

LANDSKRONA STAD

240125

Patientsäkerhets- och kvalitetsberättelse 2023

Omsorgsnämnd



Innehållsförteckning

1	Inledning	3
2	Sammanfattning	3
3	Grundläggande förutsättningar för säker vård	4
3.1	Engagerad ledning och tydlig styrning	4
3.2	En god säkerhetskultur	6
3.3	Adekvat kunskap och kompetens	7
3.4	Patienten som medskapare.....	9
4	Agera för säker vård	10
4.1	Öka kunskap om inträffade vårdskador.....	12
4.2	Tillförlitliga och säkra system och processer	12
4.3	Säker vård här och nu	13
4.4	Stärka analys, lärande och utveckling.....	14
4.5	Tillsyn av inspektionen för vård och omsorg samt patientnämnden	16
5	Systematiskt kvalitetsarbete enligt SoL och LSS	16
5.1	Uppföljning genom egenkontroll SoL och LSS.....	16
5.2	Avvikelse för insatser SoL och LSS	18
5.3	Lex Sarah	20
6	Mål, strategier och utmaningar för kommande år	22

Bilagor

Bilaga 1: Läsanvisning PSB o KB 2023

Bilaga 2: Klagomål och synpunkter 2023

1 Inledning

Enligt patientsäkerhetslagen (PSL 2010:659, SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §) ska vårdgivaren (Omsorgsnämnden) 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.

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

Under 2023 har vårdgivaren framgångsrikt arbetat med att skapa förutsättningar för en god och säker hälso- och sjukvård. Genom samverkan och delaktighet från patienter, anhöriga och olika yrkeskategorier har förvaltningen implementerat egenkontroller och kvalitetsregister. Arbetet med avvikelser ligger till grund för att främja förebyggande åtgärder och identifiera områden för förbättring. Resultaten visar på både utvecklingsmöjligheter och framsteg inom olika områden.

Ett positivt exempel är det framgångsrika arbetet med Senior alert inom hemvården under 2023, där handledningssjuksköterskor spelat en central roll. Vårdgivaren har också satt upp mål för 2024, för att stärka teamarbetet och öka samarbetet mellan olika professioner. Detta är i linje med omställningen till Nära vård.

Med anledning av ökade läkemedelsstölderna inom hemvården har förvaltningen genomfört en översyn av rutinerna för att stärka kedjan från leverans till patient.

Mobilt Närsjukvårdsteam Landskrona har bidragit till förbättrad följsamhet till Hälso- och sjukvårdsavtalet, och därigenom minskat behovet av akutinläggningar.

Fokus har även legat på att förbättra hygienrutiner och följsamheten till dem, vi ser också ett ökat deltagande i hygienmätningen.

Arbetet med handlingsplanen efter IVO:s granskning av särskilda boenden har pågått kontinuerligt. Sjuksköterskor har fått ökad tid på särskilda boenden för att stärka omvårdnadspersonalen. Även om dokumentation kring brytpunktsamtal och läkemedelsgenomgångar behöver förbättras, har rutiner införts för att säkerställa bland annat registrering i verksamhetssystemet.

Under 2023 har Omsorgsförvaltningen strävat efter att förbättra sitt systematiska kvalitetsarbete. Införandet av säkerhetskulturtrappan inom hemvård och boende och hälsa visar på en ökad satsning på kvalitetsförbättringar. En ökning av avvikelser och Lex Sarah-rapporter som har noterats, troligen är det relaterat till implementeringen av det nya avvikelssystemet och lex Sarah-utbildningar. Myndighetsenheten har förstärkt sitt arbete med barnperspektivet och egenkontroller för att säkerställa myndighetsprocessen.

Beröm från invånare pekar på uppskattning för det förebyggande arbetet. Sammantaget indikerar resultaten på framsteg, men fortsatt fokus på systematiskt kvalitetsarbete och långsiktig uppföljning är nödvändigt för att säkerställa hållbara förbättringar över tid.

3 Grundläggande förutsättningar för säker vård

3.1 Engagerad ledning och tydlig styrning

3.1.1 Övergripande mål och strategier

Delmål och strategier 2024 års patientsäkerhetsarbete

Patientsäkerhetsberättelsen är en grund för fortsatt arbete där de medicinskt ansvariga delger organisationens behov. Utifrån detta krävs strategier för patientsäkerhetsarbetet i syfte att säkra verksamhetens kvalitet. Detta kräver engagemang på samtliga ledningsnivåer.

Tydliggöra och öka kunskapen i hälso- och sjukvårdsansvaret

- Fortsatt introduktion i hälso- och sjukvård samt patientsäkerhet med enhetschefer och legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal vid nyanställningar
- Fortsatt arbete med workshop kring patientsäkerhet med hjälp av Säkerhetskulturtrappan
- Utbildning för legitimerad personal utifrån sitt omvårdnads- respektive rehabiliteringsansvar där uppgiften är att utföra insatser gentemot patienter men också att vara handledande för annan personal.
- Utveckla teamarbete och öka samarbetet mellan olika professioner inom Omsorgsförvaltningen. Detta är en utveckling i verksamheten som kommer att gå i spår med Nära vård.

3.1.2 Organisation och ansvar

- Sjukvårdshuvudmannens ansvar
- Vårdgivaren (Omsorgsnämnden)
- Förvaltningschefen
- Verksamhetschef enligt 4 kap 2 § Hälso-och sjukvårdslagen (2017:30)
- Legitimerad personal
- Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)
- Medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR)
- Informationssäkerhetsansvarig

3.1.3 Samverkan för att förebygga vårdskador

Intern samverkan

- **Team-möte** kring patienten består av sjuksköterska, arbetsterapeut, fysioterapeut, omvårdnadspersonal och i vissa fall 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 bland annat med kvalitetsregister.
- **HSL råd** är en mötesform för att diskutera aktuella områden inom hälso- och sjukvård. Det förbereds ärenden som ska till förvaltningens ledningsgrupp. Deltar gör MAS, MAR, områdeschefer, avdelningschef Uppdragsavdelningen och verksamhetschef HSL
- **HSL kvalitet** är möte mellan enhetschefer för legitimerad personal, MAS, MAR samt verksamhetschef HSL. Områdeschefer adjungeras. Verksamhetsfrågor inom hälso- och sjukvårdsområdet diskuteras. Frågor bearbetas och kan beslutas i gruppen eller behöva beredas i till exempel HSL rådsgruppen.

- **HSL-mingel, pulsträffar och tvärprofessionellt mingel** har genomförts under året för att stärka samarbetet mellan professionerna och minska de långa meddelandetiderna i verksamhetssystemen.

Extern samverkan

- **Grupp för samverkan vid utskrivning (SVU-grupp)** är ett möte där representanter från myndighetsenheten, sjuksköterskeorganisationen, rehab gruppen, Landskrona lasarett samt hälsovalsenheterna deltar. Gruppen har möten två gånger per termin och mötet leds av områdeschefen för boende och hälsa. Syftet med gruppen är att gemensamt diskutera frågor kring arbetet med samverkan vid utskrivning från sjukhus.
- **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. Mobilt närsjukvårdsteam Landskrona, psykiatri 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.
- **Regelbundna möten vårdhygien** där MAS deltar i ett forum för att diskutera frågor om aktuella vårdhygieniska frågor.
- **MAS/MAR nätverk nordväst** sker regelbundet mellan MAS och MAR i nordväst där vårdgivaren samverkar kring gemensamma frågor som är kopplat till t.ex. samarbete med regionen.
- **Vårdsamverkan medicinsk kvalitet** deltar MAS i regelbundna möten på Helsingborg lasarett. Gruppens syfte är att diskutera frågor som gäller gemensamma frågor mellan slutna vården och den kommunala primärvården.
- **Områdesnätverk MAS/MAR** är en regional samrådsgrupp för MAS och MAR med syfte att föra en dialog kring hälso- och sjukvårdsfrågor och vara en informationskanal mellan MAS/MAR-nätverken och Skånes Kommuner. MAR är representerad i denna grupp och företräder delregion nordväst.

