



# Patientsäkerhetsberättelse

## Vård- och omsorg

## Vellinge Kommun

År 2021

2022-03-01

Helen Hansson Malmgren, medicinskt ansvarig sjuksköterska

---

---

## Innehåll

<b>Patientsäkerhetsberättelse Vård- och omsorg</b> .....	1
<b>Vellinge Kommun</b> .....	1
<b>Sammanfattning</b> .....	4
<b>Inledning</b> .....	5
<b>Övergripande mål och strategier</b> .....	5
<b>Organisation och ansvar</b> .....	6
<b>Nytt i verksamheterna</b> .....	7
<b>Struktur för uppföljning/utvärdering</b> .....	8
Kvalitets- och verksamhetsuppföljning .....	8
Covid-19 och pandemin .....	9
Kvalitetsråd hemsjukvård/hemtjänst .....	11
<b>Hur patientsäkerhetsarbete har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet</b> .....	11
Hälso- och sjukvårdsavtalet.....	11
Lokal samarbetsgrupp kopplat till hälso- och sjukvårdsavtalet.....	12
Lokalt avtal för läkarmedverkan för rådgivning, stöd och fortbildning i den kommunala hälso- och sjukvården .....	12
Samverkan vid utskrivning från slutna vård .....	13
Samordnad individuell plan (SIP) .....	13
Läkemedelsgenomgångar .....	14
Digitala bedömningssamtal .....	15
Nationell patientöversikt (NPÖ) – sammanhållen journal.....	17
Vårdhygien.....	18
Utbildning i systematiskt kvalitetsarbete .....	18
Digital signering.....	19
<b>Nationella kvalitetsregister</b> .....	20
Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens - BPSD.....	20
Senior alert.....	21
Svenska palliativregistret.....	22
<b>Informationssäkerhet</b> .....	23
<b>Lex Maria</b> .....	23
<b>Patientnämnden Skåne</b> .....	23

---

<b>Synpunkter och klagomål.....</b>	<b>24</b>
<b>Samverkan med patienter och närstående.....</b>	<b>25</b>
<b>Avvikelser .....</b>	<b>25</b>
Fallolyckor .....	25
Avvikelser enligt hälso- och sjukvårdslagen (HSL)- vårdskador.....	26
<b>Övergripande mål och strategier för 2022.....</b>	<b>28</b>

---

## Sammanfattning

Trots en pandemi som tagit mycket fokus inom vård- och omsorg under 2021 med restriktioner, vaccinationer, provtagningar, smittskyddsåtgärder mm. har det samtidigt skett en positiv utveckling utifrån övergripande mål och strategier.

Inom demensområdet har det genomförts utbildningar för personal och skapats samverkansrutin för *”Tidig upptäckt av demenssjukdom”*. Ett projekt *”Demenssteam i hemtjänsten”* har startat med mål att ta fram en insats för förstärkt hemtjänst till personer med demensproblematik. Antalet registreringar i BPSD-registret som syftar till att kvalitetssäkra vården av personer med demenssjukdom har ökat med 65% jämfört med 2020.

I utbildningen Stjärnmärkning enligt Svenskt Demenscentrums utbildningsmodell har tre av fyra steg genomförts i verksamhet för handläggare, kvalitet och utveckling samt ledningsgrupp.

En tjänst som äldre och anhöriglots har inrättats dit äldre, anhöriga, närstående eller företrädare kan vända sig för att få information, råd och stöd i äldrefrågor.

Det har skett en fortsatt satsning på digitala lösningar med fokusområde och nyttoeffekter i den direkta vården. Digitala bedömningsamtal med hjälp av videoteknik har genomförts hemma hos patienten tillsammans med omvårdnadspersonal och legitimerad personal har kunnat göra bedömningar på distans. Detta främjar legitimerad personals möjligheten att oftare komma i kontakt med patienterna för att säkerställa patientens hälsa och arbeta förebyggande i samverkan med omvårdnadspersonal.

Införandet av portabla läkemedelsskåp med digitala lås och nyckelsystem har påbörjats och hos drygt hälften av alla patienter där sjuksköterska övertagit ansvaret för läkemedelshandlingen finns det installerat.

Samarbetet mellan kommunen och vårdcentralerna i kommunen har varit värdefullt dels utifrån hantering av vaccinationer, provtagning och smittspårning av covid-19, dels för att erbjuda en god och säker teambaserad vård i både ordinärt boende (kvarboendepincipen) och på vård- och omsorgsboende.

Utbildningar har genomförts för att öka följsamheten till ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete enligt SOSFS 2011:9 inom vård- och omsorgs egen LSS verksamhet, socialpsykiatri och myndighet. Omsorgsnämnden fastställde även ett reviderat ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete i december 2021

---

## Inledning

Enligt patientsäkerhetslagen ska vårdgivaren varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse. Syftet med patientsäkerhetsberättelsen är att öppet och tydligt redovisa strategier, mål och resultat av arbetet med att förbättra patientsäkerheten.

Alla leverantörer som omsorgsnämnden har avtal med och som är utförare av hälso- och sjukvård upprättar egna patientsäkerhetsberättelser. Denna patientsäkerhetsberättelse är av övergripande karaktär för att få en samlad bild av samverkan, uppföljningar, statistik mm. inom vård- och omsorgsverksamheter i Vellinge kommun.

## Övergripande mål och strategier

Den övergripande målsättningen med kommunens patientsäkerhetsarbete är att patienten erhåller en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet samt att förebygga att patienter drabbas av vårdskador.

Några av de viktigaste vägarna dit är arbetet med avvikelser, riskanalyser, dokumentation, kompetensförsörjning, sammanhållna vårdprocesser och kvalitetsuppföljningar.

Hälso- och sjukvården i Vellinge kommun ska bedrivas så att den upprätthåller kraven på en god och säker vård enligt de krav som finns i Patientsäkerhetslagen (2010:659), Hälso- och sjukvårdslagen (HSLF-FS 2016:40).

All personal inom vård och omsorg i Vellinge kommun ska:

- arbeta utifrån gällande författningar och lagstiftning
- arbeta följsamt till utarbetade riktlinjer och rutiner för hälso- och sjukvården
- arbeta preventivt i syfte att förebygga skador
- arbeta för att öka patientens och/eller närståendes delaktighet i hälso- och sjukvården
- arbeta med kvalitetssäkring och kvalitetsutveckling

Patientsäkerhetsarbetet ska ske kontinuerligt i nära samarbete mellan Omsorgsavdelningen och leverantörer i såväl privat som egen regi. Det ska även finnas en tydlig samverkan med primär- och specialistvård kring patientsäkerhetsfrågor.

---

## Organisation och ansvar

Patientsäkerhetsberättelsen beskriver hur hälso- och sjukvården inom vård- och omsorg arbetat med att identifiera, analysera och minska riskerna inom vården samt det resultat som uppnåtts under året.

### Omsorgsnämnden

Ansvarig vårdgivare i Vellinge kommun är omsorgsnämnden som beslutar hur hälso- och sjukvården skall organiseras med hänsyn till lagstiftning, lokala behov och förutsättningar. Omsorgsnämnden ansvarar också för att det finns ett ledningssystem för det systematiska kvalitetsarbetet (SOSFS 2011:9).

### Medicinskt ansvarig sjuksköterska

Medicinskt ansvarig sjuksköterska ansvarar för att patienten får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet. Alla vård- och omsorgsboende har egna medicinskt ansvariga sjuksköterskor och i hemsjukvården är det kommunens medicinskt ansvariga sjuksköterska som har ansvaret. Inom ansvarsområdet ingår också att se till att rutiner och författningsbestämmelser är kända i verksamheten. Medicinskt ansvarig sjuksköterska ansvarar för att händelser som medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada anmäls enligt Lex Maria till Inspektionen för vård och omsorg (IVO).

### Verksamhetschef

Verksamhetschef ska svara för att verksamheten tillgodoser hög patientsäkerhet och god kvalitet av vården. De ska också ansvara för att verkställa och utveckla hälso- och sjukvården genom bland annat egenkontroller. Verksamhetschef har det yttersta ansvaret för den dagliga driften i verksamheten.

### Hälso- och sjukvårdspersonal

Hälso- och sjukvårdspersonal, det vill säga arbetsterapeuter, fysioterapeuter och sjuksköterskor ansvarar för att patienten ges sakkunnig och omsorgsfull hälso- och sjukvård och att vården så långt som möjligt utformas och genomförs tillsammans med patienten. Personal som har delegering för att utföra en arbetsuppgift, är vid utförandet av arbetsuppgiften hälso- och sjukvårdspersonal.

