

Patientsäkerhetsberättelse för Funktionsstödsnämnden i Malmö stad 2022



Datum: 2023-01-27

Ansvarig för sammanställning: Medicinskt ansvariga sjuksköterskor och medicinskt ansvariga för rehabilitering i funktionsstödsförvaltningen

Diarienummer: FSN 2022-4471

Inledning

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

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

Mallen för patientsäkerhetsberättelsen utgår från lagkrav och följer strukturen för den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet. Mallen är framtagen inom ramen för kunskapsstyrningsorganisationen, på uppdrag av den nationella samverkansgruppen (NSG) inom patientsäkerhet, 2021-09-23.

Runt om i Sverige pågår omställning till nära vård. Omställningen syftar till en sjukvård och omsorg som utförs med utgångspunkt i patientens individuella behov och förutsättningar. För att möta dessa förändringar och stödja omställningen till nära vård behöver patientsäkerhetsarbete utvecklas och stärkas i enlighet med den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet.

Den nationella handlingsplanen beskriver fyra grundläggande förutsättningar och fem fokusområden för ökad patientsäkerhet.



De gröna områdena beskriver de fyra grundläggande förutsättningarna och de blå områdena beskriver de fem fokusområdena för en patientsäker vård. Fokusområdena är sammanfattade under huvudrubriken ”Agera för säker vård”.

Källa:

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

För att stärka patientsäkerhetsarbetet har Sveriges Kommuner och Regioner tagit fram ett analysverktyg för att identifiera utmaningar för en säker vård.

Verktyget kan utgöra ett stöd för att:

- genomföra en nulägesanalys av patientsäkerhetsarbetet i kommunen eller regionen
- identifiera utmaningar för en säker vård samt teman där det saknas information om nuläget
- identifiera och prioritera bland insatser för att möta utmaningarna och därmed stärka patientsäkerhetsarbete på lång sikt och i omställningen till en nära vård
- skapa en samsyn kring styrkor och förbättringsområden för en god och säker vård
- skapa en grund för framtagande av lokala handlingsplaner.

Under våren 2022 genomfördes i enlighet med funktionsstödsnämndens mål en nulägesanalys (FSN-2022-4710 Nulägesanalys gällande patientsäkerhet) av patientsäkerhetsarbetet i förvaltningen, med stöd av analysverktyget. Under hösten fortsatte arbetet med analysverktyget ute i de olika verksamhetsavdelningarna. Det arbetet är ännu inte avslutat utan kommer att fortgå under 2023.

Nulägesanalysen svarar på frågorna Finns det tillräcklig kunskap? Finns det tillräckligt stöd? Används kunskap och stöd?

Resultatet av nulägesanalysen presenteras i patientsäkerhetsberättelsen under respektive rubrik gällande de fyra grundläggande förutsättningarna och de fem fokusområdena.

Innehåll

Inledning	2
SAMMANFATTNING	5
1. GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD	6
1.1. Engagerad ledning och tydlig styrning	6
Övergripande mål och strategier	6
Organisation och ansvar	7
Samverkan för att förebygga vårdskador	8
Informationssäkerhet	9
1.2. En god säkerhetskultur.....	9
1.3. Adekvat kunskap och kompetens.....	11
1.4. Patienten som medskapare.....	14
2. AGERA FÖR SÄKER VÅRD	15
2.1 Öka kunskap om inträffade vårdskador.....	19
2.2 Tillförlitliga och säkra system och processer	20
2.3 Säker vård här och nu.....	21
Riskhantering	22
2.4 Stärka analys, lärande och utveckling	23
Avvikelse.....	24
Klagomål och synpunkter.....	27
2.5 Öka riskmedvetenhet och beredskap.....	27
3 MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR.....	28

SAMMANFATTNING

Grundläggande förutsättningar för säker vård

Funktionsstödsnämndens 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 säkerställa säkra delegeringar och förbättrad läkemedelshantering.

Funktionsstödsförvaltningens prioriterade fokusområden 2022 avseende hälso- och sjukvårdsområdet har varit

- omställning till nära vård
- genomförande av nulägesanalys och framtagande av handlingsplan för förvaltningens patientsäkerhetsarbete
- fortsatt arbete med delegeringsprocessen
- kompetensutveckling i hälso- och sjukvård
- struktur för intern teamsamverkan

Nulägesanalysen har visat att det finns förbättringsutrymme inom alla de grundläggande förutsättningar för säker vård. Det gäller tydlig ledning och styrning i patientsäkerhetsarbetet, säkerhetskultur, adekvat kunskap och kompetens samt patienten som medskapare.

Ett område som enligt verksamheterna har förbättrats är intern och extern samverkan för att förebygga vårdskador. Verksamheterna nämner dialog kring kvalitetsavvikelser som ett sätt att stärka säkerhetskulturen.

Kompetensutveckling för medarbetare har genomförts i högre omfattning än föregående år.

Agera för säker vård

Nulägesanalysen visar på behov av ökat stöd i avvikelshantering. Det finns stor förbättringspotential gällande kunskap om säkra processer, rutiner och följsamhet till dessa. Det dagliga patientsäkerhetsarbetet behöver utvecklas kopplat till säker arbetsmiljö. Funktionsstödsförvaltningen bör vidare arbeta mer proaktivt med insamlande av data och nyttja den information som framkommer på ett mer konstruktivt sätt. Spridning av befintlig kunskap och lärdomar är god och verksamheter lär av varandra. Resultat visar att området patientsäkerhet inte alltid tas i beaktande i nödvändig omfattning i det förebyggande riskarbetet.

