



LANDSKRONA
STAD

Patientsäkerhets- och kvalitetsberättelse 2024

Omsorgsnämnd



Innehåll

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	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	16
4.2	Säker vård här och nu	16
4.3	Stärka analys, lärande och utveckling	18
4.4	Tillsyn av inspektionen för vård och omsorg samt patientnämnden	21
5.	Systematiskt kvalitetsarbete enligt SoL och LSS	21
5.1	Uppföljning genom egenkontroll SoL och LSS	22
5.2	Avvikelser för insatser SoL och LSS	24
5.3	Lex Sarah	28
6.	Mål, strategier och utmaningar för kommande år	30

Bilagor

Bilaga 1: Läsanvisning PSB o KB 2024

Bilaga 2: Klagomål och synpunkter 2024

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 uppnåts.

2. Sammanfattning

Under 2024 har vårdgivaren arbetat med att skapa förutsättningar för en god och säker vård och omsorg. Genom samverkan och delaktighet mellan olika yrkeskategorier har Omsorgsförvaltningen implementerat egenkontroller samt utvecklat rutiner. Arbetet med avvikelser ligger fortsatt till grund för att främja förebyggande åtgärder och identifiera områden för förbättring. Resultaten visar på både utvecklingsmöjligheter och framsteg inom olika områden. Arbetet med att förbättra hanteringen av avvikelser fortsätter även 2025 med målet att avvikelser ska tas emot och utredas i tid och att åtgärder ska sättas in, åtgärderna ska även följas upp för att förhindra återupprepning.

Ett positivt exempel är arbetet med Senior alert inom hemtjänsten under 2024, där handledningssjuksköterskor fortsatt spelar en central roll. Handledningssköterskornas arbete är centralt och behövs fortsatt för att arbetet med Senior Alert ska fungera. Omsorgsförvaltningen har också satt upp mål för 2025 för att stärka teamarbetet och öka samarbetet mellan olika professioner. Detta är i linje med omställningen till Nära vård.

Med anledning av ökade läkemedelsstölder inom hemtjänsten har Omsorgsförvaltningen genomfört en översyn av rutinerna för att stärka kedjan från leverans till patient.

Fokus har även legat på att förbättra hygienrutiner och följsamheten till dessa, Omsorgsförvaltningen ser ett fortsatt högt deltagande i hygienmätningen och en positiv ökning av följsamheten främst inom Vård och omsorgsboende. Efter en genomlysning av antalet uppkomna sår på enheterna har ett utbildningsmaterial tagits fram som kommer att användas på enheterna under

2025, detta för att stärka kunskapen och öka teamarbetet kring patienter som riskerar att utveckla sår.

Under 2025 kommer den kommunala hälso- och sjukvårdsdokumentationen till stor del att delas med Region Skåne i det gemensamma systemet NPÖ (nationell patientöversikt). Utbildning i dokumentation gavs till legitimerad personal under hösten och det tekniska genomförandet kommer att ske under våren.

Under 2024 har alla områden genomfört sina egenkontroller med goda resultat, men det finns fortfarande förbättringsområden.

Under 2024 har Omsorgsförvaltningen arbetat med att implementera säkerhetskulturtrappan inom samtliga verksamhetsdelar, satsningen förväntas leda till en ökad medvetenhet i kvalitetsarbetet.

Sjuksköterskeorganisationen har under året påbörjat ett arbete med egenkontroller i de delar där brister tidigare har framkommit, egenkontrollerna väntas säkerställa sjuksköterskornas vårdprocess vad gäller dokumentation, kliniska bedömningar samt arbetet som omvårdnadsledare.

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

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.

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

- Löpande 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.

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

Samverkan för att förebygga vårdskador

Intern samverkan

- **Team-möte** kring patienten består av sjuksköterska, arbetsterapeut, fysioterapeut, personal 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 kvalité** 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 vidare i till exempel förvaltningsledningsgruppen.
- **HSL-mingel, pulsträffar och tvärprofessionellt mingel** har genomförts under året för att stärka samarbetet mellan professionerna i olika verksamhetsfrågor.

Extern 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 slutenvården 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 har varit representerad i denna grupp under 2024 och företrätt delregion nordväst.

Informationssäkerhet

Omsorgsförvaltningen är enligt informationssäkerhetslagen (2018:1174) skyldigt att ”bedriva ett systematiskt och riskbaserat informationssäkerhetsarbete”. Detta inkluderar säkerhetsåtgärder för att skydda informationstillgångar och att negativa konsekvenser av störningar i IT-system motverkas. Flertalet säkerhetskrav avseende skyddet av personuppgifter finns även i dataskyddsförordningen (GDPR) och i svensk lagstiftning såsom offentlighet- och sekretesslagen (OSL) (2009:400) och patientdatalagen (PDL) (2008:355). Under sommaren 2025 kommer en ny cybersäkerhetslag som ställer utökade krav på informationssäkerhetsarbetet och ytterligare en lag om motståndskraft i samhällsviktiga tjänster som skärper kraven på kontinuitet i vårdgivarens verksamhet.

För att säkerställa att informationstillgångar skyddas och att gällande rätt efterlevs har vårdgivaren en projektledare som under 2024 bland annat arbetat med utbildning av personal, klassificering av informationssystem, framtagande av personuppgiftsbiträdesavtal med leverantörer, konsekvensbedömningar av personuppgiftsbehandlingar, rapportering och utvärdering av incidenter samt riskanalys. Såväl Landskrona stad som

Omsorgsförvaltningen har ett antal styrdokument som är utgångspunkterna för detta arbete.

Under 2024 har störningar i kritiska verksamhetsresurser som mobiltelefoni och trygghetslarm ägt rum. Störningarna hanterades framgångsrikt genom att en krisledning snabbt aktiverades och bemanningen stärktes tillfälligt. Kunder med enbart trygghetslarm kontaktades dock ej och störningen påvisade behov av att ta kontakt med trygghetslarmets kunder för att informera om störningen. Efter störningen uppdaterades kontinuitetsplanen med rutin för hur kontakt med samtliga trygghetslarmskunder ska tas.

För att ytterligare förbättra hanteringen av störningar av det här slaget och bli mer proaktiv arbetar vårdgivaren med kontinuitetshantering. Detta inkluderar framtagandet av kontinuitetsplaner på områdesnivå som reglerar hur chefer och personal ska arbeta när ordinarie resurser plötsligt blir otillgängliga till följd av en incident eller kris. Verksamhetscheferna ansvarar för att kontinuitetsplanerna hålls uppdaterade.

Projektledaren har under hösten 2024 haft ytterligare personalresurser till sitt förfogande för kontinuitetshanteringsarbetet, vilket lett till att flertalet reservrutiner till hemtjänstens och HSL:s kontinuitetsplaner tagits fram. Därtill har en första övning för att testa en av sjuksköterskeorganisationens reservrutiner hållits. Övningen gav goda insikter i hur rutinen kunde förbättras och ökade sjuksköterskornas medvetenhet om hur sjuksköterskorna kan arbeta i händelse av störningar i verksamhetssystemet.

