

**Patientsäkerhetsberättelse
för hälsa-, vård och omsorgsförvaltningen
i Malmö stad
År 2024**



Datum: 2025-03-01

Ansvarig för innehållet: Medicinskt ansvariga

Diarienummer: HVO 2025–77

Inledning

PSL 2010:659, SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §

Enligt patientsäkerhetslagen 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 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"

Mallen är framtagen inom ramen för kunskapsstyrningsorganisationen, på uppdrag av den nationella samverkansgruppen (NSG) inom patientsäkerhet, 2021-09-23.

I syfte att förtydliga har mindre justeringar i inledning och bilaga genomförts, 2022-05-18.

Innehåll

SAMMANFATTNING	5
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD	6
Engagerad ledning och tydlig styrning	6
Övergripande mål och strategier	6
Organisation och ansvar	7
Samverkan för att förebygga vårdskador	8
Samverkan nationellt och regionalt	8
Förvaltningsövergripande samverkan	11
Samverkan inom HVOF	12
Informationssäkerhet	13
En god säkerhetskultur	14
Tvärprofessionellt arbete	14
Adekvat kunskap och kompetens	15
Kompetens och kompetensutveckling	15
Handledning	15
Säker bemanning	15
Kompetensmodell sjuksköterskor	16
Språkutvecklande insatser	17
Patienten som medskapare	17
Medskapande på gruppnivå	17
Medskapande på individnivå	18
Anhörigstöd	18
AGERA FÖR SÄKER VÅRD	19
Senior Alert	19
Svenska Palliativregistret	20
RiksSår	21
Journalgranskning	22
Punktprevalensmätning (PPM)	23
Öka kunskap om inträffade vårdskador	25
Utredning av kvalitetsavvikelser	25
Lex Maria 2024	25
Internutredningar 2024	27
Externa avvikelser 2024	27
Tillförlitliga och säkra system och processer	27
Säker vård här och nu	30
Riskhantering	31

Stärka analys, lärande och utveckling	32
Avvikelse­rapportering	33
Läkemedel	34
Trycksår	34
Fallavvikelser	35
Analys av statistik ur kvalitetsavvikelsesystemet.....	35
Klagomål och synpunkter	35
Lärande efter internutredningar och lex Maria	36
Öka riskmedvetenhet och beredskap	36
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR	38
Öka kunskap om inträffade vårdskador.....	38
Tillförlitliga och säkra system och processer	38
Säker vård här och nu.....	38
Stärka analys, lärande och utveckling.....	38
Öka riskmedvetenhet och beredskap.....	39

SAMMANFATTNING

För att säkerställa en god och säker vård krävs en engagerad och kompetent ledning samt tydlig styrning på alla nivåer. Mål och strategier för att säkra verksamhetens kvalitet beskrivs i patientsäkerhetsberättelsen med hänvisning till lagar och föreskrifter.

Samverkan för att skapa en trygg resa för patienten i vårdens övergångar, samt för att förebygga vårdskador, sker både nationellt och regionalt genom olika projekt. Förvaltningsövergripande samverkan sker mellan olika förvaltningar med användning av gemensamma system, exempelvis Procapita HSL och MCSS. Interna samverkansprocesser och kvalitetsarbete bedrivs i de olika avdelningarna med sina respektive fokusområden.

En god säkerhetskultur betonas, där ledningens roll som kulturbärare är avgörande för att identifiera och lyfta fram fungerande processer och rutiner. Kompetensutveckling och handledning säkerställer att personalen har adekvat kompetens, vilket gäller såväl för vårdbiträden som specialistutbildad legitimerad personal. Under året har det uppstått tillfällen där verksamheten har behövt stärka upp bemanningen för att kunna bedriva säker vård, även när omgivningens förutsättningar förändras.

Patienter och anhöriga inkluderas i vården framför allt på individnivå, men förvaltningen är öppen för att skapa delaktighet och medskapande även på gruppnivå. Delaktighet är en av nyckelfaktorerna i Nära Vård-omställningen.

Egenkontroller har genomförts genom de kvalitetsregister som används i verksamheterna, till exempel Senior Alert och Palliativregistret. Journalgranskning och punktprevalensmätning av basal hygien har också genomförts och utvärderats.

I kvalitetsavvikelsesystemet hämtas statistik på de oönskade händelser som inträffat i vården. Dessa utreds i verksamheterna, och av de mest allvarliga händelserna görs internutredning och i förekommande fall lex Maria-anmälan till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) av medicinskt ansvariga. Bakomliggande orsaker till händelser och föreslagna åtgärder sprids i ledningsgrupper i lärande syfte. Medicinskt ansvariga är ålagda att utreda och analysera händelser, dock menar forskning inom patientsäkerhet att det även är viktigt att bekräfta och stödja de arbetssätt och processer som skapar trygg och säker vård, genom ett proaktivt förhållningssätt.

Riktlinjer och rutiner revideras och följs upp för att minska variationer i arbetssätt och säkerställa en god vård. Betydelsen av öppen dialog och daglig kommunikation för att identifiera och hantera risker betonas. Risk- och händelseanalysgruppen tillkallas för att systematiskt utreda vilka förutsättningar som krävs för att minimera eller eliminera risker vid till exempel införande av nya arbetssätt.

Beredskapsplaner och simuleringsövningar utvecklas och testas för att säkerställa verksamhetens funktionalitet under oväntade förhållanden. Det är viktigt att ta lärdom av det som händer i omvärlden för att kunna skapa en organisation som har förmåga att anpassa sig till rådande omständigheter. Därav finns riskmedvetenhet och beredskap med på listan över mål och utmaningar inför 2025, tillsammans med bland annat ökad informationsspridning om teoretiska perspektiv i ämnet patientsäkerhet, fortsatt språkutvecklande insatser och ytterligare utvärderingar och bearbetning av processer och arbetssätt. Drivkraften och viljeinriktningen är stark för att kunna ge god och säker vård, på rätt plats, av rätt person.

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 på alla nivåer.



Övergripande mål och strategier

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

Socialstyrelsen definierar kvalitet som att en verksamhet uppfyller de krav och mål som gäller för verksamheten enligt lagar och andra föreskrifter om hälso- och sjukvård och socialtjänst. Socialstyrelsen påpekar även att den som bedriver en sådan verksamhet kan välja att ställa ytterligare krav genom att sätta egna mål. Hälso-, vård och omsorgsförvaltningen (HVOF) har förutom budget, lagstiftning och politiska mål att förhålla sig till nationella riktlinjer, föreskrifter och allmänna råd som påverkar verksamheten på olika sätt. Tillsammans utgör dessa styrsignaler en ram för all verksamhet, i synnerhet när det gäller kvalitetsarbete och patientsäkerhetsarbete.

I kommunfullmäktigemålen står bland annat att staden ska vara en attraktiv och inkluderande arbetsgivare genom att säkerställa en god arbetsmiljö och trygga anställningar. Hälso-, vård och omsorgsnämnden anger indikatorer såsom att fortsatt arbeta med chefers förutsättningar, minska omsättning på chefer samt stödja aktiviteter för lärande på arbetsplatsen.

Vad gäller målet om god kompetensförsörjning ses detta ur ett 24-timmarsperspektiv; erforderlig kompetens under dygnets alla timmar, i tillräcklig omfattning. Specialistbefattningar, språkhöjande insatser och minskad extern bemanning är exempel på indikatorer inom detta mål.

Malmö stad ska ge en god och likvärdig service. Inom detta kommunfullmäktigemål har nämnden tagit fram indikatorer som bland annat framhäver arbetet med kognitiv svikt och demenssjukdomar. Stjärnmärkning av särskilda boenden fortsätter enligt plan, med mål att alla gruppboenden ska erhålla och behålla stjärnmärkning genom kontinuerlig utbildning. Även Seniorens Hus, det stadsövergripande arbetet att kartlägga diabetessituationen i Malmö genom CBH (Cities for Better Health) samt utvecklingen inom digitalisering har belysts.

Utifrån resultat och analys genom åren, har det systematiska kvalitetsarbetet med dess delar kvalitetsråd, kvalitetsdialog och kvalitetsplan, fortsatt visat sig vara en bra struktur för att sprida lärande och identifiera såväl framgångsfaktorer som utmaningar. Veckofrågor till patienter och/eller anhöriga är ett bra verktyg för att Malmöboen kontinuerligt ska kunna tycka till om sin vård och omsorg.

Enligt Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) beskrivning av patientsäkerhetsarbete, ska vårdgivaren på ett systematiskt sätt arbeta för att identifiera, analysera och minska riskerna i vården. I forskning om

patientsäkerhet betonas vikten av att uppmärksamma de arbetssätt och processer som hindrar eller begränsar risker och oönskade händelser. En viktig strategi för att identifiera och analysera risker är just att genomföra risk- och händelseanalyser med tydlig metodik och uppföljning. Förvaltningen har fortsatt förbättra arbetsprocesser vad gäller inrapportering och utredning i kvalitetsavvikelsesystemet. Medicinskt ansvariga följer det fortsatta utvecklingsarbetet inom patientsäkerhetsområdet genom kunskapsplattformar hos Socialstyrelsen och numera även LöF patientskadeförsäkringar, som ersätter SKR inom området.

Mätning med verktyget KUBEN ger verksamhetsansvariga indikationer på förbättringsområden. Analyser har under året blivit underlag för avdelningarnas olika direktiv, exempelvis att öka den patientnära tiden för legitimerade medarbetare, att utveckla mer ändamålsenliga arbetssätt och att se över olika verksamheters uppdrag i förhållande till utmaningar inom kompetensförsörjning, demografi och nära vård-utvecklingen.

Organisation och ansvar

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

Hälsa-, vård- och omsorgsnämnden har det yttersta ansvaret, är vårdgivare och ansvarar också för att följa upp, utvärdera och kvalitetssäkra sin verksamhet. Nämnden ska planera och utveckla verksamheten, omvärldsbevaka och bedriva ett kunskapsbaserat utvecklingsarbete samt årligen fastställa en förvaltningsövergripande nämndsbudget. Mer ingående information om roller och ansvarsfördelning i patientsäkerhetsarbetet redovisas i Hälsa-, vård- och omsorgsnämndens Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

Förvaltningsdirektör: Har ett övergripande ansvar att inom förvaltningen planera, leda, kontrollera, följa upp och förbättra det systematiska kvalitetsarbetet. Förvaltningsdirektören ansvarar för att ha en kontinuerlig dialog med nämnden och informera om kvalitetsutvecklingen inom verksamheten.

Avdelningschef: Har ett samlat ledningsansvar inom sin avdelning. Avdelningschefen ansvarar för att hälso- och sjukvård bedrivs enligt en god och säker vård. Detta utifrån Hälso- och sjukvårdslag (HSL 2017:30) 4 kap. 2 §, vilket innebär att vara verksamhetschef samt att följa de föreskrifter som finns på området.

Enhetschef: Enhetschefen ansvarar för att verksamheterna bedrivs i enlighet med de olika lagrum som ligger till grund för verksamheten samt Malmö stads styrdokument, policys och processer. Enhetschefen ska också inom enheten planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra kvalitetsarbetet.

Sektionschef: Sektionschefen har ett övergripande ansvar att inom sektionen planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra kvalitetsarbetet. Sektionschefens uppdrag innefattar ansvar för verksamhet, kvalitet, ekonomi och medarbetare. Sektionschefen skapar förutsättningar för medarbetarna genom att säkra en god arbetsmiljö, kompetensutveckling, handledning, rekrytering och tvärprofessionell samverkan.

Medicinskt ansvariga: Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och Medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) ansvarar för att den kommunala hälso- och sjukvården bedrivs i överensstämmelse med gällande författningar, föreskrifter och rutiner. MAS och MAR ska också bedöma vilka övergripande

riktlinjer som behöver fastställas för att den kommunala hälso- och sjukvården ska uppfylla gällande krav och mål. Tillsammans med verksamheterna identifieras framgångsfaktorer och processer som främjar en god patientsäkerhet. Utifrån resultat av risk- och händelseanalyser, egenkontroller och utredning av avvikelser ska MAS och MAR tillsammans med verksamheterna, föreslå förbättringsåtgärder inom den kommunala hälso- och sjukvården och medverka i det systematiska kvalitetsarbetet. MAS och MAR ska, om allvarlig vårdskada inträffat eller riskerat att inträffa, rapportera detta till Inspektionen för vård och omsorg, IVO.

Hälso- och sjukvårdsstrategier: Uppdraget innebär att processleda och stödja i hälso- och sjukvårdsstrategiska frågor i Hälso-, vård- och omsorgsförvaltningen. Uppdraget för Hälso- och sjukvårdsstrategier är till stor del att leda och koordinera implementeringen av God och nära vård samt utvecklingen av Hälso- och sjukvårdsavtalet. En huvudsaklig del i uppdraget är att vara sammankallande eller delaktiga i de olika samverkansgrupperna som finns lokalt, delregionalt och centralt. Uppdraget innebär också att utveckla samt belysa den alltmer avancerade kommunala hälso- och sjukvården och samverka med såväl myndigheter som med andra vårdgivare. Hälso- och sjukvårdsstrategen är en viktig sammanhållande länk mellan Medicinskt ansvariga, Kvalitetsutvecklare HSL, verksamheterna och förvaltningsledning.

Kvalitetsutvecklare HSL: Funktionen finns i samtliga verksamhetsavdelningar inom förvaltningen. Utifrån de olika verksamheternas uppdrag i avdelningarna, skiljer sig arbetsuppgifterna något. Övergripande målsättningar för uppdraget är dock att säkra kvaliteten utifrån ett systematiskt patientsäkerhetsarbete. Det innebär bland annat att säkerställa att verksamheterna arbetar aktivt med kvalitetsregister samt att vara ett nära stöd i vidareutvecklingen av det tvärprofessionella teamet. Kvalitetsutvecklarna kan leda och/eller delta i framtagande/revidering/implementering av verksamhetsnära rutiner och arbetsprocesser, samt deltar i genomförandet av beslutade åtgärdsplaner och uppföljningar. Utbildning och handledning ingår i uppdraget utifrån de framtagna mål och strategier som framkommer i årshjul och ledningssystem.