Verksamheterna beskriver att arbetet med ett nytt kvalitetsavvikelseystem har lett till fler samtal kring syftet med avvikelserapportering. Delegeringsprocessen har varit föremål för genomlysning och diskussioner under året.

Att skydda riskgrupper från smitta har varit centralt under hela pandemin och är det också fortsättningsvis. Arbete i förvaltningen fortgår med att stödja patienter till att vaccinera sig för covid-19 och säsongsinfluensa.

För att främja en säker läkemedelshantering har kvalitetsgranskning av basläkemedelsförråd samt utredning gällande patientbundna läkemedelsskåp genomförts.

Både lokala och centrala riskanalyser har utförts. Analys av avvikelsestatistik visar på likande mönster som tidigare år. Egenkontroller som har genomförts under året har omfattat basal hygien och journalföring.

Mål, strategier och utmaningar för kommande år

Patientsäkerhetsarbetet kommer att beaktas inom ramen för funktionsstödsförvaltningens arbete med ”Vårt kärnuppdrag”.

Verksamheterna lyfter områden som kompetensutveckling, personalförsörjning, säker hemgång från sjukhus, smittförebyggande arbete samt omställning till Nära vård.

Medicinskt ansvarigas patientsäkerhetsarbete kommer under 2023 att utöver det författningsstyrda ansvaret fokusera på det fortsatta arbetet efter nulägesanalysen gällande patientsäkerhet.

1. GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

Nedan beskrivs mål och strategier, organisation och struktur för arbetet med att minska antalet vårdskador.

För att kunna nå den nationella visionen "God och säker vård – överallt och alltid" och det nationella målet "ingen patient ska behöva drabbas av vårdskada", har fyra grundläggande förutsättningar identifierats i den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet.

1.1. Engagerad ledning och tydlig styrning

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



Resultat från nulägesanalysen

Samtliga tre frågor Finns det tillräcklig kunskap? Finns det tillräckligt stöd? Används kunskap och stöd? är besvarade med "till viss del" vilket tyder på att det finns förbättringsutrymme vad gäller tydlig ledning och styrning i patientsäkerhetsarbetet.

Övergripande mål och strategier

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

Inför 2022 togs följande inriktning fram:

Funktionsstödsnämndens målgrupper ska erbjudas god och säker vård på lika villkor inom ansvarsområdet för det kommunala hälso- och sjukvårdsuppdraget. Funktionsstödsnämndens insatser gällande hälso- och sjukvård är omfattande och avgörande för att brukarna ska få förutsättningar att leva ett gott liv. Fokus i arbetet är förbättrad samordning och teamsamverkan, stärkt patientmedverkan och tillgång till legitimerad personal samt att säkerställa säkra delegeringar och förbättrad läkemedelshantering.

En genomlysning och nulägesanalys av förvaltningens patientsäkerhetsarbete påbörjas i syfte att identifiera utmaningar för en säker vård, prioritera insatser, skapa samsyn samt utforma en handlingsplan.

Funktionsstödsnämnden förbereder även för den kommande omställning som reformarbetet Nära vård kommer innebära. Omställningen ska vara genomförd 2027. Den kommer att påverka funktionsstödsnämndens samtliga verksamheter och medför förändrade förhållningssätt samt ökat fokus på arbetssätt och samarbete.

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 och stötta brukarna i kontakten med hälso- och sjukvården samt arbeta motiverande för att öka medvetenheten om hälsosamma val.

Funktionsstödsnämnden ska verka för ökad fysisk aktivitet och en hälsofrämjande fritid för brukare. Fortsatt utvecklingsarbete kommer genomföras utifrån resultaten från den inventering som gjorts avseende hälsofrämjande och förebyggande arbete.

Ett annat utvecklingsområde är att upprätta en samarbetsstruktur med vuxenpsykiatri för berörda brukare inom förvaltningens målgrupper.

Funktionsstödsförvaltningens prioriterade fokusområden 2022 avseende hälso- och sjukvårdsområdet har varit:

- omställning till nära vård
- genomförande av nulägesanalys och framtagande av handlingsplan för förvaltningens patientsäkerhetsarbete
- fortsatt arbete med delegeringsprocessen för att säkra upp delegeringsförfarandet av hälso- och sjukvårdsuppgifter samt öka möjligheten till god läkemedelshantering
- kompetensutveckling inom hälso- och sjukvård för chefer och medarbetare
- etablering av struktur för intern teamsamverkan med målet att tillgodose god samordning av brukares insatser.

Organisation och ansvar

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

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

Funktionsstödsnämnden

Funktionsstödsnämndens verksamhet riktar sig till fyra målgrupper:

- människor med funktionsnedsättning som omfattas av lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS
- barn med fysiska funktionsnedsättningar eller somatisk sjukdom
- vuxna människor med psykiska funktionsnedsättningar och
- vuxna människor med psykiska sjukdomar.

I funktionsstödsnämndens reglemente 11 § framgår att funktionsstödsnämnden inom sitt område fullgör de uppgifter som ankommer på vårdgivaren för kommunens hälso- och sjukvård (kommunal primärvård).

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 för att tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet. Inom förvaltningen är fyra avdelningschefer utsedda till verksamhetschef enligt HSL.

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 vårdgivaren (funktionsstödsnämnden).

I 4 kap. § 6 hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80) definieras det medicinska ledningsansvaret. 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. Alla medarbetare ska rapportera risker för vårdskador samt händelser som har medfört eller hade kunnat medföra vårdskada.

Medicintekniska produkter

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.

