



Fastställd av

Ansvarig  
Medicinskt ansvarig sjuksköterska

## Styrdokument

Gäller fr.o.m.

Senast reviderad  
2021-03-16

1 (44)

Diarienummer  
KS 2020.1725

---

## **Patientsäkerhetsberättelse och kvalitetsredovisning 2020 för Individ och omsorgsförvaltningens verksamhetsområde**



Fastställt av

Ansvarig  
Medicinskt ansvarig sjuksköterska

## Styrdokument

Gäller fr.o.m.

Senast reviderad  
2021-03-16

2 (44)

Diarienummer

KS 2020.1725

## Innehållsförteckning

|  |    |
|--|----|
| Patientsäkerhetsberättelse och kvalitetsredovisning 2020 för Individ och omsorgsförvaltningens verksamhetsområde ..... | 1  |
| Sammanfattning .....   | 4  |
| Syfte .....  | 4  |
| Patientsäkerhetsberättelse .....   | 4  |
| Kvalitetsredovisning .....   | 5  |
| Övergripande mål och strategier .....  | 5  |
| Målsättning .....  | 6  |
| Organisatoriskt ansvar för patient- och kvalitetssäkerhetsarbetet .....  | 6  |
| Samverkan med andra vårdgivare .....   | 7  |
| Verksamhetens omfattning .....   | 8  |
| Struktur för uppföljning och utvärdering av patient- och kvalitetssäkerhetsarbete .....                                | 8  |
| Intern uppföljning .....   | 8  |
| Nationella kvalitetsregister .....   | 9  |
| Hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits och vilka åtgärder som genomförts internt .....                              | 10 |
| A Delregionalt och lokalt samverkansorgan .....  | 11 |
| B Samverkan vid utskrivning från slutenvården - SVU .....  | 12 |
| C Samverkan med patienter och närstående .....   | 13 |
| D Brukarinflytande .....   | 14 |
| E Läkemedelsgenomgångar .....  | 14 |
| F Hygien .....   | 16 |
| G Trycksår .....   | 17 |
| H Vård i livets slutskede – palliativ vård .....   | 20 |
| I Medicintekniska produkter (hjälpmedel) .....   | 23 |
| J Avvikelser .....   | 24 |
| K Fall och fallskador .....  | 24 |
| L Journalsystem - Patientjournal .....   | 25 |
| M NPÖ (Nationella Patient Översikt) .....  | 26 |
| N Tillsyn, granskning och verksamhetsuppföljning .....   | 27 |
| Internkontroll .....   | 27 |
| Verksamhetsuppföljning .....   | 29 |
| O Vård och omsorg om personer med kognitiv sjukdom (demenssjukdom) .....   | 30 |
| P Förebyggande hembesök .....  | 32 |
| Q Introduktionsutbildning och kompetenshöjande insatser .....  | 32 |



Fastställd av

Ansvarig  
Medicinskt ansvarig sjuksköterska

## Styrdokument

Gäller fr.o.m.

Senast reviderad  
2021-03-16

3 (44)

Diarienummer

KS 2020.1725

---

|  |    |
|--|----|
| Uppföljning genom egenkontroll .....   | 33 |
| Samverkan för att förebygga vårdskador.....                                    | 34 |
| Rapporteringskyldighet.....  | 35 |
| Klagomål och synpunkter.....   | 35 |
| Processkartläggning.....   | 36 |
| Kommunens Kvalitet i Korthet.....  | 36 |
| Tabell 18 Övergripande nyckeltal från Kommunens Kvalitet i Korthet (KKiK)..... | 36 |
| Övrigt.....  | 37 |
| Extern uppföljning.....  | 37 |
| Kvalitetsuppföljning.....  | 37 |
| Extern granskning.....   | 37 |
| Inspektionen för vård och omsorg (IVO) .....                                   | 37 |
| Övrig uppföljning .....  | 37 |
| Myndighetsutövning.....  | 37 |
| Revision.....  | 38 |
| Sammanställning av förslag till förbättringar för 2021 .....                   | 38 |



Fastställd av

Ansvarig  
Medicinskt ansvarig sjuksköterska

## Styrdokument

Gäller fr.o.m.

Senast reviderad  
2021-03-16

4 (44)

Darienummer  
KS 2020.1725

## Sammanfattning

Planeringen inför 2020 års patientsäkerhetsarbete var att fortsätta med introduktionsutbildning för nyanställda, genomföra läkemedelsgenomgångar, fortsätta med bland annat registreringen i Svenska Palliativregistret, Senior alert och BPSD-registret (Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demenssjukdom) samt analysarbetet vid avvikelser och fallolyckor. Medverkan i Svenska Palliativregistret, Senior alert och BPSD-registret medför en ökad medvetenhet kring riskanalys och kopplingen till aktuell individuell vårdplan förstärks.

2020 har varit ett år som inget annat och året kan sammanfattas i ett enda ord: Corona! Den 31 januari uppger Folkhälsomyndigheten att en kvinna i Jönköpings län har bekräftats vara smittad av coronaviruset. Det är det första kända svenska fallet. Risken för smittspridning i Sverige bedöms då fortfarande som mycket låg utifrån andra länders erfarenhet.

Den 28 februari 2020 kallade medicinskt ansvarig sjuksköterska på hemsjukvårdschef, LSS-chef och vård och omsorgschef till möte med anledning av att Folkhälsomyndigheten bedömde att risken var hög för att personer som smittats av det nya coronaviruset utomlands skulle upptäckas i Sverige.

Pandemin kallades visserligen fortfarande för epidemi, men Individ- och omsorgsförvaltningen behövde lägga upp en strategi för hur förvaltningen skulle agera om viruset kom till Sverige och Skurup och till verksamheterna. Vi behöver även göra en bedömning av förvaltningens framtida förutsättningar.

Gruppen hade sitt nästa möte den 6 mars där olika inköp planerades, affischer för verksamheterna och informationsbrev till personalen togs fram. Informationsbrevet blev sedermera kommunövergripande och skickades ut av kommundirektören. Fem dagar senare meddelade Världshälsoorganisationen (WHO) att spridningen av coronaviruset SARS-CoV-2 som orsakar sjukdomen covid-19 klassades som en pandemi.

På våren kom den första vågen. Den följdes av en rad myndighetsåtgärder som förvaltningen behövde förhålla sig till för att garantera patientsäkerheten. Under den första vågen kom mycket fokus att läggas på att eliminera eller minimera spridningen av covid-19, ta prover där misstanke fanns att patienten drabbats av covid-19 med mera. Parallellt skapades rutiner, rutinerna reviderades, skanna marknaden för nya leverantörer av skyddsutrustning och desinfektionsmedel. Hösten, dags för den andra vågen, där både patienter och personal insjuknar, vi smittspårar, tar prover, smittspårar och behandlar.

Året 2020 blev ett annorlunda år, ett år då vi bedrev en annan sorts patientsäkerhetsarbetet.

## Syfte

### Patientsäkerhetsberättelse

Syftet med Skurups kommuns patientsäkerhetsberättelse är att ge en bild av det arbete som har gjorts inom patientsäkerhetsområdet utifrån ett kommunövergripande perspektiv.



Fastställt av

Ansvarig  
Medicinskt ansvarig sjuksköterska

## Styrdokument

Gäller fr.o.m.

Senast reviderad  
2021-03-16

5 (44)

Diarienummer

KS 2020.1725

Hög kvalitet i hälso- och sjukvården innebär att patienterna<sup>1</sup> får en god och säker vård. Därför måste alla som arbetar i vården hela tiden säkra och höja kvaliteten på ett systematiskt sätt.

Patientsäkerhetsarbetet är en del av kvalitetsarbetet, och kvaliteten är en del av patientsäkerheten – de hör ihop. För att främja arbetet med kvalitet och patientsäkerhet finns författningskrav på att vårdgivaren (Kommunstyrelsen) ska ha ett ledningssystem och arbeta systematiskt med patientsäkerhet. Systematiskt patientsäkerhetsarbete handlar ytterst om att förebygga att patienter drabbas av vårdskador. Syftet är att lära av det inträffade för att förhindra en återupprepning eller begränsa effekterna av sådana händelser som inte helt går att förhindra.

Vårdgivarens systematiska patientsäkerhetsarbete ska årligen beskrivas i en patientsäkerhetsberättelse. Patientsäkerhetsberättelsen ska även redogöra för de resultat som uppnåtts under året.

### Kvalitetsredovisning

Individ- och omsorgsförvaltningen har sedan 2015 ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Syftet med ledningssystemet är att systematiskt och fortlöpande arbeta med att utveckla och säkra verksamhetens kvalitet genom att:

- Planera
- Leda
- Kontrollera
- Följa upp
- Utvärdera
- Förbättra verksamheten

Till stöd för det systematiska arbetet finns ett flertal processer kartlagda och beskrivna i processkartor, där olika aktiviteter är identifierade och deras inbördes ordning är fastställd. Verksamhetens processer är indelade i tre kategorier: ledningsprocesser, verksamhetens huvudprocesser och stödprocesser. En del av det systematiska kvalitetsarbetet är att redovisa de uppföljningar som är genomförda under verksamhetsåret.

Syftet med kvalitetsredovisning är att på ett kort och sammanfattande vis redovisa stora delar av det kvalitetsarbete som genomförts inom Individ och omsorgsförvaltningen under 2020. För de som önskar att fördjupa sig finns tillgång till flera av undersökningarna på kommunens hemsida [www.skurup.se](http://www.skurup.se) under Omsorg och stöd → Kvalitet och resultat.

### Övergripande mål och strategier

Varje patient ska känna sig trygg och säker i kontakten med vården. Lika så 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. Tydligheten bildar en säker grund och är en förutsättning för att identifiera förbättringsmöjligheter.

<sup>1</sup> Hälso- och sjukvårdslagen använder begreppet patient för den person som åtnjuter hälso- och sjukvårdsinsatser. I detta dokument används begreppet patient synonymt för vårdtagare, brukare, kund, klient och gäst som är begrepp som används inom socialtjänsten



Fastställd av

Ansvarig  
Medicinskt ansvarig sjuksköterska

## Styrdokument

Gäller fr.o.m.

Senast reviderad  
2021-03-16

6 (44)

Diarienummer

KS 2020.1725

Skurups kommun har som mål en hög patientsäkerhet där patienten kan känna sig trygg och säker i kontakten med hälso- och sjukvården och att vårdpersonalen arbetar för att minimera vårdskador.

Förvaltningen har under året fortsatt att arbeta enligt ”Ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet” som bygger på *Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete* (SOSFS 2011:9). Under året har några processer kartlagts.

### Målsättning

En del av målsättningen med kvalitetsarbetet är att:

- när läkemedelshanteringen är en hälso- och sjukvårdsuppgift, säkra att patienten får de läkemedel som denne är ordinerad (se punkt A, B, E, H, J, M, P)
- minska antalet fallolyckor. När det inte kan förhindras minska risken för skada (se punkt C, K, P)
- minska risken för att trycksår (decubitus) uppstår (se punkt B, G, H, I, J, Q)
- säkra att samtliga medicinteknisk utrustning/hjälpmiddel kontrolleras enligt framtagna rutiner för personalens egenkontroll samt att hjälpmedlen servas enligt rutinerna genom avtal med teknisk kunnig personal (se punkt I, J)
- kvalitetssäkra och öka livskvaliteten hos personer med kognitiv sjukdom genom kontunerliga BPSD-registreringar där sådan behövs (A, O)
- trygga informationsöverföringen mellan vårdgivare såsom hälsovalsenheter, andra vårdgivare på primärvårdsnivå eller öppenvårdsmottagningar samt vid byte av vårdnivå (se punkt A, B, H, J, L, M)
- trygga informationsöverföringen mellan vårdgivaren och patient och/eller närstående samt säkra patientens och/eller närståendes delaktighet i vården och omvårdnaden (se punkt C, D, H, J, K)

### Organisatoriskt ansvar för patient- och kvalitetssäkerhetsarbetet

Vårdgivaren har det yttersta ansvaret för verksamheten. Kommunstyrelsen ansvar för att planering, ledningen och kontroll av verksamhetens organisering så att den tillgodoser kraven på hög patientsäkerhet och god kvalitet samt främjar kostnadseffektiviteten. Vårdgivaren ska fastställa övergripande mål för det systematiska kvalitetsarbetet samt kontinuerligt följa upp och utvärdera målen.

Verksamhetschef enligt hälso- och sjukvårdslagen, har ansvaret för att verksamheterna tillgodoser hög patientsäkerhet, god kvalitet och kostnadseffektivitet. Dessutom ansvara verksamhetschefen för att det för enheten finns ett ändamålsenligt kvalitetsledningssystem för att fortlöpande styra, följa upp, utveckla och dokumentera kvaliteten i verksamheten. Verksamhetschefen ansvarar för att det finns de direktiv och instruktioner som verksamheten kräver, att personalens kompetens upprätthålls genom adekvata vidareutbildningsinsatser med mera.

Verksamhetschefen har tillsammans med medicinskt ansvarig sjuksköterska att upprätthålla och utveckla verksamhetens kvalitet och säkerhet inom ramen för det kvalitetsledningssystem och den patientsäkerhet som finns för den kommunala hälso- och sjukvården.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska ansvarar för att patienter får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde. 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.



Fastställt av

Ansvarig  
Medicinskt ansvarig sjuksköterska

## Styrdokument

Gäller fr.o.m.

Senast reviderad  
2021-03-16

Darienummer

KS 2020.1725

7 (44)

Medicinskt ansvarig sjuksköterska gör uppföljningar i enlighet med regleringar i lagar och författningar. Medicinskt ansvarig sjuksköterska har på kommunstyrelsens uppdrag samt efter lagar och författningarnas krav att upprättat rutiner för hur kvalitetsarbetet kontinuerligt ska bedrivas för att kunna styra, följa upp och utveckla verksamheten samt för att säkra patientsäkerhetsarbetet.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska har ett uppföljnings- och tillsynsansvar för verksamheterna. Medicinskt ansvarig sjuksköterska samverkar med verksamhetschef i hälso- och sjukvårdsfrågor samt rapporterar direkt till Socialnämndsutskottet och Kommunstyrelsen i hälso- och sjukvårdsärenden.

LSS-chef/hemsjukvårdschef/vård- och omsorgschef/enhetschef<sup>2</sup> för respektive område har det löpande ansvaret för att verksamheten uppfyller de krav, utifrån hälso- och sjukvårdslagen, socialtjänstlagen samt LSS (Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade), som ställs utifrån att patienten ska tillförsäkras en god och säker vård.

Enhetschef för respektive område ansvarar för att informera, utbilda personalen, följa upp samt prioritera arbetet med patientsäkerhetsfrågorna.

Enhetschef för respektive område ansvarar för att de rutiner som verksamhetschef och medicinskt ansvarig sjuksköterska fastställt är väl kända i verksamheten samt att ny hälso- och sjukvårdspersonal<sup>3</sup> får den introduktion som krävs för att utföra sina hälso-och sjukvårdsuppgifter.

Hälso- och sjukvårdspersonalen ansvarar för att hälso- och sjukvårdsarbetet följer vetenskap och beprövad erfarenhet.

All personal inom Vård och omsorg, LSS, B.R.O<sup>4</sup>- och IFO<sup>5</sup>-verksamheten har ett ansvar att följande gällande riktlinjer och rutiner samt inom ramen för verksamhetens ledningssystem och medverka i det systematiska kvalitetsarbetet.

