



Malmö stad

Arbetsmarknads- och socialförvaltningen

Patientsäkerhetsberättelse

Arbetsmarknads- och socialförvaltningen

2024



Inledning

PSL 2010:659, SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §

Enligt Patientsäkerhetslagen (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.



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

Innehållsförteckning

Sammanfattning.....	4
Grundläggande förutsättningar för säker vård.....	5
Engagerad ledning och tydlig styrning.....	5
Övergripande mål och strategier.....	5
Organisation och ansvar.....	6
Vårdgivare	6
Verksamhetschef.....	6
Ansvarig för rapportering enligt lex Maria.....	7
Medarbetare som omfattas av hälso- och sjukvårdslagen	7
Socialtjänst	7
Arbetsmarknad	8
Samverkan för att förebygga vårdskador.....	8
Informationssäkerhet.....	9
En god säkerhetskultur.....	10
Adekvat kunskap och kompetens.....	11
Patienten som medskapare	12
Agera för säker vård.....	13
Egenkontroll.....	15
Öka kunskap om inträffade vårdskador	15
Händelser och risk för vårdskador.....	16
Tillförlitliga och säkra system och processer	17
Process - Åtgärder för att öka patientsäkerheten.....	17
Säker vård här och nu	18
Riskhantering.....	18
Avvikelser.....	19
Klagomål och synpunkter.....	19
Öka riskmedvetenhet och beredskap.....	19
Mål och strategier för kommande år	20
Planerade åtgärder och strategier.....	20
Bilaga 1. Årshjul 2025.....	21

Sammanfattning

Patientsäkerhetsberättelsen beskriver öppet och tydligt hur vårdgivaren har arbetat för att identifiera, analysera och minska riskerna i vården genom att redovisa strategier, mål och resultat av arbetet med att förbättra patientsäkerheten. Patientsäkerhetsberättelsen redogör även för de resultat som uppnåtts under föregående år.

Den huvudsakliga inriktningen år 2024 har varit att fortsätta arbetet med att upprätthålla strukturen för hälso- och sjukvårdsorganisationen i enlighet med de krav som ställs enligt Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL ¹. Under året har patientsäkerheten stärkts genom kontinuerligt kvalitetsarbete utifrån planering, process, struktur och resultat. Detta har visat sig i antal avvikelser som ligger på samma antal som föregående år.

Det övergripande målet med patientsäkerhetsarbetet är att verka för att berörda målgrupper inom arbetsmarknads- och socialförvaltningen, ges möjlighet till en god hälsa samt att de erbjuds god och säker vård på lika villkor inom ansvarsområdet för hälso- och sjukvårdsuppdraget.

Kommande år fortsätter arbetet med systematiskt, analytiskt och kunskapsorienterat förbättrings- och kvalitetsarbetet med fokus på att prioritera och stärka patientsäkerhetsarbetet.

¹ Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) förkortning används fortsatt i nedanstående text

Grundläggande förutsättningar för säker vård

Nedan beskrivs mål och strategier, organisation och struktur för arbetet med att minska antalet vårdskador. För att kunna nå den nationella visionen ”God och säker vård – överallt och alltid” och det nationella målet ”ingen patient ska behöva drabbas av vårdskada”, har fyra grundläggande förutsättningar identifierats i den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet.

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, vilket gäller alla nivåer. Ledningens ställningstaganden, kunskap, förhållningssätt, agerande och beslut är avgörande för en hög patientsäkerhet. Även en god arbetsmiljö och psykologisk trygghet är viktigt för en god kvalitet och patientsäkerhet, vilket kan utvecklas i en kultur där medarbetarna är delaktiga och gemensamt med ledningen strävar efter fortlöpande förbättringsarbete samt hållbar verksamhet.



en

Övergripande mål och strategier

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

För att bedriva en god patientsäkerhet krävs ett rättssäkert journalsystem, vilket färdigställdes och implementerades under åren 2022 och 2023 i alla verksamheter som omfattas av HSL. Under 2024 har arbetet fortlöpt med fokus på utveckling och ökad kunskap om journalföring i systemet.

Under hösten 2023 uppmärksammades behovet av att säkerställa att arkivering sker på ett sätt som är förenligt med lagkrav och förvaltningens rutiner. Detta har åtgärdats under 2024.

År 2024 har verksamheten fortsatt arbeta med att säkerställa att upprättade rutiner och riktlinjer följs enligt lagkrav och revidering av rutiner har genomförts enligt årshjul, med delaktighet från samtliga medarbetare som omfattas av HSL.

Kollegial journalgranskning har sedan början av 2023 genomförts löpande enligt rutin och struktur, vilket även fortlöpt under 2024.

Fasta mötesstrukturer har följts enligt årshjulet under 2024, detta med syfte att bedriva kontinuerligt förbättrings- och kvalitetsarbete.

Introduktionsprogram för nyanställda medarbetare som omfattas av HSL har reviderats under 2024, likaså introduktionsprogram för nya sektionschefer som ansvarar för medarbetare som omfattas av HSL.

