ESLÖVS KOMMUN

Kallelse

Kallelse till Vård- och omsorgsnämndens sammanträde

Datum och tid: **2025-03-19 kl. 16:00**
Plats: **Sammanträdessal Albert Sahlin, Stadshuset Eslöv**

Förhinder anmäls till Helena Nilsson, helena.nilsson2@eslov.se, 0413-62171

Ärenden

1	Val av justerare	
2	Ekonomisk månadsrapport, februari 2025	2 - 8
3	Redogörelse för tillsyn över alkoholservering samt försäljning av tobaksvaror, folköl samt handel med vissa receptfria läkemedel 2024	9 - 13
4	Patientsäkerhetsberättelse 2024	14 - 48
5	Information om upphandling av hjälpmedelsförsörjning	49
6	Val av ny ersättare till vård- och omsorgsnämndens arbetsutskott	
7	Förvaltningschefen informerar, 2025	
8	Redovisning av delegeringsbeslut	
9	Anmälningar för kännedom	

Ordförande
Tony Hansson (S)

ESLÖVS KOMMUN

VOO 2025/46

2025-03-13
Camilla Nilsson
+4641362986
camilla.nilsson2@eslov.se

Vård och omsorgsnämnden

Tjänsteskrivelse, Ekonomisk månadsrapport, februari 2025

Förslag till beslut

- Vård och omsorgsnämnden beslutar att godkänna upprättad ekonomisk månadsrapport för februari 2025 och översända den till kommunstyrelsen.

Ärendebeskrivning

Förvaltningen har upprättat en ekonomisk månadsrapport för februari 2025 innehållande resultatrapport, driftredovisning och verksamhetsmått. Kommentarer till ekonomiskt utfall baseras på de siffror som redovisas samt information från budgetuppföljningar med enhetschefer och statistik över beslutade insatser från myndigheten.

Beslutsunderlag

Ekonomisk månadsrapport, februari 2025
Ekonomisk månadsrapport, februari 2025 bilagor

Beredning

Vård och omsorgsnämnden redovisar per 28 februari ett överskott på 1,0 mnkr. Att analyser utfallet efter endast två månader är svårt då det förekommer eftersläpning i både intäkter och kostnader. På intäktssidan är det eftersläpning i utbetalning av statsbidrag som nämnden blivit tilldelat. Det är statsbidrag avseende God och nära vård ca 2,6 mnkr och Äldreomsorgslyftet 5,2 mnkr. Nämnden har redan kostnader kopplade till dessa statsbidrag men ännu har alltså inte täckning för kostnaderna skett. På kostnadssidan är det eftersläpning för kostnader kopplade till IT-arbetsplatser, datorer och bilar.

Beslutet skickas till

Kommunstyrelsen

Ingrid Westerlund
Förvaltningschef

Camilla Nilsson, Sofia Bärring
Controllers

ESLÖVS KOMMUN

Vård och omsorgsnämnden

Ekonomisk månadsrapport avseende, februari

Ordförande:	**Tony Hansson**
Förvaltningschef:	Ingrid Westerlund
Budgetavvikelse, utfall (mnkr)	1,0 mnkr

Kommentarer till utfallet

Vård och omsorgsnämnden redovisar per 28 februari ett överskott på 1,0 mnkr. Att analyser utfallet efter endast två månader är svårt då det förekommer eftersläpning i både intäkter och kostnader. På intäktssidan är det eftersläpning i utbetalning av statsbidrag som nämnden blivit tilldelat. Det är statsbidrag avseende God och nära vård ca 2,6 mnkr och Äldreomsorgslyftet 5,2 mnkr. Nämnden har redan kostnader kopplade till dessa statsbidrag men ännu har alltså inte täckning för kostnaderna skett. På kostnadssidan är det eftersläpning för kostnader kopplade till IT-arbetsplatser, datorer och bilar.

De statsbidrag som ännu inte erhållits men där kostnader är bokförda är hänförliga till äldreomsorgen, vilket är en förklaring till varför denna verksamhetsgren redovisar ett underskott. Genomlysningen av ersättningsmodellen inom hemvården är nu i gång och resultatet förväntas presenteras senare under våren.

Inom område funktionsnedsättning är nu alla enhetschefstjänsterna tillsatta. Under januari månad har verksamheten haft kostnader för en extern placering som inte verkställts.

Enheten för ekonomiskt bistånd har ett underskott på 0,7mnkr kopplat till utbetalt försörjningsstöd. Detta underskott vägs upp av intäkter från Migrationsverket kopplade till ukrainska flyktingar som under 2024 blivit folkbokförda i Sverige.

Verksamhetsmått

Under årets inledande månader understiger antalet verkställda boendebeslut den tillgängliga kapaciteten på de särskilda boendena inom äldreomsorgen.

Antalet vårddygn avseende HVB placeringar inom Socialtjänst över 18år minskar under februari vilket påverkar enhetens ekonomiska utfall positivt.

Andelen heltidsanställda inom SÄBO ökar i februari vilket beror på att många anställningsavtal skrevs om under februari kopplat till nya titulaturer och då höjdes samtidigt sysselsättningsgraden på flertalet anställda.

Ekonomiska tabeller

DRIFTREDOVISNING	Budget Helår			Budget	Utfall Period			Avvikelse	Förbrukn %
Vård och Omsorg	kostnad	intäkt	netto	Period	kostnad	intäkt	netto		netto
Politisk verksamhet	-1 377	0	-1 377	-229	-163	0	-163	66	11,84%
Alkoholtillsyn	-47	257	210	35	-32	1	-31	-66	-14,76%
Äldreomsorg	-440 088	58 896	-381 192	-62 003	-88 902	24 879	-64 022	-2 019	16,80%
LSS	-286 185	52 662	-233 523	-38 920	-45 798	8 635	-37 163	1 757	15,91%
Socialpsykiatri	-35 989	4 954	-31 036	-5 173	-6 378	841	-5 537	-364	17,84%
Socialtjänst över 18 år	-35 563	5 458	-30 105	-5 017	-6 291	1 265	-5 027	-10	16,70%
Förvaltningsgemensamt	-48 904	395	-48 509	-8 085	-7 249	119	-7 130	955	14,70%
Ekonomiskt bistånd	-64 269	7 700	-56 569	-9 428	-11 501	2 776	-8 725	703	15,42%
	-912 422	130 322	-782 101	-128 820	-166 314	38 516	-127 798	**1 022**	

Resultatrapport	Budget Helår	Period	Utfall feb	Förbrukning % Helår	Period
Intäkter	130 321	21 720	38 516	30%	177%
Kostnader	-912 421	-150 541	-166 314	18%	110%
Personalkostnader	-544 085	-89 152	-106 203	20%	119%
Lokalkostnader	-83 040	-13 840	-14 378	17%	104%
Övriga driftkostnader	-284 518	-47 420	-45 666	16%	96%
Kapitalkostnader	-778	-130	-67	9%	52%
Nettokostnader	-782 100	-128 821	-127 798	16%	99%
Kommunbidrag	-782 100	-128 821	-128 821		
Årets resultat			**1 022**		

Redovisat per enhet 2025	Budget		Ufall per månad												Ack Utfall	Avvik. mot periodbudget	Förburkning % helår
Ansvar	Årsbudget	Periodbudget	Jan	Feb	Mar	Apr	Maj	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Dec	Ack Utfall	Avvik. mot periodbudget	Förbr
300000 Förvaltningschef,3A	6 581	1 097	673	468	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**1 142**	-45	104,10%
300200 Verksamh.chef Hälsa o bistånd	3 070	512	405	263	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**668**	-156	130,60%
310000 Myndighetschef C3	11 534	1 922	947	1 007	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**1 954**	-32	101,70%
320000 Adm.chef,3C	21 624	3 604	1 352	1 567	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**2 919**	685	81,00%
330001 Personal adm friskvård	852	142	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**0**	142	0,00%
340000 Verksamhetschef,3E	87 051	14 097	6 677	6 005	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**12 682**	1 415	90,00%
340100 Enhetschef,3F,Trollsjögård.	32 679	5 234	3 128	2 805	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**5 933**	-699	113,40%
340105 Enhetschef, Hemvård Väster	2 676	446	105	-41	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**64**	382	14,40%
340110 Enhetschef,3G,Hemvård HGT Natt	0	0	0	40	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**40**	-40	-
340115 Enhetschef, Hemvård Ytter	8 571	1 429	715	531	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**1 246**	183	87,20%
340120 Enhetschef,3H,Hemvård Norr	3 054	509	76	90	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**167**	342	32,70%
340125 Enhetschef, Hemvård Öster	2 702	450	722	951	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**1 673**	-1 223	371,40%
340130 Enhetschef,3I,Gjutaregården	24 151	3 881	2 288	2 038	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**4 326**	-445	111,50%
340140 Enhetschef,3J,Ölycke	22 394	3 606	1 895	1 861	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**3 756**	-151	104,20%
340150 Enhetschef,3K,Bergagården	29 949	4 811	2 609	2 452	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**5 062**	-250	105,20%
340160 Enhetschef,3L,Hemsjukvård	45 251	7 542	3 515	3 640	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**7 155**	387	94,90%
340170 Enhetschef,3M,Rehab	22 714	3 786	1 642	1 780	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**3 422**	364	90,40%
340180 Enhetschef,3N,Solhällan	28 268	4 525	2 356	2 457	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**4 814**	-289	106,40%
340185 Enhetschef,3Å,Vårlöken	3 385	564	291	289	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**579**	-15	102,70%
340190 Enhetschef Kärråkra plan 1	14 624	2 319	1 353	1 484	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**2 838**	-518	122,30%
340191 Enhetschef Kärråkra plan 2	14 766	2 346	1 773	1 701	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**3 474**	-1 127	148,00%
340192 Enhetschef, Alegården	4 728	788	474	407	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**881**	-93	111,80%
340201 Enhetschef Natt	6 552	1 092	666	549	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**1 215**	-123	111,30%
340202 Enhetschef Teknikgruppen	1 335	223	76	236	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**312**	-90	140,20%
340203 Enhetschef Hemgångsteam	8 028	1 338	751	634	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**1 385**	-47	103,50%
340300 Enhetschef Kärråkra	16 959	2 792	1 453	1 107	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**2 560**	231	91,70%
350000 Verksamhetschef,3P	14 260	2 377	765	955	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**1 720**	657	72,40%
350110 Enhetschef, LSS	36 914	6 152	3 333	3 018	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**6 351**	-199	103,20%
350120 Enhetschef,3S LSS omr5	23 288	3 881	1 908	1 847	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**3 756**	125	96,80%
350130 Enhetschef,3T LSS B o Ungd	26 413	4 402	2 097	2 062	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**4 159**	244	94,50%
350131 Ledsag,avlös,kontaktp, LSS	5 048	841	293	402	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**696**	146	82,70%
350140 Enhetschef,3U LSS Omr4	22 026	3 671	1 936	1 743	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**3 679**	-8	100,20%
350150 Personlig assistans extern	23 861	3 977	1 746	1 271	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**3 017**	960	75,90%
350160 Personlig assistans krets 1&2	11 690	1 948	951	947	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**1 898**	51	97,40%
350161 Personlig assistans krets 3	9 152	1 525	832	719	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**1 551**	-26	101,70%
350170 Enhetschef,3Y LSS omr3	30 559	5 093	2 697	2 322	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**5 019**	74	98,60%
350180 Enhetschef,3Z LSS dagl vsh	28 728	4 788	2 508	2 425	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**4 933**	-145	103,00%
350190 Enhetschef,3Ä socialpsyk.	32 619	5 437	3 112	2 811	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**5 923**	-486	108,90%
360000 Enhetschef Soc.tjänsten +18 år	7 814	1 302	410	510	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**920**	382	70,70%
360010 Enheten f ekonomiskt bistånd	56 520	9 420	4 246	4 473	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**8 720**	700	92,60%
360020 Öppenvården	7 375	1 229	519	499	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**1 018**	212	82,80%
360030 Vård o behandling 3R	16 292	2 715	1 998	1 426	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**3 424**	-709	126,10%
360040 Övrig vuxenrådgivning 3R	2 427	404	57	167	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**224**	180	55,40%
360050 Mötesplats Karidal	3 616	603	258	269	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**527**	76	87,40%
Total	**782 100**	**128 821**	**65 609**	**62 189**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**127 798**	**1 022**	**99,20%**

Verksamhetsmått 2025

	januari	februari	mars	april	maj	juni	juli	augusti	september	oktober	november	december
Hemvård												
Beviljad tid	13 958	13 719										
Utförd tid	11 634	10 347										
Antal trygghetslarm	913	940										
Antal personer med hemgångsstöd (HGT)	28	24										
SÄBO												
Antal i kö	1	5										
Antal som väntat mer än tre månader	0	0										
Antal verkställda boendebeslut	246	248										
Omsättningstal	8	7										
Kapacitet boendeplatser	253	253										
Antal externa boendebeslut	7	7										
Antal verkställda trygghetsboendebeslut	15	16										
Antal verkställda korttidsdygn internt	438	324										
Antal verkställda korttidsdygn externt	0	0										
Beläggning Ölycke	79,93%	67,26%										
LSS												
Antal timmar med betalningsansvar SFB, personlig assistans	4 089	4 176										
Antal timmar med betalningsansvar LSS, personlig assistans	4 288	4 288										
Antal verkställda boendebeslut	175	176										
Antal i kö till boende	7	8										
Antal som väntat mer än tre månader	5	7										
Antal externa boendebeslut	4	5										
Antal personer med daglig verksamhet, verkställda beslut	208	207										
Socialpsykiatri												
Antal verkställda boendebeslut	37	37										
Antal i kö till boende	0	1										
Antal som väntat mer än tre månader	0	0										
Antal beslut om boendestöd	81	83										
Antal externa placeringar	12	12										
Socialtjänst över 18 år												
Antal vårddygn enligt LVU (IFO vuxen)	0	0										
Antal vårddygn enligt LVM (IFO vuxen)	62	56										
Antal vårddygn skyddat boende	245	225										
Antal vårddygn enligt SoL (IFO vuxen)	466	274										
Antal personer inom primär behandling	5	6										
Antal personer inom efterbehandling	7	6										
Antal andrahandskontrakt	47	48										
Ekonomiskt bistånd												
Antal nya ärende ekonomiskt bistånd	54	54										
Antal hushåll som beviljats ek bistånd	400	391										
Genomsnitt kr/utbetal/hushåll som beviljats beslut	10 206	10 318										
Kostnad beviljat bistånd	4 082 361	4 034 760										
Antal inbokade nybesök budget- och skuldrådgivning	8	8										
Antal pågående ärende budget- och skuldrådgivning	295	289										
Personal												
Hälsotalet	93,3%	92,5%										
Andel heltid inom SÄBO	72,9%	88,3%										
Andel heltid inom Hemvård	96,2%	96,7%										
Andel heltid inom LSS	82,1%	83,1%										