3.1.4 Informationssäkerhet

Informationssäkerhetsansvaret följer verksamhetsansvaret, det vill säga varje chef är ansvarig för informationssäkerheten inom sitt område. Vårdgivaren har en ansvarig projektledare vars uppdrag är att samordna arbetet kring det systematiska informationssäkerhetsarbetet tillsammans med representanter från verksamheten. Uppdraget grundar sig på stadens policy för informationssäkerhet och vårdgivarens riktlinje för informationssäkerhet som sätter ramarna för det systematiska arbetet. Riktlinjen baseras på ISO 27001, ISO 27002 samt ISO 22301 som reglerar bland annat organisering, utbildning till personal, riskhantering, kontinuitetsshantering samt säkerhetsåtgärder i IT-system.

Årligen görs riskanalyser i enlighet med NIS-direktivet. NIS- direktivet trädde i kraft den 1 augusti 2018 i Sverige genom lagen om informationssäkerhet för leverantörer av samhällsviktiga och digitala tjänster. Energi, transport, bank, finansmarknad, hälso- och sjukvård, dricksvattenförsörjning och digital infrastruktur pekas ut som specifika sektorer.

En stor del av åtgärdsplanerna av riskanalysen är framtagande av kontinuitetsplaner som görs bland annat inom hälso- och sjukvården, äldreomsorgen, funktionsstöd samt myndighetsenheten, kontinuitetsplanerna reglerar hur personal ska arbeta för att säkerställa en acceptabel vårdnivå under pågående incident eller kris. Kontinuitetsarbetet är pågående och de första kontinuitetsplanerna beräknas fastställas under år 2024.

Vårdgivaren har under 2023 arbetat med att klassificera samtliga informationstillgångar på Omsorgsförvaltningen. Till år 2024 kommer åtgärdsplan tas fram för de mest samhällskritiska systemen som bedöms innefattas av NIS-direktivet.

Åtkomstkontroll ska genomföras fyra gånger årligen och omfattar verksamhetssystemet LifeCare samt NPÖ (nationell patientöversikt). Under året har behörighet för personal som avslutat sin tjänst återfunnits vid åtkomstkontroller. Behörigheterna har då tagits bort ur systemet.

Loggranskning

Resultat egenkontroll

Mål: Uppmärksamma eventuella brott mot sekretesslagen.

Resultat: Samtliga enheter har genomfört åtkomstkontroller.

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

Uppföljning av åtgärd: Kontroll och redovisning av egenkontroller kvartalsvis ger ett samlat resultat i delårsrapport respektive årlig patientsäkerhets- och kvalitetsberättelse.

Analys av resultat: Resultatet har gått från att hälften av enheterna genomfört åtkomstkontroller under första kvartalet till att samtliga enheter nu genomfört åtkomstkontroller. Under året har det bland annat uppmärksammats felaktiga behörigheter i systemen samt personal som inte varit aktiv i systemet under en lång tid.

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.

- Arbetet med säkerhetskulturtrappan, som är ett material i workshopform utarbetat av Sveriges kommuner och regioner, SKR har påbörjats inom ledningsgruppen för hemvård och särskilt boende tillsammans med Socialt ansvarig samordnare (SAS), MAS och MAR. Område stöd- och service ska påbörja arbetet under våren 2024. Syftet med säkerhetskulturtrappan är att öka kunskapen kring säkerhetskultur och ge möjligheten att reflektera och utveckla frågor kring säkerhetskultur.

Beskrivning av säkerhetskulturtrappans fem nivåer

A representerar den lägsta nivån av säkerhetskultur och E en högt utvecklad sådan



Säkerhetskulturtrappan



Inspiration av Diane Parkers säkerhetskulturtrappa i Manchester Patient Safety Framework

5

3.3 Adekvat kunskap och kompetens

Medarbetarnas erfarenhet och kompetens

Äldreomsorgslyftet

Äldreomsorgslyftet innebär att genom validering och utbildning utbilda vårdbiträden till undersköterskor. Förvaltningens medarbetare studerar på heltid under 1–1,5 år för att bli färdigutbildade undersköterskor, diplomerade genom Vård- om omsorgscollege. Utbildning i yrkessvenska genom folkhögskola är ett komplement till färdig utbildning till undersköterska.

Kompetensutveckling och fortbildning

Det finns ett behov av systematiskt återkommande utbildningar för legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal likt den som finns för brukarnära personal i förvaltningen. Som omvårdnads- respektive rehabiliteringsansvarig personal är uppgiften att utföra insatser gentemot patienter men också att vara handledande för annan personal.

I de lokala avtal som finns mellan vårdgivaren och stadens hälsovalsenheter ska hälsovalsenheterna erbjuda utbildning till kommunens hälso-och sjukvårdspersonal, detta har inte erbjudits under åren med pandemi men arbetet kring detta har påbörjats med ett inledande möte mellan vårdgivaren och stadens hälsovalsenheter. Arbetet med att få i gång arbetet kommer att fortsätta 2024. Inför omstart av arbetet har en enkät skickats ut till all legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal i staden som fått inkomma med förslag på vad de önskar för typ av fortbildning från hälsovalsenheterna.

Det finns ett behov att vårdgivaren ger möjlighet till fler legitimerade hälso- och sjukvårdspersonal att bli specialister inom sitt yrke och att läsa fördjupningskurser på universitetet inom ramen för sin tjänst. Inom regionen erbjuds utbildning med lön, till exempel AST-tjänster för sjuksköterskor som är en typ av specialistutbildning inom yrket. Behovet av specialistkompetens krävs för att möta omställningen till God och Nära vård där mer avancerad vård kommer att bedrivas i hemmet och med den omställningen finns ett behov av att stärka patientsäkerheten. Ett ökat ansvar för kommunen kommer att leda till en ökad specialisering och innebära att alltmer specialistkompetens behöver utvecklas för den kommunala hälso- och sjukvården framöver.

Demenssjuksköterska

Under året har en medarbetare utbildat sig till sjuksköterska inom demens och påbörjat sitt arbete. Arbetet har bland annat inneburit att samverka med hälsovalsenheter, minnesmottagningen i Malmö och flera olika personer och enheter inom staden. Samverkan med hälsovalsenheterna har lett till att de tar kontakt när det finns gemensamma patienter som kan vara i behov av stöd i hemmet på grund av sin kognitiva sjukdom.

Demenssjuksköterskan har föreläst på Enheten för stöd och hälsa samt stadens träffpunkter för att informera om kognitiva sjukdomar. Specialteamet har under året fått handledning av demenssjuksköterskan och deras arbetssätt har setts över och utvecklats för att säkerställa att validerade instrument används. Även dagverksamheten har fått handledning.

Demenssjuksköterskan är delaktig vid biståndshandläggarnas boråd och ska även vara med på deras reflektionssamtal för att öka kunskapen och förståelsen för kognitiva sjukdomar och symtom. De särskilda boendena har fått handledning i specifika fall och fått stöd i implementering av BPSD-registret. BPSD – Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens – drabbar någon gång ca 90 % av alla som lever med en demenssjukdom.

Förflytningsutbildning

Förflytningsutbildning arrangeras i stor del av fysioterapeut från Rehabgruppen men har även arrangerats för personal inom Område stöd och service (OSS) av legitimerad rehabpersonal från Resursteamet. Förflytningsutbildningar arrangeras för att uppnå en god och säker vård gentemot brukarna samt en god arbetsmiljö för personalen.

Förflytningsutbildning	Antal	Deltagare
Manuell förflytningsteknik	14 (7)	90 (48)
Lyftlicens	13 (8)	81 (44)

Förflyttningsutbildning	Antal	Deltagare
Sommarvikarier Manuell förflyttningsteknik	15 (17)	65 (114)

Delegeringsutbildning

Under 2023 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	16	185
Repetition läkemedel	17	162
Diabetes	31	312
Stomivård	13	90
Kateterspolning	7	30
Sårvård	6	32
Venprovtagning	4	17
Sondmatning	9	39
Subcutan injektion och dosettdelning	7	21
Epilepsi	3	15
Läkemedel bas för sommarvikarier	16	158
Trycksår (hemvård)	3	23

Antalet omtest för de som inte klarat kunskapstestet var 145.

Under 2023 har en ny utbildnings- och kunskaps plattform implementerats (Learnifier). Tidigare var alla utbildningar och alla kunskapstest analoga. Alla utbildningar och allt utbildningsmaterial är inlagt i Learnifier och under 2024 planeras att även kunskapstesterna ska vara inlagda i systemet. Under 2024 planerar utbildningssköterskorna för att någon utbildning ska vara inlagd helt digitalt.

