



Malmö stad

**Arbetsmarknads- och socialförvaltningen**

# **Patientsäkerhetsberättelse**

## **Arbetsmarknads- och socialförvaltningen**

### **2025**



## 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 den samt utformas så att den kan ingå i vårdgivarens ledningssystem för patientsäkerhet.



Källa: Socialstyrelsen "Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2025–2028"

# Innehållsförteckning

Sammanfattning.....	4
Grundläggande förutsättningar för säker vård.....	5
Engagerad ledning och tydlig styrning.....	5
Övergripande mål och strategier.....	5
Organisation och ansvar.....	6
Vårdgivare .....	6
Verksamhetschef.....	6
Ansvarig för rapportering enligt lex Maria.....	6
Medarbetare som omfattas av hälso- och sjukvårdslagen .....	7
Socialtjänst .....	7
Arbetsmarknad .....	7
Samverkan för att förebygga vårdskador.....	8
Informationssäkerhet.....	9
En god säkerhetskultur.....	10
Adekvat kunskap och kompetens.....	10
Patienten som medskapare .....	11
Agera för säker vård.....	12
Egenkontroll.....	14
Öka kunskap om inträffade vårdskador .....	15
Händelser och risk för vårdskador.....	15
Tillförlitliga och säkra system och processer .....	15
Process - Åtgärder för att öka patientsäkerheten.....	15
Säker vård här och nu .....	16
Riskhantering.....	16
Avvikelser.....	17
Klagomål och synpunkter.....	17
Öka riskmedvetenhet och beredskap.....	17
Mål och strategier för kommande år .....	17
Bilaga 1. Årshjul 2026.....	19

## Sammanfattning

Patientsäkerhetsberättelsen beskriver hur vårdgivaren har arbetat för att identifiera, analysera och minska riskerna i vården genom att redovisa strategier, mål och resultat av arbetet med att förbättra patientsäkerheten. Patientsäkerhetsberättelsen redogör även för de resultat som uppnåtts under föregående år samt identifierade utvecklingsområden, mål och strategier för 2026.

Den huvudsakliga inriktningen år 2025 har varit att fortsätta arbetet med att upprätthålla strukturen för hälso- och sjukvårdsorganisationen i enlighet med de krav som ställs enligt Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL <sup>1</sup>. Under året har patientsäkerheten stärkts genom kontinuerligt kvalitetsarbete utifrån planering, process, struktur och resultat. Detta har visat sig i antal avvikelser som fortsatt minskat till ett avsevärt lågt antal.

Övergripande mål med patientsäkerhetsarbetet är att alla berörda målgrupper inom arbetsmarknads- och socialförvaltningen ges möjlighet till god hälsa samt erbjudas god och säker vård, på lika villkor inom ansvarsområdet för hälso- och sjukvårdsuppdraget. Kommande år fortsätter arbetet med systematiskt, analytiskt och kunskapsorienterat förbättrings- och kvalitetsarbetet med fokus på att prioritera och stärka patientsäkerheten.

---

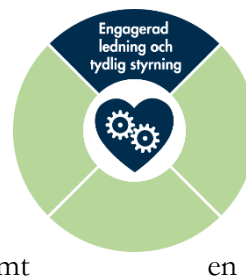
<sup>1</sup> Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) förkortning används fortsatt i nedanstående text

## Grundläggande förutsättningar för säker vård

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

### Engagerad ledning och tydlig styrning

En grundläggande förutsättning för en säker vård är en engagerad och kompetent ledning och tydlig styrning av hälso- och sjukvården, vilket gäller alla nivåer. Ledningens ställningstaganden, kunskap, förhållningssätt, agerande och beslut är avgörande för en hög patientsäkerhet. Även en god arbetsmiljö och psykologisk trygghet är viktigt för en god kvalitet och patientsäkerhet, vilket kan utvecklas i en kultur där medarbetarna är delaktiga och gemensamt med ledningen strävar efter fortlöpande förbättringsarbete samt hållbar verksamhet.



## Övergripande mål och strategier

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

Under 2025 har verksamheten fortsatt arbetet med att säkerställa att rutiner och riktlinjer följs i enlighet med gällande lagstiftning. Rutiner har reviderats enligt årshjul 2025 och verksamhetens förbättringsarbete har präglats av delaktighet från samtliga medarbetare som omfattas av HSL, med fokus på utveckling och patientsäkerhet.

