

LANDSKRONA STAD

Patientsäkerhets- och kvalitetsberättelse 2022

Omsorgsnämnd



Innehållsförteckning

1	Inledning	3
2	Sammanfattning	3
3	Grundläggande förutsättningar för säker vård	5
3.1	Engagerad ledning och tydlig styrning	5
3.2	En god säkerhetskultur	8
3.3	Adekvat kunskap och kompetens	9
3.4	Patienten som medskapare.....	11
4	Agera för säker vård	12
4.1	Öka kunskap om inträffade vårdskador.....	14
4.2	Tillförlitliga och säkra system och processer	14
4.3	Säker vård här och nu	15
4.4	Stärka analys, lärande och utveckling.....	17
4.5	Tillsyn av inspektionen för vård och omsorg samt patientnämnden	22
5	Kvalitetsarbete i omsorgsförvaltningen	23
5.1	Uppdragsavdelningen	23
5.2	Vård och omsorg	23
5.3	Område stöd och service	24
6	Systematiskt kvalitetsarbete enligt SoL och LSS	25
6.1	Uppföljning genom egenkontroll SoL och LSS.....	25
6.2	Avvikelse för insatser SoL och LSS	27
6.3	Lex Sarah	29
7	Mål, strategier och utmaningar för kommande år	31

Bilagor

Bilaga 1: Läsanvisning PSB o KB 2022

1 Inledning

Enligt patientsäkerhetslagen (PSL 2010:659, SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §) ska vårdgivaren varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse. Syftet med berättelsen är att redovisa strategier, mål och resultat av arbetet med att förbättra patientsäkerheten. Patientsäkerhetsberättelsen ska vara färdig senast den 1 mars varje år och finnas tillgänglig för den som vill ta del av den.

Sverige har en nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet som gäller under åren 2020–2024. Den nationella handlingsplanen ska stärka kommuner och regioner i det systematiska kvalitetsarbetet och bidra till att förebygga vårdskador. Den ska också stödja och samordna arbetet med patientsäkerhet i Sverige.

Den som bedriver vård och omsorg enligt socialtjänstlagen (SoL) och Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) ska varje år upprätta en sammanhållen kvalitetsberättelse. Innehållet i kvalitetsberättelsen ska ge svar på hur det systematiska och fortlöpande kvalitetsarbetet bedrivits under året, vilka åtgärder som vidtagits samt vilka resultat som uppnåtts.

2 Sammanfattning

Även 2022 har till del präglats av covidpandemin, under våren 2022 ökade smittspridningen för att sedan plana ut under sommarhalvåret. Under året har det genomförts regelbundna möten med vårdhygien där smittskydd och vårdhygien har delgett kommunerna den senaste informationen kring smittläge och rutiner. Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och verksamhetschefen för HSL har haft regelbundna möten med stadens beredskapslager för att säkerställa tillgången skyddsutrustning.

I arbetet med informationssäkerhet med fokus att öka upp antalet loggkontroller och skapa förutsättningar för att underlätta detta har det tagits fram manual i det nya verksamhetssystemet för åtkomstkontroll samt lagt in det som egenkontroll kvartalsvis from Q2 i Stratsys. Det behöver också förbättras så att alla enheter rapporterar in att de gör åtkomstkontroller. Nästa år kommer det att tas fram riktlinjer inom informationssäkerhetsområdet i staden.

2023 införs en digital kunskapsplattform inom förvaltningen, vilket kommer förenkla möjligheten att genomföra fler utbildningar och kommer att leda till att kunskapstesterna blir enklare att följa upp eftersom enhetschefer och medarbetare kommer kunna ta del av sina egna eller sina medarbetares resultat på kunskapstesten. 2023 får all utbildningsverksamhet tillgång till nya lokaler på Slottsplatsen vilka ger bättre möjligheter att genomföra utbildningar praktiskt.

Följsamheten till Hs-avtalet och dess utvecklingsdel har inte följt avtalets tidsschema. Resurstillgängligheten och pandemin och därutöver stadens tillhörighet till delregion har försvårat utvecklingen. Med projekt "Mobilt team Landskrona", med sin uppstart under januari 2023, ges stora förhoppningar om bättre utveckling i enlighet med Hs-avtalet och dess reviderade aktivitets-och tidplan.

Arbetet med Senior alert inom hemvården behöver fortsätta etableras 2023. I stort har det gjorts färre antal riskbedömningar och fullföljda processer. Stöd från handledningssjuksköterskorna förväntas fylla en stor funktion i arbetet med Senior alert under 2023.

Under 2022 gjordes två mätningar av följsamheten till de basala hygienrutinerna, resultatet visade på en låg följsamhet i samtliga hygiensteg. Deltagandet i hygienutbildningarna är låg och det föreslås att den behöver ses över, om den ska göras obligatorisk. 2023 kommer MAS startade ett utvecklingsarbete att genomföra Hygienrond/vårdhygienisk egenkontroll (VEK) på samtliga särskilda boenden, VEK är ett hjälpmedel för strukturerad genomgång av verksamheten. Egenkontrollen är avsedd att användas som stöd till verksamhetens ledning i dess arbete att säkerställa god vårdhygienisk kvalitet. Egenkontrollen består av en checklista och en handlingsplan som ska upprättas efter svaren på checklistan.

Det systematiska kvalitetsledningssystemet saknar stöd av processer. Det har påbörjats ett

arbete med att skapa processer enligt hälso- och sjukvård samt uppdaterat rutiner kring de områden som innehar egenkontroller. Arbetet har stannat av men ska tas upp 2023 igen. Samtliga lagrum behöver involveras i arbetet med att ta fram processer, inte bara hälso- och sjukvård.

IVO har genomfört tillsyn vid två tillfällen, båda som en del av en granskning nationellt. En granskning gjordes på två särskilda boende samt en gjordes på ett av stadens LSS-boende.

Under 2022 arbetade en projektledare med att implementera läkemedelsrobotar till de patienter som kan klara att själv med stöd av roboten ta sin medicin på utsatt tid, tio robotar fanns tillgängliga under 2022 och ytterligare 6 robotar finns tillgängliga för 2023. Arbetet med att fortsätta implementeringen fortsätter under 2023.

I samband med en kartläggning på ett av stadens hemvårdsområde under en månads tid så visar det sig att så många som 1/3 av fall sker hos brukare i ordinärt boende, som för övrigt inte är kända inom kommunens hälso- och sjukvård. För att förebygga denna utgång är ett förslag att mer fokusera på uppsökande samtal för att hitta vägen in till förebyggande och hälsofrämjande insatser för att på sikt förhindra, eller åtminstone förlänga, behovet av vidare insatser.

Under året har omsorgsförvaltningen implementerat ett nytt verksamhetssystem som tagit stort fokus av verksamheterna. Gällande byte av verksamhetssystem och hantering samt utredning av synpunkter/klagomål, har förändringen inneburit fler möjligheter till kategorisering och arbetet med åtgärder kopplat till synpunkterna. Bytet har också inneburit omställningstid för ansvariga utredare. Under 2022 har antalet registrerade synpunkter och klagomål ökat jämfört med tidigare år, vilket beror på att omsorgsförvaltningen tillsatt en ny tjänst, som förutom ska registrera synpunkter och klagomål, även vara behjälplig att upprätta dessa. Omsorgsförvaltningen har i år fattat beslut om att samtliga verksamheter ska analysera avvikelser och göra egenkontroller i kvalitetsledningssystemet Stratsys. Det har under året skett en minskning av avvikelser och en ökning i Lex Sarah. Antal anmälningar till Inspektionen för vård och omsorg har också ökat jämfört med föregående år. Uppföljningen och analysen visar att implementeringen av detta ute i verksamheterna behöver fortsätta säkerställas i kvalitetsledningssystemet fullt ut, för ett mer systematiskt kvalitetsarbete.

Myndighetenheten har fått bättre samsyn i handläggningsprocessen samt en ökad rättssäkerhet på grund av de nya riktlinjerna och rutiner som implementeras under föregående år. Enheten ser även att bedömningarna följer rättspraxis. Ett fokusområde under 2022 har varit arbetet med uppföljningar och omprövningar i individärenden. Myndighetenheten har haft som mål att genomföra minst 80 % av uppföljningarna, vilket enheten har uppnått.

Enheten för stöd och hälsa har tillsammans med projekt HERO under 2022 arbetat aktivt med förebyggande och hälsofrämjande insatser och aktiviteter för Landskrona stads medborgare. Enheten för stöd och hälsa har ökat besöksantalet till befintliga verksamheter med ungefär 1000 besök jämfört med 2021. Tillsammans med projekt HERO har besöksantalet ökat med ytterligare drygt 7000 besök och totalt innebär det en ökning av möten med medborgare med ca 8000 besök jämfört med föregående år.

Under 2022 har IT-och Utvecklingsenheten varit drivande i införandet av verksamhetssystemet. Enheten har även bidragit med drivit informationssäkerhetsarbetet genom information och utbildningar.

Vård och omsorg har genomfört olika utbildningar, bland annat en utbildningssatsning i dokumentationsmodellen individens behov i centrum (IBIC) för samtlig omvårdnadspersonal. Hemvården har även påbörjat arbetet med fast omsorgskontakt. Våra särskilda boende har påbörjat en större satsning på boendenas miljö, både ute och inne. Boendenas utemiljö kommer att omarbetas utifrån konceptet Sinneas trädgård.

Stöd och service har fokuserat mycket på hälsa för att främja en god hälsa för brukarna under 2022. De har också genomfört träffar enligt konceptet Häng med oss ut, vars syfte är att främja psykisk hälsa. Vissa verksamheter har gått internutbildning via resursteamet i habiliterande och pedagogiska arbetssätt, HAPA. Resursteamet har också arbetat med att säkerställa och beakta ett koncept för utbildning kring AKK (alternativ och kompletterande kommunikation) enligt BRO-modellen. Flertal verksamheter har tagit egna initiativ till att stärka kompetensen kring AKK.

3 Grundläggande förutsättningar för säker vård

3.1 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.

3.1.1 Övergripande mål och strategier

Övergripande mål för kommunens hälso- och sjukvård är att uppnå god och säker vård, överallt, alltid. För att uppnå detta krävs strategier för patientsäkerhetsarbetet i syfte att säkra verksamhetens kvalitet.

Delmål och strategier 2023 års patientsäkerhetsarbete

Tydliggöra och öka kunskapen i hälso- och sjukvårdsansvaret

- Utbildning i hälso- och sjukvård samt patientsäkerhetsarbete med ny omsorgsnämnd samt ledningsgrupp
- Introduktionsutbildning i hälso- och sjukvård samt patientsäkerhetsarbete med enhetschefer och legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal vid två tillfällen per år
- Påbörja arbete med workshop kring patientsäkerhet med hjälp av "Säkerhetstrappan" med alla personalkategorier

Förenkla och tydliggöra hälso- och sjukvårdsprocessen

- Ett arbete pågår av medicinskt ansvariga med att uppdatera och skapa nya rutiner i syfte att tydliggöra ansvaret för hälso- och sjukvårdsprocessen och hur den ska dokumenteras
- Arbetet med processer pågår och ska förenkla förståelsen kring arbete med hälso- och sjukvård i kommunen på stadens intranät.

3.1.2 Organisation och ansvar

Sjukvårdshuvudmannens ansvar

Kommunen har det grundläggande ansvaret för att erbjuda en god hälso- och sjukvård inom sitt ansvarsområde (12 kap. 1 § HSL). Kommunen är sjukvårdshuvudman för denna hälso- och sjukvård. När kommunen anlitar privata utförare ska kommunen kontrollera och följa upp verksamheten hos dessa (3 kap. 19 § kommunallagen [1991:900]).