Under året har ett stort arbete lagts ner på att utbilda hemvården i diabetes eftersom ansvaret för insulingivningen flyttades från HSL-gruppen till hemvården.

Förbättrings- och implementeringsarbete

Handledningssjuksköterskorna i hemvården har utfört kompetenshöjande insatser för hemvårdspersonalen och timanställda vikarier i form av praktisk och teoretisk handledning. Exempel på område inom handledning är basala hygienrutiner, basal och preventiv omvårdnad, Senior alert, dokumentation samt avvikelserapportering för att öka patientsäkerheten. Det har bjudits in externa föreläsare för att öka kunskap och motivation hos personalen gällande inkontinensvård, munvård och diabetesvård. En teoretisk utbildning för nyanställda vikarier inom basal och preventiv omvårdnad har tagits fram. I samband med att MAS och MAR har besökt flera hemvårdsgrupper vid deras APT under året, så framkommer det att personalen ser en stor tillgänglighet och kunskapsutbyte av handledningssjuksköterskorna. Handledningssjuksköterskornas stöd både i det teoretiska och praktiska arbetet stärker omvårdnadspersonalens roll och ökar samarbetet mellan kollegor för att uppnå en så god och lika vård som möjligt.

Rehabassistenter från Hemrehab har genomfört studiecirkelträffar i rehabiliterande förhållningssätt till nya och tidigare utsedda rehab ombud med teman som berör bl.a. fall, avvikelser och kost. Studiecirkelarna ökar nätverkandet mellan rehab ombuden i förvaltningen och ett kunskapsutbyte leder till ett mer lika rehabiliterande förhållningssätt i verksamheterna.

3.4 Patienten som medskapare

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

Läkemedelsrobotar

Läkemedelsrobotar (Evondos) kan vara en möjlig lösning för en liten grupp patienter som har hjälp med överlämnande av läkemedel. I nuläget används läkemedelsrobotar hos sex patienter, men ytterligare tre patienter planeras att få insatsen. Målet inför 2024 är att det kommer installeras ytterligare fem robotar hos lämpliga patienter. Hemsjukvården arbetar med selektering och under 2024 kommer det att ske i ett samarbete med hemvården i syfte att fler patienter kan bli aktuella för läkemedelsrobot. Genom att de patienterna har hjälp med läkemedelsöverlämning via Evondos, så kan hemvården planera övriga besök utifrån patientens önskemål och verksamhetens behov.

Personcentrerat förhållningssätt

Under 2023 har den personcentrerade vården med patienten som medskapare visat på ökad följsamhet till Hs-avtalet. Genom särskilda utbildningsinsatser ska kvalitén på den samordnade individuella planen (SIP) öka. Utbildningen har sin grund i ett personcentrerat förhållningssätt vilket innebär att patienten ska vara medskapare av sin egen vård och omvårdnad. I detta har ingått att stärka patientens roll som medskapare och att utverka SIP:ar som stöd för den processen och inte minst att skapa mobil teamsamverkan tillsammans med de lokala hälsovalsenheterna genom Mobilt Närsjukvårdsteam Landskrona. Under våren 2024 kommer informationsinsatser genomföras i syfte att utbilda verksamheterna i enlighet med Hs-avtalets aktivitets- och tidplan utifrån den prioritering som Nordvästra delregionen beslutat om.

Medicinsk vårdplan

Patienter som endast behöver hjälp med hälso- och sjukvårdsinsatser behöver få samordnat sina insatser. En medicinsk vårdplan behöver tas fram där hälso- och sjukvårdsaktörerna, tillsammans med patienten, planerar för dennes vård. Det finns ett behov att utforma en medicinsk vårdplan och behovet av detta arbetssätt kommer att framföras i Närsjukvårdsrådet.

Patientenkäter Hemrehab och Rehabgruppen

I samband med rehabiliteringsinsatser från Hemrehab så lämnas det alltid ut enkäter där patienter anonymt får svara på frågor kring bland annat delaktigheten i sin egen vård. Vid två tillfällen per år görs samma i samband med rehabiliteringsinsatser från Rehabgruppen. Samtliga enkätsvar tyder på att patienterna alltid eller oftast upplevt att hänsyn tagits till åsikter och önskemål i hur rehabiliteringen ska utföras. Samtliga enkätsvar tyder på en upplevd trygghet och förtroende i sin kontakt med arbetsterapeut, fysioterapeut/sjukgymnast eller rehab assistent.

Patientenkäter Sjuksköterskeorganisationen

En gång per termin fyller ett antal slumpvist utvalda patienter i en enkät. Frågorna handlar om upplevd trygghet i kontakt med sjuksköterska, 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)

Landskrona stads Tillgänglighetsråd benämnt Tillgänglighetsrådet eller LTR, är ett organ för samråd och ömsesidig information mellan handikapporganisationerna och stadens styrelser och nämnder. Rådet skall arbeta för att tillförsäkra människor med funktionsnedsättning delaktighet och jämlikhet i enlighet med FN:s standardregler. Rådet är inte beslutande utan endast rådgivande referensorgan och ska förse kommunens organ med synpunkter och förslag i aktuella och generella frågor inom tillgänglighetsrådet. Tillgänglighetsrådet sammanträder på eget initiativ dock minst fyra gånger om året efter kallelse av ordföranden.

4 Agera för säker vård

Förebyggande arbete - Senior alert

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

Resultat: Arbetet med Senior alert inom hemvården har utvecklats väl under 2023 med en stor ökning av antal riskbedömningar. Det finns fortsatta behov av att utveckla arbetet samt att arbeta med att följa upp åtgärderna.

Åtgärd: Handledningssjuksköterskorna har haft en drivande och utbildande roll i utvecklingen av arbetet med Senior alert i hemvården. De har stöttat upp enhetschefen och den legitimerade personalen i att hålla ihop arbetet samt handlett och gett stöd till omvårdnadspersonalen vid riskbedömning och genomförande av åtgärder.

Uppföljning av åtgärd: Arbetet med Senior alert ska drivas av de multiprofessionella teamen och det behöver därför säkerställas att arbetet bibehålls även om handledningssjuksköterskornas roll i arbetet minskar. Systematiken behöver fortsätta säkerställas när ansvaret tas över av det multiprofessionella teamet.

Analys av resultat: Omsorgsförvaltningen behöver fortsättningsvis arbeta mer med teamsamverkan för ett aktivt arbete med Senior Alert i syfte att öka patientsäkerheten och kvalitetssäkra verksamheten. Resultatet av uppföljning av insatta åtgärder är lågt eftersom tre månader efter insatt åtgärd inte hunnit göras under 2023.

	Unika personer	Antal genomförda riskbedömningar	Antal fullföljda processer
Landskrona stad	476 (2022: 365)	743 (2022: 569)	74% (2022: 60%)
Hemvård	133 (2022: 9)	139st (2022: 16)	59% (2022: 60%)
Särskilt boende	333 (2022: 341)	575 (2022: 511)	80% (2022: 59%)
Område stöd- och service	10 (2022: 15)	29 (2022: 42)	71% (2022: 64%)

Läkemedelsgranskning – Apoteket

Mål: Säker läkemedelshantering, följsamhet till läkemedelsrutinen.

Resultat: Granskning på tre hemvårdsområden visade behov av att uppdatera rutinen för läkemedelshantering. Under 2023 har det även skett ett ökat antal stölder av läkemedel framför allt i hemvården.

Åtgärd: Lokal läkemedelsrutin ska fastställas på varje hemvårdsområde enligt mall. MAS kommer i samarbete med enhetschef och sjuksköterska på hemvårdsområdet säkerställa att det finns en lokal rutin. Den övergripande läkemedelsrutinen ska revideras. Rutin kring överlämnade av apodosrullar har skärpts

Uppföljning av åtgärd: MAS genomför stickprovskontroller under 2024 för att säkerställa följsamheten till den nya rutinen.

Analys av resultat. Brister i läkemedelshanteringen kan leda till att patienten får fel läkemedel på fel tid, bristen kan också leda till att omvårdnadspersonalen behöver kontakta sjuksköterskan vilket hade kunnat undvikas.