Verksamhetsmått 2024

	januari	februari	mars	april	maj	juni	juli	augusti	september	oktober	november	december
Hemvård												
Beviljad tid	13 369	12 440	13 136	12 001	12 513	12 828	13 159	12 649	13 149	13 378	13 192	13 852
Utförd tid	10 140	9 430	9 680	9 603	10 100	9 451	10 339	9 826	9 866	10 674	10 433	11 110
Antal trygghetslarm	925	899	888	898	881	908	912	904	923	932	938	946
Antal personer med hemgångsstöd (HGT)	29	19	15	20	21	24	26	15	21	24	21	27
SÄBO												
Antal i kö	4	15	12	12	21	11	19	20	14	12	8	11
Antal som väntat mer än tre månader	0	0	0	0	0	0	0	2	1	0	0	0
Antal verkställda boendebeslut	253	259	253	259	252	253	254	252	255	257	256	250
Omsättningstal	7	12	4	4	2	9	6	6	8	5	8	13
Kapacitet boendeplatser	253	253	253	253	253	253	253	253	253	253	253	253
Antal externa boendebeslut	6	6	5	6	6	7	7	7	7	6	6	7
Antal verkställda trygghetsboendebeslut	3	4	12	12	12	12	12	13	15	15	15	16
Antal verkställda korttidsdygn internt	346	344	386	292	311	371	465	457	436	414	427	375
Antal verkställda korttidsdygn externt	0	0	0	0	0	0	0	0	29	31	30	31
Beläggning Ölycke	56,10%	64,56%	66,67%	48,15%	49,46%	63,89%	80,11%	81,72%	77,04%	76,88%	80,93%	67,74%
LSS												
Antal timmar med betalningsansvar SFB, personlig assistans	4 263	4 263	4 176	4 176	4 176	4 176	4 176	4 002	4 002	4 089	4 089	4 089
Antal timmar med betalningsansvar LSS, personlig assistans	4 358	4 358	4 187	4 187	4 187	4 531	4 531	4 531	4 288	4 288	4 288	4 288
Antal verkställda boendebeslut	167	166	167	166	166	167	168	168	164	170	163	174
Antal i kö till boende	7	7	8	5	6	7	8	8	8	7	8	8
Antal som väntat mer än tre månader	6	6	7	5	5	5	5	6	7	6	6	6
Antal externa boendebeslut	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5
Antal personer med daglig verksamhet, verkställda beslut	198	198	196	190	192	197	197	202	204	210	206	211
Socialpsykiatri												
Antal verkställda boendebeslut	38	38	37	37	38	39	38	38	38	35	37	37
Antal i kö till boende	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0
Antal som väntat mer än tre månader	0	0	0	0	0	1	1	1	1	0	0	0
Antal beslut om boendestöd	70	76	71	72	76	75	77	80	82	89	85	81
Antal externa placeringar	13	13	10	10	10	13	12	11	10	10	12	16
Socialtjänst över 18 år												
Antal vårddygn enligt LVU (IFO vuxen)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Antal vårddygn enligt LVM (IFO vuxen)	42	29	11	0	0	0	0	31	30	60	70	64
Antal vårddygn skyddat boende	216	176	186	195	236	154	217	173	289	283	244	216
Antal vårddygn enligt SoL (IFO vuxen)	482	411	548	568	545	511	538	312	344	371	428	463
Antal personer inom primär behandling	7	7	9	5	7	7	6	5	4	3	2	3
Antal personer inom efterbehandling	4	3	4	5	5	4	5	7	7	8	8	8
Antal andrahandskontrakt	61	64	66	67	67	59	59	58	57	51	51	47
Ekonomiskt bistånd												
Antal nya ärende ekonomiskt bistånd	45	38	46	37	42	50	43	50	53	59	43	44
Antal hushåll som beviljats ek bistånd	360	356	363	364	369	355	363	372	387	394	391	381
Genomsnitt kr/utbetal/hushåll som beviljats beslut	10 472	10 098	11 039	10 558	10 737	9 083	12 476	10 290	9 427	11 403	8 914	11475
Kostnad beviljat bistånd	3 769 863	3 594 783	4 007 216	3 843 125	3 961 783	3 224 413	4 528 886	3 828 002	3 648 365	4 492 976	3 485 534	4371994
Antal inbokade nybesök budget- och skuldrådgivning	10	23	13	19	13	15	6	21	13	17	22	5
Antal pågående ärende budget- och skuldrådgivning	257	274	277	288	294	302	294	298	299	286	306	301
Personal												
Hälsotalet	89,1%	89,0%	90,9%	91,6%	90,4%	92,6%	93,4%	94,2%	92,9%	91,60%	93,40%	94,00%
Andel heltid inom SÄBO	74,3%	74,1%	72,9%	71,7%	71,8%	72,1%	71,9%	72,1%	71,9%	71,4%	68,90%	69,10%
Andel heltid inom Hemvård	93,3%	94,2%	95,3%	93,6%	95,1%	95,1%	95,1%	95,6%	95,6%	95,6%	95,30%	95,90%
Andel heltid inom LSS	78,7%	78,4%	80,1%	79,2%	81,4%	80,4%	80,1%	81,2%	81,8%	82,1%	81,80%	81,30%

ESLÖVS KOMMUN

VOO 2025/76

2025-03-06
Otto Graudums
+4641362155
otto.graudums@eslov.se

Vård- och omsorgsnämnden

Tjänsteskrivelse; Redogörelse för tillsyn över alkoholservering samt försäljning av tobaksvaror, folköl samt handel med vissa receptfria läkemedel under 2024

Förslag till beslut
Vård- och omsorgsnämnden lägger informationen till handlingarna.

Ärendebeskrivning
Vård- och omsorgsnämnden beslutade den 21 februari 2018 att godkänna en tillsynsplan avseende kommunens tillsyn över alkoholservering, försäljning av folköl, tobak samt handel med vissa receptfria läkemedel.

Enligt tillsynsplanen ska tillsynsarbetet följas upp årligen i samband med ingång av nytt kalenderår. Redovisningen ska innefatta uppgift om antalet genomförda tillsynsbesök under året. Den ska även innefatta information om hur många tillsynsobjekt som under året varit föremål för tillsyn.

Beslutsunderlag
Tillsynsplan

Årsberättelse; Tillsyn av alkoholservering samt försäljning av folköl, tobak samt receptfria läkemedel under 2024.

Beredning
Redogörelse för tillsynsarbetet under 2024 finns i årsberättelsen.

Beslutet skickas till
Akten

Otto Graudums
Utredningssekreterare

Ingrid Westerlund
Förvaltningschef

2025-03-06
Otto Graudums
+4641362155
otto.graudums@eslov.se

Vård och omsorg

Årsberättelse; Tillsyn av alkoholservering samt försäljning av folköl, tobak samt receptfria läkemedel under 2024

Kommunens målsättningar enligt tillsynsplanen
Enligt Eslövs kommuns tillsynsplan är målsättningen att varje stadigvarande serveringsställe ska få åtminstone ett tillsynsbesök om året. Tillsyn ska även genomföras på tillfälliga serveringar vid större arrangemang. Samordnad tillsyn i form av samordnade tillsynsomgångar under sen kväll är avsedda att genomföras vid tre tillfällen per kalenderår.

Inre tillsyn är under varje kalenderår avsedd att genomföras gentemot samtliga tillståndshavare i Eslövs kommun. Underlag (motsvarande de som inhämtas vid ansökan om serveringstillstånd) ska inhämtas från Polisen och Skatteverket.

I fråga om förebyggande tillsyn anger tillsynsplanen att kommunen en gång per kalenderår bör inbjuda tillståndshavare till utbildningen Ansvarsfull alkoholservering. Utbildningen bör lämpligen samarrangeras med en eller flera andra kommuner.

Beträffande tillsyn över försäljningsställen som tillhandahåller folköl och/eller tobaksvaror anger tillsynsplanen att kommunen per kalenderår ska genomföra ett tillsynsbesök per försäljningsställe. Något av dessa tillsynsbesök bör, om möjligt, genomföras tillsammans med Polisen.

Tillsynsbesök vid verksamheter som säljer receptfria läkemedel är, enligt tillsynsplanen, avsedda att ske minst vart tredje år.

Tillsyn av serveringsställen

Yttre tillsyn

Vid årsskiftet 2024/2025 fanns inom Eslövs kommun 28 serveringsställen med stadigvarande serveringstillstånd. Under 2023 genomfördes totalt 24 tillsynsbesök på 21 serveringsställen.

På ett par serveringsställen med mer lågintensiv verksamhet har försök genomförts med digitala tillsynsbesök som komplement till fysiska tillsynsbesök. Tillståndshandläggaren har då inhämtat upplysningar om verksamhetens drift, samt företagarna fått möjlighet att ställa eventuella frågor kring serveringstillstånd.

Under 2024 beviljades inga tillfälliga tillstånd avseende större tillställningar inom kommunen.

Samordnad tillsyn

Under året har 3 samordnade tillsynsbesök gjorts med Polisen.

Inre tillsyn

Inre tillsyn har, under 2024, genomförts gentemot samtliga tillståndshavare i kommunen. Uppgifter gällande tillståndshavarnas personliga och ekonomiska vandel har då inhämtats från Polisen och Skatteverket.

Förebyggande tillsyn

Under 2024 har arbete lagts ned på att få tillstånd ett samarrangemang med ett antal grannkommuner kring tvådagarsutbildningen Ansvarsfull alkoholservering. Samarbetet löpte till en början bra. Dessvärre meddelade flera kommuner i ett senare skede, att ekonomin inte medgav genomförandet av utbildningsdagarna. Senaste gången Eslövs kommun arrangerade utbildningen var under hösten 2022.

Det förebyggande tillsynsarbetet under 2024 har utövats fortlöpande genom dialog i samband med kommunens tillsynsbesök samt vid löpande kontakt via telefon, e-post och besök på stadshuset.

Tillsyn av Tobak/folköl och receptfria läkemedel.

De flesta försäljningsställena i kommunen tillhandahåller vanligtvis fler än en av de aktuella produktkategorierna. Tillsyn gällande samtliga aktuella produktkategorier sker normalt samtidigt, vid ett och samma tillsynsbesök på respektive driftställe.

Vid årsskiftet 2024/25 fanns inom Eslövs kommun 28 försäljningsställen avseende tobaksvaror, folköl och receptfria läkemedel. Under året har totalt 22 tillsynsbesök genomförts. Tillsynsarbetet under 2024 inriktades främst mot att besöka mindre verksamheter.

Planerad tillsyn m.m. under 2025

Under första halvåret 2025 är målsättningen att genomföra tillsynsbesök hos de verksamheter som inte fick något tillsynsbesök under 2024. Vid innevarande tidpunkt (mars 2025) har ett antal sådana tillsynsbesök genomförts. Ambitionen är även att fortsätta utföra samordnad tillsyn med polismyndigheten, något som efter ett uppehåll kom igång under 2024.

Eftersom utbildningen Ansvarsfull Alkoholservering (AAS) inte genomfördes under 2024 pågår planering inför ett eventuellt genomförande under 2025. Genomförandet av AAS förutsätter dock att flera kommuner bidrar till ett samarrangemang.

Den nu gällande tillsynsplanen antogs av vård- och omsorgsnämnden 2018. Sedan dess har vissa ändringar i lagstiftningen skett samt erfarenheter vunnits under det tillsynsarbete som har genomförts. I nuläget står alkohollagen eventuellt inför tillförande av regler som ska medge s.k. *gårdsförsäljning* (sommaren 2025). Detta gör att det finns behov av en större översyn samt revidering av tillsynsplanen.

Otto Graudums
Utredningssekreterare

2025-03-06
Pia Arndorff
+4641362102
pia.arndorff@eslov.se

Vård- och omsorgsnämnden

Tjänsteskrivelse. Patientsäkerhetsberättelse 2024

Förslag till beslut
- Vård och omsorgsnämnden godkänner patientsäkerhetsberättelsen för 2024 med plan för 2025 och lägger den till handlingarna.

Ärendebeskrivning
Enligt Patientsäkerhetslagen SFS 2010:659 ska vårdgivaren senast den 1 mars varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse. I denna ska det framgå hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits under föregående kalenderår. Det ska också redogöras för övergripande mål och strategier för kommande år gällande patientsäkerhetsarbetet.

Beslutsunderlag
Patientsäkerhetsberättelse 2024

Beredning
Underlag för patientsäkerhetsberättelsen fås genom statistik från Eslövs kommuns avvikelsesystem, statistik från nationella kvalitetsregister, sammanställningar och utvärderingar av genomförda aktiviteter samt genom enkät till enhetschefer inom vård och omsorg med medarbetare som arbetar patientnära.

Beslutet skickas till
Handläggare

Ingrid Westerlund
Tf förvaltningschef

Pia Arndorff
Medicinskt ansvarig sjuksköterska

ESLÖVS KOMMUN

Patientsäkerhetsberättelse
För Eslövs kommun
År 2024

Med plan för 2025

Datum
20250301
Ansvarig för innehållet
Pia Arndorff, MAS
Marie Hansson/Jenny Olsson, MAR
Diarienummer VOO 2025/74

Inledning

PSL 2010:659, SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §

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.

Patientsäkerhetsberättelsen ska ha en sådan detaljeringsgrad att det går att bedöma hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten har bedrivits i verksamhetens olika delar samt att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses.

Patientsäkerhetsberättelsen ska vara färdig senast den 1 mars varje år, finnas tillgänglig för den som vill ta del av del av den och den bör utformas så att den kan ingå i vårdgivarens ledningssystem för patientsäkerhet.