Arbetet fortsätter 2025, Projektledaren arbetar med att strömlinjeforma och bolagsanpassa styrdokument och övervaka de säkerhetskrav som omvärlden ställer på bolaget. Säker informationshantering av bolagets leverantörer tryggas genom framtagandet av personuppgiftsbiträdesavtal och en kravkatalog inför upphandlingsprocesser. I den egna organisationen handlar robust informationssäkerhet till stor del om personalens medvetenhet och hantering av information. Därför tas en bolagsanpassad utbildning fram som integrerar den tidigare utbildningen i digital informationssäkerhet för alla (DISA) med en utbildning om hantering av personuppgifter och personuppgiftsincidenter.

Genom de samlade åtgärderna kan Omsorgsförvaltningen minska både antalet störningar och de negativa verkningarna av de störningar som ändå inträffar. Det slutgiltiga målet är att tillförsäkra en acceptabel vårdnivå i alla lägen.

Loggranskning

Resultat egenkontroll

Mål: Uppmärksamma eventuella brott mot sekretesslagen.

Resultat: I stort sett alla enheter har genomfört åtkomstkontroller under hela året.

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

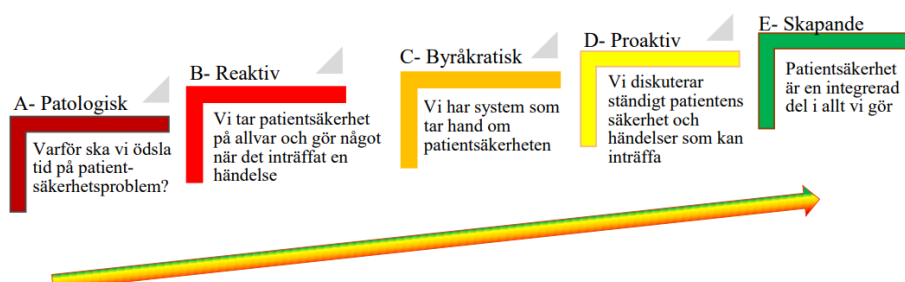
Uppföljning av åtgärd: Kontroll och redovisning av egenkontroller kvartalsvis ger ett samlat resultat i delårsrapport respektive årlig patientsäkerhets- och kvalitetsberättelse.

Analys av resultat: I stort sett alla enheter har genomfört åtkomstkontroller under hela året. Det har bland annat uppmärksammats personal vars behörigheter inte avslutats efter avslutad anställning och personal som inte tar del av dokumentation eller dokumenterar enligt plikt. Omsorgsförvaltningens IT har under 2024 avslutat behörigheter genom att med regelbundenhet kontrollera avslutad personal mot det personaladministrativa systemet. Denna rutin kvarstår tills stadens on/off boarding process tagits fram. Det har genomförts en satsning på utbildning av dokumentation genom individens behov i centrum (IBIC) för att öka kunskaperna kring dokumentation.

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 samtliga delar av Omsorgsförvaltningen. Arbetet är pågående inom samtliga ledningsgrupper på verksamhetsnivå. Materialet består av 8 delar där målet är att 2 delar per termin ska arbetas igenom. Sedan arbetet påbörjats har samtliga ledningsgrupper arbetat igenom ungefär hälften av materialet. Arbetet är påbörjat med det är ännu för tidigt att utvärdera eventuella effekter.



3.3 Adekvat kunskap och kompetens

Medarbetarnas erfarenhet och kompetens

Kompetensutveckling och fortbildning

Det finns ett behov av systematiskt återkommande utbildningar för legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal liksom den som finns för brukarnära personal i Omsorgsförvaltningen. 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 2025. 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. Landskrona lasarett har även tagit ett initiativ till att erbjuda utbildningar till personalen, på Landskrona lasarett finns nybyggda lokaler som kan erbjudas även för praktiska utbildningar.

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. 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.

Förflytningsutbildning

Förflytningsutbildning arrangeras i stor del av fysioterapeut från Rehabgruppen men har även arrangerats för personal inom Funktionsstöd av legitimerad rehabpersonal från Resursteamet. Inom Funktionsstöd har det hållits i utbildning för lyftlicens även för sommarvikarier på grund av behov av lyftlicens hos personalen, särskilt för personlig assistans och andra enheter inom Funktionsstöd under sommaren. Förflytningsutbildningar arrangeras för att uppnå en god och säker vård gentemot brukarna samt en god arbetsmiljö för personalen.

Siffrorna inom parentes avser 2023.

Förflyttningsutbildning	Antal	Deltagare
Manuell förflyttningsteknik	16 (14)	74 (90)
Lyftlicens	21 (13)	98 (81)
Sommarvikarier Manuell förflyttningsteknik	16 (15)	74 (65)
Sommarvikarier Lyftlicens (Funktionsstöd)	3 (0)	21 (0)

Tabellen visar fördelning av förflyttningsutbildningar som arrangerats under 2024. Siffrorna inom parentes avser 2023.

Delegeringsutbildning

Under 2024 har utbildningssjuksköterskorna haft olika utbildningar för personalen, en förutsättning för en fungerande verksamhet är att personalen har den utbildning som krävs för att kunna utföra en god och säker vård. Siffrorna inom parentes avser 2023.

Delegeringsutbildning (ej sommar)	Antal	Deltagare
Läkemedel bas med inhalation	17 (16)	154 (185)
Repetition läkemedel	17 (17)	162 (162)
Diabetes	24 (31)	189 (312)
Stomivård	8 (13)	32 (90)
Kateterspolning	11 (7)	47 (30)
Sårvård	9 (6)	43 (32)
Venprovtagning	5 (4)	12 (17)
Sondmatning	10 (9)	42 (39)
Subcutan injektion och dosettdelning	7 (7)	12 (21)
Epilepsi	2 (3)	20 (15)
Läkemedel bas för sommarvikarier	15 (16)	169 (158)
Trycksår (hemtjänst)	0 (3)	0 (23)

Antalet omtest för de som inte klarat kunskapstestet var 103 (145). De som inte har klarat testet i hemtjänsten har fått möjlighet att repetera tillsammans med handledningssköterskorna och inom SÄBO har omvårdnadsansvarig sjuksköterska på boendet ansvarat för att repetera inför omtest, vilket är en framgångsfaktor för att klara omtestet.

Under 2024 har samtliga kunskapstester lagts in digitalt i Learnifier vilket har underlättat då testen inte behöver rättas manuellt samt att deltagaren får sitt resultat omgående och inte behöver vänta. Utbildningssköterskorna behöver dock lägga in resultaten i en excel fil för att delegerande sjuksköterska ska kunna ta del av dem inför delegeringen. Målet för 2025 är att vissa utbildningar skulle kunna genomföras helt digitalt tex repetition läkemedel, då

hade personalen haft möjlighet att ta del av utbildningen vid en passade tidpunkt vilket underlättar för tex personal som arbetar natt.

Förbättrings- och implementeringsarbete

Handledningssjuksköterskorna i hemtjänsten har utfört kompetenshöjande insatser för hemtjänstpersonalen 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.