Samverkan för att förebygga vårdskador

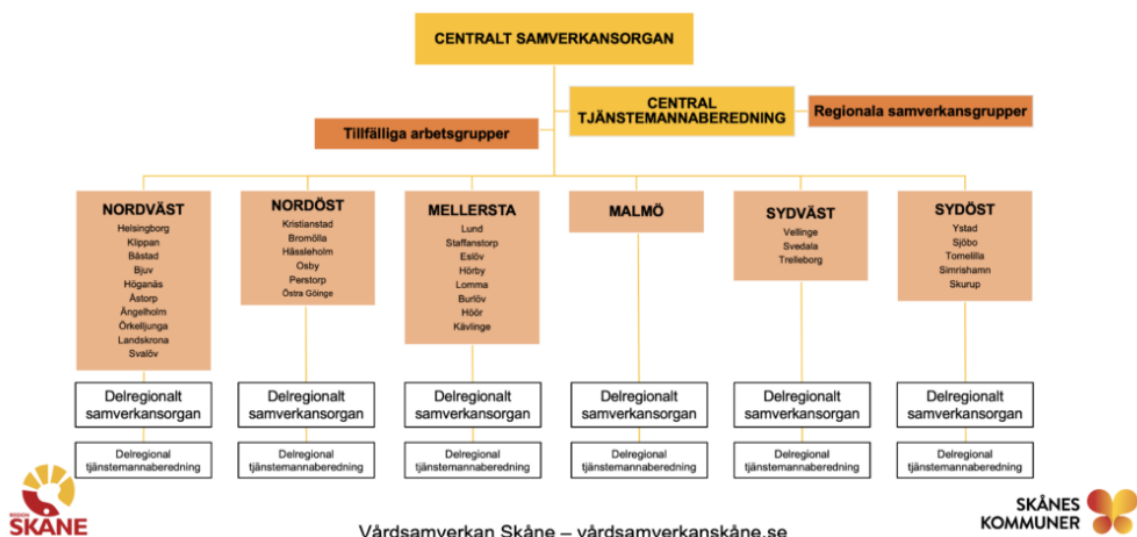
SOSFS 2011:9 4 kap. 6 § och 7 kap. 2 § p 3

Nedan beskrivs övergripande processer och områden där samverkan äger rum för att förebygga att patienter drabbas av en vårdskada, till exempel vid vårdens övergångar mellan region, primärvård och kommun.

Samverkan nationellt och regionalt

Bilden beskriver den samverkansstruktur som råder i Skåne. Exempel på nätverk och samverkansgrupper ses nedan.

Struktur för Vårdsamverkan Skåne



Samverkansforum Nära vård: fokus ligger på att kvalitetssäkra processer i vårdkedjan för att den växande kommunala hälso- och sjukvården ska kunna bedrivas säkert och nära. Här innefattas även Hälso- och sjukvårdsavtalet, vars utvecklingsperiod är förlängd till 2027. Under år 2025 finns en plan för revidering av avtalet. Ett antal styrdokument bearbetas inom samverkan, exempelvis kring antibiotikagivning i hemmet, samverkan med ASIH (Avancerad Sjukvård i Hemmet), samverkan kring dödsfall i hemmet samt behandlingsbegränsningar.

Exempel på aktiviteter inom samverkan:

- **Läkarstödet** har förändrats till korttidsenheten. Mobila team har ersatts av kontaktvårdcentral, vilket i dialog med verksamheten har visat sig ge en ökad kontinuitet och trygghet. Geriatriken behåller dock sitt läkarstöd till korttidsverksamheten KRA även under 2025.
- **Mobila team:** I aktivitetsplanen för nära vård ska alla patienter med kommunal hemsjukvård erbjudas teambaserad vårdform. Malmö har länge arbetat med Mobilt vårdteam, som har varit en unik lösning i sitt slag, med riktade läkare till hemsjukvården i ordinärt boende. Under 2024, togs ett politiskt beslut i Region Skåne att avveckla Mobilt vårdteam i Malmö och införa Mobilt team närsjukvård. I överenskommelse med Regionens primärvård ska patienter i stället skrivas in i teambaserad vårdform på listad vårdcentral och mobilt team närsjukvård ska i huvudsak utföra punktinsatser samt tillfälligt ansvara för patienter som är sköra och för att undvika inläggning. Malmö stad har påbörjat förstärkt samverkan med utvalda vårdcentraler både för patienter boende i ordinärt och särskilt boende. Kopplade vårdcentraler har under flera år skrivit in särskilt boende-patienter i teambaserad vårdform med gott resultat.
- **Teamsamverkan vid demenssjukdom:** Fyra vårdcentraler deltar i projektet ”teamsamverkan vid nydiagnostiserad demens/kognitiv sjukdom”. Personer som nydiagnostiserats med en kognitiv sjukdom i samband med besök på vårdcentral erbjuds informationsmöte av konsultativ demenssköterska från förvaltningen. I uppföljande enkäter till patienter och anhöriga uttrycks bland annat en ökad trygghet. I fortsatt arbete kommer även regionens minnesmottagning kopplas på och parallellt ska resurser och processer i kommunen ses över inför ett eventuellt breddinförande.
- **Hospiteringsprojekt:** mellan Malmö stad, den regionala primärvården och SUS har funnits under ett par år. Syftet har varit att öka förståelsen för varandras uppdrag på de olika

vårdnivåerna, dock med fokus på patientens resa i stadens olika organisationer. Under hösten 2023 och 2024 fick sammanlagt 13 sjuksköterskor, fyra arbetsterapeuter och två fysioterapeuter som arbetar inom slutenvård på SUS i Malmö, den regionala primärvården i Malmö samt inom HVOF och Funktionsstödsförvaltningen (FSF) möjlighet att delta i projektet. Beslut har tagits efter positiv utvärdering, att Hospitering ska upphöra som projekt med syfte att breddinföra arbetssättet och förenkla processen under 2025.

Skånes kommuner, områdesnätverk MAS/MAR: lyfter kommunala patientsäkerhetsfrågor i Skåne, med syfte att hitta gemensamma strategier för att främja en god, säker och likvärdig vård i hela regionen. Genom Central tjänstemannaberedning samverkas frågorna med socialchefer och Region Skåne. Läkarestöd, egenvård och medicinska respektive rehabiliterande insatser är exempel på ämnen som varit aktuella under året.

Dialog med Vårdhygien: Sedan 2020 har Vårdhygien Skåne tillsammans med Smittskydd Skåne hållit regelbundna avstämningar med MAS och MAR i de skånska kommunerna. Syftet är att ha kontinuerligt informationsutbyte inom olika frågor som rör aktuell smittspridning av virus och multiresistenta bakterier, riktlinjer avseende basal hygien och övriga frågor relaterade till ämnesområdet.

Nätverk Samverkan vid utskrivning (SVU): syftar till att SVU-processen ska följa Lagen om samverkan vid utskrivning från slutenvård (2017:612). I nätverket följs statistik på in- och utskrivning, och representanterna från de olika verksamheterna delar med sig av erfarenheter och utmaningar från sin respektive del i processen. En dialog har pågått gällande social svikt och hur detta påverkar planering och utskrivning. Under året har man infört både akutbladet och ViSam digitalt i Mina Planer. Det blir därmed lättare att följa patientens hälsotillstånd över vårdgivargränserna.

MAR-nätverk Skånes Kommuner: Ett forum för Skånes och Blekinges samtliga MAR att samlas och stötta varandra i uppdrag och ärenden. Under året har återkommande dialoger skett gällande bland annat tröskelprincipen, hemsjukvårdsuppdraget samt ansvar vid kognitiva bedömningar. Även utbud och handhavande av hjälpmedel diskuteras för en mer jämlik hjälpmedelsförsörjning i de skånska kommunerna. Nätverket har också bidragit i revidering av beslutsstödsmodellen för arbetsterapeuter och fysioterapeuter.

Skånegemensam samverkansgrupp läkemedel: Samverkansgrupp med MAS representanter från varje delområde, representanter från Läkemedelsrådet, Region Skåne apotekare med syfte att föra dialog och samverkan kring läkemedelsfrågor.

Utöver samverkan i hela regionen, har Malmö en delregional vårdssamverkan med de lokala aktörerna för Region Skåne. Exempel på nätverk och arbetsgrupper ses nedan.

Vårdsamverkan Malmö



Delregional samverkansgrupp rehabilitering Malmö: Både lokalt i Malmö stad och i liknande samverkan regionalt, har forumen belyst behovet av tydliga samarbeten för att patienten ska få rehabilitering på rätt nivå hos rätt vårdgivare. Nätverk med kommunens respektive regionens arbetsterapeuter har pågått under året, med syfte att dela erfarenheter med varandra och öka förståelse kring olika arbetsuppgifter inom respektive verksamhetsområde. Liknande nätverk för fysioterapeuter startades under senhösten 2024, då utvärdering av arbetsterapeuternas nätverk varit positivt.

Diabetesnätverket: består av sjuksköterskor i HVOF och FSF som verkar för att utveckla den kommunala diabetesvården. Syftet är att ha god samverkan och erfarenhetsutbyte både inom staden och tillsammans med regionen. Nätverket träffar regelbundet diabetessamordnare från regionen. Malmö stad har anslutit sig till CBH, Cities for Better Health. Det är en kunskapsallians med andra städer, Malmö Universitet, Novo Nordisk och Region Skåne. Aktuell forskning visar på en ökning av diabetes typ-2 i samhället men att det skiljer sig mellan stadsdelarna i Malmö, sjukdomen är vanligare i fattigare områden än i mer välbärgade. Förekomsten av typ 2-diabetes Malmö skiljer sig inte från andra städer i Sverige.

Palliativt forum: En samverkansgrupp med representanter från FSF och HVOF, samt ASIH, och Mobilt vårdteam. Syftet med samverkan är att dela med sig av vad som är aktuellt inom området, samt lösa eventuella frågetecken avseende ansvarsfördelning och informationsöverföring. I HVOF finns palliativa nätverk inom ordinärt och särskilt boende med representation i forumet. Så kallade hörnstensföreläsningar öppna för samtliga medarbetare, har genomförts. Ämnena för 2024 var "Att möta människor med muslimsk tro i livets slutskede" samt "Organisation av palliativ vård på nationell nivå".

Förvaltningsövergripande samverkan

Samverkan med FSF och Arbetsmarknads- och Socialtjänstförvaltningen (ASF) sker i olika forum. Cheferna för hälso- och sjukvårdsverksamheter på avdelnings- och enhetsnivå träffas regelbundet. Medicinskt ansvariga i HVOF, FSF och ASF har ett gemensamt månatligt nätverk där förvaltningsövergripande beslut fattas. Det förekommer i vissa fall ett delat patientansvar vilket kräver god kommunikation och följsamhet till uppsatta rutiner.

Verksamhetssystemet Procapita HSL: används av legitimerade medarbetare i HVOF och FSF för journalföring. En förvaltningsövergripande grupp med systemförvaltare, chefer, medarbetare och

Medicinskt ansvariga ses månadsvis för att driva kvalitets- och utvecklingsarbetet framåt inom dokumentationsområdet. Systemförvaltarna är placerade i FSF men arbetar övergripande. Ett underlag inför upphandling tas fram under våren 2025, inför en övergång till ett nytt verksamhetssystem före 2027.

Kvalitetsavvikelsesystem: genom plattformen Selfpoint hanteras sedan 2023 samtliga synpunkter och avvikelser inom SoL och HSL i både HVOF och FSF. Användarvänlighet är fokus i utvecklingsarbetet som fortgår. Den allmänna uppfattningen är att det är lätt att registrera avvikelser i kvalitetsavvikelsesystemet. Systemleverantören har dock en fördröjning i produktutvecklingen. Ett pågående arbete är att ta fram lämplig metod för samlad statistik av avvikelser. Någon strukturerad utvärdering är ännu inte genomförd.

Hjälpmedelscentrum: en verksamhet som rent organisatoriskt tillhör FSF men som servar samtliga verksamheter i Malmö stad som handhar hjälpmedel. Under året har flertalet insatser genomförts för att underlätta transporter, administration av och tillgång till hjälpmedel. En reviderad beslutsordning har initierats, för tydligare samverkan mellan förvaltningarna i hjälpmedelsfrågor.

ViSam utbildarnätverk: sedan flera år finns ett nätverk med ViSam-instruktörer som planerar och genomför ViSam-verkstäder till sjuksköterskor i HVOF och FSF. Beslutsstödet ViSam ska användas som bedömningsunderlag vid förändrat hälsotillstånd.

Tjänsteköp av HSL-insatser: Under året påbörjade FSF köp av utförande av SOL-insatser på personer som tillhör FSF. För dessa brukare med behov av hälso- och sjukvård upprättades under hösten 2024 en överenskommelse gällande även köp av hälso- och sjukvårdsinsatser. Inför överenskommelsen utfördes riskanalys, riskbedömning samt upprättandet av en checklista inför överrapporteringen av dessa patienter. Överrapporteringen startade under senhösten och fortsätter under 2025. Medicinska ansvariga i HVOF utreder eventuella avvikelser men FSF:s nämnd har fortsatt hälso- och sjukvårdsansvaret.

Samverkan inom HVOF

Avdelningarna i HVOF har arbetat både med övergripande samverkansprocesser och mer verksamhetsnära kvalitets- och patientsäkerhetsarbete inom respektive avdelning.

Förvaltningsövergripande arbete, enligt nedan, har implementerats i olika takt inom avdelningar utifrån förutsättningar och prioriteringar.

Kompetenscentrum: Strategiska utvecklingsavdelningen erbjuder bland annat utbildningar inom hälso- och sjukvård till medarbetare och chefer i hela förvaltningen. Läs mer om Kompetenscentrums arbete i avsnittet "Adekvat kunskap och kompetens". Utbildarna tillhandahåller både fysiska utbildningstillfällen och tillser att digitalt material hålls uppdaterat. Utvecklingssekreterare samverkar med chefer i verksamheterna för att ge stöd och handledning i att ta tillvara medarbetarnas kompetens.

Forskning och utveckling: I Strategiska utvecklingsavdelningen finns FoU med uppdrag att stödja förvaltningens kvalitets-, utvecklings- och forskningsarbete samt att samverka med andra huvudmän, FoU-enheter och lärosäten. Under 2024 har FoU exempelvis handlett medarbetare som genomfört kunskapsfördjupning (FoU-trainees) inom för verksamheten angelägna områden, men även bidragit med råd och vetenskapligt stöd i form av FoU-verkstad till medarbetare som arbetat med kvalitetsarbete och utvecklingsarbete inom förvaltningen. Förvaltningen har dessutom ingått i en forskningsstudie där medarbetare inom särskilt boende har bidragit till hur det förebyggande arbetet genom kvalitetsregistret Senior Alert kan utvecklas.

Systemgrupp MCSS (Medication Care Support System): För att säkerställa att hantering och utveckling av systemet sker på ett sådant sätt att det följer gällande lagstiftning samt bidrar till en god och säker vård, har en systemgrupp bestående av systemförvaltare och representanter från medicinskt ansvariga och verksamheten inrättats.

Under 2024 var fokus framför allt på två delar; införandet av delegeringsutfärdande i MCSS, samt implementering av systemet i alla verksamheter förutom i avdelningen för hälsa och förebyggande där implementering planeras till 2025. Den omedelbara utvärderingen från medarbetare är att administrationen underlättas. Systemgruppen ser även över nya funktioner som skulle kunna komplettera och underlätta arbetssätt.

Övriga nätverk: sår, nutrition, palliativ vård, diabetes: Där det finns nationella eller förvaltningsövergripande nätverk inom specialistområden, finns det i regel även lokala utskott. Varje nätverk har tagit fram rutiner och arbetsprocesser, för att kunna vara ett stöd till kollegor ute i verksamheterna i form av handledning i både patientnära situationer och tillhandahålla allmän rådgivning. Där det finns kvalitetsregister som stöd i området, används detta helt eller delvis.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §

Förvaltningens informationssäkerhetssamordnare arbetar löpande tillsammans med stödfunktioner och systemförvaltare, med strategier och aktiviteter för att höja den grundläggande kompetensen om informationssäkerhet hos såväl medarbetare som chefer.

