

Patientsäkerhetsberättelse för Vellinge Kommun År 2025



Datum 260225

Ansvarig för innehållet Rebecca Levau, medicinskt ansvarig sjuksköterska

Inledning

Enligt Patientsäkerhetslagen (2010:659) ska vårdgivare årligen upprätta en patientsäkerhetsberättelse som redovisar det systematiska arbetet med patientsäkerhet under föregående år, inklusive genomförda åtgärder, resultat och effekter.

Den ska ha tillräcklig detaljeringsgrad för att visa hur kvaliteten utvecklas och säkras i verksamhetens olika delar samt kunna integreras i vårdgivarens ledningssystem. Ledningssystemet ska stödja planering, styrning, uppföljning och förbättring av verksamheten samt förebygga händelser som kan leda till vårdskador eller andra avvikelser. Alla leverantörer med avtal inom hälso- och sjukvård upprättar egna berättelser. Denna rapport ger en övergripande bild av händelser, samverkan, uppföljningar och statistik inom vård- och omsorgsverksamheterna i Vellinge kommun. Patientsäkerhetsberättelsen publiceras årligen av omsorgsnämnden på kommunens webbplats under mars månad.



Källa:

Socialstyrelsen "Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2020–2024"

Innehåll

Inledning.....	2
SAMMANFATTNING	5
Engagerad ledning och tydlig styrning	6
Övergripande mål och strategier	6
Organisation och ansvar.....	6
Vårdgivare	6
Medicinskt ansvarig sjuksköterska	6
Verksamhetschef.....	7
Hälso- och sjukvårdspersonal.....	7
Nytt i verksamheterna.....	8
Livskvalitetsmätning.....	8
Ung omsorg i särskilt boende.....	8
Samverkan för att förebygga vårdskador.....	8
Hälso- och Sjukvårdavtalet.....	9
Avtal som reglerar råd och stöd samt utbildningsinsatser till personal inom vård och omsorg samt läkarinsatser till enskild patient utifrån Hälso- och sjukvårdsavtalet	9
Lokal samarbetsgrupp kopplat till hälso- och sjukvårdsavtalet.....	9
Vårdsamverkan Nära Vård i delregion Sydväst.....	10
Mobilt team närsjukvård sydväst.....	10
Nationell vårdplan för palliativ vård (NVP)	11
Samverkan vid utskrivning från slutenvård (SVU).....	11
Betalningsansvar och aktuella trender	11
Informationssäkerhet.....	12
En god säkerhetskultur.....	12
Adekvat kunskap och kompetens	13
Kompetensförstärkning – Äldreomsorgslyftet.....	13
Kvalitetshöjande insatser kring måltider i äldreomsorgen, FINGER-modellen	14
Workshop dialog om Samordnad Individuell Plan	14
Patienten som medskapare	14
Seniorkontakter.....	15
Digital hemtjänst.....	15
Stjärnmärkning enligt Svenskt Demenscentrums utbildningsmodell.....	15
Standardiserat insatsförlopp vid demenssjukdom - Vellingemodellen	16
Multiprofessionellt kognitivt team i hemsjukvården (MKTH)	17
Förebyggande hembesök.....	17

Samverkan med patienter och närstående.....	17
AGERA FÖR SÄKER VÅRD.....	18
Systematiskt kvalitetsarbete	18
Nationell patientöversikt (NPÖ)	18
Nationella kvalitetsregister	19
Beteendemässiga och psykiska symtom vid demens (BPSD).....	19
Senior Alert.....	20
Svenska Palliativregistret	20
Öka kunskap om inträffade vårdskador	21
Kvalitetsråd.....	21
Tillförlitliga och säkra system och processer	22
Vårdhygien	22
Samordnad individuell plan (SIP)	22
Läkemedelsgenomgångar	23
Säker vård här och nu.....	24
Sensorteknik i särskilt boende	24
Digitala lås/ nycklar	25
Digital signering av hälso- och sjukvårdsinsatser	25
Lifecare HSL	26
Stärka analys, lärande och utveckling	27
Avvikelser	27
Avvikelser enligt hälso- och sjukvårdslagen (HSL)- vårdskador	27
Lex Maria	28
Fallolyckor	28
Klagomål och synpunkter	29
Patientnämnden.....	30
Öka riskmedvetenhet och beredskap	30
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR 2026	30
Öka registreringen inom BPSD	30
Palliativregistret	30
Samordnad individuell plan (SIP)	31
Fallpreventivt arbete	31
Digital hemtjänst	31
Digital signering av hälso- och sjukvårdsinsatser	31
Nära vård	31
En god munhälsa för ett välmående liv 2026.....	31

SAMMANFATTNING

Under 2025 har Vellinge kommun bedrivit ett omfattande och strukturerat patientsäkerhetsarbete med utgångspunkt i nationella mål och gällande lagstiftning. Arbetet har präglats av tydlig styrning, personcentrerat arbetssätt och bred samverkan mellan kommun, region och privata utförare. Fokus har varit att förebygga vårdskador, säkerställa god kvalitet och stärka kontinuiteten i vård och omsorg.

Organisationens olika funktioner – från vårdgivare och MAS till legitimerad personal och omvårdnadspersonal – har aktivt bidragit till att utveckla rutiner, säkerställa kompetens och rapportera risker och avvikelser. Det systematiska kvalitetsarbetet har omfattat egenkontroller, dokumentationsgranskningar, avtalsuppföljningar och kvalitetsobservationer. Resultaten visar överlag god kvalitet, god följsamhet till avtal och ett fortsatt personcentrerat förhållningssätt i verksamheterna.

Digitalisering har varit ett viktigt utvecklingsområde. Uppgraderingen av digitala läkemedelsskåp har stärkt säkerheten i läkemedelshanteringen, och införandet av sensortekniken på särskilt boende S:t Knut har förbättrat tillsynen och sannolikt bidragit till färre fall. Projektet med digital hemtjänst har visat positiva effekter gällande trygghet, särskilt för personer med oro eller ångestproblematik. Dokumentationskvaliteten har stärkts genom riktad utbildning i LifeCare HSL och etableringen av en övergripande dokumentationsgrupp.

Demensvården har vidareutvecklats genom fortsatt stjärnmärkning och tillämpningen av ett standardiserat insatsförlopp enligt Vellingemodellen. Det multiprofessionella kognitiva teamet har haft en betydande roll i stöd till både patienter och anhöriga, och antalet personer med demensdiagnos fortsätter att öka, vilket kräver fortsatt fokus på tidiga insatser och stärkt samverkan.

Förebyggande insatser har stärkts genom ett ökat arbete med Senior Alert, där kommunen uppnått Silvernivå med betydligt fler genomförda riskbedömningar än tidigare år. Förebyggande hembesök till 80-åringar har fortsatt att identifiera risker i tid och öka tryggheten i ordinärt boende. I den palliativa vården har samtliga särskilda boende (SÄBO) infört Nationell vårdplan för palliativ vård (NVP), medan Palliativregistrets indikatorer visar områden där ytterligare förbättring krävs.

Rapporteringen av avvikelser visar att fallolyckor fortsatt är den största vårdskaderisken och att dessa ökat under året, särskilt på särskilda boenden. Läkemedelshantering är fortsatt den vanligaste typen av HSL-avvikelse, och totalt rapporterades 835 HSL-avvikelser. Tre Lex Maria-anmälningar upprättades. Patienter och närstående involveras aktivt vid allvarliga händelser och i utredning enligt Lex Maria. Synpunkter och klagomål ökade något och tas kontinuerligt om hand som en del av systematiska förbättringsarbetet.

Sammanfattningsvis visar året att Vellinge kommun har en stabil och utvecklingsorienterad patientsäkerhetskultur med tydliga styrkor inom digitalisering, demensvård, kvalitetsuppföljning och samverkan. Samtidigt kvarstår behov av vidare arbete med fallprevention, läkemedelshantering, SIP-processen och palliativa kvalitetsindikatorer.

GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

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

Kommunens övergripande mål för patientsäkerhetsarbetet är att säkerställa en god och säker vård av god kvalitet samt att förebygga vårdskador. Arbetet bedrivs genom systematiskt kvalitetsarbete såsom avvikelshantering, riskanalyser, dokumentation, kompetensutveckling, sammanhållna vårdprocesser och kvalitetsuppföljning. Hälso- och sjukvården i Vellinge kommun ska uppfylla kraven på god och säker vård i enlighet med Patientsäkerhetslagen (2010:659) och Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).

All personal inom vård och omsorg i Vellinge kommun ska arbeta i enlighet med gällande lagstiftning, följa fastställda riktlinjer och rutiner samt verka för att förebygga skador. Arbetet ska vara personcentrerat och utgå från vårdtagarens behov och förutsättningar, främja delaktighet för patient och närstående samt bidra till kvalitetssäkring och utveckling. Patientsäkerhetsarbetet ska bedrivas i nära samverkan mellan omsorgsavdelningen och de olika utförarna, både privata och kommunala, samt i tydlig samverkan med primär- och specialistvård.

Organisation och ansvar

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

Nedan beskrivs ansvarsfördelning och roller för planering, ledning och egenkontroll av patientsäkerhetsarbetet på olika nivåer.

Vårdgivare

Vårdgivaren har ett organisatoriskt ansvar och ska planera, leda och kontrollera verksamheten så att den lever upp till kravet god vård. Vårdgivaren ansvarar för att det finns ett ledningssystem att använda för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet. (SOSFS 2011:9)

Medicinskt ansvarig sjuksköterska

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) har ett särskilt ansvar för att patienter får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet. Uppdraget omfattar bland annat att säkerställa att rutiner och författningar är kända, att patientjournaler förs korrekt samt att delegeringsbeslut är patientsäkra. MAS ansvarar även för att händelser som medfört eller

kunnat medföra allvarlig vårdskada anmäls enligt Lex Maria till Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Sedan juni har MAS- ansvaret för leverantörer i privat regi inom särskilda boenden, hemsjukvård, hemtjänst och LSS-gruppbostäder flyttats till ansvarig vårdgivare enligt avtal. På vård- och omsorgsboendet S:t Knut kvarstår ansvaret hos kommunens MAS.

Verksamhetschef

Verksamhetschef ska svara för att verksamheten tillgodoser hög patientsäkerhet och god kvalitet av vården. De ska också ansvara för att verkställa och utveckla hälso- och sjukvården genom bland annat egenkontroller. Verksamhetschef har det yttersta ansvaret för den dagliga driften i verksamheten. Verksamhetschefen ansvarar för att medarbetare har den kompetens och utbildning som krävs för att hälso- och sjukvårdsinsatser ska kunna utföras på ett patientsäkert sätt. Verksamhetschef ansvarar för att personal är väl förtrogen i rapporteringsskyldigheten gällande risker och händelser som har medfört eller hade kunnat medföra missförhållande eller vårdskada.

