

Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse 2022

2022

Socialnämnd

Innehållsförteckning

1	Sammanfattning	4
2	Inledning	5
2.1	Vad är kvalitet i verksamheten?	5
2.2	Vad är patientsäkerhet?	5
2.3	Lagar och föreskrifter	6
2.4	Fokusområden under året	6
2.5	Övergripande mål för kommande år	6
3	Kvalitetsberättelse	8
3.1	Övergripande mål och strategier	8
3.2	Ledningssystem	8
3.2.1	Processkartläggning	8
3.2.2	Riktlinjer och rutiner	9
3.3	Systematiskt förbättringsarbete	9
3.3.1	Avvikelse	9
3.3.2	Synpunkter och klagomål	11
3.3.3	Nationella brukarundersökningar	12
3.3.4	Uppföljning av egenkontroller	14
3.3.5	Tillsyner och granskningar	15
4	Patientsäkerhetsberättelse	16
4.1	Övergripande mål	16
4.2	Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet	16
4.3	Struktur för uppföljning och utvärdering	17
4.4	Beskrivning av patientsäkerhetsarbete som genomförts för ökad patientsäkerhet	17
4.5	Samverkan för att förebygga vårdskador	20
4.5.1	Intern samverkan	20
4.5.2	Extern samverkan	20
4.5.3	Samverkan med patienter och närstående	21
4.6	Hälsa- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet	21
4.7	Hantering av synpunkter och klagomål	22
4.7.1	Sammanställning och analys	22
4.8	Resultat	22
4.8.1	Uppföljning av genomförda egenkontroller på våra processer	22
4.8.2	Noterade avvikelser under året	23

4.8.3	Kvalitetsregister	24
4.9	<i>Framtid</i>	25

1 Sammanfattning

Under 2022 har verksamheten succesivt återupptagit det arbetet som stannat av under pandemin. Fortsatt fokus har riktats mot att tillgodose tillräcklig och rätt bemanning i verksamhetens olika delar. Under vissa perioder har omprioriteringar behövt göras vilket bidragit till att en del processkartläggningar inte kunnat slutföras under 2022.

Det systematiska kvalitetsarbetet behöver ett omtag vad gäller egenkontroller och avvikelshantering. Under året kan konstateras att antalet avvikelser har minskat i jämförelse med tidigare år.

Trots ett ansträngt läge visar resultatet av brukarundersökningen inom Vård och omsorg samt inom Individ- och familjeomsorgen på flera förbättringar. Det är ett ständigt pågående arbete att höja kvaliteten i verksamheten och arbeta för att tillgodose medborgarnas behov.

Antal avvikelser inom HSL har minskat ytterligare, vilket troligen kan härledas till att Appva (signeringssystem) är helt infört i våra verksamheter. Vi kan dock se att vissa verksamheter rapporterar in för "få" avvikelser både inom SOL och HSL och där behövs ytterligare utbildning/handledning av medarbetare.

2 Inledning

2.1 Vad är kvalitet i verksamheten?

Insatser inom socialtjänsten ska vara av god kvalitet. För utförande av uppgifter inom socialtjänsten ska det finnas personal med lämplig utbildning och erfarenhet. Kvaliteten i verksamheten ska systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras (Socialtjänstlagen 3§ 3 kap).

Socialnämnden ansvarar för att det finns ett ledningssystem för det systematiska kvalitetsarbetet som anger grundprinciper för ledning av verksamheten.

Ledningssystem ska användas för att säkra kvalitet i, samt planera, leda och förbättra verksamheter inom nämndens område. Med hjälp av dokumenterade processer och rutiner samt ett systematiskt förbättringsarbete ska verksamheten uppnå kvalitet. Det systematiska förbättringsarbetet ska bestå av riskanalys, egenkontroll och hantering av avvikelser.

Socialförvaltningen i Burlövs kommun har tagit fram en definition av kvalitet i verksamheten. Utöver mål och krav i lagar som rör verksamheten ska kvalitetsarbetet inom socialförvaltningen i Burlöv:

- Präglas av Burlövs värdegrund med bemötande, tillgänglighet, förtroende, delaktighet och likabehandling som ledord.
- Erbjuda stöd och insatser som är trygga, säkra, pålitliga, lämpliga, hållbara och kunskapsbaserade.
- Ha medborgarfokus där medborgarens/brukarens/patientens behov står i centrum.
- Sträva efter att medborgaren ska vara så självständig som möjligt.

Med kvalitet menar vi även att vara tydliga med vad medborgare kan förvänta sig av oss eftersom det är i mötet mellan människor som kvalitet uppstår och upplevs. Kvalitet kan uttryckas som förhållandet mellan förväntning och upplevelse. Det är relationen mellan upplevelsen av det man får i relation till förväntningarna som är den främsta drivkraften för hur nöjd eller missnöjd en medborgare/brukare/patient är.

2.2 Vad är patientsäkerhet?

Patientsäkerhet definieras som "skydd mot vårdskada" i patientsäkerhetslagen. Patientsäkerhet handlar om att patienter inte ska skadas i samband med hälso- och sjukvårdande åtgärder eller på grund av att vården inte vidtar de åtgärder som är motiverade med hänsyn till patientens tillstånd.

Patientsäkerhet är en grundläggande kvalitetsdimension i vården och är nära förknippat med god vård som bland annat innebär att vården särskilt ska

- vara av god kvalitet
- vara lätt tillgänglig
- bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet
- tillgodose patientens behov av kontinuitet och säkerhet i vården

I patientsäkerhetslagen står att en vårdskada är "lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom samt dödsfall som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården".

2.3 Lagar och föreskrifter

Flera lagar och föreskrifter styr kvalitetsarbetet och patientsäkerheten inom socialförvaltningen:

- Socialtjänstlagen, SoL
- Hälso- och sjukvårdslagen, HSL
- Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS
- Patientsäkerhetslagen, PSL
- Lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga, LVU
- Lagen om vård av missbrukare i vissa fall, LVM
- Socialförsäkringsbalken
- Tandvårdslagen, TL
- Offentlighets- och sekretesslag (2009:400)

Föreskriften SOSFS 2011:9 Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete gäller för samtliga ovanstående lagrum.

2.4 Fokusområden under året

Under 2022 har samtliga verksamheter inom socialförvaltningen arbetat fortlöpande med kvalitetsarbete. Motorn i att driva kvalitetsarbetet framåt är att det finns personal med rätt kompetens. Fokus under året har varit att tillsätta vakanta tjänster som har uppstått, både i chefsled och i medarbetarledet.

Fortsatta riskbedömningar och anpassningar i verksamheten har gjorts med anledning av Covid-19. Värdegrundsarbete har varit ett tema som lyfts inom samtliga verksamheter under året. Alla medarbetare inom socialförvaltningen erbjöds möjligheten att delta i en föreläsning kring värdegrundsordet bemötande under hösten 2022. Tanken är att fortsätta sätta fokus på varje värdegrundsord och på så sätt stärka värdegrundsarbetet inom förvaltningen.

Utbildningsinsatser har fortsatt att genomföras delvis digitalt men även möjlighet till fysiska träffar har funnits under perioder med låg smittspridning i samhället.

Socialförvaltningen har arbetat fram en digitaliseringsplan innehållande aktiviteter för både Vård och omsorg och Individ- och familjeomsorg.

Tre processkartläggningar har varit under uppförande under 2022 men inte hunnit slutföras.

Socialförvaltningen har under 2022 arbetat med målstyrningen genom att ta fram verksamhetsplaner för 2023, inte enbart på förvaltningsnivå men också på verksamhetsnivå för Vård och omsorg samt Individ- och familjeomsorg. Därefter har varje enhet brutit ner målen till konkreta aktiviteter. Ambitionen är att fortsätta arbeta med målen på alla nivåer i förvaltningen.

IVO har under året genomfört tillsyn av den kommunala hälso- och sjukvården för personer som bor på särskilt boende för äldre. Återkoppling från IVO kommer under första kvartalet 2023.