Organisationer och verksamheter ska bedriva ett systematiskt och riskbaserat informationssäkerhetsarbete. Bristande IT-säkerhet kan medföra att organisationer inte får åtkomst till sin information, att information kan komma obehöriga till del eller att informationen blir förvanskad eller förstörd. Som en följd av oro för bristande IT-säkerhet upprättade Europaparlamentet 2016 ett NIS-direktiv, vilket syftar till att uppnå en robust säkerhetsnivå i samhällskritiska nätverk och informationssystem.

I lagen om informationssäkerhet för samhällsviktiga och digitala tjänster (2018:1174) framgår att det återkommande ska göras riskanalyser. En riskanalys ska även innehålla en åtgärdsplan som dokumenteras och uppdateras årligen. Med anledning av ovanstående, genomförde HVOF under våren en omfattande riskanalys tillsammans med systemförvaltarna i FSF. Syftet var att kartlägga vilka risker som skulle kunna ha negativ påverkan på säkerheten i informationssystem inom vård och omsorg. Analysen gjordes med ett MTO-perspektiv, vilket innebär att identifierade risker sågs ha bakomliggande orsaker hos såväl Människa, Teknik som Organisation. Kort därpå kompletterades riskanalysen med en workshop för chefer och medarbetare. Baserat på riskanalysens resultat skulle deltagarna resonera kring de konsekvenser som kan uppstå för brukare, patienter och medarbetare vid systemavbrott. Den samlade bilden från riskanalysen och workshopen gav informationssäkerhetssamordnaren en nulägeskartläggning samt förslag på övergripande åtgärder. Rapporterna blev också underlag till en handlingsplan som nu bearbetas i förvaltningen. Även om lagstiftningen menar att verksamhetsansvariga chefer ska upprätta avbrottsplaner och strategier för att klara långa och korta systemavbrott, visar resultatet på att medarbetarna har behov av detaljerat och verksamhetsnära stöd för att klara av att utföra den samhällsviktiga tjänsten.

Informationssäkerhetssamordnaren bidrar även till de kontinuitetsplaner som tas fram, för att verksamheterna ska ha en samlad beredskap för avbrott, oavsett om det rör sig om IT, el, vatten eller annan samhällsviktig infrastruktur. Läs mer i avsnittet ”Öka riskmedvetenhet och beredskap”.

En god säkerhetskultur

En grundläggande förutsättning för en säker vård är en god säkerhetskultur.

Under året har Medicinskt ansvariga genomgått en studiecirkel med syfte att ta del av aktuell forskning inom bland annat patientsäkerhet, organisationskultur och olika teoretiska perspektiv vid utredning av händelser. Ledningens engagemang i säkerhetsfrågor och dess egenskap av att vara kulturbärare, är avgörande för att värderingar, säkra arbetssätt och hantering av incidenter och risker ska genomsyra övriga verksamheter. En vårdorganisation är dynamisk och komplex, med oändliga variationer i utförandet av insatser. Att identifiera och lyfta fram processer och rutiner som fungerar väl skapar förutsättningar för en tryggare vård och tryggare chefer, där verksamheterna är rustade att hantera såväl förutsedda som oförutsedda risker. På så vis utvecklas en god patientsäkerhetskultur.



Medicinskt ansvariga ser ett behov av att höja den grundläggande kompetensen i ämnet patientsäkerhet och säkerhetskultur. Det finns fler aspekter i patientsäkerhet än det som lyfts på kvalitetsråd och i avvikelshantering. Kvalitetsråd genomförs på olika nivåer inom avdelningarna tre gånger per år och då analyseras avvikelser och åtgärder tas fram. Där ska det också finnas utrymme för att diskutera genomförda förändringar samt hur avvikelser kan förebyggas. I verksamheterna finns även mötesformer såsom teamträffar, pulsmöten samt arbetsplatsträffar där det sker dialog, lärande och reflektion. För att verksamheten ska få ett tydligare patientsäkerhetsperspektiv, behöver ett större fokus vara på de förebyggande dialogerna, snarare än att i huvudsak arbeta med åtgärder *efter* att oönskade händelser har inträffat.

Under 2025 planerar medicinskt ansvariga att genomföra en workshop för korttidsenhetens chefer som kommer handla om säkerhetskultur. Här kommer även Säkerhetskulturtrappan introduceras, ett verktyg som kan användas av chefer för att skapa dialog kring patientsäkerhetskulturen i den egna verksamheten.

Tvärprofessionellt arbete

Ett exempel på kulturbärande arbetssätt är det tvärprofessionella arbetet. För att skapa en helhetssyn och säkra kvaliteten i vården och omsorgen utifrån patientens behov, behöver alla medarbetare samarbeta med varandra. En viktig del i teamarbetet är teammöten. Ett stort fokus under året, har varit att regelbundna teammöten ska genomföras i samtliga verksamheter där flera professioner samverkar. Avdelningarna har under 2024 i olika sammanhang fortsatt arbeta med vägledning för tvärprofessionellt arbete med syfte att bland annat förstärka patientsäkerheten. Dialoger har förts i ledningsgrupp gällande vikten av ett tvärprofessionellt arbete för att uppnå god och nära vård.

I en del kvalitetsdialoger har det framkommit att legitimerad personal och omvårdnadspersonal önskar att kontakten med Avdelning myndighet, SVU-teamen och biståndshandläggare samt boendehandläggare förbättras. Framför allt handlar det om att öka förståelse för varandras bedömningar och beslutsfattande, men även hur insatser prioriteras och hur det personcentrerade arbetssättet tillämpas. I några verksamheter har hospitering planerats eller genomförts, för att öka kunskapen om varandras arbete. Beslut har tagits om att genomföra en genomlysning av SVU-processens olika delar, både tillsammans med regionen och internt inom förvaltningen.

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.



Kompetens och kompetensutveckling

I förvaltningens ledningssystem står att sektionschefer har ett övergripande ansvar för att skapa förutsättningar till medarbetarna, genom att säkra en god arbetsmiljö, kompetensutveckling och tvärprofessionell samverkan. Förvaltningens kompetenscentrum erbjuder stöd i kunskapsutveckling och ett integrerat samarbete mellan forskningen och förvaltningens verksamheter. Utbildningar hålls såväl ute i verksamheten som i enhetens egna utbildningslokaler. Det erbjuds möjligheter för medarbetare och chefer att utbilda sig inom både tekniska och icke-tekniska färdigheter, genom valbara och/eller obligatoriska utbildningar. Vissa utbildningar ingår i introduktionsprogram för omvårdnadspersonal och legitimerade nyanställda medarbetare. Exempel på ny utbildning till 2025 är fördjupad förflytningsutbildning till legitimerad personal.

Utbildningar erbjuds även utanför Kompetenscentrums uppdrag. Inom ramen för råd- och stödutbildning anordnades under 2024 tre utbildningstillfällen till legitimerade medarbetare, om psykiatriska diagnoser och tillstånd. Ytterligare tre tillfällen är inplanerade för våren 2025.

Rehabsektionerna i ordinärt boende har haft inspirationseftermiddagar där arbetsterapeuter och fysioterapeuter i de olika sektionerna träffats och delat med sig av olika goda exempel på arbetssätt. Träffarna är mycket uppskattade och ger ökad förståelse för varandras arbeten och de variationer som kan uppstå beroende på var i staden aktiviteter sker. Fortsatt går 15–20 arbetsterapeuter/fysioterapeuter per år utbildningen ”24-timmars positionering”.

Handledning

Handledning från legitimerade medarbetare till omvårdnadspersonal har funnits inom olika delar av förvaltningen under några års tid och är fortsatt identifierat som en framgångsfaktor för att implementera kunskap och samförstånd i verksamheterna. Det stärker även teamarbetet. Handledning kan ske tvärs över avdelningarna, exempelvis genom de konsultativa teamen i avdelning Hälsa- och förebyggande. Inom avdelningarna ordinärt och särskilt boende sker handledning både i enskilda patientärenden och som fokusveckor där legitimerade medarbetare går bredvid omvårdnadspersonal under delar av arbetsdagen. Detta arbetssätt ses kontinuerligt över och förändras för att möta behovet på ett adekvat sätt.

Säker bemanning

En prognos från Regionalt utvecklingscentrum förutspår en stor brist på vård- och omsorgspersonal fram till 2035, samtidigt som omställningen till nära vård kräver nya arbetssätt och ökat samarbete mellan kommuner och Region Skåne. För att möta behoven arbetar Malmö stad med att effektivisera användningen av vårdpersonalens kompetens och skapa utvecklingsmöjligheter. Som en del av detta arbete har befattningen specialistundersköterska inrättats med målsättning att bidra till en högre kvalitet inom den kommunala vården. Rekrytering påbörjades under senare delen av 2024.

Fortsatt har förvaltningen satsat på att fler vårdbiträden ska valideras eller utbildas till undersköterskor. Under 2024 blev 70 medarbetare klara med sin validering och ytterligare 60 påbörjade sin utbildning. Målsättningen är att öka antalet medarbetare som påbörjar utbildningen, utan att för den delen påverka

personalresurser ute i verksamheten under utbildningstiden. Det är dock en utmaning att all kompetensutveckling, oavsett profession, tar tid från det patientnära arbetet.

I överrapportering av HSL-uppgifter/delegerade uppgifter från legitimerad personal till omvårdnadspersonal matchas kompetenser med schemaläggningen av medarbetare. Verksamheterna har planer för att säkerställa att medarbetare med vissa kompetenser alltid finns tillgängliga, exempelvis vid frånvaro.

Det finns rutiner att följa för legitimerad personal som stöd när det uppstår behov av att prioritera bland insatser för att undvika att patientsäkerheten påverkas. Det kan gälla exempelvis vid extraordinär personalfrånvaro. Denna rutin aktualiseras inför de perioder på året då risken är stor när det gäller påverkan på bemanningssituationen. Exempel på en sådan händelse var under våren, då Vårdförbundet gick ut i strejk. Berörda verksamheter kunde tillämpa sina lokala rutiner, i särskilt boende med tillägg att ha extra resurs i beredskap under helger.

I takt med förvaltningens arbete att fasa ut behovet av bemanningssjuksköterskor ses möjlighet att patienter ska mötas av en bättre kontinuitet och kompetens hos förvaltningens egna sjuksköterskor. Varje medarbetare som är anställd i Malmö stad kan på bättre sätt än extern bemanning ta del av rutiner, riktlinjer samt arbetsprocesser, vilket i sig är en viktig del i patientsäkerhetsarbetet. Behovet av bemanningssjuksköterskor har minskat tack vare en framgångsrik rekrytering av vakanta tjänster samt till egna resursteam i verksamheterna.

Fortsatt har förvaltningen sett svårigheter att rekrytera bland annat arbetsterapeuter och fysioterapeuter. Bristen kan få konsekvenser vid omställningen till en god och nära vård. I och med det ökade fokuset på förebyggande, hälsofrämjande och rehabiliterande insatser ses ett ökat behov av arbetsterapeuters och fysioterapeuters kompetens.

Kompetensmodell sjuksköterskor

Det har tagits fram en kompetensmodell för sjuksköterskor i klinisk tjänst, partsgemensamt med vårdförbundet, som beskriver möjligheter för sjuksköterskor att utvecklas inom arbetsuppgifter och ansvarsområden. Kompetensmodellen har under 2024 implementerats i de två största sjuksköterskeenheterna på förvaltningen (detta berör ca 300 sjuksköterskor.) Syftet med modellen är att arbeta strukturerat med att identifiera, tillvarata och utveckla kompetens hos medarbetare i linje med verksamhetens behov. Dialog med modellen som utgångspunkt har förts med sjuksköterskorna i samband med medarbetarsamtalen under året, och individuella kompetensutvecklingsplaner har lagts utifrån dessa. Data som berör medarbetarnas kompetens och hur de ser på sig själva i förhållande till modellen har även samlats in för att kunna skapa sig en överblick på enhetsnivå samt följa utvecklingen på aggregerad nivå över tid. Arbetet kommer att utvärderas med hjälp av enkät till medarbetarna och dialoger med cheferna och därefter eventuellt förfinas i början av 2025. Dialogerna kommer att fortlöpa med dessa medarbetare i medarbetarsamtalen 2025 och även utvidgas till att inkludera sjuksköterskor anställda inom sektionerna Korttid, Natt och BUMS (Bemanning Uthyrning Malmö Sjuksköterskor).

En framgångsfaktor är när medarbetare erbjuds en utbildningsinsats som sedan leder till ett fördjupat uppdrag, såsom att kunna utbilda sig till specialistsjuksköterska. Under 2024 var det fem sjuksköterskor som slutförde studier inom medicinsk vård på specialistnivå. Detta inom ramen för nära vård. Det har även erbjudits sårkonsultutbildning, där ett visst antal av kommunens sjuksköterskor har gått utbildning i sår, i syfte att efter utbildning erhålla en spetskompetens/sårkonsultfunktion. Utbildade sårkonsulter med ett eget nätverk ger ett gott stöd till verksamheterna. Specialistsjuksköterskor har även producerat utbildningsmaterial, bland annat i form av filmer, som används i kompetensförstärkning av omvårdnadspersonal.

Specialistutbildning för arbetsterapeuter och fysioterapeuter drivs av respektive fackförbund. Därav är det inte möjligt att tillhandahålla en samordnad specialistutbildning mellan arbetsgivare och lärosäte, så som för sjuksköterskor.

Språkutvecklande insatser

Förvaltningen har rustat sig för de kommande förväntningarna på språkkrav inom äldreomsorgen. En nationell utredning presenterades för regeringen i slutet av året och beslut om insatser och krav inom ämnet väntas i början av 2025. I enlighet med både nationella råd, liksom uttalat i mål för staden, behöver språkstödande aktiviteter fortsatt genomföras. Kompetenscentrum tillhandahåller språkombudsutbildning och yrkessvenska som exempel. Av de drygt 50 vårdbiträden och undersköterskor som påbörjat utbildningen ses en positiv förflyttning i språkkunskap. Det finns även utbildning till chefer inom ämnet, som avser att ge verktyg att stödja språkutveckling på arbetsplatsen.

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.



Medskapande på gruppnivå

I utvecklingsarbetet i Nära vård-omställningen läggs stor vikt vid att patienten ska kunna vara medskapare både i den egna vården och även i övergripande frågor kring vård och omsorg. Den årliga brukarundersökningen är exempel på en metod som låter verksamheter ta vara på patienters upplevelser och använda det i fortsatt utvecklingsarbete. Veckofrågor från sektionschef till patient eller anhörig, ingår i förvaltningens systematiska kvalitetsarbete och är ett annat bra exempel.

Förvaltningen kan bli bättre på att inkludera Malmöbor i utvecklingsarbete på en övergripande nivå.

Under våren skedde en workshop med temat ”Brukarens delaktighet i kvalitetsutvecklingsarbete”.

