

Patientsäkerhetsberättelse för funktionsstödsnämnden 2024



Datum: 2025-01-23

Ansvarig för sammanställningen: Medicinskt ansvariga i funktionsstödsförvaltningen

Diarienummer: FSN-2024-5297

Inledning

Enligt patientsäkerhetslagen (PSL 2010:659) ska vårdgivaren varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse. Syftet med patientsäkerhetsberättelsen är att öppet och tydligt redovisa strategier, mål och resultat av arbetet med att förbättra patientsäkerheten.

Patientsäkerhetsberättelsen ska ha en sådan detaljeringsgrad att det går att bedöma hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten har bedrivits i verksamhetens olika delar samt att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses.

Patientsäkerhetsberättelsen ska vara färdig senast den 1 mars varje år, finnas tillgänglig för den som vill ta del av den och den bör utformas så att den kan ingå i vårdgivarens ledningssystem för patientsäkerhet (SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §).



Källa:

Socialstyrelsen "Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2020–2024"

Innehåll

Patientsäkerhetsberättelse för funktionsstödsnämnden 2024	1
Inledning	2
SAMMANFATTNING	4
Grundläggande förutsättningar för säker vård	4
Agera för säker vård	4
Mål, strategier och utmaningar för kommande år	5
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD	6
Engagerad ledning och tydlig styrning	6
En god säkerhetskultur	11
Adekvat kunskap och kompetens	12
Patienten som medskapare	14
AGERA FÖR SÄKER VÅRD	15
Öka kunskap om inträffade vårdskador	17
Tillförlitliga och säkra system och processer	17
Säker vård här och nu	19
Stärka analys, lärande och utveckling	21
Öka riskmedvetenhet och beredskap	25
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR	26

SAMMANFATTNING

Grundläggande förutsättningar för säker vård

Engagerad ledning och tydlig styrning

Under 2024 har ledningen prioriterat tvärprofessionellt teamarbete vilket förstärkt den interna samverkan. Den externa samverkan med kontaktvårdcentralen har lett till ett ökat antal hälsoundersökningar till förvaltningens målgrupper.

En god säkerhetskultur

Arbetet med kvalitetsgenomlysningar och riskdialoger har stärkt säkerhetskulturen. Säker delegering och förbättrad läkemedelshantering har varit viktiga områden.

Adekvat kunskap och kompetens

Professionsstöd och yrkesträffar för legitimerade hälso-och sjukvårdspersonal har bidragit till utveckling av att arbeta patientsäkert. Kompetensutvecklande utbildningar har erbjudits till baspersonal, samtidigt ser förvaltningens utbildare en minskad efterfrågan av utbildningar.

Patienten som medskapare

Patientens delaktighet har stärkts genom Alternativ och kompletterande kommunikation (AKK), tydliggörande pedagogik och samordnade individuella planer (SIP). Implementeringen av Fysisk aktivitet på Recept (FaR) har fokuserat på att öka hälsa och livskvalitet.

Agera för säker vård

Öka kunskap om inträffade vårdskador

Internutredningar och lex Maria-anmälan har lett till identifiering av förbättringsområden, som bristande kommunikation och dokumentation.

Tillförlitliga och säkra system och processer

Införandet av digital signering och uppdaterade rutiner för informationshantering har ökat patientsäkerheten. Arbetet med att utveckla journalsystemet fortsätter.

Säker vård här och nu

Säker kommunikation har förstärkts genom rapporteringsstöd och planerad implementering av metod för kommunikation, SBAR (Situation, Bakgrund, Aktuellt, Rekommendation). Läkemedelshantering och rutiner för frånvaro av delegerad personal har förbättrats.

Riskhantering

Riskdialoger och riskanalyser har fokuserat på områden som delegering och smittrisker. After Action Review (AAR) har införts för att analysera organisatoriska risker.

Stärka analys, lärande och utveckling

BPSD (beteendemässiga och psykiska symtom vid demens), -registret har införts i fler verksamheter för att förbättra vården för patienter med kognitiv sjukdom. Hälsoråd har arbetat med material för att främja bättre kost och hälsa.

Mål, strategier och utmaningar för kommande år

Engagerad ledning och tydlig styrning

Fokus förblir på personcentrerat arbetssätt och tvärprofessionellt teamarbete, med fortsatt utveckling av förvaltningens HSL-möten och samarbete inom hälso- och sjukvårdsenheten.

En god säkerhetskultur

Arbetet med säker läkemedelshantering, delegering och uppföljning av avvikelser fortsätter. MCSS-systemet (Medication and Care Support System) ska enligt plan vara fullt implementerat under 2025. Förvaltningen har även som mål att fler verksamheter ska genomföra kvalitetsråd.

Adekvat kunskap och kompetens

Förvaltningen prioriterar systematiskt lärande, utbildningsinsatser och kvalitetsråd i fler verksamheter för att förbättra hanteringen av kvalitetsavvikelser.

Patienten som medskapare

Målet för 2025 är att introducera FaR (Fysisk aktivitet på recept) via team med sjuksköterska och fysioterapeut. Förvaltningen kommer att genomföra ett projekt om delaktighet i patientmötet, där patienter med LSS-insatser delar med sig av sina upplevelser av delaktighet i mötet med legitimerad personal.

GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

Engagerad ledning och tydlig styrning

En grundläggande förutsättning för en säker vård är en engagerad och kompetent ledning och tydlig styrning av hälso- och sjukvården på alla nivåer.



Övergripande mål och strategier

PSL 2010:659, 3 kap. 1 §, SOSFS 2011:9, 3 kap. 1–3 §

Funktionsstödsnämndens målgrupper ska erbjudas en god och säker vård på lika villkor inom ansvarsområdet för det kommunala hälso- och sjukvårdsuppdraget. Inför 2024 togs följande inriktning fram:

Engagerad ledning och tydlig styrning

Det personcentrerade arbetssättet kommer att ha fortsatt fokus i hela förvaltningen. Legitimerad personal och verksamhetsavdelningarna kommer att arbeta vidare med att stärka det tvärprofessionella teamarbetet. Hälso- och sjukvårdsenheten kommer även att arbeta vidare med att utveckla teamarbetet och förbättrade teamstrukturer inom den egna enheten.

En god säkerhetskultur

Förvaltningen kommer att arbeta vidare med att säkerställa patientens rättighet till att få rätt läkemedel på rätt tid. Det kommer att ske genom ökat fokus på de olika delarna i läkemedelshanteringen samt delegeringsprocessen. Arbetet med att implementera MCSS i funktionsstödsförvaltningen har gett resultat och kommer att fortsätta.

Adekvat kunskap och kompetens

Funktionsstödsförvaltningen kommer att arbeta systematiskt med lärande genom en mer strukturerad hantering av patientsäkerhetsavvikelser.

Patienten som medskapare

För att öka samarbetet med den regionala primärvården och psykiatrien kommer funktionsstödsförvaltningen fortsatt arbeta med Nära vård-omställningen för att undvika att den enskilde patienten ”faller mellan stolarna”. I Nära vård-omställningen ska vården alltid ta utgångspunkt i patientens situation och patienten är en aktiv medskapare.

Organisation och ansvar

PSL 2010:659, 3 kap. 1 § och 9 §, SOSFS 2011:9, 7 kap. 2 § p 1

Kommuner och regioner har ett delat ansvar som huvudmän för primärvården. Primärvården ansvarar för behovet av medicinsk bedömning och behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver särskilda medicinska eller tekniska resurser eller annan särskild kompetens.

I funktionsstödsnämndens reglemente 11 § framgår att funktionsstödsnämnden inom sitt område ska fullgöra de uppgifter som ankommer på vårdgivaren för kommunens hälso- och sjukvård (kommunal primärvård).

