

# Patientsäkerhetsberättelse och kvalitetsredovisning 2021 för Individ- och Omsorgsförvaltningens verksamhetsområde

## Innehållsförteckning

1. Sammanfattning av året 2021 .....	4
2. Syfte.....	5
3. Grundläggande förutsättningar för säker vård .....	6
3.1 Övergripande mål och strategier .....	6
3.2 Organisation och ansvar .....	7
3.3 Samverkan för att förebygga vårdskador .....	7
3.4 Adekvat kunskap och kompetens.....	8
3.4.1 Kunskap och kompetens inom demenssjukdom och BPSD (Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demenssjukdom) .....	8
3.4.2 Kunskap och kompetens inom palliativ vård.....	9
3.4.3 Kunskap och kompetens inom dokumentation .....	9
3.4.4 Kunskap och kompetens inom Vårdhygien .....	9
3.4.5 Kunskap och kompetens inom Kontinens/Inkontinens.....	10
3.4.6 Kunskap och kompetens inom läkemedelshantering .....	10
3.4.7 Kunskap och kompetens inom arbetsterapeuters och fysioterapeuters ansvarsområden .....	11
3.4.8 Kunskap och kompetens vid bedömning och åtgärd vid patients försämring i allmäntillstånd .....	11
3.4.9 Kunskap och kompetens avseende stroke .....	12
3.4.10 Kunskap och kompetens inom arbetsledning .....	12



KS 2021.1680

3.4.11	Kunskap och kompetens inom LSS .....	12
3.4.12	Kunskap och kompetens inom IFO .....	12
4.	Patienten som medskapare.....	14
5.	Verksamhetsuppföljning .....	15
5.1	Internkontroll .....	15
5.1.1	Registrering av ansvarig sjuksköterska, fysioterapeut, arbetsterapeut och kontaktman i patientjournal.....	15
5.1.2	Rätt till heltid .....	15
5.1.3	Delaktighet vid utformande av fritidsaktiviteter .....	16
5.1.4	Genomförandeplaner .....	16
5.2	Egenkontroll avseende hälso- och sjukvård .....	17
5.3	Verksamhetsuppföljning - Covid-19-pandemin.....	18
5.4	Verksamhetsuppföljning Beslutsstöd enligt ViSam .....	19
5.5	Verksamhetsuppföljning Vård i livets slut.....	20
5.6	Verksamhetsuppföljning Basala hygienrutiner .....	21
5.7	NPÖ (Nationell patientöversikt) .....	22
5.8	Extern uppföljning .....	23
5.8.1	Kvalitetsuppföljning.....	23
5.9	Extern granskning .....	23
5.9.1	Inspektionen för vård och omsorg (IVO) .....	23
5.9.2	Revision .....	23
6.	Ökad kunskap om inträffade vårdskador .....	25
6.1	Avvikelser .....	25
6.2	Fallolyckor och fallskador .....	26
6.3	Klagomål och synpunkter .....	27
7.	Säker vård här och nu.....	28
7.1	Digital signering .....	28
7.2	Tena identi.....	28
7.3	Digital läkemedelsutbildning .....	28
7.4	Digitala patientmöten med läkare .....	29
7.5	Uppgradering av journalsystem .....	29



KS 2021.1680

7.6	Digital utbildningsplattform för legitimerad personal .....	29
7.7	Läkemedelsautomater.....	29
8.	Riskmedvetenhet och beredskap .....	31
9.	Processkartläggning.....	31
10.	Kommunens Kvalitet i Korthet (KKiK).....	32
11.	Öppna jämförelser.....	32
12.	Brukarinflytande.....	33
12.1	Brukarundersökning, funktionshinder .....	33
12.2	Brukarundersökning, individ- och familjeomsorg (IFO) .....	33
12.3	Brukarrevision .....	33
12.4	Brukarenkät LSS.....	34
13.	Inkomna ärenden .....	34
14.	Utmaningar och strategier 2022 .....	35

## 1. Sammanfattning av året 2021

Covid-19-pandemin har under 2021 präglat verksamheterna med fokus bland annat på basala hygienrutiner, införande av hygienombud och sjuksköterska med särskilt ansvar för vårdhygien. Även vaccinationer av personal och patienter har prioriterats. Smittspårningar och provtagningar var omfattande i början av året. Screeningrutiner för personal infördes under året och intensifierades sista månaden. En utvärderande uppföljning av Covid-arbetet gjordes under våren-21 med därefter följande förändrade arbetssätt.

Under sommarmånaderna är verksamheterna särskilt sårbara vad gäller kvalitet och kontinuitet, då bemanning och kompetens är svårare att upprätthålla. En tvärprofessionell arbetsgrupp tillsattes under året för att ta fram långsiktiga förslag för hur sårbarheten ska minska. Digitalisering, delegeringsförfarande och stärkt team-arbete utgör stora delar i detta arbete, som är fortsatt pågående.

Journalgranskningar har gjorts avseende kvaliteten på vård i livets slut samt bedömningar och åtgärder vid akuta försämringar av patienters hälsotillstånd. Utifrån resultatet från dessa har fortbildningsinsatser intensifierats för sjuksköterskor kring beslutsstödet ViSam och för undersköterskor kring dokumentation. Planering påbörjades för införandet av NVP, Nationell Vårdplan för Palliativ vård för att kvalitetssäkra vården av patienter i livets slut.

Samverkan med Region Skåne har under året till stor del haft pandemin i fokus, men förbättringsarbeten kring mobilt läkarstöd och SIP (Samordnade Individuella Planer) har också initierats.

Kvalitetsarbetet har i viss mån blivit påverkat av covid-19, men trots detta har många kompetenshöjande insatser genomförts. Till exempel genomförde majoriteten av alla tillsvidareanställda undersköterskor en kompetensutvecklingsvecka i samarbete med Nils Holgerssons utbildningscenter.



## 2. Syfte

### **Patientsäkerhetsberättelse**

Syftet med Skurups kommuns patientsäkerhetsberättelse är att ge en bild av det arbete som har gjorts inom patientsäkerhetsområdet under året. Hög kvalitet i hälso- och sjukvården innebär att patienterna får en god och säker vård. Systematiskt patientsäkerhetsarbete handlar ytterst om att förebygga att patienter drabbas av vårdskador. Syftet är också att lära av det inträffade för att förhindra en återupprepning eller begränsa effekterna av sådana händelser som inte helt gått att förhindra.

### **Kvalitetsredovisning**

Syftet med Skurups kommuns kvalitetsredovisning är att ge en bild av det kvalitetsarbete som genomförts inom Individ- och omsorgsförvaltningen under året. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete beskriver hur kvalitetsarbetet ska bedrivas inom hälso- och sjukvård (HSL), socialtjänst (SoL) och verksamheter enligt LSS (Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade). Individ- och omsorgsförvaltningen har sedan 2015 ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Ledningssystemet ska användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet. Årligen bör det arbete som pågått för att utveckla och säkra kvaliteten dokumenteras i en kvalitetsberättelse.

### 3. Grundläggande förutsättningar för säker vård

Enligt Patientsäkerhetslagen ska vårdgivaren *planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård i hälso- och sjukvårdslagen... upprätthålls* (PSL 2010:659, 3 kap, 1§). Skurups kommun har som mål att varje patient ska känna sig trygg i kontakten med vården och att varje medarbetare ska ha förutsättningar att utföra vård på ett säkert sätt.

I Skurups kommun finns tre särskilda boenden enligt SoL (Socialtjänstlagen) och fem särskilda boenden enligt LSS. Det finns dagverksamhet för äldre, varav den ena är biståndsbedömd för personer med kognitiv svikt. Inom LSS finns också daglig verksamhet. Antal lägenheter på särskilt boende för äldre är 113, varav fyra är korttidsplatser. Antal lägenheter på särskilt boende inom LSS är 25.

Antal personer som har haft hälso- och sjukvårdsinsatser (från arbetsterapeut, fysioterapeut och sjuksköterska) varierar över åren. Under 2021 hade 964 personer dessa insatser.

#### 3.1 Övergripande mål och strategier

Ledningssystemet ska tydliggöra verksamhetens kvalitet och resultat för personal, patienter och medborgare. Individ- och Omsorgsförvaltningen arbetar med kvalitetsledningssystem enligt *Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete* (SOSFS 2011:9).

Socialstyrelsen har tagit fram en nationell handlingsplan för att stärka patientsäkerheten. Den nationella handlingsplanen är tänkt att stärka det systematiska patientsäkerhetsarbetet i kommuner och regioner. SKR har tagit fram ett analysverktyg för att stärka patientsäkerhetsarbetet. Under 2021 har Skurups kommun påbörjat ett övergripande förbättringsarbete utifrån detta verktyg.

Pandemin har under 2021 överskuggat allt i verksamheterna och det övergripande målet har varit att skydda patienter från allvarlig sjukdom och död till följd av Covid-19. Andra mer långsiktiga konkreta målsättningar med kvalitetsarbetet är att:

- säkra att patienten får de läkemedel som denne är ordinerad;
- minska risken att patienten drabbas av vårdrelaterade infektioner;
- minska antal fallolyckor och minska risken för skada om fallolycka ändå uppstår;
- minska risken för att trycksår uppstår;
- säkerställa att medicintekniska hjälpmedel är säkra för patienten att använda och att de används på rätt sätt;
- öka livskvaliteten hos personer med kognitiv sjukdom;
- bidra till säker kommunikation mellan olika vårdgivare så att patienten inte ska falla mellan stolarna;
- stärka patientens och anhörigas delaktighet i vården.

