KS 2024.1228

Patientsäkerhetsberättelse och kvalitetsredovisning 2024 för Individ- och omsorgsförvaltningens verksamhetsområde

Innehållsförteckning

1. Sammanfattning av året 2024 ... 4
2. Syfte och mål ... 5
3. Grundläggande förutsättningar för säker vård och behandling ... 6
   - 3.1 Organisation och ansvar ... 6
   - 3.2 Omfattning av verksamheterna ... 7
   - 3.3 Samverkan för att förebygga vårdskador ... 9
   - 3.4 Adekvat kunskap och kompetens ... 10
     - 3.4.1 Kunskap och kompetens inom kognitiv sjukdom och BPSD (Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demenssjukdom) ... 10
     - 3.4.2 Kunskap och kompetens inom palliativ vård ... 11
     - 3.4.3 Kunskap och kompetens inom kost och näring ... 11
     - 3.4.4 Kunskap och kompetens inom dokumentation ... 12
     - 3.4.5 Kunskap och kompetens inom Vårdhygien ... 12
     - 3.4.6 Kunskap och kompetens inom läkemedelshantering ... 13
     - 3.4.7 Kunskap och kompetens inom arbetsterapeuters och fysioterapeuters ansvarsområden ... 13
     - 3.4.8 Kunskap och kompetens vid bedömning och åtgärd avseende patients försämring i allmäntillstånd ... 14
     - 3.4.9 Kunskap och kompetens avseende övrig specifik omvårdnad ... 15
     - 3.4.10 Kunskap och kompetens inom arbetsledning ... 15
     - 3.4.11 Kunskap och kompetens inom LSS ... 16
     - 3.4.12 Kunskap och kompetens inom IFO ... 16
4. Delaktighet ... 18

4.1 Patienten som medskapare ... 18
4.2 Brukarinflytande ... 18
4.2.1 Brukarundersökning, funktionshinder (LSS) ... 18
4.2.2 Brukarundersökning, individ- och familjeomsorg (IFO) ... 18
4.3 Anhörigstöd ... 19
5. Verksamhetsuppföljningar ... 20
5.1 Kvalitetsuppföljning särskilt boende ... 20
5.2 Internkontroll ... 21
5.2.1 Följsamhet av rutin Handkassa/privata medel inom Vård och omsorg ... 21
5.2.2 Upplevelse av trygghet inom särskilt boende utifrån Socialtjänstlagen ... 21
5.2.3 Upplevelse av trygghet inom hemtjänst utifrån Socialtjänstlagen ... 22
5.2.4 Upplevelse av trygghet i LSS gruppbostad ... 22
5.2.5 Upplevelse av att personal inom LSS kommunicerar så att brukaren förstår ... 23
5.2.6 Användning av BPSD-registret inom särskilt boende ... 23
5.2.7 Handlingsplan i ärenden som pågått i 6 månader eller längre ... 23
5.2.8 Utredningstid barn och unga ... 24
5.2.9 Trygghet / Bemötande vid kontakt med IFO ... 24
5.3 Egenkontroll ... 24
5.3.1 Vård i livets slut ... 26
5.3.2 Basala hygienrutiner ... 27
5.3.3 Uppföljning av insatta åtgärder - rehab ... 27
5.3.4 Verksamhetsuppföljning på avslutad intern öppenvård ... 28
5.4 Extern granskning ... 28
5.4.1 IVOs granskning av särskilda boenden ... 28
5.4.2 IVOs granskning barn- och unga ... 28
5.4.3 Arbetsmiljöverkets granskning av LSS boenden ... 29
5.4.4 Extern kvalitetsgranskning av läkemedelshantering ... 29
6. Extern uppföljning och nationella mätningar ... 30
6.1 Kommunens Kvalitet i Korthet (KKiK) ... 30
6.2 Öppna jämförelser av äldreomsorg ... 30
6.3 Öppna jämförelser av hemtjänst och särskilt boende (Enhetsundersökningen) ... 30

6.4 Öppna jämförelser av socialtjänst ... 31
6.5 Hemtjänstindex ... 31
7. Analys av avvikelser och synpunkter ... 32
7.1 Avvikelser ... 32
7.2 Fallolyckor och fallskador ... 34
7.3 Synpunkter och klagomål ... 35
8. Säker vård och behandling - utvecklingsområden ... 36
8.1 Palliativ vård ... 36
8.2 Läkemedelssäkerhet ... 36
8.3 Skyddsåtgärder inom LSS ... 36
8.4 Hälsosamtal äldre ... 37
9. Riskmedvetenhet och beredskap ... 38
10. Utmaningar och strategier 2025 ... 39

1. Sammanfattning av året 2024

Omvärldsanalyser visar att förvaltningens verksamheter befinner sig i en framtid med stora utmaningar att förhålla oss till. Befolkningsförändringar, ökade kompetenskrav, externa hot, omställningen till nära vård och den nya socialtjänstlagen är några av dessa utmaningar.

Olika strategier pågår och har intensifierats under 2024 för att möta dessa utmaningar. En satsning pågår i förvaltningen på att stärka krisberedskapen för att kunna bibehålla kontinuitet och kvalitet vid eventuella kriser. Inom hemtjänst har en omorganisation gjorts utifrån behov i verksamheten. Stärkt samarbete med andra vårdgivare och förändringar i delegeringsförfarande är ytterligare pågående åtgärder för att möta förändringar i samhället. Arbetet med omställningen till nya socialtjänstlagen har påbörjats genom utbildningar, statistikunderlag och planering.

Kompetenshöjande insatser har under året inriktats på att stärka ledningen inom hemtjänst samt inom yrkesspecifika områden som förflyttningsteknik, skyddsåtgärder och suicidprevention. Riktade åtgärder i respektive verksamhet har gjorts inom problemområden som framkommit i avvikelser, synpunkter, inspektioner och uppföljningar.

På särskilt boende har Bruksgården blivit Stjärnmärkt av Demenscentrum, vilket är en kvalitetsstämpel som innebär att personalen har den utbildning som krävs för att arbeta personcentrerat för patienter med kognitiv sjukdom.

2. Syfte och mål

Syftet med Skurups kommuns patientsäkerhetsberättelse är att redovisa strategier, mål och resultat under 2024 avseende patientsäkerheten och att ta lärdom av det inträffade för planeringen framåt.

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.

Målsättningar med patientsäkerhetsarbetet är att:

- säkra att patienten får de läkemedel som denne är ordinerad;
- minimera risken att patienten drabbas av vårdrelaterade infektioner eller skador;
- minska antal fallolyckor och minska risken för skada om fallolycka ändå uppstår;
- säkerställa att medicintekniska hjälpmedel är säkra för patienten att använda och att de används på rätt sätt;
- öka patienters livskvalitet och psykiska hälsa;
- bidra till säker kommunikation mellan olika vårdgivare;
- stärka patientens och anhörigas delaktighet i vården.

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. Det systematiska förbättringsarbetet ska fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet. Detta görs bland annat genom regelbundna kontroller och utredningar av avvikelser, verksamhetsuppföljningar, kvalitetsuppföljningar och genomgång av resultat från enkäter och undersökningar. Årligen bör det arbete som pågått för att utveckla och säkra kvaliteten dokumenteras i en kvalitetsredovisning.

3. Grundläggande förutsättningar för säker vård och behandling

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 §). I Skurups kommun finns en strävan att den enskilde ska känna sig trygg i kontakten med vården och att varje medarbetare ska ha förutsättningar att utföra vård på ett säkert sätt.

3.1 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.

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 har det övergripande ansvaret för verksamheterna.

Verksamhetschef, MAS (Medicinskt ansvarig sjuksköterska) och MAR (Medicinskt ansvarig för rehab) ska upprätthålla och utveckla verksamhetens kvalitet och säkerhet. De ansvarar för att patienter får en säker hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde.

MAS och MAR har ett uppföljnings- och tillsynsansvar för verksamheterna och ska på Kommunstyrelsens uppdrag, samt utifrån lagar och författningar upprätta rutiner för kontinuerligt kvalitetsarbete. MAS och MAR samverkar med verksamhetschef i hälso- och sjukvårdsfrågor och rapporterar direkt till Socialnämnden 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 är fastställda är väl kända i verksamheten och att ny hälso- och sjukvårdpersonal 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 den enskilde får de insatser som beviljats. Biståndshandläggarna inom äldreomsorgen ansvarar för att kontinuerligt följa upp samt ompröva alla beviljade insatser. Handläggare inom IFO (Individ och familjeomsorg), socialpsykiatrin och LSS ansvarar för att alla insatser följs upp kontinuerligt.

3.2 Omfattning av verksamheterna

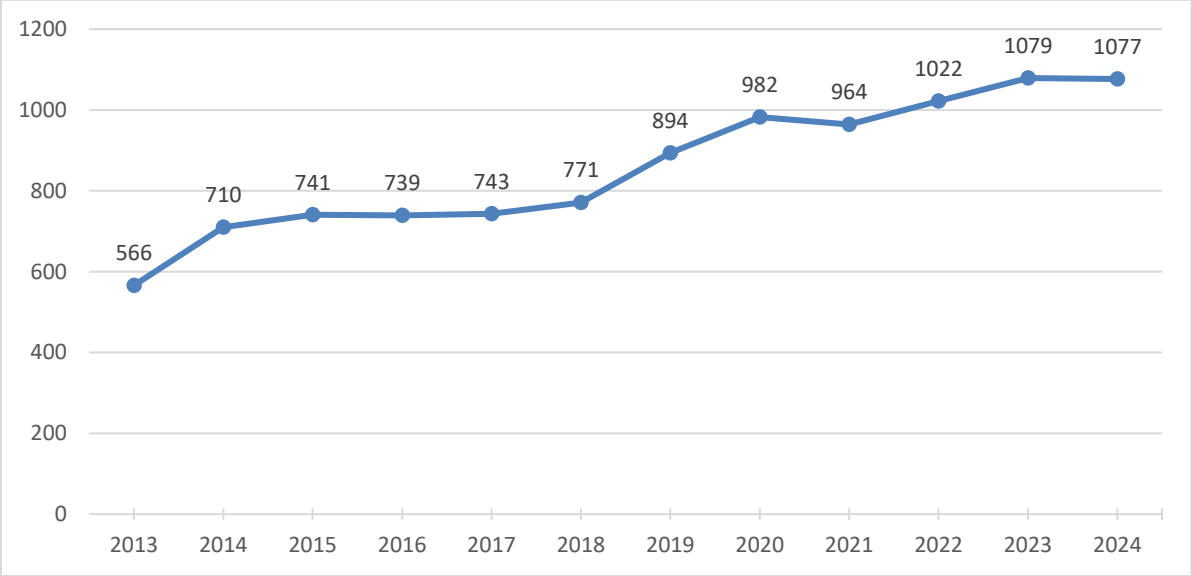
I Skurups kommun finns tre särskilda boenden enligt SoL (Socialtjänstlagen) i kommunens regi och ett i privat regi. Antal lägenheter på kommunens särskilda boenden för äldre är 112, varav sex är korttidsplatser inklusive en växelvårdsplats. Antal lägenheter på det privata särskilda boendet är 58. Det särskilda boendet i privat regi skriver en egen patientsäkerhetsberättelse och redovisas därför inte i detta dokument. Det finns dagverksamhet för äldre, varav den ena är biståndsbedömd för personer med kognitiv sjukdom.