Uppföljningar av avtal med externa företag som på uppdrag av kommunen utför serviceinsatser i brukarens hem har genomförts. Uppföljningen visar att inga avvikelser inkommit under 2022 samt att samverkan mellan parterna fungerar bra.

2.5 Övergripande mål för kommande år

Följande inriktningsmål finns för kommande år:

- Utveckla arbete avseende avvikelshantering
- Utveckla arbete avseende synpunkts- och klagomålshantering
- Fortsätta arbeta processororienterat genom att identifiera och kartlägga verksamhetsprocesser
- Genomföra förbättringar i befintliga processer
- Revidera ledningssystemet för systematisk kvalitetsarbete samt implementera den i verksamheterna
- Omställningen mot en God och nära vård är påbörjad och arbetet kommer att fortsätt under året
- Förbättra strukturen i verksamhetssystemet Stratsys för att bättre passa verksamheternas och enheternas behov.

3 Kvalitetsberättelse

3.1 Övergripande mål och strategier

I Burlövs kommun bedrivs en strukturerad och systematisk målstyrning på alla nivåer. Kommunens beslutade värdegrund ska beaktas då nya mål antas. Under 2022 har nya övergripande politiska mål för 2023 - 2026 tagits fram. Den politiska nivån beslutar om övergripande mål som sedan bryts ner i verksamheterna till enhetsnivå. De fyra målområdena är: attraktiva Burlöv, hållbara Burlöv, trygga Burlöv och tillgängliga Burlöv.

Målarbetet genomförs och följs upp kontinuerligt och strukturerat i verktyget Stratsys. Alla chefer och medarbetare i förvaltningen är delaktiga i målarbetet.

Att delar i ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete fungerar enligt föreskrifterna säkerställs av förvaltningens MAS, MAR och SAS. Regelbundna uppföljningar utförs för att säkerställa följsamheten till regelverk och upprättade planer.

Socialförvaltningen leder och styr kvalitetsarbetet genom följsamhet till föreskriften Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete 2011:9. Det innebär att verksamheten identifierar processer, aktiviteter och rutiner samt gör riskanalyser och egenkontroller för att optimera ett processorienterat arbetssätt med medborgaren i fokus. Under 2022 har två processkartläggningar påbörjats.

Socialförvaltningens kvalitetsråd utgör navet i kvalitetsarbetet och ser hela tiden till att föra det systematiska arbetet framåt.

3.2 Ledningssystem

Socialförvaltningens systematiska kvalitetsarbete styrs av föreskriften SOSFS 2011:9 "Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete". Socialförvaltningen har strukturerat det interna kvalitetsarbetet för att följa föreskriftens intentioner. Ledningssystemet har två digitala verktyg som hjälp för att arbeta systematiskt med kvalitetsfrågor; Stratsys och 2c8. I Kvalitetsråd och ledningsgrupp diskuteras och beslutas frågor med koppling till ledningssystemet. Ett årshjul skapas varje år för att följa systematiken i förvaltningens systematiska arbete.

3.2.1 Processkartläggning

Som en del av det systematiska kvalitetsarbetet beslutas det i kvalitetsrådet vilka processer som är prioriterade under året. Verksamhetsplanen anger att minst tre processer ska kartläggas varje år. För varje process utses processägare, processledare, processkartritare och processteam. Processerna dokumenteras i verktyget 2c8 och identifierade risker och förbättringsområden dokumenteras i särskilt formulär.

Under året har verksamhetsprocess för enheten för *Mottag och stöd, hantera inkomna ärenden/anmälan* inte kunnat slutföras. Dels på grund av vakanser inom enheterna samt på grund av planerad förändring som kommer innebära ett förändrat arbetssätt. Arbetet kommer återupptas när förändringen har genomförts.

Arbete pågår med att färdigställa processen för våld i relationer, även där har arbetet tagit lång tid på grund av flera vakanser av nyckelfunktioner så som chefer, förste socialsekreterare och samordnare. När processen är kartlagd och godkänd av processägare oc processteam publiceras den på intranätet.

3.2.2 Riktlinjer och rutiner

Kvalitetsrådet beslutar om övergripande nya eller uppdaterade rutiner. När de är godkända publiceras de på insidan så att alla medarbetarna når dem. Exempel på nya eller uppdaterade rutiner som tagits fram på övergripande nivå under 2022 är:

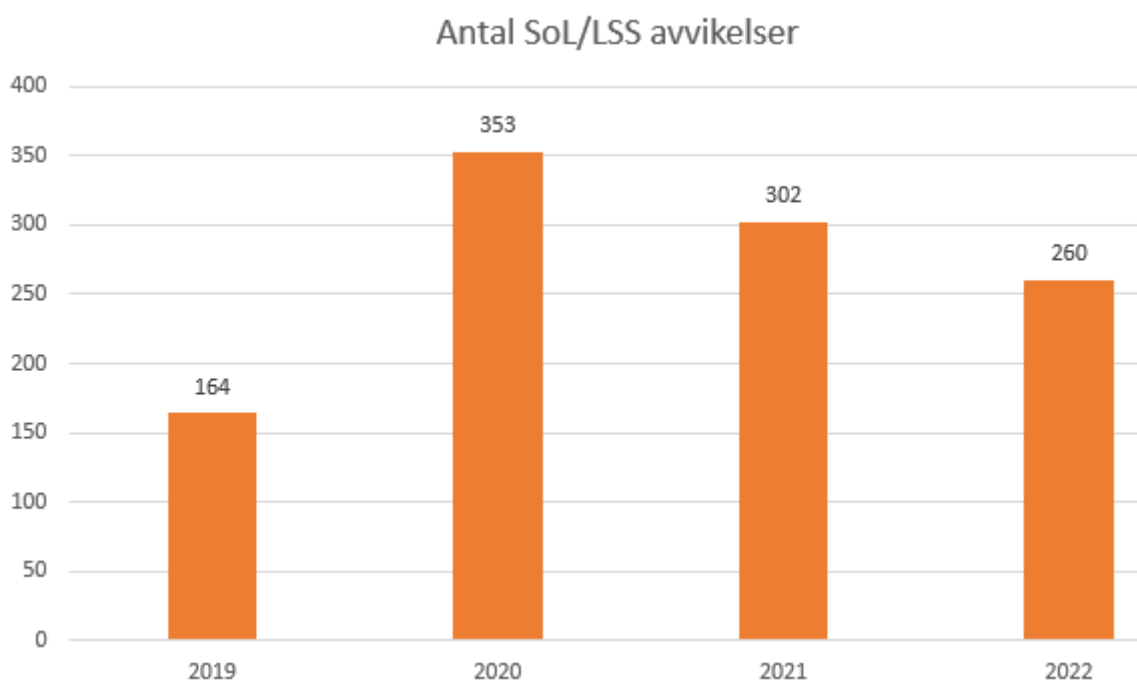
- Synpunkter och klagomål
- Loggkontroller
- Skyddsåtgärder
- Checklista för våld i nära relation

Information om rutiner inom hälso- och sjukvård finns under avsnitt patientsäkerhetsberättelse.

