



Malmö stad

# Patientsäkerhetsberättelse 2019

---

Funktionsstödsnämnden

2020-02-25

Ansvariga för innehållet

- Katarina Flyckt, Medicinskt ansvarig sjuksköterska
- Magdalena Jeppsson, Medicinskt ansvarig sjuksköterska
- Mia Svensson Burghard, Medicinskt ansvarig för rehabilitering
- Christina Ekdahl, Medicinskt ansvarig för rehabilitering

## Innehåll

<b>1 Sammanfattning .....</b>	<b>4</b>
<b>2 Inledning .....</b>	<b>5</b>
<b>3 Struktur .....</b>	<b>6</b>
3.1 Övergripande mål och strategier.....	6
3.2 Organisation och ansvar .....	6
3.3 Samverkan för att förebygga vårdskador .....	8
3.3.1 Samverkan på övergripande nivå med Region Skåne.....	8
3.3.2 Samverkan på övergripande nivå med övriga externa parter .....	10
3.3.3 Samverkan inom Malmö stad.....	11
3.3.4 Samverkan inom förvaltningen .....	12
3.4 Patienter och närståendes delaktighet.....	12
3.5 Hälsa- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet .....	12
3.6 Klagomål och synpunkter.....	13
3.7 Egenkontroll.....	13
<b>4 Process .....</b>	<b>14</b>
4.1 Strategiska åtgärder för att öka patientsäkerheten .....	14
4.1.1 Förbättra och säkerställa samverkan avseende hälso- och sjukvård.....	14
4.1.2 Förbättra och säkerställa patientens tillgång till legitimerad personal.....	15
4.1.3 Förbättra och säkerställa journalföringens kvalitet.....	15
4.1.4 Förbättra och säkerställa hantering av medicintekniska produkter.....	16
4.1.5 Förbättra och säkerställa läkemedelshantering.....	16
4.1.6 Övriga åtgärder .....	17
4.2 Riskanalys.....	18
4.2.1 Centrala och lokala riskanalyser.....	18
4.2.2 Riskanalyser inom ramen för SOSFS 2011:9 .....	19
4.3 Informationssäkerhet .....	20
4.3.1 Uppföljningar, riskanalyser och åtgärder .....	20
4.3.2 Skydd mot olovlig åtkomst .....	20
4.3.3 Granskning av hälso- och sjukvårdspersonalens journalföring.....	21
<b>5 Resultat och analys.....</b>	<b>22</b>
5.1 Egenkontroll.....	22
5.1.1 Basal hygien – Hygiendialoger.....	22
5.1.2 Basal hygien – Checklista.....	22

5.1.3	<i>Journalföring - medicinsk diagnos</i>	23
5.1.4	<i>Journalföringens kvalitet</i>	24
5.1.5	<i>Läkemedelshantering</i>	25
5.1.6	<i>Medicintekniska produkter (MTP)</i>	26
5.2	<b>Avvikelser</b>	26
5.2.1	<i>Medicintekniska produkter (MTP)</i>	27
5.2.2	<i>Läkemedel</i>	27
5.2.3	<i>Rehabilitering</i>	28
5.2.4	<i>Dokumentation</i>	28
5.2.5	<i>Fall 28</i>	
5.2.6	<i>Samverkan externa vårdgivare</i>	29
5.3	<b>Klagomål och synpunkter</b>	29
5.4	<b>Händelser och vårdskador</b>	29
6	<b>Mål och strategier för kommande år</b>	30

# 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.

Sveriges kommuners och landstings skrift ”Hur skapar vi bättre hälsa för personer med funktionsnedsättning?” har varit en gemensam inspirationskälla i förvaltningen.

Under 2019 ser medicinskt ansvariga en positiv utveckling i form av en ökad medvetenhet kring patientsäkerhet för att minska risker för vårdskada. Exempelvis syns i delar av verksamheterna en ökad avvikelserapportering, förbättrat utredningsarbete och dialog kring effektiva åtgärder. Förvaltningen har arbetat aktivt med att finna former för samverkan såväl internt som externt, vilket har resulterat i tydligare strukturer och en ökad förståelse för det komplexa uppdraget att ansvara för och bedriva kommunal hälso- och sjukvård. En plan för samordning av förvaltningens hälsofrämjande arbete har också tagits fram inför 2020.

Andra viktiga åtgärder som vidtagits inom förvaltningen är:

- Förändring av hälso- och sjukvårdsorganisationen
- Framtagande av handlingsplan för att förbättra och säkerställa journalföringens kvalitet
- Förändrat ansvar för Hjälpmedelscentrum Malmö stad gällande hantering av vårdsängar, reparationer mm.
- Fördjupning i arbetet med säker läkemedelshantering
- Påbörjat ett förändringsarbete kring säker delegering av hälso- och sjukvårdsinsatser
- Framtagande av handlingsplan för fallprevention och fall
- Fortsatta utbildningsinsatser inom hälso- och sjukvård till medarbetare från legitimerad personal

## En blick framåt

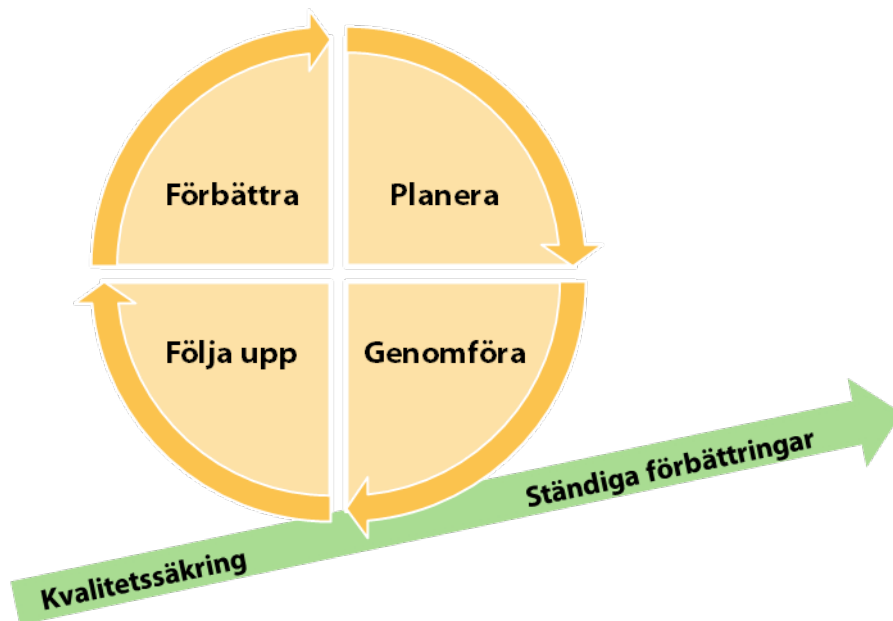
Inför 2020 har funktionsstödsnämnden som ett nämndsmål att öka patientsäkerheten och arbeta förebyggande för en jämlik hälsa. Nämndens målgrupper ska erbjudas god och säker vård på lika villkor inom ansvarsområdet för det kommunala hälso- och sjukvårdsuppdraget. Fokus i arbetet är förbättrad samordning och teamsamverkan, stärkt patientmedverkan och tillgång till legitimerad personal samt att kvalitetssäkra delegeringar och förbättra läkemedelshantering.

