

# Patientsäkerhetsberättelse för funktionsstödsnämnden 2025



Datum: 2025-01-28

Ansvarig för sammanställningen: Medicinskt ansvariga i funktionsstödsförvaltningen

Diarienummer: FSN-2026-178

## Inledning

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

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

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



Källa:

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

## Innehåll

SAMMANFATTNING .....	4
Grundläggande förutsättningar för säker vård .....	4
Agera för säker vård .....	4
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD .....	5
Engagerad ledning och tydlig styrning .....	5
Samverkan för att förebygga vårdskador .....	8
En god säkerhetskultur .....	12
Adekvat kunskap och kompetens .....	13
Patienten som medskapare .....	15
AGERA FÖR SÄKER VÅRD .....	17
Egenkontroller .....	17
Öka kunskap om inträffade vårdskador .....	19
Tillförlitliga och säkra system och processer .....	20
Säker vård här och nu .....	22
Stärka analys, lärande och utveckling .....	24
Öka riskmedvetenhet och beredskap .....	30
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR .....	31
Engagerad ledning och tydlig styrning .....	31
En god säkerhetskultur .....	31
Adekvat kunskap och kompetens .....	31
Allmän omvårdnad .....	31
Patienten som medskapare .....	32

# **SAMMANFATTNING**

## **Grundläggande förutsättningar för säker vård**

### **Engagerad ledning och tydlig styrning**

Under 2025 har funktionsstödsnämndens verksamheter fortsatt att utveckla det systematiska patientsäkerhetsarbetet i enlighet med gällande lagstiftning och nationella riktlinjer. Det har skett organisatoriska förändringar och hög personalomsättning som påverkat förutsättningarna för styrning och uppföljning. Tydliga ansvar finns formellt, men brist i följsamhet och genomförande har identifierats. Omorganisationen av hälso- och sjukvårdsenheten har varit nödvändig för att möta dessa utmaningar, men har samtidigt inneburit begränsade möjligheter att fullt ut prioritera utvecklingsarbete inom patientsäkerhet under året.

### **Säkerhetskultur, kompetens och patientdelaktighet**

Arbetet med att utveckla en god säkerhetskultur har gett resultat i form av ökad rapportering av avvikelser, men visar också på kvarstående brister i analys, lärande och följsamhet till rutiner. Kompetensbrister har identifierats inom flera områden, bland annat i dokumentation och läkemedelshantering samt i allmän omvårdnad, vilket innebär risk för vårdskada. Patientens delaktighet i sin egen vård är ett utvecklingsområde.

## **Agera för säker vård**

### **System, processer och säker vård**

Förvaltningen har tillgång till grundläggande system samt riktlinjer och rutiner för en säker vård, men egenkontroller och granskningar visar på återkommande brister i journalföring, dokumentation och uppföljning. Nuvarande journalsystem begränsar möjligheten till en samlad överblick av patientens vård, vilket påverkar patientsäkerheten negativt. Digital signering i läkemedelshanteringen har bidragit till att patienten får rätt läkemedel vid rätt tid. Kvarstående avvikelser visar dock att riktlinjer och rutiner inte tillämpas konsekvent i alla verksamheter.

### **Analys, lärande och riskhantering**

Antalet rapporterade avvikelser har ökat, vilket delvis speglar en mer öppen rapporteringskultur. Samtidigt kan det också bero på en verklig ökning av avvikelser på grund av mer komplexa patientärenden, högre arbetsbelastning och eventuell kompetens- eller personalbrist. Internutredningar och lex Maria-ärende visar på återkommande brister i kommunikation, ansvarsfördelning och uppföljning.

Riskhanteringsarbetet har inte varit tillräckligt systematiskt, och centrala riskanalyser har i begränsad utsträckning genomförts trots större organisatoriska förändringar.

### **Mål, strategier och utmaningar för kommande år**

Förvaltningen har flera utvecklingsområden när det gäller att skapa ett mer enhetligt och patientsäkert arbetssätt i hela organisationen. Under de kommande åren behöver arbetet fortsatt inriktas på att stärka ledningens uppföljning, förbättra hanteringen av avvikelser och ta tillvara dessa för lärande, samt säkerställa en stabil och långsiktigt hållbar kompetensförsörjning.

Läkemedelshantering är ett område som kräver fortsatt uppmärksamhet, där det finns behov av att förbättra följsamhet, delegeringsprocesser och dokumentation för att minska risk för vårdskada. Parallellt behöver arbetet med patientdelaktighet, riskmedvetenhet och beredskap utvecklas vidare för att stödja en god, säker och jämlik vård på lika villkor.

# GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

## Engagerad ledning och tydlig styrning

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



## Övergripande mål och strategier

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

Funktionsstödsnämndens verksamheter ska gemensamt arbeta för att säkerställa att god, säker och jämlik vård för att förebygga ohälsa för funktionsstödsnämndens målgrupper. Inför 2025 togs följande inriktning fram för att öka patientsäkerheten:

### Engagerad ledning och tydlig styrning

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

### En god säkerhetskultur

Förvaltningens arbete med att säkerställa patientens rättighet till att få rätt läkemedel på rätt tid kommer att fortsätta. Det ska säkerställas genom fortsatt fokus på säker läkemedelshantering, delegeringsprocessen och uppföljning av avvikelser. Arbetet med att implementera digital signering (MCSS) har gett resultat och ska färdigställas kommande år. Förvaltningen har även som mål för 2025 att fler verksamheter ska genomföra kvalitetsråd.

### Adekvat kunskap och kompetens

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

### Patienten som medskapare

Under 2025 har förvaltningen som mål att Fysisk aktivitet på recept (FaR) ska börja förskrivas av team med sjuksköterska, fysioterapeut och arbetsterapeut.

Förvaltningen kommer att genomföra ett projekt om delaktighet i patientmötet, där patienter med LSS-insatser enligt Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (1993:7387) delar med sig av sina upplevelser av delaktighet i mötet med legitimerad personal.

## **Organisation och ansvar**

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

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

Funktionsstödsnämnden ska inom sitt område fullgöra de uppgifter som ankommer på vårdgivaren för kommunal primärvård enligt HSL 2017:30.

### **Verksamhetschef**

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

### **Medicinskt ansvariga**

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

### **Enhetschef**

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

### **Sektionschef**

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

### **Kvalitetsutvecklare HSL**

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

### **Hälso- och sjukvårds-koordinator (HS-koordinator)**

Förvaltningens HS-koordinator har i uppdrag att genomföra omvärldsbevakning, samordna utvecklingsarbetet och ge stöd samt coachning till verksamheterna i arbetet med hälso- och sjukvårdsavtalet och omställningen till nära vård. Uppdraget omfattar både intern samverkan inom förvaltningens verksamheter och extern samverkan med Region Skåne.

### **Hälso- och sjukvårdspersonal**

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

### **Hjälpmedelscentrum**

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

### **Stödfunktioner inom patientsäkerhet**

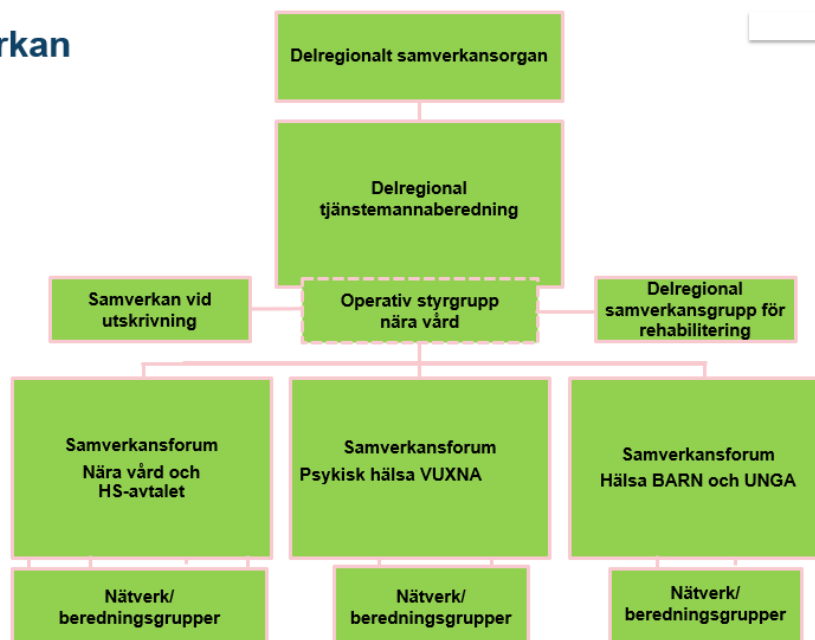
Vårdhygien Skåne, Smittskydd Skåne, Inspektionen för vård och omsorg (IVO), Skånes kommuner samt Patientnämnden Region Skåne har utgjort stödfunktioner för förvaltningen.