### 3.2 Organisation och ansvar

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

Verksamhetschef ansvarar för att verksamheterna tillgodoser hög patientsäkerhet, god kvalitet och kostnadseffektivitet och för att kvalitetsledningssystem finns för att fortlöpande styra, följa upp, utveckla och dokumentera kvaliteten i verksamheten. Verksamhetschefen ansvarar vidare för att direktiv finns för verksamheterna och att personalens kompetens upprätthålls.

Verksamhetschef och MAS (Medicinskt ansvarig sjuksköterska) ska upprätthålla och utveckla verksamhetens kvalitet och säkerhet.

MAS ansvarar för att patienter får en säker hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde. MAS har ett uppföljnings- och tillsynsansvar för verksamheterna. MAS ska på kommunstyrelsens uppdrag samt utifrån lagar och författningar upprätta rutiner för kontinuerligt kvalitetsarbete. MAS samverkar med verksamhetschef i hälso- och sjukvårdsfrågor och rapporterar direkt till Socialnämndsutskottet och Kommunstyrelsen i hälso- och sjukvårdsärenden.

Områdes- och enhetschefer har det löpande ansvaret för att respektive verksamhet uppfyller de lagkrav som ställs för att patienten ska tillförsäkras en god och säker vård. Enhetschef ansvarar för att de rutiner som verksamhetschef och MAS fastställt är väl kända i verksamheten och att ny hälso- och sjukvårdspersonal har den kunskap och information som krävs för att utföra hälso- och sjukvårdsuppgifter.

Hälso- och sjukvårdspersonal ansvarar för att hälso- och sjukvårdsarbetet följer vetenskap och beprövad erfarenhet. All personal har ett ansvar att följa gällande riktlinjer och rutiner inom ramen för verksamhetens ledningssystem och att medverka i det systematiska kvalitetsarbetet.

Uppföljning av beviljade insatser sker för att säkerställa att brukaren/klienten får de insatser som beviljats. Biståndshandläggarna inom äldreomsorgen ansvarar för att kontinuerligt följa upp alla beviljade insatser. Handläggare inom LSS, socialpsykiatri och IFO ansvarar för att alla insatser följs upp kontinuerligt.

### 3.3 Samverkan för att förebygga vårdskador

En viktig del i patientsäkerhetsarbetet är kommunens samverkan med andra vårdgivare. Formerna för samverkan regleras i olika samverkansdokument med Region Skåne, framför allt *Avtal om ansvarsfördelning och utveckling avseende hälso- och sjukvården i Skåne*.

Under året har både det regionala och lokala samverkansarbetet intensifierats på grund av Covid-19, framför allt gällande smittspårningar, vaccinationer och förebyggande smittskyddsåtgärder.

Ett samverkansområde som setts över under året är kvaliteten på SIP (Samordnad Individuell Plan). En tvärprofessionell arbetsgrupp tillsattes för att förbättra samarbetet. 44 SIPar gjordes, vilket var en ökning med 130% jämfört med föregående år. 24 av dessa gjordes i samband med utskrivning från slutenvården, 15 var i förväg planerade och 5 gjordes inläggande på sjukhusavdelning via Teams.

Workshops kring SIP har gjorts lokalt med vårdcentralerna för att hitta arbetsformer som stärker patienters delaktighet och samtidigt minimerar det administrativa arbetet.

#### *Planerade åtgärder 2022*

- Nya lokala rutiner och arbetsmaterial för SIP tas fram utifrån de workshops man hade under 2021 för ökad patientmedverkan och minskad administration
- Fortsatt användning av SIP som arbetsverktyg för god och nära vård
- Förbättrad kvalitet på innehållet i SIP
- Patienter skrivs in i mobilt vårdteam

### 3.4 Adekvat kunskap och kompetens

Det finns behov av långsiktig planering för att möta det ökade behovet av kommunal hälso- och sjukvård. Detta i kombinationen med ökad sårbarhet under framför allt sommarmånaderna har gjort att förvaltningen tillsatt en tvärprofessionell arbetsgrupp, som ska ta fram förslag kring verksamhetsförändringar för att säkra bemanning och rätt kompetens. Arbetet påbörjades under 2021 och implementering av de första åtgärderna beräknas kunna genomföras våren 2022. Bland annat kommer introduktionsprogrammet att digitaliseras i så stor utsträckning som möjligt.

#### 3.4.1 Kunskap och kompetens inom demenssjukdom och BPSD (Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demenssjukdom)

I kommunen finns ett team bestående av 2 Silviasystrar och 1 Silviasjuksköterska. Dessa ansvarar för utbildning av BPSD-administratörer och är ett stöd för verksamheterna i vården av patienter med kognitiv sjukdom.

#### *Åtgärder 2021*

- 4 undersköterskor har gått påbyggnadsutbildning inom demenssjukdomar

Covid-19-pandemin har påverkat demensteamets möjligheter negativt vad gäller utbildning av personal. Inga administratörsutbildningar har genomförts under året. Demensteamets stöd till verksamheterna har fortlöpt.

#### *Planerade åtgärder 2022*

- Samtlig leg. personal genomgår digitala utbildningar på intranätet kring demenssjukdom
- Utbildningarna ovan läggs in i introduktionsprogram för nyanställd legitimerad personal
- Minst 12 legitimerad personal går utbildning till BPSD-administratörer
- Särskilt boende: Fler BPSD-administratörer utbildas på samtliga enheter
- Hemtjänst: Utbildning av BPSD-administratörer påbörjas



### 3.4.2 Kunskap och kompetens inom palliativ vård

Behov finns av fortbildning och ett mer strukturerat arbetssätt i teamet vad gäller vård i livets slut.

#### Åtgärder 2021

- Journalgranskning har gjorts för att identifiera svagheter
- Planering har påbörjats för införande av NVP, Nationell Vårdplan för palliativ vård

#### Planerade åtgärder 2022

- Utbildning för samtliga palliativa ombud genomförs under 2022 i palliativ vård och NVP
- Utbildningsansvariga inom palliativ vård går på byggnadsutbildning i samverkan med Palliativa enheten på Lasarettet i Ystad
- Samtlig personal inom Vård och Omsorg samt legitimerad personal går den digitala utbildningen *Palliation ABC*.

### 3.4.3 Kunskap och kompetens inom dokumentation

Undersköterskor arbetar både enligt socialtjänstlagen och hälso- och sjukvårdslagen och måste därför dokumentera i två olika journalsystem. Detta utgör en patientsäkerhetsrisk, då det i många fall är svårt att veta i vilken journal dokumentationen hör hemma. Legitimerad personal kan endast läsa hälso- och sjukvårdsjournalen och kan inte se dokumentation, som skrivs i journal utifrån Socialtjänstlagen. Vid vissa avvikelser går det att se ett samband mellan incident och dokumentation i fel journal.

Vad gäller sjuksköterskors dokumentation finns förbättringsbehov avseende dokumentation i samband med patients försämring av allmäntillstånd, se kapitel 5.4 *Verksamhetsuppföljning Beslutsstöd enligt ViSam*.

#### Åtgärder 2021

- Dokumentationsutbildningar har genomförts för samtliga sommarvikarier
- Fortbildning för dokumentationsombud har gjorts vid 4 tillfällen. Ombuden har använt samma utbildningsmaterial för att fortbilda kolleger på respektive enhet

#### Planerade åtgärder 2022

- Dokumentationsutbildningar ska genomföras för samtliga sommarvikarier
- Fortbildning för dokumentationsombud ska göras vid 4 tillfällen. Ombuden fortbildar och stöttar kollegor på respektive enhet

### 3.4.4 Kunskap och kompetens inom Vårdhygien

Under pandemin har stort fokus legat på kunskap kring och följsamhet till vårdhygieniska rutiner och riktlinjer.

#### Åtgärder 2021

- Samtlig personal har genomgått Socialstyrelsens webbaserade utbildning i basala hygienrutiner vid två tillfällen under året.

- Hygienombud har tillsatts på varje enhet för att vara ett stöd för kolleger i verksamheterna kring den praktiska hanteringen av skyddsmaterial och basal hygien.
- Uppdraget "Sjuksköterska med särskilt ansvar för Vårdhygien" har inrättats som en kompetensförstärkning gentemot hygienombud och legitimerad personal.

#### *Planerade åtgärder 2022*

- Hygienombud har minst 2 fortbildningsträffar under 2022.
- Hygienombud utbildar ny personal i den praktiska hanteringen av skyddsmaterial och basal hygien.
- Samtlig personal ska genomgå digital utbildning inom basal hygien

### 3.4.5 Kunskap och kompetens inom Kontinens/Inkontinens

En stor del av våra patienter använder inkontinenshjälpmedel. Det är viktigt att kompetensen inom området är god för att värna patienters självständighet och minska besvär relaterade till avförings- och urinläckage.

#### *Åtgärder 2021*

- 2 sjuksköterskor har gått kursen "Sjukdomslära och förskrivning av inkontinenshjälpmedel" vid högskolan i Kristianstad.