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. Vårdgivarens mest grundläggande ansvar är att planera, leda och kontrollera verksamheten så att kravet på god vård upprätthålls (3 kap. 1 § PSL).

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 för HSL ska säkerställa att patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning 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.

Medicinskt ansvariga

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) ansvar regleras i hälso- och sjukvårdsförordningen och innebär att:

- Patienterna får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde.
- Patienterna får den hälso- och sjukvård som en läkare förordnat om.
- Journaler förs i den omfattning som föreskrivs i patientdatalagen (2008:355)
- Beslut om att delegera ansvar för vårduppgifter är förenliga med patientsäkerheten.
- Det finns ändamålsenliga och väl fungerande rutiner för

a) läkemedelshantering,

b) rapportering enligt 6 kap. 4 § patientsäkerhetslagen (2010:659) samt

c) att kontakta läkare eller annan hälso- och sjukvårdspersonal när en patients tillstånd fordrar det.

- Om MAS eller MAR utreder en allvarlig avvikelse och utredningen visar att det handlar om allvarlig vårdskada eller risk för allvarlig vårdskada, så anmäler MAS händelsen till Inspektionen för Vård och Omsorg (IVO) enligt lex Maria.

Medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) ansvarar för:

- Patienterna får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde.
- Journaler förs i den omfattning som föreskrivs i patientdatalagen (2008:355)
- Beslut om att delegera ansvar för vårduppgifter är förenliga med patientsäkerheten.
- MAR ska utöva sitt ansvar genom att planera, styra, kontrollera, dokumentera och redovisa arbetet med patientsäkerhet och kvalitet.
- Att författningsbestämmelser och andra regler är kända och efterlevs, att det finns behövliga direktiv och instruktioner för sjukvårdsverksamheten.
- Att säkerställa att det finns riktlinjer och rutiner som beskriver en säker användning och hantering av medicintekniska produkter, dokumentation, anmälan av skador samt att ha anmälningsskyldighet i tillbud.

Organisatorisk ställning och mandat för MAS och MAR

Det är inte särskilt reglerat vilken organisatorisk ställning och mandat en MAS och MAR ska ha inom den kommunala hälso- och sjukvården. Det är dock viktigt att MAS och MAR har en organisatorisk ställning och ett mandat som gör det möjligt för dem att fullgöra sina uppgifter och sitt ansvar. MAS och MAR ska fungera som en länk mellan hälso- och sjukvårdsverksamheterna och den kommunala ledningen av hälso- och sjukvården

Informationssäkerhetsansvarig

I staden finns en central informationssäkerhetsansvarig, på förvaltningsnivå följer ansvaret med chefskapet. Staden har ingen informationssäkerhetsplan, den är under upprättande.

3.1.3 Samverkan för att förebygga vårdskador

Intern samverkan

- **Team-möte** kring patienten består av sjuksköterska, arbetsterapeut, fysioterapeut, omvårdnadspersonal och biståndshandläggare. 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** finns för att diskutera aktuella områden inom hälso- och sjukvård, både lokalt, regionalt eller nationellt. Det förbereds ärenden som ska till förvaltningens ledningsgrupp. Deltar gör MAS, MAR, omsorgschef, områdeschef Stöd och Service,

avdelningschef uppdragsavdelningen och verksamhetschef HSL

- **HSL kvalité** är möte mellan enhetschefer för legitimerad personal, MAS, MAR samt verksamhetschef HSL. Verksamhetsfrågor inom hälso- och sjukvårdsområdet diskuteras. Frågor bearbetas och kan beslutas i gruppen eller behöva beredas i till exempel HSL rådsgruppen.

Extern samverkan

- **Samverkan vid utskrivning** är en lag som syftar till att främja en god vård för enskilda personer som efter utskrivning från slutna vård 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. SFS (2019:979).
- **Styrgrupp för hälso- och sjukvårdsavtalet** 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 i den lokala samverkan.
- **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. ASiH Helsingborg och ambulansverksamheten ingår också.
- **Samverkansmöte mellan hälsovalsenheterna och Landskrona stad** sker bland annat genom att företrädare från staden träffas för att gemensamt utveckla hälso- och sjukvården.
- **Samverkan med Medelpunkten** som är kommunens hjälpmedelscentral där syftet med verksamhetsgruppen är samverkan mellan Medelpunkten och de olika kommunernas förskrivare. En eller flera förskrivare från varje kommun deltar. Under året har det varit sju möten.
- **Regelbundna möten vårdhygien** där MAS deltar i ett forum för att diskutera frågor som rör Covid-19.
- **MAS/MAR nätverk nordväst** sker regelbundet mellan MAS och MAR i nordväst där vi samverkar kring gemensamma frågor som är kopplat till t.ex. samarbete med regionen eller Medelpunkten som hjälpmedelsleverantör.

3.1.4 Informationssäkerhet

Informationssäkerhetsansvaret följer verksamhetsansvaret, det vill säga varje chef är ansvarig för informationssäkerheten inom sitt område. Chefen och deras medarbetare måste dock följa de övergripande styrdokument som tas fram stadsövergripande. I dagsläget finns det bara en policy framtagna, nästa år kommer det även att tas fram riktlinjer inom informationssäkerhetsområdet.

Under 2022 genomförde samtliga medarbetare Disa som är myndigheten för samhällsskydd och beredskaps (MSB) grundutbildning i informationssäkerhet. Syftet med utbildningen är att ge de flesta typer av organisationer möjlighet att kostnadsfritt erbjuda sin personal en introduktion i informationssäkerhet och på så sätt minska glappet mellan digitaliseringens möjligheter och risker. Utbildningen innehåller filmer, fördjupande texter, frågor och en checklista som knyter an innehållet till den egna organisationens regler.

För att uppnå god informationssäkerhet så används 2-faktors autentisering i HSL Lifecare, vilket betyder att legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal även ska logga in med SITHS-kort/mobilt BankID.

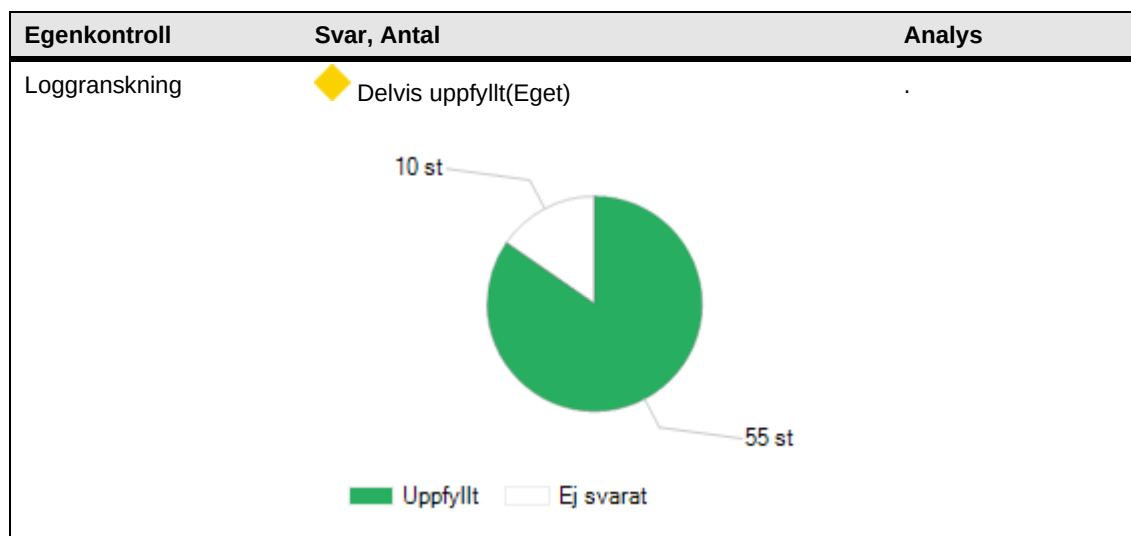
Åtkomstkontroll ska genomföras fyra gånger årligen och omfattar verksamhetssystemet LifeCare samt NPÖ (nationell patientöversikt). Ny rutin för 2023 innefattar att även kontrollera loggar för den personal som har avslutat sin tjänst.

Informationssäkerhet framåt

Den 1 januari 2023 upphör patientdatalagens bestämmelser om sammanhållen journalföring (6 kap.) och ersätts av lagen (2022:913) om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation. Under vissa förutsättningar blir det enligt den nya lagen möjligt att dela information på ett

liknande sätt även med aktörer på socialtjänstområdet som ger insatser för äldre eller funktionshindrade. Sammanhållen journalföring är ett sätt för vårdgivare att under vissa förutsättningar ta del av varandras vårddokumentation.

Loggranskning



Loggranskning resultat egenkontroll

Informationssäkerhet – åtkomstkontroller

Mål: Uppmärksamma eventuella brott mot sekretesslagen.

Resultat: Behöver förbättras så att alla enheter rapporterar in att de gör åtkomstkontroller.

Åtgärd: Åtkomstkontroller ska ske kvartalsvis 25% av all personal.

Uppföljning av åtgärd: Fortsatt implementering av kvartalsvisa åtkomstkontroller.

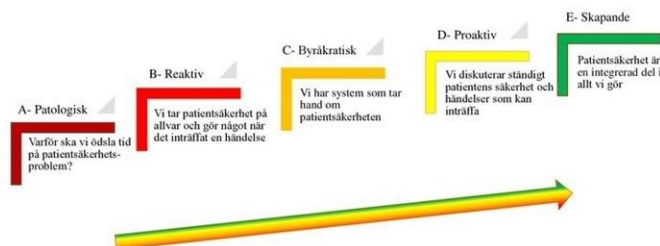
Analys av resultat: Förenkling av rapport av åtkomstkontroller i Stratsys fr.o.m. 2022.

3.2 En god säkerhetskultur

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

- Dialoger kring avvikelser under våren har hållits av MAR och MAS med legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal och samtliga enhetschefer, som tillsammans har ansvaret i att utreda avvikelser i samband med att nytt avvikelssystem implementeras.
- Funktionsbeskrivning av hygienombud har tagits fram med hjälp av MAS och verksamhetsutvecklare för hemvård. Enhetschefer involverades i implementering av detta till sin personal, samt genom att utse medarbetare med funktionen som hygienombud. Mer ansvar kring basal vårdhygien har även förlagts på hygiensjuksköterskorna som ska utbilda hygienombuden.
- Handledningssjuksköterskor blev nyanställda under hösten med intern rekrytering. De påbörjade sitt arbete den 1 december. Handledningssjuksköterskorna har arbetat fram ett material med olika teman att handleda baspersonalen i, bl.a. basal vårdhygien, dokumentation och avvikelser.
- Framåt finns behov av fortsatta dialoger mellan chefer för legitimerad personal för att tillsammans driva frågor kring patientsäkerhet i vissa fokuserade områden. Det behövs en fortsatt dialog och arbete kring god och nära vård, där den legitimerade hälso- och sjukvårdspersonalen ska gå från konsult till en omvårdnads- respektive rehabiliteringsledande roll. Säkerhetskulturtrappan är ett material i workshopform där arbetet sker teamövergripande för att få till en helhet kring patientsäkerhet.