Det finns också fem boenden med särskild service enligt LSS, bestående av 36 lägenheter. Inom LSS finns också daglig verksamhet som syftar till att utveckla den enskildes möjlighet till arbete.

Omfattningen av hemtjänstens insatser varierar över åren. Ett fjärde hemtjänstområde har skapats om områdesindelningarna har gjorts om. Detta har gjorts för att möta det ökade behovet av hemtjänst och främja det nära ledarskapet. Områdesindelningen har gjort att antal medarbetare per chef har minskat.

Under 2024 hade 1077 personer hälso- och sjukvårdsinsatser från arbetsterapeut, fysioterapeut och/eller sjuksköterska. Antal patienter med kommunal hemsjukvård har ökat stadigt de senaste åren (förutom en viss sänkning 2021, vilket troligen kan kopplas bland annat till rädsla för smitta vid pandemin), se Tabell 1. Tabellen visar enbart ökning av antal patienter, inte den förändrade vårdtyngden. Ökningen av dubbelbemanning i Tabell 3 kan ge en fingervisning om den förändrade vårdtyngden även för legitimerad personal.

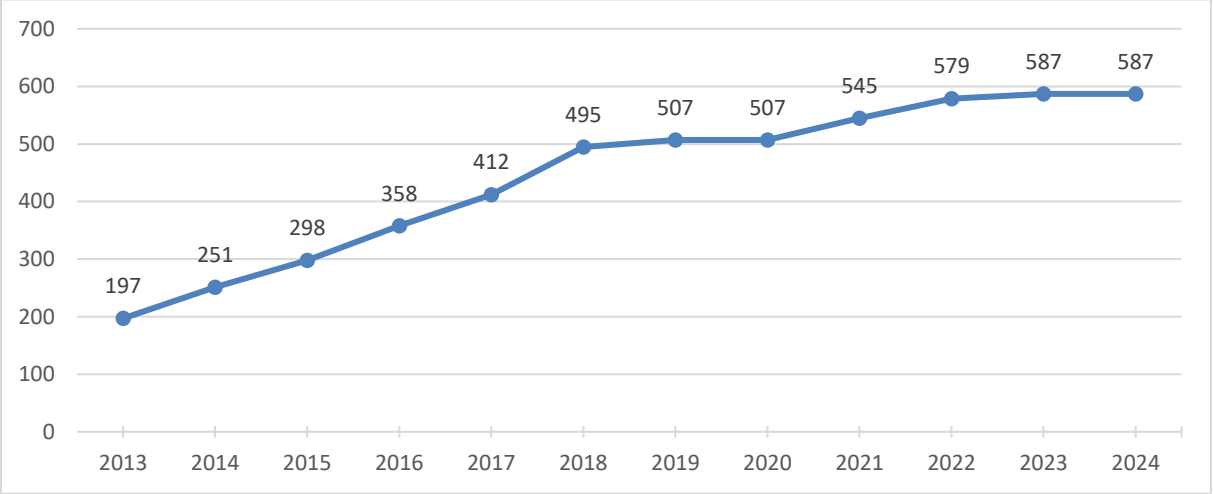
Tabell 1, Antal patienter med hemsjukvård



Antal patienter med hemsjukvård är i princip oförändrat jämfört med föregående år. Dessförinnan ökade antal patienter stadigt. Mellan 2018 och 2024 har antalet patienter ökat med 40 %.

Under 2024 har antal kunder med hemtjänst legat på samma nivå som 2023, se Tabell 2.

Tabell 2, antal hemtjänstkunder med SoL-insatser

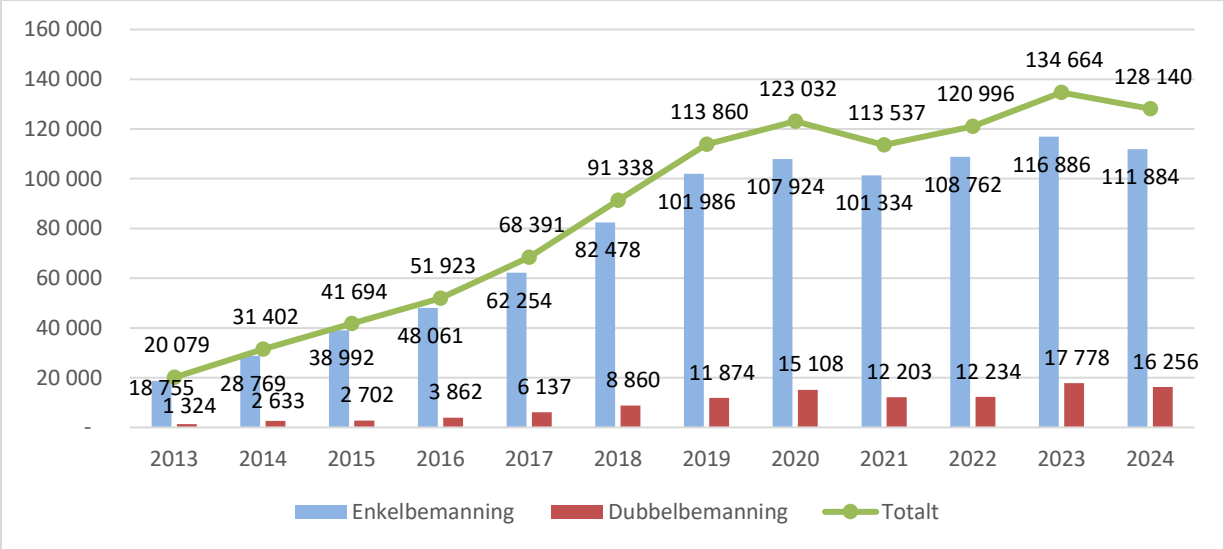


Antal utförda hemtjänsttimmar har i år endast beräknats för SoL-insatser, inte HSL-insatser. Tidigare år har statistik tagits ut på antal hemsjukvårdsinsatser som utförts av hemtjänstpersonal, men på grund av omorganisering inom hemtjänst under 2024, går det inte att få ut korrekt statistik för året.

Antal hemtjänsttimmar (enkeltimmar och dubbelbemanning) avseende SoL-insatser har minskat med 5 % under det senaste året, se Tabell 3. Över tid kan vi dock se en ökning av antalet utförda hemtjänsttimmar. Mellan 2018 och 2024 ökade utförda hemtjänsttimmar med 40 %. Den drastiska ökningen som syns mellan 2013 och 2020 verkar nu dock ha mattats av.

Enligt siffrorna i Tabell 2 och 3 har antal kunder legat förhållandevis konstant de senaste åren medan antal hemtjänsttimmar minskat det senaste året. Patienter med omfattande insatser har flyttat till särskilt boende, eller avlidit, vilket kan vara en förklaring till minskningen av antalet hemtjänsttimmar jämfört med 2023.

Tabell 3, Antal utförda hemtjänsttimmar - SoL-insatser



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* och de lokala samverkansavtalen med vårdcentralerna. Under 2023 skrevs de lokala samverkansavtalen mellan kommunen och vårdcentralerna om. Följsamheten till avtalen följs upp årligen. Kommunens sjuksköterskor bedömer i år att samarbetet generellt fungerar väl med båda vårdcentralerna. Sjuksköterskorna upplever liksom tidigare år att patienter och anhöriga får kontakt med läkare inom rimlig tid.

I samverkan vid utskrivning från slutenvården sker kommunikationen företrädesvis genom ett digitalt kommunikationssystem, *Mina Planer*. Kommunikationen ställer stora krav på alla parter för att övergången från sjukhus till den enskildes hem ska fungera smidigt. Ett särskilt team arbetar i kommunen med Samverkan Vid Utskrivning, SVU-teamet. Under 2024 infördes att vårdcentralerna ska delta en kort stund varje morgon på SVU-teamets avstämningsmöte för att effektivisera och stärka samarbetet. Även koordinatorerna i hemtjänsten deltar på mötena.

En workshop genomfördes kring samverkan, Mina Planer och SIP (Samordnad Individuell Plan) under 2024 med representanter från samtliga vårdgivare och kommunernas socialtjänst.

Ett flertal samverkansformer håller på att ses över regionalt och delregionalt. Bland annat har Region Skåne inrättat en ny förvaltning som ska arbeta med Nära vård. Hur detta kommer att påverka formerna för samverkan är för tidigt att säga. I början av 2024 startade mobila närsjukvårdsteamet på Lasarettet i Ystad sin verksamhet i SÖSK (Sydöstra Skåne). Teamet drivs av Region Skåne på primärvårdsnivå i nära samverkan med bland annat kommuner, ASIH (Avancerad Sjukvård I Hemmet), vårdcentraler och ambulans.

Lokalt finns flera forum för samverkan mellan kommunens hälso- och sjukvård och andra aktörer. Samarbetet med vårdcentralerna är tätt och ledningsmöten hålls minst 4 gånger per år. Under 2024 har samarbetet intensifierats avseende krisberedskap, som även innebär samarbete med apoteken.

Enligt *Avtal om ansvarsfördelning och utveckling avseende hälso- och sjukvården i Skåne* har skånska kommuner tillsammans med Region Skåne sedan många år arbetat enligt en särskild vårdform med mobilt läkarstöd från vårdcentralerna. Teambaserade insatser riktas till de mest sjuka med komplexa vårdbehov. Läkare från primärvården och den kommunala sjuksköterskan utgör kärnan och ska svara för det gemensamma uppdraget att vårda de mest sjuka i hemsjukvården.

Informations- och kunskapsutbyte har genomförts på möten med Skurups Vårdcentral och Capio Rydsgård kring den palliativa vården. Andra kommuner (Lund, Tomelilla och Ystad) har fått utbildning av sjuksköterska och arbetsterapeut med särskilt ansvar för palliativ vård i Skurup i samband med att även de kommunerna skulle införa NVP (Nationell Vårdplan för palliativ vård).

Samarbetet med PreMedic ambulans är nära. Möten hålls vid minst två tillfällen per år, detta för att utbyta erfarenheter, hantera gemensamma nämnare och eventuella avvikelser. Detta har lett till en ökad förståelse för varandras verksamheter.

Individ- och Omsorgsförvaltningen stöttar också Nils Holgerssons vuxenutbildning genom föreläsningar på vård- och omsorgscollege.

Planerade åtgärder 2025

- Ökning av sjuksköterskeresurs i SVU-teamet till 100 % (från 50 %)
- Deltagande vid delregionala och regionala samverkansmöten
- Uppföljning av interna arbetsformer för samverkan

Det pågår dessutom förbättringsarbeten i Sydöstra Skåne för att stärka analysarbetet kring avvikelser mellan sjukhusen och kommunerna.

3.4 Adekvat kunskap och kompetens

Medarbetarnas kunskap och kompetens är en viktig pusselbit i patientsäkerheten och den övergripande kvaliteten. Inom vissa områden behöver kontinuerliga utbildningar utföras och inom andra områden gör man tillfälliga satsningar.