Stödfunktioner inom patientsäkerhet

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

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Verksamheternas redogörelser

Avdelning stöd, assistans och daglig verksamhet

Samverkan mellan daglig verksamhet och hälso- och sjukvårdsenhetens sjuksköterskor sker genom att en sjuksköterska arbetar riktat mot de dagliga verksamheterna för de patienter som bor i ordinärt boende. Om patienten bor på LSS-bostad har daglig verksamhet kontakt med ansvarig sjuksköterska för LSS-bostaden.

Samordnad individuell plan (SIP) används i verksamheten när samordning mellan region och kommun behövs. Under året har det förekommit en del SIP där daglig verksamhet bjuds in och även bjuder in.

Avdelning hälsa, främjande och funktionsrätt

Hälso- och sjukvårdsenhetens sektionschefer har regelbundna avstämningar med förvaltningens övriga sektionschefer och upplevelsen är att samarbetet fungerar bättre.

Ett antal möten med regionens olika verksamheter har genomförts, tex Rättspsykiatrin, för att tydliggöra hur den kommunala hälso- och sjukvården arbetar och hur samverkan kan få rätt förutsättningar.

Inom arbetet för omställningen till en nära vård pågår ett arbete med kontaktvårdcentraler där en del av arbetet syftar till att öka antalet genomförda hälsoundersökningar.

Avdelning LSS-bostäder

Samverkan på ledningsnivå sker genom dialog på kvalitetsråd, samt med fortlöpande möten mellan sektionschefer i hälso- och sjukvårdsenheten och avdelningen.

Samverkan mellan avdelningens verksamheter och hälso- och sjukvårdsenheten har fungerat i varierande grad beroende på hög omsättning av såväl chefer som medarbetare. Generellt sett är det bättre samverkan i verksamheter med god personalkontinuitet.

Samarbetet med Region Skåne fungerar generellt väl, både när det gäller överenskommelser och avtal. Dock är det svårare att etablera ett mer stabilt samarbete med psykiatrin. Befintligt samarbete har framför allt utgått från enskilda patienters behov.

Avdelningen har deltagit i ett lokalt missbruksutskott i samverkan med Region Skåne. Arbetet har resulterat i en lokal överenskommelse och handlingsplan.

Avdelning myndighet, socialpsykiatri och barn

Enhetschefer inom avdelningens boenden har intensifierat samarbetet med psykiatrisk öppenvårdsmottagning (psykos) i syfte att det ska finnas upprättade SIP:ar för gemensamma patienter. Samarbetet har resulterat i ett ökat antal upprättade och uppföljda planer.

Tidigare påbörjat samarbete mellan Malmö stads tre socialförvaltningar har fortsatt i syfte att överbrygga organisatoriska mellanrum och säkerställa att målgruppen får tillgång till hälso- och sjukvårdsinsatser utifrån sina behov. Inom ramen för samarbetet arbetas en vägledning fram som berör hälso- och sjukvård.

Verksamheterna och hälso- och sjukvårdsenheten samverkar med vårdcentraler för att uppmuntra patienter att lista sig på en vårdcentral för att möjliggöra regelbundna hälsokontroller. Effekten av arbetet är att patienterna uppger en ökad trygghet och att antalet årliga hälsokontroller ökat.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §

Förvaltningen klassificerar alla sina informationstillgångar och dokumenterar detta i ett tillgångsbibliotek. Utifrån klassificeringen av informationens värde sätts det olika krav som förvaltningen har som underlag i sina upphandlingar och avtal. Utöver detta skrivs det även personuppgiftsbiträdesavtal med förvaltningens leverantörer för att säkerställa hanteringen av personuppgifter.

Risanalyser utifrån informationssäkerhet görs inför upphandling, vid införande och vid förändring av system. Dessa görs med olika nyckelpersoner i förvaltningen och sparas. Under 2022 har det gjorts två riskanalyser.

Förvaltningen följer NIS (Directive of Security of Network and Information Systems) och arbetar därför kontinuerligt med skydd mot olovlig åtkomst till datornätverk och informationssystem.

Under 2022 har en e-utbildning i informationssäkerhet lanserats där alla medarbetare blivit ombudda att gå denna. Utbildningen ger en grundlig förståelse för säker informationshantering. En utbildning i offentlighet och sekretess är färdig och kommer lanseras under 2023 för alla berörda medarbetare.

Förvaltningen har under året genomfört förändringar i gruppen för systemförvaltning men behållit en systemförvaltare med inriktning mot Procapita-HSL. Målet är att fortsätta vara delaktig i att upprätthålla en god standard på innehållet i förvaltningens dokumentationsprocesser.

Under året har ”Rutin för behörighetstilldelning till system som hanterar patientuppgifter” samt bilagor reviderats. Förvaltningen har dokumenterade manualer och rutiner för loggranskning av patientjournaler. Vid granskningarna genomförs stickkontroller på ett sådant sätt att berörd personal granskas vid minst ett tillfälle över loppet av ett år. De loggranskningar som har genomförts under 2022 har visat på godkänt resultat.

Utifrån användning av nationell patientöversikt (NPÖ) i Malmö stad finns det dokumenterade rutiner och manualer för loggranskning. Det finns även här utsedda personer med behörighet att ta fram underlag för loggranskningar.

1.2. En god säkerhetskultur

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



Resultat från nulägesanalysen

Det finns fortsatta behov av samtal och definition av vad begreppet en god säkerhetskultur innebär i förhållande till hälso- och sjukvård. Analysen visar att förvaltningen har flera olika stöd för att främja en god säkerhetskultur, men det finns inte samlat och är därför svårt för dem som behöver stödet att finna det.