Enhetschef

Enhetschefen ansvarar för att säkerställa patientsäkerhet, kvalitet och god vård inom sitt verksamhetsområde.

Enhetschefen ska dokumentera hur patientsäkerhetsarbetet och kvalitetsarbetet har utvecklats, säkrats och bedrivits under föregående kalenderår samt redovisa uppnådda resultat.

Enhetschefen ska även säkerställa att verksamhetens personal arbetar i enlighet med de processer och rutiner som ingår i ledningssystemet.

Hälso- och sjukvårdspersonal

Hälso- och sjukvårdspersonal, det vill säga arbetsterapeuter, fysioterapeuter och sjuksköterskor ansvarar för att patienten ges sakkunnig och omsorgsfull hälso- och sjukvård och att vården så långt som möjligt utformas och genomförs tillsammans med patienten i centrum. Hälso- och sjukvårdspersonal ansvarar för att hälso- och sjukvårdsarbetet följer vetenskap och beprövad erfarenhet.

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

Specialistundersköterska

Har fördjupade kunskaper inom sitt specialistområde och relevant utbildning. Handleder och utbildar kollegor enligt planering samt vid akuta behov. Driver utvecklingsprojekt och bidrar aktivt till kvalitetsutveckling i verksamheten.

Språkombud

Stödjer kollegor i språkutveckling och kommunikation. Samarbetar med enhetschef för att skapa en språkutvecklande arbetsmiljö. Hjälper kollegor med svårigheter i svenska språket och vardaglig språkanvändning.

Omvårdnadspersonal

Utför hälso- och sjukvårdsuppgifter efter delegering från legitimerad yrkesutövare. Ansvarar för att följa rutiner och riktlinjer samt återrapportera till legitimerad personal.

Nytt i verksamheterna

Livskvalitetsmätning

Under våren 2025, mellan den 9 maj och 30 juni, genomförde Vellinge kommun en omfattande livskvalitetsundersökning bland seniorer i kommunen. Arbetet utgick från det vetenskapligt utformade bedömningsverktyget ASCOT, kompletterat med frågor specifika för kommunen. Syftet med undersökningen var att få en tydlig bild av hur äldre i Vellinge upplever sin livskvalitet, vilka behov som finns och vilket stöd som kan behövas framöver inom vård, omsorg och det förebyggande arbetet i linje med den nya Socialtjänstlagen. Totalt deltog 2 094 personer, vilket motsvarar 23 procent av samtliga invånare som är 65 år eller äldre.

Överlag visar undersökningen att livskvaliteten är hög bland seniorerna i Vellinge. Med ett genomsnittligt ASCOT-värde på över 0,8 upplever många äldre ett gott vardagsliv. Personer som inte har omsorgsinsatser skattar sin livskvalitet betydligt högre än de som har hemtjänst eller hemsjukvård. De områden där seniorerna generellt skattar sig högst är känslan av att ha ett rent och presentabelt hem, upplevelsen av att få hjälp när det behövs samt hur de använder sin tid. Samtidigt finns det områden där resultaten är svagare, framför allt trygghet, mat och dryck samt sociala kontakter. Dessa lägre värden är särskilt tydliga bland dem som får omsorgsinsatser.

Fysisk aktivitet är vanlig bland seniorerna och många fortsätter vara aktiva långt upp i åldrarna, men en tydlig minskning ses efter 90 års ålder. 15 procent uppger att de skulle vilja ha fler sociala kontakter än idag. De största utmaningarna i vardagen handlar framför allt om rörlighet, möjligheten att fortsätta vara fysiskt aktiv samt upplevelsen av den egna hälsan och det allmänna välbefinnandet.

Majoriteten av deltagarna uttrycker att de vill bo kvar hemma så länge som möjligt och de flesta tror inte att de kommer att behöva omfattande hjälp från kommunen framöver.

Ung omsorg i särskilt boende

Under våren genomfördes en upphandling av sociala aktiviteter för äldre till särskilda boenden via Ung Omsorg. Syftet med avtalet är att främja en meningsfull fritid och social samvaro för äldre personer med funktionsnedsättningar. Ung Omsorg erbjuder aktiviteter som promenader tillsammans med rullstolsburna äldre, högläsning ur dagens tidning, sällskapsspel samt socialt umgänge över en fika. Dessa insatser bidrar till att motverka ensamhet och skapa en stimulerande och inkluderande miljö för de boende.

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Samverkan för att förebygga vårdskador sker inom flera centrala processer och områden. Ett viktigt fokus är vårdens övergångar, där strukturerade rutiner för informationsöverföring och överenskommelser mellan olika vårdenheter används för att säkerställa kontinuitet och patientsäkerhet.

Samverkan sker mellan primärvård och sjukhus samt mellan region och kommun, vilket är avgörande för att skapa en sammanhållen vårdkedja och undvika brister i vården.

Genom dessa samverkansinsatser stärks patientsäkerheten och risken för vårdskador minskar.

Hälso- och Sjukvårdavtalet

De skånska kommunerna och Region Skåne fastställde i april 2016 en överenskommelse om ansvarsfördelning och utveckling av hälso- och sjukvården i Skåne. Samverkan mellan Region Skåne och Skånes kommuner avseende hälso- och sjukvård är organiserad i enlighet med gällande hälso- och sjukvårdsavtal.

Organiseringen bygger på en såväl central som delregional samverkan mellan både tjänstepersoner och politiker.

Avtal som reglerar råd och stöd samt utbildningsinsatser till personal inom vård och omsorg samt läkarinsatser till enskild patient utifrån Hälso- och sjukvårdsavtalet

Ett avtal som reglerar råd- och stödinsatser, utbildningsinsatser för personal inom vård och omsorg samt läkarinsatser till enskilda patienter, i enlighet med Hälso- och sjukvårdsavtalet, har upprättats mellan respektive vårdcentral, vård- och omsorgsboende, hemsjukvården samt vård- och omsorgsförvaltningen.

Avtalet gäller från och med 2023-10-02 och tills vidare.

Syftet med avtalet är att säkerställa ett gott, sammanhållet och jämlikt omhändertagande för personer som är i behov av hälso- och sjukvårdsinsatser från både Region Skåne och kommunen. Genom detta skapas förutsättningar för ökad trygghet och kvalitet i vården för den enskilde.

Uppföljningen av de avtal som genomfördes i juni 2025 visar att SIP-arbetet under året har minskat sedan 2024. Uppföljningen visar god tillgänglighet till rondtider samt ett välfungerande samarbete mellan berörda aktörer. För att ytterligare stärka kvaliteten i arbetet behöver verksamheterna genomföra fler läkemedelsgenomgångar.

Lokal samarbetsgrupp kopplat till hälso- och sjukvårdsavtalet

Den lokala samarbetsgruppen har som huvuduppdrag att följa upp och utveckla hälso- och sjukvårdsavtalet samt fungera som ett forum för informationsutbyte och personcentrerade samarbetslösningar. Gruppen sammanträder fyra gånger per år och består av representanter från både kommunal och privat vård- och omsorg i Vellinge kommun, Näsets läkargrupp, Vårdcentralen Vellinge samt Catio vårdcentral.

Lokala samarbetsgruppen har under 2025 arbetat med följande:

Under våren 2025 har föreläsningar med temat "Vad är viktigt att tänka på när man blir äldre för att minska risken för sjukdom?" genomförts på kommunens aktivitetshus.

Föreläsningarna har hållits av läkare och legitimerad vårdpersonal med syfte att öka kunskapen om hälsofrämjande och förebyggande insatser för äldre.

Under året har en lokal rutin utarbetats för att säkerställa kommunens sjukvårdsansvar inom funktionsstöd i enlighet med gällande lagstiftning. Rutinen innebär att alla brukare inom LSS som uttryckt önskemål har blivit inskrivna i hemsjukvården. Vårdcentralerna har påbörjat arbetet med att kalla, och fortsätter att kalla, brukare inom LSS som önskar till individuella hälsosamtal. Detta är ett viktigt steg för att främja hälsa och förebygga sjukdom i målgruppen.

Arbetet med kognitiv rond har fortsatt att utvecklas inom kommunen genom ett nära samarbete mellan det kognitiva teamet, hemsjukvården och vårdcentralerna. Syftet är att stärka det gemensamma arbetet kring personer med kognitiv svikt och demenssjukdom.

Syftet med avtalet är att säkerställa ett gott och jämlikt omhändertagande för personer som är i behov av hälso- och sjukvårdsinsatser från både Region Skåne och kommunen, och därigenom bidra till ökad trygghet.

Uppföljning av avtalen genomfördes i juni 2025 med fokus på antalet upprättade samordnade individuella planer (SIP). Resultatet var i stort sett oförändrat jämfört med 2024, men en minskning noterades i antalet SIP inom hemsjukvården

Vårdsamverkan Nära Vård i delregion Sydväst

Vårdsamverkan Skåne

Syftet med samverkan är att säkerställa ett tryggt och jämlikt omhändertagande för personer som behöver hälso- och sjukvårdsinsatser från både Region Skåne och kommunen. Genom detta skapas ökad trygghet för den enskilde.

Samverkan innebär ett gemensamt åtagande för utveckling med målet att höja kvaliteten för individen och samtidigt använda resurserna mer effektivt. Utvecklingsarbetet ska stödja den förändring där allt fler vårdinsatser kan utföras i hemmiljö. Denna förändring möjliggörs av medicinska och tekniska framsteg och öppnar för nya vårdformer som gynnar den enskilde. Genom att utveckla gemensamma vårdformer och förstärka förebyggande insatser för riskgrupper får parterna bättre förutsättningar att möta det ökande vårdbehov som följer av den demografiska utvecklingen.

Vårdsamverkan Sydväst har under 2025 fokuserat på att implementera den Skånegemensamma aktivitets- och tidsplanen för nära vård, med fokus på att stärka samverkan i vårdövergångar. Viktiga insatser inkluderar utvärdering av akutblad, arbete med "Mina planer" (samordnad individuell planering) och uppföljning av avtal för ansvarsfördelning.

Mobilt team närsjukvård sydväst

Mobila team inom närsjukvården utgör en sammanhållen vårdform där primärvården fungerar som navet i ett nära samarbete med övriga vårdgivare. Teamets övergripande mål är att skapa en trygg, tydlig och lättillgänglig vård för patienter som kan behandlas i hemmet istället för att behöva vårdas på sjukhus. Detta ger patienten möjlighet att stanna i sin egen miljö och samtidigt få kvalificerad vård.