Verksamhetschef

Vårdgivaren har utsett fyra verksamhetschefer enligt hälso- och sjukvårdslagen (HSL 4 kap. 2 §, 2017:30) som ansvarar för hälso- och sjukvårdsverksamheten. Verksamhetschefen har det övergripande ansvaret för verksamheten för att tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet.

Medicinskt ansvariga

Förvaltningen har två medicinskt ansvariga sjuksköterskor, MAS och en medicinskt ansvarig för rehabilitering, MAR (HSL 11 kap. § 4). Medicinskt ansvarigas uppdrag följer det ledningsansvar som finns beskrivet i hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80). Medicinskt ansvariga är även utsedda av vårdgivaren att ansvara för anmälningsskyldigheten enligt lex Maria (PSL 2010:659).

Enhetschef

Enhetschef ansvarar för att följa upp kvaliteten i verksamhetens arbete närmast patienten vad gäller såväl pedagogiska, sociala som medicinska behov samt analysera och presentera förslag till övergripande utveckling samt kontinuerlig uppföljning av det systematiska kvalitetsarbetet.

Sektionschef

Sektionschef ansvarar för att säkerställa att patienten får rätt insats, på rätt sätt och i rätt tid samt att eventuella avvikelser kontinuerligt rapporteras och följs upp. Sektionschefen ansvarar även för att verksamheten följer lagar och föreskrifter och lever upp till uppsatta mål och kvalitetskrav.

Kvalitetsutvecklare HSL

Rollen innefattar att säkra kvalitet och vara ett stöd till verksamheterna utifrån ett systematiskt patientsäkerhetsarbete till exempel genom att utveckla och implementera metoder, riktlinjer och rutiner, kvalitetsfrågor kopplat till avvikelser, risk och händelseanalyser.

Hälso- och sjukvårdspersonal

Hälso- och sjukvårdspersonal bidrar till att hög patientsäkerhet upprätthålls genom att arbeta enligt vetenskap och beprövad erfarenhet samt att medverka i det systematiska patientsäkerhetsarbetet. Personalen ska rapportera risker för vårdskador samt händelser som har medfört eller hade kunnat medföra vårdskada liksom att delta i utredningar av dessa händelser. Medarbetare med delegering för hälso- och sjukvårdsuppgift har samma ansvar som legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal i samband med att uppgift utförs.

Hjälpmedelscentrum

Enheten säkerställer kvalitet och utreder händelser kopplade till hjälpmedel. Enhetschefen har i uppdrag att ansvara för anmälan till Läkemedelsverket vid negativ händelse eller tillbud med medicinsktekniska produkter.

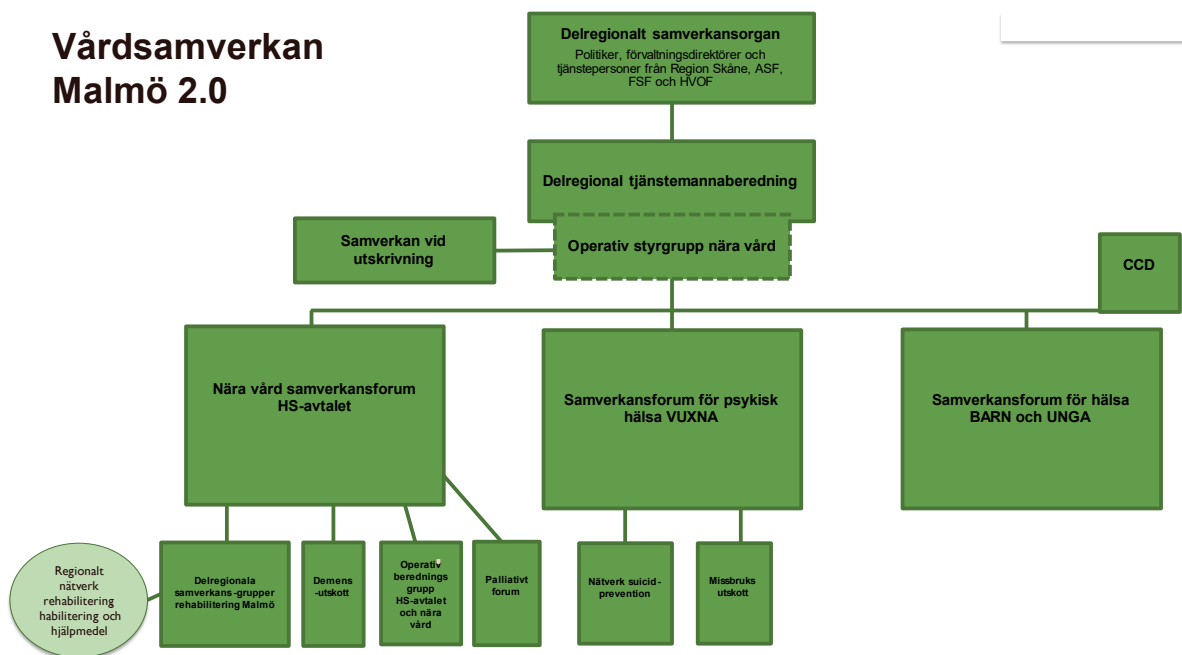
Stödfunktioner inom patientsäkerhet

Vårdhygien Skåne, Smittskydd Skåne, Inspektionen för vård och omsorg (IVO), Skånes kommuner samt Patientnämnden Region Skåne har utgjort stödfunktioner för förvaltningen.

Samverkan för att förebygga vårdskador

SOSFS 2011:9 4 kap. 6 § och 7 kap. 2 § p 3

Vårdsamverkan Malmö 2.0



Bilden beskriver den struktur som finns för vårdsamverkan mellan Region Skåne och Malmö stad inom olika prioriterade områden. Genom samverkan sker en stor del av det konkreta arbetet via gemensamma handlingsplaner och aktivitetslistor.

Förvaltningen ingår i ovan angivna samverkansgrupper samt även i:

- Samverkansforum Nära vård
- Samverkansforum psykisk hälsa vuxna
- Samverkansforum psykisk hälsa barn och unga
- Områdesnätverk för funktionshinder
- Skånes kommuners samverkansorgan för habilitering
- Delregionalt samverkansforum rehabilitering
- Nätverk Samverkan vid utskrivning (SVU)
- Skånegemensam samverkansgrupp vårdens övergångar (SSVÖ)
- Delregional samverkansgrupp rehabilitering Malmö
- MAR-nätverk Skånes kommuner
- Diabetesnätverket
- Palliativt forum

Utöver dessa deltar förvaltningen även gemensamma styrgrupper i Malmö stad som hanterar bland annat journalsystem och system för kvalitetsavvikelser.

Effekter av samverkan

Samverkan sker kontinuerligt och flera av aktiviteterna för 2023 har fortsatt med positiv effekt. Nedan beskrivs några områden som utvecklats under året och där samarbetet har stärkt patientsäkerheten. Arbetet med att knyta kontaktvårdcentraler till LSS-boenden har fortsatt under året. Det har medfört fler riktade hälsoundersökningar till målgruppen och en ökad kontinuitet för patienterna. Antalet läkemedelsgenomgångar har ökat.

Hälso- och sjukvårdsenheten (HS-enheten) har arbetat aktivt med att hitta kontaktvägar till de många vårdgivare som finns runt förvaltningens patienter för att på så sätt få en samlad bild av personens hälso- och sjukvårdstillstånd.

FACT-ung (Flexible Assertive Community Treatment för unga med psykisk ohälsa) har startat upp som ett pilotprojekt i Malmö under hösten 2024. Det är en integrerad insats för barn från 12 år där medarbetare från bland annat barn- och ungdomspsykiatri (BUP), grundskola och socialtjänst arbetar i team kring barnet. Syftet är att skapa en sammanhållen vårdkedja där patientens behov står i fokus och som präglas av helhetssyn och kontinuitet.