## 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 2019.

## 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 2018 fördes följande fram som mål och strategier inför 2019:

- Förbättra och säkerställa samverkan avseende hälso- och sjukvård
- Förbättra och säkerställa patientens tillgång till legitimerad personal
- Förbättra och säkerställa journalföringens kvalitet
- Förbättra och säkerställa hantering av medicintekniska produkter
- Förbättra och säkerställa läkemedelshantering

### 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.

I 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 4 kap. § 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 (2008:35)
- 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 medarbetare 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 Hjälpmiddelscentrum 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 Patientnämnden Region Skåne 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

##### Vårdsamverkan Skåne (Hälso- och sjukvårdsavtal)

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 samverkansforum där funktionsstödsförvaltningen finns representerad.

- *Samverkansforum hälso- och sjukvårdsavtalet*  
Syfte att följa upp utvecklingen av hälso- och sjukvårdsavtalet 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 kompetensutveckling, samt att bereda och handlägga frågor som gäller samarbete inom psykiatriområdet.

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

1. Utveckling av teambaserad vårdform för de mest sjuka
2. Utveckling av insatser för tidvis sviktande
3. Utveckling av arbetssätt och stöd för personer i riskgrupper
4. Utredning av förutsättningar för att samorganisera rehabilitering och hjälpmedelsförsörjning.



## **Samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård (SVU) och Samordnad individuell plan (SIP)**

På skåneövergripande nivå finns förvaltningsgrupp för regelverk SVU och SIP med representanter från alla Skånes delregioner. Gruppens övergripande uppdrag är att värdera, utveckla, implementera och förvalta regelverk, rutiner och stöddokument för processerna som styr samverkan vid utskrivning och samordnad individuell plan.

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

### **Läkemedelsrådet**

Läkemedelsrådet är ett expertorgan som arbetar med utveckling och samordning av läkemedelsfrågor inom Region Skåne. Läkemedelsrådet ska vara tillgängligt för och arbeta gentemot samtliga aktörer inom den skånska hälso- och sjukvården. Ett av uppdragen är att revidera den skånegemensamma baslistan med rekommenderade läkemedel.

### **Vårdhygien Skåne**

Vårdhygien Skåne organiseras 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 Skåne tar fram riktlinjer för den kommunala hemsjukvården samt är behjälpliga med råd och stöd i förekommande 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 Skåne i smittspårningsarbetet. Under 2019 fanns inga tillfällen när smittspårning skedde inom förvaltningens ansvarsområde.

### **Avancerad sjukvård i hemmet (ASIH)**

Samverkan för att skapa former för ansvarsfördelning vid 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 har skett genom en samrådsgrupp på tjänstemannanivå, som arbetar med frågor inom hjälpmedelsområdet som berör ansvarsfördelning mellan kommunerna och Region Skåne. Denna samrådsgrupp har varit vilande sedan halvårsskiftet i avvaktan på uppstart av Regional samverkansgrupp för hjälpmedel.

#### **Malmö universitet/Fakulteten Hälsa och samhälle**

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

#### **Utvecklingsarbete TietoEVRY**

Malmö stad har under året fortsatt sitt deltagande i TietoEVRYs utvecklingsarbete av en ny hälso- och sjukvårdsjournal, Lifecare HSL, men nu i form av referensgrupp. Gruppen har tagit del av systemets pågående utveckling och testmiljö, samt getts möjlighet att lämna synpunkter och förbättringsförslag.

### **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 genom deltagande i olika nätverk samt genom omvärldsbevakning av olika myndigheter och samarbetsparter inom hälso- och sjukvården.

Nätverket fattar beslut och ansvarar för rutiner inom de författningsstyrda områdena, som därefter kommuniceras till berörda verksamheter.

#### **Flexite processägargrupp**

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

#### **E-lärande processägargrupp**

Ett samarbetsnätverk mellan funktionsstödsförvaltningen och hälsa-, vård- och omsorgsförvaltningen i syfte att via e-lärande öka kunskap och kompetens hos medarbetare.

#### **Procapita utvecklingsgrupp HSL**

Ett samarbetsnätverk mellan funktionsstödsförvaltningen och hälsa-, vård- och omsorgsförvaltningen med syfte att utveckla och anpassa journalsystemet gällande rätts- och patientsäkerhet, samt att sprida information till berörda verksamheter för att möjliggöra för legitimerad personal i Malmö stad att dokumentera på ett enhetligt sätt.

#### **Arbetsgrupp Nationell Patient översikt (NPÖ)**

Ett samarbetsnätverk mellan funktionsstödsförvaltningen och hälsa-, vård- och omsorgsförvaltningen som ansvarar för rutiner och informationsmaterial relaterat till NPÖ.

#### **Arbetsgrupp beslutsstöd enligt ViSam-modellen**

Ett samarbetsnätverk mellan funktionsstödsförvaltningen och hälsa-, vård- och omsorgsförvaltningen med ansvar under 2019 för implementering av beslutsstöd enligt ViSam-modellen för sjuksköterskor.

Förvaltningens representant deltar även i regionalt ViSam-nätverk Skåne med syfte att följa implementeringen och fortsatt arbeta med utvecklingsfrågor i relation till beslutsstödet användning i Skåne.

#### **Kommundietistnätverk**

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

### **3.3.4 Samverkan inom förvaltningen**

#### **Kvalitetsråd**

Kvalitetsråd finns 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.

#### **Verksamhetsmöte hälso- och sjukvård**

Medicinskt ansvariga har regelbundet möten med samtliga verksamhetschefer enligt HSL samt enhets- och sektionschefer för sjuksköterske- och rehabsektionen. Syftet med dessa möten är informationsutbyte och dialog från de olika nätverk som samtliga ingår i.