Förvaltningen har under 2022 startat upp ett nytt arbetssätt, ”Vårt kärnuppdrag”, för att bedriva förvaltningsgemensamt kvalitets- och utvecklingsarbete. Syftet är att skapa en gemensam riktning i förvaltningens kärnuppdrag – att verka för att Malmöbor som har behov av stöd inom LSS och socialpsykiatri ska ha ett gott liv. Arbetssättet bygger på berednings- respektive actiongrupper och två av actiongrupperna arbetar med områden som berör patientsäkerhet – actiongrupp Kvalitetssäkring samt actiongrupp Jämlig hälsa och nära vård.

Actiongrupp Kvalitetssäkrings huvudsakliga områden

- kvalitetsgranskningar;
uppdrag att bygga upp en intern strategisk funktion för granskning av kvalitetsbrister samt att ge stöd och riktning i kvalitetsarbetet
- kvalitetsavvikelser;
uppdrag att stärka förvaltningens arbete med kvalitetsavvikelser och hur analysen av dessa används i det systematiska kvalitetsarbetet.
- risk- och händelseanalyser;
uppdrag att se över processen och organisationen kring förvaltningens arbete med dessa analyser.

Actiongrupp Jämlig hälsa och nära vårds huvudsakliga områden

- jämlig hälsa;
ett preventivt och hälsofrämjande arbetssätt ska integreras i hela förvaltningen.
- patientsäkerhet;
stärka samverkan med regionens hälso- och sjukvård, ökad teamsamverkan internt samt säkra upp kommunikation mellan olika yrkeskategorier
- utveckling av Nära vård med fokus på ett personcentrerat arbetssätt.

Verksamheternas redogörelser

Avdelning stöd, assistans och daglig verksamhet

Stora delar av daglig verksamhet har ett strukturerat arbetssätt kring kvalitetsavvikelser där avvikelserna hanteras så nära patienterna som möjligt, i det dagliga arbetet. Ett kvalitetsarbete där förbättringar identifieras och genomförs nära patienten ger bäst effekt. Målet är att samtliga verksamheter ska använda sig av arbetssättet.

Inom personlig assistans förs samtal kring vårdrelaterade frågor på ledningsnivå och i arbetsgrupperna. På arbetsplatsträffar förs samtal kring avvikelser och risker i syfte att sektionschef och omsorgspedagog ska åstadkomma en kulturförändring kring hur vi pratar om och ser på de avvikelser och risker som uppstår i verksamheten.

Avdelning hälsa, främjande och funktionsrätt

I samband med genomgång av det nya kvalitetsavvikelsesystemet har även syftet med avvikelserapporteringen lyfts och aktualiserats. Det nya systemet kan bli en nystart där fokus på diskussionerna ska vara syftet med rapporteringen.

Under ett par år har avdelningen fokuserat på att ta fram stödmaterial för att tydliggöra vad som ska göras för att förebygga fall, hantera fall och följa upp fall samt dokumentation av detta. Under 2022 skapades en sida på Komin för att överskådligt samla all information. Parallellt är nu frågan om efterlevnad av rutiner och riktlinjer regelbundet uppe i olika forum.

Avdelning LSS-bostäder

Verksamheternas veckovisa möten som ingår i pedagogiska strukturen (antingen teammöten, verksamhetsmöten, APT) medför att planering/beredskap/dialog förs på ett bättre sätt än innan. Det bidrar till att säkra upp kvaliteten i kärnuppdraget samtidigt som mötesstrukturen möjliggör ett perspektiv på arbetsmiljö.

Avdelning myndighet, socialpsykiatri och barn

Återhämtningsinriktat arbetssätt är en stor del i vårt förhållningssätt vilket bidrar till gemensamt språk samt arbetssätt vilket i sin tur bringar kvalitet för patienterna. Verksamheterna sörjer för god arbetsmiljö dels genom god följsamhet till uppsatta rutiner, revidera och upprätta nya rutiner, tydliggöra uppdraget, dels omsätta utbildningsinsatser i praktiken. Chefer och medarbetare påminner varandra om att avvikelserapportera samt att utvärdera avvikelserna. I vissa fall görs även en händelseanalys.

1.3. Adekvat kunskap och kompetens

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



Resultat från nulägesanalysen

Samtliga tre frågor Finns det tillräcklig kunskap? Finns det tillräckligt stöd? Används kunskap och stöd? är besvarade med ”till viss del” vilket tyder på att det finns förbättringsutrymme vad gäller adekvat kunskap och kompetens som en av de grundläggande förutsättningarna i patientsäkerhetsarbetet.

Kompetensutveckling för medarbetare inom verksamhetsavdelningarna

Under 2022 har utbildningar genomförts i förvaltningen i syfte att säkerställa medarbetarnas kompetens avseende vissa hälso- och sjukvårdsinsatser, omvårdnad, förflyttningar samt hjälpmedelshantering. Delar av utbildningsmaterial är gemensamt framtaget tillsammans med hälsa- vård och omsorgsförvaltningen och utbildningarna genomförs av förvaltningens legitimerade personal.

Förflyttning och hjälpmedel

Under 2022 har utbildningarna kunnat genomföras utan specialanpassningar med hänseende till pandemin.