Fasta mötesstrukturer har följts enligt årshjul med syfte att bedriva kontinuerligt förbättrings- och kvalitetsarbete. Arbetet har fortlöpt med fokus på utveckling och ökad kunskap om journalföring i systemet samt att egenkontroll i form av kollegial journalgranskning har genomförts löpande under året enligt rutin och struktur. Arkivering i enlighet med lagkrav och förvaltningsrutin har kunnat följas utan anmärkning under år 2025.

För att stärka patientsäkerheten och säkerställa korrekt hantering av sekretessbelagd information har verksamheten utvecklats inom digitala lösningar. Medarbetare har fått tillgång till en meddelandefunktion som erbjuder en säker kommunikationsväg för känslig information. Även en ny rutin för digital administrering av skattningsformulär med hänsyn till effektivisering, minskad risk för mänskliga fel och därav ökad patientsäkerhet.

Verksamhetens mål inom patientsäkerhet är att bedriva en god och säker vård där händelser tidigt identifieras samt att risker förebyggs. Antalet avvikelser i verksamheten har minskat markant de senaste två åren. Sju avvikelser inrapporterades år 2024 och endast tre under år 2025, vilket innebär ett avsevärt lågt antal.

## Organisation och ansvar

*PSL 2010:659, 3 kap. 1 § och 9 §, HSLF-FS 2017:40*

### Vårdgivare

I arbetsmarknads- och socialförvaltningen finns tre verksamheter som omfattas av hälso- och sjukvårdslagen. Verksamheterna bedriver olika vårdformer och benämner sina patienter olika, i patientsäkerhetsberättelsen benämns alla som patienter i enlighet med Patientsäkerhetslagen (PSL) (2010:659). Enligt reglementet som styrs av lagstiftningen innefattar arbetsmarknads- och socialförvaltningens ansvarsområde inte kommunalt hälso- och sjukvårdsansvar.

Arbetsmarknads- och socialförvaltningen bedriver dock hälso- och sjukvårdsverksamhet, då förvaltningen har medarbetare som är legitimerade psykologer och arbetsterapeuter som gör medicinska bedömningar enligt vetenskap och beprövad erfarenhet i enlighet med

Patientsäkerhetslagen 6 kap. 1 § (2010:659). Nämnden ansvarar för att inom sitt område fullgöra de uppgifter som ankommer på vårdgivaren och det arbete som bedrivs. Kommunfullmäktige i Malmö stad är vårdgivare för all hälso- och sjukvård inom organisationen. Vårdgivaransvaret för arbetsmarknads- och socialförvaltningen är överlåtet till nämnden, som utser en verksamhetschef.

### Verksamhetschef

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

Verksamhetschefen innehar inte hälso- och sjukvårdsutbildning och har därav uppdragit åt hälso- och sjukvårdssamordnare att utföra enskilda uppgifter syftande till att säkerställa den medicinska kompetensen i verksamheten. Medicinska ledningsuppgifter har överlåtits till hälso- och sjukvårdssamordnare som har medicinsk kompetens, med stöd av HSLF-FS (2017:80), kap. 4, 5§. Utifrån organisationens huvuduppdrag att bedriva socialtjänst och arbetsmarknads-verksamhet, har personal som omfattas av HSL en sektionschef som närmsta chef. Denne ansvarar för personal-, budget- och arbetsmiljö samt övrigt förekommande ledningsuppgifter.

Ansvarsfördelning mellan verksamhetschef enligt HSL och sektionschef kräver tydlighet, kommunikation och samverkan i de frågor och uppgifter som kan ha en påverkan på varandra.

### Ansvarig för rapportering enligt lex Maria

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

Enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2017:40) samt föreskrift för lex Maria (HSLF-FS 2017:41) ska vårdgivaren utse den eller de befattningshavare som ska ansvara för anmälningsskyldigheten enligt lex Maria. Arbetsmarknads- och socialförvaltningen har utsett hälso- och sjukvårdssamordnare att ansvara för anmälan enligt lex Maria.