Medicinskt ansvariga har även regelbundna möte med legitimerad personal i syfte att informera och ha dialog kring riktlinjer och rutiner samt ny lagstiftning.

### **3.4 Patienter och närståendes delaktighet**

*SFS 2010:659 3 kap. 4 §*

Patienten ska i samband med kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser erbjudas att medverka i utformning av behandlingsmål, behandlingsform och utvärderingar.

I samband med utredningar, klagomål och synpunkter informeras vid varje tillfälle patienten, god man och 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.

### **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 hälso- och sjukvårdspersonal skyldig att rapportera risker för vårdskador samt händelser som har medfört eller hade kunnat medföra vårdskador.

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

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 genomförandet, och följande egenkontroller finns som berör patientsäkerhet:

Egenkontroll	Omfattning	Metod och källa
Basala hygienrutiner och klädregler - följsamhet	Årligen	Medicinskt ansvariga besöker ett urval verksamheter och genomför hygiendialoger med ansvarig sektionschef utifrån framtagna mall.
Basala hygienrutiner och klädregler - följsamhet	Årligen	Verksamheterna besvarar en digital checklista.
Journalföring och behandling av personuppgifter	Årligen	Journalgranskning i journalsystem Procapita HSL avseende dokumentationens kvalitet. Genomförs av medicinskt ansvariga utifrån framtagna mall.
Journalföring och behandling av personuppgifter	Årligen	Journalgranskning i journalsystem Procapita HSL avseende förekomst av medicinsk diagnos. Genomförs av medicinskt ansvariga.
Journalföring och behandling av personuppgifter	Två gånger/år	Kollegial journalgranskning i verksamheten. Genomförs av legitimerad personal utifrån en för Malmö stad gemensamt framtagna mall.
Journalföring och behandling av personuppgifter	Varje månad	Loggkontroller av åtkomst till journalsystemet görs enligt framtagna rutin på ett slumpmässigt urval av 10% av den medarbetare som har behörighet till journalsystemet.
Medicintekniska produkter - Hjälpmedelsombud	Årligen	Enkät till verksamheter inom avdelning Stöd, hälsa och daglig verksamhet avseende följsamhet till nämndens beslut om hjälpmedelsombud.
Läkemedelshantering	Årligen	Kontroll att lokal rutin för läkemedelshantering finns upprättad.

## 4 Process

### 4.1 Strategiska åtgärder för att öka patientsäkerheten

*SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 2*

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

Utifrån de mål och strategier som fördes under året har ett antal åtgärder vidtagits.

#### 4.1.1 Förbättra och säkerställa samverkan avseende hälso- och sjukvård

##### Patientsnämnden

Avtal har slutits med Region Skånes patientsnämnd avseende stöd till enskilda patienter vid synpunkter och klagomål på den kommunala hälso- och sjukvården. Avtalet gäller från 2019-01-01.

##### Nationell patientöversikt (NPÖ)

Förvaltningen blev under sommaren 2019 både konsumenter och producenter i NPÖ som är verktyget för sammanhållen journalföring. NPÖ möjliggör för olika vårdgivare att, med patientens samtycke, få direktåtkomst till varandras journaluppgifter då det finns en vårdrelation. NPÖ användarstatistik följs månadsvis för att se i vilken omfattning det används av den legitimerade personalen. Regelbundna utbildningar i NPÖ genomförs till nyanställd legitimerad personal.

##### Fast vårdkontakt

En utredning har genomförts kring möjlighet att införa funktionen ”fast vårdkontakt” i förvaltningen. Funktionen regleras bland annat genom Patientlagen för att säkerställa att patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vården tillgodoses. Fast vårdkontakt kan finnas i alla verksamheter som bedriver hälso- och sjukvård.

Utredningens slutsats blev att det i nuläget inte är aktuellt med en fördjupad dialog kring funktionen ”fast vårdkontakt” med anledning av hälso- och sjukvårdsenhetens prioriteringar, men att frågan kan aktualiseras i framtiden. Exempelvis har habiliteringens kuratorer fört fram behov av utsedd koordineringsansvarig i komplexa ärenden.

##### Beslutsstöd enligt ViSam-modellen för sjuksköterskor

Under 2019 har beslutsstöd enligt ViSam-modellen för sjuksköterskor implementerats. Det är ett verktyg för sjuksköterskor vid bedömning och ställningstagande till vårdnivå. Digital utbildning med tillhörande praktisk del med övning utifrån patientfall togs fram under 2019, och genomförs regelbundet.

##### Intern samverkan

###### Ledning för hälso- och sjukvård

Förvaltningen har månatliga samverkansmöte gällande hälso- och sjukvård, där verksamhetschefer enligt HSL, enhetschefer för hälso- och sjukvårdsenheten, kvalitetsutvecklare HSL samt medicinskt ansvariga ingår. Sedan hösten 2019 ingår även Malmö stads utvecklingssekreterare i hälso- och sjukvårdsstrategiska frågor.

Arbets sättet har utvecklats under 2019 med fokus på att tydliggöra gemensamma hälso- och sjukvårdsfrågor.

#### SVU-team (samverkan vid utskrivning)

Under året har de tre ansvariga sektionsscheferna samt medarbetare i SVU-teamet skapat en gemensam mötesstruktur för ökad samsyn och samarbete.

#### Teambaserat arbetssätt

En fortsatt utveckling har skett av det teambaserade arbetssätt, både internt inom hälso- och sjukvårdsenheten och i verksamhetsteam.

Som ett led i att öka sektionsschefernas kunskap gällande det kommunala hälso- och sjukvårdsansvaret har en enkät genomförts. Resultatet påvisade behov av ökad kunskap och en plan avseende återkoppling samt utbildningsinsatser har tagits fram för 2020.

#### Förvaltningens fysioterapeuter

Samverkan mellan habiliteringens och rehabsektionens fysioterapeuter har under året stärkts både i enskilda ärenden och genom yrkesträffar för att tillgodose patienters behov av fysioterapi. Ett gemensamt utvecklingsområde har varit införande av möjlighet till Fysisk aktivitet på Recept (FaR). Ett fåtal recept av FaR har hittills utfärdats av fysioterapeuter inom habiliteringen och rehabsektionen. Arbetssättet behöver implementeras ytterligare inom förvaltningens verksamheter genom tex informationsspridning, utbildning till legitimerad personal och ökad kunskap om sambandet mellan rörelse och hälsa.

