



HELSINGBORG

Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse 2024

Vård- och omsorgsnämnden

Innehållsförteckning

1	Inledning	6
2	Grundläggande förutsättningar för säker vård och omsorg	6
2.1	Engagerad ledning och styrning	6
2.1.1	Övergripande mål och strategier	6
2.1.1.1	Delmål och strategier för 2024 års kvalitet- och brukar/patientsäkerhetsarbete;	7
2.1.2	Organisation och ansvar	7
2.1.2.1	Sjukvårdshuvudmannens.....	7
2.1.2.2	Vård- och omsorgsnämndens	7
2.1.2.3	Omsorgsdirektörens	7
2.1.2.4	Avdelningschef äldreomsorg och funktionshinder	7
2.1.2.5	Verksamhetschef enligt 4 kap. 2§ hälso- och sjukvårdslagen (2017:30)	8
2.1.2.6	Legitimerad personal.....	8
2.1.2.7	Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)	8
2.1.2.8	Medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR)	8
2.1.2.9	Socialt ansvarig socionom (SAS).....	9
2.1.3	Samverkan för att förebygga vårdskador och missförhållande	9
2.1.3.1	Intern samverkan	9
2.1.3.1.1	Teamträffar.....	9
2.1.3.1.2	Ledningsmöte	10
2.1.3.2	Extern samverkan.....	10
2.1.3.2.1	Vårdsamverkan SVU (samverkan vid utskrivning).....	10
2.1.3.2.2	Samverkan med Medelpunkten	10
2.1.3.2.3	Regelbundna möten med Vårdhygien och Smittskydd Skåne.....	10
2.1.3.2.4	MAS/MAR/SAS-nätverk	10
2.1.3.2.5	Hälsovårdsenheterna	10
2.1.3.2.6	Mobila team närsjukvård.....	10
2.1.3.2.7	Avancerad sjukvård i hemmet (ASIH)	11
2.1.3.2.8	Vårdsamverkan medicinsk kvalitet	11
2.1.4	Informationssäkerhet	11
2.2	En god säkerhetskultur.....	11
2.3	Kompetensutveckling och fortbildning	12
2.3.1	Förvaltningsövergripande aktiviteter	12
2.3.1.1	God och nära vård	12
2.3.1.2	Äldreomsorgslyftet.....	12

2.3.1.3	VOF Akademi	12
2.3.1.4	Hbg Learns	12
2.3.1.5	Stjärnmärkt	12
2.3.1.6	Lyft- och manuell förflyttningsutbildning.....	13
2.3.1.7	Palliativ vård/palliativ sjuksköterska	13
2.3.1.8	Strategisk sjuksköterska för kognitiva sjukdomar	13
2.3.1.9	Kognitiva ombud.....	13
2.3.1.10	Kognitiv konsult	14
2.3.1.11	Kognitiva teamet	14
2.3.2	Äldreomsorgen.....	14
2.3.3	Funktionsstöd.....	15
2.3.4	Hälso- och sjukvård	15
2.4	Den enskilda som medskapare	16
2.4.1	Personcentrerat förhållningssätt	16
2.4.2	Samordnad individuell plan (SIP)	16
2.4.3	Medicinsk vårdplan.....	17
2.4.4	Läkemedelsautomat	17
2.4.5	Brukarundersökningar och kvalitetsmätningar	17
2.4.5.1	Äldre undersökningen	17
2.4.5.1.1	Hemvård	18
2.4.5.1.2	Särskilt boende	18
2.4.5.2	Brukarundersökning inom funktionshinderområdet	18
2.4.5.2.1	Boendestöd SoL	18
2.4.5.2.2	Daglig verksamhet LSS	18
2.4.5.2.3	Gruppboende LSS	19
2.4.5.2.4	Personlig assistans.....	19
2.4.5.2.5	Serviceboende LSS.....	19
2.4.5.3	Hemtjänstindex	19
2.4.5.4	KKIK.....	20
2.4.5.4.1	LSS - Utredningstid.....	20
2.4.5.4.2	LSS – Grupp- och Serviceboende	20
2.4.5.4.3	Personalkontinuitet - Hemvård.....	20
2.4.5.4.4	Särskilt boende - Väntetid	21
2.4.5.5	Enhetsundersökning	21
2.4.5.5.1	Hemvård	21

2.4.5.5.2	Särskilt boende	21
2.4.5.5.3	Hemservice	21
2.4.5.5.4	LOV-utförare Hemvård Attendo	21
2.4.5.5.5	LOV-utförare Hemservice	22
2.4.6	Välkomstsamtal	22
2.4.7	Genomförandeplan	22
2.4.8	Personberättelse	22
2.4.9	Anhörigträffar	22
2.4.10	Boenderåd	22
2.4.11	Brukarråd inom funktionshinder	22
2.4.12	Samtycke	22
3	Agera för säker vård och omsorg	23
3.1	Förebyggande arbete	23
3.1.1	Senior alert	23
3.1.2	Beteendemässiga och psykiska symptom vid demens (BPSD)	23
3.1.2.1	Antal registreringar särskilt boende BPSD	24
3.1.2.2	Antal registreringar i hemvård BPSD	24
3.1.2.3	Behandling med läkemedlet Rådsperson	24
3.1.2.4	Smärta och smärtskattning	24
3.1.3	Svenskt register för kognitiva sjukdomar/demenssjukdomar (SveDem)	25
3.1.4	Palliativa registret	25
3.1.4.1	Spindeldiagram palliativa register, 2024-01-01 - 2024-12-31	25
3.2	Ökad kunskap om inträffade vårdskador och missförhållande	26
3.2.1	SoL/LSS-avvikelser	27
3.2.2	HSL-avvikelser	29
3.2.3	Lex Sarah	30
3.2.3.1	Privat utförare, Attendo	31
3.2.4	Lex Maria	32
3.3	Tillförlitliga och säkra system och processer	32
3.3.1	Kvalitetsledningssystem	33
3.3.2	Följsamhet till basala hygienrutiner	33
3.3.2.1	Privat utförare, Attendo	34
3.3.3	Läkemedelshantering	34
3.3.3.1	Läkemedelsgranskning av basförråd	34
3.3.3.2	Extern kvalitetsgranskning av läkemedelshanteringen	34

3.3.4	<i>Delegeringsförfarande</i>	35
3.4	Säker vård här och nu	35
3.4.1	<i>Riskhantering</i>	35
3.5	Stärka analys, lärande och utveckling	35
3.5.1	<i>Avvikelse</i>	36
3.5.1.1	Avdelning Äldreomsorg.....	36
3.5.1.2	Avdelning Funktionsstöd	36
3.5.1.3	Myndigheten	36
3.5.2	<i>Klagomål och synpunkter</i>	36
3.5.2.1	Patientnämnden.....	39
3.5.3	<i>Dokumentation</i>	40
3.5.3.1	SoL/LSS	40
3.5.3.1.1	Avdelning Äldreomsorg	40
3.5.3.1.2	Avdelning Funktionsstöd	40
3.5.3.1.3	Privat utförare, Attendo	40
3.5.3.1.4	Myndigheten.....	40
3.5.3.2	HSL40	
3.5.4	<i>Externa tillsyner</i>	41
3.5.4.1	Avdelning Äldreomsorg.....	41
3.5.4.1.1	Uppföljning av åtgärder utifrån nationell tillsyn av särskilda boenden 2023.....	41
3.5.4.2	Avdelning Funktionsstöd	42
3.6	Öka riskmedvetenhet och beredskap	42
4	Organisationens kvalitetsarbete och verksamhetsutveckling	42
4.1	Myndigheten	43
4.2	Avdelning Funktionsstöd	43
4.3	Avdelning Äldreomsorg	44
4.4	HSL.....	44
5	Mål, strategier och utmaningar för kommande år	45
5.1	Avdelning Äldreomsorg	45
5.2	Avdelning Funktionsstöd	45
5.3	Privat utförare, Attendo	45
5.4	Myndigheten	46
5.5	Kvalitetsavdelningens samlade analys	46
5.6	Identifierade utvecklingsområden för patientsäkerhets- och kvalitetsarbetet	
2024	Error! Bookmark not defined.	

1 Inledning

Enligt patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659, PSL) och Socialstyrelsens föreskrift och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9) ska vårdgivare och verksamheter inom socialtjänsten och LSS årligen upprätta en kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse. Denna ska redovisa strategier, mål och resultat av det systematiska kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet samt vara tillgänglig för externa intressenter. Berättelsen bör vara färdig senast den 1 mars varje år och utformas så att den kan integreras i vårdgivarens ledningssystem för patientsäkerhet.

Verksamheter som bedrivs enligt hälso- och sjukvårdslagen (SFS 2017:30, HSL), socialtjänstlagen (SFS 2001:453, SoL) och lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (SFS 1993:387, LSS) är skyldiga att ha ett ledningssystem för att systematiskt utveckla och säkra kvaliteten i verksamheten. Ledningssystemet ska ge stöd i att planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten samt förebygga missförhållanden, vårdskador och avvikelser från gällande krav och mål.

För att uppnå god kvalitet och hög patientsäkerhet är personalens engagemang och delaktighet avgörande. Enhetschefen ansvarar för det systematiska kvalitetsarbetet på enheten, och det är vårdgivarens och verksamhetsansvarigas uppgift att säkerställa att personalen arbetar enligt fastställda processer och rutiner inom ledningssystemet.

Enligt 6 kap. 4 § patientsäkerhetslagen har hälso- och sjukvårdspersonal ett ansvar att bidra till en hög nivå av patientsäkerhet. Vidare föreskriver 14 kap. 2 § socialtjänstlagen och 24 a § LSS att alla som fullgör uppgifter inom socialtjänsten eller verksamheter enligt LSS är skyldiga att medverka i det systematiska kvalitetsarbetet. Personalen deltar även i egenkontroller både med sin kompetens och i ett lärande syfte.

Socialstyrelsen definierar kvalitet enligt SOSFS 2011:9 som att en verksamhet uppfyller de krav och mål som gäller enligt lagar, föreskrifter och beslut meddelade med stöd av dessa. Genom en välfungerande kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse samt ett aktivt deltagande från personalen säkerställs att verksamheten systematiskt och fortlöpande utvecklar och förbättrar kvaliteten i enlighet med gällande regelverk.

2 Grundläggande förutsättningar för säker vård och omsorg

2.1 Engagerad ledning och styrning

En grundläggande förutsättning för en kvalitativ och säker vård är en engagerad och kompetent ledning och styrning på samtliga nivåer.

2.1.1 Övergripande mål och strategier

Vårdgivaren ska enligt 3 kap. 1 § patientsäkerhetslagen planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård i hälso- och sjukvårdslagen respektive tandvårdslagen (1985:125) upprätthålls.

Vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska enligt 3 kap. 1-3 § SOSFS 2011:9 ansvara för att det finns ett ledningssystem för verksamheten.

1. Ledningssystemet ska användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet.
2. Vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska med stöd

av ledningssystemet planera, leda, kontroller, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten.

3. Vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska ange hur uppgifterna som ingår i arbete med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten är fördelade i verksamheten.

Målet med kvalitet- och patientsäkerhetsarbetet är enligt nämnd och förvaltningsledning att verksamheten ska präglas av god kvalitet, trygghet och trivsel.

Övergripande verksamhetsmål för Vård- och omsorgsförvaltningen är att uppnå god och säker vård och omsorg. För att uppnå detta krävs strategier för kvalitet- och patientsäkerhetsarbetet i syfte att säkra verksamhetens kvalitet.

2.1.1.1 Delmål och strategier för 2024 års kvalitet- och brukar/patientsäkerhetsarbete;

- Omställning till Nära vård och en personcentrerad vård och omsorg utifrån kundens fokus.
- Tillsättande av fler chefer för ett aktivt och närvarande ledarskap för att främja en jämlik vård och omsorg som är av hög kvalitet. Ledarskapet ska vara brukarnära och säkerställa ett gott teamarbete.
- Prioritera systematiskt arbete med behovsanalys, uppföljning och effektmätning genom att flytta mandat och ansvar närmre verksamheten.

2.1.2 Organisation och ansvar

2.1.2.1 Sjukvårdshuvudmannens

Kommunen har det grundläggande ansvaret för att erbjuda en god hälso- och sjukvård inom ansvarsområdet enligt 12 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen. Kommunen är sjukvårdshuvudman för denna hälso- och sjukvård. Om kommunen anlitar privata utförare ska kommunen kontrollera och följa upp verksamheten hos dessa (3 kap. 19 § kommunallagen, SFS 1991:900).

2.1.2.2 Vård- och omsorgsnämndens

Vård- och omsorgsnämnden i Helsingborgs stad är ytterst ansvarig huvudman och vårdgivare för den kommunala primärvården i enlighet med hälso- och sjukvårdslagen för verksamheter enligt SoL 5 kap. 5 § andra stycket, dagverksamhet enligt 3 kap. 6 samma lag samt hemsjukvård. Vårdgivarens mest grundläggande ansvar är att planera, leda och kontrollera verksamheten så att kravet på god vård upprätthålls (3 kap. 1 § patientsäkerhetslagen).

2.1.2.3 Omsorgsdirektörens

Omsorgsdirektören har det övergripande ansvaret för att det inom förvaltningen arbetas med uppföljning och analys av händelser och avvikelser, samt fördjupade analyser inom brukar- och patientsäkerhetsområdet.

2.1.2.4 Avdelningschef äldreomsorg och funktionshinder

Avdelningscheferna för Funktionsstöd och Äldreomsorg är en länk mellan omsorgsdirektör och verksamhetscheferna. Avdelningscheferna ska stödja och handleda verksamhetscheferna samt representera verksamheterna i ledningsgrupp. Vidare ska avdelningscheferna informera om ledningsgruppens beslut och säkerställa att dessa genomförs. De ska i sin tur förse omsorgsdirektören med underlag och information om verksamheterna och driva utvecklingsarbetet inom verksamheterna.

2.1.2.5 Verksamhetschef enligt 4 kap. 2§ hälso- och sjukvårdslagen (2017:30)

Verksamhetschef enligt 4 kap. 2 § hälso- och sjukvårdslagen ansvarar för hälso- och sjukvården som bedrivs i verksamheten. Verksamhetschef HSL ska säkerställa att patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vården tillgodoses (4 kap. 1§ Hälso- och sjukvårdsförordningen, SFS 2017:80).

2.1.2.6 Legitimerad personal

Hälso- och sjukvårdspersonal, det vill säga legitimerade sjuksköterskor, fysioterapeuter, arbetsterapeuter samt de som biträder legitimerad personal ansvarar för att vården följer vetenskap och beprövad erfarenhet. De ska ge sakkunnig och omsorgsfull vård i samråd med patient och/eller närstående och även inom ramen för verksamhetens ledningssystem rapportera och medverka i det systematiska kvalitetsarbetet.

2.1.2.7 Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) ansvarar, tillsammans med medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) och verksamhetschef HSL för att upprätthålla och utveckla verksamhetens kvalitet och patientsäkerhet inom ramen för kommunens ledningssystem för hälso- och sjukvård. Tillsammans med socialt ansvarig socionom (SAS) leder och planerar MAS och MAR kvalitetsarbetet, och initierar egenkontroller på en övergripande nivå.

MAS ansvarar enligt hälso- och sjukvårdsförordningen för att:

- Patienterna får säker och ändamålsenlig vård av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde.
- Patienterna får den vård som en läkare förordnat om.
- Journalföring sker enligt patientdatalagen (2008:355).
- Delegering av vårduppgifter sker med hänsyn till patientsäkerheten.
- Ändamålsenliga riktlinjer finns för läkemedelshantering, rapportering enligt patientsäkerhetslagen, samt kontakt med läkare vid behov.

Vid händelser som medfört eller riskerat vårdskada ansvarar MAS/MAR för att anmäla dessa till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) enligt lex Maria. MAS tar fram, fastställer och dokumenterar rutiner för att säkerställa verksamhetens kvalitet och efterlevnad av regler och lagar.

2.1.2.8 Medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR)

MAR ansvarar för att kvalitetssäkra och utveckla verksamheten inom rehabilitering och medicintekniska hjälpmedel. Uppdraget innefattar anmälningsplikt till Läkemedelsverket och leverantörer vid produktfel på medicintekniska hjälpmedel samt att utreda och följa upp avvikelser vid fallolyckor och utebliven rehabilitering.

MAR ansvarar även för omvärldsbevakning inom området och att anmäla händelser som medfört eller riskerat att medföra vårdskada till IVO enligt lex Maria.

Inom ansvarsområdet ingår att säkerställa att lagar och regler är kända och följs. MAR ska också inom ramen för ledningssystemet ta fram, fastställa och dokumentera rutiner som uppfyller verksamhetens krav.

2.1.2.9 Socialt ansvarig socionom (SAS)

SAS planerar och vägleder kvalitetsarbetet i förvaltningen samt initierar egenkontroller inom SoL och LSS på en övergripande nivå. Arbetet sker i samarbete med MAS och MAR som planerar och leder patientsäkerhetsarbetet och initierar egenkontroller inom HSL på en övergripande nivå.