Handledningssjuksköterskornas stöd både i det teoretiska och praktiska arbetet stärker personalens 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 Omsorgsförvaltningen och ett kunskapsutbyte leder till ett mer lika rehabiliterande förhållningssätt i enheterna.

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

I nuläget används läkemedelsautomater hos femton patienter. Målet för 2025 är att ytterligare fem robotar ska kunna placeras ut hos lämpliga patienter.

Under 2024 har följsamheten i Landskrona varit i snitt 98,7% och Sveriges genomsnitt har varit 99,4. I genomsnitt delas 3,2doser / patient per dag ut i Landskrona vilket är högre än Sveriges genomsnitt. Rutinen har justerats och en ny selekteringsmall har utformats.

Genom att de patienterna har hjälp med läkemedelsöverlämning via Evondos, så kan hemtjänsten planera övriga besök utifrån patientens önskemål och verksamhetens behov.

Personcentrerat förhållningssätt

Nära- och personcentrerad vård

Som ett led i förflyttningen mot en nära- och personcentrerad vård har under hösten en dialogkonferens (utbildning) genomförts. Medverkande personal har varit all legitimerad personal tillsammans med handläggare vid Myndighetsenheten. Målet för dialogkonferens var att öka förståelsen för pågående förändring genom insyn i vårdsamverkansstrukturen, hälso- och sjukvårdsavtalet och den delregionala aktivitets- och tidsplanen. Föredragande var processledare inom sektionen Hälsa och social välfärd från Skånes Kommuner.

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 av att utforma en medicinsk vårdplan. Frågan diskuteras i delregionala arbetsgruppen medicinsk kvalité där arbete pågår att vidare utveckla SIP.

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 rehabassistent.

Tillgänglighetsråd (LTR)

Tillgänglighetsrådet har under året sammanträtt vid 4 tillfällen. Under 2024 har Omsorgsförvaltningen tagit fram en handlingsplan baserad på Landskrona stads tillgänglighetspolicy, handlingsplanen syftar till att säkerställa tillgänglighet för stadens invånare och anställda inom stadens förvaltningar och kommunala bolag. Tillgänglighetsarbetet har även följt ett årshjul utifrån fastställda teman.

Agera för säker vård

Förebyggande arbete - Senior alert

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

Resultat: Arbetet med Senior alert inom hemtjänsten har bibehållits under 2024 som påbörjades under 2023. Det finns fortsatta behov av att utveckla arbetet samt att arbeta med att följa upp åtgärderna.

Åtgärd:Handledningssjuksköterskorna har haft en fortsatt drivande och utbildande roll i utvecklingen av arbetet med Senior alert i hemtjänsten. De har stöttat upp enhetschefen och den legitimerade personalen i att hålla ihop arbetet samt handlett och gett stöd till personalen 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. Detta arbete skulle utvecklas under 2024 men är i samma fas och behov av utveckling 2025.

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 antal uppföljda processer, dvs uppföljning av insatta åtgärder, är lågt. Detta kan bero på att insatsen ska följas upp efter tre månader vilket kommer att infalla under 2025.

	Unika personer	Antal genomförda riskbedömningar	Antal fullföljda processer
Landskrona stad	359 (2023: 476)	563 (2023: 743)	65% (2023: 74%)
Hemtjänst	133 (2023: 133)	143st (2023: 139)	44% (2023: 59%)
Särskilt boende	214 (2023: 333)	386 (2023: 575)	68% (2023: 80%)
Område stöd- och service	12 (2023: 10)	34 (2023: 29)	84% (2023: 71%)

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 62%. -Resultatet i höstens mätning är en liten ökning, ökningen ses främst inom Vård och omsorgsboende där resultatet ökat från 68% till 74,5%.

Åtgärd: Under 2024 har två utbildningstillfällen erbjudits hygienombuden, Utbildningstillfälle kommer även fortsättningsvis att erbjudas till hygienombuden.

Hemtjänsten

Under 2025 kommer hemtjänsten att arbeta vidare med:

- Säkerställa att det finns hygienombud på varje enhet
- Engångsmaterial/skyddskläder förbereds i förväg i ryggsäck inne på kontoren.
- Extra mätningar utöver de två obligatoriska för att följa om följsamheten förbättrats
- Dialog och diskussioner angående hygien med medarbetare på APT
- Observation och coachning av enhetscheferna på morgonrapporten
- Stödja ombuden i deras arbete så de kan vara aktiva i sin ombudsroll.

Vård och omsorgsboende

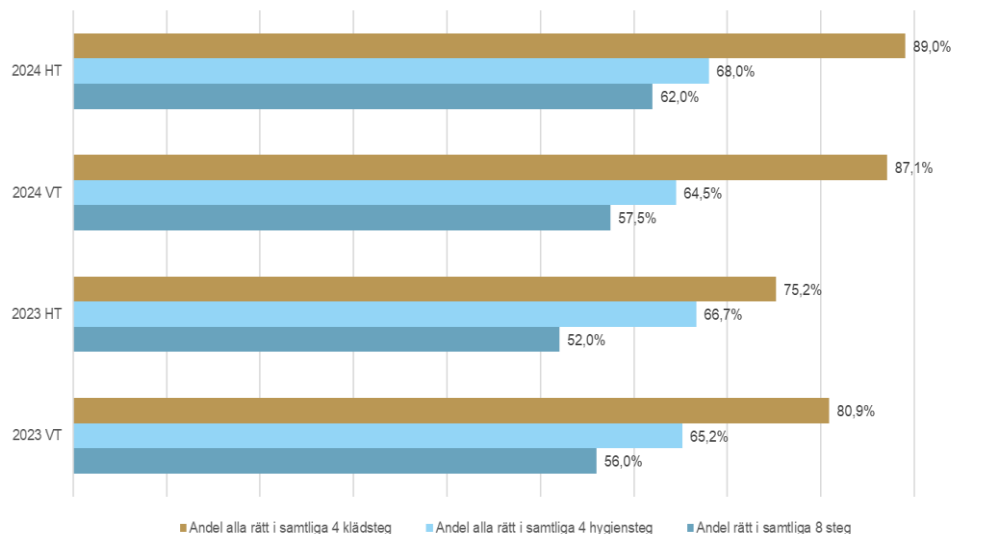
Vård och omsorgsboende har uppdaterat sin handlingsplan och kommer under 2025 att arbeta vidare med Socialstyrelsens stödmaterial för arbete med basala hygienrutiner samt genomföra regelbundna oanmälda kontroller av följsamheten av basala hygienrutiner som genomförs av enhetschef samt hygienombud.

Funktionsstöd

Under 2025 kommer Funktionsstöd att arbeta vidare med:

- Förbättringsarbetet kommer att sättas som aktivitet i Röda tråden Stratsys.
- Resultatet lyfts på APT
- All personal ska gå Webbutbildning "Basala hygienrutiner" Socialstyrelsen.
- Gemensam genomgång kommer att ske på planeringsdagar i februari, tillsammans med SSK.
- 2 hygienombud på varje enhet kommer utses för att kunna coacha sina kolleger i vardagen.