Av Patientsäkerhetslagen (2010:659) framgår att hälso- och sjukvårdspersonal är skyldig att bidra till att en hög patientsäkerhet upprätthålls. Hälso- och sjukvårdspersonal ska rapportera risker för vårdskador samt händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada, eller annan allvarlig skada.

---

### **Patienters och närståendes delaktighet**

Patienten och dess närståendes delaktighet ska ses som en naturlig del av vården och omsorgen. När en individuell vårdplan upprättas samverkar vårdpersonal med patient och eventuellt närstående för att utifrån patientens mål och behov planera den framtida vården.

Patient som drabbats av vårdskada ska informeras om detta samt vilka åtgärder vårdgivaren vidtar för att en liknande händelse inte ska inträffa igen (Patientsäkerhetslagen 2010:659).

### **Nytt i verksamheterna**

#### **Månstorps Ängar**

I september invigdes utomhusmiljön på vård- och omsorgsboendet Månstorps Ängar som har profilinriktningen "Demensby". Den nyanlagda trädgården är demensanpassad med promenadstråk, strandmiljö och lusthus. Målet är att det ska vara en fri, men samtidigt trygg miljö för de boende.

#### **S.t Knut/Aspen**

Förenade Care tog över driften av S.t Knut/Aspen i januari 2021 och avtalet sträcker sig fram till 2023-01-15. Därefter övergår verksamheten i kommunal regi.

#### **LSS gruppbostäder**

Avtalet med Humana om drift av LSS gruppbostäder (Storgatan, Falsterbovägen, Bäckahästen) och boendestöd löper ut i augusti 2022. Omsorgsnämnden har under 2021 fattat beslut att verksamheterna ska drivas i kommunal regi med start 2022-09-01.

#### **Lillgården**

Omsorgsnämnden har fattat beslut under 2021 att Lillgårdens stödboende som är en boendeform inom ramen för socialtjänstlagen kommer att övergå till LSS servicebostad 2022-03-01. Förändringen av Lillgården innebär en tydlig inriktning för boendet och dess målgrupp och en långsiktighet i boendet för dessa personer.

#### **Äldre-och anhöriglots**

En tjänst som äldre och anhöriglots har inrättats dit äldre, anhöriga, närstående eller företrädare kan vända sig för att få information, råd och stöd i äldrefrågor. Äldre- och anhöriglotsens uppdrag är att fungera som en länk och förmedla kontakt mellan kommuninvånaren, olika myndigheter och annan service som finns i kommunen. Äldre- och anhöriglotsen kan även vara behjälplig med att bryta ofrivillig ensamhet.

---

## Seniorkontakter

För att minska ofrivillig ensamhet hos äldre kommuninvånarna startade arbetet med seniorkontakter som ett medmänskligt stöd under sommaren 2021. Seniorkontakterna har varit mycket uppskattat och arbetat med uppsökande verksamhet och samarbetet med hemtjänst, vård- och omsorgsboenden, myndigheten och äldre- och anhöriglötsar för att skapa kontakter med äldre.

## Struktur för uppföljning/utvärdering

### Kvalitets- och verksamhetsuppföljning

Som ett led i att öka patientsäkerheten och utveckla vård- och omsorg i egen regi samt i de verksamheter som Vellinge kommun har avtal med, enligt LOU och LOV genomförs årligen en kvalitetsuppföljning som belyser olika delar av verksamheten.

Syftet är att följa upp verksamheternas följsamhet gentemot avtal, lagar och föreskrifter och vid avvikelser begära in en handlingsplan, men också att som huvudman för vård och omsorg skapa en helhetsbild av hur väl verksamheten fungerar.

Under 2021 har vård- och omsorg efter beslut i Omsorgsnämnden arbetat med ett program för kvalitetsuppföljning inom följande områden:

1. Inre tillsyn – kontroll av skatteekonomi genomförs en gång per år för respektive leverantör.
2. Bemanningsskontroll – genomförs på samtliga vård- och omsorgsboende vid tre tillfällen under året.
3. Kvalitetsenkät - utifrån avtal och lagstiftning för LOV service och LOV LSS. Kvalitetsenkät med fokusområde demens för hemtjänst och vård- och omsorgsboende.
4. Systematiskt kvalitetsarbete - uppföljning av hur leverantören arbetar med det systematiska kvalitetsarbetet enligt SOSFS 2011:9
5. Dokumentation SOL/LSS – uppföljning av förekomst och följsamhet till föreskriften SOSFS 2014:5 genom analys av journaler.
6. Dokumentation HSL - Kontroll och analys av hälso- och sjukvårdsdokumentation genom granskning av patientjournaler.
7. Inflytande och delaktighet - förekomst och följsamhet till föreskriften SOSFS 2014:5 genom analys av genomförandeplaner.
8. Personalkontinuitet i hemtjänsten – uppföljning av genomsnittligt antal personer som besöker hemtjänsttagaren under två veckor.



- 
9. Hantering av trygghetslarm i hemtjänst – uppföljning av statistik för genomsnittlig svarstid för trygghetslarm.
  10. Kvalitetsobservationer med fokus på demensvård – besök och intervju mer personal på vård- och omsorgsboende.
  11. Brukarnas upplevda kvalitet – genomförs på vård- och omsorgsboende, inom hemtjänst och inom LSS gruppboende.
  12. Avtalsuppföljning - fördjupad avtalsuppföljning genomförs en gång per år med vård- och omsorgsboende inklusive dagverksamhet samt i hemtjänst/hemsjukvård och gruppboende LSS.

Resultatet av genomförda kvalitetsuppföljningarna har fortlöpande rapporterats till omsorgsnämnden under året och flertalet områden har uppvisat goda resultat.

Bemanningskontrollerna har visat att verksamheten följt avtal vad gäller antal personal i tjänst.

Resultatet av kvalitetsenkäten med fokus på demens visade på att övervägande delen av verksamheterna har ett väl inarbetat arbetssätt som säkerställer kompetens, bemötande- och åtgärdsplan inom BPSD. I en verksamhet var arbetssättet inte kopplat till BPSD och en handlingsplan togs fram inom aktuell verksamhet.

När det gäller systematiskt kvalitetsarbete visade resultatet dels att kvalitetsarbetet på systematisk nivå behöver utvecklas, dels att kvalitetsarbetet inte sker på systematisk nivå. Utvecklingsarbete har startats under 2021 och fortsätter under 2022.

Vid avtalsuppföljning tillsammans med leverantören bedriver verksamheterna en god och patientnära vård och har en följsamhet till avtal. Inom två verksamheter fanns förbättringsbehov och en fördjupad uppföljning startade upp och verksamheterna har upprättat en handlingsplan för att komma till rätta med identifierade brister.

Handlingsplanen följs regelbundet upp av vård- och omsorg tillsammans med verksamheterna.

## **Covid-19 och pandemin**

Pandemin har även under hela 2021 präglat samhället med restriktioner, smittskyddsåtgärder, provtagningar och massvaccinering.

När vaccinationsinsatsen mot covid-19 startade följdes en prioriteringsordning som Folkhälsomyndigheten tagit fram, där de som hade störst behov av ett skydd mot covid-19 erbjöds vaccinet först.

För att kunna hantera en snabb och säker vaccination startades ett lokalt samarbete mellan Vellinge vårdcentral, Näsets läkargrupp, Kommunens vård och omsorg samt leverantörer som kommunen har avtal med.

---

Vaccination med de första två doserna till vårdtagare och personal på vård- och omsorgsboende, vårdtagare med hemtjänst/hemsjukvård samt hushållskontakt och personal genomfördes med start under vecka 2 och var slutfört vecka 12. Därefter vaccinerades brukare inom LSS verksamhet. I oktober påbörjades en tredje vaccination med en påfyllnadsdos till ovanstående grupper utifrån Folkhälsomyndighetens rekommendation.

Hanteringen av skyddsutrustning har under året fungerat väl och tillgången har varit god. Alla verksamheter både kommunala och privata ansvarar själva för att beställa utrustning till egna lager och kommunen har ett övergripande beredskapslager, som ska användas vid akut brist i verksamheterna. Rapporteringen till Länsstyrelsen om beredskapslager upphörde under hösten 2021 i och med att skyddsmaterial inte längre var någon bristvara. Veckovis rapportering till Socialstyrelsen om antal patienter som har covid-19 eller en misstänkt covid-19 och vilken påverkansgrad detta har i verksamheten har pågått under hela året. Kohortavdelningen (en avdelning där alla personer har samma smitta i detta fall covid-19) som upprättades under sommaren 2020 tillsammans med Trelleborg och Svedala kommun stängdes i maj 2021 då det inte längre fanns något behov utifrån aktuellt smittläge.