3.4.1 Kunskap och kompetens inom kognitiv sjukdom och BPSD (Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demenssjukdom)

I kommunen finns ett demensteam 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. Ett av våra särskilda boenden, Bruksgården, blev under 2024 *Stjärnmärkt*. För att ett boende ska bli *Stjärnmärkt* krävs att 80 procent av medarbetarna genomfört samtliga utbildningssteg och använder verktygen från utbildningen som ett led i att utveckla personcentrerade arbetssätt för personer med kognitiv sjukdom.

Utförda åtgärder 2024

- 2 fysiska BPSD-utbildning för totalt 15 medarbetare
- Digital utbildning kring kognitiva sjukdomar (*Demens ABC*) för 88 medarbetare och digital utbildning i BPSD för 59 medarbetare
- Tillsättning av tjänster för 4 specialistundersköterskor inom kognitiva sjukdomar
- *Stjärnmärkt* utbildning för Bruksgårdens personal

Planerade åtgärder 2025

- Minst 2 administratörsutbildningar inom BPSD
- Obligatoriska digitala utbildningar kring kognitiva sjukdomar för samtlig legitimerad personal
- Digital utbildning *Demens ABC* för personal inom Vård och omsorg
- Planering av *Stjärnmärkt* utbildning för Flintebros personal

3.4.2 Kunskap och kompetens inom palliativ vård

Skurups kommun arbetar enligt NVP (Nationell Vårdplan för Palliativ vård) sedan årsskiftet 2022–2023. Varje år hålls träffar för utbildning och erfarenhetsutbyte vid två tillfällen för ombuden för palliativ vård på de olika enheterna. Ansvariga för mötena är sjuksköterska och arbetsterapeut med särskilt ansvar för palliativ vård. Fokus för träffarna har under året varit utbildning i smärtbedömningsinstrument, utbildning i bedömning av patients palliativa omvårdnadsbehov och NVP del 1.

Utförda åtgärder 2024

- Fysiska utbildningar för nyanställd personal
- 3 fortbildningstillfällen för sjuksköterskor
- Deltagande i nätverksträff med Skånes kommuner (sjuksköterska)
- Deltagande i utbildning genom Palliativt Utvecklingscentrum i Lund (arbetsterapeut och sjuksköterska)
- Påbörjad specialistutbildning inom NVP (undersköterska)
- Digital utbildning *Lindring bortom boten* för 25 medarbetare

Planerade åtgärder 2025

- Fysisk utbildning för ny personal
- Minst 2 fortbildningstillfällen för sjuksköterskegruppen

Sjuksköterska med särskilt ansvar för palliativ vård blir ledamot i *LAG Palliativ vård* i Skåne, vilket innebär en kompetenshöjning för kommunen och möjlighet att bidra till stärkt palliativ vård i Skåne.

3.4.3 Kunskap och kompetens inom kost och näring

För att uppnå ökad förståelse mellan köks- och vårdpersonal samt höja kompetensen hos vårdpersonalen hålls kostombudsmöten kontinuerligt på särskilt boende och i hemtjänst. Målsättningen är 6 möten per år per enhet. Ett av målen med dessa möten är att förebygga risk för undernäring.

Utförda åtgärder 2024

- Framtagning av stödmaterial gällande portionsstorlekar, mellanmålsrecept och tillbehörsguide till svensk husmanskost
- Nutritionsbedömningar på särskilt boende utifrån det nationella kvalitetsregistret Senior Alert

Planerade åtgärder 2025

- Workshop för medarbetare på särskilt boende avseende tillagning av mellanmål
- Hospitering i tillagningskök för ökad förståelse för hur maten bereds (kostombud)
- Besök av kockar på särskilt boende för feedback från de boende i matsituationen
- Fortbildning för kostombud kring nutrition för äldre

3.4.4 Kunskap och kompetens inom dokumentation

Alla våra verksamheter är informationsintensiva. Det finns en lagstadgad skyldighet att föra journal över bedömningar och beslut såväl som planering, genomförande och utvärdering av insatserna. Särskilt svår är dokumentationen för undersköterskor och vårdbiträden, som arbetar både enligt socialtjänstlagen och hälso- och sjukvårdslagen och därför ska dokumentera i två olika journaler.

Varje år hålls fortbildningstillfällen för dokumentationsombuden vid 4 tillfällen. Fokusområdet för i år har varit etiska dilemman kring dokumentation.

Utförda åtgärder 2024

- Digital dokumentationsutbildning för nyanställd personal
- Omarbetning av genomförandeplan för hemtjänst
- Framtagning av lathund för rubriksättning och dokumentation i genomförandejournalen

Planerade åtgärder 2025

- Digital utbildning i genomförandeplaner för samtliga medarbetare inom Vård och omsorg, samt genomgång på APT
- Praktisk övning i att skriva genomförandeplaner
- Fortbildning för dokumentationsombud kring HSL-dokumentation

3.4.5 Kunskap och kompetens inom Vårdhygien

Varje år läggs stort fokus på kunskap kring och följsamhet till vårdhygieniska rutiner och riktlinjer.

Hygienombud har två fortbildningsträffar per år. De ser också till att Hand Check Vision används på alla enheter vid minst 1 tillfälle under året i lärosyfte.

Utförda åtgärder 2024

- Slutförd digital utbildning i *Basala hygienrutiner* av 293 medarbetare
- Utförd inspektion av basal hygien och klädrutiner
- Filminspelning kring handhygien i Heminsatsernas Hus med hjälp av Filmteamet från LSS och hygienombuden i hemtjänst.
- Visning av film kring handhygien i verksamheterna

Planerade åtgärder 2025

- Framtagande av lokal instruktion för rengöring av hygienkärl (bäcken och urinflaska) för att minska smittspridning
- Digital utbildning *Basala hygienrutiner* för samtlig personal
- Punktprevalensmätning (PPM) av basal hygien vid minst ett tillfälle under året i lärosyfte
- Uppföljande inspektion av basal hygien och klädrutiner i personalutrymmen som stöd till handlingsplaner och ökad kompetens
- Framtagande av hygienfilm för särskilt boende i samarbete med Filmteamet från LSS

3.4.6 Kunskap och kompetens inom läkemedelshantering

På delegeringsprov krävs 100 % rätt för förnyelse av delegering av läkemedel i allmänhet och insulin i synnerhet. Provet görs varje år av samtliga medarbetare med delegering.

Utförda åtgärder 2024

- Läkemedelsdelegering för 402 tillsvidareanställda (en minskning jämfört med 2023, då 493 medarbetare fick delegering)
- Tillfällig läkemedelsdelegering för 113 sommarvikarier
- Insulindelegering för 194 medarbetare (en ökning med 2 delegeringar jämfört med 2023)

På grund av otillräckliga kunskaper inom läkemedelshantering fick ett flertal vikarier inte delegering. Antal medarbetare som inte får delegering på grund av otillräckliga kunskaper ökar för varje år.

Planerade åtgärder 2025

- Delegering endast till personer med rätt kompetens och med möjlighet att bibehålla sin kompetens, särskilt gällande insulindelegeringar

3.4.7 Kunskap och kompetens inom arbetsterapeuters och fysioterapeuters ansvarsområden

Det nya regelverket, *Förordning om medicintekniska produkter* (MDR), innebär ökade och tydligare krav på de olika led som hanterar medicintekniska produkter. Den nya lagstiftningen träder i full kraft 2027. Hjälpmedelscentrum Östra Skåne (HÖS) håller på att ta fram en handbok gällande MDR och Rutin för MDR. Inventering och byte av gamla medicintekniska produkter pågår de närmsta åren.

Vissa arbetsuppgifter ordinerade av arbetsterapeut och fysioterapeut är avancerade och kräver specifik kompetens hos utföraren. Både delegerade undersköterskor och leg. personal behöver fortbildning för att upprätthålla och bygga på sin kompetens.

Det finns ett behov av att möta ökade rehabiliteringskrav och mer komplexa ärenden. Därför utbildades Hemteamets personal för djupare förståelse kring hjälpmedel, sjukdomslära och delegerade arbetsuppgifter.

Utförda åtgärder 2024

- Implementering av årshjul gällande teoretisk och praktisk utbildning samt delegering för personal inom Vård och omsorg
- Fyra dagars utbildning för Hemteamet
- Utbildning och produktvisning för rehab-personal via HÖS (Hjälpmedelscentrum Östra Skåne)
- Deltagande vid mässan *Fokus Hjälpmedel* i Malmö (samtlig rehab-personal)
- Utbildning kring Azalea rullstolar (samtlig rehab-personal)
- Tvådagars utbildning kring *Rörelseförmåga vid demenssjukdom* (en arbetsterapeut och en fysioterapeut)
- Utbildning för kognitiva hjälpmedel (en arbetsterapeut)
- Digital utbildning enligt Tabell 4

Tabell 4, Digitala utbildningar inom rehab för medarbetare inom Vård och omsorg

Utbildning	Antal deltagare	Påbörjat utbildning men ej slutfört	Avslutat utbildning med godkänt resultat
Förflyttningsteknik **(obligatorisk)**	188	11	123
Hjälpmedel	25	0	25
Mobil Hygienstol	23	0	23
Rollator	28	3	25
Rullstol	30	5	25
Sittdynor	28	3	25
Överflyttningsplattform	29	3	26
Delegering krävs:			
Arm- och handträning	21	4	17
Axellås	36	1	34
Kontraktursprofylax	61	5	46
Nackkrage	33	1	32
Viloortos	10	0	10
Ödemhandske	43	2	41

Utbildning i förflyttningsteknik är obligatorisk för all personal inom Vård och omsorg och LSS. Fler medarbetare gjorde utbildningen 2024 jämfört med 2023.

Planerade åtgärder 2025

- Fortsatt implementering av årshjulet
- Deltagande vid *Hjälpmedelsmässan* i Skåne
- Deltagande på vidareutbildning inom hjälpmedel, kognition och positionering på HÖS

3.4.8 Kunskap och kompetens vid bedömning och åtgärd avseende 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. Beslutsstödet ViSam är ett verktyg tänkt att kvalitetssäkra bedömningar vid patienters försämrade allmäntillstånd. Två sjuksköterskor är utbildade instruktörer i hantering av Beslutsstödet. Granskning av användandet görs varje år. Instruktörerna deltar i SÖSK-nätverk.

Utförda åtgärder 2024

- Utbildning i Beslutsstödet för 10 sjuksköterskor
- Tre fortbildningsmöten för sjuksköterskorna kring Beslutsstödet
- Deltagande i fördjupningsdag
- Nedladdning av appen Rapporteringsstöd för undersköterskor på samtliga telefoner

Planerade åtgärder 2025

- Digital utbildning om sepsis för samtliga sjuksköterskor
- Egenproducerad utbildningsfilm om stroke publiceras för samtliga medarbetare i kommunen

3.4.9 Kunskap och kompetens avseende övrig specifik omvårdnad

Inom kommunal primärvård finns behov av spetskompetens inom bland annat diabetesvård, inkontinens och sårvård. Bemötande är en viktig hörnsten inom all omvårdnad. Vad gäller sår, har distriktssköterska med vidareutbildning inom sår konsulttid för kolleger 4 timmar/vecka.