### Samverkan med andra vårdgivare

En viktig del i patientsäkerhetsarbetet är hur kommunens vård och omsorg samverkar med andra vårdgivare. Formerna för samverkan regleras i olika samverkansdokument enligt nedan:

- Avtal om ansvarsfördelning och utveckling avseende hälso- och sjukvården i Skåne
- Överenskommelse om palliativ vård i Skåne
- Överenskommelse om habilitering i Skåne
- Ramöverenskommelse om samverkan mellan Region Skåne och Skånes kommuner gällande personer med psykisk funktionsnedsättning samt barn och ungdom som har eller riskerar att utveckla psykisk ohälsa
- Lokalt avtal om läkarmedverkan i den kommunala hälso- och sjukvården
- Rutin och vägledning för samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård
- Riktlinjer för uppsökande tandvård i Skåne
- Hjälpmedelsguiden Skåne

<sup>2</sup> I detta dokument används enhetschef synonymt för enhetschef/hemtjänstchef/hemsjukvårdsschef/LSS-chef

<sup>3</sup> Hälso- och sjukvårdspersonal; legitimerad sjuksköterska, arbetsterapeut, fysioterapeut samt omvårdnadspersonal som utför hälso-och sjukvårdsåtgärder på delegering av legitimerad yrkesutövare

<sup>4</sup> B.R.O.; Bemötande, rehabilitering och omvårdnad. Verksamhet med hälso- och sjukvårdspersonal samt demensteam

<sup>5</sup> IFO; Individ och familjeomsorg



Fastställt av

Ansvarig  
Medicinskt ansvarig sjuksköterska

## Styrdokument

Gäller fr.o.m.

Senast reviderad  
2021-03-16

8 (44)

Darienummer  
KS 2020.1725

- Hjälpmedelsrekommendationer på produkt nivå

## Verksamhetens omfattning

I Skurups kommun finns tre särskilda boende enligt SoL<sup>6</sup>, fyra särskilda boende enligt LSS, två dagverksamheter för äldre, där den ena dagverksamheten är biståndsbedömd och för personer med kognitiv svikt samt en daglig verksamhet LSS, som är indelad i olika grupper. Antalet lägenheter på särskilt boende för äldre är 113 stycken varav fyra är korttidsplatser. Antalet lägenheter på särskilt boende LSS är 25 stycken.

Antalet personer som har haft hälso- och sjukvårdsinsatser (från arbetsterapeut, fysioterapeut och sjuksköterska) i ordinärt boende varierar över åren och var 996 personer under 2020.

## Struktur för uppföljning och utvärdering av patient- och kvalitetssäkerhetsarbete

### Intern uppföljning

Under rubrik internkontroll respektive tillsyn redovisas arbetssätt, insatser och åtgärder som syftar till att kontrollera, följa upp och säkerställa kvalitén inom Individ- och omsorgsförvaltningens verksamheter. Insatserna som beskrivs utförs främst av intern personal men även extern tillsyn omnämns.

För att förbättra patientsäkerheten krävs det att all personal har kunskap om och en förståelse hur de olika delarna och funktionerna i verksamheten fungerar. Medarbetarna ska vara informerade om att det är viktigt att analysera och identifiera orsaken till varför en avvikelse har uppstått för att därigenom förhindra att brister upprepas.

Skurups kommun har rutiner för avvikelshantering och rapportering samt ett digitalt avvikelssystem för rapportering. Alla avvikelser registreras i avvikelssystemet, DF Respons som finns tillgängligt på intranätet. Det finns rutin framtagen när och hur man ska skriva en avvikelse, analysera och följa upp. Enhetschef för respektive område ansvarar för uppföljning och återkoppling. Händelser som enligt allvarlighets- och sannolikhetsbedömningen bedöms till katastrofala oavsett sannolikhet för inträffande samt händelser som skattas till 8 eller mer ska utredas av medicinskt ansvarig sjuksköterska. Händelser som bedöms till katastrofala oavsett sannolikhet för inträffande samt händelser som skattas till 8 eller mer ska utredas av förvaltningschefen utsedd utredare (SoL händelser). Händelser som skattas till mellan 1-6 ska utredas i den egna verksamheten.

Beslutade åtgärder i uppkommen avvikelse redovisas av enhetschef i analysdelen av rapporten. Medicinskt ansvarig sjuksköterska tar del av hälso- och sjukvårdsavvikelser och förvissas sig om att adekvata åtgärder är vidtagna för att inte händelsen ska upprepas. Redovisning till Socialnämndsutskottet, Kommunstyrelsen och Individ och omsorgsberedningen sker en gång per år av medicinskt ansvarig sjuksköterska. Rapporten omfattar analyser av periodens avvikelser och tendenser.

<sup>6</sup> SoL; Socialtjänstlag





Fastställt av

Ansvarig  
Medicinskt ansvarig sjuksköterska

## Styrdokument

Gäller fr.o.m.

Senast reviderad  
2021-03-16

Diarienummer

KS 2020.1725

9 (44)

Händelser som bedömts som vårdskada eller risk för vårdskada enligt lex Maria skickas till Inspektionen för vård och omsorg direkt och rapporteras till Socialnämndsutskottet och Kommunstyrelsen.

Händelser som bedömts som allvarliga missförhållanden eller risk för allvarliga missförhållanden enligt lex Sarah skickas till Inspektionen för vård och omsorg direkt. Samtliga lex Sarah-utredningar rapporteras till Socialnämndsutskottet och Kommunstyrelsen.

Sammanställning av lex Maria och lex Sarah redovisas till Socialnämndsutskottet, Kommunstyrelsen, Individ och omsorgsberedningen samt verksamheten en gång per år i denna rapport.

Uppföljning och utvärdering sker dessutom enligt följande:

- Uppföljning enligt föreslagna förbättringar från föregående års patientsäkerhetsberättelse
- Öppna jämförelser
- Nationella kvalitetsregister
- Verksamhetsuppföljning och internkontroller
- KKiK; kommunens kvalitet i korthet, samt Servicemätningen
- Kolada

### Nationella kvalitetsregister

Individ- och omsorgsförvaltningen arbetar sedan flera år med registrering i nationella kvalitetsregister för att förbättra kvaliteten i vården och omsorgen om den enskilde. De nationella kvalitetsregistren som används är Senior alert, Svenska palliativregistret och BPSD<sup>7</sup>. Arbetet med detta har fortsatt under 2020. Dock kan det konstateras att det finns behov av vissa förbättringsåtgärder.

Uppföljning av verksamheten sker även via Senior Alert (fall, trycksår, undernäring, munhälsa, blåsdysfunktion samt rehabilitering) och Svenska palliativregistret (vård i livets slut) av medicinskt ansvarig sjuksköterska. Sammanställning redovisas till Socialnämndsutskottet, Kommunstyrelsen, Individ och omsorgsberedningen samt verksamheten en gång per år av medicinskt ansvarig sjuksköterska och förvaltningschef.

BPSD-registret (beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom) är ett kvalitetsregister där verksamheterna registrerar personbundna uppgifter om problem/symtom, behandling och resultat. BPSD-registrets syfte är att minska BPSD och lidandet som detta innebär och att genom detta, öka livskvalitén för personen med kognitiv sjukdom. Efter skattningen genomförs en analys av eventuella orsaker med hjälp av en checklista och en vårdplan utformas. Registreringen ska leda till lärande och förbättringsarbete ute i verksamheter. Verksamheterna sätter upp mätbara mål.

I Senior alert registreras riskbedömningar, vidtagna åtgärder och resultat inom områden fallrisk, trycksår, nutrition, munhälsa, blåsdysfunktion och rehabilitering. Målet är att kunna förebygga skador inom ovanstående områden.

---

<sup>7</sup> BPSD, Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens



Fastställd av

Ansvarig  
Medicinskt ansvarig sjuksköterska

## Styrdokument

Gäller fr.o.m.

Senast reviderad  
2021-03-16

10 (44)

Diarienummer  
KS 2020.1725

Registreringen i Svenska palliativregistrets huvudsyfte är att successivt förbättra vården i livets slutskede. Ytterligare syfte är att på patientnivå mäta hur enheterna lever upp till definierade kriterier för god vård i livets slutskede och därigenom stödja ett kontinuerligt förbättringsarbete som syftar till optimal vård för dessa patienter oavsett diagnos.

Demensteamets certifierade utbildare är handledare till de nya administratörerna i BPSD-registret, för att dessa ska komma ingång med implementeringen av registret och det förebyggande arbetssättet. Arbetet har fortsatt under 2020.

Läkemedelshanteringen granskas årligen av interna granskare. Granskningen utförs av hemsjukvårdschef och biträdande hemsjukvårdschef för B.R.O.-verksamheten på uppdrag av medicinskt ansvarig sjuksköterska och redovisas till denne. Under året har kvalitetsgranskning inte kunnat genomföras då coronapandemin har grasserat och besök hos patienter skulle minimeras på grund av risk för smittspridning. Icke nödvändiga besök skulle helst avstås ifrån.

Vidare sker uppföljningar och utvärderingar enligt förbättringar från föregående års patientsäkerhetsberättelse, öppna jämförelser, verksamhetsuppföljning och internkontroll.

### **Hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits och vilka åtgärder som genomförts internt**

Vårdgivaren ska varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse av vilken det ska framgå:

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

Patientsäkerhetsarbetet har bedrivits kontinuerligt på varje enhet. Revidering av rutiner sker kontinuerligt både i samverkan mellan Region Skåne och kommun, kommuner emellan och inom den egna kommunen.

Åtgärder för ökad patientsäkerhet som genomförts 2020:

- Fortsatt registrering av nationella kvalitetsregister, Senior Alert
- Fortsatt registrering i nationella kvalitetsregister, Svenska Palliativregistret
- Fortsatt registrering i BPSD-registret (Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens)
- Utbildning i basal hygien
- Revidering av rutiner
- Fortsatt arbete i delregionala samverkansmöten
- Fortsatt arbete i lokala samverkansmöten
- Fortsatt arbetet med ett kvalitetsledningssystem och tillhörande processkartläggning
- Verksamhetsuppföljning avseende trycksår
- Verksamhetsuppföljning gällande efterlevande av rutin för basalhygien



Fastställt av

Ansvarig  
Medicinskt ansvarig sjuksköterska

## Styrdokument

Gäller fr.o.m.

Senast reviderad  
2021-03-16

11 (44)

Diarienummer  
KS 2020.1725

### A Delregionalt och lokalt samverkansorgan

Region Skåne och Skånes Kommuner<sup>8</sup> har i samarbetet med Sveriges Kommuner och Region haft ett utvecklingsprojekt, Ledningskraft. Skurups kommun gick med projektet 2013. Projektet upphörde 2016, men då samverkansformen är väl utarbetad har arbetet fortsatt lokalt samt som ett delregionalt samverkansorgan<sup>9</sup>. Samverkansorganets intentioner är att en långsiktig hållbar utveckling formas för att förbättra vård och omsorg för sjuka äldre utifrån intentionerna i hälso- och sjukvårdsavtalet.

Prioriterade områdena för det delregional samverkanforumet 2020 var:

- Den nära vården
- God vård i livets slut
- Läkarestöd, det mobila stödet i samverkan

Prioriterade områdena för det lokal samverkanforumet 2020 var:

- Implementering och vidareutveckling av hälso- och sjukvårdsavtalets intentioner samt följa följande parametrar
  - Antal Inskrivna i mobila vårdteamet
  - Antal Genomförda SIPar<sup>10</sup>
  - Antal genomförda Läkemedelsgenomgångar
  - Status familjecentral
  - Coronapandemin

En Samordnad Individuell Plan (SIP) ska göras när den enskilde har behov av insatser både från socialtjänsten och hälso- och sjukvården samt flera vårdgivare och när samordning av insatser kring en enskild individ behövs. En SIP kan upprättas om den enskilde samtycker till detta.

Det är viktigt att planeringen i SIP är framåtsyftande och utgår från patientens mål och önskemål utifrån dennes hälsotillstånd och förmågor. Planeringen ska/bör syfta mot bättre beredskap för möjliga förutsägbara tillstånd relaterat till patientens hälsotillstånd och vardag.

Tabell 1 I samband med redovisningen av patientsäkerhetsberättelsen beslutades om ett antal förbättringsåtgärder. En uppföljning av dessa ger följande:

| Förslag till förbättringar                               | Ansvarig   | 2017 | 2018 | 2019 | 2020  | Resultat |
|--|------------|------|------|------|-------|----------|
| Att användandet av SIP i berörda verksamheter fortsätter | Enhetschef | --   | --   | --   | 19 st | Uppfylld |

<sup>8</sup> Skånes kommuner tidigare Kommunförbundet Skåne

<sup>9</sup> Finns reglerat i *avtal om ansvarsfördelning och utveckling i avseende hälso- och sjukvården i Skåne 2016-01-19*

<sup>10</sup> SIP; Samordnad Individuell Plan



Fastställd av

Ansvarig  
Medicinskt ansvarig sjuksköterska**Styrdokument**

Gäller fr.o.m.

Senast reviderad  
2021-03-16

12 (44)

Diarienummer  
KS 2020.1725

|   |            |  |   |   |  |          |
|---|------------|--|---|---|--|----------|
| Att användning och uppföljning av Senior alert fortsätter   | Enhetschef | 33/232 <sup>1</sup><br>unika personer som registrerats | 52/241<br>unika personer som registrerats | 25/233<br>unika personer som registrerats | 6/210<br>unika personer som registrerats | Uppfylld |
| Att användning och uppföljning av BPSD (Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens) inom demensvården fortsätter och sprids | Enhetschef | 220 st<br>skattningar                                  | 174 st<br>skattningar                     | 167 st<br>skattningar                     | 132 st<br>skattningar                    | Uppfylld |
| Antal unika personer registrerade i BPSD  |            | 72 st  | 78 st                                     | 75 st                                     | 65 st                                    | Uppfylld |

<sup>1</sup> Antalet unika personer på särskilt boende som är registrerade i Senior alert /totala antalet personer som bott på särskilt boende under året.

**Förslag till förbättringar 2021**

- att användandet av SIP i berörda verksamheter fortsätter
- att användning och uppföljning av Senior alert fortsätter
- att användning och uppföljning av BPSD (Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens) inom demensvården fortsätter och sprids

**B Samverkan vid utskrivning från slutenvården - SVU**

Vid samverkan vid utskrivning från slutenvården överförs det medicinska ansvaret från en vårdgivare till en annan. I Skåne finns gemensamt upprättade rutiner för samverkan vid utskrivning från slutenvården mellan kommunerna i Skåne och Region Skåne. Rutinerna beskriver bland annat krav på information till berörda enheter i samband med utskrivning från slutenvården. Som ett led i kvalitetssäkringen skickas avvikelserapport då rutinerna inte följs. Brister mellan sjukvårdshuvudmännen har rapporterats i 5 stycken fall avseende informationsöverföring, planeringsprocessen och överförandet av medicinska ansvaret i samband med utskrivningen från slutenvården.

Avvikelseerna har sänts till berörd avdelning i slutenvården för åtgärd.

Tabell 2 Antalet inskickade externa avvikelser

|  | 2017  | 2018  | 2019  | 2020 |
|--|-------|-------|-------|------|
| <b>Antal avvikelser inskickade till slutenvården</b> | 14 st | 25 st | 21 st | 5 st |



Fastställd av

Ansvarig  
Medicinskt ansvarig sjuksköterska**Styrdokument**

Gäller fr.o.m.

Senast reviderad  
2021-03-16

13 (44)

Diarienummer

KS 2020.1725

Skurups kommun har erhållit två stycken avvikelser avseende planeringsprocessen (SVU) under 2020. Där den ena avser bristande återkoppling vidmottagande av faxmeddelande trots att mottagaren särskilt önskat det. Den andra gäller bristande information från särskilt boende i samband med inläggning på sjukhus.