Följsamhet till de basala hygienrutinerna

Mål: Följsamheten till de basala hygienrutinerna ska öka.

Resultat: Resultatet på vårens mätning visade på en följsamhet till de basala hygienrutinerna på 56% i samtliga 8 steg, höstens resultat 52%. I vårens mätning deltog samtliga särskilda boenden

men endast 2 hemvårdsområden med i höstens mätning deltog samtliga hemvårdsområden och särskilda boenden. Resultatet omfattar även privata vårdgivare. I vårens mätning deltog samtliga särskilda boenden men endast 2 hemvårdsområden. Resultatet är fortsatt lågt trots vidtagna åtgärder, och en orsak kan bero på låg medvetenhet och kunskap inom vårdhygien. Ytterligare en orsak kan vara att personalen inte identifierar sig som vårdpersonal utan mer som omsorgspersonal där vård är mer sekundär och därmed också basalhygien. Orsakssamband kan också härledas till brist av stickkontroller och chefernas behov av att säkerställa följsamheten till de basala hygienrutinerna. En låg följsamhet till de basala hygienrutinerna kan leda till att utbrott av smitta som hade kunnat undvikas.

Åtgärd: 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. Under 2024 kommer hemvården, SÄBO samt OSS att arbeta enligt de handlingsplaner som varje område tagit fram för att stärka följsamheten till de basala hygienrutinerna. MAS kommer under 2024 följa upp handlingsplanerna två gånger om året.

Hemvården

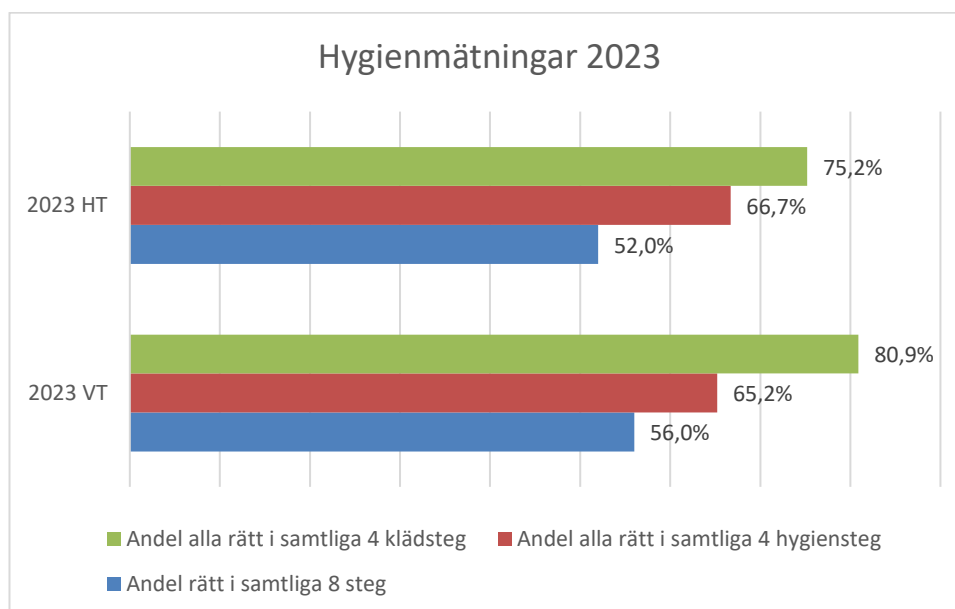
Hemvården kommer under 2024 att göra 2 inofficiella egenkontroller för att mäta följsamheten till de basala hygienrutinerna. Rutin har upprättats i hemvården där skyddsmaterial hanteras på samma sätt på alla områden. I rutinen har ansvaret för enhetschefen definierats.

Boende och hälsa

Boende och hälsa kommer under 2024 att arbeta med Socialstyrelsens stödmaterial för arbete med basala hygienrutiner, oanmälda kontroller av följsamheten av basala hygienrutiner kommer att genomföras av enhetschef samt hygienombud. Boende och hälsa kommer även att arbeta med att det finns handspritsdispensärer utanför lägenheterna samt att tydliggöra reglerna för arbetskläder.

Område stöd och service

Under 2024 kommer information och utbildning att ges till personalen för att öka följsamheten till de basala hygienrutinerna. 2023 gjordes hygienmätning på tre enheter och under 2024 kommer ytterligare enheter att ingå i hygienmätningen.



Journalgranskning

Mål: God och säker vård med tillförlitlig och tillgänglig dokumentation.

Resultat: Under november genomförde legitimerad hälso- och sjukvårdspersonalen en kollegial journalgranskning på initiativ av MAS och MAR. Legitimerad personal fick granska tre journaler utifrån ett standardiserat frågeformulär. Journalgranskningen genomfördes på 134 journaler jämnt fördelat mellan de legitimerade yrkesgrupperna med flest granskade journaler inom ordinärt boende. I en tredjedel av journalerna saknas relevant bakgrundsinformation, vilket kan vara relaterat till byte till nytt verksamhetssystem. I drygt 2/3 delar saknas patientens beskrivning av sin hälsa och i drygt hälften av alla journaler saknas uppgifter om patientens egna önskemål vad som avser vård och behandling. I flertalet journaler saknas uppgift om medverkan vid läkemedelsgenomgång.

Åtgärd: Gå igenom journalgranskningen med dokumentationsgruppen där alla legitimerade yrkesgrupper finns representerade vilken bör utmynna i större patientmedverkan och omhändertagande av identifierade brister. Under 2024 ska implementering av standardiserade vårdplaner påbörjas som kommer att leda till en likartad dokumentation. Åtgärden kommer att följas upp under våren 2024 genom en ny kollegial journalgranskning.

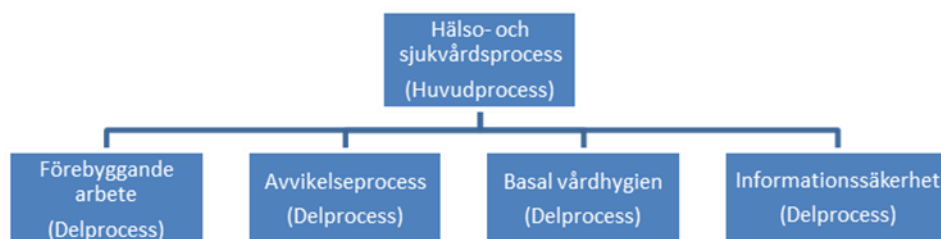
Analys av resultat: Det saknas uppgifter i patienters journal vilket leder till en risk för patientsäkerheten. En väl förd patientjournal har stor betydelse för patientsäkerheten. I patientjournalen ska det vara lätt att följa bland annat vilka bedömningar och överväganden som gjorts.

4.1 Öka kunskap om inträffade vårdskador

Allvarliga vårdskador

Under 2023 har åtta händelser anmälts till IVO enligt lex Maria. Händelserna har mynnat ut i en röd tråd där orsakerna till händelserna liknar varandra. Orsakerna är avsaknad av kliniska bedömningar, bristande dokumentation samt avsaknad av att sjuksköterskorna agerar som ledare för omvårdnaden. I tre av händelserna har IVO delgett sitt beslut om att de är nöjda med utredningen och åtgärderna, i fyra av händelserna har IVO begärt komplettering och därefter fattat beslut om att de är nöjda med utredningen och åtgärderna. En händelse är anmäld december 2023.

4.2 Tillförlitliga och säkra system och processer



- 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. kvalitetsregister hanterar.
- 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, handledningssjuksköterskor samt enhetschef.
- Informationssäkerhet bygger på introduktion av samtliga medarbetare och sedan ständig repetition av denna kunskap. Ansvariga chefer utför regelbundet åtkomstkontroller.

4.3 Säker vård här och nu

Vikariehantering

Rekryteringssvårigheterna av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal kvarstår likt förra året, och påverkar inte bara verksamheterna under semesterperioderna utan hela året. Svårigheten att rekrytera legitimerad personal som leder till vakanta tjänster, leder också till en risk för patientsäkerheten. Bemanningsföretag har under 2023 använts både inom Rehabgruppen och Sjuksköterskeorganisationen för att kunna fylla upp behoven på vakanta tjänster och sjukskrivningar.

