

LANDSKRONA STAD

Patientsäkerhets- och kvalitetsberättelse 2021

Omsorgsnämnd

2022 01 19



Innehållsförteckning

1	Inledning	3
2	Sammanfattning	3
3	Övergripande mål och strategier	3
3.1	Omsorgsförvaltningen	3
3.2	Omsorgsnämndens verksamhet	4
4	Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhets- och kvalitetsarbetet	4
4.1	Medicinskt ansvariga	5
5	Synpunkter och klagomål	5
6	Tillsyn av inspektionen för vård och omsorg samt patientnämnden	7
7	Uppföljning genom egenkontroll HSL	7
7.1	Apoteksgenomgång	7
7.2	Extern läkemedelsgranskning	8
7.3	Hygienenkät	8
8	Informationssäkerhet	8
9	Kommunal hälso- och sjukvård	8
9.1	Grundläggande förutsättningar för säker vård	8
9.2	Samverkan för att förebygga vårdskador	8
9.3	Patienten som medskapare	9
10	Säker vård här och nu	10
10.1	Adekvat kunskap och kompetens	10
10.2	Digital signering av hälso- och sjukvårdsinsatser	11
10.3	Läkemedelshantering	11
10.4	Fallprevention	12
10.5	Trycksår	12
10.6	Kvalitetsregister	12
11	Personalens rapporteringsskyldighet	14
11.1	Avvikelser för insatser inom hälso- och sjukvård	14
11.2	Lex Maria	16
12	Kvalitetsarbete i omsorgsförvaltningen	16
12.1	Uppdragsavdelning	16
12.2	Hemvård	17
12.3	Boende och hälsa	17
12.4	Område Stöd och Service	17
13	Systematiskt kvalitetsarbete enligt SoL och LSS	18
13.1	Uppföljning genom egenkontroll SoL och LSS	18
13.2	Avvikelser för insatser inom socialtjänstlagen	19
13.3	Avvikelser för insatser inom lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade	20
13.4	Lex Sarah	21
14	Öka riskmedvetenhet och beredskap	22
15	Samlad analys samt utveckling av kvalitetsarbetet 2022	23

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

2 Sammanfattning

Covid-19 har präglat hela 2021 och det har varit det mest prioriterade området inom omsorgsförvaltningen. De basala hygienrutinerna är utifrån covid-19 den viktigaste och mest grundläggande åtgärden för att minska smittspridning. Omsorgsförvaltningen har haft god tillgång till skyddsutrustning under hela året.

Covid Organisation (Covid Org.) startades hösten 2020 som ett stöd för Omfallsprioritering av personal och smittspårning. De gav stöd och råd till verksamheterna utifrån förhållningssätt samt tillhandahöll statistik. Under januari månad var smittspridningen som störst. Under vissa perioder var personalbortfallet i vissa hemvårdsgrupper stort. Under 2021 har arbetet fortsatt i Covid Org.

Under 2021 har medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) avslutat sina tjänster och i september respektive oktober tillträdde nya personer. Tjänsten som verksamhetschef för HSL flyttades till Stefan Segerman i september. Ny SAS tillträdde även i augusti. I patientsäkerhets- och kvalitetsberättelsen från 2020 har nämnden godkänt ett antal mål för patientsäkerhets- och kvalitetsarbetet 2021, dessa har vi av naturliga orsaker som nämns ovan inte fullt ut kunnat arbeta med.

Under året har egenkontroller genomförts och vi ser att vi behöver få mer systematik i arbetet. Samverkan har skett både internt och externt i förvaltningen. Det har varit extra viktigt med tanke på pandemin och har även öppnat upp för nya samverkansformer. Rekryteringsläget för den legitimerade HSL-personalen har också varit i fokus och det har varit svårt att rekrytera ny personal. Avvikelser i form av läkemedel samt fallrapporter har minskat jämfört med förra året. Övriga HSL avvikelser visar inte på några större förändringar. Antalet registrerade synpunkter och klagomål samt Lex Sarah har minskat under året. Övriga avvikelser inom SoL och LSS har ökat jämfört med tidigare år.

3 Övergripande mål och strategier

Socialstyrelsen definierar kvalitet som att en verksamhet uppfyller de krav och mål som gäller för verksamheten enligt lagar och andra föreskrifter om hälso- och sjukvård och socialtjänst. Socialstyrelsen påpekar även att den som bedriver verksamhet kan välja att ställa ytterligare krav på verksamheten genom att sätta egna mål.

3.1 Omsorgsförvaltningen

Landskrona stads modell för målstyrning utgörs av en målkedja som består av huvudområden, delområden, kommunfullmäktigemål samt nämndsmål. Dessa bryts sedan ner i förvaltningen till verksamhetsmål och aktiviteter. Kommunfullmäktige och nämnden visar på vad det är som ska uppnås medan förvaltningen svarar på hur detta ska göras. Omsorgsförvaltningen har förutom budget, lagstiftning och politiska mål, att förhålla sig till nationella riktlinjer, föreskrifter och allmänna råd som påverkar verksamheten på olika sätt. Tillsammans utgör

dessa styrsignaler en ram för all verksamhet.

I nämndmålen formuleras bland annat målsättningar kring kvalitet för brukaren/patienten som handlar om att arbeta för att främja fysisk och psykosocialhälsa, stärka det friska, skapa trygghet och förebygga ohälsa. Vidare att den kommunala hälso- och sjukvården ska vara fortsatt effektiv och leverera hög kvalitet genom nära vård med individens behov och delaktighet i fokus. Medarbetarnas kompetens ska säkerställas och att rätt kompetens finns på rätt plats och där igenom höja kvalitén för vård-och omsorgen för brukarna.

Nämnden har också beslutat att välfärdsteknik ska användas för att utveckla och effektivisera samt för att skapa förutsättningar för våra målgrupper att bibehålla eller öka trygghet, delaktighet och självständighet.

3.2 Omsorgsnämndens verksamhet

Omsorgsnämnden är organiserad i uppdrags- samt ekonomiavdelning och vård och omsorg som inkluderar hemvård, särskilt boende, HSL samt område stöd och service.

Omsorgsnämnden ansvarar för totalt 2 100 brukare och ca 1 550 medarbetare i egen regi.

- Antalet brukare inom hemvården var vid årsskiftet 702 att jämföra med 2020 då det var 644. Utöver hemvård i egenregi har fyra privata utförare bedrivit hemvård enligt LOV under året eller delar av åren: Abello Hemtjänst AB, Aktsam Vård och Omsorg AB, Savannha städ entreprenad och kringservice samt Snödroppars hemtjänst. Sedan 2020 utförs den kommunala hemservicens av Teknik och fritidsförvaltningen.
- Antal lägenheter för särskilt boende exkl. externa placeringar har varit 315. Två av boendena drivs i extern regi av Förenade Care samt ett av Attendo.
- Antal lägenheter LSS exkl. externa placeringar har varit 119. Två av boendena drivs av Attendo.

4 Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhets- och kvalitetsarbetet

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

Omsorgsnämnden

Vårdgivaren, omsorgsnämnden i Landskrona stad, är ansvarig för patientsäkerhetsarbetet.

Vårdgivaren fastställer mål och strategier för det systematiska patientsäkerhetsarbetet.

Vårdgivaren följer kontinuerligt upp och utvärderar målen.

Förvaltningschefen

Ansvarar för att det inom förvaltningen arbetas med uppföljning och analys av händelser och avvikelser, fördjupade analyser inom patientsäkerhetsområdet.

Verksamhetschef enligt 4 kap 2 § Hälso-och sjukvårdslagen (2017:30)

Där det bedrivs hälso- och sjukvårdsverksamhet ska det finnas en verksamhetschef som svarar för verksamheten. Verksamhetschef ska säkerställa att patientens behov av trygghet, kontinuitet, samt ordning och säkerhet i vården tillgodoses (4 kap. 1§ Hälso- och sjukvårdsförordningen,2017:80).

Legitimerad personal

Legitimerad personal dvs sjuksköterskor, fysioterapeuter och arbetsterapeuter ansvarar för att hälso-och sjukvårdsarbetet 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 patient och/eller dess närstående.

4.1 Medicinskt ansvariga

MAS

MAS bevakar att patientsäkerheten upprätthålls i hemsjukvården som bedrivs inom kommunens ansvarsområde. MAS har även delegering från nämnden att göra anmälningar enligt Lex Maria till Inspektionen för Vård och Omsorg, IVO, samt ansvarar för att felaktigheter på medicintekniska produkter anmäls till Läkemedelsverket. MAS ansvarar för att bedöma risken kring anställd legitimerad personals lämplighet. Vårdgivaren ska se till att personalen har kompetens för sina arbetsuppgifter och utför sina uppgifter på rätt sätt. Vårdgivaren ska snarast anmäla till IVO om det finns skälig anledning att befara att en person kan utgöra en fara för patientsäkerheten. Denna anmälningsskyldighet framgår av 3 kap. 7 § patientsäkerhetslagen (PSL). MAS ansvarar för en säker läkemedelshantering, att delegeringar sker i enlighet med gällande författningar samt att patientjournaler förs i den omfattning som lagen anger. MAS är också en länk för kontakten mellan Region Skåne, de privata aktörerna och kommunen.