Tabell 3 I samband med redovisningen av patientsäkerhetsberättelsen beslutades om ett antal förbättringsåtgärder. En uppföljning av dessa ger följande:

| Förslag till förbättringar   | Ansvarig   | 2017  | 2018  | 2019  | 2020 | Resultat |
|--|--|-------|-------|-------|------|----------|
| <i>Samverkan vid utskrivning - SVU</i>   |  |       |       |       |      |          |
| Fortsätta att avvikelserapporterna i samtliga fall när den gemensamma rutinen inte följs | Sjuksköterska/arbetsterapeut/fysioterapeut/medicinskt ansvarig sjuksköterska | 14 st | 25 st | 21 st | 5 st | Uppfylld |

**Förslag till förbättringar 2021**

- fortsätta att avvikelserapportera i samtliga fall när den gemensamma rutinen inte följs

**C Samverkan med patienter och närstående**

Patienter och i förekommande fall närstående ska

- ✓ medverka vid upprättande av vårdplaner, Samordnad individuell plan (SIP)
- ✓ bli informerade vid utredning av vårdskador
- ✓ bli informerade vart man vänder sig för att framföra synpunkter och klagomål
- ✓ verka för att den enskildes nätverk beaktas och blir en del i planeringen kring den enskilde
- ✓ medverka vid upprättande av genomförandeplan (SoL)

*Socialstyrelsens brukarundersökning*

Socialstyrelsen har gjort en riksomfattande undersökning av äldres uppfattning om kvaliteten i hemtjänst och äldreboende. Bland annat ställdes frågan

Tabell 4 "Hur lätt eller hur svårt är det att få träffa en sjuksköterska vid behov?"

|                        |                         | Skurup i %                             | Riket genomsnitt i %                   |
|------------------------|-------------------------|--|--|
| <b>Särskilt boende</b> | Mycket lätt/ganska lätt | 83 %<br>(68/2019, 76/2018,<br>81/2017) | 75 %<br>(75/2019, 75/2018,<br>76/2017) |



Fastställd av

Ansvarig  
Medicinskt ansvarig sjuksköterska

## Styrdokument

Gäller fr.o.m.

Senast reviderad  
2021-03-16

14 (44)

Diarienummer  
KS 2020.1725

---

### D Brukarinflytande

Verksamheterna arbetar med brukarinflytande genom fortlöpande kommunikation med den enskilde.

Genomförandeplanen är det dokument som beskriver, utifrån den enskildes behov och önskemål, hur och när insatser ska utföras. Som ett komplement till genomförandeplanen är den dagliga kommunikationen med den enskilde avgörande för att insatserna skall genomföras efter dennes önskemål.

En annan organiserad form av brukarinflytande som syftar till att ta tillvara synpunkter och förbättringsförslag är husråd som på olika sätt genomförs kontinuerligt vid kommunens trygghetsboenden samt vissa av kommunens särskilda boenden.

För att uppnå ökad förståelse mellan köks- och vårdpersonal samt höja kompetensen hos vårdpersonalen hålls kostombudsmöten kontinuerligt. Ett av målen med dessa möten är att förbygga risk för undernäring.

Pensionärs- och tillgänglighetsrådet är två organ som används som referensgrupper vid framtagande av övergripande dokument och planer samt vid större förändringsarbete.

Skånetrafiken har enligt gällande avtal kallat till kundrådsmöten och politiker och tjänstemannamöte som i år hölls digitalt.

### E Läkemedelsgenomgångar

En säker och effektiv läkemedelsanvändning är en av de största utmaningarna inom vård och omsorg. Läkemedelsanvändningen hos äldre patienter är stor. Risken för interaktioner ökar när en person använder en mängd olika läkemedel, speciellt hos äldre som i vissa fall har svårt att själva redogöra för sina biverkningar.

Erfarenheter visar att strukturerade läkemedelsgenomgångar i många fall minskar den äldres läkemedelsanvändning, mindre läkemedelsinteraktioner, mindre biverkningar och en lägre och mer adekvat läkemedelskonsumtion.

För att säkerställa god kvalitet i äldres läkemedelsterapi ansvarar vårdcentralen för att genomföra läkemedelsgenomgångar för enhetens listade medborgare. Vårdcentralen ska arbeta för att antalet läkemedelsgenomgångar ska öka. Läkemedelsgenomgången ska genomföras enligt den modell som beslutats av Region Skåne, Skånemodellen för läkemedelsgenomgångar.

Läkemedelsgenomgångar kan genomföras på två olika nivåer – basal respektive tvärprofessionell. Basala läkemedelsgenomgångar genomförs av patientansvarig läkare, för patienter 65 år och äldre som behandlas med läkemedel, med undantag för de patientgrupper som får tvärprofessionella läkemedelsgenomgångar. Den tvärprofessionella läkemedelsgenomgången genomförs i första hand för patienter i särskilda boenden för äldre samt för patienter 75 år och äldre i ordinärt boende med insatser från kommunal hemsjukvård rörande läkemedelsanvändningen. Tvärprofessionell läkemedelsgenomgång ska genomföras av patientansvarig läkare tillsammans med sjuksköterska, omvårdnadspersonal samt apotekare, klinisk farmakolog alternativt geriatriker eller av Läkemedelsrådet certifierad läkare.



Fastställt av

Ansvarig  
Medicinskt ansvarig sjuksköterska**Styrdokument**

Gäller fr.o.m.

Senast reviderad  
2021-03-16

15 (44)

Diarienummer  
KS 2020.1725*Enkel läkemedelsgenomgång*

En enkel läkemedelsgenomgång syftar till att kartlägga en patients samtliga ordinerade och använda läkemedel, kontrollera om läkemedelslistan är korrekt, samt bedöma om läkemedelsbehandlingen är ändamålsenlig och säker. Enkla läkemedelsgenomgångar ska erbjudas patienter som är 75 år eller äldre och som är ordinerade fem eller fler läkemedel, samt patienter som har misstänkta eller konstaterade läkemedelsrelaterade problem.

*Fördjupad läkemedelsgenomgång*

En fördjupad läkemedelsgenomgång ska erbjudas patienter som efter en enkel läkemedelsgenomgång har kvarstående läkemedelsrelaterade problem eller där det finns en misstanke om sådana problem. En fördjupad läkemedelsgenomgång är en systematisk bedömning och omprövning av varje ordinerat läkemedel utifrån patientens hälsotillstånd och behov, i syfte att uppnå en ändamålsenlig och säker läkemedelsbehandling.

Tabell 5 I samband med redovisningen av patientsäkerhetsberättelsen beslutades om ett antal förbättringsåtgärder. En uppföljning av dessa ger följande:

| Förslag till förbättringar  | Ansvarig  | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | Resultat |
|---|---|------|------|------|------|----------|
| <b>Läkemedelsgenomgångar</b>  |   |      |      |      |      |          |
| Att fortsätta genomföra läkemedelsgenomgångar för patienter listade på vårdcentralen Skurup och som har hemsjukvård avseende läkemedelshantering              | Sjuksköterska/<br>behandlingsansvarig<br>läkare | 64   | 69   | 42   | 47   | Uppfylld |
| Att fortsätta genomföra läkemedelsgenomgångar för patienter listade på vårdcentralen Capio Nova Rydsgård och som har hemsjukvård avseende läkemedelshantering | Sjuksköterska/<br>behandlingsansvarig<br>läkare | 26   | 6    | 24   | 22   | Uppfylld |

**Förslag till förbättringar 2021 framtagna i samverkan med vårdcentralen i Skurup och Capio Novakliniken i Rydsgård**

- att fortsätta genomföra läkemedelsgenomgångar för patienter listade på vårdcentralen Skurup och som har hemsjukvård avseende läkemedelshantering
- att fortsätta genomföra läkemedelsgenomgångar för patienter listade på Capio Nova i Rydsgård och som har hemsjukvård avseende läkemedelshantering



Fastställt av

Ansvarig  
Medicinskt ansvarig sjuksköterska

## Styrdokument

Gäller fr.o.m.

Senast reviderad  
2021-03-16

16 (44)

Diarienummer  
KS 2020.1725

## F Hygien

Av hälso- och sjukvårdslagen framgår det att vården ska vara av god kvalitet och med en god hygienisk standard. Författningen om basal hygien i vården och omsorg reglerar hur arbetskläderna ska vara beskaffade, att det ska finnas engångs skyddskläder och engångsskyddshandskar, handdesinfektionsmedel med mera att tillgå. På grund av ökningen av vårdrelaterade infektioner<sup>11</sup> (VRI) och ökningen av multiresistenta bakterier<sup>12</sup>, är det mycket viktigt att personalen följer de basala hygienrutiner som finns framtagna för vård och omsorg för att förhindra smittspridning. Under 2020 accentuerades kunskapsbehovet kring basal hygien i samband med att världen och Sverige drabbades av coronapandemin orsakad av viruset SARS-CoV-2 som orsakar sjukdomen covid-19.

Många av dem som bor på särskilda boenden behöver hjälp med omvårdnad och den personliga hygien. Personalen arbetar tätt intill den boende. Det är mycket viktigt att det finns tillgång till handsprit (handdesinfektionsmedel) och att det finns möjlighet att tvätta händerna i nära anslutning till hjälpen med personlig hygien. Personalen ska även ha kortärmade arbetskläder, ha tillgång engångsskyddskläder och engångshandskar.

Sjuksköterskorna ska ha kännedom om att vårdrelaterade infektioner ska anmälas till medicinskt ansvarig sjuksköterska.

Det finns framtagna rutiner för att hantering av riskavfall.

Vid arbete i mottagningskök med hantering av mat ska det finnas möjlighet att tvätta sig med flytande tvål och vatten samt torka sig på en engångshandduk. För att där efter ha på handdesinfektionsmedel. Det ska även finnas köksförkläden som personalen ska använda.

Att klä sig rätt och ha en bra handhygien är det bästa sättet att förhindra smittspridning. Att förebygga vårdrelaterade infektioner är därför en viktig del i verksamhetens kvalitets- och säkerhetsarbete.

Arbetet med att åtgärda upptäckta brister påbörjades 2010 med bland annat att hålla basalhygien rutinerna levande. För att förstärka kunskapen hos personalen genomförs vid introduktionen vid ett flertal tillfällen under året en utbildning i basalhygien till nyanställd vård- och omsorgspersonal samt personal inom LSS. Utbildningen utökades med att även innefatta teoretisk och praktisk undervisning hur munskydd och visir hanteras. Vissa år genomförs en verksamhetsuppföljning där personalen genomför en självskattning av sin efterlevnad av basalhygien rutinen. För resultatet av 2020 års självskattning se dokumentationen under verksamhetsuppföljning i denna rapport.

I höstas genomfördes även en specialanpassad utbildning i basalhygien för ett fåtal hårfrisörer. Anledningen var att dessa skulle få möjlighet att klippa sina kunder på särskilda boendena.

Verksamheten köpte 2017 in en HandCheck Vision box, som är ett hjälpmedel för kontroll av handhygien. Under 2020 köptes ytterligare en HandCheck Vision box. Genom att belysa

<sup>11</sup> En vårdrelaterad infektion är en infektion som uppkommer hos en person under slutenvård eller till följd av diagnostik, behandling eller omvårdnad inom övrig vård och omsorg

<sup>12</sup> Multiresistenta bakterier, är ett samlingsnamn för bakterier som utvecklat resistens mot ett flertal antibiotika (1177.se)





Fastställd av

Ansvarig  
Medicinskt ansvarig sjuksköterska

## Styrdokument

Gäller fr.o.m.

Senast reviderad  
2021-03-16

17 (44)

Darienummer

KS 2020.1725

händerna, som applicerats med ett testmedel, kan man på ett tydligt sätt se kvaliteten på sin handdesinfektion

Tabell 6 I samband med redovisningen av patientsäkerhetsberättelsen beslutades om ett antal förbättringsåtgärder. En uppföljning av dessa ger följande:

| Förslag till förbättringar   | Ansvarig                          | 2017      | 2018         | 2019      | 2020      | Resultat |
|--|-----------------------------------|-----------|--------------|-----------|-----------|----------|
| <b>Hygien</b>  |                                   |           |              |           |           |          |
| Att genomföra internkontroll/ verksamhetsuppföljning avseende följsamhet mot basalhygien rutiner | Medicinskt ansvarig sjuksköterska | Genomförd | Ej Genomförd | Genomförd | Genomförd | Uppfylld |

### Förslag till förbättringar 2021

- att genomföra internkontroll/verksamhetsuppföljning avseende följsamhet av rutin för basalhygien

## G Trycksår

Trycksår<sup>13</sup> är en smärtsam lokal vävnadsskada i hud och underliggande vävnader förorsakade av otillräcklig blodförsörjning till området, vanligtvis förorsakad av tryck, friktion, skjuvning eller en kombination av dessa. Faktorer som samverkar med dessa är tid, fukt och bristande hygien.

Trycksår är en smärtsam komplikation som utvecklas i samband med sjukdom, vård och behandling och medför ekonomisk belastning på hälso- och sjukvården.

Många tidigares studier visar att trycksårsprocessen kan starta efter så kort tid som två timmar av immobilisering. Det finns flera orsaker till att trycksår uppkommer såsom lågt näringsintag, nedsatt känsel, sänkt blodtryck, nedsatt cirkulation i blodkärlen och oförmåga att ändra läge på kroppen med mera. Trycksår är mycket vanliga och kan uppstå när en person ligger eller sitter i samma ställning.

Personer med trycksår eller personer i riskzon för trycksår kan även ha risk för undernäring.

Eftersom undernäring är en reversibel riskfaktor för trycksår, så är tidig upptäckt och behandling av undernäring en mycket viktig förebyggande åtgärd.

För att förhindra att trycksår uppkommer ska sjuksköterskan göra en riskbedömning för att se om det föreligger risk för trycksår. Bedömningsinstrumentet Modifierad Nortonskala, en evidensbaserad bedömningsmall används som komplement till den kliniska bedömningen.

<sup>13</sup> Idag används benämningen trycksår istället för decubitus eller liggsår

Tabell 7 Viktiga riskfaktorer för uppkomst av trycksår<sup>14</sup>

| Riskfaktor                 | Bidragande orsak   |
|----------------------------|--|
| Nedsatt rörelseförmåga     | Minskad avlastning av tryckpunkter                                       |
| Nedsatt känsel             | Minskad medvetenhet om ihållande tryck                                   |
| Dålig näringsstatus        | Minskning av tryckfördelande vävnad, sämre läkningsförmåga               |
| Sänkt medvetande grad      | Samverkan av faktorer som t.ex. nedsatt rörlighet och nedsatt känsel     |
| Förhöjd kroppstemperatur   | Ökad ämnesomsättning leder till ökat behov av syre och näring i cellerna |
| Sänkt blodtryck            | Försämrade genombildning av hud och annan vävnad vid yttre tryck         |
| Nedsatt andningsförmåga    | Sänkt syresättning av blodet, vävnadshypoxi                              |
| Tidigare trycksårshistorik | Utläta trycksår har en kvarstående känslighet                            |
| Hjärt- och kärlsjukdom     | Hämrat blodflöde och minskad genombildning av huden                      |

Riskbedömningen ska dokumenteras i patientjournalen. Om risk för tryckskada föreligger ska en behandlande vårdplan upprättas och preventiva omvårdnadsåtgärder sättas in såsom avlastning såväl i sittande som liggande position, sörja för att närings- och vätskebehov blir tillgodosett, att patienten erhåller adekvat sårvårdsbehandling då trycksår uppstått. Ett trycksår kan ge smärta, därför ska sjuksköterskan om möjligt göra ett smärtstatus så att effektiv smärtlindring kan ges.

En inventering av antalet personer med tryckskador har genomförts sedan 2010. Som riskbedömningsinstrument användes Modifierad Nortonskala. Kriterierna för att ingå i mätningen har varierat över åren varför resultaten inte är helt jämförbara.

**Kriterier för inventering** (vilka patienter som omfattas av inventeringen) är följande:

- Alla som bor på särskilt boende och gruppboende enligt LSS
- Patienter i ordinärt boende med hemsjukvård: riskpatienter (se nedan) samt de med trycksår.

