narkotikaförbrukningen gäller inte för dosexpanderade läkemedel.

23:3 Glasampull

Vid uppdragning av narkotiskt preparat från glasampull ska rest kasseras.

Exempel: Uppdragning av ordination 0,6 ml. I narkotikajournalen registreras 0,6 ml på patienten och 0,4 ml registreras som kassation. Resten får inte dras upp i spruta och användas vid senare tillfälle.

24. Signering

- Signering sker digitalt i e-läkemedel. Upprättas efter aktuell ordinationshandling av sjuksköterska.
- I sign-it signerar den/de personer som överlämnat läkemedel till patienten.
- Dosering ska inte finnas med i sign-it.
- Vid mer än en sort av samma preparat skrivs preparatets namn på ordinationshandlingen. Exempelvis ögondroppar, bulkmedel eller insulin.
- Insulin signeras i sign-it
- Vidbehovsläkemedel signeras i sign-it.
- Läkemedelshantering, iordningsställande och administrering som utförs av sjuksköterska ska dokumenteras i journalen.
- Signering av dosrullar var god se punkt 14:6 Dosdispenserade läkemedel.
- I sign-it avsedd för läkemedel får inte signering av andra uppgifter finnas. Ex. Sondmat, såromläggning eller träning. Dessa signeras på separat lista.

25. Generika, likvärdigt generiskt läkemedel

Då apoteket enligt lag (2002:160) om läkemedelsförmån har rätt att byta ut läkemedel till ett billigare likvärdigt preparat, innebär det inte att ordinationen har ändrats.

- Tjänstgörande sjuksköterska ansvarar för kontroll av utbytt läkemedel då det kommer från apoteket.
- Sjuksköterskan skriver till det utbytta läkemedlet på ordinationshandlingen då det gäller läkemedel som delegerad vårdpersonal tar ur originalförpackning. Exempel är ögondroppar och vid behovsläkemedel.

26. Korttidsboende/växelvård

- Vid korttidsboende/växelvård ska aktuell läkemedelslista dvs.

den som behandlande läkare ansvarar för, alltid medfölja patienten oavsett om denne kommer från sjukhuset eller från hemmet.

- Vid de fall då vårdpersonalen överlämnar läkemedel på delegation av sjuksköterska ska dosetten vara i ordningsställd av sjuksköterskan på boendet alternativt sjuksköterska i hemsjukvård.
- Aktuella läkemedel i originalförpackning ska skickas med till boendet.
- Vid dosdispenserade läkemedel behöver endast de mediciner som ges vid behov samt som stående originalförpackning skickas med i originalförpackning. Aktuell ordinationshandling för dosdispensering ska bifogas.
- Tjänstgörande sjuksköterska på aktuellt boende dokumenterar i patientens hälso- och sjukvårdsjournal hur läkemedel ska hanteras för enskild patient för att säkerställa medicinhanteringen.

27. Överlämnande av läkemedel då patient byter vårdenhet

- Tjänstgörande sjuksköterska på den enhet patienten flyttar från ansvarar för att överrapportera till mottagande vårdenhet.
- Överenskommelse görs om hur läkemedel säkert överlämnas, att narkotika är avräknat med kontrasignering samt att ordinationshandlingar och läkemedel är aktuella.
- Tjänstgörande sjuksköterska ansvarar även för att inga läkemedel som passerat utgångsdatum skickas med till mottagande enhet.

28. Kasserade läkemedel

Samtliga läkemedelsformer ska kasseras. Kasserade läkemedel ska lämnas in till apoteket i särskild box eller påse.

- Spolvätskor och infusionsvätskor utan aktiv substans kan i allmänhet hällas ut i avloppet. Vid tveksamhet, rådfråga apoteksvårdpersonalen.
- Omhändertagande av cytostatika avfall, ej förbrukad cytostatika och cytostatika kontaminerat avfall ska ske på ett sådant sätt, att vårdpersonal och omgivning i alla hanteringsled skyddas från exponering. I övrigt se ”Cytostatika och andra läkemedel med bestående toxisk effekt AFS 2005:05 samt ”Hanteringsanvisningar för Cytostatika”.

29. Avlidnas läkemedel

- OAS eller tjänstgörande sjuksköterska ansvarar för att ta hand om avlidnas läkemedel vilket ska göras skyndsamt efter dödsfallet.