Stödinsatser som infördes under 2020 för att bryta isoleringen och minska ensamhet för äldre har fortsatt och utvecklats under 2021. Altangympan har fortsatt på vård- och omsorgsboenden samt på aktivitetshusen, kulturaktiviteter i form av allsång och annan musik har uppskattats mycket.

Samarbete mellan kommunen och vårdcentralerna inom kommunen har varit en stor styrka under pandemin för att hantera b.l.a. provtagning, smittspårning och vaccination mot covid-19. Kommunens regelbundna möten med Smittskydd Skåne/Vårdhygien har också varit ett stort stöd med upprättande av rutiner, riktlinjer och få svar från expertis. Vid smittspridning av covid-19 har ansvariga verksamhetschefer snabbt vidtagit adekvata åtgärder utifrån rådande situationen för att begränsa fortsatt smittspridning. Trots pandemins utmaningar inom vården och omsorgen finns många goda och bra erfarenheter att ta vara på och som har bidragit till förbättringar och utveckling.

---

## Kvalitetsråd hemsjukvård/hemtjänst

Kvalitetsrådet har som syfte att utveckla verksamheten inom hemsjukvård och hemtjänst samt förebygga kvalitetsbrister. Kvalitetsrådet ska också arbeta med uppföljning och utveckling av exempelvis rutiner, riktlinjer och processer som införs i verksamheten. Deltagare i kvalitetsrådet är verksamhetschefer från leverantör av hemtjänst och hemsjukvård och från Vellinge kommun deltar kvalitetsansvarig, upphandlings- och utredningsansvarig, systemförvaltare, förste biståndshandläggare samt medicinskt ansvarig sjuksköterska.

Kvalitetsrådet har möte varannan månad. Hemsjukvården har löpande under året presenterat goda resultat från registreringar i Senior Alert, BPSD-registret samt digitala signeringar. Rutinen för akut kontakt med läkare och sjuksköterska har reviderats och säkerställts. Administrationen för behörighetsbeställningar till olika system har strukturerats och förtydligats.

## Hur patientsäkerhetsarbete har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet

### Hälso- och sjukvårdsavtalet

Hälso- och sjukvårdsavtalet trädde i kraft hösten 2016 och är ett avtal mellan varje skånsk kommun och Region Skåne. Syftet med utvecklingsdelen i avtalet är bland annat att säkra ett gott och jämlikt omhändertagande för personer som har ett omfattande och långvarigt behov av hälso- och sjukvårdsinsatser från både Region Skåne och kommunen och där en del av sjukvårdsinsatserna kan utföras i hemmet.

De mest sjuka (personer på särskilt boende, korttidsplats, ordinärt boende) med återkommande vårdbehov ska erbjudas inskrivning i teambaserad vårdform. Målet med teambaserad vårdform är att patienten så långt det är möjligt ska vara kvar i sin hemmiljö och få vård och hjälp där för att minska undvikbar sjukhusvård.

Läkare vårdcentralen i Region Skåne och den kommunala sjuksköterskan i patientens hemkommun utgör kärnan i den teambaserad vårdformen. Förutom läkare och sjuksköterska kan ytterligare professioner kopplas på utifrån patientens behov.

Alla patienter som skrivs in i den teambaserade vårdformen ska ha en aktuell samordnad individuell plan (SIP). En viktig utmaning är att nå målet med årlig SIP och läkemedelsgenomgång i samverkan mellan vårdcentral, vård- och omsorgsboende och hemtjänst/hemsjukvård.

Teambaserad vårdform är mycket välfungerande i Vellinge kommun. Både akuta och planerade hembesök genomförs.

---

Antalet inskrivna i teambaserad vårdform under 2021 ligger på ungefär samma nivå som året innan.

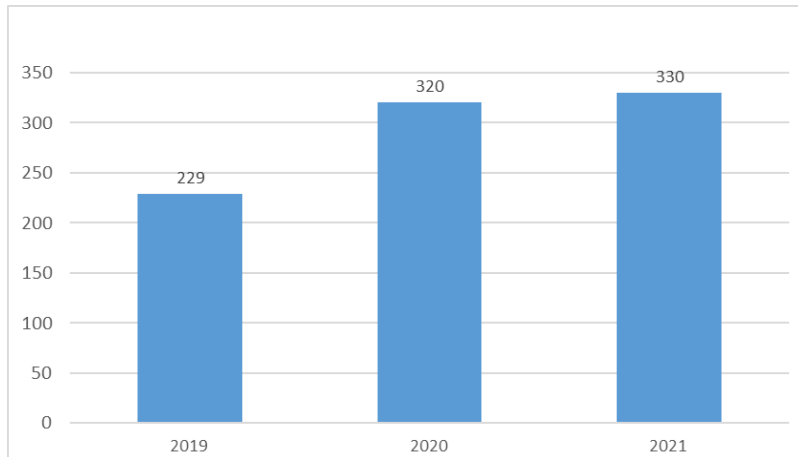


Bild 1. Antal inskrivna patienter i teambaserad vårdform

### Lokal samarbetsgrupp kopplat till hälso- och sjukvårdsavtalet

Lokal samarbetsgrupp kopplat till hälso- och sjukvårdsavtalet består av representanter från både kommunal och privat vård- och omsorg i Vellinge kommun, Näsets läkargrupp, Vårdcentralen Vellinge samt Capio vårdcentral. Samarbetsgruppen har haft fyra mötena enligt plan 2021, varav ett fysiskt och tre digitala.

Enhetschef på "Framtidens vårdavdelning" på Trelleborgs lasarett, deltog vid ett av mötena och presenterade verksamheten som är en öppenvårdsmottagning. Dialog fördes om hur vi kan samarbeta för bästa möjliga vårdkvalité för patienten. Både den kommunala vård och omsorgen och vårdcentralerna kan remittera patienter till vårdavdelningen för behandling, till exempel för inläggning av perifer central kateter och intravenös behandling. Framtidens vårdavdelning är också en innovationsenhet med tester av nya vårdformer och produkter inom teknik och digitalisering.

### Lokalt avtal för läkarmedverkan för rådgivning, stöd och fortbildning i den kommunala hälso- och sjukvården

Region Skåne ansvarar för "Läkarmedverkan för råd, stöd och utbildning till personal i den kommunala hälso- och sjukvården", vilket regleras i ett regionövergripande avtal mellan Region Skåne och kommunerna i Skåne. Vellinge kommun har ett lokalt avtal med Näsets läkargrupp och Vårdcentralen Vellinge som reglerar detta. Samarbetet har sin grund i ett gemensamt synsätt, gemensamma mål för

---

insatser och teamarbete. Under 2021 har precis som under 2020 inga utbildningsinsatser genomförts då resurser lagts på samverkan för hantering av covid-19 samt på projekt för en jämlik demensvård.

Beslut är dock taget att utbildning inom palliativ vård ska genomföras under 2022 och Palliativt utvecklingscentrum i Lund kommer att vara behjälpliga med kompetensutvecklingsinsatser.

### **Samverkan vid utskrivning från slutenvård**

Samverkan vid utskrivning från slutenvård är en lagstyrd process som syftar till att personer ska få en snabb och trygg utskrivning (SOSFS 2017:612).

I överenskommelsen från 2018-01-01 mellan Region Skåne och kommunerna i Skåne län om samverkan vid utskrivning från slutenvård inträder kommunens betalningsansvar när det genomsnittliga antalet dagar i slutenvård efter utskrivningsklar överskrider 2.80 kalenderdagar per kommun under en kalendermånad. Samma överenskommelse om betalningsansvar för utskrivningsklara patienter gäller i slutenvård psykiatrik vård.

Patienter ska kunna skrivas ut från sjukhuset oavsett vardag, helg eller storhelg vilket förutsätter en god gemensam planering mellan den slutenvården, primärvården och kommunen.

I Vellinge har utskrivningsklara patienter i genomsnitt legat kvar på sjukhuset efter det att de är utskrivningsklara under 2021 i 1.55 dagar att jämföra med 2020 i 1.65 dagar.

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

När en individ oavsett målgrupp eller ålder har behov av insatser både från hälso- och sjukvården och från socialtjänsten, och då ett behov av samverkan och samordning finns kring stöd och insatser, ska berörda parter tillsammans med patienten upprätta en SIP.

SIP är patientens plan och målet är att utifrån patientens behov och önskemål skapa en helhetsbild av vilka insatser som planeras, ansvarsfördelning och vilka kompetenser som behövs.