MAR

MAR bevakar patientsäkerhet och kvalitet kopplat till rehabilitering och habilitering samt är vårdgivarens sakkunnig inom dessa områden. MAR ansvarar för att delegeringar sker i enlighet med gällande författningar samt att patientjournaler förs i den omfattning som lagen anger. MAR ansvarar även för att felaktigheter på medicintekniska produkter anmäls till läkemedelsverket.

5 Synpunkter och klagomål

Omsorgsförvaltningen ser synpunkter och klagomålshanteringen som en viktig källa till förbättring och utveckling. Det innebär att omsorgsförvaltningen tar ansvar för att systematiskt rätta till och förebygga fel och brister i enlighet med SOSFS 2011:9.

2016 fattade kommunfullmäktige i Landskrona regler och rutiner kring hur stadens samtliga förvaltningar ska arbeta med synpunkter och klagomål. I rutinen framkommer det att synpunktshanteringen ska fungera som ett kvalitetsverktyg för stadens verksamheter. Genom att ge invånare och besökare möjlighet att lämna synpunkter på vår service och våra tjänster så vi kan identifiera och rätta till våra svaga sidor, samt stärka våra goda.

Tabellerna nedan visar statistik gällande synpunkter och klagomål för 2021:

- Registrerade synpunkter och klagomål fördelat på område
- Synpunktstyp
- Synpunktskategorisering
- Historik över antal inkomna synpunkter och klagomål

Registrerade synpunkter och klagomål fördelat på område	Antal	%
Omsorgsförvaltningen	263	100 %
Ekonomienhet, Administration, IT	8	3
Funktionhinder	24	9
Område boende och hälsa	18	7
Område Hemvård	86	33
Omsorg Externa utförare	60	23
Uppdragsenhet	61	23
Övergripande	6	2
TOTALT	263	100 %

Synpunktstyp - här finns möjligheten att välja mer än en kategori

Verksamhet	Beröm	Fråga	Förslag	Klagomål	Övrigt	Totalt
Ekonomi, administration och IT	0	3	0	4	2	9
Område stöd och service	1	1	1	23	2	28
Boende och hälsa	4	2	0	11	2	19
Hemvården	10	4	0	75	1	90
Personal-enheten	0	0	0	0	1	1
Uppdrags-enheten	31	7	8	24	5	75
Övergripande	0	3	0	2	1	6
Externa utförare	6	9	1	50	1	67
TOTALT	52	29	10	189	15	295

Kategori	Antal	Fördelning
Utförande	186	34,1
Bemötande	75	13,8
Trygghet	85	15,6
Övrigt	40	7,3
Information	57	10,5
Delaktighet/Inflytande	27	5
Handläggning	14	2,6
Tillgänglighet	11	2
Boendemiljö	14	2,6
Mat	6	1,1
Valfrihet	6	1,1
Fysisk miljö	10	1,8
Politisk fråga	0	0
Taxor/avgifter	6	1,1
E-tjänster	3	0,5
Nedskräpning	5	0,9
Totalt	545	100,00%

Historik över antal inkomna synpunkter och klagomål i omsorgsförvaltningen	
År	Antal
2018	253
2019	373
2020	406

Historik över antal inkomna synpunkter och klagomål i omsorgsförvaltningen	
2021	263

Antalet registrerade synpunkter och klagomål under 2021 blev totalt 263 st. Av de 263 synpunkterna och klagomålen som registrerades handlade 52 (20 %) om direkt beröm till de olika verksamheterna vilket är en ökning sedan tidigare år. Under året registrerades 4 synpunkter/klagomål som inkommit via IVO. I dessa synpunkter överlämnar IVO utredningsansvaret till Omsorgsförvaltningen i samtliga ärende.

Antalet inrapporterade synpunkter/klagomål är störst inom område hemvården med 86, vilket har en naturlig förklaring då den verksamheten utför flest insatser. Även externa utförare och Uppdragsenheten får in mycket klagomål kopplat till inlämnade synpunkter och klagomål.

6 Tillsyn av inspektionen för vård och omsorg samt patientnämnden

Med anledning av covid-19-pandemin genomförde Inspektionen för vård och omsorg (IVO) under 2020 en särskild tillsynsinsats som fokuserade på medicinsk vård och behandling till äldre på särskilt boende (SÅBO). 2021 genomförde IVO en uppföljande tillsynsinsats avseende samma målgrupp. Med SÅBO avser IVO i denna tillsyn boende för äldre eller äldre med demens, undantaget boenden med enbart platser för korttidsvistelse. Tillsynen utfördes som en journalgranskning av cirka 15–20 journaler per boende. Resultatet håller på att sammanställas och behöver presenteras för sig själv.

Under året har två ärende från Patientnämnden inkommit till omsorgsförvaltningen. Båda ärenden är avslutade utan åtgärd.

7 Uppföljning genom egenkontroll HSL

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.

7.1 Apoteksgenomgång

Apoteksgenomgång mars 2021

I mars 2021 genomfördes apoteksgenomgång på Föreningsgatans äldreboende, LSS gruppboende Fabriksgatan 5 samt en hemvårdsgrupp. Granskningen utfördes som ett kvalitetsmöte med en diskussion kring lokala rutiner för allt från beställning/förvaring till ordination, läkemedelslistor och administrering, men även kring det praktiska arbetet med läkemedel och vikten av fullgod spårbarhet och tydliga ansvarsfördelningar. Sjuksköterska, distriktssköterska, undersköterska, enhetschef och MAS deltog. Ett par läkemedelslistor och signeringslistor gick igenom och kontroll gjordes av förvaring. Resultatet visar på ett antal förbättringsområden som enligt protokoll ska följas upp på enhetsnivå samt på sjuksköterskemöten. Det som ska följas upp är bland annat att kontrollräkning av narkotiska preparat sker månadsvis och att kasserade narkotiska läkemedel måste återlämnas med spårbarhet. Vid egenvård måste vi säkerställa att läkaren har gjort en bedömning om vem som ansvarar för egenvården.

7.2 Extern läkemedelsgranskning

Extern läkemedelsgranskning av Apoteket AB

Under december 2021 utfördes en extern läkemedelsgranskning av Apoteket AB. Vi inväntar resultatet av den granskningen och kommer att presentera det under våren.

7.3 Hygienenkät

Hygienenkät

Under hösten skickades det ut en enkät för självskattning av följsamheten till de basala hygienrutinerna. Resultat av denna visar på en mycket god följsamhet till de basala hygienrutinerna. Under våren kommer detta resultat att följas upp med hjälp av observationer där resultatet kommer att redovisas i en nationell databas PPM (punkt prevalens mätning).

8 Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §

Vårdgivaren har ett ansvar för att obehöriga inte ska kunna ta del av dokumenterade personuppgifter. För att kontrollera detta finns en rutin för loggkontroller av hälso- och sjukvårdsjournalen. Enligt denna rutin ska 100% av den legitimerade personalen samt personal med delegerade hälso- och sjukvårdsuppgifter loggas en gång per år. Ett förbättringsområde inför 2022 blir att lägga in loggkontrollerna, i ett för enhetscheferna, Årshjul för att säkra att rutinen följs.

9 Kommunal hälso-och sjukvård

9.1 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, patienten som medskapare, en god säkerhetskultur samt adekvat kunskap och kompetens.

9.2 Samverkan för att förebygga vårdskador

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

9.2.1 Intern samverkan

Team-möte

Teamet kring patienten består av sjuksköterska, arbetsterapeut, fysioterapeut, omvårdnadspersonal och biståndshandläggare där hela gruppens kompetens behövs. Det övergripande syftet med mötet är att de olika yrkesprofessionerna träffas för att utifrån patientens behov diskutera och samordna vård- och omsorgsinsatser. Vid dessa möten arbetar teamen med kvalitetsregister som tex Senior alert och Beteendemässiga och psykiska symptom vid demens (BPSD).

HSL råd

Möten för att diskutera aktuella områden inom hälso- och sjukvård. Lokalt, regionalt eller

nationellt. Man förbereder ärenden som eventuellt ska till förvaltningens ledningsgrupp. Deltar gör MAS, MAR, omsorgschef, avdelningschef uppdragsavdelningen och verksamhetschef HSL

HSL kvalité

Möte mellan enhetschefer för legitimerad personal, MAS, MAR samt verksamhetschef HSL. Verksamhetsfrågor inom HSL diskuteras. Frågor bearbetas och kan beslutas i gruppen eller behöva beredas i till exempel HSL rådsgruppen.