Teamet har en central och samordnande funktion. Det ansvarar för att bedöma patientens behov, planera vårdinsatser, ordinera behandlingar och utföra dem. Uppdraget omfattar bland annat:

- Individuella insatser för sköra och sjuka patienter under kortare eller längre perioder, med målet att undvika onödiga sjukhusvistelser och främja vård i hemmet.
- Tillfälliga punktinsatser som kräver avancerad behandling, exempelvis intravenös antibiotika, blodtransfusioner eller andra medicinska åtgärder som annars skulle kräva sjukhusbesök.
- Rådgivning och stöd till kommunens sjuksköterskor och läkare vid osäkerhet kring vårdnivå, där teamets kompetens fungerar som ett bollplank och trygghet i beslutsfattandet.

Genom att arbeta nära patienten och vårdgivarna skapar teamet en flexibel och personcentrerad vårdform som stärker tryggheten, minskar behovet av sjukhusinläggningar och bidrar till en mer sammanhållen vårdkedja.

Nationell vårdplan för palliativ vård (NVP)

NVP har tagits fram för att skapa stöd och struktur i vården av vuxna personer med palliativa vårdbehov. Syftet är att öka trygghet och livskvalitet för både patient och närstående genom att vårdens behov identifieras, åtgärdas, följas upp och dokumenteras på ett ändamålsenligt och strukturerat sätt.

För personalen ger vårdplanen en ökad trygghet genom att viktiga aspekter i den palliativa vården lyfts fram. Den ger en tydlig överblick över patientens situation, önskemål och behov, samt över vilka individuella insatser som har genomförts och vilka som planeras framåt.

I Vellinge kommun arbetar nu samtliga SÄBO enligt NVP, och under 2026 kommer även hemsjukvården att införa arbetssättet.

Samverkan vid utskrivning från sluten vård (SVU)

Samverkan vid utskrivning från sluten vård är en lagstyrd process (SOSFS 2017:612) som ska säkerställa en trygg och effektiv övergång från sjukhus till nästa vårdnivå. För att det ska fungera behöver alla involverade aktörer – sjukhus, primärvård och kommun – planera tillsammans med patienten.

Processen innehåller flera steg:

- Inskrivningsmeddelande
- Kartläggning av behov
- Bedömning av när patienten är utskrivningsklar
- Ställningstagande till behov av samordnad individuell plan (SIP)
- Slutlig bedömning inför utskrivning

Vid behov upprättas en SIP, antingen före eller efter att patienten kommit hem.

Utskrivning ska kunna ske alla dagar i veckan, även helger och storhelger. Det kräver god samordning mellan alla vårdgivare.

Betalningsansvar och aktuella trender

Kommunens betalningsansvar startar när det genomsnittliga antalet dagar som patienter ligger kvar på sjukhus efter att ha bedömts utskrivningsklara överstiger 2,80 dagar per månad.

Under 2025 har både antalet utskrivningsklara dagar och antalet vårdtillfällen ökat något jämfört med 2024 – både i Skåne som helhet och i Vellinge kommun.

En viktig faktor för att hålla nere antalet utskrivningsklara dagar är att patienten kan gå hem samma dag som utskrivningsklar-bedömningen görs. Detta får dock aldrig ske på bekostnad av patientsäkerheten, utan ska alltid avgöras utifrån varje enskild situation.

SVU-teamet i Vellinge kommun arbetar aktivt för att förbereda patienter så att hemgång samma dag blir möjlig när de bedöms utskrivningsklara. För att möta det ökade antalet

patienter som skrivs ut från sjukhus har teamet under 2025 utvecklat ett mer proaktivt arbetssätt.

Målet är att patienter redan vid inskrivning på sjukhus ska få en första kontakt med kommunen. På så sätt kan de tidigt få information om processen, aktuell planering och vilka insatser, anpassningar och former av hemsjukvård som kan bli aktuella efter sjukhusvistelsen.

Det proaktiva arbetssättet syftar dels till att skapa goda förutsättningar för kommunen att effektivt planera hemtagning av utskrivningsklara patienter, dels till att stärka patientens trygghet. Genom tidig dialog med både patient och nätverk minskas oro, samtidigt som det skapas en tydlig förståelse för kommunens mål: att patienten ska kunna återvända hem och få det stöd som behövs i sin invanda miljö, med sina rutiner, relationer och sin trygghet bevarad.

Informationssäkerhet

Kommunen är enligt 4 kap. 3 § patientdatalagen (2008:355) skyldig att regelbundet kontrollera de uppgifter som hanteras om patienter i elektroniska system. I Vellinge kommun ansvarar systemförvaltaren för att sådana loggkontroller utförs fortlöpande. Resultaten från dessa kontroller skickas därefter vidare till berörd verksamhetschef, som granskar loggarna. Vid misstanke om otillbörlig användning av systemen ska loggkontroll också genomföras. Under året har fyra loggkontroller inom vård- och omsorgsverksamheten genomförts enligt gällande rutin, och samtliga utföll utan anmärkning.

En god säkerhetskultur

För att stärka patientsäkerheten och utveckla vård och omsorg, både i kommunens egen regi och i verksamheter som Vellinge kommun har avtal med enligt LOU och LOV, genomförs årligen en kvalitets och verksamhetsuppföljning. Uppföljningen belyser olika delar av verksamheten och syftar till att:

- Säkerställa att verksamheterna följer avtal, uppdragsbeskrivningar, lagar och föreskrifter.
- Identifiera eventuella avvikelser och begära in handlingsplaner vid behov.
- Ge kommunen som huvudman en helhetsbild av hur väl verksamheten fungerar.

Under 2025 har vård och omsorg, efter beslut i Omsorgsnämnden, arbetat med ett kvalitetsuppföljningsprogram inom följande områden:

1. **Inre tillsyn:** Årlig granskning av leverantörernas skatteekonomi.
2. **Bemanningskontroll:** Oanmälda kontroller genomförs vid tre tillfällen per år på samtliga vård- och omsorgsboenden.



3. **Systematiskt kvalitetsarbete:** Uppföljning av hur kommunala och privata utförare arbetar enligt SOSFS 2011:9, med särskilt fokus på egenkontroller samt analys av avvikelser och inkomna synpunkter/klagomål.
4. **Dokumentationskontroll** (HSL, SoL, LSS): Granskning av slumpvis utvalda patientjournaler för att bedöma kvaliteten i dokumentation och genomförandeplaner.
5. **Hantering av trygghetslarm** Utförarnas hantering av trygghetslarm inom hemtjänsten följs upp i enlighet med avtalskraven. Analysen genomförs med hjälp av kommunens systemverktyg för trygghetslarm och omfattar uppföljning av statistik kring den genomsnittliga svarstiden
6. **Kvalitetsobservationer** Fokusområden har varit personcentrerad omvårdnad inom vård- och omsorgsboende samt hemsjukvård samt måltidsobservationer på vård- och omsorgsboende.
Kvalitetsuppföljningen genomförs genom strukturerade kvalitetsobservationer i särskilda boenden för äldre samt inom hemsjukvården. Syftet är att säkerställa att vårdens kvalitet överensstämmer med gällande avtal och riktlinjer
7. **Brukarnas upplevda kvalitet** Brukarundersökning "Vad tycker de äldre om äldreomsorgen" genomfördes under mars-maj 2025 på vård- och omsorgsboende och inom hemtjänst
8. **Nära vård, SÄBO & hemsjukvård** Genomförs en gång årligen i juni samt vid behov för att säkerställa ett gott och jämlikt omhändertagande för personer som är i behov av hälso- och sjukvårdsinsatser från både Region Skåne och kommunen.
9. **Avtalsuppföljning/uppföljning av överenskommelse** Avtalsuppföljning genomförs årligen med samtliga verksamheter i privat regi för att säkerställa att avtalade krav och kvalitetsnivåer uppfylls. För verksamheter i kommunal regi genomförs en fördjupad och systematisk uppföljning av överenskommelserna en gång per år, i syfte att följa upp mål, kvalitet och efterlevnad enligt gällande riktlinjer
10. **Personalkontinuitet i hemtjänsten** mäts fyra gånger per år enligt samma modell som används vid inrapportering till KOLADA. Mätningarna genomförs av Forenede Care.

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.

Kompetensförstärkning – Äldreomsorgslyftet

Under året har arbetet med kompetensförstärkning inom äldreomsorgen fortsatt genom det statliga Äldreomsorgslyftet. Satsningen möjliggör för både ny och befintlig personal att utbilda sig på arbetstid till undersköterska eller specialistundersköterska. Medlen har även använts till kortare utbildningsinsatser enligt Socialstyrelsens allmänna råd (SOSFS 2011:12) om grundläggande kunskaper för personal inom äldreomsorgen.

Totalt examinerades 20 medarbetare som undersköterskor under 2025 i Vellinge kommun. Utöver detta deltog 36 medarbetare i pågående undersköterskeutbildning, och 2 undersköterskor påbörjade en specialistutbildning inom äldreomsorgen.



Kvalitetshöjande insatser kring måltider i äldreomsorgen, FINGER-modellen

Under hösten 2025 arrangerade Vellinge kommun en föreläsning med dietisten Frida Axberg, dit omvårdnadspersonal från särskilt boende, hemtjänst, LSS och hemsjukvården bjöds in.

FINGER-modellen beskriver hur fem samverkande livsstilsområden tillsammans kan förebygga eller bromsa kognitiv svikt. Den bygger på FINGER-studien, som visat att koordinerade insatser inom kost, fysisk aktivitet, kognitiv träning, sociala aktiviteter och kontroll av hjärt- och kärlriskfaktorer har betydande effekt på hjärnhälsan. En hälsosam kost enligt principer liknande medelhavskosten stödjer både hjärta och hjärna, medan regelbunden fysisk aktivitet är den åtgärd som har starkast evidens för att förebygga demens. Mental stimulans genom olika tankeutmanande aktiviteter bidrar till att stärka hjärnans plasticitet, och social samvaro minskar risken för isolering, en känd riskfaktor för kognitiv svikt. Slutligen är det viktigt att hålla kontroll på blodtryck, blodsocker, kolesterol och andra hjärt-kärlrisker, eftersom det som är bra för hjärtat också är bra för hjärnan. Tillsammans visar dessa fem områden att livsstilen spelar en central roll, och forskning pekar på att upp till 45 procent av demensfallen är kopplade till påverkbara faktorer, vilket understryker modellen som ett effektivt förebyggande verktyg.

Workshop dialog om Samordnad Individuell Plan

I november 2025 samlades representanter från hälso- och sjukvård samt omsorg i Vellinge kommun för att tillsammans se över och uppdatera rutinen för Samordnad Individuell Plan (SIP). Deltagare vid mötet var läkare, sjuksköterskor, rehabpersonal, omvårdnadspersonal samt representanter från berörd myndighet. Syftet med samlingen var att stärka kvaliteten i SIP-arbetet och säkerställa att rutinen bättre stödjer en personcentrerad vård och omsorg.

