



Malmö stad

Patientsäkerhetsberättelse 2018

Funktionsstödsnämnden

2019-02-22

Ansvariga för innehållet:

- Annelie Granquist Medicinskt ansvarig sjuksköterska
- Katarina Flyckt Medicinskt ansvarig sjuksköterska
- Christina Ekdahl Medicinskt ansvarig för rehabilitering
- Mia Svensson Burghard Medicinskt ansvarig för rehabilitering

Innehållsförteckning

1. Sammanfattning	3
2. Inledning	4
3. Struktur	4
3.1. Övergripande mål och strategier	4
3.2. Organisation och ansvar	5
3.3. Samverkan för att förebygga vårdskador	6
3.4. Patienter och närståendes delaktighet	10
3.5. Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet	10
3.6. Klagomål och synpunkter	10
3.7. Egenkontroll	10
4. Process	11
4.1. Strategiska åtgärder för att öka patientsäkerheten	11
4.2. Riskanalys	13
4.3. Utredning av händelser - vårdskador	15
4.4. Informationssäkerhet	15
5. Resultat och analys	15
5.1. Egenkontroll	15
5.2. Avvikelser	18
5.3. Klagomål och synpunkter	20
5.4. Händelser och vårdskador	20
6. Mål och strategier för kommande år	21

1. Sammanfattning

Målet med patientsäkerhetsarbetet är att fortsatt verka för att funktionsstödsnämndens målgrupper ges möjlighet till en god hälsa samt erbjuds god och säker vård på lika villkor inom ansvarsområdet för det kommunala hälso- och sjukvårdsuppdraget.

De viktigaste åtgärderna som vidtagits

Året 2018 har ställt stora krav på verksamheten och har inneburit att flera stora frågor stått i fokus.

I början på året trädde ny lagstiftning i kraft gällande samverkan vid utskrivning från sjukhuset. Förvaltningen har aktivt deltagit i att kvalitetssäkra processen på flera plan, för att möjliggöra en säker hemgång.

Även samverkan med primärvården är en vital punkt ur patientperspektivet, för att hela vårdkedjan ska fungera. Förvaltningen har under 2018 arbetat aktivt med att förstärka samarbetet för att möjliggöra det nya hälso- och sjukvårdavtalets intentioner. Detta har i huvudsak gällt implementering av teambaserad vårdform, för att kunna ge de mest sjuka avancerad vård i hemmet, men även samverkan för att förebygga vårdskador.

I samarbetet med psykiatrin har en del av samverkansarbetet gällt kvalitetssäkring genom revidering av lokala avtal.

Gällande rehabilitering och hjälpmedelsförsörjning har förvaltningen deltagit i ett Skåneövergripande arbete. Syfte är att genom kartläggning kunna ta fram förslag på hur samordning ska kunna likställas och förbättra vården ur ett rehabiliteringsperspektiv.

Internt har förvaltningen arbetat med att stabilisera hälso- och sjukvårdsverksamheten, då det varit mycket svårt att rekrytera både arbetsterapeuter, fysioterapeuter och sjuksköterskor. HSL-enheten har gjort en omorganisation för att kunna möjliggöra specifik kompetens till de olika målgrupperna, och på så sätt kunna arbeta mer riktat med medicinsk kvalitetssäkring.

Under året har även ett strukturerat arbetssätt tagits fram för HSL-enheten, för att genom teamarbete tillsammans med övriga professioner inom förvaltningen kunna erbjuda en god vård och omvårdnad.

En verksamhetsövergripande arbetsform med kvalitetsråd på olika nivåer har etablerats. Kvalitetsrådets viktigaste uppgift är att regelbundet analysera alla inkomna avvikelser för att kunna dra lärdom och sätta in erforderliga åtgärder.

En blick framåt

Funktionsstödsförvaltningens ansvar och insatser gällande hälso- och sjukvård är omfattande och avgörande för att brukarna ska få förutsättningar att leva ett gott liv.

Ett omfattande arbete pågår för att förstärka samverkan men utvecklingsområden kvarstår. Inför 2019 inriktas förvaltningens arbete på en förbättrad samordning och stärkt patientmedverkan.

Även riktade insatser gällande bl.a. kvalitetssäkring av journalföring och hantering av medicintekniska produkter kommer att utgöra fokusområden inom förvaltningens patientsäkerhetsarbete.

2. Inledning

Enligt patientsäkerhetslagen (2010:659) ska vårdgivare senast den 1 mars upprätta en patientsäkerhetsberättelse avseende föregående kalenderår. Berättelsen ska beskriva hur ansvaret för patientsäkerhetsarbetet är fördelat, hur patientsäkerheten har följts upp genom egenkontroller, hur risker har analyserat samt hur samverkan med aktuella aktörer har skett för att förebygga vårdskador.

Även Socialstyrelsen anger i föreskrifter och allmänna råd att arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet ska dokumenteras (SOSFS 2011:9). Detta gäller för både ledningssystemets uppbyggnad och det systematiska förbättringsarbetet som bedrivs med stöd av ledningssystemet.

Styr- och ledningssystem för funktionsstödsförvaltningen beslutades i funktionsstödsnämnden 2017-12-18. Ledningssystemet ger stöd för att planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten.

Denna patientsäkerhetsberättelse beskriver det patientsäkerhetsarbete som har bedrivits i funktionsstödsförvaltningen under 2018.

3. Struktur

3.1. Övergripande mål och strategier

SFS 2010:659, 3 kap. 1 § och SOSFS 2011:9, 3 kap.

Socialstyrelsen definierar kvalitet som att en verksamhet uppfyller de krav och mål som gäller för verksamheten enligt lagar och andra föreskrifter om hälso- och sjukvård, socialtjänst och stöd och service till vissa funktionshindrade och beslut som har meddelats med stöd av sådana föreskrifter (2 kap. § 1, SOSFS 2011:9). Socialstyrelsen påpekar även att den som bedriver verksamhet kan välja att ställa ytterligare krav på verksamheten genom att sätta egna mål.

I patientsäkerhetsberättelsen för 2017 fördes följande fram som mål och strategier inför 2018:

- Verka för att funktionsstödsnämndens målgrupper ges samma möjligheter som övriga målgrupper till en god hälsa och en vård på lika villkor inom det kommunala hälso- och sjukvårdsansvaret.
- Ta fram en plan för förvaltningens patientsäkerhetsarbete.
- Fortsätta med utveckling av hälso- och sjukvårdens processer och aktiviteter i styr- och ledningssystemet, och därmed få möjlighet till ökad återkoppling av verksamheternas patientsäkerhetsarbete.
- Fortsätta att kvalitetssäkra Malmö stads hälso- och sjukvårdsrutiner, och vid behov anpassa gällande hälso- och sjukvårdsrutiner till funktionsstödsförvaltningen.
- Genomföra granskning av verksamheternas följsamhet till hälso- och sjukvårdsrutiner och processer.
- Undersöka möjligheter till säkrare läkemedelshantering.
- Fortsätta arbetet med att kvalitetssäkra att journaler förs i den omfattning som föreskrivs i patientdatalagen.
- Utredda möjlighet för införande av nationella kvalitetsregister.