Till riskpatienter i ordinärt boende räknas person som:

- är sittande i stol större delen av dagen
- har hjälp med förflyttning
- är rullstolsburen
- är sängliggande eller mestadels sängliggande

Inom den kommunala hälso- och sjukvården omfattades 127 patienter av inventeringen i år varav 14 patienter hade någon form av tryckskada, fördelade enligt tabellen nedan.

<sup>14</sup> Nordic Health Economics AB, Trycksår i Sverige – kunskapsöversikt och beräkning av kostnader för slutenvården



Fastställd av

Ansvarig  
Medicinskt ansvarig sjuksköterska

Gäller fr.o.m.

Senast reviderad  
2021-03-16Diarienummer  
KS 2020.1725

Tabell 8 Resultatet från trycksårsinventeringen 2020

| År                | Utan tryck | Kategori I | Kategori II | Kategori III | Kategori IV | Icke klassificerat trycksår, sår djup okänt | Misstänkt djup hudskada, sår djup okänt | Totalt antal inventerade personer |
|-------------------|------------|------------|-------------|--------------|-------------|---|---|-----------------------------------|
| 2020 <sup>1</sup> | 110 st     | 7 st       | 4 st        | 1 st         | 1 st        | 0 st  | 1 st                                    | 127 st                            |

<sup>1</sup> saknas uppgifter från tre patienter

Resultatet visar på att det finns trycksår hos patienter som har vård och omsorg av Skurups kommun.

Följande åtgärder ska påbörjas:

- Alla nyinflyttade patienter på särskilt boende ska riskbedömas enligt Senior alert.
- Patienter i ordinärt boende och som blir aktuell i hemsjukvården och tillhör gruppen riskpatienter för trycksår ska riskbedömas enligt Senior alert.
- Personer i ordinärt boende och som blir aktuell i hemtjänsten och personalen identifierar att personen tillhör gruppen riskpatienter för trycksår, tar personalen efter samtycke från den enskilde kontakt, med sjuksköterska i hemsjukvården för att aktualisera problematiken.
- Komplettera och eventuellt revidera ”Rutin för Senior alert”.
- För patienter som inte ingår i Senior alert exempelvis patienter inom LSS tas en lokal rutin fram avseende preventivt arbetet.
- På särskilt boende genomförs inventering och inspektion av madrasserna.

Vidare går att läsa i rapport *Verksamhetsuppföljning Trycksårsinventering 2020*.

Tabell 9 I samband med redovisningen av patientsäkerhetsberättelsen beslutades om ett antal förbättringsåtgärder. En uppföljning av dessa ger följande:

| Förslag till förbättringar  | Ansvarig                          | 2017         | 2018               | 2019               | 2020                | Resultat    |
|---|-----------------------------------|--------------|--------------------|--------------------|---------------------|-------------|
| <b>Trycksår</b>   |                                   |              |                    |                    |                     |             |
| Att antalet trycksår ska minska                                     | Enhetschef/sjuksköterska          | Ej genomförd | 19 st              | 17 st              | 14 st               | Uppfyllt    |
| Att genomföra en egen punktprevalensmätning (PPM) avseende trycksår | Medicinskt ansvarig sjuksköterska | Ej genomförd | Mätning våren 2018 | Mätning våren 2019 | Mätning hösten 2020 | Uppfylld    |
| Att eliminera kategori IV trycksår                                  | Enhetschef/sjuksköterska          | --           | --                 | --                 | Nej, finns 1 st     | Ej Uppfylld |



Fastställt av

Ansvarig  
Medicinskt ansvarig sjuksköterska

## Styrdokument

Gäller fr.o.m.

Senast reviderad  
2021-03-16

20 (44)

Diarienummer

KS 2020.1725

### Förslag till förbättringar 2021

- att antalet trycksår ska minska
- att eliminera kategori III, IV trycksår, Icke klassificerat trycksår, sår djup okänt samt Misstänkt djup hudskada, sår djup okänt
- att genomföra en egen punktprevalensmätning (PPM) avseende trycksår

### H Vård i livets slutskede – palliativ vård

Palliativ vård i livets slutskede och vård av människor med nedsatt autonomi ska ges högsta prioritet. Palliativ vård omfattar alla patienter i livets slutskede oavsett vilka diagnoser patienterna har och oavsett var de vårdas (SOU 2001:6).

Region Skåne och Skånes kommuner ska gemensamt tillse att medborgarna tillförsäkras palliativ vård av hög kvalitet och på lika villkor. Verksamheten bedrivs som basal respektive specialiserad palliativ vård inklusive avancerad sjukvård i hemmet (ASiH).

Kommunerna bedriver i huvudsak basal palliativ vård, dygnet runt av sjuksköterska och omvårdnadspersonal med basal kompetens inom palliativ vård med stöd från primärvårdens läkare. Kommunens arbetsterapeut och fysioterapeut bedriver där behov föreligger rehabilitering av patienten utifrån dennes förutsättningar. Arbetsterapeut och fysioterapeut förskriver medicintekniska hjälpmedel enligt kommunens åtagande till patienten.

Det finns skriftliga rutiner för vård i livets slutskede. Läkemedel ska kunna ges inom en viss tid och det ska finnas möjlighet att ha extra personal när det behövs. Närstående ska erbjudas att delta i vården, när önskemål och möjlighet finns. Om förutsättningarna finns och om patienten ger sitt medgivande ska en samordnad individuell vårdplan (SIP) tas fram och berörda yrkesgrupper bjuda in att delta vid framtagandet. Av dokumentationen ska det framgå att det är vård i livets slut och vilka åtgärder som ska vidtas om symtomgenombrott föreligger. Sjuksköterskan ska där det är möjligt använda sig av en skattningsskala eller på annat sätt försäkra sig om att besvärande symtom lindras. Personens etniska och religiösa tillhörighet ska beaktas.

Skurups kommun har utbildat samtlig personal inom vård och omsorg i palliativ omvårdnad under perioderna 2004-2006 samt en ny utbildningssatsning mellan 2015 och 2018. Medarbetarna har därav goda kunskaper i palliativ omvårdnad.

Svenska Palliativregistret är ett nationellt kvalitetsregister som har till syfte att förbättra vården i livets slut. Registrering i Svenska Palliativregistret har fortsatt under 2020. Sjuksköterskorna registrera frågor som ska avspegla centrala områden i det som kan kallas god palliativ vård i livets slutskede. Huvudsyftet är att på patientnivå mäta hur enheterna lever upp till definierade kriterier för god vård i livets slutskede och därigenom stödja ett kontinuerligt förbättringsarbete som syftar till att ge optimal vård för dessa patienter oavsett diagnos. Samtliga kommunens verksamheter i inom vård och omsorg och LSS-verksamheten registrerar dödsfall i Svenska Palliativregistret om patienten har haft hemsjukvård.



Fastställd av

Ansvarig  
Medicinskt ansvarig sjuksköterska**Styrdokument**

Gäller fr.o.m.

Senast reviderad  
2021-03-16

21 (44)

Diarienummer  
KS 2020.1725

Tabell 10 I samband med redovisningen av patientsäkerhetsberättelsen beslutades om ett antal förbättringsåtgärder. En uppföljning av dessa ger följande:

| Förslag till förbättringar  | Ansvarig                        | 2017    | 2018    | 2019    | 2020                | Resultat                      |
|---|---------------------------------|---------|---------|---------|---------------------|-------------------------------|
| <i>Vård i livets slut</i>   |                                 |         |         |         |                     |                               |
| Att öka antalet registreringar i Svenska Palliativregistret, målet är att nå 80 % täckningsgrad   | Enhetschef/<br>hemsjukvårdschef | 72,22 % | 63,31 % | 61,44 % | 57,93% <sup>1</sup> | Se kommentar/<br>fotnot nedan |
| Att öka täckningsgrad för genomförande av smärtskattning företrädesvis med evidensbaserat instrument, VAS (Visuell-analog-skala) och Abbey Pain Scale | Enhetschef/<br>hemsjukvårdschef | --      | --      | --      | 40,7% <sup>1</sup>  | Se kommentar/<br>fotnot nedan |
| Att öka täckningsgrad för genomförande av smärtskattning med evidensbaserat instrument, VAS (Visuell-analog-skala) och Abbey Pain Scale               | Enhetschef/<br>hemsjukvårdschef | 31,6 %  | 49,3 %  | 40,9 %  | --                  | --                            |

<sup>1</sup> Uttag av data 2021-02-04. Svenska palliativregistret har förlängt inrapporteringstiden för 2020 till och med 31/3 2021, varför dessa uppgifter kan komma att förändras

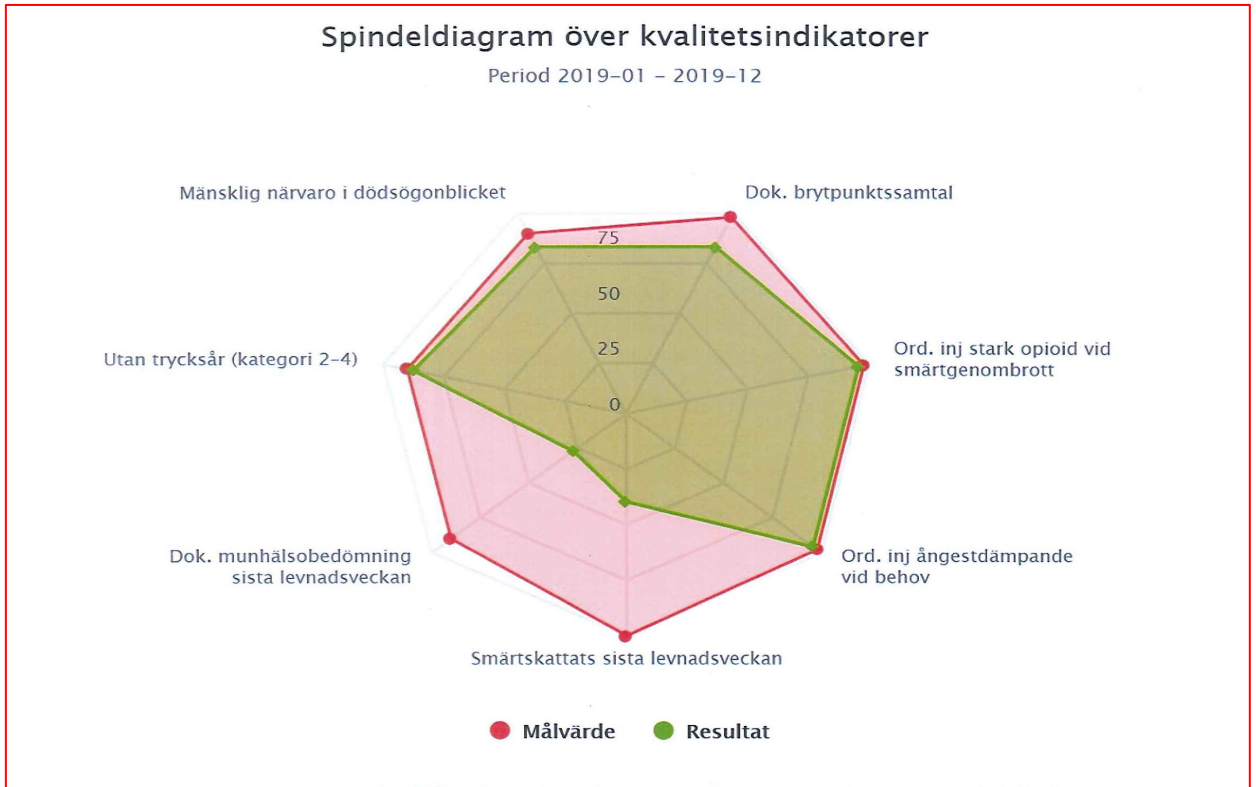
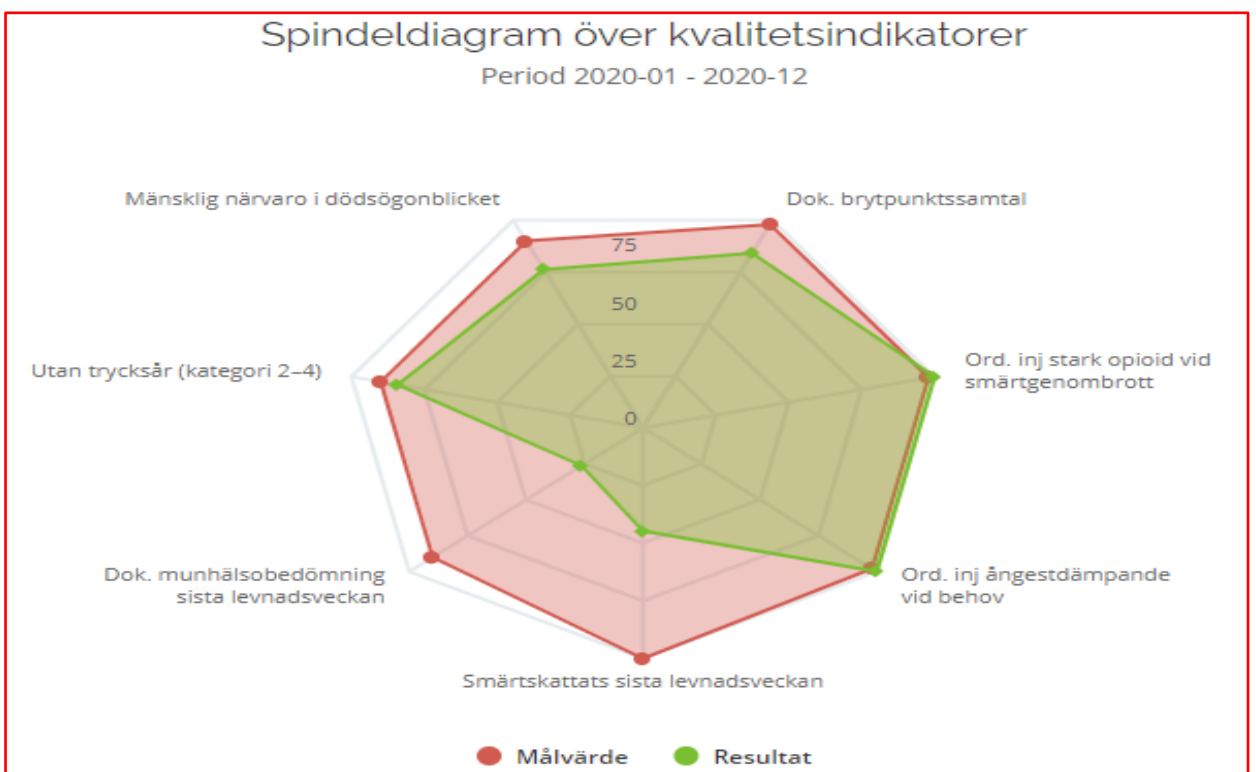


Diagram 2 Resultatet av registrerade parametrar i Svenska palliativregistret perioden 2020-01-01 – 2020-12-31, avseende personer boende i Skurups kommun





Fastställt av

Ansvarig  
Medicinskt ansvarig sjuksköterska

Gäller fr.o.m.

Senast reviderad  
2021-03-16

Diarienummer  
KS 2020.1725

### Förslag till förbättringar 2021

- att öka antalet registreringar i Svenska Palliativregistret, målet är att nå 80 % täckningsgrad
- att öka täckningsgrad för genomförande av smärtskattning företrädesvis med evidensbaserat instrument, VAS (Visuell-analog-skala) och Abbey Pain Scale

### I Medicintekniska produkter (hjälpmedel)

Medicintekniska produkter (MTP) används inom vård och omsorg. Med hjälpmedel avses dels hjälpmedel för att underlätta den dagliga livsföringen, samt dels hjälpmedel för vård och behandling. Dessa produkter ska användas på rätt sätt, på rätt indikation och av kunnig personal. Produkterna ska provas ut individuellt av arbetsterapeut, fysioterapeut eller sjuksköterska och förskrivningen ska dokumenteras i patientjournalen. Övrig personal ska utbildas och instrueras i hur produkterna används. Det ska finnas bruksanvisningar på svenska vid produkterna och kontroll ska ske regelbundet av kontaktpersonen enligt särskild framtagna checklistor för respektive produkt.

