

Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse 2019

2019

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	5
2.4	Fokusområden under året	6
2.5	Verksamhetens förutsättningar	6
2.6	Övergripande mål för kommande år	6
3	Kvalitetsberättelse	7
3.1	Utifrån mål, planer och värdegrund	7
3.2	Offentlig statistik och kvalitetsnycklar	7
3.2.1	Nyckeltal	8
3.3	Egna undersökningar	8
3.4	Riskanalys	9
3.5	Avvikelse	11
3.6	Tillsyner och granskningar	13
3.7	Synpunkter och klagomål	13
4	Patientsäkerhetsberättelse	14
4.1	Övergripande mål	14
4.2	Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet	14
4.3	Struktur för uppföljning och utvärdering	15
4.4	Beskrivning av patientsäkerhetsarbete som genomförts för ökad patientsäkerhet	15
4.5	Samverkan för att förebygga vårdskador	19
4.5.1	Intern samverkan	19
4.5.2	Extern samverkan	19
4.5.3	Samverkan med patienter och närstående	20
4.6	Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet	21
4.7	Hantering av synpunkter och klagomål	21
4.7.1	Sammanställning och analys	21
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	25
4.9	Framtid	27

Bilagor

Bilaga 1: Årscykel systematiskt kvalitetsarbete 2020

1 Sammanfattning

Den sammanfattade bedömningen är att kvalitets- och patientsäkerheten i Burlövs kommun under 2019 har varit god i våra verksamheter men att det finns stor potential till förbättringsåtgärder.

Det systematiska kvalitetsarbetet har utvecklats genom färdigställandet av huvudprocessen med risker och egenkontroller kopplade till denna.

Aktivitet i kvalitetsregister har ökat från föregående år men behöver vidare utveckling. Senior Alert registreringarna har ökat inom särskilt boende men används inte i den utsträckning som rutinen anger. Inom BPSD-metoden (Beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom) har arbetet avstannat mycket och behöver återupptas. Inom palliativ vård visar Svenska Palliativregistret att förbättring inom samtliga målområden har skett.

Antal avvikelser har ökat något och handläggningstiderna har förkortats. Det nya avvikelssystemet innebar till en början viss osäkerhet i verksamheten men efter genomförda utbildningar har det uppskattats.

Brukarundersökningarnas resultat har förbättrats inom särskilt boende och för ekonomiskt bistånd. Inom övriga områden är resultatet ganska likt förra årets värden.

Några av de viktigaste åtgärderna under 2019 har varit lanserandet av det nya avvikelssystemet samt utbildningar kopplat till detta, införandet av processororienterat arbetssätt samt ett antal nya/reviderade riktlinjer och rutiner.

2 Inledning

2.1 Vad är kvalitet i verksamheten?

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 Socialtjänsten i Burlöv:

- Präglas av Burlövs värdegrund med bemötande, tillgänglighet, förtroende, delaktighet och likabehandling som ledord.
- Erbjudas 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 alltså 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.

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

Föreskriften SOSFS 2011:9 Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete gäller för samtliga ovanstående lagrum. Denna kvalitetsberättelse är i huvudsak en berättelse som beskriver hur Burlövs kommuns socialförvaltning uppfyller föreskriftens intentioner.

2.4 Fokusområden under året

Det övergripande systematiska kvalitetsarbetet har präglats av införandet av Stratsys som verktyg för ledningens och chefernas egenkontroller och riskanalyser. Under 2019 har verktyget införts i projektform och kommer att användas fullt ut under 2020. Socialförvaltningen har infört en analysdag där samtliga chefer granskar mål, resultat och analyserar vad som behöver fokuseras på kommande år. Ett processororienterat arbetssätt med kartläggningar av viktiga processer har införts. Internt i socialförvaltningen har vi hittills kartlagt avvikelseprocessen, våld i nära relation och håller på med särskilt boendeprocessen. Det pågår även ett kommunövergripande projekt med införande av processororienterat arbetssätt där rekryterings-, bygglovs-, och måltidsleveransprocesser kartläggs och förbättras.

Socialförvaltningen gick över till ett nytt system för avvikelshantering inom HSL, SoL och LSS. I samband med det reviderades rutiner och utbildning genomfördes för chefer och legitimerad personal.

2.5 Verksamhetens förutsättningar

Det har pågått en del förändringar i organisationen under året, bl a har IFO genomfört "ett mottag" för alla inkommande ansökningar och en del ansökningar kan även göras digitalt. Hemtjänsten ingår numera i Hälsa och Omsorgs verksamhet och under året har ett planeringssystem införts. Samtidigt har socialförvaltningen ett underskott i budgeten som gör att ett stort fokus legat på ekonomi och verksamheten under framförallt senare delen av 2019.

2.6 Övergripande mål för kommande år

Fortsätta implementeringen med ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete genom att addera fler risker och egenkontroller.

Utöka det processororienterade arbetssättet genom att identifiera och kartlägga fler verksamhetsprocesser samt genomföra förbättringsåtgärder i processerna.

Tillsammans med Arlövs vårdcentral arbeta mot intentionerna i "Nära vård" och uppfylla målen i hälso- och sjukvårdsavtalet bl.a. genom att skriva in fler patienter i mobil vårdform och öka antalet SIP:ar av god kvalitet.

Genom ett utökat stöd hjälpa verksamheterna återuppta arbetet med BPSD-metoden så att fler medborgare med demenssjukdom får bedömning och åtgärder enligt Socialstyrelsens riktlinjer (2017).

Förbättra dokumentationen framförallt uppförandet av hälsoplaner.

Arbeta strukturerat och målinriktat med att förbättra kvalitet och patientsäkerhet genom att införa digitala verktyg.

Se över kompetensförsörjningen i den befintliga verksamheten samt utarbeta en plan för att möta framtidens behov.

3 Kvalitetsberättelse

3.1 Utifrån mål, planer och värdegrund

I Burlövs kommun bedrivs en strukturerad och systematisk målstyrning på alla nivåer. Burlövs beslutade värdegrund ska beaktas då nya mål antas. 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. Genom ett digitalt verktyg följs måluppfyllelsen kontinuerligt under året. I verksamhetsberättelsen beskrivs hur verksamheterna arbetat med målarbetet och i en verksamhetsplan görs planeringen för kommande års aktiviteter för att nå målen. Kommunens verksamhetscontroller, socialförvaltningens kvalitetsstrateg, MAS och verksamhetsutvecklare utför regelbundna uppföljningar i syfte att kontrollera följsamheten till regelverk och upprättade planer.

3.2 Offentlig statistik och kvalitetsnycklar

Flera av kommunens och socialförvaltningens mål är kopplat till brukarens upplevelse av trygghet och tillgänglighet med förvaltningens insatser. För att få en uppfattning om brukarnas upplevelse av trygghet, kvalitet och tillgänglighet genomförs flera brukarundersökningar. Resultatet analyseras och varje enhet formulerar mål och planerar aktiviteter utifrån brukarundersökningens resultat. Resultatet återkopplas till brukare och anhöriga i form av ett informationsblad. Socialförvaltningen informerar även om resultatet på hemsidan.

Brukarundersökningens resultat för särskilt boende är väldigt bra, i jämförelse med riket och Skåne visar det att vi håller god kvalitet i boendena. För hemtjänsten är det något lägre resultat men 85% är nöjda med insatserna.

Även brukarundersökningar inom funktionshinderområdet genomförs på gruppboende, daglig verksamhet och i boende med särskild service. Värdena för trygghet är jämförbart med rikets men det finns områden att arbeta vidare med.