Socialt ansvarig socionom innebär att säkerställa att:

- Den enskilde får insatser av god kvalitet som är individuellt utformade och utgår från den enskildes delaktighet och inflytande.
- Den enskilde får det stöd och den omsorg som handläggande myndighetsutövare har beslutat om.
- Säkra att dokumentationen förs i den omfattning som föreskrivs i lag och föreskrift SOSFS 2014:5.
- Säkerställa god avvikelshantering samt synpunkt och klagomålshantering enligt SOSFS 2011:9.
- Lex Sarah-rapporter utreds och anmäls enligt Socialstyrelsens föreskrift SOSFS 2011:5.

2.1.3 Samverkan för att förebygga vårdskador och missförhållande

2.1.3.1 Intern samverkan

Intern samverkan mellan enheter utförs bland annat genom tematräffar för att uppnå en personcentrerad och sammanhållen vård- och omsorg utifrån brukaren/patientens behov. Arbetssättet ska präglas av resurseffektivitet och ett teamarbete utifrån varje yrkesgrupps uppdrag och kompetens.

2.1.3.1.1 Teamträffar

Teamträffar är tvärprofessionella möten där sjuksköterska, arbetsterapeut, fysioterapeut, enhetschef och omvårdnadspersonal samverkar. Det övergripande syftet med mötet är att de olika yrkesprofessionerna träffas för att diskutera brukarens/patientens behov och samordna vård- och omsorgsinsatser. Genom strukturerat teamarbete säkerställer verksamheterna att arbetet sker personcentrerat och är insatserna är av hög kvalitet. På så sätt minimeras också risker för att avvikelser inträffar i verksamheten.

Under året har avdelning Äldreomsorg arbetat aktivt med att formalisera teamträffarna för att trygga brukarens/patientens behov, tillgodose deras önskemål om hur vården och omsorgen bedrivs och hur den ska utformas. Vid dessa möten arbetar teamen med kvalitetsregister så som Senior alert och Beteendemässiga och psykiska symptom vid demens (BPSD). Teamarbetet mellan hemvårdsgруппerna och dagverksamheterna, hemservice och nattorganisationen har utvecklats. Rutinen för teamträffar har följts upp och kommer att revideras under 2025. Professionerna kan genom det vidareutveckla teamträffarna för att uppnå en bättre gemensam plattform med brukaren/patienten i fokus.

Teamarbetet inom avdelning Funktionsstöd har under året fokuserat på skyddsåtgärder och riskbedömningar. Effekten av dessa möten har varierat mellan enheterna och det finns ett behov av att förbättra kommunikation, struktur och kontaktpersonens/fast omsorgskontakts funktion i teamen.

För att stärka teamarbetet har den privata utföraren Attendos verksamhet haft olika mötesforum där alla professioner deltagit. Det har skett genom kontinuerliga möten mellan rehabpersonal och sjuksköterskor, kvalitetsmöte, teambuilding och aktiviteter för en stärkt laganda. Detta upplägg har resulterat i en stärkt tvärprofessionell kommunikation och samarbete.

2.1.3.1.2 Ledningsmöte

Ledningsmöten sker i flera led inom förvaltningen; förvaltningsövergripande, på avdelnings- och verksamhetsnivå. I verksamhetsledningsgrupperna träffas verksamhetschef, enhetschefer, verksamhetsutvecklare och MAS/MAR. Mötena finns för att diskutera verksamhetsfrågor samt aktuella områden inom verksamheten på en lokal-, regional- eller nationell nivå.

2.1.3.2 Extern samverkan

I enlighet med 4 kap. 6 § SOSFS: 2011:9 ska vårdgivaren identifiera de processer där samverkan behövs för att förebygga att patienter drabbas av vårdskada. Det ska framgå av processerna och rutinerna hur samverkan ska bedrivas i den egna verksamheten. Det ska genom processerna och rutinerna även säkerställas att samverkan möjliggörs med andra vårdgivare och med verksamheter inom socialtjänsten eller enligt LSS och med myndigheter. Enligt 7 kap. 2 § p 3 ska det även beskrivas hur samverkan har möjliggjorts för att förebygga att patienter drabbas av vårdskada.

Utgångspunkten för den externa samverkan i nordvästra Skåne är utifrån den delregionala planen, Målbild handlingsplan Nära vård HS-avtal 24 sept och Reviderad tid- och aktivitetsplan.

2.1.3.2.1 Vårdsamverkan SVU (samverkan vid utskrivning)

Vårdsamverkan SVU (samverkan vid utskrivning) är en del av samverkansstrukturen inom nära vård och ska på initiativ av Delregional tjänstemannaberedning och Beredningsgrupp nära vård hantera administrativa frågor utifrån angiven aktivitets- och tidplan. Kommunen har en representant i arbetsgruppen Vårdsamverkan SVU och exempel på områden som arbetsgruppen hanterar är flöden i Mina Planer. Mina planer är ett IT-stöd för samverkan vid utskrivning och samordnad individuell planering. Vidare hanterar arbetsgruppen implementering av utbildning i samordnad individuell plan (SIP) och SVU med tillhörande rutiner samt ger vägledning och stöd kring lokalt samarbete i kommunerna.

2.1.3.2.2 Samverkan med Medelpunkten

Medelpunkten är ett kommunalförbund vars syfte är att hantera hjälpmedel åt medlemskommunerna i Nordvästra Skåne. För att samverka i frågor rörande hjälpmedel finns en struktur för samverkan och Helsingborgs stad representeras av två enhetschefer för HSL.

2.1.3.2.3 Regelbundna möten med Vårdhygien och Smittskydd Skåne

Medicinskt ansvarig sjuksköterska har regelbunden samverkan med Vårdhygien och Smittskydd Skåne samt har kontakt för råd och stöd vid behov.

2.1.3.2.4 MAS/MAR/SAS-nätverk

MAS/MAR ingår i delregionalt nätverk där det sker samverkan och erfarenhetsutbyten kring frågor som rör hälso- och sjukvård. Kvalitetsamordnare har kunnat delta i ett nationellt nätverk för samverkan och erfarenhetsutbyten kring frågor som rör vård och omsorg.

2.1.3.2.5 Hälsovårdsenheterna

Verksamhetschef HSL, enhetschefer för HSL och kvalitetsledare för God och nära vård samverkar med representanter från vårdcentralerna belägna i Helsingborgs stad för att förbättra samarbetet och tillsammans utveckla nära vård. Ett gemensamt avtal reglerar råd, stöd och fortbildning av läkare till legitimerad personal i verksamheten.

2.1.3.2.6 Mobila team närsjukvård

Mobila team närsjukvård är en sammanhållen vårdform där primärvården är navet i samverkan med övriga vårdgivare. Syftet med teamet är att utveckla en trygg, tydlig och tillgänglig vård för patienter som kan vårdas i hemmet i stället för på sjukhus. Patienter och anhöriga erbjuds en väg

in och en tydlig planering. Teamet har en samordnande roll som bedömer, planerar, ordinerar och utför olika insatser.

2.1.3.2.7 Avancerad sjukvård i hemmet (ASIH)

Samverkan mellan kommunen och Avancerad sjukvård i hemmet (ASIH) sker fortlöpande och syftar till att upprätthålla ett gott samarbete som gynnar brukaren/patienten. Samverkan sker på ledningsnivå samt i verksamheten.

2.1.3.2.8 Vårdsamverkan medicinsk kvalitet

Arbetsgrupp medicinsk kvalitet är en del av samverkansstrukturen inom nära vård och ska på initiativ av delregional tjänstemannaberedning och beredningsgrupp nära vård hantera medicinska frågor utifrån en aktivitets- och tidplan. Arbetsgruppen består av medicinskt ansvariga sjuksköterskor från de olika kommunerna i nordvästra Skåne, chefsläkare inom regional primärvård och chefsläkare inom slutenvården.

2.1.4 Informationssäkerhet

Varje år genomför Vård- och omsorgsnämnden en granskning och riskanalys av informationssäkerhets- och dataskyddsarbetet. En sammanställning rapporteras årligen till förvaltningsledningen och används som underlag för fortsatt arbete. Under 2024 har förvaltningen fortsatt sitt arbete med att införa förvaltningens ledningssystem för informationssäkerhet, som bygger på ISO 27000 och Myndigheten för skydd och beredskaps (MSB) metodstöd. Året har utmärkts av inventeringar, klassificeringar och riskbedömningar för våra system och vår informationsbehandling. Medarbetarna på förvaltningen genomför kontinuerligt e-utbildningar för informationssäkerhet och GDPR (dataskyddsförordningen). 2023 beslutades en systemförvaltningsmodell, och införandet av denna påbörjades under 2024 i form av utbildningar och workshops.

2.2 En god säkerhetskultur

En grundläggande förutsättning för en säker vård och omsorg är en god säkerhetskultur. Verksamheterna främjar en god säkerhetskultur genom att olika aspekter kring säkerhet och avvikelser regelbundet diskuteras på arbetsplatsträffar (APT), samt att avvikelser regelbundet sammanställs och analyseras av ansvariga chefer.

Under 2024 beslutade kommunfullmäktige att Vård- och omsorgsförvaltningen ska införa funktionen Socialt ansvarig socionom (SAS). SAS ska samverka med MAS/MAR, samt utveckla förvaltningens systematiska kvalitetsarbete med bland annat avvikelser, klagomål och synpunkter i syfte att skapa ett lärande inom organisationen.

Processer, riktlinjer och rutiner som behövs för att kunna säkerställa en god och säker vård samlas i förvaltningens kvalitetsledningssystem. Samtliga medarbetare ska ha kännedom och tillgång till kvalitetsledningssystemet. Medarbetarnas delaktighet och engagemang är en förutsättning för ett systematiskt arbete som omfattar riskmedvetenhet, rapportering, reflektion och lärdom och som kan leda till förbättringar.

På brukar/patientnivå har medarbetaren skyldighet att rapportera händelser som har eller hade kunnat medföra en vårdskada eller utgöra ett missförhållande. Dessa avvikelser rapporteras i avvikelsemodulen och utreds sedan och följs upp av respektive enhetschef. Vid händelser som medfört allvarlig vårdskada eller risk för allvarlig vårdskada involveras MAS/MAR som då ansvarar för att utreda och anmäla vårdskadan till IVO enligt lex Maria. Rapporter om missförhållanden enligt lex Sara utreds av SAS och kvalitetssamordnare. Händelser som utgjort ett allvarligt missförhållande eller risk för ett allvarligt missförhållande anmäls till IVO.

2.3 Kompetensutveckling och fortbildning

2.3.1 Förvaltningsövergripande aktiviteter

Under 2024 har flera förvaltningsövergripande aktiviteter genomförts för att bidra till ökad kompetensutveckling och fortbildning, däribland:

2.3.1.1 God och nära vård

Vård- och omsorgsförvaltningen har genomfört en förvaltningsövergripande utbildningsinsats i Nära vård samarbete med Ringla akademi. Utbildningen, som samtliga medarbetare har deltagit i under året, har resulterat i många och goda dialoger om personcentrerad vård inom alla verksamheter i förvaltningen.

Uppföljning av utbildningens effekter kommer att ske i samarbete med Centrum för personcentrerad vård vid Göteborgs universitet.

2.3.1.2 Äldreomsorgslyftet

Äldreomsorgslyftet innebär att genom validering och utbildning utbilda vårdbiträden till undersköterskor. Medarbetare inom avdelning Äldreomsorg och Funktionsstöd erbjuds att studera på heltid under 1–1,5 år för att bli färdigutbildade undersköterskor, diplomerade genom Vård- om omsorgscollege. Validering av medarbetare inom ramen för Äldreomsorgslyftet har fortgått under året och det finns även ett antal medarbetare som valt att studera till specialistundersköterskor.

2.3.1.3 VOF Akademi

Vård- och omsorgsförvaltningen inrättade 2021 enheten VOF Akademi vars uppdrag är att samordna praktikplatser, interna utbildningar, samverka med utbildningsaktörer och lärosäten, samt vara en aktör i Vård- och omsorgscollege. VOF Akademi processleder arbetet med att ta fram förvaltningens strategiska kompetensförsörjningsplan utifrån hela ARUBA perspektivet. ARUBA är ett sammanfattande begrepp för perspektiven Attrahera, Rekrytera, Utveckla, Behålla och Avveckla.

2.3.1.4 Hbg Learns

Sedan ett antal år använder Helsingborgs stad den digitala utbildningsplattformen Hbg Learns. Målet är att de flesta utbildningarna ska finnas på den digitala plattformen men vid behov genomförs även fysiska utbildningar. För medarbetare i verksamheterna inom avdelning Funktionsstöd och Äldreomsorg är flertalet utbildningar obligatoriska. Däribland utbildning i verksamhetssystemet LifeCare, dokumentation, kognition och MHFA - första hjälpen vid psykisk ohälsa. Andra utbildningar i Hbg Learns syftar till att stärka patientsäkerheten. Däribland utbildning i diabetes, läkemedel, subkutana injektioner, stomi, spolning av urinkateter, tappningskateter/engångskateter (RIK), kateterisering av urinblåsa, enteral nutrition, och sårutbildning.

I samband med flera utredningar enligt lex Maria har förvaltningen identifierat bristande kommunikation och överrapportering mellan professionerna. Den identifierade bristen har uppmärksammat ett behov av att skapa en digital utbildning i kommunikationsmodellen SBAR. Utbildningen i SBAR finns tillgänglig i Hbg Learns fr.o.m. oktober 2024. Under hösten 2024 reviderades också den digitala utbildningen i avvikelshantering hälso- och sjukvård.

2.3.1.5 Stjärnmärkt

Stjärnmärkt är en utbildningsmodell som syftar till att ge verksamheter verktyg att kvalitetssäkra vård och omsorg för personer med kognitiv sjukdom. Stjärnmärkt är framtaget av Svenskt Demenscentrum, och utformades i samband med 2017 års uppdatering av de nationella riktlinjerna för vård och omsorg vid demenssjukdom.

År 2020 tog Vård- och omsorgsnämnden beslut att alla vårdboende inom förvaltningen som inte var Silviacertifierade skulle Stjärn märkas. Nämnden fattade även beslut om att hemvården och hemsjukvården skulle Stjärnmärkas. Under 2024 genomfördes en uppföljning och utvärdering av implementeringen och där framkom att Stjärnmärkt upplevs ha haft en effekt på den personcentrerade vården och medarbetarnas kunskaper inom vårdboendena. Dock var inte alla vårdboende Stjärnmärkta 2024 och implementeringsprocessen fortsätter. Uppföljningen och utvärderingen relaterat till ordinärt boende visade att flera enheter inte påbörjat implementeringen, samt att arbetssättet med Stjärnmärkt i ordinärt boende inte hade haft önskad effekt. Beslut togs om att avsluta Stjärnmärkt för ordinärt boende. På några enheter inom Funktionsstöd har personal påbörjat Stjärnmärktutbildningen i syfte att bredda kunskap om åldrande och demens vid intellektuell funktionsnedsättning. 15 medarbetare har under året utbildat sig till instruktörer.

2.3.1.6 Lyft- och manuell förflyttningsträning

Helsingborgs stad har sedan tidigare tagit beslut att all omvårdnadspersonal ska genomgå grundutbildningen i manuell förflyttningsteknik och personlyft. Den digitala utbildningen ska förnyas årligen och den praktiska utbildningen ska förnyas vart tredje år för att säkra kunskapsgraden. En fortsättningsutbildning har arbetats fram med syfte att öka kunskap i rehabiliterande förflyttningstekniker, patientens medverkan, minskad arbetsbelastning samt möjlighet till enkelbemannning vid förflyttningar.

Lyft- och Manuell förflyttningsteknik	Antal utbildningstillfällen	Deltagare
Tillsvidare anställda	1250	1006
Sommarvikarier	501	371

2.3.1.7 Palliativ vård/palliativ sjuksköterska

Det finns en palliativ sjuksköterska med uppdrag att ha en övergripande och överblickande funktion för att kvalitetssäkra den palliativa vården. Det finns en undersköterska som är palliativt ombud på varje enhet. Under 2025 finns planer att upprätta en fokusgrupp för palliativ vård där utvalda sjuksköterskor, arbetsterapeut och fysioterapeut kommer ingå.

Relaterat till bristande patientsäkerhet har rutinen för att förbereda NVP-journalen tagits bort. Sedan maj 2024 startas NVP i samband att patientansvarig läkare bedömer att patienten är i palliativt slutskede. Under 2024 har palliativ sjuksköterska kontinuerligt utbildat i NVP, och majoritet av stadens enheter har nu genomgått utbildningen. Styrande dokument och strategisk plan för palliativ vård kommer under nästkommande år ses över och revideras utifrån nationella riktlinjer för palliativ vård.

2.3.1.8 Strategisk sjuksköterska för kognitiva sjukdomar

Uppdraget innebär bland annat att ha en övergripande och överblickande funktion på det stöd och den vård och omsorg som ges personer med kognitiv sjukdom och deras anhöriga inom förvaltningen. Detta i relation till de krav som ställs via lagar samt nationella och kommunala styrdokument. I den strategiska rollen ingår också att vara en stödfunktion dit förvaltningens verksamheter kan vända sig relaterat till behov och situationer kopplat till vård och omsorg vid kognitiv sjukdom.