Verksamhetens mål inom patientsäkerhet är att bedriva en god och säker vård där händelser tidigt identifieras samt att risker förebyggs. Antalet avvikelser i verksamheten minskade markant under 2023 då det endast inrapporterades 7 avvikelser. Likaså under 2024 har det inkommit 7 avvikelser och därav varken en minskning eller ökning.

Organisation och ansvar

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

I arbetsmarknads- och socialförvaltningen finns tre verksamheter som omfattas av hälso- och sjukvårdslagen. Verksamheterna bedriver olika vårdformer och benämner sina patienter olika. Psykologerna på Skolfam benämner sina patienter som barn, psykologen på Enebackens barn- och familjeinstitution benämner dem som barn och föräldrar. Inom arbetsmarknadsområdet benämner psykolog, arbets- och fysioterapeut sina patienter som deltagare. I patientsäkerhetsberättelsen benämns alla som patienter i enlighet med Patientsäkerhetslagen (2010:659).

Vårdgivare

Enligt reglementet som styrs av lagstiftningen innefattar arbetsmarknads- och socialförvaltningens ansvarsområde inte kommunalt hälso- och sjukvårdsansvar. Arbetsmarknads- och socialförvaltningen bedriver dock hälso- och sjukvårdsverksamhet, då förvaltningen har medarbetare som är legitimerade psykologer och en arbetsterapeut som gör medicinska bedömningar enligt vetenskap och beprövad erfarenhet i enlighet med Patientsäkerhetslagen 6 kap. 1 § (2010:659).

Nämnden ansvarar för att inom sitt område fullgöra de uppgifter som ankommer på vårdgivaren och det arbete som bedrivs. Kommunfullmäktige i Malmö stad är vårdgivare för all hälso- och sjukvård inom organisationen. Vårdgivaransvaret för arbetsmarknads- och socialförvaltningen är överlåtet till nämnden, som utser en verksamhetschef.

Verksamhetschef

Verksamhetschefen är utsedd av arbetsmarknads- och socialförvaltningen och ska enligt HSL säkerställa att patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vården tillgodoses. Verksamhetschefen är också ansvarig för att säkerställa, utveckla och utvärdera verksamhetens insatser som omfattas av HSL. Ny verksamhet anmäldes i oktober 2022 till IVO-Inspektionen för vård och omsorg enligt Patientsäkerhetslagen (2010:659).

Verksamhetschefen som saknar hälso- och sjukvårdsutbildning har uppdragit åt hälso- och sjukvårdssamordnare att utföra enskilda uppgifter syftande till att säkerställa den medicinska kompetensen i verksamheten. Medicinska ledningsuppgifter har överlåtit till hälso- och sjukvårdssamordnare som har medicinsk kompetens, med stöd av HSLF-FS (2017:80), kap. 4, 5§.

I de tre verksamheter som har personal som omfattas av HSL finns utifrån organisationens huvuduppdrag att bedriva socialtjänst och arbetsmarknadsverksamhet som närmaste chef en sektionschef. Denne ansvarar för personal-, budget- och arbetsmiljö samt övrigt förekommande ledningsuppgifter.

Fördelningen av ansvar mellan uppgifter ålagda verksamhetschef enligt HSL och sektionschef kräver tydlighet och samverkan i de frågor och uppgifter som kan ha en påverkan på varandra.

Ansvarig för rapportering enligt lex Maria

Enligt bestämmelserna i 3 kap. 5 § Patientsäkerhetslagen (2010:659) har vårdgivare en skyldighet att snarast anmäla till IVO om en patient drabbats av eller utsatts för risk att drabbas av allvarlig vårdskada. Varje vårdgivare ska utse en särskild person som ansvarar för att anmäla händelser enligt lex Maria till IVO.

Enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOFs 2005:28) om anmälningsskyldighet enligt lex Maria i 5 kap.1 § ska vårdgivaren utse den eller de befattningshavare som ska ansvara för anmälningsskyldigheten. Arbetsmarknads- och socialförvaltningen har utsett hälso- och sjukvårdssamordnare att ansvara för anmälan enligt lex Maria.

Medarbetare som omfattas av hälso- och sjukvårdslagen

År 2024	Antal	Arbetsplats
Psykologer	7st Skolfam 1st Enebacken 1st Resursteamet	Socialtjänst och Arbetsmarknad
Arbeterapeuter	1st Resursteamet	Arbetsmarknad

Enligt styrdokument för legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal framgår att de har ett eget yrkesansvar för att arbetet ska utföras med god kvalitet och hög patientsäkerhet, samt att de ska medverka och bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls. Varje medarbetare ansvarar för att avvikelser och risker identifieras samt rapporteras.

Socialtjänst

Verksamheten Skolfam i Malmö tillhör organisatoriskt verksamhetsområde individ och familj. Patientgruppen är barn i grundskoleåldern som är familjehemsplacerade. Psykologernas arbetsuppgifter består i huvudsak av konsultativa möten med personal, screeningar, skattningar och kognitiva utredningar vid uppstart av insats och uppföljning.