Källa:
Socialstyrelsen ”Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2020–2024”

Innehåll

SAMMANFATTNING 4

GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD 5
Engagerad ledning och tydlig styrning 5
Övergripande mål och strategier 5
Organisation och ansvar 5
Samverkan för att förebygga vårdskador 7
Informationssäkerhet 8
En god säkerhetskultur 8
Adekvat kunskap och kompetens 9
Patienten som medskapare 9

AGERA FÖR SÄKER VÅRD 10
Öka kunskap om inträffade vårdskador 10
Tillförlitliga och säkra system och processer 12
Säker vård här och nu 13
Riskhantering 15
Stärka analys, lärande och utveckling 15
Avvikelser 22
Klagomål och synpunkter 32
Öka riskmedvetenhet och beredskap 32

MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR 35

SAMMANFATTNING

En viktig del av patientsäkerhetsarbetet under 2024 har handlat om Nära vård och hur hälso- och sjukvårdskunskap ska kunna säkras i framtidens hemsjukvård. Här har frågan om delegeringar varit viktig. Ännu finns inga lösningar på denna fråga och den kommer att fortsätta under 2025.

Arbetet med att förbättra dokumentationen har fortsatt under 2024. Standardvårdplaner har skapats och kommer att läggas in i dokumentationssystemet. Planerad start är januari 2025.

Arbetet med riskbedömningar i senior alert är en viktig del av att arbeta förebyggande för att förhindra risker. Under 2024 har arbetet med riskbedömningar fortsatt inom vård och omsorgsboende och det har även fortsatt i hemsjukvården efter uppstarten 2023. Arbetet med att också få med funktionsnedsättning i arbetet med senior alert har fortsatt under 2024, med förhoppning att de kan komma igång 2025.

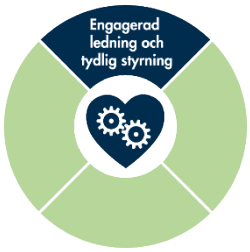
Ett viktigt arbete som påbörjats under 2024 och som kommer att fortsätta under 2025 är att följa efterlevnaden av rutin Skyddsåtgärder. Inga begränsningsåtgärder ska finnas och de skyddsåtgärder som sätts in ska vara korrekt utredda och utvärderas. Under 2024 startade arbetet inom LSS boenden och även vård och omsorgsboenden kommer att ingå under 2025.

Det finns ett stort engagemang i verksamheten kring patientsäkerhetsfrågor. Samtliga medarbetare har deltagit i patientsäkerhetsarbetet. Personal har bidragit genom att identifiera och anmäla avvikelser. Det är genom att hitta risker och analysera vad som skett, som organisationen kan lära och inte göra om samma sak.

GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

Nedan beskrivs mål och strategier, organisation och struktur för arbetet med att minska antalet vårdskador.
För att kunna nå den nationella visionen ”God och säker vård – överallt och alltid” och det nationella målet ”ingen patient ska behöva drabbas av vårdskada”, har fyra grundläggande förutsättningar identifierats i den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet.

Engagerad ledning och tydlig styrning



En grundläggande förutsättning för en säker vård är en engagerad och kompetent ledning och tydlig styrning av hälso- och sjukvården på alla nivåer.

Övergripande mål och strategier

PSL 2010:659, 3 kap. 1 §, SOSFS 2011:9, 3 kap. 1-3 §

Mål för 2024

- Ökad efterlevnad av basala hygienrutiner
- En utveckling av dokumentationen
- Ett kvalitetsarbete gällande nutrition
- Ett kvalitetsarbete gällande minskning av antalet patienter med trycksår samt minskning av antalet sår
- Utveckling av vård i livets slut
- Höja nivån av patienter som får sin ordination utförd i rätt tid
- Säkerställa att rutin gällande skyddsåtgärder efterlevs inom funktiosnedsättning
- Professionellt bemötande mot brukare inom funktionsnedsättning
- Säkerställa att patienter inte far illa vid förflyttningar

Organisation och ansvar

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

Ansvaret för patientsäkerhetsarbetet har under 2024 varit organiserat enligt följande:

Vård och omsorgsnämnden

Vård och omsorgsnämnden är vårdgivare och har det övergripande ansvaret för att planera, leda och kontrollera hälso- och sjukvården på ett sätt som leder till att kravet på en god och säker vård upprätthålls. Vårdgivaren ansvarar för att det finns ett ledningssystem för det systematiska kvalitetsarbetet.

Verksamhetschef enlig hälso- och sjukvårdslagen
Inom kommunen är förvaltningschefen för vård och omsorg, verksamhetschef enligt HSL. Det är verksamhetschefen som har det övergripande ansvaret för verksamheten och ska säkerställa att patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vården tillgodoses.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)
I varje kommun finns en MAS. I uppdraget som MAS ingår det att tillsammans med verksamhetschefen HSL ansvara för att upprätthålla och utveckla verksamhetens kvalitet och patientsäkerhet inom ramen för det ledningssystem som ska finnas för den kommunala hälso- och sjukvården.

MAS har ett särskilt ansvar för att:

- Patienten får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde
- Patienten får den hälso- och sjukvård som läkare förordnat om
- Journaler förs i den omfattning som föreskrivs i patientdatalagen (2008:355).
- Beslut om att delegera ansvar för vårduppgifter är förenliga med patientsäkerheten
- att det finns ändamålsenliga och välfungerande rutiner
  - för läkemedelshantering
  - rapportering av avvikelser
  - för att kontakta läkare eller annan hälso- och sjukvårdspersonal när patientens tillstånd kräver det.

I förvaltningen är MAS ansvarig för att händelser som medfört eller hade kunnat medföra allvarlig vårdskada anmäls enligt lex Maria till Inspektionen för vård och omsorg (IVO).

Medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR)
Enligt HSL 11 kap 4§ får en fysioterapeut eller arbetsterapeut ansvara för att fullgöra det ansvar som åligger medicinskt ansvarig sjuksköterska inom ett verksamhetsområde som i huvudsak omfattar rehabilitering.

I Eslövs kommun finns en MAR utsedd. Då MAR i Eslöv har en tudelad tjänst som fysioterapeut och MAR finns en intern ansvarsindelning där MAS ansvarar för utredningar av allvarligare karaktär.

Verksamhetschef
Verksamhetschefen ska planera, leda, kontrollera, följa upp och förbättra verksamheterna inom sin verksamhet.

Enhetschef
Enhetschef ansvarar för att rutiner och riktlinjer som verksamhetschef enligt HSL, verksamhetschefchef och MAS har fastställts är kända och följs i verksamheten. Enhetschefen ansvarar även för att förutsättningar finns för hälso-och sjukvårdspersonal att utföra god och säker vård inkluderat att ny hälso- och sjukvårdspersonal får den introduktion som krävs.

Hälso- och sjukvårdspersonal
Hälso- och sjukvårdspersonal, det vill säga sjuksköterskor, fysioterapeut/sjukgymnast och arbetsterapeuter ansvarar för att hälso- och sjukvårdsarbetet inom sitt ansvarsområde följer vetenskap och beprövad erfarenhet. En patient ska ges sakkunnig och omsorgsfull hälso- och sjukvård och vården ska så långt det är möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Patienten ska visas omtanke och respekt. Även omvårdnadspersonal som har delegering för hälso- och sjukvårdsuppgifter är hälso- och sjukvårdspersonal när de utför delegerade uppgifter. Hälso- och sjukvårdspersonal ska inom ramen för verksamhetens ledningssystem medverka i det systematiska kvalitetsarbetet.

Patientnämnden
Om patient eller närstående vill framföra ett klagomål till vårdgivare kan patienten vända sig till patientnämnden. Patientnämnden fattar inga medicinska beslut, men kan hjälpa och stödja patienten i att få sina klagomål framförda och besvarade av vårdgivaren.
De klagomål som kommer in till patientnämnden framförs till vårdgivaren som genom sin utredning av klagomålet kan hitta åtgärder för att förbättra verksamheten.

Inspektionen för vård och omsorg (IVO)
IVO utövar tillsyn inom hälso- och sjukvård, socialtjänst och verksamhet inom lagområdet Lagen om stöd och service till vissa funktions-hindrade (LSS). I tillsynsuppdraget ingår handläggning av anmälningar som lex Maria.

IVO utreder endast allvarligare händelser där en patient i samband med hälso- och sjukvård fått permanenta eller oföränderliga besvär, ett väsentligt ökat vårdbehov, eller där patienten avlidit.

Ledningssystem för ett systematiskt kvalitetsarbete
SOSFS 2011:19 gäller sedan 2012 och beskriver hur ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete ska vara uppbyggt. Ledningssystemet ska beskriva hur de olika nivåerna i organisationen ska arbeta för att främja en hög patientsäkerhet. Ledningssystemet gör det möjligt för ledningen att styra verksamheten så att rätt sak görs vid rätt tillfälle och på rätt sätt.

SOSFS 2011:9 innehåller bestämmelser kring hur kvaliteten i verksamheten systematiskt och fortlöpande ska utvecklas och säkras. Socialstyrelsen definierar kvalitet som att en verksamhet uppfyller de krav och mål som gäller för verksamheten enligt lagar och andra föreskriften om hälso- och sjukvård. Socialstyrelsens kvalitetsdefinition är den ram som ska fyllas med innehåll som finns i dessa andra lagar och föreskrifter.

För att ta reda på vad som är kvalitet för respektive verksamhet måste en kartläggning av vilka krav och mål som finns i lagar och föreskrifter göras. Arbetet med kartläggning av lagar och föreskrifter måste pågå fortlöpande, då dessa förändras.

Samverkan för att förebygga vårdskador

SOSFS 2011:9 4 kap. 6 § och 7 kap. 2 § p 3

En del i patientsäkerhetsarbetet är hur Vård och Omsorgs verksamhet för hälso- och sjukvård samverkar med andra vårdgivare. Samverkan regleras i diverse samverkansdokument:

- Överenskommelse som reglerar ansvar och samverkan inom hälso- och sjukvårdsområdet mellan Region Skåne och kommunerna i Skåne
- Samordnad vårdplanering, rutiner vid samordnad vårdplanering.

- Lokalt avtal beträffande samverkan kring personer över 18 år med psykisk funktionsnedsättning/psykisk sjukdom.
- Lokalt avtal om läkarmedverkan för rådgivning, stöd och fortbildning i den kommunala hälso- och sjukvården.
- Riktlinjer för uppsökande tandvård i Skåne.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §

- Åtkomstkontroller (loggar)
  Enligt rutin ska chefer eller utsedda funktioner på olika nivåer göra åtkomstkontroller enligt fastställt intervall. Kontroller görs i verksamhetssystemen Life Care HSL modul och Nationell patientöversikt (NPÖ)
- Inloggning med SITHS-kort. SITSHS är en nationell elektronisk säkerhetslösning som uppfyller patientdatalagens krav på säker identifiering. SITHS-kort används för inloggning i vårdtjänster på internet såsom Pascal, Mina planer, nationell patientöversikt (NPÖ), Alfa eCare Signit (digital signering), kvalitetsregistret Senior alert, Svenska palliativregistret och BPSD samt utfärdande av tandvårdskort.
- Behörighetsstyrning till patientjournalen. Arbete pågår löpande för att säkra upp att behörigheter inte är större än nödvändigt.

En god säkerhetskultur

En grundläggande förutsättning för en säker vård är en god säkerhetskultur. Organisationen ger då förutsättningar för en kultur som främjar säkerhet.

- Regelbundna möten mellan MAS och sjuksköterskor hålls. Mötesfrekvensen är en gång per månad. Mötenas innehåll har baserats på aktuella patientsäkerhetsrelaterade frågor såsom återkoppling av utredningar, dokumentation, genomgång av reviderade rutiner, delegeringsprocessen, riskanalyser, förbättringsområden och planerade åtgärder samt dialog om olika frågeställningar och utmaningar.
- MAR har möten med fysioterapeuter och arbetsterapeuter fyra gånger per år. Innehållet i dessa möten liknar de som MAS har med sjuksköterskor.
- MAS och enhetschef för sjuksköterskorna har regelbundna träffar varannan vecka för samtal kring patientsäkerhetsrelaterade frågor.
- MAS skickar regelbundet information till enhetschefer gällande till exempel hygienåtgärder eller framtagna dokument som tagits fram i samverkan med region Skåne
- Enhetschef har regelbundna genomgångar av avvikelser tillsammans med arbetsgruppen. Avvikelsen diskuteras och åtgärder för att förhindra upprepning tas fram.

- Samverkan mellan vård och omsorg och de fyra vårdcentralerna i Eslöv. Verksamhetschef, MAS, MAR och enhetschef för sjuksköterskorna samt enhetschef för rehab träffar de fyra verksamhetscheferna en gång per månad.
- MAS, MAR och SAS har regelbundna träffar för att säkerställa kvalitet i vården utifrån olika lagrum.
- En tvärprofessionell arbetsgrupp för arbete med kognitiv svikt finns inom vård och omsorg för ett sammanhållet arbete enligt nationella riktlinjer för vård och omsorg för demenssjuka.
- Ett planerat och strukturerat tvärprofessionellt teamarbete sker regelbundet i verksamheterna kring patientens behov
- Ett arbete med nationella kvalitetsregister sker löpande

Adekvat kunskap och kompetens

En grundläggande förutsättning för en säker vård är att det finns tillräckligt med personal som har adekvat kompetens och goda förutsättningar för att utföra sitt arbete.

- Webbaserad utbildningsplattform finns för att underlätta för medarbetare att kunna tillgodogöra sig kunskap vid tillfällen som passar dem. Enhetschef ska ge förutsättningar för utbildning, men det kan ske med en individuell planering. I utbildningsplattformen finns det olika utbildningar som riktar sig till samtliga personalgrupper. Det finns en del utbildningar som är obligatoriska som t ex basala hygienrutiner, jobba säkert med läkemedelshantering och teoretisk förflyttnings- och lyftteknik. Det finns även andra utbildningar som enhetschef kan begära att medarbetaren genomgår eller som den enskilde själv väljer att genomgå.
- Vård och omsorg har tagit fram en kompetensförsörjningsplan för att säkerställa rätt kompetens på alla nivåer inom vård och omsorg framöver

Patienten som medskapare

En grundläggande förutsättning för en säker vård är patientens och de närståendes delaktighet. Vården blir säkrare om patienten är välinformerad, deltar aktivt i sin vård och ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Att patienten bemöts med respekt skapar tillit och förtroende.