## Medarbetare som omfattas av hälso- och sjukvårdslagen

År 2025	Antal	Arbetsplats
Psykologer	7st Skolfam 1st Enebacken 1st Resursteamet	Socialtjänst och Arbetsmarknad
Arbetsterapeuter	2st Resursteamet	Arbetsmarknad

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

### Socialtjänst

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

Även verksamheten Enebacken<sup>2</sup> tillhör organisatoriskt verksamhetsområde individ och familj. Psykologens roll, uppdrag och ansvar på Enebacken möjliggör både ett utifrånperspektiv och en fördjupning i diskussioner och planering av utrednings- och behandlingsarbete. Psykologen bistår under utredning och behandling med psykologisk screening av psykisk hälsa och funktion. Patientgruppen är både vårdnadshavare och/eller barn. Screeningen kan innefatta observation, samtal, skattningar och test. Upplägg av screening görs i samverkan mellan socialsekreterare, psykolog och utredare/ behandlare, där syftet klargörs i genomförandeplanen. Psykologen kan på uppdrag av socialtjänsten konsultera eller inhämta uppgifter från sjukvård och skolhälsovård samt om behov föreligger för barn eller förälder, remittera till sjukvård för fördjupad utredning och ställningstagande för behandling. Psykologen kan utföra kortare behandlande insatser under placering.

### Arbetsmarknad

I Resursteamet på arbetsmarknadsavdelningen ingår psykolog, arbetsterapeut samt språkutvecklare och studie- och yrkesvägledare. Psykologfunktionen arbetar centralt i resursteamet och har till uppgift att konsultativt ge stöd till handläggare i deras vägledande arbete med patienter. Under år 2025 har psykologen enbart arbetat konsultativt.

Resursteamets arbetsterapeuter arbetar med konsultativt stöd till handläggare och utbildningsinsatser i grupp till personer inskrivna på arbetsmarknadsavdelningen. De konsultativa och utbildande insatserna går inte över i en enskild patientrelation. Arbetsterapeuterna arbetar även med ROS (Rätt stöd och ersättning) arbetet, vilket däremot innefattar enskilda patientkontakter.

---

<sup>2</sup> Enebackens barn- och familjeinstitution

I augusti 2025 anställdes ytterligare en arbetsterapeut på visstidstjänst, med anledning av utökning av arbetet med ROS inom förvaltningen. ROS är ett samarbete mellan Arbetsmarknadsavdelning och Ekonomiskt bistånd med syfte att de som helt eller delvis har permanent nedsatt arbetsförmågan ska ges individuellt, anpassat och kvalitativt stöd i processen att ansöka om sjukersättning. Den arbetsterapeutiska insatsen innefattar att via observation bedöma färdigheter vid utförandet av arbete.

## **Samverkan för att förebygga vårdskador**

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

### **Intern samverkan**

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

### **Extern samverkan**

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

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

Under 2025 har samarbete mellan BUP- Barn- och ungdomspsykiatri och Enebacken fortsatt med en samverkanspsykolog anställd på BUP. Den innebär att psykolog på Enebacken som utfört barnpsykiatrisk kartläggning som indikerar behov av barnpsykiatriska insatser, kan aktualisera ärendet på BUP genom direktkontakt med läkare eller psykolog. Samverkan medför även att remisser kan tas emot skyndsamt och därefter följas över tid för att säkerställa att patienterna får rätt hjälp inom psykiatri. Samverkanspsykologen kan även vid behov hjälpa till med samarbete med vuxenpsykiatri.

Framåt har även psykologerna på Skolfam önskemål om samverkan med BUP gällande remissgång. Samverkan kan även gynna patienten i samband med utredningar samt vid frågeställning NPF - neuropsykiatrisk funktionsnedsättning.



# Informationssäkerhet

*HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §*

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

## Journalssystem Procapita HSL

I journalsystemet Procapita HSL finns en journal på varje patient och sekretessen ställs in med hjälp av behörigheter kopplat till de tre verksamheter som omfattas av HSL.