Brukarundersökningar genomförs inom IFO-området för barn- och ungdomsvård, ekonomiskt bistånd och missbruks- och beroendevård. Bortfallet är tyvärr väldigt stort då endast en tredjedel av alla tillfrågade svarar på enkäten. Missbruks- och beroendevården och ekonomiskt bistånd fick väldigt bra resultat, dock visade svaren från vårdnadshavare att de inte var så nöjda. Det fanns inte tillräckligt med underlag för att se vad ungdomarna tycker.

Förutom brukarundersökningar följer socialförvaltningen resultaten i Kommunens Kvalitet i Korthet (KKiK) och Öppna jämförelser för att få en bild på vad vi behöver analysera vidare och förbättra.

3.2.1 Nyckeltal

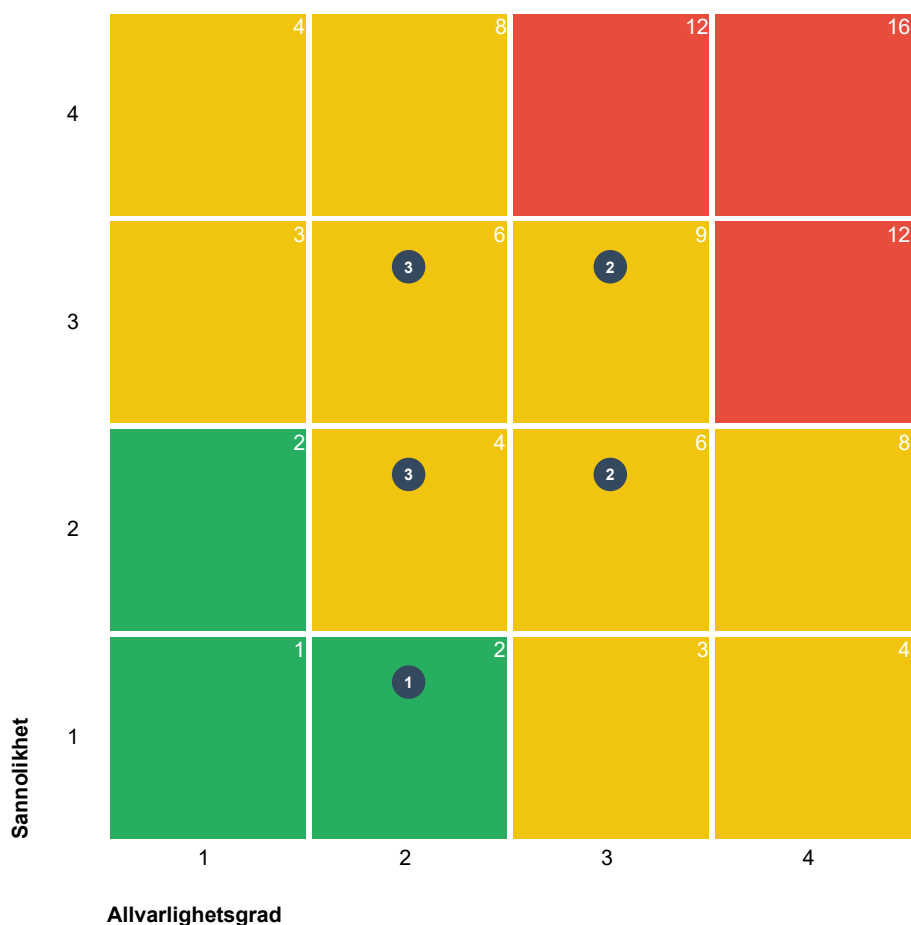
Nyckeltal KKiK	Utfall 2019	Utfall 2018	Riket 2019
Brukarbedömning särskilt boende äldreomsorg - helhetssyn, andel (%)	89	74	82
Brukarbedömning hemtjänst äldreomsorg - helhetssyn, andel (%)	85	85	90
Brukarbedömning daglig verksamhet LSS - Brukaren är aldrig rädd för något på sin dagliga verksamhet, andel (%)	71,4	80,6	73
Brukarbedömning gruppbostad LSS - Brukaren är aldrig rädd för något hemma, andel (%)	70,6	57,1	63
Brukarbedömning individ- och familjeomsorg totalt - helhetssyn, andel (%)	77,6	86,3	84

3.3 Egna undersökningar

MAS och kvalitetsstrateg gör varje år fyra verksamhetsuppföljningar i enheterna. Under 2019 gjordes verksamhetsuppföljningar på Magnolias öppenvård, Stöd Mot Arbete (SMA), Sockerbitstorgets gruppbostad och Korttids/fritids. Uppföljningarna genomförs på enheterna med stöd av en strukturerad intervjumall. Samtliga i teamet deltar. MAS och kvalitetsstrateg granskar beslut och genomförandeplaner för att få en uppfattning om man kan följa en röd tråd mellan bedömning av behov och genomförande. Verksamhetsuppföljningarnas resultat presenteras för ledningsgrupp och socialnämnd. De enheter som följts upp skriver en handlingsplan på de åtgärder de vidtar utifrån resultatet.









Generella behov av förbättringar var information om regelverk kring avvikelser och dokumentation i genomförandeplaner.

3.4 Riskanalys



10 Medel - Bevaka 1 Låg - Dokumentera Totalt: 11

	Sannolikhet	Allvarlighetsgrad
Kritisk - Direkt åtgärd krävs		
Medel - Bevaka		
Låg - Dokumentera		
4	4. Mycket stor sannolikhet - Det är mycket troligt att fel ska uppstå	4. Mycket allvarlig - Konsekvenserna skulle bli allvarliga
3	3. Stor sannolikhet - Det finns risk för att fel ska uppstå	3. Allvarlig - Konsekvenserna skulle bli påtagliga
2	2. Mindre sannolikhet - Risken är liten för att fel ska uppstå	2. Lindrig - Konsekvenserna behöver övervägas
1	1. Osannolikt - Risken är mycket liten för att fel ska uppstå	1. Försumbar - Konsekvenserna är försumbara och kan accepteras

Process	Risk nr	Risk	Vad kan gå fel?	Sannolikhet	Allvarlighets grad	Riskvärde
Kontakt - ta emot ansökan, anmälan, annat sätt	1	 Risk för att anmälan/ansökan inte hanteras på rätt sätt/inte registreras	Individen får inga/fel insatser	2. Mindre sannolikhet	3. Allvarlig	8. Medel - Bevaka
	2	 Risk för bristande tillgänglighet	Medborgare/brukare får inget eller fördröjt stöd	3. Stor sannolikhet	3. Allvarlig	9. Medel - Bevaka
Utreda/bedöma	3	 Risk för olika bedömningar beroende på vilken handläggare eller legitimerad personal som gjort bedömningen	Medborgare/brukare får inget eller fel stöd	3. Stor sannolikhet	2. Lindrig	6. Låg - Dokumentera
	4	 Risk för att bedömningsinstrument inte används	Medborgare/brukare får inget eller fel stöd.	3. Stor sannolikhet	2. Lindrig	6. Låg - Dokumentera
	5	 Risk för att utredningstid överskrids	Medborgare/brukare får inget eller fel stöd	3. Stor sannolikhet	3. Allvarlig	9. Medel - Bevaka
Meddela beslut	6	 Risk för att besvärshänvisning saknas	Medborgare/brukare får inget eller fel stöd	1. Osannolik	2. Lindrig	2. Låg - Dokumentera
Genomföra	7	 Risk för att genomförandeplan inte upprättas/följs upp	Medborgare/brukare får inget eller fel stöd	2. Mindre sannolikhet	2. Lindrig	4. Låg - Dokumentera
	8	 Risk för att brukaren inte är delaktig i planering av	Medborgare/brukare får inget eller fel stöd	2. Mindre sannolikhet	2. Lindrig	4. Låg - Dokumentera

Process	Ri sk nr	Risk	Vad kan gå fel?	Sannolikhet	Allvarlighets grad	Riskvärde
		genomförandet				
	9	Risk för lång väntetid innan insatsen påbörjas	Medborgare/brukare får inget eller fel stöd	2. Mindre sannolikhet	3. Allvarlig	6. Låg - Dokumentera
	10	Risk för att brukaren inte är delaktig vid uppföljning av genomförandeplan	Medborgare/brukare får inget eller fel stöd	2. Mindre sannolikhet	2. Lindrig	4. Låg - Dokumentera
Följa upp	11	Risk för att brukaren får fel insats eller fel omfattning på insats p g a bristande uppföljning	Medborgare/brukare får inget eller fel stöd	3. Stor sannolikhet	2. Lindrig	6. Låg - Dokumentera

Riskerna är identifierade av förvaltningens ledningsgrupp under våren 2019. Riskanalysen är gjord av kvalitetsstrateg utifrån en övergripande bedömning av nuläget. Verksamhetens ska göra egna analyser utifrån samma risker men det sker inte förrän 2020.