Även verksamheten Enebacken² tillhör organisatoriskt verksamhetsområde individ och familj. Psykologens roll, uppdrag och ansvar på Enebacken möjliggör både ett utifrånperspektiv och en fördjupning i diskussioner och planering av utrednings- och behandlingsarbete. Psykologen bistår under utredning och behandling med psykologisk screening av psykisk hälsa och funktion. Patientgruppen är både vårdnadshavare och/eller barn. Screeningen kan innefatta observation, samtal, skattningar och test. Upplägg av screening görs i samverkan mellan socialsekreterare, psykolog och utredare/ behandlare där syftet klargörs i genomförandeplanen. Psykologen kan på uppdrag av socialtjänsten konsultera eller inhämta uppgifter från sjukvård och skolhälsovård samt om behov föreligger för barn eller förälder remittera till sjukvård för fördjupad utredning och ställningstagande för behandling. Psykologen kan utföra kortare behandlande insatser under placering.

² Enebackens barn- och familjeinstitution

Arbetsmarknad

I Resursteamet på arbetsmarknadsavdelningen ingår psykolog, arbetsterapeut samt språkutvecklare och studie- och yrkesvägledare. Psykologfunktionen arbetar centralt i resursteamet och har till uppgift att konsultativt ge stöd till handläggare i deras vägledande arbete med patienter. Under år 2024 har psykologen enbart arbetat konsultativt.

Arbetsterapeuten har under år 2024 främst arbetat med ROS - Rätt till stöd och ersättning, som är ett gemensamt initiativ taget av arbetsmarknadsavdelningen och avdelning för ekonomiskt bistånd och boende, vilket gått från pilotprojekt till att nu vara permanent och implementerat i ordinarie verksamhet. Syftet med insatsen är att personer med permanent nedsatt arbetsförmåga kan ges individuellt, anpassat och kvalitativt stöd i processen att ansöka om sjukersättning hos Försäkringskassan. Funktionsbedömning (AWP) som görs av arbetsterapeut är ett viktigt underlag för läkare att beskriva aktivitetsbegränsningar och påvisa oförmåga. Arbetsterapeuten deltar även vid behov i SIP- samordnad individuell planering, samt vid inskrivningsmöten.

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Intern samverkan

Gemensamma nätverksträffar sker tre gånger per år för samtliga medarbetare som omfattas av HSL och är obligatoriska. Regelbundna möten sker en gång per månad med systemförvaltare och representanter från alla verksamheter som omfattas av HSL gällande det gemensamma journalsystemet. Likaså hålls möten en gång per månad tillsammans med PLA - psykologiskt ledningsansvarig, med fokus på samordning kring det systematiska kvalitetsarbetet.

Extern samverkan

Hälso- och sjukvårdssamordnare deltar i nätverk med MAS - medicinskt ansvariga sjuksköterskor och MAR - medicinskt ansvariga rehab från HVOF - hälsa- vård och omsorgsförvaltningen och FSF – funktionsstödsförvaltningen, med syfte att samverkan övergripande ska öka patientsäkerheten.

Vid uppstart av insats för patient samverkar Skolfam med skola och EMI - Elevhälsans medicinska insats. I den samverkan lämnar skolsköterskan hälsouppgifter som kan ha betydelse för, samt gynna patientens utveckling. I samarbetet mellan Skolfam och EMI finns rutiner för att säkerställa barns somatiska hälsa. Därutöver samverkar Skolfam vid behov med barn- och ungdomspsykiatri och barnhabiliteringen inom Region Skåne. Samverkan i vissa individärenden sker utifrån SIP.

Under 2024 har samarbete mellan BUP- Barn- och ungdomspsykiatri och Enebacken fortsatt med en samverkanspsykolog anställd på BUP. Den innebär att psykolog på Enebacken som utfört barnpsykiatrisk kartläggning som indikerar behov av barnpsykiatriska insatser, kan aktualisera ärendet på BUP genom direktkontakt med läkare eller psykolog och remiss. Samverkan sker genom att Enebackens psykolog och läkare eller psykolog från BUP gemensamt

träffar barnet och föräldrarna på Enebacken, alternativt BUP. Samverkan medför att remisser kan tas emot skyndsamt och därefter följas över tid för att säkerställa att patienterna får rätt hjälp inom psykiatri. Enebacken har även ett samarbete med vuxenpsykiatri Malmö som samverkanspsykologen hjälper till med vid behov.

Framåt har psykologer på Skolfam önskemål om samverkan med BUP gällande remissgång. Utifrån erfarenhet av att ha konsulterat med BUP, har man kunnat resonera om att exempelvis avvakta med remiss och i första hand börja med fler insatser i hemmet, alternativt få hjälp med vilken typ av insatser som BUP erbjuder. På så vis behöver inte remisser skickas i onödan exempelvis gällande sådant som BUP ändå inte har insatser kring. Samverkan kan även gynna patienten i samband med utredningar samt vid frågeställning NPF - neuropsykiatrisk funktionsnedsättning.