SIP är en process som består av flera steg: kallelse, kartläggning, möte, aktivitetssuppföljning, utvärdering, uppföljning och avslut. Genom att följa processtegen hålls planen aktuell och uppdaterad så länge det finns behov av en sådan. För att underlätta kommunikation mellan berörda vårdaktörer och ge stöd i planeringen av SIP används IT-stödet Mina planer. Från och med september 2021 kan medborgare som har fått en SIP upprättad logga in via 1177.se för att se sin plan. Det finns en gemensam rutin och vägledning för arbetet med SIP som är framtagen av Region Skåne och Skånes kommuner

---

och som är reviderad under 2021. Antalet genomförda SIP under 2021 har minskat något jämfört med 2020.

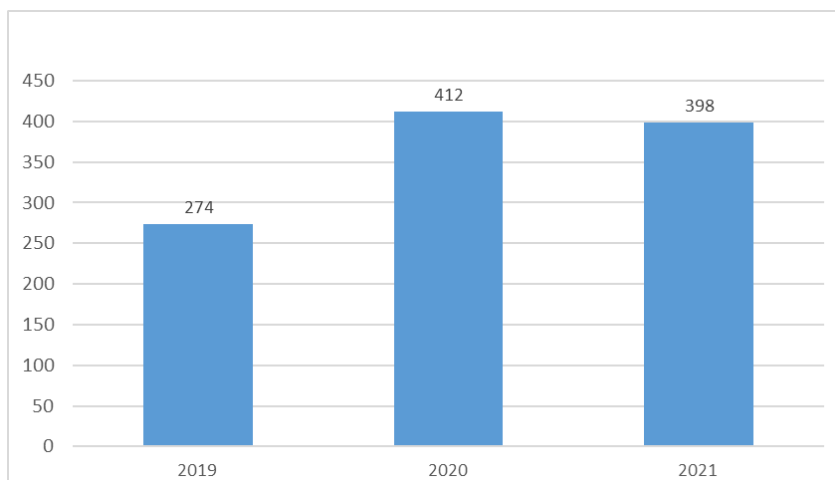


Bild 2. Antal patienter som fått en SIP genomförd

## Läkemedelsgenomgångar

Enligt Socialstyrelsens föreskrifter om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården (HSLF-FS 2017:37) ska en läkare ansvara för läkemedelsgenomgångar. Läkare på vårdcentralen som ansvarar för att initiera och säkerställa god läkemedelsbehandling och tvärprofessionell läkemedelsgenomgång enligt Skånemodellen.

Det övergripande syftet med att genomföra en läkemedelsgenomgång är att öka kvaliteten och säkerheten i läkemedelsbehandlingen till äldre.

Läkemedelsgenomgången är ett förutbestämt och strukturerat arbetssätt för uppföljning och omprövning av en patients läkemedelsanvändning.

En tvärprofessionell läkemedelsgenomgång ska genomföras en gång per år hos patienter som bor på vård- och omsorgsboende, har hemsjukvård från kommunens sjuksköterska rörande läkemedel eller behandlas med 5 eller fler läkemedel. Läkemedelsgenomgången genomförs av en arbetsgrupp bestående av läkare från vårdcentralen, apotekare och sjuksköterska i hemsjukvården.

Av ca 550 patienter som bor på vård- och omsorgsboende och i ordinärt boende med hemsjukvård och där sjuksköterska har tagit över patientens läkemedelsansvar har drygt hälften fått en tvärprofessionell läkemedelsgenomgång under 2021. Tilläggas ska att en vårdcentral inte genomfört någon läkemedelsgenomgång p.ga resursbrist.

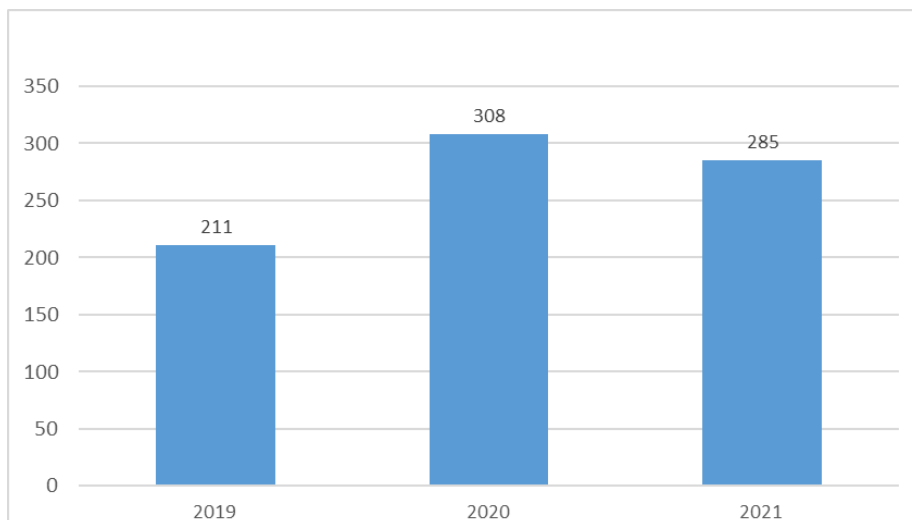


Bild 3. Antal patienter som fått en tvärprofessionell läkemedelsgenomgång

## Digitala bedömningsamtal

För omvårdnadspersonal uppstår dagligen situationer där en bedömning av patientens tillstånd kräver kontakt med legitimerad personal (sjuksköterskor, fysioterapeuter och arbetsterapeuter). Med nuvarande arbetssätt ringer omvårdnadspersonal till legitimerad personal, som gör en bedömning som ofta sker via ett hembesök. Utifrån detta utgångsläge startade under hösten 2021 projektet digitala bedömningsamtal inom ramen för Framtidsäkrad välfärd för att undersöka möjligheten till videoteknik i samband med bedömningsamtal.

Pilotprojektet har genomförts med gott resultat. Tid för ett digitalt bedömningsamtal bokas mellan legitimerad personal och omvårdnadspersonal som är hemma hos patienten. Omvårdnadspersonal och patient använder sig av en Ipad och legitimerad personal loggar in via sin dator. Vid ett av samtalen var omvårdnadspersonal hemma hos en patient för såromläggning. Sjuksköterska kunde bedöma såret och prata och ställa frågor till både patienten och omvårdnadspersonalen och patienten var också nöjd med hanteringen.

Ett förändrat arbetssätt där videoteknik kan användas främjar patienten genom att snabbt och enkelt kunna få en bedömning och/eller uppföljning av exempelvis en ordination. Legitimerad personal kan komma i kontakt med patienterna oftare för att säkerställa patientens hälsa och arbeta förebyggande i samverkan med omvårdnadspersonal. Dessutom kan transporterna minska vilket är en del i en god arbetsmiljö.

Legitimerad personal gör alltid en bedömning om det är lämpligt med ett digitalt bedömningsamtal eller om bedömningen ska genomföras vid ett hembesök.

---

Under 2022 ska digitala bedömningssamtal kunna genomföras av all omvårdnadspersonal och all legitimerad personal dygnet runt hemma hos patienter i ordinärt boende och på vård- och omsorgsboende.



*Bilden är lånad och godkänd av leverantören för systemet av digitala bedömningssamtal*

## **Portabla läkemedelsskåp med digitala lås**

Om hälso- och sjukvården har tagit över ansvaret för patientens läkemedel ska dessa förvaras oåtkomligt för obehöriga (HSLF-FS 2017:37). Läkemedelsskåp med digitala lås och digitala nycklar med loggfunktion ska användas hos patienter både i ordinärt boende och på vård- och omsorgsboende. Inom vård- och omsorgsboende är detta infört och för patienter som bor i ordinärt boende har införandet av portabla läkemedelsskåp med digitala lås och nyckelsystem påbörjats under året. Hos drygt hälften av alla patienter där sjuksköterska övertagit ansvaret för läkemedelshandlingen finns läkemedelsskåp med digitalt lås och införandet fortsätter under 2022.

## **Samverkansprojekt jämlik demensvård**

I slutet av 2018 gick Vellinge kommun med i Region Skånes samverkansprojekt för jämlik demensvård. Arbetet med jämlik demensvård för en förbättrad livskvalitet och en sammanhållen vårdkedja för personer med kognitiv sjukdom/demens och deras anhöriga har fortsatt under 2021. Det har genomförts utbildningar för personal och skapats samverkansrutin för "Tidig upptäckt av demenssjukdom" mellan Vellinge kommun, Vellinge vårdcentral, Näsets läkargrupp och Förenade Care som bedriver hemtjänst och hemsjukvård. En liknande samverkansrutin för arbete med *Kognitiv rond* är under upprättande.