#### *Planerade åtgärder 2022*

- Minst 2 sjuksköterskor ska gå kursen "Sjukdomslära och förskrivning av inkontinenshjälpmedel" vid högskolan i Kristianstad.
- *Tena identifi* införs som pilotprojekt för mätning av urinläckage och personcentrerade åtgärder utifrån resultat. Användning av verktyget är i sig kompetenshöjande för både undersköterskor och sjuksköterskor.

### 3.4.6 Kunskap och kompetens inom läkemedelshantering

Förkunskaper kring läkemedelshantering varierar hos omvårdnadspersonalen. För delegering av läkemedel krävs utbildning. Det är av yttersta vikt att allt förfarande kring utbildning och delegering är formaliserat samtidigt som delegeringar ges till personal utifrån deras specifika kompetens.

#### *Åtgärder 2021*

- 118 undersköterskor/vårdbiträden har gått läkemedelsutbildning under året.
- 31 undersköterskor har gått diabetesutbildning.
- 341 undersköterskor/vårdbiträden har gjort kunskapstester under året.
- 524 läkemedelsdelegeringar har utfärdats, varav 2 blivit indragna.

#### *Planerade åtgärder 2022*

- Digital läkemedelsutbildning införs
- Analys färdigställs kring eventuell differentiering av omvårdnadspersonalens delegerade arbetsuppgifter för att säkerställa rätt kompetens för respektive arbetsuppgift

### 3.4.7 Kunskap och kompetens inom arbetsterapeuters och fysioterapeuters ansvarsområden

Vissa arbetsuppgifter ordinerade av arbetsterapeut och fysioterapeut är avancerade och kräver specifik kompetens hos utföraren. I dagsläget krävs inte formell delegering för dessa arbetsuppgifter.

#### *Åtgärder 2021*

- Arbete har påbörjats för att ta fram specifika arbetsuppgifter, som behöver formell delegering av arbetsterapeut respektive fysioterapeut till undersköterskor.

#### *Planerade åtgärder 2022*

- Förutsättningar för delegering av arbetsterapeut respektive fysioterapeut skapas under 2022.
- Utbildningsprogram skapas för undersköterskor som ska få delegering.

### 3.4.8 Kunskap och kompetens vid bedömning och åtgärd vid patients försämring i allmäntillstånd

En uppgift, som kräver stor kompetens av både sjuksköterskor och undersköterskor, är att bedöma och agera ändamålsenligt, när en patient försämras i sitt allmäntillstånd.

#### *Åtgärder 2021*

- Samtliga sjuksköterskor har utbildats i beslutsstödet enligt ViSam (Vård i Samverkan). Detta arbete görs för att kvalitetssäkra bedömningar vid patients försämrade allmäntillstånd. Två sjuksköterskor i arbetsgruppen är utbildade handledare.
- Utbildningar i rapporteringsstöd för sommarvikarier
- 6 undersköterskor har gått påbyggnadsutbildningar 2021–2022: 4 inom demenssjukdomar, 1 inom psykiatri och 1 inom multisjukdom.
- 182 undersköterskor har gått "kompetensutvecklingsvecka" i samarbete med Nils Holgerssongymnasiet med inriktning "Äldres komplexa behov", "Psyisk ohälsa" samt "Förebygga, bevara och förbättra".

#### *Planerade åtgärder 2022*

- Samtliga sjuksköterskor går uppföljningsutbildning i beslutsstödet ViSam.
- Beslutsstödet kommer att ingå i den digitala kunskapsbas som upprättas för legitimerad personal
- Dokumentationsombud fortbildas kring rapporteringsstöd för undersköterskor. Ombuden fortbildar och stöttar kollegor på respektive enhet.
- Utbildningar i rapporteringsstöd för sommarvikarier
- Ytterligare 20 undersköterskor går "kompetensutvecklingsvecka" i samarbete med Nils Holgerssongymnasiet under 2022 med inriktning "Äldres komplexa behov", "Psyisk ohälsa" samt "Förebygga, bevara och förbättra".

### 3.4.9 Kunskap och kompetens avseende stroke

I den legitimerade arbetsgruppen ser man behov av mer strukturerade arbetssätt vid stroke, både vad gäller det akuta skedet och efterförloppet. För att uppnå detta krävs satsning på att öka kunskapen inom stroke för alla yrkesgrupper.

#### *Åtgärder 2021*

- En arbetsgrupp tillsattes för att påbörja en projektplan. Arbetet pausades på grund av förhöjd arbetsbelastning kopplad till pandemin.

#### *Planerade åtgärder 2022*

- Projektplan återupptas av arbetsgruppen

### 3.4.10 Kunskap och kompetens inom arbetsledning

Hög kompetens hos chefer är viktigt för att verksamheterna ska fungera optimalt.

#### *Åtgärder 2021*

- Samtliga chefer deltog i ledarskapsutbildning i det kommunikativa ledarskapet
- Tre enhetschefer påbörjade utvecklingsprogrammet "Nyfiken på chefs- och ledarskap" i samarbete med Eslövs kommun, Höörs kommun och Trelleborgs kommun.

#### *Planerade åtgärder 2022*

- Ledarskapsutbildning del 2 i det kommunikativa ledarskapet ska hållas under 2022.
- Tre enhetschefer ska avsluta utvecklingsprogrammet "Nyfiken på chefs- och ledarskap".
- Lex Sarah utbildning för chefer

### 3.4.11 Kunskap och kompetens inom LSS

LSS genomför en stor kompetensutvecklingsatsning för sina chefer och sin personal i effektivt bemötande.

#### *Åtgärder 2021*

- 4 dagars kurs i DBT (Dialektisk beteendeterapi) för hälften av personalen inom LSS samt chefer
- All personal har gått utbildning i samtalstekniker, känsloreglering och anhörigperspektivet samt vägledning rörande kognition, affektion och relation.

#### *Planerade åtgärder 2022*

- 4 dagars kurs i DBT (Dialektisk beteendeterapi) utbildning för andra hälften av personalen inom LSS.
- Handledning/utbildning i bemötande, förståelse för funktionsvariation och samtalstekniker för all personal inom LSS

### 3.4.12 Kunskap och kompetens inom IFO

Många kompetenshöjande insatser har genomförts inom Individ- och familjeomsorg under 2021 för att möta målgruppens behov.



### *Åtgärder 2021*

- Granskning och utveckling av vårdplaner och genomförandeplaner
- Medarbetare inom Öppenvården har gått utbildning i bla: Föräldraskapsstöd vid funktionsnedsättning, COS-P (Circle of Security), CAP (Children Are People), Heder, KBT och Behandling av samsjuklighet.
- Utbildning i Ester (Evidensbaserad, SStrukturerad, bEdömning av Risk och skyddsfaktorer) gällande screening och bedömning i samarbete med skolan
- Utbildning i Våld i nära relationer
- Utbildning i Write Your Self (socialpsykiatri för trauma anpassat skrivande)
- 2 biståndshandläggare genomgår utbildning inom demenssjukdomar i samarbete med Silviahemmet.
- Medarbetare inom Barn och unga har under året arbetat med Positivt umgänge (material från Socialstyrelsen som riktar sig både till familjehem, barn och biologiska föräldrar).

### *Planerade åtgärder 2022*

- Utveckla arbetsmarknadsenheten så att fler personer blir kommer i egen försörjning
- Familjehemssekreterarna ska starta 1årig utbildning i Handledning av familjehem
- Vidareutveckla arbetet mot Våld i nära relationer
- Inom Barn och unga kommer fokus ligga på "Placerade barns skolgång och hälsa" samt "LVU-processen"
- Utveckla öppenvården med fokus på socialpsykiatri och samsjuklighet

## 4. Patienten som medskapare

Enligt Patientsäkerhetslagen ska vårdgivaren ge patienter och anhöriga möjlighet att delta i patientsäkerhetsarbetet (PSL 2010:659 3 kap. 4 §). Patienten ska i stor utsträckning som möjligt få vara med och utforma vården.

### Åtgärder 2021

- Under 2021 har tvärprofessionella SIP-workshops genomförts med fokus på ökad patientdelaktighet och minskad administrativ tid för medverkande personal. Antal SIPar har ökat under 2021, se kapitel *Samverkan för att förebygga vårdskador*.
- Genom arbetet med BPSD (Beteendemässiga och Psykiska Symptom vid Demenssjukdom) stärks den kognitivt sviktande patientens möjlighet till att påverka sin vård och sin vardag. BPSD drabbar ungefär 90 % av alla patienter med demenssjukdom. Patienten påverkar sin vård med hjälp av detta verktyg trots att hen inte alltid kan formulera sina behov i ord. Genom att personalen är lyhörd för varje patients individuella behov minskar risken för BPSD. Under 2021 gjordes 163 registreringar i BPSD-registret på sammanlagt 79 patienter.
- Utifrån inkomna synpunkter och klagomål från patienter och anhöriga har utredningar och journalgranskningar gjorts. Åtgärder har vidtagits i verksamheterna för att förebygga att nya brister ska uppkomma.
- Beslut har tagits i lokal samverkan att det ska finnas möjlighet till digitala patientmöten med läkare, där sjuksköterska närvarar som stöd till patienten för att underlätta patientens direktkontakt med läkare. Tekniska förutsättningar har tagits fram.
- Fler medarbetare utbildas inom BPSD, se kapitel *Adekvat kunskap och kompetens*.