- Skåpen töms och fram till att anhöriga tillfrågats förvaras läkemedlen i låsbart skåp på sjuksköterskeexpeditionen.
- Erbjud alltid anhöriga att lämna tillbaka läkemedel till apoteket som kasserade läkemedel.
- Läkemedel tillhör dödsboet och går inte att neka utlämning till anhöriga. Detta gäller **ej narkotiska preparat, enligt narkotikalagen får det inte lämnas ut.**

30 Läkemedelsgenomgångar

Enligt SOSFS 2012:9 ska en vårdgivare erbjuda de patienter som är 75 år eller äldre och som är ordinerade minst fem läkemedel en enkel läkemedelsgenomgång vid besök hos:

- Läkare i öppen vård
- Inskrivning i slutenvård
- Påbörjad hemsjukvård
- Inflyttning i särskilt boende

Patienterna som är 75 år eller äldre ska dessutom erbjudas en enkel läkemedelsgenomgång minst en gång per år under pågående hemsjukvård eller boende i särskilt boende.

Se även region Skånes riktlinjer kring [Skånemodellen](#)

31. Generella direktiv/ordinationer

Endast läkare får utfärda generella direktiv om läkemedelsbehandling. Generella direktiv om läkemedelsbehandling ska utfärdas restriktivt och omprövas återkommande. Ett generellt direktiv ska vara skriftligt, vara undertecknat av verksamhetschef eller läkare med medicinskt ledningsansvar för respektive vårdcentral och innehålla uppgifter om:

- läkemedelsnamn eller aktiv substans,
- läkemedelsform
- läkemedlets styrka
- dosering
- maxdos
- administreringsätt
- indikationer och kontraindikationer
- antalet tillfällen som läkemedlet får ges utan att en läkare kontaktas

Läkemedel som ordinerats enligt generella direktiv får ges till patient endast efter att tjänstgörande sjuksköterska gjort en behovsbedömning. Sjuksköterska ska följa anvisningar och direktiv som finns för generella ordinationer. Behandlingsanvisningarna ska användas med stor restriktivitet och får inte ersätta kontakt med läkare.

- Alla symtom, bedömning, åtgärder, ordinationer och utdelning av läkemedel samt behandlingseffekter ska dokumenteras i patientens journal.
- Sjuksköterskan ansvarar för att patientansvarig läkare informeras om att behandling enligt de generella direktiven har utförts samt effekten av behandlingen, vilket ska dokumenteras i hälso- och sjukvårdsjournalen.

31. Läkemedelsförråd – kommunal hemsjukvård (basförråd)

I Osby kommun finns basläkemedelsförråd på Rönnebacken och Bergfast.

- Läkemedelsrådet Region Skåne har beslutat att bekosta läkemedel för akut bruk och inledande behandling till personer, både i särskilt boende samt till dem som är berättigade till kommunal hemsjukvård. Meningen är att förråden ska minska antalet akuta ändringar för dospatienter samt att begränsa antalet akutbesök på sjukhus, en fördel för patienterna.
- [Kommunala basläkemedelsförråd och Generella direktiv - Vårdgivare Skåne \(skane.se\)](#)

31:1 Lokal rutin för hantering av basförråd

- Ansvarig sjuksköterska samt ersättare utses av enhetschef för sjuksköterskorna till varje förråd.
- I undantagsfall kan beslutade (av MAS) produkter rekvireras via apoteket.
- Kod för att kunna beställa till basförrådet genom Apoex beställs av medicinsk ansvarig sjuksköterska. (MAS)
- Basläkemedelsförrådet delas in efter administreringsform i tablett, injektion, flytande och förvaras åtskilt från patientbundna läkemedel. De basläkemedel som måste förvaras i kylskåp, ska förvaras på egen hylla märkt basläkemedel. En gång i veckan ska temperatur i kylskåp kontrolleras. (Min och maxtemperatur är +2°-+ 8° C). Vid behov avfrostas kylen. Städning i samband med övrigt basförråd 1 gång i månaden. Städningen ska signeras på lista som ska förvaras i pärm i basförrådet.
- Pärm för basläkemedelsförrådet ska finnas med narkotikajournaler signeringslista, **signaturförtydligande**, och lista för de läkemedel som ingår i förrådet. Även lista med generella ordinationer, som upprättas av respektive ansvarig läkare på vårdcentral ska finnas. Kopia på blankett vem som ansvarar för förrådet ska finnas i pärmen.
- Sjuksköterska som ansvarar för basläkemedelsförrådet ansvarar för kontroll en gång i månaden då utgångna läkemedel sorteras ut, att tillräckligt med läkemedel finns och att förrådet städas. Utförd kontroll ska signeras på avsedd lista. **Kontrollräkning av narkotika ska kontrasigneras av annan sjuksköterska i gång i månaden.** Avvikelser vid kontrollräkning ska skyndsamt rapporteras enhetschef för HSL.