Respektive enhetschef ansvarar för att följa upp att omvårdnadspersonalen följer gällande rutiner för kontroll av hjälpmedel enligt checklista. Detta genom att granska slumpvis utvalda vårdtagares SoL-journal under sökordet ”Hjälpmedel”.

De kommunala rutinerna för medicintekniska produkter/hjälpmedel (MTP) finns tillgängliga på kommunens intranät.

Fem (5) avvikelser (negativa händelser) har under året inrapporterats till Läkemedelsverket och berörd tillverkare och som information till Inspektionen för vård och omsorg. Avvikelserna föranledde ingen lex Maria anmälan.

Tabell 1 I samband med redovisningen av patientsäkerhetsberättelsen beslutades om ett antal förbättringsåtgärder. En uppföljning av dessa ger följande:

| Förslag till förbättringar   | Ansvarig                              | 2017         | 2018         | 2019         | 2020         | Resultat    |
|--|---------------------------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|-------------|
| <i>Medicintekniska produkter</i>   |                                       |              |              |              |              |             |
| Genomföra uppföljning av efterlevande av rutinen för kontroll av hjälpmedel enligt framtagna checklistor, stickkontroll 1 ggr/år | Verksamhetschef /Vård och omsorgschef | Ej genomfört | Ej genomfört | Ej genomfört | Ej genomfört | Ej Uppfyllt |



Fastställt av

Ansvarig  
Medicinskt ansvarig sjuksköterska

## Styrdokument

Gäller fr.o.m.

Senast reviderad  
2021-03-16

24 (44)

Diarienummer

KS 2020.1725

### Förslag till förbättringar 2021

- genomföra uppföljning av efterlevnaden av rutinen för kontroll av hjälpmedel enligt framtagna checklistor

## J Avvikelser

Vård och omsorg har en rutin för avvikelshantering där det framgår när och hur man skriver/registrera en avvikelse. Vid samtliga avvikelser som anmäls så som brister i; Läkemedelhändelse, bemötande, utebliven insats/tillsyn/åtgärd/rehabilitering, samtycke, bruten sekretess, kommunikation, dokumentation, utredning, övergrepp, stöld, självmordsförsök/självmord eller hjälpmedel registreras en avvikelserapport. Individ- och omsorgsförvaltningen har ett digitalt program, DF Respons, där samtliga avvikelser registreras. Samtliga avvikelser avseende hälso- och sjukvårdsinsatser eller socialtjänstinsatser åtgärdas omgående. Därefter genomförs en analys av varje enskild händelse för att bedöma hur stor är risken att det händer igen, orsaken till varför händelsen inträffade samt framtagande av åtgärder och genomförande av åtgärder. För att följa verksamheter över tid är det viktigt att regelbundet och systematiskt följa upp samt analysera genomförandet och resultatet av förbättringsåtgärderna. Enhetschef för respektive område ansvarar för detta.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska tar del av avvikelser avseende hälso- och sjukvårdsinsatser och förvärrar sig om att rätta åtgärder är vidtagna. Medicinskt ansvarig sjuksköterska får statistik över inträffade avvikelser och rapporterar till Socialnämndsutskottet, Kommunstyrelsen, Individ och omsorgsberedningen och ledningsgruppen årligen.

Antalet hälso- och sjukvårds- och socialtjänstavvikelser har ökat från 710 stycken 2019 till 796 stycken 2020 inkluderat avvikelser inom socialtjänstområdet. Fördelat på 641 stycken för hälso- och sjukvården och 155 stycken för socialtjänsten. Personalen är medveten om betydelsen av att avvikelserapportera och personalen upplever att det digitala verktyget underlättar rapporteringen.

Ingen avvikelse har under året lex Maria anmäls till Inspektionen för vård och omsorg. Inga utredningar har genererat i en anmälning till Inspektionen för vård och omsorg enligt lex Sarah.

Tabell 12 Antalet avvikelser, i den egna organisationen, under 2018-2020

| Rapporterings år | Antal avvikelser | Varav HSL | Varav SoL | Vet ej |
|------------------|------------------|-----------|-----------|--------|
| 2018             | 587 st           | 461 st    | 101 st    | 25 st  |
| 2019             | 780 st           | 580 st    | 130 st    | -      |
| 2020             | 796 st           | 641 st    | 155 st    | -      |

## K Fall och fallskador

Det finns en mängd olika orsaker till att man faller och oftast är det inte en orsak till varje enskilt fall, utan det är ofta flera samverkande orsaker. Fall kan dels bero på individens kapacitet relaterat till olika sjukdomar, funktionsnedsättningar i centrala nervsystemet, sämre syn, balansproblem, överdrivet alkoholintag och dels på faktorer i den fysiska miljön. En annan bidragande faktor kan





Fastställt av

Ansvarig  
Medicinskt ansvarig sjuksköterska**Styrdokument**

Gäller fr.o.m.

Senast reviderad  
2021-03-16

25 (44)

Diarienummer  
KS 2020.1725

vara att äldre personer kan betrakta sitt beteende som helt ordinärt och tänker inte på att de har sämre reaktionsförmåga, sämre syn eller liknande och inte kan klara samma saker som tidigare. Detta kan förebyggas med träning, säkerhet i miljön, översyn av läkemedel och hjälpmedel. Det finns skriftliga rutiner för arbetet med att förebygga fall och fallskador, Riskbedömning för fall. Sjuksköterskor, fysioterapeuter, arbetsterapeuter, omvårdnadspersonal och enhetschefer bör alla vara involverade i det förebyggande arbetet.

Tabell 13 Antalet fall, i den egna organisationen, under 2018-2020

| Rapporterings år | Antal fall |
|------------------|------------|
| 2018             | 980 st     |
| 2019             | 1137 st    |
| 2020             | 1042 st    |

Rapporterade skador som uppkommit vid fallolyckor 2020 är:

- ✓ Blåmärke/svullnad vid 50 fallolyckor
- ✓ Blödning vid 31 fallolyckor
- ✓ Frakturer vid 15 fallolyckor
- ✓ Oro vid 14 fallolyckor
- ✓ Rädsla vid 6 fallolyckor
- ✓ Smärta vid 153 fallolyckor
- ✓ Sårskada vid 75 fallolyckor
- ✓ Tandskada vid 2 fallolycka
- ✓ Vrickning/stukning vid 3 fallolyckor

Inga eller ringa skada förekom vid cirka 66 % av fallolyckorna.

Tabell 14 I samband med redovisningen av patientsäkerhetsberättelsen beslutades om ett antal förbättringsåtgärder. En uppföljning av dessa ger följande:

| Förslag till förbättringar  | Ansvarig   | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | Resultat |
|---|------------|------|------|------|------|----------|
| <i>Fall och fallskador</i>  |            |      |      |      |      |          |
| Antal unika personer med bedömning i Senior alert avseende fall ska öka | Enhetschef | 12   | 16   | 5    | 6    | Uppfyllt |

**Förslag till förbättringar 2021**

- att antal unika personer med bedömning i Senior alert avseende fall ska öka

**L Journalsystem - Patientjournal**

Den legitimerade hälso- och sjukvårdspersonal (arbetsterapeuter, fysioterapeuter och sjuksköterskor) har en lagstadgad skyldighet att föra patientjournal i den omfattning som krävs för att säkerställa en god och säker vård. Dokumentationen sker i den gemensamma patientjournalen



Fastställd av

Ansvarig  
Medicinskt ansvarig sjuksköterska

## Styrdokument

Gäller fr.o.m.

Senast reviderad  
2021-03-16

26 (44)

Diarienummer  
KS 2020.1725

(Treserva HSL), som är en tvärprofessionell journal, med gemensamma sökord för samtliga yrkeskategorier. I patientjournalen dokumenterar även Silviasystrarna.<sup>15</sup>

ICF används som kliniskt verktyg vid bedömning av behov, vid arbetsbedömningar, rehabilitering och habilitering. Klassifikationerna är den svenska versionen av WHO:s International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Klassifikationen ICF gör det möjligt att beskriva en persons funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa utifrån en biopsykosocial modell (biologiska, psykologiska såväl som sociala aspekter). ICF är ett redskap för att bland annat bedöma hela den livssituation som individen befinner sig i, hur olika livsaktiviteter fungerar och hur delaktig individen är i samhället.

Klassifikation av vårdåtgärder (KVÅ) används som åtgärdsklassifikation inom samtliga verksamhetsområden inom den kommunala hälso- och sjukvården. ICF och KVÅ kompletterar varandra och kan användas i ett systematiskt arbetssätt med strukturerad dokumentation i vårdprocessen.

Övrig vårdpersonal dokumenterar i av arbetsterapeut, fysioterapeut och/eller sjuksköterska upprättade vårdplan i genomförandewebben. Genomförandewebben blir därmed en del av patientjournalen.

Genom att ha gemensamma sökord och inte yrkesspecifika tror vi att säkerheten och kvalitén i dokumentationen ökar då gemensamma frågeställningar/problem sammanförs.

### **M NPÖ (Nationella Patient Översikt)**

Under 2014 anpassades kommunens patientjournal och en fungerande anslutning till NPÖ finns på plats.

Införandet i Skurups kommun ger behörig hälso- och sjukvårdspersonal möjlighet att konsumera/läsa vårdinformation från andra vårdgivare för de patienter som de har ett vårdåtagande för och efter samtycke från patienten.

Att kunna gå in och läsa vårdinformation på ett säkert sätt via IT-verktyg ökar både patientsäkerheten och sparar tid för personalen. Det händer alldeles för ofta att patienter kommer hem från sjukhuset utan information om de vårdinsatser han/hon har fått. Vårdinformation är nödvändig för att personalen på hemmaplan ska kunna fortsätta med hälso- och sjukvårdsinsatser.

Syftet med införande av NPÖ är dels att ge personalen möjlighet att kunna ta del av patientens vårdinformation, efter samtycke från patienten, på ett säkert och effektivt sätt som frigör tid till mer värdeskapande arbete.

Målet är att Vård och omsorgs legitimerade personal i det vardagliga arbetet ska använda IT-stödet NPÖ som konsumenter.

<sup>15</sup> Silviasyster; Specialisering på högskolan i demensvård för undersköterskor



Fastställd av

Ansvarig  
Medicinskt ansvarig sjuksköterska

## Styrdokument

Gäller fr.o.m.

Senast reviderad  
2021-03-16

27 (44)

Diarienummer  
KS 2020.1725

Tabell 15 I samband med redovisningen av patientsäkerhetsberättelsen beslutades om ett antal förbättringsåtgärder. En uppföljning av dessa ger följande:

| Förslag till förbättringar | Ansvarig         | 2017           | 2018            | 2019            | 2020            |
|----------------------------|------------------|----------------|-----------------|-----------------|-----------------|
|                            | NPÖ              |                |                 |                 |                 |
| Användningen av NPÖ        | Hemsjukvårdschef | 946 slagningar | 1395 slagningar | 1333 slagningar | 1844 slagningar |

### N Tillsyn, granskning och verksamhetsuppföljning

Genom att identifiera riskområden i vård och omsorg förebyggs fel och brister. För att följa verksamheter över tid är det viktigt att regelbundet samla in data och analysera händelserna.

### Internkontroll

#### Genomförandeplaner

Genomförandeplanen beskriver hur en insats ska genomföras och har sin grund i en planering som bygger på respekten för enskilda personers självbestämmanderätt och integritet.

Dokumentationskyldigheten är knuten till att det finns ett beslut som ger den enskilde rätt till en individuellt behovsprövad insats. Syftet med genomförandeplanen är att skapa en tydlig struktur för genomförande och uppföljning av en beslutad insats. Genomförandeplanen tas fram hos utföraren och kan innehålla information om aktiviteter och mål för insatsen. Planen tydliggör både för den enskilde och för verksamheten vad som ska göras, vem som ska göra vad, när och hur.

Metod som bedömdes lämplig var stickprovsmetoden och urvalet gjordes utifrån de 15 äldsta till åldern individerna per avdelning. Sammanlagt granskades 60 genomförandeplaner fördelade på fyra enheter; två enheter inom Vård och omsorg (VoO), Individ och familjeomsorgen (IFO) samt enheten för Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS).

Det konstateras vid kontroll av genomförandeplaner inom Individ- och Omsorgsförvaltningen (IFO, LSS och VoO hemtjänst och VoO särskilt boende) att arbetet med genomförandeplaner behöver utvecklas i samtliga verksamheter. Resultatet tyder på att vård och omsorg har kommit längst i detta utvecklingsarbete. Kontroll av avvikelshantering för genomförandeplaner år 2020 visar inte på någon avvikelse.

Vidare konstateras att riktlinjer och rutiner finns för att säkerställa likvärdig handläggning avseende genomförandeplaner men, behöver utvecklas vad gäller implementering och föranleder att framtida internkontroller åter igen följer upp aktuell frågeställning.

Vidare går att läsa i rapporten *Internkontroll 2020 Individ- och omsorgsförvaltningen Genomförandeplaner*.

#### Kontroll att utdrag ur belastningsregistret har inhämtats

Kontroll att utdrag ur belastningsregister har inhämtats för nyanställda under 2019 (tillsvidareanställda, visstidsanställda och timanställda) inom LSS verksamheten vid arbete med barn.



Fastställd av

Ansvarig  
Medicinskt ansvarig sjuksköterska

## Styrdokument

Gäller fr.o.m.

Senast reviderad  
2021-03-16

Diarienummer

KS 2020.1725

28 (44)

Det finns en kommunövergripande rutin för utdrag ur belastningsregister (2019-04-29). Vid anställning av ny medarbetare finns rutin framtagen där det anges att utdrag ur belastningsregister ska begäras.

Under 2019 anställdes tolv nya medarbetare för arbete i verksamheter för barn och unga. Av dessa tolv lämnade tio personer in utdrag ur polisregistret. Under 2020 anställdes nio nya personer och alla lämnade in utdrag ur polisregistret. Alla personer som har uppdragsanställningar eller arvodesanställning för att utföra ledsagning, avlösning, kontaktperson eller stödfamiljsuppdrag har lämnat in utdrag. I alla verksamheter pågår nu insamling av nya utdrag så att alla ska vara förnyade inom ett år. Detta arbete ska vara klart 2020-12-31.

Vidare går att läsa i rapporten *Internkontroll Utdrag ur belastningsregistret 2020*.

### **Kontroll av att tidsregistrering vad gäller personlig assistans motsvarar kommunens intäkter**

Administratör inom LSS hanterar all fakturering mellan kommun, privat utförare och försäkringskassa. Chef för LSS verksamheten attesterar fakturor efter kontroll av administratör. Alla fakturor kontrolleras gentemot beviljat beslut från Försäkringskassan eller kommunens LSS handläggare. I de ärenden där kommunen är utförare läggs bemanningsschema för personalen motsvarande beviljade timmar i beslutet. Avstämningar görs också varje månad med förvaltningens ekonom. En viss eftersläpning av fakturor från privata utförare och intäkter från Försäkringskassan är vanlig.

Differensen mellan beslutad tid och fakturerad/schemalagd tid ligger mellan + 20 och -28 timmar på ett år på de ärenden där assistansen utfördes av kommunen. Detta motsvarar totalt en felmarginal på 0,1 % eller 14 timmar på ett år. Denna differens kan bero på att det var skott år 2020 eller att en akut situation uppstod precis i övergången mellan personal som inte kunde justeras senare i schema.