Det har skett ett ökat samarbete med rättspsykiatri för att säkra upp läkemedelshanteringen då patienten fortfarande är inskriven i rättspsykiatri och samtidigt har hälso- och sjukvårdsinsatser från Malmö stad. Nu finns ett samverkansavtal om hantering och kommunikation kring läkemedel.

Arbetsterapeuter och sjukgymnaster/fysioterapeuter ingår i samverkansgrupper där verksamheter inom Skånes universitetssjukhus samt kommunal och regional primärvård möts för att utbyta erfarenheter och diskutera gemensamma frågor. Genom att fokusera på samarbete och helhetssyn bidrar samverkansgrupper till att patienter får en trygg och säker vård vid utskrivning och övergång till nya vårdformer vilket också stärker patientsäkerheten.

Intern samverkan

Under året har det skett en fortsatt positiv utveckling av förvaltningens interna samverkan såväl mellan hälso- och sjukvårdsenhetens olika yrkeskategorier som mellan hälso- och sjukvårdsenheten och verksamhetsavdelningarna.

Rutin för HSL-möten, där sjuksköterska, arbetsterapeut, fysioterapeut/sjukgymnast (HSL-team) har möte med sektionschef och baspersonal på LSS-boende är framtagna och följsamheten är god inom de flesta av förvaltningens LSS-boenden. Teamen framhåller fördelar såsom förbättrat samarbete och ökat förtroende och tillit mellan legitimerad personal och boendepersonal, ökad kompetens i medicinska och omvårdnadsfrågor samt färre negativa händelser. Mötena skapar trygghet, kvalitet, individanpassad vård samt bidrar till livskvalitet för våra patienter.

HS-enheten har förstärkt den interna samverkan mellan legitimerad personal så att teamet arbetar närmre varandra och att patienten på så sätt kan få en mer sammanhängande vård. Det sker regelbundna möten där patientens helhetssituation kan belysas. Det strukturerade arbetssättet ger ökade möjligheter till att arbeta mer hälsofrämjande och preventivt.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §

Under året har projekt ”Upphandling verksamhetssystem HSL” arbetat vidare med bland annat fördjupade leverantörskontakter med de systemleverantörer för patientjournaler som finns på den kommunala marknaden samt fortsatt erfarenhetsutbyte med andra kommuner.

Projektet har även arbetat med att sammanställa de krav och behov användarna har av ett verksamhetssystem. Även personalens arbetsprocesser och förutsättningar ska kartläggas för att ytterligare förstärka bilden av vilka behov Malmö stads hälso- och sjukvårdspersonal har.

Projektet har även varit delaktiga i Sveriges kommuner och regioners (SKR) arbete kring framtagande av ett kravbibliotek inför upphandlingar av verksamhetssystem för Hälso- och sjukvårdsområdet.

Projektet ”Mobil arbetsplats” syftar till att tillgodose de behov legitimerad personal har av patientinformation, kommunikation och möjlighet till dokumentation i samband med arbete utanför kontoret. Under året har en kartläggning av personalens behov gjorts.

Systematiska loggkontroller i aktuella system har gjorts och dokumenteras enligt gällande rutiner. Under året har även rutin för loggkontroller i MCSS (Medication and Care Support System) införts och utförs. Förvaltningen arbetar aktivt med att upprätta en rutin för loggkontroll i IT-stödet Mina planer. Arbetet har försvårats av att förvaltningen inte har full tillgång till systemet som ägs av regionen samt på grund av personalomsättning i HS-enheten. Patientdatasäkerheten i Mina planer har dock förbättrats genom införande av en tydligare uppdelning av strukturen i systemet.

Arbetet med övergripande struktur för superanvändare i IT-system har pågått under 2024 och sammankopplas nu med en översyn av administrativt stöd för chefer. Förflyttningen förväntas innebära en ökad kunskap i verksamheterna kring hur systemen används på ett sätt som främjar bland annat säker hantering av patientdata. En ny projektmodell kring arbetet med digital utveckling har införts. Den förbättrar tydligheten vid införande av nya system samt vid större förändringar i nuvarande system. I modellen ingår obligatoriskt beaktande kring säkerhetsfrågor om systemet hanterar patienters personuppgifter.

Införandet av nytt system för kvalitetsavvikelser utvärderades under 2024 och konstateras fungera bra. Bedömningen är att gällande rutiner som styr arbetet kring loggranskning och patientdatasäkerhet är adekvata utifrån nuvarande system och behov.

En god säkerhetskultur

En grundläggande förutsättning för en säker vård är en god säkerhetskultur. Organisationen ger då förutsättningar för en kultur som främjar säkerhet.

Under året har förvaltningen startat upp arbetet med kvalitetsgenomlysningar. Modellen bygger på ett strukturerat arbetssätt för att följa upp verksamheternas kvalitet och patientsäkerhet ur tio olika perspektiv. Det är tydligt att modellen skapar förutsättningar för nya dialoger och lärande samt att den uppmärksammar arbetssätt med risker för vårdskada.

Kvalitetsråd genomförs på olika nivåer inom förvaltningens avdelningar för att stödja arbetet med att identifiera och analysera orsaker till avvikelser samt förbättra kvaliteten i sin helhet. Dessa råd identifierar mönster och trender, diskuterar åtgärder och gör uppföljningar. De fungerar som forum för dialog och inspiration, där chefer på olika nivåer, enhetschefen för HS-enheten samt MAS, MAR och socialt ansvariga samordnare (SAS) deltar. Styrkan i kvalitetsråden ligger i att personer med olika perspektiv och kompetenser undersöker inkomna händelser tillsammans.

Genom etablerade team- och HSL-möten skapas utrymme och tid för lärande och reflektion. Pedagogiska ledare i verksamheterna är ofta de som håller samman detta arbete. Genom användande av arbetsmetoder som är anpassade till målgruppen och med stöd från HSL-teamet säkerställs att vården är individanpassad och av hög kvalitet.

Säkra delegeringar och säker hantering av läkemedel är en kritisk patientsäkerhetsfråga. Detta har tagits upp i förvaltningens samtliga ledningsgrupper under året. Det har lett till dialog och större förståelse för respektive inblandades roller i dessa arbetsuppgifter och hur förvaltningen ytterligare kan säkra dessa processer.

Förvaltningen har en fortsatt utmaning i att identifiera hälso- och sjukvårdsrisker på såväl övergripande som patientnära nivå samt att sprida de goda exempel som finns för att stärka säkerhetskulturen.



Adekvat kunskap och kompetens

En grundläggande förutsättning för en säker vård är att det finns tillräckligt med personal som har adekvat kompetens och goda förutsättningar för att utföra sitt arbete.



Kompetensutveckling för medarbetare inom verksamhetsavdelningarna

Under 2024 har Centrum för forskning och lärande (CFL) fortsatt sitt uppdrag att utbilda baspersonal inom förvaltningen samt att samordna och planera utbildningsinsatser som genomförs av andra kollegor i organisationen. En central del av CFL:s arbete är att uppdatera och revidera utbildningar och pedagogiskt innehåll baserat på den senaste forskningen och aktuella behov. Enhetens mål är att säkerställa att baspersonal har den kunskap som krävs för att utföra sitt arbete på ett tryggt och säkert sätt.

Förflyttning och hjälpmedel

Utbildningarna leds av legitimerad arbetsterapeut och sjukgymnast.

- Utbildning förflyttningskunskap-Basblock: 222 deltagare. 43 % av dessa har deltagit under semesterintroduktionen. I jämförelse med 2023 har antalet deltagare minskat med ca 30%
- Digital utbildning förflyttningskunskap: 161 personer har genomgått utbildningen på Lärkan. Detta är en minskning med ca 35 % sedan 2023.
- Förflyttning med personlyft: 215 deltagare som är anställda i Malmö Stad. Av dessa deltog 43 % under semesterintroduktionen. Antalet deltagare 2024 har minskat med 27% från 2023. Det har deltagit knappt 70 personer från privata assistansbolag utöver de 215 deltagarna.
- Digital uppföljningsutbildning- förflyttning med personlyft: 161 personer har deltagit vilket är en ökning med 20 personer från 2023. Ett observandum är att deltagandet fortfarande är lågt i förhållande till att alla som har gått Malmö stads grundutbildning i förflyttning med personlyft i utbildningslokal ska göra denna utbildning årligen enligt Malmö Stads rutin för personlyft och lyftsele.
- Hjälpmedelsombudsutbildning: 22 personer har deltagit på utbildningen. Oförändrat antal jämfört med 2023.