Förebyggande arbete

Senior alert

Risker som framkommit i samband med riskbedömningar med hjälp av Senior alert visar på liknande risker som riket. Det som framför allt kan noteras är risk för fall. Legitimerade arbetsterapeuter och fysioterapeuter har under året kunnat fokusera mer på de inskrivna patienterna i hälso- och sjukvård, då de inte längre hanterar fallrapporter för de som inte är inskrivna i hemsjukvård. Fallrapporter för Landskronabor som inte är inskrivna i hemsjukvården hanteras numera av projekt HERO.

Resultat av registret

	Risk för trycksår	Risk för undernäring	Risk för fall	Risk för dålig munhälsa
Sverige	29%	59%	77%	46%
Landskrona stad	30%	62%	73%	43%
Hemvård	14%	64%	82%	61%
Särskilt boende	41%	70%	75%	46%
Område stöd- och service	28%	31%	62%	72%
		0–24%	25–74 %	75–100%

4.3.1 BPSD-registret - BPSD – Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens

Flera nya enheter har anslutits och andra har arbetat med att förbättra kvalitetsarbetet med hjälp av BPSD-registret. Efter sex utbildningstillfällen har alla särskilda boende i kommunen utbildade administratörer i BPSD-registret. Förutom fortsatt implementeringsarbete på de särskilda boendena, har även implementering av BPSD-registret i hemvården påbörjats. En hemvårdsgrupp inklusive enhetschef och legitimerad personal kommer att utbildas under våren 2024.

Resultat: Totalt 136 registreringar har gjorts, men uppföljningar genomförs inte i den omfattning som de borde. Uppföljningar är viktiga för att kunna se effekten av de personcentrerade åtgärder som satts in för att minska och förebygga BPSD. I BPSD-registret ingår det att personalen gör en bedömning av smärta och enligt data som registrerats under året går det att utläsa att 88% av personer med kognitiv sjukdom på de särskilda boendena var smärtfria, jämfört med 83% året innan. Denna siffra är högre än i resten av riket (72%).

47,6% av de registrerade behandlas med Paracetamol, ungefär samma som tidigare år.

17,7% av de registrerade patienterna behandlas med antipsykotiska läkemedel, vilket är fler än i övriga Skåne och hela riket.

Palliativ registret

Resultat: Registreringarna i Palliativ registret visar att de patienter som avlidit och som haft ett förväntat dödsfall i stor utsträckning haft en person i rummet vid tidpunkten för dödsfallet. Det visar också att en hög andel av patienterna fått ordinationer på palliativ symtomlindring i form av läkemedel. Under 2023 har palliativa gruppen tillsammans med MAS arbetat med att det ska finnas en dokumentation i journalen gällande brytpunktsamtal. Vid journalgranskning ses en ökad användning av KVA-koden.

4.3.2 Riskhantering

- Riskronder i lokaler, utrustning och bemanning:

Under 2023 har vårdhygieniska egenkontrollsronder (VEK) genomförts på samtliga Särskilda boenden.

- Riskrapporter i avvikelssystemet:

Arbetet med risker för vårdskador sker genom att enhetscheferna har ett ansvar att ta emot och utreda avvikelser på sin enhet, inom samtliga lagrum. Uppföljning av enhetens avvikelser följs upp månatligen och rapporteras i Stratsys.

4.4 Stärka analys, lärande och utveckling

Stärkt patientsäkerhetsarbete i kommuner

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.

SKR har tillsammans med patientsäkerhetsnätverket för medicinskt ansvariga sjuksköterskor utvecklat ett verktyg för att utifrån den nationella handlingsplanen stödja utvecklingen av patientsäkerhetsarbetet i kommunerna.

I samband med att MAS, MAR och VC HSL genomförde denna analys under 2022 uppmärksammades två fokusområden som bör prioriteras 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 säkerhetskulturtrappan i work-shops. Följa upp hur arbetet med uppföljningar går i Stratsys.	Uppdragschef (inledande), MAR, MAS, VC HSL, enhetschefer och personal.	Stor	Stor

4.4.1 Avvikelse HSL/Vårdskador

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet ¹

Vårdpersonal ansvarar för att identifiera, dokumentera och rapportera händelser (avvikelse). 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.²

Resultat

Typ av avvikelse:	Antal	Hemvård	Särskilt boende	Område stöd och service
Fall	2235	1355	738	91

² I tabellen redovisas inte Hemrehab, Projekt Hero samt privat utförare hemvård Abello dock redovisas dessa i totalsumman.

Typ av avvikelse:	Antal	Hemvård	Särskilt boende	Område stöd och service
Läkemedel	676	268	262	70
Beviljad insats inte genomförd	48	19	18	4
Brist i dokumentation/informationsöverföring	72	9	13	2
Brist i genomförande av insats	124	41	49	11
Brister i fysisk miljö, omgivningar och organisation	17	2	8	3
Brister i teknik, utrustning och apparatur	37	7	7	11
Extern avvikelse	70			
Vårdsador	128	70	44	7

Analys

Syftet med avvikelshantering är att säkra arbetet för patientsäkerheten, d.v.s. fastställa, analysera och undanröja orsaker till risker, tillbud och negativa händelser.

Antalet rapporter som inkommit visar att medarbetarna fullföljer sin rapportskyldighet då avvikelserna inte minskat sedan förra året. Det är fortsatt flest antal rapporter kring fall och läkemedel

Det är också av stor vikt att avvikelserna som är av allvarlig karaktär involverar medicinskt eller socialt ansvariga för fortsatt utredning i tidigt skede. Följden av att inte utreda enligt rutin kan leda till bristande patient- och brukarsäkerhet.

Efter både egenkontroll av avvikelseanalyser i Stratsys samt stickprov i hur utredningar av avvikelser genomförs, är vårdgivarens analys att fortsatt arbete med att stärka och förankra säkerhetskulturen krävs. Effekterna av en bristfällig hantering blir att allvarliga händelser riskerar att upprepas. Under 2023 påbörjades arbetet med säkerhetskulturtrappan som är ett material i workshopform utarbetat av Sveriges kommuner och regioner (SKR). Arbetet med säkerhetskulturtrappan har påbörjats inom ledningsgruppen för hemvård och särskilt boende tillsammans med SAS, MAS och MAR. Område stöd- och service (OSS) ska påbörja arbetet under våren 2024.

Stort antal fallrapporter – kan tidiga insatser förhindra eller förlänga behovet av kommande omsorgsbehov?

Genom förändrat arbetssätt avseende fallprevention på två nivåer kan Landskronabor med ett påbörjat hjälpbehov nås i ett tidigt skede. Syftet är förskjuta eller i bästa fall förhindra ett behov av ytterligare hjälp i framtiden. Dessutom bidrar detta till att legitimerad personal frigörs till att hantera fallrapporter och till inskrivna patienter.

De fallrapporter som hanterats under året i förvaltningen rör sig främst om personer med grundsjukdom som ger en ökad fallrisk samt personer med kognitiv svikt. De allra flesta fallrapporterna leder inte till några vårdsador. I de allra flesta fallen kontaktar rapporterande personal sjuksköterska för att be om råd, dock dokumenteras inte detta alltid varför uppföljning av arbetet försvåras. Detta innebär att baspersonalen har behov av att få stöd i dokumentationen avseende fallrapporter för att säkerställa patientsäkerheten.

4.5 Tillsyn av inspektionen för vård och omsorg samt patientnämnden

IVO mottog under året fem klagomål. Ett av klagomålen ledde till att vårdgivaren anmälde ärendet enligt lex Maria.