När det gäller övriga personlig assistansärenden som utförs av privata utförare sker en motsvarande sammanställning och kontroll för de 20 första timmarna. Här handlar det enbart om att jämföra antal beviljade ärenden och antal fakturor som skickas in från assistansbolagen. Dessa stämmer till 100 % under året.

Vidar går att läsa i rapporten *Kontroll av att tidsregistrering vad gäller personlig assistans motsvarar kommunens intäkter 2020*.

### **Rutin för försörjningsstöd**

Individ och omsorgsförvaltningen har efter att EY genomfört en riskanalys över Individ- och familjeomsorgen 2018 gått igenom hela utbetalningsprocessen för både försörjningsstöd och betalning av vårdfakturor och kartlagt var i processen det finns "svaga punkter". Därefter togs rutiner avseende handläggnings- och utbetalningsprocess för försörjningsstöd fram.

Förvaltningen har tagit del och granskat de av kommunstyrelsen fastställda *Riktlinjer för ekonomiskt bistånd*, av verksamheten framtagen "Rutin för säkerställande av utbetalning av försörjningsstöd och betalning av vårdfakturor till privata utförare vid insatser enligt Socialtjänstlagen och Lagen om stöd och service till funktionshindrade", processbeskrivning av försörjningsstöd/ekonomiskt bistånd och upprättade avvikelser för ekonomiskt bistånd vid granskning av rutiner för försörjningsstöd.



Fastställd av

Ansvarig  
Medicinskt ansvarig sjuksköterska

## Styrdokument

Gäller fr.o.m.

Senast reviderad  
2021-03-16

29 (44)

Darienummer  
KS 2020.1725

Vid granskningen av ovan nämnde rutiner och riktlinjer konstaterades att Individ- och familjeomsorg, följer Skurups kommuns antagna riktlinjer och upprättade rutiner. Vidare går att läsa i rapporten Internkontroll 2020 Individ- och omsorgsförvaltningen *Rutin för försörjningsstöd*.

## Verksamhetsuppföljning

### Efterlevande av rutin för läkemedels- och närförråd i Skurups kommun 2019

Läkemedelshantering i kommunal hemsjukvård (särskilt och ordinärt boende) är att betrakta som öppenvård det vill säga läkemedlen förskrivs till den enskilde patienten på recept eller ApoDos.

Det finns dock ofta behov av kommunalt läkemedelsförråd (LF) (läkemedelsförråd och närförråd) med de viktigaste och vanligaste läkemedlen som patienter kan behöva i akuta situationer eller efter ordination från läkare alternativt enligt generella direktiv (ordinationer). Detta för att begränsa akutbesök under jourtid samt minska akuta ordinationsändringar i ApoDos.

I samtliga kommuner i Skåne finns ett eller flera läkemedelsförråd. Dessa innehåller de viktigaste och vanligaste läkemedlen som patienter kan behöva i akuta situationer. Läkemedel från läkemedelsförråden ska användas till patienter som bor på särskilt boende och till de patienter som har hemsjukvård och där sjuksköterska övertagit läkemedelshantering.

Uttag kan ske enligt generell ordination, skriftlig ordination eller telefonordination av läkare. Läkemedelsrum med aktuella läkemedel enligt läkemedelsförrådslistan finns på Lillgården och på Bruksgården. Inget närförråd finns i kommunen.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska har övergripande kvalitetsansvar för läkemedelshantering i enlighet med författning. Medicinskt ansvarig sjuksköterska utser en eller flera sjuksköterskor som ansvarar för beställning och förvaring av läkemedel i respektive läkemedelsförråd.

Läkemedlen i förråden ägs av Region Skåne och Region Skånes regionala sjukhusapoteksfunktion ansvarar för att skicka ut egenkontrollsmaterial vart annat år. Ingen egenkontroll skedde under 2020,

Medicinskt ansvarig sjuksköterska genomför årligen kvalitetsgranskning av följsamheten till gällande rutin. Under året har kvalitetsgranskning inte kunnat genomföras då coronapandemin har grasserat och besök på särskilda boende skulle minimeras på grund av risk för smittspridning. Icke nödvändiga besök skulle helst avstås ifrån och periodvis var det besöksförbud.

## Trycksårsinventering

Se sidan 17 – 18.

Vidare går att läsa i rapport *Verksamhetsuppföljning Trycksårsinventering 2020*.

## Basal Hygien

Basala hygienrutiner är grunden för en god hygienisk standard i allt vårdarbete. Att hindra vårdrelaterade infektioner<sup>16</sup> (VRI) är en viktig del i patientsäkerhetsarbetet. Målet är att genom

<sup>16</sup> En vårdrelaterad infektion är en infektion som uppkommer hos en person under slutenvård eller till följd av diagnostik, behandling eller omvårdnad inom övrig vård och omsorg



Fastställd av

Ansvarig  
Medicinskt ansvarig sjuksköterska

## Styrdokument

Gäller fr.o.m.

Senast reviderad  
2021-03-16

Diarienummer

KS 2020.1725

30 (44)

bra rutiner och följsamhet till dessa förhindra vårdrelaterade infektioner och åstadkomma en god och säker vård och en trygg arbetsplats.

Sedan 2016 gäller basal hygien rutinerna överallt där vård och omsorg bedrivs inom Individ- och omsorgsförvaltningen. Följsamhet till rutinen är en av de viktigaste åtgärderna för att förhindra smittspridning i vården.

Under 2020 genomförde medicinskt ansvarig sjuksköterska granskning av följsamheten mot gällande rutin.

För att få en bredd på mätning valdes att engagera alla boenden: Bruksgården, Flintebro, Lillgården, Tegelgatan 17, Prästgatan 13, Bruksgatan 11 och 18, samtliga hemtjänstområden, Norr, Söder, Rydsgård/Skivarp samt hemsjukvården.

Mätningen genomfördes under en arbetsdag i september 2020. Metoden var självskattning enligt ett framtaget formulär där samtlig personal i tjänst skulle genomföra självskattningen.

I årets undersökning har det skett en förbättring i nio frågor av 16. Förbättringen varierar mellan 1 och 17 procentenheter. På tre av frågorna har en försämring motsvarande 1% per fråga skett. På tre av frågorna kan ingen effekt utläsas.

Vårdrelaterade infektioner är ett problem inom kommunal vård- och omsorg, liksom i övrig hälso- och sjukvård. Med god kunskap och följsamhet till basala hygienrutiner hos personal och chefer kan vårdrelaterade infektioner bättre förebyggas och risken för smittspridning minskas. Oavsett boendeform är det i personens närmiljö som risken för smittspridning är som störst. Det är därför av yttersta vikt att alla som deltar i vården och omvårdnaden är noga med att följa de råd och rutiner som finns i kommunen. För mer information se rapporten *Verksamhetsuppföljning Basal Hygien, 2020*.

### Läkemedelgranskning

Enligt läkemedelsförfattningen ska extern verksamhetstillsyn av läkemedelshanteringen genomföras årligen. Ett samarbete med B.R.O.-verksamheten är etablerat sedan 2015 för att tillgodose detta krav.

Granskningen genomförs av hemsjukvårdschef och biträdande hemsjukvårdschef på uppdrag av medicinskt ansvarig sjuksköterska.

Under året har kvalitetsgranskning inte kunnat genomföras då coronapandemin har grasserat och besök hos patienter skulle minimeras på grund av risk för smittspridning. Icke nödvändiga besök skulle helst avstås ifrån.

### O Vård och omsorg om personer med kognitiv sjukdom (demenssjukdom)

Hög ålder är den största riskfaktorn för kognitiv sjukdom. I kommunen finns 63 stycken lägenheter i särskilt boende och en lägenhet för växelboende för personer med kognitiv sjukdom. Det finns även en biståndsbedömd dagverksamhet i Rydsgård, Gläntan, som erbjuder aktiviteter för äldre personer med kognitiv sjukdom.

I kommunen finns ett väl fungerande demensteam bestående av Silviasjuksköterska, Silviasystrar, arbetsterapeut och fysioterapeut.

Silviasjuksköterskan och en Silviasyster är certifierade utbildare, varför kommunen är självförsörjande avseende utbildning till kommunens BPSD-administratörer.

Demensteamet har under året genomfört handledning till personal på enheterna för personer med kognitiv sjukdom.



Fastställd av

Ansvarig  
Medicinskt ansvarig sjuksköterska**Styrdokument**

Gäller fr.o.m.

Senast reviderad  
2021-03-16

31 (44)

Diarienummer  
KS 2020.1725*Kompetens*

I kommunen finns:

- En Silvia sjuksköterska med *Omvårdnadsvetenskap med inriktning demensvård, 30 hp*<sup>17</sup>
- Två Silviasystrar med *Demensvård för undersköterskor, 60 hp*
- Möjlighet till råd, stöd och handledning till personal av demensteamet i komplexa ärenden
- Möjlighet till råd, och stöd till personer med kognitiv sjukdom och deras närstående av demensteamet
- Silviasjuksköterskan och en Silviasyster är utbildade till certifierade utbildare i BPSD-registret

Tabell 16 I samband med redovisningen av patientsäkerhetsberättelsen beslutades om ett antal förbättringsåtgärder. En uppföljning av dessa ger följande:

| Förslag till förbättringar  | Ansvarig                  | 2017                             | 2018         | 2019                                      | 2020         | Resultat    |
|---|---------------------------|----------------------------------|--------------|---|--------------|-------------|
| <i>Vård och omsorg om personer med kognitiv sjukdom</i>   |                           |                                  |              |   |              |             |
| Att fortsätta utbilda personal i <i>Demens ABC</i>  | Enhetschef/<br>demensteam | Genomfört<br>-                   | Genomfört    | Genomfört                                 | Ej genomfört | Ej uppfyllt |
| Att fortsätta arbetet med att utbilda personal på kommunens samtliga enheter för personer med kognitiv sjukdom till BPSD-administratör              | Enhetschef                | 50 st har gått intern utbildning | Ej genomförd | 4 st på B.R.O. har gått intern utbildning | Ej genomfört | Ej uppfyllt |
| Att implementera ett förebyggande arbetssätt på samtliga enheter för personer med kognitiv sjukdom genom att arbeta strukturerat med BPSD-registret | Enhetschef                | -                                | -            | -   | Påbörjat     | Uppfyllt    |

**Förslag till förbättringar 2021**

- att fortsätta arbetet med att utbilda personal på kommunens samtliga enheter för personer med kognitiv sjukdom till BPSD-administratör
- att implementera ett förebyggande arbetssätt på samtliga enheter för personer med kognitiv sjukdom, genom att arbeta strukturerat med BPSD-registret
- att fortsätta utbilda personal inom vård och omsorg i Demens ABC

<sup>17</sup> Hp, högskolepoäng



Fastställd av

Ansvarig  
Medicinskt ansvarig sjuksköterska

## Styrdokument

Gäller fr.o.m.

Senast reviderad  
2021-03-16

32 (44)

Diarienummer  
KS 2020.1725

### P Förebyggande hembesök

Alla personer som fyller 80 år under året och inte har stöd från hemtjänst eller hemsjukvård erbjuds ett förebyggande hembesök.

Syftet med hembesöket är att öka tryggheten och skapa förutsättningar för att bibehålla sin hälsa, underlätta vardagen, förebygga olyckor till exempel fall, öka kunskapen om vart man vänder sig samt samla information, underlag inför framtida planering av kommunens verksamhet.

Områden som samtalet kretsar kring är bland annat, boende, rörelsefunktion, fall- och brandprevention, daglig livsföring, mat/dryck, syn/hörsel, hälsa med mera.

Vidare ges information om kommunens äldreomsorg med mera.

Tabell 17 I samband med redovisningen av patientsäkerhetsberättelsen beslutades om ett antal förbättringsåtgärder. En uppföljning av dessa ger följande:

| Förslag till förbättringar   | Ansvarig                        | 2017            | 2018             | 2019          | 2020              | Resultat     |
|--|---------------------------------|-----------------|------------------|---------------|-------------------|--------------|
| <i>Förebyggande hembesök</i>   |                                 |                 |                  |               |                   |              |
| Att slutföra de kvarvarande personerna från föregående år  | Fysioterapeut och Fixartjänsten | 2 st födda 1936 | 10 st födda 1937 | --            | --                | Uppfyllt     |
| Att besöka samtliga som fyller 80 år under året och som inte har omvårdnadsinsatser från hemtjänsten | Fysioterapeut och Fixartjänsten | Uppfyllt 1937   | Uppfyllt 1938    | Uppfyllt 1939 | 7 <sup>1</sup> st | Se kommentar |

<sup>1</sup> Efter att coronapandemin startade i mars 2020 var det inte tillrådligt att göra dessa hembesök, varför verksamheten tog en paus.

#### Förslag för 2021

- att besöka samtliga som fyller 80 år under året och inte har stöd från hemtjänst eller hemsjukvård
- att slutföra de kvarvarande personerna från föregående år

### Q Introduktionsutbildning och kompetenshöjande insatser

Introduktionen spelar en väsentlig roll för hur det fortsatta arbetet för den nyanställda blir. Det blir svårare och svårare att rekrytera medarbetare med adekvat utbildning och framförallt inför semesterperioderna på sommaren.

Ett introduktionsprogram var klart i januari 2018 och användes vid introduktionen inför sommaren 2020.

I introduktionen ingår följande delmoment, läkemedelsutbildning, diabetesutbildning, utbildning i Treserva samt genomgång av Avvikelsystemet inklusive lex Sarah och lex Maria, utbildning i basalhygien, demens utbildning och BPSD skattnig inklusive film, rapporteringsstöd för bas-





Fastställt av

Ansvarig  
Medicinskt ansvarig sjuksköterska

## Styrdokument

Gäller fr.o.m.

Senast reviderad  
2021-03-16

33 (44)

Diarienummer  
KS 2020.1725

personal, förflyttningsteknik samt praktisk utbildning för de som skulle arbeta inom hemtjänsten innehållande bland annat hur man bäddar säng, kokar gröt, tvättar.

Olika kompetenshöjande insatser genomfördes under året.

### *Chefer*

- Barnkonventionen
- Ringar på vattnet
- Fördjupning av Ringar på vattnet
- Brandskyddsutbildning

### *Omvårdnadspersonal*

- Ringar på vattnet
- Handedarutbildning steg 3
- Ringar på vattnet fördjupning för värdegrundsombuden
- Brandskyddsutbildning för brandskyddsombud
- Språkombud

### *Kompetensförsörjningsutveckling inom LSS-verksamheten*

- Grundläggande utbildning/vägledning inom kognition, affektion och relations skapande bemötande

## Uppföljning genom egenkontroll

Genom att tidigt identifiera riskområden inom 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.

- Analys av patientnämndsärenden, återkoppling till Patientnämnden av via dem inkomna synpunkter.
- Analys av avvikelser (internt uppkomna och mot extern samverkanspart) och fallolyckor. Återkoppling inom verksamheten samt till extern samverkanspart.
- Internkontroll genomförs årligen och utgör en del i det totala kvalitetsarbetet. Det huvudsakliga syftet med den interna kontrollen är att bidra till att verksamheten stärks och att verksamheten bedrivs effektivt och säkert utifrån de mål och regler som gäller för verksamheten. Områden för internkontroll fastställs årligen av kommunstyrelsen.
- Kvalitetsgranskning av läkemedelshandlingen genomförs av intern granskar en gång per år.
- Individuella läkemedelsgenomgångar genomförs årligen.
- Punktprevalensmätning gällande trycksår genomförs en gång per år.
- Registrering i BPSD-registret.
- Registrering i Senior alert.
- Registrering i Svenska Palliativregistret.
- Synpunkter som inkommer återkopplas till berörd enhetschef.
- Verksamhetsuppföljning.



Fastställt av

Ansvarig  
Medicinskt ansvarig sjuksköterska

## Styrdokument

Gäller fr.o.m.