Under arbetet identifierades behovet av att ytterligare höja kvaliteten på SIP-dokumentationen, med särskilt fokus på att göra innehållet mer relevant, begripligt och anpassat efter den enskildes behov, resurser och förutsättningar. Deltagarna betonade vikten av att SIP ska spegla den enskildes mål, önskemål och livssituation på ett tydligare sätt, i linje med grundprinciperna för personcentrering.

En central punkt i revideringen var att öka delaktigheten av kontaktperson eller fast omsorgskontakt i SIP-processen. Då dessa funktioner ofta har en nära relation till den enskilde och utgör en viktig trygghet, ansågs deras medverkan vara avgörande för att skapa en mer sammanhållen och trygg vård- och omsorgsplanering. Genom att tydligare inkludera dem i SIP-arbetet skapas bättre förutsättningar för kontinuitet, helhetssyn och att den enskildes perspektiv får ett mer framträdande utrymme.

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.



Seniorkontakter

Under 2025 har seniorkontakterna utökat sitt arbete för att motverka ensamhet bland kommunens seniorer, särskilt i de östra kommundelarna. Genom att samarbeta med olika professioner, lokala företag och verksamheter har fler seniorer nåtts och fått information om vilket stöd som finns.

Under 2025 har seniorkontakterna etablerat kontakt med totalt 167 nya seniorer. Av dessa har 152 personer deltagit i någon form av organiserad samvaro.

För att stärka det sociala utbudet och öka tillgängligheten till mötesplatser har seniorkontakterna under året initierat och genomfört flera insatser. Bland annat har kostnadsfri äldrefika erbjudits vid fem tillfällen, vilket har skapat nya möjligheter för seniorer att träffas i en lågtröskelmiljö. Därtill har samarbetet med biblioteket i Västra Ingelstad resulterat i tio träffar, som även dessa bidragit till en ökad närvaro och social samvaro bland seniorerna.

Digital hemtjänst.

Under 2025 initierade Vellinge kommun ett projekt för digital hemtjänst med syfte att stärka trygghet, kontinuitet och självständighet hos äldre vårdtagare. Insatsen genomförs via planerade digitala samtal mellan undersköterska och vårdtagare, och används i dagsläget främst för social kontakt, tillsyn och påminnelser. Vid behov kombineras den digitala insatsen med fysiska hembesök för att säkerställa en säker och ändamålsenlig omsorg.

Vid årsskiftet 2025/2026 omfattade projektet totalt 12 vårdtagare. De initiala erfarenheterna är positiva och tyder på att digitala samtal, när de utförs strukturerat och av personal med god kännedom om vårdtagaren, kan bidra till ökad trygghet och minskad oro. De psykosociala vinsterna är särskilt tydliga hos personer med återkommande trygghets- eller ångestproblematik.

För att upprätthålla patientsäkerheten ställs krav på att personal som genomför samtalen har god kompetens inom samtalsmetodik och kännedom om vårdtagarens individuella behov. Under projektets gång görs bedömningar inför varje insats för att avgöra när digital kontakt är lämplig och när fysisk närvaro krävs.

Projektet planeras att successivt utvecklas till att omfatta även mer motiverande samtal samt, på längre sikt, digitalt stöd inom rehabilitering och vissa läkemedelsrelaterade moment. En sådan utökning förutsätter fördjupad projektstyrning, strukturerade riskanalyser samt samverkan med legitimerad personal för att säkerställa att patientsäkerheten fortsatt är hög.

Stjärnmärkning enligt Svenskt Demenscentrums utbildningsmodell

Stjärnmärkt är en utbildningsmodell framtagen av Svenskt Demenscentrum. I modellen ingår att varje medarbetare genomför webbutbildningarna *Demens ABC*, *Demens ABC plus* och *Nollvisionen* samt deltar fysiskt i fyra utbildningstillfällen med dialoger utifrån olika praktiska uppgifter. Minst 80 procent av personalen i våra verksamheter har genomfört samtliga utbildningssteg och är Stjärnmärkt. Verksamheterna registrera och följer patienter i det nationella kvalitetsregistret SveDem.

Arbetet med att fortsatt vara Stjärnmärkt har varit löpande under året, med fokus på att introducera och utbilda ny personal i rutiner och arbetssätt kopplade till Stjärnmärkningen.

De lokala stjärninstruktörerna har en central roll i detta arbete genom att de kontinuerligt utbildar och stöttar personalen på sina arbetsplatser

Både grundutbildningar och löpande uppföljningar har genomförts för att säkerställa en enhetlig tillämpning, stärka tryggheten för personer med kognitiv svikt samt kvalitetssäkra dokumentation och bemötande.

Stjärnmärkningen omprövas varje år, och Vellinge kommuns vård- och omsorgsverksamheter fortsätter att uppfylla kriterierna för Stjärnmärkning.

Standardiserat insatsförlopp vid demenssjukdom - Vellingemodellen

Vellinge kommun tillämpar ett standardiserat och väl förankrat personcentrerat arbetssätt inom demensvården, enligt Vellingemodellen. Arbetssättet genomsyras av delaktighet, samverkan, utbildning och individuellt anpassade insatser. Specialistundersköterskor erbjuder metodhandledning i det dagliga arbetet och säkerställer implementering av personcentrerat bemötande. Levnadsberättelser och handlingsplaner används systematiskt för att skapa en meningsfull vardag och översätta kunskap till praktik.

Delaktighet och självbestämmande är centrala principer genom hela insatsförloppet. Genomförandeplaner upprättas tillsammans med vårdtagaren, och flexibilitet ges för att tillgodose individuella önskemål, exempelvis gällande personalens kön. Vid nedsatt beslutsförmåga tillämpas motivationsarbete och principen om ”bästa tillgängliga vilja”.

Kommunen erbjuder ett brett utbud av utbildningar för personal och anhöriga, bland annat anhörigcaféer, stödgrupper och återkommande utbildningstillfällen där även specialistundersköterskor deltar. Information och stöd ges löpande via träffar, brev och samtal, med fokus på trygghet, delaktighet och bearbetning.

Samverkan sker genom regelbundna multiprofessionella möten såsom teammöten, kognitiva ronder, SIP-arbete och avvikelsemöten. Deltagare inkluderar bland annat specialistundersköterskor, sjuksköterskor, rehabpersonal, biståndshandläggare, minnesmottagning och läkare. Dokumentation, analyser och minnesanteckningar delas via digitala system för att säkerställa kontinuitet och följsamhet.

Digital utveckling är ett pågående område. Trygghetsskapande digitala hjälpmedel såsom kameratillsyn, GPS-larm, rörelselarm och digitala djur används, liksom digitala verktyg för planering och kommunikation med anhöriga. Digital hemtjänst och digitala inköp förbereds, och personal utbildas successivt.

Munhälsa är ett prioriterat område, där Oral Care medverkar i utbildning och uppföljning. Varje avdelning ska ha munhälsoombud, och munvårdsrutiner är en del av stjärnmärkningsarbetet.

Arbete med BPSD bedrivs löpande genom observationer, registreringar och individuella bemötande- och kommunikationsplaner. Dessa följs upp vid arbetsplatsträffar och anpassas efter symtomutveckling i samverkan mellan professioner.

Rutiner finns för att upptäcka och hantera våld i nära relationer och för att ge stöd vid missbruk eller beroende, även om utbildningen inte är genomförd i samtliga verksamheter. Vid behov anpassas insatserna utifrån begränsade möjligheter att påverka konsumtion.

Verksamheterna arbetar aktivt med kulturell och språklig anpassning, bland annat genom personal med olika språkkunskaper och genom användning av levnadsberättelser som stöd i kulturell förståelse. Alternativa kommunikationssätt används vid behov.

Fortsatta utvecklingsområden inkluderar stjärnmärkning, kompetenshöjande insatser och förbättrad dokumentation.

Brukarundersökningar visar hög nöjdhet på SÄBO, vilket bekräftar att det personcentrerade och systematiska arbetssättet enligt Vellingemodellen bidrar till hög omsorgskvalitet och en patientsäker demensvård.

Multiprofessionellt kognitivt team i hemsjukvården (MKTH)

Under 2025 har Multiprofessionellt kognitivt team i hemsjukvården (MKTH) fortsatt att stärka kvaliteten i vården för personer med kognitiv sjukdom/demenssjukdom. Teamet har även spridit Vellingemodellen, som uppmärksammas nationellt genom Svenskt Demenscentrums projekt *Sömlös vård*.

Antalet personer med demensdiagnos ökar, och MKTH tar emot remisser både från vårdcentralerna och Minnesmottagningen i Malmö. Under året genomfördes cirka 650 hembesök, utöver omfattande telefonkontakt och stöd till anhöriga.

Teamet har arbetat relationsskapande, motiverat personer till att ta emot insatser samt stöttat i övergången till dagverksamhet. Anhörigutbildning har erbjudits dag- och kvällstid. Under 2025 genomfördes en utbildningsserie omfattande 18 timmar, fördelat på 12 tillfällen, med totalt cirka 150 deltagare.

Samarbetet med vårdcentralerna har fortsatt genom regelbundna kognitiva ronder: Varannan vecka med äldremottagningarna och var sjätte vecka tillsammans med läkare och biståndshandläggare.

Förebyggande hembesök

Arbetet med förebyggande hembesök har fortsatt under året. Syftet med insatsen är att stärka förutsättningarna för äldre personer att bibehålla god hälsa, trygghet och självständighet i det egna hemmet. Förebyggande hembesök utgör en viktig del i kommunens hälsofrämjande och förebyggande arbete och bidrar till att tidigt identifiera behov av stödinsatser.

Samtliga personer som fyller 80 år under året, och som inte sedan tidigare har kontakt med omsorgsavdelningen, får ett skriftligt erbjudande om ett informationssamtal. Samtalet syftar till att ge individen kunskap om kommunens stöd- och serviceinsatser samt att skapa ökad trygghet och säkerhet i hemmiljön.

Hembesöken genomförs av arbetsterapeut inom hemsjukvården. Under besöken görs en övergripande genomgång av den äldres livssituation och eventuella riskområden, såsom fallrisk och bostadsanpassningsbehov. Vid behov förmedlas kontakt vidare till relevanta kommunala eller regionala aktörer.

Samverkan med patienter och närstående

Patienter och deras närstående är en central del av vården, och deras erfarenheter, observationer och frågor utgör ett viktigt underlag i verksamhetens kontinuerliga förbättringsarbete. Samverkan sker på flera nivåer, bland annat genom anhörigmöten där

närstående ges möjlighet att delta aktivt, ställa frågor och bidra med sina perspektiv kring vårdprocessen.