### Planerade åtgärder 2022

- Digitala möten mellan patient och läkare provas i samband med akuta försämringar.
- Patientens delaktighet i SIP ökar. Detta utvärderas genom kvalitetsgranskning av SIP.

## 5. Verksamhetsuppföljning

Verksamhetsuppföljningen består av internkontroll, egenkontroll samt extern granskning och uppföljning. Genom identifiering av riskområden inom verksamheterna kan brister förebyggas.

### 5.1 Internkontroll

Kommunstyrelsen har ansvar för att följa upp verksamheten och dess kvalitet. Internkontroll genomförs årligen utifrån de områden som kommunstyrelsen beslutar om.

Under 2021 kontrollerades följande områden:

- Registrering av ansvarig sjuksköterska, fysioterapeut, arbetsterapeut och kontaktman i patientjournal
- Rätt till heltid
- Delaktighet vid utformande av fritidsaktiviteter
- Genomförandeplaner

#### 5.1.1 Registrering av ansvarig sjuksköterska, fysioterapeut, arbetsterapeut och kontaktman i patientjournal

Till varje patient som är i behov av hemsjukvård, rehabilitering och/eller hjälpmedel utses en omvårdnadsansvarig sjuksköterska, ansvarig arbetsterapeut och/eller ansvarig fysioterapeut. Det ska även finnas en ordinarie och en vice kontaktman till varje patient. När behov uppstår av att kontakta ansvarig sjuksköterska, arbetsterapeut, fysioterapeut samt kontaktman är det av vikt att uppgifterna är korrekta för att inte fördröja kontakten och för att nå fram med information.

Sammanlagt granskades 35 patientjournaler fördelade på sju enheter; tre särskilda boenden, tre hemtjänstområden, och ett LSS gruppboende.

Internkontrollen visade att det finns förbättringspotential på ett flertal punkter, främst i de journaler som tillhör patienter som bor på särskilt boende. Kunskapen är bristande om att man måste registrera sig under fliken "referenspersoner" för att det ska synas i personkortet. Vidare går att läsa i rapporten *Internkontroll Registrering av ansvarig sjuksköterska, fysioterapeut, arbetsterapeut och kontaktman i patientjournal*.

#### 5.1.2 Rätt till heltid

Under 2019 infördes Rätt till heltid utifrån beslut i Kommunfullmäktige 2018. Medarbetarna har möjlighet att önska sin sysselsättningsgrad årligen, varför ökning av antalet årsarbetare kan förändras från år till år. Förändringen har inte finansierats fullt ut. Resurstimmarna används i första hand för att täcka frånvaro i verksamheterna. Outnyttjade timmar noteras och sammanställs.

Under 2021 motsvarade tillskottet av personalresurser som uppstått genom utökade tjänstgöringsgrader på cirka 11,5 årsarbetare. Huvuddelen av utökning är i hemtjänst. Outnyttjad resurstid motsvarade 0,86 årsarbetare, vilket innebär en användningsgrad av resurstid på cirka 92% av den utökade arbetstiden.

Även om den tillförda personalresursen relativt sätt nyttjas väl är det ändå en del timmar som inte nyttjas effektivt i verksamheten. Arbetat med att öka nyttjandet av resurstimmar kommer att fortsätta, genom ökad flexibilitet vid tillsättning av vakanta arbetspass och en ökad samordning mellan enheterna inom Vård och omsorg.

En process har inletts tillsammans med HR-enheten och Kommunal för att undersöka möjligheten att arbeta fram ett förslag angående lokalt kollektivavtal. Syftet är att säkerställa att ledighetskvoter blir rätt och för att utveckla arbetssättet för ökad personaldelaktighet. Vidare går att läsa i rapporten *Internkontroll Rätt till heltid*.

### 5.1.3 Delaktighet vid utformande av fritidsaktiviteter

Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) definierar att personer har rätt till en meningsfull och aktiv fritid. Enligt §5 LSS ska verksamheten främja jämlikhet i levnadsvillkor och full delaktighet i samhällslivet. Målet ska vara att den enskilde får möjlighet att leva som andra. Rätten till full delaktighet för den enskilde är central i utformningen av stöd för personer med funktionsvariation.

Enkäter har lämnats ut till alla boende på gruppboende och en annan enkät skickades till personalen.

Svaren från boendeenkäten visar att 41% svarat att "Jag bestämmer vad jag ska göra på fritiden", 59% svarar att "Jag och personalen bestämmer vad jag ska göra på fritiden" och ingen svarar att "Personalen bestämmer vad jag ska göra på fritiden".

Resultatet från personalenkäten visar att 74% svarar att "Brukaren bestämmer", 26% svarar "Brukaren och personalen bestämmer" och ingen svarar "Personalen bestämmer".

Ingen avvikelse i internkontrollen har konstaterats. Vidare går att läsa i rapporten *Internkontroll Delaktighet vid utformande av fritidsaktiviteter*.

### 5.1.4 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. Syftet med genomförandeplanen är att skapa en tydlig struktur för genomförande och uppföljning av en beslutad insats. Planen tydliggör både för den enskilde och för verksamheten vad som ska göras, vem som ska göra vad, när och hur. Genomförandeplanen ska beskriva hur individen är delaktig och ska hållas uppdaterad.

Sammanlagt granskades 75 genomförandeplaner fördelade på fem enheter; två enheter inom Vård och omsorg (VoO), två enheter inom Individ och familjeomsorg (IFO) och samtliga enheter inom 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.



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 årligen följer upp aktuell frågeställning. Vidare går att läsa i rapporten *Internkontroll Genomförandeplaner*.

## 5.2 Egenkontroll avseende hälso- och sjukvård

Verksamheten ansvarar för att systematiskt följa upp och granska sin egen verksamhet genom egenkontroll (SOSFS 2011:9, 5 kap. 2 §, 7 §, 8 §, 7 kap. 2 § p 2, PSL 2010:659, 3 kap. 10 §). Resultat från egenkontroller analyseras och används i verksamhetens förbättringsarbete.

I tabell 1 beskrivs vilka egenkontroller avseende hälso- och sjukvård som görs regelbundet och systematiskt.

**Tabell 1 Sammanställning över Individ- och Omsorgsförvaltningens egenkontroller avseende hälso- och sjukvård**

Egenkontroll	Frekvens	Metod
Basal hygien	1 g/år	Självskattning alternativt punktprevalensmätning (ögonblicksbild) på person-/enhetsnivå, sammanställning på verksamhetsnivå. 2021: - Självskattning utförd - Punktprevalensmätning utförd
Journalgranskning	1 g/år	2021: - Dokumentation vid Vård i livets slut - Dokumentation vid försämring av patients allmäntillstånd
Synpunktshantering inkl. patientnämndsärenden	Löpande	Analys, återkoppling i berörda verksamheter och åtgärder utifrån framkomna brister 2021: Utförts
Avvikelsehantering – systematiskt kvalitetsarbete med stöd av avvikelsehanteringssystem	Löpande	Analys, återkoppling i berörda verksamheter och åtgärder utifrån framkomna brister i enskilda fall och övergripande i organisationen 2021: Utförts
Intern granskning av läkemedelshantering – enskilda patienters läkemedel	1 g/år	Stickkontroller görs hos patienter.  Ej utförts under 2021 på grund av pandemin.
Extern granskning av läkemedelsgranskning bas- och närförråd	Vartannat år	Egenkontroll av förrådsansvariga genom checklista utförd av Region Skåne. 2021: Utförts enligt planering
Intern granskning av bas- och närförråd	2 ggr/år	2021: Utförts enligt planering

Punktprevalensmätning trycksår	Vartannat år	Utfördes under 2020. Nästa mätning planeras till 2022.
BPSD (Beteendemässiga och Psykiska symtom vid demenssjukdom)	1 g/år + löpande	Systematiskt kvalitetsarbete med stöd av kvalitetsregister. Demensteam gör fortlöpande uppföljningar. Sammanställning ur BPSD-register 1 g/år. 2021: Utförts
Loggkontroller	1 g/år	Samtlig personals loggar i journalsystemet kontrolleras vartannat år. Samtlig leg. personals loggar i Nationell patientöversikt kontrolleras årligen. 2021: Delvis utförts. Rutin uppdaterad.
Nationell Patientöversikt	1 g/år	Analys av statistik på övergripande nivå 2021: Utförts
Palliativ vård	2 ggr/år	Systematiskt kvalitetsarbete – följs genom utdrag ur Palliativregistret och återkoppling till verksamheterna 2021: Utförts
Mobilt vårdteam	4 ggr/år	Dialogmöte med vårdcentralerna + statistik 2021: dialogmöten har utförts. Totalt är 15 patienter inskrivna sedan tidigare.
Läkemedelsgenomgångar med Vårdcentralen Capio Nova Rydsgård	1 ggr/år	15 (2020: 22 st)
Läkemedelsgenomgångar med Vårdcentralen Skurup	1 ggr/år	3 inrapporterade (2020: 47 st). Det låga antalet beror på svårigheter i Region Skåne att få tider bokade med apotekare.

### 5.3 Verksamhetsuppföljning - Covid-19-pandemin

En utvärdering av Individ- och Omsorgsförvaltningens arbete med Covid-19 gjordes under våren 2021.