2.3.1.9 Kognitiva ombud

Ombud för kognitiv sjukdom har i uppgift att sprida kunskap, arbeta motiverande och stödjande för sina medarbetare i arbetsuppgifter och frågor som rör kognitiv sjukdom. Ombuden har en viktig roll i det kvalitetshöjande arbetet på verksamheten för att skapa en god och säker vård för

personer med kognitiv sjukdom. Ombuden träffas regelbundet på nätverksträffar som leds av Strategisk sjuksköterska för kognitiva sjukdomar. Under 2024 har ombuden varit delaktiga i utvärdering och uppdatering av kommunens mall för personberättelse.

2.3.1.10 Kognitiv konsult

Kognitiv konsult/Silviasyster arbetar med råd, stöd, handledning och utbildning på myndigheten, samt ansvarar för bedömning av behov av kognitivt anpassat boende för de personer som beviljats insatsen vårdboende. I uppdraget ingår förebyggande kontakter/samtal med nydiagnostiserade personer i samarbete med anhörigstödet, samt Vägen in för Kognitiv medicin i Ängelholm. Kognitiv konsult genomförde under 2024 cirka 200 besök hos personer med kognitiv svikt/sjukdom, där cirka 125 är tillsammans med biståndshandläggare och cirka 75 är informationsbesök hos nydiagnostiserade. Till det tillkommer cirka 40-50 besök på korttidsboende, sjukhus och till viss del dygnsavlösning och dagverksamhet.

2.3.1.11 Kognitiva teamet

Under 2024 sammanfördes kognitiva teamet under en och samma verksamhetschef då teamet under tidigare år tillhört olika verksamheter. Idag består teamet av tre kvalitetsledare med grundkompetens; en specialistsjuksköterska inom vård och äldre, en specialistundersköterska inom kognitiva sjukdomar samt en erfaren undersköterska med Silviahemscertifiering. Under 2024 hade teamet riktat mot vårdboende 73 unika ärenden där varje ärende i snitt innebar 4- 5 stycken besök på vårdboendet. I uppdragen ingår ofta handledning, observation, rådgivning, delaktighet i riskbedömningar och handlingsplaner samt uppföljning.

Sedan augusti 2024 har uppdraget, riktat mot ordinärt boende, förändrats och inkluderar nu även stöd till biståndshandläggare, hemservice, dagverksamhet, visst anhörigstöd eller dylikt. Stödets utformning varierar, från telefonsamtal till mer långvariga kontakter och strategibyggande ärenden tillsammans med biståndshandläggare eller hemvård. Under hösten har 13 mer avancerade ärenden varit pågående. Teamets uppdrag har under 2024 varit under utvärdering och förändring för att möta de behov verksamheterna har, samt vad Socialstyrelsen förespråkar i olika styrdokument. Fortsatt arbete med att kvalitetssäkra och tydliggöra teamets uppdrag fortsätter 2025.

2.3.2 Äldreomsorgen

Under 2024 har avdelning Äldreomsorg genomfört kvalitetshöjande insatser om undernäring. Hemvården har genomfört en utbildningssatsning för att öka medarbetarnas kompetens kring matens betydelse för att förebygga undernäring. I dagsläget har utbildningen genomförts på alla enheter inom Hemvård Syd och Centrum. Uppskattningsvis har 330 medarbetare gjort utbildningen. Deltagarna på utbildningstillfällena har kommit från olika enheter såsom hemservice, hemvård, myndighet och dagverksamhet. Detta har bidragit till kompetenshöjningar i det tvärprofessionella teamet, och gett medarbetare möjligheter att omsätta sin kunskap sin praktiska yrkesutövning. Utbildningsinsatsen fortlöper under första kvartalet 2025.

Verksamheten har även deltagit som samarbetspartner i "vårdväg in" tillsammans med arbetsmarknadsförvaltningen och arbetsförmedlingen. Vårdväg in är ett samverkansprojekt för att rekrytera nyanlända och utrikesfödda personer med erfarenheter inom vården.

Kompetenshöjande insatser inom social dokumentation och genomförandeplaner har varit och är ett pågående arbete. De kompetenshöjande aktiviteterna har bland annat bestått av workshops för dokumentationsansvariga på vårdboendena, vilket också kommer att fortsätta nästkommande år.

Kvalitetsledare har under 2024 genomfört fysiska utbildningar i avvikelshantering för omvårdnadspersonal, legitimerad personal och enhetschefer på två enheter och vid sex olika tillfällen. Sammanlagt har 72 personer medverkat vid utbildningarna.

2.3.3 Funktionsstöd

Avdelning Funktionsstöd har fokuserat på utbildningsinsatser såsom lågaffektivt bemötande och kognition, främst inom nystartade enheter men även i befintliga. En övervägande majoritet av alla medarbetare har genomgått utbildningen i personcentrerad nära vård.

I samband med forskningsprojektet inom Barn och Unga har personal utbildats i virtuell verklighet (VR). Implementering av arbetsverktyget har redan genomförts eller planeras att införas i vissa verksamheter.

Under våren genomfördes en gemensam ledningsgrupp för funktionsstöd med temat kompetensförsörjning. Utbildning och workshop genomfördes tillsammans med VOF Akademi och tog avstamp i ARUBA och lokala kompetensförsörjningsplaner. Under hösten genomfördes årets andra gemensamma ledningsgrupp med fokus på skyddsåtgärder.

2.3.4 Hälso- och sjukvård

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

I de lokala avtal som finns mellan vårdgivaren och stadens hälsovalsenheter ska hälsovalsenheterna erbjuda utbildning till kommunens hälso- och sjukvårdspersonal. Under 2024 har legitimerad personal fått utbildning i diabetessjukdom, sårbehandling och kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL).

Vidare har utbildning inom palliativ vård och nationell vårdplan för palliativ vård genomförts. Utbildningen har genomförts i samarbete med ASIH där legitimerade sjuksköterskor fått en utbildning i den kliniska undersökningen vid förväntat dödsfall.

Det finns ett behov att vårdgivaren ger möjlighet till fler legitimerade hälso- och sjukvårdspersonal att bli specialister inom sitt yrke och att läsa fördjupningskurser på universitetet inom ramen för sin tjänst. Inom regionen erbjuds utbildning med lön, till exempel akademisk specialisttjänstgöring (AST-tjänster) för sjuksköterskor som är en typ av specialistutbildning inom yrket. I Helsingborgs stad har det under 2024 erbjudits möjlighet till legitimerad personal att gå utbildningar med lön samt AST-tjänster.

Behovet av specialistkompetens krävs för att möta omställningen till God och Nära vård där mer avancerad vård kommer att bedrivas i hemmet och med den omställningen finns ett behov av att stärka patientsäkerheten. Ett ökat ansvar för kommunen kommer att leda till en ökad specialisering och innebära att alltmer specialistkompetens behöver utvecklas för den kommunala hälso- och sjukvården framöver.

Legitimerad personal introduceras med hjälp av introduktionsprogram och checklista samt att utsedda mentorer håller i delar av introduktionen. Kvalitetsavdelningen har haft introduktions-tillfällen för nyanställd legitimerad personal.

Utbildarna i Procapita HSL har genomfört 18 fysiska utbildningar i hälso- och sjukvårdsdokumentation och totalt har 50 legitimerade personal gått utbildningen. Inför den fysiska utbildningen ska alla ha genomgått den obligatoriska digitala utbildningen i hälso- och sjukvårdsdokumentation. Utbildningsupplägget har följts upp och analysen har påvisat att utbildningen behöver kompletteras med handledning på arbetsplatsen för att kunna säkerställa att journalföring uppfyller lagkraven.

2.4 Den enskilda som medskapare

En grundläggande förutsättning för en säker vård är patientens och de närståendes delaktighet. Vården blir säkrare om patienten är välinformerad, deltar aktivt i sin vård. Vården ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten (3 kap. 4 § patientsäkerhetslagen).

Under 2024 har följande aktiviteter genomförts för att främja brukarens/patientens och deras anhörigas delaktighet:

- Anhörigträffar har genomförts på vårdboende och i hemvården där anhöriga fått information om förvaltningens verksamheter, och möjligheter funnits för anhöriga att lyfta synpunkter och klagomål. Där har också funnits utrymme för legitimerad personal att medverka på dessa möten.
- I samband med vårdplanering i hemmet görs brukaren/patienten delaktig, och anhöriga involveras i samråd med den enskilde.
- Vid upprättande av samordnad individuell planering bjuds närstående in efter brukaren/patientens önskemål.
- Vid större avvikelser och synpunkter kontaktas närstående för att ges information men även för att verksamheten ska få ta del av deras upplevelser.
- Legitimerad personal arbetar med personcentrerad vård.
- Vid falltillbud i hemmet ska arbetsterapeut/fysioterapeut erbjuda hembesök för fallförebyggande rådgivning.

2.4.1 Personcentrerat förhållningssätt

Ett personcentrerat förhållningssätt innebär att brukaren/patienten ska vara en medskapare av sin egen vård och omsorg.

Ett led i att skapa förutsättningar för personcentrerade förhållningssätt är arbetet utifrån Hälso- och sjukvårdsavtalet (HS-avtalet). Dock har följsamheten till HS-avtalet av olika skäl inte följt den planerade takten. Under 2024 har särskilda satsningar genomförts där främsta målet var att skapa just följsamhet kopplat till avtalets utvecklingsdel, d.v.s. Aktivitets- och tidsplanen. Det finns olika utvecklingsområden men först ut blir att arbeta personcentrerat. I detta ingick att stärka brukaren/patientens roll som medskapare av sin egen vård och omsorg, att ta fram Såpar som stödjer den processen samt som det har upprättats Mobilt team närsjukvård tillsammans med den regionala primärvården.

2.4.2 Samordnad individuell plan (SIP)

Samordnad individuell planering (SIP) är brukarens/patientens plan och upprättas då hen har behov av att få samordnande insatser utifrån SoL/LSS och HSL. SIP kan exempelvis upprättas vid påbörjad kontakt med kommunen, utskrivning från slutenvård, förändrat eller försämrat tillstånd. Närstående bjuds in till SIP efter brukarens/patientens önskemål. Huvudmålet med SIP är att brukaren/patienten blir delaktig i sin vård och omsorg.

Enligt HS-avtalets Aktivitets-och tidsplan för vårdssamverkan nordvästra Skåne har följande aktiviteter kopplade till SIP påbörjats under 2024:

- En stödjande struktur för medicinsk dokumentation i SIP.
- Utveckling av det personcentrerade arbetssättet genom att dokumentera överenskommelser tillsammans med patient. Sådana överenskommelser som skapas utöver befintligt SIP, kan till exempel vara en gemensam plan i en journalanteckning, alternativt en rehabplan som patienten är delaktig i.

2.4.3 Medicinsk vårdplan

Även patienter som enbart har hälso- och sjukvårdsinsatser behöver få möjlighet att samordna sina insatser. En medicinsk vårdplan tas då fram där hälso- och sjukvårdsaktörerna, tillsammans med patienten, planerar för dennes vård.

Arbetsgrupp Medicinsk kvalitet har under 2024 påbörjat ett arbete med att uppdatera strukturen för den medicinska planen. Arbetet förväntas vara klart under 2025.

2.4.4 Läkemedelsautomat

Läkemedelsautomat är en lösning för en grupp patienter som har hjälp med överlämnande av läkemedel men kan själv administrera läkemedlet till kroppen. Under 2024 infördes läkemedelsautomat på två hemvårdsområden som ett pilotprojekt och vid årsskiftet är det 18 patienter som använder läkemedelsrobot. Målet under 2025 är att installera ytterligare robotar på samtliga hemvårdsområden. Genom att patienterna har hjälp med läkemedelsöverlämning via läkemedelsautomat ökas den enskildes självständighet och medverkan vid egen vård och behandling.

2.4.5 Brukarundersökningar och kvalitetsmätningar

Undersökningar sker på nationell samt lokal nivå för att mäta och öka kvaliteten i Helsingborgs stad. Resultatet presenteras på övergripande-, verksamhet- samt enhetsnivå och dessa kan användas i underlag för beslut kring utvecklingsområden, övergripande rutin, projekt och/eller egenkontroll.

Socialstyrelsen genomför brukarundersökningar på äldreomsorgsområdet. Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) genomför brukarundersökningar inom funktionshinderområdet.

Helsingborg deltar även i Hemtjänstindex, som mäter kvalitet baserat på det sammanvägda resultatet från olika enkäter och undersökningar. Kommunen är också delaktig i Kommunens Kvalitet i Korthet (KKIK), där viktiga nyckeltal presenteras, samt i enhetsundersökningar inom både funktionshinderområdet och äldreomsorgen.

2.4.5.1 Äldre undersökningen

"Vad tycker de äldre om äldreomsorgen" är en rikstäckande undersökning av äldres uppfattning om kvaliteten i hemtjänsten och på särskilda boenden som genomförs årligen av Socialstyrelsen. Enkäten mottages av alla som är 65 år och äldre, och som har hemtjänst eller som bor i ett särskilt boende. Under november månad presenterades resultatet för Socialstyrelsens äldreundersökning 2024.

Undersökningen mäter flera aspekter, däribland:

- Nöjdhet med hemtjänst och särskilda boenden
 - Hur nöjda de äldre är med de tjänster de får.
- Personalens bemötande och kompetens
 - Hur de äldre upplever personalens bemötande och kompetens.
- Trygghet och säkerhet
 - Hur trygga de äldre känner sig med den vård och omsorg de får.
- Måltider och aktiviteter
 - Hur nöjda de äldre är med måltider och aktiviteter som erbjuds.

Syftet med undersökningen är att ge brukarna en möjlighet att tycka till om sin vård och omsorg. Resultatet gör det möjligt för verksamheterna att skapa kvantitativa mått för att mäta, jämföra och utvärdera verksamheten utifrån ett brukarperspektiv. Jämförelserna kan göras med tidigare års resultat, eller med andra kommuner och riksgenomsnittet. Vidare kan resultatet ligga till

grund för utveckling och förbättring av vården och omsorgen.

2.4.5.1.1 Hemvård

Resultatet från årets undersökning visar att de äldre i Helsingborg är mindre nöjda med hemvården än genomsnittet i Riket. Nöjdheten inom förvaltningens hemvård har minskat med en procentenhet och flera områden ligger under det nationella genomsnittet. Däremot bedömer de äldre att Helsingborgs hemvård bättre än riksgenomsnittet när det gäller personalens språkkunskaper och kompetens.

Generellt sett är de äldre mer nöjda med omvårdnadspersonalen när de är hemma, där 82 procent är nöjda med utförandet av insatserna. Däremot är nöjdheten lägre vad gäller personalens förmåga att hålla avtalade tider och meddela om förändringar. Färre Helsingborgare (73 procent) anser att personalen har tillräckligt med tid för insatser, vilket tyder på att de äldre är mer nöjda med utförandet av insatserna än med planeringen.

2.4.5.1.2 Särskilt boende

Sammantagen nöjdhet ligger en procentenhet under riksgenomsnittet, med stor spridning mellan stadens vårdboenden, där flera ligger över genomsnittet. Resultaten visar att boendena generellt fått lägre betyg på områden som *förtroende för personalen, hänsyn till hyresgästernas önskemål, tidsåtgång till insatser och tillgänglighet till personal*. Däremot har förvaltningen fått bättre resultat vad gäller hyresgästernas upplevelse av personalens språk- och omvårdnadskompetens, trivseln i rummet, maten och aktiviteterna.

Resultaten tyder på att boendena är bra på grundläggande aspekter som boendemiljö, måltider och personalens kompetens, men de äldre ger något lägre betyg på de personcentrerade delarna av omvårdnaden.

2.4.5.2 Brukarundersökning inom funktionshinderområdet

Brukarundersökning inom funktionshinderområdet tillhandahålls av SKR och Rådet för främjande av kommunala analyser (RKA). Syftet med undersökningen är att få kunskap om hur brukarna inom verksamheter enligt LSS och verksamheter för personer med psykisk funktionsnedsättning enligt SoL upplever kvaliteten i verksamheterna. Resultaten ligger till grund för ett fortsatt förbättrings- och utvecklingsarbete. Måtten kan användas för jämförelser mellan kommuner, verksamheter och enheter samt mellan kommunala och privata aktörer, liksom över tid.

Resultaten analyseras av respektive enhet samt av ledningsgrupp på en övergripande nivå. Ansvarig för undersökningen är verksamhetschef för Funktionsstöd och resultatet presenteras för nämnden.

2.4.5.2.1 Boendestöd SoL

Denna sammanfattning beskriver resultaten från en brukarundersökning för boendestöd enligt SoL i Helsingborg. Undersökningen genomfördes med en svarsfrekvens på 70 procent (73 svar). Resultaten visar att 82 procent av brukarna känner att de får bestämma om viktiga saker, och 90 procent tycker att boendestödjarna bryr sig om dem. Vidare känner 77 procent sig trygga med sina boendestödjare, och 85 procent vet vem de ska prata med om något är dåligt med boendestödet. Dessa resultat indikerar en övergripande positiv upplevelse av boendestödet, men det finns fortfarande utrymme för förbättringar, särskilt när det gäller trygghet och kommunikation.