## Samverkan för att förebygga vårdskador

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

### Extern samverkan

#### Vårdsamverkan Malmö 2.0



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

Förvaltningen ingår i ovan angivna samverkansforum samt även i:

Områdesnätverk för funktionshinder

Områdesnätverk kommunal hälso- och sjukvård (tidigare MAS/MAR-råd)

Skånegemensam samverkansgrupp habilitering

Skånegemensam samverkansgrupp hjälpmedel

Delregional samverkansgrupp rehabilitering Malmö

Skånegemensam samverkansgrupp vårdens övergångar (SSVÖ)

MAR-nätverk Skånes kommuner

Diabetesnätverket

Palliativt forum

Nätverk för suicidprevention

Styrgrupp Mobilt team närsjukvård

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

Förvaltningen har även samarbete med Sveriges kommuner och regioner gällande framtagande av kravbibliotek inför upphandlingar av verksamhetssystem för hälso- och sjukvårdsområdet samt diskussioner kring standardiserat utbyte av informationsmängder.



## Effekter av samverkan

Samverkan sker kontinuerligt och flera av aktiviteterna från 2024 har fortsatt med positiv effekt under året. I följande text beskrivs några områden som utvecklats under året och där samarbetet har stärkt patientsäkerheten.

Under året har arbetet med att etablera fasta kontaktvårdcentraler till LSS-boenden fortsatt. Insatsen har bidragit till ökad kontinuitet och patientsäkerhet, vilket bland annat framgår av att antalet genomförda läkemedelsgenomgångar har fördubblats.

Parallellt har antalet riktade hälsoundersökningar ökat till följd av en strukturerad samverkansmodell mellan läkare på vårdcentral, sjuksköterskor och patient. Modellen, som bygger på fastställda rutiner och informationsmaterial med bildstöd, har stärkt både struktur och patientdelaktighet och är nu under bred implementering inom Region Skåne.

Lokala samverkansgrupperna för arbetsterapeuter och fysioterapeuter har fortsatt vara en viktig del i arbetet med att stärka patientsäkerheten vid vårdövergångar. Professionerna har haft säkra överrapporteringar och bedömning av egenvård som fokusområden under året. För att öka lärandet har samverkansgrupperna arbetat med konkreta patientfall kopplade till fokusområden som bedöms ha stor betydelse för att förebygga vårdskador.

Implementeringen av den nya överenskommelsen om habilitering (bilaga till hälso- och sjukvårdsavtalet, HS-avtalet) har fortsatt under året. Syftet med överenskommelsen är att skapa likvärdiga förutsättningar för en god och säker vård för målgruppen samt att stärka samverkan mellan kommunala och regionala aktörer. Det pågår fortsatta diskussioner för att säkerställa att patienten inte ”faller mellan stolarna” mellan den regionala habilitering och den kommunala primärvården.

Arbetsgrupp Teamsamverkan vid nydiagnostiserad kognitiv sjukdom/demens består av specialistvård (minnesklinik) samt regional och kommunal primärvård. Arbetet innebär att malmöbor som får diagnos av specialistvård eller regional primärvård på kognitiv sjukdom snabbt ska få information om vilket stöd de och eventuella närstående kan erhålla från kommunen.

Styrgrupp antibiotika har gemensamt tagit fram säkra rutiner för intravenös antibiotikabehandling i samverkande hälso- och sjukvård i hemmet. För patienten innebär det en möjlighet att få stanna kvar i hemmet trots behov av intravenös antibiotikabehandling, vilket kan minska risker för bland annat fall eller att drabbas av smittspridning.

Vårdgivare i samverkansforum barn och unga har inventerat externa avvikelser, i syfte att identifiera förbättringsområden inom gemensamma verksamhetsytor och vid behov vidta lämpliga åtgärder. Funktionsstödsförvaltningen lyfte brister gällande samverkan vid egenvård som bedöms av legitimerad personal inom region Skåne. Utifrån det har det startats en arbetsgrupp tillsammans med arbetsmarknads- och socialförvaltningen.

Områdesnätverk Kommunal hälso- och sjukvård lyfter kommunala patientsäkerhetsfrågor i Skåne. Syftet är att hitta gemensamma strategier för att främja en god, säker och likvärdig vård i hela regionen tillsammans med Skånes 33 kommuner. Läkarestöd, egenvård, delegering och medicinska respektive rehabiliterande insatser är exempel på ämnen som varit aktuella under året.

## **Intern samverkan**

Den interna samverkan mellan legitimerad personal och verksamheterna ser olika ut beroende på var i verksamheterna man tittar. Antal HSL-möten har varierat stort. Variationerna beror främst på omorganisationer inom flera avdelningar, hög personalomsättning samt perioder utan verksamhetsknutna sjuksköterskor och/eller rehab. Rutin för dessa möten används i stora delar av förvaltningen. Samtidigt har förvaltningen påbörjat arbete med att ta fram ny dagordning som är bättre anpassad till ny organisation och med mer fokus på hälsofrämjande arbete. Det är svårt att få kontinuitet i mötena när personalen som kallas inte kommer eller byts. Inrapportering visar dock att sjuksköterska närvarar på minst 75 procent av mötena medan det har varit svårare för rehabpersonal att delta.

I de verksamheter där regelbundna HSL-möten hållits, upplevs mötena positiva och värdefulla samt till nytta för patienten. Såväl legitimerad personal som verksamheterna uttrycker vikten av kontinuerlig kommunikation och uppföljningar, bland annat av kvalitetsavvikelser men även av hälso- och sjukvårdsåtgärder.

Enhetschef på HS-enheten har under året etablerat samverkansmöten med enhetschefer för avdelning LSS-bostäder och avdelning socialpsykiatri boende och barn. Syftet är att på ett mer strukturerat sätt få hälso-och sjukvård- samt patientsäkerhetsfrågor att bli en del i helheten kring nämndens målgrupper.

HS-enheten omorganiserades under senare delen av året. Enheten är nu indelad i sektioner som består av såväl sjuksköterska, arbetsterapeut och fysioterapeut, istället för som tidigare i sektioner inriktade på profession. Detta är en förändring för att ytterligare främja ett ökat teamsamarbete mellan legitimerad personal.

Övergripande arbetsterapeuter, vilka arbetar mot daglig verksamhet, har fortsatt haft ett strukturerat samarbete med rehabpersonal på HS-enheten. Samarbetet har varit särskilt betydelsefullt i komplexa patientärenden, där gemensamma bedömningar, samordnade insatser och kontinuerlig dialog har bidragit till minskad risk för vårdskador.

Medicinskt ansvariga har regelbundna möten för dialog med legitimerad personal, HS-enhetens ledning, verksamhetschefer enligt HSL samt direktör.

## **Informationssäkerhet**

### **HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §**

Under 2025 har arbetet med informationssäkerhet främst bedrivits inom ramen för upphandlingsprojektet av nytt verksamhetssystem för hälso- och sjukvård. Projektet har under året haft fortsatt dialog med både leverantörer och kommuner. Under hösten genomfördes en Request for Information (RFI) med tydligt HSL-fokus, vilket resulterade i ett gott gensvar från leverantörsmarknaden och gav värdefull input inför det fortsatta upphandlingsarbetet.

Kopplat till upphandlingsprojektet har ett gemensamt arbete, tillsammans med hälsa-, vård- och omsorgsförvaltningen, inletts för att strukturerat kartlägga, analysera och dokumentera arbetsprocesser för legitimerad personal. Syftet är att säkerställa att framtida systemstöd möter verksamhetens behov och möjliggör en säker och ändamålsenlig hantering av patientuppgifter.

Flera centrala rutiner har reviderats, däribland avbrottsplan och behörighetstilldelning. Genomförda riskanalyser har visat att uppdaterade rutiner fungerar vid planerade driftstörningar.

Loggkontroller i system som hanterar patientuppgifter har genomförts utan att avvikelser har identifierats. Arbetet med rutin för loggkontroll i IT-stödet Mina planer pågår, men begränsas av systemägarförhållanden. Samtidigt har planerat arbete med struktur för superanvändare inte kunnat genomföras, vilket innebär att en del utvecklingspotential i verksamheterna kvarstår. Sammantaget bedöms nuvarande rutiner för informationssäkerhet vara tillräckliga utifrån befintliga system, men fortsatt utvecklingsarbete behövs.

## En god säkerhetskultur

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

Kvalitetsgenomlysningarna har fortsatt under året. Modellen skapar förutsättningar för nya dialoger och lärande samt att den kan upptäcka arbetssätt med risker för vårdskada. Områden som uppmärksammas ur ett patientsäkerhetsperspektiv gäller utmaningar kring läkemedelshantering, smittrisker, kunskap om medicintekniska hjälpmedel och hantering av kvalitetsavvikelser. Det är tydligt att modellen hjälper verksamheterna att få en överblick av prioriterade områden.