- Hygienombuden ska delta i den fördjupade utbildningen för hygienombud



Punktprevalensmätning (PPM) trycksår

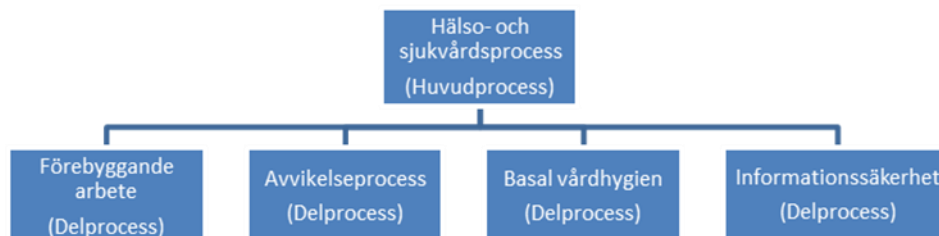
Mål: Trycksår ska inte uppstå på våra enheter.

Resultat: Under våren 2024 genomfördes en punktprevalens mätning avseende trycksår på stadens vård och omsorgsboende i egen regi. Mätningen genomfördes med Senior Alerts protokoll. Sammanlagt fanns det 32 boende med trycksår, totalt 44 sår. 43 av dessa sår hade uppkommit i den egna verksamheten, en boende hade sår som uppkommit i slutna vården. I december genomfördes en uppföljande mätning. Mätningen i december visade på att 31 patienter har trycksår på våra äldreboenden, sammanlagt 33 sår. Höstens mätning visade på en minskning av sår, under 2024 har ämnet varit ett återkommande tema på sjuksköterskemöten, händelsen som ledde till en lex Maria anmälan har arbetats med i case form, detta för att belysa ämnet och sätta fokus på sjuksköterskans ansvar.

Åtgärd: Ett material med case har tagits fram som ska användas på stadens vård och omsorgsboende med start i januari 2025. Ansvaret kommer att ligga på de multiprofessionella teamen att ansvara för att trycksår inte ska uppstå i Omsorgsförvaltningens vård-och omsorg. Teamet kommer att vara delaktiga i utbildningen och utbildningstillfället ska ledas av boendets enhetschef. Sjuksköterskorna har även startat upp ett arbete med "klinisk sjuksköterska" där sjuksköterskan är med i omvårdnadsarbetet på morgonen. Under 2025 planeras för anslutning till Rikssår. Rikssår är ett nationellt kvalitetsregister för patienter med svårsläkta sår. Syftet med registret är en god, jämlik och effektiv vård av patienter med svårsläkta sår. Registrets mål är att säkerställa

att patienter med svårläkta sår får en noggrann utredning och behandling enligt en strukturerad process.

4.1 Öka kunskap om inträffade vårdskador



- 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.

Allvarliga vårdskador

Under 2024 har 9 händelser anmälts till IVO enligt lex Maria. Under 2024 har Vardaga anmält en lex Maria utöver dessa 9. Fortsatt ses en röd tråd i flera av händelserna där avsaknad av dokumentation, brist på kliniska bedömningar samt avsaknad av sjuksköterskan som omvårdnadsledare dominerar. I de händelser där personalen är inblandad är den dominerade orsaken bristande följsamhet till rutinen att kontrollera läkemedel mot läkemedelslista samt signeringsverktyget.

4.2 Säker vård här och nu

Vikariehantering

Rekryteringssvårigheterna av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal kvarstår likt förra året, och påverkar inte bara enheterna 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 2024 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 fortsatt 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 hanterades av projekt HERO under 2024.

Resultat av registret¹

	Risk för trycksår	Risk för undernäring	Risk för fall	Risk för dålig munhälsa
Sverige	29%	59%	78%	48%
Landskrona stad	27%	62%	75%	48%
Hemtjänst	22%	65%	83%	56%
Särskilt boende	28%	76%	78%	61%
Område stöd- och service	21%	38%	68%	56%
		0–24%	25–74 %	75–100%

BPSD-registret - BPSD Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens

I slutet av 2024 avslutade demenssköterskan sin tjänst, tjänsten kommer att återbesättas under 2025.

Arbetet med att utbilda inom BPSD (Beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom) togs över av handledningssköterskorna. Totalt har det under 2024 varit sex utbildningstillfällen. Efter utbildningstillfällena har tre hemtjänstgrupper utbildat administratörer i BPSD-registret. Både undersköterskor och legitimerad personal har deltagit för att BPSD ska kunna implementeras i hemtjänstgrupperna. Även enhetscheferna för hemtjänsten har gått utbildningen under 2024. Fortsatt utbildning och implementering i

¹ Siffrorna i procent är förklaring i färgskala, inget ska stå i fälten till vänster om det.

resterande hemtjänstgrupper kommer att ske våren 2025 och utbildning vid behov för vård och omsorgsboende.

Totalt har 209 registreringar gjorts jämfört med förra årets 136, registreringarna har ökat med 35%.

I BPSD-registret ingår det att personalen ska göra en bedömning av smärta och enligt de data som registrerats under året går det att utläsa att 88% av personer med kognitiv sjukdom på vård och omsorgsboende var smärtfria, siffran var densamma 2023. Denna siffra är högre än i resten av riket (72%).

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

17,7% av de registrerade patienterna behandlas med antipsykotiska läkemedel, siffran var densamma 2023, det är fler än i övriga Skåne och hela riket.

Palliativ registret

Resultat: Registreringarna i Palliativ registret visar att 29 av de 32 personer som avlidit under 2024 haft någon hos sig i dödsögonblicket och 29 av 32 patienter har haft ordination på smärtstillande och ångestdämpande medicin.

Riskhantering

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 av verksamhetschef i samband med månadsuppföljning.

4.3 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 säkerhetskulturrappan i workshops. Följa upp hur arbetet med uppföljningar går i Stratsys.	Uppdragschef (inledande), MAR, MAS, VC HSL, enhetschefer och personal.	Stor	Stor

Avvikelser HSL/Vårdskador

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

Vårdpersonal 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 avvikelsen 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.

Resultat

Fall	2162 (2235)	1276 ink HERO (1355)	813 (738)	73 (91)
Läkemedel	653 (676)	292 (268)	275 (262)	86 (70)
Beviljad insats inte genomförd	48 (48)	20 (19)	25 (18)	3 (4)
Brist i dokumentation/informationsöverföring	76 (72)	24 (9)	49 (13)	3 (2)
Brist i genomförande av insats	140 (124)	62 (41)	64 (49)	14 (11)
Brister i fysisk miljö,	30 (17)	15 (2)	9 (8)	6 (3)

omgivningar och organisation				
Brister i teknik, utrustning och apparatur	24 (37)	7 (7)	12 (7)	5 (11)
Extern avvikelse	98 (70)			
Vårdskador	295 (128)	160 (70)	129 (44)	6 (7)