Vid allvarliga händelser eller risk för vårdskada involveras patienter och närstående i Lex Maria-utredningar. Deras syn på händelsen efterfrågas systematiskt för att ge en mer heltäckande bild av förloppet och de bakomliggande orsakerna. Denna delaktighet stärker både transparensen och kvaliteten i utredningarna och bidrar till att åtgärder och lärdomar blir mer relevanta och verkningsfulla.

Genom strukturerad dialog, lyhördhet och en tydlig process för delaktighet säkerställs att patienter och närståendes röster är en integrerad del av patientsäkerhetsarbetet och den fortsatta utvecklingen av en trygg och personcentrerad vård.

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.

Systematiskt kvalitetsarbete

Varje verksamhet ska bedriva ett systematiskt kvalitetsarbete enligt SOSFS 2011:9. Det är avgörande för en långsiktigt hållbar och kvalitativ verksamhet att kontinuerligt utveckla både arbetssätt och processer. Även om den närmaste chefen har det yttersta ansvaret behöver alla medarbetare förstå och ha kunskap om betydelsen av detta arbete, samt känna till att det bygger på gällande föreskrifter och allmänna råd.

Ledningsgruppen för vård och omsorg genomför en gång per år en övergripande genomgång av ledningssystemet för det systematiska kvalitetsarbetet (enligt SOSFS 2011:9) för att säkerställa att det fungerar som avsett och är korrekt uppbyggt. Vid detta tillfälle redovisar samtliga verksamheter i egen regi sitt kvalitetsarbete från det gångna året. Det systematiska kvalitetsarbetet omfattar att planera, genomföra, följa upp och kontinuerligt förbättra verksamhetens rutiner och processer. Arbetet innefattar även utredning och analys av inkomna klagomål, synpunkter och avvikelser, liksom identifiering av risker samt egenkontroll för att säkerställa och utveckla verksamhetens kvalitet.

Kvalitetsarbetet bedrivs löpande inom respektive verksamhet och följs upp enligt fastställda rutiner för kvalitetsuppföljning. Utförare, både inom kommunal och privat regi, redovisar hur avvikelser enligt HSL respektive SoL/LSS hanteras – såväl på detaljnivå som på aggregerad nivå. De beskriver även vilka analyser som genomförts utifrån avvikelser i ett större perspektiv, eventuella identifierade mönster samt vilka förbättringsåtgärder som vidtagits och vilka effekter dessa haft för verksamheten och för de personer som får vård och omsorg.

Det systematiska kvalitetsarbetet är en fortlöpande process, och olika verksamheter har kommit olika långt i sin utveckling och förståelse för kvalitetsarbetets metoder och betydelse.

Nationell patientöversikt (NPÖ)

Under 2025 har Skånes Kommuner och Region Skåne fortsatt arbetet med att utveckla informationsdelning genom Nationell patientöversikt (NPÖ). NPÖ möjliggör för vårdpersonal

att, med patientens samtycke, ta del av journalinformation från andra vårdgivare och därigenom stärka både kontinuitet och patientsäkerhet i vården. Samtliga skånska kommuner är fortsatt anslutna till NPÖ och deltar i det regionala utvecklingsarbetet kring digital informationsöverföring.

2022	2023	2024	2025
7711	9006	7570	7316

Bild 1. Antal slagningar som Vellinge kommun gjort i NPÖ

Nationella kvalitetsregister

Nationella kvalitetsregister är individbaserade databaser som används för att systematiskt utveckla och förbättra svensk hälso- och sjukvård. De innehåller uppgifter om diagnoser, behandlingar och resultat och gör det möjligt att jämföra vårdens kvalitet mellan olika regioner och vårdgivare.

Syftet är att ge underlag för förbättringsarbete, uppföljning och forskning samt att identifiera vilka metoder som ger bäst resultat för patienterna. Ju fler patienter som registreras, desto mer tillförlitliga blir jämförelserna.

Patienten ska alltid informeras innan uppgifter registreras, och personuppgifter får bara användas för att säkra vårdens kvalitet enligt patientdatalagen. Sekretess gäller, och uppgifter får bara lämnas ut under särskilda villkor eller efter prövning för forskning.

Registren är en central del av det nationella systemet för kunskapsstyrning och är viktiga både för klinisk utveckling och för forskning. Staten och SKR stödjer registrens utveckling, och det finns riktlinjer för att kvalitetssäkra data och säkerställa att de håller hög standard

Beteendemässiga och psykiska symtom vid demens (BPSD)

BPSD-registret är ett nationellt kvalitetsregister som används i Sverige för att utveckla och förbättra vården för personer med demenssjukdom som har beteendemässiga och psykiska symtom, exempelvis oro, aggressivitet, hallucinationer eller att de vandrar omkring. Registret ger vårdpersonal stöd i att på ett strukturerat sätt kartlägga symtomen med hjälp av NPI-NH-skalan, hitta möjliga bakomliggande orsaker som smärta, infektioner eller påverkan från omgivningen, och därefter planera individuellt anpassade omvårdnadsinsatser. Åtgärderna är oftast icke-farmakologiska, som ett tryggt bemötande, promenader eller meningsfull sysselsättning.

Arbetet utförs av multiprofessionella team och följs regelbundet upp genom nya skattningar för att utvärdera om insatserna varit verksamma. Målet är att förbättra livskvaliteten för personer med demens, skapa en mer personcentrerad och strukturerad vård samt ge verksamheter ett verktyg för kvalitetsutveckling. Registret möjliggör även uppföljning av resultat på individ-, enhets-, kommun- och nationell nivå och används brett inom kommuner, privata vårdgivare och regioner. BPSD-registreringarna är känt i våra verksamheter. Under det senaste året har dock antalet registreringar minskat, vilket kan tyda på ett behov av att se över och förstärka arbetet med registreringar i vissa verksamheter.

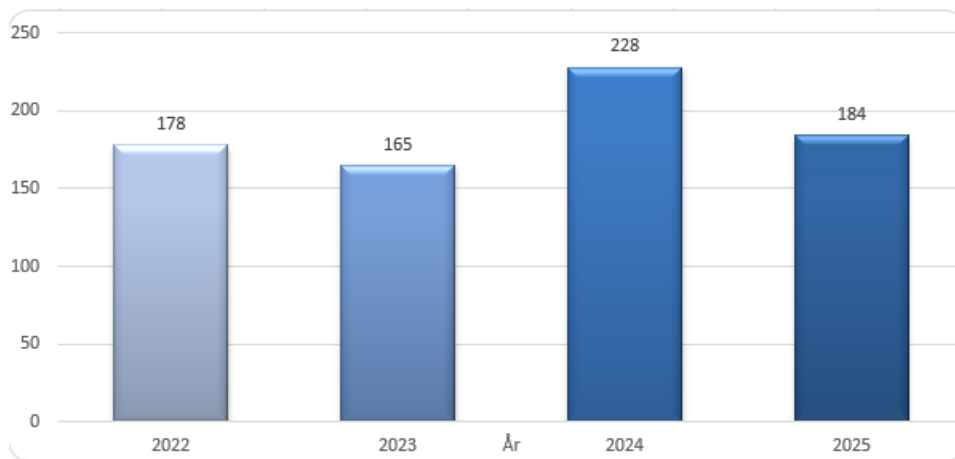


Bild 2. Statistik över BPSD registreringar.

Senior Alert

Senior Alert är ett nationellt kvalitetsregister som används för att systematiskt förebygga ohälsa hos äldre. Genom att registrera risk för fall, undernäring, trycksår, munhälsoproblem och blåsdysfunktion skapas en tydlig struktur i det vårdpreventiva arbetet. Arbetssättet bygger på ett tvärprofessionellt samarbete mellan sjuksköterska, arbetsterapeut, fysioterapeut och omvårdnadspersonal. Teamet analyserar tillsammans bakomliggande orsaker, planerar och genomför förebyggande åtgärder samt följer upp och utvärderar resultatet.

Uppföljning av riskbedömningar sker vanligtvis efter tre månader och diskuteras regelbundet på teamträffar. Genom att identifiera risker i ett tidigt skede kan vårdinsatserna bli mer proaktiva och hälsofrämjande, vilket stärker både kvaliteten och säkerheten i vården.

Under 2025 ökade antalet genomförda riskbedömningar med 38 % jämfört med 2024, då ökningen var 23 % från föregående år. Denna utveckling tyder på att allt fler risker upptäcks i tid, vilket skapar goda förutsättningar för en trygg och säker vård för äldre personer.

Vellinge kommun har enligt Senior Alert en täckningsgrad på 83,8 % och klassas därmed som en Silverkommun 2025.

Svenska Palliativregistret

Svenska Palliativregistret är ett nationellt kvalitetsregister som samlar information om vården i livets slutskede för alla dödsfall, oavsett diagnos och vårdform. Syftet är att förbättra kvaliteten på palliativ vård genom att vårdpersonal efter varje dödsfall fyller i en enkät med frågor om symtomlindring, kommunikation och vårdinsatser. Informationen omvandlas direkt till statistik som används för uppföljning, jämförelser mot nationella riktlinjer och kontinuerligt förbättringsarbete inom verksamheter. Registret är ett viktigt verktyg för att säkerställa en trygg, värdig och jämlik vård i livets slutskede samt för att stödja forskning och utveckling inom palliativ vård.

Under 2025 har det registrerats 80 dödsfall, fördelat på: 61 dödsfall på särskilda boende för äldre och 19 dödsfall i ordinärt boende.

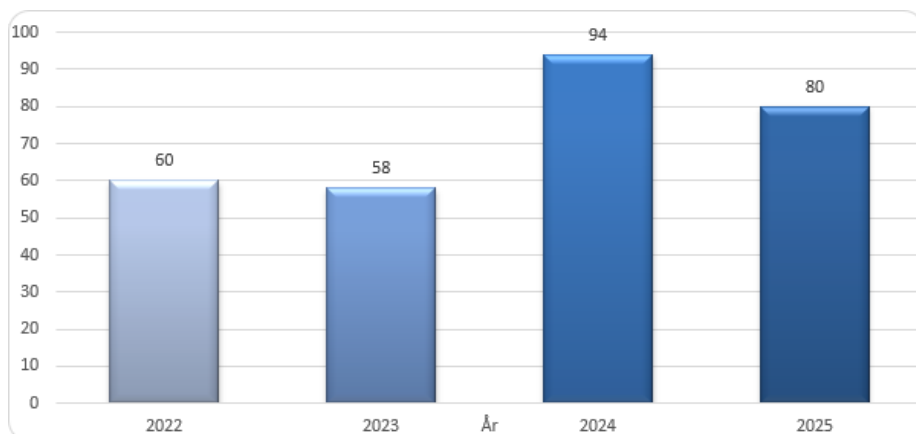


Bild 3. Antal registrerade dödsfall i Palliativregistret

Vid uppföljningen av kvalitetsindikatorerna för 2025 i Palliativregistret ser vi ett fortsatt behov av systematisk registrering för att säkerställa att de fastställda målvärdena uppnås.