3.2. Organisation och ansvar

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

Funktionsstödsnämndens verksamhet riktar sig till fyra målgrupper: (1) människor med funktionsnedsättning som omfattas av lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS, (2) barn med fysiska funktionsnedsättningar eller somatisk sjukdom (3) vuxna människor med psykiska funktionsnedsättningar och (4) vuxna människor med psykiska sjukdomar. Ur funktionsstödsnämndens reglemente 11 § framgår att funktionsstödsnämnden fullgör inom sitt område de uppgifter som ankommer på vårdgivaren för kommunens hälso- och sjukvård.

Verksamhetschef

Enligt 4 kap. 2 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) ska vårdgivaren utse en verksamhetschef som ansvarar för hälso- och sjukvårdsverksamheten. Verksamhetschefen har det övergripande ansvaret för verksamheten och för att tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet. Verksamhetschefen har det samlade ledningsansvaret vilket inte kan överlåtas till någon annan.

Inom förvaltningen är fyra avdelningschefer utsedda till verksamhetschef enligt HSL.

Det samlade ledningsansvaret är undantaget uppgifter som medicinskt ansvarig sjuksköterska/medicinskt ansvarig för rehabilitering ansvarar för enligt 4 kap. 6 § hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80).

Medicinskt ansvariga

Enligt 11 kap. § 4 hälso- och sjukvårdslagen ska det inom det verksamhetsområde som kommunen bestämmer finnas en medicinskt ansvarig sjuksköterska. Om ett verksamhetsområde i huvudsak omfattar rehabilitering, får en fysioterapeut eller arbetsterapeut fullgöra de uppgifter som åligger en medicinskt ansvarig sjuksköterska.

Inom förvaltningen är två medicinskt ansvariga sjuksköterskor (MAS) och två medicinskt ansvariga för rehabilitering (MAR) utsedda av nämnden.

I enlighet med § 6 hälso- och sjukvårdsförordningen har medicinskt ansvariga ansvar för att:

- patienten får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde
- patienten får den hälso- och sjukvård som en läkare förordnat om
- journaler förs i den omfattning som föreskrivs i patientdatalagen (2008:355)
- beslut om att delegera ansvar för vårduppgifter är förenliga med patientsäkerheten
- det finns ändamålsenliga och väl fungerande rutiner för
 - a) läkemedelshantering
 - b) rapportering enligt 6 kap. 4 § patientsäkerhetslagen (2010:659)
 - c) att kontakta läkare eller annan hälso- och sjukvårdspersonal när en patients tillstånd fordrar det.

Medicinskt ansvariga är även utsedda av vårdgivaren att ansvara för anmälningsskyldigheten enligt lex Maria 3 kap. 5 § patientsäkerhetslagen (2010:659).

Hälso- och sjukvårdspersonal

Hälso- och sjukvårdspersonalen ansvarar för att arbeta enligt vetenskap och beprövad erfarenhet samt att inom ramen för verksamhetens ledningssystem medverka i det systematiska kvalitetsarbetet. Hälso- och sjukvårdspersonal är enligt Patientsäkerhetslagen skyldig att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls. All personal ska rapportera risker för vårdskador samt händelser som har medfört eller hade kunnat medföra vårdskada.

Ansvar för medicintekniska produkter

Rutinen Kvalitetssäkring av medicintekniska produkter syftar till att tydliggöra Malmö stads ansvarsfördelning för användning, förskrivning, utlämnande och rapportering av negativa händelser gällande medicintekniska produkter. Dokumentets innehåll grundar sig på SOSFS 2008:1, Socialstyrelsens föreskrifter om användning av medicintekniska produkter i hälso- och sjukvården. I dokumentet fastställs ansvarsfördelningen i linjeorganisationen, och anger på vilken chefsnivå eller befattning som ansvaret kan fullgöras.

Enhetschef vid Hjälpmedelscentrum Malmö har av verksamhetschef enligt HSL fått uppdraget att ansvara för anmälan till Läkemedelsverket vid negativ händelse eller tillbud med medicinska produkter, enligt SOSFS 2008:1.

Stödfunktioner inom patientsäkerhet

Vårdhygien Skåne, Smittskydd Skåne, IVO (Inspektionen för vård och omsorg) samt Förtroendenaämnden Malmö stad har utgjort stödfunktioner för förvaltningen.

3.3. Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Samverkan kring hälso- och sjukvårdsinsatser (HSL-insatser) sker på olika nivåer och utgör ett omfattande arbete.

3.3.1 Samverkan på övergripande nivå med Region Skåne

Hälso- och sjukvårdsavtal (HS-avtal)

Grunden för samverkan mellan Region Skåne och Skånes kommuner regleras i hälso- och sjukvårdsavtalet från september 2016. Avtalet omfattar ansvarsfördelningen inom de områden där de skånska kommunerna och Region Skåne har ett delat hälso- och sjukvårdsansvar och avser grundöverenskommelse, organisering och utvecklingsplan.

Grundöverenskommelsen tydliggör Region Skånes och kommunernas åtagande och hälso- och sjukvårdsansvar.

Organiseringen bygger på central samt delregional samverkan mellan tjänstepersoner och politiker. Inom varje delregionalt område finns olika forum för samverkan där funktionsstödsförvaltningen finns representerad.

- Samverkansforum HS-avtalet.
Syfte att följa upp utvecklingen av HS-avtalet inom det delregionala området.
- Samverkansforum för psykisk hälsa – vuxna samt Samverkansforum för psykisk hälsa – barn och ungdom.
Båda forumen har i syfte att följa upp lokala överenskommelse gällande samarbete för personer med psykisk funktionsnedsättning samt lokal överenskommelse om samarbete för personer med missbruks- och beroendeproblem. Uppdraget är att bland annat identifiera gemensamma utvecklingsområden och uppmärksamma frågor om gemensam kom-

petensutveckling samt att bereda och handlägga frågor som gäller samarbete inom psykiatriområdet.

- Lokala samarbetsgrupper.

Grupperna består av representanter från berörda förvaltningar inom Malmö stad, primärvården och psykiatri. Syftet är att samverka lokalt kring frågor som rör hälso- och sjukvårdsavtalet. Vid halvårsskiftet 2018 pausades samarbetsgrupperna för en utvärdering av arbetsformen.

Utvecklingsplanen beskriver fyra utvecklingsområden som parterna successivt ska arbeta med tillsammans under avtalsperioden.