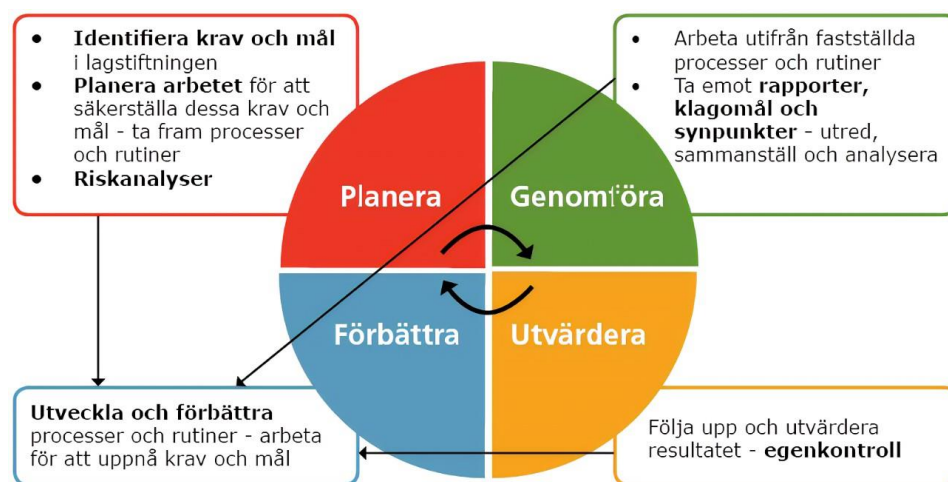
Patientnämnden

Under 2023 registrerades ett ärende hos patientnämnden. Patientnämnden hänvisade till MAS och efter den kontakten kunde ärendet läggas ner utan åtgärd. Ärendet gällde anhöriga som framförde klagomål både gällande SoL - samt HSL-insatser för sin närstående. Efter ett möte mellan anhöriga, berörda enhetschefer samt MAS togs det fram åtgärder som anhöriga blev nöjda med.

5 Systematiskt kvalitetsarbete enligt SoL och LSS

Systematiskt kvalitetsarbete är en del av föreskriften, ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, SOSFS 2011:9. Föreskriften vägleder och reglerar systematiskt kvalitetsarbete inom Omsorgsförvaltningen och enheter som omfattas av socialtjänstlagen (SoL) och lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS).

Dokumentation och utvärdering av verksamhetens resultat är centrala inslag i föreskriften. Det krävs att ledningen regelbundet granskar och analyserar utfall och resultat, och att åtgärder vidtas för att kontinuerligt förbättra enheterna, enligt nedanstående förbättringshjul.



Källa: Förbättringshjul. SOSFS 2011:9 ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

5.1 Uppföljning genom egenkontroll SoL och LSS

Egenkontroller är en del av systematisk uppföljning av enhetens resultat samt kontroll att den bedrivs utifrån de processer och rutiner som ingår i enheternas ledningssystem.

Uppdragsavdelningen har tagit fram egenkontroller avseende genomförandeplaner, socialdokumentation och myndighetsprocessen. Syftet med dessa är att enhetschefen på ett systematiskt sätt ska kunna se hur deras enheter arbetar med genomförandeplan, socialdokumentation, handläggning samt ta in åtgärder där det krävs.

Anledningen till att det under 2023 skiljer sig åt mellan de olika kvartalen samt att svarsfrekvensen ökat under Q3-4 beror på att förvaltningen under året arbetat systematiskt med egenkontroller. Skälet till att antalet enheter skiljer sig under kvartalen är på grund av att i kvartal 3 och kvartal 4 har förvaltningen infört egenkontroller, samtliga enheter som tidigare inte haft egenkontroller. Myndighetsenheten är också tillagd för att säkerställa myndighetsprocessen samt handläggarnas dokumentation.

Hemvården

En utvärdering av egenkontroller inom hemvården visar på en positiv utveckling över kvartalen.

- Kvartal 1: 2 av 11 enheter genomförde egenkontroller, där dagverksamheten inkluderades i hemvården.
- Kvartal 2: Antalet enheter som utförde egenkontroller ökade till 6 av 9.
- Kvartal 3: Samtliga enheter genomförde sina egenkontroller.
- Kvartal 4: Alla 11 enheter genomförde sina egenkontroller.

Denna positiva trend kan tillskrivas det systematiska arbete som initierades som en åtgärd efter kvartal 2. Under kvartal 3 analyserade områdeschef och verksamhetsutvecklare samtliga enheters egenkontroller för att identifiera förbättringsområden på områdesnivå.

I månadsuppföljningarna samarbetar enhetschefen med områdeschefen och verksamhetsutvecklaren för att granska sina egenkontroller och säkerställa att genomförandeplaner är upprättade samt korrekta.

Resultaten av egenkontrollerna pekar på två specifika områden där ytterligare åtgärder behövs:

- Brukarens delaktighet är avgörande för att säkerställa deras individuella mål och behov samt att deras önskemål beaktas.
- Information om fast omsorgskontakt i genomförandeplanerna är likaså av stor vikt för att säkerställa transparent och effektiv kommunikation mellan olika aktörer brukaren kommer i kontakt med samt för att ge brukarna den nödvändiga tryggheten och förståelsen för dess vård och omsorg.

Rollen som dokumentationsstödare är avgörande för att sprida kunskap om vad som ska dokumenteras. Dokumentationen kommer att diskuteras regelbundet på teamträffar och personalmöten. Majoriteten av alla brukare på enheterna har en genomförandeplan, vilket är positivt eftersom många brukare saknade en aktuell genomförandeplan under första halvåret. För att förbättra användningen av genomförandeplaner bör de integreras som en naturlig del av det dagliga arbetet. Denna övergång i arbetet med genomförandeplan kommer att förflytta fokus från ett organisationsperspektiv till ett större brukarperspektiv, ett arbete som behöver fortsätta under 2024.

Boende och hälsa

Resultaten från enheternas egenkontroller visar en positiv utveckling över kvartalen.

- Kvartal 1: 4 av 9 enheter genomförde egenkontroller.
- Kvartal 2: 9 av 11 enheter utförde egenkontroller.
- Kvartal 3: Samtliga 12 av 12 enheter genomförde sina egenkontroller. Detta är en positiv utveckling.
- Kvartal 4: 11 av 12 enheter genomförde sina egenkontroller.

Verksamhetsutvecklaren har spelat en viktig roll i arbetet med att enhetscheferna fullföljer egenkontrollerna. Systematik och ledning är avgörande för att enheterna ska fullfölja sina egenkontroller framåt.

Resultaten indikerar att området behöver förbättra sitt arbete med Individens behov i centrum (IBIC). Personalen bör öka sin kunskap i hur insatser beskrivs och i hur de arbetar med olika livsområden. Verksamhetsutvecklaren och systemadministratören har utbildat dokumentationsstödare i IBIC, men det anses fortfarande vara otillräckligt. Därför har verksamhetsutvecklaren påbörjat en utbildning i IBIC för hela personalstyrkan inom området, vilket kommer att fortskrida under 2024.

Under våren har SAS, avtalscontroller och kvalitetscontroller även granskat området kring genomförandeplaner och socialdokumentation, arbetet resulterade i en handlingsplan som kommer att följas upp under 2024.

Stöd och service

Resultaten från enheternas egenkontroller visar en positiv trend genom hela verksamhetsåret.

- Kvartal 1: 21 av 28 enheter genomförde sina egenkontroller.

- Kvartal 2: Samtliga 28 av 28 enheter utförde sina egenkontroller.
- Kvartal 3: 27 av 29 enheter genomförde sina egenkontroller.
- Kvartal 4: 27 av 29 enheter genomförde sina egenkontroller.

Området Stöd och Service har haft en hög svarsfrekvens över alla kvartal. Några enheter har aktivt analyserat sina resultat och identifierat egna förbättringsområden, vilka kan vara till nytta även för andra enheter. Egenkontrollerna visar på god dokumentation.

Enheterna bör utveckla metoder för att göra brukarna mer delaktiga. Utbildningar behövs för att öka personalens kunskap om hur de motiverar genom ett habiliterande och pedagogiskt arbetssätt.

Sammanfattningsvis visar resultatet av egenkontrollen att den sociala dokumentationen och genomförandeplanen håller god kvalitet. De utvecklingsområden som identifierats är hur stödet ska ges utifrån de olika livsområdena.

Myndighetsenheten

- Kvartal 3: Fullföljt sin egenkontroll.
- Kvartal 4: Fullföljt sin egenkontroll.

Myndighetsenheten har påbörjat arbetet med egenkontroller i kvalitetsledningssystemet från och med kvartal 3. Enhetschefen har tillsammans med biståndshandläggare med utökat ansvar tagit fram 16 frågor som täcker myndighetsprocessen och dokumentationen. Egenkontrollsfrågorna har genomgått med SAS.