Analys

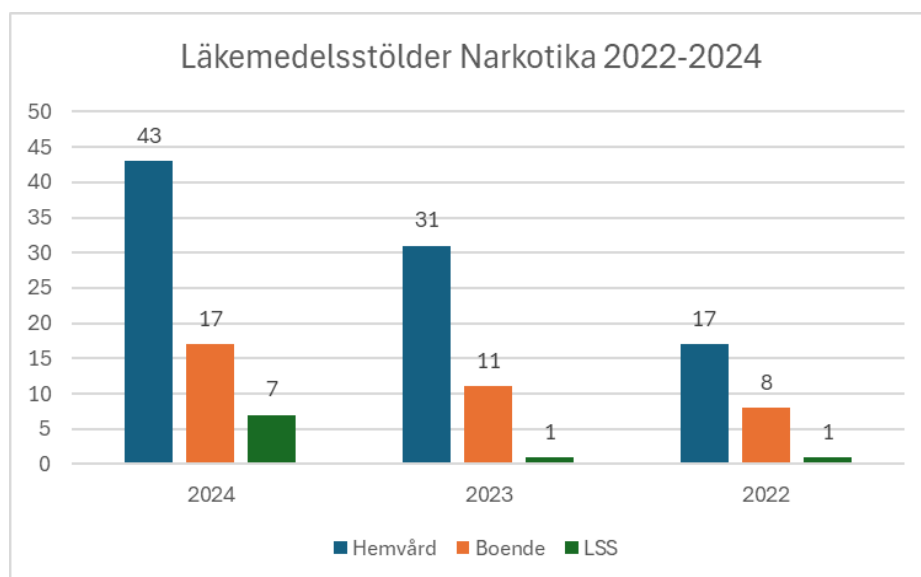
Syftet med avvikelshantering är att säkra arbetet för patientsäkerheten, d.v.s. fastställa, analysera och undanröja orsaker till risker, tillbud och negativa händelser.

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, andelen avvikelser som är externa ökar vilket kan vara en följd av ett ökat arbete med samverkan.

De fallrapporter som hanterats under året i Omsorgsförvaltningen rör sig främst om personer med grundsjukdom eller medicinering som ger en ökad fallrisk, kognitiv svikt eller användande av alkohol eller droger. Det är på de flesta enheterna ett färre antal personer som faller ett högt antal gånger som gör att antalet fallrapporter är högt. De allra flesta fallrapporterna leder inte till några vårdskador. I de allra flesta fallen kontaktar rapporterade personalsjuksköterska för att be om råd, dock dokumenteras inte detta alltid varför uppföljning av arbetet försvåras. Fallrapporter lyfts oftast på teamträffar för att få fram med bakomliggande orsaker och föra vidare vilka planerade åtgärder som gjorts. Vidare är åtgärder som arbete i Senior Alert, balansträning, utprovning av höftskyddsbyxor, hjälm och samarbete med anhöriga kring bland annat miljöns kända arbetssätt.

Projekt HERO har hanterat cirka 100 fallrapporter under 2024 för de brukare som bor i ordinärt boende men inte har några aktiva hälso- och sjukvårdsinsatser. Dessa brukare har erbjudits olika aktiviteter som Projekt HERO och Enheten för stöd och hälsa kan erbjuda både i och utanför hemmet. Brukare som ansökt om Trygghetslarm får samma information för att tidigt kunna erbjudas fallförebyggande insatser. Detta blir också ett viktigt uppsökande arbetssätt för att på så sätt hjälpa medborgare till Omsorgsförvaltningens förebyggande och främjande enhet.

I kategorin läkemedel finns 67 rapporter med stöld av narkotiska preparat, MAS kan se en ökning av stölder av dessa läkemedel.



4.4 Tillsyn av inspektionen för vård och omsorg samt patientnämnden

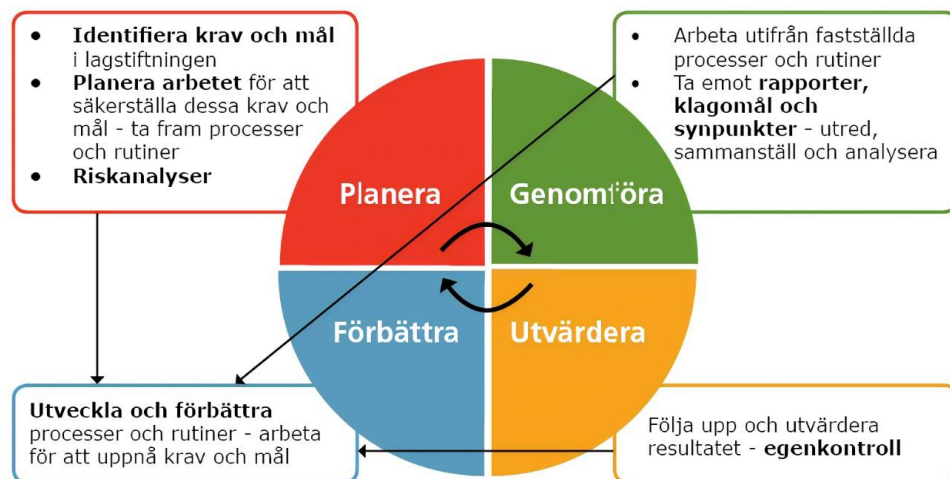
Patientnämnden

Under 2024 har tre ärenden avslutats hos patientnämnden. Första ärendet handlade om Skiftesvägen och patientnämnden avslutade ärendet efter det att kontakt med MAS förmedlats. Ärende nummer 2 handlade om en kommunikation mellan sjuksköterskor, ärendet avslutades efter det att närstående fått föra fram patientens åsikter till Omsorgsförvaltningen. Ärende 3 handlar om närstående som upplevt brister i kommunikationen mellan myndighet, hemtjänst och sjuksköterskeorganisationen.

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).

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. Alla områden har under året fått in en bra systematik av sina egenkontroller.

Hemtjänsten

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

- Kvartal 1: Samtliga enheter genomförde sina egenkontroller.
- Kvartal 2: Samtliga enheter genomförde sina egenkontroller.
- Kvartal 3: Samtliga enheter genomförde sina egenkontroller.
- Kvartal 4: Samtliga enheter genomförde sina egenkontroller.

Enheterna har generellt goda resultat. Området har identifierat förbättringsområden gällande att information om fast omsorgskontakt ska framkomma i genomförandeplanen, att få brukaren mer delaktig i upprättandet av genomförandeplanen, hur berörda insatser skall utföras samt att dokumentera anledningen till ett avböjt besök. Utbildningsinsats för hela hemtjänsten gällande IBIC har utförts under hösten som en åtgärd utifrån ovanstående förbättringsområden. Utöver detta planeras det att ta fram ett

förtydligande stödmaterial för att underlätta arbetet med att upprätta en genomförandeplan.

Vård och omsorgsboende

Resultaten från enheternas egenkontroller visar en positiv utveckling över kvartalen.

- Kvartal 1: Samtliga enheter genomförde sina egenkontroller.
- Kvartal 2: Samtliga enheter genomförde sina egenkontroller.
- Kvartal 3: Samtliga enheter genomförde sina egenkontroller.
- Kvartal 4: Samtliga enheter genomförde sina egenkontroller

Enheterna visar generellt på goda resultat. Flera enheter lyfter att en stor anledning till detta är utbildningssatsningen i IBIC som påbörjades under år 2024. Fortsatt förbättringsområde, trots att det har skett en förbättring, är att enheterna behöver bli bättre på att beskriva hur insatserna skall utföras i genomförandeplanen. Vidare behöver enheterna förbättra sig gällande att uppdatera genomförandeplanen vid förändrat behov.