---

## **Demensteam i hemtjänsten**

Projektet "Demensteam i hemtjänsten" startade i slutet av 2021, med mål att ta fram en insats för förstärkt hemtjänst till personer med demensproblematik samt testa insatsen under 2022. En förstärkt demensinsats ska möjliggöra för personer med demensdiagnos att kunna bo kvar hemma längre i en invand miljö där de upplever en trygghet och säker tillvaro samt möjliggöra fortsatta funktioner i den miljö de känner väl till.

## **Stjärnmärkning enligt Svenskt Demenscentrums utbildningsmodell**

Stjärnmärkt är en utbildningsmodell som tagits fram av Svenskt Demenscentrum. När minst 80 procent av medarbetarna på en arbetsplats genomfört samtliga utbildningssteg blir arbetsplatsen Stjärnmärkt. Inom verksamheterna för handläggare, kvalitet och utveckling samt ledningsgrupp påbörjades utbildningen 2021 och tre av fyra steg har genomförts och kommer att slutföras under första kvartalet 2022 (fick skjutas upp beroende på att steg fyra var en fysisk träff och kunde inte genomföras under pandemin). Deltagarna har genomfört webbutbildningar enskilt inom områdena: Demens ABC, demens ABC plus samt nollvisionen. Därefter har gruppen haft fysiska reflektionsträffar och dialoger utifrån hemuppgifter.

## **Nationell patientöversikt (NPÖ) – sammanhållen journal**

Sammanhållen journal sker via Nationell patientöversikt, NPÖ som är ett slutet IT-system. Det är bara legitimerad personal som har behörighet till systemet och det kräver patientens samtycke.

Vellinge kommun är konsument av NPÖ sedan 2014, vilket innebär att efter patientens samtycke kan legitimerad personal få en översikt av patientens vårdhistoria och vårdbehov, oavsett landsting, kommun eller privat vårdgivare.

Vellinge kommun är även producent av information till NPÖ. Det innebär att legitimerad personal som deltar i vården för en patient på exempelvis sjukhus och vårdcentral kan läsa delar av kommunens hälso- och sjukvårdsjournal efter samtycke från patienten. Därmed kan patienten få en bättre och säkrare vård hos olika vårdgivare eftersom vårdgivarna har olika journalsystem.

Användningen av NPÖ som konsumenter ökar i de skånska kommunerna och under 2021 var antalet slagningar 173 747 och under 2020 var det 102 582 vilket är en ökning med 69 procent. I Vellinge kommun har antalet slagningar under 2021 ökat med 745 jämfört med 2020.

---

I och med att användningen av NPÖ ökar kan patienten få en bättre och säkrare vård hos olika vårdgivare eftersom vi har olika journalsystem.

2019	2020	2021
6625	5806	6551

Bild 4. Antalet slagningar som Vellinge kommun gjort i NPÖ.

## Vårdhygien

Basala hygienrutiner kan definieras som åtgärder för att minska risken för uppkomst av vårdrelaterade infektioner hos patienter och personal. Verksamhetschef/enhetschef ansvarar för att verksamheten har en god hygienisk standard och följsamhet till basala hygienrutiner och vårdhygien för att förhindra smittspridning i vården.

För att öka kunskapen om vårdrelaterade infektioner (VRI) ska personal inom alla verksamheter inom vård och omsorg genomföra en digital utbildning inom ramen för det nationella Vinnova-projektet. Utbildningen påbörjades under 2021 och utgår från nationella vårdhandbokens texter om VRI och vårdhygien som vänder sig till kliniskt verksamma medarbetare och verksamhetschefer i vård och omsorg.

Hygienrond genomförs årligen samt vid behov på alla vård- och omsorgsboende. Hygienrond görs för att se vilka förutsättningar och förbättringar en verksamhet har och kan genomföra för att säkerställa ett gott vårdhygieniskt arbete och belysa eventuella vårdhygieniska risker. En utökad hygienrond tillsammans med vårdhygiensjuksköterska från Region Skåne har genomförts på ett vård- och omsorgsboende. Verksamheten bedömdes ha vissa brister och en handlingsplan har tagits fram och ett förändringsarbete pågår.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska samt kvalitetsansvarig i Vellinge kommun har regelbundet under året medverkat på digitala möten som Smittskydd/vårdhygien Skåne bjudit in till för aktuell information om covid-19 och hantering utifrån nya rutiner och riktlinje. Dessa möten har haft ett stort mervärde för att säkerställa det lokala arbetet i kommunens verksamheter.

## Utbildning i systematiskt kvalitetsarbete

Ett av målen för 2022 var att öka följsamheten mot ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete enligt SOSFS 2011:9 inom vård och omsorgs egen LSS verksamhet, socialpsykiatri och myndighet.

Målet är att alla chefer och medarbetare inom vård och omsorg ska leda det systematiska kvalitetsarbetet genom att aktivt arbeta med ständiga verksamhetsförbättringar genom analys av synpunkter, klagomål, avvikelser

---

samt egenkontroll och riskanalyser mm.

Omsorgsnämnden fastställde även i december 2021 ett reviderat ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

*Följande utbildningar har genomförts:*

- Under våren 2021 genomfördes en utbildningsinsats om grunderna i systematiskt kvalitetsarbete, för all personal i egen regi. Utbildningen genomfördes av verksamhetschef för kvalitet och utveckling, kvalitetsansvarig samt upphandlings- och utredningsansvarig.
- Under november 2021 och januari 2022 genomfördes tre workshops för chefer och nyckelpersoner inom myndighet och kommunalt utförande. Syftet var en grundlig genomgång av kvalitetsledningssystemets uppbyggnad och gemensam dialog om verksamheternas systematiska kvalitetsarbete. Utbildningen genomfördes av vård- och omsorgschef, kvalitetsansvarig samt upphandlings- och utredningsansvarig.

## Digital signering

Digital signering i arbetstelefonen används för signering av hälso- och sjukvårdsinsatser inom hemtjänst, hemsjukvården och på vård- och omsorgsboende i Vellinge kommun. Delegeringar är kopplade till signering, vilket innebär att omvårdnadspersonal inte kan se eller signera en ordination om delegeringen inte är aktuell.

Hantering av aktuella ordinationer och signering av läkemedel har blivit effektivare och gett en ökad insyn om att patienten fått sina insatser vid aktuellt tillfälle.

Totalt har 1 121 419 digitala signeringar gjorts under 2021. Av dessa var 23,1% procent utanför tröskelvärdet, vilket är en förbättring jämfört med 2020 då tröskelvärdet var 24,4%. Utanför tröskelvärde kan innebära att patienten kan ha fått sin ordination utförd senare än angivet alternativt har personal inte signerat i anslutning till att insatsen är utförd. Det kan också bero på att tiderna för insatserna inte anpassats till hemtjänstens besök och specifika önskemål från patienten om att till exempel sova lite längre under helgen.

Att insatsen inte är hanterad kan bero på olika saker och det ska alltid anges i systemet varför insatsen inte är hanterad. Exempelvis kan anhörig ha utfört ordinationen, patienten är inte hemma eller har nekat till ordinationen. Det kan också bero på personal inte hunnit registrera ett uppehåll i systemet som att det blivit ändrade läkemedelstider, träningsinsatser, inläggning på sjukhus, växelvård, avlidna mm. Antalet insatser som inte är hanterade har minskat från 5,4% (64 029) 2020 till 2,5% (27 627) 2021. Om ordinationen inte utförts ska en avvikelse upprättas.

Alla signeringar av utförda insatser görs i realtid. Chefer och legitimerad personal ansvarar för att följa upp signeringar löpande samt vid behov för att upptäcka eventuella avvikelser och hantera dem direkt.