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

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

## Systematisk stickprovskontroll

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

## Kontroll vid misstanke eller särskild händelse

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

## Vid begäran av loggutdrag

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

## Digital säkerhet

För att stärka patientsäkerheten och säkerställa korrekt hantering av sekretessbelagd information har verksamheten under 2025 fortsatt att utveckla sina digitala lösningar. Lifecare-meddelanden används i stor utsträckning inom Arbetsmarknads- och socialförvaltningen och erbjuder en säker kommunikationsväg för känslig information. Under året har psykologerna inom Skolfam och arbetsterapeuterna i Resursteamet fått tillgång till denna funktion, vilket har förbättrat samverkan i klient- och patientärenden. Lifecare kräver inloggning med Freja BankID och ersätter krypterad e-post, vilket minskar risken för felhantering och stärker informationssäkerheten.

# En god säkerhetskultur

En god säkerhetskultur är en grundläggande förutsättning för säker vård och främjar en god patientsäkerhet. Ett öppet och tryggt arbetsklimat med god tillgänglighet till stöd från både kollegor och medicinsk ledning medför att medarbetare tryggt kan rapportera, diskutera samt ställa frågor om säkerhet. En god säkerhetskultur är viktig inom Arbetsmarknads- och socialförvaltningens verksamheter som omfattas av HSL, då det finns legitimerad personal som är ensamma alternativt fåtaliga i sin profession i respektive verksamhet. Likaså är patientens delaktighet med möjlighet till dialog en framgångsfaktor när det kommer till hög patientsäkerhet. HSL-organisationen har under år 2025 arbetat enligt följande:



## Nätverksträffar

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

## Journalgranskning

Syftet med journalgranskning är att eftersträva en likvärdig dokumentation samt att skapa utrymme för gemensamt lärande och reflektion. Under året 2025 har samtliga medarbetare som omfattas av HSL deltagit i journalgranskning. Skolfam har en journalgranskningsgrupp som träffas fyra gånger per år, var sjätte vecka och består av tre psykologer. Psykologen på Enebacken ingår även i denna journalgranskningsgrupp och deltar två gånger per år. Arbetsterapeuter i Resursteamet har tillsammans med hälso- och sjukvårdssamordnare genomfört journalgranskning två gånger under år 2025.

## Återkopplingar

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

## Avvikelserapport

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

## Adekvat kunskap och kompetens

En grundläggande förutsättning för en trygg och säker vård av god kvalitet är att det finns medarbetare som har adekvat kompetens och goda förutsättningar för att utföra sitt arbete. Nära samarbete och sammanhållning med kollegor samt medicinsk ledning är viktigt. Därav är introduktionen som tagits fram för nya medarbetare en viktig grundsten i anställningen. Vid anställning av medarbetare som omfattas av HSL kontrolleras alltid legitimation hos

Socialstyrelsen samt att registerutdrag görs. Medarbetare med samma profession finns alltid med vid varje intervju. Under året har PLA involverats i meritvärdering och rekryteringsprocess.

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

Enebackens psykolog har deltagit i endagars fortbildningar kring ”Föräldraskap och våld”, FAS (fettalt alkoholsyndrom) och relaterade alkoholskador under fosterlivet, samt ”Om personer som utövar våld i nära relation”.

En av psykologerna på Skolfam har deltagit i Skolfamkonferensen med Tema: Förebyggande arbete för hållbara placeringar och samtliga psykologer har varit på Allmänna barnhusets utvecklingsdagar på Sättra bruk. En person var på Barnrättsdagarna, dock i rollen som barnrättsombud för hela ASF IFO utredning. Skolfams psykologer har deltagit i webbkonferensen om Specialpedagogik i förskolan.

Eftersom psykologernas kompetens är efterfrågad i komplexa ärenden gällande umgänge, separationer och anknytning för placerade barn önskas framåt kompetenshöjande insatser även inom detta område.

Resursteamets arbetsterapeut har deltagit i 5 nätverksträffar för arbetsterapeuter som arbetar inom samma verksamhetsområde. Nyanställd arbetsterapeut ingår sedan augusti i nätverket. Här sker ett kunskapsutbyte kring, processer för bedömning av aktivitets och arbetsförmåga, instrument och bedömningsmetoder. Psykologen i resursteamet har under år 2025 deltagit i flera webbaserade föreläsningar.

## 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 som i största möjliga mån ska utformas och genomföras i samråd med patienten. Att patienten bemöts med respekt skapar tillit och förtroende.