Medarbetare från förvaltningens avdelningar diskuterade möjligheter och begränsningar för att inkludera ett medskapande. Alla var ense om att syftet med att involvera medborgare, patienter eller anhöriga måste vara tydligt för att det ska kännas meningsfullt, och att medskapandet är viktigt i utvecklingen av vård och omsorg såväl på kort som på lång sikt. Workshopen ledde till planering av åtgärder i intern kontroll 2025. Avdelningen för hälsa och förebyggande har genom sina verksamheter större förutsättningar att skapa aktiviteter och samtalsforum på grupp- och samhällsnivå, jämfört med övriga avdelningar som i större utsträckning möter enskilda brukare och patienter med individriktade insatser.

Måltidsenheten verkar för att skapa dialog och delaktighet med patienter och anhöriga, och därigenom öka nöjdhet i samband med måltider. Under året har ett kostdatasystem införts som ökar användarvänlighet för medarbetare och även säkerställer att alla verksamheter som hanterar kost använder samma nomenklatur som i Region Skåne. I projektet MUMS i särskilt boende, fokuserar man på måltidsaktiviteter och med hjälp av personal från måltidsenheten identifieras enkla strategier och arbetssätt för att öka trivsel och smakupplevelse vid måltiderna. Det ses effekter i minskade trycksår, viktökning och allmän nöjdhet. Projektet utökas under 2025.

Medskapande på individnivå

Beslutsstödet för arbetsterapeuter och fysioterapeuter har sedan flera år varit en metod för att göra patienten delaktig i sin planering av träning, rehabilitering och behandling. Patientens motivation vid val av insatser har ofta stor effekt på resultatet. För sjuksköterskor som många gånger har en redan fastställd plan genom patientansvarig läkare, gäller det att inkludera patient och anhörig genom tydlig dialog och att ge stöd och trygghet. Patienten bör alltid erbjudas möjlighet att påverka sin behandling.

Begreppen rehabiliterande förhållningssätt och även personcentrerat synsätt ska vara kända hos medarbetare i förvaltningens alla verksamheter. För att uppnå ett medskapande i relationen mellan medarbetare och patient, är det dock viktigt att förhållningssättet återkommande uppmärksammas i exempelvis kvalitetsdialoger.

Många gånger är en samordnad individuell plan (SIP) en viktig åtgärd för att samtliga teammedlemmar, inkluderat patient och anhörig, ska få en gemensam bild över den planerade vården med patientens behov i fokus. En målsättning är att samtliga patienter med insatser från både region och kommun ska ha en aktuell SIP. Under året har en utbildning aktualiserats i samverkan med regionen för att höja kvaliteten på innehållet i SIP.

För att skapa trygghet i samband med patientens resa i vårdens övergångar, har SVU-enheten justerat i sina arbetssätt. SVU-enheten hanterar 500–600 ärenden i månaden med målsättningen att så få team som möjligt ska bli inblandade i varje enskilt patientärende. I vissa fall behöver patienten slussas från bedömningsteam till planeringsteam, men i mindre komplicerade ärenden är avsikten att patienten endast ska behöva ha kontakt med ett SVU-team inför sin hemgång. Detta arbetssätt är nu lika i hela enheten, vilket främjar samverkan med mottagande verksamheter i staden, utöver att det även skapar kontinuitet för patienten.

Anhörigstöd

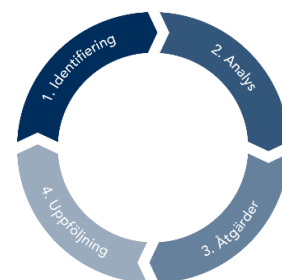
Anhöriga kan erbjudas samtal, både individuellt och i grupp. Förvaltningens anhörigkonsulenter ger även stöd till de verksamheter som behöver belysa bemötande till anhöriga lite extra. Såväl chefer som medarbetare uttrycker uppskattning över detta och i de berörda verksamheterna har antalet negativa synpunkter från anhöriga minskat. Då en av korttidsverksamheterna med kognitiv inriktning sedan tidigare gått igenom och utvecklat en anhörigstrategi, har arbetssättet nu gett hållbar effekt. Genom trygghetssamtal mellan medarbetare och anhöriga skapas en narrativ kontext runt vilket ett personcentrerat bemötande kan skapas för såväl patient som anhörig. Anhörigas och patienters eventuella oro eller andra synpunkter tas tillvara tidigt i vårdrelationen. Samtalet används därefter i överrapportering för att hela teamet ska kunna planera ändamålsenliga insatser. Arbetssättet är väl förankrat och har skapat en trygghetskultur för hela verksamheten.

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.

Nedan följer exempel på egenkontroller genomförda i förvaltningen under 2024.



Senior Alert

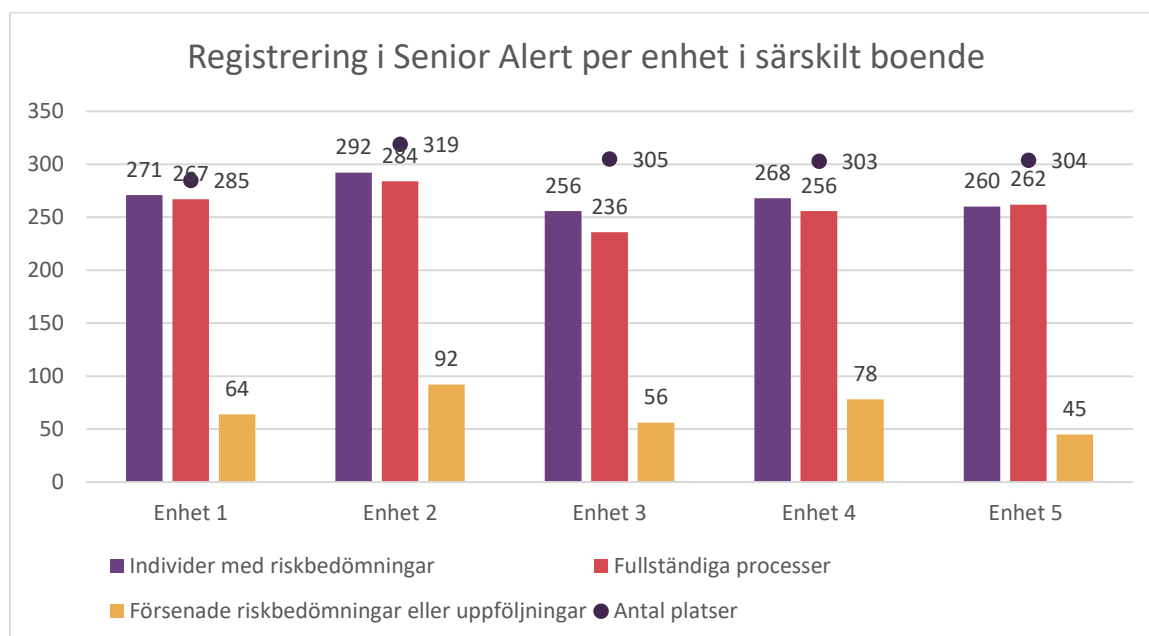
Kvalitetsregistret Senior Alert används framför allt i avdelningen för särskilt boende. Det är ett verktyg som på ett systematiskt sätt stödjer verksamheterna i det förebyggande arbetet avseende risk för hudskada, undernäring, nedsatt munhälsa och fall.

Mål och genomförande:

Samtliga särskilda boenden ska arbeta med Senior Alert i syfte att arbeta strukturerat med riskbedömning och förebyggande åtgärder. Arbetet i kvalitetsregistret med bedömning och registrering, sker i team. Enligt rutin ska riskbedömningar göras var sjätte månad och uppföljningar var tredje månad, eller tätare vid behov. Kvalitetsutvecklare HSL följer arbetet en gång per tertiäl.

Resultat:

Varje enhet består av 285–319 boendeplatser, fördelat på 6–9 särskilda boenden. I nedan diagram presenteras antal boendeplatser, antal individer med registrerade riskbedömningar, fullständiga processer (riskbedömning, bakomliggande orsaker, åtgärdsplan) och antal försenade uppföljningar eller riskbedömningar. Statistiken är uttagen den 13 januari 2025.



Analys:

Registrering i Senior Alert och arbetet med åtgärder sker i det tvärprofessionella teamet. En utmaning för medarbetarna i teamen är att kunna gå ifrån att betrakta registrering i Senior Alert som en administrativ handling till att integrera arbetet i den personcentrerade vården. Sedan avdelningen påbörjade registrering i Senior Alert har en av målsättningarna varit att få med alla boenden att registrera överhuvud taget, vilket

nu sker. Resultatet visar också på en kontinuitet i registreringarna, då stapeln över försenade bedömningar/uppföljningar är relativt låg. Det ska tilläggas att varje enskilt boende varierar i resultat.

Åtgärder:

Varje team följer regelbundet upp sitt arbetssätt, exempelvis vid teammöte. Där teamen har svårt att få det att fungera, samarbetar sektionschef för legitimerad personal och sektionschef för omvårdnadspersonal med stöd av kvalitetsutvecklare HSL för att ta fram specifika åtgärder för just det teamet. Två gånger per termin erbjuder kvalitetsutvecklare HSL Senior alert-verkstäder, där administratörer kan komma och öva i att registrera i registret samt få en genomgång i arbetssättet med Senior alert.

I avdelning ordinärt boende finns beslut om att Senior Alert ska implementeras under 2025. De verksamheter som varit i gång under en period ser stora fördelar med kvalitetsregistret i vården av patienter.

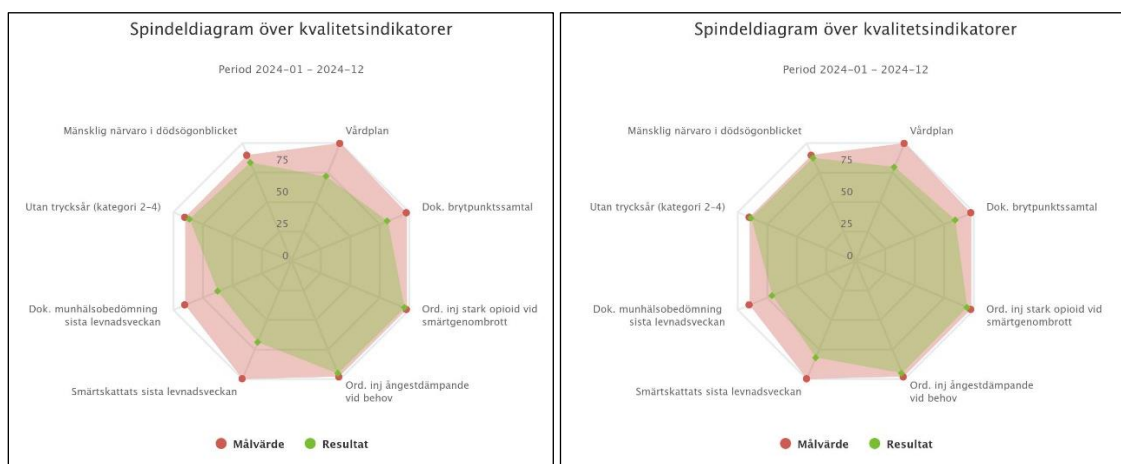
Svenska Palliativregistret

Svenska Palliativregistret är ett nationellt kvalitetsregister vars syfte är att förbättra vården i livets slut för patienter och närstående. Med hjälp av kvalitetsregistrets öppna jämförelser kan förbättringsområden identifieras i den egna verksamheten.

Mål och genomförande:

Sjuksköterskor i HVOF ska registrera dödsfall som skett i särskilt boende (inklusive korttid) samt i ordinärt boende i de fall patienten varit inskriven i hemsjukvård. Flertalet kvalitetsindikatorer mäts, exempelvis dokumenterat brytpunktssamtal, smärtskattning, munhälsobedömning, förekomst av trycksår och mänsklig närvaro vid dödsögonblicket. Sjuksköterska registrerar endast de dödsfall som sker i hemmet, därför går det inte att utläsa hur många patienter som avlider på annat ställe (exempelvis på sjukhuset).

Resultat:



Vänster bild visar registreringar i riket under föregående år, höger bild visar motsvarande registreringar i HVOF. Det röda fältet visar ett framtaget målvärde och det gröna fältet det faktiska antalet registreringar. Statistiken är framtagen vid årsskiftet 2024/2025.

Analys:

Jämfört med riket ligger förvaltningens resultat som helhet lika eller högre på samtliga kvalitetsindikatorer. Inom vissa parametrar skiljer sig resultatet något mellan avdelningarna särskilt boende och ordinärt boende, variationerna är dock små. Särskilt boende har ökat antalet registreringar totalt sett, men enheten för korttidsverksamheten har ett något lägre resultat jämfört med föregående år. Här kan avvecklingen av korttidsverksamheten på Lundavägen ha varit en bidragande orsak.

Åtgärder och utvärdering av åtgärder:

Särskilt boende har satsat på att öka och vidhålla kunskap och uppmärksamhet till kvalitetsregistret vilket har gett positivt resultat över tid, sedan registret implementerades.

Ordinärt boende har under året utbildat palliativa ombud inom hemtjänst. Denna roll har tillsatts i samtliga hemtjänstsektioner och i avdelningen finns nu drygt 100 palliativa ombud. En utvärdering visar att ombuden i hög grad upplever att de fått ny kunskap om palliativ vård i både tidigt och sent skede. De upplever även att de fått ökad kompetens att vårda patienter med palliativa vårdbehov samt att de utvecklat sin förmåga att stötta och handleda kollegor i palliativ vård. I syfte att ytterligare kvalitetssäkra den palliativa vård- och omsorgen har ordinärt boende genomfört en omvärldsbevakning kring hur Nationell Vårdplan för Palliativ vård (NVP) skulle kunna implementeras inom kommunal hemsjukvård. NVP är ett personcentrerat stöd för att identifiera, bedöma och åtgärda en enskild patients palliativa vårdbehov.

RiksSår

Kvalitetsregistret RiksSår avser att mäta och analysera förekomsten av patienter med svårläkta sår. Under 2024 har sjuksköterskor i avdelningen Ordinärt boende börjat registrera i kvalitetsregistret.

Mål och genomförande:

Målet är att öka kvalitet på omhändertagande och läka sår snabbare. Med svårläkta sår avses sår som inte läkt eller förväntas läka inom 4–6 veckor. En viktig faktor för att kunna sätta diagnos och behandla såret korrekt är undersökning avseende patientens arteriella cirkulation. Målsättningen är därför att alla patienter med sår på underben eller fötter ska genomgå bedömning avseende arteriell cirkulation, och vid venösa sår erhålla kompression. Ett ytterligare mål är att alla patienter med svårläkta sår ska tillfrågas om sårsmärta.

Resultat:

I en första mätning under senhösten 2024, på drygt 100 pågående sår, fanns exempel på venösa sår, diabetes-fotsår och trycksår. Största andelen av de sår som registrerats finns på patienternas fötter eller underben. 81% av patienterna har erhållit kompression. Värt att notera är att venösa sår har lång läkningstid, 54 veckor som median, enligt statistik från registret.