Säkerhetskulturrappan



Inspirerad av Diane Parkers säkerhetskulturrappa i Manchester Patient Safety Framework

5

3.3 Adekvat kunskap och kompetens

Medarbetarnas erfarenhet och kompetens

Central bemanningsenhet (CBE)

En central bemanningsenhet ger en enhetlig och kvalitetssäkrad process från rekrytering till anställning och introduktion av vikarier. I nuläget är detta infört i hemvården men ska på sikt involvera alla områden.

I rekryteringsprocessen görs en scanning om kandidaten tidigare arbetat inom staden och avstämning med arbetsplatsen om hur det fungerat innan anställning är aktuell. CBE säkerställer att samtliga vikarier anställda i CBE genomför en webbaserad introduktionsutbildning som bl.a. innehåller basal hygien och smittspridning, Lex Sarah/lex Maria, avvikelser, synpunkter/klagomål, dokumentation, bemötande m.m. CBE säkerställer att samtliga vikarier blir bokad på utbildning i läkemedel bas, hygienutbildning och förflyttningsteknik.

Var fjärde månad görs en uppföljning med vikarien och EC för enheten där vikarien arbetat. Utifrån denna uppföljning beslutas om anställningen ska förnyas och om några åtgärder behöver göras för att en förnyad anställning ska bli aktuell.

Vikarier behöver utveckla sina kunskaper i personlig omvårdnad och en stor del behöver utveckla sina kunskaper i det svenska språket. Detta gäller både vårdutbildad och utbildade vikarier. Utmaningen blir allt större i att rekrytera anställningsbar personal som uppfyller kravprofil för arbetet inom vård och omsorg.

Äldreomsorgslyftet

Äldreomsorgslyftet innebär att genom validering och utbildning få vårdbiträden till undersköterskor. Förvaltningens medarbetare studerar på heltid under 1–1,5 år för att bli färdigutbildade undersköterskor och diplomerade genom Vård- och omsorgscollege. Det är två antagningar per år, en på höstterminen och en på vårterminen. Utbildning i yrkessvenska genom folkhögskola är ett komplement till färdig utbildning till undersköterska.

Vård- och omsorgssvenska

Landskrona stad har beställt språktest för 34 medarbetare i vård och omsorgssvenska som kommer att genomföras av Folkuniversitetet under tidig vår 2023. Sundsgårdens folkhögskola har erbjudit oss praktikanter från deras undersköterskeutbildning och de söker samarbete mer stadigvarande för att attrahera Landskronabor att söka deras utbildning, utbildningen är inte en arbetsmarknadsåtgärd, utan något personalen söker efter eget intresse.

Vård- och omsorgscollege

Vård- och omsorgscollege arbetar brett med frågor kring utbildningar och attraktivitet till vårdyrkena, men även för att vara en kraft mot beslutsfattare för att kunna påverka framtida

yrken. Utbildningen till undersköterska är framtagen av Vård- och omsorgscollege, vilket innebär att den som genomgår en utbildning och fått diplom är kvalitetssäkrad.

Kompetensutveckling och fortbildning

2023 får all utbildningsverksamhet tillgång till nya lokaler i Slottsplatsen vilka ger bättre möjligheter att genomföra utbildningar praktiskt. 2023 införs en digital kunskapsplattform vilket kommer att leda till att kunskapstesterna blir enklare att följa upp eftersom enhetschefer och medarbetare kommer kunna ta del av sina egna eller sina medarbetares resultat på kunskapstesten. Den digitala kunskapsplattformen kommer att förenkla möjligheten att genomföra fler utbildningar tex i olika sjukdomar och även förenkla kursbokeningen.

Förflyttningsutbildning

Årets förflyttningsutbildningar försenades pga Covid-19. Under året har det deltagit flertalet personal från CBE (Central bemanningsenhet). Från och med 2023 är det tre år sedan ett omtag gjordes och personal inom särskilt boende fick förnyade lyftlicenser av projektanställd utbildare. Samtliga ska därför förnyas under kommande år för att ha en godkänd lyftlicens. Förflyttningsutbildning har även arrangerats för personal inom OSS av legitimerad rehabpersonal från Resursteamet.

Förflyttningsutbildning	Antal	Deltagare
Manuell förflyttningsteknik	7	48
Lyftlicens	8	44
Sommarvikarier Manuell förflyttningsteknik	17	114

Delegeringsutbildning

Under 2022 har utbildningssjuksköterskorna haft olika utbildningar för omvårdnadspersonalen, en förutsättning för en fungerande verksamhet är att personalen har den utbildning som krävs för att kunna utföra en god och säker vård.

Delegeringsutbildning (ej sommar)	Antal	Deltagare
Läkemedel bas med inhalation	18	159
Repetition läkemedel	16	127
Diabetes	10	73
Repetition diabetes	2	6
Stomivård	12	68
Kateterspolning	9	22
Sårvård	6	30
Venprovtagning	4	11
Sondmatning	7	20
Subcutan inj och dosettdelning	7	27
Vitala parametrar	5	35
Läkemedel bas för sommarvikarier	15	156

Under året har utbildningssjuksköterskorna genomfört trycksårutbildning på särskilda boenden vid 9 tillfällen, med 82 deltagare under 2022. Utbildningen startades under 2021 och fortsatte under 2022. I hemvården har trycksårutbildning genomförts vid 11 tillfällen med sammanlagt 78 deltagare. Utbildningsinsatsen i hemvården fortsätter under 2023.

Utbildning i kompression samt utbildning att med hjälp av bladderscan kontrollera urinmängden i urinblåsan har genomförts vid ett tillfälle med 15 deltagare.

För sjuksköterskor har sårvårdsutbildning genomförts vid tre tillfällen med sammanlagt 23 deltagare. För sjuksköterskor har också vid två tillfällen genomförts introduktionsutbildning i delegeringsrutiner, sårvårdsmaterial, madrasser etc.

Förbättrings- och implementeringsarbete

Vård- och omsorg har under ledning av rehabassistenter från Hemrehab, haft studiecirkelträffar i rehabiliterande förhållningssätt till nya och tidigare utsedda rehabombud med teman som berör bl.a. fall, avvikelser och kost.

Område stöd- och service har arrangerat studiecirkel kring folkhälsa till brukarna inom området. Metodverkstäder med personal har även genomförts inom området där det fokuserats på områden som kommunikation, kognitivt stöd, sinnesstimulering, fallprevention och hjälpmedel.

3.4 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.

Personcentrerat förhållningssätt

Genom särskilda utbildningsinsatser ska kvalitén på den samordnade individuella planen öka. Utbildningen har sin grund i ett personcentrerat förhållningssätt vilket innebär att patienten ska vara en medskapare av sin egen vård och omvårdnad. Med denna insats fullföljs Hs-avtalets aktivitets- och tidplan där just det personcentrerade förhållningssättet utgör ett prioriterat område. Följsamheten till Hs-avtalet har av olika skäl blivit eftersatt. För 2023 kommer särskilda satsningar genomföras där främsta målet blir att skapa just följsamhet kopplat till avtalets utvecklingsdel, dvs Aktivitets- och tidsplanen. Det finns olika utvecklingsområden men först ut blir att arbeta personcentrerat. I detta ingår att stärka patientens roll som medskapare av sin egen vård, att utverka SIP:ar som stödjer den processen och inte minst att skapa mobila team tillsammans med de lokala hälsovalsenheterna. I den kommunala hälso- och sjukvården är det personcentrerade förhållningssättet inte utvecklat i avtalets anda vilket krävs för att vi tillsammans med Region Skåne ska kunna föra den lokala samverkan i enlighet med Hs-avtalet vidare. Med start i februari månad kommer verksamhetschef tillsammans med medicinskt ansvariga och enhetschefer för legitimerad personal, utforma information vars syfte blir att utbilda inom mål för verksamheterna kopplat till Hs-avtalet. Mål som i det direkta vårdarbetet främjar utveckling där patienten ska ses som en helhet.

Medicinsk vårdplan

Vid planeringen runt en patient ses företräddelsevis en mer samordnad plan då patienten, förutom hjälp med hälso- och sjukvårdsinsatser, även behöver hjälp utifrån socialtjänsten. Patienter som endast behöver hjälp med hälso- och sjukvårdsinsatser, behöver även få samordnat sina insatser. En medicinsk vårdplan behöver tas fram där hälso- och sjukvårdsaktörerna, tillsammans med patienten, planerar för dennes vård.

Patientenkäter Hemrehab

I samband med utskrivning efter rehabiliteringsinsatser från Hemrehab får patienterna fylla i en anonym enkät där frågorna kring delaktighet och påverkan i sin egen vård bedöms av den enskilde. Samtliga enkätsvar tyder på ganska bra eller mycket bra möjlighet till delaktighet och påverkan i sin egen vård. Exempel på insatser som varit mest betydelsefulla för patienterna är sådant som träning, kunna gå utan hjälpmedel igen, lära sig att gå i trappor, klara sig själv, regelbundenhet och trygghet.

Patientenkäter Sjuksköterskeorganisationen

En gång per termin fyller ett antal slumpvist utvalda patienter i en enkät. Frågorna handlar om upplevd trygghet i kontakt med sjuksköterska och om sjuksköterskan tar hänsyn till patientens behov och om patienten känner förtroende för sin sjuksköterska. Det finns också frågor kring om patienten upplever att det är enkelt att kontakta sjuksköterskan och om patienten känner till

hur sjuksköterskan kontaktas. Resultatet är positivt, patienterna känner sig över lag trygga och har förtroende för sin sjuksköterska. Patienterna upplever också över lag att de vet hur de når sin sjuksköterska och att det är lätt att nå sin sjuksköterska

Tillgänglighetsråd (LTR)

LTR är ett remiss- och samrådsorgan mellan stadens förvaltningar, nämnder och handikapporganisationer och har en rådgivande funktion. LTR ska hållas vid fyra tillfällen under året. Här ges möjlighet för olika organisationer i staden att kunna påverka tillgängligheten och framföra sina behov och åsikter kring detta.

4 Agera för säker vård

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.

Förebyggande arbete - Senior alert

Mål: Öka både antal riskbedömningar samt fullföljda processer i Senior alert inom hemvården.

Resultat: Färre antal riskbedömningar samt fullföljda processer i stort, liten ökning i hemvården.

Åtgärd: Uppdaterat rutin och arbetssätt och sett över ansvarsfördelning i arbetet för att involvera legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal mer.Handledningssjuksköterskor skulle vara drivande i arbetet med Senior alert.

Analys av resultat: Omsorgsförvaltningen behöver fortsättningsvis framöver jobba mer med teamsamverkan för ett mer aktivt arbete med Senior Alert för att öka patientsäkerheten och kvalitetssäkra verksamheten. Arbetet med Senior alert skulle ökat väsentligt inom hemvården under 2022 med stöd av handledningssjuksköterskorna som skulle ha en drivande och utbildande roll. Deras förutsättningar att bedriva detta arbete har inte varit möjligt pga sen rekrytering i december 2022. Ett arbete med att se över om Mottagningsteamet skulle kunna ha en viktig inledande roll i riskbedömning av Senior alert pågår.

	Unika personer	Antal genomförda riskbedömningar	Antal fullföljda processer
Landskrona stad	365st (2021: 379st) (2020: 371st)	569st (2021: 680st) (2020: 580st)	60% (2021: 64%) (2020: 69%)
Hemvård	9st	16st	60%
Särskilt boende	341st	511st	59%
Område stöd- och service	15st	42st	64%

Avvikelser

Mål: Att medarbetarna har tillräcklig kunskap om vad en avvikelse är.

Resultat: Rapporterna är bristfälliga. Avvikelse typerna som skrivs är framför allt fall och ej överlämnat läkemedel.