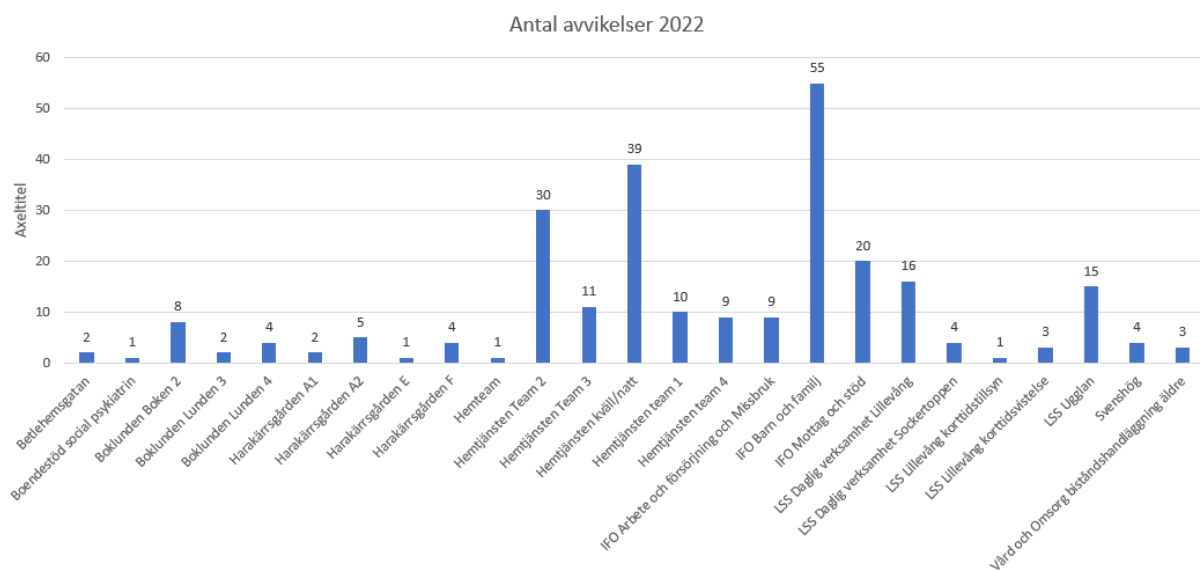
3.3 Systematiskt förbättringsarbete

3.3.1 Avvikelser

Under 2022 rapporterades totalt 260 avvikelser inom socialförvaltningen. En minskning i jämförelse med 2021 samt 2020.



Den största ökningen på enhetsnivå härleds till enheten för barn och familj, där en ökning skett från 31 rapporter under 2021 till 55 under 2022. Största minskningen har skett inom Harakärrsgården A2, från 50 rapporter 2021 till 5 under 2022.



Analys

Antalet rapporterade avvikelser har minskat de sista två åren, trots det upplevs det som att personal är mer uppmärksam på att rapportera jämfört med tidigare år, tex 2019. Händelserna som rapporteras handlar främst om:

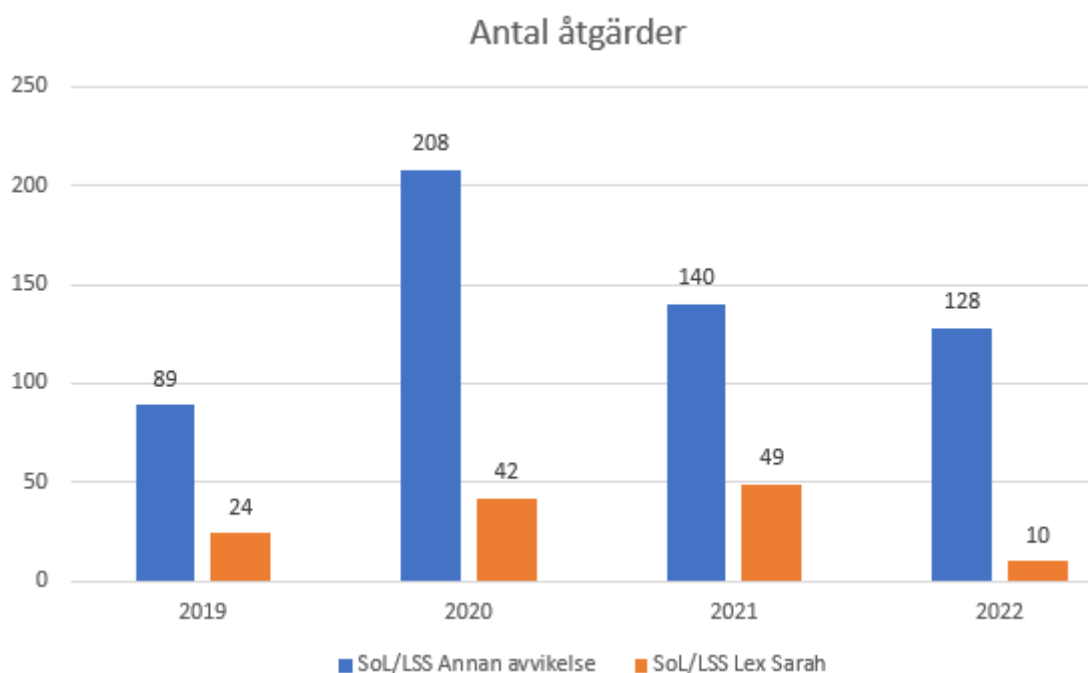
- Uteblivna insatser eller insatser som utförts felaktigt
- Bristande planering vid utförande av insatser
- Brister vid kommunikation och informationsöverföring
- Brister vid handläggning och rättssäkerhet, tex att skyddsbedömning inte utförts inom lagstadgad tid, överskriden utredningstid av barnavårdsutredningar, att beslut inte följts upp i tid eller enligt rutiner/riktlinjer.
- Brister i fysisk miljö, utrustning och teknik, tex att trygghetslarm inte fungerat
- Brister i bemötande
- Brister i följsamhet av rutiner
- Bristande rutiner eller avsaknad av rutiner

Två lex Sarah utredningar har genomförts under året som bedömts som allvarliga missförhållanden. Lex Sarah anmälningar om allvarliga missförhållanden har skickats till Inspektionen för vård och omsorg (IVO).

Åtgärder/Utveckling

Det krävs en ständig dialog och systematiskt arbete kring avvikelser på alla nivåer i organisationen. Dels behövs det utifrån de enskilda händelserna och dels utifrån regelverk och rutiner. Därför ska det vara en ständig punkt på dagordningen vid teamträffar, ledningsgrupper och kvalitetsråd.

Under året har totalt 138 åtgärder registrerats för de 260 SoL/LSS avvikelser som rapporteras. Det är ett förbättringsområde. Vid granskning av avvikelserna framgår att vidtagna och planerade åtgärder skrivs under utredningsuppgifter och registreras inte enligt gällande rutin och handbok för avvikelshantering, vilket gör det svårt att följa upp systematiskt och säkerställa att åtgärderna är utförda.



Genomförande av egenkontroller

Enhetschefer gör egenkontroller enligt Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete tre ggr/år. Ett kontrollmoment är om avvikelserna utreds och avslutas i tid.

- UR1 utfördes egenkontrollen inom 13 enheter
- UR2 utfördes egenkontrollen inom 8 enheter
- UR3 utfördes egenkontrollen inom 3 enheter

Vid granskning av pågående utredningar och rapporter framgår att totalt 79 avvikelser inte är avslutade i tid, vissa är från 2020 samt 2021. Följsamhet till rutinen för avvikelshantering är en del av Socialförvaltningens intern kontroll plan under 2023 och åtgärder kommer att vidtas för att säkerställa korrekt hantering.

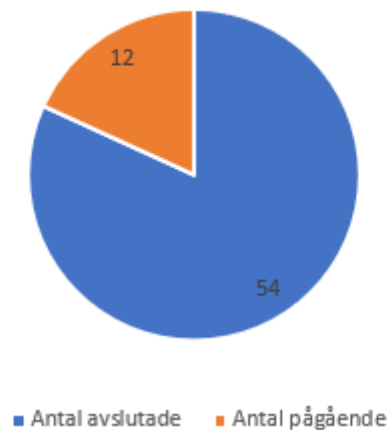
3.3.2 Synpunkter och klagomål

De synpunkter och klagomål som kommer in till kommunen via telefon, brev eller via synpunktsbrevlådan "Kontakt Burlöv" på hemsidan, utreds skyndsamt. Dessa ses som en viktig del i kommunens patientsäkerhetsarbete och förbättringsarbete.

Ibland kan en synpunkt som registreras vara en avvikelse och ärendet hanteras då även enligt avvikelseprocessen.

Under 2022 har totalt 66 ärenden registrerats via kontakt Burlöv. Av dessa har 54 avslutats under 2022. Enligt rutin ska synpunkter och klagomål hanteras och avslutas av verksamheten inom 10 arbetsdagar. 34 ärenden har avslutats inom enligt rutin.