PSL 2010:659 3 kap. 4 §

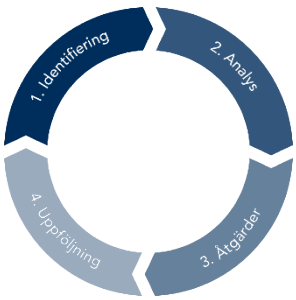
- *Samordnad individuell plan (SIP)*
  Genom samordnad individuell plan (SIP) samverkar vårdgivare med den enskilde och vid behov med närstående. För att genomföra en SIP behövs den enskildes samtycke. Syftet med SIP är att identifiera den enskildes behov och göra denne delaktig i planeringen. Genom att genomföra SIP kan den enskilde tidigt erbjudas insatser. Insatserna kan samordnas och tydliggöras, för att möjliggöra en god och nära vård och socialtjänst av god kvalitet.

- *HSL pärm*
  Varje patient som är berättigad kommunal hälso- och sjukvård får en pärm, där bland annat ordinationer och kontaktuppgifter finns lättillgängliga. Syftet med innehållet i pärmen är att all personal runt patienten ska ha lättillgänglig information för att kunna ge rätt och säker vård samt omsorg med god kvalitet. Målsättningen är att patienten ska känna sig trygg och delaktig genom att ha sin aktuella planering och kontaktuppgifter lättåtkomligt i sin bostad.
- *Synpunkts-och klagomålshantering*
  I samband med synpunkter, klagomål och avvikelser involveras patienter och närstående i den omfattning som krävs och är möjligt.

AGERA FÖR SÄKER VÅRD

SOSFS 2011:9, 5 kap. 2 §, 7 §, 8 §, 7 kap. 2 § p 2, PSL 2010:659, 3 kap. 10 §
Vårdgivaren ska utöva egenkontroll, vilket ska göras med den frekvens och i den omfattning som krävs för att vårdgivaren ska kunna säkra verksamhetens kvalitet. Egenkontrollen kan innefatta jämförelser av verksamhetens nuvarande resultat med tidigare resultat, i jämförelse med andra verksamheter, nationella och regionala uppgifter.

Under 2022 identifierades en brist på struktur gällande egenkontroller inom hälso- och sjukvård i Eslöv. Detta har succesivt förbättrats och under 2024 fanns en plan för vilka egenkontroller som skulle genomföras. Fortfarande genomförs dock egenkontrollerna inom hälso- och sjukvård enbart av MAS och MAR. Här finns en förbättringspotential där egenkontroller även skulle kunna genomföras av enhetschefer och legitimerad personal.



Öka kunskap om inträffade vårdskador

SOSFS 2011:9 7 kap. 2 § sista stycket, HSLF-FS 2017:40 3 kap. 1 §, PSL 2010:659 3 kap. 3 §
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 prioritering av insatser.

Avvikelsehantering
En avvikande händelse är allt som inte stämmer med normalt eller förväntat förlopp. Målet med avvikelsehanteringen är att alla avvikande händelser rapporteras. Fel och brister ska identifieras och de risker som kan medföra skada för patienten ska förebyggas. I samband med att avvikelse gällande hälso- och sjukvård inträffar ska alltid legitimerad yrkesutövare kontaktas för bedömning om akut åtgärd.

Alla avvikelser ska dokumenteras i Vård och Omsorgs avvikelsesystem. Händelserna utreds i verksamheten, en första utredning görs alltid av enhetschef. Att ta emot en avvikelse och göra en första bedömning och identifiering av vad, varför och vem ska göras inom fem dagar och hela utredningen ska i normalfallet vara klar inom en månad. Legitimerad personal utreder händelser som delegerad personal utfört och enhetschefer för sjuksköterskor respektive rehabilitering utreder avvikelser som gäller legitimerad personal. Allvarliga händelser utreds av MAS som beslutar om anmälan enligt lex Maria till IVO**.**

Klagomål och synpunkter
Klagomål och synpunkter kan inkomma muntligt eller skriftligt. Den som mottar klagomålet eller synpunkten, oavsett hur den inkommit, för in det i avvikelsesystemet. Enhetschef ansvarar för utredning och svar till den som lämnat klagomål eller synpunkt. Är allvarlighetsgraden 3-4 lämnas klagomålet till MAS för vidare utredning. En första uppstartande utredning måste dock ha gjorts av enhetschef,.

Klagomål och synpunkter som kommer via annan vårdgivare, IVO eller patientnämnd förs in i avvikelsesystemet av MAS eller MAR. MAS eller MAR beslutar om allvarlighetsgrad. Är allvarlighetsgraden hög utreder MAS eller MAR händelsen, bedöms allvarlighetsgraden som lägre skickas händelsen till chef för utredning.

Oavsett hur klagomål eller synpunkt inkommit ska svar ges så snart som möjligt, dock senast efter fyra veckor. Tar en utredning längre tid ska kontakt tas med den som inkommit med klagomålet med information om att längre tid krävs för utredning.

Egenkontroll

Egenkontroll	**Omfattning**	**Källa**
Basala hygienrutiner och klädregler	1 gång per år	Enkät till enhetschefer
Avvikelser	1 gånger per år	Avvikelsehanteringssystemet Enkät till enhetschefer
Trycksår	1 gång per år	Senior alert
Enhetschefernas upplevelse av arbete med patientsäkerhet	1 gång per år	Enkät till enhetschefer

Nattfasta på särskilt boende	1 gång per år	Enkät med efterföljande analys till varje boende
Vård i livets slut	1 gång per år	Palliativ registret
Utförda HSL ordinationer/instruktioner	1 gång per år	Alfa e-signering

Vårdskador
MAS har under året inte anmält någon allvarlig vårdskada eller risk för allvarlig vårdskada till IVO.

Patientnämnden
Under 2024 har det inkommit två ärenden till Patientnämnden gällande patienter i Eslöv. Det ena gällde klagomål gällande beslut om behov av vårdsäng. Detta ärende avslutades omgående då den som tog kontakt endast ville framföra klagomålet. Det andra ärendet gällde patient som kontaktat patientnämnden angående synpunkter på den vård patienten får på det särskilda boendet. Patienten skulle inkomma med skrivelse. Då detta inte skett har patientnämnden avslutat ärendet.

Tillförlitliga och säkra system och processer

Tvärprofessionella läkemedelsgenomgångar
Läkemedelsgenomgångar är en metod för analys, uppföljning och omprövning av patientens läkemedelsanvändning. Läkemedelsgenomgång genomförs på ett strukturerat och systematiskt sätt. Syftet med att genomföra läkemedelsgenomgångar är att öka kvalitén och säkerheten i läkemedelsbehandlingen. Det kräver en god samverkan mellan behandlande läkare, farmaceut och omvårdnadsansvarig sjuksköterska.

Basala hygienrutiner
Arbetet med att förebygga vårdrelaterade infektioner och risken för smittspridning i vården är en mycket angelägen patientsäkerhetsfråga. Tyvärr har SKR avslutat de ppm som de tidigare genomfört gällande efterlevnad av basala hygienrutiner och klädregler. Tills vi hittat en ny metod att mäta basala hygienrutiner så arbetar vi med egenkontroll av följsamhet till basala hygienrutiner samt enhetschefens bedömning av efterlevnaden.

Vi arbetar också med en egenkontroll som är rekommenderad av vårdhygien Skåne. Enhetschefer i verksamheten har ansvar för att upprätta handlingsplan och sätta in åtgärder efter den analys som MAS var med och utförde i verksamheterna.

Samtliga verksamheter ska ha utsedda hygienombud som har i uppdrag att hjälpa enhetschef i arbetet med att sprida kunskap om basala hygienrutiner till övriga i verksamheten. De ska också rapportera till enhetschef om de upplever brister i efterlevnaden. MAS träffar samtliga hygienombud minst en gång per år.

Delegeringar
Delegering ska ske när det underlättar för patienten att få en god och säker vård. Delegering är inte avsett att användas för att lösa brist på personal eller av ekonomiska skäl. Hälso- och sjukvårdens delegering försvåras när rätt grundkompetens saknas hos vårdpersonal och när personalomsättningen är stor. Alla delegeringar kräver en ansvarig hälso- och sjukvårdspersonal och när hen slutar måste ersättaren försäkra sig om personalens kunskaper och kompetens innan ny delegering kan utfärdas. Delegering är en tidskrävande process, men det är väldigt viktigt att alla steg genomförs och att den legitimerade personalen känner sig säkra på kunskapsnivån hos den som ska delegeras. Det blir en stor patientsäkerhetsrisk om personal som saknar kunskap genomför avancerade hälso- och sjukvårdsuppgifter.

Vid under 2024 fanns inom vård och omsorg 2263 delegerade arbetsuppgifter fördelade på 1133 omvårdnadspersonal. Enligt författningar gällande delegering ska legitimerad personal, inom vård och omsorg oftast en sjuksköterska, ansvara för att den delegerade omvårdnadspersonalen har en tillräcklig kunskap för att utföra en hälso- och sjukvårdsuppgift. Den legitimerade personalen har dessutom ett uppföljningsansvar där man regelbundet ska följa upp den delegerades kunskapsnivå. Uppföljningen ska ske minst en gång per år. Att sköta alla dessa delegeringar tar mycket av den legitimerade personalens arbetstid. Det vanliga är att uppföljningar sker i samband med omdelegering eller om något fel har inträffat.

Då vi samtidigt ser en trend som visar på mer avancerad vård i hemmet, så kommer antalet delegeringar att fortsätta att öka samtidigt som delegeringar på mer avancerade hälso- och sjukvårdsuppgifter också ökar.

Det behöver påbörjas ett större arbete kring framtidens hälso- och sjukvård i Eslöv. En arbete behöver göras kring hur en patientsäker vård kan upprätthållas när den vård som ska ske i hemmet blir mer och mer avancerad.

Säker vård här och nu

Hälso- och sjukvården präglas av ständiga interaktioner mellan människor, teknik och organisation. Förutsättningarna för säkerhet förändras snabbt och det är viktigt att agera på störningar i närtid.

- **Kontinuitet**
  Det har under flera år varit ett tapp av kontinuitet bland legitimerad personal och det har behövts fyllas upp med bemanningssjuksköterskor. Här verkar det ha stabiliserats och antalet bemanningssjuksköterskor har minskat drastiskt. Kontinuitet är viktigt för det långsiktiga patientsäkerhetsarbetet. Även om en bemanningssjuksköterska är väldigt duktig så är det en här och nu insats och det långsiktiga förbättrings- och utvecklingsarbetet avstannar.
- **Hälso- och sjukvårdskompetens**
  Omvårdnadspersonal med ibland ganska låg hälso- och sjukvårdskunskap förväntas utföra relativt avancerade hälso- och sjukvårdsuppgifter. De förväntas även göra detta väldigt självständigt i patientens hem. Inom LSS finns ett behov av att anställa pedagoger, men samtidigt har vård och omsorg ett lagstadgat hälso- och sjukvårdsansvar inom detta område. Med fler anställda pedagoger kommer vi ännu

längre bort från hälso- och sjukvårdskunskapen. Det långsiktiga arbetet för att kartlägga och anställa sjukvårdskompetens måste även innefatta denna del. Under 2024 har en planering skett för att anställa en MAS/utvecklingsledare inom funktionsnedsättning för att ta ett nytt grepp om området funktionsnedsättning. Denna tjänst kommer förhoppningsvis att kunna startas under våren 2025.

Då det är svårt att rekrytera de sjuksköterskor som det finns behov av så har vård och omsorg under 2024 fortsatt med att ha undersköterskor anställda inom hälso- och sjukvårdsverksamheten. De arbetar enbart med hälso- och sjukvårdsuppgifter. De har en högre hälso- och sjukvårdskompetens och kan därmed på ett säkert sätt avlasta sjuksköterskorna med en del arbetsuppgifter. Trots detta utförs mycket av den kommunala hälso- och sjukvården av delegerad personal ute i verksamheterna.

- **Nära vård**
  Arbetet med nära vård gör att vård och omsorg behöver se över hur hälso- och sjukvårdsverksamheten ska se ut i framtiden. Nära vård kommer troligen att leda till att en ännu mer avancerad hälso- och sjukvård kommer att genomföras i hemmet och detta måste vård och omsorg kunna hantera både personalmässigt och kompetensmässigt.

- **Sjukhus hemma**
  Sjukhus hemma har startat i Eslöv under 2024. Sjukhus hemma innebär att du kan bo hemma i stället för att vara inlagd på sjukhus och att läkare kommer till dig. Detta koncept har inte i någon högre grad berört de patienter som tillhör den kommunala hälso- och sjukvården.

- **Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet**
  Patientsäkerhetslagen säger att alla vårdgivare är skyldiga att arbeta systematiskt med patientsäkerhet. Socialstyrelsen tog därför fram en nationell handlingsplan. Den nationella handlingsplanen skulle anpassas lokalt och för detta tog socialstyrelsen och SKR gemensamt fram ett verktyg. Vård och omsorg påbörjade ett arbete med SKR:s verktyg, men tyvärr avslutade SKR sitt engagemang och det arbete vi gjort försvann när verktyget togs ner. Mycket av vårt arbete finns dock kvar i anteckningar och under 2025 kommer arbetet med att överföra resultatet av det arbete vi gjort till en lokal handlingsplan för ökad patientsäkerhet i Eslöv.

- **Dokumentation**
  Enligt hälso- och sjukvårdsförordningen 4 kap 6§ ansvarar MAS och MAR för att journaler förs i den omfattning som föreskrivs i patientdatalagen. MAS och MAR genomför därför årligen journalgranskningar för att säkerställa kvalitet. Under dessa granskningar har MAS och MAR funnit brister. Under 2024 har därför det gemensamma arbetet för en patientsäker dokumentation fortsatt. Bristande dokumentation var ett område där IVO kritiserade vård och omsorg i sin granskning. Ett av de förbättringsområden som vård och omsorg föreslog IVO var standardiserade vårdplaner. Ett arbete har genomförts under 2024 för att kunna bygga dessa vårdplaner. Planen är att börja dokumentera i de standardiserade vårdplanerna under januari 2025.