Åtgärd: Kontroll samt analys av avvikelser månadsvis i Stratsys på enhetsnivå av ansvarig chef. Årlig utbildning i avvikelseprocess och rapporteringsskyldighet

Uppföljning av åtgärd: Utbildningsinsatsen har inte varit tillräcklig, saknas systematik på enhetsnivå som behöver omhändertas.

Appva

Mål: Överlämningar av läkemedel ska ske i rätt tid till rätt patient. Appen för Appva ska vara

uppdaterad och narkotiska preparat ska vara räknade.

Resultat: Flertalet av våra enheter med Appva är inte uppdaterade och narkotika kontrollräknas inte i tid. Antalet läkemedelsgivningar i tid är 84% med en snittförseening på 12 minuter.

Åtgärd: MAS har tillsammans med OMS IT, verksamhetsutvecklare och enhetschefer upprättat en handlingsplan för att åtgärda de delar som behöver förbättras.

Uppföljning av åtgärd: Uppföljningsmöte februari 2023.

Läkemedelsgranskning – basförråd (regionbetalda läkemedel)

Mål: Säker läkemedelshantering, följsamhet till läkemedelsrutinen.

Resultat: Granskningen har visat på behov av att uppdatera rutinen för läkemedelshantering, bla utifrån ansvar för läkemedelsförråd, ansvar för inventering och kontroll av narkotikaklassade läkemedel, rengöring av läkemedelsskåp och frekvens av temperaturkontroll.

Åtgärd: Apotekskontroll. Genomförs av apoteket vartannat år, egenkontroll sker genom checklista utarbetad av Region Skåne. Samtliga basförråd kontrolleras vid granskningstillfället.

Senaste granskningen december 2021 där resultatet nådde kommunen våren 2022.

MAS har tillsammans med ansvariga för läkemedelsförråden samt enhetschefer för sjuksköterskorna gått igenom resultatet av apotekets granskning, MAS har reviderat rutinen för läkemedelshantering.

Uppföljning av åtgärd: MAS har gjort tillsyn på läkemedelsförråden på Slottsplatsen samt på Artillerigatan.

Följsamhet till de basala hygienrutinerna

Mål: Följsamheten till de basala hygienrutinerna ska öka.

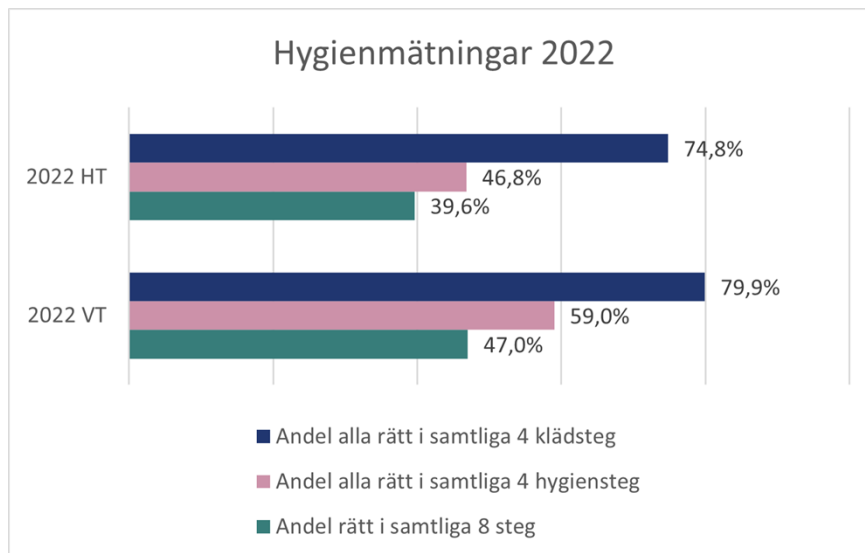
Resultat: Följsamheten till de basala hygienrutinerna mäts regionövergripande enligt punktprevalensmätning en gång per år, ytterligare en gång per år görs en lokal mätning med hjälp av databasen för PPM.

Åtgärd: Under hösten har hygienombud utsetts på alla enheter, hygiengruppen inom sjuksköterskeorganisationen planerar under våren 2023 att utbilda dessa i fördjupade kunskaper i hygien.

Uppföljning av åtgärd: Under 2023 kommer planeringen kring hygienutbildningarna fastställas. Se över möjligheten att hygienutbildningen blir en obligatorisk kurs i samband med basdelegering.

Analys av resultat: Resultatet på vårens mätning visade på en följsamhet till de basala hygienrutinerna på 47 % i samtliga 8 steg, höstens resultat 39,6%.

Under pandemin riktades ett stort fokus mot kommunernas rutiner för basal vårdhygien. SKR påbörjade ett arbete med att bygga upp en databas (PPM) med möjlighet för kommunerna att ansluta sig till för att på så vis strukturerat följa upp följsamheten till de basala hygienrutinerna, databasen erbjöd även en möjlighet att göra jämförelser mellan olika kommuner. Initialt skapade SKR två mätningar per år, detta har nu minskats till en gång per år. Möjligheten finns dock för anslutna kommuner och regioner att skapa egna mätningar med hjälp av databasen. Följsamheten i Landskrona minskade med ca 10% från vårens mätning till höstens. En anledning till detta kan vara att pandemin avtagit och att rutinerna då inte följs i samma utsträckning. Följsamheten behöver öka, det är det enskilt bästa sättet att minska smittspridning på. Deltagandet på erbjudna hygienutbildningar behöver ökas och få lika stor tyngd som delegeringsutbildningen. Enhetschefer behöver i större utsträckning säkra upp att tillgången till skyddsutrustning är god, dvs att det finns praktiska lösningar för handsprit, förkläden och handskar både i ordinärt som i särskilt boende.



4.1 Öka kunskap om inträffade vårdskador

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.

Allvarliga vårdskador

Under 2022 har en händelse anmälts enligt lex Maria. Händelsen inträffade på ett av stadens LSS boenden. Anmälan gällde en felaktig administrering av läkemedel. Utredningen visade att omvårdnadspersonal samt sjuksköterska agerade korrekt efter händelsen, de åtgärder som var nödvändiga vidtogs. För att undvika upprepande av händelsen föreslogs i utredningen till IVO att sjuksköterskan inte skriver in koncentrationen på flytande läkemedel i signeringsverktyget för att undvika att denna misstas för den dosen som ska ges och att kravet på att inte ge läkemedel utan att kontrollera mot läkemedelslistan reaktiverades på arbetsplatsträffar på det aktuella boendet. IVO har delgett sitt beslut om att de är nöjda med utredningen och åtgärderna, de har avslutat ärendet.

En allvarlig avvikelse utreddes till en början som en lex Maria men mynnade ut i en lex Sarah anmälan då det inte skedde i samband med en hälso- och sjukvårdsinsats. Anmälan gällde en felaktigt utförd förflyttning med brukare som orsakade en skada. Utredningen visade att omvårdnadspersonalen inte haft tillräckligt stöd i att ta korrekt beslut om vilken typ av förflyttningsmetod som ska användas. För att undvika upprepande av händelsen så föreslogs i lex Sarah utredningen till IVO att ett förtydligande av instruktioner i förflyttning ska placeras på utprovade golvlyftar samt kompletteras med en checklista som stärker personalen i att ta rätt beslut vilken typ av förflyttning som ska utföras. IVO har ännu inte fattat beslut kring lex Sarah utredningen.

Läkemedelsrobotar

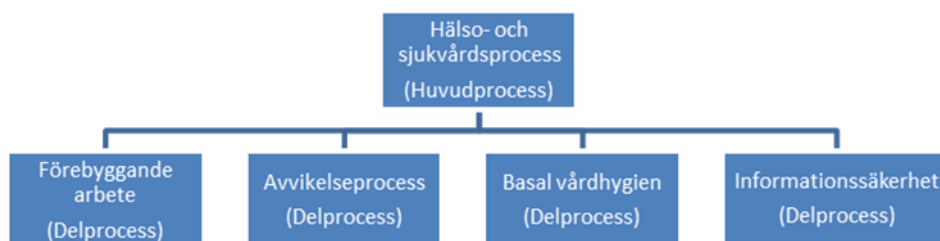
Läkemedelsrobotar kan vara en möjlig lösning för en liten grupp patienter som har hjälp med överlämnande av läkemedel och i nuläget används läkemedelsrobotar hos 6 patienter med ytterligare tre som är planerade att sättas in. Förhoppningen inför 2023 är att det kommer installeras ytterligare fem robotar hos lämpliga patienter. Den genomsnittliga följsamheten är 99,3%, och de aktiva robotarna delade ut 430 doser i november. Det finns en svårighet i att hitta lämpliga patienter då många som är inskrivna i hemsjukvården har en kognitiv nedsättning som gör det svårt att klara sin medicinering med stöd av en robot.

4.2 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.

Medicinskt ansvariga har påbörjat ett arbete med att ta fram huvudprocess för hälso- och sjukvård i kommunen samt delprocesser i de mest prioriterade områdena där det även finns egenkontroller för att säkra upp.



- Förebyggande arbete bygger på att riskbedöma patienter i riskgrupper för att tidigt få en bild av vilka bakomliggande orsaker det kan finnas för en risk. När detta är gjort ska förebyggande och/eller behandlande åtgärder sättas in för att sedan följas upp och utvärderas. I denna process framkommer arbetsmetoder som bl.a. våra kvalitetsregister hanterar, dvs Senior alert, BPSD och Palliativ registret.
- Avvikelseprocessen bygger på att öka kunskapen kring vårdskador, varför de uppstår och vad som kan göras för att förebygga att det händer igen samt åtgärder om något gått fel.
- Basal vårdhygien bygger på utbildning, förbättring och uppföljning. Ansvariga till implementering av arbetet i denna process är hygienombud, hygien- och handledningssjuksköterskor.
- Informationssäkerhet bygger på introduktion av samtliga medarbetare sedan ständig repetition av denna kunskap. Ansvariga chefer utför regelbundet åtkomstkontroller.

4.3 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.

Vikariehantering

Rekryteringssvårigheterna av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal kvarstår från förra året. Svårigheten att rekrytera legitimerad personal leder till risk för patientsäkerheten. Utmaningen just nu är att det är andra vårdgivare som också behöver legitimerad personal. Bemanningföretag har använts både inom Rehabgruppen och Sjuksköterskeorganisationen för att kunna fylla upp behoven på vakanta tjänster och sjukskrivningar.

Analysen av detta är att Rehabgruppens fysioterapeuter varit belastade att arbetet med fallavvikelser inte utförts enligt rutin samt att årlig uppföljning av hjälpmedel, för att utvärdera effekt/nytta samt utföra en teknisk översyn, inte fullt ut hunnits i den mån det ska. Vilket kan leda till risk i att patientsäkerhetsarbetet inte upprätthålls.

Delegeringsförfarandet

Organisationen behöver säkerställa att alltid kunna erbjuda delegeringsutbildningar. Enhetschefen för sjuksköterskeorganisationen kommer säkerställa att delegeringsutbildningar fortsättningsvis även kommer att erbjudas under sommaren.

Förebyggande arbete

Undernäring – nya meddelandebladet

Socialstyrelsen beslutade den 16 augusti 2022 om nya föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2022:15) om förebyggande och behandling vid undernäring. De nya reglerna började gälla den 1/11–22. I föreskriften framgår att vårdgivare ska fastställa rutiner för när och hur en

bedömning av risken för undernäring ska göras. Riskbedömningar är ett viktigt verktyg för att tidigt kunna identifiera nutritionsrelaterade problem hos en individ. Sedan tidigare gäller att vårdgivare ska fastställa rutiner för hur undernäring ska förebyggas och behandlas samt när och hur en utredning om undernäring ska göras. Rutin kring detta kommer att upprättas 2023.