Resursteamets arbetsterapeut har under året deltagit i fyra nätverksträffar för arbetsterapeuter som arbetar inom samma verksamhetsområde. Här sker ett kunskapsutbyte kring processer för bedömning av aktivitets- och arbetsförmåga, instrument och bedömningsmetoder. Ett möte för kunskapsutbyte med Försäkringskassan gällande försäkringsmedicin, bedömningar och ansökningsförfarande vid sjuk- och aktivitetsersättning.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §

Arbetet med informationssäkerhet har en stor påverkan på vårdgivarens möjligheter att bedriva en patientsäker verksamhet. Under året har verksamheten arbetat med informationssäkerhet enligt följande:

Procapita ASF HSL journalsystem

Journalsystemet Procapita HSL ligger som en domän på funktionsstödsförvaltningens server. I systemet finns en journal på varje patient och sekretessen ställs in med hjälp av behörigheter kopplat till de tre verksamheter som omfattas av HSL.

Inloggningen sker genom stark autentisering med SITHS-kort, ett elektroniskt identitetskort där SITHS står för Säker informationsteknik inom hälso- och sjukvård.

PuB (personuppgiftsbiträdes-) avtal finns tecknat mellan arbetsmarknads- och socialförvaltningen och Tietoenvry som har databas i Sverige.

Systematisk stickprovskontroll

Hälso- och sjukvårdssamordnare utför loggkontroller en gång i månaden på behöriga medarbetare som omfattas av HSL, vilka antecknas i granskningsprotokoll och diarieförs i Platina.

Kontroll vid misstanke eller särskild händelse

Vid misstanke om obehörig åtkomst sker alltid loggkontroll omedelbart. Verksamhetschef kan begära att särskild loggkontroll utförs på viss journal eller användare eller att en generell loggkontroll utförs utifrån en viss händelse eller iakttagelse.

Vid begäran av loggutdrag

En patient eller myndighet har rätt att begära ett loggutdrag över vilka som har haft tillgång till dennes journal. I samband med att loggutdraget lämnas till patienten ska loggkontroll göras för den tidsperiod som angivits av patienten. Hälso- och sjukvårdssamordnare genomför loggkontroller och dokumenterar i granskningsprotokoll som därefter diarieförs i ärendehanteringssystemet. Protokoll sparas i pappersformat hos hälso- och sjukvårdssamordnare i 5 år. Sammantaget visar utvärderingen att ingen olovlig åtkomst till datornätverk och informationssystem förekommit under året.

En god säkerhetskultur

En grundläggande förutsättning för en säker vård är en god säkerhetskultur. Organisationen ger då förutsättningar för en kultur som främjar patientsäkerhet. Ett öppet och tryggt arbetsklimat med god tillgänglighet till stöd från både kollegor och medicinsk ledning, där man som medarbetare tryggt kan rapportera, diskutera samt ställa frågor om säkerhet. En god säkerhetskultur är dessutom särskilt viktig att arbeta med i arbetsmarknads- och socialförvaltningens verksamheter som omfattas av HSL eftersom det finns legitimerad personal som är ensamma alternativt fåtaliga i sin profession i respektive verksamhet. Likaså är patientens delaktighet med möjlighet till dialog en framgångsfaktor när det kommer till hög patientsäkerhet. HSL-organisationen har under år 2024 arbetat enligt följande:



Nätverksträffar

Fyra möten fördelade under året har skett tillsammans med samtliga medarbetare som omfattas av HSL. Syftet med mötena är att bedriva kontinuerligt kvalitets- och förbättringsarbete genom att informera om rutiner, avvikelser och vidtagna åtgärder, dokumentation, journalgranskning, patientsäkerhetsberättelse samt aktuella frågor, diskussion och reflektion.

Journalgranskning

Syftet med journalgranskning är att eftersträva en mer likvärdig dokumentation samt att skapa utrymme för gemensamt lärande och reflektion. Under året har samtliga medarbetare som omfattas av HSL deltagit i journalgranskning. Skolfam har en journalgranskningsgrupp som träffas fyra gånger per år, var sjätte vecka och består av tre psykologer. Psykologen på Enebacken ingår även i denna journalgranskningsgrupp och deltar två gånger per år. Arbetsterapeut i Resursteamet har tillsammans med hälso- och sjukvårdssamordnare genomfört journalgranskning två gånger under 2024 enligt årshjul.

Återkopplingar

Återkoppling från avvikelser samt det systematiska kvalitetsarbetet sker både på individ- och gruppnivå på nätverksträffarna.

Avvikelserapport

Samtliga medarbetare som omfattas av HSL är skyldiga att kunna identifiera samt rapportera avvikelser. Syftet är att ta lärdom och förhindra att samma typ av händelser inträffar igen. En avvikelse är en händelse som har medfört eller riskerat medföra en vårdskada. En avvikelse kan vara:

- Ett tillbud, där en risksituation uppstått som skulle kunna ha lett till vårdskada
- En negativ händelse, dvs en situation där en vårdskada har uppkommit

Riskanalys

Vid en händelse bedöms alltid om det finns en risk för patienten att händelsen skulle kunna inträffa som kan ha föranletts av brister i verksamhetens kvalitet. För varje sådan händelse uppskattas sannolikheten för att händelsen kan inträffa igen, och bedöms därefter vilka negativa konsekvenser som skulle kunna bli följden av händelsen.