Spridningen av Covid-19 ställde stora krav på kommunal hälso- och sjukvård, socialtjänst och LSS-verksamhet. Omfattande planering, ibland snabbt beslutsfattande och strukturerade åtgärder har behövts för att minska verkningarna av samhällsspridningen. Det har ställts stora krav på samverkan såväl mellan olika delar inom kommunen, inom förvaltningen och med andra aktörer inom hälso- och sjukvård samt med myndigheter.

Samma krav för den kommunala verksamheten gäller vid en krissituation som vid normalläge. I samband med en pandemi är risken stor att verksamheterna drabbas dubbelt, om stor del av personalen insjuknar samtidigt som behovet av insatser ökar. Detta blev fallet under Covid-pandemin.

Sammanfattningsvis kunde konstateras att personer inskrivna inom Vård- och Omsorg, LSS och hemsjukvård i Skurups kommun drabbades av smitta i lägre grad än övriga i samhället trots att smittspridningen varit hög bland personal i samtliga verksamheter. Detta skulle kunna kopplas till att personal varit noggranna med att följa basala hygienrutiner och andra vårdriktlinjer.

De insatser som fungerat bäst, enligt intervjuer och enkätsvar, var basala hygienrutiner, vaccinationer och samverkan med andra vårdinstanser. Tillgång till skyddsutrustning har under större delen av pandemin varit god. Personal uttryckte dock kritik i granskningen mot att munskydd och andningsskydd inte införts i ett mycket tidigare skede.

Förbättringsbehov att ta tag i gällde i huvudsak samarbetet mellan olika yrkesgrupper internt. Strategier togs därför fram för att förbättra samarbetet kring Covid-team, smittspårningar och informationsutbyte.

Vad gäller hänsynstagande till patienter med demenssjukdom och åtgärder för att minska den sociala isoleringen syntes stor variation i verksamheterna och man fick ta lärdom av varandras erfarenheter och strategier. Förebyggande åtgärder vidtogs både på individnivå och övergripande. Vidare går att läsa i rapporten *Uppföljning Covid-19 Individ- och omsorgsförvaltningen*.

#### 5.4 Verksamhetsuppföljning Beslutsstöd enligt ViSam

Journalgranskning genomfördes under 2021 utifrån hanteringen av patienter i samband med försämring av allmäntillstånd. Fokus för granskningen var i vilken omfattning sjuksköterskor och undersköterskor gjort bedömningar, vidtagit åtgärder och dokumenterat enligt rutin. 33% av patientjournalerna granskades under två separata tidsperioder.

Sammanfattningsvis kan sägas att behov sågs av fortbildning inom beslutsstöd enligt ViSam (Vård i Samverkan) för att förbättra strukturerade bedömningar för beslut om fortsatt handläggning av patient. Detta har gjorts för samtliga sjuksköterskor under hösten-21. Ytterligare en mindre granskning har därefter gjorts kring dokumentation i samband med användning av beslutsstöd.

Även SoL-journaler (dokumentation utifrån Socialtjänstlagen) granskades för att ta reda på om anteckningar där egentligen hörde hemma i HSL-journalen (hälso- och sjukvårdsjournalen). Resultatet visade att det i 37% av SoL-journalerna fanns hälso- och sjukvårdsdokumentation, som egentligen skulle stått i HSL-journalen.

Hälso- och sjukvårdsinformation, som inte syns i HSL-journalen, innebär en patientsäkerhetsrisk, då legitimerad personal inte kan läsa dokumentationen i SoL-journalen. I fortbildning av dokumentationsombud inom hemtjänst och särskilt boende har HSL-dokumentation prioriterats efter granskningen.

##### *Planerade åtgärder 2022*

- 2 granskningar görs av dokumentation i samband med användning av beslutsstöd
- Se kapitel 3.4.8 *Kunskap och kompetens vid bedömning och åtgärd vid patients försämring i allmäntillstånd*.

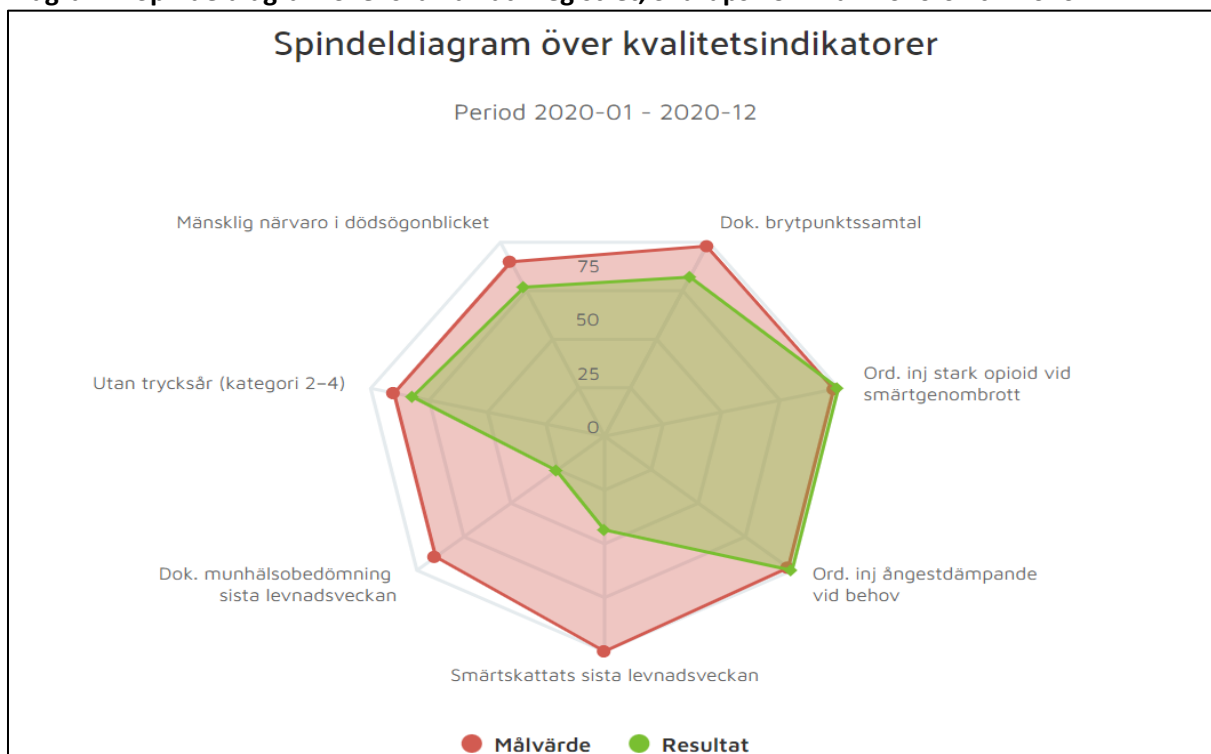
- Utvidgad läsbehörighet för enhetschefer, så att de får samma behörighet som den personal de ansvarar för och därmed lättare kan vägleda dem för att minimera kommunikationsbrister.

### 5.5 Verksamhetsuppföljning Vård i livets slut

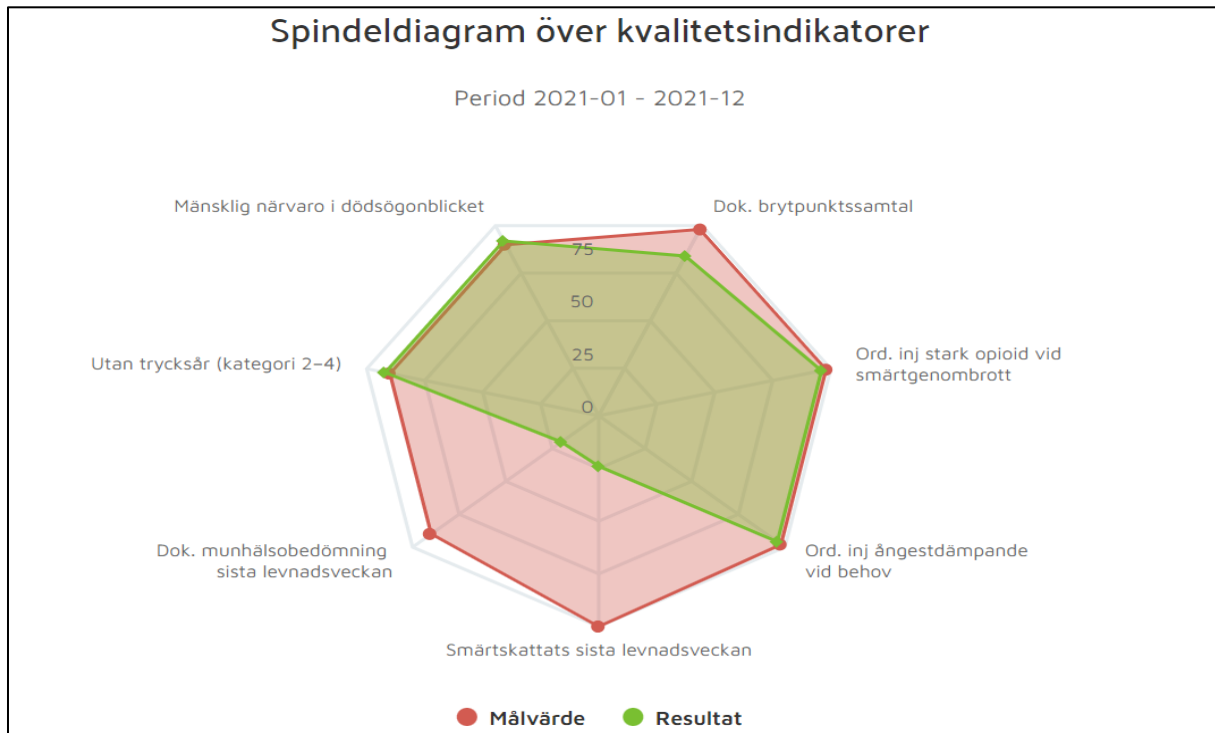
Enligt Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) ska vård ges på lika villkor för hela befolkningen och den person som har störst behov ska ges företräde till vården. Vård i livets slutskede finns i grupp 1 av 4 i riktlinjerna om vårdens prioriteringar. Ett värdigt avsked från livet är således en av de högst prioriterade rättigheterna inom vården (Prioriteringar inom hälso- och sjukvården, Proposition 1996/97:60).