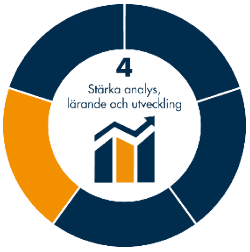
Riskhantering

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

Vårdgivare ska fortlöpande bedöma om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet. För varje sådan händelse ska vårdgivare uppskatta sannolikheten för att händelsen inträffar, och bedöma vilka negativa konsekvenser som skulle kunna bli följden av händelsen.

Utredningarna i avvikelsesystemet innebär ett arbetssätt där fokus ligger på att skapa åtgärder för att förhindra upprepning samt att utvärdera dessa åtgärder. Riskanalyser görs fortlöpande relaterat till de avvikelser som inkommer. För att säkerställa efterlevnad av rutiner genomförs egenkontroller.

Stärka analys, lärande och utveckling



Analys och lärande av erfarenheter är en del av det fortlöpande arbetet inom hälso- och sjukvården. När resultaten används för att förstå vad som bidrar till säkerhet, hållbarhet, önskvärd flexibilitet och goda resultat, kan verksamheten utvecklas så att kvaliteten och säkerheten ökar och risken för vårdskador minskar.

Riskbedömningar och nationella kvalitetsregister

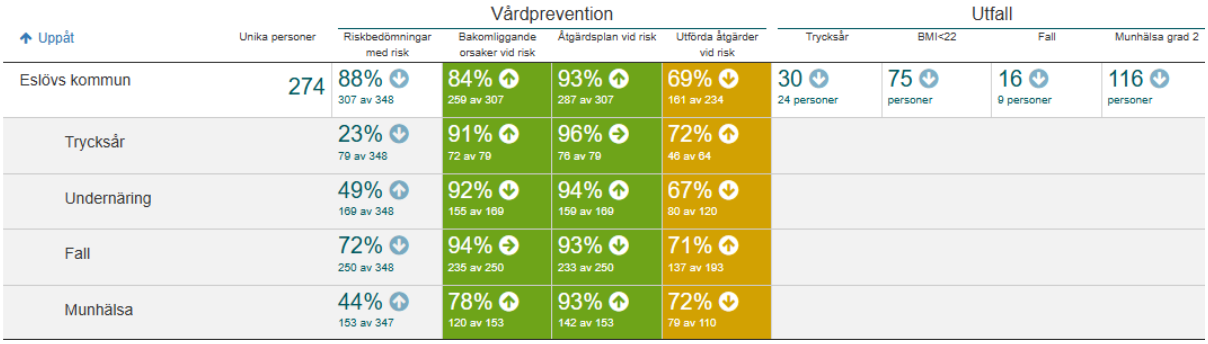
PSL 2010:659, 6 kap. 4 §, SOSFS 2011:9 5 kap. 5 §, 7 kap. 2 § p 5

Vård och omsorg är anslutet till de nationella kvalitetsregistren Senior Alert, BPSD-registret och Palliativ registret. Nationella kvalitetsregister används för förbättringar i patientvården genom systematisk riskidentifiering, insättning av åtgärder, utvärdering av åtgärder och utvärdering. Genom ett strukturerat teamarbete kan risker identifieras tidigt och åtgärder sättas in.

Senior Alert är ett nationellt kvalitetsregister och ett verktyg för att arbeta förebyggande med vårdskador avseende fall, nutrition, trycksår och ohälsa i mun. Genom individuella riskbedömningar tas åtgärder fram och uppföljningar planeras in. I Senior Alert systematiseras det preventiva arbetssättet på individnivå och vårdgivaren ges möjlighet att följa och använda sig av de olika resultaten från individnivå till övergripande nivåer.

Under 2024 gjordes mätningar på både vård och omsorgsboende och i ordinärt boende. En start av mätningar inom funktionsnedsättning påbörjades. Här blev det dock problem eftersom det är många små boende och det är inte så många legitimerade personal. Bedömningarna i senior alert ska göras av teamet och det är svårt att få till teamträffar där alla är med. Utvecklingsarbetet fortsätter och förhoppningsvis kommer av funktionsnedsättning igång med mätningar under 2025.

Under 2024 bedömde senior alert att Eslövs kommun använt senior alert i så hög grad och inte bara riskbedömt utan även satt in åtgärder och utvärderat i så hög grad att de utsåg Eslöv till Guld kommun.



Uppåt	Unika personer	Vårdprevention				Utfall			
		Riskbedömningar med risk	Bakomliggande orsaker vid risk	Åtgärdsplan vid risk	Utförda åtgärder vid risk	Trycksår	BMI<22	Fall	Munhälsa grad 2
Eslövs kommun	274	88% 307 av 348	84% 259 av 307	93% 287 av 307	69% 161 av 234	30 24 personer	75 personer	16 9 personer	116 personer
Trycksår		23% 79 av 348	91% 72 av 79	96% 76 av 79	72% 46 av 64				
Undernäring		49% 169 av 348	92% 155 av 169	94% 159 av 169	67% 80 av 120				
Fall		72% 250 av 348	94% 235 av 250	93% 233 av 250	71% 137 av 193				
Munhälsa		44% 153 av 347	78% 120 av 153	93% 142 av 153	72% 79 av 110				

Resultatet av 2024 års mätningar visar att 274 unika personer riskbedömts. Detta är en minskning med 53 unika personer sedan 2023. I 88 procent av riskbedömningarna har en risk identifierats. I 93 procent av fallen med funnen risk har en åtgärdsplan satts in. I 69 procent av fallen där en åtgärdsplan satts in finns det dokumenterat att åtgärden är utförd och uppföljd. Detta är ungefär likadant som det var 2023, då det låg på 70 procent.

Då grundtanken i ett förbättringsarbete är att en risk ska identifieras, åtgärdsplan ska sättas in och åtgärder ska följas upp och eventuellt justeras, så är det ett problem att uppföljningsdelen enbart utförs i 69 procent av riskbedömningarna så här finns en viktig utvecklingsdel.

Under 2023 påbörjades riskbedömningar enligt senior alert inom ordinärt boende. Detta arbete har fortsatt under 2024. De behöver fortfarande utveckla sitt arbete ytterligare. Under 2024 bedömdes 66 unika individer, vilket är en minskning sedan 2023, då 71 unika individer riskbedömdes. 72 procent av dem med risk fick en åtgärdsplan, men enbart 28 procent av dessa följdes upp. Att göra riskbedömningar i ordinärt boende har visat sig viktigt då 84 procent av dem som riskbedömdes under 2024 hade någon form av risk.

Planen är att införa Senior Alert även inom funktionsnedsättning. Detta påbörjades under 2024, men de har ännu inte hittat formen för hur de ska genomföra bedömningarna. De fortsätter arbetet under 2025 och målet är att bedömningar ska komma igång då.

Trycksår

Registreringarna i Senior Alert för 2024 visar att 24 personer har 30 trycksår. Detta är ungefär som 2023, men i mätningarna 2023 såg vi en stor ökning mot åren tidigare. Av detta står hemsjukvården för fyra trycksår fördelat på fyra patienter. Detta är en ökning med det dubbla då hemsjukvården 2023 hade två trycksår fördelat på två patienter. Resten av patienter med trycksår finns på vård och omsorgsboende.

Av 2024 års resultat kan utläsas att 25 sår uppkommit i egen verksamhet, 5 i annan verksamhet (t ex på sjukhus). Detta visar att antalet sår i egen verksamhet ökat från nio 2022 till 24 stycken 2023 och till 25 stycken 2024. Detta är en mycket oroväckande trend som måste brytas. Att 25 trycksår uppstår i vår egen verksamhet visar att vi missar något i vårt förebyggande arbete. Ett stort fokus måste läggas på trycksår under 2025

För den som drabbas av trycksår innebär detta ett stort lidande. I de allra flesta fall går det att förhindra att trycksår uppkommer och därför räknas alltid trycksår som vårdskada. Att mäta och följa trycksårsförekomst är därför en viktig del i ett strategiskt patientsäkerhetsarbete.

Kategori	Beskrivning				Antal i riskbedömning	
Kategori 1	Hudrodnad som inte bleknar vid tryck	2024 8	2023 16	2022 10	2021 23	2020 31
Kategori 2	Delhudsskada t ex sår med rosa botten, blåsa	11	14	2	11	13
Kategori 3	Fullhudsskada; sår där subkutant fett är synligt men ben, sena, muskel syns inte	9	3	4	3	5
Kategori 4	Djup fullhudsskada; sår som involverar ben, sena eller muskel	1	2	1	2	4

De vanligaste lokaliseringarna för trycksåren är i ryggslut, häl, sittbensknöl och höftbenskam. De vanligaste orsakerna som redovisas är att huden utsatts för tryck, nedsatt födointag och nedsatt hudelasticitet.

Undernäring

Sedan 2019 har vård och omsorg arbetat enligt MAS riktlinje för nutrition som bygger på socialstyrelsens rekommenderade sätt att arbeta med nutrition. I resultatet för 2024 syns en minskning av både patienter med ett lågt BMI och med ofrivillig viktnedgång. Denna nedgång innefattar patienter i ordinärt boende. Av patienter i hemsjukvård hade 19 ett BMI mindre än 22 och 11 en ofrivillig viktnedgång. Detta innebär ett väldigt bra resultat om man jämför bakåt i tiden. Mätningen visar även bättre resultat i ordinärt boende än förra året.

År	BMI mindre än 22 Antal personer	Ofrivillig viktminskning Antal personer
2020	98	132
2021	94	107
2022	84	96
2023	104 (104-25= 79)	121 (121-16=105)
2024	75 (75-19=56)	82 (82-11=71)

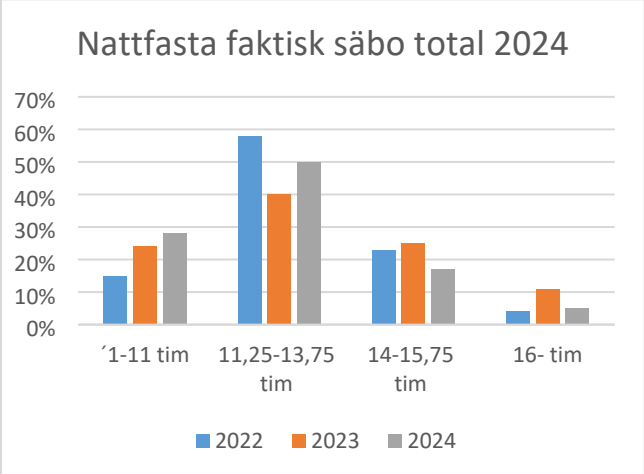
En av de vanligaste orsakerna till undernäring som uppges är mer än 11 timmars dygnsfasta. Det kan vara en svår del att ha kontroll på i ordinärt boende, men när det gäller patienter boende på vård och omsorgsboende är dygnsfastan något verksamheten i hög grad styr över. Ingen kan

tvinga någon att äta, men verksamheten styr över när mat erbjuds, mellanmål, hur maten ser ut och hur mycket motiverande arbete som görs för att få alla att äta.

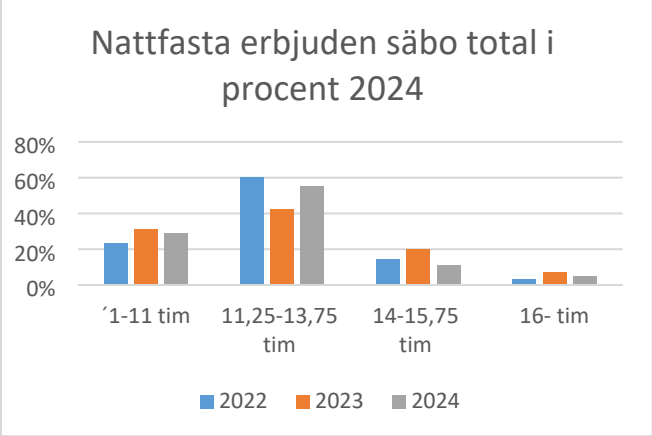
Under ett flertal år har 11 timmars nattfasta funnits med som en av de vanligaste åtgärderna för både att undvika undernäring och trycksår. Då antalet med risk för undernäring fortsatt ligger högt gjordes under hösten på MAS initiativ en egenkontroll gällande nattfasta på vård och omsorgsboende. MAS skickade ut ett formulär där omvårdnadspersonal fyllde i dels när patienten åt och även när patienten erbjöds mat, men tackade nej. Även nattfasta för patienter med bedömd risk för undernäring tittas på särskilt. Formulären skickades tillbaka till MAS som sammanställde resultatet. Patienter i livets slut och patient med sondnäring undantogs från mätningen. Varje enhetschef har fått ett resultat för sin verksamhet att arbeta med.

Enligt Socialstyrelsen är det inte lämpligt att nattfastan är längre än 10–11 timmar. Anledningen till detta är att man annars får för få timmar kvar av dygnet för att hinna tillgodogöra sig tillräckligt med näring och energi.

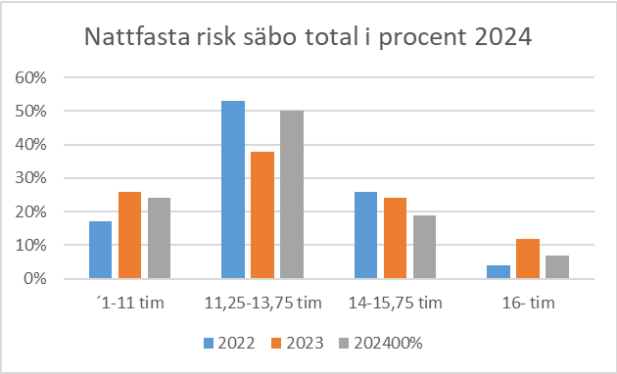
Resultat från egenkontroll nattfasta



Faktisk	2022	2023	2024
´1-11 tim	15%	24%	28%
11,25-13,75 tim	58%	40%	50%
14-15,75 tim	23%	25%	17%
16- tim	4%	11%	5%



Erbjuden	2022	2023	2024
´1-11 tim	23%	31%	29%
11,25-13,75 tim	60%	42%	55%
14-15,75 tim	14%	20%	11%
16- tim	3%	7%	5%



Risk	2022	2023	202400%
´1-11 tim	17%	26%	24%
11,25-13,75 tim	53%	38%	50%
14-15,75 tim	26%	24%	19%
16- tim	4%	12%	7%

Mätningen är uppdelad i:

1. den faktiska nattfastan, den nattfasta som patienten har
2. när patienten blir erbjuden mat, men tackar nej. Den nattfasta patienten skulle haft om patienten ville äta när personalen erbjöd mat
3. den faktiska nattfasta som de patienter har som i senior alert blivit bedömda ha en risk för undernäring

Resultatet i mätningen visar att det fortfarande är en alldeles för stor del av patienterna på vård och omsorgsboendena i Eslöv som har en för lång nattfasta. När det gäller den faktiska nattfasta har enbart 28 procent en nattfasta som är 11 timmar eller lägre och procent har en nattfasta som överstiger 16 timmar. Här har det ändå skett en förbättring tillbaka till den nivå som var 2022. 2023 hade 11 procent en nattfasta som var 16 timmar eller längre.