3.5 Avvikelser

Socialförvaltningen gick över till ett nytt avvikelsesystem från 1 januari 2019 när det gäller SoL och LSS-avvikelser.

Generellt kan sägas att övergången till nytt system har skapat osäkerhet i verksamheten. MAS, verksamhetsutvecklare och kvalitetsstrateg har fokuserat på att skapa rutiner, informera och utbilda enhetschefer och legitimerad personal. Vi har noterat att insatserna nått önskad effekt då medarbetarna i verksamheten uppfattas mer trygga med hanteringen av avvikelsesystemet under senare delen av 2019. Vi kan också se att rapporterna mottages och utreds tidigare än föregående år.

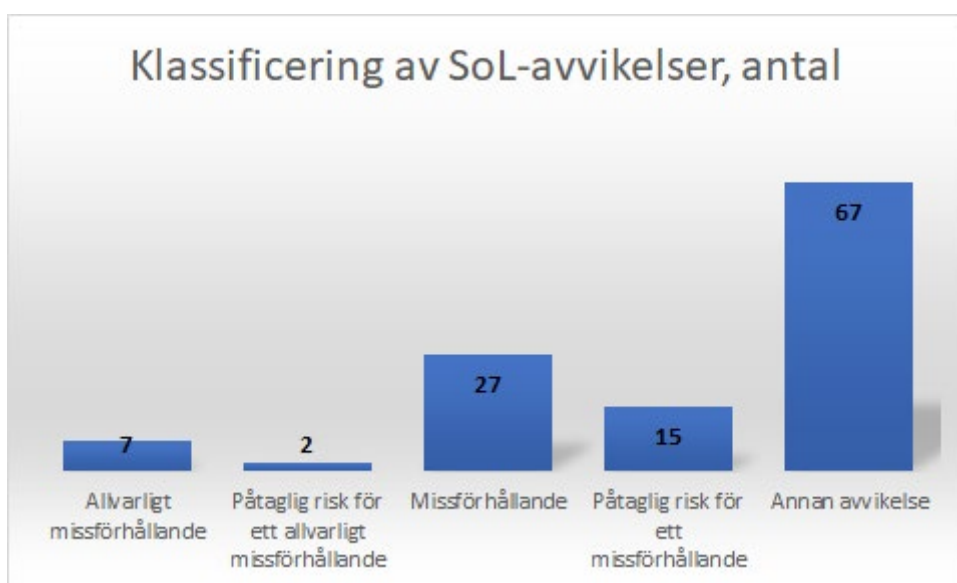
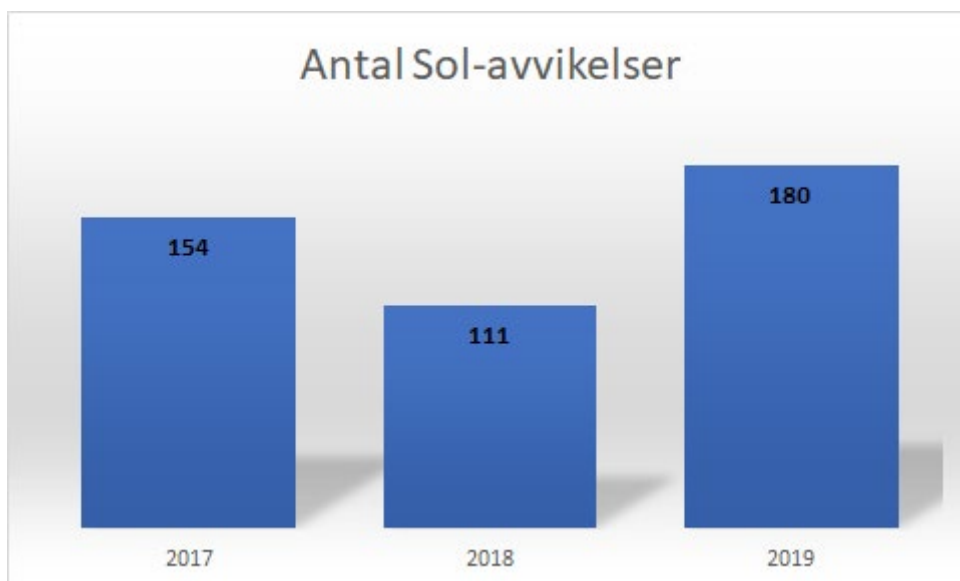
Uppföljning av avvikelser

Det pågår regelbunden uppföljning av avvikelser i verksamheterna och MAS och Kvalitetsstrateg granskar avvikelser kontinuerligt. MAS hanterar dessutom i enskilda ärenden och i hur hanteringen av avvikelser ska ske generellt. Antalet rapporterade avvikelser inom SoL och LSS har ökat något i jämförelse med samma period tidigare år.

Under året har det förekommit fyra utredningar enligt Lex Sarah. Två av dessa utredningar hanterades lokalt i verksamheten som en del av det systematiska kvalitetsarbetet.

I januari övertog Burlövs kommun driften av Svenshögs äldreboende vilket sannolikt har påverkat antalet avvikelser.

Statistik



Analys

Antalet avvikelser inom SoL och LSS har ökat sedan 2018. Troligtvis beror det dels på utbildningsinsatser som ökat kunskapen om skyldighet att rapportera avvikelser och dels på övertagandet av Svenshögs äldreboende.

I klassificeringen ovan finns många osäkerhetsfaktorer då omsorgspersonalen inte alltid vet hur de ska klassificera avvikelser och det är vanligt att det måste korrigeras i efterhand. Utöver ovanstående kategorier finns också möjlighet att klassa avvikelsen som "ingen risk för allvarligt missförhållande" vilket också påverkar osäkerheten kring statistiken.

3.6 Tillsyner och granskningar

Loggkontroller

Socialförvaltningen genomför regelbundna loggkontroller eftersom medarbetare som tilldelas behörighet till systemen ges teknisk möjlighet att ta del av information angående enskilda. Detta innebär att möjligheten föreligger att ta del av information som man inte är behörig att ta del av.

Förutom regelbundna och slumpvis utvalda kontroller genomförs också riktade loggkontroller ibland. Det kan gälla till exempel om en känd person från media får insatser, om släktförhållanden mellan brukare och medarbetare finns eller vid andra extraordinära händelser. En sådan loggkontroll genomfördes i samband med ett mord på en brukare som hade hemtjänstinsatser. Kontrollen visade att personal olovligen öppnat brukarens sociala akt efter händelsen blev känd. Det var sammanlagt fyra medarbetare. Intervjuer gjordes med samtliga vilka visade att det var av nyfikenhet och tanklöshet man varit inne och tittat. Utredaren bedömde att det var ett brott mot den inre sekretessen. Beslutet i samråd med verksamhetschef blev att intervjuerna och information till samtliga medarbetare i förvaltningen om regelverken var tillräcklig åtgärd.