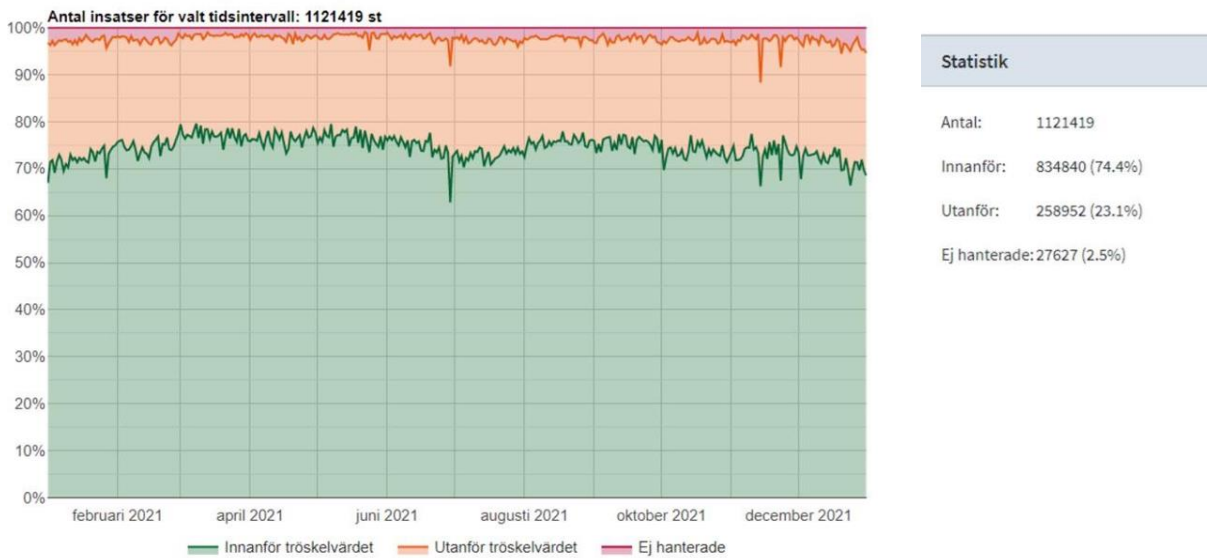


Bild 5. Antal genomförda digitala signeringar 2021

## Nationella kvalitetsregister

Utförare av vård- och omsorg i Vellinge kommun arbetar aktivt med registreringar i de nationella kvalitetsregistren och de har huvudansvar för registreringarna. Registren ska medverka till ökad kvalitet och utvecklandet av nya arbetssätt, vilket också ökar möjligheten för bästa möjliga vård oavsett vem som tillhandahåller den.

## Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens - BPSD

BPSD-registret syftar till att kvalitetssäkra vården av personer med demenssjukdom och stöds av Sveriges Kommuner och Regioner. Målet med BPSD är att genom multiprofessionella vårdåtgärder minska beteendemässiga och psykiska symtom och därigenom öka livskvaliteten för personer med demenssjukdomar.

Vid en BPSD-skattning kartläggs symtom och åtgärder planeras för att öka personens livskvalitet. Införandet av fasta rutiner och struktur i personens vardag leder till ökad trygghet och minskad oro samtidigt som det skapar verktyg för berörd vårdpersonal att arbeta efter.

Verksamheterna har under 2021 arbetat mycket aktivt i tvärprofessionella team med BPSD-skattning och antalet registreringar har under 2021 ökat

---

med 65 % jämfört med 2020. Det finns också en övergripande samverkansrutin i Vellinge för BPSD registret.

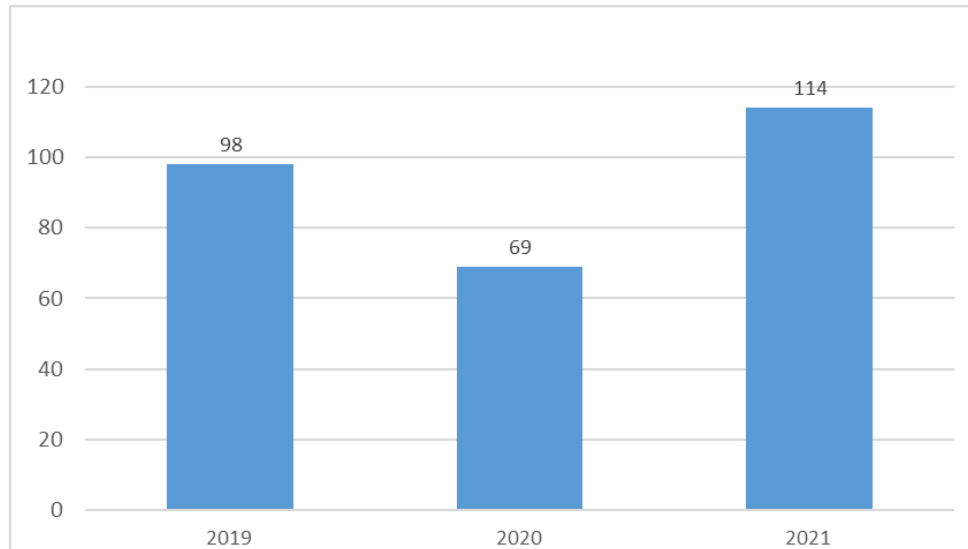


Bild 6. Statistik över antal registreringar. Flera registreringar per unik person kan förekomma

## Senior alert

Senior alert är ett kvalitetsregister med verktyg för att stödja vårdprevention, för äldre personer som riskerar att falla, få trycksår, minska i vikt, utveckla ohälsa i munnen och/eller har problem med blåsdysfunktion. Med hjälp av Senior alert kommer den äldres perspektiv och teamets roll i fokus.

Det förebyggande arbetssättet och logiken i Senior alert bygger på att identifiera risker, analysera orsaker, planera och genomföra förebyggande åtgärder samt följa upp åtgärder och utvärdera resultat.

Samtliga verksamheter arbetar med *bakomliggande orsaker* och *åtgärdsplan*

Antalet genomförda riskbedömningar som genomförs inom hemsjukvården och på vård- och omsorgsboende har ökat med 37% jämfört med 2020 och med 160% sedan 2019. Ökningen beror på att riskbedömningar är implementerat som ett vårdpreventivt arbetssätt på individnivå. Samtliga verksamheter arbetar med *bakomliggande orsaker* och *åtgärdsplan vid risk*. *Utförda åtgärder* vid risk kan en trend ses, med en generell ökning jämfört med föregående år. Detta kan leda till förbättrad patientsäkerhet och kan som en följd minska uppkomna vårdskador.

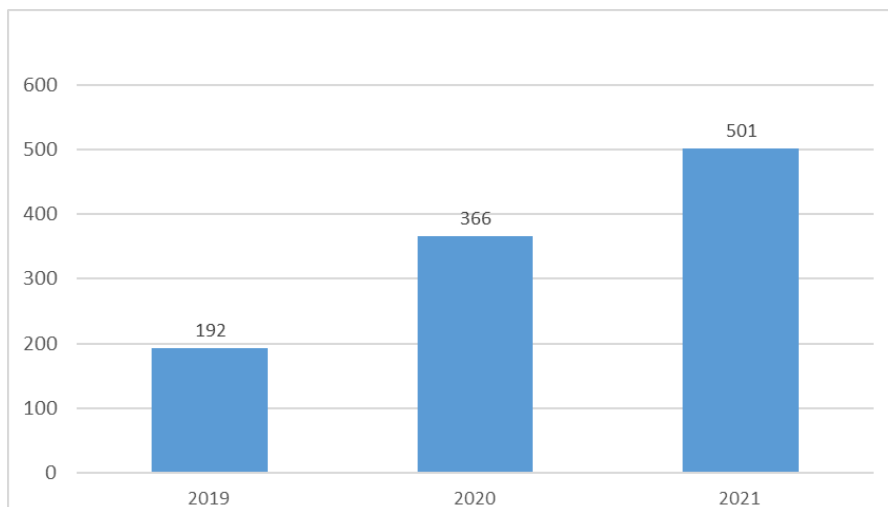


Bild 7. Antal unika personer i Senior Alert

## Svenska palliativregistret

I Svenska Palliativregistret registrerar vårdgivare hur vården av en person i livets slutskede varit. Syftet är att förbättra vården i livets slut för vårdtagaren och deras närstående oberoende av diagnos och vem som utfört vården. Statistiken bygger på förväntade dödsfall som inträffat på vård- och omsorgsboende eller i ordinärt boende med hemsjukvård. Kvalitetsregistret ger verksamheten möjlighet att följa upp och kvalitetssäkra vården vid livets slutskede på ett systematiskt och strukturerat arbetssätt. Svenska palliativregistret erbjuder även vårdpersonal olika typer av kunskapsstöd som hjälper dem att erbjuda en jämlik och god vård.

Under 2021 har det registrerats 62 dödsfall i palliativa registret fördelat på: 56 dödsfall på vård- och omsorgsboende, 5 dödsfall på korttidsboende och 1 dödsfall i ordinärt boende.

Anledning till att fler personer avlidit kan bland annat härledas till pandemin då fler äldre avled i covid-19. Äldre i olika boendeformer är en särskilt utsatt grupp vad gäller allvarliga symtom och sjukdom.