1. Utveckling av teambaserad vårdform för de mest sjuka

Funktionsstödsförvaltningen har medverkat i ett Malmö stad-övergripande arbete för att ta fram rutiner, arbetsformer och checklistor avsedda för den teambaserade vårdformen för de mest sjuka. Särskilt underlag togs fram för förvaltningen, med syfte att kvalitets-säkra processen för personer med särskilda behov, som i vissa sammanhang även omfattar psykiatri.

2. Utveckling av insatser för tidvis sviktande

Personer som tillfälligt behöver utökade medicinska insatser, ska kunna få tillgång till detta i hemmet genom att under en kortare tid vara inskriven i vårdformen Mobilt team Malmö. Det har under 2018 inte skett någon gemensam planering mellan funktionsstödsförvaltningen och primärvården av denna insats.

3. Utveckling av arbetssätt och stöd för personer i riskgrupper

Arbetet har inte påbörjats på övergripande nivå.

4. Utredning av förutsättningar för att samorganisera rehabilitering och hjälpmedelsförsörjning

Uppdraget består av två delar

- Nulägesbeskrivning av rehabiliterings- och hjälpmedelsområdet inom Region Skåne och de skånska kommunerna
- Framtagande av förslag om hur bättre samorganisering av rehabiliterings- och hjälpmedelsområdet kan åstadkommas

Deluppdrag 1 slutfördes och redovisades 2018. Deluppdrag 2 startar under våren 2019 upp i form av två arbetsgrupper, Rehabilitering respektive Hjälpmedel.

Lagen om samverkan vid utskrivning från slutet hälso- och sjukvård (SVU)

Lagen (2017:612) trädde i kraft 1 januari 2018 och ställer större krav dels på samverkan mellan vårdgivare och dels på en ökad delaktighet för patienten i utskrivningsprocessen för att garantera en effektiv, säker och trygg hemgång.

På Skåneövergripande nivå finns Förvaltningsgrupp för regelverk SVU och SIP med uppdraget att samordna och förvalta det Skånegemensamma regelverket, utvärdera samarbetet och föreslå förbättringar. Förvaltningsgruppen arbetar på uppdrag från tjänstemannaberedning för Centralt samverkansorgan.

På delregional nivå finns nätverk för SVU mellan Malmö stad, Skånes Universitetssjukvård (SUS) Malmö, primärvården Malmö inkl. Avancerad sjukvård i hemmet (ASIH) samt Psykiatri. Uppdraget kommer från tjänstemannaberedning för delregional samverkan Malmö. Syftet är följa upp att samverkansprocessen sker i enlighet med aktuella bestämmelser och föra upp principiella frågor till diskussion.

Läkemedelsrådet

Läkemedelsrådet är ett expertorgan som arbetar med utveckling och samordning av läkemedelsfrågor inom Region Skåne. Som expertorgan ska Läkemedelsrådet vara tillgängligt för och arbeta gentemot samtliga aktörer inom den skånska hälso- och sjukvården. Ett av uppdragen är att ta fram en skånegemensam baslista med rekommenderade läkemedel.

Vårdhygien Skåne

Vårdhygien Skåne sorterar under Region Skåne och riktar sig mot både offentlig och privat vårdpersonal. Vårdhygien Skåne arbetar för att förebygga vårdrelaterade infektioner och risken för smittspridning i vården. Vårdhygien tar fram riktlinjer för den kommunala hemsjukvården samt är behjälpliga med råd och stöd i förkommande fall.

I de fall som smittskyddsverksamheten får in anmälning om upptäckt av smittsam sjukdom som faller under smittskyddslagens anmälningsskyldighet, sker kontakt med den kommunala hemsjukvården genom medicinskt ansvarig sjuksköterska via Vårdhygien Skåne. Den kommunala hemsjukvården samverkar i dessa fall med Vårdhygien i smittspårningsarbetet. Under 2018 fanns fyra tillfällen när smittspårning skedde inom förvaltningens ansvarsområden. Samtliga tillfällen avsåg smittspårning av resistenta bakterier.

Avancerad sjukvård i hemmet (ASIH)

Samverkan sker för att skapa former för ansvarsfördelning där det finns gemensamt patientansvar.

3.3.2 Samverkan på övergripande nivå med övriga externa parter

Regional samrådsgrupp för medicinskt ansvariga

Medicinskt ansvariga ingår i ett Skåneövergripande nätverk, där Kommunförbundet Skåne är sammankallande. Syftet med nätverket är att genom samverkan mellan Skånes kommuner kvalitetssäkra hälso- och sjukvården. I nätverket sker även informationsutbyte med andra aktörer inom vården Region Skåne, Primärvård, Falck akutläkare, Lunds universitets institution för hälsovetenskap m.m. Via nätverket ingår även medicinskt ansvariga i olika tillfälliga utredningsgrupper.

Akuta hembesök

Medicinskt ansvariga ingår i nätverk tillsammans med representanter från Falck, Kommunförbundet Skåne och Region Skåne. Syftet är att genom informationsutbyte och samverkan kvalitetssäkra den prehospitala vården mellan vårdaktörerna.

Samverkansorganisationen för hjälpmedelsfrågor

Organisationen är en verksamhet inom Kommunförbundet Skåne som regleras i ett särskilt avtal mellan respektive kommun och Kommunförbundet Skåne. Samverkansorganisationen leds av hjälpmedelssamordnare på Kommunförbundet Skåne samt utsedd styrgrupp och arbetar bl.a. med att klargöra hjälpmedlens betydelse i vårdkedjan och rehabiliteringsprocessen, policyfrågor, upphandlingar och kompetensfrågor.

Samverkan med Region Skåne sker genom samrådsgrupp på tjänstemannanivå, som arbetar med frågor inom hjälpmedelsområdet som berör ansvarsfördelning mellan kommunerna och Region Skåne, och ger förslag på förändringar till beslutande instanser.

Malmö universitet/Hälsa och samhälle

Ett nätverk mellan Malmö universitets institution för vårdvetenskap och Malmö stad för dialog och informationsutbyte kring sjuksköterskeutbildningar och aktuell forskning.

Utvecklingsarbete Tieto

Malmö stad deltar i Tietos utvecklingsarbete av en ny hälso- och sjukvårdsjournal, Lifecare HSL.

3.3.3 Samverkan inom Malmö stad

Nätverk för medicinskt ansvariga i Malmö stad

Medicinskt ansvariga i funktionsstödsförvaltningen arbetar gemensamt med medicinskt ansvariga i hälsa-, vård- och omsorgsförvaltningen. Genom fördelning av ansvarsområden kan de många olika lag- och författningsstyrda områdena bevakas på ett effektivt sätt. Denna bevakning sker både genom deltagande i olika nätverk samt omvärldsbevakning av olika myndigheter och samarbetsparter inom hälso- och sjukvården.

Nätverket fattar beslut inom de författningsstyrda områdena och kommunicerar via möten med ansvariga verksamhetschefer.