Utförda åtgärder 2024

- Fortbildning inom diabetes för sjuksköterskor via vårdcentralerna i kommunen
- Distriktsköterskeutbildning för 1 sjuksköterska med stöd av statliga stimulansmedel
- Utbildning för förskrivningsrätt och läkemedelsbehandling för 4 sjuksköterskor
- Deltagande i *Läkemedel i Skåne* för samtliga sjuksköterskor
- Utbildning *Trycksår - prevention och behandling* för 1 sjuksköterska
- Utbildning i Bemötande via Nils Holgerssongymnasiet för samtliga medarbetare inom Vård och omsorg

Planerade åtgärder 2025

- Utbildningstillfälle för samtliga sjuksköterskor inom sår
- Deltagande på *Läkemedelsmässan i Skåne* (sjuksköterskor)
- Fortbildning i astma och KOL via vårdcentralerna (sjuksköterskor)
- Förvaltningsgemensam föreläsning kring Bemötande via Nils Holgerssongymnasiet
- Möjlighet till språkutbildning för medarbetare
- Fortbildning inom urologi (sjuksköterskor)
- Föreläsning i OCD och ångest (leg. Personal)
- Förskrivningsrättsrättsutbildning för 1 sjuksköterska avseende inkontinens
- Fortbildning i psykisk ohälsa för 1 sjuksköterska

3.4.10 Kunskap och kompetens inom arbetsledning

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

Utförda åtgärder 2024

- Kommungemensamma chefsdagar, med tema *Leda i förändring*
- Chefsfrukostar har hållits av HR-enheten, med bland annat ämnena *Kvinnors hälsa* och *Winlas*
- Utbildningar inom arbetsmiljö (grundutbildning och fördjupningar) har hållits av HR-enheten
- Utbildning i Bemanningsakademin (chefer, koordinatorer och administratörer hemtjänst och LSS) för stärkt kompetens kring planering, bemanning och schemaläggning
- Tvådagars digital utbildning i *Medicinrättslig grundkurs för MAS/MAR* (MAR)
- Utbildning i *Stjärnmärkt* i Stockholm för en enhetschef, Silviasyster och specialistundersköterskor inom kognitiv sjukdom
- Coaching för hållbart ledarskap för chefer inom Vård och omsorg

Planerade åtgärder 2025

- Chefsfrukostar för samtliga chefer i kommunen
- Utbildningar i rekryteringsprocessen, arbetsmiljö och arbetsrätt av HR-enheten
- Coaching för hållbart ledarskap för chefer inom Vård och omsorg

3.4.11 Kunskap och kompetens inom LSS

LSS har fortsatt sina kompetenshöjande insatser under 2024 för att möta målgruppens behov.

Utförda åtgärder 2024

- 15 utbildnings- och reflektionstillfällen utifrån fem teman: avledning/validering, känsloreglering, PERMA/energiinventering, självbestämmande/ acceptans/mening/motivation och samtal
- Handledningsträffar kring effektivt bemötande utifrån DBT (Dialektisk Beteende Terapi)
- Utbildning inom begränsningsåtgärder/skyddsåtgärder

Planerade åtgärder 2025

- Yrkesresan *Funktionshinder för utförare*
- Kompetenshöjande insatser kring samtal, känsloreglering och medveten närvaro

3.4.12 Kunskap och kompetens inom IFO

Under 2024 har Individ-och familjeomsorgen kompetensutvecklat personalen inom olika områden men främst har behandlarna inom öppenvården kompetensutvecklas för att möta kommuninvånarnas behov.

Arbetet påbörjades för att möta den nya socialtjänstlagen som förväntas träda i kraft i juli 2025. IFO har deltagit i en nationell kartläggning kring socialtjänstens omställning (NUSO) där resultatet sammanställdes och återkopplades lokalt och nationellt. Man har också haft en utvecklingsdag kring den nya socialtjänstlagen. Kunskapsutbyte med andra kommuner har genomförts under året.

Utförda åtgärder 2024

- Utbildning *iRiSk* (Risk- och skyddsbedömningar för våldsutsatta barn) för socialsekreterare vid barn och familj
- Medlingsutbildning för Ungdomscoach
- Utbildning avseende förhandsbedömningar utifrån metoden *Signs of safety* för mottagssekreterare
- SIP-utbildning för vuxenenheten
- Utbildningen *Samtal om frihet* utifrån våld i nära relationer för två behandlare och en vuxenhandläggare
- Utbildning för två behandlare i *Skilda världar* som vänder sig till barn där föräldrarna är separerade
- Introduktion för Öppenvården i förhållningssättet *BIP*, vilket har syftet att stödja deltagare som står långt ifrån arbetsmarknaden att komma vidare i sina studier/få ett arbete

- Utbildningen *Yrkesresan* för nyanställda socialsekreterare inom barn och familj
- Heldagsföreläsning avseende våld i nära relationer, med fokus på förövare
- Utbildning för två behandlare i *Trappan,* vilket vänder sig till barn som bevittnat eller själv blivit utsatta för våld i familjen
- Utbildning för en behandlare i *CAP* (Children Are People too), vilket vänder sig till barn som lever i familjer där någon är beroende av alkohol eller droger
- Heldagsfortbildning inom suicidprevention
- Intern föreläsning om våld i nära relationer
- 5 medarbetare gick MI-utbildning (Motiverande samtal)

Planerade åtgärder 2025

- Förberedelser inför nya socialtjänstlagen
- ”Rätt i livet”, Skurups handlingsplan för att integrera nya socialtjänstlagen i samtliga förvaltningar

4. Delaktighet

Individen har en lagstadgad rätt att vara delaktig i den egna vården och omsorgen. Regler om delaktighet finns i både socialtjänstlagen (SoL 2001:453), i hälso- och sjukvårdslagen (HSL 1982:763), samt i patientlagen (PL 2014:821).

4.1 Patienten som medskapare

Enligt Patientlagen (2014:821) ska vården så långt som möjligt utformas och utföras i samråd med patienten. Anhöriga ska få möjlighet att medverka vid utformningen av vården.

SIPar genomförs regelbundet och nedskriven arbetsgång finns för att stärka patientens inflytande under dessa möten. Genom arbetet med BPSD stärks den kognitivt sviktande patientens möjlighet till att påverka sin vård och sin vardag.

Utifrån inkomna synpunkter och klagomål från patienter och anhöriga görs utredningar och granskningar. Åtgärder vidtas i verksamheterna för att förebygga att nya brister ska uppkomma.

Arbetet med NVP har förstärkts genom att Del 1 införts på särskilda boenden, vilket innebär en ökad möjlighet för patient och anhöriga att vara delaktiga i vården, se kap 8.1.

4.2 Brukarinflytande

Verksamheterna arbetar med brukarinflytande genom fortlöpande kommunikation med den enskilde och genomförandeplaner. Genomförandeplanen är det dokument som beskriver hur och när insatser ska utföras utifrån den enskildes behov och önskemål.

Pensionärsrådet arbetar aktivt 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 informeras och ges möjlighet att tycka till om övergripande dokument och planer samt vid större förändringsarbete.

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

4.2.1 Brukarundersökning, funktionshinder (LSS)

Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) genomför årligen en brukarundersökning som riktar sig till vuxna personer i gruppbostad, servicebostad och daglig verksamhet enligt LSS. Resultatet av brukarundersökningen finns att läsa på www.kolada.se.

4.2.2 Brukarundersökning, individ- och familjeomsorg (IFO)

SKR genomför årligen en brukarundersökning som riktar sig till myndighetsutövningen och omfattar verksamhetsområdena social barn- och ungdomsvård, omsorgspersoner till unga 0–18, ekonomiskt

bistånd samt missbruks- och beroendevård. Resultatet av brukarundersökningen finns att läsa på www.kolada.se.

4.3 Anhörigstöd

Utöver en fungerande Vård och omsorg med ett tydligt anhörigperspektiv, är anhöriga ofta i behov av olika typer av stödinsatser för egen del. Ofta är man som anhörig starkt fokuserad på den närståendes situation och välbefinnande, och har svårt för att lägga fokus på de egna behoven. Anhörigstrategin innebär att anhörigas insatser och delaktighet alltid ska bygga på frivillighet och att stödet till anhöriga präglas av en proaktiv, individanpassad, förebyggande och uppsökande ansats.

Anhörigsamordnare erbjuder stöd genom utbildningar, anhöriggrupper, enskilda samtal, hälsofrämjande aktiviteter och hjälp med att ta kontakt med andra professioner. Det finns ett samarbete mellan de fem anhörigsamordnarna i SÖSK. Kommunöverskridande grupper erbjuds för anhöriga till personer med neuropsykiatriskt funktionshinder (NPF) för att öka möjligheten till anonymitet. Anhörigsamordnarna ordnar också gemensamma fysiska och digitala föreläsningar.

Utförda åtgärder 2024

- Enskilda samtal kognitiv svikt + NPF (antal samtal ökat från 443 till 666 senaste året)
- Anhörigutbildningar kognitiv svikt (4 stycken)
- Anhöriggrupper kognitiv svikt (8 grupper), beroendeproblematik (1 grupp)
- Enskilda samtal NPF
- 2 föreläsningar kring psykisk hälsa/ohälsa
- Hälsofrämjande insatser
- Promenadgrupp
- Lunchgrupp

Planerade åtgärder 2025

- Ta höjd för nya socialtjänstlagen

Vi ser att behovet av enskilda samtal ökar.

5. Verksamhetsuppföljningar

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

5.1 Kvalitetsuppföljning särskilt boende

I både Socialtjänstlagen och i Hälso- och sjukvårdslagen betonas att kvaliteten i verksamheten systematiskt och fortlöpande ska utvecklas och säkras. Syftet med kvalitetsuppföljningar på särskilda boenden är att säkerställa att kvaliteten lever upp till kraven i lagstiftning, mål, uppdrag, lokala rutiner och kommunens antagna värdighetsgarantier.

Verksamhetsuppföljningarna görs återkommande. Under 2024 följdes Bruksgården och Västeräng upp. All uppföljning sker på samma sätt för både kommunal och privat verksamhet.

Bruksgården

Den sammantagna bedömningen på Bruksgården var att det ges god vård och omsorg samt säker hälso- och sjukvård. Det finns också säkerställda former för kundernas delaktighet och inflytande. Undersköterskorna upplever att leg. personal har god tillgänglighet dagtid. Detta ser man som en positiv förändring efter att sjuksköterskorna flyttade ut till särskilda boenden och utgår därifrån dagtid. Införandet av NVP har fallit ut väl. Samtliga yrkeskategorier tycker att arbetssättet har förbättrat den palliativa vården.

Inom några områden kan dock förbättringspotential ses för att kvaliteten ska kunna höjas ytterligare och lika vård för alla säkerställas.

För mer information, läs *Verksamhetsuppföljning Bruksgården 2024.*

Västeräng

Västerängs särskilda boende drivs i privat regi av Forenede Care sedan våren 2023. En styrka på Västeräng är att genomförandeplanen upprättas i samband med inflyttning gemensamt mellan den boende, närstående och kontaktpersonen, vilket stärker hyresgästernas delaktighet och inflytande redan vid inflyttning. Även strukturen för välkomstsamtal och aktivitetsledarens tjänstgöringsgrad är föredömliga delar av verksamheten.

Inom några områden kan dock förbättringspotential ses för att kvaliteten ska kunna höjas ytterligare och lika vård för alla säkerställas.