Kvalitetsråd genomförs ännu inte på alla nivåer eller avdelningar inom förvaltningen, vilket var ett av patientsäkerhetsmålen för 2025. Syftet med råden är att stödja arbetet med att identifiera mönster och trender, analysera orsaker till avvikelser samt förbättra kvaliteten i sin helhet. Styrkan med kvalitetsråd är att olika roller och professioner med olika perspektiv, undersöker inkomna händelser tillsammans utifrån respektive profession och kompetens. Avdelning LSS-bostäder har kommit längst i implementering av råden. I de andra avdelningarna pågår planering för ett mer systematiskt arbetssätt för hantering av kvalitetsavvikelser och uppföljning av dessa. HS-enheten har haft möten på enhetsnivå där flera patientsäkerhetsrisker identifierats, vilka man kommer att arbeta vidare med.

Genom etablerade HSL-möten skapas utrymme och tid för lärande och reflektion. Vid möte deltar chef för verksamheten, personal närmast patienten och legitimerad personal. Innehållet är att planera patientrelaterade åtgärder och följa upp insatta åtgärder. Möten används även som tillfälle för reflektion över händelser eller utbildning. Dessa möten ger samma positiva effekter som kvalitetsråden.

Säkra delegeringar har varit ett fokusområde under året. Under hösten har det genomförts intervjuer med delegerande sjuksköterskor, inom ramen för intern kontroll. Intervjuerna har fokuserat på uppföljning av delegeringar, men resultatet visar även att det finns kultur och arbetssätt som inte alltid gynnar patientsäkerheten. Intervjuerna har startat en dialog bland delegerande sjuksköterskor om vad och hur delegeringar kan bli säkrare.

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

## Adekvat kunskap och kompetens

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



Funktionsstödsnämndens målgrupper har behov som kräver både bred och fördjupad kompetens hos medarbetare och chefer. För att kunna ge säker och trygg vård och stöd under hela livet är det avgörande att förvaltningen kan rekrytera, utveckla och behålla medarbetare med rätt kompetens. Säkerställande av kompetens är en grundläggande del av patientsäkerheten och bidrar till att patienter får vård och stöd av hög kvalitet.

I början av 2025 gick förvaltningen över till stadens nya lärplattform MalmöLär.

Detta gör det möjligt att följa vilka kompetenshöjande insatser varje medarbetare har tagit del av och utgör en stabil grund för planering och genomförande av kompetensutveckling på övergripande nivå. Det skapar också bättre möjligheter för chefer att planera kompetensutvecklingsinsatser i verksamheten. Under 2025 har Centrum för lärande (CFL) fortsatt sitt uppdrag att utbilda medarbetare inom förvaltningen samt att samordna och planera utbildningsinsatser som genomförs av andra kollegor i organisationen. En central del av CFL:s arbete är att uppdatera och revidera utbildningar och pedagogiskt innehåll baserat på den senaste forskningen och aktuella behov. Enhetens mål är att säkerställa att medarbetare har den kunskap som krävs för att utföra sitt arbete på ett tryggt och säkert sätt.

### Förflyttningsutbildningar

Under årets första hälft var intresset för utbildningarna inom förflyttningskunskap begränsat. Efter riktad information till verksamheterna ökade dock efterfrågan tydligt, vilket visar att behovet fanns men att kännedomen om utbildningarna initialt var låg.

När det gäller närvaro finns en tydlig skillnad mellan antalet anmälda och antalet som faktiskt deltog, särskilt i utbildningen förflyttning med personlyft. Detta kan tyda på att förkunskapskraven, såsom genomförd e-lärandeutbildning och basblock, utgör ett hinder, men också att verksamheterna har svårt att prioritera deltagande trots anmälan.

För att öka genomförandegraden kan tydligare förankring i verksamheterna och förbättrad samordning vara avgörande.

Verksamhetsnära förflyttningssituationer har fortsatt att vara ett prioriterat område. Det har varit utbildare i verksamheter som ger praktiska grundläggande tips på hur man arbetar med förflyttningar generellt eller har personalgrupper träffats på Storgatan och tränat på förflyttningssituationer tillsammans. Boendeansvarig arbetsterapeut och fysioterapeut får alltid information om dessa insatser och deltar när behov finns.

## **Delegeringsförberedande utbildningar**

Delegeringsförberedande utbildningar genomförs inom områdena enteral nutrition, läkemedelshantering samt diabetes och insulinbehandling. Utbildningarna består av en digital del följt av lärarledd praktisk workshop, inklusive kunskapstest inför eventuell delegering.

Resultaten från kunskapstesterna visar på bristande måluppfyllelse. Cirka hälften av deltagarna klarar kunskapstestet inom läkemedelshantering och endast cirka 25 procent inom diabetes och insulinbehandling. Förvaltningen saknar i nuläget samlad kunskap om i vilken utsträckning medarbetare som inte uppnått godkänt resultat ändå erhåller delegering, vilket innebär en potentiell patientsäkerhetsrisk.

Det finns även en risk för svårigheter att säkerställa ett patientsäkert genomförande av hälso- och sjukvårdsuppdraget vid brist på personal med giltig delegering. CFL har under flera år anpassat utbildningarnas pedagogik för att stärka kunskapsinhämtningen, men bedömer att ytterligare förenklingar kan äventyra nödvändig förståelse. Språksvårigheter bedöms vara en bidragande faktor. Förvaltningen har under året initierat språkutvecklande insatser i verksamheterna, med fokus på yrkessvenska, språk- och kommunikationsförmåga samt dokumentation. Effekten av dessa insatser kan ännu inte fullt ut utvärderas, men bedöms vara betydelsefulla för att långsiktigt stärka kompetens och patientsäkerhet.

Verksamhetsavdelningarna har rapporterat bristande kunskap i allmän omvårdnad. Detta har även uppmärksamats av SAS och medicinskt ansvariga i samband med internutredningar. Om allmän omvårdnad inte utförs ökar det riskerna för att det ska resultera i vårdskada, exempelvis undernäring, eller trycksår. Mot bakgrund av detta har utbildare inom CFL initierat arbetet med att ta fram en utbildning i allmän omvårdnad. Ett utbildningskoncept med e-utbildning och verkstad har tagits fram under 2025.

Inom personlig assistans genomfördes under 2025 en omfattande utbildningssatsning för personliga assistenter. Utbildningen hade bland annat fokus på grundläggande omsorg, vilket är en viktig förutsättning för att säkerställa en trygg och patientsäker vård.

## **Kompetensutveckling för medarbetare inom hälso- och sjukvårdsenheten**

Hälso- och sjukvårdsenheten har etablerat tydliga strukturer för kontinuerligt lärande och reflektion i syfte att stärka både patientsäkerheten och medarbetarnas kompetens. I samband med omorganisationen infördes verksamhets-, vecko- och morgonmöten som regelbundna forum för kollegialt stöd, erfarenhetsutbyte och gemensam reflektion kring patientärenden.

Kompetensutvecklingen förstärks genom kortare workshops och utbildningstillfällen i verksamhetsnära teman, såsom journalföring och uppdrag enligt HSL. Enheten har även säkerställt en högre kvalitet i introduktionen för nyanställda. Stödfunktioner som kvalitetsutvecklare och professionsstöd finns tillgängliga för rådgivning och stöd i det dagliga arbetet.

Inom ramen för råd- och stödutbildning anordnades under 2025 tre utbildningstillfällen till legitimerade medarbetare om psykiatriska diagnoser och tillstånd. Under hösten erbjöds två utbildningstillfällen särskilt riktade till arbetsterapeuter och fysioterapeuter, som handlade om rehabilitering efter axelskador samt spasticitet i hand och arm.

## **Utbildningar via Malmö stads Hjälpmedelscentrum**

Under året har 35 produktutbildningar erbjudits, nio av dem blev inställda på grund av för få anmällda. Sju utbildningstillfällen har genomförts i beställningsportalen webSesam för de som fått behörighet och beställarkoder. Under våren 2025 började produktutbildningar publiceras på Malmö Lär.

## 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.



Personer inom förvaltningens målgrupp kan ha svårt med verbal kommunikation. Det innebär att verksamheter behöver anpassa arbetssätt och vara extra lyhörda och flexibla för olika kommunikationssätt. I förvaltningen finns det en del stödmaterial att tillgå så som alternativ och kompletterande kommunikation (AKK), tydliggörande pedagogik och kommunikationspass. Dessa kan användas vid förberedelse och förståelse inför ett läkarbesök på vårdcentral och för att främja patientdelaktighet i vård och behandling.