Nätverket informerar varje månad även genom infoblad som finns tillgängligt på KomIn.

Flexite processägargrupp

Ett samarbetsnätverk mellan funktionsstödsförvaltningen och hälsa-, vård- och omsorgsförvaltningen i syfte att kvalitetssäkra avvikelssystemet.

Kommundietistnätverk

Samverkan mellan medicinskt ansvariga från funktionsstödsförvaltningen och hälsa-, vård- och omsorgsförvaltningen tillsammans med kommundietister. Syftet är att kvalitetssäkra nutritionsförfarandet i de båda förvaltningarna.

E-lärande processägargrupp

Syftet är att via e-lärande öka kunskap och kompetens hos medarbetare.

Procapita utvecklingsgrupp HSL

Gruppen ansvarar för att utveckla och anpassa journalsystemet gällande rätts- och patientsäkerhet. Information från gruppen går ut i hela verksamheten för att möjliggöra för legitimerad personal att dokumentera på ett enhetligt sätt.

Arbetsgrupp NPÖ

Arbetsgruppen har ansvar för att ta fram rutiner och informationsmaterial för införandet av det webbaserade verktyget för sammanhållen journalföring, NPÖ (Nationell Patient Översikt).

Arbetsgrupp ViSam

2018 fattades beslut i Region Skåne tillsammans med Kommunförbundet Skåne, om att beslutsstödet ViSam skulle användas av sjuksköterskor i den kommunala hemsjukvården i Skåne, för ställningstagande av vårdnivå. Arbetsgruppen har utvecklat en Malmöprocess för användning av bedömningsinstrumentet.

3.3.4 Samverkan inom förvaltningen

Kvalitetsråd

Kvalitetsråd har bildats på förvaltningsövergripande nivå respektive avdelningsnivå. Kvalitetsråden utgör dialogforum som regelbundet följer och bevakar utvecklingen av avvikelser inom lagrummen SoL, LSS och HSL. Syftet med kvalitetsråd är att analysera utmaningar och initiera förbättringar relaterade till inkomna avvikelser samt koppla arbetet till det systematiska kvalitetsarbete som sker i ledningssystemet.

HSL-möten

Medicinskt ansvariga har regelbundet möten med samtliga avdelningschefer samt enhets- och sektionschefer för sjuksköterskor och rehab. Syftet med dessa möten är informationsutbyte samt på ett strukturerat sätt följa utvecklingsarbetet.

Medicinskt ansvariga har möte och dialog månadsvis med legitimerad personal i syfte att informera om uppdateringar, rutinrevideringar samt ny lagstiftning som berör deras arbete.

3.4. Patienter och närståendes delaktighet

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

I samband med utredningar, klagomål och synpunkter informeras vid varje tillfälle patienten, god man och vid samtycke närstående. De erbjuds att lämna in kompletterande synpunkter och/eller uppgifter till utredningen och erbjuds alltid att ta del av utredningen när den är färdig.

Patienten ska erbjudas att medverka i utformning av behandlingsmål, behandlingsform och utvärderingar.

3.5. Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

SFS 2010:659, 6 kap. 4 § och SOSFS 7 kap. 2 § p 5

Enligt patientsäkerhetslagen 2010:659 6 kap, 4§ är all legitimerad personal skyldig att rapportera risker för vårdskador samt händelser som har medfört eller hade kunnat medföra allvarliga vårdskador.

Systematisk uppföljning sker genom bl.a. egenkontroller och sammanställning av rapporterade händelser i avvikelssystemet Flexite. Det finns rutin för hur händelserna ska hanteras i systemet som omfattar rapportering, analys, utredning och åtgärder. I rutinen tydliggörs även ansvarsfördelningen för de olika momenten.

Under 2018 tog förvaltningen fram en arbetsprocess för att säkerställa analys och åtgärdsförslag av inkomna avvikelser. Processen omfattar samtlig personal, och medicinskt ansvariga träffar regelbundet enhetschefer och avdelningschefer i kvalitetsråd för genomgång och analys av inkomna avvikelser.

I samband med den analys som medicinskt ansvarig gör lämnas även förslag till verksamheten på möjliga åtgärder.

Medicinskt ansvariga utreder händelser som medfört eller hade kunnat medföra allvarlig vårdskada och gör en anmälan till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) enligt lex Maria.

Medicinskt ansvariga sammanställer inrapporterade händelser och redovisar resultat och analys årligen i patientsäkerhetsberättelsen vilken återkopplas till förvaltningsledningen.

3.6. Klagomål och synpunkter

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

Klagomål och synpunkter som berör kommunal hälso- och sjukvård kan inkomma från kommuninvånare, närstående, IVO m.fl. och hanteras enligt funktionsstödsförvaltningens framtagna rutin. Samtliga klagomål och synpunkter som berör hälso- och sjukvård ska alltid granskas av medicinskt ansvariga.

Inkomna klagomål och synpunkter redovisas i respektive avdelnings kvalitetsråd och i förvaltningens övergripande kvalitetsråd. Uppgifterna sammanställs och analyseras på årsbasis i patientsäkerhetsberättelsen.

3.7. 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

enligt SOSFS 2011:9. Förvaltningen använder olika metoder för att genomföra egenkontroll och avseende egenkontroller som berör patientsäkerhet finns följande egenkontroller:

Egenkontroll	Omfattning	Metod och källa
Basala hygienrutiner och klädregler	En gång per år	Medicinskt ansvariga besöker ett urval verksamheter och genomför hygiendialoger med ansvarig sektionschef utifrån framtagen mall.
Basala hygienrutiner och klädregler	Årligen	Verksamheterna besvarar en digital checklista.
Journalföring och behandling av personuppgifter	En gång per år	Journalgranskning i journalsystem Procapita HSL genomförs årligen av medicinskt ansvariga utifrån framtagen mall.
Journalföring och behandling av personuppgifter	Varje månad	Loggkontroller görs enligt framtagen rutin varje månad på ett slumpmässigt urval av 10% av den personal som har behörighet till journalsystemet.
Remisshantering	Engångskontroll	Följsamhet till rutin granskas inom sjuksköterske- respektive rehabsektionen.
Avvikelse HSL	Var 6:e vecka	Inkomna avvikelser återkopplas regelbundet på förvaltningens återkommande kvalitetsråd.

4. Process

4.1. Strategiska åtgärder för att öka patientsäkerheten

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 2

Utifrån de mål och strategier som fördes fram inför 2018 har under året ett antal strategiska åtgärder vidtagits.

4.1.1 Verka för att funktionsstödsnämndens målgrupper ges samma möjligheter som övriga målgrupper till en god hälsa och en vård på lika villkor inom det kommunala hälso- och sjukvårdsansvaret.