Adekvat kunskap och kompetens

En grundläggande förutsättning för en trygg och säker vård av god kvalitet är att det finns medarbetare som har adekvat kompetens och goda förutsättningar för att utföra sitt arbete. Nära samarbete och sammanhållning med kollegor samt medicinsk ledning är viktigt. Därav är introduktionen som tagits fram för nya medarbetare en viktig grundsten i anställningen. Vid anställning av medarbetare som omfattas av HSL kontrolleras alltid legitimation hos Socialstyrelsen samt att registerutdrag görs. Medarbetare med samma profession finns alltid med vid varje intervju. Under året har PLA involverats i meritvärdering och rekryteringsprocess.

En god kompetensförsörjning innebär att på både kort och lång sikt se till att verksamheterna har medarbetare med tillgång till adekvat kompetens.

Psykologer på Skolfam och Enebacken har haft konsultationstillfällen två till tre gånger per termin med extern psykolog. Konsultationen fokuserar på komplexa enskilda ärenden men har även inslag av lästips, fortbildning och uppdatering inom fältet.

Samtliga psykologer har deltagit på föreläsning med en forskare/psykolog med särskild kunskap kring trauma och NPF som bjödits in till verksamheten.

Två av psykologerna på Skolfam har gått utbildning i ICDP (international child development programme/vägledande samspel). Psykologer har även deltagit i enskilda föreläsningar/webinarium inom fältet såsom FAS-utbildningsdag (Fetal Alcohol syndrom), Barnafriids utbildning digitalt: Barnpsykiatrisk traumavård, Ericastiftelsen 90 år: Motståndskraft och återhämtning – hos barn, unga och deras familjer, samt Psykologpartners webinarium om problematisk skolfrånvaro.

Skolfams psykologer har deltagit i den årliga nationella Skolfamkonferensen med tema ”Relationernas betydelse för psykisk hälsa och skolgång”. De har också deltagit på Skolfams nationella utvecklingsdagar på Sättra bruk som detta år hade fokus på mentalisering och stöd till familjehem för att förebygga och hindra sammanbrott i familjehemsvården.

Under 2024 har Hälso- och sjukvårdssamordnare deltagit i Socialstyrelsens webinarium gällande patientsäkerhet och vad som är aktuellt här och nu, samt via Sveriges kommuners och regioners webinarium gällande patientsäkerhet utifrån samverkan mellan kommun och region.

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.



Inom alla verksamheter som omfattas av hälso- och sjukvårdslagen informeras patienterna om vad vårdkontakten innebär och att kontakten är frivillig. Därefter ger patienten informerat samtycke om att delta och skriftligt samtycke till att informationen delas med berörda aktörer. Patienterna delges även information om att de när som helst, och utan särskild anledning kan avsluta kontakten. Verksamheten som omfattas av HSL lyder under hälso- och sjukvårdens sekretessregler och patienterna får information om sekretess, tystnadsplikt och anmälningsplikt. Patienten erbjuds att medverka i utformning av behandlingsmål, behandlingsform och utvärderingar. Patienten informeras alltid om åtgärder.

När en åtgärd rör ett barn ska vad som är till barnets bästa särskilt beaktas då åtgärderna rör barnet. Barnet ska få relevant information och ges möjlighet att framföra sina åsikter i frågor som rör barnet. Om barnet inte framför sina åsikter, ska barnets inställning så långt det är möjligt klargöras på annat sätt. Barnets åsikter och inställning ska tillmätas betydelse i förhållande till hens mognad. Insatsen avslutas med en återkoppling vilket även erbjuds närstående om den enskilde samtycker till detta, alternativt att det rör en minderårig patient.

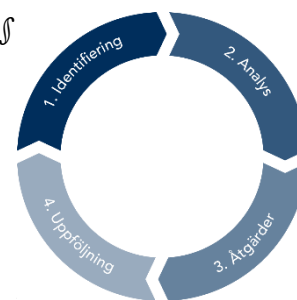
I Sveriges kommuner och regioners årliga nationella brukarundersökning inhämtas patienternas upplevelse om delaktighet och om denne anser sig kunnat påverka vilken typ av hjälp denne kan få. Då frågor och svar är riktade till samtliga verksamheter som omfattas av socialtjänstlag och arbetsmarknad, och inte specifikt i förhållande till legitimerad hälso- och sjukvårdspersonals insatser, så går det inte att utläsa om patienternas upplevelse specifikt beror på hälso- och sjukvårdspersonalens insatser eller inte. Tolk används alltid vid behov för att säkra informationsflödet till och från berörd patient.

Agera för säker vård

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

Vårdgivaren ska utöva egenkontroll, vilket ska göras med den frekvens och i den omfattning som krävs för att vårdgivaren ska kunna säkra verksamhetens kvalitet. Egenkontrollen kan innefatta jämförelser av verksamhetens nuvarande resultat med tidigare resultat, i jämförelse med andra verksamheter, nationella och regionala uppgifter.

Ett fortlöpande förbättringsarbete, som bygger på lärande och utveckling, till exempel en förbättringsmodell, är en viktig grund för ett framgångsrikt patientsäkerhetsarbete. Arbetsprocessen för ett systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete sker genom följande fyra steg:



Identifiering

- Beskrivning av resultatet inom de områden som identifierats och följs.
- Beskrivning av omfattning och frekvens.