För mer information, läs *Verksamhetsuppföljning Västeräng 2024.*

En oanmäld inspektion på Västeräng visade ingen förekomst av begränsande åtgärder och inte heller brister i basal hygien. För mer information, läs *Oanmäld verksamhetsuppföljning av Västerängs särskilda boende, Forenede care*.

5.2 Internkontroll

Kommunstyrelsen och Myndighetsnämnden för Individ- och familjeomsorgen har ansvar för att följa upp verksamheten och dess kvalitet. Internkontroll genomförs årligen utifrån de områden som politiskt beslutas.

Under 2024 kontrollerades följande områden inom Kommunstyrelsens verksamhet:

1. Följsamhet av rutin Handkassa/privata medel inom Vård och omsorg
2. Upplevelse av trygghet inom särskilt boende utifrån Socialtjänstlagen
3. Upplevelse av trygghet inom hemtjänst utifrån Socialtjänstlagen
4. Upplevelse av trygghet i LSS gruppbostad
5. Upplevelse av att personal inom LSS kommunicerar så att brukaren förstår
6. Användning av BPSD-registret inom särskilt boende

Under 2024 kontrollerades följande områden inom Myndighetsnämnden för Individ- och familjeomsorg:

7. Handlingsplan i ärenden som pågått i 6 månader eller längre
8. Utredningstid barn och unga
9. Trygghet / Bemötande vid kontakt med IFO

5.2.1 Följsamhet av rutin Handkassa/privata medel inom Vård och omsorg

Kontroll av hantering av handkassa/privata medel på särskilt boende, där följsamheten av rutin är kontrollerad. Kontrollen har gjorts hos alla som har en handkassa/privata medel på våra tre särskilda boenden. På Flintebro fanns ingen boende som hade privata medel/handkassa. På Lillgården kontrollerades 1 handkassa, där behållningen överensstämde med kassabokens saldo. På Bruksgården kontrollerades 16 kassaböcker, där 15 kassaböckers behållningar överensstämde med kassabokens saldo och 1 kassabok där behållningen diffade med + 1 krona.

Inga allvarliga avvikelser har uppmärksammats, den enda avvikelse man uppmärksammat är +1kr. Verksamheten ser inte att några åtgärder behöver vidtas.

Vidare går att läsa i rapporten *Uppföljning Intern kontrollplan 2024 IOF.*

5.2.2 Upplevelse av trygghet inom särskilt boende utifrån Socialtjänstlagen

Hälso- och sjukvården ska bedrivas så att den uppfyller kraven på en god vård och ska bland annat tillgodose patientens behov av trygghet i vård och behandling samt tillgodose patientens behov av kontinuitet och säkerhet i vården.

Frågan *Hur tryggt känns det att bo på ditt äldreboende?* ställdes till samtliga boende i undersökningen *Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?*.

Resultatet visar att upplevelsen av trygghet på våra särskilda boenden är hög. 91 % svarade att det känns *Mycket tryggt* eller *Ganska tryggt*, där snittet för Skåne var 87 % och Riket 86 %.

Vidare går att läsa i rapporten *Uppföljning Intern kontrollplan 2024 IOF.*

5.2.3 Upplevelse av trygghet inom hemtjänst utifrån Socialtjänstlagen

Hälso- och sjukvården ska bedrivas så att den uppfyller kraven på en god vård och ska bland annat tillgodose patientens behov av trygghet i vård och behandling samt tillgodose patientens behov av kontinuitet och säkerhet i vården.

Frågan *Hur tryggt känns det att bo hemma med stöd från hemtjänsten?* ställdes till samtliga hemtjänstkunder i undersökningen *Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?*.

Resultatet visar att upplevelsen av trygghet hemma med stöd av hemtjänsten är hög. 88 % svarade att det känns *Mycket tryggt* eller *Ganska tryggt*, där snittet för Skåne var 83 % och Riket 86 %.

Under 2024 och 2025 ställer verksamheten även egna kvalitetsfrågor, där hushåll med insatser från hemtjänsten slumpmässigt rings upp. En av frågorna är *Känner du dig trygg att ha hemtjänst av oss?* Resultatet av kvalitetsundersökningen redovisas 2025.

Vidare går att läsa i rapporten *Uppföljning Intern kontrollplan 2024 IOF.*

5.2.4 Upplevelse av trygghet i LSS gruppbostad

Verksamheten enligt LSS ska främja jämlikhet i levnadsvillkor och full delaktighet i samhällslivet för de personer som omfattas av lagen. Det är av vikt att den boende känner sig trygg med personalen och insatserna.

Frågan *Känner du dig trygg med personalen hemma?* ställdes till brukare som bor på gruppbostäder i den nationella Brukarundersökningen från SKR. 80 % av brukare svarade att de känner sig trygga med *Alla*, 16 % med *Några* och 4 % svarande *Ingen*. Snittet för Riket var 77 % *Alla*, 20 % *Några*, och 3 % *Ingen*.

Frågan *Är du rädd för något hemma?* ställdes till brukare som bor på gruppbostäder och 92 % svarade *Aldrig*, 8 % *Ibland*, och 0 % svarade *Ofta*. Metodarbetet inriktar sig naturligtvis mot att 100% aldrig ska uppleva sig rädda.

Frågan *Känner du dig trygg med boendepersonalen?* ställdes till brukare som bor på servicebostad i den nationella Brukarundersökningen från SKR. 40 % svarande *Alla*, 60 % med *Några* och 0 % svarande *Ingen*. Snittet för Riket var 72 % *Alla*, 26 % *Några*, och 2 % *Ingen*.

Frågan *Är du rädd för något hemma?* ställdes till brukare som bor på servicebostad och 40 % svarade *Aldrig*, 40 % *Ibland*, och 20 % svarade *Ofta*.

Svaren kommer att tillsammans med personal och brukare analyseras vidare och individuella bemötandeplaner kommer att dokumenteras för att öka upplevelsen av trygghet.

Vidare går att läsa i rapporten *Uppföljning Intern kontrollplan 2024 IOF.*

5.2.5 Upplevelse av att personal inom LSS kommunicerar så att brukaren förstår

För personer med funktionsnedsättning kan förmågan till kommunikation vara nedsatt. Ett av målen i LSS-lagen är att skapa full delaktighet för de personer som omfattas av denna. Det innebär att personal som arbetar med personer som har kommunikationsnedsättning måste ha god kompetens och kunskap om funktionsnedsättning och förmåga att uppfatta vilken grad av delaktighet som är möjlig för brukaren.

Frågan *Pratar personalen hemma med dig så att du förstår vad de menar?* ställdes till brukare inom gruppbostad LSS i den nationella Brukarundersökningen från SKR. 85 % av brukarna svarade *Alla*, 15 % svarade *Några* och 0 % svarade *Ingen*. Snittet för Riket var 70 % *Alla*, 28 % *Några* och 2 % *Ingen*.

Vidare går att läsa i rapporten *Uppföljning Intern kontrollplan 2024 IOF.*

5.2.6 Användning av BPSD-registret inom särskilt boende

BPSD-registret är ett nationellt kvalitetsregister vars syfte och mål är att genom multiprofessionella vårdåtgärder minska beteendemässiga och psykiska symtom och därigenom minska lidandet och öka livskvaliteten för personer med kognitiv sjukdom. Personer som bor i särskilt boende ska inrapporteras till kvalitetsregistret i syfte att utveckla och säkra demensvårdens kvalitet.

Stickprov har gjorts på 64 inflyttade personer på särskilt boende. På 49 personer har registrering gjorts inom de 6 veckor som är målet. De andra 15 personerna registrerades senare än 6 veckor efter inflytt, 8 av dem inföll under sommartid.

För att säkerställa att samtliga personer blir registrerade i BPSD-registret inom 6 veckor, så ska registreringen göras i samband med registreringen av *NVP del 1* vilket ska ske 5 veckor efter inflytt.

Vidare går att läsa i rapporten *Uppföljning Intern kontrollplan 2024 IOF.*

5.2.7 Handlingsplan i ärenden som pågått i 6 månader eller längre

Rutin inom försörjningsstödet är att upprätta arbetsplan (plan mot självförsörjning) direkt vid återkommande ansökan om försörjningsstöd. Arbetsplanen ska upprättas tillsammans med den enskilde där det ska framgå mål och insatser för att ta sig till målet.

Kontroll har gjorts på 67 hushåll som uppburit försörjningsstöd längre än 6 månader. Av dessa ärenden har 64 hushåll en utarbetad arbetsplan, 3 hushåll har en otydlig handlingsplan. Arbetsplanen är dokumenterad i ärendet i texten i det löpande försörjningsstödet. Arbetsplanen skickas tillsammans med uträkning och beslut om försörjningsstöd hem till klienten månadsvis som på så vis tar del av arbetsplanen.

Vidare går att läsa i rapporten *Uppföljning Intern kontroll IFO-myndighet 2024.*

5.2.8 Utredningstid barn och unga

Av 11 kap. 2 § andra stycket SoL står det: *Utredningen ska bedrivas skyndsamt och vara slutförd senast inom fyra månader. Finns det särskilda skäl får socialnämnden besluta att förlänga utredningen för viss tid*.

Genomgång har gjorts av de utredningar som slutförts första halvåret 2024 för att titta på utredningstiderna och eventuellt skäl till att utredningstider inte hållits. 2 utredningar av totalt 131 utredningar har inte följt processbeskrivningen. Handlingsplan finns i de ärenden som pågått i sex månader eller längre.

Genomgången visar att rutinen är tydlig, men att planeringen av utredningstiden inte fungerar i praktiken. Verksamheten kommer att fortsätta att arbeta aktivt för att sträva efter att nå en ”noll-vision”, så att alla utredningar genomförs inom föreskriven tid. Antalet dagar har dock minskat sedan förra internkontrollen.

Vidare går att läsa i rapporten *Uppföljning Intern kontroll IFO-myndighet 2024.*

5.2.9 Trygghet / Bemötande vid kontakt med IFO

Frågan *Hur nöjd är du med det stöd som du får från socialtjänsten?* ställdes till klienter inom socialtjänsten i den nationella Brukarundersökningen från SKR.

Majoriteten av de Ungdomar 13+ och de Individer som uppbär ekonomiskt bistånd som svarat, har en positiv upplevelse i sin kontakt med IFO.

Samtliga klienter inom Missbruks- och beroendevård samt Omsorgspersoner till unga 0–18 år inom Intern öppenvård som svarat, har en positiv upplevelse i kontakten med IFO.

Samtliga som svarat inom enheten Barn och familj (barn och ungdomar samt vårdnadshavare), är antingen mycket nöjda eller ganska nöjda i sin upplevelse utifrån kontakten med IFO.

Eftersom resultatet i samtliga undersökningar sammantaget visar på en positiv upplevd nöjdhet i kontakten och stödet individen får av IFO, planerar verksamheten inga nya åtgärder.

Vidare går att läsa i rapporten *Uppföljning Intern kontroll IFO-myndighet 2024.*

5.3 Egenkontroll

Verksamheten ansvarar för att systematiskt följa upp och granska sin egen verksamhet genom egenkontroll. Resultat från egenkontroller analyseras och används i verksamhetens förbättringsarbete.