Delgeringsförberedande utbildningar i läkemedel, nutrition och diabetes

Under 2024 har följande utbildningar genomförts. 2023 års siffror inom parentes.

- Läkemedelshantering; teoretisk utbildning digitalt samt ”verkstad” i klassrum.
Antal anmälda till klassrumsutbildning: 685 (813)
Antal närvarande: 463 (556) medarbetare.
- Enteral nutrition (näring via sond); klassrumsutbildning.
Antal anmälda till genomförda utbildningar: 142 (148)
Antal närvarande: 99 (113) medarbetare.
- Diabetes- och insulinhantering: Under året ändrades upplägget för utbildningen från enbart klassrum till teoretisk utbildning digitalt samt ”verkstad” i klassrum.
Antal anmälda till genomförda utbildningar: 211 (502)
Antal närvarande: 140 (419) medarbetare.

Fler utbildningar är förlagda på eftermiddagar efter önskemål. Det hålls även informationstillfällen om utbildningsprocessen inför delegering som framför allt riktar sig till chefer som har delegerad personal.

Förvaltningens utbildare ser minskad efterfrågan av utbildningar. Det är inte helt klart varför det är så. Det kan bero på färre nyanställningar och förbättrat utnyttjande av delegerad personal, det kan även bero på att personal inte har förutsättning att delta på utbildningar.

Utbildningar via Malmö stads Hjälpmedelscentrum

Under året har 41 produktutbildningar erbjudits till förskrivare av hjälpmedel. Fem av dem blev inställda på grund av för få anmällda. Tio utbildningstillfällen genomfördes i beställningsportalen Websesam.

Vårdens övergångar

Under 2024 har sjuksköterskeresursen i SVU-teamet utökats för att stärka teamets kapacitet att hantera det ökade antalet vårdplaneringar. Parallellt arbetar samordnaren för Mina planer med att ge utbildning och stöd till verksamheterna, revidera och utveckla rutiner samt samverka med Malmö stads övriga förvaltningar. Dessa satsningar är ett steg framåt i arbetet med att säkerställa att övergångarna mellan slutenvård och hemmet sker med hög patientsäkerhet, smidighet och trygghet för alla inblandade.

Professionsstöd för sjuksköterskor

Professionsstödet för sjuksköterskor har uppdraget att bidra till hög kvalitet och patientsäkerhet i vården. Det kollegiala stödet stärker sjuksköterskornas förmåga att hantera utmaningar och utveckla sitt arbete, samtidigt som det främjar en kultur av lärande och samarbete.

Yrkesträffar för legitimerad personal

Yrkesträffar utgör en viktig del av det systematiska patientsäkerhetsarbetet inom HS-enheten. Dessa träffar äger rum flera gånger per termin och ger möjlighet att diskutera aktuella frågor, utbyta erfarenheter och driva förbättringsarbete med direkt koppling till patientsäkerheten. Träffarna hjälper personalen med att hantera komplexa situationer och förebygga vårdskador.

Patienten som medskapare

PSL 2010:659 3 kap. 4 §

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 och ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Att patienten bemöts med respekt skapar tillit och förtroende.



Funktionsstödsförvaltningen arbetar systematiskt för att säkerställa att patienter är medskapare i sin vård och att stödet som erbjuds är individanpassat, tryggt och säkerställt utifrån patientens unika behov och förutsättningar. Genom en kombination av kommunikativa verktyg, tydlig struktur och samverkan med andra vårdaktörer skapas förutsättningar för delaktighet och god vårdkvalitet.

Alternativ och kompletterande kommunikation

AKK används för att möjliggöra delaktighet för patienter med olika kommunikativa förutsättningar. Det kan tillämpas exempelvis inför läkarbesök för att ge patienten en tydlig förståelse av vad som kommer att ske och för att underlätta att de kan framföra sina frågor eller önskemål. Detta stärker patientens förmåga att delta aktivt i sin vård och bidrar också till att skapa trygghet och ökad förståelse i samband med vårdrelaterade situationer.

Tydliggörande pedagogik

Tydliggörande pedagogik är en metod som används för att ge struktur och förbereda patienter inför vardagliga eller specifika händelser, såsom besök hos tandläkare eller vårdcentral. Med hjälp av visuella stöd, scheman och tydliga instruktioner skapas en förutsägbarhet som minskar oro och främjar trygghet. Denna metod stärker patientens upplevelse av kontroll och delaktighet i sin vård.

Samordnade individuella planer

Förvaltningen arbetar aktivt med SIP för att säkerställa att patientens röst hörs och att vården utformas utifrån en helhetssyn. Genom att involvera både patienter och deras anhöriga i planeringen skapas insatser som möter medicinska och sociala behov på ett sammanhållet sätt.

Fysisk aktivitet på recept

Funktionsstödsförvaltningen har utvalts av Socialstyrelsen för att få implementeringsstöd för att införa FaR, vilket är en evidensbaserad metod för att främja fysisk aktivitet/rörelse. Målet är att minska stillasittande och öka vardagsaktiviteter. Under hösten har det gjorts en nuläge- och behovsanalys. En processgrupp har utbildats i metoden. Arbetet med FaR ligger i linje med förvaltningens kärnuppdrag – att främja hälsa och livskvalitet för alla i förvaltningens målgrupp. Genom att ge personer med LSS-insatser verktyg för att bli mer aktiva, skapar förvaltningen förutsättningar för ett friskare och mer självständigt liv.

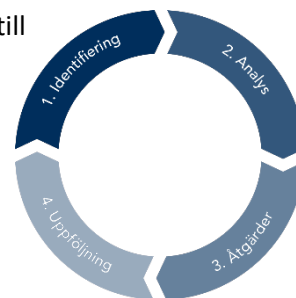
Patientintervjuer

Det pågår ett projekt om delaktighet i patientmötet där patienter med LSS-insatser delar med sig av sina upplevelser av delaktighet i mötet med exempelvis legitimerad personal. Detta initiativ är en viktig del av arbetet med att stärka patientsäkerheten genom ökad personcentrering och tillvaratagande av patientens perspektiv.

AGERA FÖR SÄKER VÅRD

SOSFS 2011:9, 5 kap. 2 §, 7 §, 8 §, 7 kap. 2 § p 2, PSL 2010:659, 3 kap. 10 §

Ett fortlöpande förbättringsarbete, som bygger på lärande och utveckling, till exempel en förbättringsmodell, är en viktig grund för ett framgångsrikt patientsäkerhetsarbete.