Funktionsstöd

Resultaten från enheternas egenkontroller visar på en positiv trend genom alla kvartalen.

- Kvartal 1: Samtliga enheter genomförde sina egenkontroller.
- Kvartal 2: Samtliga enheter genomförde sina egenkontroller
- Kvartal 3: 25 av 29 enheter genomförde sina egenkontroller.
- Kvartal 4: Samtliga enheter genomförde sina egenkontroller.

Genomförandeplaner och social dokumentation håller överlag en god kvalitet men det finns förbättringsområden och utmaningar gällande kvalitet, tydlighet samt kopplingar mellan genomförandeplan och dokumentation. Området behöver satsa på fortsatt kunskap och lärande i upprättandet och revidering av genomförandeplanen samt att få en samsyn hur enheterna dokumenterar genom diskussionsforum då det råder en relativt stor variation i kvaliteten på den sociala dokumentationen. Handboken stöd och service har implementerats under år 2024 både mellan och inom enheterna. Handboken innehåller bland annat dokumentationens mål och syfte och kommer att användas i ett lärande syfte.

Myndighetsenheten

- Kvartal 1: Fullföljt sin egenkontroll
- Kvartal 2: Fullföljt sin egenkontroll
- Kvartal 3: Fullföljt sin egenkontroll

- Kvartal 4: Fullföljt sin egenkontroll

Myndighetsenheten har under hela året fullföljt sina egenkontroller. Egenkontrollerna är för att säkerställa rättssäkerheten under myndighetsprocessen och dokumentationen.

Myndighetsenheten har genomfört alla sina egenkontroller under året och dessa visar att myndighetsprocessen håller en god kvalitet. Med hjälp av egenkontrollerna har myndighetsenheten identifierat förbättringsområden. Ett utvecklingsområde inom LSS är att stärka barnperspektivet. Från och med år 2025 kommer biståndshandläggarna att informera vårdnadshavare om att samtliga barn måste involveras i utredningar. Detta är i linje med barnkonventionens intentioner samt utifrån nya socialtjänstlagen. Ett återkommande förbättringsområde under året är det informerade samtalet, där myndighetsenheten efter varje kvartal lagt in åtgärder. Efter kvartal 1 har myndighetsenheten förtydligat rutinen för det informerade samtalet i under år 2025 kommer myndighetsenheten förstärka med åtgärder.

Analys

Under året har alla områden visat hög svarsfrekvens i sina egenkontroller, vilket enhetscheferna använder för systematiskt kvalitetsarbete. Denna positiva utveckling beror på en ökad förståelse för kvalitetsledningssystemet.

Egenkontrollerna visar på att det finns förbättringsområden. Det är av vikt att öka personalens kunskap om de specifika livsområden som bör inkluderas och uppdateras i genomförandeplanerna. Genom att förbättra förståelsen för vilka livsområden som är relevanta, kan Omsorgsförvaltningen säkerställa att insatserna är både effektiva och anpassade till brukarnas individuella behov. Det krävs en systematisk och kontinuerlig utbildningsinsats för att höja kompetensen inom detta område, vilket i sin tur bidrar till en högre kvalitet i den sociala dokumentationen och i genomförandet av insatserna.

Framtida mål bör därför fokusera på att förbättra kvaliteten i genomförandeplaner och social dokumentation, samt att fortsätta använda egenkontroller som ett verktyg för kontinuerligt lärande och kvalitetsutveckling.

5.2 Avvikelser för insatser SoL och LSS

Under året har 1045 rapporter inkommit. Fördelningen mellan avvikelserna syns i tabellen nedan, externa avvikelser och felrapporterade HSL avvikelser redovisas inte i tabellen, men står för 104 av det totala antalet. Det är en minskning jämfört med tidigare år.

Granskningen visar på att enhetscheferna fortfarande gör handhavande fel i systemet eller avslutar utredningarna utan någon dokumentation eller inlagda åtgärder. Avvikelserna behöver utredas och mer relevanta åtgärder sätts in, för att liknade avvikelser inte ska återkomma. 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.

Siffrorna inom parentes avser 2023.

Avvikelsestyp	Hemtjänst	Särskilt boende	Stöd och service	Uppdragsavdelningen	Ekonomiavdelningen
Beviljad insats inte genomförd	202 (209)	26 (36)	42 (28)	0	0
Brist i dokumentation/informationsöverföring	64 (49)	24 (24)	32 (38)	29 (22)	8 (27)
Brist i genomförande av insats	122 (498)	52 (60)	76 (84)	2 (0)	0
Brist i bemötande	14 (27)	8 (6)	23 (18)	0 (0)	0
Brist i fysisk miljö, omgivning och organisation	13 (11)	7 (7)	19 (8)	0 (0)	0
Brist i handläggning - bristande uppföljning	1 (2)	0 (0)	3 (4)	23 (16)	0
Brist i handläggning - övrigt	16 (5)	5 (5)	3 (1)	22 (49)	0
Brist i handläggning - felaktigt beslutsfattande	2 (1)	1 (1)	0	8 (16)	0
Brist i handläggning - lång handläggningstid	0 (0)	0 (0)	0	18 (4)	0
Brist i informationssäkerhet/sekretess	1 (2)	3 (0)	9 (0)	8 (6)	0 (1)
Brist i teknik, utrustning och apparatur	10 (8)	12 (7)	9 (3)	0 (3)	0
Ekonomisk oegentlighet/stöld	1 (2)	1 (0)	2 (0)	0	0
Fysiskt övergrepp/våld från medboende	0 (0)	3 (6)	9 (8)	0	0
Fysiskt övergrepp/våld från personal (inkl. familjehem)	0 (0)	0 (0)	1 (0)	0	0
Psykiskt övergrepp/kränkning från medboende	0 (1)	1 (4)	3 (16)	0	0
Psykiskt övergrepp/kränkning från personal	0 (0)	1 (0)	2 (3)	0	0
Antal	446 (815)	144 (156)	233 (211)	110 (116)	8 (28)

Inom område hemtjänst har det skett en utveckling av det systematiska kvalitetsarbetet avseende avvikelshantering. Verksamhetschefen genomför regelbundna, månatliga möten med respektive enhetschef för att analysera och diskutera hur avvikelser hanteras inom enheterna. Vidare har ledningsgruppen för hemtjänsten, i samarbete med representanter från vård och omsorgsboende, anordnat två workshops baserade på fallstudier avseende avvikelser, vårdskador samt rapportering enligt lex Maria och lex Sarah. Syftet

med dessa workshops har varit att främja ett lärande och en fördjupad förståelse för avvikelshanteringens processer. En märkbar minskning av avvikelser har skett inom kategorin avvikelser relaterade till "brist i genomförande av insats". Denna förändring är främst kopplad till en betydande minskning av avvikelser rörande trygghetslarm, där tidigare rapporter ofta handlade om att personal inte kunde uppfylla inställetiden. Hemtjänsten har sedan dess implementerat ett förändrat arbetssätt som främjar ett närmare samarbete mellan nattpatrullen och trygghetslarmets nattverksamhet

För att hantera andra utmaningar har hemtjänsten samarbetat med tvätteriet för att utveckla en hållbar rutin för hantering av tvättsäckar. Genom att införa digitala kommunikationsverktyg mellan utförarna har processen effektiviserats, vilket visat sig vara framgångsrikt.