2.4.5.2.2 Daglig verksamhet LSS

Sammanfattningen för daglig verksamhet enligt LSS i Helsingborg visar en svarsfrekvens på 64 procent (296 svar). En majoritet av brukarna, 79 procent, upplever att de får bestämma om viktiga saker i sin dagliga verksamhet och 88 procent trivs med sin dagliga verksamhet. Dessutom känner

85 procent sig trygga med personalen och 87 procent vet vem de ska prata med om något är dåligt. Resultaten tyder på att brukarna generellt är nöjda med den dagliga verksamheten, men det finns områden som kan förbättras, såsom att öka känslan av trygghet och förbättra kommunikationen med personalen.

2.4.5.2.3 Gruppbostad LSS

Denna sammanfattning beskriver resultaten från en brukarundersökning för gruppbostäder enligt LSS i Helsingborg, med en svarsfrekvens på 69 procent (82 svar). Resultaten visar att 79 procent av brukarna får bestämma om viktiga saker hemma och 73 procent känner sig trygga med personalen hemma. Vidare vet 81 procent vem de ska prata med om något är dåligt hemma och 80 procent trivs hemma. Dessa resultat indikerar att brukarna överlag är nöjda med sina gruppbostäder, men det finns fortfarande utrymme för förbättringar, särskilt när det gäller trygghet och kommunikation med personalen.

2.4.5.2.4 Personlig assistans

Sammanfattningen för personlig assistans i Helsingborg visar en svarsfrekvens på 100 procent (12 svar). En majoritet av brukarna, 91 procent, upplever att de får den hjälp de vill ha av sina assistenter och 73 procent känner sig trygga med sina assistenter. Vidare vet 73 procent vem de ska prata med om det fungerar dåligt med assistenterna och 73 procent trivs med sina assistenter. Resultaten tyder på att brukarna generellt är nöjda med sin personliga assistans, men det finns områden som kan förbättras, såsom att öka känslan av trygghet och förbättra kommunikationen med assistenterna.

2.4.5.2.5 Servicebostad LSS

Denna sammanfattning beskriver resultaten från en brukarundersökning för servicebostäder enligt LSS i Helsingborg, med en svarsfrekvens på 73 procent (103 svar). Resultaten visar att 77 procent av brukarna får bestämma om viktiga saker hemma och 74 procent känner sig trygga med boendepersonalen. Vidare vet 78 procent vem de ska prata med om något är dåligt med stödet från boendepersonalen och 78 procent trivs med boendepersonalen. Dessa resultat indikerar att brukarna överlag är nöjda med sina servicebostäder, men det finns fortfarande utrymme för förbättringar, särskilt när det gäller trygghet och kommunikation med personalen.

2.4.5.3 Hemtjänstindex

Hemtjänstindex är ett mått som används för att utvärdera kvaliteten på hemtjänsten. Det baseras på olika indikatorer som mäter hur väl hemtjänsten uppfyller de äldres behov och förväntningar. Indikatorerna som mäts är bland annat aspekter kring personalens tillgänglighet, kvaliteten på den vård och omsorg som ges, samt hur nöjda de äldre är med tjänsterna.

Hemtjänstindexet består av flera indikatorer som mäter olika aspekter av hemtjänstens kvalitet. Några av de viktigaste indikatorerna som ingår är:

- Information: Tillgänglighet och kvalitet på information om hemtjänsten via kommunens webbplats, inklusive kontaktmöjligheter och information om biståndsprocessen.
- Biståndsprocess: Hur tydlig och transparent processen för att ansöka om och få bistånd är, samt hur lång tid det tar från ansökan till beslut.
- Utförande av hemtjänst: Kvaliteten på de tjänster som utförs, inklusive personalens kompetens och kontinuitet i vården.
- Stöd och utveckling: Hur kommunen stödjer och utvecklar hemtjänsten, inklusive utbildning och utvecklingsmöjligheter för personalen.

I rapporten för 2024 har vissa brister identifierats, såsom missad rapportering och oklarheter kring ifyllande av enkäterna. Trots dessa brister ligger övriga indikatorer på en liknande nivå som föregående år när hemtjänsten låg på 4:e plats i Sverige. Om de identifierade bristerna åtgärdas kan hemtjänstindexet förbättras avsevärt.

2.4.5.4 KKIK

Kommunens Kvalitet i Korthet (KKIK) ger en övergripande bild av kommunens kvalitet och effektivitet och jämför resultaten med andra kommuners prestationer. Undersökningen omfattar särskilt boende, hemtjänst och verksamheter för personer med funktionsnedsättning. Utifrån de framkomna resultaten görs analyser och, vid behov, åtgärder på en övergripande nivå.

Nedan följer ett urval av kvalitetsindikatorer från undersökningen inom särskilt boende, hemvård och gruppboende enligt LSS.

Nyckeltal	2020	2021	2022	2023	2024
Personalkontinuitet hemvård	12	11	10	9	11
Väntetid i antal dagar till SÄBO	51	35	51	70	31
Utredningstid till LSS-insats			64	75	54
Väntetid till LSS grupp- och serviceboende	708	330	249		152

2.4.5.4.1 LSS - Utredningstid

I Helsingborg är utredningstiden för LSS-insatser, mätt i antal dagar från ansökan till beslut, 54 dagar (median). Detta är en minskning med 21 dagar jämfört med föregående år. Medianen är ett lämpligt mått här, eftersom fördelningen av ärendena är snedvriden med både korta och långa utredningstider. Till skillnad från medelvärdet påverkas inte medianen av extremvärden. Det nationella medianvärdet är 33 dagar.

2.4.5.4.2 LSS – Grupp- och Serviceboende

Väntetiden från beslut till erbjudet inflyttningsdatum för grupp- och serviceboenden i Helsingborg är 152 dagar, vilket är en minskning med 97 dagar jämfört med 2022. Det nationella genomsnittet ligger på 112 dagar. Sedan 2020 har väntetiderna i Helsingborg minskat och den ökade tillgången på LSS-boenden de senaste åren har bidragit till denna förbättring.

2.4.5.4.3 Personalkontinuitet - Hemvård

Antalet personer som en hemtjänsttagare möter under 14 dagar i Helsingborg är 11, vilket är lägre än det nationella genomsnittet på 17 personer. Under de senaste tre åren har personalkontinuiteten ökat i hela Sverige och 2024 är första gången sedan 2019 som kontinuiteten har ökat i Helsingborg. Statistiken för Helsingborg baseras enbart på omsorgspersonal. Enligt KKIK ska även servicepersonal (som ansvarar för tvätt, städ och inköp) inkluderas i statistiken om dessa tjänster erbjuds till kunden. Endast trygghetslarm, matleverans och hemsjukvårdspersonal ska exkluderas.

2.4.5.4.4 Särskilt boende - Väntetid

Väntetiden för särskilt boende, mätt i antal dagar från ansökningsdatum till erbjudet inflyttningsdatum, är 31 dagar, vilket är en förbättring med 39 dagar jämfört med föregående år. Denna minskning beror delvis på nybyggda boenden.

2.4.5.5 Enhetsundersökning

Enhetsundersökningen om äldreomsorg och kommunal hälso- och sjukvård är en återkommande undersökning som genomförs av Socialstyrelsen. Syftet med undersökningen är att ge en översiktlig bild av kvalitén på den vård och omsorg som brukarna får inom hemtjänst och särskilda boenden. Undersökningen samlar in data från olika verksamheter och jämför dessa på enhets-, kommun-, läns- och riksnivå. Resultaten används för att analysera, följa upp och utveckla verksamheterna, med målet att förbättra kvaliteten på vården och omsorgen.

Några av de viktigaste indikatorerna som mäts inkluderar:

- Andelen hemtjänsttagare som erbjudits fast omsorgskontakt.
- Andelen omsorgspersonal som är undersköterskor.
- Antal personer per omsorgspersonal.
- Rutiner för läkemedelsgenomgångar.
- Tillgänglighet och förutsättningar för utevistelse i särskilda boende

2.4.5.5.1 Hemvård

Sammanställningarna från hemvårdsenheter visar att alla enheter har en hög andel personer med aktuella genomförandeplaner och fasta omsorgskontakter. Det finns variationer i omsorgspersonalens utbildning och tillgång till personal mellan enheterna. Vissa enheter bemannas uteslutande av undersköterskor, medan andra har lägre andelar, särskilt under helger. Antalet hemtjänsttagare per personal varierar också. Sammanfattningsvis är vården individanpassad och säker, men det finns områden för förbättring, särskilt inom personalutbildning och bemanning.

2.4.5.5.2 Särskilt boende

Sammanställningarna visar att boendena i Helsingborg generellt håller en hög standard när det gäller individanpassning, säkerhet och delaktighet. Det finns dock variationer i tillgången till aktiviteter, träning och utemiljöer vilket kan påverka de boendes livskvalitet. Fortsatt fokus på att förbättra dessa områden kan bidra till en ännu högre kvalitet på äldreomsorgen i Helsingborg.

2.4.5.5.3 Hemservice

Hemservice i Helsingborg erbjuder endast service i form av hjälp och stöd med städning, tvätt och inköp. Verksamheten har därför inga anställda undersköterskor eller fasta omsorgskontakter. Alla personer har en aktuell genomförandeplan, men dokumentation om delaktighet redovisas inte. Vissa rutiner finns, men det saknas riktlinjer för situationer som misstanke om våld eller missbruk. Samarbete med anhöriga och möten med sjukvårdspersonal är inte aktuella.

2.4.5.5.4 LOV-utförare Hemvård Attendo

Sammanställningarna från de fyra Attendo-enheterna i Helsingborg visar att alla enheter har en hög andel personer med aktuella genomförandeplaner och fasta omsorgskontakter. Det finns variationer i omsorgspersonalens utbildning och tillgång till personal mellan enheterna. Rutiner för personalens agerande och samarbete med anhöriga varierar också. Sammanfattningsvis är vården individanpassad och säker, men det finns områden för förbättring, särskilt inom personalutbildning och bemanning.

2.4.5.5 LOV-utförare Hemservice

Sammanfattningsvis finns det styrkor i planering och dokumentation, men det finns behov av förbättringar i kontinuitet och personalutbildning för att säkerställa en hög kvalitet på hemservice i Helsingborg.

2.4.6 Välkomstsamtal

Vid välkomstsamtal träffar den enskilde, och anhöriga (om den enskilde önskar det), boendets olika professioner för att skapa relationer och utbyta information. Vid inflyttning till särskilt boende, vid ankomst till dygnsavlösning eller dagverksamhet finns en checklista att följa för ett strukturerat arbetssätt. Välkomstsamtalet ska vara utfört inom 14 dagar vid inflyttning till vårdboende.

2.4.7 Genomförandeplan

Genomförandeplanen är den enskildes dokument som beskriver hur hen vill och önskar få sina insatser utförda. Genomförandeplanen ska beskriva hur personalen ska utföra insatserna, när det ska göras, hur det ska göras och av vem. Den enskilde ska erbjudas och ska ges möjlighet att vara delaktig vid upprättandet och uppföljningen av sin genomförandeplan för att ge förutsättningarna för att skapa en så god och individuell omsorg som möjligt. Utifrån dokumentation i genomförandeplanen görs vidare uppföljning av brukarens målsättning med insatserna. I planen ska det tydligt framgå på vilket sätt (hur) brukaren har utövat sitt inflytande för att säkerställa delaktigheten.

2.4.8 Personberättelse

Personberättelse skapas tillsammans med brukaren/patienten och eventuellt dennes anhöriga för att ge rätt förutsättningar att skapa en så god och individuell omsorg som möjligt vid kognitiv sjukdom. Inom funktionsstöd har vissa enheter i samband med Stjärnmärkt-utbildningen börjat arbeta med personberättelser och tidiga tecken inom demensvård för att bättre kunna anpassa vården efter brukarens behov.

Syftet med personberättelsen är att skapa en bättre bild av människan bakom sjukdomen. Genom att känna till innehållet i personberättelsen kan personal ge bättre stöd och tröst när minnet sviker och vardagen inte längre fungerar.

2.4.9 Anhörigträffar

Anhöriga bjuds in till dialog och information gällande verksamheten ett par gånger per år.

2.4.10 Boenderåd

Äldreomsorgen har boenderåd kontinuerligt på särskilt boenden för att skapa delaktighet för brukarna/patienterna.

2.4.11 Brukarråd inom funktionshinder

Boendemöten genomförs regelbundet på flera enheter. Struktur och innehåll varierar.

2.4.12 Samtycke

Informationsöverföring mellan olika vård- och omsorgsgivare sker efter inhämtat samtycke från brukaren/patienten och dokumenteras i journalen. Brukaren/patienten har rätt att ta tillbaka sitt samtycke.

3 Agera för säker vård och omsorg

3.1 Förebyggande arbete

3.1.1 Senior alert

Senior alert är ett nationellt kvalitetsregister och ett verktyg för att stödja vårdprevention, prevention för äldre personer som riskerar att falla, få trycksår, risk för undernäring, utveckla ohälsa i munnen och/eller har problem med blåsdysfunktion. Riskbedömningar ska göras minst var sjätte månad. I de fall det finns en eller flera risker ska åtgärder sättas in för att förebygga så att riskerna elimineras eller minimeras. Åtgärderna ska sedan följas upp för att utvärdera resultatet av dessa. Med hjälp av Senior alert kommer den äldres perspektiv och teamets roll i fokus. Målet är att öka både antal riskbedömningar samt fullföljda processer i Senior alert i samtliga verksamheter som berörs. Under 2024 har samtliga särskilda boenden registrerat i Senior alert.

Under 2024 har 2 394 riskbedömningar utförts, fördelat på 1 518 brukare. 2 147 av riskbedömningarna har identifierat minst en risk. Av resultatet 2024 framgår det av nedanstående tabell att bakomliggande orsaker vid risk har identifierats på drygt 84 procent av bedömningarna. 89 procent av riskbedömningarna har en åtgärdsplan vid risk. Av antal uppföljningar för riskbedömningar med risk har 70 procent utförts med minst en angiven åtgärd inom 6 månader från åtgärdsplaneringen.

	2022	2023	2024
Antal unika personer	1169	1332	1518
Riskbedömning med risk	88 procent	88 procent	90 procent
Bakomliggande orsaker vid risk	90 procent	86 procent	84 procent
Åtgärdsplan vid risk	94 procent	93 procent	89 procent
Utförda åtgärder vid risk	68 procent	70 procent	70 procent

Sammanfattningsvis är fler antal riskbedömningar utförda under 2024 jämfört med tidigare år. Detta kan delvis tillskrivas öppnandet av ett nytt särskilt boende samt att den privata utföraren Attendo registrerat flera unika personer under 2024 jämfört med 2023. Antal fullföljda processer har varit oförändrat under 2024 jämfört med 2023.

3.1.2 Beteendemässiga och psykiska symptom vid demens (BPSD)

BPSD-registret är ett nationellt kvalitetsregister där personer med kognitiva sjukdomar registreras i syfte att minska och förebygga beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom och därigenom minska lidandet och öka livskvaliteten för personen med kognitiv sjukdom.

Enligt nationella riktlinjer bör alla med en diagnos på kognitiv sjukdom registreras i BPSD-registret minst en gång per år. Arbetet med BPSD-registret ska bidra till en mer personcentrerad vård samt ökad livskvalitet för individen. Under 2024 gjordes totalt 969 BPSD registreringar på 593 unika personer inom särskilt boende. Inom hemvård genomfördes 30 registreringar på 20 unika individer. Under 2024 har ett fåtal enheter i hemvården registrerat i BPSD och de senaste åren har hemvård mer och mer gått ifrån arbetet i BPSD-registret. I slutet av 2024 togs beslut att återuppta/implementera BPSD-registrets arbetssätt i alla hemvårdsgrupper. Arbete med utbildning och implementering påbörjas i januari 2025.