Medicinskt ansvarigas ansvar och uppdrag

Under året har ansvarsområden och arbetsuppgifter fördelats mellan medicinskt ansvariga för att erhålla kontinuitet och fördjupad kunskap, i syfte att ge verksamheterna ett ökat sakkunnigt stöd.

HSL-enhetens organisering

HSL-enheten har under hösten genomgått en omorganisering, och utveckling av processer och struktur pågår. Syftet har varit att skapa kompetensområden kring specifika målgrupper och utveckla teamsamverkan.

Teamsamverkan med Region Skåne för de mest sjuka

Under hösten togs en detaljerad plan för förvaltningens uppstart av teambaserad vårdform för de mest sjuka fram. Det utsågs verksamheter som skulle ingå i det inledande skedet. En vårdcentral ingick i planeringsarbetet men kunde inte fullfölja. En ny dialog med Region Skåne har startats.

Lokala Psykiatriavtal

Medicinskt ansvariga granskade och gav förslag till förbättringar inför revidering av de lokala avtal Sociala resursförvaltningen tidigare tecknat med Psykiatri i Region Skåne.

Medicintekniska produkter

Malmö stads gemensamma rutin ”Kvalitetssäkring av medicintekniska produkter” har reviderats.

Beslutsgruppen för hjälpmedel har startat upp och arbetat med hjälpmedelsrutiner, särskilda ärenden, informationsspridning, sortimentsfrågor, omvärldsbevakning, logistikfrågor mm.

För att säkerställa förflyttning med personlyft hos brukare med privat personlig assistans har utbildningsförslag tagits fram.

Utbildningar

Under 2018 har ett antal utbildningar genomförts i förvaltningen i syfte att säkerställa personalens kompetens avseende vissa hälso- och sjukvårdsinsatser, omvårdnad samt hjälpmedelshantering.

- Förflyttning med personlyft, ca 200 medarbetare har utbildats.
- Manuella förflyttningar, ca 75 medarbetare har utbildats.
- Hjälpmedelsombud, 37 medarbetare har utbildats.
- Enteral nutrition, ca 100 medarbetare har utbildats
- Diabetes och insulin, ca 100 medarbetare har utbildats
- Läkemedelsutbildning, ca 700 medarbetare har utbildats

4.1.2 Förvaltningens patientsäkerhetsarbete

Förvaltningens patientsäkerhetsarbete kommer att samordnas inom ramen för ledningssystemet med samlad dokumentation i Stratsys. Patientsäkerhetsarbetet ingår där i processkategorierna Gemensamma processer samt Kommunal hälso- och sjukvård enligt HSL (2017: 30).

Förvaltningen har under året påbörjat ett införande av användandet av nationell patientöversikt, NPÖ, som är en tjänst som möjliggör att behörig vårdpersonal kan få tillgång till andra vårdgivares journaler med patientens samtycke. Hälsa-, vård- och omsorgsförvaltningen har under året börjat använda NPÖ och funktionsstödsförvaltningen kommer ta del av deras erfarenheter i samband med den planering som pågår för att NPÖ ska kunna användas inom funktionsstödsförvaltningen under 2019.

4.1.3 Fortsatt utveckling av hälso- och sjukvårdens processer och aktiviteter i styr- och ledningssystemet, för möjlighet till ökad återkoppling av verksamheternas patientsäkerhetsarbete

Kvalitetsråd

Kvalitetsråden har under året utvecklat sina arbetsformer. Inom ramen för kvalitetsrådets arbete ges möjlighet att se behov av förbättringar genom bl.a. analyser av inkomna avvikelser och förslag på förbättringsåtgärder som kan omsättas till egenkontroller eller direkta åtgärder. Under hösten har gemensamma riskdialoger genomförts inför planering av kvalitetsarbetet kommande år. Dessa riskdialoger bidrar till att skapa ett helhetstänk kring patienten.

SVU-team inom funktionsstödsförvaltningen

Den 1 januari 2018 trädde lagen om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård i kraft.

I Skåne används ett för slutenvård, primärvård och kommuner gemensamt planeringsverktyg, Mina planer. På grund av systemets bristande sekretesshantering mellan nämnders gränser inom Malmö stad var det först i maj 2018 som funktionsstödsförvaltningen kunde börja arbeta i systemet.

Förvaltningen har ett team bestående av leg sjuksköterska, leg arbetsterapeut och biståndshandläggare som ansvarar för att alla patienter som blivit inskrivna i slutenvården planeras hem enligt gällande rutiner. Kontakt med slutenvården, patient och närstående samt berörd personal i förvaltningen sköts i första hand av teamet. Även samtliga kallelser till SIP (samordnad individuell planering) som skickas genom Mina planer, hanteras och fördelas ut till berörda parter i förvaltningen.

Berörd personal har under våren utbildats.

Förtroendenämnd

Inför Förtroendenämndens upphörande 2018-12-31 har förberedelser pågått för att sluta avtal med Region Skånes patientnämnd avseende att stöd till enskilda patienter vid synpunkter och klagomål på den kommunala hälso- och sjukvården. Avtalet gäller från 2019-01-01.

4.1.4 Fortsatt kvalitetssäkring av Malmö stads hälso- och sjukvårdsrutiner, och vid behov anpassning till funktionsstödsförvaltningen

Medicinskt ansvariga i Malmö stad har ansvar för totalt 120 rutiner inklusive anvisningar, checklistor och andra bilagor inom hälso- och sjukvårdsområdet, som publiceras på malmo.se.

Rutinerna ska baseras på lagar, författningar, avtal samt evidens och beprövad erfarenhet. Rutinerna är övergripande och ska tillse att alla Malmöbor får tillgång till samma kvalitet på den kommunala hälso- och sjukvården. Rutinerna revideras vid förändringar inom områdena men minst en gång per år. Under året har även nya rutiner tillkommit.

4.1.5 Granskning av verksamheternas följsamhet till hälso- och sjukvårdsrutiner och processer

Granskningar har genomförts avseende följsamhet till Rutin basal hygien samt Rutin för journalföring och hantering av personuppgifter i hälso- och sjukvården.

4.1.6 Undersöka möjligheter till säkrare läkemedelshantering

Under året har möjligheterna att införa digital signering vid delegerade hälso- och sjukvårdsinsatser undersökts. En arbetsgrupp har bildats, och pilotprojekt är tänkt att genomföras under våren 2019. Utifrån pilotprojektets resultat tas nästa steg för ett eventuellt införande i hela förvaltningen.

4.1.7 Fortsatt arbete med kvalitetssäkring av att journaler förs i den omfattning som föreskrivs i patientdatalagen

Ett temporärt koncept har startat med gemensamma utbildningar i journalsystemet Procapita HSL för legitimerad personal tillsammans med hälsa-, vård- och omsorgsförvaltningen.