- Ansvarig sjuksköterska deltar vid Region Skånes årliga kvalitetskontroller via web och ansvarar för att eventuella åtgärder följs upp. Tider för kontroller lämnas ut av MAS.

32. Dokumentation

32:1 Läkariournal

De journaler som läkare skriver vid vård och behandling av enskilda, tillhör läkaren eller den organisation denne tillhör (ex. primärvården). Endast läkaren får göra anteckningar i dessa journaler.

Sjuksköterskorna i den kommunala hälso- och sjukvården bör dock kunna få tillgång till uppgifter i läkarens journaler om dessa behövs för vårdarbetet. Detta kan ske t.ex. i form av journalkopia, utdrag, medicinsk epikris, utskrivningsmeddelande. Speciellt viktigt är att alltid erhålla skriftliga anvisningar och läkemedelsordinationer.

32:2 Hälso- och sjukvårdsjournal

Sjuksköterskan är enligt Patientdatalagen (SFS 2008:355) skyldig att föra journal. Då omvårdnadsansvarig sjuksköterska har övertagit ansvaret för läkemedelshantering ska detta dokumenteras som vårdplan i patientens hälso- och sjukvårdsjournal. En komplett bild av den enskildes läkemedelsbehandling erhålls i följande journalhandlingar:

- Ordinationshandling/läkemedelslista
- Hälso- och sjukvårdsjournal
- Signeringslista för stående läkemedel
- Signeringslista för vidbehovs-medicinering
- Signeringslista för insulingivning

I patientens journal ska finnas uppgift om vem som är omvårdnadsansvarig sjuksköterska samt ansvarig läkare.

33. Kvalitetssäkring och avvikelser

- Revidering av aktuellt dokument och lokala rutiner ska ske vid behov. Rutiner för läkemedelshantering ska vara kända och tillgängliga för all vårdpersonal.
- Alla åtgärder som rör en viss patient ska kunna identifieras och spåras genom dokumentation. Lista på namnförtydligande av signatur ska finnas vid ordinationshandlingar och signeringslistor, en till varje patient. Signaturförtydligandet ska följa med övriga dokument vid arkivering.
- Omvårdnadsansvarig sjuksköterska ska medverka när läkemedelsgenomgång genomförs tillsammans med ansvarig läkare.
- I samband med hantering av läkemedel kan vissa fel eller försummelser inträffa. Vårdgivaren har en skyldighet att ha lokala rutiner för avvikelshantering (SOSFS 2011:9), Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. En avvikelse är en icke förväntad händelse i verksamheten som

medfört eller skulle kunna medfört skada för en patient. Samtliga fel, försummelser, förväxlingar, bristande rutiner etc. gällande läkemedelshantering ska anmälas av den vårdpersonal som utfört eller upptäckt handlingen. Avvikelse som rör läkemedelshantering ska dokumenteras och åtgärdas enligt gällande rutin för systematiskt förbättringsarbete.

- Vårdgivaren ska som ett led i egenkontrollen enligt 5 kapitlet 2§ i socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) säkerställa att hantering av läkemedel genomgår en extern kvalitetsgranskning minst en gång per år. Den sjuksköterska som ansvarar för läkemedelsförrådet ska närvara vid farmaceutens granskning. I den omfattning verksamheten tillåter ska även vårdpersonal samt enhetschef för vårdpersonal, verksamhetens övriga sjuksköterskor samt enhetschef för sjuksköterskor eller MAS delta vid granskningen. Efter utförd granskning upprättas en rapport samt åtgärdsplan som ska arkiveras på enheten i två år.
- Egenkontroll av läkemedelshantering utförs regelbundet enligt gällande rutin. Enligt (SOSFS 2011:9), Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete ska vårdgivaren utföra systematisk uppföljning och utvärdering av den egna verksamheten samt kontrollera att verksamheten bedrivs enligt de processer och rutiner som ingår i verksamhetens ledningssystem.