3.7 Synpunkter och klagomål

Inkomna synpunkter och klagomål fördelas till ansvarig handläggare av kommunens Medborgarservice om de inte själva hanterar dem. Vid granskning av 2019 års samlade klagomål och synpunkter framkommer cirka 44 klagomål som skickats vidare till ansvarig handläggare i socialförvaltningen. Det går inte att få ut statistik i kategorier. Många klagomål rör färdtjänsten men också orosanmälningar. Samtliga klagomål är hanterade av ansvarig handläggare.

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 bör utformas 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 (Verksamhetenschefen 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 hemsjukvården som bedrivs inom kommunens ansvarsområde. MAS har även en delegering från socialnämnden att göra anmälningar enligt Lex Maria till Inspektion för Vård och Omsorg, IVO, samt ansvarar för att felaktigheter på medicintekniska produkter anmäls till Läkemedelsverket.

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

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

Kvalitetsstrategens ansvar

Kvalitetsstrategen har ett sammanhållande uppdrag för det systematiska kvalitetsarbetet inom socialtjänstens verksamhetsområde. I ansvaret ingår att bygga en struktur för kvalitetsarbetet utifrån intentionerna i SOSFS 2011:9 "Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete" med kartläggning av verksamhetens processer, aktiviteter och rutiner, systematiskt förbättringsarbete med egenkontroller, riskanalyser, avvikelser, synpunkter och klagomål.

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 samverka 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, 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 utvecklas ytterligare 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- 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 äldreomsorgens samlade resurser för att möjliggöra en god och säker vård och omsorg samt förstärka livskvalitén. Träffarna ska även utveckla och stärka 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.

I intern kontrollplan är det konstaterat att brister i avvikelshanteringen kan leda till allvarliga konsekvenser och att det finns en stor sannolikhet för att detta ska kunna inträffa. Därför genomförs det kontroller i avvikelssystemet två gånger per år och resultaten presenteras i intern kontrollrapport.

I det löpande risikanalysarbetet har MAS bedömt att de pärmar innehållandes information kring HSL-insatser inte varit optimala. I samband med detta beslutades det att medborgaren ska ha separata pärmar kopplat till insatser enligt HSL. I HSL-pärmen har en flik lagts till för beslut kring HLR (hjärt-

och lungräddning) för att alla medarbetare enkelt ska kunna hitta ställningstagandet i händelse av ett hjärtstopp. I samband med detta togs även en ny rutin fram för "Min pärm" (se nya/reviderade riktlinjer och rutiner nedan).

Ytterligare riskanalys har gjorts kopplat till behörigheter till läkemedelsskåp. På Harakärrsgården har läkemedelsskåpen två fack, ett för den dagliga medicinhanteringen som omvårdnadspersonal och sjuksköterskor ska ha behörighet till, och ett för större mängder narkotika, läkemedel för dosettindelning etc. avsedd för sjuksköterskor. Initialt hade omvårdnadspersonal med delegering av dosettindelning behörighet till "sjuksköterskedelen". Då denna del av skåpet ska likställas med de läkemedelsförråd som sjuksköterska tidigare haft på expedition och som endast sjuksköterska haft behörighet till beslutade MAS att endast sjuksköterska ska ha behörighet till denna del av skåpet.

I samband med misstänkt smittspridning av MRSA (stafylokocker som är motståndskraftiga för antibiotikabehandling) mellan två boende på Harakärrsgården genomfördes en hygienrund i samverkan med Vårdhygien Skåne. Kopplat till resultat i denna genomfördes flertalet åtgärder inom den berörda verksamheten: utbildning för medarbetare inom basala hygienrutiner, ny struktur i förråd för att hålla renhetsgraden, reviderade rutiner för städning i tvättstuga samt slutstädning vid konstaterad smitta. På verksamhetsövergripande plan skrevs en ny rutin för vårdhygien och det fattades beslut om att starta en kompetensgrupp inom basal hygien.

En patient blev under året smittad av legionella som visade sig ha ursprung i vattenledningarna på Harakärrsgården. I samverkan mellan Smittskydd Skåne, Vårdhygien Skåne, MAS, Burlövs kommuns miljökontor och verksamheten vidtogs ett antal åtgärder för att förhindra ytterligare smitta samt för att åtgärda vattenledningarna. För hälso- och sjukvården har dessa åtgärder främst bestått i provtagning av patienter med misstänkta symtom. Övriga åtgärder har bland annat varit särskilda duschmunstycken som filtrerar bort bakterier. I skrivande stund har ingen annan patient blivit smittad.

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. Enligt denna rutin ska 100% av den legitimerade personalen loggas en gång/år. Enhetschef skickar namn på 25% av medarbetarna till systemförvaltare 1 gång/kvartal. Under 2019 gjordes detta en gång, således är 25% av personalen loggad under året. I denna loggkontroll framkom inga oegentligheter. Ett förbättringsområde för 2020 är att lägga in loggkontrollerna som egenkontroll i ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, Stratsys, för att lättare kunna följa upp hur väl rutinen följs samt få tydligare översikt av resultatet.

Efter att en händelse ägt rum i kommunen som fått medial uppmärksamhet beslutade MAS att en riktad loggkontroll skulle utföras kopplat till den patient som händelsen berörde. Kontrollen visade att ingen legitimerad personal hade olovligt gått in i den berörda patientens hälso- och sjukvårdsjournal.

Under 2019 genomfördes en kartläggning av kvalitetsrådet över alla system som används av socialförvaltningen där det specificerades vilka funktioner som skulle ha behörighet, vem som ger behörighet, administratör av behörighet samt systemansvarig/systemförvaltare.

Verksamhetsuppföljning

Den verksamhetsuppföljning som utfördes under året var inom verksamheter med medborgare som inte har kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser. Endast på Sockerbitens gruppbostad (LSS) var det

aktuellt att se över frågeområden kopplade till HSL: Min pärm HSL, avvikelshantering enligt HSL, Funca/bemötandeplaner och teamträffar.

Utbildning/handledning

Under året har flertalet utbildningar och handledningstillfällen genomförts:

- Obligatorisk workshop i avvikelshantering enligt HSL för all legitimerad personal samt enhetschefer som har verksamheter där hälso- och sjukvårdsinsatser utförs.
- MAS har hållit utbildning i basala hygienrutiner för all hemtjänstpersonal samt för medarbetare som arbetar i kommunens socialpsykiatriboende.
- Kompetensgrupp för förflyttning har genomfört 12 grundutbildningar inom förflyttning samt 4 tillfällen kopplat till lyftlicens.
- Delegeringsutbildningar för nyanställd omvårdnadspersonal har genomförts vid 7 tillfällen av utvalda sjuksköterskor samt en undersköterska med särskilt intresse och kompetens inom området.
- - VISAM är ett beslutstöd för sjuksköterskan inom kommunal vård och omsorg som ska användas när en patients hälsotillstånd försämrats. Utbildning för nyanställda sjuksköterskor har genomförts vid ett tillfälle under året.

Demenssjuksköterska har under året genomfört utbildning/handledning inom flera områden:

- Under hösten 2019 påbörjades arbetet med den nya kommunala grundutbildningen i demens. Under hösten har tre utbildningar med två tillfällen vardera erbjudits men en av utbildningarna ställdes in pga. för få anmälda. Totalt har 18 personer utbildats och utvärdering har varit genomgående positiv och mer utbildning har efterfrågats.
- Under 2019 utbildades 25 nya BPSD administratörer vid tre olika tillfällen. Målet var också att alla enhetschefer skulle genomgå utbildningen men endast två har medverkat och ytterligare tre behöver genomföra den under 2020.
- Då Svenshögs demensboende 2019 återgick till kommunens regi uppmärksammades ett stort kompetensbehov och demenssjuksköterskan har för personalen där anordnat flera utbildningstillfällen främst med fokus på bemötande.
- Under året har 25 handledningstillfällen av personal inom och då främst på SÄBO genomförts. Handledningstillfällena har varit i samband med svåra situationer och då personen med demenssjukdom haft det sämre i sin sjukdom.