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 §

Kvalitetsråd

Kvalitetsrådet har i uppdrag att samordna, följa upp och utveckla kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet inom hemtjänst, hemsjukvård och kommunens myndighetsutövning. Rådet utgör en gemensam arena där berörda verksamheter kan identifiera behov av förbättringsåtgärder, initiera utvecklingsprojekt samt säkerställa en systematisk uppföljning av rutiner, riktlinjer och processer.

I Kvalitetsrådet analyseras verksamheternas kvalitets- och patientsäkerhetsdata, såsom avvikelser, synpunkter, klagomål och rapporteringsskyldigheter. Rådets uppdrag omfattar att säkerställa att dessa hanteras strukturerat, att bakomliggande orsaker identifieras och att nödvändiga förbättringsinsatser genomförs. Resultat från egenkontroller, riskanalyser och uppföljningar tas regelbundet upp och ligger till grund för verksamhetsutveckling.

Kvalitetsrådet fungerar även som en plattform för informationsdelning mellan verksamheterna. Här presenteras aktuellt utvecklingsarbete, prioriterade kvalitetsområden och specifika situationer som kräver fördjupad analys eller åtgärd. Rådet arbetar både med övergripande strategiska frågor och med mer avgränsade kvalitetsproblem som behöver belysas.

Syftet med Kvalitetsrådet är att stärka och vidareutveckla kvalitetsarbetet inom samtliga verksamheter genom att samordna förbättringsinsatser, skapa effektiva och enhetliga arbetssätt samt säkerställa en hög och jämn kvalitet. Genom detta skapas förutsättningar för ett strukturerat och långsiktigt patientsäkerhetsarbete.

Kvalitetsrådet sammanträder fyra gånger per år och leds växelvis av Vellinge kommun och leverantören.



Tillförlitliga och säkra system och processer

Genom att inkludera systematiskt patientsäkerhetsarbete som en naturlig del av verksamhetsutvecklingen kan både de reaktiva och proaktiva perspektiven på patientsäkerhet bejakas. Genom att minska oönskade variationer stärks patientsäkerheten.



Vårdhygien

Arbetet med vårdhygien baseras på Region Skånes riktlinjer. Syftet är att säkerställa hög patientsäkerhet genom att förebygga vårdrelaterade infektioner och begränsa smittspridning inom den kommunala vård- och omsorgsverksamheten.

Basala hygienrutiner utgör fortsatt den grundläggande och mest betydelsefulla åtgärden i det vårdhygieniska arbetet. Dessa ska följas av samtliga medarbetare vid all form av vård och omsorg. Rutinerna omfattar:

- korrekt handhygien
- användning av kortärmad arbetsdräkt
- avsaknad av smycken och armbandsur
- korrekt användning av personlig skyddsutrustning

Dessa krav kompletteras med tydliga riktlinjer för noggrann rengöring och underhåll av lokaler, inventarier och medicinteknisk utrustning i syfte att minimera risken för smittspridning.

Vårdhygien genomför numera endast vårdhygienrond på särskilt boende vid förekomst av smittspridning, vilket inte har förekommit under året på våra boende.

Kommunens medicinskt ansvariga sjuksköterska deltar fortlöpande i digitala samverkansmöten som anordnas av Smittskydd Skåne och Vårdhygien Skåne. Mötena behandlar aktuella smittlägen, vaccinationsfrågor samt andra relevanta vårdhygieniska frågor, vilket bidrar till ett kontinuerligt kunskapsutbyte och stärkt beredskap.

Samordnad individuell plan (SIP)

När en individ, oavsett ålder eller målgrupp, är i behov av insatser från både hälso- och sjukvården samt socialtjänsten, ska region och kommun gemensamt upprätta en samordnad individuell plan (SIP).

Syftet med SIP är att utgå från patientens behov och önskemål för att skapa en helhetsbild av planerade insatser, tydliggöra ansvarsfördelningen och säkerställa att rätt kompetenser involveras.

För att underlätta kommunikationen mellan involverade vårdaktörer och stödja planeringsprocessen används IT-stödet *Mina Planer*. Patienter som har fått en SIP upprättad kan ta del av sin plan genom att logga in på 1177.se.

Under året har kommunen upprättat totalt 578 samordnade individuella planer (SIP). Detta innebär en minskning jämfört med föregående år. Färre SIP:ar kan bero på flera faktorer, exempelvis förändringar i arbetssätt, minskat inflöde av ärenden eller förändrade behov hos målgruppen.

Det är viktigt att fortsätta följa utvecklingen noggrant, eftersom SIP är ett centralt verktyg för att säkerställa en trygg och sammanhållen vård- och omsorgsprocess för personer med behov av insatser från flera huvudmän. En minskning i antalet SIP:ar kan innebära både förbättrad samverkan i vardagen eller risk för att planerade samordningsinsatser inte genomförs i samma utsträckning.

Kommunen fortsätter därför att arbeta med att stärka rutiner, säkerställa kompetens och upprätthålla ett nära samarbete med regionen för att SIP ska användas där det är relevant och bidra till ökad patientsäkerhet.

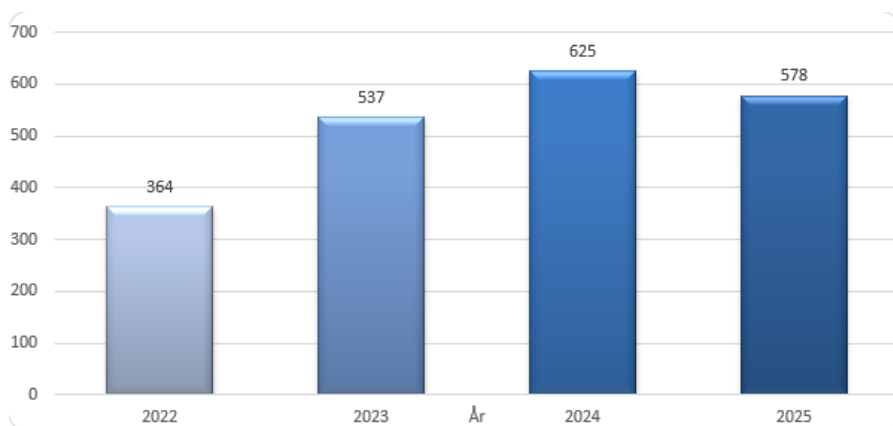


Bild 4. Antal patienter som fått en SIP genomförd

Läkemedelsgenomgångar

Under året har de genomfört både enkla och fördjupade läkemedelsgenomgångar som erbjudits av vårdcentralerna i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter (HSLF-FS 2017:37). Syftet är att säkerställa en korrekt, aktuell och säker läkemedelslista samt att identifiera och förebygga läkemedelsrelaterade problem, särskilt hos sköra äldre patienter. Genomgångarna har utförts vid vårdens övergångar och vid behov av mer fördjupad analys. Arbetet har genomförts i samverkan mellan läkare från vårdcentralerna, sjuksköterskor och vid behov apotekare, med fokus på att optimera behandling och minska risker för vårdskador.

Arbetet med läkemedelsgenomgångar leder till förbättrade läkemedelslistor, utsättning av olämpliga läkemedel och tydligare rutiner, vilket sammantaget stärker läkemedelssäkerheten och minskat risken för läkemedelsrelaterade vårdskador.

Av de cirka 700 patienter som bor på särskilt boende eller i ordinärt boende med hemsjukvård, där sjuksköterska har övertagit ansvaret för patienternas läkemedelshantering, har 355 patienter genomgått en tvärprofessionell läkemedelsgenomgång under 2025.

För att säkerställa en trygg och effektiv läkemedelsbehandling är det avgörande att omvårdnadspersonalen får tydlig information om behandlingsmålen samt vilka symtom som kan tyda på läkemedelsrelaterade problem. Denna kunskap gör det möjligt för personalen att uppmärksamma förändringar i patientens hälsotillstånd och rapportera dessa vidare till legitimerad personal.

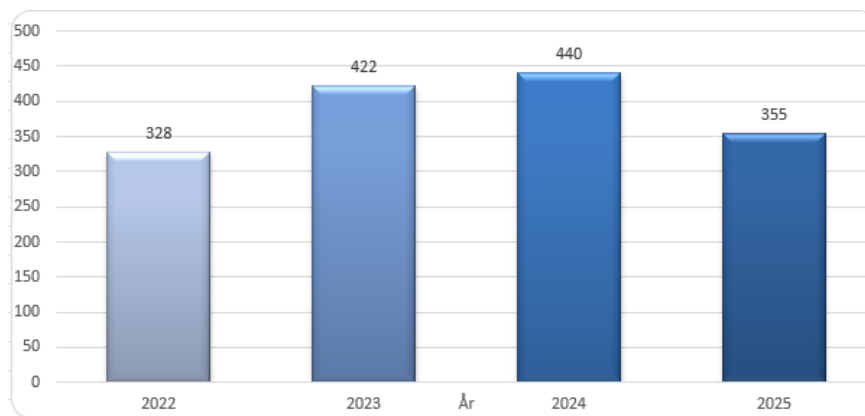


Bild 5. Antal patienter som fått en tvärprofessionell läkemedelsgenomgång

Säker vård här och nu

Sensorteknik i särskilt boende

Fallolyckor är den vanligaste typen av olyckor bland äldre och kan leda till stora fysiska, psykiska och sociala konsekvenser.

Den 12 maj driftsattes sensortekniken på St. Knut. Införandet av denna teknik har bidragit till en förbättrad överblick över omsorgstagarnas behov och underlättar för personalen att göra korrekta prioriteringar i det dagliga arbetet. Över 90 % av de tillfrågade på St Knut har samtyckt till trygghetssensorn.

Traditionella nattliga, fysiska tillsyner innebär ofta att omsorgstagarnas sömn störs, vilket i sin tur kan påverka återhämtningen negativt. Genom möjligheten till digitala tillsyner minskar behovet av onödiga fysiska kontroller, vilket kan bidra till både förbättrad sömnkvalitet och ökad livskvalitet för de boende.

Sensortekniken har även stärkt den upplevda tryggheten hos omsorgstagarna genom att personalen snabbare kan identifiera och prioritera akuta situationer, vilket gör det möjligt att anpassa larmfunktioner efter varje boendes individuella behov och önskemål.

För personalen har införandet av tekniken inneburit en förbättrad arbetsmiljö. Den ökade möjligheten att genomföra digitala tillsyner och att effektivare kunna prioritera inkommande larm stödjer en mer strukturerad arbetsplanering. Detta har bidragit till minskad stress och ett mer resursoptimerat arbetssätt, vilket i förlängningen stärker patientsäkerheten.