9.2.2 Extern samverkan

Samverkan vid utskrivning

Lagen syftar till att främja en god vård för enskilda personer som efter utskrivning från slutenvård behöver insatser från socialtjänsten, den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården eller den regionfinansierade öppna vården. I detta syfte ska lagen särskilt främja att en patient med behov av insatser skrivs ut från den slutna vården så snart som möjligt efter det att den behandlande läkaren bedömt att patienten är utskrivningsklar. *Lag (2019:979).*

Styrgrupp för hälso- och sjukvårdsavtalet

Styrgruppen består av förvaltningscheferna från Landskrona stad och Svalövs kommun, sjukhuschefen Landskrona lasarett samt primärvårdschefen Skåne Nordväst. Arbetet i gruppen präglas i huvudsak av tillämpningen och utvecklingen av hälso- och sjukvårdsavtalet.

Närsjukvårdsrådet

Närsjukvårdsrådet är underställd styrgruppen för hälso- och sjukvårdsavtalet. Representanter från såväl Landskrona stad som Svalövs kommun, hälsovalsenheter i dessa kommuner, Landskrona lasarett samt entreprenadverksamhet inriktning särskilt boende för äldre.

Samverkansmöte mellan hälsovalsenheterna och Landskrona stad.

Samverkan med hälsovalsenheterna sker bland annat genom att företrädare från staden träffas för att gemensamt utveckla hälso- och sjukvården genom att diskutera gemensamma frågor.

Samverkan mellan kommunen och Medelpunkten

Medelpunkten är kommunens hjälpmedelscentral och syftet med verksamhetsgruppen är samverkan mellan Medelpunkten och de olika kommunernas förskrivare. En eller flera förskrivare från varje kommun är med på mötena. Under året har det varit sju möten.

Klustermöte

Möte mellan kommunen och stadens hälsovalsenheter har regelbundet hållits. Korta avstämningsmöten med cirka 14 dagars intervall. Med främsta syfte att säkra pandemihanteringen i Landskrona stad.

Regelbundna möten vårdhygien

MAS deltar i ett forum för att diskutera frågor som rör Covid-19.

9.3 Patienten som medskapare

PSL 2010:659 3 kap. 4 §

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.

Samordnad individuell plan, SIP

SIP ska upprättas tillsammans med patienten om insatser från både socialtjänst och hälso- och sjukvård behöver samordnas. En fungerande samverkan förenklar för patienten och dess närstående då de inte behöver lägga ner tid och energi på att själva samordna olika insatser som ges av kommunen eller regionen. En samordnad individuell plan, SIP, ska alltid upprättas tillsammans med den person som har behov av insatserna, det gäller oavsett personens ålder eller problem. Planen ska tydliggöra vem som gör vad och när. SIP är ett viktigt verktyg för samverkan vid utskrivning av patienter från slutenvård och sjukvård.

Hemsjukvård	211231	201231
Antal patienter	512	559
SIP	*140 (74%)	*137 (57%)
Kriterieuppfyllnad	188	239

* Procentuell jämförelse mellan antal SIP och hur många som uppfyller minst 4 utav 6 kriterier för inskrivning

SÄBO Egenregi	211231	201231
Antal patienter	179	175
SIP	161 (90%)	158 (90%)

SÄBO Entreprenad	211231	201231
Antal patienter	115	124
SIP	108 (94%)	109 (88%)

SÄBO LSS Egenregi	211231	201231
Antal patienter	126	118
SIP	9 (7%)	5 (4%)

Skydds- och begränsningsåtgärder

Syftet med åtgärderna är att skydda, stödja, hjälpa eller aktivera patienten, t.ex. genom hjälpmedelstillbehör som ex. bord, vadbånd, sänggrindar. Genom att samtycka till insatsen har den enskilde godkänt den begränsning som insatsen kan innebära och betraktas då som en skyddsåtgärd. Inom område stöd och service har man följt upp alla skydds- och begränsningsåtgärder under året och arbetar med att ta fram ett årshjul för att få till en systematik. Övriga områden följer upp åtgärderna enligt rutin och kommer också att arbeta vidare med systematiken under 2022.

10 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.

Svårigheter att rekrytera legitimerad personal

Inför sommaren 2021 rådde ett svårt rekryteringsläge av legitimerad personal. Upphandlingsenheten hjälpte till med rekryteringen av sjuksköterskor till sommarbemanningen. Svårigheten att rekrytera legitimerad personal leder till risk för patientsäkerheten. Rekryteringssvårigheterna kvarstår.

På grund av ansträngd bemanning hos legitimerad rehabiliteringspersonal så har fallavvikelser inte uppdaterats enligt rutin samt att årlig uppföljning av hjälpmedel, för att utvärdera effekt/nytta samt utföra en teknisk översyn, inte utförts. Båda kan leda till risk i att upprätthålla patientsäkerhetsarbetet.

10.1 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. Under 2021 har utbildningssjuksköterskorna haft olika utbildningar för omvårdnadspersonalen.

Delegeringsutbildning (ej sommar)	Antal	Deltagare
Läkemedel bas med inhalation	21	146
Repetition läkemedel	16	103
Diabetes	17	117
Repetition diabetes	6	30
Stomivård	11	57
Kateterspolning	7	25
Sårvård	6	28
Venprovtagning	4	12
Sondmatning	14	65

Utbildningssjuksköterskorna har också haft trycksårsutbildning på särskilt boende vid åtta tillfällen med sammanlagt 99 deltagare, insatsen fortsätter under 2022 med resterande särskilda boenden.

Förflyttningsutbildning

Under året har Rehabgruppen haft en resurs för att arbeta med förflyttnings- och personflytsutbildning fram till augusti och har utbildat totalt 224 personal. Under senare delen av året har inga utbildningar hållits då resursen avslutat sin tjänst, men det planeras att tas upp igen under april 2022. Det finns personal inom hemvården och sjuksköterskeorganisationen som ännu inte fått denna utbildning. För att täcka upp behovet av förflyttning- och personflytsutbildning inom område stöd och service, så har legitimerad rehabiliteringspersonal därifrån utbildat personal inom sitt område under hösten.

Hygienutbildning

Det har hållits 13 ordinarie kurstillfälle i hygien utspjutt över 2021. 76 personal har fått utbildning, anställda på olika hemvårdsdistrikt, SÄBO samt privata vårdgivare, samt under det senaste halvåret även personal från den nya bemanningsenheten. Det har hållits 17 kurstillfälle för sommarvikarier, Totalt 160 sommarvikarier har fått hygienutbildning under juli månad. Hygienutbildningarna har fokuserat på basal vårdhygien, men också på basal vårdhygien relaterat till Covid-19.

Handledningssjuksköterskor

Tre sjuksköterskor är anställda inom hemvården för att skapa förutsättningar för ett kliniskt lärande och en vardaglig omvårdnadshandledning för omsorgsförvaltningens undersköterskor. Tre handledningssjuksköterskor ska även tillsättas inom SÄBO. De ska tillsammans verka för att utveckla helhetssynen i omvårdnaden samt förebygga onödigt vårdberoende för patienter genom ett metodiskt preventionsarbete.

10.2 Digital signering av hälso- och sjukvårdsinsatser

Alla delegerade eller anvisade hälso- och sjukvårdsinsatser signeras i appen "Medication and care support system" (MCSS). Endast de personal som är anvisade eller delegerade kan signera i appen (APVA). Systemet ger en uppföljning kring om och när insatserna blivit verkställda. Med hjälp av denna digitala teknik kan vi följa upp statistiken fullt ut. Nytt för i år är att man inom område stöd och service valt att använda appen som stöd för skötsel av hjälpmedel på enstaka enheter. Omsorgsförvaltningens resultat visar att 86 % av insatserna är signerade i tid.

10.3 Läkemedelshantering

Enhetliga och tydliga rutiner för läkemedelshantering möjliggör ökad patientsäkerhet i alla led. Läkemedelskåp finns hos samtliga medborgare som har hjälp med läkemedelshantering.

Digitalt lås säkerställer att personalen har personlig behörighet. Läkemedelshanteringen blir därav mer patientsäker och ökar spårbarheten för vem som haft tillgång.

10.4 Fallprevention

Det fallpreventiva arbetet i staden handlar om att förebygga fallrisker och fallskador. Både genom att arbeta motiverande kring att identifiera risker samt bevaka och förmedla kunskap om fallprevention till både patienter och personal. Det fallpreventiva arbetet har inte utförts fullt ut enligt rutin under 2021, dels på grund av pandemin och dels på grund av ansträngd bemanning hos legitimerad rehabiliteringspersonal. Det finns fallavvikelser som behöver omhändertas.