### Patientintervjuer

Under 2025 har projektet om delaktighet i patientmötet fortsatt, där personer med LSS-insatser har fått dela med sig av sina erfarenheter av mötet med förvaltningens legitimerade personal. Intervjuerna har resulterat i en studie, som visar att majoriteten av deltagarna upplever en grundläggande delaktighet, framför allt genom att bli lyssnade på och bemötta med respekt. Resultaten pekar på att när samma personal möter patienten över tid stärks tilliten, vilket ökar möjligheten för patienten att uttrycka sina behov och påverka sin vård.

Samtidigt framkommer att delaktigheten i vissa fall stannar vid att bli hörd, utan att patienten får inflytande över beslut som rör vården. Detta har identifierats som ett fortsatt utvecklingsområde för funktionsstödsförvaltningen. Genom att ta tillvara patienternas perspektiv syftar studien till att utveckla en mer personcentrerad vård.

### Fysisk aktivitet på recept (FaR)

Under 2025 har HS-enheten fortsatt arbetet med att främja fysisk aktivitet som en del av det hälsofrämjande arbetet i förvaltningen. En bred implementeringsinsats av FaR har genomförts utifrån Folkhälsomyndighetens implementeringsmodell, i samverkan med Socialstyrelsen.

Den interna FaR-gruppen har genomfört informationsinsatser för enhetschefer och sektionschefer (LSS) samt legitimerad personal inom HS-enheten. Interna utbildningar har hållits och informationsblad har tagits fram för verksamhetsnära personal, legitimerad personal och patienter. Genom att ge patienter FaR främjar förvaltningen deras delaktighet i sin egen hälsa.

Totalt har 27 recept utfärdats under året i jämförelse med fem under 2024. Dessutom har 26 uppföljningar och 78 rådgivande samtal genomförts. Fysioterapeuterna står fortsatt för den största delen av insatserna kring FaR. Under hösten 2025 reviderades introduktionsmaterialet och en översyn av introduktionsprogrammet för fysioterapeuter och arbetsterapeuter genomfördes. Sjuksköterskornas introduktionsmaterial kommer att revideras i början av 2026.

## **Anhörigstöd**

Anhöriga är en viktig resurs för att stärka patientens delaktighet och bidra till en säker vård.

Anhörigkonsulenterna har under 2025 fortsatt att erbjuda individuella samtal samt gruppverksamhet för anhöriga utifrån behov. De finns även tillgängliga för verksamheterna inklusive HS-enheten för rådgivning och stöd i frågor som rör anhöriga och anhörigperspektivet. En ny riktlinje för anhörigperspektiv har upprättats och kompletterats med tydligare information riktad till anhöriga, vilket stärker deras möjlighet att vara delaktiga i patienternas vård.

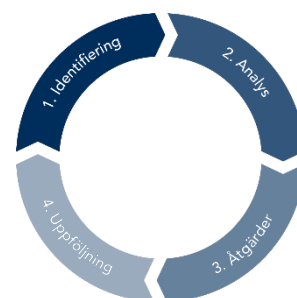
Under året har anhörigkonsulenterna utökats genom en projektanställning. Uppdraget är att ge stöd till föräldrar som har en NPF-diagnos (Neuropsykiatrisk Funktionsnedsättning) och som har barn med funktionsnedsättning. Projektet syftar till att främja barnets bästa genom att erbjuda föräldrar eller andra viktiga anhöriga anhörigsamtal, gruppverksamheter eller annat stöd som kan hjälpa i vardagen utifrån olika förutsättningar och behov.



# AGERA FÖR SÄKER VÅRD

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

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



## Egenkontroller

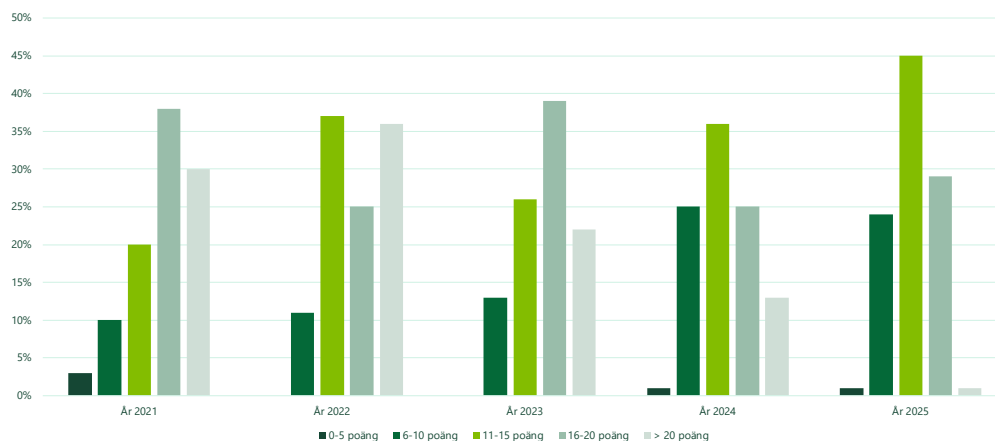
### Jorunalföring

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

Medicinskt ansvariga genomförde granskning av 84 (samma antal som 2024) slumpvis utvalda patientjournaler inom funktionsstödsförvaltningens olika verksamheter.

Antalet välskrivna patientjournaler låg på samma nivå som det gjorde 2024 och resultatet visar fortfarande på brister i dokumentationen, vilket kan inverka negativt på patientsäkerheten.

## Fördelning andel journaler per poängsumma och år



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

Årets journalgranskning visar på en marginell förbättring i journalföringen, utifrån de lagstadgade kraven. Det är som tidigare år svårt att följa förloppet i journalerna, att få en helhetsbild av patientens situation och behov på grund av att nuvarande journalsystem inte stödjer det. Malmö stads avtal med leverantören utlöper 2027 och processen för upphandling av nytt journalsystem pågår fortfarande. Oavsett eventuella svårigheter med journalsystemets struktur ska det som är av vikt för patientens vård och behandling dokumenteras. Bristande personalkontinuitet och organisatoriska utmaningar ställer dessutom höga krav på korrekt dokumentation.

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

## **Kollegial granskning - legitimerad personal**

Den kollegiala journalgranskningens syfte är att all legitimerad personal genom dialog och reflektion, ska få återkoppling på kvaliteten i sin egen yrkesspecifika dokumentation i patientjournalen. Genom granskningen ska legitimerad personal även få konstruktivt stöd i vilka delar av dokumentationen som kan förbättras. Under 2025 har kollegial journalgranskning utförts vid två tillfällen.

Resultatet visar brister i att dokumentera bedömningar, riskbedömningar och vårdplaner, samordning av insatser och i att avsluta ej aktuella ordinationer. Legitimerad personal behöver även bli bättre på att dokumentera patientens delaktighet i journalen.

HS-enheten har tagit fram en fördjupningsutbildning i dokumentation för att öka kvalitén i dokumentationen. Dessa har genomförts vid sju tillfällen med olika teman.

## **Öppna jämförelser**

Medicinskt ansvariga har tillsammans med hälso- och sjukvårdsenheten svarat på Socialstyrelsens årliga enkät Öppna jämförelser. Enkäten innehåller frågor gällande den kommunala huvudmannens ansvar att erbjuda en god hälso- och sjukvård. Resultatet behöver tolkas och kompletteras utifrån lokala förutsättningar eftersom det inte ger en heltäckande bild av hälso- och sjukvårdens kvalitet.

Det tolkade resultatet ger en indikation på vad förvaltningen idag saknar och behöver arbeta vidare med. Förvaltningen har styrdokument för sammanhållen vård och omsorg till personer med demens, psykisk ohälsa, fallförebyggande insatser, läkemedelshantering, basal hygien samt överenskommelser om verksamhetsförlagd utbildning. Förvaltningen har följt upp mål om patientsäkerhet, men det finns ingen handlingsplan för det systematiska patientsäkerhetsarbetet på det sätt som enkäten efterfrågar.

## Öka kunskap om inträffade vårdskador

SOSFS 2011:9 7 kap. 2 § sista stycket, HSLF-FS 2017:40 3 kap. 1 §, PSL 2010:659 3 kap. 3 §

Genom identifiering, utredning samt mätning av skador och vårdskador ökar kunskapen om vad som drabbar patienterna när resultatet av vården inte blivit det som avsetts. Kunskap om bakomliggande orsaker och konsekvenser för patienterna ger underlag för utformning av åtgärder och prioritering av insatser.