Resultatet gällande mätningen vid erbjuden mat så har det minskat från 31 procent till 29 procent för dem som har en nattfasta som är 11 timmar eller mindre och 5 procent har en nattfasta som överstiger 16 timmar. Denna mätning visar vad verksamheten gör i form av att erbjuda mat. Den säger inget om vad som erbjuds eller hur det erbjuds, men visar ändå att någon insats görs för att minska nattfastan. Trots detta har 74 procent av patienterna en längre nattfasta än 11 timmar.

Resultatet för de patienter som är bedömda ha en risk för undernäring har enbart 24 procent en nattfasta som är 11 timmar eller lägre och 7 procent har en nattfasta som överstiger 16 timmar. Detta trots att den vanligaste åtgärden i i senior alert för patienter med risk för undernäring är just att minska nattfastan.

Vi kan ändå se en förflyttning åt rätt håll. Till nästa års mätning måste spannet 11,25 tim-13,75 tim delas upp för att se om de runt 50 procent som ligger här finns närmare 11 timmar eller längre bort mot 14 timmar.

När det gäller de patienter som redan är bedömda som riskpatienter enligt senior alert så blir det högprioriterat att göra individuella bedömningar och åtgärder för att omgående minska nattfastan. Samtliga enhetschefer och ansvariga sjuksköterskor har fått resultaten nedbrutna till sin verksamhet för att kunna sätta in individanpassade åtgärder.

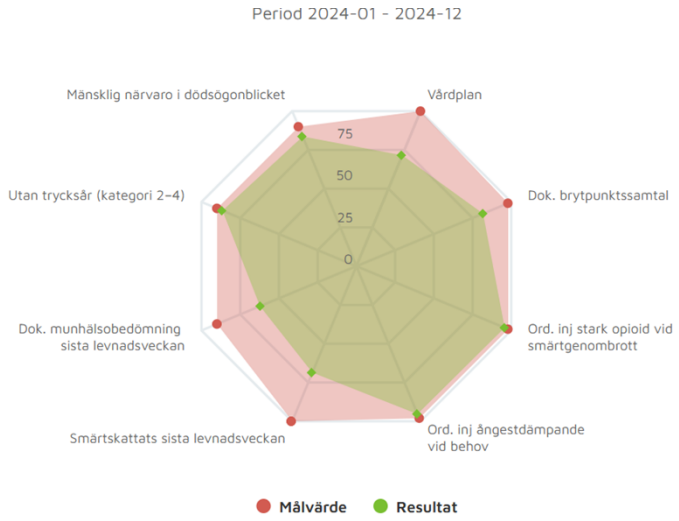
Munhälsa

I 2024 års mätningar har 116 personer munhälsoproblem av grad 2 och 3. Enligt 2023 års mätning var detta 123 personer. Detta är andra året som vi även riskbedömer patienter i hemsjukvård. Andelen från hemsjukvården är 26 patienter, vilket gör 90 från vård och omsorgsboende 2023

jämfört med 97 för 2023. Detta visar en svag minskning av munhälsoproblem, men det är fortfarande ett stort problem. Förutom att det ger smärta med munhälsoproblem så hänger det kraftigt samman med undernäring. Att äldre har en så god mun och tandstatus som möjligt är viktigt. Vård och omsorg behöver här se över hur vårt samarbete med Oral Care kan förbättras, samt säkerställa kunskapsnivån hos omvårdnadspersonal gällande munhälsa och munvård.

Palliativ vård

Det är viktigt för både patient och anhöriga att vården i livets slut blir god. Syftet med palliativregistret är att förbättra vården i livets slut oberoende av diagnos eller vårdgivare. Genom att föra in svar på frågor kring varje avliden patient visas det i diagram hur den palliativa vården kopplat till Socialstyrelsens indikatorer kring palliativ vård bedrivs. Socialstyrelsen upprättar viktiga indikatorer som vårdgivaren ska mäta mot och de anger också ett målvärde som ska uppnås.



Sedan 2017 har Eslövs kommun arbetat extra med kvalitetsindikatorerna smärtskattning och munhälsa. Detta är indikatorer som gäller omvårdnad och alltså ligger under sjuksköterskans direkta ansvarsområde.

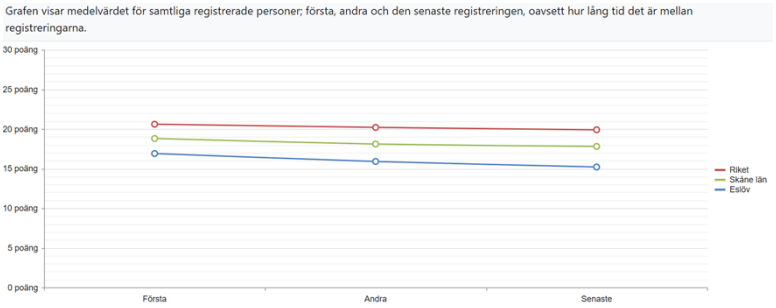
Indikatorer	Värde 2017 mot målvärde (%)	Värde 2018 mot målvärde (%)	Värde 2019 mot målvärde (%)	Värde 2020 mot målvärde (%)	Värde 2021 mot målvärde (%)	Värde 2022 mot målvärde (%)	Värde 2023 mot målvärde (%)	Värde 2024 mot målvärde (%)
Smärtskattning	30	75	62	51	54	62	65	69
Munhälsa	45	65	60	59	62	60	53	62
Vårdplan							74	72

Resultatet för 2024 visar att vi trots att vi lyft dessa frågor sedan 2017 så utvecklas vi inte i rätt riktning. 2017 hade vi oerhört dåliga siffror och kvaliteten har stigit rejält sedan dess. Lyftet gjordes redan 2018 och sedan dess har vi legat kvar på ungefär samma nivå. 2024 lägger vi nu även till vårdplan som en parameter vi tittar särskilt på. Som jämförelse läggs även resultatet för 2023 in i tabellen. Under 2024 har en standardvårdplan för palliativ vård skapats och den ska

börja användas från 2025. Detta är ytterligare ett sätt att arbeta med att öka kvaliteten i den palliativa vården.

BPSD registret

Beteendemässiga och psykiska symtom vid demens (BPSD) drabbar någon gång 90 procent av alla med demenssjukdom. Symtomen kan exempelvis vara aggressivitet, oro, apati, hallucinationer eller sömnsvårigheter. Dessa symtom orsakar ett stort lidande för framför allt personen med demenssjukdom, men också för närstående. Syftet med BPSD registret är att, genom tvärprofessionella vårdåtgärder, minska förekomsten och allvarlighetsgraden av BPSD. Arbete med BPSD-registret sker på vård och omsorgsboende men framför allt på Kärråkra demensboende.



Det sker ett stort arbete med BPSD registreringar och det tas fram handlingsplaner på individnivå efter det resultat som fås från mätningarna. De låga poäng som fås i mätningarna visar på bra resultat av de handlings- och bemötandeplaner som tas fram för individen.

Nationellt vårdprogram för svårläkta sår

Planer fanns att under 2024 påbörja ett arbete med implementering av det nationella vårdprogrammet för svårläkta sår. Tyvärr har inte möjligheter funnits att starta upp detta. Under 2025 planeras för en nystart av samverkan mellan kommunen och vårdcentralen gällande svårläkta sår

Basala hygienrutiner

Vård och Omsorg har tidigare deltagit i SKR:s årliga punktprevalensmätning (ppm) gällande basala hygienrutiner och klädregler. Denna mätning har varit en viktig indikation på efterlevnaden av basala hygienrutiner i verksamheten. Tyvärr har SKR avslutat denna mätning och därför har ingen ppm gällande basala hygienmätningar gjorts i Eslöv under 2024.

Enhetschefer ska under 2024 ha genomfört egenkontroller av efterlevnad av basala hygienrutiner med hjälp av en mall. Utifrån resultaten ska de sedan agera för att stärka efterlevnaden.

En egenkontroll av efterlevnad av basala hygienrutiner påbörjades under hösten 2022 och har fortsatt under 2024. Egenkontrollen rekommenderas av Vårdhygien Skåne. Egenkontrollen genomförs i form av en nulägesanalys och efter vad den analysen visar upprättas en handlingsplan. Genomförd handlingsplan ska sedan leda till att nulägesanalysen förbättras. Enhetscheferna ansvarar för att detta utförs.

Avvikelser

PSL 2010:659, 6 kap. 4 §, SOSFS 2011:9 5 kap. 5 §, 7 kap. 2 § p 5

Hälso-och sjukvårdspersonal ansvarar för att identifiera, dokumentera och rapportera händelser (avvikelser). Mottagare av rapporterade händelser är respektive chef som beslutar om fortsatt hantering av händelsen. Om händelsen avser en risk för allvarlig vårdskada eller allvarlig vårdskada informeras medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) som utreder avvikelsen vidare. Om utredningen visar att det handlar om risk för allvarlig vårdskada eller en allvarlig vårdskada anmäler MAS händelsen till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) enligt lex Maria

Under 2024 har det anmälts 2811 avvikelser gällande vårdskador.

Tyvärr så går det inte i systemet att välja ut avvikelsetyp inom enbart vårdskador, utan redovisningen blir här vårdskador inklusive avvikelser gällande SoL och LSS. Detta kan även ses i totalen som nedan visar 3724 avvikelser, där vårdskador står för 2811.

År											
Avvikelsetyp	Avvikelse i samverkan	Brister i bemötande	Brister i fysisk miljö, utrustning och teknik	Brister i handläggning	Brister i utförandet/utebliven insats	Ekonomiska övergrepp	Extern vårdgivare	Fall	Felnäring/undernäring	Fysiska övergrepp	Hjälpmedel
Antal	30	43	140	65	502	32	46	1,523	8	20	40

2024											
Informationshantering	Informationshantering/Kommunikation	Inkommen från annan vårdgivare	Klagomål	Läkemedel	Psykiska övergrepp	Suicid / suicidförsök	Testhantering	Tryckskada	Vård, behandling och träning	Vårdrelaterade infektioner	Antal
91	140	3	20	907	2	2	1	19	85	5	3,724

Avvikelser läkemedel och fall

	2024	2023	2022	2021	2020	2019	2018
Läkemedel	907	817	860	785	932	1328	1546
Fall	1523	1418	1518	1594	1481	1958	1784

Läkemedel

Under våren 2019 infördes digital signering för att säkerställa att patienter fick sin ordination korrekt utförd och vid rätt tillfälle. Användningen av digital signering har fortsatt sedan dess. Andelen avvikelser gällande läkemedel har 2024 sjunkit med 41 procent sedan 2018. Antalet avvikelser har däremot 2024 ökat med 10 procent jämfört med 2023. Trots en fortsatt hög andel avvikelser gällande läkemedel så har införandet av digital signering visat sig vara en bra kvalitetshöjning för patienten som nu i betydligt högre grad får sina hälso- och sjukvårdsordinationer utförda vid rätt tillfälle.

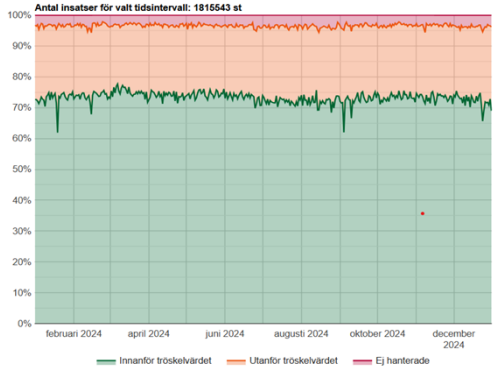
Digital signering fungerar i realtid vilket ställer stora krav på den legitimerade personalen som ska se till att signeringslistor är korrekta och att de omgående korrigeras vid förändringar. Tidigare kan en muntlig ordination ha getts och sedan har uppföljning skett genom att signeringslistan fyllts i, i efterhand. Om det idag inte finns någon signeringslista i systemet så genereras en avvikelse. Alla brister gällande läkemedel och ordinationshandlingar syns omgående och genererar avvikelser. Bedömningen är att avvikelser som tidigare varit ett mörkertal nu dokumenteras då bristen syns direkt i det digitala systemet. Därför har vi en större minskning av de ursprungliga avvikelserna än vad vi kan se, men vi har däremot fått till nya sorters avvikelser gällande läkemedel. Ett fortsatt arbete pågår för att även komma tillrätta med dessa avvikelser.

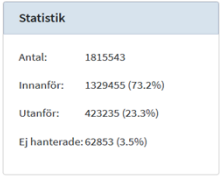
Konstateras kan att 72 procent av samtliga ordinationer och instruktioner utförs korrekt. 78 procent hanteras korrekt inom vård och omsorgsboende, 70 procent inom LSS och socialpsykiatrin och 68 procent inom hemvården. Vård och Omsorg hanterade 1,8 miljoner ordinationer under 2024. Av dessa utfördes drygt 1,3 miljoner ordinationer helt korrekt.

23 procent av samtliga ordinationer hanteras dock utanför ordinerad tidsram. Detta är ett problem som kunnat ses sedan starten av digital signering. MAS har löpande informerat enhetschefer om denna problematik och att den behöver hanteras. Vid kontroller har det visat sig att väldigt mycket är ett hanteringsfel där delegerad personal inte följer den rutin som finns för signering. Delegerad personal signerar inte i samband med administrering av läkemedel, utan signerar i efterhand administreringen till samtliga patienter. Detta innebär en stor patientsäkerhetsrisk, då man i efterhand behöver komma ihåg vad man gjort. Avvikelser gällande att läkemedel varit signerade som givna, men inte har varit givna har uppmärksammats och tros bero på detta.