Rehabassistenterna träffade rehab ombuden ute i verksamheterna som planerat under året vid två tillfällen via teams. Under 2022 kommer detta arbete fortsätta utvecklas med stöd av handledningssjuksköterskorna både ute i hemvården och på våra SÄBO.

10.5 Trycksår

Trycksår är lokal skada som resultat av tryck eller annan orsak. Ett trycksår kan utvecklas mycket snabbt, på bara några timmar och det kan orsaka patienten lidande. Trycksår kan uppstå på alla delar av kroppen och det är inte ovanligt att en person har flera trycksår. Statistik hämtad från kvalitetsregistret Senior alert. Resultatet är jämförbart med fjolårets siffror.

	Unika personer	Antal genomförda riskbedömningar	Antal riskbedömningar med risk för trycksår	Antal unika personer med minst ett trycksår
Landskrona stad	378	673	263	37
Särskilt boende LSS	5	8	8	1
Hemvård	7	8	2	6
Särskilda boende SoL	266	419	158	23
Korttidsboende	28	36	14	2
Särskilt boende SoL inriktning demens	72	202	81	5

10.6 Kvalitetsregister

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.

10.6.1 Senior alert

I Senior alert riskbedömer man patienter utifrån risk för trycksår, fall, nutrition och ohälsa i munnen. Riskbedömningar ska göras minst var sjätte månad. I de fall det finns en eller flera risker ska åtgärder sättas in för att förebygga så att riskerna elimineras eller minimeras. Åtgärderna ska sedan följas upp för att utvärdera resultatet av dessa. Senior alert kräver ett teambaserat arbetssätt.

Under året har det gjorts 673 riskbedömningar (jämfört med 561 för 2020) varav 98% har

genomförts inom SÄBO och korttidsboende. Hemvården står för cirka 1% (jämfört med 3,5% för 2020). Område stöd- och service står för cirka 1%, där det främst används till personer över 65 år på ett fåtal enheter. Märkbart är att man endast vid cirka 50% av riskbedömningarna fullföljt hela processen i Senior alert i staden. Arbetet med Senior alert ska öka väsentligt inom hemvården under 2022, detta med stöd av handledningssjuksköterskorna. De ska vara drivande och utbilda inom de områden som förekommer i Senior Alert.

	Unika personer	Antal genomförda riskbedömningar	Antal riskbedömningar som visat minst en risk	Antal bakomliggande orsak som bedömts	Antal åtgärdsplaner som genomförts	Antal utförda planerade åtgärder vid risk
Landskrona stad	378	673	622	553	566	352
Särskilt boende LSS	5	8	8	4	5	0
Hemvård	7	8	7	3	6	1
Särskilda boende SoL	266	419	383	335	335	212
Korttidsboende	28	36	34	32	34	28
Särskilt boende SOL inriktning demens	72	202	190	179	186	111
		75–100 %	25–74 %	0–24 %		

10.6.2 Palliativ registret

Svenska palliativregistret är ett kvalitetsregister som erbjuder en möjlighet att följa upp Socialstyrelsens kvalitetsindikatorer för palliativ vård och få en bild av patientens sista tid i livet. Målet med kvalitetsregistret är att alla som avlider, enligt det som betraktas av sjukvården som väntad död, ska kunna känna trygghet. Syftet är även att den palliativa vården ska förbättras.

Resultat registret 2021:

Av 49 registrerade dödsfall har 34 personer erbjudits brytpunktssamtal. Brytpunktssamtal är ett samtal mellan ansvarig läkare och patient om ställningstagandet att övergå till palliativ vård i livets slutskede, där innehållet i den fortsatta vården diskuteras. Av dessa 49 saknade 13 personer förmåga att delta i brytpunktssamtalet.

Trycksårsregistreringen visar att av 49 registrerade dödsfall hade 16 personer trycksår vid dödsfallet. 33 patienter hade inget trycksår vid dödsfallet.

Ordination vid smärta och ångest fanns dokumenterat hos 46 av 49 registrerade dödsfall,

Av 49 registrerade dödsfall var det 45 personer som hade närstående och/eller personal i samma rum vid dödsögonblicket.

10.6.3 BPSD - Beteendemässiga och psykiska symtom vid demens

BPSD registret är ett nationellt kvalitetsregister där samtliga av Sveriges kommuner är anslutna. Syftet med registret är att genom multiprofessionellt teamarbete skapa åtgärder för att minska beteendemässiga och psykiska symtom (BPSD) för personer med demenssjukdom och kognitiv svikt. Målet är att minska lidandet, öka livskvalitén och välbefinnandet för personen med

demenssjukdom. Palliativa vård filosofin består av 4 hörnstenar: Symtomlindring, relation-kommunikation, teamarbete och närståendestöd.

Registret innehåller en skattningsskala på 12 olika beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdomar/kognitiv svikt som 90 % av de drabbade uppvisar någon gång under sin sjukdomsprocess. I registret tar man reda på tänkbara orsaker till dessa symtom och gör efter detta en bemötande och kommunikationsplan samt åtgärdsplaner.

I år gjordes totalt 215 registreringar i BPSD registret (jämfört med 200 registreringar år 2020). Av dessa var det 130 registreringar på boende i kommunal regi (jämfört med 146 registreringar år 2020) och 85 registreringar hos de privata aktörerna (jämfört med 57 registreringar). Hos de privata aktörerna fanns ett boende som låg i framkant med BPSD-arbetet.

11 Personalens rapporteringsskyldighet

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

Vårdpersonal ansvarar för att identifiera, dokumentera och rapportera händelser (avvikelser). Mottagare av dessa rapporterade händelser är respektive chef eller legitimerad personal som beslutar om fortsatt handläggning. Om händelsen avser en risk för allvarlig vårdskada eller allvarlig vårdskada informeras MAS eller MAR som utreder avvikelser vidare. Om MAS eller MAR utreder och utredningen visar att det handlar om allvarlig vårdskada eller risk för vårdskada, så anmäler MAS händelsen till Inspektionen för Vård och Omsorg (IVO) enligt lex Maria.

11.1 Avvikelser för insatser inom hälso-och sjukvård

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.

11.1.1 Fallrapporter

Det totala antalet fallrapporter för omsorgsförvaltningen under 2021 har minskat med knappt 20% jämfört med 2020. Inom SÄBO har det skett en markant minskning av fall med drygt 40% under 2021. Inom område hemvård samt

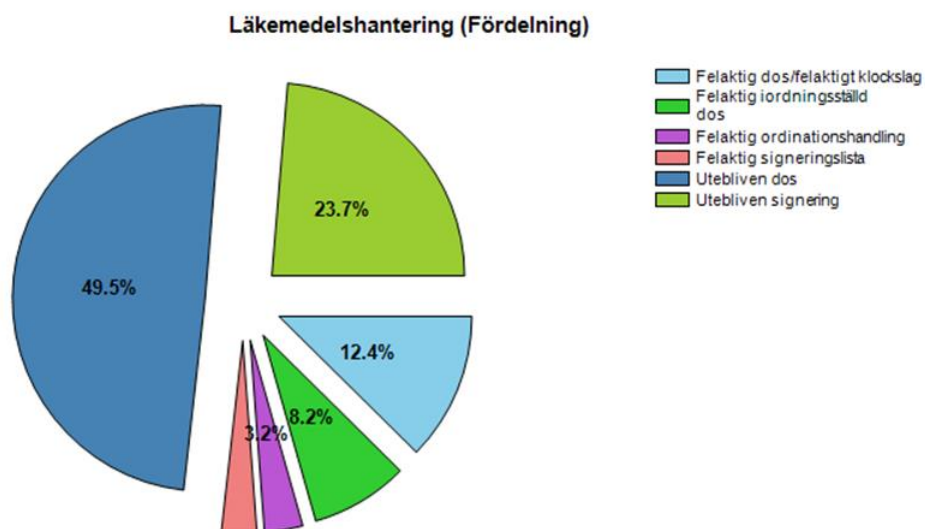
Den vanligaste anledningen till att patienten fallit är att personen överskattat sin fysiska förmåga respektive sjukdom/funktionsnedsättning. De vanligaste åtgärderna inom samtliga områden är översyn av aktuella hjälpmedel, installation av larm eller sensorlarm, översyn av hemmiljön och diskussion vid teamträff. Under 2021 har knappt 30 personer fått höftskyddsbyxor, framför allt inom särskilt boende. Höftskyddsbyxor ses som en åtgärd för att försöka förebygga fallskador, men kan inte förebygga fall och i vissa färre fall har det ändå lett till höftfraktur.