4.2. Riskanalys

4.2.1 Riskanalyser inom ramen för intern- och egenkontroll

Riskanalyser görs i förebyggande syfte för att vidta åtgärder innan något inträffar som kan medföra att verksamheten inte kan leva upp till de krav och mål som ställs i lagar, föreskrifter och beslut.


Skalan som används för riskanalyser i funktionsstödsförvaltningen är femgradig enligt följande:

	Konsekvens	Sannolikhet
5	Synnerligen allvarligt	Nästintill säkert
4	Allvarligt	Troligt
3	Påtagligt	Möjligt
2	Kännbart	Föga troligt
1	Knappt kännbart	Nästintill omöjligt


Varje identifierad risk ger ett riskvärde. Riskens värde är en sammanvägning av sannolikhet för inträffande och konsekvensen. Ju högre värde risken får desto viktigare är det att agera snabbt för att förebygga att händelsen faller ut eller upprepas.

Inom ramen för intern kontroll och egenkontroll genomfördes hösten 2017 ett antal riskanalyser varav följande risker blev aktuella för åtgärder under 2018.

Brukar- och patientnära dokumentation

Aktivitet	Riskanalys	Riskvärde
Journalföring och behandling av personuppgifter	Bristande journalföring	 20

Vårdbegäran

Aktivitet	Riskanalys	Riskvärde
Hantera remisser avseende hälso- och sjukvård	Risk för felaktig hantering av remisser	 12

Hälso- och sjukvårdande behandling

Aktivitet	Riskanalys	Riskvärde
Läkemedelshantering	Bristande kompetens hos delegerad personal	 12
	Risk att läkemedel förvaras osäkert	 15
Basal hygien	Risk för smittspridning på grund av bristande följsamhet till hygienrutin	 20
Medicintekniska produkter (MTP)	Risk för vårdskada vid bristande kunskap om medicintekniska produkter	 9

4.2.2 Fördjupade riskanalyser

Fördjupade riskanalyser enligt Malmö stads modifierade modell har genomförts i samband med verksamhetsförändringar avseende:

- Behörighetsinställningar i Procapita HSL
- Servicepaket med hjälpmedel i samband med elektiva operationer
- Överföring av patientansvar mellan legitimerad personal till följd av omorganisering av HSL-verksamheten

4.3. Utredning av händelser - vårdskador

HSLF-FS 2017:40, 3 kap. 1§ och SOSFS 2011:9 7 kap sista stycket

Under året har sju utredningar genomförts varav tre ledde till anmälan enligt lex Maria. I samband med en anmälan enligt lex Maria genomförde IVO en inspektion.

4.4. Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1§

4.4.1 Uppföljningar, riskanalyser och åtgärder

I Malmö stad finns en gemensam styrgrupp för verksamhetssystem som ansvarar för det övergripande informationssäkerhetsarbetet som inkluderar uppföljningar, riskanalyser och åtgärder. Underlag har ännu ej sammanställts för 2018, men kommer att slutföras våren 2019.

4.4.2 Skydd mot olovlig åtkomst

Malmö stad har en gemensam rutin för kontroll av åtkomst genom loggranskning i Procapita HSL. All hälso- och sjukvårdspersonal som har åtkomst till patientjournalen omfattas av rutinen, så även loggansvariga och systemförvaltare. Funktionsstödsförvaltningen har en kompletterande rutin som beskriver hur ansvarsfördelningen ser ut inom förvaltningen.

Kontroller har genomförts enligt rutin och under året har 132 loggar hanterats och skickats ut till närmsta chef för kontroll. Samtliga loggar har godkänts.


4.4.3 Granskning av hälso- och sjukvårdspersonalens journalföring

Under året har två journalgranskningar av hälso- och sjukvårdspersonalens journalföring genomförts av medicinskt ansvariga.

5. Resultat och analys

5.1. Egenkontroll

5.1.1 Basal hygien

Aktivitet	Egenkontroll	Kontrollmoment för Egenkontroll	Bedömning
Basal hygien	Kontroll av följsamhet till hygienrutin	Hygiendialoger	 Godkänd

Denna egenkontroll ingick 2018 inom ramen för Intern kontroll.

Hygiendialoger i lärande syfte utfördes av medicinskt ansvariga i 13 verksamheter. SOSFS 2015:10 ”Basal hygien i vård och omsorg” utgör grund för granskning. Granskningen skedde i diskussionsforum vid besök i verksamheterna. Ansvarig sektionschef deltog samt, i de flesta fall, en eller flera medarbetare.

Resultat

Sammanfattningsvis är bedömningen att det finns en hög medvetenhet om basala hygienrutiner och en god strävan att efterleva dessa rutiner. Det går däremot inte att bedöma i vilken omfattning hygienrutinen följs i det dagliga arbetet. Det framgick att sektionschefer upplever det svårt med den praktiska efterlevnaden i det vardagliga arbetet.

Aktivitet	Egenkontroll	Kontrollmoment för Egenkontroll	Bedömning
Basal hygien	Kontroll av följsamhet till hygienrutin	Besvara frågor i checklista	■ Ej godkänd

Ett 70-tal arbetsplatser inom förvaltningen har genomfört egenkontroll genom att besvara frågor i en checklista baserad på SOSFS 2015:10 ”Basal hygien i vård och omsorg”.

Resultat och åtgärd

Resultatet är i stora delar inte godkänt. Resultatet och åtgärder redovisas mer utförligt i förvaltningens kvalitetsberättelse.

5.1.2 Journalföring

Aktivitet	Egenkontroll	Kontrollmoment för Egenkontroll	Bedömning
Journalföring och behandling av personuppgifter	Kontroll av dokumenterad diagnos i journal	Granskning av journaler	■ Ej godkänd

Granskning har genomförts avseende dokumenterad medicinsk diagnos och hälsohistoria i ett slumpmässigt urval journaler från samtliga enheter inom Avdelning LSS-bostäder och Avdelning Myndighet och socialpsykiatri.

Totalt granskades 238 journaler, varav 190 journaler från Avdelning LSS-bostäder och 48 journaler från Avdelning Myndighet och socialpsykiatri.

Resultat


Resultatet är inte godkänt.

Medicinsk diagnos fanns endast angivet i 21 % av de granskade journalerna inom Avdelning LSS-bostäder och i 23 % av de granskade journalerna inom Avdelning Myndighet och socialpsykiatri. Avsaknad av läkarverifierad medicinsk diagnos utgör risk för patientsäkerheten då tillförlitlig information saknas vid legitimerad personals bedömningar och hälso- och sjukvårdsåtgärder. Medicinsk diagnos ska finnas dokumenterad för samtliga personer där verksamheten har det kommunala hälso- och sjukvårdsansvaret.

Hälsotillstånd fanns angivet i betydligt högre utsträckning, 74 % respektive 67 %, men bör finnas dokumenterat för samtliga patienter då det ger en bredare bild av personens upplevda hälsa och hälsohistoria.