Senast reviderad  
2021-03-16

Diarienummer

KS 2020.1725

34 (44)

### Samverkan för att förebygga vårdskador

Behov har identifierats av tvärprofessionella teammöte bestående av omvårdnadsansvarig sjuksköterska, arbetsterapeut, fysioterapeut, biståndshandläggare och omvårdnadspersonal som samtalar om hur gruppen ska arbeta för att få en samsyn avseende den enskilde på regelbundna möten. Arbetet med frågan har avstannat med anledning av pandemin.

Samverkansgrupper finns mellan kommunen och vårdcentralerna, mellan kommunen och lasarett i Ystad och Simrishamn - medicinska samverkansrådet samt mellan kommunerna i Syd Östra Skåne - SÖSK MASmöten, mellan kommunerna i syd östra Skåne, lasarettet i Ystad och Simrishamn och primärvården - delregionalt samverkansorgan. På dessa regelbundna samverkansmöten informerar man varandra om förändringar i respektive verksamheter samt arbetar med att förebygga vårdskador genom analys och uppföljning av avvikelser.

Via avtal mellan vårdcentralen i Skurup respektive Capio Nova i Rydsgård och kommun sker samverkan kring läkarmedverkan och läkemedelsgenomgångar.

SÖSK-kommunerna emellan samverkar även i framställande och revidering av rutiner i MAS-gruppen i SÖSK.

Överenskommelse som reglerar ansvar och samverkan inom hälso- och sjukvårdsområdet mellan Region Skåne och kommunerna i Skåne "Avtal om ansvarsfördelning och utveckling avseende hälso- och sjukvården i Skåne" ofta benämnt Hälso- och sjukvårdsavtalet, är ett utvecklingsavtal och består av flera olika delar. Avtalet inrymmer alla delar inom de områden där de skånska kommunerna och Region Skåne har ett delat hälso- och sjukvårdsansvar. Utgångspunkterna för avtalet har varit ett tydligare och mer flexibelt avtal där patientperspektivet ska stå i fokus. Den enskildes behov ska vara i fokus oavsett organisation och huvudmannaskap.

Avtalets del B består av en utvecklingsplan som beskriver fyra utvecklingsområden som parterna successivt tillsammans ska arbeta med under avtalsperioden. Utvecklingsplanen, som sträcker från 2016-09-01 då avtalet började gälla till och med år 2020, inleds med ett antal förberedelser som skulle göras för att underlätta genomförandet av det samlade utvecklingsåtagandet samt skapa förutsättningar för de utpekade utvecklingsområdena. Avtalet som helhet är inte tidsatt utan löper tillsvidare.

För vart och ett av de fyra utpekade utvecklingsområdena finns en övergripande målsättning samt en genomförandeplan med ett antal specifika målsättningar som, tidsmässigt, är förlagda från avtalsstart till utvecklingsperiodens planerade avslut 2020

På uppdrag av Centralt samverkansorgan ska Hälso- och sjukvårdsavtalets del B, den gemensamma utvecklingsplanen, revideras och nytt förslag angående tids- och aktivitetsplanen tas fram. En arbetsgrupp bildades under hösten 2020 och efter förfrågan har samtliga sex delregionala gjort en uppföljning där man värderat hur långt man kommit med utvecklingsplanens olika delmoment. Uppföljningen ska vara en del av underlaget vid framtagandet av den nya tids- och aktivitetsplanen

Arbetsgruppen har på sig till september 2021 att ta fram ett nytt förslag.



Fastställd av

Ansvarig  
Medicinskt ansvarig sjuksköterska

## Styrdokument

Gäller fr.o.m.

Senast reviderad  
2021-03-16

35 (44)

Diarienummer  
KS 2020.1725

### Rapporteringskyldighet

Enligt lokal rutin för hälso- och sjukvårdsavvikelsehantering har legitimerad och övrig vårdpersonal skyldighet att rapportera avvikelser. Så fort vårdpersonal får kännedom om en hälso- och sjukvårdsavvikelse kontaktas sjuksköterska alternativt om avvikelsen berör hjälpmedel eller rehabilitering/träning kontaktas arbetsterapeut eller fysioterapeut. Kontaktad legitimerad yrkesutövare bedömer vilka åtgärder som måste vidtas omgående. Sjuksköterska, arbetsterapeut eller fysioterapeut och vårdpersonal dokumenterar händelsen och vidtagna åtgärderna i patientjournalen.

Enligt lokal rutin för socialtjänstavvikelsehantering ska personal som upptäcker/har varit med om avvikelsen snarast möjligt kontakta ansvarig enhetschef. Enhetschefen bedömer vilka åtgärder som måste vidtas omgående. Beroende på avvikelstens art och om den har anknytning till kund görs dokumentation i socialtjänstjournalen.

Den som upptäcker avvikelsen rapporterar in händelsen via avvikelssystemet DF Respons. Avvikelsen hanteras i lokal avvikelsehantering eller går vidare till medicinskt ansvarig sjuksköterska för ställningstagande till anmälan enligt lex Maria till Inspektionen för vård och omsorg respektive till förvaltningschef för ställningstagande till utredning och anmälan enligt lex Sarah.

Redovisning av verksamhetens avvikelser och riskhanteringsarbetet sker årligen till Socialnämndsutskottet, Kommunstyrelsen samt Individ och omsorgsberedningen. Verksamheterna får även en sammanställning av inkomna avvikelser var 4:e månad och medicinskt ansvarig sjuksköterska en gång per månad.

Se även under punkt *J* och *K* samt punkt *N*.

### Klagomål och synpunkter

På [www.skurup.se](http://www.skurup.se) under ”Tyck till om omsorg och stöd” kan medborgare framföra synpunkter och klagomål. Sedan 2017-07-01 har förvaltningen ett särskilt digitalt system för hantering av synpunkter och klagomål. Synpunkter och klagomål kan också lämnas via synpunktsblankett, mail eller per telefon.

Enlig rutin har alla medarbetare inom Individ- och omsorgsförvaltningen ansvar för att de synpunkter/klagomål som de får kännedom om dokumenteras på synpunktsblankett eller i det digitala synpunktshanteringssystemet. Kommunens tjänstemän utreder och vidtar åtgärder utifrån synpunktens karaktär och allvarlighetsgrad. Synpunkten/klagomålet åtgärdas om möjligt snarast av den som tagit emot synpunkten/klagomålet och blanketten med dokumenterad åtgärd lämnas till enhetschef.

I de fall ett klagomål inte kan åtgärdas direkt informeras personen som framfört synpunkter och klagomålet om att det skickas vidare. Ifylld blankett lämnas till berörd enhetschef. Enhetschefen handlägger ärendet. Åtgärder dokumenteras.

Under 2020 har 31 stycken (35/2019, 17/2018, 11/2017) synpunkter och klagomål lämnats som på något sätt berör Individ- och omsorgsförvaltningens verksamhet. Utöver nämnda synpunkter



Fastställd av

Ansvarig  
Medicinskt ansvarig sjuksköterska

## Styrdokument

Gäller fr.o.m.

Senast reviderad  
2021-03-16

36 (44)

Diarienummer  
KS 2020.1725

hanterar och utreder Skånetrafiken inkomna synpunkter gällande färdtjänst som delges kommunen i form av statistik.

Samtliga av inkomna synpunkter med tillhörande svar, som är möjliga att hantera transparent, publiceras på kommunens hemsida.

Via Patientnämnden Skåne har ett klagomål avseende vård och behandling inkommit. Ärendet är utrett, åtgärder vidtagna och återförda till patienten via patientnämnden.

### Processkartläggning

Förvaltningen har under året fortsatt att arbeta enligt ”Ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet” som bygger på *Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete*. Under året har processkartläggning fortsatt och revidering av riktlinjen för ledningssystem.

### Kommunens Kvalitet i Korthet

Kommunens Kvalitet i Korthet (KKiK) redovisar och jämför resultat inom områden som är av stort intresse för invånarna. Resultaten har ambitionen att i ett övergripande perspektiv beskriva kommunens kvalitet och effektivitet i jämförelse med andra kommuner. KKiK ger inte svaret på allt, men det ger en bra lägesbild av kommunen som, inte minst för ledande förtroendevalda, kan utgöra grund för den egna styrningen av kommunen, dialog med medborgarna och utveckling. KKiK använder ca 40 nyckeltal för att mäta kommunens prestationer inom tre områden där individ- och omsorgsförvaltningens resultat redovisas under områdena stöd och omsorg samt samhälle och miljö. 2020 års resultat redovisades i slutet av januari 2021 och finns tillgänglig på Sveriges kommuner och regioner (SKR) hemsida. [www.skr.se](http://www.skr.se) eller via Kolada [www.kolada.se](http://www.kolada.se).

Tabell 18 Övergripande nyckeltal från Kommunens Kvalitet i Korthet (KKiK)

| Nyckeltal  | Skurup  | Medelvärde riket |
|--|---------|------------------|
| <b>Kostnad individ och familjeomsorg, kr/invånare (avser 2019)</b>                 | 4 333   | 4 891            |
| <b>Kostnad funktionsnedsättning kr/invånare (avser 2019)</b>                       | 4 383   | 7 036            |
| <b>Kostnad äldreomsorg kr/invånare 80 år och äldre (avser 2019)</b>                | 234 939 | 241 243          |
| <b>Kvalitetsaspekter särskilt boende äldreomsorg, andel i % (avser 2020)</b>       | 100     | 53               |
| <b>Brukarbedömning särskilt boende, äldreomsorg i % (avser 2020)</b>               | 89      | 81               |
| <b>Brukarbedömning hemtjänst, äldreomsorg i % (avser 2020)</b>                     | 93      | 88               |
| <b>Lämnat etableringsbidraget och börjat arbeta eller studera i % (avser 2019)</b> | 27      | 37               |



Fastställt av

Ansvarig  
Medicinskt ansvarig sjuksköterska

## Styrdokument

Gäller fr.o.m.

Senast reviderad  
2021-03-16

37 (44)

Darienummer  
KS 2020.1725

## Övrigt

Under 2020 har förvaltningen besvarat 41 motioner, medborgarförslag med mera, vilket är samma en mer jämfört med föregående år. Denna redovisning innefattar inte återremitterade ärenden som hanterats flera gånger av förvaltningen.

Tabell 19 *Besvarade motioner, medborgarförslag mm*

| År   | Motion | Medborgarförslag | Annat | Besvarat av IOF    |
|------|--------|------------------|-------|--------------------|
| 2017 | 11 st  | 10 st            | 7 st  | 28 st              |
| 2018 | 15 st  | 3 st             | 22 st | 40 st              |
| 2019 | 11 st  | 2 st             | 27 st | 40 st              |
| 2020 | 4 st   | 0 st             | 8 st  | 37 st <sup>1</sup> |

<sup>1</sup> 4 st är inte klara 2020

Samtliga av Kommunfullmäktiges bifallna motioner under 2020, 4 stycken, är av individ- och omsorgsförvaltningen verkställda eller är under verkställighet.

Under 2020 genomförde demensteamet utbildning för kommuninvånarna i värdegrund och gott bemötande av personer med demenssjukdom som förberedelse inför utbrott av covid-19.

## Extern uppföljning

### Kvalitetsuppföljning

Även i år genomförde Socialstyrelsen en nationell enkätundersökning, *Äldres uppfattning om äldreomsorgen*. Enkäten skickades ut till samtliga vårdtagare inom hemtjänst och i särskilt boende. Äldres uppfattning om äldreomsorgen, visar vad de äldre själva tycker om sin hemtjänst och sitt äldreboende. Det kan konstateras att Skurups resultat är överlag goda i jämförelse med rikets snitt. Se bilaga 1.

### Extern granskning

#### Inspektionen för vård och omsorg (IVO)

Inspektionen för vård och omsorg har till Individ- och omsorgsförvaltningen i Skurups kommun i november 2019 inkommit med en begäran om tillsyn av hälso- och sjukvården i form av egengranskning. Tillsynen avsåg kommunens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Egengranskningen slutförs under 2020 då rapport skickas till IVO.

## Övrig uppföljning

### Myndighetsutövning

Uppföljning av beviljade insatser sker för att säkerställa att brukaren eller klienten får de insatser som beviljats. Biståndshandläggarna inom äldreomsorgen följer kontinuerligt upp alla beviljade insatser och det sker genom hembesök eller telefonsamtal.

Även inom LSS, socialpsykiatri och IFO följs alla beviljade insatser upp liksom inom äldreomsorgen styr ofta brukarens behov hur ofta uppföljningen sker.



Fastställt av

Ansvarig  
Medicinskt ansvarig sjuksköterska

## Styrdokument

Gäller fr.o.m.

Senast reviderad  
2021-03-16

38 (44)

Darienummer  
KS 2020.1725

---

### Revision

Revisorerna i Region Skåne uppdrog åt Helseplan Consulting Group AB att göra en granskning av färdtjänst för att bedöma om det bedrivs en ändamålsenlig färdtjänst i de tolv kommuner som överlåtit uppgiften till Region Skåne. Granskningen visade på att färdtjänsten till stor del bedrivs ändamålsenligt i Skurups kommun.

Helseplan framför rekommendationer till Skurups kommun om:

- att kommunstyrelsen säkerställer en högre kunskapsnivå om färdtjänstrelaterade frågor hos ledamöterna för att kunna säkra en god styrning och hushållning av resurser inom detta område
- att kommunstyrelsen skapar en struktur för hur kommunen kan arbeta med uppföljning av kundnöjdheten när underlaget tillhandahålls
- att kommunstyrelsen säkerställer att uppföljningen vid behov används för att kritiskt se över kommunens egna insatser och verksamheter för att identifiera och genomföra förbättringsåtgärder.

### Sammanställning av förslag till förbättringar för 2021

#### Delregionalt och lokalt samverkansorgan

- att användning av SIP i berörda verksamheter fortsätter
- att användning och uppföljning av Senior alert fortsätter
- att användning och uppföljning av BPSD (Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens) för demensvården fortsätter och sprids

#### Samverkan vid utskrivning från slutenvården – SVU

- fortsätta att avvikelserapportera i samtliga fall när den gemensamma rutinen inte följs

#### Läkemedelsgenomgångar

- att fortsätta genomföra läkemedelsgenomgångar för patienter listade på vårdcentralen Skurup och som har hemsjukvård avseende läkemedelshantering
- att fortsätta genomföra läkemedelsgenomgångar för patienter listade på Capio Nova i Rydsgård och som har hemsjukvård avseende läkemedelshantering

#### Hygien

- att genomföra internkontroll/verksamhetsuppföljning avseende följsamhet av rutin för basal hygien

#### Trycksår

- att antalet trycksår ska minska
- att eliminera kategori III, IV trycksår, Icke klassificerat trycksår, sår djup okänt samt Misstänkt djup hudskada, sår djup okänt
- att genomföra en egen punktprevalensmätning (PPM) avseende trycksår

#### Vård i livets slutskede – palliativ vård

- att öka antalet registreringar i Svenska Palliativregistret, målet är att nå 80 % täckningsgrad
- att öka täckningsgrad för genomförande av smärtskattning företrädesvis med evidensbaserat instrument, VAS (Visuell-analog-skala) och Abbey Pain Scale



Fastställd av

Ansvarig  
Medicinskt ansvarig sjuksköterska

## Styrdokument

Gäller fr.o.m.