Resultaten av egenkontrollerna visar en god kvalitet på myndighetsprocessen. Brister som uppmärksammats har handlat om viss dokumentation enligt IBIC, exempelvis dokumentation kring det informerade samtalet, målsättning och dokumentationen i relaterade faktorer. Det har lett till att myndighetsenheten har dels uppdaterat sin rutinbok, dels ger handledning till handläggarna utifrån de brister som de uppmärksammats. I specifika fall där enskilda handläggare brustit har handläggarna fått en individuell feedback, vilket visar på ett positivt arbete med det systematiska kvalitetsarbetet då myndighetsenheten med detta har hittat ett arbetssätt för återinlärande både i grupp och individuellt som på sikt kommer innebära en mer rättssäker handläggning.

Analys

Under det aktuella året har samtliga områden uppvisat en hög svarsfrekvens vid genomförandet av sina egenkontroller, där enhetscheferna aktivt utnyttjar dessa som mätinstrument för att bedriva systematiskt kvalitetsarbete. Denna utveckling kan tillskrivas en ökad förståelse hos enhetscheferna om hur de navigerar och implementerar kvalitetsledningssystemet.

Resultaten av egenkontrollerna indikerar emellertid att det fortfarande finns utrymme för förbättringar. Processen för att upprätta och revidera genomförandeplaner samt att öka brukarens delaktighet behöver förbättras. Det kan också urskiljas en brist i personalens kunskap om vilka livsområden som bör omfattas av social dokumentation, samt vissa påtalade brister i språkbruket.

Framtida mål bör därför fokusera på att höja kvaliteten i upprättandet och i revideringen av genomförandeplaner, samt att öka tydligheten i social dokumentation. Målet bör också vara att integrera egenkontrollerna som ett användbart verktyg för kontinuerligt lärande och utveckling av kvaliteten på enheterna.

5.2 Avvikelser för insatser SoL och LSS

Under året har 1395 rapporter inkommit vilket är en ökning från föregående år. Fördelningen mellan avvikelserna syns i tabellen nedan, externa avvikelser redovisas inte i tabellen, men står för 69 av det totala antalet. Ökningen kan bero på att alla inom förvaltningen genomgått en visning av det nya verksamhetssystemet samt processen av en avvikelserapportering. Den bakomliggande orsaken handlar om bristande kompetens om syftet med det systematiska kvalitetsarbetet. Avvikelserna behöver utredas på ett korrekt sätt och mer relevanta åtgärder sätts in, för att liknade avvikelser inte ska återkomma.

Granskningen visar att majoriteten av enhetschefer gör handhavande fel i systemet eller avslutar utredningarna utan någon dokumentation eller inlagda åtgärder. Avvikelserna behöver

utredas på ett korrekt sätt och mer relevanta åtgärder sätts in, för att liknade avvikelser inte ska återkomma. Bristerna i utredningsprocessen kan också vara en anledning till den ökade inrapporteringen av avvikelser. Ett identifierat utvecklingsområde är att öka kunskapen och förståelsen till den framtagna rutin som är till för att minimera risken att det som avvikit inte ska ske igen.

Avvikelse	Hemvård	Särskilt boende	Stöd och service	Uppdragsavdelningen	Ekonomiavdelningen
Beviljad insats inte genomförd	209	36	28	0	0
Brist i dokumentation/informationsöverföring	49	24	38	22	27
Brist i genomförande av insats	498	60	84	0	0
Brist i bemötande	27	6	18	0	0
Brist i fysisk miljö, omgivning och organisation	11	7	8	0	0
Brist i handläggning - bristande uppföljning	2	0	4	16	0
Brist i handläggning - övrigt	5	5	1	49	0
Brist i handläggning - felaktigt beslutsfattande	1	1	0	16	0
Brist i handläggning - lång handläggningstid	0	0	0	4	0
Brist i informationssäkerhet/sekretess	2	0	0	6	1
Brist i teknik, utrustning och apparatur	8	7	3	3	0
Ekonomisk oegentlighet/stöld	2	0	0	0	0
Fysiskt övergrepp/våld från medboende	0	6	8	0	0
Fysiskt övergrepp/våld från personal (inkl. familjehem)	0	0	0	0	0
Psykiskt övergrepp/kränkning från medboende	1	4	16	0	0
Psykiskt övergrepp/kränkning från personal	0	0	3	0	0
Antal	815	156	211	116	28

I hemvården är bristen i genomförande av insats den vanligaste avvikelser, främst på grund av problem med trygghetslarmet och försenade inställningar av personal enligt rutin. Andra vanliga avvikelser inkluderar felaktiga eller uteblivna insatser på grund av glömska och fel planering. En framgångsfaktor är att utreda liknande avvikelser som finns på flera enheter utifrån område och inte enbart enhet. Hemvården har gjort en förflyttning sen hösten då verksamhetsutvecklaren går igenom alla avvikelser kvartalsvis.

Särskilt boende rapporterar främst brister i genomförande av insatser, såsom felaktiga inkontinensskydd och avsaknad av städutrustning. Personal- och tidsbrist samt felaktig användning av sensorlarm är vanliga orsaker. Enheterna strävar även efter att uppdatera genomförandeplaner och förbättra dokumentationen.

Inom stöd och service rapporteras huvudsakligen brister i genomförande av insatser och dokumentation/informationsöverföring, samt uteblivna insatser. Det handlar till stor del att utföraren inte delat genomförandeplanen med myndighetsenheten, vilket försvårar myndighetens uppföljningsarbete. Det är ett relativt nytt arbetssätt som behöver följas upp kontinuerligt. Arbetet med att påbörja säkerhetskulturrappan under 2024 är en del av analysen och förbättringsarbetet i avvikelssystemet.

Inom uppdragsavdelningen är Myndighetsenheten ansvarig för flest avvikelser, främst relaterade till brist i handläggning. Orsakerna inkluderar det nya verksamhetssystemet och en

högre arbetsbelastning. Åtgärder inkluderar rutininförande, handledning av kollegor och uppdaterade rutiner. Nya medarbetare får förstärkt introduktion med fokus på sekretess och informationssäkerhet, inklusive DISA-utbildning. Arbetet med introduktion och mentorskap fortsätter under 2024.

Ekonomiavdelningen har börjat rapportera avvikelser från avgiftshandläggare som fattar beslut enligt socialtjänstlagen. Totalt 28 avvikelser har rapporterats, huvudsakligen relaterade till felaktig dokumentation och informationsöverföring. Det finns ett delat ansvar mellan avdelningschefen och utförarna för att identifiera systematiska orsaker till dessa fel och förbättra arbetet.

Analys

Avvikelsehanteringen visar både positiva trender, såsom ökad rapportering och medvetenhet, samt utmaningar i utredningsprocessen och behovet av förbättringsåtgärder för att säkerställa att avvikelser hanteras på ett effektivt och lärande sätt. Det systematiska kvalitetsarbetet går i rätt riktning, genomgång av områdenas avvikelser på ledningsgruppsmöten medvetandegör vad som är en avvikelse, vilket kan ha bidragit till ökningen av antalet avvikelser. Dock behöver förvaltningen bli bättre på att utreda avvikelserna enligt rutin och enhetscheferna behöver få stöd i avvikelssystemet. Arbetet med utredningar och åtgärder behöver förbättras för att samma typ av avvikelse inte ska återupprepas. Bakomliggande orsaker och åtgärder likt lex Sarah utredas på systemnivå.

5.3 Lex Sarah

Lex Sarah är en bestämmelse i socialtjänstlagen (SoL) som innebär att alla som arbetar inom socialtjänstens områden är skyldiga att rapportera missförhållanden och risker för missförhållanden. Syftet är att säkerställa att vård och omsorg bedrivs på ett säkert sätt för brukaren. Lex Sarah utgör en integrerad del av det systematiska kvalitetsarbetet, där enheterna strävar efter utveckling och korrigerings av brister.

Föreskriften SOSFS 2011:5 innehåller bestämmelser om rapporteringsskyldigheten, anmälningsskyldigheten, samt skyldigheten att utreda och åtgärda missförhållanden och risker för missförhållanden. Denna reglering är central för att säkerställa hög kvalitet och trygghet i verksamheten.