En mindre journalgranskning (totalt 28 journaler) gjordes med syfte att utreda i vilken utsträckning sjuksköterskor och undersköterskor dokumenterat vid Vård i livets slut utifrån specifika frågeställningar. Resultatet från granskningen visar ett behov av att arbeta mer strukturerat för att säkerställa kvaliteten på vården. Dokumentation av utförda munhälsobedömningar och smärtskattningar under sista levnadsveckan motsvarar statistiken i Palliativregistret, där sjuksköterska lägger in statistik.

**Diagram 1 Spindeldiagram Svenska Palliativregistret, Skurups kommun 2020-01 till 2020-12**



**Diagram 2 Spindeldiagram Svenska Palliativregistret, Skurups kommun 2021-01 till 2021-12**



Antal registreringar i Palliativregistret har successivt sjunkit de senaste åren. Arbetsbelastningen på sjuksköterskor under pandemin har dessutom gjort att administrativa arbetsuppgifter, som registrering i palliativa registret, har nedprioriterats.

**Tabell 2 Antal registreringar i Palliativregistret 2019–2021**

Vad	2019	2020	2021
Antalet registreringar i Svenska Palliativregistret, mål 80%	61 %	58 %	43 %

*Planerade åtgärder 2022*

- Ökning av registreringar i Palliativregistret till över 60 %. Långsiktig målsättning är att nå 80 % täckningsgrad.
- Införande av NVP, Nationell Vårdplan för Palliativ Vård, för mer systematiska och likartade arbetssätt

### 5.6 Verksamhetsuppföljning Basala hygienrutiner

Verksamhetsuppföljning av basala hygienrutiner har gjorts under 2021 och består av tre delar.

1. Uppföljning av arbetet med covid-19
2. Självskattning av följsamhet till basala hygienrutiner inom samtliga verksamheter
3. Punktprevalensmätning (PPM) av basala hygienrutiner utförd av hygienombud på respektive enhet

Under pandemin har fokus på basala hygienrutiner skärpts i alla verksamheter och medarbetarna själva tycker att de blivit bättre på att följa basala hygienrutiner under denna tid. Utbildningsinsatser och andra åtgärder har intensifierats.

Det har vid intervjuer och enkäter med personal i verksamheterna framkommit att det vårdhygieniska arbetet fungerat väl och att man följt rutinerna. Generellt upplever personal att man blivit betydligt bättre på att följa basala hygienrutiner sedan arbetet mot Covid-19 inleddes. I personalenkät svarar 90% att utbildningarna i basal hygien varit tillräckliga och 98% att man följt hygienrutinerna bättre eller med oförändrad kvalitet jämfört med före Covid-19. Inom LSS har man arbetat mycket med att förmedla instruktioner till brukarna kring basal hygien. 82% av personalen upplever att man haft tillräckligt med utbildningsmaterial för detta.

Resultaten från självskattningen i stort är på samma nivåer som tidigare år, generellt sett över 90 % följsamhet. I punktprevalensmätningen (PPM) ligger Skurups kommun ca 10 % lägre än det nationella genomsnittet. PPM är inte självskattning utan en kontroll, som görs av hygienombuden. Det som sänkte resultatet var den lägre andel personal som använde handdesinfektion före omvårdnad. I självskattningen angav 92% av personalen att de använde handdesinfektion inför ett vårdmoment, medan endast 55% använde det enligt resultatet av PPM. Det var väntat att följsamheten skulle vara högre vid självskattningen än vid PPM. Detta var dock första gången hygienombuden provade att göra en punktprevalensmätning. Endast stickkontroller gjordes, så det går inte att dra långtgående slutsatser av resultatet.

Vidare går att läsa i *Verksamhetsuppföljning basal hygien 2021* samt *Uppföljning Covid-19 Individ- och omsorgsförvaltningen*.

#### *Planerade åtgärder 2022*

- Förbättring av resultat i PPM
- Hygienombud har minst 3 fortbildningsträffar under 2022.
- Hygienombud utbildar ny personal i den praktiska hanteringen av skyddsmaterial och basal hygien.
- Samtlig personal ska genomgå digital utbildning inom basal hygien
- Minst en granskning görs under året

### 5.7 NPÖ (Nationell patientöversikt)

Skurups kommun är ansluten till NPÖ som ger behörig hälso- och sjukvårdspersonal möjlighet att läsa vårdinformation från andra vårdgivare för de patienter som de har ett vårdåtagande för. Syftet med NPÖ är att ge personalen möjlighet att kunna ta del av patientens vårdinformation på ett säkert och effektivt sätt.

**Tabell 3 Antal slagningar i NPÖ 2018–2021**

År	Antal slagningar i NPÖ
2018	1395
2019	1333

2020	1844
2021	2999

Antal slagningar, som personalen gör i NPÖ, ökar successivt från år till år. Detta är positivt, då administrationen minskar när information hittas snabbt och lättillgängligt utan telefonsamtal och journalkopiering. Det möjliggör också för personalen att de kan vara mer förberedda vid mötet med patienten.

## 5.8 Extern uppföljning

### 5.8.1 Kvalitetsuppföljning

Socialstyrelsens undersökning "Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?" blev under 2021 försenad på grund av Socialstyrelsens upphandling. Undersökningen kommer att genomföras under senare delen av januari 2022 istället. Resultatet kommer att delges i nästa års patientsäkerhetsberättelse och kvalitetsredovisning.

## 5.9 Extern granskning

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

Inspektionen för Vård och Omsorg har under 2021 genomfört en tillsyn med syftet att bidra till ökad kvalitet i hur socialtjänsten följer och anpassar vården för barn med familjehem så att varje barn får den vård hen behöver. Ett dialogmöte hölls med Myndighetsnämnden för individ och familjeomsorg tillsammans med IVO. Återkoppling av resultatet delges kommunen under januari 2022.

IVO genomförde även en uppföljande tillsynsinsats avseende medicinsk vård och behandling till äldre på särskilt boende. IVO skulle följa upp den tillsyn som gjordes med anledning av covid-19-pandemin under 2020. Efterfrågade handlingar skickades till IVO och har bekräftats mottagna.

### 5.9.2 Revision

Ernst & Young AB har på uppdrag av Skurups kommuns revisorer genomfört en uppföljande granskning av kommunens hantering av intern kontroll. Den tidigare granskningen genomfördes 2019. I rapporten 2019 gjordes bedömningen att myndighetsnämnden för Individ- och familjeomsorg inte fullgjort sitt ansvar för intern kontroll, eftersom myndighetsnämnden inte tagit del av riskanalyser eller beslutat om en särskild plan för uppföljning av den interna kontrollen. Den uppföljande granskningen 2021 hade som syfte att bedöma om rekommendationerna från granskningen 2019 beaktats samt om erforderliga åtgärder vidtagits.

Revisorerna bedömer att myndighetsnämnden för individ- och familjeomsorg inte har beaktat bedömningarna och rekommendationerna från granskningsrapporten 2019.

Vidare rekommenderar revisorerna myndighetsnämnden för individ- och familjeomsorg att:

- Säkerställa att samtliga risker dokumenteras och presenteras.
- Fastställa en egen internkontrollplan.
- Säkerställa att utvärdering sker enligt framtagen kontrollrapport.



KS 2021.1680

Myndighetsnämnden för Individ- och familjeomsorg beslutade 2021-12-06 om intern kontrollplan för 2022 med följande kontrollmoment:

- Förhandsbedömningar barn och unga inom 14 dagar
- Utredningstid barn och unga
- Utredningstid vuxna



## 6. Ökad kunskap om inträffade vårdskador

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

### 6.1 Avvikelser

Rutin för avvikelshantering finns. Samtliga avvikelser registreras i ett digitalt system, DF Respons. Avvikelser avseende hälso- och sjukvårdsinsatser eller socialtjänstinsatser ska dokumenteras i journalen, registreras i DF respons och åtgärdas omgående. Därefter genomförs en analys av varje enskild händelse för att bedöma hur stor risken är 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 gör detta.

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

Antal SoL-avvikelser har ökat successivt de senaste åren. 2019 registrerades 130 avvikelser och 2021 uppgick siffran till 178. Antal HSL-avvikelser har också ökat de senaste åren. 2019 registrerades 580 avvikelser och 2021 uppgick siffran till 669. Ökningen av avvikelser kan tolkas på olika sätt. Personalens medvetenhet upplevs ha ökat kring vikten av att skriva avvikelser som en del i ett kvalitets- och förbättringsarbete. Det kan dock också vara så att antal skrivna avvikelser ökat på grund av att fler misstag faktiskt begås.