34. Lagar och föreskrifter som ligger till grund för riktlinjerna

HSL 2017:30 Hälso- och sjukvårdslag

SFS 2010:659 Patientsäkerhetslag

SFS 2008:355 Svensk författningssamling. Patientdatalag.

SOSFS 2008:14 Socialstyrelsens föreskrifter om informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården

HSLF-FS 2017:37 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården

SOSFS 1997:14 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård och tandvård.

SOSFS 2001:16 Socialstyrelsens föreskrifter om kompetenskrav för sjuksköterskor vid förskrivning av läkemedel

SOSFS 1999:26 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om att förebygga och ha beredskap för att behandla vissa överkänslighetsreaktioner

SOSFS 2011:9 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

SFS 2010:1369 Svensk författningssamling. Patientsäkerhetsförordning.

AFS 2005:05 Cytostatika och andra läkemedel med bestående toxisk effekt.

11

Hälsa- och omsorgsförvaltningen
Mensur Numanspahic
0479 - 52 82 28
Områdeschef

Beslutsinstans:

Ej verkställda beslut 2022, kv.4

Dnr HON 730 2022-00064

Förslag till beslut

Hälsa- och omsorgsförvaltningen föreslår Hälsa-och omsorgsnämnden

Godkänna rapport Ej verkställda beslut för 3:e kvartalet 2022 överlämna informationen till kommunens revisorer och Kommunfullmäktige

Sammanfattning av ärendet

Beslut enligt socialtjänstlagen (SOL) och lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) ska omedelbart verkställas av kommunen. I de fallen verkställandet dröjt mer än tre månader ska kommunerna rapportera detta till IVO (Inspektionen för vård och omsorg). På samma sätt ska rapportering ske när verkställighet avbrutits och inte kunnat verkställas på nytt inom 3 månader. Kommunerna inkommer med rapporterna kvartalsvis.

Om den enskilde har fått vänta oskäligt länge på att ett beslut ska verkställas har IVO skyldighet att ansöka om utdömmande av särskild avgift hos förvaltningsrätten. Rapportering ska utöver till IVO lämnas även till kommunens revisorer och kommunfullmäktige. Till IVO och kommunens revisorer ska personen det gäller vara identifierbara. Till kommunfullmäktige ska anges vilka typer av bistånd det gäller samt hur lång tid som förflutit från dagen för respektive beslut. Uppgifterna ska vara avidentifierade.

Under 4:e kvartalet 2022 rapporterades 4 beslut som inte kunnat verkställas inom 3 månader alt. haft uppehåll som var längre än 3 månader. Det innebär att antalet ej verkställda beslut har minskat i jämförelse med kv.3. Av de inrapporterade besluten är 3 beslut om särskilt boende enligt LSS och ett beslut är om ledsagarservice enligt LSS

Barnkonsekvensanalys

Inga barn påverkas av detta beslut

Beslutsunderlag

Tjänsteskrivelse Ej verkställda beslut, kv.4 daterad 2023-02-09

Sammanställning Ej verkställda beslut, kv.4

Beslutet ska skickas till

Kommunens revisorer

Kommunfullmäktige

Helena Ståhl, förvaltningschef

Mensur Numanspahic, områdeschef

Chef
Titel

Mensur Numanspahic
Områdeschef

Initialer	Lagrum	Beslutsbenämning	Beslutsdatum	Antalet dagar sedan beslut (t.o.m 23-02-08)	Ny-rapporterad	Åter-rapporterad	Skälet för ej verkställt	Planering
I.N	Sol	Särskilt boende	2021-10-26	470	Nej	Ja	Erbjöds plats på Lindhem efter att 3 månader har gått men tackade nej. Erbjudits plats på Rönnebacken 22-10-17 tackade nej.	Avvaktar besked från I. och anhöriga om hon vill ha sin ansökan kvar.
K-O.O	Sol	Särskilt boende	2022-03-14	331	Nej	Ja	Erbjudits plats på Solhem, tackade nej	Har informerat handläggare om att han skulle flytta från Osby kommun
I.A	Sol	Särskilt boende	2022-06-14	239	Nej	Ja	Erbjudits plats 2 ggr men tackade nej	Följs upp av verkställare
R.W	LSS	Ledsagarservice	2022-09-02	159	Ja	Nej	Uppehåll i verkställigheten pga utlandsvistelse	Avvaktar till omsorgstagare är tillbaka