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



När en åtgärd rör ett barn ska barnets bästa särskilt beaktas då åtgärderna rör barnet. Barnet ska få relevant information och ges möjlighet att framföra sina åsikter i frågor som rör barnet. Om barnet inte framför sina åsikter, ska barnets inställning så långt det är möjligt klargöras på annat sätt. Barnets åsikter och inställning ska tillmätas betydelse i förhållande till hens mognad. Insatsen

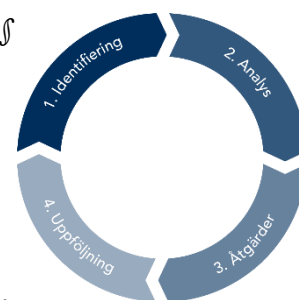
avslutas med en återkoppling vilket även erbjuds närstående om den enskilde samtycker till detta, alternativt att det rör en minderårig patient.

I Sveriges kommuner och regioners (SKR) årliga nationella brukarundersökning inhämtas patienternas upplevelse om delaktighet och om denne anser sig kunnat påverka vilken typ av hjälp denne kan få. Då frågor och svar riktas till samtliga verksamheter som omfattas av socialtjänstlag och arbetsmarknad, går det inte att särskilja om upplevelsen specifikt gäller insatser från legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal.

## 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 regelbundet genomföra egenkontroll i den frekvens och omfattning som krävs för att säkerställa verksamhetens kvalitet. Detta kan innefatta jämförelser i verksamhetens tidigare och nuvarande resultat samt jämförelser med andra verksamheter, nationella och regionala uppgifter. En viktig grund för ett framgångsrikt patientsäkerhetsarbete är ett fortlöpande förbättringsarbete, som bygger på lärande och utveckling. Arbetsprocessen för ett systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete sker genom följande fyra steg:



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

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

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

**Uppföljning av åtgärd** - Beskrivning av vidtagna åtgärder, uppföljning och återkoppling samt hur kunskap och lärande spridits till verksamheter och/eller ledning.

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

		Systemgruppsmöte n		
<b>Mål 2</b> Rättssäkert journalssystem	Åtgärdat	Byggt och implementerat i samtliga verksamheter	Finns ett rättssäkert journalssystem. Nytt system ska införas senast år 2028.	Kontinuerli g process
<b>Mål 3</b> Kontinuerligt revidera befintliga rutiner samt vid behov upprätta ny i enlighet med lagar och riktlinjer.	Åtgärdat	Rutiner är reviderade samt inplanerade enligt årshjul.	Arbetet med rutiner är i fas och revideras kontinuerligt enligt årshjul.	Kontinuerli g process
<b>Mål 4</b> Likvärdig dokumentation för medarbetare som omfattas av HSL	Ökad kvalitet av dokumentatio n	Kollegial journalgranskning enligt fast struktur	Systematiskt förbättringsarbet e samt kan åtgärda brister i dokumentation	Kontinuerli g process
<b>Mål 5</b> Upprätthålla introduktionsprogra m för nya medarbetare som omfattas av HSL samt chef med syfte att öka kunskap om HSL	Åtgärdat och implementerat .	Presentationer har reviderats samt presenterats för varje ny medarbetare och chef.	Ökad patientsäkerhet och ökad förståelse för medarbetare som omfattas av HSL	Kontinuerli g process
<b>Mål 6</b> Säkerställa att arkivering sker enligt riktlinjer och lagkrav	Åtgärdat	Dialog och samverkan med förvaltningsarkivari e.  Reviderat rutin för skanning och arkivering av patientjournal	Ökad patientsäkerhet och kvalitet.	Kontinuerli g process
<b>Mål 7</b> Digital säkerhet	Åtgärdat	Lifecare meddelande	Ökad patientsäkerhet	Kontinuerli g process