Vid mätningen finns sår diagnos för 86 % av avdelningens registrerade sår, jämfört med 78 % av registrerade sår i riket.

Av de patienter som har/har haft sår på underben eller fötter, har 58% fått bedömning avseende arteriell cirkulation.

97% av alla patienter har tillfrågats om sårsmärta.

I RiksSår registreras även de sår som läkt eller av annan anledning avslutas i registret. För närvarande är 78 sår registrerade som läkta, 28 sår avslutade relaterat till att patienten avlidit och 11 sår avslutade för att patienterna har bytt vårdgivare.

Analys:

En viktig faktor för att kunna behandla ett svårläkt sår är att det finns en korrekt medicinsk sår diagnos. Resultatet, även för riket, talar för att ytterligare kompetenshöjande aktiviteter om svårsläkt sår behövs såväl inom som utanför organisationen. Statistiken för återfall av venösa sår är 33%, vilket signalerar vikten av sekundärprevention – att ge kompression även efter sårsläkning. Baserat på KUBEN-mätningar, finns det anledning att fortsätta följa resultaten i kvalitetsregistret, då förvaltningens sjuksköterskor och delegerade undersköterskor lägger mycket tid på att hantera såväl enklare som komplexa sår.

Åtgärder:

Då registreringen i RiksSår är en nystartad aktivitet, är den främsta planerade åtgärden att fortsätta genomföra registreringar och följa dessa resultat. Fortsatta analyser kan komma att leda till ytterligare åtgärder.

Journalgranskning

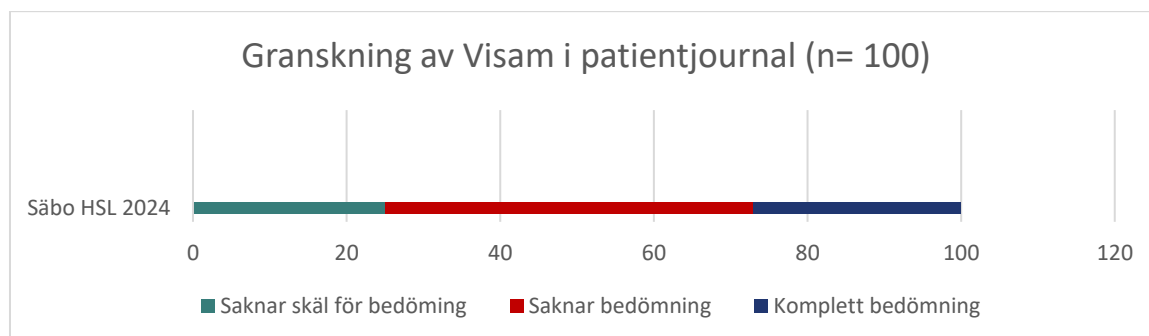
Medicinskt ansvariga har under året valt att granska vissa delar av patientjournalerna. Syftet med journalgranskning ska vara att identifiera såväl korrekta journalanteckningar som eventuella luckor/brister.

Mål och genomförande:

Granskningen ska bidra till dialog och förbättringsarbete kring de arbetsprocesser och verktyg som används av legitimerade för att patienter ska erhålla en god och säker vård. Patientjournalen ska spegla den planerade och genomförda vården.

ViSam är ett beslutsstöd och verktyg att användas av sjuksköterska inom kommunal primärvård. Beslutsstödet ska användas när patientens hälsotillstånd försämras. Journalgranskning gjordes i avdelningen för särskilt boende och syftade till att undersöka följsamhet till användandet av beslutsstödet ViSam samt att dokumentationen var gjord på ett korrekt sätt.

Resultat:



Granskningen visade att av totalt 100 patientjournaler hade en tredjedel en korrekt dokumenterad bedömning enligt ViSam beslutsstöd. I en knapp tredjedel av journalurvalet var det inte aktuellt att göra beslutsstödet, men i övriga 48 journaler saknas helt eller delvis bedömning och dokumentation enligt beslutsstödet. Journalgranskningen genomfördes i juni 2024.

Analys:

Föregående år, 2023, gjordes en liknande granskning i korttidsverksamheten. Där var det tydligt att användandet av beslutsstöd ViSam skilde sig mellan verksamheterna, det vill säga att sjuksköterskorna arbetade på olika sätt på de olika korttiderna. I årets granskning fanns det inte signifikanta skillnader

mellan de fem sektionerna för sjuksköterskor, dock visade resultatet att sjuksköterskor på vissa boenden oftare hade tillämpat beslutsstödet.

Åtgärd:

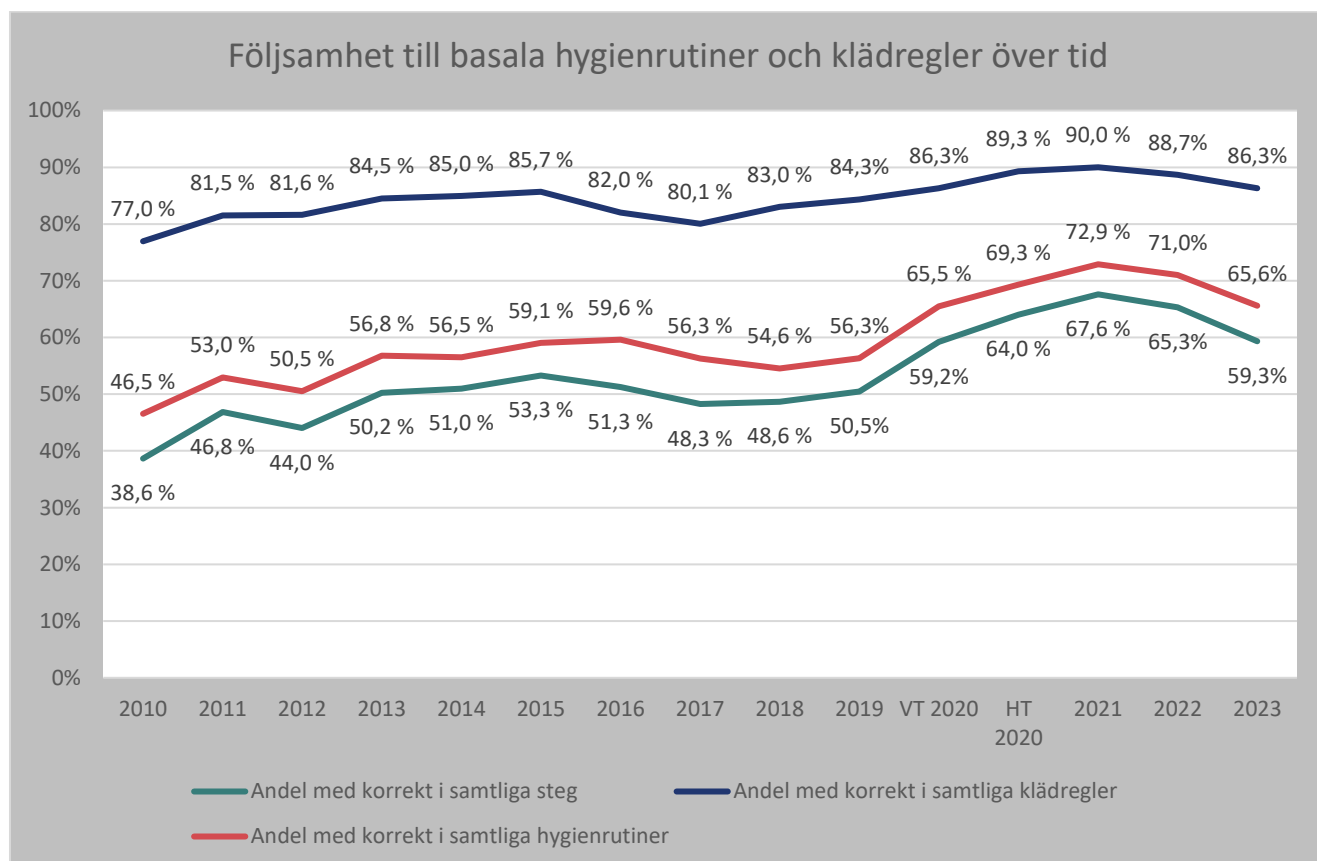
När HSL-sektionerna analyserar resultatet framkommer behov av att resonera vidare kring när ett hälsotillstånd är försämrat och vad som bör föranleda en bedömning enligt ViSam. Det finns även ett behov av att fördjupa kunskapen i kliniska bedömningar. Planering kring detta har påbörjats.

Punktprevalensmätning (PPM)

Följsamhet till basal hygien är viktigt i det förebyggande arbetet mot vårdrelaterade infektioner, och är en naturlig del i kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet inom vård och omsorg.

Mål och genomförande:

Som stöd i arbetet med att uppnå hög följsamhet till basala hygienrutiner genomförs punktprevalensmätningar (PPM). Mätningarna grundar sig på observationer som ger en ögonblicksbild av medarbetare i patientnära arbete. Under 2024 har förvaltningen utfört PPM i två av tre avdelningar. En förändring detta år är att SKR inte längre samlar in resultat till en nationell databas. Inför att SKR stängde sin databas, gjordes ett utskick till samtliga kommuner som deltagit i PPM. Nedan visas ett nationellt resultat för åren 2010–2023. Diagrammet visar en sammanfattning där 158 av landets 290 kommuner ingår i resultatet för riket.



Resultat:

Den översta blå linjen visar andelen mätningar i riket med korrekt följsamhet till samtliga klädregler (2023 – 86,3%). Motsvarande andel för Malmö år 2023 var 85%.

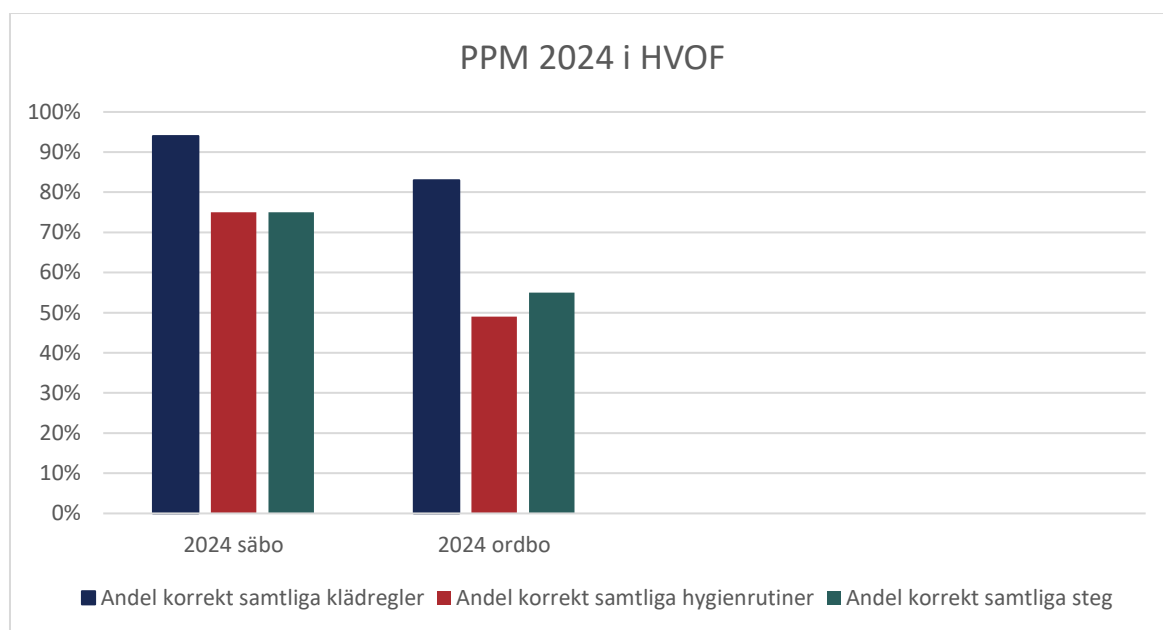
Den mellersta röda linjen visar andelen mätningar i riket med korrekt följsamhet till samtliga hygienrutiner (2023 – 65,6%). Motsvarande andel för Malmö år 2023 var 76,8%.

Den nedersta gröna linjen visar andelen mätningar med korrekt följsamhet till samtliga steg (2023 – 59,3%). Motsvarande andel för Malmö år 2023 var 71,1%.

Analys:

SKR har analyserat resultaten på nationell nivå och beskriver att följsamheten till basal hygien överlag sjunker, men att det finns en stor variation mellan kommunerna som påverkar resultaten för riket. Så som bilden visar är resultaten dock fortsatt högre än före pandemin 2020-2021. Kommunerna har hög följsamhet till basala hygienrutiner i 7 av 8 steg. Det steg som drar ned resultaten är parametern ”desinfektion av händerna före patientnära arbete”.

Detta resultat speglar även förvaltningens mätningar för 2024. Eftersom SKR inte längre stödjer datainsamlingen har förvaltningen kunnat justera observationsfrågorna något. Mätningarna är därför inte exakt jämförbara med tidigare år. I särskilt boende gjordes en förändring i observation av basala hygienrutiner, då kvalitetsutvecklarna ville titta närmare på de ”nej-svar” som förekom inom parametrarna korrekt handdesinfektion och korrekt användning av handskar. Analysen visade att exempelvis placeringen av hygienstationer i patienternas lägenheter påverkar resultatet.



Följsamhet till klädregler är fortsatt högt sedan förvaltningen införde arbetskläder under pandemin och för året har detta ökat i ordinärt boende. Korrekt följsamhet till samtliga hygienrutiner och samtliga steg är generellt högre i särskilt boende jämfört med ordinärt boende, här har resultatet sjunkit ytterligare för ordinärt boende sedan föregående mätning.

Åtgärd:

Förvaltningen har sett vinster i att följa resultatet på lokal nivå, även om SKR inte längre levererar nationella sammanställningar. Skånes kommuner har påbörjat ett arbete för att kunna göra

skåneövergripande sammanställningar. Tills vidare kommer mätningar och analys av resultat fortsatt ske inom respektive avdelning i HVOF.

Kvalitetsutvecklare HSL följer resultaten och bryter ner dessa på verksamhetsnära nivå. Varje enskild sektion arbetar vidare med kvalitetsförbättring utifrån sina egna resultat. I ordinärt boende har arbete påbörjats för att komma i gång med hygienronder. Detta för att öka uppmärksamheten till det vårdhygieniska arbetet och skapa ytterligare stöd till verksamheterna.

Avdelningen för hälsa och förebyggande har inte genomfört PPM under året. Däremot har verksamheterna haft hygienverkstäder för alla medarbetare med innehåll som speglar PPM.

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.



Utredning av kvalitetsavvikelser

Medicinskt ansvariga har under året handlett chefer och medarbetare vid behov, i samband med utredning av avvikelser. Chefer och medarbetare har olika erfarenhet och kunskap vad gäller avvikelshantering. Det behövs, på ett generellt plan, en kompetenshöjning i utredning av risker och händelser, för att identifiera bakomliggande orsaker utöver den mänskliga faktorn.