Ingen avvikelse har under året anmälts till Inspektionen för vård och omsorg enligt lex Maria.

3 utredningar har genererat i en anmälning till Inspektionen för vård och omsorg enligt lex Sarah.

**Tabell 4 Antalet avvikelser, i den egna organisationen, under 2018–2021**

År	Antal HSL-avvikelser	Antal SoL-avvikelser	Totalt antal avvikelser
2019	580	130	780
2020	641	155	796
2021	669	178	847

År 2021 var 80% av alla HSL-avvikelser kopplade till läkemedel. I 46% av fallen har man inte följt gällande rutin, i 9% av fallen har man inte följt delegeringsförfarandet korrekt och i 8% av fallen har informationsbrister angetts som bakomliggande orsak. 7 avvikelser har skickats till extern vårdgivare, 2 har skickats angående medicinteknisk produkt till tillverkare och Läkemedelsverket.

Nästan hälften av alla SoL-avvikelser under 2021 handlade om brist i utebliven insats eller bristande kommunikation.

#### Åtgärder 2021

- Förändringsarbete har påbörjats kring differentiering av omvårdnadspersonalens delegerade arbetsuppgifter för att öka kompetensen och därmed minska risken för avvikelser
- Rutiner för avvikelshantering har uppdaterats
- En översyn av lex Sarah riktlinjerna påbörjades
- Uppdatering i avvikelshanteringssystemet har gjorts för att öka kvaliteten på utredningarna

#### Planerade åtgärder 2022

- Ny rutin för läkemedelsdelegering tas fram
- Rutin tas fram för delegering inom arbetsterapeuters och fysioterapeuters ansvarsområden
- Genomgång av avvikelser på APT på samtliga enheter
- Digital signering av hälso- och sjukvårdsinsatser införs för att öka säkerheten och minska antal avvikelser
- Översyn av lex Sarah riktlinjerna slutförs

## 6.2 Fallolyckor 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 den enskildes kapacitet relaterat till olika sjukdomar, muskelsvaghet, gång- och balanssvårigheter, nedsatt synförmåga, depression, nedsatt kognition samt ålder över 80 år. Ju fler riskfaktorer man har, desto större fallrisk finns. Faktorer i den fysiska miljön bidrar också till den ökade risken för fall. Detta kan förebyggas med träning, säkerhet i miljön, översyn av läkemedel och hjälpmedel. Det finns skriftliga rutiner för förebyggande åtgärder för att minska risken för fall och fallskador.

Under 2021 har 1231 fall registrerats i avvikelssystemet. En successiv ökning av antal fall kan ses de senaste åren (med undantag för 2020), se tabell 3.

**Tabell 5 Antal fall i Individ- och omsorgsförvaltningen 2018–2021**

Rapporteringsår	Antal fall
2018	980
2019	1137
2020	1042
2021	1231

#### Planerade åtgärder 2022

- Rutin vid fall tas fram
- Rutin för förebyggande av fall ses över
- Arbete i team förstärks och rutiner tas fram för detta

### 6.3 Klagomål och synpunkter

Medborgare kan framföra synpunkter och klagomål via kommunens hemsida, mail, blankett eller via telefon. Enligt rutin har alla medarbetare ansvar för att de synpunkter som de får kännedom om, dokumenteras i det digitala synpunktshanteringssystemet. Samtliga synpunkter med tillhörande svar, som är möjliga att hantera transparent, publiceras på kommunens hemsida.

Under 2021 har 21 synpunkter och klagomål lämnats med anknytning till Individ- och omsorgsförvaltningens verksamheter. De har kommit från patienter, anhöriga, kommuninvånare och externa vårdgivare. Dessa har utretts och återkopplats enligt rutin. Två ärenden har inkommit från Patientnämnden avseende vård och behandling. De är utredda, åtgärder är vidtagna och har återkopplats till patient/anhöriga. Utöver dessa har det inkommit 22 synpunkter/klagomål avseende färdtjänst som Skånetrafiken hanterar och utreder.

**Tabell 6 Antal synpunkter och Klagomål 2018–2021**

År	Antal synpunkter och klagomål
2018	17
2019	35
2020	31
2021	21

Utifrån inkomna synpunkter och klagomål har åtgärder vidtagits för att minska risken att det sker igen.

## 7. Säker vård här och nu

Vissa områden har identifierats, där det antingen finns risk för patientsäkerheten eller risk för ökad administration och därmed mindre tid till patientnära arbete. Som ett led i att hantera dessa svagheter har flera digitaliseringsprocesser inletts under året.

### 7.1 Digital signering

Idag sker signering av utförda delegerade arbetsuppgifter på signeringslistor i pappersform. Signeringslistor hos en och samma patient kan vara många och det är mycket att hålla reda på för medarbetarna. Trots rutiner och genomarbetade signeringslistor gör den mänskliga faktorn att brister förekommer. Det kan ta tid att upptäcka bristerna. Med digital signering hoppas vi kunna öka säkerheten, snabbare kunna åtgärda brister och långsiktigt även minska på administration och pappersarbete.

#### *Åtgärder 2021*

- Planering har påbörjats för att ta fram vilken leverantör av digital signering som är bäst lämpad för kommunens behov.

#### *Planerade åtgärder 2022*

- Införa digital signering i samtliga verksamheter

### 7.2 Tena identifi

Kontinens- och inkontinensvården behöver individualiseras för bättre komfort, ökad livskvalitet och självständighet, färre läckage och minskade hudbesvär.

#### *Åtgärder 2021*

- Planering har påbörjats för att ta fram vilket digitalt verktyg för mätning och analys, som är bäst lämpad för kommunens behov.

#### *Planerade åtgärder 2022*

- Genomföra och utvärdera Tena identifi i pilotprojekt på Lillgårdens särskilda boende

### 7.3 Digital läkemedelsutbildning

Det finns ett behov i verksamheterna av att göra läkemedelsutbildningarna digitalt tillgängliga.

#### *Åtgärder 2021*

- Samtliga verksamheter har haft möjlighet att inkomma med förslag kring hur läkemedelsutbildningar ska utformas för att möta framtidens behov.
- Omvärldsanalys har gjorts.

#### *Planerade åtgärder 2022*

- Digital läkemedelsutbildning införs och utvärderas
- Införa delegeringsmodul och utvärdera arbetsformer för delegering.
- Digitalt prov för läkemedelsdelegering införs och utvärderas

## 7.4 Digitala patientmöten med läkare

Metoder behöver hittas för att underlätta det ibland akuta behovet av kontakt mellan patient och läkare. Digitala möten mellan läkare och patient i samband med att sjuksköterska gör hembesök, till exempel vid försämrat allmäntillstånd, skulle eventuellt kunna förbättra läkartillgängligheten.

### Åtgärder 2021

- Beslut har tagits i Lokal Samverkan med vårdcentraler att prova digitala patientmöten.

### Planerade åtgärder 2022

- Arbetsätt med digitala patientmöten med läkare provas.

## 7.5 Uppgradering av journalsystem

Införande har påbörjats av ny processbaserad patientjournal med tillhörande kalenderfunktion. Här hanteras vårdbegäran, inhämtade fakta, utredning, bedömning, åtgärder och uppföljning på ett sammanhållt och överskådligt sätt. I processen används ICF- och KVÅ-klassificeringen i standardiserade vårdplaner. Kalenderfunktionen för den legitimerade personalen är ett digitalt arbetsredskap, som gör det möjligt att på ett patientsäkert sätt planera sitt arbete.

### Åtgärder 2021

- All legitimerad personal har deltagit vid utbildningstillfällen under fyra halvdagar. Förändringen för omvårdnadspersonal är långt mindre märkbar varför informationstillfällen riktats till nyckelpersoner och utbildning tillgängliggjorts via intranätet i form av filmer.
- Som en del av införandet har befintliga standardvårdplaner setts över liksom rutiner och arbetsätt.

### Planerade åtgärder 2022

- Införandet av ny patientjournal genomförs och utvärderas

## 7.6 Digital utbildningsplattform för legitimerad personal

Introduktionen av nyanställd legitimerad personal behöver systematiseras, så att all personal använder samma verktyg, mätinstrument och har liknande kunskapsbas att stå på.

### Åtgärder 2021

- Sjuksköterskor, arbetsterapeuter, fysioterapeuter och demensteam har inkommit med synpunkter kring vad som bör ingå i ett digitalt kunskapsstöd.

### Planerade åtgärder 2022

- Färdigställa digitalt kunskapsstöd på intranätet för legitimerad personal.
- Kunskapsstödet provas av samtlig personal och utvärderas under året.

## 7.7 Läkemedelsautomater

Ett pilotprojekt påbörjades under 2020 kring läkemedelsautomater för patienter i ordinärt boende i Rydsgård/Skivarp. I maj 2021 beslutade Kommunfullmäktige att antalet läkemedelsautomater ska



KS 2021.1680

utökas och bli en ordinarie del av verksamheten. Upphandlingsförfarande pågår. Pilotprojektet fortsätter i väntan på upphandlingen.

*Planerade åtgärder 2022*

- Införande av läkemedelsautomater i hela kommunen

## 8. Riskmedvetenhet och beredskap

Alla delar av vården behöver planera för en hälso- och sjukvård som flexibelt kan anpassas till kortsiktigt eller långsiktigt förändrade förhållanden med bibehållen funktionalitet, även under oväntade förhållanden.