- Förflyttningskunskap basblock
70 tillfällen och 390 deltagare (varav ca 30 % av deltagarna har utgjorts av semestervikarier)
- Digital introduktionsutbildning i förflyttningskunskap
239 personer har genomfört utbildningen
- Förflyttning med personlyft
58 tillfällen och 238 deltagare (varav ca 30 % av deltagarna har utgjorts av semestervikarier)
- Digital uppföljningsutbildning förflyttning med personlyft
140 personer (observandum är att deltagarantalet är lågt utifrån att alla medarbetare som arbetar med personlyft ska genomföra denna uppföljningsutbildning årligen).
- Hjälpmedelsombud
4 tillfällen och 19 deltagare (2 tillfällen har genomförts med ett äldre upplägg och 2 tillfällen med det nya konceptet bestående av en digital del och en halvdag fysisk utbildning).
- Förflyttningskunskap i och kring säng samt sittande och stående
Utbildningarna har startat upp igen med ett fåtal tillfällen.
- Besök av utbildare i verksamheten
Vid efterfrågan genomför utbildare besök på arbetsplatserna för stöd i förflyttningar och hantering av hjälpmedel. Antalet besök i verksamheter har ökat något och knappt 10 verksamheter har fått besök under året.
Det som har observerats och som verksamheterna därefter fått stöd i är främst vikten av kommunikation till brukare under förflyttningen. Detta för att arbeta mer metodiskt i mindre moment så att brukaren hinner vara delaktig i förflyttningen. Övrigt stöd har handlat om hjälpmedel samt utformning och förändring av miljön för att skapa bättre och säkrare utrymme vid förflyttningar.

Läkemedel, nutrition och diabetes

Utbildningar till omvårdnadspersonal har hållits under årets alla månader, de första månaderna digitalt.

74% av de som varit anmälda till utbildningarna har genomfört utbildningen.

Under 2022 har följande utbildningar genomförts med närvarande deltagare. 2021 års siffror inom parentes.

- läkemedelshantering: (95) 570 medarbetare
- enteral nutrition (näring via sond): (44) 137 medarbetare
- diabetes- och insulinhantering: (130) 377 medarbetare.

Utöver planerade och extrainsatta utbildningstillfällen som hållits av utbildningsansvariga har fler utbildningstillfällen utförts av andra sjuksköterskor, framför allt inför och under sommarperioden.

Kompetensutveckling för legitimerad personal

Läkarledda råd och stöd-utbildningar för legitimerad personal som genomförts av Region Skåne

- sköra äldre
- andningsvård
- ”Hur covid året varit”
- diabetes
- utbildning i anafylaxi för sjuksköterskor

Utbildningar via Malmö stads Hjälpmedelscentrum till förskrivare av hjälpmedel:

- 17 produktutbildningar i två omgångar har erbjudits (vår och höst)
- produktvisningar vid nya avtal
- utbildning av den nya beställningsportalen Visma WebSesam till alla förskrivare.

Verksamheternas redogörelser

Avdelning stöd, assistans och daglig verksamhet

Några av verksamheterna inom daglig verksamhet har arbetat med att hitta en gemensam struktur för samtliga DV-planer (digitala och i pappersform). Vidare har en del verksamheter tagit emot verksamhetsstöd från habiliteringen. Somliga verksamheter har arbetat med kommunikationskartläggning samt granskat samtliga genomförandeplaner för att kvalitetssäkra och säkerställa det kognitiva och kommunikativa stödet till brukarna.

Medarbetare har vidare kompetensutvecklats genom till exempel alternativ och kompletterande kommunikation (AKK), stresstermometrar, lågaffektivt bemötande och fått handledning i Marte Meo. Flertalet verksamheter har arbetat med motiverande samtal (MI) och kommer att få nya utbildare i psykisk hälsa. Det finns även utbildare i samtalsmatta som metod som arbetar i verksamheterna utifrån behov.

Avdelningen har fortsatt arbeta med följsamhet till basala hygienrutiner. Erfarenheter och goda exempel kring exempelvis smittrisker har delats med varandra.

En ständig kartläggning av deltagarnas behov sker för att kunna göra en så god matchning som möjligt utifrån medarbetarnas kompetens och tidigare erfarenheter. En medarbetare med överblick av verksamheterna, dess utmaningar och behov arbetar med rekryteringen vilket då säkerställer att rekryteringar håller högsta möjliga kvalitet.

Daglig verksamhet har under flera år haft svårt att rekrytera och behålla arbetsterapeuter i verksamheterna. Därför har verksamheten konverterat tjänster och anställt tre övergripande arbetsterapeuter. Denna strategiska förflyttning har bidragit till en ökad kvalitet och patientsäkerhet gällande journalföring, hjälpmedelsförskrivning och fallprevention.

Inom enheten med team för stöd och service är dokumentationen ett gemensamt utvecklingsområde. Det finns behov av utbildning kring hur anteckningar ska föras på ett kvalitativt sätt. Medarbetarna behöver både praktiskt stöd i hur dokumentation ska göras. Enheten har identifierat behov av tekniskt stöd i form av Lifecare mobil omsorg.

Avdelning hälsa, främjande och funktionsrätt

Ledningsstrukturen för sjuksköterskor har förstärkts med en chef för varje område vilket ger förutsättningar för en mer fokuserad kompetensutveckling. Avstämningsmöten med medicinskt ansvariga sjuksköterskor sker kontinuerligt.

En sjuksköterska arbetar med att strukturera upp introduktionen av nyanställda. Två sjuksköterskor har till uppdrag att fungera som professionsstöd vilket innebär att de handleder och vägleder kollegor som är nya i sitt uppdrag. Inom område rehabilitering fortsätter arbetet med handledande funktioner.