Synpunkter och klagomål



3.3.3 Nationella brukarundersökningar

Socialförvaltningen deltar i de nationella brukarundersökningar som erbjuds årligen.

Under 2022 deltog socialförvaltningen i följande brukarundersökningar:

Socialstyrelsens brukarundersökning

- Vad tycker de äldre om äldreomsorgen

Sveriges kommuner och regioners (SKR) brukarundersökning för:

- Missbruks- och beroendevård
- Ekonomiskt bistånd
- Familjehemsplaceringar
- Boende LSS
- Stödboende LSS
- Daglig verksamhet
- Boende med särskild service

För missbruks- och beroendevård märks en klar förbättring jämfört med tidigare års resultat. Förbättringar är utmärkande i samtliga frågor i brukarundersökningen. Flera värden i 2022 års brukarundersökning är högre än det som framgår av den nationella sammanställningen samt kommunens resultat för 2021 och 2020. Antalet deltagare har också ökat vilket visar på en högre tillförlitlighet.

Resultatet visar även på förbättringar inom verksamhetsområdet ekonomiskt bistånd. Brukarna upplever större tillgänglighet, förståelse av informationen som lämnas, förståelse för den egna situationen samt ökat medbestämmande i utformningen av stödet. En majoritet av brukarna upplever att deras situation har förbättrats sedan de fått kontakt med socialtjänsten. Flera värden i 2022 års brukarundersökning är högre än det som framgår av den nationella sammanställningen samt kommunens resultat för 2021. Antalet deltagare har också ökat vilket visar på en högre tillförlitlighet.

Inom familjehemsvården genomfördes brukarundersökning för andra gången men svarsfrekvensen

var för låg för att kunna få ett resultat på enhetsnivå.

Brukarundersökningen har genomförts inom servicebostad samt bostad med särskild service LSS. Resultatet är varierande med flera förbättringsområde. De delar som sticker ut mest i form av ett försämrat resultat för servicebostad är brukarnas trivsel med boendepersonal, om personalen pratar med brukaren på ett förståeligt sätt samt upplevd trygghet med boendepersonalen. Sammantaget visar resultatet på en försämring kring brukarens medbestämmande och inflytande.

Resultatet för bostad med särskild service visar på positiva förändringar i frågor så som trivsel i hemmet samt upplevd trygghet. Förbättringsområden som påvisas är om personalen förstår vad brukaren säger samt om brukaren får den hjälp som hen vill ha.

Boende med särskild service SoL (socialpsykiatri) visar också förbättringar i brukarundersökningen på flera punkter, bland annat när det gäller brukarnas medbestämmande om saker som är viktiga för dem samt tryggheten och trivseln i hemmet. Däremot framkommer flera områden där resultatet minskat i jämförelse med föregående år samt utfallet nationellt. Dessa områden är om brukaren får den hjälpen de vill ha, om brukaren känner sig förstörd av personalen samt om brukaren upplever att personalen bryr sig om hen.

Resultatet av brukarundersökningen på daglig verksamhet LSS visar på förbättringar inom följande områden: att brukare inte känner sig rädda på daglig verksamhet, att personalen pratar med brukaren så att de förstår samt att brukare får bestämma om saker som är viktiga för dem på daglig verksamhet. Utvecklingsområden som framgår av resultatet är om brukaren anser att det de gör på daglig verksamhet är viktigt för dem samt trivseln på daglig verksamhet. Övervägande majoritet av brukarna svarade att de vet vem de ska prata med om något är dåligt på daglig verksamhet.

Brukarundersökning "Vad tycker de äldre om äldreomsorgen" visar på ett varierat resultat. Inom särskilt boende har förbättringar skett inom följande områden: om brukaren får plats på det särskilda boende som önskas, trivsel i lägenheten och gemensamma utrymmen och trygghet. Det förstnämnda området har ett resultat som är flera punkter högre än resultatet på nationell nivå.

Utvecklingsområden som framkommer utifrån resultatet av brukarundersökningen är: måltider, möjligheten att komma utomhus, utbudet av aktiviteter samt om personalen tar hänsyn till brukarens synpunkter på när hjälpen ska erbjudas.

Inom hemvården visar resultatet på förbättringar inom majoriteten av områden. Exempel på områden där förbättringar skett är: om personalen kommer på avtalad tid samt hur de utför sina arbetsuppgifter, bemötande, förtroende samt brukarens sammantagna nöjdhet med hemvården. Utvecklingsområden som framgår av resultatet berör områden så som brukarens möjlighet att påverka vilka tider personalen kommer, om hänsyn tas till brukarens åsikter om hur hjälpen ska utföras samt om brukaren känner sig trygg att bo hemma med stöd från hemvården. Det området där resultatet är flera punkter bättre än resultatet på nationell nivå är om brukaren under coronapandemin besvärats av ensamhet.

I avsnittet 3.1.1.1 Socialförvaltningen nedan redovisas en del av brukarundersökningarnas resultat.

3.3.3.1 Socialförvaltningens nyckeltal brukarundersökningar

Nyckeltal KKiK	Utfall 2022	Utfall 2021	Utfall 2020
Brukarbedömning särskilt boende äldreomsorg - helhetssyn, andel (%)	73		80
Brukarbedömning hemtjänst äldreomsorg -	74		65

Nyckeltal KKiK	Utfall 2022	Utfall 2021	Utfall 2020
helhetssyn, andel (%)			
Brukarbedömning daglig verksamhet LSS - trygg med personal, andel (%)	71	81	↘
Brukarbedömning individ- och familjeomsorg totalt - helhetssyn, andel (%)	88	82	↗
Brukarbedömning ekonomiskt bistånd IFO - helhetssyn, andel (%)	88	94	↘
Brukarbedömning missbruksvård IFO - helhetssyn, andel (%)	89	64	↗
Brukarbedömning servicebostad LSS - Brukaren får bestämma om saker som är viktiga hemma, andel (%)	58	75	↘
Brukarbedömning servicebostad LSS - Brukaren är aldrig rädd för något hemma, andel (%)	75	82	↘

3.3.4 Uppföljning av egenkontroller

Sammanfattning och analys av årets egenkontroller

Kvalitetsrådet beslutar om och följer upp årliga egenkontroller. Egenkontrollerna utgår från risker som ledningsgruppen identifierat i socialförvaltningens huvudprocess.

Huvudprocessen har ett brukarperspektiv där delprocesserna kontakt/bedöma/utreda/meddela beslut/genomföra/följa upp/avsluta utgör delarna. För varje steg i processen identifieras risker och egenkontroller. T ex under processteget "genomföra" kontrollerar enhetscheferna tre gånger per år om brukaren varit delaktig vid upprättandet av genomförandeplaner.

Det är svårt att dra slutsatser av utförda egenkontroller eftersom inte alla enheter redovisar resultat. Vid uppföljning av utförda egenkontroller syns att det fortfarande finns förbättringar att göra när det gäller följsamhet i att utföra dem. Årets genomförda egenkontroller visar på förbättringar när det gäller brukarnas delaktighet samt användning av olika bedömningsinstrument inom vård och omsorg. Resultaten av egenkontrollerna speglar dock inte hela verksamheten då endast ett fåtal enheter genomfört egenkontrollen. Under 2023 kommer ett utvecklingsarbete att bedrivas gällande det systematiska kvalitetsarbetet. Starten på detta sker i februari på förvaltningens kvalitetsråd.





I avsnitten 3.3.4.1 - 3.3.4.4 nedan redovisas resultatet från några genomförda egenkontroller för tertial 3 2022.