3.1.2.1 Antal registreringar särskilt boende BPSD

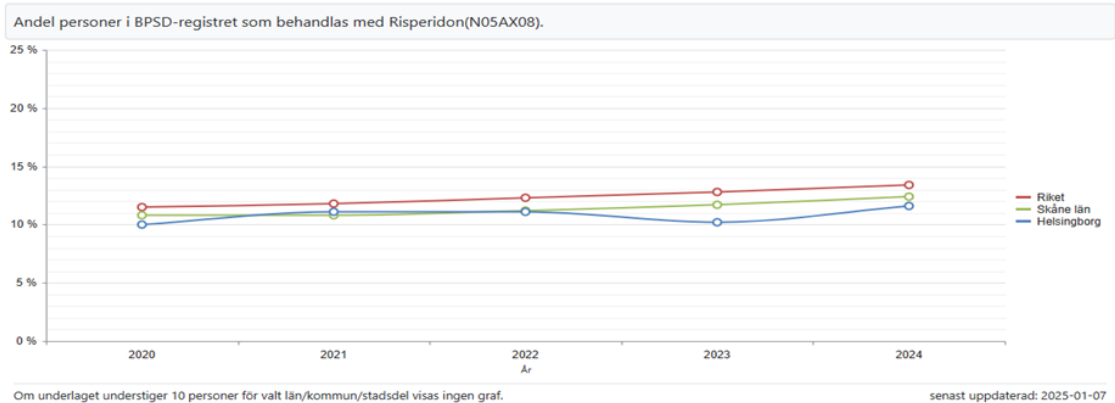
Registreringar	2022	2023	2024
Antal totala registre- ringar	633	911	969
Antal unika personer	388	553	593

3.1.2.2 Antal registreringar i hemvård BPSD

Registreringar	2022	2023	2024
Antal totala registre- ringar	37	29	30
Antal unika personer	26	19	20

3.1.2.3 Behandling med läkemedlet Rådsperson

Socialstyrelsen har beslutat att målvärdet för användning av neuroleptika vid BPSD-symtom, så som Risperidon, ska vara lägre än 10 procent. I statistiken för Risperidon-användning kan det utläsas att förvaltningens verksamheter inte når det målvärdet och att användandet av läkemedlet ökat något över de senaste åren i likhet med de nationella siffrorna.



År	2020	2021	2022	2023	2024
Riket	11.5 % 3899 av 33898	11.8 % 3859 av 32591	12.3 % 4127 av 33448	12.8 % 4616 av 36068	13.4 % 5300 av 39682
Skåne län	10.8 % 560 av 5205	10.8 % 558 av 5172	11.2 % 605 av 5405	11.7 % 694 av 5925	12.4 % 821 av 6605
Helsingborg	10.0 % 47 av 469	11.1 % 55 av 494	11.1 % 59 av 530	10.2 % 64 av 628	11.6 % 79 av 683

3.1.2.4 Smärta och smärtskattning

Ur BPSD-registrets statistik framkommer att strax under 20 procent av de personer som har registrerats inte är smärtfria. Smärta kan vara svårbedömt hos de som har kognitiv sjukdom och det rekommenderas att Smärtskattningsskala används. Ur statistiken framkommer dock att endast 32 procent av smärtbedömningarna har använt en validerad smärtskattningsskala.

3.1.3 Svenskt register för kognitiva sjukdomar/demenssjukdomar (SveDem)

SveDem är ett nationellt kvalitetsregister där personer med fastställd kognitiv sjukdom/demenssjukdom registreras. Målet med registret är att uppnå en likvärdig, optimerad vård av personer med kognitiv sjukdom.

Registret ska ses som ett redskap i att förbättra kvalitén av vården och omsorgen för personer med kognitiv sjukdom på lokal och nationell nivå. Genom att registrera i kvalitetsregistret kan enheter följa sina kvalitetsindikatorer över tid, arbeta strukturerat kring dokumentation och bedömningar samt över tid se i vilken grad kvalitetsindikatorer och den personcentrerade vården och omsorgen förbättras och mål uppnås. I Helsingborgs stad registrerar endast Stjärnmärkta vårdboenden i SveDem.

Antal registreringar i SveDem i särskilt boende:

	2022	2023	2024
Antal registreringar	79	305	251

3.1.4 Palliativa registret

Palliativa registret (Svenska Palliativregistret) är ett kvalitetsregister som erbjuder en möjlighet att följa upp Socialstyrelsens kvalitetsindikatorer för palliativ vård och få en bild av patientens sista tid i livet. Målet med kvalitetsregistret är att alla som avlider, enligt det som betraktas av sjukvården som väntad död, ska kunna känna trygghet.

Syftet är även att den palliativa vården ska förbättras. Registreringarna i palliativa registret visar på att de patienter som avlidit och som haft ett förväntat dödsfall i stor utsträckning haft mänsklig närvaro då de avled. Majoriteten har haft ordinationer på palliativ symtomlindring i form av läkemedel och nästan alla registrerade dödsfall har haft en vårdplan för vård i livets slutskede.

3.1.4.1 Spindeldiagram palliativa register, 2024-01-01 - 2024-12-31



Utifrån underlaget som finns i registret, kan en utläsa att där finns förbättringsområden avseende dokumentationen av munhalsobedömning, dokumentation av brytpunktsamtal, avsaknad av vårdplan och smärtskattning sista levnadsveckan.

Brister i munhalsobedömning kan bero på bristande samverkan mellan yrkeskategorier samt eventuella brister vid registrering i palliativa register.

Genom utbildningar och genomgång av registret ska personalens kunskaper om, och användningen av, registret öka. Vidare krävs analyser av resultatet på enhetsnivå för att följa upp resultat och planera adekvata åtgärder.

Hur smärtskattning sker sista levnadsveckan är ett identifierat förbättringsområde. Statistiken från nationell vårdplan för palliativ vård (NVP) visar att palliativa patienter fått smärtlindring vilket innebär att patientens smärta bedömts dock inte på det strukturerade sätt med skattningsskalor som önskas. I de fallen NVP pågått mycket kort tid hinner inte en smärtskattning göras.

Brytpunktssamtal sker i samverkan med patientansvarig läkare (PAL). En del patienter som ej fått brytpunktssamtal är de som avlidit hastigt eller så har patienten fått brytpunktssamtal inom slutenvården och skickats hem därefter.

År	Antal registrerade patienter	Dokumenterat brytpunktsamtal	Ord. opioid	Ord. ångestdämpande
2024	351	73,5 procent	91,7 procent	91,2 procent
2023	374	84,8 procent	92 procent	91,4 procent
2022	372	83,6 procent	91,7 procent	90,6 procent

	Smärtskattad sista levnadsveckan	Munhalsobed. sista levnadsveckan	Utan trycksår	Mänsklig närvaro vid dödsfallet
År 2024	83,2 procent	65 procent	87,5 procent	89,5 procent
År 2023	84,2 procent	69,5 procent	87,4 procent	89,8 procent
År 2022	79,3 procent	64 procent	84,7 procent	89,2 procent

Under hösten 2024 har alla sjuksköterskor vid åtta tillfällen fått utbildning från ASIH i konstaterande av dödsfall och en ny riktlinje för dödsfall i ordinärt och särskilt boende har tagits fram. Från och med januari 2025 kommer sjuksköterskor att kunna konstatera dödsfall på patienten med NVP på delegation från PAL.

3.2 Ökad kunskap om inträffade vårdskador och missförhållande

Av patientsäkerhetsberättelsen ska det enligt 7 kap. 2§ SOSFS 2011:9 framgå hur många händelser som har utretts enligt 3 kap. 3 § patientsäkerhetslagen under föregående kalenderår och hur många vårdskador som har bedömts som allvarliga.

Vårdgivaren ska enligt 3 kap. 3§ patientsäkerhetslagen utreda händelser i verksamheten som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada. Syftet med utredningen ska vara att

1. så långt som möjligt klarlägga händelseförloppet och vilka faktorer som har påverkad, samt

2. ge underlag för beslut om åtgärder som ska ha till ändamål att hindra att liknande händelser inträffar på nytt, eller att begränsa effekterna av sådana händelser om de inte helt går att förhindra.

Motsvarande utredningsskyldighet har den som bedriver verksamhet som avses i 7 kap. 7 § för händelser i verksamheten som har medfört eller hade kunnat medföra en sådan allvarlig skada som avses i 6 §.

Med en händelse som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada avses enligt 3 kap. 1§ HSLF-FS 2017:40):

- en eller flera vidtagna åtgärder,
- underlåtenhet att vidta en eller flera åtgärder,
- brister i samspelet mellan människa,
- teknik och organisation,
- brister som kan relateras till latenta tillstånd i verksamheten, eller
- tillfälliga omständigheter som sammanfaller och påverkar patientsäkerheten negativt.

Vid en utredning av en händelse kan ett sätt att dra lärdom av den vara att utöver negativa aspekter även fokusera på positiva aspekter, till exempel åtgärder som förhindrade eller begränsade effekterna av en vårdskada. Genomförda utredningar av händelser bör sammanställas och analyseras på en aggregerad nivå i syfte att dra lärdom av dem och förebygga att patienter drabbas av vårdskador.

3.2.1 SoL/LSS-avvikelser

Utifrån förvaltningens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete ska avvikelser enligt SoL/LSS (5 kap. 3§ SOSFS 2011:9) utredas av enhetschef på den enhet avvikelserna berör. Utredningen ska utvisa vad som inträffat, vilka brister som identifierats, samt vilka åtgärder som vidtagits eller planeras för att säkerställa att något liknande inte återupprepas. Åtgärderna följs upp av enhetschef.

Tabellen visar avdelningarnas avvikelser för 2024, såsom deras status såg ut 2025-01-21:

Status	Funktionsstöd	Myndighet	Äldreomsorg	Total
Avvikelse avslutad	615	23	502	1140
Beslut inte inleda utredning	134	39	150	323
Inkommen	49	1	52	102
Mottagen	66	5	25	96
Utredning avslutad	31		18	49
Utredning pågår	51	8	51	110
Totalsumma	946	76	798	1820

Ovanstående tabell visar att en majoritet av de avvikelser som inkommit under 2024 har hante-rats till den punkt att de är avslutade. Detta innebär även att de åtgärder som registrerats i sam-band med avvikelseutredningen har slutförts och följts upp. I 18 procent av fallen har chef beslutat att ej inleda utredning, och 11 procent av avvikelserna har inte utretts ännu då de fortfarande har status "Inkommen" eller "Mottagen". 9 procent av avvikelserna är antingen under utredning eller har pågående åtgärder eller åtgärdsuppföljningar.

Av de rapporter om avvikelser som cheferna har tagit emot, och inlett en utredning på, har avdelningarna nedanstående genomsnittlig mottagningstid:

Status	Funktionsstöd	Myndighet	Äldreomsorg	Totalsumma
Genomsnittlig mottagningstid	26,2	5,3	15,6	20,7

Enligt nämndens process för avvikelshantering SoL/LSS ska enhetschef "direkt" ta emot och bedöma en avvikelser allvarlighetsgrad när den kommer till enhetschefens kännedom. Avvikelsen ska därefter utredas "skyndsamt" och utredningen ska vara slutförd inom sex veckor från den dag avvikelsen inkommit.

Av de rapporter som inkommit under året, vars utredningar slutförts, har följande statistikkategorier använts av enhetscheferna för att beskriva den utredda avvikelsen. I tabellen finns ett bortfall å 110 utredningar som givits kategorin "Inget missförhållande - [...]"¹:

Statistikkategori	Antal
Annat	395
Utebliven insats - Övrigt	198
Felaktigt utförd insats	69
Brister i fysisk miljö och teknik	48
Brister i genomförandeplan	45
Insats försenad	27
Våld/hot mellan brukare	14
Brister i rättssäkerhet vid handläggning - Övrigt	10
Utebliven insats - Larm	9
Utebliven insats - Tillsyn	8
Brister i rättssäkerhet vid genomförande - Övrigt	6
Ekonomiska övergrepp	3
Fysiska övergrepp	1
Brister i bemötande	0
Brister i rättssäkerhet vid genomförande - Sekretess	0
Brister i rättssäkerhet vid genomförande - Skyddsåtgärder/tvångsåtgärd	0
Brister i rättssäkerhet vid handläggning - Sekretess	0
Psykiska övergrepp	0
Sexuella övergrepp	0

Av ovanstående tabell framgår att kategorierna "Annat", "Utebliven insats - övrigt" och "Felaktigt utförd insats" är de vanligast förekommande kategorierna som enhetscheferna har kategoriserat

¹ "Inget missförhållande - [...]" är en statistikkategori som är avsedd att användas i lex Sarah-utredningar, när SAS/Kvalitetssamordnare inte kan konstatera att något missförhållande har inträffat. Att konstatera "Inget missförhållande" i en avvikelse-utredning är inte relevant, men till följd av verksamhetssystemets utformning kan enhetschefer också välja denna statistikkategori när de ska registrera statistik i sin avvikelse-utredning. Därav har dessa filterats bort från tabellen ovan.

avvikelserna som. Kategorierna är i huvudsak hämtade från Socialstyrelsens handbok för lex Sarah och deras kategorisering av olika typer av missförhållanden. Vad som ligger bakom att en majoritet av avvikelserna kategoriserats som Annat/Övrigt går inte att utläsa i detta forum. Möjliga förklaringar skulle kunna bero på en rad faktorer; till exempel att befintliga kategorier inte upplevs som ändamålsenliga, för snäva eller ospecificerade, eller att cheferna inte har kunskap om vad som menas med de olika kategorierna.

3.2.2 HSL-avvikelser

Vårdpersonal ansvarar för att identifiera, dokumentera och rapportera avvikande händelser inom hälso- och sjukvården. Mottagare av dessa rapporterade händelser är respektive enhetschef eller legitimerad personal som beslutar om fortsatt handläggning. Om händelsen avser en risk för allvarlig vårdskada eller allvarlig vårdskada informeras MAS eller MAR som utreder avvikelserna vidare.

I slutet av 2024 fanns 2 162 stycken icke avslutade avvikelser vilket är en ökning på 51 procent jämfört med icke avslutade avvikelser 2023 som låg på 1 051 avvikelser. Totalt sett har det under 2024 rapporterats in cirka 15 procent fler avvikelser jämfört med föregående år.

I nedanstående tabell presenteras statistik utifrån kategorisering av avvikelser inom hälso- och sjukvården för år 2022, 2023 och 2024:

Avvikelser	2022	2023	2024
Fall	5489	5702	6296
Vård & Behandling	335	474	662
Läkemedel	1893	2221	2900
Medicintekniska produkter	52	71	149
Självmod, försök till självmod	8	4	4
Externa inkommande avvikelser	Uppgift saknas	45	31
Externa utgående	51	62	75
Total	7828	8579	10 117

Tabellen visar att det har skett en ökning på ca 10 procent av registrerade fallavvikelser. Även antalet läkemedelsavvikelser och avvikelser gällande vård och behandling har ökat med 23 respektive 28 procent. I början av 2024 återkommunaliserades två särskilda boenden och ett nytt särskilt boende öppnades. Sammanlagt har en ökning skett med ca 250 patienter. Detta kan vara en rimlig förklaring till det ökade antalet av olika typer av inrapporterade avvikelser. Vad gäller ökade antalet av avvikelser gällande vård och behandling har granskning visat att det rapporteras händelser som egentligen skulle rapporteras som en annan avvikelse SoL/LSS såsom brister i omvårdnaden, icke fungerande larm etc.

Vid granskning av avvikelser gällande medicintekniska produkter har det uppmärksamats att fler än 100 avvikelser har rapporterats in felaktigt. De felrapporterade avvikelserna skulle rapporterats som SoL/LSS-avvikelse då de handlar om icke aktiverade rörelselarm, icke låsta medicinskåp samt handhavande fel gällande användning av hjälpmedel. Alla berörda enhetschefer har fått information om upptäckta brister om felaktigheter vid inrapporteringen av avvikelser gällande medicintekniska produkter.

3.2.3 Lex Sarah

Inrappporterade missförhållanden enligt lex Sarah utreds av SAS/Kvalitetssamordnare på Kvalitetsavdelningen. Utredningen ska utvisa vad som inträffat, vilka brister som identifierats, samt vilka åtgärder som vidtagits eller planeras för att säkerställa att något liknande inte återupprepas. Åtgärder som vidtas av enhetschef följs upp av verksamhetschef.

I tabellen nedan redovisas antalet utredningar enligt lex Sarah som påbörjats under 2024, och dess klassificeringar:

Klassificering	Funktionsstöd	Myndighet	Äldreomsorg	Totalt
Allvarligt missförhållande	2	3	3	8
Påtaglig risk för allvarligt missförhållande	0	0	2	2
Missförhållande	9	2	17	28
Påtaglig risk för missförhållande	11	2	9	22
Annan avvikelse	20	5	38	63
Ej missförhållande	14	1	27	42
Ingen avvikelse	0	0	1	1
Pågående utredning	40	6	39	85
Summa	95	19	136	250

Under 2024 har 250 utredningar enligt lex Sarah inletts på förvaltningen. Nio av dessa har anmälts till IVO då de utgjort ett allvarligt missförhållande, eller en påtaglig risk för allvarligt missförhållande. Av dem har fyra handlat om ej utförda eller felaktigt utförda insatser, eller bristande bemötande, tre om sekretess och två stölder.