		Ny rutin- digital administrering av skattningsformulär		
--	--	--	--	--

## Egenkontroll

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

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

Egenkontroll	Omfattning	Källa	Ansvarig
Dokumentation/ journalgranskning	Journalgranskning Skolfam: 4 gånger år 2025 Resursteamet: 2 gånger år 2025	Mall skapad för journalgranskning. Återkoppling till varje verksamhet Återkopplas även på nätverksmöten. Protokoll läggs upp i teams	Hälso- och sjukvårdssamordnare och PLA
Avvikelsehantering/Avvikelser	Sker löpande Antal Skolfam: 7 Enebacken: 0 Resursteamet: 0	SOFS 2011:9 Återkoppling till medarbetare och sektionschef. Återkopplas på nätverksmöten. Registreras i Platina	Hälso- och sjukvårdssamordnare
Loggkontroller	En gång i månaden loggas 10% av medarbetarna som omfattas av HSL	Enligt förvaltningsövergripande rutin	Hälso- och sjukvårdssamordnare

## Öka kunskap om inträffade vårdskador

SOSFS 2011:9, 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 som avsetts. Kunskap om bakomliggande orsaker och konsekvenser för patienterna ger underlag för utformning av åtgärder och prioritering av insatser. Utifrån den bedömning som gjorts upprätthåller hälso- och sjukvårdsorganisationen inom ASF en trygg och säker vård. Genom kontinuerligt kvalitetsarbete har man i arbetsgruppen uppmärksammat vikten av arbeta aktivt med avvikelser.



att

### Händelser och risk för vårdskador

Avvikelser 2024	7
Avvikelser 2025	3

De fåtal avvikelser som inkommit år 2025 handlar om journalhantering/journalsystem och berör främst inskanning av dokument i fel patientjournal. Avvikelserna har kunnat åtgärdas direkt och har enligt strukturerad bedömning inte medfört någon risk för vårdskada. Orsak har kunnat härledas till att journalsystemet är äldre och otydligt. Förslag på åtgärder har lyfts i systemgruppen och systemförvaltare har gjort flertalet testningar i journalsystemet, samt tittat på om eventuella justeringar och förtydligande kan göras.

## Tillförlitliga och säkra system och processer

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



### Process - Åtgärder för att öka patientsäkerheten

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 2

#### Rutiner

Sedan verksamheten för HSL bildades har stort fokus legat på att formulera, dokumentera och implementera rutiner enligt gällande lagkrav. Under år 2025 har fortsatt revidering genomförts av befintliga rutiner, enligt fastställd struktur av hälso- och sjukvårdssamordnare samt PLA i samråd med arbetsgruppen. Revidering har därefter godkänts av verksamhetschef enligt HSL.

#### Journalföring

Upprättade mallar följs för att öka likvärdigheten i dokumentationen samt möjliggöra kollegial journalgranskning med hänsyn till att arbeta för säkrare system. Alla medarbetare som omfattas

av HSL journalgranskas i kollegiala grupper, likaså här efter en fastställd struktur i enlighet med årshjul.

### **Journalgranskning**

Den kollegiala journalgranskningen har konstaterat en höjning av kvaliteten på dokumentationen samt lett till förbättringsarbete när fel och brister har identifierats. Under år 2025 har journalgranskning fortsatt med fasta intervaller enligt årshjul. Befintliga mallar för journalgranskning har följts samt reviderats i linje med systematiskt kvalitetsarbete.

### **Digital administrering**

Våren 2025 upprättades en ny rutin i verksamheten Skolfam gällande digital administrering av skattningsformulär ABAS, Vineland och SDQ. Rutinen bedöms medföra en ökad patientsäkerhet med anledning av ökad effektivitet samt minskad risk för mänskliga fel.

Rutinen färdigställdes tillsammans med PLA och ytterligare en psykolog på Skolfam. Det vidtogs även flera dialogmöten med dataskyddsansvariga med hänsyn till att säkerställa digital säkerhet kring sekretess och personuppgiftshantering. Med hänsyn till patientsäkerheten genomfördes även en riskanalys i enlighet med rutin. Fortsatt implementering av rutinen kommer ske under våren 2026 samt att utbildnings-webinarie med förlaget är inbokat.