3.3.4.1 Kontakt - ta emot ansökan, anmälan, annat sätt


Egenkontroll	Underliggande svar
Bevaka att aktualiserade ärenden har fördelats	◆ Delvis uppfyllt

3.3.4.2 Utreda/ bedöma


Egenkontroll	Underliggande svar
--------------	--------------------

Egenkontroll	Underliggande svar
Hålls utredningstider?	 Delvis uppfyllt
Har riskbedömningsinstrument i Senior alert använts?	 Uppfyllt
Har bedömningsinstrument för smärtskattning använts?	 Uppfyllt
Har bedömningsinstrument för munhälsa använts?	 Uppfyllt

3.3.4.3 Genomföra

Egenkontroll	Underliggande svar
Andel brukare som varit delaktiga i upprättandet av aktuell genomförandeplan.	 Uppfyllt

3.3.4.4 Följa upp

Egenkontroll	Underliggande svar
Har uppföljning av beslut/insats genomförts?	 Delvis uppfyllt

3.3.5 Tillsyner och granskningar

Verksamhetsuppföljningar

Varje år genomförs 4 verksamhetsuppföljningar inom socialförvaltningen. Under 2022 fick en verksamhetsuppföljning ställas in på grund av vakanser och frånvaro.

Inom vård och omsorg har verksamhetsuppföljning genomförts inom daglig verksamhet LSS, enheterna Sockertoppen och Lillevång. Verksamhetsuppföljningarna visar att det till stor del finns en följsamhet till beslutade rutiner men att dokumentationen och uppföljning av beslutade insatser är ett utvecklingsområde. Teamträffar hade vid tidpunkten för verksamhetsuppföljningen inte genomförts men detta åtgärdades i samband med verksamhetsuppföljningen. Båda verksamheter lyfter att dialog förs kring resultatet av brukarundersökningen och att åtgärder vidtas för att göra förbättringar.

Inom Individ- och familjeomsorgen planerades verksamhetsuppföljningar inom enheterna Barn och familj samt Arbete och försörjning. Dock genomfördes endast uppföljning inom Arbete och försörjning. Vid genomförandet granskas följsamhet till regelverk, riktlinjer och rutiner i verksamheten.

Uppföljningen visar att enheten arbetar aktivt med både extern och intern samverkan och att hanteringen av avvikelser och klagomål görs enligt rutin. Vidare lyfts fram arbete med delaktighet och jämställdhet. Identifierade utvecklingsområden är att genomföra analyser samt systematisk uppföljning av statistik.

4 Patientsäkerhetsberättelse

4.1 Övergripande mål

Enligt patientsäkerhetslagen ska vårdgivaren årligen skriva en patientsäkerhetsberättelse. Idén med patientsäkerhetsberättelsen är att öppet och tydligt för alla redovisa strategier, mål och resultat av arbetet med att förbättra patientsäkerheten. Patientsäkerhetsberättelsen ska ha en sådan detaljeringsgrad att det går att bedöma hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten har bedrivits i verksamhetens olika delar, och att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses.

Patientsäkerhetsberättelsen är utformad så att den kan ingå i vårdgivarens ledningssystem för patientsäkerhet

4.2 Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet

Socialnämndens ansvar

Vårdgivaren, Socialnämnden i Burlövs kommun, är ansvarig för patientsäkerhetsarbetet. Vårdgivaren fastställer mål och strategier för det systematiska kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet samt kontinuerligt följer upp och utvärderar mål.

Socialchefens ansvar

Socialchefen (Verksamhetschefen enligt HSL § 29) ansvarar för att det inom förvaltningen arbetas med uppföljning och analys av händelser och avvikelser, fördjupade analyser inom kvalitets- och patientsäkerhetsområdet och utvecklingsarbeten inom kvalitets- och patientsäkerhetsområdet.

Medicinskt ansvarig sjuksköterskas (MAS) ansvar

MAS bevakar att patientsäkerheten upprätthålls i kommunens primärvård. MAS har även ett delegationsbeslut av Socialnämnden att göra anmälningar enligt Lex Maria till Inspektionen för Vård och Omsorg (IVO), samt ansvarar för att felaktigheter på medicintekniska produkter anmäls till Läkemedelsverket.

MAS ansvarar för en säker läkemedelshantering, att rutiner upprättas, att delegeringar sker i enlighet med gällande författningar samt att patientjournaler förs som lagen anger.

MAS är också en länk för kontakten mellan Region Skåne, de privata aktörerna och kommunen.

Medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) ansvar

MAR bevakar patientsäkerhet och kvalitet kopplat till rehabilitering och habilitering samt är vårdgivarens sakkunnig inom dessa områden.

MAR ansvarar även för att felaktigheter på medicintekniska produkter anmäls till Läkemedelsverket.

Verksamhetschefens och enhetschefens ansvar

Verksamhetschefer/enhetschefer ansvarar för att alla medarbetare engageras och har rätt kompetens och befogenheter för att bedriva en god och säker hälso- och sjukvård. De ansvarar också för att enheterna systematiskt arbetar med kvalitets- och patientsäkerhet och följer riktlinjer och rutiner utfärdade av MAS och kvalitetsrådet samt att avvikelser rapporteras. De ansvarar för att operativa mätbara mål formuleras i enheten och för att målen nås samt att utfallet analyseras och att medarbetare delges resultatet och att åtgärder initieras. Det ingår också i deras ansvar att

samverkan sker med övriga yrkesfunktioner i förvaltningen såsom sjuksköterska, arbetsterapeut, fysioterapeut, biståndshandläggare och omvårdnadspersonal.

Legitimerad personals ansvar

Legitimerad personal dvs. sjuksköterskor, fysioterapeuter och arbetsterapeuter ansvarar för att hälso- och sjukvårdsarbetet följer vetenskap och beprövad erfarenhet. En patient ska ges sakkunnig och omsorgsfull hälso- och sjukvård och vården ska så långt det är möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten och/eller dess närstående.

Omvårdnadspersonalens ansvar

Omvårdnadspersonal ansvarar för att följa upprättade riktlinjer/rutiner, aktivt medverka vid utbildning och handledning samt återkoppla/kommunicera till närmsta chef om riktlinjer/rutiner inte fungerar.

4.3 Struktur för uppföljning och utvärdering

Den systematiska uppföljningen och utvärderingen sker på individnivå, enhetsnivå, verksamhetsnivå och nationell nivå. Sammanställning och analys av inkomna avvikelser, egenkontroller och riktade undersökningar utgör underlag för kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsen. Arbetet med att ta fram egenkontroller i ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete kommer fortsätta att utvecklas under nästa år. Andra former för uppföljning och utvärdering kan vara journalgranskning, oanmälda besök m.m.

Uppföljning sker även via nationella kvalitetsregister som ger statistik både på verksamhets-, enhets- och individnivå. Senior Alert används för uppföljning av preventivt arbete gällande trycksår, fall, undernäring, munhälsa och blåsdysfunktion. Den palliativa vården följs upp via Svenska Palliativregistret och vården för demenssjuka personer via BPSD-registret.

En del i den systematiska uppföljningen på individnivå är teamträffar. Legitimerad personal, enhetschef för omvårdnadspersonalen samt omvårdnadspersonal träffas regelbundet för att ge brukare/patient gemensamma samlade resurser för att möjliggöra en god och säker vård och omsorg samt förstärka livskvalitén. Träffarna har stärkts med det professionsövergripande teamarbetet.

4.4 Beskrivning av patientsäkerhetsarbete som genomförts för ökad patientsäkerhet

Risikanalys

Risikanalys görs både regelbundet inom ramen för systematiskt kvalitetsarbete och löpande under året i samband med händelser/avvikelser. Även i samband med processkartläggning identifieras risker och åtgärder planeras för dessa.

För att säkerhetsställa att uppföljning av lagar och förordningar sker systematiskt och regelbundet har en del av egenkontrollerna som görs inom hälso- och sjukvården lagts in i Stratsys. Exempel på dessa är extern läkemedelsgranskning, kollegial journalgranskning, mätning av följsamhet till basala hygienrutiner, uppföljning av förebyggande underhåll på vissa hjälpmedel.

Informationssäkerhet

Vårdgivaren har ett ansvar för att obehöriga inte ska kunna ta del av dokumenterade personuppgifter. För att kontrollera detta finns en rutin för loggkontroller av hälso- och sjukvårdsjournalen. Rutin för loggkontroll finns och loggkontroll genomförs en gång om året. Inga

oegentligheter hittades vid denna kontroll.