Inom SÄBO samt hemvård har det vid 70–80% av de rapporterade fallen inte medfört någon konsekvens för patienten. I 20–30% av fallen har det rapporterats någon form av medförd fysisk konsekvens såsom sårskada, blåmärke/svullnad och smärta. Medförda psykiska konsekvenser som rapporterats är mycket låga inom både SÄBO och hemvård. Inom område stöd- och service har det vid 50% av de rapporterade fallen inte medfört någon konsekvens för patienten. I drygt 35% av fallen har det rapporterats någon medförd fysisk konsekvens såsom smärta och blåmärke/svullnad. I knappt 15% av fallen har det rapporterats någon medförd psykisk konsekvens så som oro.

Drygt 96 % av alla fall medförde inga eller mindre konsekvenser för patienten.

11.1.2 Läkemedel

Under 2021 registrerades 684 avvikelser som rör läkemedelshantering. Cirka hälften av avvikelserna rör utebliven dos.



11.1.3 Händelse med hjälpmedel, teknik och/eller fysisk miljö

Det har rapporterats åtta avvikelser vid händelse med hjälpmedel varav hälften bedömts som betydande risk och övriga som mindre eller måttlig. Fyra av händelserna med betydande risk har skett inom område stöd- och service. Händelserna bedöms bero på brist på kunskap hos baspersonal och enhetschefer. Inom område stöd- och service har man arbetat med att se över funktionskontroll för hjälpmedel genom att involvera baspersonalen. Man ska starta upp metodverkstäder kring bland annat hjälpmedel och omvårdnad, där man arbetar med både praktiskt och teoretiskt lärande. Enhetscheferna ska tillsammans med medarbetarna utse hur många ambassadörer man ska ha.

11.1.4 Övrig Hälso- och sjukvård

De vanligaste typerna av avvikelser i övrig HSL är brist i insats/utebliven insats HSL (47 %), brist i/utebliven rehabiliteringsinsats (24%) samt brist i dokumentation/informationsöverföring (24 %). Resultatet skiljer sig jämfört med föregående år då avvikelser kring brist i/utebliven rehabiliteringsinsats ökat.

De vanligaste orsakerna till avvikelserna är ej följt gällande rutin (24%), därefter är orsakerna kopplade till bristfällig dokumentation och brist i samverkan/rapportering. Knappt 10 % av händelserna bedöms vara brist i kunskap.

I 78 % av händelserna har det inte medfört några konsekvenser för patienten. I 14% har det inneburit någon typ av fysisk konsekvens så som smärta eller sårskada. 7 % står för psykiska konsekvenser som övervägande handlar om oro. Resultatet visar att allvarlighetsgraden har skattats till mindre eller måttlig i 99 % av händelserna, vilket medfört inga eller mindre konsekvenser för patienten.

11.1.5 Externa avvikelser

Externa avvikelser är de händelser där utredningen ska göras av annan vårdgivare. Avvikelse sker oftast i samband med att patienten skrivs ut från sjukhus eller vid läkarbesök. Vanligaste typen av extern avvikelse är registrerat som övrigt. Det handlar till stor del om brist i samverkan/rapportering. Det totala antalet externa avvikelser är 38, som är jämförbart med förra året.

11.2 Lex Maria

Under 2021 har det inte anmälts några ärenden enligt lex Maria.

12 Kvalitetsarbete i omsorgsförvaltningen

Systematiskt kvalitetsarbete innebär att arbetet ska utföras genom ständiga förbättringar, på individnivå, enhetsnivå och verksamhetsnivå. Det är viktigt att ta lärdom av brister som upptäcks men även av goda exempel.

12.1 Uppdragsavdelning

Under 2021 har Myndighetsenheten uppmärksammat konsekvenser från pandemin som resulterat i många brukare med plötsligt omfattande hjälpbehov och där insatser kommit in för sent i hemmet. Enheten har även haft ett ökat inflöde av ärenden där enheten fram till november månad 2021 ser en totalt ökning med ett hundratal initieringar i form av ansökan eller anmälan till myndighetsenheten. Myndighetsenheten haft nytta av de riktlinjer och rutiner som implementerats under tidigare år och som fortsatt utvecklats och förbättrats 2021. Implementeringen har bland annat lett till en samsyn i handläggningsprocessen och en ökad rättssäkerhet.

Enheten har under året sett att bedömningarna från Myndighetsenheten följer rättspraxis och en trend sedan 2018 är att majoriteten av domarna från högre instans döms åt Omsorgsförvaltningens fördel.

Vidare har Myndighetsenheten arbetat systematiskt med avvikelshantering och det är nu en naturlig del i arbetsprocessen. Detta arbete har resulterat i att Myndighetsenheten systematiskt arbetat med att förbättra rutiner och kontinuerligt följt upp och förändrat de rutiner som fungerat mindre bra.

Ett stort fokusområde under 2021 har under året varit arbetet med uppföljning och omprövning av individärenden. Genom att aktivt arbeta med uppföljning och omprövning på beslutade insatser har Myndighetsenheten uppnått en högre kvalitet gentemot brukarna som får sina behov tillgodosedda. Arbetet har också resulterat i en ökad och förbättrad samverkan med verkställigheten.

Under 2021 har Anhörigcentrum och träffpunkterna arbetat aktivt med att höja kvalitén för de medborgare som de stöter på i sin verksamhet. Träffpunkterna har genomgående under 2021 haft ett perspektiv att trots pandemin, bryta ensamhet och att skapa meningsfull vardag. Verksamheten har anpassats till rådande restriktionen relaterat till pågående pandemi så medborgaren kunde ta del av de aktiviteter som erbjöds på ett tryggt och säkert sätt. Träffpunkterna har arbetat aktivt med att även skapa digitala aktiviteter genom bland annat samarbetet med DigiCare, som är en plattform för digitala träffar som ger en roligare vardag för seniorer.

Uppdraget som stödkonsulent har öppnat upp för samtal med fokus på att medborgaren ges möjlighet att prata kring sin upplevelse av att ha blivit sjuk/skadad/amputerad, att medborgaren inte enbart ges fysiska förutsättningar genom hemvårdsinsatser och hjälpmedel. Även stöd relaterat till fondsökning har varit kvalitetshöjande insats för medborgaren.

Avseende anhörigstöd har verksamheten arbetat aktivt med anhörigstöd för barn.

Kvalitetsarbetet relaterat till anhörigstöd har varit att förutom enskilt stöd, även ge anhöriga fördjupad kunskap om olika diagnoser samt genomföra digitala anhörigstödsgrupper. Verksamheten eftersträvar att utveckla det digitala anhörigstödet kontinuerligt just för att öka möjlighet för anhöriga att lättare och snabbare få svar på sina frågor, komma åt information de behöver och få möjlighet att digitalt ansluta sig till olika grupper utifrån deras enskilda behov.

Under 2021 har IT-och Utvecklingsenheten uppmärksammat konsekvenser från pandemin som resulterat i anpassning av systemlösningar. Delar av enheten ingår i flertalet projekt och bland annat i projektgruppen för införandet av nytt verksamhetssystem. Detta har resulterat i en utökning av systemgruppen med en ny systemförvaltare.

12.2 Hemvård

Under 2021 har hemvården blivit stjärnmärkt på två enheter enligt Svenskt Demenscentrum. Målet är att samtliga hemvårdsområden ska bli stjärnmärkta med syfte att ge personalen kunskap och verktyg för att kunna utveckla det personcentrerade arbetet på sin arbetsplats. Tolv medarbetare är utbildade stjärninstruktörer och som ska hålla i utbildningen.

Under mars månad övertog Teknik- och fritidsförvaltningen klädtvätt och städning hos våra brukare i hemvården. Att renodla insatserna på detta sätt har inneburit att rätt person är på rätt plats, det vill säga omvårdnadspersonal används till att utföra vård och omsorg medan servicepersonal utför det som är bäst på nämligen service. Det har också inneburit att insatserna inte prioriteras bort om enheten till exempel saknar personal.

Från årsskiftet 2021 har område boende och hälsa och hemvård gemensam områdeschef.

12.3 Boende och hälsa

2020 års utbildningssatsning i Silviahemmets regi har fortgått under 2021. Fyra särskilda boenden i offentlig regi har certifierats som ett led i arbetet att höja kvaliteten på omsorg och omvårdnad av brukarna, men även förbättra bemötandet av anhöriga.

Sedan 2019 har Boende och hälsa haft särskilt fokus på rörelse/balansträning och nutritionsfrågor. En gemensam strategi avseende rörelse/balansträning finns. Pågående pandemi har medfört att strategin inte har kunnat fullföljas men samtliga boende har utfört aktiviteten utifrån de förutsättningar som varit. Samtliga boenden har under året fått växthus som ett led i att höja kvaliteten på utemiljön.