### **4.1.2 Förbättra och säkerställa patientens tillgång till legitimerad personal**

Hälso- och sjukvårdsenheten har aktivt arbetat med att säkerställa tillgång till legitimerad personal genom bl.a:

- En intern omorganisation i olika verksamhetsområden som har medfört ett tydligare och mer begränsat ansvarsområde. Möjlighet till rekrytering av legitimerad personal bedöms ha ökat, men det har fortsatt varit svårt att rekrytera legitimerade sjuksköterskor, framförallt inom området för socialpsykiatri samt boenden för personkrets 3.
- En vaktmästartjänst har inrättats och en uppdragsbeskrivning för rehabundersköterskor har tagits fram med syfte att frigöra mer utrymme för legitimerade i båda sektionerna, och på så sätt bidra till mer tid för patientnära arbete och ökad patientsäkerhet och kvalitet.

### **4.1.3 Förbättra och säkerställa journalföringens kvalitet**

Hälso- och sjukvårdsenheten har under året fortsatt sitt arbete med kvalitetssäkring av journalföringen genom bl.a.:

- Kollegial granskning av dokumentation har genomförts två gånger under året, som visar på viss förbättring men inte i tillräckligt hög grad för att tillgodose kravet på god och säker vård. Resultatet har sammanställts och en handlingsplan är upprättad.
- En medarbetare i rehabsektionen har fått separat uppdrag sedan oktober med fokus på dokumentationsutveckling och bedömningsinstrument.
- Checklista för upprättande av ny journal har tagits fram i hälso- och sjukvårdsenheten och ska användas vid upprättande av ny journal.

- Medarbetare från verksamheten har varit delaktiga i Malmö stads utvecklingsgrupp för journaldokumentation vilket är en viktig del i förbättringsarbetet.

#### **4.1.4 Förbättra och säkerställa hantering av medicintekniska produkter**

##### **Hjälpmiddelscentrum Malmö stad**

Hjälpmiddelscentrum Malmö stad tog 2019-07-01 över ansvaret för vissa delar i hjälpmedelshanteringen från extern utförare i samband med att avtal löpte ut. Förändringen innebar att hanteringen av vårdsängar (med ansvar för lagerhållning, transport, rekonditionering/ reparation samt service), samt reparation och besiktning av hjälpmedel som utgör basutrustning i olika boendeformer nu hanteras i egen regi.

Även beredskap för akutreparation under kväll och helgdagar togs över av Hjälpmiddelscentrum. Under jourtid åtgärdas vårdsäng, antidecubitismadrass samt personlyft.

##### **Förflyttning med personlyft**

För att säkerställa förflyttning med personlyft hos brukare med privat personlig assistans erbjuds utbildningsinsatser integrerat med Malmö stads utbildningar.

#### **4.1.5 Förbättra och säkerställa läkemedelshantering**

##### **Lokal läkemedelsinstruktion och hälso- och sjukvårdsuppdrag**

Planering för införandet av lokal läkemedelsinstruktion samt hälso- och sjukvårdsuppdrag via Procapita har påbörjats inom sektionen för sjuksköterskor och undersköterskor under hösten tillsammans med de verksamheter som hanterar och administrerar läkemedel. Arbetet fortsätter under 2020.

##### **Delegeringsprocess**

Ett större arbete har under året påbörjats i samverkan mellan funktionsstödsförvaltningen och hälso-, vård- och omsorgsförvaltningen gällande kartläggning av delegeringsprocessen i syfte att stärka patientsäkerheten. Arbetet fortskrider under 2020.

Inom förvaltningen har sektionen för sjuksköterskor och undersköterskor upprättat ett webbaserat ansökningsformulär för ansökan om delegering med syfte att kvalitetssäkra en del av delegeringsprocessen. Lokal rutin inom förvaltningen har upprättats.

##### **Digital signering av hälso- och sjukvårdsinsatser**

Det förberedande arbetet med att införa digital signering av hälso- och sjukvårdsinsatser har fortloppet under 2019. Arbetet har fokuserat på att finna former och utreda behov, och problem uppstod bland annat på grund av oklarheter kring upphandling av leverantör och licensavtal. Under 2019 genomförde hälso- vård och omsorgsförvaltningen en pilot inom området och funktionsstödsförvaltningen kommer att ta del av de erfarenheter som framkommit. Funktionsstödsförvaltningens ambition är att under 2020 ska digital signering införas i några utvalda verksamheter.



## Läkemedelsrobotar

Funktionsstödsförvaltningen har undersökt möjlighet till användning av läkemedelsrobotar. Målet är bland annat att bidra till en ökad delaktighet och självständighet avseende läkemedelshanteringen hos de patienter som kan vara aktuella för användandet av läkemedelsrobot.

### 4.1.6 Övriga åtgärder

#### Plan för hälsofrämjande inspiration

Enheten för främjande och förebyggande arbete i samarbete med hälso- och sjukvårdsenheten fick hösten 2019 uppdrag av förvaltningsledningen att samordna och utveckla förvaltningens hälsofrämjande och förebyggande arbete samt ta fram en plan för hur arbetet ska bedrivas. Syftet är att skapa förutsättningar för ett hälsofrämjande arbete för nämndens målgrupper genom att samordna och utveckla arbetet utifrån verksamheternas behov tillsammans med stödjande verksamheter.

#### Plan och åtgärder för arbetet med fall och fallprevention

Antalet rapporterade fallavvikelser har av olika anledningar ökat i förvaltningen. I kombination med hög arbetsbelastning för hälso- och sjukvårdsenhetens arbetsterapeuter och fysioterapeuter har detta påverkat och förlängt utredningstiden för fallrapporterna, vilket har identifierats som ett förbättringsområde i avdelningarnas kvalitetsråd.

Ett aktivt arbete har påbörjats både för att förebygga och minska antalet fall men också för att minska utredningstiden för fallrapporterna. Det är därför ett prioriterat patientsäkerhetsområde som berör flertalet verksamheter i förvaltningen samt alla de yrkesgrupper som arbetar brukar nära, inklusive sektionschefer och enhetschefer.

En plan har tagits fram för att identifiera insatser och påbörja åtgärder våren 2020.

#### Utbildningar

Under 2019 har ett antal utbildningar genomförts i förvaltningen i syfte att säkerställa medarbetarnas kompetens avseende vissa hälso- och sjukvårdsinsatser, omvårdnad samt hjälpmedelshandling. Utbildningsmaterialet är gemensamt framtaget med hälsa- vård och omsorgsförvaltningen och utbildningarna genomförs av förvaltningens legitimerade personal.