De avvikelser som bedöms till en högre allvarlighetsgrad, kommer till medicinskt ansvariga för godkännande och ställningstagande till fortsatt utredning. Under året har 92 avvikelser bedömts som allvarliga vid verksamhetens utredning. Det finns en matris som stöd när medarbetare bedömer allvarlighetsgrad och sannolikhet för upprepning. Då medicinskt ansvariga tar emot utredningen kan riskbedömningen omvärderas. Där utredningen är väl genomförd och det konstateras att patienten inte drabbats av allvarlig vårdskada, godkänns utredningen. För att se effekten av planerade åtgärder skickas avvikelser även till uppföljning.

Utredningar skickas tillbaka för komplettering om de inte besvarar bakomliggande orsak till risken eller händelsen. I de fall där det föreligger behov av fördjupad utredning startas en internutredning som kan komma att leda till anmälan till IVO enligt lex Maria.

Lex Maria 2024

1. Felaktig läkemedelsadministrering

En patient fick via gastrotub en förhöjd dos av läkemedlet Heminevrin i samband med sondmatning. Den undersköterska som gett den felaktiga dosen insåg felet omgående och kontaktade sjuksköterska som i sin tur kontaktade läkare. Genom skyndsamt agerande hanterades felet och brukaren återhämtade sig snart utan större påverkan. Tät uppföljning gjordes nästkommande dag. I utredningen framkommer att boendets ordinarie rutiner följdes och att ansvarig undersköterska har god kompetens, lång erfarenhet samt rätt delegering för läkemedelsöverlämning. I utredningen framkommer också att undersköterskan har varit sjukskriven. Vid det aktuella tillfället hade undersköterskan nyligen återgått i tjänst. Detta kan ha bidragit till att undersköterskan upplevde stress och därmed hade sämre förutsättningar att läsa

läkemedelslistan. Åtgärdsplanen innehöll åtgärder för att ytterligare förtydliga ansvarsfördelningen vid läkemedelshantering och säkerställa en god och trygg återgång till arbete efter sjukskrivning.

2. Fördröjd vård och behandling

En patient vårdades efter en stroke på Kommunens rehabiliteringsavdelning. I samband med detta fick patienten ytterligare en kraftig stroke, blev medvetslös och avled dagen därpå. Utredningen visade att man har brustit i att identifiera att patienten var medvetandesänkt, något som bidragit till fördröjd vård och behandling. Patienten vårdades efter en stroke och allmäntillståndet uppfattades på kvällen som opåverkat. Vid kontroll på natten och morgon av både sjuksköterska och undersköterska uppfattades att patienten sov lugnt och eftersom hen varit orolig och inte kunnat sova bra under föregående nätter lät man hen sova. Läkare tillkallades först i samband med att anhöriga besökte patienten senare på förmiddagen. Patienten bedömdes då av läkaren vara okontaktbar och remitterades i samråd med strokejour till akutmottagningen. Vid ankomst till sjukhuset visade undersökningar att patienten drabbats av en ny hjärnblödning. En plan har upprättats med åtgärder som bland annat ska leda till en ökad kompetens bland personalen vad gäller bedömning av medvetandegrad.

3. Trycksår

En brukare på ett vård- och omsorgsboende har fått en allvarlig vårdskada i handen på grund av brister i planering, kommunikation och rehabiliteringsinsatser. Brukaren har sedan många år haft problem med deformerade leder i bland annat händerna och har på grund av smärta och stelhet ett stort hjälpbehov. Under hösten 2023 rapporteras en avvikelse in som rör ett trycksår i brukarens hand, mellan tumme och pekfinger. I december 2023 amputeras tummen som följd av det svårbehandlade såret. Efter amputationen läker såret och smärtorna avtar. Internutredningen konstaterar att trots att brukaren haft aktiva insatser i både hemsjukvård och särskilt boende så har man inte lyckats samordna bland annat rehabilitering för att begränsa stelheten eller haft en tillräcklig strategi för omvårdnad. Det fanns också brister i överlämning, planering och uppföljning av insatser. Sammantaget bedöms dessa brister ha bidragit till att skadan upptäcktes sent vilket ledde till en så pass allvarlig skada att det krävdes amputering. En plan har upprättats med åtgärder som bland annat ska leda till en ökad tydlighet i samband med överlämning och bättre samordning.

4. Förväxling av läkemedel

Två patienter med hemsjukvård fick sina läkemedel förväxla. Den ena fick inga märkbara konsekvenser, den andra fick symtom så som bensvullnad och andningssvårigheter. Vid en leverans av dosdispenserade läkemedel hem till två patienter förväxlades dosrullarna och patienterna fick varandras dosrullar. Båda patienterna får hjälp med att ta sina läkemedel. De följande dagarna överröks läkemedelsdoserna av den delegerade omvårdnadspersonalen utan att någon upptäcker att man överräcker fel läkemedel. En omvårdnadspersonal uppmärksammar sedan att det är fel dospåse som ligger hemma hos den ena patienten och byter därefter till rätt patient. Ingen kontakt tas med ansvarig sjuksköterska för att informera om att det blivit fel. Den ena patienten fick inte några symtom av det förväxlade läkemedlet. Den andra patienten råkade ut för ett fall. I samband med fallet görs ett hembesök av sjuksköterska. Då uppmärksammas svullna underben samt mer besvärlig andning än normalt. Vid bedömningen är det okänt för sjuksköterska att patienten fått fel läkemedel och ingen koppling görs att fallet, svullna ben samt besvärlig andning kan bero på detta. Läkare konsulteras och behandling sätts och patienten mår därefter

bättre. Utredningen visar att inblandad personal har haft kännedom om rutiner och tillvägagångssätt vid oklarheter kring läkemedelsprocessen. Trots detta har processen inte följts. En åtgärdsplan har upprättats för spridning i verksamheternas olika forum.

Internutredningar 2024

Förutom de lex Maria-anmälningar som gjorts har även nio internutredningar genomförts av medicinskt ansvariga. Två av utredningarna gällde fördröjd symtomlindring vid vård i livets slut, en gällde smittspridning av MRSA och fyra gällde situationer där tjänstgörande sjuksköterska kontaktats av omvårdnadspersonal på grund av förändrat hälsotillstånd hos patienten. Ytterligare två internutredningar genomfördes varav en handlade om bristfälligt handhavande av nackkrage och en gällde dödsfall i samband med hjälpmedel, där utredningen visade att hantering av hjälpmedlet inte var orsaken. Möjliga bakomliggande orsaker till identifierade brister eller risker skiljer sig åt beroende på händelseförlopp. Däremot återkommer bedömning, planering och uppföljningar som orsaksområden. Åtgärder som genomförts är bland annat kompetensförstärkning gällande bedömningsinstrument ViSam, genomgång av rutin vid vård i livets slut samt vikten av en säker informationsöverföring och överrapportering. Vidare har åtgärder gällande säkra rutiner för hantering av tvätt och material vidtagits.

För att ge möjlighet till ett lärande efter inträffade händelser sprids information om internutredningar och åtgärdsplaner i olika forum. Åtgärdsplanerna följs upp på avdelningarnas ledningsgrupper regelbundet.

Externa avvikelser 2024

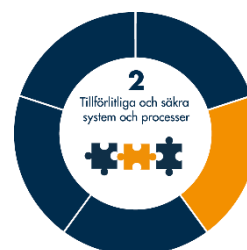
Då medarbetare identifierar att patienten drabbats för risk eller oönskad händelse i kontakt med annan vårdgivare, rapporteras en extern avvikelse. Under året är 379 avvikelser registrerade. En vanligt förekommande brist är i överrapportering från slutenvård till kommun, där exempelvis patienten inte får med sig rätt ordinationshandlingar eller läkemedel vid utskrivning. Sjukresor tar emot avvikelser som rör brister i transport till och från olika vårdinstanser. Det skickas även avvikelser till vårdcentraler, både privata och regionalt drivna. Brister rör sig vanligtvis om otillräcklig tillgänglighet eller brister i informationsöverföring. Medicinskt ansvariga följer avvikelserapporteringen för just vårdcentraler, då kravet på samverkan är stort för att uppnå en god och säker vård. Om någon vårdcentral har noterats i flera avvikelser, har HS-strateg från kommun och primärvård haft dialogmöten kring riktlinjer och samverkan. Avvikelserna utreds i mottagande verksamhet och återkoppling sker till medicinskt ansvariga som administrerar ärendet i kvalitetsavvikelsesystemet.

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.

Nedan följer exempel på arbetsprocesser som är identifierade i förvaltningen som särskilt viktiga för att stärka patientsäkerheten.

Riktlinjer och rutiner: ska stötta verksamhetens arbete i förhållande till uppdrag och gällande lagstiftning. De ska även bidra till att minska risken för variationer i arbetsprocesser, även om medarbetare måste tillåtas vara flexibla i det enskilda mötet med patienten och dennes behov. Dokumenten revideras med fastställt intervall och inför en revidering görs ofta en omvärldsbevakning



och en uppföljning av följsamhet. Det är av vikt att riktlinjer och rutiner riktas till rätt målgrupp och att språket anpassas därefter, för att uppnå en hög grad av följsamhet. De dokument som har reviderats under året har mestadels fått språkliga justeringar med målsättning att underlätta förståelse för arbetsprocessen. En större översyn har dock gjorts gällande riktlinjen för skyddsåtgärder (se nedan).

Fallprocessen, som berör samtliga avdelningar, har fortsatt varit föremål för dialog under året. Under 2025 kommer revidering och implementering av nytt arbetssätt att genomföras.

Läkemedelshantering: Region Skåne har kommunala läkemedelsförråd som är placerade inom särskilt boende och ordinärt boende. Syftet med läkemedelsförråden är att det ska finnas tillgång till vissa utvalda läkemedel för användning när behandling behöver påbörjas omgående, såsom antibiotika och symtomlindrande läkemedel. MAS ansvarar för att det finns riktlinjer och rutiner som beskriver hur beställning av läkemedel, rengöring, förvaring av läkemedel både utifrån lämplig temperatur samt säkerhet sker. Under 2024 har en utvärdering av läkemedelsförråd gjorts, i form av en egenkontroll i Region Skånes regi. Utöver detta följer MAS upp läkemedelsförråden samt har kontakt med läkemedelsansvariga sjuksköterskor på sektionerna.

När förvaltningens sjuksköterskor har läkemedelsansvar för en patients läkemedel förvaras dessa i patientens hem. För att patient samt personal som hanterar läkemedel ska känna sig trygga med att ingen obehörig har tillgång till läkemedlen, ska dessa förvaras på ett så säkert sätt som möjligt. En planering har påbörjats i förvaltningen för implementering av säkrare läkemedelsskåp med möjlighet till ökad spårbarhet i både avdelning ordinärt boende och särskilt boende.

Samordning vid vårdens övergångar: Det är väl känt att det finns patientsäkerhetsrisker inom bland annat kommunikation och informationsöverföring, i samband med att patienter flyttar mellan vårdgivare och inom verksamheter. För att säkra processerna finns återkommande mötesforum för dialog.

Verktuget Mina Planer har utvecklats ytterligare med akutblad, KVG-portal (för beställning av förbrukningsmaterial mm) och ViSam Beslutsstöd.

Skyddsåtgärdsprocessen: Arbetet med skyddsåtgärder är ett ständigt aktuellt område i förvaltningens samtliga avdelningar. Alla patienter ska erhålla en god och säker vård, fritt från tvång och begränsningar utan samtycke. Riktlinjen är framtagen tillsammans med FSF.

Den framtagna skyddsåtgärdsprocessen ska stödja teamet runt patienten så att dennes behov blir tillgodosett på ett säkert sätt. Här inkluderas även riskbedömningar och uppföljningar som särskilt viktiga delar av processen. Vid årets revidering av riktlinje förtydligades processtegen. De olika typerna av samtycke beskrivs också tydligt, samt vad som är skillnad på skyddsåtgärd och tvångs- och begränsningsåtgärd.

Beslutsstöd ViSam: För att kvalitetssäkra och strukturera bedömningar vid försämrat hälsotillstånd används ett evidensbaserat beslutsstöd av sjuksköterskor i förvaltningen. Det ger sjuksköterskan stöd i både bedömning av patientens tillstånd samt bedömning av rätt vårdnivå. Informationsöverföring till annan vårdgivare säkras och patienter får lika förutsättningar till en god och säker bedömning av hälsotillståndet. Under året har den digitala utbildningen reviderats, utifrån implementering av ViSam i Mina Planer. Medicinskt ansvariga har erbjudit digitala stormöten för information och dialog.

Beslutsstöd för arbetsterapeuter och fysioterapeuter: Beslutsstödmodellen har skapats för arbetsterapeuter och fysioterapeuter/sjukgymnaster att använda till bedömningar av insatser vid funktionsnedsättning. På en övergripande nivå ses en samsyn i prioritering av ärenden samt ett mer jämnt val av utredande åtgärder. Genom beslutsstödet inkluderas även patientens delaktighet i arbetsprocessen. Arbetsprocessen används inte till varje enskilt ärende, men finns som stöd vid bland annat komplexa

ärenden och introduktion av nyanställda. Skånes kommuner har under året reviderat materialet och utbildningsmodul är under framtagande.

Malmömodellen för kontinuitet: Under året har den fördjupade implementeringen av Malmömodellen för kontinuitet fortsatt inom avdelning ordinärt boende. Ett arbete har genomförts med fokus på att förtydliga och förankra uppdraget som fast omsorgskontakt. Tyngdpunkten har också legat på att stödja samarbetet mellan omvårdnadspersonal, hemtjänstkoordinator och professionsstöden. Förbättrade samarbeten har setts i flertalet av enheterna. Arbeta har också fortlöpt under året med att utbilda hemtjänstkoordinatorerna i arbetet med insatsplaneringen. Arbetet har gett positivt utslag i flera delar men ett behov har identifierats att också sektionschefer i hemtjänsten behöver ha ökad kunskap om betydelsen av insatsplanering i sektionen. Arbetet med Malmömodellen kommer att fortlöpa under 2025. Genom att omvårdnadspersonalen ökar sin egen delaktighet i planeringen av insatser, blir kommunikationen till legitimerad personal också lättare och tryggare vid planering av vård och rehabilitering. Då det även utförs delegerade hälso- och sjukvårdsinsatser påverkar den förbättrade personalkontinuiteten även patientsäkerheten på ett positivt sätt.

Kvalitetsregister: (exempelvis Senior Alert, Palliativregistret, BPSD) är ett viktigt redskap som ger personalen en tydlig och genomtänkt struktur att arbeta efter. Verksamheten förses med statistik från de olika kvalitetsregistren som kan användas i arbetet med att förbättra kvaliteten i patientarbetet. De kvalitetsregister som verksamheterna väljer att arbeta med, kan variera utifrån behov och förutsättningar. Det är dock viktigt att inte enkom likställa god och säker vård genom de resultat som kan hämtas i kvalitetsregistren. Patientens upplevelse av vården och medarbetares engagemang och ansvarstagande i vårdarbetet är minst lika viktiga parametrar att ta hänsyn till.