Nya/reviderade riktlinjer och rutiner

Under året har ett antal nya riktlinjer och rutiner tagits fram och/eller reviderats:

- Revidering av rutin för avvikelshantering enligt HSL, SOL och LSS.
- Revidering av rutin för läkemedelshantering, rutin för kommunens läkemedelsförråd samt en ny rutin för arbetssätt vid eventuellt driftstopp av dosrullar.
- Ny rutin för omhändertagande vid dödsfall samt tillhörande checklista för sjuksköterska.
- Ny rutin för "Min pärm".
- Revidering av rutin för riskavfallshantering
- Ny rutin för vårdhygien
- Nya rutiner för förebyggande och behandling av trycksår och för tryckavlastande madrasser.

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 m.m. En del grupper har pga. personalomsättning inte varit lika aktiva som föregående år. Nedan beskrivs åtgärder i de grupper som varit mest aktiva under året:

Dokumentation. Har under året genomfört en journalgranskning av hälso- och sjukvårdsjournaler. Med resultatet som underlag har gruppen jobbat med att ta fram material till workshops som kommer genomföras under 2020. Gruppen har även utarbetat en rutin för dokumentation inom SOL.

- Demens. Demenssjuksköterskan är samordnare för kompetensgrupp Kognitiv sjukdom som under 2019 arbetat mycket med ett demensvänligt samhälle vilket fortsätter 2020 då det anordnas en "hjärnvecka" i april. Kompetensgruppen står också bakom de utbildningar som getts till pensionärsföreningarna. Kompetensgruppen har arbetat som bollplank för nya broschyrer/material i samverkan med Kunskapscentrum demens och projektet Jämlik demensvård i Skåne. Kompetensgruppen tillsammans med en biståndshandläggare är involverad i Migrations skolans arbete med att göra demensvården med det stöd som erbjuds tillgänglig i större utsträckning för utrikesfödda
- Hjälpmedel. Har under året utsett en ny servicetekniker till hjälpmedelsförrådet. Parallellt med detta har gruppen även jobbat med nya rutiner och riktlinjer för säker hjälpmedelshantering. Nästa år kommer en satsning på en hjälpmedelshandbok tas fram. Det ska även ses över möjligheten att införa abonnemangsavgift för hjälpmedel. Även rutiner och arbetssätt för hjälpmedelsförrådet ska ses över.
- Delegering. Har reviderat utbildningsmaterial samt planerat och genomfört utbildningar för nyanställd personal.
- Nutrition. Har planerat inför en nutrimtionsmessa i mars -20 tillsammans med kostenheten i kommunen. På denna kommer leverantörer närvara som lämnar tips på hur man förbättrar nutritionen. I gemensam ledningsgrupp har beslut fattats om att införa nutrimtionsombud på samtliga enheter. Under nästa år kommer även nattfastemätningar genomföras på särskilt boende.

Övriga åtgärder

Under året har MAS deltagit i en arbetsgrupp med representanter från övriga kommuner och Region Skånes slutenvård. Arbetsgruppen initierades till följd av en skrivelse gjord av mellersta Skånes MAS:ar som beskriver de patientsäkerhetsbrister som upplevs i samband med utskrivning från sjukhus från kommunens sida. De kommunala representanterna har utifrån beslut i denna arbetsgrupp genomfört en mätning av utskrivningsprocessen i fyra kommuner, Burlöv, Kävlinge, Höör och Lomma, under två månader. Resultatet visade på bristande informationsöverföring (epikriser och utskrivningsmeddelanden), felaktiga läkemedelslistor samt brister i medskickande av överenskomna läkemedel till kommunen. Dessa brister innebär förutom fara för patientsäkerheten en stor arbetsbelastning för kommunernas sjuksköterskor som behöver lägga mycket av sin arbetstid på att rätta till felen, jaga läkemedel, recept och korrekta läkemedelslistor. Resultatet av mätningen kommer ligga till grund för ett antal förbättringsåtgärder som Region Skåne planerar att genomföra under 2020. En ny mätning kommer genomföras efter ett år i samma kommuner för att se om resultatet förbättrats.

En processkartläggning av samverkan vid utskrivning (SVU) i Socialförvaltningen har initierats för att

optimera arbetsflödet, kommunikation och patientsäkerhet vid utskrivningar.

Verksamhetschef och MAS har tillsammans med patientansvariga sjuksköterskor gjort en kartläggning av alla patienter med kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser av sjuksköterska. I mätningen kartlades hur många patienter som uppfyller kriterier för att ingå i teambaserad vårdform enligt hälso- och sjukvårdsavtalet. Ett mål med hälso- och sjukvårdsavtalet är att tillsammans med primärvården skriva in dessa patienter i den teambaserade vårdformen via en SIP. Resultat av mätningen presenteras under 4.8.1.

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 samtliga nya/revideringar i riktlinjer och rutiner går igenom gemensamt.
- Ett äldreomsorgsforum startade under 2018 av MAS med syfte att förbättra samverkan mellan enhetschefer inom äldreomsorgen och hälso- och sjukvården då dessa arbetar i olika verksamhetsområden. Mötenas fokus har varit på diverse kvalitets- och patientsäkerhetsfrågor rörande brukarna, ex. förbättra teamarbete, avvikelshantering och nationella kvalitetsregister. Under 2019 ersattes dessa forum gemensamma ledningsgrupper med enhetschefer inom särskilt boende, hemtjänst, hemsjukvård, LSS och socialpsykiatri.
- HSL-träffar sammanför samtlig legitimerad personal, MAS, verksamhetschef för Hälsa 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 omvärldsbevakning.
- PRIO-gruppen. Samverkar kring frågor som rör psykisk hälsa och tar fram årliga handlingsplaner för aktiviteter för målgruppen
- Demenssjuksköterskefunktionen samverkar med alla aktörer internt i kommunen kring personen med demens och deras anhöriga. Detta resulterar i regelbundna avstämningar/handledningstillfällen med biståndshandläggare, personal på dagverksamhet såväl som hemtjänst och särskilda boende. Demenssjuksköterskan är också tillgänglig för HSL-personal, LSS-verksamhet, socialpsykiatri, anhörigstöd och andra stödfunktioner i kommunen som t.ex. medborgarservice.

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 2016 - 2020 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:

- Regelbundna möten med primärvården, Vårdcentralen i Arlöv, genomförs för att gemensamt arbeta mot att implementera HS-avtalet. Mötena handlar också om att diskutera aktuella patientfall och lösa diverse problemställningar i samarbetet mellan kommunens hemsjukvård

och vårdcentralen.