Under året har antalet fall minskat jämfört med föregående år. Det är möjligt att denna minskning delvis kan kopplas till införandet av sensorteknik, då tekniken kan bidra till tidig upptäckt av avvikande beteenden och riskfyllda situationer. Samtidigt kan tekniken i sig inte helt förklara minskningen av antall fall då flera faktorer kan ha spelat in.



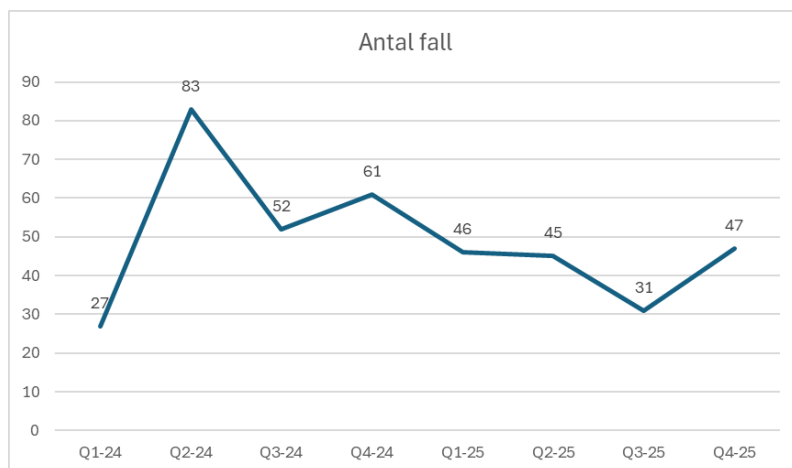


Bild 6. Sammanställning av fall 2024 och 2025

Digitala lås/ nycklar

Mellan oktober 2025 och januari 2026 har verksamheter med digitala läkemedelsskåp genomgått en större systemuppgradering. Digital läkemedelshantering innebär att delegerad personal använder personliga digitala nycklar för att öppna låsta skåp, där varje öppning eller öppningsförsök registreras. Nycklarna aktiveras genom att laddas med giltighetstid i synkstationer som finns på varje enhet, vilket gör att de bara fungerar under specifika tidsperioder.

Systemuppgraderingen innebär att det är samma som hemtjänsten redan använder, vilket skapar mer enhetliga arbetssätt och förenklar hanteringen av digitala läkemedelsskåp inom kommunen. Uppgraderingen ger administratörer bättre möjligheter att arbeta med data och att styra lås och behörigheter på en mer detaljerad nivå. Arbetet har också inneburit en översyn av rutiner och utvecklingsmöjligheter för att stärka säkerheten i läkemedelshanteringen.

Under hösten har 16 administratörer från de olika verksamheterna utbildats och koordinatörn på vård- och omsorgsavdelningen har ansvarat för utdelning av cirka 500 nya nycklar. Koordinatörn har även installerat nya synkstationer och gett löpande support under övergångsperioden.

Digital signering av hälso- och sjukvårdsinsatser

Digital signering via arbetstelefonen används av medarbetare inom hemtjänst, hemsjukvård, särskilda boenden och LSS-verksamheter för att bekräfta utförda hälso- och sjukvårdsinsatser. Funktionen är kopplad till gällande delegeringar, vilket innebär att endast personal med behörighet kan signera ordinerade åtgärder. Detta bidrar till en mer strukturerad hantering av ordinationer och läkemedel och stärker samtidigt säkerheten genom att insatser utförs och dokumenteras vid rätt tidpunkt.

Totalt genomfördes 1 452 877 digitala signeringar under 2025, vilket innebär en ökning jämfört med 1 448 848 signeringar under 2024.

I systemet tillämpas ett tröskelvärde för varje ordination. Systemet genererar en varning om signeringen inte utförs inom den angivna tidsramen. Under 2025 genomfördes 25,2 procent av signeringarna utanför tröskelvärdet, jämfört med 24,6 procent under 2024.

Att en signering hamnar utanför tröskelvärdet kan innebära att patientens ordination utförts senare än planerat, eller att personalen inte signerat direkt i samband med att insatsen genomförts utan gjort det vid ett senare tillfälle. Det kan även bero på att tiderna för insatserna inte är anpassade till hemtjänstens besök eller till patientens egna önskemål.

Antalet insatser som inte hanterats var 2.9% under 2025 och 2,4% under 2024.

Att en insats inte är hanterad kan ha flera orsaker, och det ska alltid dokumenteras i systemet varför den inte har kunnat utföras. Det kan till exempel bero på att en anhörig redan har utfört ordinationen, att patienten inte är hemma eller har tackat nej. Andra orsaker kan vara bristande mobiltäckning, att legitimerad personal inte hunnit registrera ett uppehåll i systemet, eller förändringar såsom justerade läkemedelstider, träningsinsatser, sjukhusinläggning, växelvård eller att patienten avlidit. Chefer och legitimerad personal ansvarar för att fortlöpande följa upp signeringar och vid behov identifiera eventuella avvikelser samt åtgärda dessa omedelbart. Om ordinationen inte har genomförts och läkemedel som skulle ha administrerats ska en avvikelse registreras.

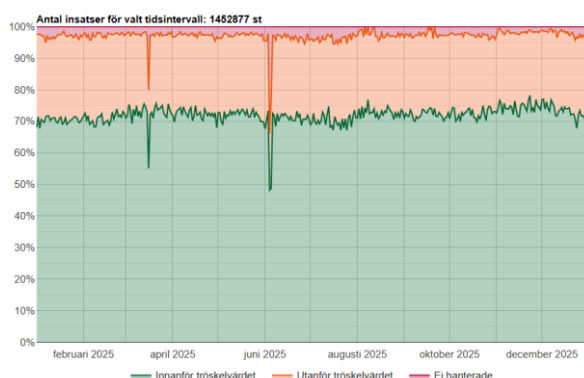


Bild 7. Antal insatser 2025

Statistik

Antal:	1452877
Innanför:	1045158 (71.9%)
Utanför:	366086 (25.2%)
Ej hanterade:	41633 (2.9%)

Bild.8 Statistik 2025

Lifecare HSL

Under hösten har kommunen genomfört ett riktat patientsäkerhetsarbete kopplat till dokumentation inom hälso- och sjukvården. Korrekt, tydlig och enhetlig dokumentation är en grundförutsättning för hög patientsäkerhet och möjliggör trygg överrapportering, kontinuitet och spårbarhet i patientens vårdprocess.

För att stärka och likrikta dokumentationsarbetet bjöds sjuksköterskor in till utbildning i dokumentationssystemet Life Care HSL. Syftet var att säkerställa att alla sjuksköterskor arbetar enligt samma principer, riktlinjer och lagkrav.

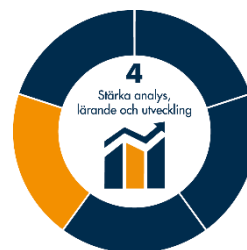
Efter genomförd utbildning bildades en dokumentationsgrupp med representanter från olika verksamheter. Gruppens uppdrag är att:

- Identifiera och lyfta dokumentationsrelaterade avvikelser, problem och utvecklingsområden
- Fungera som stöd till kollegor och nyanställda
- Bidra till lärande i organisationen genom erfarenhetsutbyte

Gruppen har som mål att träffas regelbundet och detta kan bidra till kommunens kvalitets- och förbättringsarbete. En mer enhetlig dokumentationsstruktur bidrar till säkrare överrapportering mellan personal och verksamheter, vilket minskar risk för vårdskador.

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.



Avvikelser

Avvikelser enligt hälso- och sjukvårdslagen (HSL)- vårdskador

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

Enligt hälso- och sjukvårdslagen samt patientsäkerhetslagen är vårdgivaren skyldig att bedriva ett systematiskt och förebyggande patientsäkerhetsarbete. Rapportering och hantering av avvikelser utgör en central del av detta arbete. En avvikelse definieras som en händelse som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada.

Avvikelser ska dokumenteras, analyseras och följas upp för att identifiera bakomliggande orsaker och möjliggöra åtgärder som förebygger att liknande händelser inträffar igen. Arbetet syftar till att förbättra verksamhetens strukturer, rutiner och arbetssätt – inte att granska enskilda medarbetares agerande.

En systematisk sammanställning av avvikelser gör det möjligt att identifiera återkommande mönster och riskområden, vilket i sin tur stödjer verksamhetens kvalitets- och förbättringsarbete. Genom en öppen rapporteringskultur och kontinuerlig uppföljning skapas förutsättningar för en säker och patientfokuserad vård.

Omsorgsavdelningen redovisar statistik varje kvartal över HSL-avvikelser samt avvikelser enligt socialtjänstlagen till omsorgsnämnden. Även om antalet vårdtagare har ökat under året har HSL-avvikelserna förblivit relativt stabila, men en viss ökning kan noteras jämfört med föregående år.

År 2025 rapporterades totalt 835 HSL-avvikelser jämfört med 794 avvikelser under 2024. Läkemedelshantering är, liksom tidigare år, den vanligast förekommande typen av HSL-avvikelse och flest rapporterade avvikelser kommer från särskilda boende, SÄBO.

Verksamhetscheferna ansvarar för att hälso- och sjukvårdspersonalen har den kompetens som krävs för säker läkemedelshantering. För att säkerställa kvaliteten genomförs årligen en extern granskning av apotekare inom hemsjukvården samt på vård- och omsorgsboenden, i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ordination och hantering av läkemedel (HSLF-FS 2017:37).

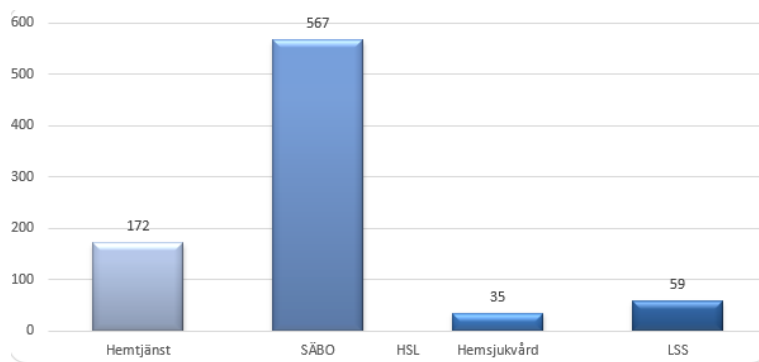


Bild 9. Registrerade HSL- avvikelser under året i verksamheterna

Lex Maria

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) handlägger anmälningar enligt lex Maria och lex Sarah.

De föreskrifter som reglerar patientsäkerhetsarbetet och anmälningar av händelser är:

- HSLF-FS 2017:40 – Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om vårdgivares systematiska patientsäkerhetsarbete.
- HSLF-FS 2017:41 – IVO:s föreskrifter om anmälan av händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada (lex Maria).