SITHS-korts inloggning är en nationell elektronisk säkerhetslösning som uppfyller Patientdatalagens krav på säker identifiering, stark autentisering. Legitimerad personal använder SITHS-kort för inloggning i vårdtjänster så som Pascal för ordinationer för läkemedel, Mina Planer för vårdplanering, Nationell Patientöversikt för andra vårdgivares dokumentation och kvalitetsregister som Senior Alert och Palliativa registret.

Utbildning/handledning

Utbildningssjuksköterska:

Verksamhetsområde Vård- och omsorg (VoO) har sedan tidigare kompetensförstärkt genom att anställa en utbildningssjuksköterska som ska höja kompetensen hos omvårdnadspersonal då det kan saknas kompetens inom vissa områden.

Utbildningar som genomförts under året är följande:

- Sårutbildning
- Föreläsning gällande diabetes
- SIP utbildning
- APPVA digitaliserings utbildning; Utbildning vänder sig till omvårdnadspersonal som i sitt dagligarbete använder APPVA som digital signering av HSL insatser.
- VITALA PARAMETRAR workshop
- Utbildning skapades utifrån behov för att öka kunskap och färdighet hos personal
- Madrassutbildning
- Arbetet med att ta fram en digitalutbildning för delegering av läkemedelshantering samt digitala kunskapstester/prov efter genomgången utbildning är påbörjat under hösten 2022. Handbok/kompendium för utbildningen är framtaget. Arbetet ska vara klart senast april 2023

Övriga utbildningsinsatser:

- Validering av vårdbiträde till undersköterskor
- Specialistutbildning undersköterskor i palliativvård
- Undersköterskor utbildas till Silviasystrar
- Under hösten har arbetet med att utbilda rehabombud startat. Rehabombuden ska ha vara en förlängd arm till legitimerade arbetsterapeuter och fysioterapeuter när det gäller rehabilitering, förflyttningar, fallförebyggande arbete och hjälpmedel. Arbetet fortsätter under 2023 med bredvid gång med arbetsterapeuter och fysioterapeuter och utbildningsträffar.

Nya/reviderade riktlinjer och rutiner

Under 2022 har följande nya rutiner kopplade till hälso- och sjukvården upprättats samt vissa reviderats:

- Ny Delegeringsrutin samt utbildning för läkemedelshantering är upprättade.
- Ny rutin gällande för behandling cytostatika och andra läkemedel med toxisk effekt inom kommunal hälso- och sjukvård är upprättad
- I samverkan mellan Region Skåne och Skånes kommuner är rutinen för Antikoagulantibehandlad patient inom kommunal primärvård, reviderad samt läkemedelshantering hos patienter som är anslutna till ASIH
- Övriga rutiner som är reviderade under året är följande, Akutväska för sjuksköterskor,

rutinen för Min pärm,

Kompetensgrupper

Inom socialförvaltningen finns ett antal kompetensgrupper inom olika områden. Dessa grupper innehåller olika yrkeskategorier med särskilt intresse och kompetens för de olika områdena. Grupperna arbetar självständigt med olika förbättringsåtgärder, mätningar, framtagande av rutiner/handböcker, men också via uppdrag från tex MAR/MAS, verksamhetschef, enhetschef m.m. Grupperna har succesivt återstartat efter Pandemiåren.

- Kompetensgrupp för dokumentation; uppföljande workshops i skrivandet av hälsoplaner genomfördes under våren. Rutin för nyanställdas introduktion i dokumentation upprättad. Journalgranskning i form av kollegiegranskning genomfördes i slutet av året.
- Kompetensgrupp för förflyttningsteknik har genomfört tre omgångar utbildning (totalt 9 utbildningstillfällen samt 3 provtillfällen) vilket har resulterat i 13 godkända medarbetare med lyftlicens. På grund av pandemin kom utbildningarna igång först i april.
- Kompetensgrupp hjälpmedel; i början av året la vi mycket tid på att reda ut vilka av våra vårdssängar på särskilda boenden som saknade underhåll, skulle skrotas ut och även flyttas om då kommunen planerade för att ta emot flyktingar från Ukraina. Gruppen delade även upp ansvarsområdena av hjälpmedel för att inte en person ska sitta på hela ansvaret av förrådets behov av beställningar. På senare delen av året har fokus varit på de försenade hjälpmedelsleveranserna från Sodexo.
- Kompetensgrupp fallförebyggande; sjuksköterskorna har arbetat fram hjälpfrastexter för dokumentationen av fall. Gruppen har plockat fram att det är bedömningsinstrument FBG som ska användas vid bedömning av balans. Tillsammans med fysioterapeuter från vårdcentralen Arlov och vårdcentralen Burlöv är vi i startgrupparna för balansgupp på Mötesplatsen. Från oktober 2022 har en fysioterapeut avsatt tid inom ramen för sin tjänst att arbeta med fallförebyggande arbete. Procentuellt beräknas detta arbete vara på 40 %.
- Kompetensgrupp för kognitiv sjukdom där demenssjuksköterskan är samordnare har under året tagit fram en rutin för BPSD arbetet i teamen. Man har även tagit fram utbildningsmaterial till nyanställda, en kort utbildning för legitimerad personal, samt utbildningsmaterial till anhörigutbildningen. Kompetensgruppen har även tagit fram en lokalt anpassad checklista tänkt till personer med demens och deras anhöriga med råd och idéer.
- Kompetensgrupp delegering; har skapat en ny digital delegeringsutbildning samt utbildningskompendium gällande läkemedelshantering
- Kompetensgrupp nutrition; kostchefen i kommunen ingår från och med 2022 i gruppen.
- Kompetensgrupp inkontinens; arbetar för att höja all personals kompetens gällande inkontinensvård. Medborgare med inkontinensproblematik som har hemsjukvård i Burlövs kommun ska ha ett individuellt utprovat hjälpmedel. Minska kostnaderna för inkontinenshjälpmedel.
- Kompetensgrupp anhörigstöd; Demenssjuksköterska samt Anhörigstödare har brutit ner de Nationell anhörigstrategi - inom hälso- och sjukvård och omsorg- till kommunal nivå
- Kompetensgrupp palliativ vård; Arbetar för att medborgare i Burlövs kommun ska få en god och likvärdig palliativ vård.
- Kompetensgrupp sårvård; arbetar för att strukturera/utveckla sårbehandling i Burlövs kommun samt höja kompetensen hos personalen och arbeta preventivt
- Kompetensgrupp hygien; Nystartad grupp under hösten 2022. Hittills har 6 hygienombud tillträtt sina uppdrag.

- Kompetensgrupp ViSam; Beslutsstödet ViSam är ett verktyg för sjuksköterskan inom kommunal vård och omsorg som ska användas när en patients hälsotillstånd försämrats. Gruppen arbetar för att alla sjuksköterskor, som är anställda i Burlövs Kommun (hit räknas även bemanningssjuksköterskor) ska använda beslutsstödet vid akuta hembesök, oavsett boendeform.
- Kompetensgrupp VR; Gruppen arbetar utifrån att genom olika insatser stärka VR guiderna själva samt berörd personal för att de ska känna sig tryggare och mer kompetenta i arbetet med VR som aktivitet, samt att skapa förutsättningar för att VR som aktivitet ska vara en hållbar aktivitet med adekvat kompetens, utrustning och förhållningssätt.

4.5 Samverkan för att förebygga vårdskador

Samverkan mellan olika aktörer krävs för att undvika att personer med behov av vård och omsorg drabbas av vårdskada eller får insatser av bristande kvalitet.