Handledning med konsultativa funktioner: I avdelning Hälsa och förebyggande finns en enhet med konsultativa stödfunktioner. Demens- och psykiatrisjuksköterskor, psykiatriundersköterska, Silviasystrar och diabetessjuksköterskor har alla ett övergripande uppdrag för hela förvaltningen. I uppdraget ingår konsultation, utbildningsinsatser och hembesök tillsammans med ordinarie personal vid behov. Syftet är att stärka och förbättra kunskap och bemötande i mötet med de patienter som är i behov av särskilt stöd. Deras medverkan bidrar till ökad kunskap och trygghet i mötet med patienter. Under året har det fortsatt genomförts kompetenshöjande insatser för legitimerad personal inom både ordinärt och särskilt boende med fokus på BPSD-problematik och läkemedel. I uppdragen ingår även samverkan med regionens primärvård. Demensjuksköterskorna och Silviasystrarna ingår i nätverk för erfarenhetsutbyte med motsvarande funktioner från andra kommuner i Skåne.

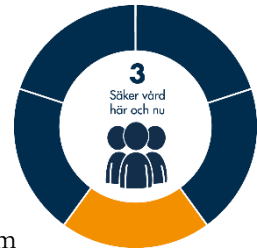
Uppdragsdirektiv baserat på KUBEN: Avdelningscheferna har genom analys av KUBEN-resultat upprättat direktiv för att genomlysna vissa arbetsprocesser. Direktiven har sett olika ut beroende på avdelning och verksamhet.

Målsättning med direktiven har varit att identifiera exempelvis

- rätt vårdnivå och att patienterna får en hälso- och sjukvård av god kvalitet inom ramen för hemsjukvårdens uppdrag utifrån tröskelprincipen
- arbetssätt som kvalitetssäkrar remisshantering enligt tröskelprincipen i hemsjukvården
- effektiv och ändamålsenlig organisation för korttidsverksamheten
- arbetssätt som höjer den patientnära arbetstiden
- arbetssätt som minskar risk för ”onödig administration” och/eller dubbeldokumentation
- systematisk uppföljning av in- och utskrivning i hemsjukvården
- utvecklingspotential i verksamheten genom digitaliseringsmöjligheter och smartare arbetssätt
- fördelningen av rehabiliterande respektive kompenserande insatser i sektioner för rehabilitering

Säker vård här och nu

Hälsö- 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.



Kommunikation: Både chefer och medarbetare behöver dagligen vara medvetna om och vaksamma på risker som kan uppstå i olika moment och processer. För att kunna göra det på ett säkert sätt är det viktigt att det finns möjlighet till en öppen dialog och daglig kommunikation. Förvaltningen har under året arbetat med regelbundna pulsmöten på olika sätt. Inom enheten för rehabilitering i avdelning för ordinärt boende sker dagliga pulsmöten där arbetsterapeuter och fysioterapeuter tillsammans med sektionschef ser över aktuell arbetssituation. Sjuksköterskorna arbetar med pulsmöten under kritiska perioder såsom semesterperiod, storhelger samt vid stor sjukfrånvaro. På avdelning för särskilt boende har sjuksköterskorna pulsmöten veckovis och även rehabsektionen ses regelbundet. Utöver pulsmöten arbetar samtliga enheter med att regelbundet se över arbetsbelastningen för de olika yrkeskategorierna. Detta skapar möjlighet att kunna anpassa arbetet efter rådande situation samt förebygga risker i såväl arbetsmiljö som patientsäkerhet.

I flera verksamheter tillämpas metoden TERMA, som står för terapeutiskt möte med aggression, och är en metod som syftar till att förebygga och bemöta hot och våld inom vården. Situationer kan uppstå snabbt och då är det av vikt att personal är trygga i att hantera situationen samt veta vilket stöd som finns att få. Målet är att skapa en arbetsmiljö som är så trygg och effektiv som möjligt, för att kunna ge adekvat vård till patienterna.

Hjälpmedelsutredning: Under året har MAR tillsammans med enhetschef på Hjälpmedelscentrum och en utredningssekreterare samordnat en utredning av hjälpmedelsverksamheten. Behovet har uppkommit av ett allt högre patientflöde och komplexa hjälpmedelsärenden vilket medför att arbetssätt har behövts ses över. Det finns potential att arbeta mer effektivt både utifrån arbetsmiljö och kostnader, vilket även stärker förutsättningarna för god hjälpmedelsförsörjning till patienter. I slutet av 2024 presenterades utredningen för avdelningscheferna, med det efterföljande uppdraget att fortsatt utveckla verksamheten utifrån utredningens förslag. Bland annat kommer man se över sortimentet och möjlighet till hjälpmedelsdistribution genom andra tjänster än förskrivning av legitimerade medarbetare. Det finns även ett intresse av att se över rådande finansieringsmodell. Likt i andra kommuner i Skåne och även nationellt, kommer frågan om abonnemangsavgifter på tal.

Parallellt med utredningen har Hjälpmedelscentrum och kvalitetsutvecklare i ordinärt och särskilt boende arbetat för att underlätta administration kring registrering respektive avregistrering av hjälpmedel samt justerat vissa hjälpmedelsleveranser. Ett större fokus har varit att se över kostnader och hyra för hjälpmedel som är avskrivna eller felregistrerade. Här har stora belopp identifierats, där ordinärt boende har betalat hjälpmedelshyra för produkter som inte längre används, där de inte heller är avregistrerade hos Hjälpmedelscentrum. På särskilda boenden har installation av taklyftar påbörjats och kommer vara ett fortlöpande arbete, för att främja personalens arbetsmiljö. Likaså har ett par nya hjälpmedel testats, för att underlätta trycksårsprevention samt för att användas vid komplexa förflyttningar i säng.

Kunskapsstöd rehabilitering: Socialstyrelsen har tagit fram ett kunskapsstöd och diskussionsmaterial som lyfter rehabilitering i den kommunala primärvården. MAR har haft en workshop för chefer under

2023 och detta år skedde en uppföljning. En del nya chefer fick ta del av materialet för första gången och de som varit med tidigare kunde beskriva de förflyttningar som skett under året. Cheferna är ense om att denna dialog är värd att fortsätta under kommande år. Det är också det enda forumet där sektionschefer för arbetsterapeuter och fysioterapeuter har möjlighet att ses över avdelningsgränserna.

Handlingsplan för patientsäkerhet: Socialstyrelsen har gjort en nationell uppföljning kring hur kommuner och regioner i landet använder sig av analysverktyget och handlingsplanen för patientsäkerhet. Alla regioner och många kommuner har tagit fram lokala handlingsplaner som utgår från den nationella planen. Uppföljningen visar också att fler regionledningar och kommunala förvaltningsledningar fattar beslut om handlingsplaner för patientsäkerhet. Regioner och kommuner ser att den nationella handlingsplanen bidrar till deras arbete att stödja vårdgivarna i samtliga av handlingsplanens fokusområden. Däremot uttrycks det samtidigt ett behov av fortsatt nationellt stöd.

I HVOF har verktyget använts i enheten för korttidsverksamheten under 2024. Jämfört med tidigare arbete med verktyget och handlingsplanerna på avdelningsnivå, passade detta verksamheten bättre. På enhetsnivå finns möjlighet till bättre insyn i möjligheter och utmaningar och framför allt blir åtgärderna konkreta. Handlingsplanen har flera åtgärder som är långsiktiga och inryms i övrigt kvalitetsarbete. Uppföljning av handlingsplanen sker i ledningsgrupp under kommande år. Kommande enhet att prova på verktyget och därefter skapa en handlingsplan, är SOL-enhet 3, inom särskilt boende.

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.

Förvaltningens risk- och händelseanalysgrupp genomför på beställning av avdelningschefer, enhetschefer eller medicinskt ansvariga/socialt ansvariga riskanalyser på övergripande nivå. Under året har följande riskanalyser gjorts:

- Informationssäkerhet vid systemavbrott (se även avsnitt ”informationssäkerhet”)
- Avveckling av korttidsverksamheten Lundavägen
- En samlad hemtjänst i Malmö stad
- Förändringar i förvaltningens fallprocess
- Inloggningsmetod i mobiltelefon för vikarier
- Omfattande brandskyddsåtgärd inom särskilt boende (genomfördes tillsammans med bland annat fastighetsskötare och leverantör av brandskydd)
- Utförande av hemsjukvård i HVOF för FSF-patienter

I arbetsgången för genomförande av analyser ingår dialog i förvaltningsledningen, för att verksamheterna i sin tur ska kunna ta del av genomförda analyser, åtgärdsförslag och planera uppföljningar. När analysledarna presenterat rapporten åligger det berörd ledningsgrupp att förvalta åtgärdsförslagen.

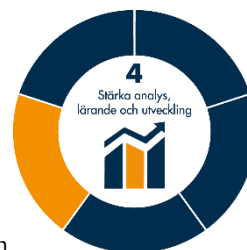
Ett metodstöd är utvecklat av gruppen för att verksamheterna själva ska kunna genomföra mindre omfattande riskanalyser som gäller den egna sektionen.

Medicinskt ansvariga har under året föreslagit för en del verksamheter att testa Gröna korset. Det är en visuell metod som används för att identifiera risker och vårdskador i realtid. Både rapportering och

åtgärdsförslag skapas som grupp, vilket främjar ett gemensamt ansvarstagande och en god säkerhetskultur. Att implementera Gröna korset finns även i en av åtgärdsplanerna som utformats efter en lex Maria.

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.



Kollegial journalgranskning: Genom kollegial journalgranskning finns möjligheten att systematiskt samla resonemang och diskussion om journalföring, för att därefter hitta förbättringsområden och utveckla kvalitén i dokumentationen utifrån respektive profession. Journalen kan granskas i sin helhet, eller så väljer verksamheten ut ett specifikt område att granska, där man sedan tidigare har identifierat att dokumentationen brister eller skiljer sig mellan medarbetare. Under året har legitimerade medarbetare i särskilt boende haft ett särskilt fokus på att granska dokumentationen i vårdplaner. Den kollegiala granskningen har skett tvärprofessionellt, vilket har stärkt teamen i sin samverkan och förståelse kring det gemensamma arbetet runt patientens vård och behandling. I ordinärt boende har kollegial granskning skett i några sektioner, men något uttalat tema för hela avdelningen har inte uttalats. Däremot har man sett över var det finns risk för dubbeldokumentation och på vilket sätt dokumentationen kan effektiviseras utan att för den skull minska i kvalitet.

Händelseanalys: Förvaltningens risk- och händelseanalysgrupp utför händelseanalyser på beställning av enhetschefer, avdelningschefer eller medicinskt ansvariga/socialt ansvariga. Under året har följande händelseanalyser genomförts:

- Utskrivningsprocess från slutenvård till ordinärt boende
Patient med komplex sjukdomsbild planeras hem. Bara några timmar senare försämras patienten hastigt och ambulans transporterar patienten tillbaka till sjukhuset. Patienten avlider strax därefter. Slutenvården var intresserade av att delta i händelseanalysen inledningsvis, men drog sig sedan ur. Dialog skedde bland annat om vikten av tydlig information mellan SVU-team och mottagare, samt (i medskick från slutenvården) huruvida en stressig miljö på vårdavdelningen kan påverka patientens upplevelse av utskrivningen.
- Utskrivningsprocess från slutenvård till ordinärt boende
Patient med svåra frakturer och restriktioner planeras till sitt hem. Detta trots oro från både patient och mottagande rehabteam. Väl i hemmet kan patienten inte tillgodogöra sig träning och kan heller inte ta sig till återbesök på ortopedien. När patienten efter ett par veckor kommer till korttid uppdagas sårskada från ortosen och patienten är nedstämd. Under analystillfället uppmärksammade man den tydliga skillnaden i perspektiv och beslutsunderlag mellan biståndshandläggare och rehabpersonal.
- Vak och skyddsåtgärdsprocess
En patient i särskilt boende får vak under lång tid relaterat till hög fallrisk, ordinerat av läkare. Detta är inte standardförfarande och skapar många frågor och viss oro hos medarbetare i verksamheten. Skyddsåtgärdsprocessen följs inte enligt rutin och det identifieras att kommunikation i teamet, inkluderat primärvårdens läkare, kunde ha förbättrats. Under analystillfället lyftes vikten av att alla professioner i teamet runt patienten behöver få ta plats och även lyssna in varandra.

- Skyddsombudsstopp hos en patient

En patient i med kognitiv svikt vistas i ordinärt boende, i väntan på särskilt boende. En hotsituation uppstod och efter några dagar läggs skyddsombudsstopp. Patienten får senare en korttidsplats då hemsituationen inte fungerar. Under de aktuella dagarna upplevdes samarbetet mellan de involverade verksamheterna inte ha fungerat tillfredställande i alla delar. Gruppen diskuterade hur förståelsen mellan olika lagrum och yrkesroller kan stärkas.

Medicinskt ansvariga använder händelseanalyser som stöd i utredningar av allvarliga vårdskador eller risk för allvarliga vårdskador. Chefer använder analyser som underlag till sin verksamhet, för att skapa förståelse hur händelseförlopp kan ske och hur arbetssätt kan påverka utgången och resultatet för patienten. Under året ses några händelseförlopp där utfallet genererat en risk eller en oönskad konsekvens för patienten. Vid analyserna diskuteras att verkställande utförare eller hälso- och sjukvårdspersonal ur patientsäkerhetsperspektiv framhäver risker eller oro inför ett myndighetsbeslut, men att beslutet ändå fattas. Det finns anledning att analysera detta vidare då samverkan i vårdkedjan är avgörande för att patienter ska få en trygg, god och säker vård.

Risk- och händelseanalysgruppen har noterat under året att implementering och spridning av åtgärder kan förbättras, med anledning av att liknande risker eller situationer kommer åter som beställning av nya händelseanalyser. I samband med tidigare händelseanalyser har det också identifierats ett behov av ett metodstöd till medarbetare för reflektion, vilket nu är framtaget. När en oönskad händelse inträffar kan inblandade medarbetare ha ett behov av omedelbar samling. Metodstödet är inspirerat av AAR (After Action Review, från Myndigheten för samhällsskydd och beredskap). Kombinationen av dessa metoder kan då generera en saklig händelseanalys och även utrymme för lärande och utveckling genom reflektion. Denna åtgärd ingår även i intern kontroll 2024.

Avvikelseberapportering

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

Kvalitetsavvikelsesystemet skickar ut en rapport för helår fördelat på lagrum och typ av händelser. Vissa parametrar redovisas även med angivna orsaker eller i delhändelser. Nedan redovisas statistik för HVOF som helhet.