Fastställda kvalitetsaspekter i KKIK (kommunens kvalitet i korthet), avseende särskilt boende, är daglig utevistelse, möjlighet att välja alternativ rätt vid huvudmål, påverka Tv-kanaler utöver basutbud i gemensamhetslokal, minst en organiserad gemensam aktivitet per dag under helgen samt minst två organiserade gemensamma aktiviteter under vardagar. Landskrona stad har mycket goda resultat (100 %) avseende att brukare erbjuds daglig utevistelse samt att brukare har möjlighet att välja alternativ rätt vid huvudmål. Förbättring har skett avseende organiserad gemensam aktivitet och gemensam aktivitet per dag under helgen, 100 % för 2021. Siffran för 2020 var 59 %.

12.4 Område Stöd och Service

Utifrån brukarundersökningen som under hösten genomfördes inom daglig verksamhet samt analys från de resultat som finns tillgängliga i KKIK, ser området generellt goda resultat. I majoriteten av frågorna ligger verksamheten över det nationella medelvärdet. Genom att jämföra verksamhetens resultat över tid syns en skillnad på enstaka procentenheter upp och ner. Det tyder på att verksamheten har en jämn hög kvalitet och brukarna upplever i hög utsträckning att de får den hjälp dem vill ha.

Av statistik framgår att andelen brukare i daglig verksamhet som får bestämma om saker som är viktiga, har minskat till från 81% till 77%. Andelen är fortfarande över det nationella medelvärdet, men gör att området inte tillhör de 25% bästa i landet. Anledningen till minskningen kan bero på de åtgärder som området fått genomföra i daglig verksamhet på grund av pandemin vilket har medfört att brukarens självbestämmande begränsats. Av kommentarerna framgår dock att bestämmanderätten ofta är tillräcklig utifrån vad den dagliga verksamheten kan erbjuda, vilket visar på ett viktigt resonemang kring vad man inom ramen för insatsen faktiskt kan bestämma över.

Frågorna om kommunikation ligger i linje med det nationella värdet, men är ett område som behöver förbättras. Både verksamhetens resultat och det nationella medelvärdet ligger lägre i jämförelse med andra frågor i undersökningen.

13 Systematiskt kvalitetsarbete enligt SoL och LSS

SOSFS 2011:9

Det systematiska kvalitetsarbetet ska genomföras för att säkra kvaliteten i verksamheten och för att planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten. Resultatet av kvalitetsarbetet ska synliggöras för såväl brukare, medarbetare som för stadens medborgare. Det ska genomsyras på verksamhetens alla nivåer och vara en del i det dagliga arbetet. För att uppnå god kvalitet och hög brukarsäkerhet är medarbetarens kompetens en förutsättning för att de ska kunna medverka i kvalitetsarbetet och ge god omsorg. För alla medarbetare är kunskapen om rapporteringsskyldigheten gällande avvikelser, synpunkter och klagomål och Lex Sarah av stor betydelse. Avvikelser ger viktig information om utvecklingsområden och är därmed en viktig grundsten i förvaltningens systematiska kvalitetsarbete.

13.1 Uppföljning genom egenkontroll SoL och LSS

Egenkontroller är en del av systematisk uppföljning av verksamhetens resultat samt kontroll att den bedrivs utifrån de processer och rutiner som ingår i verksamhetens ledningssystem. Egenkontroller ska göras med den frekvens och i den omfattning som krävs för att den som bedriver verksamhet ska kunna säkra verksamhetens kvalitet.

Uppdragsavdelningen har tagit fram två egenkontroller som besvaras av enhetscheferna inom respektive område.

Egenkontroll 1: Säkerställa samtliga medarbetares kunskap gällande avvikelseprocessen

Det innebär att alla medarbetare har kunskap om vad en avvikelse är, hur den ska hanteras, avvikelseprocessen med tillhörande rutiner, stöddokument och manual för avvikelssystemet.

Egenkontroll 2: Stickprov i SoL eller LSS journal

Det innebär att enhetschefen ska granska om det finns en spårbarhet i journalen gällande avvikelserapporteringen. Granskning ska göras av 25 % av alla inträffade SoL/LSS/fall-avvikelser.

Egenkontroll 1:

Inom område hemvård har 60 % av enhetscheferna svarat på egenkontroll 1. Inom område stöd och service har svar inkommit från 86 % av enheterna och inom område boende och hälsa har 90 % av enhetscheferna besvarat egenkontroll 1.

Av de enhetschefer som har svarat på egenkontroll 1 har 79 % rapporterat "instämmer helt", vilket innebär att deras medarbetare har kunskap om avvikelseprocessen i sin helhet.

Egenkontroll 2:

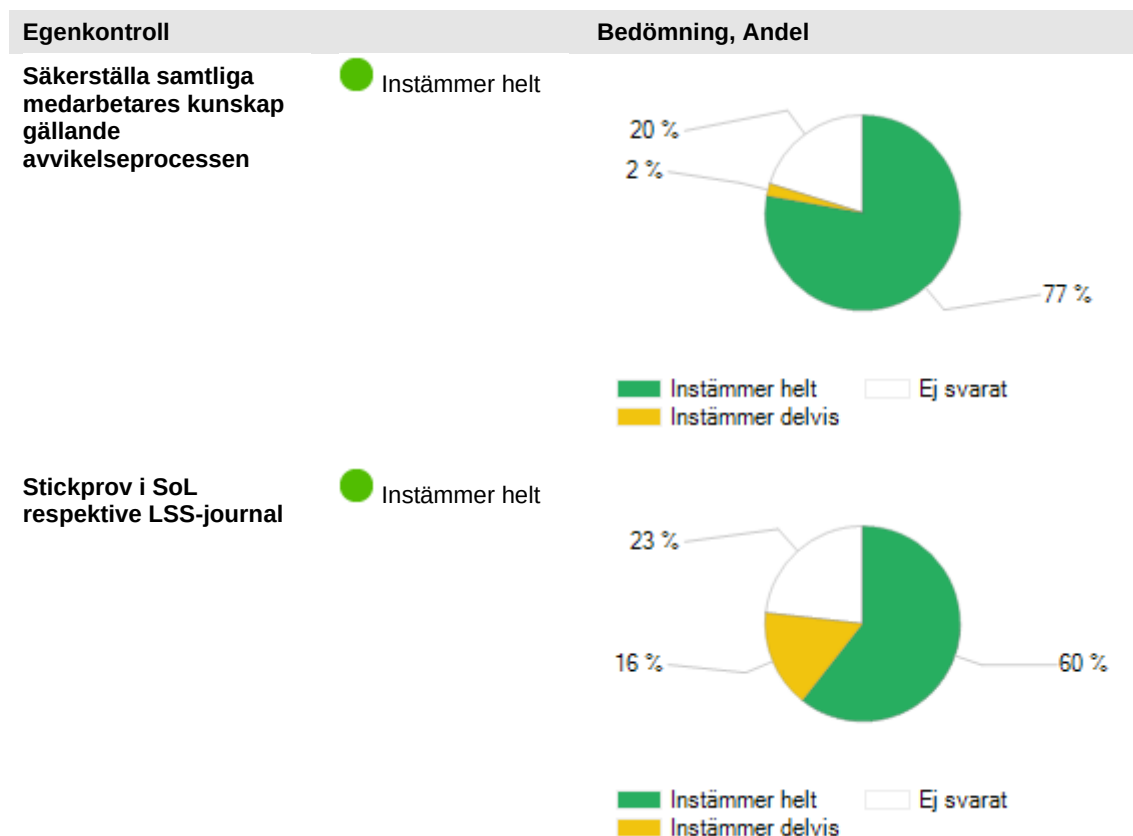
Inom område hemvård har 50 % av enhetscheferna svarat på egenkontroll 2. Inom område stöd och service har svar inkommit från 86 % av enhetscheferna och slutligen inom område boende och hälsa har 88 % av enhetscheferna svarat på egenkontroll 2.

Av de enhetschefer som svarat på egenkontroll 2 har 60 % rapporterat "instämmer helt" dvs journalgranskning har gjorts av 25 % av alla inträffade SoL/LSS/fall-avvikelser.

Resultat av egenkontrollerna

Resultatet visar på en delvis förbättring inom de olika områdena gällande svarsfrekvensen. Överlag visar resultatet på att det saknas kunskap i att systematiskt arbeta med kvalitetsledningsarbete. Detta får till följd att egenkontrollerna inte besvaras, vilket behöver åtgärdas.

13.1.1 Avvikelseprocess SoL/ LSS/ HSL



13.2 Avvikelser för insatser inom socialtjänstlagen

Enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9) ska vårdgivaren ge direktiv och säkerställa att det i varje verksamhet finns ett ändamålsenligt kvalitetssystem. Rutin för avvikelsehantering är en del i detta kvalitetssystem. Avvikelsehantering är ett ständigt pågående förbättringsarbete och ska användas i ett lärande syfte för att förebygga och undvika liknande händelser framöver.