12

Hälsa- och omsorgsförvaltningen
Helena Ståhl
0479 - 52 84 08
Förvaltningschef

Beslutsinstans:

Förslag till val av ledamot och ersättare i Kommunala pensionärsrådet (KPR)

Dnr HON 7.3.0 2023-00045

Förslag till beslut

Hälsa- och omsorgsförvaltningen föreslår Hälsa- och omsorgsnämnden besluta föreslå kommunstyrelsen att utse

_____ till ledamot och tillika ordförande i
KPR samt

_____ till ersättare och tillika ersättare för
ordförande i KPR

Sammanfattning av ärendet

KPR består av sammanlagt tio (10) ledamöter och tio (10) ersättare som utses i enlighet med vad som anges nedan: 1+1 HON, 1+1 MBN, 1+1 KS, resterande 7+7 från pensionärsorganisationerna.

Hälsa- och omsorg respektive miljö- och byggnämnden föreslår till kommunstyrelsen vardera en (1) ledamot och en (1) ersättare i KPR.

Kommunstyrelsen utser därefter dessa två (2) ledamöter och ersättare från hälsa- och omsorg- respektive miljö- och byggnämnden att ingå i KPR. Den av hälsa- och omsorgsnämnden föreslagna ledamoten och ersättare utses härvid till ordförande respektive ersättare för ordföranden i KPR.

Härutöver utser kommunstyrelsen ytterligare en (1) ledamot och en (1) ersättare från kommunstyrelsen att ingå i KPR.

Sju (7) ledamöter, med sju (7) personliga ersättare, utses av de pensionärsorganisationer med betalande medlemmar, som finns i kommunen och tillhör en riksorganisation av PRO eller SPF, enligt följande.



Organisation	Ledamöter	Personliga ersättare
SPF Osby	2	2
PRO Loshult	1	1
PRO Osby kommun	2	2
PRO Örkened	2	2

Av dessa företrädare för pensionärsorganisationerna utses vice ordförande och ersättare för vice ordföranden i KPR.

Reglementet för KPR har reviderats redaktionellt och kommer att beslutas av kommunfullmäktige under våren.

Barnkonsekvensanalys

Ärendet är av övergripande karaktär och berör inte barn

Beslutsunderlag

Tjänsteskrivelse ”Förslag till val av ledamot och ersättare i Kommunala pensionärsrådet (KPR)” från förvaltningschef Helena Ståhl daterad 230207

Förslag ”Reglemente för Kommunala pensionärsrådet(KPR) i Osby kommun” från administrativ chef Margareta Persson Larsson

Beslutet ska skickas till

Hälsa och omsorgsförvaltningen

Kommunstyrelsen

Chef
Titel

Helena Ståhl
Förvaltningschef



Reglemente för kommunala pensionärsrådet (KPR) i Osby kommun

Dnr KS/2019:15

Antaget av kommunfullmäktige den **11 mars 2019, § 16.**

1. Allmänt syfte med verksamheten i KPR

Kommunen ska främja förutsättningar för goda levnadsförhållanden, bland annat för äldre, och i nära samverkan med organisationer främja goda miljöer i kommunen.

Kommunens mål för vård och omsorg ska uppnås i samråd med företrädare för ålders- och förtidspensionärernas organisationer inom kommunen.

Kommunens pensionärsråd (KPR) är ett viktigt organ för samråd och ömsesidig information mellan kommunen och företrädare för pensionärsorganisationerna. Det är därför angeläget, att KPR ges reella möjligheter att fullgöra sina uppgifter och att dess synpunkter beaktas.

2. Organisatorisk tillhörighet

KPR, som är ett samråds- och referensorgan knutet till hälsa- och **väl-färds**omsorgsnämnden, är sammansatt av representanter från kommunen och pensionärsorganisationer.