Analys

- Beskrivning av analys och/eller resonemang kring resultat inom området, till exempel orsaker till förändring i resultatet eller koppling till patientsäkerhetsrisker.

Åtgärder

- Beskrivning av åtgärder med koppling till identifierat område. Åtgärder kan både vara i form av aktiviteter eller förändringar i struktur eller organisation.

Uppföljning av åtgärd

- Beskrivning av vidtagna åtgärder inom identifierat område och hur ni följt upp och återkopplat.
- Beskrivning av hur kunskap och lärande har spridits till verksamheter och/eller ledning.

Identifiering	Analys	Åtgärd	Resultat	Uppföljning av åtgärd
Mål 1 Vidhålla mötesstrukturer för arbetsprocesser kopplat till systematiskt kvalitetsarbete	Åtgärdat	Avstämningsmöte med verksamhetschef. Nätverksmöten för samtliga medarbetare som omfattas av HSL. Samordningsmöten ledningsansvariga Systemgruppsmöten	Samlad information i mötesforum, god kommunikation och ökad kvalitet.	Kontinuerlig process.

Mål 2 Rättssäkert journalssystem	Åtgärdat	Byggt och implementerat i samtliga verksamheter	Finns ett rättssäkert journalssystem	Kontinuerlig process
Mål 3 Kontinuerligt revidera befintliga rutiner samt vid behov upprätta ny i enlighet med lagar och riktlinjer.	Åtgärdat	Rutiner är reviderade samt inplanerade enligt årshjul.	Arbetet med rutiner är i fas och revideras kontinuerligt enligt årshjul.	Kontinuerlig process
Mål 4 Likvärdig dokumentation för medarbetare som omfattas av HSL	Ökad kvalitet av dokumentation	Kollegial journalgranskning enligt fast struktur	Systematiskt förbättringsarbete samt kan åtgärda brister i dokumentation	Kontinuerlig process
Mål 5 Upprätthålla introduktionsprogram för nya medarbetare som omfattas av HSL samt chef med syfte att öka kunskap om HSL	Åtgärdat och implementerat.	Presentationer har reviderats samt presenterats för varje ny medarbetare och chef.	Ökad patientsäkerhet och ökad förståelse för medarbetare som omfattas av HSL	Kontinuerlig process
Mål 6 Säkerställa att arkivering sker enligt riktlinjer och lagkrav	Åtgärdat	Dialog och samverkan med förvaltningsarkivarie. Reviderat rutin för skanning och arkivering av patientjournal	Ökad patientsäkerhet och kvalitet.	Kontinuerlig process

Egenkontroll

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

Egenkontroll innebär att den som bedriver verksamheter regelbundet granskar och följer upp sina egna resultat, vilket är en viktig del i det systematiska förbättringsarbetet i ledningssystemet.

Egenkontroll	Omfattning	Källa	Ansvarig
Dokumentation/ journalgranskning	Journalgranskning Skolfam: 4 gånger år 2024 Resursteamet: 2 gånger år 2024	Mall skapad för journalgranskning. Återkoppling till varje verksamhet Återkopplas även på nätverksmöten. Protokoll läggs upp i teams	Hälso- och sjukvårdssamordnare och PLA
Avvikelsehantering/Avvikelser	Sker löpande Antal Skolfam: 7 Enebacken: 0 Resursteamet: 0	SOFS 2011:9 Återkoppling till medarbetare och sektionschef. Återkopplas på nätverksmöten. Registreras i Platina	Hälso- och sjukvårdssamordnare
Loggkontroller	En gång i månaden loggas 10% av medarbetarna som omfattas av HSL	Enligt förvaltningsövergripande rutin	Hälso- och sjukvårdssamordnare

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.



Har vården varit säker

Utifrån den bedömning som gjorts upprätthåller hälso- och sjukvårdsorganisationen inom ASF en trygg och säker vård. Utifrån kontinuerligt kvalitetsarbete har man i arbetsgruppen

uppmärksamma vikten av att arbeta aktivt med avvikelser. Om en avvikelse identifieras ska en avvikelserapport skrivas av medarbetaren som omfattas av HSL. Avvikelserapporten ska innehålla händelseförlopp, tidsangivelse, eventuella andra involverade vårdgivare samt förslag på åtgärder/skydd för att förhindra att liknande händelse inträffar igen.

Händelser och risk för vårdskador

Avvikelser 2022	33
Avvikelser 2023	7
Avvikelser 2024	7

Majoriteten av de avvikelser som inkommit under 2024 inom verksamheterna som omfattas av HSL-insatser, handlar om journalhantering/journalsystem och berör främst inskanning av dokument i fel patientjournal. Dessa avvikelser har bedömts att inte ha medfört någon risk för vårdskada och har kunnat åtgärdas direkt samt kunnat härledas till orsak i form av äldre och otydligt journalsystem. Förslag på åtgärder har lyfts i systemgruppen och systemförvaltare har gjort flertalet testningar i journalsystemet samt tittat på om eventuella justeringar och förtydligande kan göras.