En anmälan enligt lex Maria ska göras när en händelse inträffat där en patient har drabbats av, eller riskerat att drabbas av, en allvarlig vårdskada. Den medicinskt ansvariga sjuksköterskan (MAS) inom respektive kommunal verksamhet ansvarar för att upprätta och skicka in anmälan till IVO.

När en Lex Maria-anmälan görs av en privat utförare inom den kommunala hälso- och sjukvården ska kommunens MAS informeras. Under året har tre Lex Maria-anmälningar upprättats från våra verksamheter. Verksamheterna har därefter arbetat utifrån upprättade åtgärdsplaner i syfte att stärka patientsäkerheten och säkerställa ett tryggare och säkrare patientarbete.

Fallolyckor

Fallolyckor är en av de vanligaste vårdskadorna inom hälso- och sjukvården och kan få allvarliga konsekvenser för den enskilde. Under året har antalet vårdtagare och fallavvikelser i kommunen ökat jämfört med föregående år. Den största andelen fall inträffar på SÄBO, där totalt 551 fall registrerades under 2025. Inom hemtjänsten rapporterades 381 fallavvikelser under samma period.

Det fallpreventiva arbetet är en central del av verksamhetens patientsäkerhetsarbete. Samtliga fallincidenter och fallolyckor rapporteras i avvikelssystemet enligt gällande rutiner. Fallavvikelserna diskuteras regelbundet på tvärprofessionella teamträffar med legitimerad personal och omvårdnadspersonal. Vid dessa möten beslutas om nödvändiga åtgärder samt hur dessa ska följas upp.

Varje händelse analyseras för att identifiera bakomliggande orsaker, såsom brister i miljö, kommunikation, bemanning eller rutiner. Mönster och trender följs både på enhetsnivå och

på verksamhetsnivå för att möjliggöra riktade insatser och kontinuerlig utveckling av det fallpreventiva arbetet.

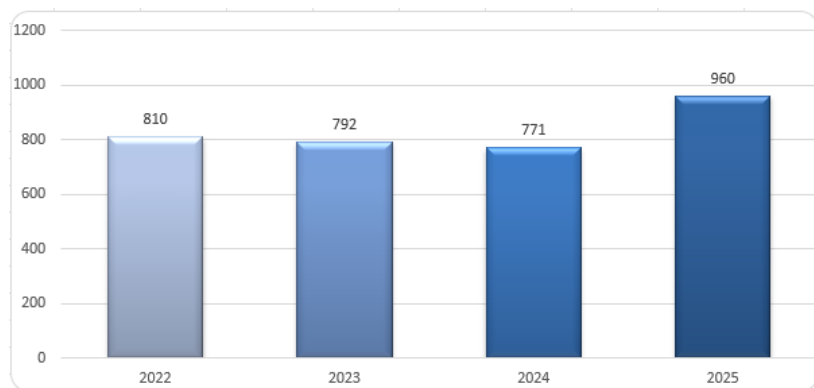


Bild 10. Fallolyckor

Klagomål och synpunkter

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

Under 2025 noterades en viss om än liten ökning av inkomna synpunkter och klagomål inom våra verksamheter jämfört med året innan. Ett strukturerat och konsekvent arbetssätt för att hantera dessa är av stor betydelse, eftersom de, precis som andra typer av avvikelser, kan synliggöra förbättringsområden som annars riskerar att förbises. Genom att ta vara på denna information kan både vårdens kvalitet och säkerhet stärkas.

Det är därför viktigt att patienter och närstående informeras om vilka möjligheter de har att framföra synpunkter eller klagomål, samt att de får möjlighet att beskriva sina upplevelser av en händelse. All personal inom vård och omsorg ska kunna ta emot och hantera sådana ärenden på ett korrekt sätt.

I första hand ansvarar respektive verksamhet för att ta emot och utreda de klagomål eller synpunkter som kommer in. För invånare finns dessutom en e-tjänst på Vellinge kommuns hemsida som underlättar digital inlämning av ärenden. Om patienten eller närstående inte får något svar från verksamheten, eller bedömer att svaret inte är tillfredsställande, finns möjlighet att gå vidare till IVO eller Patientnämnden.

Information om kommunens hälso- och sjukvård, anmälan av klagomål och synpunkter, nationella kvalitetsregister, anhörigstöd, Patientnämnden med mera finns att läsa på kommunens hemsida samt på anslagstavlor på aktivitetshuset och på särskilda boende för äldre.

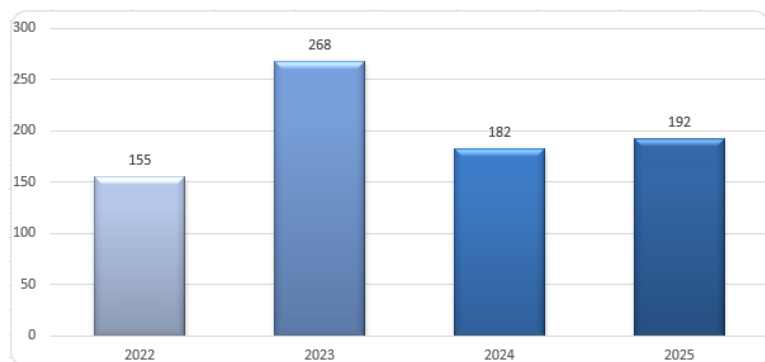


Bild 11. Antal klagomål och synpunkter

Patientnämnden

Patientnämnden bedrivs i enlighet med lagen om stöd vid klagomål mot hälso- och sjukvården (2017:372). Vellinge kommun ansvarar för att både invånare och berörda verksamheter får information om Patientnämnden. På kommunens hemsida finns information tillgänglig, och i verksamheterna finns broschyrer för patienter, närstående och allmänheten.

Till Patientnämnden kan man vända sig om man vill lämna ett klagomål, behöver stöd i kontakten med vården eller vill veta mer om sina rättigheter.

Under 2025 vidarebefordrade Patientnämnden fyra ärenden till Vellinge kommun, tre är avslutade och en är under utredning. Av de tre avslutade ärendena har samtliga rört behandlingsinsatser. Det har framförts synpunkter som rör brister i bemanning, klagomål på personal samt brister i den boendes individuella plan.

Öka riskmedvetenhet och beredskap

I januari 2024 drabbades Vellinge kommun av en omfattande cyberattack som slog ut stora delar av den digitala infrastrukturen. Samtliga system inom vård och omsorg, inklusive journalsystem och andra centrala stödfunktioner, blev obrukbara. Efter händelsen har kommunen uppdaterat och vidareutvecklat sina arbetssätt för att säkerställa att vården kan fortsätta även vid tekniska driftstopp. Personal har utbildats i tydliga manuella rutiner och verksamheterna har stärkt sin förmåga att upprätthålla en säker och kontinuerlig omsorg utan tillgång till datorer. I november genomfördes scenariodiskussioner kring krisberedskap inom omsorgen för att ytterligare stärka samordning, beredskap och motståndskraft inför framtida händelser. Kommunen har också byggt upp ett beredskapslager med skyddsmaterial för att säkerställa tillgången vid störningar.



MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR 2026

Öka registreringen inom BPSD

Mål: Att öka registreringen i BPSD-registret för att säkerställa en mer personcentrerad, strukturerad och kvalitetssäkrad vård. Genom systematisk kartläggning, analys och åtgärdsplanering förbättra livskvaliteten för personer med demens samt stärka teamets gemensamma arbetssätt.

Palliativregistret

Mål: Att systematiskt stärka kvaliteten i den palliativa vården genom att öka andelen uppnådda målvärden inom flera av de definierade kvalitetsindikatorerna i Svenska Palliativregistret. Genom regelbunden uppföljning av registreringar och analys av resultat säkerställs en personcentrerad, trygg och evidensbaserad vård i livets slutskede.

Samordnad individuell plan (SIP)

Mål: För att stärka det personcentrerade arbetssättet behöver SIP utformas med tydligare fokus på den enskildes behov, resurser och önskemål. En ökad medverkan av kontaktperson eller fast omsorgskontakt i SIP-processen är särskilt betydelsefull, då de ofta står för kontinuitet och trygghet samt har en nära relation till den enskilde. Genom att involvera dem mer aktivt kan SIP bli mer relevant, sammanhållen och individanpassad – vilket i sin tur befäster ett personcentrerat arbetssätt i vård och omsorg.

Fallpreventivt arbete

Mål: Att systematiskt arbeta fallpreventivt genom kontinuerlig registrering av fallhändelser, noggrann analys av inträffade fall och genomförande av riktade preventiva insatser för att minska fallfrekvensen och stärka patientsäkerheten. Arbetet inkluderar också att höja registreringsgraden i Senior Alert för att tydligare identifiera risker, följa utvecklingen över tid och möjliggöra mer effektiva förebyggande åtgärder

Digital hemtjänst

Mål: Målet är att projektet successivt ska utökas till att omfatta även motiverande samtal samt, på längre sikt, digitalt stöd inom rehabilitering och vissa läkemedelsrelaterade moment. En sådan utvidgning förutsätter en fördjupad projektstyrning med tydligt definierade processer, regelbundna och strukturerade riskanalyser samt nära samverkan med legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal. Detta säkerställer att patientsäkerheten fortsatt upprätthålls på en hög nivå.

Digital signering av hälso- och sjukvårdsinsatser

Mål: Säkerställa en förbättrad digital signeringsprocess genom att öka andelen signeringar som utförs inom tröskelvärde. Vidare ska medarbetarnas kunskap och förståelse för betydelsen av omedelbar signering efter genomförd ordination stärkas, i syfte att upprätthålla hög patientsäkerhet och följsamhet till gällande rutiner.

Nära vård

Mål: Genom samordnade och förebyggande insatser inom lokal samverkansgrupp för hälso- och sjukvårdsavtalet möjliggöra att patienten kan vårdas tryggt i hemmet. Målet är att förhindra försämring i hälsotillståndet, att minska inskrivning på sjukhus och möjliggöra god vård och omsorg i ordinärt boende och därmed minska behovet av korttidsvård och senare placering på särskilt boende för äldre.

En god munhälsa för ett välmående liv 2026

Munhälsa är en central del av patientsäkerheten. Otillräcklig munvård kan leda till smärta, infektioner, undernäring, försämrad kommunikationsförmåga samt en ökad risk för både lokala och systemiska komplikationer. Detta är särskilt viktigt för patienter med nedsatt allmänhälsa, begränsad förmåga till egenvård eller kroniska sjukdomar.

Mål: Att genom öka vårdpersonalen kunskaper om munhälsa och genom förbättrade rutiner inom munhälsa stärka patientsäkerheten samt bidra till bättre välmående och högre livskvalitet för våra patienter.