Samtliga medarbetare har skyldighet att rapportera avvikelser. Det är den som upptäcker avvikelsen som ska rapportera i avvikelssystemet.

Typ av insats

Inom hemvården handlar merparten av avvikelserna om brist i insats/utebliven insats (86%) samt brist i dokumentation/informationsöverföring (6%). De vanligaste kategorierna av avvikelser inom boende och hälsa är brist i insats/utebliven insats (64%) samt fysiskt och psykiskt övergrepp (13%). Gällande kategorisering i avvikelserapportering har det uppmärksammats en kunskapsbrist kring hur händelser rapporteras. Händelser som sker mellan brukare rapporteras som en avvikelse trots att verksamheten inte har brustit i sitt utförande och därför inte kunnat påverka händelsen. Inom Myndighetsenheten är kategorin bristande handläggning/utredning (59%) den vanligaste typen av avvikelse och handlar oftast om att handläggare har missat att hantera ansökan samt att uppföljning av beslut inte har utförts i tid. Därefter kommer brist i dokumentation/informationsöverföring (40%).

Statistiken visar att i 76 % av händelserna inom hemvården har de inte medfört några konsekvenser för brukaren. I 22 % har de inneburit psykiska konsekvenser som övervägande handlar om irritation. Inom område boende och hälsa är det 71 % av händelserna som inte medfört några konsekvenser för brukaren. I 22 % av händelserna har de inneburit psykiska konsekvenser där det framför allt handlar om oro. Slutligen för myndigheten har 93 % av händelserna inte medfört några konsekvenser för brukaren. I 7 % av händelserna har det inneburit psykiska konsekvenser i form av att brukaren tagit illa vid sig.

Orsak

Den vanligaste orsaken till avvikelserna inom hemvården har kategoriserats till "ej följt gällande rutin" (38 %), därefter kommer "otillräckliga resurser/personalbrist" (20 %). Inom boende och hälsa är kategorin "övrigt" vanligast (34 %) följt av "ej följt gällande rutin" (20 %). Inom myndigheten är kategorin "ej följt gällande rutin" (40%) vanligast följt av "övrigt" (30 %). Orsak till avvikelse inom hemvård och boende och hälsa beror till största del på att personal inte har följt gällande rutin. Detta kan säkerställas genom egenkontroller samt löpande uppföljning kring upprättade rutiner.

Avvikelsekategori	Område boende och hälsa	Område hemvård	Myndighetsenheten
Brist i bemötande	1	28	0
Brist i dokumentation/informationsöverföring	6	47	29
Brist i insats/utebliven insats SoL/LSS	57	686	1
Bristande handläggning/utredning	2	3	42
Extern avvikelse	0	5	0
Fysiskt, psykiskt och/eller sexuellt övergrepp	12	2	0
Händelse med hjälpmedel, teknik och/eller fysisk miljö	10	28	0
Stöld/Ekonomiskt övergrepp	1	2	0
Summa:	89	801	72

Allvarlighetsgrad och konsekvens

Allvarlighetsgraden graderas mellan 1–4 där 1 är mindre, 2 måttlig, 3 betydande, och 4 är katastrofal. Allvarlighetsgrad 1 och 2 står för 97% av alla rapporter.

Allvarlighetsgraden inom område hemvård har skattats till mindre eller måttlig i 98 % av händelserna. Inom boende och hälsa har allvarlighetsgraden skattats till mindre eller måttligt i 94 %. Myndigheten har skattat allvarlighetsgraden till mindre eller måttligt i 97 % av händelserna. Resultatet visar att få av avvikelserna är av allvarlig karaktär vilket är positivt. Det är dock fortfarande av stor vikt att utreda och sätta in relevanta åtgärder som ska säkerställa att liknande händelser inte sker igen, både för individ och organisation. För det mindre allvarliga händelserna finns möjlighet att arbeta mer proaktivt.

Allvarlighetsgrad	Område boende och hälsa	Område hemvård	Myndighetsenheten
1. Mindre	42	402	57
2. Måttlig	24	267	10
3. Betydande	3	16	2
4. Katastrofal	1	1	0

13.3 Avvikelser för insatser inom lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade

Typ av insats

Den vanligaste typen av avvikelse inom område stöd och service är brist i insats/utebliven insats (60 %). Trots att avvikelserna är få till antal så är mer än hälften av avvikelserna brist i insats/utebliven insats. Området bör ta fram en plan hur dem tänker säkerställa att det inte förekommer i den utsträckningen som det gör idag. För myndighetsenheten är det kategorin

brist i dokumentation/informationsöverföring (43 %) samt bristande handläggning/utredning det som är vanligast (43 %).

Statistiken visar att i 63 % av händelserna inom område stöd och service har de inte medfört några konsekvenser för brukaren. I 30 % har de medfört psykiska konsekvenser där det framför allt handlar om oro. 86 % av händelserna inom myndighetsenheten har inte medfört några konsekvenser för brukaren. Viktigt att notera är att myndighetsenheten endast rapporterat 7 avvikelser vilket innebär att underlaget för statistiken är litet.

Orsak

Den vanligaste orsaken till avvikelserna inom område stöd och service har kategoriserats som övrigt (27 %). Näst vanligast är "Ej följt gällande rutin" (16 %). Inom myndighetsenheten är den vanligaste orsaken till avvikelserna "ej följt gällande rutin" (46 %). Näst vanligast är "övrigt" (18%). Analys – även här kan man se att man på myndighetsenheten inte följt gällande rutin vilket bör beaktas i kommande verksamhetsplan för myndighetsenheten.

Avvikelsekategori	Område stöd och service	Myndighetsenheten
Brist i bemötande	7	0
Brist i dokumentation/informationsöverföring	8	3
Brist i insats/utebliven insats SoL/LSS	39	1
Bristande handläggning/utredning	0	3
Extern avvikelse	0	0
Fysiskt, psykiskt och/eller sexuellt övergrepp	5	0
Händelse med hjälpmedel, teknik och/eller fysisk miljö	5	0
Stöld/Ekonomiskt övergrepp	0	0
Summa	64	7

Allvarlighetsgrad och konsekvens

Resultatet visar att allvarlighetsgraden inom område stöd och service har skattats till mindre eller måttligt i 96 % av händelserna. Allvarlighetsgraden är av lägre karaktär. För myndighetsenheten har allvarlighetsgraden skattats till mindre eller måttligt i 86 % av fallen.

Allvarlighetsgrad	Område stöd och service	Myndighetsenheten
1. Mindre	29	3
2. Måttlig	26	3
3. Betydande	2	1
4. Katastrofal	0	0

13.4 Lex Sarah

SOSFS 2011:5 14 kap 3 § SoL, 24 b § LSS

Under 2021 inkom 14 Lex Sarah rapporter. Samtliga har upprättats genom en upptäckt avvikelse men vi har också fått in Lex Sarah från extern part. Orsakerna till det inträffade som har identifierats i samband med utredning har bland annat varit avsaknad av rutiner, inte följsamhet till befintliga rutiner, brister i kompetens och utbildning, bristande kommunikation och samverkan mellan yrkeskategorier och inom enheter. Det finns fyra ärenden där utredning ännu inte kunnat slutföras av olika skäl varför de visas i statistiken under "ingen bedömning".

Statistik över bedömningsresultatet av Lex-Sarahutredningar under 2021	Antal
Avvikelse	2
Påtaglig risk för missförhållande	4
Missförhållande	4
Påtaglig risk för allvarligt missförhållande	0
Allvarligt missförhållande	0
Ingen bedömning	4

Rapport	Utfall	Lex Sarah anmälningar till IVO	Område/enhet
Lex Sarah rapporter	5	1	Område stöd och service
Lex Sarah rapporter	5	0	Område hemvården
Lex Sarah rapporter	2	0	Område boende och hälsa
Lex Sarah rapporter	2	0	Uppdragsavdelningen/myndigheten
Lex Sarah rapporter totalt	14	1	Omsorgsnämnden

Antalet utredningar som visat på påtaglig risk för allvarliga missförhållanden eller allvarliga missförhållande och därför anmälts till Inspektionen för vård och omsorg är 1 under 2021 vilket är en minskning från tidigare år. Område stöd och service har stort behov av att jobba med information och utbildning för sina medarbetare kring Lex Sarah och där finns behov av fördjupad kompetens på området.

Historik över antal Lex Sarah i omsorgsförvaltningen	
År	Antal
2018	26
2019	12
2020	24
2021	14

14 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. I patientsäkerhetssammanhang beskrivs detta som resiliens.