Senior alert

I Senior alert riskbedöms 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 tvärprofessionellt arbetssätt.

Resultat av registret:

	Risk för trycksår	Risk för undernäring	Risk för fall	Risk för dålig munhälsa
Landskrona stad	34%	59%	71%	40%
Hemvård	25%	56%	89%	50%
Särskilt boende	41%	70%	75%	46%
Område stöd- och service	21%	40%	50%	43%
		0-24%	25–74 %	75-100%

Generellt sett kan man se medelhöga till höga risker inom alla riskområden och enheter hos de patienter man riskbedömt enligt Senior alert. Det som framfört allt sticker ut är risk för fall. I en senare analys kring antalet fallrapporter, så diskuteras huruvida den legitimerade hälso- och sjukvårdspersonalen får fokusera mindre på inskrivna patienter enligt hälso- och sjukvård då man även får hantera fallrapporter på personer som inte är inskrivna. Det är av stor vikt att vi omhändertar de risker som är konstaterade hos de patienter vi har fullt hälso- och sjukvårdsansvar på. Möjligheten till detta kommer att öka om belastningen på icke inskrivna patienters fallrapporter minskar. Det finns arbetssätt och metoder för att minska fall och fallskador hos de patienter vi ansvarar för, det som saknas är resurser att utföra det med.

BPSD-registret

BPSD-registret är ett nationellt kvalitetsregister där personer med kognitiva sjukdomar registreras i syfte att minska och förebygga beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom. Enligt de Nationella riktlinjerna ska alla med en demensdiagnos registreras i BPSD-registret minst en gång per år. Arbetet med BPSD-registret ska bidra till en mer personcentrerad vård samt ökad livskvalitet för individen, men bidrar även till förbättringsarbeten på både individ-, enhets- och kommunnivå.

Resultat registret:

Under året har antalet registreringar gjorda i team ökat från 60% till 79%. 80 % är smärtfria jämfört med 74% år 2021. Under hösten har 10 nya medarbetare blivit nya administratörer och de som tidigare utbildats under året har varit på uppföljningsutbildning där arbetet med förbättringsarbete står i fokus. Under året har 124 registreringar gjorts i BPSD-registret vilket är färre än 2021 och 2020. Vid utbildningar har det framkommit att det saknats fortsatt stöd till administratörerna och att det krävs nya tag kring implementeringen på flera nivåer inom kommunen. Det har tagits fram en handlingsplan för arbetet med fortsatt implementering under 2023.

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:

Av 54 registrerade dödsfall har 52 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 54 saknade 12 personer förmåga att delta i brytpunktssamtalet.

Trycksårsregistreringen visar att av 57 registrerade dödsfall hade 16 personer trycksår vid dödsfallet. 41 patienter hade inget trycksår vid dödsfallet.

Ordination vid smärta och ångest fanns dokumenterat hos 55 av 57 registrerade dödsfall,

Av 57 registrerade dödsfall var det 54 personer som hade närstående och/eller personal i samma rum vid dödsögonblicket.

Registreringarna i Palliativ registret visar på att de patienter som avlidit och som haft ett förväntat dödsfall i stor utsträckning haft en person i rummet vid tidpunkten för dödsfallet, registreringarna visar också på att en hög andel av patienterna fått ordinationer på palliativ symtomlindring i form av läkemedel, under 2023 kommer MAS tillsammans med sjuksköterskeorganisationens palliativa grupp arbeta vidare med dokumentation i samband med palliativ vård.

4.3.1 Riskhantering

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

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

- Riskronder i lokaler, utrustning och bemanning:

I samband med risker för smitta så genomfördes en Vårdhygienisk rond som egenkontroll på Suellsgatans äldreboende tillsammans med Vårdhygiens sjuksköterska. Fortsatta riskronder planeras under 2023.

- Riskrapporter i avvikelssystemet:

Enhetscheferna har i samband med implementering av nytt avvikelssystem fått mer ansvar i att ta emot och utreda avvikelser på sin enhet, inom samtliga lagrum som utövas där. Uppföljning av enhetens avvikelser följs upp månatligen och rapporteras i Stratsys. I samband med ledningsgruppsmöten inom sina områden ska enhetschefer dela lärande fall av avvikelser med varandra.

- Riskanalyser inför verksamhetsförändring:

När nytt verksamhetssystem Lifecare skulle implementeras genomfördes en riskanalys. Denna har regelbundet följts upp och utvärderat för att se hur införandet löper kopplat till kända risker. Förvaltningen har haft och har dubbla verksamhetssystem som leder till dubbeldokumentation för legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal. Detta utmanar patientsäkerheten då information kan missas då det dokumenteras i två system.

4.4 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.

Stärkt patientsäkerhetsarbete i kommuner

SKR har tillsammans med patientsäkerhetsnätverket för medicinskt ansvariga sjuksköterskor utvecklat ett verktyg för att utifrån den nationella handlingsplanen stödja utvecklingen av patientsäkerhetsarbetet i kommunerna. Verktyget med tillhörande genomförandestöd ska utgöra ett stöd för kommunen att genomföra en nulägesanalys av patientsäkerhetsarbetet i kommunen. Syftet med verktyget och genomförandestödet är att:

- Ge stöd till kommuner i utveckling av patientsäkerhetsarbetet och i framtagande av

lokala handlingsplaner i enlighet med den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet med syftet att främja en god och säker vård

- Stödja utvecklingen av patientsäkerhetsarbetet i kommuner i samband med omställningen till en nära vård.

I samband med att MAS, MAR och VC HSL genomförde denna analys, så uppmärksammades två fokusområden som bör prioriteras framöver för att uppnå en god och säker vård.

Område	Tema	Insats	Aktör	Uppskattad resursåtgång	Förväntad effekt
Fokusområde 1: Tillförlitliga och säkra system och processer	Tillförlitliga och säkra processer – i vård och behandling	Skapa processer enligt HSV, involvera externa vårdgivare, patienten som medskapare och förebyggande insatser. Säkra process och arbetssätt kring SIP.	Uppdragschef (inledande), MAR, MAS, VC HSL. Enhetschefer och personal vid implementering.	Stor	Stor
Fokusområde 2: Säker vård här och nu	Förmåga att förutse variationer och störningar i närtid	Arbeta med säkerhetstrappan i work-shops. Följa upp hur arbetet med uppföljningar går i Stratsys.	Uppdragschef (inledande), MAR, MAS, VC HSL, enhetschefer och personal.	Stor	Stor

Avvikelseråd

Enhetschefen som har ett helhetsansvar kring de avvikelser som sker på enheten kan, förutom att involvera legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal som medutredare, även tillkalla extra stöd av MAS/MAR/VC HSL vid behov. Avvikelseråd på specifika enheter ska kunna tillkallas av MAS/MAR/VC HSL om mönster i avvikelser uppmärksammas. Detta ska även stärka kunskaper i verksamheten att rapportera, utreda osv.

Ombudsroller

I förvaltningen arbetas med vissa ombudsroller där undersköterskor med extra kompetens arbetar stödjande och handledande med sina kollegor för att upprätthålla vissa specifika områden, t.ex. rehabombud och hygienombud.

4.4.1 Avvikelser HSL/Vårdskador

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

Vårdspersonal ansvarar för att identifiera, dokumentera och rapportera händelser (avvikelser). Mottagare av dessa rapporterade händelser är respektive enhetschef 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.

Informationen om denna skyldighet ska ges när en anställning, ett uppdrag eller en verksamhetsförlagd utbildning påbörjas och därefter ske återkommande en gång per år. Informationen ska ges både muntligt och skriftligt av närmaste chef/arbetsledare.

Sammanställning av avvikelser redogörs månadsvis för varje enhet inom respektive område i Stratsys och slutanalys redogörs i Patientsäkerhetsberättelsen. MAS, MAR och verksamhetschef för HSL genomför analyser två gånger per år.

Resultat

Typ av avvikelse:	Fall	Läkemedel	Tekniska hjälpmedel	Övrig HSL	Extern avvikelse
Antal	2229 st	558 st	29 st	200 st	38 st
Hemvård	1345 st	236 st	10 st	82 st	
Särskilt boende	799 st	204 st	8 st	51 st	
Område stöd och service	77 st	39 st	2 st	16 st	
Vårdskador	93 st	8 st	1 st	11 st	0
Allvarliga vårdskador	0	1 st	0 st	1 st	0
Vanligaste åtgärderna	Översyn hjälpmedel/hem miljö, larm/sensorlarm	Genomgång av rutin med personal, gruppsamtal med personal, enskilt samtal med personal	Enskilt samtal med personal, genomgång av rutin med personal, Informerat patient/närstående/god man/förvaltare om händelsen	Enskilt samtal med personal, genomgång av rutin med personal	Extern avvikelse skickas till berördvårdgivare för vidare utredning

Analys

Systematiskt kvalitetsarbete med stöd av avvikelser, vilket innebär analysarbete i varje enhet samt övergripande på områdesnivå och därefter på förvaltningsnivå, har påbörjats 2022 och ska fortsätta under 2023.

Resultatet visar att det behövs fortsatt stöd och kunskap för att arbeta med analyser på både enhets- och områdesnivå. Vid både halvårs- och helårssammanställningen ses bristande analyser gällande orsaker till att avvikelserna skett. Orsaker utelämnas till stor del vilket gör analysarbetet på förvaltningsnivå svårt att arbeta vidare med. Lifecare avvikelssystem försvårar arbetet med att enkelt plocka ut denna typ av statistik.

Risk föreligger att åtgärder vidtas som inte är direkt kopplade till bakomliggande orsaker. Verksamheterna rapporterar i sina analyser att avvikelser arbetas med under teamträffar vilket är positiva signaler att avvikelser analyseras både på individ- och enhetsnivå tillsammans i teamet. Under den förvaltningsövergripande analys av avvikelser har det observerats en risk i att det finns avvikelser som inte blivit bedömda i vårt avvikelssystem. Vilket lett till åtgärder och nedan förslag för omhändertagande.

Arbete framåt med avvikelser

Genom information samt genom en ny egenkontroll som kommit till under 2022, så förväntas eventuella systemfel fångas upp, även att andra typer av avvikelser ska uppmärksammas. En gemensam åtgärd som återkommer i flera verksamheters analyser är att förbättra samverkan mellan verksamheter för att arbeta mer och bättre med utredning och analys av avvikelser. Förvaltningsövergripande workshops för enhetschefer och legitimerad personal planeras att starta under 2023 genom "Säkerhetskulturrappan" för att öka kunskap om utredning och analys av avvikelser.

Stort antal fallrapporter – flera kommande patienter?

Årligen faller medborgare som innehar Trygghetslarm hos Omsorgsförvaltningen mellan cirka 2000–2500 gånger, vilket innebär cirka 5–6 fall dagligen hos våra brukare. I samband med en kartläggning på ett av stadens hemvårdsområde under en månads tid så visar det sig att så många som 1/3 av fall sker hos brukare som för övrigt inte är kända inom kommunens hälso- och sjukvård. Dvs om ingen skada skett som leder till en insats, så har medborgaren enligt tröskelprincipen ingen tillgång till ytterligare bedömning från kommunens legitimerade hälso- och sjukvårdspersonal. Dessa medborgare kommer mest troligt att fortsätta falla och så småningom få mer insatser från kommunen. För att förebygga denna utgång är ett förslag att mer fokusera på uppsökande samtal genom samarbete med enheten för stöd och hälsa och deras

hälsofrämjande arbete via projekt HERO. Detta för att på sikt förhindra, eller åtminstone förlänga, behovet av vidare insatser. Utifrån att öka kvalitén i utredningsarbetet av avvikelser samt nyttja resurserna väl, så krävs en omfördelning av resurser i det förebyggande arbetet med fall. Dvs det vore inte en nödvändighet att legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal är ansvariga för en första kontakt, för att de i så fall ska kunna fokusera på fallförebyggande arbete hos de som verkligen är i behov av det.