Egenkontroller

Smittförebyggande åtgärder

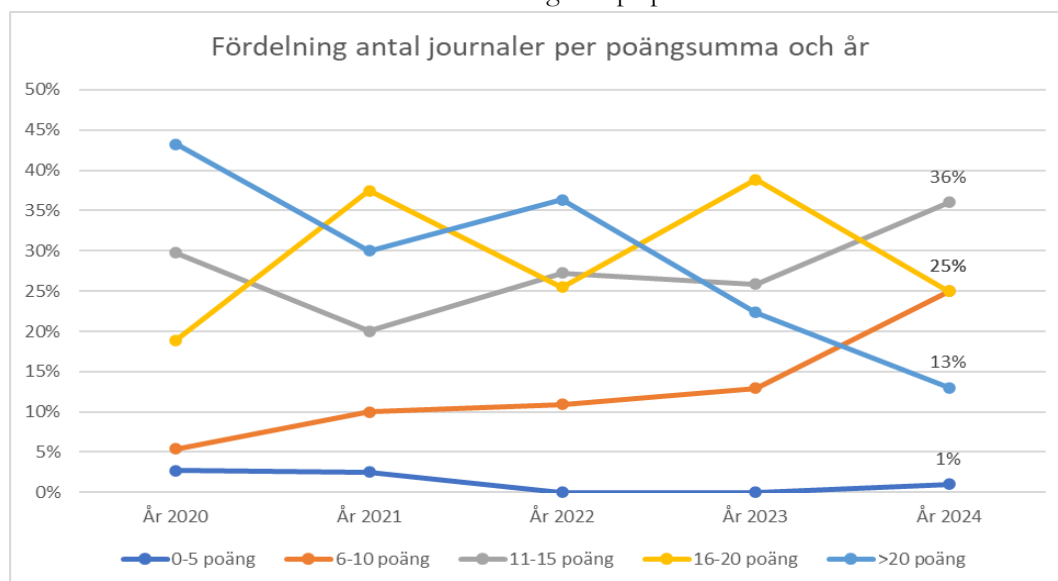
Under 2024 planerades för egenkontroll gällande smittförebyggande åtgärder som en självskattning i samtliga av förvaltningens verksamheter. 88 procent av de berörda verksamheterna har genomfört egenkontrollen. Syftet med egenkontrollen var att följa upp de kompetenshöjande åtgärder som genomfördes under 2023. Verksamheterna har skattat sin kunskap gällande att förhindra smitta och gjort en samlad bedömning kring sina förutsättningar att följa föreskrifterna om smittförebyggande åtgärder. Utifrån resultatet av egenkontrollen planerades inga förvaltningsövergripande åtgärder. Det fortsatta arbetet med smittförebyggande åtgärder hanteras och följs upp inom verksamheternas eget systematiska kvalitetsarbete.

Journalföring

I enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter (HSLF-FS 2016:40) om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården genomför medicinskt ansvariga årligen kvalitativa granskningar av journaldokumentation. Granskningen genomförs utifrån en mall framtagen av medicinskt ansvariga i Malmö stad. Målet med journalgranskning är att patientjournalerna ska innehålla de uppgifter som behövs för en god och säker vård av patienten samt att journaldokumentationen följer gällande föreskrifter.

Medicinskt ansvariga genomförde granskning av 84 (85 2023) slumpvis utvalda patientjournaler inom funktionsstödsförvaltningens olika verksamheter.

Antalet välskrivna patientjournaler har fördubblats jämfört med 2023. Resultatet visar dock fortfarande på brister i dokumentationen vilket kan inverka negativt på patientsäkerheten.



Låga totalpoäng indikerar att journalen är välskriven med rätt information på rätt plats. Höga poäng indikerar att journalen är av lägre kvalitet.

Det ses ytterligare förbättring av dokumentationen, men det är fortfarande svårt att följa förloppet i journalerna och få en helhetsbild av patientens situation och behov på grund av att nuvarande journalsystem inte stödjer det. Malmö stads avtal med leverantören utlöper 2027 och det pågår en process för upphandling av nytt journalsystem. Oavsett svårigheter med journalsystemet uppbyggnad måste det som är av vikt för patientens vård och behandling dokumenteras.

HS-enheten har arbetat med att förbättra dokumentation av vårdplaner och att ordinationer kopplas till vårdplanerna. Det finns dock fortfarande brister i dokumentation av vårdplaner och som tidigare saknas ofta kopplade ordinationer till vårdplanen. Dokumentationen i vårdplanen bör vara sammanhängande och lättförståelig samt spegla hela HSL-teamets samlade planerade åtgärder för patienten.

Resultatet redovisas mer utförligt i separat rapport som återfinns i ledningssystemet.

Medicinskt ansvariga har tillsammans med hälso- och sjukvårdsenheten haft dialog om utvecklingsområden av dokumentation och hur det kan följas upp för att öka patientsäkerheten. Verksamheten har valt att jobba med dokumentation kring riskbedömningar och kopplade åtgärder. En lathund har skapats som bygger på rutiner för fall, nutrition, trycksår och munhälsa. Syftet med lathunden är att skapa ett strukturerat arbetssätt för att stärka hälsan och förebygga fallskador, trycksår, undernäring och ohälsa i munnen.

Kollegial granskning - legitimerad personal

Den kollegiala journalgranskningens syfte är att varje medarbetare genom dialog och reflektion, ska få återkoppling på kvaliteten i sin egen yrkesspecifika dokumentation i patientjournalen. Genom granskningen ska medarbetaren även få konstruktivt stöd i vilka delar av dokumentationen som kan förbättras. Den kollegiala journalgranskningen har inte skett enligt planering under 2024 inom HS-enheten. Övergripande arbetsterapeuter har genomfört en granskning på ett litet underlag, resultatet stämmer dock överens med det resultat som medicinskt ansvariga genomfört.

Resultatet visar att uppföljningar inte alltid följs upp inom till exempel fallprevention och omgivningsanpassningar.

Det har upprättats en åtgärdsplan för att jobba aktivt med Att göra listor i Procapita och skapats en ny rutin att lägga in alla uppföljningar för att säkerställa att inte något missas. HS-enheten har genomfört egenkontroll gällande följsamhet av rutin avseende dokumentation av fall i patientjournalen. Dokumentationen har förbättrats sedan föregående år.

Öppna jämförelser

Hälso- och sjukvårdsenheten har tillsammans med medicinskt ansvariga svarat på Socialstyrelsens årliga enkät Öppna jämförelser. Den innehåller frågor som bedöms viktiga för den kommunala huvudmannens ansvar att erbjuda en god hälso- och sjukvård. Resultatet ger som tidigare inte en heltäckande bild av hälso- och sjukvårdens kvalitet och behöver tolkas och kompletteras utifrån lokala förutsättningar. Resultatet användas som en indikation på vad förvaltningen idag saknar och behöver arbeta vidare med. Exempel på detta är patientmedverkan, styrdokument för sammanhållen vård och omsorg vid undernäring samt bläsdysfunktion.

De områden inom Öppna jämförelser som förvaltningen idag arbetar med är styrdokument om sammanhållen vård och omsorg till personer med demens, psykisk ohälsa, fallförebyggande insatser, läkemedelshandtering, basal hygien samt överenskommelser om verksamhetsförlagd utbildning. Medicinskt ansvariga och verksamhetschefer har möten gällande systematiskt patientsäkerhetsarbete samt överenskommelser om samverkan med Regionen.

Öka kunskap om inträffade vårdskador

SOSFS 2011:9 7 kap. 2 § sista stycket, HSLF-FS 2017:40 3 kap. 1 §, PSL 2010:659 3 kap. 3 §
Genom identifiering, utredning samt mätning av skador och vårdskador ökar kunskapen om vad som drabbar patienterna när resultatet av vården inte blivit det som avsetts. Kunskap om bakomliggande orsaker och konsekvenser för patienterna ger underlag för utformning av åtgärder och prioritering av insatser.



Internutredningar och Lex Maria

En internutredning har utförts, den initierades av medicinskt ansvariga utifrån avvikelser som kommit för slutgodkännande. Internutredningen gällande allvarlig vårdskada eller en risk för allvarlig vårdskada, vilket ledde till en anmälan enligt lex Maria och rapporterades till IVO. Händelsen handlar om brist i kommunikationen som lett till brist på insats i form av hembesök och klinisk bedömning av patient. Därutöver var även dokumentationen bristfällig.

Tillförlitliga och säkra system och processer

Genom att inkludera systematiskt patientsäkerhetsarbete som en naturlig del av verksamhetsutvecklingen kan både de reaktiva och proaktiva perspektiven på patientsäkerhet bejakas. Genom att minska oönskade variationer stärks patientsäkerheten.