4.5.1 Intern samverkan

- Kvalitetsrådet är ett beslutsforum där övergripande nya/revideringar i riktlinjer och rutiner går igenom gemensamt. Rådet har legat nere från juni månad fram till november månad då den återstartades efter nyanställningar i organisationen
- MAS är adjungerad till ledningsgrupp inom vård och omsorg.
- HSL-träffar sammanför samtlig legitimerad personal, MAS, MAR, verksamhetschef för Vård och omsorg samt enhetschef för hemsjukvården. Under dessa träffar lyfts aktuella avvikelser/patientärenden, frågor kopplade till hälso- och sjukvård, nya riktlinjer och rutiner samt ny information från MAS/MARs omvärldsbevakning.
- Demenssjuksköterskefunktionen samverkar med alla aktörer internt i kommunen kring personer med demenssjukdom och deras anhöriga. Detta resulterar i regelbundna avstämningar/handledningstillfällen med biståndshandläggare, personal på dagverksamhet såväl som hemvård och särskilda boende. Demenssjuksköterskan är också tillgänglig för HSL-personal, LSS-verksamhet, socialpsykiatri, anhörigstöd och andra stödfunktioner i kommunen som t.ex. Medborgarservice.
- Projektet "Ett självständigare liv" har implementerats i den ordinarie verksamheten. Biståndshandläggare kontaktar ordinarie arbetsterapeut för att boka gemensamt hembesök gällande personer som ansöker om bistånd första gången, brukare där behovet av insatser ökar, brukare som ansöker om särskilt boende och vid uppföljning av beslut. Arbetsterapeuten följer med på hembesök tillsammans med biståndshandläggare och bedömning gör en aktivitetsbedömning på plats eller bokar ytterligare ett kompletterande hembesök.

4.5.2 Extern samverkan

Samverkan mellan de skånska kommunerna och Region Skåne regleras av det så kallade HS-avtalet (Hälso- och sjukvårdsavtalet) - *Avtal om ansvarsfördelning och utveckling avseende hälso- och sjukvården i Skåne*. Avtalet består av tre delar: en grundöverenskommelse, en utvecklingsplan för God och Nära Vård 2016 - 2022 samt en del om organisering av regional samverkan mellan Region Skåne och Skånes kommuner avseende hälso- och sjukvård.

Extern samverkan sker också i andra former:

- Ett intensivt arbete med att återuppta en god samverkan med regionens vårdcentral i

kommunen har pågått under året. En ny vårdcentral har etablerat sig, genom avtal med regionen, i Burlövs kommun. Samverkans möten har genomförts med båda vårdcentralerna. Vårdsamverkan gällande God och Nära Vård har startats upp i kommunen, i samverkansgruppen ingår båda vårdcentralerna, öppen psykiatri, ASIH, verksamhetschef IFO, verksamhetschef VoO, enhetschef hemsjukvård, MAR samt MAS.

Burlövs kommun har representanter som deltar i olika möten och utvecklings forum tillsammans med bl.a. Socialstyrelsen, Vårdhygien Skåne, rehabchefs nätverk, nätverk för MAS/MAR:ar i mellersta Skåne, Nätverksgrupp för samverkan mellan Region Skåne och kommunerna i mellersta, Skånska demenssjuksköterskenätverket, Kommunförbundet Skåne m.fl.

- Minnesteam Arlövs vårdcentral - Burlövs kommun. Minnsteamet har träffats regelbundet över året för att samverka kring demensutredningar och patienter med kognitiv sjukdom. Detta innebär att personen som utreds samt anhöriga tidigt i förloppet får träffa kommunens Minnsteam och får en mer sammanhållen utredning. Det visar att det gränsöverskridande samarbete ger resultat i att identifiera troliga personer med demens men även motivera dem till att slutföra demensutredning.
- Annan samverkan relaterad till demenssjukdomar utanför kommunens gränser är t.ex. Alzheimersfonden, HMC Hjärup, Kunskapscentrum för demenssjukdomar, Socialstyrelsen, Migrationsskolan, Consensus, Lunds universitet, Minneskliniken, Mobila teamet samt Yngre teamet på Minneskliniken.
- MAS har också ingått i samverkan med regionens arbetsgrupp för ny upphandling samt migrering av dosexpedition i Skåne
- MAS ingår sedan tidigare i Nationella nationella dossamverkan, där ingår representanter från samtliga dosaktörer, regioner, Inera samt e-hälsomyndigheten.
- MAS är också invald som en av två kommunrepresentanter för Skånes kommuner i Primärvårdsrådet från och med vintern 2022.

4.5.3 Samverkan med patienter och närstående

Samverkan med patienter innebär att ge förutsättningar för medborgaren att själv kunna påverka sin livssituation och den vård och det sociala stöd som hen får. Personen ska ges möjlighet att delta i planeringen av vård och omsorg och när en samordnad individuell plan (SIP) upprättas samt ha inflytande över genomförandet. Om personen så önskar kan närstående medverka.

Patienter skall informeras när avvikelser sker. Om inte sekretessen hindrar bör även närstående informeras. Vid beslut om att anmäla en händelse enligt Lex Maria kontaktar alltid MAS patienten/närstående för att ge dem möjlighet att beskriva sin upplevelse av händelsen. Även beslutet från Inspektionen för vård och omsorg (IVO) kommuniceras med patient/närstående.

4.6 *Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringskyldighet*

Avvikelse är händelser som innebär risk för vårdskada eller vårdskada för den enskilde och alla medarbetare är skyldiga att rapportera detta. Avvikelse rapporteringen ger förvaltningen möjlighet att komma tillrätta med brister i den egna verksamheten, att förhindra att bristerna upprepas och att förbättra rutiner och processer för att höja kvaliteten. Begreppet avvikelser omfattar avvikelser enligt SoL och LSS, avvikelser enligt HSL, lex Sarah och lex Maria.

Avvikelserna används i lärande syfte på ledningsgrupp vård och omsorg samt på HSL-möte med legitimerad personal.

Avvikelser kopplade till externa utförare, ex. primärvård och slutenvård, rapporteras av legitimerad personal och skickas till MAS för handläggning. Dessa avvikelser diarieförs och skickas till berörd extern utförare.

Avvikelser som inkommer från externa avvikelser kommer till MAS som sedan handlägger, utreder och svarar på avvikelsen.

4.7 Hantering av synpunkter och klagomål

De synpunkter och klagomål som kommer in till kommunen via telefon, brev eller via synpunktsbrevlådan på hemsidan och som rör hälso- och sjukvården från patienter och närstående utreds skyndsamt. Dessa ses som en viktig del i kommunens patientsäkerhetsarbete, förbättringsarbete och är viktiga i lärandet. Ibland kan en synpunkt registreras som en avvikelse och ärendet hanteras då även enligt avvikelseprocessen.

4.7.1 Sammanställning och analys

Det finns svårigheter när det gäller att ta fram statistik ur ärendehanteringssystemet när det gäller att få reda på vad synpunkterna och klagomålen handlar om. Det beror också på att många ärenden innehåller synpunkter kopplat till både HSL och SOL/LSS och därmed är svåra att särskilja statistiskt.

Under 2022 har endast en synpunkt inkommit kopplade till hälso-och sjukvården som föranlett utredning, samtal och svar från MAS.

Inga klagomål har inkommit via Patientnämnden under 2022.

4.8 Resultat

4.8.1 Uppföljning av genomförda egenkontroller på våra processer

Skyddsåtgärder- Vård och omsorg

Skyddsåtgärder- Vård och omsorg skall bedrivas utan tvång och begränsningar, därför arbetar enheterna aktivt med att identifiera, förebygga och få samtycke till de skyddsåtgärder som brukaren behöver. Sedan 2021 genomförs en årlig uppföljning av skyddsåtgärder med syfte att identifiera problemområden eller områden som behöver fokuseras på. Inför 2023 är enhetscheferna ombudda att lyfta skyddsåtgärdsrutinen på APT och försäkra sig att den diskuteras i gruppen så medarbetarna har möjlighet att ta till sig den.

Kollegial journalgranskning

För att uppfylla kraven i Patientdatalagen och Socialstyrelsens föreskrifter om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården är verksamheten skyldig att granska hälso- och sjukvårdsdokumentationen regelbundet. Mallen för kollegial journalgranskning är under omarbetning, då man fann den svår att följa. Därav kan inget resultat rapporteras för 2022.