Inom följande områden har utbildningar genomförts:

##### Förflyttningskunskap

- Förflyttningskunskap/basblock: ca 200 medarbetare
- Förflyttningskunskap/förflyttning med personlyft: ca 230 medarbetare
- Förflyttningskunskap/block sittande/stående/i och kring säng: ca 40 medarbetare
- Hjälpmedelsombud: ca 40 medarbetare

##### Läkemedelshandling

- Drygt 800 medarbetare har utbildats

### Enteral nutrition (sondmatning)

- Drygt 300 medarbetare har utbildats

### Diabetes och insulin

- Ca 350 medarbetare har utbildats.

Verksamheterna har efterfrågat grundläggande kunskaper om diabetes till de medarbetare som inte varit aktuella för delegering. Tre utbildningstillfällen erbjöds, men två ställdes in på grund av för få deltagare.

## **4.2 Riskanalys**

Riskanalyser görs i förebyggande syfte för att identifiera och eventuellt vidta åtgärder som medför att verksamheten kan leva upp till de krav och mål som ställs i lagar, föreskrifter och beslut.

### **4.2.1 Centrala och lokala riskanalyser**

Malmö stads modifierade modell för fördjupade riskanalyser har genomförts i samband med verksamhetsförändringar. Centrala riskanalyser omfattar båda förvaltningarna, medan lokala enbart omfattar den egna förvaltningen.

#### **Centrala riskanalyser**

##### Lifecare Meddelande

I samverkan med hälsa-, vård- och omsorgsförvaltningen genomfördes en riskanalys inför införande av Lifecare Meddelande som grund för implementering och framtagande av rutiner.

##### Beredskap för reparation av hjälpmedel under jourtid

Inför Malmö stads övertagande av ansvar för reparationer av vissa hjälpmedel under jourtid genomfördes en riskanalys avseende möjlighet att upprätthålla en hög patientsäkerhet vid förändring av beredskapstider.

#### **Lokala riskanalyser**

##### Team för stöd och service

I samband med inrättande av team för stöd och service genomfördes i förvaltningen en riskanalys i syfte att analysera specifika risker kopplade till förekommande hälso- och sjukvårdsinsatser.

##### Mobilt vårdteam stödhusen

Förvaltningen överväger att erbjuda brukare på stödhusen möjlighet till inskrivning i den teambaserade vårdformen mobilt vårdteam. Mobilt vårdteam är ett riktat stöd till de mest sjuka patienterna/brukarna i samverkan mellan kommun och region. Riskanalysen gjordes med fokus på patientsäkerhet och behandlade flera olika aspekter både på individ och organisatorisk nivå.

##### Organisation kvällssjuksköterskor

I samband med inrättande av en kvällsorganisation för sjuksköterskor avseende insatser enligt hälso- och sjukvård i förvaltningen gjordes en riskanalys. Syfte var att identifiera patientsäkerhetsrisker som kan kopplas till att ansvaret för hälso- och sjukvårdsinsatserna kvällstid övergår i egen regi.

### Tillfällig evakuering av ett LSS-boende personkrets 1

I samband med renovering av ett LSS-boende evakuerades hela boendet till annan ort under 6 veckor. Riskanalysen gjordes för att säkra upp patientsäkerheten under evakueringen gällande bland annat hjälpmedel, läkemedel och tillgång till hälso- och sjukvårdspersonal för hela dygnet under vistelsen.

## **4.2.2 Riskanalyser inom ramen för SOSFS 2011:9**

Inom ramen för intern kontroll och egenkontroll genomfördes hösten 2018 ett antal riskanalyser varav nedanstående risker blev aktuella för åtgärder under 2019.

<b>Aktivitet</b>	<b>Risk</b>	<b>Riskvärde</b>
Journalföring och behandling av personuppgifter	Brister i patientjournal	20
Basal hygien	Risk för smittspridning på grund av bristande följsamhet till hygienrutin	16
Medicintekniska produkter (MTP)	Risk för felaktig hantering av medicintekniska produkter/hjälpmiddelsombud	16
Läkemedelshantering	Risk att läkemedel förvaras osäkert. Användande av HSL-uppdrag.	15

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

	<b>Konsekvens</b>	<b>Sannolikhet</b>
5	Synnerligen allvarligt	Nästantill säkert
4	Allvarligt	Troligt
3	Påtagligt	Möjligt
2	Kännbart	Föga troligt
1	Knappt kännbart	Nästantill omöjligt

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

## 4.3 Informationssäkerhet

*HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1§*

I Malmö stad finns en förvaltningsövergripande styrgrupp för verksamhetssystem med ansvar för det övergripande informationssäkerhetsarbetet som inkluderar uppföljningar, riskanalyser och åtgärder.

Förvaltningen har en informationssäkerhetssamordnare som i sitt uppdrag bland annat har att säkra att förvaltningens samtliga verksamhetssystem kartläggs, säkerhetsklassificeras och följs upp varje år i systemet iFACTS.

Förvaltningen har även en dataskyddssamordnare som arbetar med personuppgiftsbehandling, GDPR och dataskydd, samt finns tillgänglig för medborgarna om de egna registerutdragen efterfrågas.

### 4.3.1 Uppföljningar, riskanalyser och åtgärder

#### Handlingsplan för digitalisering

Under slutet av 2019 har en handlingsplan för digitalisering med aktivitetsplan skapats, som ska ligga till grund för hur arbetet med digitalisering ska ske på förvaltningen.

#### Upphandling avvikelsesystem

Då det befintliga avtalet med nuvarande leverantör löper ut 2020-12-31 pågår ett arbete med kravställning inför ny upphandling. Detta för att säkra att processer är uppdaterade och följer lagstiftningen. Målet är att ha ett välfungerande avvikelsesystem som både är säkert och användarvänligt.

#### Journalssystem

Nuvarande journalssystem, Procapita Vård och Omsorg, stängs ner 2023-10-01 då kommunens nuvarande avtal med TietoEVRY upphör. Ett förberedande arbete har påbörjats inför förändringen.

### 4.3.2 Skydd mot olovlig åtkomst

#### Journalssystem

Malmö stad har en gemensam rutin för kontroll av åtkomst i journalsystemet genom loggranskning. 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 141 slagningar genomförts varav 51 varit aktuella för kontroll och har skickats ut till närmsta chef. Samtliga loggar har godkänts.

Den övergripande rutinen för loggranskning kommer att revideras under 2020.

#### Behörighetstilldelning till system som hanterar patientuppgifter

Ett arbete pågår med att säkra rutiner för behörighetstilldelning till Malmös stads patientjournalssystem genom behovs- och riskanalyser.