Riktlinjer och rutiner

Medicinskt ansvariga, enhetschef enligt HSL samt kvalitetsutvecklare HSL upprättar och reviderar dokument, riktlinjer och rutiner som stödjer verksamheten. Inför revidering genomförs ofta en omvärldsbevakning och en noggrann uppföljning av hur väl riktlinjerna och rutinerna efterlevs. Exempel på riktlinjer och rutiner som genomgått en omfattande revidering under 2024 är Fysisk aktivitet på recept och Riktlinje för läkemedelshantering.

Delegering av hälso- och sjukvårdsuppgifter

Att administrera och överlämning av läkemedel bygger på att majoriteten av baspersonal i verksamheterna är delegerade. Det är varken ett fullt ut patientsäkert eller effektivt arbetssätt. Det finns en utmaning i att följa delegeringsprocessens krav på riskanalys inför delegering samt uppföljning av delegeringar. I vissa fall ges delegeringar inte utifrån den enskilda medarbetarens kompetens och förmåga, utan utifrån verksamhetens behov. MAS och kvalitetsutvecklare från HS-enheten har under våren besökt förvaltningens ledningsgrupper för dialogmöten om rutiner gällande delegering av hälso- och sjukvårdsuppgifter. Mötena gav tillfälle till att förtydliga vissa delar i riktlinjen och chefer framförde en del praktiska utmaningar. Det fördes även dialog om tidigare arbetssätt och MAS och kvalitetsutvecklare gavs möjlighet att ge uppdaterad information.

Den tvärprofessionella arbetsgruppen gällande sommardelegeringar har haft fortsatta regelbundna möten under året. Sommaruppföljningen visade att perioden upplevts säkrare än tidigare år. Delegeringsförberedande utbildningar har genomförts under sommaren och sjuksköterskor har haft tid och möjlighet att delegera.

Digital signering

Digitala signeringslistor (MCSS) har införts på alla LSS-boenden och förberetts inom daglig verksamhet. Systemet har förbättrat patientsäkerheten genom att ge legitimerad personal bättre överblick över

läkemedelsadministration och andra insatser. MCSS är tillgängligt via dator och mobiltelefon, vilket möjliggör snabbare åtgärder vid avvikelser. Regelbundna utbildningar säkerställer att personalen är väl förberedda. En arbetsgrupp inom HS-enheten utvärderar systemet och dess funktioner regelbundet. Användarna upplever att MCSS underlättar arbetet genom spårbarhet, tydliga indikationer och statistik, vilket bidrar till ökad patientsäkerheten och effektiv vård.

Mina planer

Under året har HS-enheten bevakat följsamheten till rutinen för Mina planer. Baserat på resultaten, har förvaltningens avdelningar och enheter erbjudits utbildning och stöd. Detta har haft som mål att stärka medarbetarnas kunskap om SVU- och SIP-processerna och därmed ytterligare förbättra patientsäkerheten.

Mina planer har kompletterats med digital versionen av beslutsstöd enligt ViSam-modellen, vilket är ett verktyg för sjuksköterskor som ska användas vid förändrat hälsotillstånd för att avgöra optimal vårdnivå för patienten. Beslutsstödet är integrerat med Akutbladet och fungerar som ett komplement som bidrar till en mer effektiv och säker hantering av akuta vårdbehov.

Medicinskteknisk utrustning

Hjälpmiddelscentrum har ett nationellt samarbete med hjälpmedelsverksamheter och systemleverantör av verksamhetssystemet Sesam för planering av hanteringen av unik produktidentifiering (UDI) med direktmärkning på produkter som börjar gälla 2027.

Kvalitetsavvikelsesystem

Förvaltningens nya IT-stöd för kvalitetsavvikelser har nu funnits i två år. Trots systemets potential har utredningarna fortfarande brister när det gäller kvalitet och ledtid. Detta kan påverka förmågan att snabbt identifiera bakomliggande orsaker och implementera åtgärder för att förhindra upprepade avvikelser. Åtgärder beskrivs under annan rubrik.

Säker vård här och nu

Hälso- och sjukvården präglas av ständiga interaktioner mellan människor, teknik och organisation. Förutsättningarna för säkerhet förändras snabbt och det är viktigt att agera på störningar i närtid.



Säker kommunikation

Ett rapporteringsstöd har införts i vissa LSS-bostäder för att förbättra kommunikationen mellan baspersonal och legitimerad personal. Det skriftliga stödet hjälper baspersonalen att förbereda rätt information inför kontakt med sjuksköterskor, vilket underlättar beslutsfattande om hälso- och vårdåtgärder. Sjuksköterskorna använder också stödet för att ställa rätt frågor. Stödet finns tillgängligt som applikation i dator och mobiltelefon och förvaltningen undersöker möjligheter att tillgängliggöra det i förvaltningen. Dessutom planeras implementering av SBAR (Situation, Bakgrund, Aktuellt, Rekommendation) som ytterligare metod för säker kommunikation.

Säkerställa rätt läkemedel i rätt tid

Det finns utmaningar i att alltid ha rätt person med rätt delegering för överlämnande av läkemedel i verksamheterna. Det kan leda till risker att patienter inte får läkemedel på rätt tid eller inte alls. Delegeringsbesluten beskriver inom vilken/vilka verksamheter delegeringen gäller, vilket ibland orsakar svårigheter om personal inte har delegering för en viss verksamhet. Under året har därför handlingsplaner tagits fram för hur verksamheterna ska agera vid avsaknad av delegerad personal. Sjuksköterskorna har utökat sitt interna samarbete för att säkra upp delegeringar mellan olika verksamheter.

Fysiska avstånd

Funktionsstödsförvaltningens legitimerade personal arbetar över hela staden, men utgår från en central lokal, vilket kan leda till ojämlik vård och risk för vårdskador på grund av de fysiska avstånden. Ett arbete har inletts för att undersöka möjligheterna till fler arbetsplatser och förbättrade samarbetsformer för att minska denna risk.

Suicidprevention

Rutin för suicidprevention är uppdaterad bland annat med barnperspektivet. Det sker omfattande kompetensutveckling gällande förebyggande arbete för suicidnära personer och personer med självskadebeteende. Utbildningarna gör stor skillnad för samtliga medarbetare som möter dessa personer. HS-enheten har kopplat psykiatrisjuksköterskor till boendestödet för att ge råd och stöd för de personer som inte har kommunal hälso- och sjukvård. Stödet är ett snabbt och effektivt sätt för att stärka boendepedagogen i sitt stöd till personen med olika grader av svårare psykisk eller fysisk ohälsa.

Riskhantering

SOSFS 2011:9, 5 kap. 1 §, 7 kap. 2 § p 4

Vårdgivare 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 vårdgivare uppskatta sannolikheten för att händelsen inträffar, och bedöma vilka negativa konsekvenser som skulle kunna bli följden av händelsen.

Riskdialoger

På övergripande nivå sker arbetet med att säkra kvaliteten i utförandet av insatser genom årliga riskdialoger i samtliga avdelningar. Riskdialogerna är ett tillfälle där större och övergripande risker lyfts och fungerar som ett underlag till den förvaltningsgemensamma planeringen.

Allvarliga risker som berör patientsäkerhet och som hanterats under 2024 var följsamhet till delegeringsprocessen samt smittrisker. Resultat finns beskrivet på annan plats i berättelsen.

Risikanalyser

Förvaltningen har analysteam som stödjer verksamheter att genomföra olika typer av risk och händelseanalyser. Lokala eller centrala risk- eller händelseanalyser följer SKRs metod. De lokala analyserna genomförs utifrån verksamhetens egna processer eller processer för samarbete med andra verksamheter. De centrala analyserna genomförs inför större förändringar eller vid händelser som påverkar/har påverkat flera patienter och/eller verksamheter.