Senast reviderad  
2021-03-16

39 (44)

Diarienummer  
KS 2020.1725

---

### **Medicintekniska produkter (hjälpmedel)**

- genomföra uppföljningar av efterlevande av rutinen för kontroll av hjälpmedel enligt framtagna checklistor

### **Fall och fallskador**

- att antalet unika personer med bedömning i Senior alert avseende fall ska öka

### **Vård och omsorg om personer med kognitiv sjukdom (demenssjukdom)**

- att fortsätta arbetet med att utbilda personal på kommunens samtliga enheter med inriktning kognitiv sjukdom till BPSD-administratör
- att implementera ett förbyggande arbetssätt på samtliga enheter för personer med kognitiv sjukdom, genom att arbeta strukturerat med BPSD-registret
- att fortsätta utbilda personal inom vård och omsorg i Demens ABC

### **Förebyggande hembesök**

- att besöka samtliga som fyller 80 år under året och som inte har omvårdnadsinsatser från hemtjänsten
- att slutföra de kvarvarande personerna från föregående år

2021-03-16

Anna Palmgren  
Förvaltningschef/verksamhetschef HSL

Anna-Lena Fällman  
Medicinskt ansvarig sjuksköterska



Fastställd av

Ansvarig  
Medicinskt ansvarig sjuksköterska

## Styrdokument

Gäller fr.o.m.

Senast reviderad  
2021-03-16

40 (44)

Diarienummer  
KS 2020.1725

## Vad tycker de äldre om äldreomsorgen 2020 och (2019)

<https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/oppna-jamforelser/socialtjanst/aldreomsorg/vad-tycker-de-aldre-om-aldreomsorgen/>

|                         | Särskilt boende |        | Hemtjänst |        |
|-------------------------|-----------------|--------|-----------|--------|
|                         | Skurup          | Riket  | Skurup    | Riket  |
| Totalt antal svarande:  | 35              | 27 872 | 156       | 82 834 |
| Total andel % svarande: | 40,7            | 39,8   | 67,8      | 57     |

## 1. Fick du plats på det äldreboende du ville bo på?

## Andel i procent

## Andel i procent

|        |         |         |
|--------|---------|---------|
| Ja     | 89 (86) | 87 (87) |
| Nej    | 11 (14) | 13 (13) |
| Totalt | 100     | 100     |

|   |   |
|---|---|
| - | - |
| - | - |
| - | - |

## 2. Trivs du med ditt rum eller lägenhet?

## Andel i procent

## Andel i procent

|        |         |         |
|--------|---------|---------|
| Ja     | 80 (73) | 74 (74) |
| Delvis | 14 (20) | 23 (23) |
| Nej    | 6 (8)   | 3 (3)   |
| Totalt | 100     | 100     |

|   |   |
|---|---|
| - | - |
| - | - |
| - | - |
| - | - |

## 3. Är det trivsamt i de gemensamma utrymmena?

## Andel i procent

## Andel i procent

|        |         |         |
|--------|---------|---------|
| Ja     | 74 (65) | 64 (63) |
| Delvis | 26 (23) | 30 (30) |
| Nej    | 0 (13)  | 6 (6)   |
| Totalt | 100     | 100     |

|   |   |
|---|---|
| - | - |
| - | - |
| - | - |
| - | - |

## 4. Är det trivsamt utomhus runt ditt boende?

## Andel i procent

## Andel i procent

|        |         |         |
|--------|---------|---------|
| Ja     | 88 (69) | 67 (67) |
| Delvis | 12 (22) | 27 (26) |
| Nej    | 0 (8)   | 6 (7)   |
| Totalt | 100     | 100     |

|   |   |
|---|---|
| - | - |
| - | - |
| - | - |
| - | - |

## 5. Hur brukar maten smaka?

## Andel i procent

## Andel i procent

|                             |         |         |
|-----------------------------|---------|---------|
| Mycket bra/Ganska bra       | 79 (74) | 74 (74) |
| Varken bra eller dåligt     | 18 (14) | 17 (17) |
| Ganska dåligt/Mycket dåligt | 3 (12)  | 8 (9)   |
| Totalt                      | 100     | 99      |

|   |   |
|---|---|
| - | - |
| - | - |
| - | - |
| - | - |





Fastställt av

Ansvarig  
Medicinskt ansvarig sjuksköterska

## Styrdokument

Gäller fr.o.m.

Senast reviderad  
2021-03-16

41 (44)

Diarienummer

KS 2020.1725

|   | Särskilt boende |         | Hemtjänst       |         |
|---|-----------------|---------|-----------------|---------|
|   | Skurup          | Riket   | Skurup          | Riket   |
| <b>6. Upplever du att måltiderna på ditt äldreboende är en trevlig stund på dagen?</b>          | Andel i procent |         | Andel i procent |         |
| Ja, alltid/Oftast   | 76 (71)         | 70 (68) | -               | -       |
| Ibland  | 21 (17)         | 20 (21) | -               | -       |
| Sällan/Nej, aldrig  | 3 (12)          | 10 (11) | -               | -       |
| Totalt  | 100             | 100     | -               | -       |
| <b>7. Brukar personalen komma på avtalad tid?</b>   | Andel i procent |         | Andel i procent |         |
| Ja, alltid/Oftast   | -               | -       | 83 (89)         | 84 (84) |
| Ibland  | -               | -       | 9 (6)           | 11 (11) |
| Sällan/Nej, aldrig  | -               | -       | 8 (5)           | 6 (6)   |
| Totalt  | -               | -       | 100             | 101     |
| <b>8. Känner du förtroende för personalen på ditt äldreboende alt. som kommer hem till dig?</b> | Andel i procent |         | Andel i procent |         |
| Ja, för alla/Flertalet i personalen   | 97 (88)         | 84 (85) | 89 (94)         | 89 (90) |
| Ja, för några i personalen  | 3 (12)          | 15 (15) | 10 (6)          | 10 (10) |
| Nej, inte för någon i personalen  | 0 (0)           | 1 (1)   | 1 (0)           | 1 (1)   |
| Totalt  | 100             | 100     | 100             | 100     |
| <b>9. Brukar personalen ha tillräckligt med tid för att kunna utföra sitt arbete hos dig?</b>   | Andel i procent |         | Andel i procent |         |
| Ja, alltid/Oftast   | 91 (83)         | 74 (72) | 81 (87)         | 82 (82) |
| Ibland  | 6 (8)           | 16 (17) | 11 (9)          | 10 (10) |
| Sällan/Nej, aldrig  | 3 (10)          | 10 (11) | 8 (4)           | 8 (8)   |
| Totalt  | 100             | 100     | 100             | 100     |
| <b>10. Brukar personalen meddela dig i förväg om tillfälliga förändringar?</b>                  | Andel i procent |         | Andel i procent |         |
| Ja, alltid/Oftast   | 92 (69)         | 50 (47) | 65 (64)         | 66 (66) |
| Ibland  | 4 (9)           | 20 (20) | 13 (16)         | 14 (14) |
| Sällan/Nej, aldrig  | 4 (22)          | 29 (34) | 22 (20)         | 20 (20) |
| Totalt  | 100             | 99      | 100             | 100     |



Fastställd av

Ansvarig  
Medicinskt ansvarig sjuksköterska

## Styrdokument

Gäller fr.o.m.

Senast reviderad  
2021-03-16

42 (44)

Diarienummer

KS 2020.1725

|  | Särskilt boende |            | Hemtjänst       |            |
|--|-----------------|------------|-----------------|------------|
|  | Skurup          | Riket      | Skurup          | Riket      |
| <b>11. Brukar du kunna påverka vid vilka tider du får hjälp?</b> | Andel i procent |            | Andel i procent |            |
| Ja, alltid/Oftast  | 90 (76)         | 60 (60)    | 58 (60)         | 59 (60)    |
| Ibland   | 10 (11)         | 19 (19)    | 17 (17)         | 17 (17)    |
| Sällan/Nej, aldrig   | 0 (14)          | 21 (21)    | 26 (23)         | 24 (23)    |
| <b>Totalt</b>  | <b>100</b>      | <b>100</b> | <b>101</b>      | <b>100</b> |

|  | Andel i procent |            | Andel i procent |            |
|--|-----------------|------------|-----------------|------------|
|  | Skurup          | Riket      | Skurup          | Riket      |
| <b>12. Brukar personalen bemöta dig på ett bra sätt?</b> | Andel i procent |            | Andel i procent |            |
| Ja, alltid/Oftast  | 94 (98)         | 94 (93)    | 95 (98)         | 97 (97)    |
| Ibland   | 6 (0)           | 5 (6)      | 4 (2)           | 3 (3)      |
| Sällan/Nej, aldrig                                       | 0 (2)           | 1 (1)      | 1 (0)           | 1 (1)      |
| <b>Totalt</b>  | <b>100</b>      | <b>100</b> | <b>100</b>      | <b>101</b> |

|   | Andel i procent |            | Andel i procent |            |
|---|-----------------|------------|-----------------|------------|
|   | Skurup          | Riket      | Skurup          | Riket      |
| <b>13. Brukar personalen ta hänsyn till dina åsikter och önskemål om hur hjälpen ska utföras?</b> | Andel i procent |            | Andel i procent |            |
| Ja, alltid/Oftast   | 97 (88)         | 79 (79)    | 88 (90)         | 87 (86)    |
| Ibland  | 0 (3)           | 15 (15)    | 8 (7)           | 10 (10)    |
| Sällan/Nej, aldrig  | 3 (10)          | 6 (7)      | 4 (3)           | 4 (4)      |
| <b>Totalt</b>   | <b>100</b>      | <b>100</b> | <b>100</b>      | <b>101</b> |

|  | Andel i procent |            | Andel i procent |            |
|--|-----------------|------------|-----------------|------------|
|  | Skurup          | Riket      | Skurup          | Riket      |
| <b>14. Vet du vart du ska vända dig om du vill framföra synpunkter eller klagomål på äldreboendet alt. på hemtjänsten?</b> | Andel i procent |            | Andel i procent |            |
| Ja   | 47 (59)         | 47 (47)    | 61 (65)         | 64 (64)    |
| Delvis (i vissa frågor men inte i andra)   | 32 (15)         | 30 (29)    | 23 (21)         | 22 (22)    |
| Nej  | 21 (27)         | 23 (25)    | 17 (15)         | 14 (14)    |
| <b>Totalt</b>  | <b>100</b>      | <b>100</b> | <b>101</b>      | <b>100</b> |

|  | Andel i procent |           | Andel i procent |            |
|--|-----------------|-----------|-----------------|------------|
|  | Skurup          | Riket     | Skurup          | Riket      |
| <b>15. Hur tryggt eller otryggt känns det att bo på ditt äldreboende? Alt. Att bo hemma med stöd från hemtjänsten?</b> | Andel i procent |           | Andel i procent |            |
| Mycket tryggt/Ganska tryggt  | 97 (90)         | 87 (88)   | 93 (91)         | 86 (86)    |
| Varken tryggt eller otryggt  | 3 (7)           | 8 (8)     | 4 (6)           | 10 (10)    |
| Ganska otryggt/Mycket otryggt  | 0 (2)           | 4 (4)     | 3 (3)           | 4 (4)      |
| <b>Totalt</b>  | <b>100</b>      | <b>99</b> | <b>100</b>      | <b>100</b> |



Fastställd av

Ansvarig  
Medicinskt ansvarig sjuksköterska

## Styrdokument

Gäller fr.o.m.

Senast reviderad  
2021-03-16

43 (44)

Diarienummer

KS 2020.1725

|  | Särskilt boende |            | Hemtjänst       |          |
|--|-----------------|------------|-----------------|----------|
|  | Skurup          | Riket      | Skurup          | Riket    |
| <b>16. Hur nöjd eller missnöjd är du med de aktiviteter som erbjuds på ditt äldreboende?</b> | Andel i procent |            | Andel i procent |          |
| Mycket nöjd/Ganska nöjd  | 86 (70)         | 61 (63)    | -               | -        |
| Varken nöjd eller missnöjd   | 14 (27)         | 26 (25)    | -               | -        |
| Ganska missnöjd/Mycket missnöjd  | 0 (3)           | 13 (12)    | -               | -        |
| <b>Totalt</b>  | <b>100</b>      | <b>100</b> | <b>-</b>        | <b>-</b> |

|   | Andel i procent |            | Andel i procent |          |
|---|-----------------|------------|-----------------|----------|
|   | Skurup          | Riket      | Skurup          | Riket    |
| <b>17. Är möjligheterna att komma utomhus bra eller dåliga?</b> | Andel i procent |            | Andel i procent |          |
| Mycket bra/Ganska bra   | 75 (65)         | 58 (58)    | -               | -        |
| Varken bra eller dåligt   | 13 (13)         | 16 (15)    | -               | -        |
| Ganska dåligt/Mycket dåligt                                     | 13 (23)         | 26 (27)    | -               | -        |
| <b>Totalt</b>   | <b>101</b>      | <b>100</b> | <b>-</b>        | <b>-</b> |

|   | Andel i procent |            | Andel i procent |          |
|---|-----------------|------------|-----------------|----------|
|   | Skurup          | Riket      | Skurup          | Riket    |
| <b>18. Hur lätt eller svårt är det att få träffa sjuksköterska vid behov?</b> | Andel i procent |            | Andel i procent |          |
| Mycket lätt/Ganska lätt   | 83 (69)         | 75 (75)    | -               | -        |
| Varken lätt eller svårt   | 10 (26)         | 16 (15)    | -               | -        |
| Ganska svårt/Mycket svårt   | 7 (6)           | 9 (9)      | -               | -        |
| <b>Totalt</b>   | <b>100</b>      | <b>100</b> | <b>-</b>        | <b>-</b> |

|  | Andel i procent |            | Andel i procent |            |
|--|-----------------|------------|-----------------|------------|
|  | Skurup          | Riket      | Skurup          | Riket      |
| <b>19. Hur lätt eller svårt är det att få kontakt med personalen på ditt äldreboende, vid behov? Alt. Med hemtjänstpersonal vid behov?</b> | Andel i procent |            | Andel i procent |            |
| Mycket lätt/Ganska lätt  | 89 (95)         | 82 (83)    | 84 (88)         | 77 (77)    |
| Varken lätt eller svårt  | 9 (5)           | 12 (12)    | 9 (8)           | 14 (14)    |
| Ganska svårt/Mycket svårt  | 3 (0)           | 6 (6)      | 7 (5)           | 9 (10)     |
| <b>Totalt</b>  | <b>100</b>      | <b>100</b> | <b>100</b>      | <b>100</b> |

|  | Andel i procent |           | Andel i procent |            |
|--|-----------------|-----------|-----------------|------------|
|  | Skurup          | Riket     | Skurup          | Riket      |
| <b>20. Händer det att du besväras av ensamhet?</b> | Andel i procent |           | Andel i procent |            |
| Nej  | 47 (27)         | 30 (35)   | 48 (52)         | 48 (47)    |
| Ja, då och då                                      | 44 (51)         | 50 (47)   | 44 (35)         | 40 (40)    |
| Ja, ofta   | 9 (22)          | 19 (18)   | 8 (13)          | 13 (13)    |
| <b>Totalt</b>                                      | <b>100</b>      | <b>99</b> | <b>100</b>      | <b>101</b> |



Fastställd av

Ansvarig  
Medicinskt ansvarig sjuksköterska

## Styrdokument

Gäller fr.o.m.

Senast reviderad  
2021-03-16

44 (44)

Diarienummer  
KS 2020.1725

| 21. Hur nöjd eller missnöjd är du sammantaget med ditt äldreboende? Alt. Med den hemtjänst du har? | Särskilt boende |            | Hemtjänst       |            |
|--|-----------------|------------|-----------------|------------|
|  | Skurup          | Riket      | Skurup          | Riket      |
|  | Andel i procent |            | Andel i procent |            |
| Mycket nöjd/Ganska nöjd  | 89 (83)         | 81 (81)    | 93 (93)         | 88 (88)    |
| Varken nöjd eller missnöjd   | 9 (15)          | 13 (13)    | 5 (4)           | 9 (9)      |
| Ganska missnöjd/Mycket missnöjd  | 3 (3)           | 6 (6)      | 2 (3)           | 3 (3)      |
| <b>Totalt</b>  | <b>101</b>      | <b>100</b> | <b>100</b>      | <b>100</b> |