### **Nationell patientöversikt (NPÖ)**

Loggrapporter för NPÖ tas fram av Inera Säkerhetstjänst. Loggningskontrollen av åtkomst till NPÖ kommer att göras varje kvartal enligt särskild rutin.


### **4.3.3 Granskning av hälso- och sjukvårdspersonalens journalföring**

Under året har två journalgranskningar av hälso- och sjukvårdspersonalens journalföring genomförts av medicinskt ansvariga. För resultat se kap. 5. Resultat och analys/5.1 Egenkontroll.

## 5 Resultat och analys

### 5.1 Egenkontroll

#### 5.1.1 Basal hygien – Hygiendialoger

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

Som en fortsättning av det påbörjade arbetet 2018, genomförde medicinskt ansvariga under året hygiendialoger i 13 verksamheter. Vid besöken deltog ansvarig sektionschef och minst en medarbetare. Föreskriften SOSFS 2015:10 ”Basal hygien i vård och omsorg” utgjorde grund för dialogen.

#### Resultat

Bedömningen är att verksamheterna är väl medvetna om vikten av att följa de basala hygienrutinerna men efterlevnaden kan ibland vara svår i det praktiska arbetet. Kunskapsnivån varierar vilket visar på värdet av att även chefer genomför hygienutbildning. Det saknas också stöd för chefer i situationer när medarbetare inte följer rutinerna. Följsamhet till kontroll och rengöring av medicintekniska produkter var högre vid årets granskning.


#### Åtgärd

Medicinskt ansvariga har tagit fram ett förslag till HR-avdelningen som stöd för chefer när medarbetare inte följer rutinen.

En handlingsplan avseende åtgärderna kring resultatet ska tas fram av verksamheterna under våren 2020.

Hygiendialoger kommer att genomföras även nästa år och hanteras inom ramen för intern kontroll under 2020.

#### 5.1.2 Basal hygien – Checklista

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


Fem enheter i förvaltningens tre verksamhetsavdelningar har under 2019 gjort egenkontroll inom området basal hygien. Metoden som använts är en checklista som respektive chef har gått igenom på verksamhetsmöte eller arbetsplatsträff (APT) i dialog med medarbetarna. Bedömningen är att den generella kunskapen och följsamheten har ökat under 2019 både av chefer och medarbetare. Men följsamheten till rutinen brister, därav är majoriteten av resultatet ej godkänt.

I de flesta fallen brister det i att medarbetare bär smycken och har konstgjorda naglar. Chefer lyfter en problematik med tillämpning av rutin för basal hygien i relation till arbetsrättsliga konsekvenser vid underlåtelse av följsamhet.

### Resultat och åtgärd

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

#### 5.1.3 Journalföring - medicinsk diagnos

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 förekomst av dokumenterad medicinsk diagnos i ett slumpmässigt urval journaler från samtliga enheter inom avdelning LSS-bostäder, avdelning myndighet och socialpsykiatri samt barnboenden inom avdelning stöd, hälsa och daglig verksamhet.

Medicinsk diagnos ska finnas dokumenterad för de personer där verksamheten har det kommunala hälso- och sjukvårdsansvaret.

Totalt granskades 245 journaler, varav 187 journaler från avdelning LSS-bostäder, 52 journaler från avdelning myndighet och socialpsykiatri, och 6 journaler från barnboenden inom avdelning stöd, hälsa och daglig verksamhet.

#### Resultat

Avdelning	Totalt antal granskade journaler	Antal journaler med godkänd dokumentation av läkarverifierad medicinsk diagnos	Godkänt %
LSS-bostäder 6 enheter	187	26	14 %
Myndighet och socialpsykiatri 3 enheter	52	9	17 %
Stöd, hälsa och daglig verksamhet Enhet barn	6	6	100 %
<b>Totalt</b>	<b>245</b>	<b>41</b>	<b>17 %</b>

Resultatet är inte godkänt, och ligger på ungefär samma nivå som föregående år.

Bristande dokumentation och avsaknad av läkarverifierad medicinsk diagnos utgör risk för patientsäkerheten, då tillförlitlig information kan saknas vid legitimerad personals bedömningar och hälso- och sjukvårdsåtgärder.


Det är av särskild betydelse ur patientsäkerhetsperspektiv, då förvaltningen har bemannings-, kvälls- och nattsjuksköterskor, som kan sakna tidigare patientrelation och kännedom om patienterna. De kan inte heller alltid inhämta adekvat information om patientens hälsotillstånd, då medarbetare i verksamheterna ofta har en lägre hälso- och sjukvårdskunskap och därmed sämre förutsättningar att uppmärksamma tecken på förändrat hälsotillstånd hos brukarna.

Positivt är att samtliga granskade journaler inom barnenheten uppfyller kravet.

### Åtgärder

- Hälso- och sjukvårdsenheten kommer under våren att ta fram handlingsplan för att säkerställa att medicinsk diagnos läggs in i journalerna.
- Uppföljning kommer att ske av medicinskt ansvariga genom ny journalgranskning.

### 5.1.4 Journalföringens kvalitet

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

*Denna kontroll ingick inom ramen för intern kontroll.*

En fördjupad kvalitetsgranskning har genomförts av medicinskt ansvariga enligt framtagen mall. Urvalet av granskade journaler har skett slumpvis, och sammanlagt granskades 36 patientjournaler inom verksamheterna LSS-boende personkrets 1, 2 och 3, LSS-boende barn, personlig assistans samt ordinärt boende.

### Resultat

En låg poäng indikerar en väl förd patientjournal.

Poängintervall	Förklaring	Antal journaler
0–5 poäng	Välskriven, väsentlig information på rätt plats.	0
6–10 poäng	Välskriven, information finns ofta på rätt plats.	3
11–15 poäng	Information finns, till viss del på fel plats.	5
16–20 poäng	Viss information saknas, otydlig vårdprocess.	8
20 poäng och fler	Väsentlig information saknas, bristande patientsäkerhet.	20 (högsta poängnivå var 28)

Resultatet är inte godkänt, men det syns en viss förbättring jämfört med föregående år. Granskningen 2019 har omfattat fler journaler, vilket ger ett bättre underlag för analys.

Det är en positivt ökad resultatspridning mellan poängintervallen, och en minskad andel journaler med högsta poängintervall (över 20 poäng). 2018 uppnådde 80 % av de granskade journalerna 20 poäng eller mer, motsvarande siffra för 2019 är 55 %.




Den sammanlagda bedömningen är att journaldokumentationen har förbättrats sedan granskningen 2018. Medicinskt ansvariga ser en ökning av dokumentation under bedömning, hälsohistoria och mätvärde samt ett ökat användande av frastexter.