Inom vård- och omsorgsboende har två workshops genomförts i samarbete med hemtjänsten, enligt den metodik som beskrivits ovan. Dessa workshops syftar till att stärka personalens kompetens och förståelse för avvikelshantering samt att utveckla ett systematiskt kvalitetsarbete. Utöver detta sker kontinuerligt lärande i samband med kvalitetsmöten på enhetsnivå där specifika avvikelser eller fall av lex Sarah diskuteras. Syftet med dessa möten är att identifiera förbättringsmöjligheter och implementera åtgärder som kan stärka verksamhetens förmåga att hantera avvikelser på ett effektivt och systematiskt sätt.

Allvarliga avvikelser hanteras på områdesnivå i helgruppsmöten, vilket möjliggör en bredare analys och ett gemensamt lärande på organisatorisk nivå. En viktig del av detta arbete är att analysera avvikelser inom ramen för kvalitetsledningssystemet, med fokus på att anpassa och utveckla processer utifrån verksamhetens specifika behov och förutsättningar.

Inom område funktionsstöd har dialog förts kring avvikelser, synpunkter, klagomål samt rapportering enligt lex Sarah. För att öka förståelsen och förbättra avvikelshanteringen har verksamhetsutvecklare sammanställt och analyserat statistik över rapporterade avvikelser. Området står inför en fortsatt utmaning då antalet inrapporterade avvikelser samt synpunkter och klagomål är fortsatt lågt. Regelbundna brukarråd och boendemöten anordnas för att tillgodose brukarnas behov.

Förändringar som observerats mellan olika avvikelse typer är bland annat antalet avvikelser kopplade till den fysiska miljön som har ökat specifikt relaterat till en daglig verksamhet. För att hantera denna utmaning planeras en flytt av enheten till en ny lokal under år 2025. En minskning av

rapporterade avvikelser av psykisk kränkning och övergrepp har identifierats, vilket var kopplat till en specifik händelse förra året där åtgärder har vidtagits.

Inom uppdragsavdelningen Myndighetsenheten står för flest avvikelser, främst kopplade till bristande handläggning, uppföljning och lång handläggningstid. Felaktigt beslutfattande har minskat tack vare åtgärder i det nya verksamhetssystemet. Vad gäller uppföljningar som är en stor del av avvikelserna handlar det om att biståndshandläggarna inte hunnit ompröva besluten innan de löpt ut detta på grund av ett ökat inflöde. Fler åtgärder kring uppföljningarna kommer ske under år 2025 där bemanningen ökas och automatiserad hantering av vilka uppföljningar som ska hanteras ska tas fram. Hanteringen av uppföljningar är ett manuellt arbete som behöver stöd av system och för att biståndshandläggarna ska få en bra överblick. Bristande systematik kan på sikt skapa risk för ojämlik hantering av ärenden, vilket hotar rättssäkerheten

Ekonomiavdelningen har fortsatt att rapportera in avvikelser från avgiftshandläggare som fattar beslut enligt socialtjänstlagen. Totalt 8 avvikelser har rapporterats, huvudsakligen relaterade till felaktig dokumentation och informationsöverföring. En anledning till minskningen är att under år 2023 handlade majoriteten av avvikelserna om hanteringen i det då nya verksamhetssystemet som nu är åtgärdat. Det finns fortsatt ett delat ansvar mellan avdelningschefen och utförarna för att identifiera systematiska orsaker till de fel som uppstår och förbättra arbetet.

Analys

Det systematiska kvalitetsarbetet har genomgått förbättringar och utvecklas i en positiv riktning. Genom regelbundna genomgångar av avvikelser på ledningsgruppsmöten har medvetenheten om vad som definieras som en avvikelse ökat. Detta arbete är av stor betydelse och bör vidareutvecklas samt systematiseras ytterligare. En mer strukturerad uppföljning på enhets- och områdesnivå behövs för att säkerställa lärande och undvika upprepade avvikelser. Trots framsteg kvarstår brister i hanteringen av avvikelser, där utredningar och åtgärder inte alltid följer rutiner. Omsorgsförvaltningen måste förbättra kapaciteten att utreda avvikelser och ge ökat stöd till enhetschefer i användningen av avvikelssystemet. En fördjupad insats för att utreda och åtgärda avvikelser krävs för att förhindra upprepning.

Insatser såsom workshops, brukarråd och regelbundna möten har genomförts i flera områden för att stärka personalens kompetens och förståelse för avvikelshantering. Dessa åtgärder har bidragit till ett ökat lärande och i viss mån en förbättrad kvalitet.

Den gemensamma analysen framhåller ett fortsatt behov av att stärka det systematiska kvalitetsarbetet. Parallellt krävs ett långsiktigt fokus på kompetensutveckling, samarbete och strategiskt ledarskap för att säkerställa att enheterna både kan möta brukarnas behov och uppnå interna kvalitetskrav. De identifierade utmaningarna är komplexa, men bedöms kunna hanteras med rätt prioriteringar, effektiva stödstrukturer och en tydlig styrning.

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 korrigering 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
2021	14
2022	19
2023	68
2024	87

Under år 2024 inkom 87 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.
- Rapporteringsskyldigheten gäller för samtliga yrkesverksamma inom ramen för socialtjänstlagen och lagen om stöd och service. Möjligheten att rapportera enligt lex Sarah är fortsatt tillgänglig för alla med rapporteringsskyldighet.
- Alla enhetschefer har genomgått en eller två workshops med SAS under året. Detta har främjat medvetenheten om lex Sarah och kan ha bidragit till ökad rapportering.

- Tidigare har läkemedelstöldar inte utretts som lex Sarah. Från och med 2024 har det ändrats, vilket är en stor anledning till ökningen i hemtjänsten.