Historik över antal Lex Sarah i Omsorgsförvaltningen	
År	Antal
2020	24
2021	14
2022	19
2023	68

Under år 2023 inkom 68 Lex Sarah-rapporter. Antalet rapporter har ökat jämfört med tidigare år, och denna ökning kan tillskrivas flera faktorer:

- Införandet av det nya avvikelssystemet och en ny rutin kring Lex Sarah-rapportering främjar rapporteringsskyldigheten.
- Tidigare var det enhetscheferna som skickade in Lex Sarah-rapporterna till SAS. Nu kan samtlig personal direkt rapportera Lex Sarah. Av de inkomna rapporterna har 23 rapporter inkommit genom enhetschefer, medan omvårdnadspersonalen står för 26 rapporter. Andelen rapporter inkomna via enhetschefer motsvarar tidigare års inrapportering.
- Alla enhetschefer har genomgått en grundutbildning i Lex Sarah under våren och föregående år som en åtgärd relaterat till tidigare satta mål i kvalitetsberättelsen. Dessutom har SAS genomgått ett utvecklingsprogram om systematiskt kvalitetsarbete och fått extern handledning i Lex Sarah. Detta har främjat medvetenheten om Lex Sarah och kan ha bidragit till ökad rapportering.

- Tidigare har läkemedelstölder inte utretts som Lex Sarah. Från och med detta år har detta ändrats, vilket är en anledning till en del av ökningen.

Lex Sarah, avvikelsetyp	Hemvård	Särskilt boende	Stöd och service	Uppdragsavdelningen
Beviljad insats inte genomförd	5	1		
Brist i genomförande av insats	11	4	3	
Brister i bemötande	2	2	1	1
Brister i fysisk miljö, omgivningar och organisation		1		
Brister i informationssäkerhet/sekretess	1		1	
Brister i teknik, utrustning och apparatur				1
Ekonomisk oegentlighet/stöld	11	2	2	
Fysiskt övergrepp/våld från medboende		7	3	
Fysiskt övergrepp/våld från personal (inkl. familjehem)		1	4	
Psykiskt övergrepp/kränkning från personal		1	1	
Psykiskt övergrepp/kränkning från medboende		1		
Sexuellt övergrepp från medboende		1		
Antal	30	21	15	2

Ovanstående tabell visar de olika avvikelsetyper som har rapporterats enligt lex Sarah.

- Brist i genomförande av insats: Detta är den vanligaste typen av avvikelse, både kopplat till lex Sarah och avvikelser generellt. Orsaken varierar och berör bland annat att rutiner inte har följts, bristfällig dokumentation, brist i bemötande och avvikelser från bestämt arbetssätt. Åtgärder har vidtagits genom omorganisering, utbildning, egenkontroller och nya eller reviderade rutiner.
- Ekonomisk oegentlighet/stöld avser stöld av pengar och smycken, läkemedel, livsmedel och övriga värdesaker. För att säkerställa en mer stringent hantering av läkemedel har åtgärder implementerats som förstärker kontrollen. När det gäller andra typer av stöld har förvaltningen inlett samarbete med stadens trygghetsamordnare och polisen. Målet är att ta fram informationsblad och samtalsguider om trygghet för brukaren.
- Fysiska övergrepp från medboende och personal inom område särskilt boende och område stöd och service står för 22% av de totala inrapporterade lex Sarah rapporterna. Dessa händelser har varit återkommande med en gemensam bakomliggande orsak. Personal har inte alltid följt brukarnas handlingsplaner, det har funnits brister i handlingsplanernas kvalitet eller en avsaknad av sådana. Personalen har även brustit i lågaffektivt bemötande. För att åtgärda detta har personalen utbildats i lågaffektivt bemötande, bland annat av resursteamet har varit involverat i processen.

Statistik över bedömningsresultatet av Lex Sarah utredningar under år 2023.	Antal
Avvikelse	9
Påtaglig risk för missförhållande	9
Missförhållande	36
Påtaglig risk för allvarligt missförhållande	2
Allvarligt missförhållande	7
Ingen bedömning	5

Majoriteten av bedömningarna har landat i ett missförhållande. Av samtliga lex Sarah rapporter har nio bedömts som en avvikelse. I relation till den totala inrapporteringen av lex Sarah har antalet lex Sarah anmälningar till IVO inte nämnvärt ökat i jämförelse med 2022. Detta indikerar på att förvaltningens satsning att arbeta med systematiskt kvalitetsarbete ger resultat. IVO:s återkoppling till förvaltningen på avslutade ärenden är att förvaltningen behöver undersöka mer noggrant de bakomliggande orsakerna på systemnivå. Genom att identifiera dessa orsaker kan åtgärder vidtas över hela området eller inom förvaltningen.

Analys

Ökningen av lex Sarah rapporter indikerar på att omvårdnadspersonalen blivit mer medvetna om vad som är ett missförhållande, vilket kan bidra till en förbättrad kvalitet för brukarna. Förvaltningen behöver få ett bättre systematiskt kvalitetsarbete på områdesnivå genom att följa upp åtgärderna. Uppföljning på områdesnivå skapar en strukturerad och hållbar hantering av arbetet med åtgärder och säkerställer att lärandet från varje rapport integreras i förvaltningens övergripande kvalitetsarbete. Arbetet med att implementera och följa upp åtgärder är avgörande för att liknande missförhållanden inte ska återupprepas. Under 2024 kommer SAS att på områdesnivå säkerställa ett systematiskt kvalitetsarbete med åtgärdsarbetet.

6 Mål, strategier och utmaningar för kommande år

6.1 Resultat/utfall av identifierade utvecklingsområde för patientsäkerhets- och kvalitetsarbetet 2022 och 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.	Arbetet är påbörjat och drivs fortsatt av områdena.
Skapa en enhetlig rutin kring skydds- och begränsningsåtgärder	Skapa en tvärprofessionell arbetsgrupp för att revidera rutin.	Rutinen är skapad och implementerad.
Öka både antal riskbedömningar samt fullföljda processer i Senior alert inom hemvården.	- Uppdatera rutin och arbetssätt. - Se över ansvarsfördelning i arbetet, involvera legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal.	Arbetet är påbörjat, behöver etableras i de multiprofessionella teamen i hemvården.
Öka kunskapen kopplat till avvikelshantering och lex Sarah samt revidera rutinen.	- Uppdatera rutin för avvikelshantering. - Byta avvikelssystem - Utbilda personal i nytt avvikelssystem. - Dialog kring avvikelser med enhetschefer och legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal. - Lex Sarah utbildning enhetschefer. - Workshop med Säkerhetskulturtrappan.	- Rutinen för lex Sarah är reviderad och implementerad. - Fortsatt arbete med avvikelshantering med hjälp av Säkerhetskulturtrappan. - Fortsatta lex Sarah utbildningar för enhetschefer under 2024.

Gemensamma mål 2023	Strategi	Resultat/utfall
Ökad följsamhet till de basala hygienrutinerna	- Egenkontroll - Hygienutbildning	Fortsatt arbete under 2024.
Ökad följsamhet till HS-avtal: personcentrerat förhållningssätt	- Styrgrupp lokal samverkan. - Närsjukvårdsråd. - Mobilt team Landskrona (projekt)	- Genom Mobilt team har följsamheten till HS-avtalet ökat. - Antalet SIP där patienten har varit medskapare ökar.
Påbörja arbete med uppsökande verksamhet för fallförebyggande insatser	Samarbete med enheten för stöd och hälsa och deras hälsofrämjande arbete via projekt HERO.	Fortsatt arbete under 2024.

Ökat läkemedelssäkerhet	Revidera läkemedelsrutinen	Fortsatt arbete under 2024.
-------------------------	----------------------------	-----------------------------

6.2 Mål, strategier och utmaningar för 2024

Gemensamma mål 2024	Strategier	Planerade åtgärder och aktiviteter	Planerad egenkontroll
Ökad följsamhet till de basala hygienrutinerna	· Egenkontroll · Hygienutbildning	· Verksamheternas framtagna handlingsplaner · Fortsatt utbildning för hygienombuden	PPM-mätning 2 gånger/år
Genomförandeplaner ska vara en del av den dagliga planeringen.	Planeringsverktyget ska genomsyras av genomförandeplanen	Genomförandeplanen ska användas i teamträffar och/eller omsorgsträffar	Granskning av den dagliga planeringen
Öka arbetet med att följa upp åtgärder i lex Sarah och lex Maria utredningar	Uppföljning av åtgärder	Ledningsgruppen för området följer upp kontinuerligt under året	SAS, MAS och MAR följer upp efter kvartal ett och tre.