En kompetensmodell för sjuksköterskor som tagits fram under året och genomförs som pilot i HS-enheten. Kompetensmodellen baseras på kärnkompetenserna som är definierade för legitimerade sjuksköterskor och utgår ifrån Malmö stad grundmodell. Modellen tydliggör utvecklingsvägar och möjligheter till förändrat uppdrag och ansvar kopplat till kompetens.

Inom habiliteringen har en arbetsterapeut och en logoped under året utbildat sig till utbildare i metoden samtalsmatta. Logoped har under året färdigställt utbildningsmaterial om AKK till förvaltningens verksamheter.

Avdelning LSS- bostäder

Kompetenshöjande insats i grundläggande omvårdnad har genomförts i vissa verksamheter.

Utbildningen komplexa behov vid förvärvad hjärnskada har även detta år genomförts. En arbetsgrupp har gjort ett mindre utbildningsmaterial att använda i verksamheten.

Avdelningen har haft fokus på missbruk och arbetat för att rutinen gällande misstanke om missbruk hos brukare ska vara känd i alla verksamheter. Representanter från avdelningen har deltagit i framtagandet av en utbildning kring missbruk anpassad för avdelningens målgrupper. Det har även genomförts ett antal utbildningar. Ett samarbete mellan verksamheter med missbruksproblematik har inletts.

Avdelning myndighet socialpsykiatri och barn

Kompetensförsörjningen inom området tillgodoses genom de utbildningar som förvaltningen tillhandahåller. Bemanning och schemaläggning utgår ifrån medarbetarnas kompetens och erfarenhet utifrån förutsättningarna. Förvaltningen är representerad i ett antal styrgrupper för yrkeshögskoleutbildningar och kan därigenom påverka och säkerställa tillgång till kompetensutveckling för medarbetare.

Dialoger förs kring innebörden av patientsäkerhet samt Nära vård vid verksamhetsmöten.

Inom en av enheterna har en pilot påbörjats där man utbildat samtalsledare som ska leda en studiecirkel inom ramen för Psyk E-Bas, suicidprevention.

1.4. Patienten som medskapare

En grundläggande förutsättning för en säker vård är patientens och de närståendes delaktighet. Vården blir säkrare om patienten är välinformerad, deltar aktivt i sin vård och ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Att patienten bemöts med respekt skapar tillit och förtroende. PSL 2010:659 3 kap. 4 §



Resultat från nulägesanalysen

Analysen visar att frågan om det finns det tillräcklig kunskap om varför patientmedverkan i vård och utvecklingsarbete är viktigt och hur de och närstående kan göras aktiva, har besvarats med ”i huvudsak ja”. Frågorna om det finns tillräckligt stöd och om det används har besvarats med ”till viss del”. Förvaltningen har ett fortsatt behov av att hitta redskap för att, och hur, patienter och eventuella närstående kan vara en aktiv part i patientsäkerhetsarbetet.

Verksamheternas redogörelser

Förvaltningens målgrupper är inte alltid vana att efterfråga delaktighet, vilket gör det ännu viktigare att medarbetare aktivt ser patienten som en medskapare i sin egen vård. En förutsättning för delaktighet är att det finns rätt stöd i form av person, redskap eller utrustning för en framgångsrik kommunikation. Patienten ska i samband med kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser och SIP erbjudas att medverka i utformning av behandlingsmål, behandlingsform och utvärderingar.

I samband med utredningar, klagomål och synpunkter informeras 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.

Avdelning stöd, assistans och daglig verksamhet

Daglig verksamhet arbetar med ett individanpassat kognitivt och kommunikativt stöd. Det är en grundläggande förutsättning för delaktighet och relationsskapande. MI, motiverande samtal, är ett förhållningssätt som används för att främja delaktighet och egenmakt.

Daglig verksamhet använder SIP där närstående kan bjudas in av brukaren och har då möjlighet att vara delaktiga i samordning kring insatser från kommun och region.

Inom personlig assistans arbetar assistenterna 1:1 med en specifik brukare och lär på så vis känna brukaren och hans önskemål väl. Struktur och form för insatsen skapas tillsammans med brukaren. Brukaren är delaktig i val av personal och har ett stort inflytande över sin insats och vård.

Avdelning hälsa, främjande och funktionsrätt

Hälso- och sjukvårdsenheten bedömer att man behöver arbeta mer aktivt med att erbjuda patienten möjlighet att vara delaktig. För att uppnå det behöver frågan aktualiseras av chefer och ledare.

Avdelning myndighet socialpsykiatri och barn

Inom avdelningens vuxenverksamheter arbetar vi fortsättningsvis med återhämtningsinriktat förhållningssätt.

Inom barnenheten arbetar man med kommunikationspass som är ett verktyg som gör det lättare för en person med kommunikationssvårigheter att bland annat berätta om sig själv, om hur hen kommunicerar. Kommunikationspasset hjälper omgivningen stödja personen i kommunikation och samspel, speciellt i möten med nya människor.

2. AGERA FÖR SÄKER VÅRD

SOSFS 2011:9, 5 kap. 2 §, 7 §, 8 §, 7 kap. 2 § p 2, PSL 2010:659, 3 kap. 10 §
Vårdgivaren ska utöva egenkontroll, vilket ska göras med den frekvens och i den omfattning som krävs för att vårdgivaren ska kunna säkra verksamhetens kvalitet. Egenkontrollen kan innefatta jämförelser av verksamhetens nuvarande resultat med tidigare resultat, i jämförelse med andra verksamheter, nationella och regionala uppgifter.



Egenkontroller

Utifrån resultatet av riskdialoger hösten 2021 beslutades att egenkontroller relaterade till patientsäkerhet skulle genomföras under 2022 inom områdena basal hygien samt journalföring.