Helår 2023 – Inrapporterade HSL-avvikelse, typ av avvikelse:

HSL	Dokumentation	Fördröjd, utebliven eller felaktigt utförd vård och behandling	Läkemedel	Medicintekniska produkter	Infektioner och smittspridning	Nutrition	Kommunikation/ information	Trycksår	Totalt
Antal	1040	374	2965	149	6	21	287	84	4926

Helår 2024 – Inrapporterade HSL-avvikelse, typ av avvikelse:

HSL-avvikelser	Dokumentation	Fördröjd, utebliven eller felaktigt utförd vård och behandling	Läkemedel	Medicintekniska produkter	Infektioner och smittspridning	Nutrition	Kommunikation och information	Trycksår	Totalt
Antal	750	337	2758	154	4	32	355	74	4714

Läkemedel

Avvikelser som gäller läkemedel ligger ungefär på samma nivå som föregående år. Antalet avvikelser fördelat på typ av händelse har heller inte förändrats nämnvärt, dock har administrering vid fel tidpunkt och ej given dos minskat. Föregående år (2023) stod dessa för 68% av samtliga läkemedelsavvikelser och under 2024 står de för 55%. Misstänkt stöld/svinn har ökat något, från 5% av samtliga läkemedelsavvikelser till knappt 10%. Ökningen av svinn i avvikelssystemet tros bero på en bättre kontrollräkning av narkotiska läkemedel i MCSS jämfört med när kontrollräkning utfördes på papperslistor. I rutin för MCSS anges att avvikelse ska upprättas vid varje avsteg från förbrukningsjournalen. För att stärka upp arbetet kring hanteringen av dessa avvikelser har ”Vägledning för svinn av narkotiska läkemedel” upprättats och det har visat sig under året att ett stort antal av registrerade avvikelser gällande dessa läkemedel inte var svinn, utan handhavandefel i hanteringen i MCSS. Syftet med vägledningen är alltså att säkra upp processen kring läkemedelssvinn av narkotiska läkemedel och ge stöd till chefer som utreder händelser i verksamheterna. Som tidigare beskrivet planeras även implementering av säkra läkemedelsskåp som en åtgärd för säker läkemedelsförvaring.

Under 2024 har samtliga verksamheter i HVOF (förutom i avdelning hälsa- och förebyggande) gått in i MCSS. Det möjliggör att se hur många insatser som faktiskt utförs, i relation till hur många avvikelser som registreras. Framför allt inom läkemedel blir det tydligt, då både legitimerade och omvårdnadspersonal signerar läkemedelsinsatser i MCSS. En slumpmässigt vald ”vanlig” vecka har 140 338 läkemedelsinsatser registrerats i MCSS. Baserat på antalet avvikelser inom kategorin läkemedel innebär det att 0,04% av insatserna medfört en avvikelse, således cirka 40 avvikelser per 100 000 läkemedelsinsatser. 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 läkemedelsinsatser.

Trycksår

Avvikelser gällande trycksår har sjunkit, från 87 till 74. Trycksår klassas som vårdskada och kan orsaka ett stort lidande för patienter. I föregående års patientsäkerhetsberättelse rapporterades en ökning av trycksår. Bakomliggande orsaker som angetts i avvikelseutredningar har bland annat varit bristande kompetens i hudinspektioner, fördröjning i riskbedömningar samt brister i överrapportering när patienter flyttar mellan verksamheter. Därtill, enligt redovisning av KUBEN, en högre andel patienter med komplex sjukdomsbild där risk för sårutveckling kan vara hög.

Åtgärder har satts in, exempelvis tydligare uppmärksamhet och rapportering av hudförändringar, handledning och dialog genom förvaltningens sårnätverk och konsultfunktioner, samt ett ökat engagemang i det tvärprofessionella teamet där alla yrkeskategorier bidrar med insatser. Sjuksköterskor har även genomgått trycksårsutbildning och produktvisning av madrasser på Hjälpmedelscentrum.

Det är positivt att antalet rapporterade trycksår har minskat under året. Medarbetare uppmuntras att registrera avvikelser som även rör begynnande hudförändring. Det innebär en snabbare hantering av tidiga hudförändringar och åtgärder för att motverka fortsatt sårutveckling.

Fallavvikelser

År 2023 registrerades 9616 fallavvikelser. För år 2024 har 9189 fallrapporter registrerats. Fall som resulterat i fraktur är 2,4%, vilket liknar föregående års 2,5%. Övriga skador är mjukdelsskador, rädsla, slag mot huvudet, smärta och sårskada. I 55% av fallrapporterna har man angett ”ingen skada/konsekvens”. Om ett fall är orsakat av brister i vården, ska en avvikelse rapport också skrivas. I de fall detta har gjorts, är det vanligt att hjälpmedel är inblandat. Det är viktigt att omvårdnadspersonal är kunniga i att hantera hjälpmedel när patienter ska förflytta sig. Kompetenscentrum erbjuder utbildningar i förflyttningsteknik både med och utan hjälpmedel, vilket MAR och kvalitetsutvecklare HSL uppmuntrar chefer för omvårdnadspersonal att dra nytta av.

Den handlingsplan för fallförebyggande arbete som togs fram under 2023, kommer revideras med anledning av ett förändrat arbetssätt gällande fallprocessen. Dialog och samverkan behövs även med regionens primärvård vad gäller ansvar för fallförebyggande insatser till de medborgare som inte är inskrivna i kommunens hemsjukvård.

Analys av statistik ur kvalitetsavvikelsesystemet

Vid årsskiftet 2023 implementerades ett nytt kvalitetsavvikelsesystem. Plattformen var då klar för inrapportering av avvikelser, och under kommande år vidareutvecklades funktioner. Medarbetare har kontinuerligt kunnat lämna förslag på förbättringsåtgärder. En modul för att göra aggregerade analyser har sedan start varit inplanerat att utveckla. Detta arbete har dock dragit ut på tiden och än idag finns ingen funktion som möjliggör en överskådlig analys av statistik. För varje enskild verksamhet eller sektion är dock de inregistrerade avvikelserna så pass få till antalet, att en lokal analys kan göras i samband med kvalitetsråd. Teamet närmast patienterna diskuterar de mest verksamhetsnära åtgärderna. Därefter lyfter chefen sammanfattningen av identifierade risker och framtagna åtgärder för analys på nästa nivå av kvalitetsråd. Det innebär att aggregeringen endast sker i dialog utifrån ett urval som cheferna gör.

I Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (2011) står att vårdgivaren ska sammanställa och analysera avvikelser för att kunna se mönster eller trender som indikerar brister i verksamhetens kvalitet. I ansvaret som vårdgivare, samt enligt Patientsäkerhetslagen 2010:659 för MAS och MAR, ingår att säkerställa rutiner för att förebygga, utreda och anmäla vårdskador. Förvisso uppfyller kvalitetsavvikelsesystemet kravet på inrapportering. Men vad gäller utredning och aggregerad analys klarar inte systemet att uppfylla behovet.

Klagomål och synpunkter

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

Synpunkter och klagomål kan inkomma på flera olika sätt tex genom samtal med patienter eller närstående, brev, mejl till verksamheterna eller via Malmö stads hemsida men också via patientnämnden och Inspektionen för vård och omsorg. Inkomna synpunkter är inte indelade i lagrum och är relativt jämnt fördelade inom förvaltningens avdelningar. Patienter och anhörig ska i första hand lämna sina synpunkter eller klagomål till den verksamhet som ansvarat för vården. Det är verksamheten som bäst kan förklara vad som har hänt och vidta åtgärder för att det som hänt inte ska inträffa igen.

Under 2024 har 569 synpunkter registrerats i kvalitetsavvikelsesystemet. På aggregerad nivå går det inte att urskilja om synpunkten kommer från patient, anhörig, medarbetare eller extern verksamhet. Det syns

endast i granskning av varje unikt ärende. Det är en brist att förvaltningen inte kan leverera en sammanställning eller analys av inrapporterade brister från externa aktörer/andra vårdgivare. Synpunkterna är viktiga att uppmärksamma, eftersom dialogen mellan berörda parter i samband med utredning ofta bidrar till ett lärande och möjligheten att se patientens behov i ett bredare perspektiv. Bristande kommunikation och bemötande är en vanlig anledning till att synpunkter registreras, detta framkommer i en manuell översikt och slumpmässigt urval. Förvaltningens verksamheter har på olika sätt arbetat för att förstärka ett gott bemötande och stärka relationer tidigt i samband med inskrivning i hemsjukvård och vid inflyttning på boenden. Detta har gjorts genom bland annat strukturerade inflyttningssamtal och anhörigutbildning.

Patientnämnden överlämnar årligen en samlad tabell över de ärenden som inkommit till förvaltningen. Under 2024 inkom 19 ärenden till Malmö stad, både FSF och HVOF inräknat. I fyra av de ärenden som berörde HVOF har yttrande begärts. Yttrandet sammanställdes av medicinskt ansvariga med hjälp av redogörelser från verksamheten. Att dra generella slutsatser kring bakomliggande orsaker till synpunkterna är svårt eftersom varje ärende är unikt utifrån synpunktslämnarens upplevelse av en situation. Ärendena behandlas dock i avvikelshanteringsprocessen på samma sätt som övriga synpunkter och följer med till verksamheternas kvalitetsråd för dialog och lärande. Från IVO har det inkommit 4 begäranden om yttrande, varav ett var ett personalärende.

Lärande efter internutredningar och lex Maria

Enskilda allvarliga händelser som utreds av medicinskt ansvariga, lyfts i respektive berörd ledningsgrupp. Oavsett om händelsen leder till en lex Maria eller ej, lyfts åtgärdsplanen för dialog med frågeställningen "Hade detta kunnat inträffa i någon annan verksamhet?" Därefter sprider cheferna informationen vidare i egna led för fortsatt dialog och reflektion. Åtgärdsplanen följs upp så länge behov finns. Denna metod för att sprida lärande och erfarenhet ser numera likadan ut i ledningsgrupperna för både ordinärt och särskilt boende. Medicinskt ansvariga har i sin strategiska enhet dialoger om händelser och gemensamma åtgärder som kan spridas förvaltningsövergripande. Exempel på åtgärd har varit dialoger om säkerhetskultur.

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.



Malmö stad har fyra stadsövergripande beredskapsfunktioner som finns i tjänst dygnet runt, året om. Det är tjänsteperson i beredskap, ledningsfunktion i beredskap, samordnare krisstöd i beredskap och kommunikatör i beredskap.

Förvaltningens Säkerhet- och beredskapssamordnare har under året sammanställt en projektplan för att strukturera och höja beredskap fram till 2027. Reservplaner inom elektricitet, värme, nödvatten, kommunikation, extremväder, evakuering, patientsäkerhet, mediciner och annan utrustning kommer bearbetas. Under året har funktionen även varit handledande till verksamheter vid behov.

Vid ett tillfälle under sommaren uppstod en situation där en hiss i en av stadens korttidsverksamheter slutade fungera. Detta medförde att verksamheten behövde ställa om arbete som berörde in- och uttransportering av patienter, måltidsvagnar, produktleveranser med mera. Själva incidenten medförde inga större konsekvenser men var ett värdefullt uppvaknande för verksamheten som insåg att nedskrivna processer och beredskapsplaner för sådana händelser var svåra att hitta och följa. En annan korttidsverksamhet drabbades av ett längre strömavbrott, vilket innebar behov av att hantera bland annat luftväxlande madrasser och annan elberoende utrustning. Även i detta fall påverkades arbetssätt och tjänster där verksamheten är beroende av hiss. Här konstaterade verksamheten vid uppföljning, att trygga chefer med god beredskap är avgörande för att snabbt komma i gång med reservplaner och åtgärder.

Under hösten planerades och genomfördes en simuleringsövning där en hemtjänstgrupp och ett särskilt boende skulle klara sig utan vatten under flera timmar. Övningen observerades och följdes upp av utvalda personer i förvaltningen. Överlag upplevde medarbetarna att simuleringen varit värdefull för att uppmärksamma behovet av en god beredskap. Uppföljningen visade att verksamheterna klarat övningen väl, men att lokala beredskapsplaner behöver hållas kända och aktuella, utöver de förvaltningsövergripande kontinuitetsplanerna.

Erfarenheter från andra kommuner som under året drabbats av exempelvis IT-attacker, är att beredskapsplaner inte bara behöver upprättas utan även testas för att säkerställa användbarheten. Detta är en lärdom inför fortsatt arbete 2025.

MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

Respektive avdelning i förvaltningen planerar egna mål och strategier utifrån verksamheternas behov och förutsättningar. Det som framkommer i det systematiska kvalitetsarbetet utifrån kvalitetsråd och kvalitetsdialoger ger indikationer på vad medarbetare lyfter som viktiga framgångar och även förbättringsområden. Medicinska ansvariga i förvaltningen deltar i forumen och kan på så vis rikta stöd till dessa aktiviteter.

Analysverktyget för patientsäkerhet med ursprung från Socialstyrelsens ”Handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården”, kommer fortsättningsvis användas för att identifiera prioriterade områden i olika verksamheter. Medicinskt ansvariga uppmärksammar följande områden som viktiga att arbeta vidare med och följa upp, fördelat på de fem fokusområdena:

Öka kunskap om inträffade vårdskador

- Enheten för strategisk hälso- och sjukvårdsutveckling anser att patientsäkerhetsforskning bör belysas, genom att tydliggöra och skapa förståelse för de teoretiska perspektiven ”Säkerhet I” och ”Säkerhet II”. Detta för att verksamheterna ska arbeta fram en större motståndskraft, resiliens, mot variationer i omgivningen som kan medföra risker.
- Utredningar av oönskade, allvarliga händelser ska fortsatt spridas som föremål för lärande. Dock ska fokus även vara att synliggöra de arbetssätt och processer som eliminerat skada eller minskat risken för oönskade händelser.

Tillförlitliga och säkra system och processer

- Analys ska göras utifrån det övergripande arbetet med SVU-avtalet samt översynen av den lokala SVU-processen.
- Fortsatt arbete sker med planering och implementering av nytt arbetssätt inom fallprocessen.
- Det tvärprofessionella arbetet är fortsatt en framgångsfaktor för god och nära vård.

Säker vård här och nu

- Det är av största vikt att förvaltningen erbjuder en vård där patient och i förekommande fall anhöriga tillåts vara delaktiga i planering och genomförande av insatser, genom egenvård, rehabiliterande förhållningssätt och personcentrerad vård.
- Genom omvärldsbevakning och verksamhetsöversyn, ser man över digitaliseringsmöjligheter och nya arbetssätt, exempelvis vad gäller användning av digital läkemedelshantering, välfärdsteknik och nya medicintekniska produkter.

Stärka analys, lärande och utveckling

- Kvalitetsavvikelsesystemet behöver fortsatt utvecklas och verksamheterna är i behov av stöd för att kvalitetssäkra såväl inrapportering som utredning. För att bättre kunna analysera avvikelser behöver en metod för insamling av statistik att arbetas fram.
- Språkstödande aktiviteter är ett prioriterat område för att ha en god kompetensförsörjning framgent.
- Det konsultativa teamet ser ett bestående behov av dialoger och handledning med utgångspunkt i BPSD. Relationen mellan lagrummen SOL och HSL är av vikt för ett

personcentrerat förhållningssätt i vården av personer med demenssjukdom.

Öka riskmedvetenhet och beredskap

- Precis som i övriga samhället behöver förvaltningen fortsatt rusta sig för oväntade och oönskade händelser, bland annat genom simuleringsövningar och goda kontinuitetsplaner för säkerhet och beredskap.