Risk- och händelseanalys har ett patientperspektiv och fokuserar inte primärt på arbetsmiljö och organisation. Om analysen har ett mer övergripande organisationsperspektiv används i stället After Action Review (AAR), vilket infördes under året.

HS-enheten har genomfört risikanalyser inför tjänsteköp av hälso- och sjukvård från hälsa- vård och omsorgsförvaltningen för personer i ordinärt boende. Beslut om tjänsteköp togs för att säkerställa att patienter inte hamnar mellan stolarna när hemtjänst och hälso- och sjukvård utförs av olika förvaltningar. Genom risikanalysen har nya arbetssätt och kontaktytor skapats, både för legitimerad personal och på strategisk nivå.

Risker identifieras och hanteras även löpande ute i verksamheterna under året.

Stärka analys, lärande och utveckling

Analys och lärande av erfarenheter är en del av det fortlöpande arbetet inom hälso- och sjukvården. 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 vårdskador minskar.



Kognitiv sjukdom

Implementeringen av Program för vård och omsorg vid kognitiv sjukdom/demenssjukdom har fortgått. En kommunikationswebblats för att samla kunskap, riktlinjer, råd och stöd kring arbetssätt vid demenssjukdom håller på att tas fram. Det ses en ökad användning av BPSD-registret (beteendemässiga och psykiska symtom vid demens), se vidare nedan.

Hälsoråd

Utvecklingsstrateg med hälsofrämjande inriktning har startat en arbetsgrupp under året. Hälsorådet har arbetat med att ta fram hälsofrämjande och förebyggande material kopplat till kost. Nästa steg är att de som är representerade i gruppen sprider materialet till övriga medarbetare inom HS-enheten och att det används i det dagliga arbetet med patienterna.

Syftet är att skapa ökade förutsättningar för en bättre hälsa hos patienternas på kort och lång sikt och därmed minskar risken för vårdskada.

Nationella kvalitetsregister

Användningen av BPSD-registret har påbörjats i sex verksamheter under året, vilket främjar samarbete i multiprofessionella team och ökar förståelsen för patienternas behov. Det bidrar till en mer personcentrerad och säker vård, även för patienter utan demens men med beteendemässiga och psykiska symtom. Tydliga omvårdnadsåtgärder och bemötandeplaner har förbättrat vården för dessa patienter.

Det sker ingen registrering i kvalitetsregistret Senior Alert i dagsläget. Registrets riskbedömningsinstrumenten, som finns i journalsystemet, används dock av legitimerad personal.

Vid utgången av 2024 var 23 % av nämndens målgrupper, med hälso- och sjukvårdsinsatsinsats, över 65 år. Målgruppens medelålder följer utvecklingen i övrig befolknings medelålder, dvs den ökar. Givet den höga andelen äldre bör förvaltningen arbeta mer förebyggande för att minska risken för vårdskador med hjälp av ett kvalitetsregister som Senior alert.

Internutredningar, lex Maria och lex Sarah

MAS, MAR och socialt ansvariga samordnare (SAS) har stärkt sitt samarbete under året. Genom att arbeta tvärprofessionellt och se till patientens hela situation kan insatta åtgärder bli mer sammanhängande och anpassade efter individuella behov vilket i förlängningen kan förbättra patientsäkerheten och minska risken för vårdskador. Samarbetet bidrar även till att effektivt sprida goda exempel och förbättra arbetet inom alla verksamheter i förvaltningen.

Avvikelser

PSL 2010:659, 6 kap. 4 §, SOSFS 2011:9 5 kap. 5 §, 7 kap. 2 § p 5

Förvaltningen saknar fortfarande verktyg för att genomförda utredningar av händelser ska kunna sammanställas och analyseras på en aggregerad nivå. Detta försvårar syftet att dra lärdom av händelser och förebygga att patienter drabbas av vårdskador.

Ett flertal utredningar uppvisar långa ledtider, och det saknas ofta en djupare analys av bakgrundsorsaker samt tydliga åtgärdsförslag. För att uppmärksamma dessa brister har medarbetare från kvalitetsenheten, MAS, MAR och SAS erbjudit utbildningstillfällen för chefer. Dessa utbildningar syftar till att stärka chefers roll i utredningsarbetet och ge dem de verktyg och kunskaper som krävs för att leda och genomföra kvalitativa utredningar med fokus på patientsäkerhet, lärande och förbättring.

En kortfattad statistik av inrapporterade händelser avseende hälso- och sjukvård, fall och medicinsktekniska produkter har sammanställts nedan. Det finns vid utgången av 2024 omkring 250 avvikelser som inte är sorterade utifrån lagrum och dessa redovisas därför inte.

Läkemedel

Under 2024 har antalet läkemedelsavvikelser minskat med 30% jämfört med föregående år. Minskningen antas bero på att digitala signeringslistor (MCSS) har införts inom samtliga boenden i förvaltningen. Statistik från MCSS visar tydligt att införandet av digitala signeringslistor ökar förutsättningarna för att patienter ska få sina läkemedel och i rätt tid.

Antalet registrerade läkemedelsinsatser (dvs administrering/överlämnande av läkemedel) i MCSS i avdelning LSS-bostäder, där MCSS varit infört längst, var under året drygt 900 000. Genom att göra en jämförelse mellan antalet insatser och antalet läkemedelsavvikelser under samma tidsperiod, kan man se 6 avvikelser per 1000 insatser.

Bakomliggande orsaker till dessa avvikelser är naturligtvis viktiga att utreda, men det är än viktigare att skapa förståelse för vilka förutsättningar som skapar säkra omständigheter för läkemedelshantering. Där är åtgärden med fokus på att öka kunskapen om vad delegeringar är och innebär för samtliga inblandade roller en viktig faktor.

”Ej given dos” är fortsatt den vanligaste händelsen. Hur det påverkar den enskilde patienten är svårt att avgöra, men man kan anta att om det drabbar samma patient upprepade gånger har det negativa effekter på välbefinnande och hälsa. Därefter kommer ”ej i tid”. Statistik visar att det är en marginell förbättring jämfört med föregående år. Statistik från enbart avdelning LSS-bostäder visar dock en tydlig förbättring.

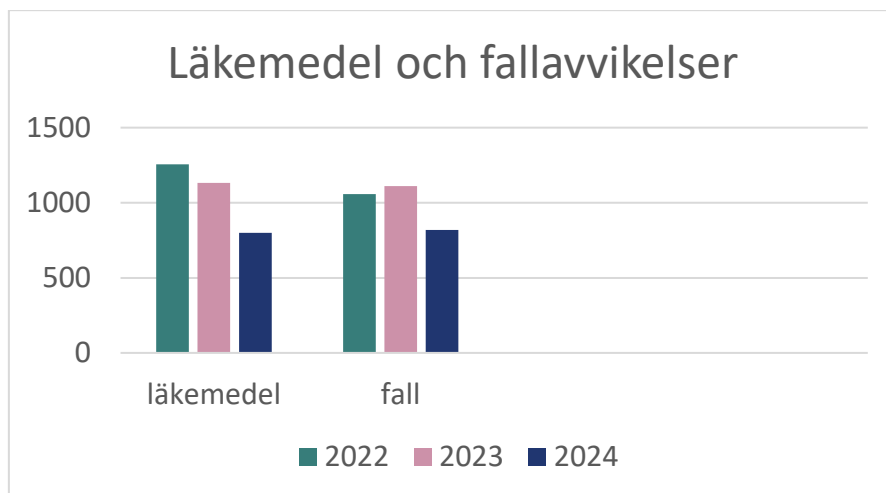
Noterbart är att ett stort antal händelser registreras som ”risk, upptäcks före administrerat”, vilket är positivt då det innebär att patienten inte drabbats och att det finns utrymme för förbättringar och lärande.

Fall

Under året har 818 fall rapporterats (1111, år 2023). Hälften av fallen har inte orsakat skador, medan de vanligaste rapporterade skadorna är smärta och sår.