## **Säker vård här och nu**

Resultatet av kontinuerligt kvalitetsarbete och antal inrapporterade avvikelser år 2025, är att verksamheterna som omfattas av HSL upprätthåller en hög patientsäkerhet. Risker som identifierats att arbeta vidare med är följande:



### **Journalsystem**

Procapita ASF HSL är ett äldre journalsystem som inte längre uppdateras och det har framkommit att det inte är möjligt i detta system att lägga behörigheter på moment gällande inskanning. På grund av sekretessgräns innebär detta att psykologernas journalmaterial som omfattas av HSL inte kan skannas in i journalen, utan sparas i pappersform. Den mest patientsäkra hanteringen av journaler är digital och process för införande av nytt journalsystem är uppstartat av ansvarig digitaliseringsenhet och kommer införas senast år 2028.

### **Riskhantering**

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

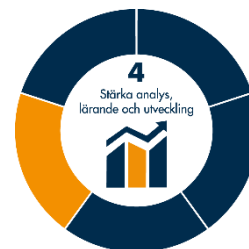
För att säkerställa en hög kvalitet och patientsäkerhet arbetar verksamheten kontinuerligt med att identifiera och förebygga risker. Vårdgivaren ska fortlöpande bedöma sannolikheten för att händelser som kan påverka kvaliteten inträffar, samt analysera vilka konsekvenser dessa kan medföra. Under 2025 har det genomförts en riskanalys i samband med införandet av en ny rutin för digital administrering av skattningsformulär (ABAS, Vineland och SDQ) inom Skolfam. Analysen utfördes i samverkan mellan PLA, hälso- och sjukvårdssamordnare, verksamhetschef



för HSL och förvaltningens dataskyddsansvariga. Syftet var att säkerställa att rutinen uppfyller krav på patientsäkerhet, sekretess och personuppgiftshantering.

## 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 kvalitet och säkerhet ökar, samt att risk för vårdskador minskar.



## Avvikelser

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

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

## Klagomål och synpunkter

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

På malmo.se finns ett övergripande system för förvaltningen, där alla medborgare kan lämna klagomål eller synpunkter på verksamheten, inga sådana har inkommit under året. I Skolfams verksamhet görs utvärdering av samarbete med barn, skola och familjehem årligen med hjälp av nationell enkät, under år 2025 har det inte inkommit några klagomål. Patienter på Enebacken har inte framfört några klagomål eller synpunkter under året 2025. Likaså har det inte heller inkommit missnöje eller klagomål från patienter i Resursteamet. Vid avslutad insats i aktuell verksamhet fyller patienterna i en deltagarenkät anonymt. Samtliga svar från enkäterna sammanställs i och presenteras för medarbetarna i verksamheten. Enkätfrågorna fångar dock inte specifikt in insatserna som omfattas av HSL.

## Öka riskmedvetenhet och beredskap

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

Via kontinuerliga nätverksträffar, övriga mötesforum och introduktionsprogram för nya medarbetare arbetar verksamheten vidare för ökad patientsäkerhet. Ett systematiskt kvalitetsarbete genomförs för att patientsäkerheten ska genomsyra verksamheten, vilket kan upprätthållas genom att följa verksamhetens årshjul, se Bilaga 1.



## Mål och strategier för kommande år

Verksamheten ska under år 2026 fortsätta stärka patientsäkerheten genom systematiskt och kunskapsorienterat förbättrings – och kvalitetsarbete. Målet är att upprätthålla en trygg och säker vård genom delaktighet, analys, utveckling och lärande.

### Fokusområden är:

- **Rutiner och processer:** Fortsatt översyn, revidering och upprättande av rutiner enligt lagkrav.
- **Mötesstrukturer:** Vidhålla fasta möten med syfte att säkerhetsställa informations- och kunskapsutbyte med fokus på kvalitet och patientsäkerhet.
- **Journalföring:** Säkerställa egenkontroll och kollegial journalgranskning samt arbeta mer aktivt med avvikelser.
- **Journalsystem** Aktualisering och eventuellt påbörja implementering av nytt journalsystem.
- **Digitalisering:** Fortsätta implementering av digital administrering av skattningsformulär samt digital säkerhet via användande av Lifecare meddelanden.
- **Arkivering:** Fortsatt följsamhet till lagkrav och rutiner.
- **Kompetensutveckling:** Psykologer får fördjupad kunskap kring umgänge, separationer och anknytning för placerade barn.
- **Samverkan:** Stärka samarbetet mellan Skolfam och BUP för förbättrad remissgång och ökad patientsäkerhet.

## Bilaga 1. Årshjul 2026