I Tabell 5 beskrivs vilka egenkontroller avseende hälso- och sjukvård som görs regelbundet och systematiskt samt kortfattade redovisningar av vad som gjorts under 2024.

Tabell 5, Sammanställning över egenkontroller avseende hälso- och sjukvård

Egenkontroll	Frekvens	Metod
Basal hygien	1 ggr/år 1 ggr/år	Granskning av basal hygien på person-/enhetsnivå, sammanställning på verksamhetsnivå. 2024: 2 granskningar utförda. Kontroll på övergripande nivå att samtliga medarbetare gått digital utbildning. 2024: 457 medarbetare har slutfört digital utbildning.
Intern granskning	1 ggr/år	2024: Skyddsåtgärder inom LSS Uppföljning NVP Läkemedelshantering Lillgården
Synpunktshantering inkl. patientnämndsärenden	Löpande	Analys, återkoppling i berörda verksamheter och åtgärder utifrån framkomna brister. 2024: Utfört
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. 2024: Utfört
Extern granskning av läkemedelshantering gällande bas- och närförråd	Vartannat år	Egenkontroll av förrådsansvariga genom checklista utfärdad av Region Skåne. 2024: Utfört
Intern granskning av bas- och närförråd	2 ggr/år	2024: Utfört
Extern kvalitetsgranskning av läkemedelshantering gällande patientbundna läkemedel	Vartannat år	2024: Utfört
BPSD (Beteendemässiga och Psykiska symtom vid demenssjukdom)	1 ggr/år + löpande	Sammanställning ur BPSD-register 1 gg/år. 2024: 165 registreringar gjorts på 83 personer.
Loggkontroller	1 ggr/år	Samtlig personals loggar i journalsystemet kontrolleras vartannat år. Samtlig legitimerad personals loggar i NPÖ kontrolleras årligen. 2024: NPÖ-loggar utfört. Journalloggar delvis utfört.
Vård i livets slut	2 ggr/år	Utdrag ur Palliativregistret 2024: Utfört
Mobilt läkarstöd	4 ggr/år	Dialogmöten med vårdcentralerna + statistik. 2024: 6 dialogmöten har utförts. Totalt är 7 patienter inskrivna i mobilt vårdteam hos Vårdcentralen Skurup och 39 hos Capio Rydsgård.
Läkemedelsgenomgångar	1 ggr/år	Följs upp på dialogmöten med vårdcentraler. 2024: Utfört
Samordnad Individuell Plan (SIP)	4 ggr/år	Följs upp på dialogmöten med vårdcentraler. 2024: Utfört
Beslutsstöd enligt ViSam	1 ggr/år	Granskning av dokumentation. 2024: Utfört

5.3.1 Vård i livets slut

Enligt Hälso- och sjukvårdslagen 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 ingår bland de högst prioriterade områdena inom vården. Ett värdigt avsked från livet är således högst prioriterat inom kommunal hälso- och sjukvård (*Prioriteringar inom hälso- och sjukvården*, Proposition 1996/97:60).

För att öka jämlikheten och säkra kvaliteten vid vård i livets slut infördes arbetssättet NVP 2022-2023 efter omfattande utbildningsinsatser.

Vid en första uppföljning 2023 var resultatet över förväntan. I augusti 2024 gjordes ytterligare en uppföljning för att ta ställning till om arbetssättet skulle permanentas.

De främsta förbättringarna kring vården i livets slut har skett inom områdena munhälsobedömning och smärtskattning. Förändringar kan ses på särskilt boende enligt Tabell 6 vad gäller insatser vid vården i livets slutskede

Tabell 6, Andel patienter i särskilt boende där angiven insats utförts

Insats i särskilt boende	Andel 2022	Andel 2024
Munhälsobedömning	22 %	87 %
Smärtskattning	56 %	87 %
Brytpunktsamtal	83 %	100 %
Vårdplan	83 %	97 %

Även om munhälsobedömningar och smärtskattningar har ökat mest, finns det fortfarande förbättringspotential inom de båda områdena. En förklaring till att resultatet inte är ännu högre, kan vara att NVP sattes in på 93 % av registrerade patienter. För övriga patienter har man troligen inte hunnit starta med munvård eller göra smärtskattningar på grund av snabb försämring hos patienten.

I Tabell 7 visas statistik för vården i livets slut för patienter med insatser av hemtjänst och hemsjukvård i ordinärt boende:

Tabell 7, Andel patienter i ordinärt boende där angiven insats utförts

Insats i ordinärt boende	Andel 2022	Andel 2024
Munhälsobedömning	0 %	75 %
Smärtskattning	29 %	81 %
Brytpunktsamtal	86 %	88 %

Förbättringar kan ses inom de flesta områden även för patienter i ordinärt boende, men skillnaderna är mindre markanta jämfört med särskilt boende. En förklaring till att resultatet inte är ännu högre, kan vara att NVP sattes in endast på 62,5 % av registrerade patienter. För övriga patienter har man troligen inte hunnit starta med munvård eller göra smärtskattningar på grund av snabb försämring av allmäntillstånd.

Införandet av NVP har varit framgångsrikt för Skurups kommun och man har kommit till rätta med stora delar av de brister vid vård i livets slut som fanns tidigare. Om patient fått vård i livets slut enligt NVP, har nödvändiga insatser utförts i mycket hög utsträckning.

Det är dock av yttersta vikt att nya medarbetare utbildas i palliativ vård och NVP-verktygen för att följsamheten till arbetssättet ska fortsätta på en hög nivå.

5.3.2 Basala hygienrutiner

Uppföljning av basala hygienrutiner har gjorts. Under våren granskade hygienombuden den egna enheten avseende personalutrymmen, hantering av arbetskläder och enhetens handlingsplan för smittförebyggande åtgärder. Ombud för 20 (av totalt 24) enheter inom LSS, hemtjänst och särskilt boende utförde och redovisade inspektionen. Samtliga verksamheter hade gjort förbättringar efter 2023 års granskning. I Heminsatsernas hus fanns fortfarande brister, bland annat saknades plan för hur man ska förebygga eventuell smittspridning i gemensamhetsutrymmen.

Resultatet visade följande förbättringar jämfört med inspektion 2023:

- Förbättrad hantering av tvättsäckar i alla verksamheter utom hemtjänst och Lillgården.
- Ökad tillgång till handdesinfektion vid uppackning av tvätt.

Resultatet visade även på följande förbättringsbehov:

- På flera arbetsplatser behövs fler omklädningsskåp/rum till manliga medarbetare.
- Följsamheten till regeln att ombyte sker på arbetsplatsen är lägre inom hemtjänst än inom övriga verksamheter.

För vidare läsning, se *Sammanställning hygieninspektion -24.*

Hösten 2024 gjordes en PPM (punktprevalensmätning) av följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler. Handdesinfektion före omvårdnad var alltjämt den svagaste länken inom basal hygien. Följsamheten hade dock ökat från 52 till 69 % jämfört med 2023. Korrekt användning av förkläden hade ökat från 67 till 75 %. Korrekt användning av handskar hade minskat från 97 till 94 %. En svårighet med denna typ av mätning är att säkert veta vad vi mäter. Mäter vi ombudens kompetens och noggrannhet vid kontrollerna eller den faktiska följsamheten till basala hygienrutiner? Oavsett vilket, upplever hygienombuden att det finns en pedagogisk poäng med mätningarna och vill därför fortsätta med dessa.

Regelbundna utbildningsinsatser och insatser från chef och medvetna kolleger behövs för att öka följsamheten till hygienrutiner.

5.3.3 Uppföljning av insatta åtgärder - rehab

Under 2024 granskades 60 journaler där patienter hade insatt träning i någon form. Patienterna kom från ordinärt boende, särskilt boende och LSS.

Delegerade träningar signeras i högre omfattning jämfört med förra året. Träningar som inte genomförts på grund av brist på delegerad personal har minskat.

Granskningen av journalerna visar att det finns mål satta på alla träningspatienter utom en. Dock har endast ett fåtal träningspatienter fått uppföljning av sin träning.

Detta har lyfts i rehabgruppen på ett MAR möte och åtgärder är insatta. Utifrån resultatet 2024 kommer det att vara fortsatt fokus på träningspatienter, signeringar, mål och uppföljningar. Ny journalgranskning planeras under 2025.

5.3.4 Verksamhetsuppföljning på avslutad intern öppenvård

Under 2024 har det pågått en verksamhetsuppföljning på gruppnivå avseende avslutad intern öppenvård, där behandlarna inom den interna öppenvården i samråd med individen och deras anhöriga fått svara på ett antal frågor gällande den genomförda insatsen. Följande frågor har besvarats:

- Vilka problem har klienten sökt hjälp för?
- Vilken insats fick klienten?
- Har klientens situation förändrats efter insatsen?
- Når vi de mål vi satt upp tillsammans med klienten?
- Vad tycker klienten om insatserna?
- Vad tycker anhöriga om insatserna?
- Speglar våra insatser klientens behov?

Verksamhetsuppföljningen kommer att färdigställas under 2025.

5.4 Extern granskning

Under 2024 har flertalet externa granskningar genomförts.

5.4.1 IVOs granskning av särskilda boenden

IVO (Inspektionen för Vård och Omsorg) gjorde under 2022 uppföljande tillsynsbesök i samtliga kommuner i Sverige efter att myndigheten vid granskning 2020 konstaterat att nivån i alla kommuner var för låg avseende medicinsk vård och behandling av personer på särskilda boenden för äldre. Åtgärdspaket sattes in för att komma tillrätta med bristerna. I Skurup innefattade åtgärderna bland annat omorganisering av leg. personal och förändrade arbetssätt vid vård i livets slut.

I april 2024 avslutade IVO ärendet för Skurups kommuns del.

5.4.2 IVOs granskning barn- och unga

IFO genomförde under 2024 en tillsyn på uppdrag av IVO som samtliga kommuner i landet skulle genomföra. Myndighetsnämnden skulle lämna uppgifter om kommunens kontroller inför placeringar av barn och unga, hantering av orosanmälningar, uppföljning av placeringar av barn och unga, egenkontroll samt åtgärder för att motverka jäv och korruption. IVOs tillsynsfrågor besvarades digitalt och skickades in till IVO i november.

5.4.3 Arbetsmiljöverkets granskning av LSS boenden

Prästgatans servicebostad och gruppbostäderna Bruksgatan 11 och Bruksgatan 18 har under våren haft inspektion från Arbetsmiljöverket. Inspektionen utgick ifrån en granskning av det systematiska arbetsmiljöarbetet. Arbetsmiljöverket avslutade ärendet utan att ställa några nya krav på verksamheternas systematiska arbetsmiljöarbete.

5.4.4 Extern kvalitetsgranskning av läkemedelshantering

ApoEx har fått i uppdrag att återkommande kvalitetsgranska förvaltningens läkemedelshantering gällande patienters läkemedel. Detta år granskades tre enheter: Lillgården, LSS Tegelgatan 17 och Hemtjänst Öster. Årets granskning har visat att följsamheten till rutiner i vissa fall brister.