De flesta fall inträffats vid förflyttning, som gång inomhus eller förflyttning till och från stol, säng eller toalett. De främsta åtgärderna inkluderar fallpreventiv rådgivning, hjälpmedel, översyn av hemmiljö och extra tillsyn.

Övergripande arbetsterapeuter har fått behörighet att utreda och godkänna fallrapporter av MAR på daglig verksamhet. Detta har minskat ledtiderna och åtgärder implementerats snabbare, vilket i sin tur minskar risken för ytterligare fall och förbättrar tryggheten för patienterna.



Kommunikation och information

Under året har 108 händelser har rapporterats (166 år 2023). Det är procentuellt jämförbart med förra året. Siffran är troligtvis en underrapportering då brist i kommunikation och information syns i andra avvikelser även om det inte är klassificerat som sådan.

Dokumentation och journalföring

Under året har 85 händelser har rapporterats (135 år 2023). Antalet avvikelser avspeglar såväl medicinskt ansvarigas som hälso- och sjukvårdsenheten journalgranskningar. Antalet har för första gången på flera år minskat, vilket visar att förvaltningens fokus på området har gett effekt.

Fördröjd utebliven vård och behandling

Under året har 76 händelser har rapporterats (98 år 2023). Det är en marginell procentuell minskning. Inom detta område är brister i information, men även dokumentation, den bakomliggande orsak som oftast beskrivs.

Vanliga åtgärder som beskrivs är att öka följsamhet till rutin, förändra kommunikation samt samtal med enskild. Sammanställningen av de olika typerna av avvikelser och åtgärdsförslagen som anges förstärker vikten av kontinuerliga HSL-möten liksom införande av rapporteringsstöd och strukturerad kommunikationsmodell.

Medicintekniska produkter (MTP)

Under året har 24 avvikelser inrapporterats till hjälpmedelscentrum. Vanligaste bristerna har varit att hjälpmedlet rapporterats som trasigt vid leverans, fel hjälpmedel levereras, gått sönder vid användning eller leveransförseningar. Ett flertal av avvikelserna tolkas mer som reklamation än negativ händelse.

Två säkerhetsmeddelanden från leverantör har inkommit som har hanterats och avslutat. En anmälan är gjord till Läkemedelsverket, vilket är återkopplad och avslutat.

Samverkan Externa vårdgivare

I nuläget finns inget gemensamt system eller forum för diskussion av de händelser som berör annan vårdgivare. Det medför svårigheter att på ett strukturerat sätt gemensamt kunna arbeta med förbättringsåtgärder.

67 händelser, vilket är jämförbart med tidigare år, har rapporterats av medarbetare avseende brister hos andra vårdgivare. Dessa har överlämnats till berörda vårdgivare för utredning. Majoriteten avser brister i samverkan vid utskrivning och informationsöverföring.

Klagomål och synpunkter

SOSFS 2011:9, 5 kap. 3 §, 3 a § och 6 §, 7 kap. 2 § p 6

Klagomål och synpunkter som berör kommunal hälso- och sjukvård kan inkomma från kommuninvånare, närstående, Patientnämnden Skåne, Inspektionen för vård och omsorg med flera och hanteras enligt funktionsstödsförvaltningens framtagna rutiner.

De klagomål och synpunkter och som förvaltningen och HS-enheten mottagit har hanterats som kvalitetsavvikelser i kvalitetsavvikelsesystemet.

Under 2024 har ett ärende inkommit från Patientnämnden som berör funktionsstödsnämnden. Händelsen handlar om fördröjd vård i kopplat till teambaserad vårdform och bemötande.

Öka riskmedvetenhet och beredskap

Alla delar av vården behöver planera för en hälso- och sjukvård som flexibelt kan anpassas till kortsiktigt eller långsiktigt förändrade förhållanden med bibehållen funktionalitet, även under oväntade förhållanden. I patientsäkerhetssammanhang beskrivs detta som resiliens.



Funktionsstödsnämndens målgrupper innefattar personer i alla åldrar med unika och föränderliga förutsättningar, många gånger är det ett livslångt behov av stöd.

Under 2024 har hälso- och sjukvårdsenheten arbetat nära i gemensamma lokaler för att öka möjligheterna för att arbeta i team, samordning kring kompetensutveckling och kompetensförsörjning för den legitimerade personalen. Gällande kompetensförsörjning vid förändringar och att möta verksamheternas behov på längre sikt saknas dock en långsiktig planering.

Det har tidigare år varit utmaningar i inflyttningsprocessen, där alla perspektiv inte har beaktats. Under året har en bred arbetsgrupp med representation för alla lagrum skapats. Effekten är att HS-enheten nu är tidigt involverade och kan bevaka patientsäkerhetsperspektivet vid inflyttning. I förlängningen kan det stärka personers hälsa och leda till att förebygga ohälsa.

För att säkra upp att patienten får sina läkemedel på ett patientsäkert sätt finns rutinen för när delegerad personal saknas. Utifrån rutinen har verksamheter med delegerad personal uppmuntrats till att skapa handlingsplaner för när det saknas delegerad personal i verksamheten.

Med anledning av världsläget finns behov av beredskap vid avbrott i digitala verksamhetssystem kris och beredskap. Två riskanalyser avseende IT-säkerhet har genomförts under året utifrån systemperspektiv. Den första utifrån datasäkerhet – att minska riskerna för att utsättas för dataintrång och att ytterligare höja säkerhetsarbetet utifrån nyttjandet av systemen. Den andra utifrån hur verksamheterna ska kunna vara väl förberedda för avbrotthantering/kontinuitetshantering i samband med ett systembortfall.

Förvaltningens strategiska arbete kopplat till arbetsgruppen Kommunal Hälso- och Sjukvård, Socialtjänst KHoSS fokuserar på att öka kunskapen, tryggheten och medvetenheten inom beredskapsområdet för verksamhet. Övergripande syfte och målsättning är bland annat stärka förmågan att bedriva verksamhet vid störningar, oönskade händelser och höjd beredskap samt att beredskap ska vara en integrerad del av verksamhetsplaneringen. Hur patientsäkerheten ska bevakas utifrån kris- och beredskap kommer lyftas med gruppen under 2025.

MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

Funktionsstödsnämndens verksamheter ska gemensamt arbeta för att säkerställa att god och jämlik vård på lika villkor ges för att förebygga ohälsa. Under 2025 kommer förvaltningen arbeta med att öka patientsäkerheten inom följande områden.

Engagerad ledning och tydlig styrning

Det personcentrerade arbetssättet kommer även år 2025 vara i fokus i hela förvaltningen. Legitimerad personal och verksamhetsavdelningarna kommer gemensamt att arbeta vidare med det tvärprofessionella teamarbetet genom bland annat HSL-möten. HS-enheten kommer fortsätta att stärka och förbättra det interna teamarbetet.

En god säkerhetskultur

Förvaltningens arbete med att säkerställa patientens rättighet till att få rätt läkemedel på rätt tid kommer att fortsätta. Det ska säkerställas genom fortsatt fokus på säker läkemedelshantering, delegeringsprocessen och uppföljning av avvikelser. Arbetet med att implementera MCSS har gett resultat och ska färdigställas kommande år.

Förvaltningen har även som mål för 2025 att fler verksamheter ska genomföra kvalitetsråd.

Adekvat kunskap och kompetens

Förvaltningen kommer att fortsätta arbeta systematiskt med lärande genom utbildningsinsatser och en mer strukturerad hantering av patientsäkerhetsavvikelser.

Patienten som medskapare

Under 2025 har förvaltningen som mål att FaR ska börja förskrivas av team med sjuksköterska, fysioterapeut och arbetsterapeut.

Förvaltningen kommer att genomföra ett projekt om delaktighet i patientmötet, där patienter med LSS-insatser delar med sig av sina upplevelser av delaktighet i mötet med legitimerad personal.