En annan avvikelse som berörde journalsystemet berodde på tillfälligt systemfel och medförde att medarbetare inte kunde logga in i arbetsdatorn och därav inte heller kunde journalföra. Åtgärder vidtogs i den aktuella situationen med hjälp av systemförvaltare, vilket medförde att det inte ledde till någon risk för vårdskada. Orsaksutredning visade på tillfälligt systemfel hos Tietoevry vid aktuell tidpunkt och kunde åtgärdas skyndsamt.

Avvikelse som medfört vidare utredning

En avvikelse som inkom år 2024 gällde psykologisk testning och felaktig poängsättning i testprotokoll, vilket mynnat ut i högre testresultat för patienten och därav eventuell risk för felbedömning. Risk för vårdskada föreföll dock vara låg då den högre poängsättningen inte hade en avgörande roll för den slutgiltiga bedömningen, och därav inte förändrat eller varit avgörande för den vård och insatser som getts till patienten.

Med hänsyn till risk för patientsäkerheten och att felet kunde förekomma i fler patientärenden genomfördes en vidare kartläggning med hjälp av PLA, verksamhetschef samt annan legitimerad psykolog. Sammanlagt kunde sju ärenden identifieras som innehöll felaktig poängsättning. Psykologer i egenskap av sakkunniga genomförde granskningen och kunde i samtliga ärenden bedöma att den felaktiga poängsättningen inte haft en avgörande roll för slutbedömning, vård och insatser.

Gällande verksamhetens ansvar kunde man inte identifiera att man avviker från rådande rutiner och riktlinjer för att säkerställa en god introduktion samt kompetens gällande psykologisk testning.

Vidtagna åtgärder i verksamheten

I rutinen för utredning av intellektuell funktionsnedsättning har det lagts till att ansvarig psykolog alltid ska ta hjälp av kollega för kontrollräkning av protokoll samt diskussion kring bedömning.

Sektionschef ska i samband med nyanställning inventera om psykolog behöver förstärkt introduktion eller fortbildning. Vid behov involveras PLA för att värdera meriter.

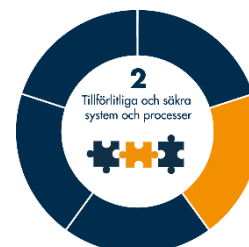
Revidering har gjorts av allmänna rutiner kring testning, att testning på Ipad är rekommenderat då det minskar risken för felaktig beräkning, detta förutsatt att psykologen är förtrogen med digital administrering.

Utifrån vidare kvalitetsutvecklingsarbete och patientsäkerhet har psykologgruppen lyft frågan om större transparens i de delar psykologen utför självständigt. Exempelvis samrättning, gemensam genomgång av manual samt som en del av den journalgranskning som utförs löpande i verksamheten.

Vårdgivare har som skyldighet att anmäla till IVO om det finns skälig anledning att befara att en person kan utgöra fara för patientsäkerhetsrisken. Efter samråd med IVO gjordes därför slutligen en anmälan av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal i enlighet med Patientsäkerhetslagen (2010:659).

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.



Process - Åtgärder för att öka patientsäkerheten

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 2

Rutiner

Sedan verksamheten för HSL bildades och verksamhetschef utsågs av nämnden har verksamheten haft ett stort fokus på att formulera, dokumentera och implementera rutiner enligt gällande lagkrav. Under år 2024 har fortsatt revidering gjorts enligt årshjul av befintliga rutiner enligt fastställd struktur, av hälso- och sjukvårdssamordnare samt PLA i samråd med arbetsgruppen. Revidering har därefter godkänts av verksamhetschef enligt HSL.

Journalföring

Mallar har skapats för att öka likvärdigheten i dokumentationen samt möjliggöra kollegial journalgranskning med hänsyn till att arbeta för säkrare system. Alla medarbetare som omfattas av HSL journalgranskas i kollegiala grupper, likaså här efter en fastställd struktur i enlighet med årshjul.

Journalgranskning

Utifrån den kollegiala journalgranskningen som sker kan det konstateras att det höjer kvaliteten

på dokumentationen samt lett till förbättringsarbete när fel och brister har kunnat identifieras. Under 2024 har journalgranskning fortsatt med fasta intervaller enligt årshjulet. Befintliga mallar för journalgranskning har följts samt att mallarna har reviderats i linje med systematiskt kvalitetsarbete.

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.



Är vården säker idag

Resultatet av kontinuerligt kvalitetsarbete och antal inrapporterade avvikelser år 2024, är att verksamheterna som omfattas av HSL upprätthåller en hög patientsäkerhet. Risker som identifierats att arbeta vidare med är följande:

Journalssystem

Procapita ASF HSL är ett äldre journalssystem som inte längre uppdateras och det har framkommit att det inte är möjligt i detta system att lägga behörigheter på moment gällande inskanning. På grund av sekretessgräns innebär detta att psykologernas journalmaterial som omfattas av HSL inte kan skannas in i journalen, utan sparas i pappersform. Den mest patientsäkra hanteringen av journaler är digital, därför fortsätter arbetet med att aktualisera nytt journalssystem.