4.4.2 Klagomål och synpunkter

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 Landskronaborna möjlighet att lämna synpunkter på vår service och förvaltningens tjänster så kan dessa identifieras och rättas till.

Synpunkter och klagomål som inkommer till Omsorgsförvaltningen fördelas för hantering till respektive verksamhet. Verksamheterna utreder därefter synpunkten eller klagomålet och går vid behov vidare med eventuella åtgärder.

Under 2022 har Omsorgsförvaltningen bytt verksamhetssystem för hantering och utredning av synpunkter och klagomål. Verksamheterna hanterade synpunkter och klagomål i det tidigare systemet till och med mars 2022 och har därefter implementerat och arbetat i det nya systemet. Förändringen innebär fler möjligheter till kategorisering och arbete med åtgärder kopplade till de inkomna synpunkterna. Bytet och implementeringen av ett nytt verksamhetssystem innebär också en viss omställningstid för ansvariga utredare vilket behöver tas med i avläsning av den aktuella statistiken.

Nedan redovisas statistik över inkomna synpunkter och klagomål under 2022 fördelade på:

- Synpunktstyp och kategorisering
- Statistik över vidtagna åtgärder
- Historik över antal inkomna synpunkter och klagomål

Synpunktstyp	Antal
Beröm	138
Fråga	28
Förslag	20
Klagomål	176
Övrigt	19
Total	381

Vad handlar synpunkten om?	Antal
Utförande	211
Trygghet	91
Bemötande	81
Information	55
Tillgänglighet	59
Övrigt	54
Delaktighet	16

Vad handlar synpunkten om?	Antal
Mat	4
Fysisk miljö	13
Handläggning	25
Nerskräpning	2
Boendemiljö	12
E-tjänster	4
Valfrihet	15
Taxor och avgifter	5
Politisk fråga	1
Total	658

Vilka åtgärder ha vidtagits?	
Ingen förändring	41
Förbättrad kvalitet	44
Förbättrad service	1
Förbättrad information	16
Förbättrad trygghet/säkerhet	11
Positiv feedback uppskattas alltid	22
Utbildning av personal	3
Politiskt beslut	1
Effektivare organisation	24
Förändrade rutiner	31
Effektivare organisation	1
Förbättrad tillgänglighet	8
Resultat saknas pga systembyte	64
Arbetet beställts hos entreprenör	2
Total	269

Historik över antal inkomna synpunkter och klagomål i omsorgsförvaltningen	
År	Antal
2019	373
2020	406
2021	263
2022	345

Antal registrerade synpunkter och klagomål under 2022 uppgår till totalt 345 stycken. I relation till 2019 som inte var ett år präglad av pandemi kan man se att antal inkomna synpunkter 2022 ligger i paritet med ett normalår. Av de 345 synpunkterna och klagomålen som registrerades handlade 138 (28 %) om direkt beröm till olika verksamheterna vilket är en ökning sedan tidigare år där beröm under 2021 jämförelsevis uppgick till 51 (20%).

Under året registrerades 15 synpunkter/klagomål som inkommit via IVO. I dessa synpunkter överlämnar IVO utredningsansvaret till Omsorgsförvaltningen i samtliga ärende. Antalet har ökat jämfört med år 2021 då det registrerades totalt 4 stycken synpunkter/klagomål från IVO.

Under 2022 har ansvaret för att registrera och fördela synpunkterna flyttats från funktionen SAS (socialt ansvarig samordnare) till Omsorgsförvaltningens seniorvägledare. Seniorvägledaren har förutom att registrera synpunkter och klagomål i verksamhetssystemet även ett ansvar att vara behjälplig med att upprätta synpunkten och klagomålet. Detta för att underlätta för medborgaren att göra sin röst hör samt komma med förbättringsförslag till Omsorgsförvaltningen. Denna förändring kan vara en av anledningarna till att förvaltningen under 2022 har haft ett ökat antal registrerade synpunkter och klagomål jämfört med 2021 och att det förvaltningen nu har inkomna synpunkter och klagomål i liknande omfattning som innan pandemin.

Under 2022 har Omsorgsförvaltningen tagit emot 8% fler beröm än tidigare år. Berömmen kommer i stor del från medborgare som vill lyfta fram det främjande och förebyggande arbete som Omsorgsförvaltningen satsat extra på under 2022. Berömmet har varit en viktig komponent i utformandet och planeringen av det förebyggande och främjande arbetet. Många av de planerade aktiviteter och metoder som tagits fram kommer från idéer och förslag som medborgare själva skickat in. Det innebär en ökad delaktighet och inkludering mellan Omsorgsförvaltningen och Landskronaborna.

4.5 Tillsyn av inspektionen för vård och omsorg samt patientnämnden

IVO genomförde en nationell granskning av särskilda boende och under hösten 2022 gjordes en tillsyn i Landskrona stad. IVO genomförde intervjuer med patienter samt sjuksköterskor. Verksamhetschef HSL, förvaltningschef, MAS samt nämndsordförande deltog i ett möte med IVO där IVO delgav vad de uppmärksammat, dels i sina intervjuer dels i den journalgranskning som IVO genomförde under pandemin. Resultatet kommer att återges till Landskrona stad under första kvartalet 2023.

I samband med IVO:s granskning så genomförde MAS och MAR en journalgranskning av 10% av journalerna på SÄBO. Granskningen genomfördes med en blankett som är tänkt att användas för kollegial journalgranskning 2023 av legitimerad personal. Även delegeringar, kontinuitet och arbetet med brytpunktssamtal i palliativ vård genomlystes. Under 2023 behöver rutinen kring palliativ vård uppdateras, både vad gäller dokumentation och hur tillsynen sker av sjuksköterska vid palliativ vård.

IVO har också en pågående tillsyn på ett LSS boende som ett led i IVOs nationella tillsyn av boende enligt 9 § 9 LSS. Syftet med all tillsyn är att upptäcka eller påtala brister som kan påverka säkerheten för den enskilde, samt kontrollera att verksamheten uppfyller lagstadgade krav och säkerställa god kvalitet. Tillsynen ska bidra till att säkerställa att personer med funktionsnedsättningar inte utsätts för otillåtna tvångs- och begränsningsåtgärder eller andra kränkningar. IVO genomförde intervjuer med personal, sjuksköterska och enhetschefen samt journalgranskning. IVOs underlag är klart där IVO bedömt att det finns risk för olagliga begränsningsåtgärder där omsorgsförvaltningen har kommenterat underlaget. Under 2023 behöver rutinen kring begränsningsåtgärder uppdateras.

Patientnämnden

Under året har tre ärende från Patientnämnden inkommit till Omsorgsförvaltningen. Två ärenden är avslutade utan åtgärd och ett ärende pågår. Samtliga ärende var sedan tidigare även avvikelserapporterade internt och tagits om hand i det ledet. Ärende bestod bl.a. av felaktig förflyttningsmetod med brukare som orsakade skada.

5 Kvalitetsarbete i omsorgsförvaltningen

5.1 Uppdragsavdelningen

Under 2022 har Myndighetsenheten tillsammans med resten av förvaltningen genomfört bytet av verksamhetssystemet. Myndighetsenheten har under 2022 uppmärksammat konsekvenser från pandemin inneburit en stor vårdskuld i relation till antal ansökningar till särskilt boende utan tidigare behov av vård och omsorg från nämnden. Många individer har inte passerat hemvård innan insatser i hemmet kunnat aktualiseras. Antalet ärenden till enheten ser i relation till åren innan pandemin normala ut men ärendetyngden är högre än innan, både relaterat till socialtjänstlagen och lagen om stöd och service till vissa funktionshindrades.

Myndighetsenheten haft nytta av de riktlinjer och rutiner som implementerats under tidigare år och som fortsatt utvecklats och förbättrats 2022. Implementeringen har bland annat lett till en samsyn i handlägningsprocessen och en ökad rättssäkerhet.

Enheten har under året sett att bedömningarna följer rättspraxis och en trend som håller i sig är att majoriteten av domarna från högre instans döms åt Omsorgsnämnden fördel. Av tre domar enligt socialtjänstlagen har samtliga dömts till Omsorgsnämndens fördel. Och av fjorton domar enligt lagen om stöd- och service, så har tretton dömts till Omsorgsnämndens 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 2022 har varit arbetet med uppföljning och omprövning av individärenden. Trots migrering av verksamhetssystemet har myndighetsenheten lyckats följa upp ärenden i enighet med de mål som är satta för enheten. 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.

Enheten för stöd och hälsa har tillsammans med projekt HERO under 2022 arbetat aktivt med förebyggande och hälsofrämjande insatser och aktiviteter för Landskrona stads medborgare. Enheten för stöd och hälsa har ökat besöksantalet till befintliga verksamheter med ungefär tusen besök jämfört med 2021. Tillsammans med besöken ute i projekt HEROs aktiviteter har enheten haft över 10 000 besök under året där medborgarna nåtts med aktiviteter både på träffpunkten, utomhus och i form av hembesök.

Genom aktiviteter som förebygger ohälsa och främjar hälsa har enheten uppnått kvalitativa resultat som: en minskad känsla av ensamhet, en ökad känsla av hälsa samt en minskad risk för fall hos medborgare i Landskrona.

Enheten har också haft ett särskilt fokus på att nå barn och familjer som anhöriga och i behov av enskilt stöd. Genom aktiv marknadsföring och nätverkande har enheten nått många nya familjer och barn. Enheten har också tagit fram ett sätt för föräldrar att få stöd under tiden det erbjuds avlastning och aktivitet för deras barn och ungdomar, vilket har möjliggjort deltagande för familjer som annars riskerar att hamna i isolering.

Under 2022 har IT-och Utvecklingsenheten varit drivande i införandet av verksamhetssystemet. Servicegruppen i enheten har följt upp och hanterat samtliga beställningar gällande trygghetslarm. Enheten har även bidragit med förändringsledning i projektinföranden, drivit informationssäkerhetsarbetet både i form av information men även utbildningar. Vidare har enheten projektanställt sex vaktmästare för att underlätta för vård- och omsorgspersonal på särskilda boenden genom att utföra ej brukarrelaterade insatser.

5.2 Vård och omsorg

Vård och omsorgs kvalitetsarbete är kopplat till nämndens målstyrning och bygger till övervägande del på resultat från Socialstyrelsens nationella brukarundersökning "Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?" samt KKiK (kommunens kvalitet i korthet).

Under året har äldreomsorgen genomfört en rad olika utbildningar. Förvaltningen har under året bytt verksamhetssystem. Detta har bland annat inneburit en utbildningssatsning i dokumentationsmodellen individens behov i centrum (IBIC) för samtlig omvårdnadspersonal.

Intern utbildning i första hjälpen till psykisk hälsa, enligt Karolinska Institutets modell, har genomförts vid tre tillfällen under året. Utbildningen vänder sig till olika personalgrupper inom Omsorgsförvaltningen och som i sitt arbete träffar människor med psykiska problem.