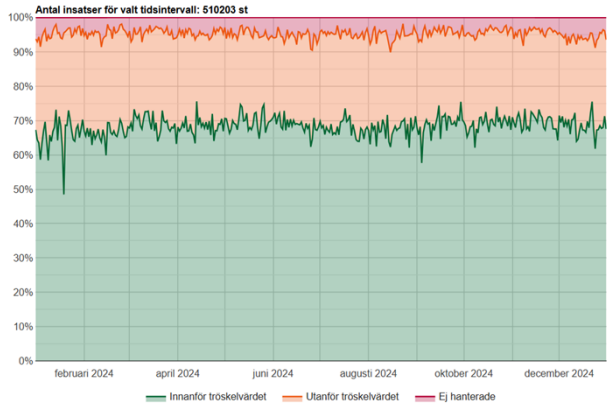
3,5 procent av ordinationerna är ej utförda. Detta är en ökning med 1 procent sedan 2023. Vid stickprov för kontroll av detta, har det visat sig att detta i stor utsträckning är patienter som är bortresta eller på sjukhus. Detta skulle förts in i det digitala signeringssystemet, men har inte gjorts. En särskild uppmärksamhet gällande detta behöver man ha inom hemvården och LSS/Socialpsykiatrin där man har 5% ej utförda ordinationer. Detta är höga siffror och här behöver en extra tillsyn ske så att ordinationer utförs som de ska.

Vård och omsorg totalt





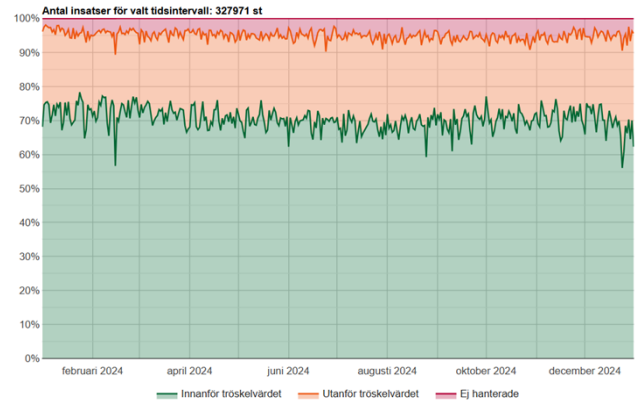
Hemvården



Statistik

Antal:	510203
Innanför:	348484 (68.3%)
Utanför:	137539 (27%)
Ej hanterade:	24180 (4.7%)

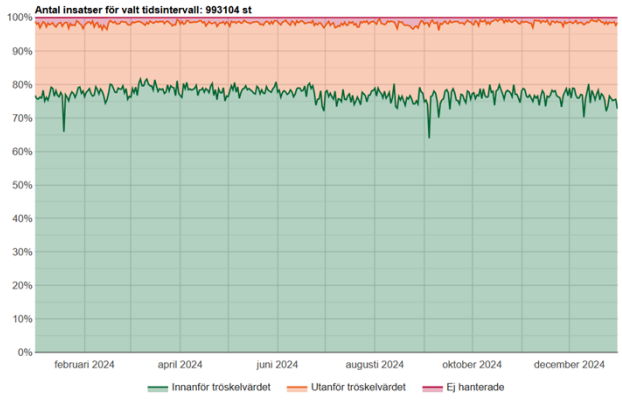
LSS och socialpsykiatrin



Statistik

Antal:	327971
Innanför:	230829 (70.4%)
Utanför:	80627 (24.6%)
Ej hanterade:	16515 (5%)

Vård och omsorgsboende



Statistik

Antal:	993104
Innanför:	765748 (77.1%)
Utanför:	210683 (21.2%)
Ej hanterade:	16673 (1.7%)

Förvaring av läkemedel

Läkemedel ska enligt Socialstyrelsen HSLF-FS 2017:37 12 kap 1§ förvaras i låst utrymme, oåtkomligt för obehöriga. Sedan 2022 har läkemedelsskåp med digitalt lås installerats i hela

verksamheten. Detta innebär att alla läkemedel är inlåsta och enbart sjuksköterskor och delegerad personal har åtkomst till läkemedel.

Extern läkemedelsgranskning

Enligt Socialstyrelsen HSLF-FS 2017:37 4 kap 3§ ska vårdgivaren säkerställa hanteringen av läkemedel i verksamheten genom en extern granskning. Under 2024 genomfördes en större extern granskning inom vård och omsorg. Till största delen fick vård och omsorg goda resultat och vi har överlag en god ordning gällande hantering av läkemedel.

Fall

Antal (st) registrerade fallavvikelser **2024** (2023) i Eslövs kommun

Hemvården	**575** (572)
Vård & Omsorgsboende	**636** (574)
Korttidsboende Ölycke	**58** (75)
Hemgångsteam	**8** (16)
Verksamhet Funktionsnedsättning	**242** (174)
Daglig verksamhet	**12** (17)
Personlig assistans	**4** (3)
Totalt	**1535** (1431)

Analys
Antal registrerade fallavvikelser har ökat med ca 100 i jämförelse med 2023.
Av dessa 1535 fallavvikelser är 29 inrapporterade men inte mottagna av någon legitimerad personal. Ingen utredning finns kring vad som orsakar fallet och vad som kan göras för att förebygga nytt fall.

I tabellen nedan visas fallindex för varje vård & omsorgsboende i Eslövs kommun.
Genom att dela antalet fallavvikelser med antal boendeplatser räknas det ut ett fallindex.

	Fallindex (antal fall/boendeplatser)	**Fallindex** (antal fall/boendeplatser)	**Fallindex** (antal fall/boendeplatser)
Vård & Omsorgsboende	**2022**	**2023**	**2024**
Bergagården	3,4 (165/48)	2,5 (118/48)	2,25(108/48)
Gjutaregården	1,9 (72/38)	2,5 (94/38)	1,8(68/38)
Solhällan	2,1 (102/78)	1,1 (89/78)	1,1 (86/78)
Trollsjögården	1,6 (87/56)	1,3 (75/56)	**2,8 (156/56)**
Kärråkra	3,2 (180/56)	3,1 (175/56)	**3,2 (179/56)**

Ölycke Boende	2,4 (22/9)	2,1 (19/9)	**4,3 (39/9)**
Ölycke Korttid	3,5 (72/22)	3,4 (75/22)	2,6 (58/22)

Analys
Fallavvikelserna har ökat ifrån 574 st 2023 till 636 st 2024. Enligt fallindex är det Trollsjögården, Kärråkra och Ölycke boende som antalet fall har ökat.

På Trollsjögården är det 4 personer som faller ofta på grund av olika sjuktillstånd som gör att de faller. Dessa personer faller när de gör självständiga förflyttningar för att de vill vara självständiga och har inte tålamod att invänta personal.

På Ölycke boende finns ett antal personer med kognitiv svikt och nedsatt insikt om sina funktionsförmågor. Personer som bedömts att de inte bör vara uppe och förflytta sig på egen hand men glömmer detta. Detta leder till att personerna faller. Det har även varit en del personer med stor oro vilket har lett till att patienterna har vandrat mycket på avdelningen både dag- och nattetid.

Kärråkra har alltid ett högt fallindex och det beror på att de personer som bor där har kognitiv svit och nedsatt insikt om sina funktionella förmågor som gör att personerna har hög fallrisk.

I tabellen nedan visar antalet registrerade fallavvikelser från varje LSS-boende i Eslövs kommun. Fallindex är uträknat efter enhetschefområden på grund av att det är få boendeplatser per LSS-boende och därmed kan inte boendeenheten redovisas om sekretess ska hållas.

	Fallindex (antal fall/ boendeplatser)	**Fallindex** (antal fall/ boendeplatser)	**Fallindex** (antal fall/ boendeplatser)
LSS-boende	**2022**	**2023**	**2024**
3U Albovägen Hasslebrovägen Oxievägen Vedelsvägen	1,0 (24/23)	**1,7** (40/23)	1,1 26/23)
3S Bastugatan Bjärevägen Bryggaregatan Luggudevägen	1,7 (55/32)	1,3 (43/32)	**2,5 (80/32)**
S3 Kvarngatan 10b Kvarngatan 10g Kvarngatan 14 Sockenvägen	0,8 (33/41)	**1,0** (41/41)	**1,6 (67/41)**

3Y Järnvägsgatan Poliskroken Rönneberga 14 (nedlagt sept-24) Tröskevägen Västerlånggatan Boendestöd	0,3 (18/58)	**0,43** (25/58)	**0,57 (33/58)**

Analys
Enhetschefområde **3U** har antalet fallavvikelser minskat generellt. På ett LSS-boende är det en brukare som faller ofta men fallavvikelserna har minskat på grund av att brukaren nu mår bättre. Fallen sker oftast när personal inte är närvarande.

Enhetschefområde **3S** finns ett LSS-boende som har många registrerade fallavvikelser. Det är en brukare som står för 83% av hela enhetschefsområdets fallavvikelser. Olika förebyggande insatser har gjorts men brukaren faller oftast när personal inte är närvarande. Fallen sker oftast i samband när brukaren gör aktiviteter som hen ska få hjälp med men inte har förmågan att vänta på personal.

Enhetschefområde **S3** har två LSS-boenden som har högt fallindex. Det ena boendet är det en brukare som faller ofta. Det beror på att brukaren har nedsatt insikt i sin fysiska förmåga, vilket gör att hen faller ofta. Det andra boendet som har högt fallindex är det olika brukare som faller av olika anledningar.

Enhetschefområde **3Y** är det två boenden som har de flesta fallavvikelserna. På det ena boendet är det en brukare som faller på grund av epileptiska anfall vilket är svårt att förebygga. Det andra boendet är en brukare som har fallit på grund av försämrad fysisk form men har fått rehabilitering och faller inte längre.
Generellt så ökar fallavvikelserna i samband med att brukarna blir äldre och oftast med en begynnande demensdiagnos och sämre fysisk form och nedsatt balans.

Socialpsykiatri boende	**Fallindex** (antal fall/ boendeplatser)	**Fallindex** (antal fall/ boendeplatser)	**Fallindex** (antal fall/ boendeplatser)
	2022	**2023**	**2024**
3Ä Mossavägen Remmarlövsvägen Vålarödsvägen	0,35 (9/26)	0,03 (5/26)	**0,65** (17/26)

Analys
Antalet fallavvikelser har ökat på ett boende och det är en framför allt en brukare som faller. Fallförebyggandet åtgärder har gjorts och antalet fall har minskat.
Tabell nedan visar antalet registrerade fallavvikelser på daglig verksamhet samt de brukare som har personlig assistans. I med att antalet brukare som har daglig verksamhet varierar samt de brukare som har personlig assistans kan fallindex inte räknas ut.

	Antal registrerade fallavvikelser		
	2022	**2023**	**2024**
Daglig verksamhet	19st	17st	12st
Personlig assistans (3x och 3y)	1st	3st	4st

Förflyttningsutbildning
Förflyttningskunskap är ett samlingsnamn för all den kunskap som behövs för att förflyttningarna i vården ska vara skonsamma och trygga för patienten. All omvårdnadspersonal inom vård och omsorg ska genomgå förflyttningsutbildning. Under 2024 gjorde MAR en egenkontroll gällande deltagande i förflyttningsutbildning och lyftteknik.

Verksamhet funktionsnedsättning
Förflyttningsutbildningen sker i samband med arbetsplatsträffar (APT) när hela arbetsgruppen är samlad. Utbildningstiden är ca 1,5 timmer. Denna förflyttningsutbildning ska göras vart annat år. Under hela 2024 har sammanlagt 72 personer genomgått förflyttningsutbildning.

Lyftutbildning Verksamhet funktionsnedsättning
Lyftutbildningen sker en gång i veckan. Utbildningstiden är två timmar.
Under andra hälften av 2024 (juli-december) har totalt 128 platser erbjudits. 109 personer har varit bokade och 80 personer har utbildats.

Förflyttningsutbildning Distrikt, korttid och Vård- och omsorgsboende
Förflyttningsutbildningen sker varannan vecka. Under semesterperiodensbörjan är det varje vecka. Utbildningstiden är två timmar. Under andra hälften av 2024 (juli-december) har totalt 276 utbildningsplatser erbjudits. Av 276 utbildningsplatser var 232 platser bokade men endast 184 personer har kommit och genomgått förflyttningsutbildningen.

Utbildning i Låg affektivt bemötande Verksamhet funktionsnedsättning
2024 startade en stor utbildningsinsats för medarbetare inom funktionsnedsättning i låg affektivt bemötande. Utbildningen är indelade 4 block:

- Fyra webbutbildningar som finns i Utbildningsportalen. Hot och våld, Låg affektivt bemötande (hantera, utvärdera, förändra), Förebygga utmanande beteende inom LSS-verksamheter och Låg affektivt bemötande.
- heldagsutbildning i låg affektivt bemötande för alla medarbetare, utbildare är Jeanette Johansson-Ånmark, specialpedagog. Samtidigt utbildas två medarbetare som senare kommer att hålla i kommande utbildningar.
- Block 3 som kommer att starta under 2025. Då kommer de två utbildade medarbetarna att hålla i den fortsatta utbildningen i låg affektivt bemötande. Nu kommer utbildningen hållas enhetsvis det vill säga varje arbetsgrupp kommer att utbildas tillsammans.

Under 2024 utbildades 239 medarbetare i Block 2.

Kartläggning skyddsåtgärder inom verksamhet funktionsnedsättning

För säkerställande av efterlevnad av rutin har arbetsterapeut, MAR samt SAS under 2024 gjort tre kontroller/genomgångar avseende förekomst av skyddsåtgärder på Bjärevägen, Remmarlövsvägen och Kvarngatan 10 G och i en assistentgrupp. Granskning bygger på parametrar som IVO använt vid tidigare granskning 2022.

Granskningen lades upp som två möten med enhetschef och medarbetare.

Metoden var:

- ett granskningsformulär avseende boendet
- ett granskningsformulär om varje patient.

Utvärdering efter första granskningen var att denna form av kartläggning inte fungerade. Samtalen och kunskapsökningen nådde inte ut till hela arbetsgruppen och granskningen ledde inte till ökad kunskap i arbetsgruppen.

På Hasslebrovägen, ett LSS-boende, provade man ett annat arbetssätt.