Lex Sarah, avvikelsetyp	Hemtjänsten	Särskilt boende	Stöd och service	Uppdragsavdelningen
Beviljad insats inte genomförd	4 (5)	1 (1)	0 (0)	0 (0)
Brist i genomförande av insats	12 (11)	4 (4)	9 (3)	0 (0)
Brist i dokumentation/informationsöverföring	0 (0)	0 (0)	0(0)	1 (0)
Bristar i handläggning - felaktigt beslutsfattande	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (0)
Bristar i bemötande	1 (2)	0 (2)	5 (1)	0 (1)
Bristar i fysisk miljö, omgivningar och organisation	0 (0)	2 (1)	1 (0)	0 (0)
Bristar i informationssäkerhet/sekretess	1 (1)	3 (0)	0 (1)	1 (0)
Bristar i teknik, utrustning och apparatur	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (1)
Ekonomisk oegentlighet/stöld	21 (11)	6 (2)	2 (2)	0(0)
Fysiskt övergrepp/våld från medboende	(0)	7 (7)	1 (3)	0 (0)
Fysiskt övergrepp/våld från personal (inkl. familjehem)	(0)	0 (1)	1 (4)	0 (0)
Psykiskt övergrepp/kränkning från personal	(0)	1 (1)	1 (1)	0 (0)
Psykiskt övergrepp/kränkning från medboende	1 (0)	0 (1)	0(0)	0 (0)
Sexuellt övergrepp från medboende	(0)	0 (1)	0(0)	0(0)
Antal	40 (30)	24 (21)	20 (15)	3 (2)

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

- Brist i genomförande av insats är den vanligaste typen av avvikelse, både kopplat till lex Sarah och avvikelser generellt. Orsaken varierar och berör bland annat brister i utförande, försummelse, överlämna information och säkerställa brukarnas välbefinnande. Dessa händelser indikerar på brister i omsorgen och behovet av förbättrade processer, rutiner och kompetens för personalen.
- Ekonomisk oegentlighet/stöld avser misstänkt 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 stöldar har Omsorgsförvaltningen inlett samarbete med stadens trygghetsamordnare och polisen. Informationsblad har under året skickats ut till medborgare över 70 år och affischer har distribuerats runt omkring i staden. Informationsbladet kommer även att överlämnas vid första besöket av biståndshandläggare eller legitimerad personal.

- Fysiska övergrepp mellan medboende och personal inom vård- och omsorgsboenden har varit återkommande och kan härledas till en gemensam bakomliggande orsak. Personalen har inte konsekvent följt brukarnas handlingsplaner, vilket har resulterat i brister i kvaliteten på planerna eller i att de saknas helt. Det finns ett behov av att tydliggöra processen för att genomföra riskanalyser och utarbeta handlingsplaner i individärenden där brukaren kräver mer stöd, exempelvis vid fysiskt våld eller när brukaren inte vill ta emot stöd

Statistik över bedömningsresultatet av Lex Sarah utredningar under år 2024.	Antal
Avvikelse	22 (9)
Påtaglig risk för missförhållande	6 (9)
Missförhållande	32 (36)
Påtaglig risk för allvarligt missförhållande	0 (2)
Allvarligt missförhållande	13 (7)
Ingen bedömning/ under utredning	14 (5)

Majoriteten av bedömningarna har landat i ett missförhållande. Av samtliga lex Sarah rapporter har 22 bedömts som en avvikelse. Anledningen till den bedömningen handlar om ökningen av ekonomisk oegentlighet/ stöld som ofta inte går att fastställa. Arbetet med lex Sarah har blivit mer medvetet för all personal som har en rapporteringsskyldighet. Detta är en åtgärd som Omsorgsförvaltningen aktivt arbetat med på olika sätt under åren 2023 och 2024. Under år 2024 har SAS följt upp åtgärder två gånger under året på områdesnivå. Dock behöver arbetet med lex Sarah förbättras gällande åtgärder

Analys

Arbetet med lex Sarah är viktigt för att säkerställa kvalitén inom Omsorgsförvaltningen. Den ökade rapporteringen och medvetenheten visar på framsteg i arbetet med att identifiera och hantera missförhållanden. Dock kvarstår vissa utmaningar, såsom att förebygga återkommande missförhållanden. För att stärka arbetet med lex Sarah bör Omsorgsförvaltningen överväga att utveckla en enhetlig metod för uppföljning av åtgärder, vilket säkerställer att missförhållanden inte återkommer. Vidare krävs ett ökat fokus på förebyggande arbete genom att analysera återkommande missförhållanden och identifiera mönster samt riskområden. Mål, strategier och utmaningar för kommande år

Resultat/utfall av identifierade utvecklingsområde för patientsäkerhets- och kvalitetsarbetet 2024

Mål, strategier och utmaningar för 2024

Gemensamma mål 2024	Strategi	Resultat/utfall
Ökad följsamhet till de basala hygienrutinerna	Egenkontroll Hygienutbildning enheternas framtagna handlingsplaner Fortsatt utbildning för hygienombuden	Höstens resultat är något förbättrat, målet behöver kvarstå 2025
Genomförandeplaner ska vara en del av den dagliga planeringen.	Planeringsverktyget ska genomsyras av genomförandeplanen Granskning av den dagliga planeringen	Arbete har påbörjats inom alla områden, målet behöver kvarstå 2025
Öka både antal riskbedömningar samt fullföljda processer i Senior alert inom hemtjänsten.	Uppdatera rutin och arbetssätt. Se över ansvarsfördelning i arbetet, involvera legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal.	Arbetet är påbörjat, behöver etableras i de multiprofessionella teamen i hemtjänsten. Målet kvarstår 2025
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.	Rutinen för lex Sarah är reviderad och implementerad. Fortsatt arbete med avvikelshantering med hjälp av Säkerhetskulturrappan. Fortsatta lex Sarah utbildningar för enhetschefer under 2025.
Öka arbetet med att följa upp åtgärder i lex Sarah och lex Maria utredningar	Ledningsgruppen för området följer upp kontinuerligt under året	Arbetet med att säkerställa uppföljningen av åtgärder kvarstår 2025.

Mål, strategier och utmaningar för 2025

Gemensamma mål 2025	Strategier	Planerade åtgärder och aktiviteter	Planerad egenkontroll
Ökad följsamhet till de basala hygienrutinerna	· Egenkontroll · Hygienutbildning	· Enheternas framtagna handlingsplaner · Fortsatt utbildning för hygienombuden	PPM-mätning 2 gånger/år
Öka både antal riskbedömningar samt fullföljda processer i Senior	Uppdatera rutin och arbetssätt. Se över ansvarsfördelning i	· Arbetet är påbörjat, behöver etableras i de multiprofessionella teamen i hemtjänsten.	Arbetet följs av medicinskt ansvariga i samband med

alert inom hemtjänsten	arbetet, involvera legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal.		delårsrapport och patientsäkerhetsberättelse
Kunskapen i avvikelssystemet behöver öka för att säkerställa det systematiska kvalitetsarbetet	Öka kunskapen genom utbildning	Erbjuda regelbundna utbildningstillfällen Fortsatt arbete med säkerhetskulturrappan	Arbetet följs av medicinskt ansvariga och socialt ansvariga i samband med delårsrapport och patientsäkerhets- och kvalitetsberättelse
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 åtgärder och effekter av åtgärder kontinuerligt under året	SAS, MAS och MAR följer upp efter kvartal ett och tre.
Antalet svåråtkäta sår på SÄBO ska minska	Öka kunskapen genom utbildning Ökad struktur genom nationellt kvalitetsregister	Tvårprofessionella workshop Ansluta till Rikssår	MAS initierar och följer upp via egenkontroll 2 ggr/år
Öka arbetet med riskanalyser och handlingsplan i individärende	Uppdatera rutin och arbetssätt	Varje område ska säkerställa att rutin och arbetssätt för riskanalyser och handlingsplaner i individärenden finns, är kända och efterföljs	SAS, MAS och MAR följer upp efter kvartal ett och tre