### Åtgärder 2021

- Pandemiplanen för Individ- och Omsorgsförvaltningens samtliga verksamheter färdigställdes under 2021. Vidare går att läsa i rapporten *Kontinuitetsplan för Individ- och omsorgsförvaltningen, som en del av pandemiplanen*.
- En uppföljning av arbetet med Covid-19 gjordes under året med enkäter och intervjuer med personal samt statistik. Utifrån detta har pandemiplanen justerats ytterligare och praktiska arbetssätt utvecklats.
- Kontinuitetsplan för utebliven leverans av dosdispenserade läkemedel har uppdaterats
- Beräkningsnyckel för skyddsutrustning har tagits fram och beredskapsförråd finns för 6 månader.

### Planerade åtgärder 2022

- Uppföljning av pandemiplanen

## 9. Processkartläggning

Förvaltningen har under året fortsatt 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. Revidering av riktlinjen *Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, Individ- och omsorgsförvaltningen* genomfördes under 2021 och ska beslutas i kommunstyrelsen under 2022.

## 10. Kommunens Kvalitet i Korthet (KKiK)

Kommunens Kvalitet i Korthet 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 använder ca 40 nyckeltal för att mäta kommunens prestationer inom tre områden. 2021 års resultat redovisas i slutet av januari 2022 och finns tillgängligt på Sveriges Kommuner och Regioners hemsida ([www.skr.se](http://www.skr.se)) eller via Kolada ([www.kolada.se](http://www.kolada.se)).

**Tabell 7 Övergripande nyckeltal från Kommunens Kvalitet i Korthet (KKiK)**

Nyckeltal	Skurup	Medelvärde riket
Kostnad individ och familjeomsorg, kr/invånare (avser 2020)	4 084	5 044
Kostnad funktionsnedsättning kr/invånare (avser 2020)	4 647	7 266
Kostnad äldreomsorg kr/invånare 80 år och äldre (avser 2020)	233 317	248 785
Kvalitetsaspekter särskilt boende äldreomsorg, andel i % (avser 2021)	100	51
Brukarbedömning särskilt boende, äldreomsorg i % (avser 2020)	89	81
Brukarbedömning hemtjänst, äldreomsorg i % (avser 2020)	93	88

## 11. Öppna jämförelser

Öppna jämförelser gör det möjligt att jämföra hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens kvalitet i hela Sverige med hjälp av indikatorer. Resultaten av jämförelserna ger insyn och kan användas för att följa upp, analysera och utveckla hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens verksamheter på olika nivåer. Skurups kommun lämnade uppgifter inom följande områden 2021:

- Ekonomiskt bistånd
- Missbruks- och beroendevård
- Socialpsykiatri
- Våld i nära relationer
- Social barn- och ungdomsvård
- Funktionsnedsättning
- Äldreomsorg
- Kommunal hälso- och sjukvård
- Krisberedskap

2021 års resultat finns tillgängligt på Socialstyrelsens hemsida ([www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se)) eller via Kolada ([www.kolada.se](http://www.kolada.se)).



## 12. 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.

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.

Pensionärsrådet ska aktivt arbeta för att förbättra den kommunala verksamheten, när denna berör de äldres förhållanden i samhället. Tillgänglighetsrådet följer förändringar av samhällets service och samlar in funktionsnedsattas synpunkter och erfarenheter. Både Pensionärsrådet och Tillgänglighetsrådet används som referensgrupper vid framtagande av övergripande dokument och planer samt vid större förändringsarbete.

Skånetrafiken som ansvarar för färdtjänst kallar till kundrådsmöten två gånger per år med syfte att oarterna ska utveckla en fördjupad dialog om färdtjänstens långsiktiga utveckling. Skånetrafiken har även enligt gällande avtal kallat till digitala politiker- och tjänstemannamöte.

### 12.1 Brukarundersökning, funktionshinder

Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) genomför årligen en brukarundersökning som riktar sig till vuxna personer med funktionsnedsättning i gruppbostad, servicebostad och daglig verksamhet/sysselsättning enligt lag om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS). Generellt sätt ligger Skurups kommun bättre än eller lika med riksnittet. Resultatet av brukarundersökningen finns att läsa i rapporten *Excelrapport brukarundersökning funktionshinder 2021* eller via [www.kolada.se](http://www.kolada.se).

### 12.2 Brukarundersökning, individ- och familjeomsorg (IFO)

Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) genomför årligen en brukarundersökning som riktar sig till myndighetsutövningen och omfattar verksamhetsområdena social barn- och ungdomsvård, ekonomiskt bistånd samt missbruks- och beroendevård. Generellt sätt ligger Skurups kommun lika med riksnittet eller lite bättre än riksnittet. Resultatet av brukarundersökningen finns att läsa i rapporten *Excelrapport brukarundersökning IFO 2021* eller via [www.kolada.se](http://www.kolada.se).

SKR genomförde även en brukarundersökning bland placerade barn och unga. Dock hade Skurups kommun inte tillräckligt många svar för att ett resultat kunde publiceras.

### 12.3 Brukarrevision

Under 2021 genomfördes en brukarrevision av projektet Häng Med Oss Ut (HMOU) som är ett samarbete mellan socialpsykiatrin och Friluftsförbundet för att erbjuda återhämtningsinriktade



KS 2021.1680

friluftaktiviteter. I Skurups kommun startade HMOU 2020 inom socialpsykiatri och Öppenvården och föll väldigt väl ut. 3 deltagare och 4 ledare blev intervjuade om deras upplevelser av projektet. HMOU kommer att fortsätta i Skurup även efter att det officiella projektet är slut. Vidare går att läsa i rapporten *Häng med oss ut, Brukarrevision 2021, Utvärdering av projektet avseende åren 2018–2021*.

#### 12.4 Brukarenkät LSS

LSS genomförde en enkätundersökning till brukare inom korttidstillsyn/fritids och en enkätundersökning till brukare inom korttidsvistelse/Sparven under 2021. Följande frågor ställdes:

1. Upplever du att du får göra saker du tycker är roligt när du är hos oss?
2. Hur upplever du bemötandet från personalen?
3. Jag upplever att jag är delaktig i VAD jag vill göra och HUR det ska gå till
4. Jag känner mig trygg på fritids / Jag känner mig trygg

Brukaren kunde svara på en skala mellan 1-5 (1: inte alls bra, 5: mycket bra). Totalt svarade 23 brukare (12 stycken inom korttidstillsyn och 11 stycken inom korttidsvistelse). Ingen brukare svarade 1 eller 2 på någon av frågorna och majoriteten svarade 5 på frågorna.

### 13. Inkomna ärenden

Under 2021 har förvaltningen besvarat 6 motioner, 2 medborgarförslag och 5 övriga skrivelser. Detta innefattar inte återremitterade ärenden som hanterats flera gånger av förvaltningen. Samtliga av Kommunfullmäktiges bifallna motioner under 2021, 6 stycken, är av Individ- och omsorgsförvaltningen verkställda eller är under verkställighet.

## 14. Utmaningar och strategier 2022

Kompetensförsörjningen inom kommunal hälso- och sjukvård är långsiktigt en stor utmaning för alla kommuner. Personalomsättningen är periodvis stor bland legitimerad personal och kompetensen är skiftande bland omvårdnadspersonalen (undersköterskor och vårdbiträden). Svårigheterna är mest uppenbara under sommarmånaderna, varför Skurup under 2021 påbörjade ett förbättringsarbete för att säkra upp bemanning och kompetens för den perioden.

Under 2022 kommer fokus för förbättringsarbetet avseende kompetensförsörjning att ligga på

- Digitalisering (digital signering, digital läkemedelsutbildning, Tena identi, digitala läkarmöten, läkemedelsautomater och digitala utbildningsplattformar)
- Förändringar i delegeringsförfarande kring arbetsuppgifter ordinerade av samtliga legitimerade yrkesgrupper
- Ökad differentiering av arbetsuppgifter utifrån kompetens med hänsyn till att kontinuiteten inte får gå förlorad
- Ökat team-arbete inom och mellan olika verksamheter såväl som med externa kontakter. Vad gäller externa kontakter kommer fokus att ligga på kvalitetssäkring av SIPar, inskrivning i mobilt team och digitalisering av läkarkontakter.

Två centrala verksamhetsområden inom kommunal hemsjukvård är vård/omvårdnad av patienter med kognitiv sjukdom och palliativ vård. Inom dessa områden är det avgörande för kvaliteten att det proaktiva arbetet är systematiskt och att kompetensen hos medarbetarna är hög. Inom BPSD kommer satsningar att göras på utbildningar och inom palliativ vård görs en större satsning på vård i livets slut.

Covid-19 pandemin kommer att påverka våra verksamheter även under 2022 på ett eller annat sätt. Det är svårt att förutspå på vilka sätt verksamheterna kommer att påverkas, men smittförebyggande åtgärder och vaccinationer kommer att prioriteras framför andra insatser, om situationen så kräver.

I vårt systematiska kvalitetsarbete kommer avvikelshantering och riktlinje för lex Sarah att ses över under året. Ny arbetsmodell för verksamhetsuppföljning ska tas fram och sättas i bruk. Förvaltningen kommer att arbeta med förbättringsarbete utifrån SKRs analysverktyg för att stärka patientsäkerhetsarbetet.