Arkivering

Under hösten år 2023 uppmärksammades behovet av att säkerställa att arkivering sker på ett sätt som är förenligt med förvaltningens rutiner och lagkrav. Detta har åtgärdats under 2024 och för att samköra processerna har hälso- och sjukvårdssamordnare samarbetat med förvaltningens arkivarie. Slutgiltig revidering därefter har gjorts av Rutin för skanning och arkivering av patientjournaler.

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 vårdgivaren uppskatta sannolikheten för att händelsen inträffar och bedöma vilka negativa konsekvenser som skulle kunna bli följden av händelsen. En riskanalys genomförs för att utreda om det finns risker för patienten och i så fall vilka riskerna är. Likaså om det finns åtgärder som kan överväga risken. Det är medarbetare i verksamheten som omfattas av HSL som uppmärksammar potentiella risker för patienten, samt informerar hälso- och sjukvårdssamordnare som därefter initierar en riskanalys. Under år 2024 genomfördes tre riskanalyser tillsammans med hälso- och sjukvårdssamordnare och verksamhetschef för HSL-organisationen. Riskanalyserna gällde uteblivet PLA-uppdrag, läsbehörighet i journalssystem för chef på Skolfam samt psykologtjänst i samband med omorganisation på Enebacken.

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, samt att risken för vårdskador minskar.



Avvikelser

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

Avvikelse rapport skrivs av medarbetare som omfattas av HSL och skickas med internpost till hälso- och sjukvårdssamordnare som gör en bedömning av avvikelserna utifrån allvarlighetsgrad och föreliggande risk för eventuell vårdskada. Åtgärder formuleras utifrån avvikelserna och återkoppling ges till rapportören, berörd sektionschef samt verksamhetschef enligt HSL. Avvikelsen diarieförs i Platina och vidare återkoppling ges på nätverksträffarna syftat till förbättringsarbete för att hindra att avvikelserna återupprepas. Avvikelsehantering ingår även vid introduktion till nyanställd personal samt sektionschefer som har medarbetare som omfattas av HSL. Avvikelsehanteringen blir därmed en del av verksamhetens systematiska kvalitetsarbete.

Klagomål och synpunkter

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

På malmo.se finns ett övergripande system för förvaltningen, där alla medborgare kan lämna klagomål eller synpunkter på verksamheten, inga sådana har inkommit under året. I Skolfams verksamhet görs utvärdering av samarbete med barn, skola och familjehem årligen med hjälp av nationell enkät, under 2024 har det inte inkommit några klagomål. Patienter på Enebacken har inte framfört några klagomål eller synpunkter under året. Likaså har det inte heller inkommit missnöje eller klagomål från patienter på Resursteamet. Vid avslutad insats i aktuell verksamhet fyller patienterna i en deltagarenkät anonymt. Samtliga svar från enkäterna sammanställs i och presenteras för medarbetarna i verksamheten. Enkätfrågorna fångar dock inte specifikt in insatserna som omfattas av HSL.

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.



Kommer vi att arbeta patientsäkert i framtiden

Via kontinuerliga nätverksträffar, övriga mötesforum och introduktionsprogram för nya medarbetare arbetar verksamheten vidare för ökad patientsäkerhet. Ett systematiskt

kvalitetsarbete genomförs för att patientsäkerheten ska genomsyra verksamheten, vilket kan upprätthållas genom att följa verksamhetens årshjul, se Bilaga 1.

Mål och strategier för kommande år

Målsättningen år 2025 är att utifrån delaktighet från samtliga medarbetare som omfattas av HSL, fortsätta arbeta med systematiskt, analytiskt och kunskapsorienterat förbättrings- och kvalitetsarbete, med fokus på patientsäkerhet och att upprätthålla en trygg och säker vård.

Nytt journalsystem är fortsatt aktuellt men är ännu inte klart för implementering. Tidigare har många avvikelser varit kopplade till införande av nytt journalsystem samt efterföljande tid, och skulle därav kunna bli en utmaning igen. Samtidigt finns det flera fördelar med ett nytt journalsystem då det kvarstår en del brister med nuvarande system som förhoppningsvis kan frångås i det nya.

Upprätta samverkan mellan Skolfam och BUP för att säkerställa processen gällande remissgång och därav öka patientsäkerheten.

Kommande år fortsatt säkerställa att arkivering sker på ett sätt som är förenligt med lagkrav och förvaltningens rutiner.

Planerade åtgärder och strategier:

- HSL-samordning, vidhålla struktur med möten en gång per månad.
- Fortsatt se över arbetsprocesser och rutiner samt revidera och upprätta övergripande rutiner utifrån behov och gällande lagkrav.
- Vidhålla mötesstrukturer för personal som omfattas av HSL med syfte att säkerställa det informations- och kunskapsutbyte som krävs för att upprätthålla en god och likvärdig kvalitet och patientsäkerhet.
- Egenkontroll och vidhålla struktur för kollegial journalgranskning
- Fortsätta arbetet med att aktualisera eventuellt byte till nytt journalsystem.
- Fortsatt säkerställa att arkivering enligt HSL sker i linje med förvaltningens lagkrav och rutiner.
- Löpande kompetensutveckling.
- Upprätta kontakt med BUP Region Skåne och påbörja samverkan gällande remissgång.

Bilaga 1. Årshjul 2025