- Burlövs kommun har representanter som deltar i olika möten och utvecklingsforum tillsammans med bl.a. Socialstyrelsen, Vårdhygien Skåne, rehabchefsnätverk, nätverk för MAS:ar i mellersta Skåne, Skånska demenssjuksköterskenätverket, Kommunförbundet Skåne m.fl.
- Kvalitetsstrategi ingår i ett samverkansnätverk med tre andra kommuner i närområdet.
- Nätverket för psykisk hälsa (PRIO) Samverkansforum mellan fyra kommuner i närområdet i syfte att delge varandra goda exempel och samverka över kommungränser i vissa frågor.
- Minnsteam Arlövs vårdcentral - Burlövs kommun. Arbetet med det gränsöverskridande, tvärprofessionella Minnsteam som startade januari 2018 fortsätter. Under året har teamet träffats 22 gånger där fokus har varit att lotsa patienter till minnesutredning, övervaka att utredningen slutförs, informationsöverföring mellan instanserna samt att personen med demenssjukdom och deras anhöriga får en tidig kontakt med kommunen. Enligt siffror från Kunskapscentrum demens hade Burlöv 2017 uppmärksammat 51% av de som borde vara diagnostiserade med en demenssjukdom, 2018 var den siffran uppe i 75% och utav de vårdcentraler som berör Burlöv så visade det sig att Arlövs vårdcentral nu 2019 ligger i topp med att ha identifierat och diagnostiserat personer med demenssjukdom. Socialstyrelsen visade intresse för teamet och besökte det samband med att det standardiserade insatsförloppet som lanserades juli 2019 togs fram. Socialstyrelsen använde sedan Minnsteamet som ett gott exempel för resten av landet.
- Deltagare i projekt Jämlik demensvård. Projektet är en del av Region Skånes strategiska utvecklingsplan för jämlik demensvård där Burlövs kommun tillsammans med 6 (från början 4) andra Skånska kommuner ingår.
- Annan samverkan relaterad till demenssjukdomar utanför kommunens gränser är t.ex. Alzheimersfonden, HMC Hjärup, Kunskapscentrum för demenssjukdomar, Socialstyrelsen, Migrationsskolan, Consensus, Malmö universitet, Minneskliniken, Mobila teamet samt Yngre teamet på Minneskliniken.

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.

För övrigt har patienter och deras närstående har erbjudits att medverka i kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet via:

- Anhörigstöd
- Må-bradagar
- Uppsökande hembesök
- Utbildningar för närstående till personer med demenssjukdom med demenssjuksköterska och anhörigstöd.
- Tillsammans med kompetensgrupp Kognitiv sjukdom och Harakärrsgården C-F har två

utbildningar med vardera fem tillfällen anordnats under året som riktat sig till pensionärsföreningar.

- Via Migrationsskolan, Kunskapscentrum demens var demenssjuksköterskan en del av en föreläsning med fokus på att nå ut till personer med demens och deras anhöriga som är utlandsfödda.

4.6 Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

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 avvikelse omfattar avvikelse enligt SoL och LSS, avvikelse enligt HSL, lex Sarah och lex Maria.

Avvikelse rapporteras i ett system som alla anställda har tillgång till. Under 2019 byttes det system som används för avvikelsehantering till ett nytt mer lätthanterligt "Lifecare avvikelse". I samband med detta gjordes en processkartläggning av avvikelseprocessen och en ny rutin togs fram. I den nya rutinen är vissa arbetsmoment förändrade för att tydliggöra det teamarbete som krävs för att lyckas i kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet. Vidare ska avvikelse av denna anledning finnas som en stående punkt på de obligatoriska teamträffarna. I samband med införandet hölls även workshops inom avvikelsehantering enligt HSL och inom avvikelsehantering enligt SOL/HSL. På dessa obligatoriska dagar deltog utredare av avvikelse, dvs. legitimerad personal och enhetschefer. Förhoppningen är att de utredare som genomgått workshopen även sprider kunskapen till de som rapporterar in de flesta avvikelse, dvs. omvårdnadspersonal. Fortsatt arbete med att använda avvikelse i ett lärande syfte ute på enheterna, på ex. APT, krävs framöver.

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

Avvikelse som inkommer från externa avvikelse 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 brukare/patienter/närstående utreds skyndsamt. Dessa ses som viktiga för kommunens 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. Det gamla ärendehanteringssystemet byttes ut i januari 2020 och förhoppningen är att det kommer leda till att det blir enklare att få fram tydlig statistik framöver. Socialförvaltningen har även fattat beslut om att göra en processkartläggning över synpunkts- och klagomålshantering samt ta fram en rutin kopplat till denna.

Under 2019 har 4 synpunkter inkommit kopplade till hälso-och sjukvården som föranlett utredning och svar från MAS.

Ett klagomål har inkommit via Patientnämnden under 2019.

4.8 Resultat

4.8.1 Uppföljning av genomförda egenkontroller på våra processer

Verksamhetsuppföljning

På Sockerbitens gruppbostad bor 5 personer. Det är inte alla dessa personer som har insatser av kommunal hälso- och sjukvård. Följande områden kopplade till hälso- och sjukvård följdes upp:

Min pärm HSL: Innehåll var aktuellt och uppdaterat hos samtliga.

Funca/bemötandeplaner: Ett uppskattat verktyg av medarbetarna som upplevs skapa gott samarbete med daglig verksamhet. Bedömning görs 1 gång/år och uppföljning minst en gång under året beroende på behov. Träffarna görs tillsammans med medarbetare på daglig verksamhet och Sockerbitstorget, arbetsterapeut och fysioterapeut. Sjuksköterska medverkar ibland beroende av behov. Det finns ingen rutin och arbetssättet har skapats i arbetsgruppen. Behov av en sådan rutin trots fungerade arbetssätt uppmärksammas.

Teamträffar: Genomförs en gång per månad. Finns inte rutin för LSS-verksamheterna - den som finns berör äldreomsorgen. Behov av en sådan rutin uppmärksammas. En arbetsgrupp har påbörjat detta.

HSL-avvikelser: Totalt fem fallavvikelser fanns rapporterade. Inget att anmärka gällande HSL-avvikelser.

Journalgranskning

Journalgranskning av 10 slumpmässigt utvalda HSL-journaler genomfördes av dokumentationsgruppen. Granskningarna visade brister inom upprättandet av hälsoplaner. För att förbättra detta område kommer ett antal workshops hållas under 2020.

Mätning mest sjuka äldre och SIP

Samtliga patienter med hälso- och sjukvårdsinsatser av sjuksköterska (dvs. undantaget patienter med endast hjälpmedel etc.) gicks igenom under november-december 2019 för att få en nulägesbild. I denna kartläggning har en mätning gjorts hur många patienter som uppfyller 4 av 6 beslutade kriterier för att ingå i teambaserad vårdform för "mest sjuka äldre med långvarigt vårdbehov" enligt hälso- och sjukvårdsavtalet:

- tre eller fler kroniska diagnoser
- inlagd på sjukhus tre gånger eller mer de senaste tolv månaderna
- sex stående mediciner eller fler (exkl. ögondroppar, salvor etc.)
- klarar inte den personliga omvårdnaden
- 75 år eller äldre
- erhåller hemsjukvård

Mätningen visar att det vid tiden för mätningen fanns 172 antal patienter som uppfyllde 4 av 6 kriterier enligt ovan.

Antal inskrivna i mobilvårdform var 46patienter. Detta innebär att det är ca 126 personer kvar att skriva in. I mätningen lästes en del av de SIP:ar som gjorts vilka visade sig vara av varierande kvalitet. Det är tidigare uppmärksammat på regional nivå ett behov av utbildningsinsatser för både läkare och sjuksköterskor avseende hur en SIP ska skrivas, exempel på innehåll etc. Då det dröjt med en sådan

utbildningsåtgärder planeras det in workshops för kommunens sjuksköterskor under kommande år för att öka kompetensen. Takten med inskrivningar behöver också öka. Förutom viss kunskapsbrist i genomförandet av SIP bedöms andra orsaker till att inte fler patienter är inskrivna vara personalomsättning både i kommunen och primärvården samt att SIP prioriteras bort då andra akuta ärenden uppkommer.

4.8.2 Noterade avvikelser under året

HSL-avvikelser

Ett nytt avvikelssystem som startade 8 april innebär att statistiken inte kan redovisas för hela året när det gäller underkategorier då de inte är det samma i det gamla och nya systemet. För huvudkategorin HSL-avvikelser för året jämfört med tidigare år ses en viss ökning av avvikelser (se diagram nedan). En anledning till detta kan vara att Svenshöggs äldreboende från årsskiftet 18-19 gick över till kommunal regi.