### Internutredningar och Lex Maria

Sju internutredningar har utförts under 2025, sex av dem initierades av medicinskt ansvariga utifrån slutgodkännande av avvikelser. En internutredning initierades via ärende som inkom från IVO med begäran om journalkopior och hade hanterats som klagomål och synpunkt i verksamhet. Den internutredning bedömdes som allvarlig vårdskada eller en risk för allvarlig vårdskada, vilket ledde till anmälan enligt lex Maria och rapporterades till IVO.

Händelserna i samtliga utredningarna handlar om brister i följsamhet till riktlinjer, kommunikation, ansvarsfördelning, uppföljning av hälso- och sjukvårdsinsatser och dokumentation.

## Tillförlitliga och säkra system och processer

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



### Riktlinjer och rutiner

Medicinskt ansvariga, enhetschef enligt HSL samt kvalitetsutvecklare HSL upprättar och reviderar riktlinjer och rutiner som stödjer verksamheten. Dokumenten revideras enligt fastställda intervall samt vid behov, exempelvis när händelser eller avvikelser visar på behov av tidigare uppföljning än planerat. Årets revideringar har till övervägande del avsett språkliga förtydliganden med fokus på att stärka förståelsen för arbetsprocesser. Exempel på dessa är; rutin för dödsfall inom kommunal hälso- och sjukvård och rutin för avbrottsplan. En revidering har gjorts gällande riktlinje för hantering av läkemedel i kommunal primärvård och det har förtydligats vilka läkemedelslistor som ska användas, vilket har betydelse för patientsäkerheten.

### Delegering av hälso- och sjukvårdsuppgifter

Under våren 2025 har medicinskt ansvariga genomfört en workshop om delegeringar med HS-enhetens sektionschefer och professionsstödjare, där nuläge, utmaningar och önskat läge för ett mer systematiskt arbete med delegeringar identifierades. Det önskade läget innefattar bland annat tydligare ansvar för planering och uppföljningar av sektionschef, bättre prioriteringsstöd till legitimerad personal, strukturerad introduktion för nyanställda, och kollegial handledning. HS-enhetens chefer har startat upp ett förbättringsarbete för att möjliggöra säkra delegeringarna.

Under hösten genomfördes en granskning genom intervjuer av hur sjuksköterskor går till väga vid uppföljning av sina delegeringar samt hur de upplever styrkor och svagheter i följsamheten till uppföljningssteget i delegeringsprocessen. Resultatet visar att samarbetet mellan sjuksköterskor och sektionschefer i verksamheter varierar men är avgörande för en säker delegeringsprocess. Det framkommer också att tydligare rutiner, kontinuerlig kontakt och information till sjuksköterskor, sektionschefer och utförare är viktiga för att säkerställa patientsäkerheten i delegeringsprocessen. Omorganisationen har lett till att legitimerad personal har färre patienter per sjuksköterska, vilket gör att sjuksköterskor har större möjlighet att säkerställa patientsäkerheten i delegeringsprocessen.

### Digital signering

Efter att MCSS implementerats i samtliga LSS-boenden har systemet under 2025 införts i alla dagliga verksamheter. Arbetet i systemet upplevs fungera väl också i dessa verksamheter. Förvaltningen planerar fortsatt införande av MCSS inom personlig assistans kommande år. Det ses fortsatt brister i följsamhet till rutin, men systemet i sin helhet är hjälpsamt för att säkerställa att HSL-uppdrag utförs som de ska.

### Hjälpmedelsorganisation

En ny hjälpmedelsorganisation där både hälsa, - vård- och omsorgsförvaltningen (HVOF) och FSF ingår, upprättades i början av 2025. Målet är att utifrån gällande lagstiftning gemensamt verka för en patientsäker, jämlik och kostnadseffektiv hantering av medicintekniska produkter avseende hjälpmedel inom Malmö stad. Gällande hur-frågor rörande hjälpmedelshanteringen kallas MAR/MAS vid behov in till olika grupper som ingår i organisationen.

## **Beslutsstöd för arbetsterapeuter och fysioterapeuter**

Beslutsstödsmodellen är ett stöd i det kliniska arbetet för att följa arbetsterapi- och fysioterapiprocessen samt vid behov förskrivningsprocessen. Syftet är att uppnå ett systematiskt och likartat arbetssätt genom att använda strukturerade bedömningsmetoder, samt att tydliggöra patientens delaktighet. Under 2025 har Skånes kommuner tagit fram ett nytt utbildningsmaterial som stöd för utbildning och dialoger i verksamheter.

## Säker vård här och nu

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



### Säker kommunikation

Årets planerade insats med att införa ett rapporteringsstöd har inte genomförts. Stödet ska hjälpa medarbetare att förbereda rätt information inför kontakt med sjuksköterskor. Fokus har i stället legat på omorganisation för att skapa hållbara grundstrukturer för ett tvärprofessionellt, teambaserat, personcentrerat, förebyggande och hälsofrämjande arbete. Inte heller implementeringen av SBAR (Situation, Bakgrund, Aktuellt, Rekommendation), en metod för säker kommunikation, har genomförts. Arbetet med implementeringen planeras nu till 2026.

### Läkemedelskåp

Frågan om läkemedelskåp har varit aktuell i flera år, framför allt ur ett ekonomiskt perspektiv. För en säker hantering av patienters läkemedel krävs individuella låsbara skåp. En ny inventering över antal läkemedelskåp är utförd, som visar att det finns låsbara skåp i alla verksamheter. För att säkra hanteringen av narkotikaklassade läkemedel krävs så kallade sjuksköterskeskåp där narkotikaklassade läkemedel förvaras. Det finns inte i alla verksamheter idag, men kommer att köpas in.

### Fysiska avstånd

Omorganisationen av HS-enheten har inneburit att legitimerad personal ansvarar för färre verksamheter. Det skapar förutsättningar för att vara fysiskt närvarande i verksamheterna och att ha bättre kännedom om patienter och medarbetare. Områdesindelningen har dessutom minskat avståndet mellan verksamheterna så att legitimerad personal snabbt kan transportera sig mellan verksamheter vid behov. Sammantaget leder det till en ökad patientsäkerhet och mindre risk för att en vårdskada ska uppstå.

### Smittförebyggande åtgärder

Under 2025 har smittförebyggande åtgärder hanterats och följts upp inom verksamheternas eget systematiska kvalitetsarbete. Ett fåtal verksamheter har genomfört självskattning i kunskap gällande att förhindra smitta. Det framkommer att det finns brister i följsamhet till klädregler som kan påverka patientsäkerheten.

### Suicidprevention

Som ett led i det suicidpreventiva arbetet, för att förebygga oavsiktligt eller avsiktligt suicid med opioider, har HS-enhetens konsultativa team tillsammans med CFL skapat en utbildning i naloxonhantering samt första hjälpen. Två utbildningstillfällen för medarbetare har genomförts under 2025. Konsultativa teamet har även skapat en utbildning för legitimerad personal, men har inte kommit igång med utbildningstillfällen.

### Egenvård

Socialstyrelsen publicerade ett kunskapsstöd för egenvård som riktar sig till hälso- och sjukvård, socialtjänst och LSS-verksamheter, enligt lagen om egenvård (2022:1250). Utifrån det har medicinskt ansvariga varit delaktiga i arbetet med att ta fram underlag till funktionsstödsnämnden för beslut om hantering av egenvård och utbildningsinsatser i LSS-verksamheter gällande medarbetare i barnverksamheter.

## Äldre

I Malmö är idag 20 procent av alla med LSS-beslut 55 år eller äldre. Bland dem som bor i LSS-boende är andelen ännu högre, 17 procent är 65 år eller äldre.

För att förbättra förutsättningarna för målgruppen har ett arbete initierats som går under namnet ”Att leva som andra – Att åldras som andra”. I detta ingår flera aspekter av att stärka målgruppens levnadsvillkor, bland annat satsningar på hälsa, särskild kompetensutveckling för stödpersonal och utveckling av olika former av verksamheter riktade till äldre, såsom lämpliga boendalternativ.

## Riskhantering

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

Vårdgivare ska fortlöpande bedöma om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet. För varje sådan händelse ska vårdgivare uppskatta sannolikheten för att händelsen inträffar, och bedöma vilka negativa konsekvenser som skulle kunna bli följden av händelsen.

### Riskdialoger

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

Allvarliga risker som berör patientsäkerhet och som hanterats under 2025 var följsamhet till delegeringsprocessen. Resultat finns beskrivet under rubrik En god säkerhetskultur.

### Riskanalyser

Förvaltningen har ett analysteam som stödjer verksamheter att genomföra olika typer av risk och händelseanalyser. Lokala eller centrala risk- eller händelseanalyser följer Sveriges kommuner och regioners (numera övertagen av Löf, regionernas ömsesidiga försäkringsbolag), metod. De lokala analyserna genomförs utifrån verksamhetens egna processer eller processer för samarbete med andra verksamheter. De centrala analyserna ska genomföras inför större förändringar eller vid händelser som påverkar eller har påverkat flera patienter och verksamheter.