Extern granskning av läkemedelshantering

I oktober 2022 genomfördes en granskning av läkemedelshanteringen i Burlöv av extern aktör. I rapporten från granskningen framkom endast mindre avvikelser, så som kvarglömda tumma kartonger, inte följt rutin vid städning av läkemedelsförråd (Basförråd).

Följsamhet till basala hygienrutiner - punktprevalensmätning

Under v. 11-12 genomfördes en observation för att mäta följsamheten till de basala hygienrutinerna. Mätningen samordnas nationellt via Sveriges kommuner och regioner (SKR). Legitimerad personal genomförde observationerna inom särskilt boende och i ordinärt boende. Resultatet visar god följsamhet. Att få full följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler kräver ett långsiktigt arbete och flera olika insatser. Några av de insatser som genomförs årligen är digital utbildning, regelbunden uppföljning, dialog med linjechefer och stöd från ledningen.

4.8.2 Noterade avvikelser under året

HSL-avvikelser

Antalet inrapporterade hälso- och sjukvårdsavvikelser har minskat under 2022. Minskningen kan härledas till att vi helt övergått till digitalsignering

År	2019	2020	2021	2022
Rapporttyp	Vårdskador	Vårdskador	Vårdskador	Vårdskador
Antal	575	1216	1040	868

Fördelning enligt avvikelsetyp, fallhändelse, läkemedelshantering samt omvårdnad

Avvikelsetyp	Fallhändelse	Läkemedelshantering	Omvårdnad
Antal	536	237	45

Fallhändelser

Under 2022 har 536 fallavvikelser rapporterats. Antal fallavvikelser har ökat något. De flesta patienterna får lindriga eller inga konsekvenser av fallen, men det förekommer också fall som leder till frakturer och smärta.

Läkemedelsavvikelserna

Läkemedelsavvikelserna har minskat ytterligare 2022 vilket kan härledas till digitalsignering

Omvårdnads avvikelser

Omvårdnad innebär att hjälpa och stödja en person och dennes närstående i det dagliga livet med hälsan i fokus. Det är ett självständigt kunskapsområde där sjuksköterskan är ansvarig. Arbete med hälsa innebär såväl att förebygga och förbättra hälsa, som att återställa och bevara den. Ingen av de 45 inrapporterade omvårdnadsavvikelserna har lett till allvarliga konsekvenser för patienten.

Lex Maria

Ingen händelse har anmälts enligt Lex Maria till IVO under året.

Externa avvikelser

Det inkom 1 avvikelser från externa vårdgivare under 2022. Dock visade det sig att inget brustit i vår organisation.

Legitimerad personal sammanställde 36 avvikelser som skickades via MAS till externa utförare. Avvikelserna handlade främst om brister i utskrivningsprocessen så som felaktig information och fel kopplade till läkemedelshantering, patienten rapporterades inte via Mina Planer inför utskrivningen. Att det skett en sådan markant höjning av externa rapporter kan härledas till att de avvikelser som berörde vårdcentralen i kommunen inte skickades via detta rapporteringssystem.

4.8.3 Kvalitetsregister

BPSD-registret (beteendemässiga och psykiska symtom vid demens)

Under 2022 påbörjades arbetet med Stjärnmärktscertifiering av enheterna, certifieringen syftar till att stärka den personcentrerade omvårdnaden och kunskapen om demenssjukdomar på enheterna. I samband med att enheterna börjar arbeta utifrån Stjärnmärkt arbetspolicy kommer även Svedems kvalitetsregister börja användas. På sikt kan Svedem bli ett redskap för enheterna för att följa det personcentrerade arbetet.

I dagsläget finns BPSD administratörer utbildade på samtliga enheter. All HSL personal är utbildade enligt rutin, samt har under året 3 enhetschefer utbildats till administratörer.

Övergripande målet där alla personer med kognitiv sjukdom och kommunal hälsa och sjukvård ska få en individuell bemötandeplan via BPSD registret ser inte ut att nås i lika stor utsträckning som 2021(189 registreringar), under 2022 tom 14/11 genomfördes 123 registreringar. Enheterna har fått i uppdrag att se över sitt arbete med bemötandeplaner under årets sista månader och stöd erbjuds utifrån de olika enheternas önskemål.

Enligt kommunens riktlinje ska varje person med demenssjukdom och kommunal hälso- och sjukvård erbjudas BPSD bedömning inklusive uppföljning minst en gång per år, således två registreringar per person per år. I våra verksamheter beräknas i grova drag 125 personer med demenssjukdom ha kommunal hälso- och sjukvård 2022.

Senior Alert

Senior alert innehåller fyra delar som ligger till grund för ett systematiskt arbetssätt: förebyggande arbete, registrering i kvalitetsregister, reflektion över resultat samt förbättringsarbete. Arbetssättet ska tillämpas på alla patienter som är i riskzonen oavsett ålder.

Arbetet med Senior Alert har fortgått inom samtliga verksamheter under hela året. Samtliga patienter i Burlövs kommun erbjuds att ingå i Senior Alert. Inom särskilt boende har nästan samtliga patienter en aktuell riskbedömning. Inom hemvården behöver fler patienter få en riskbedömning enligt Senior Alert.

Svenska Palliativregistret

Socialstyrelsen tog under 2017 fram målindikatorer för palliativ vård i livets slutskede. Dessa indikatorer ligger till grund för mätningarna i Svenska Palliativregistret. En del av målen kan vara svåra för kommunen att påverka, såsom brytpunktsamtal och ordination av olika läkemedel, då dessa utförs av läkare anställda av Region Skåne.

Antal totalt registrerade dödsfall under 2022 var 31, varav väntade 25

- Läkarebeslut 20
- Brytpunktssamtal 19
- Opioider (morfinliknande preparat) vid behov 25
- Ångest dämpande läkemedel vid behov 24

- Smärtskattning 17
- Dokumenterad munhälsa 12
- Utan trycksår 23
- Ej ensam 22
- Erbjuder eftersamtal 14

De område som kommunen bör förbättra är dokumentation av munhälsa/munhälsobedömning och erbjuda efterlevandesamtal. Vad gäller smärtskattning så är det oftast svårt att mäta om det utförts, då det i sjuksköterskans omvårdnadsarbete ingår som ett naturligt arbetsmoment. Att patienter avlider ensamma kan dels bero på att personen själv valt detta eller att det var ett oväntat dödsfall. Kommunen erbjuder alltid vak vid livets slutskede.

4.9 Framtid

Coronapandemin har fortsatt att sätta spår inom äldreomsorgen även under 2022, även om den inte längre klassas som en pandemi. Vi kommer att fortsättningsvis få fortsätta att vaccinera och provta när det gäller detta virus.

Regeringen tillsatte en utredning 2021 för att se över behovet av en ny äldreomsorgslagstiftning. Lagförslaget gick ut på remiss under 2022. Burlöv kommun var en av de kommuner som fick lagförslaget på remiss. Lagförslaget behöver utvecklas vidare för att kunna bidra till förbättringar inom området.

Omställningen mot en God och nära vård är påbörjad och arbetet kommer att fortsätt. Förändringen innebär bland annat att patienter i allt större utsträckning ska få även en mer avancerad och omfattande hälso- och sjukvård i hemmet, vilket kommer att utföras av kommunens verksamheter. Behov av ett nära samarbete med läkare från Region Skåne samt fler medarbetare med hälso- och sjukvårdsutbildning finns redan och kommer att öka.

Minst en BPSD bedömning med uppföljning för personer med demenssjukdom och HSL insatser ska genomföras i teamen årligen. Om det uppmärksammas att personen med demenssjukdom under året utvecklar mer BPSD symtom bör teamen göra BPSD bedömningar när behov uppstår. Berörda enhetschefer ska vara utbildade i BPSD registrets arbetssätt, samt all HSL personal och adekvat antal undersköterskor på enheterna, detta är dock ett pågående arbete.

Fortsätta implementera och utbilda enheterna för certifiering Stjärnmärkt med fokus på personcentrerad vård och omsorg.