Då brukares problematik och omvårdnadsbehov blivit alltmer komplext har ytterligare utbildningssatsning genomförts i lågaffektivt bemötande enligt metoden Studio 3. Denna utbildning har genomförts i begränsad omfattning och den utbildade personalen ska bistå övriga enheter med vägledning och hjälp när behov uppstår.

5.2.1 Hemvård

Stjärnmärkning enligt Svenskt Demenscentrum har genomförts enligt plan. Under år 2022 har Centrum, Fröjdenborg och Ven blivit diplomerade Stjärnmärkt. Höst år 2022 har Hvilan och Norrestad gått sina utbildningar och diplomeringen sker efter nyår. Utbildningsplan ligger för de återstående verksamheter under 2023.

Arbete för införandet av fast omsorgskontakt påbörjades våren år 2022. Införandet startade i september och inleddes med planeringsdagar för all hemvårdspersonal i augusti. De brukare som har hemvård med omsorgsinsatser ska erbjudas fast omsorgskontakt med en undersköterska. Brukare erbjuds tid utöver biståndsbeslutet med sin fasta omsorgskontakt. Syftet är att brukarna ska få en ökad kontinuiteten i kontakten med hemvården, ökad trygghet och mer individanpassade och samordnade hemvårdsinsatser. Brukare och anhöriga ska känna tillit och förtroende och detta kommer att följas upp var 3:e månad av den fasta omsorgskontakten. Fast omsorgskontakt kommer att ha stödfrågor som bygger på frågor från brukarenkäten.

Satsningen med införande av handledningssjuksköterskor startade under hösten år 2021, har inte införts fullt ut på grund av svårigheter att rekrytera sjuksköterskor. Detta är på återuppbyggnad under hösten år 2022 där målet är en handledningssjuksköterska per geografiskt hemvårdområde Västra Fäladen, Omsorgenshus och Rönnebergsgatan.

5.2.2 Särskilt boende

Vikten av ett professionellt förhållningssätt och bra bemötande gentemot brukaren och dennes anhöriga är ett kontinuerligt pågående arbete. 2020 års utbildningssatsning i Silviahemmets regi har fortgått under år 2022 och samtliga särskilda boenden i offentlig regi har certifierats. Nämda utbildning lägger stort fokus på förhållningssätt och bemötande av demenssjuka och deras anhöriga.

En större satsning på boendenas miljö, både ute och inne har påbörjats. Boendenas utemiljö kommer att omarbetas utifrån konceptet Sinnenas trädgård. Uppfräschning och renovering av inomhusmiljön har påbörjats och kommer att fortgå under år 2023.

5.3 Område stöd och service

Verksamhetsutveckling

Under året har hälsa varit i fokus i området och flera aktiviteter har genomförts för att främja en god hälsa för brukarna. Under våren startades första omgången av VIP-utbildningen, som är samtalsgrupper för brukare med fokus på känslor, relationer och rättigheter. Totalt har 11 brukare genomgått utbildningen. Effekter på individnivå har bland annat varit att brukare vågat säga nej till saker en tidigare haft svårt att ta ställning till. Brukare har ingått i nya sammanhang och fått fler vänner.

Under våren genomfördes också träffar enligt konceptet Häng med oss ut, vars syfte är att främja psykisk hälsa, bryta isolering och medverka till återhämtning genom deltagande i friluftaktiviteter. En verksamhet har återkommande haft träffar enligt konceptet och tre

verksamheter har genomfört prova på-träffar. Effekterna har bland annat varit att personer kunnat delta i ett nytt sammanhang, stärkts i sina förmågor att göra olika aktiviteter och återupptäckt egna förmågor.

Området har arrangerat en studiecirkel kring temat hälsa under hösten. Studiecirkeln har bestått av fyra träffar med olika teman; psykisk hälsa och återhämtning, mat och dryck, rörelseglädje och sexuell hälsa. Ett 20-tal brukare och cirka 10 medarbetare har deltagit. Träffarna har varvat teori med praktiska övningar och tyngdpunkten har legat på att inspirera till nya tankar, aktiviteter och synsätt. Några av effekterna är att brukare fått ökad kunskap som gör det möjligt att göra mer hälsosamma val.

För att bättre möta befintliga men också nya brukares behov startades i november ett nytt boende upp. Boendet riktar sig till personer med autismdiagnoser samt med intellektuella funktionsnedsättningar. Området har nu tre boende med inriktning på autism.

Kvalitetsutveckling

Utfraån brukarundersökningen som under hösten genomfördes på bostad med särskild service, boendestöd enligt SoL och personlig assistans visar det sig att vissa enheter har ett sämre resultat i frågor som rör självbestämmande och kommunikation. Det gör att resultatet fortsatt ligger under det nationella genomsnittet på flera frågor. Där jobbar resursteamet med kommunikationsprofiler och utbildning för baspersonalen i AKK.

Nytt för i år är att vårt resultat för gruppboendestäder och serviceboendestäder redovisas hopslaget med de privata aktörerna vilket gör analysen mer komplex. En djupare analys av resultatet är påbörjad.

Kompetensutveckling

Inom Område stöd och service har 90% av medarbetarna en adekvat utbildning för uppdraget, vilket kan jämföras med det nationella genomsnittet som 68%.

Den interna utbildningen Habiliterande och pedagogiska arbetssätt, HAPA, som tagits fram av Resursteamet har under 2022 genomgått av fyra verksamheter. Detta har fått till resultat att verksamheterna arbetat aktivt med kartläggning av aktivitetsbalans, aktivitetsbedömningar och att motivera till delaktighet i vardagsliv och fritidsaktiviteter.

Resursteamet arbetar med att säkerställa och beakta ett koncept för utbildning kring AKK (alternativ och kompletterande kommunikation) enligt BRO-modellen. Konceptet är under framtagande.

Flertal enheter har tagit egna initiativ till att stärka kompetensen kring AKK, genom att genomföra utbildningar i TAKK (tecken som alternativ och kompletterande kommunikation), sociala berättelser och tydliggörande.

6 Systematiskt kvalitetsarbete enligt SoL och LSS

6.1 Uppföljning genom egenkontroll SoL och LSS

Egenkontroll	Svar, Antal	Analys
Genomförandeplaner och socialdokumentation	 Delvis uppfyllt(Eget)	Kvartal 3: Av 43 verksamheter är det 26 verksamheter som gjort sina egenkontroller. Av dessa ser är det nio verksamheter som analyserar aktuell fråga under kommentarer. Kvartal 4: Av 43 verksamheter är det 16 verksamheter som gjort sina egenkontroller. Av dessa är det sju verksamheter som analyserat aktuell fråga
	 Uppfyllt	
	 Delvis uppfyllt	
	 Ej svarat	
	22 (st)	
	11 (st)	
	16 (st)	

Egenkontroll	Svar, Antal	Analys
		under kommentarer. Av 43 verksamheter är det 18 verksamheter som har gjort en årsanalys. Anledningen varför antalet visar 49 verksamheter är på grund av att överrubriker registreras som en verksamhet, exempelvis vård och omsorg.

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 en egenkontroll avseende genomförandeplaner och socialdokumentation som besvaras av enhetscheferna inom respektive område som arbetar med det. Egenkontrollerna besvaras i kvartal 1, kvartal 2, kvartal 3 och kvartal 4. Arbetet med egenkontrollerna påbörjades kvartal 2 2022 i kvalitetsledningssystemet Stratsys. Egenkontroll baseras på nedanstående frågor. Syftet är att enhetschefen ska på ett systematiskt sätt kunna se hur ens verksamhet arbetar med genomförandeplan och socialdokumentation samt ta in åtgärder där det krävs. Analysen visar på att vissa verksamheter har gjort uppföljning under kommentarer efter kvartal 3 och 4 men inte en årsanalys. Andra verksamheter har istället gjort en årsanalys. Av alla verksamheter är det åtta som gjort egenkontroller under kvartal 3 och kvartal 4 samt årsanalysen. Verksamheterna behöver bli bättre på att utföra sina egenkontroller samt göra en kvartalsanalys efter varje kvartal.

Egenkontroll, helhetsbedömning	Ja	Nej	Ej svarat
Finns uppgift om kontaktman/ kontaktpersonal i genomförandeplanen?	20	1	23
Beskrivs hur samtliga insatser ska utföras ?	20	1	23
Innehåller journalanteckningarna information om åtgärder som har vidtagits och av vem?	17	2	25
Är journalanteckningarna skrivna på ett respektfullt sätt gentemot brukare, utan kränkande eller nedlåtande formuleringar?	19	0	25
Innehåller journalanteckningarna information som grundar sig på korrekt fakta där det framgår vad som är faktiska omständigheter och vad som är bedömningar?	19	1	24
Innehåller journalanteckningarna	15	2	27

Egenkontroll, helhetsbedömning	Ja	Nej	Ej svarat
ändamålsenlig information som är kopplad till genomförandeplanens mål och beskrivning av utförande av insatser?			
Är journalanteckningarna väsentliga med betydande information som inte är onödigt detaljerad?	20	0	24
Används insatsrubriker på ett lämpligt sätt utifrån livsområden?	20	0	24

6.2 Avvikelser för insatser SoL och LSS

Avvikelseyp	Hemvård (15*)	Särskilt boende(10*)	Stöd och service(32*)	Uppdragsavdelningen(3*)
Beviljad insats inte genomförd	79	23	15	2
Brist i dokumentation/informationsöverföring	23	6	4	10
Brist i genomförande av insats	302	28	14	
Brist i bemötande	15	2	2	1
Brist i fysisk miljö, omgivningar och organisation	22	11	2	
Brist i handläggning - bristande uppföljning	1	1		19
Brist i handläggning - övrigt	4	1	1	19
Brist i handläggning - felaktigt beslutsfattande		2		2
Brist i handläggning - lång handläggningstid				4
Brist i informationssäkerhet/sekretess		1		5
Brist i teknik, utrustning och apparatur	6	4		
Ekonomisk oegenlighet/stöld	4	1		
Fysiskt övergrepp/våld från medboende	2	1	1	
Fysiskt övergrepp/våld från personal (inkl. familjehem)		1	3	
Psykiskt övergrepp/kränkning från medboende		1		
Sexuellt övergrepp från medboende		1		

Avvikelsestyp	Hemvård (15*)	Särskilt boende(10*)	Stöd och service(32*)	Uppdragsavdelningen(3*)
Antal	453	84	42	62

Enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9) ska nämnden ge direktiv och säkerställa att det i varje verksamhet finns ett ändamålsenligt kvalitetssystem. Rutin för avvikelshantering är en del i detta kvalitetssystem. Avvikelshantering 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 avvikelserna som ska rapportera i avvikelssystemet.

Omsorgsnämnden har i år fattat beslut om att samtliga verksamheter ska analysera sina avvikelser i kvalitetsledningssystemet Stratsys. I omsorgsförvaltningen finns det totalt 60 verksamheter enligt nedanstående tabell. Av 60 verksamheter har 20 verksamheter analyserat sina avvikelser i kvalitetsledningssystemet. Under hemvårdens verksamheter och särskilt boende har 50% analyserat sina avvikelser i kvalitetsledningssystemet. Under stöd och service har endast 9% analyserat sina avvikelser. Verksamheterna under område stöd och service har valt att analysera avvikelserna gemensamt detta för en bättre analys då få avvikelser rapporterades in per enhet, vilket förklarar den låga siffran på 9%. Under uppdragsavdelningen har 67% av verksamheterna som hanterar avvikelse analyserat sina avvikelser.