Under året har endast en lokal riskanalys genomförts. Analysen berörde patient med ny diagnos där det fanns stora risker för bristande stöd, vilket skulle kunna leda till försämrat hälsotillstånd. Inga centrala riskanalyser har utförts trots att större organisatoriska förändringar genomförts under året, vilka skulle kunna påverka patientsäkerheten.

En kritik som har framförts mot riskanalyser genomförda med analysteam är att de upplevs som omfattande och därmed tidskrävande. Samtidigt finns en väl fungerande struktur för riskbedömningar inom arbetsmiljöområdet, vilka i vissa fall även kan bidra till stärkt patientsäkerhet. För att bättre möta verksamheternas behov undersöker kvalitetsenheten möjligheten att införa en mer lättillgänglig och mindre resurskrävande modell för riskanalyser. Förvaltningen behöver i detta arbete vidareutveckla det riskförebyggande arbetet med tydligare fokus på patientsäkerhet.

Medicinskt ansvariga har deltagit i en övergripande riskanalys tillsammans med hälsa- vård och omsorgsförvaltningen gällande tjänsteköp av hälso- och sjukvård för patienter inom personlig assistans. Riskerna som identifierades i riskanalysen låg delvis till grund för att tjänsteköpet inte blev av.

## Stärka analys, lärande och utveckling

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



### Kognitiv sjukdom

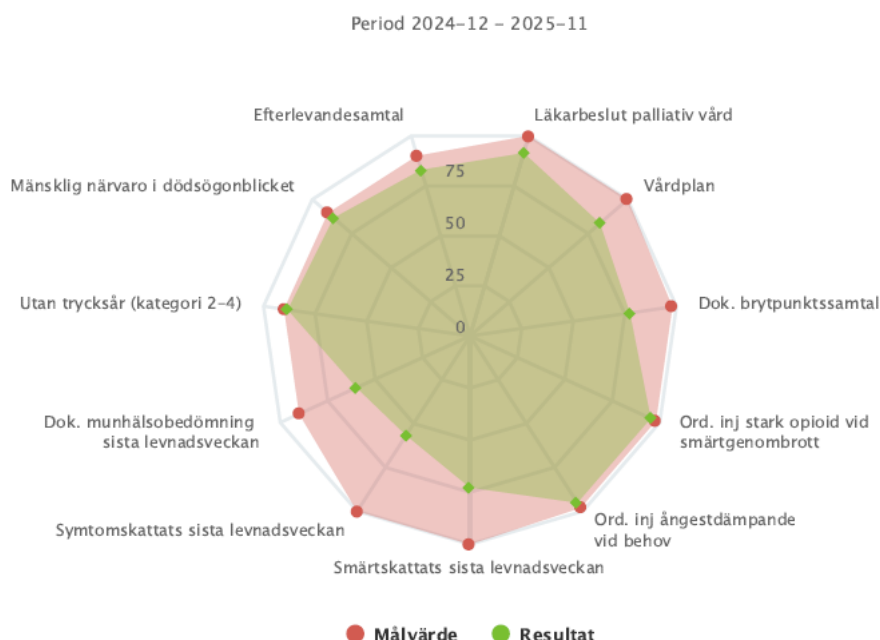
Under året har kommunikationswebbplatsen för att samla kunskap, riktlinjer, råd och stöd kring arbetssätt vid demenssjukdom färdigställt och är nu tillgänglig på intranätet. I verksamheter som identifierat patienter med sjukdom eller demenssjukdom har BPSD-registret (beteendemässiga och psykiska symtom vid demens) implementerats och används. Läs vidare under rubrik Nationella kvalitetsregister.

### Nationella kvalitetsregister

Under året har antalet verksamheter som använder BPSD-registret ökat från sex till nio verksamheter. Det bidrar till en mer personcentrerad och säker vård genom samarbete i multiprofessionella team. BPSD-registreringar används även för patienter utan kognitiv sjukdom med beteendemässiga och psykiska symtom. Tydliga omvårdnadsåtgärder och bemötandeplaner har förbättrat vården även för dessa patienter.

Under året har HS-enheten registrerat 13 dödsfall i Palliativ registret. Verksamheten har arbetat aktivt med att öka registreringar för att kvalitetssäkra vård i livets slut.

### Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer





Helhetsbilden visar att verksamheten i stor utsträckning lyckas med den direkta patientnära vården, särskilt när det gäller symtomlindring och närvaro i livets slut. Samtidigt behöver arbetet med strukturer, planering och dokumentation stärkas för att nå en mer jämn och hög kvalitet inom samtliga indikatorer.

Spindeldiagrammet fungerar väl som underlag för fortsatt förbättringsarbete genom att tydliggöra både styrkor att värna om och områden där riktade åtgärder kan ge störst effekt.

Registrering i Senior alert har ännu inte påbörjats, men registrets riskbedömningsinstrument som finns i journalsystemet används av legitimerad personal. Som nämnts tidigare ökar medelåldern för förvaltningens målgrupp och därav bör förvaltningen arbeta mer förebyggande för att minska risken för vårdskador med hjälp av ett kvalitetsregister som Senior alert.

### **Samverkan kring internutredningar**

MAS, MAR och socialt ansvariga samordnare (SAS) har under året fortsatt ett väl fungerande och strukturerat samarbete. Genom ett tvärprofessionellt arbetssätt, där patientens hela livssituation beaktas, har insatta åtgärder kunnat samordnas och individanpassas. Detta bidrar till en ökad patientsäkerhet och minskar risken för vårdskador.

Under året har dock några uppmärksammade missförhållanden synliggjort betydande brister i följsamheten till gällande rutiner. Med anledning av detta har även MAS och MAR involverats i flera ärenden för att säkerställa att motsvarande brister inte förekommer inom hälso- och sjukvårdsområdet. I något fall har detta lett till att MAS inlett en internutredning.

För att stärka helhetsperspektivet och säkerställa att samtliga relevanta aspekter beaktas har MAS och SAS dessutom genomfört gemensamma dialoger ute i verksamheterna. Dessa dialoger har varit ett viktigt led i det förebyggande arbetet och i utvecklingen av gemensamma rutiner för en trygg och säker vård.

### **Avvikelser**

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

Under året har förvaltningen fortsatt saknat ändamålsenliga verktyg för att sammanställa och analysera utredningar på aggregerad nivå. Detta har begränsat möjligheterna att dra systematiska lärdomar av inträffade händelser och att förebygga vårdskador.

I slutet av året presenterades dock en första säker version av en statistikapp. Avsikten är att den ska implementeras i de verksamheter som använder kvalitetsavvikelsesystemet, vilket förväntas stärka arbetet med uppföljning och hantering av avvikelser inom flera områden.

Granskning av inkomna utredningar visar att ledtiderna ofta är långa och att analyser av bakomliggande orsaker inte alltid är tillräckligt fördjupade. Även konkreta och uppföljningsbara åtgärdsförslag saknas i flera fall. För att möta dessa brister har kvalitetsenheten fortsatt erbjuda utbildningstillfällen för chefer. Syftet är att stärka chefers förmåga att leda och genomföra högkvalitativa utredningar med fokus på patientsäkerhet, lärande och förbättring.

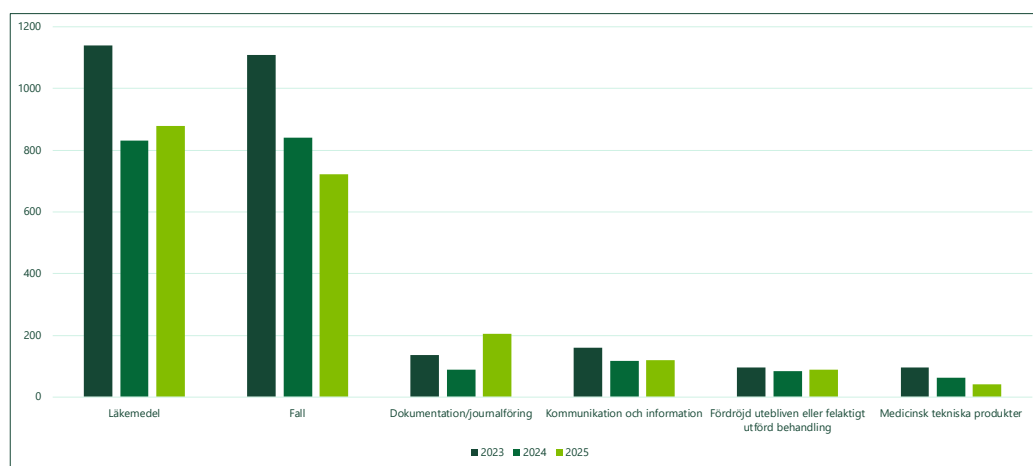
Den höga omsättningen av chefer utgör dock en utmaning och understryker behovet av att chefer stöttar varandra i utredningsarbetet och säkerställer kontinuitet i processerna.