Basal hygien

Mål: 100 % följsamhet till rutin för basal hygien.

Resultat:

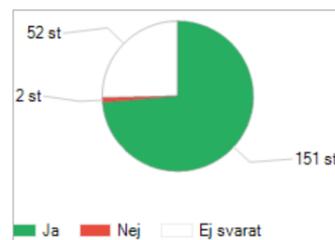
Följsamheten mäts genom att samtliga verksamheter senast till delårsrapport i augusti ska fylla i en checklista i ledningssystemet. Utifrån delårsresultatet gör medicinskt ansvarig bedömning om behov finns för fördjupad dialog i verksamheterna kring vikten av följsamhet till basal hygien i form av hygiendialoger.

Delårsresultatet visade en låg svarsfrekvens avseende checklistan vilket medförde ett svårtolkat resultat. Medicinskt ansvariga bedömde på grund av detta att det inte var aktuellt med vidare fördjupning i form av hygiendialoger.

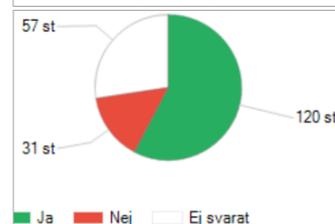
Vid årets slut hade tre fjärdedelar av verksamheterna besvarat checklistan och de inkomna svaren visar inte hundraprocentig följsamhet till rutinen.

Funktionsstödsnämnden uppdrog åt förvaltningen att inom ramen för det systematiska kvalitetsarbetet 2022 (inom området Basal hygien) särskilt redovisa följsamheten till klädregler:

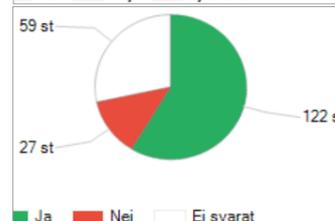
Ingår genomgång av basala hygienrutiner och klädregler i introduktionsprogram för alla nya medarbetare?



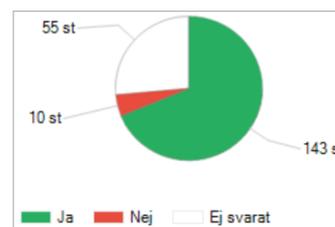
Bär alla medarbetare överdel med kort ärm som slutar ovanför armbågen vid vård- och omsorgsmoment som även inkluderar till exempel städning, tvätt och bäddning?



Byter medarbetare arbetskläder dagligen samt vid behov under arbetspasset?



Påtalas det när basala hygienrutiner och klädregler inte följs?



Analys av resultat:

Avseende användning av och tillgång till handdesinfektion samt användning av skyddshandskar visar majoriteten av svaren på god följsamhet.

Användande av plastförkläden vid kontakt med kroppsvätskor samt vid sängbäddning visar på lägre följsamhet. Det är svårt utifrån checklistans formulering att utröna om man missar plastförkläden vid sängbäddning eller om det ej är aktuellt att bädda sängar.

Oklarheter finns även kring frågorna om den webbaserade utbildningen i basal hygien, där svaren visade på god följsamhet till möjlighet att genomföra utbildningen samtidigt som 22 av 154 svarat nej på att samtliga medarbetare hade genomfört den. Kan det möjligen saknas stöd och påminnelser i verksamheterna?

Orsaker till att man ej besvarat checklistan kan vara att verksamheterna har ersatt listan med andra insatser som genomgång av rutin och dialog på verksamhetsmöten.

Under året har ingen smittspridning konstaterats som är relaterat till brister i följsamhet till basala hygienrutiner.

Åtgärd:

Det kommer att ske en översyn av checklista basal hygien med förtydliganden av vissa frågor.

Följsamhet till basal hygien och hantering av nya föreskriften smittförebyggande åtgärder (2022:44) kommer att hanteras inom ramen för ledningssystemet.

Journalföring

I enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter (HSLF-FS 2016:40) om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården genomför medicinskt ansvariga årligen kvalitativa granskningar av journaldokumentation. Efter uppdrag av verksamhetschef HSL genomför medicinskt ansvariga även en enklare genomlysning av journaldokumentation inom daglig verksamhet.

Utöver dessa granskningar genomförs även kollegiala granskningar inom hälso- och sjukvårdsenheten.

Mål: Patientjournalerna ska innehålla de uppgifter som behövs för en god och säker vård av patienten samt att journaldokumentationen följer gällande föreskrifter.

Kvalitativ granskning

Resultat:

Under juli-augusti genomförde medicinskt ansvariga en granskning av 55 (40 st. 2021) slumpvis utvalda patientjournaler inom funktionsstödsförvaltningens olika verksamheter: LSS-boende personkrets 1, 2 och 3, LSS-boende barn, personlig assistans, team för stöd och service samt ordinärt boende. Granskningen genomfördes utifrån en av medicinskt ansvariga i Malmö stad framtagna mall.

En låg poäng visar på en väl förd patientjournal.

Resultatet visar på brister i journaldokumentationen vilket kan påverka patientsäkerheten

Nedan anges fördelning av journalernas bedömda totalpoäng. 2021 års värden anges inom parentes.