3. KPR:s uppgifter

Kommunen ska informera KPR om planer på förändringar av samhällsinsatsernas utformning och organisation, som berör pensionärskollektivet, och inhämta synpunkter från KPR i så tidigt skede, att synpunkter och förslag kan påverka ärendets handläggning i aktuell nämnd eller styrelse.

Pensionärsorganisationernas representanter kan i KPR aktivt arbeta för förändringar i den kommunala verksamheten. De kan informera om och ge förslag till lämpliga anpassningar av det verksamhetsutbud som berör äldres förhållanden i samhället. KPR ska vara ett referens- och remissorgan med överläggningsrätt i frågor som berör pensionärer.

KPR ska inte behandla ärenden som rör enskild person.

4. Sammansättning

KPR består, för en tid som motsvarar aktuell mandatperiod, av sammanlagt tio (10) ledamöter och tio (10) ersättare som utses i enlighet med vad som anges nedan.

Hälsa- och **väl-färds**omsorgsnämnden respektive miljö- och byggnämnden föreslår till kommunstyrelsen vardera en (1) ledamot och en (1) ersättare i KPR. Kommunstyrelsen utser därefter dessa två (2) ledamöter och ersättare från hälsa- och **väl-färds**omsorgsnämnden respektive miljö- och byggnämnden att ingå i KPR. Den av hälsa- och **väl-färds**omsorgsnämnden föreslagna ledamoten och ersättare utses härvid till ordförande respektive ersättare för ordföranden i KPR. Härutöver utser kommunstyrelsen ytterligare en (1) ledamot och en (1) ersättare från kommunstyrelsen att ingå i KPR.

4. Sammansättning forts.

Sju (7) ledamöter, med sju (7) personliga ersättare, utses av de pensionärsorganisationer med betalande medlemmar, som finns i kommunen och tillhör en riksorganisation av PRO eller SPF, enligt följande.

Organisation	Ledamöter	Personliga ersättare
SPF Osby	2	2
PRO Loshult	1	1
PRO Osby kommun	2	2
PRO Örkened	2	2

Av dessa företrädare för pensionärsorganisationerna utses vice ordförande och ersättare för vice ordföranden i KPR.

5. Arbetsordning för KPR

Ersättare har närvaro- och yttranderätt.

KPR ska sammanträda minst fyra (4) gånger per kalenderår, varav ett sammanträde ska hållas i anslutning till kommunens budgetbehandling. Sammanträdestider planeras av ordföranden tillsammans med sekreteraren.

Extra sammanträde ska hållas om KPR:s ordförande, majoriteten av ledamöterna eller hälsa- och välfärdsomsorgsnämnden begär det.

Ledamot ska senast två (2) veckor före ordinarie sammanträde till ordförande eller sekreterare anmäla ärende. Dagordningen bör endast innehålla föränmälda ärenden. Skriftlig kallelse och föredragningslista sänds till ledamöterna samt, för kännedom, till ersättare, senast tio (10) dagar före sammanträde. Om inga ärenden anmäls bör sammanträde ställas in.

Presidiet bildar en beredningsgrupp med uppgift att bereda ärenden tolv (12) dagar före sammanträde och representera KPR i frågor där inte hela KPR sammankallas.

En (1) ledamot i rådet för personer med funktionsvariationer i Osby kommun har närvarorätt på KPR:s möten.

Hälsa- och välfärdsomsorgsnämnden ansvarar för och fullgör kommunens uppgifter avseende administration och samordning av KPR:s sammanträden.

6. Sammanträdesersättning

Ledamöter erhåller arvoden, traktaments- och resekostnadsersättning enligt av kommunfullmäktige fastställt arvodesreglemente för förtroendevalda.

Ändring av detta reglemente kan aktualiseras av KPR eller hälsa- och välfärdsomsorgsnämnden.