Av samtliga rapporter som bedömts som någon form av missförhållande inom förvaltningen, har rapporterna kategoriserats på följande vis. En utredning kan ha genererat flera statistik kategorier:

Statistikkategori	Antal
Annat/övrigt	8
Brister i bemötande	11
Brister i fysisk miljö och teknik	2
Brister i genomförandeplan	6
Brister i rättssäkerhet vid genomförande - Sekretess	0
Brister i rättssäkerhet vid genomförande - Skyddsåtgärder/tvångsåtgärd	4
Brister i rättssäkerhet vid genomförande - Övrigt	5
Brister i rättssäkerhet vid handläggning - Övrigt	3
Brister i rättssäkerhet vid handläggning - Sekretess	4

Statistikkategori	Antal
Ekonomiska övergrepp	4
Felaktigt utförd insats	10
Fysiska övergrepp	0
Psykiska övergrepp	0
Sexuella övergrepp	4
Utebliven insats - Larm	1
Utebliven insats - Tillsyn	1
Utebliven insats - Övrigt	7
Våld/hot mellan brukare	6

Av ovanstående tabell framkommer att felaktig och uteblivna insatser samt bristande bemötande är de två mest förekommande typer av missförhållanden som har utretts under 2024. Dessa stämmer i huvudsak överens med de statistikkategorier som enhetschefer tilldelat sina utredningar om Annan avvikelse (SoL/LSS).

85 av 250 utredningar (34 procent) är fortfarande pågående och saknar i skrivande stund (2024-01-20) klassificering. Vidare har 106 av 250 utredningar (42 procent) klassificerats som Annan avvikelse, ej missförhållande, eller ingen avvikelse, vilket kan anses som en relativt hög andel. Jämsides antalet utredningar från 2024 som fortfarande är pågående kan en antyda att förvaltningen i stort har en stor benägenhet att rapportera misstänkta missförhållanden enligt lex Sarah, vilket lett till en ökad belastning på Kvalitetsavdelningen som utreder dem, samt en fördröjd hantering. Den fördröjda hanteringen i sig kan innebära en risk, då potentiellt allvarliga missförhållanden inte uppmärksammas och anmäls snarast enligt 14 kap. 7§ SoL / 24 f§ LSS (6 kap. 1§ SOSFS 2011:5), eller att övriga missförhållanden, eller risker för sådana inte utreds och åtgärdas.

Det har varit en jämn nivå av antal rapporter under åren 2022-2024 och även antal utredningar som har inletts. En del av de rapporter som inkommit har inte bedömts omfattas av utredningsskyldigheten enligt lex Sarah och därmed har beslut fattats att inte inleda utredning av dessa rapporter. Under 2024 har Kvalitetsavdelningen utvecklat en process för förhandsbedömningar vilket lett till att rapporter som inte bedöms omfattas av utredningsskyldigheten enligt lex Sarah i större utsträckning utreds som Annan avvikelse av enhetschefer.

Det är rimligt att utredningar av rapporter som har rapporterats in i slutet av året inte har hunnit slutföras vid tidpunkten för när statistiken hämtades. Dock är 28 procent av pågående utredningar försenade eller mycket försenade (äldre än två månader). En bidragande faktor till förseningen har varit en personalsättning och underbemanning bland lex Sarah-utredarna på Kvalitetsavdelningen. Det arbetsledande uppdraget har även skiftat mellan flera chefer utifrån att ordinarie chef har varit frånvarande. En ny kvalitetschef startade sin tjänst i augusti 2024. Avdelningen har rekryterat både tillfällig personal och tillsvidareanställda som har börjat under året. Kvarvarande utredartjänst ansvarade under en tid för hanteringen av en stor mängd lex Sarah-utredningar samtidigt som det fanns behov av att introducera nya medarbetare. Det har försvårat möjligheten att ha överblick och hinna utreda med skyndsamhet.

3.2.3.1 Privat utförare, Attendo

Hos den privata utföraren Attendo, tar verksamhetschef emot inrapporterade avvikelser. Vid avvikelser av allvarligare karaktär, som krävt vidare utredning, har verksamhetschef omgående rapporterat detta till kvalitetsutvecklare/MAS/MAR och regionchef som tagit ställning i ärendet. Därefter har extern utredare utsetts vid behov, som utrett händelsen.

Under 2024 har den privata utföraren Attendo inte anmält några allvarliga missförhållanden, eller påtagliga risker för sådana. Utföraren har under året haft en ökad incidentrapportering, från 433 stycken rapporter under 2023, till 1 314 stycken under 2024. Incidenterna, som innefattar rapporter från såväl SoL, LSS och HSL, har kategoriserats på följande vis:

Kategori	Öst	Syd	Nordväst	Totalt
Fall	51	95	92	238
Hot och våld	8	9	1	18
Information	22	27	57	106
Kost & mathante- ring	10	0	2	12
Larm	7	5	28	40
Läkemedel	114	67	99	280
Medicintekn. pro- dukter	12	8	37	57
Omvård	120	52	102	274
Synpunkter/kla- gomål	42	14	13	69
Trycksår	0	2	0	2
Utmanande bete- ende	1	3	3	7
Övrigt	85	49	77	211

Även hos den privata utföraren kan en utläsa en höjd rapporteringsbenägenhet från föregående år. Då den privata utförarens avvikelser avser samtliga lagrum (SoL/LSS och HSL), och använder andra statistik kategorier än nämnden, går det inte göra några direkta jämförelser mellan verksamheternas respektive avvikelser.

3.2.4 Lex Maria

Under 2024 har sex händelser anmälts till IVO enligt lex Maria. Händelserna handlade övervägande om fall, brister i omhändertagande av patienten efter fall samt en händelse som handlade om brister i läkemedelshantering. Orsakerna till händelserna har identifierats som avsaknad av kliniska bedömningar, kunskap i fallpreventivt arbete och omhändertagande av patienten efter fall, bristande dokumentation samt avsaknad av samverkan mellan olika professioner. Utifrån identifierade brister har adekvata åtgärder planerats och vidtagits. Bland annat har en ny riktlinje för omhändertagande av patienten efter fall upprättats och implementerats.

Den privata utföraren Attendo har inte gjort någon anmälan enligt lex Maria under 2024.

3.3 Tillförlitliga och säkra system och processer

Egenkontroller är en del av systematisk uppföljning av verksamhetens resultat samt kontroll att den bedrivs utifrån de processer och rutiner som ingår i verksamhetens ledningssystem. Egenkontroller ska göras med den frekvens och i den omfattning som krävs för att den som bedriver verksamhet ska kunna säkra verksamhetens kvalitet.

3.3.1 Kvalitetsledningssystem

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete ska hjälpa verksamheten att göra uppföljningar på övergripande nivå, samt för verksamhetschefer att kunna följa upp arbetet i respektive verksamhet och för enhetschefer att kunna planera och genomföra kvalitetsarbetet under året.

Nedanstående bild visar grunden i uppbyggnaden av ledningssystemet samt det systematiska förbättringsarbetet. De inre pilarna visar på fasernas tidsordning och att kvalitetsarbetet alltid pågår. De långa pilarna visar på att underlag till att utveckla och förbättra verksamhetens processer och rutiner kan komma fram direkt under varje fas (planering, genomförande och utvärdering). Eftersom kvaliteten ständigt ska utvecklas och säkras blir ett ledningssystem aldrig färdigt.



3.3.2 Följsamhet till basala hygienrutiner

Syftet med basala hygienrutiner är att förhindra smittöverföring inom vård och omsorg och är den mest grundläggande åtgärden för att förebygga smittspridning och vårdrelaterade infektioner. Rutiner för basal hygien finns reglerat i Socialstyrelsens föreskrift Basal hygien i vård och omsorg (SOSFS 2015:10). För att lägga grund för följsamhet till basala hygienrutiner har förvaltningen skapat ett hygienkontrakt som ska vara påskrivet av samtliga medarbetare. Utbildning i basala hygienrutiner och vårdhygien ska utföras vid nyanställning och är därefter obligatoriskt för medarbetare att utföra årligen.

Under året har även vårdhygienisk egenkontroll (VEK) implementerats, vilket är ett verktyg för strukturerad genomgång av verksamheten och ett stöd till systematiskt vårdhygieniskt förbättringsarbete. Inom avdelning Äldreomsorg har 19 enheter inom särskilt boende, 8 enheter inom hemvård/hemsjukvård och 27 enheter inom avdelning Funktionsstöd utfört VEK. Verksamheterna har efter utförd egenkontroll upprättat handlingsplaner utifrån de utvecklingsområden som identifierats.

Hygienombud finns sedan tidigare etablerat inom avdelning Äldreomsorg. Inom avdelning Funktionsstöd finns hygienombud på de enheter som har brukare/patienter med omfattande omvårdnadsbehov. Dessa har tillsatts under året för att stärka avdelning Funktionsstöds arbete med hygienrutiner.

Punktprevalensmätning avseende följsamhet till basala hygienrutiner gjordes 2023, men har ej genomförts övergripande under 2024. Detta planeras att återinföras under 2025.

3.3.2.1 Privat utförare, Attendo

Utbildning i basal hygien ingår i introduktionen vid nyanställning. Basala hygienrutiner har tillämpats vid all direktkontakt med patienter. För att säkerställa att det följs har verksamhetschef och hygienombud utfört regelbundna kontroller genom bland annat hygienrond kvartalsvis. Planeringsledare säkerställer dagligen användning av skyddskläder, arbetskläder och handskar, men även hår, smycken och naglar. Ovan processer har gett god följsamhet hos medarbetarna och arbetssättet planeras att fortgå framåt. Under 2025 planeras planeringsledare och/eller HSL personal att följa med omvårdnadspersonal ut till kunder för ytterligare praktisk handledning.

3.3.3 Läkemedelshantering

3.3.3.1 Läkemedelsgranskning av basförråd

I samtliga kommuner i Skåne finns ett eller flera läkemedelsförråd. Dessa innehåller de viktigaste och vanligaste läkemedlen som patienten kan behöva i akuta situationer. Regionen svarar för kostnaderna för läkemedel som rekvireras till läkemedelsförråden. Syftet med läkemedel från KBF är att:

1. Ha en buffertfunktion för akuta dosändringar och ny insättning av läkemedel
2. Undvika akuta dispensereringar av dosexpedierade läkemedel
3. Att läkemedel finns tillgängliga så att patientens tillstånd snabbt kan förbättras vid akuta tillstånd och om möjligt undvika akutinläggningar
4. Att läkemedel för palliativ vård alltid finns tillgängligt för patienten i samband med palliativ vård inom primärvården och
5. Att sjuksköterska har tillgång till de läkemedel som är ordinerade enligt generella direktiv om läkemedelsbehandling för vuxna i hemsjukvården.

Kvalitetsgranskning av basförråd 2024 har påvisat omfattande brister i förvaring av läkemedel, kontrollräkning av narkotika, dokumentation av tillförsel och uttag av läkemedel samt narkotika saldo. Enheter har fått upprätta handlingsplan utifrån identifierade brister. Uppföljande granskning har gjorts under hösten och resultatet av denna har påvisat markant förbättring på alla identifierade brister. Granskning av basläkemedelsförråd utförs en gång om året.

3.3.3.2 Extern kvalitetsgranskning av läkemedelshanteringen

Extern kvalitetsgranskning av läkemedelshanteringen har utförts i verksamheter inom särskilt boende och LSS gruppboendestäder. Sammanlagt har 26 enheter haft läkemedelsgranskning under 2024. I samband med granskningen har en brist på lokala läkemedelsrutiner identifierats. Mallen för lokal rutin för läkemedelshantering kommer därför att revideras och varje enhet kommer skapa lokala rutiner efter angiven mall. I samband med granskningen uppmärksammades också brist i följsamhet till dokumentation av generiska preparat på läkemedelslista, kontrollräkning av narkotika samt ansvarsfördelning för närförråden.

MAS, Verksamhetschef HSL, enhetschef HSL, enhetschef SoL och sjuksköterskor på enheten följer upp granskningsprotokoll i syfte att analysera brister, planera för åtgärder samt fördela ansvar för utförandet av åtgärder. MAS har påbörjat revidering av riktlinje för läkemedelshantering som beräknas vara klar mars 2025.

3.3.4 Delegeringsförfarande

Enhetschefer och legitimerad personal behöver ha en samverkan för planering av delegeringar så att delegeringar kan ske på ett säkert sätt med rätt förutsättningar.

Riktlinjer för delegering av hälso- och sjukvårdsinsatser med tillhörande checklistor har reviderats under 2024.

3.4 Säker vård här och nu

3.4.1 Riskhantering

Vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska fortlöpande bedöma om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet. För varje sådan händelse ska vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS uppskatta sannolikheten för att händelsen inträffar och bedöma vilka negativa konsekvenser som skulle kunna bli följden av händelsen (5 kap. 1 §, 7 kap. 2 § p 4 SOSFS 2011:9).

Att genomföra riskanalyser är en viktig del i det systematiska kvalitetsarbetet. Detta för att synliggöra risker och därigenom kunna förebygga eventuella vårdskador och missförhållanden enligt lex Sarah. Riskanalyser genomförs på olika nivåer; individ, enhets, verksamhets och övergripande nivå.

Riskanalyser på individnivå har sin utgångspunkt i det tvärprofessionella teamarbetet. Avdelning Äldreomsorg har under året bedrivit ett förbättringsarbete i förhållande till teamarbetet inom SÄBO med fokus på att formalisera mötena och trygga att vården och omsorgen utformas individbaserat. Utveckling av teamarbetet har även skett mellan hemvårdsgrupperna och dagverksamheterna, hemservice och nattorganisationen.

Inom avdelning Funktionsstöd har riskbedömningar varit ett fokusområde för arbetet i teamet. Effekten av mötena i teamet varierar och ett förbättringsarbete behöver fortsätta kring kommunikation, struktur och kontaktansvarigs funktion i teamet.

Vid utredningar av lex Sarah och vid kvalitetsuppföljningar, granskas den sociala dokumentationen och då även de riskanalyser som gjorts på individnivå. I föregående års kvalitet- och patientsäkerhetsberättelse konstaterades att arbetet med individuella riskanalyser var ett förbättringsområde. Det föreligger fortsatt ett behov av att utveckla arbetet med riskanalyser men det kan också noteras att förbättringar har skett. Det tyder på att verksamhetens åtgärder har gett resultat. Bedömningen baseras på de granskningar av dokumentation som har skett vid lex Sarah-utredningar då det inte har genomförts några kvalitetsuppföljningar under 2024.

3.5 Stärka analys, lärande och utveckling

Analys och lärande av erfarenheter är en del av det fortlöpande arbetet inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten. När resultaten används för att förstå vad som bidrar till säkerhet, hållbarhet, önskvärd flexibilitet och goda resultat, kan verksamheten utvecklas så att kvaliteten och säkerheten ökar och risken för missförhållanden/vårdskador minskar.

Under 2024 har ett arbete påbörjats för att framhäva behovet av lärande över gränser i samband med åtgärdande av missförhållanden och vårdskador. Det har gjorts genom att enheter i högre grad börjat planera och registrera åtgärder, följa upp och analysera effekter av vidtagna åtgärder. Lärdomar från lex Sarah och lex Maria-utredningar har också delats i forum såsom frukostmöten för alla förvaltningens chefer, ledningsgrupper samt i möten med legitimerad personal.

Genom en nyinrättad introduktionsdag för nya chefer och legitimerad personal har förvaltningen som mål att ge nya medarbetare förutsättningarna att arbeta strukturerat och systematisk med kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet.

3.5.1 Avvikelser

Enligt 6 kap. 4§ patientsäkerhetslagen är hälso- och sjukvårdspersonal skyldig att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls. Personalen ska i detta syfte rapportera till vårdgivaren risker för vårdskador samt händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada. Hälso- och sjukvårdspersonalen har motsvarande rapporteringsskyldighet även när det gäller andra skador än vårdskador till följd av säkerhetsbrister i verksamheten vid en sådan sjukvårdsinrättning eller enhet som avses i 7 kap. 7 §.

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (7 kap. 2§ p.5 SOSFS 2011:9) ålägger även vårdgivaren att utöver vad som framgår av 3 kap. 10 § patientsäkerhetslagen ska patientsäkerhetsberättelsen innehålla uppgifter om hur rapporter enligt 6 kap. 4 § patientsäkerhetslagen har hantearats.

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (5 kap. 5§ SOSFS 2011:9) ålägger därefter vårdgivaren, respektive den som bedriver socialtjänst att utreda händelser i verksamheten som har medfört eller hade kunnat medföra vårdskada. Den som bedriver socialtjänst ska enligt 14 kap. 6 § socialtjänstlagen utan dröjsmål dokumentera, utreda och avhjälpa eller undanröja ett missförhållande eller en påtaglig risk för ett missförhållande. Motsvarig skyldighet åligger även den som bedriver verksamhet enligt LSS (24 e§ LSS).

3.5.1.1 Avdelning Äldreomsorg

Avdelning Äldreomsorg har under 2024 tydliggjort att avvikelse ska hanteras och utredas inom utsatt tid. Lex Sarah och lex Maria utredningar som har utretts har lyfts för genomgång med verksamhetschefer och enhetschefer för att skapa ett lärande i organisationen.

3.5.1.2 Avdelning Funktionsstöd

Avvikelse och lex Sarah-rapporter diskuteras på verksamhetsmöten för att säkerställa att åtgärder vidtas och förhindra upprepning. Enhetschefer återkopplar avvikelser och lex Sarah till medarbetare under verksamhetsmöten eller möten i teamet. Verksamhetschefer följer regelbundet upp rapporterade lex Sarah med enhetscheferna. Avvikelsehanteringen behöver förbättras genom en mer systematisk uppföljning och analys. I november genomfördes en workshop för att stärka enhetschefernas kunskap kring avvikelsehantering.