Covid-19 har på olika sätt påverkat verksamheterna att snabbt behöva omprioritera i såväl arbetsrutiner som arbetsuppgifter. Framtagande av arbetsrutiner och hur dessa ska tillämpas behöver anpassas för att vara tillämpbara även i situationer där normalläget är satt åt sidan.

15 Samlad analys samt utveckling av kvalitetsarbetet 2022

Analys och lärande av erfarenheter är en del av det fortlöpande arbetet inom den kommunala 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. 2021 har utifrån flera aspekter varit ett annorlunda år, dels det pandemiska läget, dels att både SAS, MAS, MAR och verksamhetschef för HSL tillträtt sina tjänster under augusti till oktober. Utvärdering av 2021 bygger därför på teoretiskt underlag och jämförelser med tidigare år.

Egenkontroller

Vi behöver skapa struktur i egenkontrollerna och få följsamhet till de anvisningar som finns. Resultaten visar bland annat att vi behöver arbeta mer systematiskt med egenkontrollerna och det krävs ett övergripande arbete för att säkerställa att rutinen följs. Anvisningarna ska ses över under året och årshjul ska implementeras för att säkerhetsställa bland annat egenkontroller. Uppföljningsarbetet internt ska vara jämförbart med externa utförare.

Basala hygienrutiner

Vi ser ett behov att följa upp de basala hygienrutinerna på ett fortsatt strukturerat sätt. Detta då vi under pågående pandemi kunnat se oerhörda positiva effekter i den basala vårdhygien, som bland annat lett till att andra annars normalt förekommande säsongsbetonade virussjukdomar, så som att vinterkräksjuka och säsongsinfluensa minskat.

Skydds- och begränsningsåtgärder

Inom område stöd och service har man sett behov av mer systematik kring uppföljning av alla skydds- och begränsningsåtgärder och därför arbetat med att ta fram ett Årshjul för att underlätta detta. Ur ett verksamhetsperspektiv är det väsentligt att det får en giltighet i samtliga verksamheter som arbetar i frågan.

Nära vård

Allt mer av sjukvården kommer att genomföras i den enskildes hem. Primärvården och den kommunala hemsjukvården kommer att driva detta. Samtidigt ser vi svårigheter att rekrytera legitimerad HSL-personal, vilket kan leda till en risk att de förebyggande åtgärderna inte genomförs. Arbetet riskerar att bli mer reaktivt istället för proaktivt. Hälso- och sjukvårdsavtalet har reviderats och den Nära Vården har blivit en del i detta när vi nu ska återta strukturen i det fortsatta arbetet. För Landskronas vidkommande har arbetet påbörjats då den lokala styrgruppen under hösten träffats vid tre tillfällen. Likaså har Närsjukvårdsrådet återupptagit sina möten.

Senior alert

Senior alert är en viktig del i vårdprevention som innebär att skador i vården ska undvikas och att alla ska kunna garanteras en säker och lika vård. För att uppnå detta ska det förebyggande arbetssättet vara präglad av struktur, systematik och synliggjorda resultat. Arbetet med Senior alert i hemvården behöver omhändertas och förbättras samt implementeras ordentligt. Generellt behöver alla processer i Senior alert fullföljas mer, i nuläget är det endast 50% som har en fullföljd process från riskbedömning till utvärdering av utförda planerade åtgärder vid risk.

Avvikelser för insatser inom HSL

Fallavvikelser är en viktig del i det systematiska kvalitetsarbetet eftersom det finns stora vinster både för individ och organisation att försöka förebygga fall i den utsträckning som det är möjligt. Anledningen till att fallavvikelser minskat stort under 2021 på våra särskilda boenden kan diskuteras då det kan röra sig om ett resultat av periodvis isolering och begränsning på grund av pandemin. Vi ska i så stor omfattning som möjligt begränsa risker för fall och fallskador, men med fortsatt fokus på den enskildes behov. Sociala kontakter, aktiviteter etc. är viktigt att behålla om det är så att vi kommer till en liknande situation igen, där begränsningar för smittspridning behöver sättas in.

Det är positivt att läkemedelsavvikelserna minskat vilket sannolikt kan kopplas till implementeringen av Appva men detta behöver fortsatt följas upp och analyseras.

Brist i/utebliven rehabiliteringsinsats har ökat under 2021. En rehabiliteringsinsats är i många fall en första insats för att förskjuta hjälpbehov och öka självständighet och aktivitetsnivå. De icke utförda insatserna har inte lett till några vårdskador, men kan innebära personligt lidande för den enskilde som eventuellt leder till försämrat allmäntillstånd och så småningom ökade

hemvårdsinsatser.

Uppdragsavdelningen

Myndigheten har kunnat se en ökning av inflöde och komplexitet i ärenden relaterat till pandemiskuld vilket påverkar förvaltningen både från handläggning till utförande. Arbetet med uppföljning och omprövning av individärenden som varit ett fokusområde under året och säkerställer att rätt insatser ges och att de insatserna möter den enskildes behov.

Anhörigcentrum och träffpunkterna har genom sitt arbete ökat antal mötesplatser av hälsofrämjande aktiviteter. Förvaltningen har tagit på sig rollen och ansvaret att aktivt arbeta med att främja hälsa. För att behålla och stärka detta resultat kommer fokus under 2022 handla om att fortsätta synliggöra och informera om aktiviteter som genomförs.

Hemvård

Pandemin har påverkat utvecklingsarbetet i verksamheterna där systematisk uppföljning och andra utvecklingsfrågor och projekt behövde pausas under delar av året. En ny plan för utbildningssatsningen gällande området har tagits fram för våren 2022.

Område Stöd och Service

När daglig verksamhet stängdes ner på grund av pandemin begränsades brukarnas självbestämmande. Resultaten visar att det fortsatt finns ett utvecklingsarbete med att öka känslan av självbestämmande för brukare inom förvaltningen. Inom område stöd och service planeras ytterligare satsningar kring AKK (alternativ och kompletterande kommunikation) för att säkerställa allas rätt till kommunikation. Därmed är det av vikt att tid och utrymme ges till AKK för att säkerställa så god kommunikation som möjligt inom LSS-verksamheten.

Systematiskt kvalitetsarbete enligt SoL och LSS

I de granskningar vi genomfört kan vi konstatera att verksamheterna behöver bli bättre på att följa rutiner för att systematiken ska få en verkan. Förvaltningen har identifierat behov av att ge en fördjupad utbildning för samtliga chefer kring Lex Sarah och dess process samt se över rådande rutiner för inrapportering av Lex Sarah för att säkerställa personalens kompetens avseende det systematiska kvalitetsarbetet och rapporteringsskyldighet.

Antalet Lex Sarahrapporter har minskat under 2021. Enligt Socialstyrelsens lägesrapport från 2021 gällande vård och omsorg för äldre, beskrivs att det nationellt syns en tydlig trend i att Lex Sarah anmälningarna till IVO minskat 2020. Detta är en trend som håller i sig sedan 2018. De vanligaste skälen till anmälningar är att beviljad insats utförts felaktigt, bristande rättssäkerhet eller att beviljad insats inte har utförts alls. Lex Sarah är dels en levande process, dels stöd till verksamheter.

Synpunkter och klagomål

Synpunkter och klagomål har minskat i antal från 2020. De vanligaste kategorierna bemötande, utförande och trygghet är områden som genererat flest synpunkter och klagomål under 2021 vilket följer samma mönster som föregående år. Detta är områden som verksamheterna måste satsa vidare på och jobba aktivt med. Inom område stöd och service har en förbättring skett och 100% har svarat att det känner sig trygga med alla i personalen och får den hjälp de vill ha.

Avvikelser enligt SoL och LSS

Under 2021 har antalet SoL och LSS avvikelser ökat från föregående år. Detta innebär att medvetenheten för rapporteringen har ökat vilket är en positiv utveckling. En mindre analys visar däremot på att det finns behov av kunskapsutveckling för att förbättra arbetet med rapportering av avvikelser och den fortsatta handläggningen av dessa i enlighet med upprättade rutiner. Det krävs också ett fortsatt arbete med att arbeta systematiskt med inkomna avvikelser på enhetsnivå. Att arbeta systematiskt och strukturerat är förutsättningar för förbättringsarbeten.

Identifierade utvecklingsområden för patientsäkerhets- och kvalitetsarbetet 2022:

- Påbörja arbete med det systematiska kvalitetsarbetet genom till exempel årshjul.
- Skapa en enhetlig rutin kring skydds- och begränsningsåtgärder.
- Öka både antal riskbedömningar samt fullföljda processer i Senior alert inom hemvården.
- Öka förståelsen i hjälpmedelsfrågor för enhetschefer inom Stöd- och service.
- Öka kunskapen kopplat till avvikelshantering och Lex Sarah samt revidera rutinen.