13

Hälsa- och omsorgsförvaltningen
Helena Ståhl
0479 - 52 84 08
Förvaltningschef

Beslutsinstans:

Förslag till val av ledamot och ersättare till rådet för personer med funktionsvariationer- Funkisrådet

Dnr HON 7.3.1 2023-00046

Förslag till beslut

Hälsa- och omsorgsförvaltningen föreslår Hälsa- och omsorgsnämnden beslutar föreslå kommunstyrelsen att utse:

_____ till ledamot och tillika ordförande i
Funkisrådet samt

_____ till ersättare och tillika ersättare för
ordförande i Funkisrådet

Sammanfattning av ärendet

Funkisrådet består av fem (5) ledamöter och fem (5) personliga ersättare varav

1+1 HON, 1+1 BUN, 1+1 SBN, 1+1 MBN, 1+1 KS

Hälsa- och omsorgs-, barn- och utbildnings-, samhälls-byggnads- respektive miljö- och byggnämnden föreslår till kommunstyrelsen vardera en (1) ledamot och en (1) ersättare i Funkisrådet. Kommunstyrelsen utser därefter dessa fyra (4) ledamöter och ersättare från hälsa- och omsorgs-, barn- och utbildnings-, samhällsbyggnads- respektive miljö- och byggnämnden att ingå i rådet.

Den av hälsa- och omsorgsnämnden föreslagna ledamoten och ersättare utses härvid till ordförande respektive ersättare för ordföranden i rådet.

Härutöver utser kommunstyrelsen ytterligare en (1) ledamot och en (1) ersättare från kommunstyrelsen att ingå i rådet.

Härutöver består rådet av ledamöter och ersättare som företräder de organisationer som företräder personer med funktionsvariationer i Osby kommun. Dessa organisationer bör beakta åldersfördelningen bland de



personer som avses representera dem på så sätt att såväl barn, ungdomar, vuxna som äldre är representerade.

Av dessa företrädare för organisationer som företräder personer med funktionsvariationer i Osby kommun utses vice ordförande och ersättare för vice ordföranden i rådet.

Reglementet för Funkisrådet har reviderats redaktionellt och förslaget kommer att beslutas av kommunfullmäktige under våren.

Barnkonsekvensanalys

Ärendet är av övergripande karaktär men berör indirekt barn

Beslutsunderlag

Tjänsteskrivelse ” Förslag till val av ledamot och ersättare till Funkisrådet” från förvaltningschef Helena Ståhl daterad 2023-02-07

Barnkonsekvensanalys från förvaltningschef Helena Ståhl daterad 2023-02-07

Förslag ”Reglemente för rådet för personer med funktionsvariationer – Funkisrådet” från administrativ chef Margareta Persson Larsson

Beslutet ska skickas till

Hälsa och omsorgsförvaltningen

Kommunstyrelsen

Chef
Titel

Helena Ståhl
Förvaltningschef



Reglemente för rådet för personer med funktionsvariationer (Funkisrådet) i Osby kommun

Dnr KS/2019:15

Antaget av kommunfullmäktige den **11 februari 2019, § 17.**

1. Allmänt syfte med verksamheten i Funkisrådet

Kommunen ska främja förutsättningar för goda levnadsförhållanden, bland annat för personer med funktionsvariationer, och i nära samverkan med deras organisationer främja goda miljöer i kommunen.

Kommunens mål för de funktionshindrade ska uppnås i samråd med företrädare för deras organisationer inom kommunen.

Funkisrådet är ett viktigt organ för samråd och ömsesidig information mellan kommunen och företrädare för de organisationer som företräder personer med funktionsvariationer i Osby kommun. Det är därför angeläget, att rådet ges reella möjligheter att fullgöra sina uppgifter och att dess synpunkter beaktas.

2. Organisatorisk tillhörighet

Funkisrådet, som är ett samråds- och referensorgan knutet till hälsa- och omsorgsnämnden, är sammansatt av representanter från kommunen och från de organisationer som företräder personer med funktionsvariationer i Osby kommun.

3. Funkisrådets uppgifter

Kommunen ska informera Funkisrådet om planer på förändringar av samhällsinsatsernas utformning och organisation, som berör personer med funktionsvariationer i Osby kommun, och inhämta synpunkter från rådet i så tidigt skede, att synpunkter och förslag kan påverka ärendets handläggning i aktuell nämnd eller styrelse.

Representanterna för personer med funktionsvariationer i Osby kommun kan i rådet aktivt arbeta för förändringar i den kommunala verksamheten. De kan informera om och ge förslag till lämpliga anpassningar av det verksamhetsutbud som berör personer med funktionsvariationer i Osby kommun förhållanden i samhället. Rådet ska vara ett referens- och remissorgan med överläggningsrätt i frågor som berör personer med funktionsvariationer i Osby kommun.