3.5.1.3 Myndigheten

Myndigheten rapporterar när det uppmärksammas missförhållande eller påtagliga risker för missförhållanden enligt lex Sarah. I slutet av året har det genomförts en genomgång av vikten att rapportera och information lämnas om skillnader mellan olika rapporttyper. Det planeras för fortsatta genomgångar på ett strukturerat sätt fortloppande.

3.5.2 Klagomål och synpunkter

Enligt 3 kap. 3§ SOSFS 2011:9 respektive 3 kap. 8 a § patientsäkerhetslagen ska den som bedriver hälso- och sjukvård, socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ta emot och utreda klagomål och synpunkter på verksamhetens kvalitet från:

1. vård- och omsorgstagare/patienter och deras närstående,
2. personal,
3. vårdgivare,
4. andra som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS,

5. myndigheter, och
6. föreningar, andra organisationer och intressenter.

Inkomna rapporter, klagomål och synpunkter ska sammanställas och analyseras för att vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska kunna se mönster eller trender som indikerar brister i verksamhetens kvalitet (5 kap. 6§ SOSFS 2011:9). Utöver vad som framgår av 3 kap. 10 § patientsäkerhetslagen ska patientsäkerhetsberättelsen innehålla uppgifter om hur inkomna klagomål och synpunkter enligt 5 kap. 3 a § och enligt 3 kap. 8 a § patientsäkerhetslagen som har betydelse för patientsäkerheten har hanterats (7 kap. 2§ p.6 SOSFS 2011:9)

Synpunkter och klagomålshanteringen är en viktig källa till förbättring och utveckling. Det innebär att Vård- och omsorgsförvaltningen tar ansvar för att systematiskt rätta till och förebygga fel och brister i enighet med SOSFS 2011:9. Genom att ge kommuninvånare och besökare möjlighet att lämna synpunkter på service och tjänster kan verksamheten identifiera och rätta till svaga sidor samt stärka det goda. Sammantaget har det inkommit 423 synpunkter och klagomål under 2024 vilket är en ökning med 33 procent från föregående år. De synpunkter och klagomål som inkommit har registrerats i det gemensamma synpunkt och klagomålssystemet i Lifecare. De inkomna synpunkterna och klagomålen har hanterats på respektive enhet utifrån gällande riktlinje. Nedan presenteras antalet inkomna klagomål och synpunkter för respektive avdelning inom förvaltningen, samt inkomna rapporter till privat utförare:

Avdelning	Antal klagomål och synpunkter
Ekonomi och styrning	6
Funktionsstöd	72
Kvalitetsavdelningen	1
Myndighet	23
Äldreomsorg	319
Övrigt	2
Totalsumma	423

Privat utförare, Attendo	Öst	Syd	Nordväst	Totalt
Synpunkter/klagomål	42	14	13	69

Av de ovanstående tabellerna framgår att det finns skillnader mellan avdelningarna i antalet inkomna klagomål och synpunkter. Att avdelningarna Funktionsstöd och Äldreomsorg har flest antal rapporter, har med största sannolikhet med att göra med att det framförallt är dessa avdelningar som möter invånarna.

Av de klagomål och synpunkter som utretts färdigt under året har rapporterna kategoriserats på följande vis av utredande chef:

Kategori	Funktions-stöd	Myndighet	Äldre-om-sorg	Ekonomi och styr-ning	Ej specifi-cerad	Totalt
Annat/övrigt	60	9	167	5	1	242
Brister i bemö-tande	11	3	42			56
Brister i service	18	3	31			52
Brist på informat-ion	9	1	25			35
Utebliven insats	6		12			18
Trygghetslarm			17			17
Mat och kost	1		13			14
Avtalad tid har inte hållits	1	1	11			13
Brist på tillgänglig-het		3	7			10
Brist på delaktighet för den enskilde	5		3			8
Överenskommelse har inte hållits	2		5			7
Brist på socialt in-nehåll			2			2
Tjänstegaranti - värdighetsgaran-tin			2			2

I tabellen ovan visas att de rapporter som utretts under 2024 främst har handlat om annat/övrigt, brist i information, brist i bemötande och brister i service.

Ur Vård- och omsorgsförvaltningens underlag kring hantering av klagomål och synpunkter framkommer även data kring statusen för de rapporter som inkommit under året:

Status	Ekonomi och styr-ning	Funkt-ions-stöd	Kvalitets-avdelningen	Myndig-het	Äldre-om-sorg	Övrigt	Total-summa
Mottagen	1	11		7	18	1	38
Utredning pågår		8	1	1	19		29
Utredning avslutad		6			9		15
Avvikelse avslutad	5	47		15	273	1	341
Total-summa	6	72	1	23	319	2	423

I tabellen ovan framgår att en majoritet av alla avvikelser från 2024 är avslutade och färdighantlade. I relation till antalet rapporter där utredning avslutas, kan slutsatsen dras att flertalet rapporter om klagomål och synpunkter inte genererat många åtgärder som vid datumet för datainsamlingen, låg som pågående eller kommande åtgärder. Ett antal rapporter har statusen "Mottagen", vilket i praktiken innebär att rapporten inte har hanterats av berörd chef i verksamhetssystemet. Dessa är dock inte särskilt många i antal, vilket också reflekteras i den genomsnittliga tiden för berörd chef att ta emot rapporten i verksamhetssystemet:

Avdelning	Genomsnittlig mottagningstid (dagar)
Ekonomi och styrning	0,5
Funktionsstöd	0,4
Kvalitetsavdelningen	0,0
Myndighet	0,3
Äldreomsorg	0,6
Övrigt	0,5
Totalsumma	0,5

I tabellen ovan framgår att den genomsnittliga mottagningstiden för inkomna klagomål och synpunkter är en halv dag.

Under 2024 har invånarna i Helsingborg inkommit med varierande synpunkter och klagomål till förvaltningens verksamheter. Av förklarliga skäl har avdelningarna Äldreomsorg, Funktionsstöd och myndigheten mottagit en majoritet av dessa då de är verksamheterna som har närmast och tätast kontakt med invånarna. De mest förekommande klagomålen och synpunkterna: annat/övrigt, brist i information, brist i bemötande och brister i service, indikerar att brister i dessa avseenden förmår invånarna att framföra sina klagomål och synpunkter till nämnden. Brister i utförande av insatser och bemötande är även återkommande i statistik kategoriseringen av avvikelser och missförhållanden. Detta indikerar att nämnden har potential till förbättring inom dessa områden.

En kan anta att där finns ett mörkertal som inte reflekteras i tabellen. Det mörkertalet består av klagomål och synpunkter som kommer till förvaltningens kännedom genom medarbetare, men som inte registreras i verksamhetssystemet för avvikelshantering. För att förbättra denna efterlevnad antog nämnden en ny riktlinje för klagomål och synpunktshantering i slutet av året. Den nya riktlinjen ska göra det tydligare vad som ska rapporteras och hur de ska hanteras.

En annan del av mörkertalet ligger i invånarnas kunskap om hur de ska gå tillväga för att lämna ett klagomål eller en synpunkt. I nämndens rapport *Vad tycker de äldre om äldreomsorgen – Rapport gällande resultaten från Socialstyrelsens brukarundersökning 2024* framkommer att ungefär en av fyra äldre uppger att de vet vart de ska vända sig för att framföra en synpunkt eller ett klagomål. En kan därför anta att en majoritet av invånarnas synpunkter och klagomål inte når fram till nämnden.

3.5.2.1 Patientnämnden

Under 2024 registrerades 21 klagomål/synpunkter via Patientnämnden. Ett ärende blev aktuellt för skriftligt svar från vårdgivaren.

Följande typer av klagomål har inkommit: vård och behandling, vårdansvar och organisation, kommunikation, administrativ hantering samt övrigt.

De flesta klagomål inkomna till Patientnämnden, 13 stycken, handlar om brister i vård och behandling såsom uteblivna omvårdnadsinsatser, följsamhet till läkemedelsordination, samt brister i rehabiliterande insatser.

3.5.3 Dokumentation

3.5.3.1 SoL/LSS

Av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om dokumentation i verksamhet som bedrivs med stöd av SoL, LSS, LVU och LVM (SOSFS 2014:5) framgår skyldigheten att dokumentera. Syftet med dokumentationen är att bidra till en god kvalitet och en säker vård och omsorg för den enskilde. Dokumentationen är ett arbetsverktyg för personalen och ger information till personal som inte har träffat den enskilde tidigare. Skyldigheten att dokumentera gäller vid handläggning av ärenden samt under utförandet av insatser och dess uppföljning. Enhetschefen ansvarar bland annat för att dokumentationen utförs enligt rådande lagstiftning och riktlinjer samt att dokumentationen följs upp kontinuerligt.

3.5.3.1.1 Avdelning Äldreomsorg

Inom verksamhetsområde ordinärt boende granskas dokumentationen av dokumentationsgranskare en gång per månad. Vid uppmärksammat behov initieras hjälp till medarbetarna för att förbättra sin dokumentationsförmåga genom dokumentationsstödjare eller avdelningens utvecklingsenhet. Inom verksamhetsområdena för särskilt boende finns det utsedda dokumentationsombud. Inom avdelning Äldreomsorg pågår det kontinuerligt ut- och fortbildning för personalen i bland annat dokumentationskunskap. Inom verksamhetsområdena för särskilt boende kommer kvalitetshöjande åtgärder kring dokumentation att vidtas i samband med byte av verksamhetssystem under första halvåret 2025.

3.5.3.1.2 Avdelning Funktionsstöd

Inom avdelningen ansvarar dokumentationsgranskare och stödpedagoger för att granska dokumentationen och återkoppla resultatet till enhetschefer. Avdelningen har identifierat att det finns ett förbättringsområde kring att skapa en rutin och en systematik för att samla in och följa upp antalet journalgranskningar på verksamhetsnivå. Detta förbättringsområde ingår i arbetet med pedagogisk samordning som planeras för framtiden.

3.5.3.1.3 Privat utförare, Attendo

Utföraren anger att dokumentation i SoL-journaler inom respektive verksamhet har granskats av olika verksamhetschefer inom Attendo för en opartiskhet. Resultaten påvisar generell förbättring jämfört med 2023. Utföraren tror att detta delvis beror på ökad kunskap och kontinuitet hos medarbetarna, vilket höjt följsamheten och kvaliteten.

3.5.3.1.4 Myndigheten

Systematiska granskningar av dokumentation genomförs av verksamhetsutvecklare. Resultatet av granskningarna leder i förekommande fall till förbättringsarbete. Granskning sker även när beslut skall fattas av annan i delegationsordningen eller vid genomgång av socialrättsjurist. Granskning av att tillämpa klarspråk sker genom kollegial granskning.

3.5.3.2 HSL

Kollegial journalgranskning är utförd på alla enheter inom verksamhetsområdet hälso- och sjukvård. Sammanställningen visar att processen för dokumentation inte fungerar optimalt - exempelvis finns brister inom områden som ICF-dokumentation/patientens aktuella hälsostatus, uppföljning av insatser, samt avsaknad av aktuella utredande- och behandlande hälsoplaner. Hälsoplaner upprättas inte av tvärprofessionella teamet.

SBAR är en kommunikationsmodell för att säkerställa god informationsöverföring. Det kan konstateras bristande dokumentation i SBAR vilket leder till brister i själva vårdprocessen.

Beslutsstöd VISAM som är sjuksköterskans stöd för beslut om vårdnivå vid försämring i patientens allmänna tillstånd används inte i tillräcklig omfattning.

Vid granskningen framkom också att inhämtande och dokumentation av samtycke fungerar i stor utsträckning.

RPA (robotstyrd processautomation) kontrollerar förekomsten av dokumentation enligt de minimumkrav som ställs enligt lag. Under 2024 har RPA granskat dokumentation av hälsoplaner i hälso- och sjukvårdsjournaler. Resultatet visar på att en del av dokumenterade hälsoplaner är ofullständiga.

Granskningsresultat efter kollegial journalgranskning samt RPA- granskning analyseras och utifrån identifierade brister upprättas handlingsplaner på respektive enhet för hälso- och sjukvård. Återkopplingen till all legitimerad personal sker på arbetsplatsträffar.

3.5.4 Externa tillsyner

3.5.4.1 Avdelning Äldreomsorg

I juni 2024 inspekterade Arbetsmiljöverket två vårdboenden, Tuvehagen och Borgvalla, med fokus på hur risker förebyggs för skador och sjukdomar i arbetet relaterade till hot och våld. Båda granskningarna genomfördes utan anmärkningar.

Under våren 2024 gjorde Arbetsmiljöverket även en tillsyn inom Hemvårdsområde Centrum 4. Enhetens arbete med att förebygga arbetsmiljörisker bedömdes som tillräckligt och ärendet avslutades utan vidare krav.

3.5.4.1.1 Uppföljning av åtgärder utifrån nationell tillsyn av särskilda boenden 2023

Under 2023 utförde Inspektionen för vård och omsorg en nationell tillsyn av särskilda boenden. Till följd av denna tillsyn har förvaltningen under 2023–2024 vidtagit flera åtgärder för att förbättra kvaliteten inom särskilt boende med fokus på kompetensutveckling, dokumentation och patientsäkerhet.

- **Kompetens:** 78,4 procent av personalen är undersköterskor, och rekrytering av specialistundersköterskor pågår. Validering av medarbetare sker kontinuerligt inom ramen för Äldreomsorgslyftet. Personalkontinuitet och bemanning förbättras genom att fler har tillsvidareanställts.
- **Språkkompetens:** Språkombud finns på alla enheter, och en handlingsplan för språkförbättring följs upp årligen.
- **Dokumentation:** Digitalt signeringsverktyg (APPVA) har införts, och workshops för dokumentationsansvariga inom särskilt boende pågår.
- **Vård i livets slutskede:** Åtgärder för att förbättra medarbetares kunskaper i vård och dokumentation vid livets slutskede är pågående. Kontinuerlig dialog sker med enhetschefer gällande rutinen för vak.
- **Läkemedelshantering:** Årlig medicingranskning planeras, och fler medarbetare ska få full delegering.

3.5.4.2 Avdelning Funktionsstöd

I maj 2024 genomförde IVO årlig tillsyn (utifrån 11§ förordning (1993:1090) om stöd och service till vissa funktionshindrade) av barn- och ungdomsboendet på Tellusgatan. IVO identifierade brister gällande kontroller av belastningsregister och dokumentation av avvikelshantering. Nödvändiga åtgärder har sedan dess vidtagits för att åtgärda bristerna. Vidare visade tillsynen på brister i verksamhetens sammanställning och analys av rapporter, klagomål och synpunkter. I övrigt bedömde IVO att Tellusgatan arbetar för att förebygga, uppmärksamma och agera vid hot, våld och övergrepp eller andra kränkningar.

Arbetsmiljöverket har under 2024 genomfört inspektion/tillsyn på tre enheter, Björktrastgatan, BoDa Djuramossa och BoDa Östra Farmarevägen. Tillsynen på Björktrastgatan var en rutintillsyn och avslutades utan krav på vidare åtgärder. Tillsynerna över BoDa Djuramossa och BoDa Östra Farmarevägen har tillkommit utifrån anmälda allvarliga arbetsskador. Dessa enheter har behövt inkomma med kompletterande svar och fördjupade utredningar.

3.6 Öka riskmedvetenhet och beredskap

Som vård- och omsorgsgivare behöver organisationen planera för att kunna anpassa sig till kortsiktiga eller långsiktiga förändrade förhållanden med bibehållen funktionalitet, hållbarhet och säkerhet.

Vård- och omsorgsförvaltningen i Helsingborgs stad arbetar löpande och strukturerat med riskmedvetenhet och beredskapsfrågor för att stärka och upprätthålla beredskapsförmågan. Detta görs bland annat genom att:

- Arbeta med kontinuitetshantering enligt ett strukturerat och gemensamt metodstöd.
- Följa en beslutad plan för verksamhetsnära normalförbrukningsförråd och förvaltningsövergripande beredskapsförråd för att säkerställa tillgång till material vid olika störningar i leveranser.
- Följa förvaltningens övnings- och utbildningsplan.
- Aktivt arbeta med informationssäkerhet och dataskydd för att säkerställa att patientuppgifter hanteras på ett tryggt och korrekt sätt.
- Bedriva en aktiv omvärldsbevakning och planera för risker på kort och lång sikt.
- Bedriver ett systematiskt kvalitets och arbetsmiljöarbete
- Skapar möjlighet för brukare/patienter och närstående att delta i brukar/patientsäkerhetsarbetet
- Patienter med kommunal primärvård har läkemedel för minst en månads beredskap i hemmet.

4 Organisationens kvalitetsarbete och verksamhetsutveckling

Enligt 3 kap. 3§ SoL, 6§ LSS, och 5 kap. 1§ HSL ska insatserna som ges vara av god kvalitet. Vidare framgår av 3 kap. 2§ SOSFS 2011:9 att "Vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska med stöd av ledningssystemet planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten".