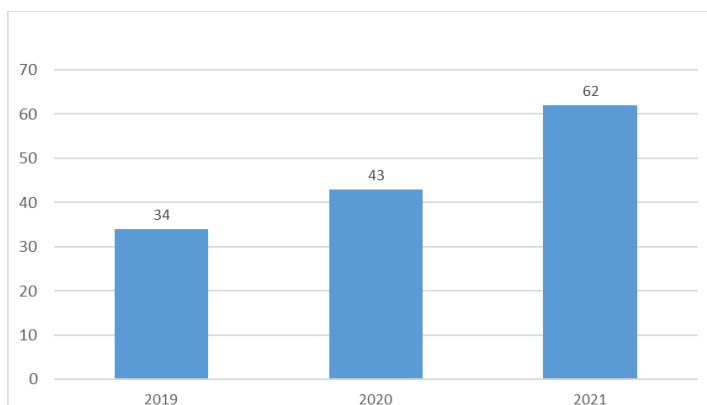


Bild 8. Antal registrerade dödsfall i Palliativregistret

---

## Informationssäkerhet

Kommunen har en skyldighet att genomföra regelbundna kontroller av uppgifter som förs om patienter i elektroniska system, enligt 4 kapitel 3 § patientdatalagen 2008:355. Systemförvaltare i Vellinge kommun ansvarar för att regelbundna loggkontroller genomförs. Resultatet av loggningen rapporteras till ansvarig verksamhetschef som genomför kontroll av loggarna. Loggkontroll ska även utföras vid misstanke om missbruk i elektroniska system. Fyra loggkontroller har genomförts utan anmärkning inom vård och omsorg 2021.

## Lex Maria

Hälso- och sjukvårdspersonal och omvårdnadspersonal rapporterar löpande avvikelser via ett elektroniskt avvikelssystem. Sammanställning, utredning, åtgärd och återkoppling ansvarar ytterst verksamhetschef för inom aktuell verksamhet.

Händelser som har medfört eller hade kunnat medföra allvarlig vårdskada ska anmälas till Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Medicinskt ansvarig sjuksköterska inom respektive verksamhet ansvarar för att utföra en Lex Maria anmälan. Lex Maria anmälan som sker hos privat leverantör av hälso- och sjukvård ska meddelas kommunens medicinskt ansvariga sjuksköterska. Under 2021 har ingen Lex Maria anmälan gjorts till IVO.

## Patientnämnden Skåne

Patientnämnden arbetar utifrån lagen om stöd vid klagomål mot hälso- och sjukvården (2017:372). Patientnämnden är en fristående och opartisk förvaltning som lyder under en självständig politisk nämnd i Region Skåne. Detta innebär att patientnämnden inte ska ta ställning på något sätt, inte utreda vad som faktiskt har hänt om klaganden och vården har olika bilder. Det är verksamheten själv som ska utreda ett klagomål/en händelse.

Patientnämnden gör inte medicinska bedömningar.

Personer kan vända sig till patientnämnden om man vill framföra klagomål och ha stöd i kontakten med vården eller om man vill ha information om sina rättigheter. Vellinge kommun har avtal med patientnämnden och kommunens medicinskt ansvariga sjuksköterska är patientnämndens kontaktperson. Ett ärende har inkommit till Vellinge kommun från patientnämnden under 2021 som gällde synpunkter på bemötande samt omvårdnad.

---

Kommunen har utifrån avtal med patientnämnden skyldighet att informera om patientnämndens verksamhet. Under 2021 har följande aktiviteter genomförts:

- Uppdaterad information på kommunens hemsida om patientnämnden.
- Broschyr om patientnämnden har delats ut till alla verksamheter inom vård och omsorg.
- Utbildningsmaterial om patientnämnden har tilldelats alla verksamheter inom vård och omsorg för att användas inom den egna verksamheten.
- Kommunens medicinskt ansvariga sjuksköterska har deltagit på kommunala pensionärsrådet för att informera om patientnämndens uppdrag och funktion.

## Synpunkter och klagomål

Att hantera synpunkter och klagomål strukturerat är lika viktigt som andra avvikelser, eftersom de kan synliggöra brister som annars inte uppmärksammas. All personal inom vård och omsorg ska kunna ta emot klagomål och synpunkter, som främst brukar komma från anhöriga eller den enskilde själv. I första hand ska respektive verksamhet ta emot och besvara dessa. Det går också att lämna synpunkter och klagomål via Vellinge kommuns e-tjänst. Alla inkomna klagomål och synpunkter via brev, telefonsamtal, e-post eller i samband med möte registreras i kommunens e-tjänst.

Om en patient eller närstående inte kan få svar av vårdgivaren, eller om de anser att de inte har fått ett tillfredställande svar, kan de lämna sitt klagomål till IVO alternativt Patientnämnden.

Antalet inkomna synpunkter och klagomål har minskat med 25 ärenden under 2021 jämfört med 2020. Anledningen till minskningen kan bero på att det var ett större inflöde inom två specifika verksamheter under 2020 samt att en del klagomål blir lösta direkt vid ett samtal och registreras sedan inte.



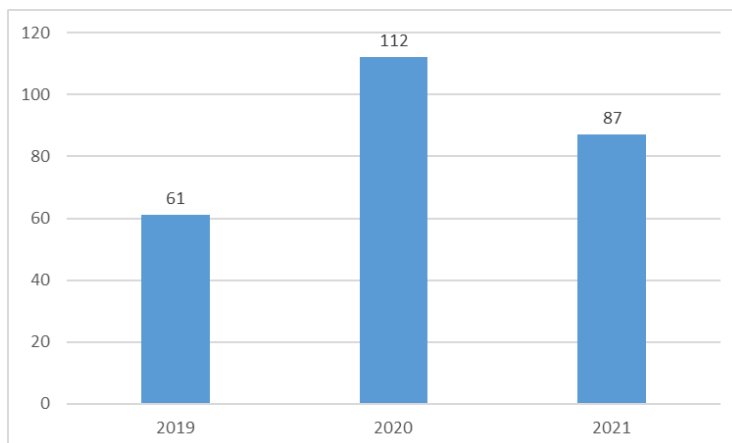


Bild 9. Antal klagomål och synpunkter

## Samverkan med patienter och närstående

Samverkan med patienter och närstående sker dagligen i samband med olika möten. Verksamheten inom särskilt boende för äldre och LSS bjuder in till anhörigmöten samt verksamhetsråd/boenderåd vid några tillfällen per år. Om den enskilde önskar är närstående ofta delaktiga i vårdplaneringen och/eller när en SIP upprättas. Patienter/närstående blir informerade när avvikelser sker. Vid beslut om Lex Maria anmälan erbjuds patienter/närstående att beskriva sin syn på händelsen. Information om kommunens hälso- och sjukvård, anmälan av klagomål och synpunkter, nationella kvalitetsregister, anhörigstöd med mera finns att läsa på kommunens hemsida, anslagstavlor på aktivitetshuset och på vård- och omsorgsboende.

## Avvikelser

### Fallolyckor

Fallolycka innebär en fysisk skada som uppstår när en person faller och risken för fall ökar med stigande ålder. Skadan kan vara lindrig till allvarlig och kan innebära förlorad självständighet, försämrad livskvalitet och i värsta fall leda till dödsfall.

Antalet fall inom vård- och omsorg har minskat något, under 2021 rapporterades 1004 fall och under 2020 var siffran 1042 fall. Det finns flera olika anledningar till att fallolyckorna minskat de senaste åren. Antalet riskbedömningar som genomförs i kvalitetsregistret Senior alert har ökat och där ingår bedömning av "Risk för fall", åtgärder vidtas omgående för att minska risken för fall. Alla personer som fyllt 80 år i kommunen erbjuds ett förebyggande hembesök där fallförbyggande åtgärder är en del som tas upp.

---

Alla fallavvikelser hanteras på tvärprofessionella teamträffar med legitimerad personal och omvårdnadspersonal, där åtgärder som ska vidtas för det berörda fallet bestäms samt uppföljning av dessa.

För att förebygga olyckor i hemmet och skapa sig ett tryggt boende som äldre har en film tagits fram inom ramen för projektet framtidssäkrad välfärd. Målet är att fler ska undvika onödiga skador och därmed kunna bo hemma längre. Filmen kommer att visa på aktivitetshusen, pensionärsföreningar och andra offentliga sammanhang.