Följande åtgärder har vidtagits:

- Stärkt spårbarhet vid utlämnande av dosrullar
- Justering av blanketter och läkemedelsrutin
- Förtydligande av ansvar kring läkemedelsskåp och hållbarhetskontroll av läkemedel
- Reviderad läkemedelsrutin och delegeringsrutin, bland annat att vårdbiträden endast kan få kortvarig delegering och bara om de arbetat på den specifika enheten i minst 3 månader

6. Extern uppföljning och nationella mätningar

Varje år görs olika nationella mätningar där Skurup kan jämföras med riket.

6.1 Kommunens Kvalitet i Korthet (KKiK)

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 använder ca 40 nyckeltal för att mäta kommunens prestationer inom tre områden. 2024 års resultat redovisas under första kvartalet 2024 och finns tillgängligt på Sveriges Kommuner och Regioners hemsida (www.skr.se) eller via Kolada (www.kolada.se). Några av nyckeltalen redovisas i Tabell 8.

Tabell 8, Övergripande nyckeltal från Kommunens Kvalitet i Korthet (KKiK)

Nyckeltal	Skurup	Medelvärde riket
Kostnad individ och familjeomsorg, kr/invånare (avser 2023)	3 586	5 595
Kostnad funktionsnedsättning kr/invånare (avser 2023)	6 750	8 885
Kostnad äldreomsorg kr/invånare 80 år och äldre (avser 2023)	289 952	257 887
Brukarbedömning nöjdhet särskilt boende, äldreomsorg i % (avser 2024)	86	79
Brukarbedömning nöjdhet hemtjänst, äldreomsorg i % (avser 2024)	86	85

6.2 Öppna jämförelser av äldreomsorg

Socialstyrelsens nationella undersökning *Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?* genomfördes under första halvan av 2024. Inom hemtjänst har resultatet försämrats något i Skurup, medan nöjdheten på särskilt boende har ökat. Resultatet finns på Socialstyrelsens hemsida (www.socialstyrelsen.se) eller via Kolada (www.kolada.se).

6.3 Öppna jämförelser av hemtjänst och särskilt boende (Enhetsundersökningen)

Enhetsundersökningen om äldreomsorg och kommunal hälso- och sjukvård är en återkommande undersökning från Socialstyrelsen där hemtjänstverksamheter och särskilda boenden svarar på frågor om sin verksamhet inom vård och omsorg om äldre. Enhetsundersökningen om äldreomsorg och kommunal hälso- och sjukvård är en del av Öppna jämförelser som är ett verktyg för att analysera, följa och utveckla socialtjänstens verksamheter.

2024 lämnade samtliga verksamheter inom vård och omsorg om äldre svar på enhetsundersökningen.

6.4 Öppna jämförelser av socialtjänst

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.

Inom Individ- och omsorgsförvaltningens ansvarsområden lämnades uppgifter inom följande områden 2024:

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

2024 års resultat finns tillgängligt på Socialstyrelsens hemsida (www.socialstyrelsen.se) eller via Kolada (www.kolada.se).

6.5 Hemtjänstindex

Hemtjänstindex är initierat av SPF Seniorerna och har utvecklats med stöd från Allmänna Arvsfonden, som genomförs för alla Sveriges 290 kommuner. Det är en sammanvägning av olika indikatorer och nyckeltal för att ge en samlad bild av kommunens hemtjänstkvalitét.

Varje år tar Hemtjänstindex fram 75 indikatorer/nyckeltal från följande undersökningar och mätningar:

- Socialstyrelsens Nationella brukarundersökning (*Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?*)
- Enhetsundersökningen (en del av *Öppna jämförelser*)
- Kommunenkät äldreomsorg (*Öppna jämförelser*)
- Kommunenkät e-hälsa
- Personalkontinuitet i Kolada
- Användandet av Senior Alert
- Information på kommunens webbplats

Skurups kommun hamnade på plats 255 av totalt 290 för året 2024. Det är en försämring på 29 platser jämfört med 2023.

Åtgärder har påbörjats för att förbättra resultatet för 2025 och framåt. En del av åtgärderna som exempelvis informationen på kommunens webbplats kan genomföras omgående, andra åtgärder som exempelvis resultatet av den Nationella brukarundersökningen är ett mer långsiktigt arbete som pågår.

7. Analys av avvikelser och synpunkter

Av socialtjänstlagen framgår att kommunernas socialtjänst ska erbjuda tjänster av god kvalitet. En liknande lydelse finns i LSS och HSL. Kvaliteten ska systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras.

Hantering av avvikelser och synpunkter är en viktig del av det systematiska patientsäkerhetsarbetet. I Patientsäkerhetslagen står att risker för vårdskador ska rapporteras, likaså händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada.

Utredningar kring enskilda händelser ska klargöra händelseförloppet för att förhindra att liknande händelser inträffar igen och för att minimera effekterna av händelserna, om de inte går att förhindra helt. Kunskap om bakomliggande orsaker ger underlag för utformning av åtgärder och prioritering av insatser.

7.1 Avvikelser

Rutin för avvikelsehantering 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. Genomgång av avvikelserna ska sedan tas upp på APT.

För att följa verksamheter över tid är det viktigt att regelbundet och systematiskt följa upp samt analysera genomförandet och resultatet av förbättringsåtgärderna. Analys görs årligen på enhetsnivå av chefer med stöd av MAS, MAR och utredningssekreterare. MAR och MAS rapporterar statistik till Socialnämnden årligen genom patientsäkerhetsberättelsen.

3 lex Sarah-anmälningar och 1 lex Maria-anmälan har skickats till IVO under året. Lex-anmälningarna har lett till omfattande utredningar och åtgärdsplaner.

Antal SoL-/LSS-avvikelser har ökat successivt de senaste åren men under 2024 ökat mer än tidigare år. De har ökat med 45 % jämfört med 2023. Antal HSL-avvikelser har också ökat, det senaste året med 6 %, se Tabell 9.

Ökningen av avvikelser kan tolkas på olika sätt. Antal skrivna avvikelser har troligen ökat på grund av att fler misstag faktiskt begåtts. Personalens ökade medvetenhet kring vikten av att skriva avvikelser kan också ha bidragit till statistiken. Ytterligare en förklaring kan vara att antal personer med kommunala insatser ökar för varje år. Ökning av antal avvikelser står dock inte i proportion till ökad mängd insatser och antalet skiljer sig åt mellan olika verksamheter. Antal avvikelser inom hemtjänst har de senaste två åren ökat med 65 %, se Tabell 9. Under samma period har antal hemtjänsttimmar ökat med 6 % (se Tabell 3).

Tabell 9, Antalet avvikelser, i den egna organisationen, under 2021–2023

År	Antal HSL-Avvikelser	Antal SoL-/LSS-avvikelser	Totalt antal avvikelser	Hemtjänst	Särskilt boende	LSS	BRO	IFO
2022	793	246	1062	587	322	65	47	29
2023	948	286	1234	765	275	75	46	33
2024	1005	416	1421	967	321	75	34	24

Antal avvikelser inom hemtjänst sticker ut jämfört med övriga verksamheter. Antalet har ökat kraftigt de senaste åren och ökningstakten fortsätter stiga.

Läkemedelsavvikelser har i alla år stått för majoriteten av avvikelserna, de flesta år för mer än 70 % av totala antalet. Detta är logiskt med tanke på att läkemedel utgör en stor del av arbetsuppgifterna inom alla verksamheter. Vad gäller läkemedelsavvikelser har antalet ökat från 2023 till 2024 med 28 % för hemtjänst (från 376 till 481 st).

Ökningen av antal avvikelser inom hemtjänst kan ses mer eller mindre inom alla typer av händelser. 2023 sågs en dramatisk ökning inom *bristande tillgänglighet* (uteblivna besök/tillsyn/insats/vårdåtgärd/rehabilitering), där antal avvikelser ökat med mer än 300 % (från 59 avvikelser 2021 till 238 år 2023). Under 2024 har ökningen fortsatt men inte lika drastiskt som tidigare. Totalt skrevs 247 avvikelser gällande bristande tillgänglighet under 2024.

För bedömning av avvikelsers allvarlighetsgrad används en 4-gradig skala, där 4 är mest allvarlig. Antal avvikelser inom hemtjänst med allvarlighetsgrad 3–4 har jämfört med 2023 ökat med 67 % (från 60 till 100 st).

Det går inte se någon direkt koppling till omorganiseringen inom hemtjänst under sista kvartalet, eftersom avvikelserna är jämnt fördelade över året.

Detaljerad genomgång och analys av avvikelserna gjordes av enhetschefer, leg. personal, områdeschefer, MAS, MAR och utredningssekreterare i september. Följande åtgärder beslutades:

Beslutade åtgärder hemtjänst

- Ökad närvaro på Teamträffar med tydlig struktur
- Översyn av rutin för Teamträffar av områdeschefer samt genomgång på samtliga APT
- Omorganisation av hemtjänst från 3 till 4 områden
- Tätare kontroller av läkemedelssigneringar för att säkerställa att alla arbetsuppgifter utförts
- Involvering av undersköterskor i analys av avvikelser

Skillnaderna i antal avvikelser är stora vid jämförelser mellan de olika särskilda boendena. Lillgården står för 62 %, Bruksgården för 27 % och Flintebro för 11 %. För Bruksgården och Flintebro har antalet avvikelser minskat upp till 20 % jämfört med föregående år, medan Lillgården har 53 % fler avvikelser. Antal avvikelser med allvarlighetsgrad 3 eller 4 (på 4-gradig skala) har ökat med 300 % på

Lillgården (från 8 till 32 st). Mot bakgrund av att antal avvikelser sticker ut på Lillgården jämfört med övriga särskilda boenden, genomfördes två granskningar under våren. Dessa ledde vidare till ett utvecklingsarbete med regelbundna avstämningar under hösten, vilket kommer följas upp under 2025.

Läkemedelsavvikelser har ökat från 2023 till 2024 med 73 % för Lillgården (från 73 till 126 st). På Flintebro har antalet läkemedelsavvikelser minskat med 11 % (från 37 till 33 st) och på Bruksgården har antalet ökat med 29 % (från 52 till 67 st).

Detaljerade genomgångar och analys av avvikelserna har gjorts. En bidragande faktor till det ökade antalet avvikelser kan vara täta chefsbyten de senaste åren. Följande åtgärder har beslutats under hösten:

Beslutade åtgärder Lillgården

- Inköp av läkemedelsskåp med personbunden tagg
- Inköp av hygienstationer för ökad tillgänglighet till handskar och handsprit
- Schemaplanerad läkemedelsansvarig undersköterska
- Morgonavstämningar för att säkerställa korrekt bemanning på alla enheter
- Krav på ökad närvaro på Teamträffar
- Förflyttningsutbildning för medarbetare på korttiden
- Ökad bemanning av rehab-personal

Avvikelser inom LSS har legat på samma antal som förra året. En liten minskning av antalet avvikelser kan ses under 2024 inom IFO. I hemsjukvården (leg. personal och demensteam) syns en successiv minskning av antal avvikelser. Det faktiska antalet avvikelser för dessa yrkesgrupper är dock svårt att beräkna, då avvikelser ibland involverar olika yrkesgrupper och kan då ligga under annat verksamhetsområde i systemet.