Kvalitetsavdelningen har ansvaret för att hantera nämndens samtliga lex Sarah-rapporter. Det har inneburit att SAS/kvalitetssamordnare har inlett utredning på alla rapporter som har bedömts omfattas av utredningsskyldigheten enligt lex Sarah. Under senare delen av 2024 har ett nytt arbetssätt implementerats innebärande att alla rapporter om lex Sarah genomgår initialt en kortfattad utredning och bedömning av SAS/kvalitetssamordnare innan beslut om att inleda lex Sarah-utredning fattas. De rapporter som bedöms utgöra annan avvikelse registreras om till denna rapporttyp och utreds istället av respektive enhetschef. Ställningstagande och beslut dokumenteras för varje rapport. Detta förändrade arbetssätt kommer förhoppningsvis att minska antalet

rapporter som utreds enligt lex Sarah av SAS/kvalitetssamordnarna. Enhetschefernas ansvar för avvikelshanteringen och det systematiska kvalitetsarbetet blir även förtydligat.

Utifrån förvaltningens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete ska Kvalitetsavdelningen genomföra tio kvalitetsuppföljningar per år på olika enheter. På grund av personal- och organisationsförändringar har inga uppföljningar gjorts under 2024. Kvalitetsuppföljningar av tio enheter per år kommer att återupptas under 2025.

4.1 Myndigheten

Under 2024 har myndigheten påbörjat en översyn av flertalet processer såsom processerna för LSS-boende, SoL-boende, dagverksamhet m.fl. Vidare har enheten påbörjat ett arbete för att förtydliga arbetsuppgifter, ansvarsområden och handlingsutrymme.

Kartläggning har påbörjats för att undersöka möjligheterna att sälja tjänster gällande bostadsanpassningsbidrag till andra kommuner.

Under 2024 beslutades att ansvar för extern verkställighet flyttas från myndigheten till avdelning Funktionsstöd. Ny ansvarsfördelning börjar gälla från och med 1 januari 2025, och ska leda till bättre förutsättningar för planering av verkställigheten.

4.2 Avdelning Funktionsstöd

Avdelning Funktionsstöd har under 2024 arbetat för att införa digitala stöd samt förbättra strukturen på avdelningens olika verksamhetsmöten. Framsteg har också gjorts avseende medarbetarnas schemaläggning för att bättre matcha behoven som finns inom verksamheten. Avdelningen har också gjort framsteg vad gäller brukardelaktighet och självbestämmande där vissa enheter ersatt gemensamma måltider med individuellt anpassade sådana.

Vidare har en särskild satsning gjorts för barn och unga med funktionsvariation genom samarbete med Kulturförvaltningen, Fritid Helsingborg och anpassade skolor. Ett gemensamt initiativ har varit att skapa en mötesplats för ungdomar med funktionsvariation som är planerad att öppna i januari 2025.

Under april månad initierades en översyn av hela området Barn och unga i samverkan med utvecklingsenheten, myndigheten samt verksamhetsområdets HR-konsult och controller. Översynen syftade till att ta fram förslag på hur verksamheten kan organiseras både utifrån en mer kvalitativ verksamhet ur barnets perspektiv men också ur en kostnadseffektivitet med fokus på faktiska behov, målgrupp, personalkontinuitet och samlokalisering. I början av september presenterades fyra förslag för avdelningschefen för hur Barn och unga i sin helhet bättre kan organiseras.

Ett inriktningsbeslut om att öka samlokaliseringen av korttidstillsyn och korttidsvistelse antogs och samverkades i slutet av november. Arbetet kommer att fortgå under året.

Samarbete har genomförts med daglig verksamhet Navigator, som erbjuder aktiviteter inom hälsa och e-sport. Målet är att främja delaktighet och förbättra möjligheter för deltagarna att nå praktikplatser på arbetsmarknaden.

Ett särskilt fokus har legat på att utveckla användningen av Virtual Reality (VR) i samarbete med regionen och socialförvaltningen. VR-teknik har testats för att öka välmående bland brukare i LSS-boenden och inom daglig verksamhet. Denna satsning fortsätter inom området Barn och unga, där även forskningsprojekt pågår för att utvärdera VR-teknikens effekter.

4.3 Avdelning Äldreomsorg

Avdelning Äldreomsorg har under 2024 haft flertalet projekt för att utveckla verksamheten och höja kvalitén inom den vård och omsorg verksamheterna tillgodoser.

I arbetet med att utveckla den personcentrerade nära vården har verksamheterna under 2024 dels genomfört en utbildningssatsning på temat, vilket skett i samverkan med Göteborgs universitet. Arbetet med de åtgärder som identifierats under utvärderingen av Stjärnmärkt har pågått under året, och samverkan har skett med Lunds universitet för att utveckla arbetsmetoder som främjar personer med kognitiv sjukdom. Projektet DAGS inom dagverksamheterna har också avslutats, där syftet har varit att utveckla framtidens dagverksamhet, som är grundad i evidensbaserade arbetssätt och större samverkan kring den enskilde. Arbete kvarstår i bland annat, kunskapsspridning om dagverksamheterna, och justering av riktlinjer för att möta behoven av framtidens dagverksamheter.

För att stärka det systematiska kvalitetsarbetet pågår en förflyttning till processororienterade arbets- och förhållningssätt, dels genom den fortskridande implementeringen av förvaltningens ledningssystem Canea. I samband med införande av pilotprojekt för nytt verksamhetssystem LifeCare inom särskilt boende, har det gjorts ett omtag för att kvalitetssäkra den sociala dokumentationen. Införandet och utbildning av medarbetare kommer att fortsätta under 2025.

En genomlysning har också gjort gällande de ombudsroller med tillhörande nätverk som finns inom verksamheterna, samt framtagande av ett gemensamt årshjul för verksamhetsområdena för särskilt och ordinärt boende.

Framsteg har gjorts på den teknologiska fronten vad gäller läkemedelsmaskiner, läkemedelsskåp utrustade med temperatursensorer, samt inskaffande av trygghetsskapande teknik, vilket kommer sjösättas under 2025.

4.4 HSL

En HSL-organisation skapades 2024 som leds av en verksamhetschef. Målsättningen för HSL-organisationen är att hälso- och sjukvårdsfrågor ska få en strategisk tyngd och tydligare prioriteringar och att även underlätta samverkan med externa parter. Genom att organisera HSL som ett verksamhetsområde har det dagliga arbetet internt underlättats samt har ansvarsfördelning mellan verksamhetschefen och MAS/MAR blivit tydligare. Verksamhetschefen har tillsammans med MAS/MAR ett pågående arbete med att uppdatera riktlinjer och rutiner för att öka förutsättningarna för en jämlik vård.

Klusterarbetet inom primärvården har fortsatt att utvecklas genom återkommande träffar på olika teman, där bland annat förvaltningens dietister höll ett fördjupningspass i undernäring och hälsosamt åldrande. I april genomfördes en workshop om "Hemgång från sjukhus" tillsammans med hemvården och slutenvården. Resultaten från workshopen har förbättrat vår förståelse för vårt gemensamma arbete.

Förvaltningens processledare för Nära vård har under året lett flera workshopar med de olika ledningsgrupperna, där vi diskuterat förståelse, förutsättningar, indikatorer, goda exempel och målsättningar.

5 Mål, strategier och utmaningar för kommande år

Stadens vision är att Helsingborg år 2035 ska vara en skapande, pulserande, global, gemensam och balanserad stad för både människor och företag. Genom stadens gemensamma målbild tas nästa steg på vägen mot visionen.

Vård- och omsorgsnämnden har som mål att hemvården ska ha ett hemtjänstindex över genomsnittet för alla kommuner, och att deltagare inom daglig verksamhet ska inkluderas på arbetsmarknaden genom jobb och praktik.

Vård- och omsorgsförvaltningen har i sin tur fyra prioriterade områden för verksamhetsåret 2025: *Nära vård, Aktivt och nära ledarskap, Tillsammans arbetar vi systematiskt och långsiktigt, och Rätt kompetens.*

5.1 Avdelning Äldreomsorg

Avdelning Äldreomsorg har inför nästkommande år identifierat flertalet utvecklingsområden för patient- och säkerhetsarbetet. Sammanfattningsvis handlar dessa områden om förbättrad samverkan med den nya HSL-organisationen och övriga avdelningen, samt en större fokus på rehabiliterande och förebyggande arbetssätt. Under 2025 kommer även ett arbete påbörjas för att se över den ekonomiska ersättningsmodellen för att skapa ekonomiska incitament för att styra mot en nära och personcentrerad vård av hög kvalitet.

Höjning av medarbetarnas reella kompetenser kommer också att vara ett prioriterat område under nästkommande år. Liksom att arbeta mer systematiskt med kvalitetsarbetet och hanteringen av klagomål och synpunkter, avvikelser och missförhållanden.

Införandet av verksamhetssystemet LifeCare inom resterande SoL-organisationer och inom HSL utgör ytterligare ett utvecklingsområde som avser bidra till ökad kvalitet och patientsäkerhet.

5.2 Avdelning Funktionsstöd

Avdelning Funktionsstöd har inför nästkommande år identifierat flertalet utvecklingsområden för patient- och säkerhetsarbetet. Sammanfattningsvis har avdelningen identifierat tre huvudsakliga områden, vilka omfattar

- Bemanning och kompetensutveckling
- Kvalitetssäkring av insatser genom egenkontroller
- Förbättrad avvikelshantering och kontinuitet vid chefsbyten

Avdelningen ser fortsatta utvecklingsmöjligheter i arbetet med delaktighet, kommunikation och trygghet för brukarna. Stabilitet i personalgrupper och långsiktigt kompetenshöjande åtgärder är avgörande för att säkerställa kvaliteten i verksamheten.

5.3 Privat utförare, Attendo

Den privata utföraren Attendo kommer framförallt arbeta för att upprätthålla hög kvalitet vid internrevision, enhet- och äldreundersökning, dokumentationsgranskningar och kvalitetsregister. Fast omsorgskontakt är ett fortsatt fokusområde där verksamheten arbetar för att kunden ska känna sig trygg med sin vård och delaktighet, likaså vad gäller kompetensförsörjning och rekrytering av undersköterskor. Verksamheten arbetar fortsatt för god samverkan med externa aktörer.

5.4 Myndigheten

Myndigheten har inom sin verksamhet identifierat två primära utvecklingsområden för kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet under nästkommande år.

Myndighetens arbete med införandet av den nya socialtjänstlagen kommer innebära ett paradigmskifte gällande det förebyggande arbete. Införandet kommer att vara tids- och resurskrävande för att skapa ett arbetssätt som i sin tur stärker den enskildes egna resurser för att vara så självgående som möjligt och klara sig bättre utan bistånd.

Vidare framför myndigheten att det finns ett behov av att bibehålla personal och vara konkurrenskraftig, då det under 2024 skett interna förflyttningar.

5.5 Kvalitetsavdelningens samlade analys

Vård- och omsorgsförvaltningen har under 2024 haft ett händelserikt år – innehållande en större organisationsförändring och flertalet förändringsprocesser för att stärka och förbättra det systematiska kvalitet- och patient-säkerhetsarbetet. Detta arbete fortsätter in i 2025, och för att uppnå en nära och personcentrerad vård och omsorg av hög kvalitet finns flera förbättringsområden.

Införandet av den nya Socialtjänstlagen under 2025 kommer att kräva stora förflyttningar för att arbeta än mer förebyggande och rehabiliterande. Vården och omsorgen ska vara personcentrerad, och i detta arbete har det tvärprofessionella teamet en central roll. Under 2025 behöver förvaltningen ytterligare förbättra det systematiska teamarbetet kring riskanalyser och handlingsplaner för att utforma insatserna utefter den enskildes behov. Införandet av Lifecare i resten av SOL-verksamheterna samt inom hela HSL, i kombination med översyn av riktlinjerna för social dokumentation, förväntas bidra till bättre samverkan mellan yrkesgrupperna och ett starkare fokus på den enskilde.

Kompetensförsörjningen är ett återkommande förbättringsområde, vilket reflekteras i såväl avdelningarnas identifierade förbättringsområden som i Kvalitetsavdelningens utredningar enligt lex Sarah och lex Maria. Förvaltningen är under 2025 i behov av att säkerställa att nya medarbetare och vikarier får introduktion och rätt förutsättningar för att kunna utföra sitt arbete. På övergripande nivå finns ett behov av kompetensutveckling i bland annat dokumentation, och rapportering, utredning och åtgärdande av avvikelser. I nuläget sker rapportering av avvikelser i två olika moduler. Införandet av ny avvikelsemodul för HSL avvikelser "Rapport vårdskada" i Lifecare kommer att underlätta för medarbetarna i organisationen samt för insamling av statistik och analys av inkomna rapporter, genomförda utredningar, planerade och vidtagna åtgärder då rapporteringen av alla avvikelser kommer ske i samma system.

Att rapportera, utreda och åtgärda avvikelser syftar till att förbättra verksamheten och dess kvalitet. Åtgärderna som vidtas ska inte enbart syfta till att avhjälpa den inrapporterade händelsen, utan också förbättra verksamheterna på en mer övergripande nivå. Här ser Kvalitetsavdelningen ett generellt förbättringsbehov inför kommande år. Den nya riktlinjen för klagomål och synpunkter, och kommande revideringar av riktlinje för avvikelshantering ska tydliggöra ansvaret för att utreda och åtgärda dessa, samt göra sammanställningar och identifiera trender och mönster på övergripande nivå. Även uppföljningen av vidtagna åtgärder behöver tydliggöras för att säkerställa att de åtgärder som vidtagits har haft avsedd effekt. Att ta till vara på den kunskap och de lärdomar som dras i det systematiska kvalitetsarbetet är ytterligare ett förbättringsområde. För detta krävs en förbättrad samverkan och lärande över verksamhetsgränserna.

Under 2025 återupptas det systematiska arbetet med egenkontroller och kvalitetsuppföljningar ute i verksamheterna. Egenkontrollerna kommer vara ett levande arbetsverktyg för enhetsche-

ferna att arbeta med under hela året. På så sätt kommer det att underlätta för cheferna att kvalitetssäkra sin verksamhet. Kvalitetsuppföljningarna kommer i sin tur systematiskt granska att verksamheterna arbetar utifrån lag och vidtagna riktlinjer. Verksamhetsåret 2025 kommer sammantaget innebära en förflyttning mot mer systematiska arbetssätt som fortsätter verka för den personcentrerade och nära vården.

5.6 Identifierade utvecklingsområden för kvalitet- och patientsäkerhetsarbetet 2025

Gemensamma mål 2025	Strategier	Planerade åtgärder och aktiviteter	Planerad egenkontroll
Ökad följsamhet till de basala hygienrutinerna	-Egenkontroll - Öka kunskapen genom hygienutbildning	Enheternas framtagna handlingsplaner utifrån vårdhygienisk egenkontroll. Fortsatt utbildning för hygienombuden	PPM-mätning 2 gånger/år Vårdhygienisk egenkontroll 1 gång/år. Arbetet följs av MAS, MAR
Öka antal riskbedömningar samt fullföljda processer i Senior alert inom hemvården	Uppdatera rutin och arbetssätt. Se över ansvarsfördelning i arbetet, involvera legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal.	Arbetet är påbörjat, behöver etableras i de multiprofessionella teamen i hemvården.	Arbetet följs av MAS, MAR i samband med patientsäkerhetsberättelse, samt vid kvalitetsuppföljningar.
Kunskapen i avvikelssystemet behöver öka för att säkerställa det systematiska kvalitetsarbetet	Öka kunskapen genom utbildning.	Erbjuda regelbundna utbildningstillfällen Utforska möjligheten att arbeta med säkerhetskulturtrappan i förvaltningen	Arbetet följs av MAS, MAR och SAS i samband med patientsäkerhets och kvalitetsberättelse, samt vid kvalitetsuppföljningar.
Genomförandeplaner ska vara en del av den dagliga planeringen.	Planeringsverktyget ska genomsyras av genomförandeplanen	Genomförandeplanen ska användas på teamträffar	Arbetet följs upp av ansvarig enhetschefen samt vid kvalitetsuppföljningar.
Öka arbetet med att följa upp åtgärder i lex Sarah och lex Maria utredningar	Uppföljning av åtgärder	Ledningsgruppen för området följer upp åtgärder och effekter av åtgärder kontinuerligt under året	Arbetet följs av MAS, MAR och SAS i samband med patientsäkerhets och kvalitetsberättelse.
Antalet svårläkta sår på SÄBO ska minska	Öka kunskapen genom utbildning Ökad struktur genom nationellt kvalitetsregister	Tvärprofessionella workshop Ansluta till Rikssår	MAS initierar och följer upp via egenkontroll 2 ggr/år
Öka arbetet med riskanalyser och handlingsplan i individärenden	Uppdatera rutin och arbetssätt	Varje område ska säkerställa att rutin och arbetssätt för riskanalyser och handlingsplaner i individärenden finns, är kända och efterföljs	Arbetet följs av MAS, MAR och SAS i samband med patientsäkerhets och kvalitetsberättelse