Rådet kommun ska inte behandla ärenden som rör enskild person.

4. Sammansättning

Funkisrådet består, för en tid som motsvarar aktuell mandatperiod, av fem (5) ledamöter och fem (5) personliga ersättare varav hälsa- och omsorgs-, barn- och utbildnings-, samhällsbyggnads- respektive miljö- och byggnämnden föreslår till kommunstyrelsen vardera en (1) ledamot och en (1) ersättare i KPR. Kommunstyrelsen utser därefter dessa fyra (4) ledamöter och ersättare från hälsa- och omsorgs-, barn- och utbildnings-, samhällsbyggnads- respektive miljö- och byggnämnden att ingå i rådet.

Den av hälsa- och omsorgsnämnden föreslagna ledamoten och ersättaren utses härvid till ordförande respektive ersättare för ordföranden i rådet. Härutöver utser kommunstyrelsen ytterligare en (1) ledamot och en (1) ersättare från kommunstyrelsen att ingå i rådet.

Härutöver består rådet, även det för en tid som motsvarar aktuell mandatperiod, av ledamöter och ersättare som företräder de organisationer som företräder personer med funktionsvariationer i Osby kommun. Dessa organisationer bör beakta åldersfördelningen bland de personer som avses representera dem på så sätt att såväl barn, ungdomar, vuxna som äldre är representerade.

Av dessa företrädare för organisationer som företräder personer med funktionsvariationer i Osby kommun utses vice ordförande och ersättare för vice ordföranden i rådet.

5. Arbetsordning för Funkisrådet

Hälsa- och omsorgsnämnden utser ordförande och ersättare för ordföranden i Funkisrådet. Vice ordförande och ersättare för vice ordföranden utses bland företrädarna för de organisationer som företräder personer med funktionsvariationer i Osby kommun för mandatperioden.

Ersättare har närvaro- och yttranderätt.

Rådet ska sammanträda minst fyra (4) gånger per kalenderår, varav ett sammanträde ska hållas i anslutning till kommunens budgetbehandling. Sammanträdestider planeras tillsammans med sekreteraren.

Extra sammanträde ska hållas om rådets ordförande, majoriteten av ledamöterna eller hälsa- och omsorgsnämnden begär det.

Ledamöter ska senast två (2) veckor före ordinarie sammanträde till ordförande eller sekreterare anmäla ärende. Dagordningen bör endast innehålla förannämlda ärenden. Skriftlig kallelse och föredragningslista sänds till ledamöterna, för kännedom till ersättare, senast tio (10) dagar före sammanträden. Om inga ärenden anmäls bör sammanträde ställas in.

Presidiet bildar en beredningsgrupp med uppgift att bereda ärenden tolv (12) dagar före sammanträde och representera rådet i frågor där inte hela rådet sammankallas.

5. Arbetsordning för Funkisrådet forts.

En (1) ledamot från kommunala pensionärsrådet (**KPR**) har närvarorätt på rådets möten.

Hälsa- och omsorgsnämnden ansvarar för och fullgör kommunens uppgifter avseende administration och samordning av rådets sammanträden.

6. Sammanträdesersättning

Ledamöter erhåller arvoden, traktaments- och resekostnadsersättning enligt av kommunfullmäktige fastställda regler för förtroendevalda.

Ändring av detta reglemente kan aktualiseras av Funkisrådet eller hälsa- och omsorgsnämnden.

Västra Storgatan 35
Helena Ståhl
0479 - 52 84 08
Förvaltningschef

Barnkonsekvensanalys

Förslag till val av ledamot och ersättare till Funkisrådet
Dnr HON 7.3.1 2023-00046

Vilka barn berör ärendet och hur?

Berör indirekt barn med funktionsvariationer i Osby kommun

Har berörda barns eget perspektiv beaktats?

Ja

Vilket beslut vore bäst för barnet?

Att det utses ledamot i Funkisrådet som kan beakta barnperspektivet

Beskriv eventuella intressekonflikter, prioriteringar och avvägningar. Om barnets bästa inte är avgörande faktor i beslutet, hur kan barn kompenseras?

Ej aktuellt

FÖRDJUPAD KONSEKVENSBEDÖMNING

Finns stöd för beslutet i forskning och beprövad erfarenhet?

Nej. Ärendet är av övergripande karaktär