Fortfarande kvarstår förbättringsområden inom tex bakgrundsuppgifter, bedömningsunderlag, mål, vårdplaner, uppföljningar, användning av frastexter, möjlighet att följa vårdprocess. Resultatet har redovisats mer utförligt i en separat rapport.

#### Åtgärder

- Enhetschefer för hälso- och sjukvårdsenheten ansvarar för att i samverkan med medicinskt ansvariga under våren 2020 ta fram handlingsplan, tidsplan samt ansvarsfördelning utifrån de i rapporten framkomna bristerna och föreslagna åtgärderna.
- Vid medicinskt ansvarigas journalgranskning under andra halvåret 2020 kommer fokus att ligga på de åtgärder som planerats och vidtagits.

### 5.1.5 Läkemedelshantering

Aktivitet	Egenkontroll	Kontrollmoment för Egenkontroll	Bedömning
Läkemedelshantering	Kontroll av lokal rutin för läkemedelshantering	Inventering	 Godkänd

Under 2019 reviderades rutin för läkemedelshantering inom kommunal hälso- och sjukvård i Malmö stad. Vidare påbörjades arbetet med lokal läkemedelsinstruktion som bygger på den övergripande rutinen för att säkerställa läkemedelshantering i verksamheterna.

#### Resultat

Resultatet är godkänt.

#### Åtgärd

Arbetet med rutin lokal läkemedelsinstruktion påbörjades under 2019 med fortsatt arbete under 2020.

### 5.1.6 Medicintekniska produkter (MTP)

Aktivitet	Egenkontroll	Kontrollmoment för Egenkontroll	Bedömning
Medicintekniska produkter	Risk för felaktig hantering av medicintekniska produkter	Följsamhet till rutin Kvalitetssäkring av medicintekniska produkter	● Godkänd

*Denna kontroll ingick inom ramen för intern kontroll.*

Medicintekniska produkter finns i flertalet av förvaltningens verksamheter, och beroende på typ av hjälpmedel kan förskrivning och kontroll se olika ut. Malmö stad har ett fastställt regelverk avseende ordination, kontroll och uppföljning. Funktionsstödsnämnden har beslutat att varje verksamhet som hanterar medicintekniska produkter ska ha ett hjälpmedelsombud för att säkerställa en nära kontroll och kunskap på arbetsplatsen.

#### Resultat

68 sektioner inom daglig verksamhet, korttidsenhet samt barnboende har via enkät tillfrågats om de omfattas av rutin för hjälpmedelsombud, samt om det finns utsedda ombud och om de genomgått utbildning. Inom personlig assistans har kontrollen omfattat huruvida varje berörd sektion har en hjälpmedelsrepresentant utsedd.

29 verksamheter omfattas av rutinen. Samtliga har utsedda hjälpmedelsombud, varav 27 hjälpmedelsombud har genomgått utbildning. De två hjälpmedelsombud som inte genomgått utbildning har inplanerad utbildning som ännu inte är genomförd. Några av verksamheterna har kopplat hjälpmedelsombud till fler än en verksamhet vilket innebär att ombuden kan konsulteras.

Hjälpmmedelsrepresentanter inom personlig assistans finns utsedda i alla sex sektioner.

Uppföljning av resultatet har skett genom samtal med hjälpmedelsrepresentant samt hjälpmedelsombud och har genomförts slumpvis i alla enheter.

#### Åtgärd

Inga förbättringsåtgärder bedöms behövas.

## 5.2 Avvikelser

#### Detaljerade händelser

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

Ett observandum är att det finns ett antal avvikelser som registreras och hanteras fel i systemet, vilket ger ett 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.

### 5.2.1 Medicintekniska produkter (MTP)

15 rapporter avseende negativa händelser och tillbud med medicintekniska produkter har anmälts in under året, och dessa har utretts av ansvarig på Hjälpmedelscentrum Malmö stad.

Elva av rapporterna avsåg brister vid leverans samt skador och defekter på hjälpmedel, varav fyra händelser har medfört anmälan till Läkemedelsverket och tillverkare.

### 5.2.2 Läkemedel

1 142 händelser har rapporterats. Utfallet av läkemedelsavvikelserna påvisar samma mönster som för 2018. De flesta läkemedelsavvikelserna avser brister i överlämnandet av dos och är sannolikt kopplat till hur arbetsmomentet är organiserat i verksamheterna. Läkemedelsavvikelser sker oftast mellan kl. 07.00-10.00 och mellan 19.00-22.00. Orsaken är troligen att vid dessa tidpunkter ges de flesta läkemedel, samt att det är ett stort antal aktiviteter kring brukarna (personlig vård, måltider, transporter mm).

I dagsläget bygger delegeringsprocessen på att i stort sett samtlig medarbetare 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 hälso- och sjukvårdspersonal.

De vanligaste åtgärderna som anges för läkemedelsavvikelser är samtal med berörd, samtal i grupp samt bristande följsamhet av rutin. Effekterna av dessa åtgärder är erfarenhetsmässigt, mindre god.

Medicinskt ansvariga sjuksköterskor har gjort en lokal rutin delegering för bemanningssjuksköterskor med längre anställning än tre månader. Syftet är att fördela delegeringar mellan sjuksköterskorna samt skapa förutsättningar för bättre uppföljningar av delegeringarna.

Sektionen för sjuksköterskor och undersköterskor har upprättat ett webbaserat ansökningsformulär för ansökan om delegering med syfte att kvalitetssäkra en del av delegeringsprocessen. Lokal rutin inom förvaltningen har upprättats.

Under 2019 har kartläggning av delegeringsprocessen gjorts utifrån både kompetens- och organisationsperspektiv. Medicinskt ansvariga har påbörjat revidering av rutinen för delegering inom kommunal hälso- och sjukvård samt kommer under 2020 att stödja verksamheten att ta fram lokala rutiner för hur delegeringsprocessen ska fungera i de olika verksamheterna.

### 5.2.3 Rehabilitering

Drygt 160 avvikelser har rapporterats av medarbetare i rehabsektionen avseende att man inte hunnit påbörja patientärenden inom avsedd ledtid.

Orsakerna har främst sin förklaring i för begränsade resurser för att kunna möta behovet och ge en vård med god kvalitet. Ansvarig chef har tillsammans med enhetschef och medarbetare upprättat en handlingsplan som man arbetat enligt under året.