Åtgärder

- Vikten av dokumentation av medicinsk diagnos respektive hälsohistoria betonas på dokumentationsutbildningar för legitimerad personal.
- Berörd enhetschef för HSL-enheten har tagit fram en plan för hur dokumentation av medicinsk diagnos ska säkerställas i patientjournalen under våren 2019.
- Medicinskt ansvariga har framfört till berörd verksamhetschef HSL att journaler bör läggas upp för samtliga personer inom LSS-boenden. Detta för att möjliggöra patientsäkra bedömningar i samband med tex fall, förändrat hälsotillstånd samt att kunna arbeta förebyggande och dokumentera olika riskbedömningar. Detta behöver utredas vidare för att tydliggöra arbetssättet.

Aktivitet	Egenkontroll	Kontrollmoment för Egenkontroll	Bedömning
Journalföring och behandling av personuppgifter	Kontroll av kvaliteten i journaler	Granskning av journaler	 Ej godkänd

En fördjupad kvalitetsgranskning har genomförts av medicinskt ansvariga enligt framtagen mall. Urvalet av granskade journaler skedde slumpvis, och sammanlagt granskades 14 patientjournaler inom Funktionsstödsförvaltningen.

Resultat

Resultatet är inte godkänt.



Poängintervall	Förklaring	Antal journaler
0-5p	Välskriven, väsentlig information på rätt plats.	0
6-10p	Välskriven, information finns ofta på rätt plats.	0
11-15p	Information finns, till viss del på fel plats.	2
16-20p	Viss information saknas, otydlig vårdprocess.	1
20p och fler	Väsentlig information saknas, bristande patient-säkerhet.	11 (varav 5 >30 p)

- I merparten av de granskade journalerna saknas väsentlig information.
- Generellt är dokumentationen mer korrekt utförd av arbetsterapeuter och fysioterapeuter.
- Det framkommer i granskningen att sjuksköterskor har svårigheter att dokumentera enligt ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health), vilket gör att viss information dokumenteras på fel ställe i journalen. Åtgärder anges alltid utifrån medicinska åtgärder, det förekommer inte vid något tillfälle i de granskade journalerna åtgärder som är av omvårdnadskaraktär.
- För vissa delar av vårdprocessen saknas dokumentation vilket medför att det inte går att följa ”den röda tråden” från bedömning till åtgärd och resultat. Framförallt ses brister gällande dokumentation av bakomliggande orsaker och uppföljning.
- Det framgår inte alltid om det beskrivna tillståndet fortfarande är aktuellt eller om påbörjade insatser alltjämt är aktuella.
- Beskrivning saknas helt av patientens delaktighet och egen målformulering.

Åtgärder

- Resultatet har redovisats för verksamhetschefer HSL och behov av kontinuerlig fördjupad dokumentationsutbildning på olika nivåer samt ICF-utbildning har betonats.
- Verksamheterna har rekommenderats att utse medarbetare med spetskompetens som har i uppdrag att vara ett stöd vid dokumentation.

5.1.3 Remisshantering

Aktivitet	Egenkontroll	Kontrollmoment för Egenkontroll	Bedömning
Hantera remisser avseende hälso- och sjukvård	Uppföljning av följsamhet till rutin för remisshantering	Granskning/stickprov	 Godkänd  Ej godkänd

Granskning av samtliga inkomna remisser har genomförts i rehabsektionen. I sjuksköterskesektionen gjordes 10 stickprov.

Resultat

Resultatet är godkänt för rehabsektionen. Sjuksköterskesektionens resultat är ej godkänt.

Åtgärd

- Lokal rutin har upprättats för intern hantering av remisser inom sjuksköterskesektionen. Egenkontrollen kommer att genomföras enligt beskrivning under andra halvåret 2019.

5.1.4 Läkemedelshantering

Aktivitet	Egenkontroll	Kontrollmoment för Egenkontroll	Bedömning
Läkemedelshantering	Kontroll av lokal rutin för läkemedelshantering	Inventering	■ Ej godkänd

På förfrågan till berörda sjuksköterskor framkom att det saknas implementering av den lokala läkemedelsrutinen inom LSS-bostäder, därav kunde ingen inventering genomföras.

Resultat

Resultatet är inte godkänt.

Åtgärd

- En plan för implementering påbörjas våren 2019 i samverkan mellan verksamhetschefer HSL och medicinskt ansvarig sjuksköterska.

5.1.5 Medicintekniska produkter (MTP)

Aktivitet	Egenkontroll	Kontrollmoment för Egenkontroll	Bedömning
Medicintekniska produkter (MTP)	Risk för vårdskada vid bristande kunskap om medicintekniska produkter	Inventering av medicintekniska produkter som behöver kalibreras regelbundet	● Godkänd

Under 2018 genomfördes inventering och märkning av medicinteknisk utrustning inom sektionen för sjuksköterskor och undersköterskor.

Resultat

Resultatet är godkänt. Bifynd är att kalibrering inte utförs regelbundet.

Åtgärd

- Rutin för kvalitetssäkring av produkterna ska tas fram i enheten.

5.2. Avvikelse

En kortfattad analys av redovisade händelser avseende hälso- och sjukvården inklusive medicintekniska produkter har gjorts nedan.

Ett observandum är att det finns ett stort antal avvikelser som registreras och hanteras fel i avvikelssystemet Flexite, vilket ger ett betydande felaktigt utslag i statistiken. Åtgärder för att förbättra detta diskuteras i kvalitetsråden. Medicinskt ansvariga i Malmö stad arbetar gemensamt via processägargruppen för att förbättra systemet i syfte att göra det mer användarvänligt.

2018 är första året som förvaltningen kan redovisa helårsresultat, det finns därför inte jämförelseunderlag för alla avvikelse typer.

5.2.1 Synpunkter

72 händelser har rapporterats som avser HSL-enheten. Drygt hälften avser brister i sjuksköterskeorganisationen och då främst brister i tillgänglighet. Analysen redovisas i förvaltningens kvalitetsberättelse.

5.2.2 Medicintekniska produkter (MTP)

19 rapporter som avser händelser med medicintekniska produkter har rapporterats. Av dessa gällde 10 rapporter skador och defekter på hjälpmedel som har utretts av Hjälpmedelscentrum. 1 av dessa avvikelser har medfört anmälan till tillverkaren och till Läkemedelsverket. Resterande händelser avser bland annat brister vid beställning och leverans av hjälpmedel samt handhavandefel.

5.2.3 Läkemedel

993 händelser har rapporterats.

Analys

Mellan kl 07.00-10.00 samt mellan 19.00-22.00 sker de flesta läkemedelsavvikelser. Detta är sannolikt kopplat till att de flesta läkemedel ges vid dessa tidpunkter, samt att det är ett stort antal aktiviteter kring brukarna som sker i verksamheterna (personlig vård, måltider, transporter mm).