Under året har även omsorgspedagoger och stödpedagoger med utökat ansvar fått rollen som utredare och därigenom kunnat ta del av utbildningsinsatserna. Genom att de arbetar nära patienterna och i den dagliga verksamheten kan utredningar initieras snabbare och förslag på åtgärder tas fram i ett tidigare skede. Det är dock fortsatt chefen som ansvarar för att skicka avvikelser för godkännande.

Samtidigt har granskningar visat att det även finns kvalitetsbrister i de utredningar som genomförs av legitimerad personal. För att säkerställa en enhetlig och hög kvalitet i utredningsarbetet planeras därför riktade utbildningar för denna personalkategori att starta under 2026.

Diagrammet visar avvikelser för åren 2023, 2024 och 2025. Avvikelser förekommer även inom områdena nutrition, trycksår samt infektioner och smittspridning, men eftersom antalet är färre än 10 redovisas dessa inte i diagrammet.

## HSL-avvikelser och fall 2023, 2024 och 2025



Det totala antalet HSL-avvikelser har ökat från föregående år. Det kan finnas flera förklaringar till det. Förvaltningen har under flera år arbetat med en förändrad kultur kring avvikelserapportering där fokus ligger på lärande och systemförbättring snarare än skuld. I en sådan miljö uppmuntras personal att våga rapportera misstag och tillbud utan rädsla för bestraffning. I kombination med tydlig ledning och uppföljning stärks tilliten och rapporteringsviljan ökar. Kvalitetsavvikelsesystemet är mer användarvänligt för rapportörer vilket gjort det enklare och snabbare att rapportera avvikelser, vilket kan påverka antalet inrapporterade händelser. Samtidigt kan det också bero på en verklig ökning av avvikelser på grund av mer komplexa patientärenden, högre arbetsbelastning och eventuell kompetens- eller personalbrist.

### Läkemedel

Läkemedelsavvikelserna står för en lägre andel av det totala antalet HSL-avvikelser jämfört med föregående år, men har i år ökat i antal.

Fortfarande är "ej given dos" den vanligaste avvikelserna. Däremot visar statistik från både avvikelsesystemet och från MCSS att händelsen "ej given dos" har minskat. Som bakomliggande orsak till ej given dos anges "processer, rutiner och riktlinje" och den överlägset vanligaste åtgärden är "efterlevnad av rutin". Genom MCSS görs det tydligt när ett läkemedel ska ges och om något har missats. Det har lett till att patienterna i högre utsträckning får sina läkemedel och i rätt tid, vilket är viktigt för patientsäkerheten.

Gällande misstänkt stöld/svinn av läkemedel ses en ökning med 38 procent. Även kategorin "läkemedel saknas" har ökat där en viss del av händelserna handlar om stöld/svinn. Problemet uppmärksammades i början av året då sjuksköterska noterade brister i hantering och dokumentation av narkotiska preparat, även om det inte var registrerat som en sådan avvikelse. I samband med detta dokumenterades allt fler

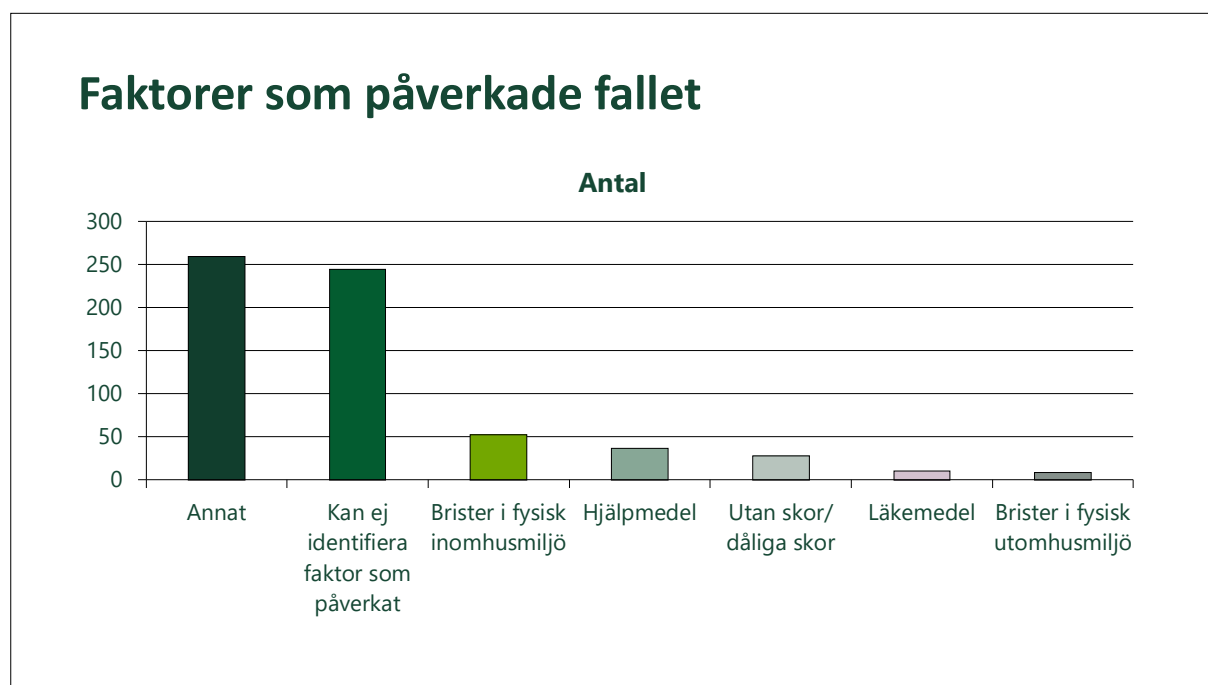
avvikelser som stöld/svinn. Det visade sig finnas kunskapsbrister hos såväl sjuksköterskor samt medarbetare för hur avräkning och dokumentation ska ske i MCSS. Sjuksköterskor prioriterar nu konsekvent kontroll av förbrukningsjournaler för narkotiska preparat och vid behov kontrollerar även medarbetare förbrukningsjournalen. Det är endast vid enstaka fall som det noterats att patient drabbats av att narkotika inte funnits då det hade behövts.

## Fall

Under året har ungefär 720 fall rapporterats i jämförelse med cirka 820 fall år 2024.

Minskningen av rapporterade fallavvikelser kan bero på flera faktorer. Exempel på dessa är ett mer strukturerat och förebyggande arbete kring fallrisker, teambaserat arbete kring patienter eller förändringar i patientgruppens sammansättning. Medicinskt ansvariga har dock inte undersökt de bakomliggande orsakerna till minskningen.

Diagrammet visar faktorer som påverkade fallen under år 2025.



Majoriteten av fallen har inträffat på grund av nedsatt balans, men har inte lett till allvarlig skada. De vanligaste skadorna har varit smärta och sår. I många fallrapporter har orsaken inte specificerats, utan i stället har kategorin ”annat” använts. En möjlig förklaring är att i samband med rapporteringen funnits osäkerhet kring hur bakomliggande orsaker ska bedömas och klassificeras, särskilt när flera faktorer samverkar, såsom patientens hälsotillstånd, läkemedel, miljö och aktivitetsnivå.

Det kan även bero på tidsbrist eller begränsad kännedom om vikten av att tydligt ange sannolik fallorsak. I vissa fall kan det ha saknats tillräcklig information vid rapporteringstillfället, exempelvis när fallet inte observerats av personal. Som åtgärder anges ofta en översyn av fysiska miljön.

## **Dokumentation och journalföring**

Antalet rapporterade händelser gällande dokumentation och journalföring har under året varit 202 (88 år 2024), en ökning med 130 procent. Förklaringen till detta är att brister i signering i MCSS, vanligen sorteras under denna rubrik och inte under läkemedel. Såväl legitimerad som delegerad personal har under året ökat rapporteringen av dessa händelser för att sätta ljus på problemet, vilket främjar patientsäkerheten. Som bakomliggande orsak anges ”processer, rutiner och riktlinjer” där åtgärder oftast är ”efterlevnad av rutin”. Utredningar av dessa avvikelser visar oftast att insatser är utförda hos patienten, men att man missat att signera. Oavsett ökar missade signeringar risken för felhantering och felbeslut.