Handlingsplanen för rekrytering av arbetsterapeuter och fysioterapeuter följs vilket har minskat vakanserna samt påverkat arbetsmiljön positivt. Rekryteringsläget är fortsatt ansträngt men generellt bättre än tidigare. Även ledtiderna har minskat något men är inom vissa verksamhetsområden fortfarande långa på grund av att ärenden ackumulerades under perioden då det fanns vakanser. Sammanfattningsvis är trenden i nuläget positiv avseende organisationens utveckling och det finns en ökad kontroll av processerna i handlingsplanen även om det fortfarande finns utmaningarna inom vissa områden.

### 5.2.4 Dokumentation

112 händelser har rapporterats. De flesta händelserna avseende dokumentation gäller missad signering vid läkemedelsöverlämning. Orsaken till denna brist tolkas på samma sätt som ovan, se p 5.2.2. Vidare anges orsak avsaknad av signeringslistor för läkemedel i verksamheterna som troligen kan bero på stort antal bemanningssjuksköterskor och brister i introduktion.

### 5.2.5 Fall

942 händelser avseende fall har rapporterats. Det är en ökning med ca 20 % jämfört med 2018. Orsaker till ökningen är svårt klargöra, men kan bero dels på ökad rapporteringsbenägenhet vilket är positivt, men kan också bero på att förvaltningens målgrupper blir äldre med ökad fallrisk. Det finns flera personer med många registrerade fall, där det ibland är svårt att följa vidtagna åtgärder inom ramen för teamarbetet.

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

Som vanligast förekommande aktivitet i samband med fall anges "gång inomhus", "förflyttning till och från stol", och "oklar anledning". Positivt är att åtgärderna "fallpreventiv rådgivning" och "översyn av hemmiljö" har ökat, och att det syns en tendens till minskning av åtgärden "ingen åtgärd".

Förvaltningen har tagit fram en plan för arbetet med fall och fallprevention, se 4.1.6.

## 5.2.6 Samverkan externa vårdgivare

Ett 70-tal händelser har rapporterats av medarbetare i förvaltningen avseende brister hos andra vårdgivare.

Majoriteten avser bristande samverkan vid utskrivning, informationsöverföring och brister gällande läkemedelsförskrivning. Även bristande bemötande och bristfälliga bedömningar har rapporterats.

Hälften av rapporterna avser psykiatrin, både slutenvården och öppenvård. Inom den somatiska vården gäller de flesta rapporterna primärvården, medicinkliniken och akutkliniken.

## 5.3 Klagomål och synpunkter

### Flexite avvikelshanteringssystem

Två synpunkter som berört förvaltningens hälso- och sjukvård har inkommit via malmo.se. Båda synpunkterna avsåg lång handläggningstid för insatser från rehabsektionen.

### Platina

Ett ärende har inkommit, som berört rehabsektionen och avsåg lång handläggningstid för intyg angående bostadsanpassning.

### Patientnämnden

Inget ärende har inkommit till förvaltningen.

## 5.4 Händelser och vårdskador

Under året har tre händelser varit föremål för utredning, ingen anmäldes enligt lex Maria.

Utifrån de utredningar som genomförts har några viktiga lärdomar dragits:

- Behov av att utveckla teamsamverkan mellan hälso- och sjukvårdsorganisationen och verksamheterna inom LSS-boende personkrets 1, 2, 3 samt personlig assistans.
- Verksamheterna behöver fortsatt stöd i att öka kunskapen om hur ansvaret för hälso- och sjukvård är fördelat, dels internt inom förvaltningen och dels externt med Region Skåne.
- Inom sjuksköterskeorganisationen har det identifierats brist på kunskap gällande det kommunala hälso- och sjukvårdsuppdraget.
- Ett fortsatt tydligt bifynd i samtliga utredningar har varit brister i journalföringen.

## 6 Mål och strategier för kommande år

### Funktionsstödsnämnden

Inför 2020 har funktionsstödsnämnden som ett nämndsmål att öka patientsäkerheten och arbeta förebyggande för en jämlik hälsa. Nämndens målgrupper ska erbjudas god och säker vård på lika villkor inom ansvarsområdet för det kommunala hälso- och sjukvårdsuppdraget. Fokus i arbetet är förbättrad samordning och teamsamverkan, stärkt patientmedverkan och tillgång till legitimerad personal samt att kvalitetssäkra delegeringar och förbättrad läkemedelshantering.

Ett fortsatt utvecklingsområde är att säkerställa att medarbetarna har rätt kompetens inom hälso- och sjukvårdsområdet för att skapa förutsättningar för att tidigt se tecken, förebygga risker för ohälsa samt stötta brukarna i kontakten med hälso- och sjukvården.

### Förvaltningsledningen

Förvaltningen har under 2020 tre prioriterade fokusområden för hälso- och sjukvårdsområdet:

- *Delegeringar avseende hälso- och sjukvårdsinsatser*  
Utifrån kartläggning av delegeringsprocessen under 2019 kommer fortsatt arbete ske. Dels kring förändring av medicinskt ansvarigas rutin för delegering och dels utveckla strukturer i verksamheterna för att öka möjligheten till patientsäker delegering och läkemedelshantering. Under året utvecklas och testas också ett nytt utbildningskoncept för läkemedelshantering för omvårdnadspersonal.
- *Kompetensutveckling för chefer och medarbetare*  
Förvaltningen kommer att ta fram och genomföra en utbildning om det kommunala hälso- och sjukvårdsansvaret för chefer inom förvaltningen. Syftet är att bidra till ökad kunskap om uppdraget och ansvaret samt vad som åligger respektive chef att kunna utifrån chefsnivå. Även kontinuerlig kompetensutveckling för den legitimerade personalen är nödvändig, bl.a. för att kunna möta upp framtidens kommunala hälso- och sjukvård/Nära vård.
- *Intern teamsamverkan*  
Förvaltningen har påbörjat ett arbete med att utveckla en teamstruktur. Syftet är att gemensamt skapa en ökad samsyn kring brukarens/patientens behov utifrån de olika lagrummen. Ett fortsatt arbete kommer ske genom att arbeta för att öka förståelsen för teamens betydelse samt utveckla det teambaserade arbetssättet med mål att tillgodose en god samordning kring insatser för våra målgrupper.

### Medicinskt ansvariga sjuksköterskor och medicinskt ansvariga för rehabilitering

Medicinskt ansvarigas patientsäkerhetsarbete kommer under 2020 att fokusera på uppföljning av:

- journalföringens kvalitet
- säker läkemedelshantering
- säker delegeringsprocess
- samverkan mellan vårdgivare
- följsamhet till basal hygien

Socialstyrelsens ”Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2020-2024” kommer att vara ett vägledande dokument för det fortsatta arbetet.