Fallavvikelser

Antalet fallavvikelser har minskat något sedan föregående år (se diagram nedan). Då fler patienter ingår i det kommunala HSL-ansvaret för Svenshög tillkommit borde eventuellt dessa snarare ökat. En anledning kan vara att fallavvikelser felaktigt rapporteras som SOL-avvikelser. MAS har uppmärksammat att detta skett vid flertalet tillfällen och enhetscheferna arbetar kontinuerligt med att informera medarbetarna om att korrigera dessa felaktigt rapporterade händelserna. En översikt över hela året gällande underkategorier går inte att göra på grund av systembytet men enligt den som statistik som finns från april-december 2019 har de flesta fallen lett till inga eller lindriga konsekvenser för patienterna. De vanligaste skadorna som uppstår är inga skador följt av smärta, sårskada eller blåmärke. Under nämnd tidperiod inträffade 8 frakturer.



Läkemedelsavvikelser

Läkemedelsavvikelser fortsätter att öka något under 2019 (se diagram nedan). Det är svårt att fastslå om detta beror på att man blivit mer uppmärksam och bättre på att rapportera läkemedelsavvikelser eller om det faktiskt är fler händelser. En annan anledning kan som tidigare nämnts vara att Svenshög tillkommit. Enligt den statistik som finns från april-december 2019 har den största delen av avvikelser bestått av försenad/utebliven dos. Vanligaste konsekvensen för patienten har varit att de inte fått några besvär. Det ska dock påpekas den skyldighet verksamheten har att administrera och överlämna rätt läkemedel i rätt tid och att konsekvenserna inte alltid är lätta att identifiera. En förbättringsåtgärd hade varit att införa ett digitalt signeringsystem. I ett sådant larmar medarbetarnas mobil om dosen inte ges i rätt tid. Utifrån omvärldsbevakning har det visat sig att ett sådant system leder till att långt fler avvikelser identifieras än de som faktiskt rapporteras, dvs. att mörkertalet är stort.



Lex Maria

Ingen utredning eller anmälan till IVO enligt Lex Maria under 2019.

Externa avvikelser

Det inkom fem avvikelser från externa vårdgivare under 2019, dessa rörde omhändertagande av patient med lågt blodsocker, omvårdnad av en person med demenssjukdom, svårighet att nå patientansvarig sjuksköterska, brist på korttidsplats vilket lett till att patient behövt ligga kvar på sjukhus samt följsamhet till beslut om att inte skicka patient till sjukhus.

Legitimerad personal sammanställde 20-talet avvikelser som skickades till externa utförare. Majoriteten rörde Arlövs vårdcentral, medicin- neurologi och ortopediavdelningar. Avvikelserna handlade främst om brister i utskrivningsprocessen så som bristande eller felaktig information och fel kopplade till läkemedelshantering.

4.8.3 Kvalitetsregister

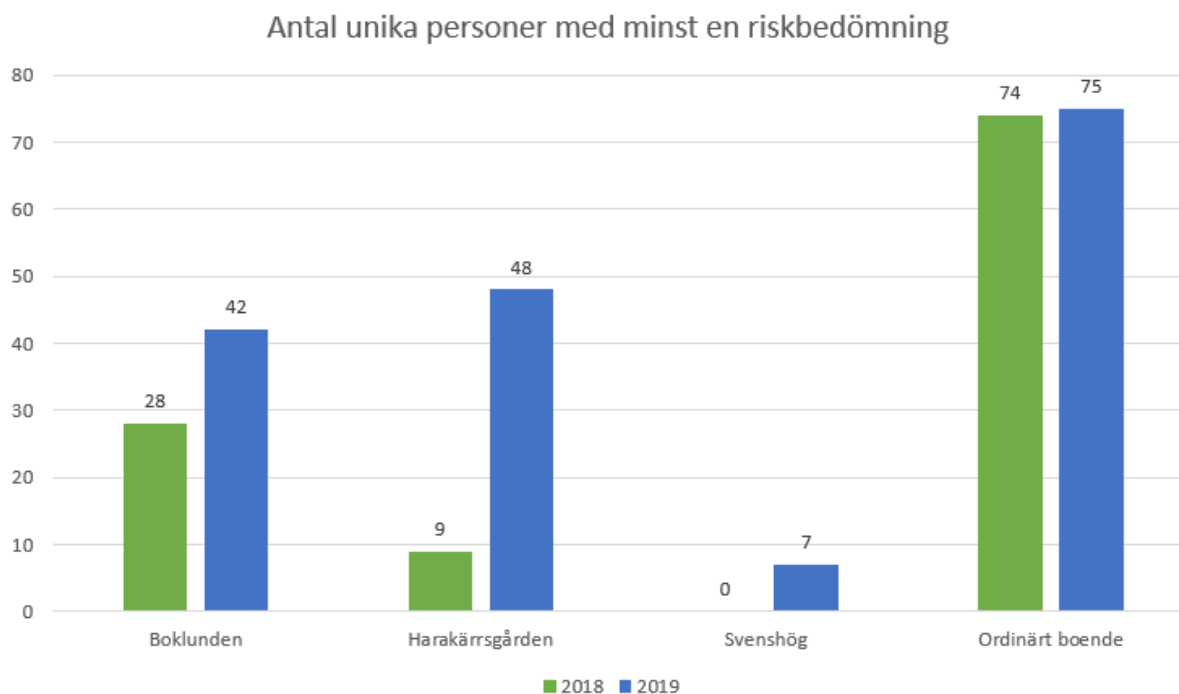
Svenska palliativregistret

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. De mål som är direkt berör vård och omsorg utförd i Burlövs kommun är "smärtskattning sista levnadsveckan" och "dokumenterad munhälsobedömning sista levnadsveckan". En dokumenterad munhälsobedömning har utförts i 48 % av de inrapporterade dödsfallen och en smärtskattning sista levnadsveckan har utförts hos 60 % (se tabell nedan). Munhälsobedömning ligger fortfarande inte i målvärde och under genomsnitt i riket och behöver förbättras ytterligare men har förbättrats jämfört med föregående år. Smärtskattningen ligger inte i målvärde men över genomsnitt i riket och har förbättrats från föregående år. Endast 25 dödsfall har registrerats under 2019 vilket kan indikera att inte alla dödsfall rapporteras. När detta uppmärksammades under året infördes en checklista för sjuksköterskor att följa vid dödsfall och där är registrering i Svenska palliativregistret en av punkterna.

Kvalitetsindikator	Sverige			Målvärde
	2019	Burlöv 2018	Burlöv 2019	
Dok. brytpunktssamtal	78	50	84	98
Ord. inj stark opioid vid smärtgenombrott	95	89	92	98
Ord. inj ångestdämpande vid behov	94	85	92	98
Smärtskattats sista levnadsveckan	53	42	60	100
Dok. munhälsobedömning sista levnadsveckan	61	35	48	90
Utan trycksår (kategori 2–4)	88	85	88	90
Mänsklig närvaro i dödsögonblicket	83	81	84	90