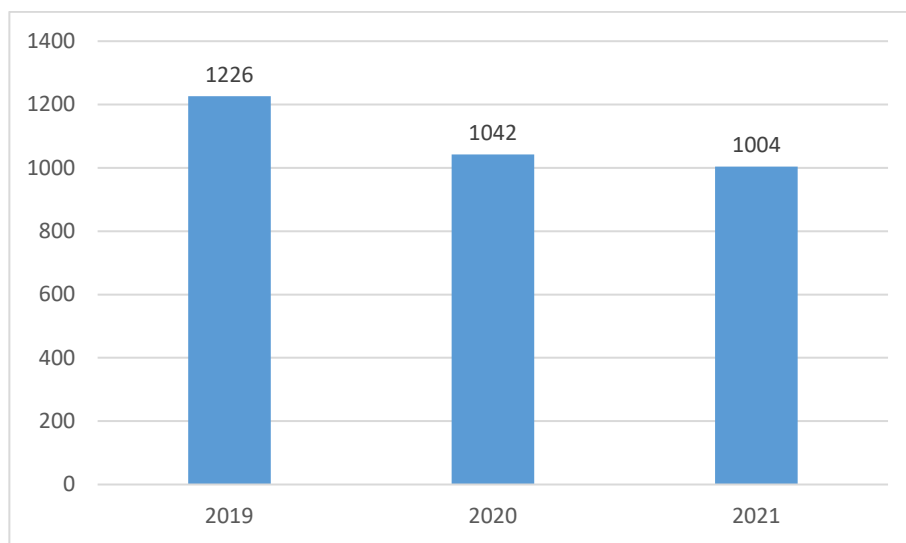


Bild 10. Fallolyckor

### Avvikelser enligt hälso- och sjukvårdslagen (HSL)-vårdskador

All vårdpersonal ansvarar för att uppmärksamma och rapportera avvikelser. Personal som upptäcker en avvikande händelse ska utifrån sin kompetens utföra de åtgärder som är nödvändiga. Beroende på typ av händelse ska sjuksköterska, fysioterapeut, arbetsterapeut och/eller läkare och/eller enhetschef/verksamhetsansvarig eller medicinskt ansvarig sjuksköterska informeras omedelbart.

Genom identifiering, utredning samt mätning av skador och vårdskador 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 uppföljningar. För att öka kunskapen och kvalitén i utredningen av vårdskador har en utbildning genomförts under hösten. Utbildaren gick igenom hur händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada utreds och följs upp kopplat till dokumentationen i journalen. Utbildningen riktade sig till

verksamhetschefer, sjuksköterskor, fysioterapeuter, arbetsterapeuter samt medicinsk ansvariga sjuksköterskor inom vård och omsorg.

Avvikelse följs regelbundet inom alla verksamheter som kommunen har avtal med samt inom egen regi. Omsorgsavdelningen redovisar per kvartalsvis statistik med fördjupad beskrivning för HSL avvikelser samt avvikelser enligt socialtjänstlagen till omsorgsnämnden.

Det har rapporterats 632 avvikelser enligt HSL under 2021 vilket är en minskning med drygt 14 procent jämfört med 2020. Den vanligaste förekommande avvikelsen är läkemedelshantering. För att säkerställa hanteringen av läkemedel ska varje vårdgivare genomföra en extern kvalitetsgranskning minst en gång per år enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården (HSLF-FS 2017:37).

Avvikelse som gäller dokumentation har halverats. En anledning till resultatet kan vara att satsningar på utbildningar i dokumentation som genomförts av omvårdnadspersonal och legitimerad personal de senaste åren har ökat kompetensen och kunskapen i dokumentation.

Under året har det rapporterats att 4 omvårdnadspersonal fått sin delegering indragen kopplat till avvikelser. Antalet unika delegerad personal för läkemedel var 547 personer i december 2021. Det finns tydliga rutiner och riktlinjer som beskriver hantering av läkemedel och delegering av läkemedelsadministrering för att kvalitetssäkra området. Rutinen för läkemedelshantering har reviderats under året och en lathund om att överlämna läkemedel rätt har tryckts upp och delas ut i samband med delegering av läkemedel till omvårdnadspersonal.

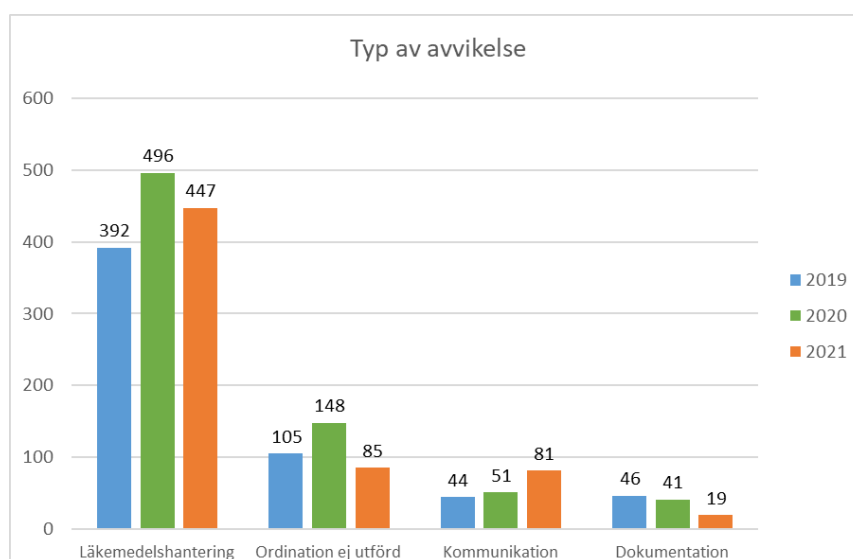


Bild 11. Hälso- och sjukvårdsavvikelse

---

## Övergripande mål och strategier för 2022

### Fortsatt arbete med systematiskt kvalitetsarbete

Alla chefer och medarbetare inom vård- och omsorg ska leda det systematiska kvalitetsarbetet genom att aktivt arbeta med ständiga verksamhetsförbättringar genom analys av synpunkter, klagomål, avvikelser samt egenkontroll och riskanalyser mm.

*Mål:* Öka följsamhet mot SOSFS 2011:9

### Utveckling inom demensområdet

- Kompetensutveckling inom demensområdet för kommunens handläggare samt stab och ledning inom vård och omsorg.  
*Mål:* Under 2022 slutföra stjärnmärkning enligt Svenskt Demenscentrums utbildningsmodell.
- Inom ramen för projektet Framtidssäkrad välfärd genomföra pilotprojekt av demensteam i hemtjänsten.  
*Mål:* Skapa ökad kontinuitet och trygghet för personer med demenssjukdom för att kunna förlänga kvarboende i en invand miljö.
- Undersöka möjligheter till en sammanhållen Vellingemodell för demensvård innefattande tidig upptäckt, kognitiv och demensteam.  
*Mål:* Underlätta *samverkan* mellan region och kommun (alt. mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst), erbjuda *insatser* utifrån individens behov samt arbeta *personcentrerat*, vilket innebär att personen som lever med demenssjukdom sätts i fokus, inte diagnosen”.

### Digitalisering

- Utöka och kartlägga nya områden för användningen av digitala bedömningssamtal och där igenom öka patientsäkerhet och resurseffektivitet.  
*Mål:* Främja att patienten snabbt och enkelt ska kunna få en bedömning och/eller uppföljning för att kunna säkerställa patientens hälsa och arbeta förebyggande.
- Fortsatt implementering av portabla digitala läkemedelsskåp hos vårdtagare i ordinärt boende, där sjuksköterska tagit över ansvaret för läkemedelshanteringen.  
*Mål:* Det ska finnas digitala läkemedelsskåp hos alla patienter i ordinärt boende där kommunens hälso- och sjukvård har tagit över ansvaret för patientens läkemedel.
- Starta ett pilotprojekt på en avdelning på ett av kommunens vård- och omsorgsboende för att med hjälp av en sensor mäta fuktighetsgraden hos patienter med inkontinensskydd.

---

*Mål:* Öka livskvalitén hos omsorgstagare som har inkontinensproblem

### **Samverkan**

- Fortsatt samverkan med Region Skåne och utförare av vård och omsorg för att erbjuda en god och säker teambaserad vård i både ordinärt boende (kvarboendeprincipen) och på vård- och omsorgsboende.  
Utveckling av en nära vård för att möta den demografiska utvecklingen med stöd från kommunens vård- och omsorg och Region Skåne.
- Inom lokal samverkansgrupp för Hälso- och sjukvårdsavtalet avtalet ta fram gemensamma aktiviteter för att starta arbetet med omställning mot nära vård
- Utförare av verksamheter inom vård- och omsorg ska arbeta mer aktivt med BPSD.
- Utveckla hantering och uppföljning av digitala signering för ordinationer och insatser enligt hälso- och sjukvårdslagen.