Ekonomiavdelningen har inga avvikelser och därmed inga analyser. Av de enhetschefer som har fullföljt sina analyser går det att utläsa att de analyserar olika delar av avvikelserna. Vissa analyserar orsaken medan andra analyserar åtgärderna. Det kan bero på bristande kunskap bland enhetscheferna i vad, var och hur avvikelseanalysen ska utföras. En annan orsak kan vara prioritering utifrån tidsbrist. Ytterligare en orsak kan vara att de utreder och analyserar enskilda avvikelser i LifeCare, men ska göra en gemensam analys av verksamhetens samtliga avvikelser i Stratsys, vilket kan upplevas som dubbelarbete.

Av dessa 60 verksamheter framkommer det att 40 (67%) verksamheter har rapporterat få eller inga avvikelser. Denna siffra kan bero på olika faktorer. Dels att en del verksamheter inte har brukarnära kontakt och därmed inga avvikelser att rapportera årligen. I april 2022 byttes avvikelshanteringssystem från DF respons till Lifecare. Det har skett en minskning jämfört med föregående år med cirka* 161 inrapporterade avvikelser. En åtgärd kopplat till detta är utbilda personalgruppen om syftet med en avvikelse och hur avvikelserna ska rapporteras in i verksamhetssystemet Lifecare. En annan åtgärd är att arbeta med kulturen kring hur personalen på verksamheterna ser på en avvikelse.

Det gemensamma analysarbetet från stöd och service är ett bra sätt att arbeta med det systematiska kvalitetsarbetet, trots att initiativet är taget på grund av för få avvikelser per enhet. Arbetet leder till en bättre översyn av de avvikelser som inkommit och hur det ska arbetas vidare där samtliga enhetschefer är involverade. Det krävs att varje verksamhetsområde har en ansvarig person som säkerställer att data och analyser inkommer löpande under året.

*Avvikelserna i DF respons är en uppskattning då förvaltningen inte längre har tillgång till systemet.

Avvikelsestyp

Inom hemvården handlar merparten av typen av avvikelser om *brist i genomförande av insats* som uppgår till 66% samt *beviljad insats inte genomförd* (17%). Denna siffra är ungefär samma som föregående år. Merparten av avvikelser handlar om att brukaren inte fått hjälp med sin tvätt då tvättsäcken inte varit utställd av hemvårdspersonal för upphämtning av TF service. Det har också handlat om att aktiviteten blivit inställd på grund av personalbrist. Av avvikelserna handlar 5% om *brist i dokumentation/informationsöverföring*. Där det främst har handlat om att information inte har förmedlats till tvätteriet, att brukaren inte har varit hemma. Det är viktigt att inför implementeringen av det nya planeringssystemet, att verksamheten säkerställer att dessa övriga serviceinsatser som utförs i samband med andra insatser syns tydligt i planeringen.

Under 2022 har det utförts 722 898 hemvårdsbesök dagtid där besök innehåller en insats eller fler. Om vi jämför proportionen av antal avvikelser/utförda besök (458/722 898) handlar det om 0,5 promille. Mängden avvikelser indikerar på att i totalen utförs beviljade insatser väl. En

ytterligare del av analysen skulle kunna vara att fler avvikelser borde vara upprättade utifrån den stora mängden beviljade insatser.

Inom särskilt boende handlar merparten av typen av avvikelser om *brist i genomförande av insats* som uppnår 33% samt *beviljad insats inte genomförd* som uppnår 27%. Avvikelse har främst handlat om att den enskilde tackat nej till insats eller att insatsen inte genomförts på grund av hög arbetsbelastning. Det finns en kunskapsbrist bland baspersonal i vad en avvikelse är eftersom avvikelser upprättas när den enskilde tackar nej. Det vill säga det är egentligen inte en avvikelse utan ska dokumenteras i brukarens journal.

Inom område stöd och service handlar merparten av typen av avvikelserna om *beviljad insats inte genomförs* som står för 36 % samt *brist i genomförande av insats* för 33%. De flesta av avvikelserna gällande att beviljad insats inte är genomförd, är på samma enhet och har sin förklaring i att en brukarens mående påverkat hur andra brukare fått sitt stöd. Ärenden rörande fysiskt våld har hanterats i en separat process enligt Lex Sarah.

Allvarlighetsgrad och konsekvens

Allvarlighetsgraden graderas mellan 1–4:

- 1 är mindre
- 2 måttlig
- 3 betydande
- 4 är katastrofal

Allvarlighetsgrad 1 och 2 står för 92% av alla samtliga inrapporterade avvikelser.

Allvarlighetsgraden inom område hemvård har skattats till mindre eller måttlig i 96 % av avvikelserna. Inom boende och hälsa har allvarlighetsgraden skattats till mindre eller måttligt i 96 %. Myndighetsenheten har skattat allvarlighetsgraden till mindre eller måttligt i 89 % 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	Hemvård	Särskilt boende	Område stöd och service	Myndighetsenheten	Privata utförare, TF service
Mindre (1)	230	61	24	28	17
Måttligt (2)	169	19	13	21	2
Betydande (3)	16	3	5	6	2
Katastrofal (4)	0	0	0	0	0

6.3 Lex Sarah

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

Under 2022 inkom 19 Lex Sarah rapporter. Samtliga har upprättats genom en upptäckt avvikelse men förvaltningen har också fått in Lex Sarah från extern placering på ett LSS-boende. Orsakerna till det inträffade som har identifierats i samband med utredning har bland annat inte följsamhet till befintliga rutiner, brister i kompetens, bristande kommunikation. Det finns fyra ärenden som aktualiserade under senhösten 2022, där utredning ännu inte kunnat slutföras av olika skäl varför de visas i statistiken under "ingen bedömning".

Antalet utredningar som visat på påtaglig risk för allvarliga missförhållanden eller allvarliga missförhållande och därför anmälts till Inspektionen för vård och omsorg är 4 under 2022 vilket är en ökning från tidigare år.

Under hösten 2022 har enhetschefer för stöd och service, enhetschefer på särskilt boende, verksamhetsutvecklare och biståndshandläggare med utökat ansvar genomgått en Lex Sarah utbildning. Enhetschefer inom hemvården ska gå utbildningen under vårterminen 2023. Det

finns behov av att revidera rutinen då bedömningen av allvarlighetsgrad av avvikelser i verksamhetssystemet behöver säkerställas. Bedömning av påtaglig risk för missförhållande, missförhållande, påtaglig risk för allvarligt missförhållande och allvarligt missförhållande bedöms av socialt ansvarig samordnare (SAS) och inte av enhetschef. Lex Sarah rutinen kommer att revideras då utredningen i Lex Sarah från och med 2023 ska hanteras i verksamhetssystemet, Lifecare, vilket kräver en annan hantering. Detta kommer att skapa mer transparens i utredningarna mellan SAS och ansvarig enhetschef då båda kan följa ärendet. Det kommer också bli ett bättre flöde då en Lex Sarah oftast börjar med en avvikelse. Genom att hantera Lex Sarah utredningarna i verksamhetssystemet blir därför ärendet mer sammanhållet.

Statistik över bedömningsresultatet av Lex Sarah utredningar under år 2022.	Antal
Avvikelse	1
Påtaglig risk för missförhållande	6
Missförhållande	6
Påtaglig risk för allvarligt missförhållande	2
Allvarligt missförhållande	0
Ingen bedömning	4

Rapport	Utfall	Lex Sarah anmälningar till IVO	Område/enhet
Lex Sarah rapporter	6	1	Område stöd och service
Lex Sarah rapporter	8	2	Område Hemvård
Lex Sarah rapporter	4		Område boende och hälsa
Lex Sarah rapporter			Uppdragsavdelningen/Myndighetsenheten
Lex Sarah rapporter	1	1	Förvaltningsledningen
Lex Sarah rapporter totalt	19	4	Omsorgsnämnden

Föregående år sågs en minskning på antal Lex Sarah som också var en trend nationellt. Under året det därför genomförts utbildningar för enhetschefer i Lex Sarah. Vilket kan vara orsaken till ökningen i antal Lex Sarah utredningar i år.

Historik över antal Lex Sarah i omsorgsförvaltningen	
År	Antal
2019	12
2020	24
2021	14
2022	19

7 Mål, strategier och utmaningar för kommande år

Resultat/utfall av identifierade utvecklingsområde för patientsäkerhets- och kvalitetsarbetet 2022/2023:

Gemensamma mål 2022	Strategi	Resultat/utfall
Påbörja arbete med det systematiska kvalitetsarbetet genom till exempel årshjul.	- Stratsys SOSFS 2011:9 med egenkontroller - Årshjul med "Att göra" i Stratsys	- Controller har hållit i workshops med enhetschefer för att gå igenom kvalitetsledningssystem i Stratsys. - Fortsatt arbete under 2023.
Skapa en enhetlig rutin kring skydds- och begränsningsåtgärder	Skapa en tvärprofessionell arbetsgrupp för att revidera rutin.	- Påbörjat arbete med att revidera rutinen. - Fortsatt arbete under 2023.
Öka både antal riskbedömningar samt fullföljda processer i Senior alert inom hemvården.	- Uppdatera rutin och arbetssätt - Se över ansvarsfördelning i arbete för att involvera legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal mer.	- Färre antal riskbedömningar och fullföljda processer i stort, liten ökning i hemvården. - Behöver fortsätta etablera arbetet under 2023.
Öka förståelsen i hjälpmedelsfrågor för enhetschefer inom Stöd- och service.	Genomgång kring ansvar i arbete med hjälpmedel med enhetschefer inom Stöd- och service av MAR.	- Stor närvaro av enhetschefer vid genomgång med MAR. - Större kunskap bland enhetschefer i hjälpmedelsfrågor.
Öka kunskapen kopplat till avvikelshantering och Lex Sarah samt revidera rutinen.	- Uppdatera rutin för avvikelshantering - Byta avvikelssystem - Utbilda personal i nytt avvikelssystem - Ha dialoger kring avvikelser med enhetschefer och legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal. - Lex Sarah utbildning enhetschefer	- Tagit fram utbildningsmaterial till nytt avvikelssystem. - Introducerat enhetschefer och legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal - Haft dialoger kring avvikelser. - Rapporterat status kring avvikelser regelbundet i ledningsgruppen pga brister i arbetet med avvikelser, handlingsplaner har tagits fram för respektive område. - Fortsatt viktigt med återkommande utbildning inom avvikelshanteringen. - Arbete med säkerhetskulturrappan under 2023. - Fortsatta Lex sarah utbildningar för enhetschefer under 2023. - Ny rutin för hantering av Lex Sarah

Mål, strategier och utmaningar för 2023

Mål	Strategier	Planerade åtgärder och aktiviteter	Planerad egenkontroll
Ökad följsamhet till de basala hygienrutinerna	Egenkontroll. Hygienutbildning	Genomföra egenkontroll. Obligatorisk hygienutbildning vid basdelegeringsutbildning.	PPM-mätning 2 gånger/år
Ökad följsamhet till HS-avtal: personcentrerat förhållningssätt	Styrgrupp lokal samverkan. Närsjukvårdsråd. Mobilt team Landskrona (projekt)	SIP-utbildning. Patienten som medskapare. Öka antalet akuta hembesök samt planerade hembesök	Fastställas i lokal samverkan
Påbörja arbete med uppsökande verksamhet för fallförebyggande insatser	Samarbete med enheten för stöd och hälsa och deras hälsofrämjande arbete via projekt HERO.	Uppsökande kontakt vid installation av trygghetslarm, kontakt vid fall utan insatser enligt HSL	Utvärdering efter provotid