- Personalgruppen fick först fått en utbildning/genomgång om skyddsåtgärder och vad det innebär.
- Därefter har personalen fått i uppgift att gå igenom vilka skyddsåtgärder som finns på LSS-boendet.
- Personalgruppen tillsammans med arbetsterapeut och enhetschef har sedan gått igenom skyddsåtgärderna.

Utvärderingen av detta arbetssätt visade att personalgruppen blev involverad och har på egen hand hittat skyddsåtgärder som inte är utredda. Med detta arbetssätt har hela personalgruppen fått utbildning och själv blivit ansvariga för det fortsatta arbetet med skyddsåtgärder.

Det fortsatta arbetet under 2025 är att göra samma upplägg, som på LSS-boendet Hasslebrovägen, med utbildning och genomgång på de andra LSS-boendena samt assistansgrupper. Målet är att vart tredje år ska varje LSS-boende och assistansgrupp ha genomgång av de skyddsåtgärder som finns.

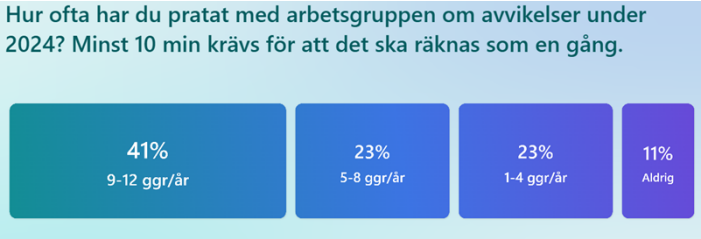
Under 2025 ska även en kartläggning gällande skyddsåtgärder göras på daglig verksamhet.

Under 2025 kommer detta arbete att göras inom vård och omsorgsboendena.

.

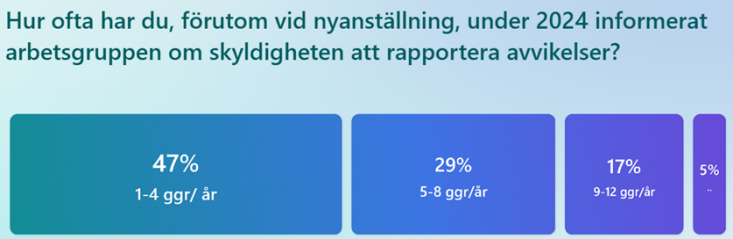
Resultat av arbetet med avvikelser

Enligt MAS riktlinje ska enhetschef ta upp avvikelser med medarbetargruppen en gång månad då även åtgärder tas fram. En egenkontroll som sker via enkät till samtliga enhetschefer i den nära patient verksamheten visar att 41 procent av enhetscheferna tar upp avvikelser 9-12 gånger per år, vilket är en försämring sedan 2023 då 57 procent av enhetscheferna efterlevde rutinen. Elva procent av enhetscheferna lyfte aldrig avvikelser med sina medarbetare. Här finns en väldig förbättringspotential då återkoppling till medarbetargruppen, som skrivit avvikelserna, är oerhört viktig. Samtalet med medarbetargruppen kring avvikelser är grunden till det förbättringsarbete som avvikelserna ska leda till.



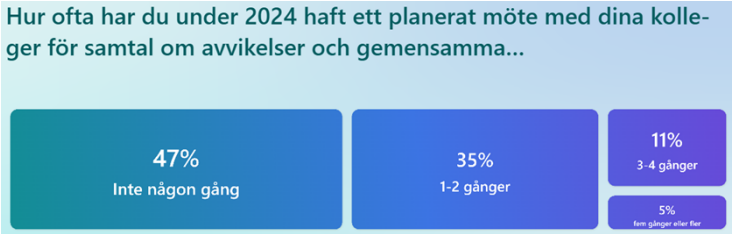
Det är enbart 5 procent av enhetscheferna inte upplever att avvikelserna någon gång har lett till förändrade arbetssätt. 95 procent av enhetscheferna anser att avvikelserna lett till förändrade arbetssätt. Detta innebär att arbetet med avvikelser har en stor påverkan på utvecklingen av verksamheten.

Rutinen säger att enhetschef ansvarar för att informera medarbetarna om att de är skyldiga att skriva avvikelser och informera dem om hur de ska göra. Här efterlever enhetscheferna rutin väl. Enbart fem procent av enhetscheferna informerar aldrig om kravet att skriva avvikelse.



När det gäller arbetet med avvikelser på en aggregerad nivå så har vi en del att göra. Här har endast fem procent av enhetscheferna haft ett planerat möte för arbete med avvikelser på aggregerad nivå.

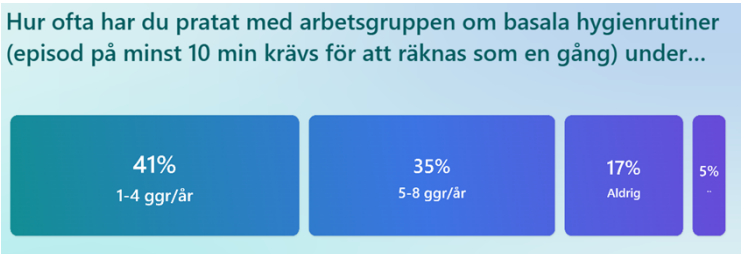
Enligt rutin ska verksamhetschef lyfta frågan om avvikelser med enhetscheferna minst två gånger per år. Detta för att hitta lösningar på aggregerad nivå för att förhindra upprepningar av avvikelser. Här har vi fortsatt ett område som kan utvecklas då ett flertal chefer inte haft något möte alls med sina kolleger gällande att lyfta avvikelser på aggregerad nivå. Enligt Socialstyrelsens handbok för tillämpande av HSLF-FS 2017:40 ”kan analyser på aggregerad nivå bidra till lärandet genom att bakomliggande systemfaktorer blir synliga och kan åtgärdas i det förebyggande arbetet.” Här har verksamhetscheferna ett stort ansvar för att få igång detta arbete.



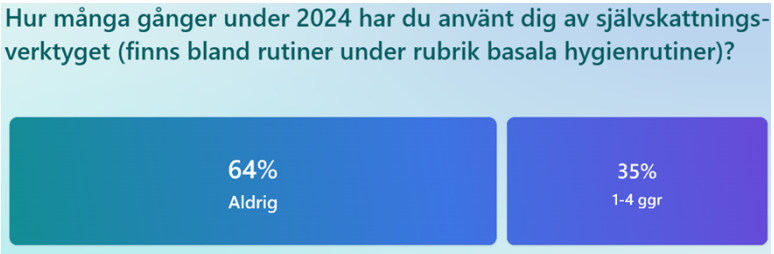
Resultat egenkontroll gällande basala hygienrutiner

Då inte längre efterlevnad av basala hygienrutiner kan mätas genom SKR:s ppm så har en egenkontroll via frågor till enhetschefer genomförts.

Enhetschef ska enligt rutin minst en gång per månad ta upp basala hygienrutiner med arbetsgruppen. Enligt enhetscheferna svar på enkät är det endast 5 procent av enhetscheferna som lever upp till detta (9-12 ggr/år). 17 procent av enhetscheferna svarade att de aldrig lyfter frågan om basala hygienrutiner med sina medarbetare.

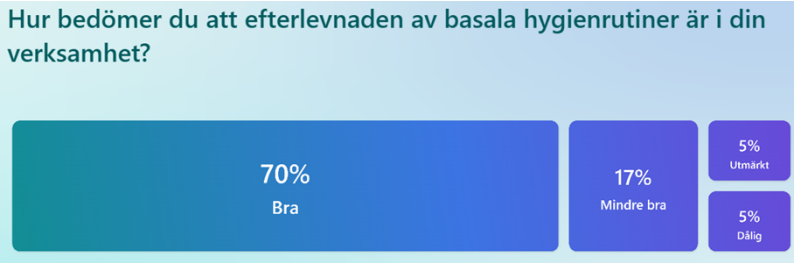


Enhetschef ska enligt rutin använda sig av ett självskattningsverktyg (finns på intranätet) vid samtal med medarbetarna om basala hygienrutiner. Här finns det en stor brist. Endast 35 procent av enhetscheferna har någon gång använt verktyget.



Enligt rutin ska det finnas minst ett hygienombud i varje verksamhet. Detta efterlevs ganska bra. Endast i 23 procent av verksamheterna finns det inte något hygienombud.

Här framkommer enhetschefens bild av hur efterlevnaden av basala hygienrutiner är i deras verksamhet. Fem procent anser att efterlevnaden är utmärkt och 70 procent anser den vara god. 17 procent anser att den är mindre bra och fem procent att den är dålig.



Klagomål och synpunkter

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

En viktig del i förvaltningens systematiska kvalitetsarbete är att ta emot och utreda synpunkter och klagomål. Närmast ansvarig chef ansvarar för kvalitetsförbättring inom sitt ansvarsområde och är skyldig att löpande behandla inkomna synpunkter och klagomål. Inkomna synpunkter och klagomål som är kopplade till enskilda patienter och som avser uteblivna insatser eller som inte överensstämmer med en enskild individs vård- och omsorgsplanering, fastställda rutiner eller vad som är förenligt med lag och föreskrift rapporteras som en avvikelse. Kvalitetsbrister och andra synpunkter på vården hanteras enligt rutin för synpunkter och klagomål.

Öka riskmedvetenhet och beredskap

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

Vård och omsorg har tagit fram en kompetensförsörjningsplan för att säkerställa kunskap och kompetens till verksamheterna framöver. I detta arbete förekommer också ett arbete med att fördela arbetsuppgifter på ett bra sätt. En del i detta är att avlasta de legitimerade grupperna med undersköterskor. I och med att dessa undersköterskor arbetar nära den legitimerade personalen så blir det lättare för den legitimerade personalen att utbilda undersköterskor samt att följa upp utförda uppgifter. Tanken att alla ska kunna göra allt behöver åter prövas i takt med allt mer avancerad hälso- och sjukvård kommer att bedriva i hemmet framöver. Att utföra avancerade hälso- och sjukvårdsinsatser kräver mer utbildning än vad som kan ges i delegeringssituationer.

MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

Att löpande mäta resultat via egenkontroller har påbörjats under 2022 och fortsatt under 2024. Det behövs en strategi gällande egenkontrollerna, så att vi håller i och fortsätter mäta tills vi nått det resultat vi önskar. Egenkontroller är ett utmärkt sätt att kontrollera efterlevnad av rutiner.

Det finns ett inbyggt problem i verksamheten där hälso- och sjukvårdskunskap efterfrågas av omvårdnadspersonalen, men där resurserna av sjuksköterskor för detta inte räcker till. Ett nytänk i hur man arbetar och vem som gör vad behövs då samtidigt mer avancerad hälso- och sjukvård bedrivs i hemmet.

Grunden för patientsäkerhetsarbetet under 2025 kommer att vara det fortsatta arbetet med Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården” Agera för säker vård”.

Det gemensamma arbetet med region Skåne gällande God och Nära vård kommer också att fortsättningsvis vara en viktig del under 2025.

Mål för 202

Mål	Metod	Mätning
Ökad efterlevnad av basala hygienrutiner	• Utbildning via webbplattform • Möten med hygienombud • Handlingsplaner enligt egenkontroll • Mäta efterlevnad	• Utvärdering av handlingsplaner • Nulägesanalys enligt egenkontroll • Antal deltagare vid träffar med hygienombud • Egen ppm
Utveckling av dokumentationen	• Uppföljning och utveckling av standardvårdplaner • Markörbaserad journalgransknin g	• MAS och MARs granskning av slumpvis utvalda journaler • MAS o MARs uppföljning av standarsvårdplaner
Kvalitetsarbete gällande nutrition	• Kvalitetsregistret Senior Alert • Egenkontroll nattfasta	• Journalgranskning/åtgärder/uppföljning/vårdplan • Följa resultat i senior Alert • Handlingsplaner efter egenkontroll nattfasta hos riskpatienter
Minskning av antalet patienter med trycksår	• Utbildning • Kvalitetsregistret Senior Alert	• Följa resultat i senior Alert • Utbildningsinsatser till omvårdnadspersonal

samt minskning av antal trycksår		
Utveckling av vård i livets slut.	• Information • Utbildning	• Kvalitetsregistret Palliativregistret • Journalgranskning - vårdplan
Höja nivån av patienter som får sin ordination i tid	• Information • Utbildning	• Följa statistik i Alfa
Säkerställa att riktlinje gällande skydds och begränsningsåtgärder efterlevs: Vård och omsorgsboende LSS boenden	• Utbildning/genomgång • besök på boendena	• Journalgranskning, samtal med personal och besök hos patient gemensamt MAS, MAR och SAS
Professionellt bemötande mot brukare inom funktionsnedsättning	• Utbildning i lågaffektivt bemötande	• Antal utbildade under 2025
Öka antalet inkomna fallrapporter som tas emot inom fem dagar	• Information om processen gällande fallavvikelser • Kontroll av mottagna avvikelser	• Mätperiod februari-september 2025 • information

2025-03-11
Ingrid Westerlund
+4641362386
ingrid.westerlund@eslov.se

Vård- och omsorgsnämnden

Tjänsteskrivelse. Information om upphandling av hjälpmedelsförsörjning

Förslag till beslut
- Vård- och omsorgsnämnden har mottagit informationen och lägger den till handlingarna.

Ärendebeskrivning
Vård- och omsorgsnämnden informeras om en kommande upphandling av nytt avtal för hjälpmedelsförsörjning.

Beslutsunderlag
Denna tjänsteskrivelse, 2025-03-11

Beredning
Eslövs kommun ingår i Mellersta Skånes 9 – grupp. En gemensam upphandling av nytt avtal för hjälpmedelsförsörjning ska genomföras och Lunds kommun kommer att sköta upphandlingen. Ärendet har utretts av Rehabcheferna i de aktuella kommunerna. Styrgruppen i Mellersta, där förvaltningschefen för Vård och Omsorg ingår, har fattat beslut om hyrmodellen. Ärendet har även samverkats lokalt i Eslövs kommun.

Förfrågningsunderlaget förväntas bli klart under våren och avtalsstart beräknas till 1 oktober 2026.

Vård- och omsorgsnämnden har prioriterat upphandlingen i kommunens upphandlings och genomförandeplan.

Beslutet skickas till
Akten

Ingrid Westerlund
Förvaltningschef