De flesta av läkemedelsavvikelserna beror på att man inte följt gällande rutin som finns kring läkemedelsadministrering. Det är sannolikt kopplat till hur arbetsmomentet är organiserat i verksamheterna. I dagsläget bygger processen på att i stort sätt samtlig personal i våra verksamheter är delegerade, en process som inte är patientsäker och inte heller effektiv. Delegeringsprocessen utgår i dagsläget inte ifrån den enskilda medarbetarens kompetens och förmåga, utan från verksamhetens behov.

Sjuksköterskorna har förutom ett stort antal delegeringar, bristande förutsättningar för uppföljning av kunskap och kompetens hos delegerad personal.

Den åtgärd som anges för de flesta läkemedelsavvikelser är samtal i grupp. Effekten av denna åtgärd är erfarenhetsmässigt, mindre god.

Åtgärd

- Medicinskt ansvariga har lagt förslag på förbättringar av delegeringsprocessen både ur kompetens- och organisationsperspektiv. Arbetet påbörjas tillsammans med avdelningscheferna i mars 2019.

5.2.4 Dokumentation

148 händelser har rapporterats.

Majoriteten av de inkomna händelserna avser missad signering vid läkemedelsöverlämning. Orsaken till denna brist tolkas på samma sätt som ovan, se p 5.2.3.

7 händelser avser avsaknad av dokumenterad ordination för behandling på tippbräda som sker i samband med vistelse på daglig verksamhet. Utredningen visade en otydlighet ansvarsfördelningen mellan olika aktörer. Förbättringsarbete har påbörjats.

5.2.5 Fall

786 händelser avseende fall har rapporterats i funktionsstödsförvaltningen under året.

Avdelning Myndighet och socialpsykiatri: 159

Avdelning LSS-bostäder: 418

Analys

I 72% av samtliga fallrapporter har inga synliga symtom/skador uppkommit vid fallet.

Vanligaste symtom eller skador som uppkommit vid fall är sårskada och svullnad/blåmärke. Totalt 8 frakturer har rapporterats.

Som vanligast förekommande aktivitet i samband med fall anges "gång inomhus", "oklar anledning" samt "förflyttning till och från stol".

En ökning kan noteras inom en verksamhet för personer med demenssjukdom. En förklaring till ökningen kan vara förändringar i brukares kognitiva förmåga att bedöma graden av självständig förflyttning.

En ökning av antal rapporterade fall framkommer inom daglig verksamhet och kan till viss del förklaras med en ökad medvetenhet om vikten av att rapportera. Ett relativt stort antal fall (20-tal) har rapporterats i en ny daglig verksamhet som riktar sig till äldre brukare som kan ha en ökad falltendens, och ett arbete pågår med förbättring av miljön. Det finns även enstaka personer med många registrerade fall, tex i samband med epilepsi.

Ett observandum är de ibland långa utredningstiderna för vissa fallhändelser som beror på brist på arbetsterapeut- och fysioterapeutresurser.

5.2.6 Samverkan externa vårdgivare

Totalt finns 80 händelser gällande brister i samverkan med andra hälso- och sjukvårdsaktörer. Avvikelserna avser i huvudsak brister i samband med utskrivning från sjukhuset vilket medfört att den kommunala hälso- och sjukvården inte hunnit förbereda inför hemgång. Även avvikelser som avser tvångsåtgärd inom vården, brister i kunskap gällande brukares problematik, oklarheter om ansvar vid permission finns rapporterade.

Avvikelserna inom somatisk vård, gäller framför allt medicinkliniken, neurologen, ortopederna och akutmottagningen. Inom psykiatri avser merparten slutenvården men även de tre öppenvårdsmottagningarna. Övriga inrapporterade brister i samverkan gäller Falcks läkarbil, ambulans, apotek samt primärvården.

5.3. Klagomål och synpunkter

3 synpunkter som berör förvaltningens hälso- och sjukvård har inkommit via malmo.se. Synpunkterna avsåg individuell läkemedelshantering för en brukare.

5.4. Händelser och vårdskador

Utifrån de utredningar som genomförts gällande händelser, vårdskador och allvarliga vårdskador har några viktiga lärdomar dragits.

- Inom sjuksköterskeorganisationen har det identifierats brist på kunskap gällande det kommunala hälso- och sjukvårdsuppdraget.
- Verksamheterna inom LSS-boende Pk1, Pk2 och Pk3 behöver stöd i att öka kunskapen om hur ansvaret för hälso- och sjukvård är fördelat, dels internt inom förvaltningen och dels externt med Region Skåne.
- En tydlig och strukturerad samverkan mellan olika interna och externa aktörer inom habilitering och rehabilitering är av betydande vikt för att förstärka vårdkedjan.
- Ett tydligt bifynd i samtliga utredningar har varit brister i journalföringen.

6. Mål och strategier för kommande år

Arbetet med att verka för att funktionsstödsnämndens målgrupper ges samma möjligheter som övriga målgrupper till en god hälsa och en vård på lika villkor inom det kommunala hälso- och sjukvårdsansvaret fortsätter. Sveriges kommuners och landstings skrift ”Hur skapar vi bättre hälsa för personer med funktionsnedsättning?” utgör en gemensam inspirationskälla i förvaltningen.

Strategier inför 2019 bygger på medicinskt ansvarigas analyser och utredningar av patientsäkerhetsarbetet under 2018, internkontrollplan 2019 samt förvaltningens målarbete för 2019.

Förbättra och säkerställa samverkan avseende hälso- och sjukvård

- Verksamheterna kommer att arbeta för en förbättrad samordning och stärkt patientmedverkan av det interna arbetet vid patientens övergångar mellan olika vårdgivare.
- Inom ramen för HS-avtalet kommer förvaltningen att fortsatt delta i utvecklingsområden avseende teambaserad vårdform samt rehabilitering och hjälpmedel.
- Utveckla den interna teamsamverkan.

Förbättra och säkerställa patientens tillgång till legitimerad personal

- För att minska risker för utebliven eller felaktig hälso- och sjukvårdsinsats på grund av brist på legitimerad personal planerar Avdelning stöd, hälsa och daglig verksamhet för en aktiv rekrytering i samarbete med HR och kommunikationsavdelningen.

Förbättra och säkerställa journalföringens kvalitet

- Genom olika åtgärder (t.ex. utbildning, specialistkompetens, kollegiala journalgranskningar) utveckla och säkerställa kvalitén på dokumentation och journalföring.

Förbättra och säkerställa hantering av medicintekniska produkter

- Utveckla metoder för att säkerställa följsamhet till rutin för ”Kvalitetssäkring av medicintekniska produkter”.

Förbättra och säkerställa läkemedelshantering

- Förändra struktur och metoder för att kvalitetssäkra läkemedelsprocessens olika delar.