## **Kommunikation och information**

Under året har 118 händelser har rapporterats, vilket är likvärdigt med föregående år. Bedömningen är att siffran troligtvis är en underrapportering då brist i kommunikation och information syns i andra avvikelser även om det inte är klassificerat som sådan. Som bakomliggande orsaker anges främst ”övergång mellan olika arbetspass och vårdgivare” och angiven åtgärd är ”förändring i kommunikation och information”. Detta är ett prioriterat förbättringsområde.

## **Fördröjd utebliven vård och behandling**

Under året har 89 händelser har rapporterats vilket är likvärdigt med föregående år. Inom detta område nämns ”processer, rutiner och riktlinjer” samt ”brister i information och kommunikation” som är den bakomliggande orsaken. Åtgärder som beskrivs för att motverka brister är att öka följsamhet till rutin, förändra kommunikation och samtal med enskild. Majoriteten av händelserna berör brister med låga riskpoäng.

## **Medicintekniska produkter (MTP)**

Under 2025 har 41 avvikelser kopplade till MTP rapporterats, varav 19 bedömdes bero på handhavandefel. Hanteringen av MTP är komplex och kräver att medarbetare har tillräcklig kompetens i användning av hjälpmedel. Bakomliggande orsak till avvikelserna har varit att kunskap om korrekt användning, kontroll och uppföljning av hjälpmedel inte alltid varit tillräckligt förankrad i verksamheterna. Utbildningsinsats och efterlevnad av rutin är mest förekommande åtgärder. CFL erbjuder utbildning i hjälpmedelshantering till utsedda hjälpmedelsombud och chefer uppmanas att säkerställa att personalen deltar.

Under året har åtta avvikelser rapporterats till hjälpmedelscentrum. Vanligaste bristerna har varit att hjälpmedlet rapporterats som trasigt vid leverans eller-försenad leverans. Fel på produkter har rapporterats vidare till tillverkaren/leverantören.

Flera säkerhetsmeddelanden från leverantör har inkommit som har hanterats av hjälpmedelscentrum. Ett säkerhetsmeddelande från leverantören Swereco angående ett uppresningsstöd, har hanterats tillsammans med HVOF. Inga anmälningar är gjorda till Läkemedelsverket i år.

Sammanfattningsvis visar sammanställningen av inkomna avvikelser och föreslagna åtgärder att det finns ett behov av ökad kunskap om samt förbättrad följsamhet till gällande rutiner och riktlinjer. Rutiner och riktlinjer behöver diskuteras regelbundet i verksamheten för att säkerställa förståelse för deras syfte och praktiska tillämpning. Vidare betonas vikten av kontinuerliga möten med teamet kring patienten samt förstärkt kommunikation och dokumentation.

## **Rapporterade klagomål och synpunkter till andra vårdgivare (externa avvikelser)**

Funktionsstödsförvaltningen har rapporterat 65 externa avvikelser (67st 2024) har rapporterats av medarbetare avseende brister hos andra vårdgivare. Dessa har överlämnats till berörda vårdgivare för utredning. Brister rör sig vanligtvis om samverkan vid utskrivning och informationsöverföring.

## **Klagomål och synpunkter**

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

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

Under året har HS-enheten mottagit 12 klagomål och synpunkter som har hanterats som kvalitetsavvikelser i kvalitetsavvikelsesystemet. Anledningen till att det kommit så få kan vara att det inte är känt hur de rapporteras in och den informationen behöver spridas till legitimerad personal.

Under 2025 har inget ärende inkommit från Patientnämnden som berör funktionsstödsnämnden.

## 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.



År 2025 har präglats av omfattande organisationsförändringar, både på förvaltningsövergripande nivå och inom flera avdelningar. Därtill har hälso- och sjukvårdsenheten haft en påtaglig personalomsättning samt en period med brist på chefer och legitimerad personal. Brist på sjuksköterskor har dock kompensats med sjuksköterskor från bemanningsteamet, vilket är bra. Sammantaget har detta påverkat verksamhetens möjligheter att prioritera och genomföra planerade satsningar inom risk- och beredskapsarbetet kopplat till patientsäkerhet. Flera aktiviteter har därför inte kunnat påbörjas eller har förskjutits i tid.

Året har också visat hur viktigt det är att verksamheten har en god beredskap och kan anpassa sig vid förändringar eller oväntade händelser. För att kunna ge en trygg och säker vård över tid krävs ett ökat fokus på riskmedvetenhet och beredskap. Som en del i detta arbete har hälso- och sjukvårdsenheten organiserats om. Varje sektion har nu samordnare som tillsammans ansvarar för att säkra rätt bemanning och kompetens. Detta ger bättre möjligheter att hantera perioder med hög belastning och att arbeta mer strukturerat med både arbetsmiljö och patientsäkerhet.

I maj 2025 tillträdde förvaltningens nya beredskapssamordnare. Under året har inledande inventering och kartläggning genomförts för att stärka riskmedvetenhet och beredskap med betydelse för patientsäkerheten. En risk- och sårbarhetsanalys som även omfattar kontinuitetshantering har genomförts och vidareutvecklats under året. Arbetet har bidragit till att identifiera risker och kritiska beroenden som kan påverka förmågan att bedriva patientsäker vård. Detta arbete utgör en viktig grund för det fortsatta utvecklingsarbetet. Ett mer strukturerat och systematiskt arbete med riskmedvetenhet och beredskap planeras att genomföras under 2026 i nära samverkan mellan hälso- och sjukvårdsenheten, MAS och MAR.

Under hösten 2025 anordnade Länsstyrelsen en workshop med representanter från Region Skåne, Skånes kommuner och Länsstyrelsen. Syftet var att stärka den gemensamma förmågan att hantera utskrivning av ett stort antal patienter från sjukhus till kommunal vård vid kriser, höjd beredskap eller krig, genom att identifiera förutsättningar, utmaningar och utvecklingsbehov inom vårdens övergångar. Bland åtgärder som föreslogs fanns en regionövergripande krisrutin, en förenklad snabbutskrivningsprocess och utveckling av det digitala IT-systemet för utskrivningar.

## **MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR**

Funktionsstödsnämndens verksamheter ska gemensamt verka för att säkerställa en god och jämlik vård på lika villkor, i syfte att förebygga ohälsa och vårdskador. Under 2026 kommer förvaltningen att prioritera ett fortsatt systematiskt patientsäkerhetsarbete med fokus på dokumentation och läkemedelshantering.

### **Engagerad ledning och tydlig styrning**

#### **Utbildning i patientsäkerhet**

Utbildning i patientsäkerhet ska genomföras under 2026 för verksamhetschefer enligt HSL och enhetschefer i syfte att stärka deras kompetens att leda och utveckla ett systematiskt och förebyggande patientsäkerhetsarbete.

### **En god säkerhetskultur**

#### **Teamsamarbete**

Det personcentrerade arbetssättet är även år 2026 i fokus i hela förvaltningen. Legitimerad personal och verksamhetsavdelningar fortsätter att utveckla det tvärprofessionella samarbetet genom hälsoteam, tidigare benämnda HSL möten. Genom att stärka strukturen kring hälsoteam kan kvaliteten ökas för att säkerställa att patienternas behov tillgodoses. HS-enheten fortsätter samtidigt arbetet med att utveckla och stärka det interna teamarbetet.

#### **Kvalitetsråd**

Verksamhetsavdelningar ska ta fram en struktur för kvalitetsråd eller motsvarande under 2026.

### **Adekvat kunskap och kompetens**

#### **Dokumentation**

Inför 2026 har HS-enheten tagit fram en strukturerad och långsiktig plan för att säkerställa hög kvalitet och enhetlighet i journalföringen. HS-enheten kommer att stärka kompetensen kring dokumentation i patientjournalen bland annat genom återkommande fördjupningsutbildningar i Procapita HSL. Dessa ska genomföras av samtlig legitimerad personal.

#### **Läkemedelshantering**

Förvaltningens arbete med att säkerställa patientens rättighet till att få rätt läkemedel på rätt tid kommer att fortsätta. Sjuksköterskor ska inför delegering ha kontakt med varje person som får ny eller förnyad delegering för läkemedel. Sjuksköterskor ska genomföra regelbundna genomgångar av läkemedelshantering tillsammans med delegerad personal i verksamheterna. I verksamheter med delegerad personal ska det säkerställas att riktlinje för delegering är kända och följs.

### **Allmän omvårdnad**

Under våren 2026 kommer en utbildning i allmän omvårdnad, med tillhörande utbildningsverkstad, att tas fram i syfte att stärka medarbetarnas kunskap och förmåga att utföra säker och personcentrerad omvårdnad.

## **Patienten som medskapare**

HS-enheten ska utveckla och införa ett gemensamt arbetssätt som stärker personcentrering och ökar patientens delaktighet. Genom ökad kunskap och gemensam reflektion ska patienten ses som en aktiv del i sin egen vård.