Vad gäller avvikelser mellan kommunen och andra vårdgivare ligger antalet på samma nivåer som tidigare år (37 utgående och 3 inkommande). Majoriteten av dessa avvikelser har handlat om brister i hantering vid utskrivning från Lasarettet i Ystad och Simrishamns sjukhus. Avvikelser har också skickats till övriga skånska sjukhus, färdtjänst och vårdcentraler. Det pågår ett förändringsarbete i SÖSK för att stärka samarbetet mellan sjukhusen och kommunerna gällande avvikelser.

7.2 Fallolyckor och fallskador

Det finns en mängd olika orsaker till att man faller och oftast är det inte en enskild orsak till varje enskilt fall, utan det är 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, översyn av den fysiska miljön, genomgång av läkemedel och hjälpmedel. Det finns skriftliga rutiner för förebyggande åtgärder för att minska risken för fall och fallskador.

Under 2024 har 1177 fall registrerats i avvikelsesystemet. Totalt antal fall har minskat jämfört med 2023, se Tabell 10. Alla typer av fall registreras i avvikelsesystemet, oavsett om patienten faller från stående eller glider ner från sängen.

Tabell 10, Antal fall i Individ- och omsorgsförvaltningen 2022–2024

År	Totalt antal fall	Särskilt boende	Ordinärt boende	LSS
2022	1658	806	753	99
2023	1207	532	618	57
2024	1177	587	571	19

7 fall har under 2024 bedömts ha allvarlighetsgrad 3 eller 4 (på skalan 1–4), vilket ligger på samma nivå som tidigare år. Antal fall, som fått fysiska konsekvenser ligger på ungefär samma nivå som 2023 med en minskning från 245 fall till 241 fall. Fysiska konsekvenser kan vara allt från blåmärke, stukning eller smärta till skelettskada eller dödsfall. År 2024 ledde inga fall till dödsfall.

7.3 Synpunkter och klagomål

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 2024 har 33 synpunkter och klagomål lämnats med anknytning till Individ- och omsorgsförvaltningens verksamheter, se Tabell 11. Majoriteten av synpunkterna och klagomålen berör Vård och omsorg, men även IFO har flertalet ärenden. LSS-verksamheten och Flintebro har inte haft några ärenden under året. Synpunkterna och klagomålen har kommit från patienter, klienter, anhöriga och kommuninvånare. Dessa har utretts och återkopplats enligt rutin. Inga ärenden att hantera har inkommit från Patientnämnden avseende vård och behandling. Utöver nämnda synpunkter hanterar och utreder Skånetrafiken inkomna synpunkter gällande färdtjänst. Dessa delges kommunen i form av statistik för hela Skånetrafikens verksamhetsområde.

Tabell 11, Antal synpunkter och Klagomål 2022–2024

År	Antal synpunkter och klagomål
2022	27
2023	48
2024	33

Antal ärenden har minskat med 31 % jämfört med föregående år. Utredning av synpunkter tas med i analyser i förvaltningens förbättringsarbete.

8. Säker vård och behandling - utvecklingsområden

De utvecklingsområden som varit prioriterade under 2024 är kvalitetssäkring av vård i livets slut, läkemedelssäkerhet, skyddsåtgärder inom LSS och hälsosamtal för äldre.

8.1 Palliativ vård

Den palliativa vården har nu förstärkts genom att NVP Del 1 införts på särskilda boenden och för patienter med tidigt palliativt behov i andra boendeformer. Det innebär att det palliativa vårdbehovet i tidigt skede ska bedömas tvärprofessionellt (läkare, sjuksköterska, fysioterapeut, arbetsterapeut och undersköterska) tillsammans med patient och anhöriga. Detta görs för att patient och anhöriga ska ges möjlighet att förbereda sig och göra de prioriteringar som är viktiga och meningsfulla vid allvarlig sjukdom eller då tiden kvar i livet är begränsad. Detta innebär en ökad möjlighet för patient och anhöriga att vara delaktiga i vården. Arbetsformen kommer att följas upp i slutet av 2025.

8.2 Läkemedelssäkerhet

Från och med 2024 har sjuksköterskor på särskilda boenden tagit över delegeringsansvaret vid uppföljning av delegeringar. Läkemedelsutbildning och första delegeringstillfället ansvarar fortfarande delegeringssjuksköterska för, detta för att samma krav på kunskap ska ställas överallt i våra verksamheter.

Åtgärder har under året vidtagits för att minska risken för läkemedelssvinn. Bland annat har säkrare rutiner införts för hantering av läkemedel, som ska återlämnas till apotek. Det har även beslutats att läkemedelsskåp med personlig tagg ska köpas in till alla särskilda boenden. Syftet med dessa skåp är både att förbättra spårbarheten kring läkemedel och att säkerställa att endast läkemedel finns i skåpen. I dagsläget förekommer det att även annat förvaras i skåpen, vilket leder både till oordning och att man har tillgång till skåpen även om man inte har läkemedelsdelegering. Hittills har de nya skåpen köpts in till Lillgården. Flintebro och Bruksgården kommer att få sina skåp levererade under 2025.

Ytterligare en åtgärd för att öka läkemedelssäkerheten i våra verksamheter är externa granskningar. Granskning av ApoEx har genomförts under året och kommer framöver att göras vartannat år.

8.3 Skyddsåtgärder inom LSS

IVO har tidigare genomfört en nationell granskning av gruppbostäder inom LSS med fokus på användning av tvångs- och begränsningsåtgärder. Resultatet visade på brister i 80 av 90 gruppbostäder. Inga gruppbostäder i Skurups kommun ingick i granskningen, men resultatet visar ett behov av att även våra gruppbostäder kvalitetssäkras vad gäller skyddsåtgärder. Tvångs- och begränsningsåtgärder får inte användas inom vården enligt gällande lagstiftning.

Under 2024 har en satsning gjorts inom LSS för att höja kvaliteten i arbetet med skyddsåtgärder och att säkerställa att tvångs- och begränsningsåtgärder inte förekommer. I samband med detta granskades HSL- och LSS-journalerna för samtliga brukare, som bor i LSS gruppbostad.

Vid journalgranskning av HSL-journaler fanns 6 dokumenterade skyddsåtgärder i totalt 35 granskade journaler. Det fanns brister i dokumentationen kring skyddsåtgärderna men i övrigt fanns inget att anmärka.

Enkät skickades också ut till samtliga medarbetare inom LSS och avsedd leg. personal. Resultatet visade att kunskapsnivån är förhållandevis hög gällande lagstiftningen kring skyddsåtgärder och samtycke, samtidigt som det framkom behov av att fördjupa sig kring olika etiska dilemman gällande skyddsåtgärder. Utifrån resultatet genomfördes därefter en halvdagsutbildning för all personal.

En uppföljande internkontroll kring skyddsåtgärder kommer att göras inom LSS under 2025.

8.4 Hälsosamtal äldre

Hälsosamtal har genomförts under året för personer 80 år och äldre som bor hemma utan några hemtjänstinsatser förutom trygghetslarm och/eller matdistribution. Fysioterapeut har skickat ut brev, som följts upp av ett telefonsamtal. Ett hembesök har erbjudits där fysioterapeut kommit hem till patienten för att prata om bland annat boendet, fallprevention, social gemenskap, meningsfullhet, fysisk aktivitet, goda matvanor och läkemedel. Informationsmaterial om vilken hjälp Skurups kommun erbjuder skickades ut till samtliga patienter som fick ett hälsosamtal.

Totalt genomfördes 73 telefonsamtal som ledde till 55 hembesök.

9. Riskmedvetenhet och beredskap

Beredskapen behöver stärkas för att alla delar av kommunens hälso- och sjukvård samt socialtjänst tryggt ska kunna möta både mindre störningar och omfattande kriser. Utgångspunkt i Individ- och omsorgsförvaltningens kontinuitetsarbete är Socialstyrelsens prioriterade områden för ökad beredskap inom socialtjänst och kommunal hälso- och sjukvård.

Utförda åtgärder 2024

- Omarbetning av kontinuitetsplan, med reservrutiner för IT-stöd
- Workshop med vårdcentraler, medarbetare särskilt boende och privat vårdgivare för framtagande av evakueringsplan på särskilt boende
- Oanmälda krisövningar utifrån scenario på Flintebro och LSS
- 2 heldagar för ledningsgruppen i beredskapsfrågor och praktisk planering
- Genomgång på samtliga APT av kontinuitetsplanen
- Iordningställande av krislådor för olika typer av kriser
- Införande av alternativa kommunikationsvägar vid telefonistörningar
- Informationsklassning av IT-stöd i syfte att stärka informationssäkerheten

Planerade åtgärder 2025

- Implementering av omarbetad kontinuitetsplan
- Oanmälda övningar på utvalda enheter
- Övning på alla enheter utifrån framtaget scenario
- Framtagning av digitalt övningsmaterial
- Genomgång på samtliga APT av kontinuitetsplanen och evakueringsplan särskilt boende
- Information kring kontinuitetsplanen till nyanställd personal
- Fortsätta med informationsklassning av IT-stöd i syfte att stärka informationssäkerheten

10. Utmaningar och strategier 2025

Individ- och omsorgsförvaltningen har flera långsiktiga utmaningar, som behöver hanteras proaktivt.

En stor omställning att arbeta med under 2025 är anpassningen till den nya socialtjänstlagen, som förväntas träda i kraft i juli 2025. Våra verksamheter behöver ställa om till att bli mer förebyggande, tillgängliga och kunskapsbaserade. Flexiblare arbetssätt kan behövas för att möta de utmaningar som socialtjänsten står inför. Socialtjänsten ska vara lätt att nå och finnas där människor befinner sig, för att kunna ge rätt hjälp i rätt tid.

Ytterligare en utmaning för verksamheterna är omställningen till Nära vård, som kommer att innebära en fortsatt ökning av alltmer avancerad hälso- och sjukvård i hemmet. Det ställer ökade krav på bemanning, planering och kompetens och påverkar alla yrkesgrupper inom våra verksamheter. Fler patienter kommer i framtiden att behöva tätare tillsyn och mer frekventa hälso- och sjukvårdsinsatser dygnet runt.

I juni 2024 togs ett beslut att ansvar för habilitering kommer att flyttas över från kommunerna till Region Skåne för patienter födda -75 eller tidigare. Det nya avtalet gäller from 1/1 2025. Det kommer att krävas samverkan under 2025 kring detta arbete för att säkerställa att alla får den vård de har rätt till.

Andelen äldre personer i befolkningen förväntas dessutom öka, vilket sannolikt kommer att innebära ett ökat hemtjänstbehov. Tillgången till undersköterskor beräknas minska samtidigt som efterfrågan väntas öka. Fungerande strukturer för fördelning av arbetsuppgifter inom Vård och omsorg behöver byggas upp för att möta en alltmer minskad tillgång till medarbetare med kunskap kring hälso- och sjukvård. Även behovet av legitimerad personal kommer att öka, i takt med att vårdtyngden och antal patienter ökar. Kompetensförsörjning är således en stor utmaning.

Parallellt med detta behöver förmågan stärkas att stå emot olika typer av kriser och angrepp utifrån. Därför kommer förvaltningen att arbeta vidare med strategier för ökad krisberedskap även under 2025.

Det successivt ökande patientantalet och den ökande vårdtyngden behöver hanteras med bibehållen kvalitet. Vi behöver öka patientsäkerhetsarbetet, framför allt inom de verksamheter där vi ser att antal avvikelser och brister ökat.