Senior Alert

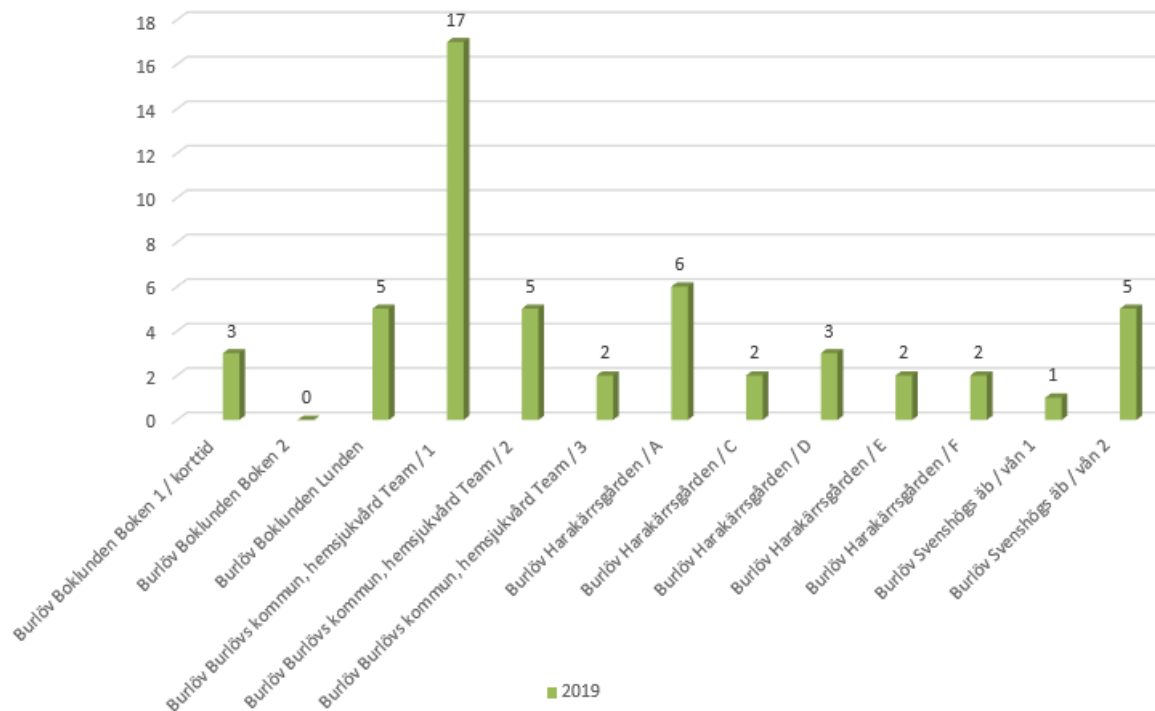
Arbetet med Senior Alert har förbättrats inom särskilt boende (se diagram nedan). Nuvarande statistik visar dock att inte alla personer som har kommunal hälso- och sjukvård har fått en riskbedömning vilket rutinen anger. Hemsjukvården har haft flertalet registreringar vilket kan kopplas till att hemteamet har arbetat mer med Senior Alert än de andra delarna av hälso- och sjukvårdsorganisationen. En förbättringsåtgärd som genomförts under året är att delar av kvalitetsregistret har integrerats med patientjournalen vilket underlättar dokumentationen.



BPSD

BPSD-metoden har implementerats i kommunens olika verksamheter sedan 2016. Under 2019 ses en låg aktivitet av registreringar i samtliga enheter med undantag för hemsjukvården team 1 (se diagram nedan). Totalt antal registreringar Burlövs kommun 2019 är 53 st. (27 registreringar är utförda 2018). Enligt Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom (2017) bör alla med demenssjukdom erbjudas minst en BPSD bedömning varje år. Då det i Burlövs kommun beräknas bo ca 275 personer med demenssjukdom och minst hälften av dessa har något slags vård eller omsorgsbehov och kontakt med kommunen finns ett stort förbättringsbehov i användandet av registret. Anledningen till att det finns flertalet registreringar i Team 1 är att en av kommunens två Silviasystrar arbetar i det distriktet och har kunnat stötta och driva arbetet framåt. För 2020 har det beslutats att nämnda Silviasyster ska ha två dagar i veckan avsatta till att bl.a. stötta samtliga distrikt i hemtjänsten. Demenssjuksköterskan kommer fokusera på att stötta de särskilda boendena.

Antal BPSD-registreringar



4.9 Framtid

I Sverige har omställningen till en "Nära vård" initierats. Hälso- och sjukvården och den kommunala vård- och omsorgen kräver en omställning i hela vårdkedjan för att vara fortsatt effektiv och av hög kvalitet. Vården behöver komma närmare patienten och brukaren.

Nära vård är inte en ny organisationsnivå eller en benämning på dagens primärvård, även om primärvården utgör en kärna i den nära vården. Nära vård är snarare ett nytt sätt att arbeta med hälsa, vård och omsorg. SKR har identifierat framgångsfaktorer för omställningen som bland annat innebär:

- Samverkan mellan kommuner och regioner.
- Användning av ny teknik för att utveckla arbetsätten i hälso- och sjukvården och omsorgen.
- Att personalen kan medverka i utvecklingen av e-tjänster, har digital kompetens och börjar arbeta på nya sätt.
- Att personcentrering är vägledande både som förhållningssätt och arbetssätt i organisationen.
- Satsning på kompetensförsörjning som stödjer omställningen mot nära vård.

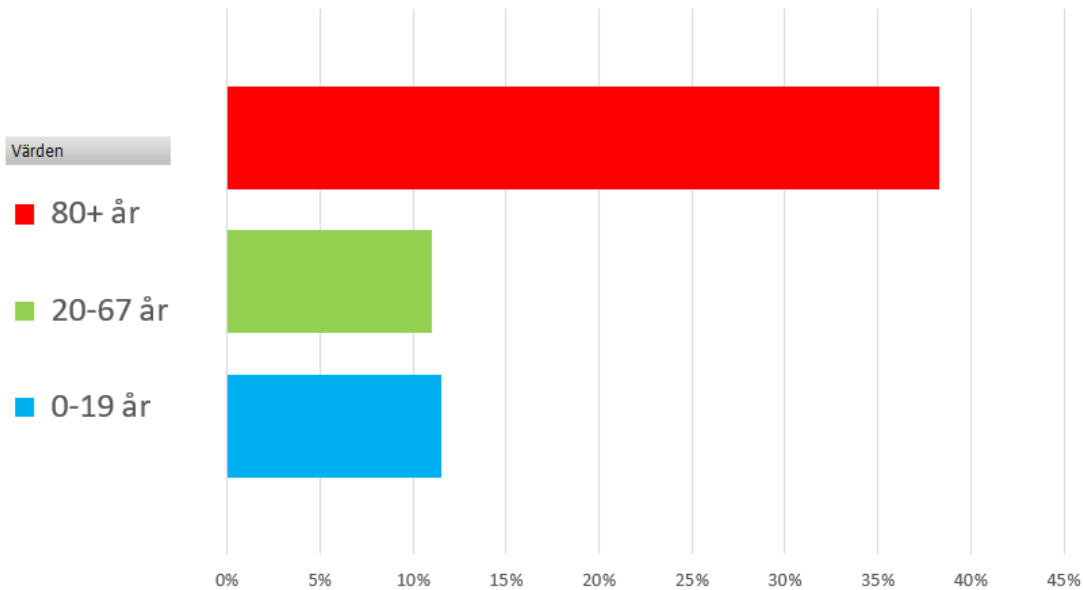
De demografiska förändringarna i Sverige innebär att den äldre befolkningen ökar (se diagram nedan). Även Burlöv växer generellt som kommun och dessa två faktorer sammanställt ställer ökade krav på befintliga medarbetare. I framtiden kommer antalet anställda sannolikt behöva öka.

Välj kommun här: ▼

Burlöv

0-19 år 20-67 år 80

Procentuell förändring av antalet personer i resp. åldersgrupp 2018-2027



Den nära vården innebär att allt fler medborgare ska vårdas i hemmet. Förändringen har redan påbörjats, bland annat genom Region Skånes mobila team i mellersta som tillsammans med kommunens medarbetare ger behandling i hemmet som tidigare gavs inom slutenvården. Denna förändring ställer ökade krav på kompetens hos den legitimerade personalen. Fortsatt arbete med, och utveckling av, kompetensgrupperna är nödvändigt för att möta dessa nya krav. Ökat behov av att utbilda och handleda undersköterskor i organisationen tillkommer också likaså att se över denna yrkeskategoris kompetensutveckling.