Poängintervall	Innebörd	Antal journaler	%
0 – 5 poäng	Välskriven, väsentlig information på rätt plats.	0 journal (1 journal)	0 % (2 %)
6 – 10 poäng	Välskriven, information finns ofta på rätt plats.	6 journaler (4 journaler)	11 % (10 %)
11 – 15 poäng	Information finns, till viss del på fel plats.	15 journaler (8 journaler)	27 % (20 %)
16 – 20 poäng	Viss information saknas, otydlig vårdprocess.	14 journaler (15 journaler)	26 % (38 %)
>20 poäng	Väsentlig information saknas, bristande patientsäkerhet.	20 journaler (12 journaler)	36 % (30 %)

Analys av resultat:

Trots insatta förbättringsåtgärder i form av utbildningsinsatser och 1:1 handledning kvarstår brister i journaldokumentationen som kan påverka patientsäkerheten. Det är fortfarande svårt att få en helhetsbild av patientens situation och behov. Varje enskild del påverkar helheten, och oavsett svårigheter med journalsystemets uppbyggnad måste det som är av vikt för patientens vård och behandling dokumenteras.

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

Åtgärd:

Rapporten lämnas till ansvariga verksamhetschefer enligt HSL med förslag att fortsätta arbeta fördjupat med utveckling av dokumentationen i syfte att säkra och förbättra kvaliteten i patientjournalen.

Uppföljning av åtgärd:

Medicinskt ansvariga genomför ny journalgranskning under hösten 2023.

Genomlysning inom daglig verksamhet

Resultat:

Genomlysning har gjorts av journaldokumentation utförd av 15 arbetsterapeuter inom daglig verksamhet under perioderna 2022-03-01 – 2022-05-31 samt 2022-09-01 – 2022-11-30. Den sammanlagda bedömningen är att journaldokumentationen totalt sett har förbättrats sedan 2020 och med fortsatt förbättring under 2022.

Analys av resultat:

Vissa brister som skulle kunna påverka patientsäkerheten kvarstår och då främst avseende dokumentationsfrekvens samt oklarheter kring antal aktuella patienter med arbetsterapeutiska interventioner inom respektive daglig verksamhet.

De övergripande arbetsterapeuternas högre antal dokumenterade journaler, antal poster samt tätare dokumentationsfrekvens visar på vikten av att fokusera på uppdraget som arbetsterapeut.

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

Åtgärd:

Rapporten delges verksamhetschef HSL för planering kring fortsatta åtgärder.

Uppföljning av åtgärd:

Uppföljning av verksamhetens åtgärder sker genom kontinuerlig dialog mellan medicinskt ansvarig för rehabilitering samt verksamhetsföreträdare.

Kollegial granskning - legitimerad personal

Den kollegiala journalgranskningens syfte är att varje medarbetare genom diskussion och reflektion, ska få återkoppling på kvaliteten i sin egen yrkesspecifika dokumentation i patientjournalen. Genom granskningen ska medarbetaren även få konstruktivt stöd i vilka delar av dokumentationen som kan förändras/förbättras.

Resultat:

Under 2022 har rehabsektionerna genomfört en enklare granskning som identifierade samma utvecklingsområden som tidigare.

Åtgärd:

Åtgärder har genomförts utifrån granskningsresultatet 2021 i form av implementering av checklista för nya patienter, obligatorisk dokumentationsutbildning för alla medarbetare samt möjlighet till handledning med superanvändare

Uppföljning av åtgärd:

Kollegial granskning i mindre grupper.

Öppna jämförelser

Socialstyrelsens årliga enkät Öppna jämförelser innehåller frågor kring områden som bedöms viktiga för den kommunala huvudmannens ansvar att erbjuda en god hälso- och sjukvård. Resultatet ger inte en heltäckande bild av hälso- och sjukvårdens kvalitet och behöver tolkas och kompletteras utifrån lokala förutsättningar. Resultatet kan ändå användas som en indikation på vad förvaltningen idag saknar och behöver arbeta vidare med. Exempel på detta är regelbundna möten för systematiskt patientsäkerhetsarbete, patientmedverkan, styrdokument för sammanhållen vård och omsorg vid diabetes, vid blåsdysfunktion samt vid palliativ vård. Ytterligare områden är kompetens inom undernäring och bedömningsmetod för symtomskattning vid läkemedelsbehandling.

De områden inom Öppna jämförelser som förvaltningen idag arbetar med är styrdokument om sammanhållen vård och omsorg till personer med demenssjukdom, fallriskvärdering samt överenskommelser om verksamhetsförlagd utbildning.

2.1 Öka kunskap om inträffade vårdskador

SOSFS 2011:9 7 kap. 2 § sista stycket, HSLF-FS 2017:40 3 kap. 1 §, PSL 2010:659 3 kap. 3 §
Genom identifiering, utredning samt mätning av skador och vårdskador ökar kunskapen om vad som drabbar patienterna när resultatet av vården inte blivit det som avsetts. Kunskap om bakomliggande orsaker och konsekvenser för patienterna ger underlag för utformning av åtgärder och prioritering av insatser.



Resultat från nulägesanalysen

Analysen visar att kunskaper finns om varför avvikelser ska göras. Avvikelseberättelser sker. Däremot behöver stödet i avvikelserhanteringen förstärkas genom ökat fokus från ledning, förbättrat användarstöd och mer tid för att hantera avvikelser. Händelseanalyser används i begränsad omfattning, kunskap om metoden behöver öka. Det finns bristande stöd och kunskap om eventuella vårdskador i vårdens övergångar.

Internutredningar

Två internutredningar har utförts, vilka initierades efter att medicinskt ansvarig sjuksköterska fick avvikelser för godkännande. Ingen av utredningarna har lett till anmälan till IVO. De brister som identifierats handlar om otillräcklig kommunikation mellan yrkeskategorier samt ofullständig dokumentation i patientjournalen, vilket i båda fallen lett till fördröjd vård. Detta berör både legitimerad personal och omvårdnadspersonal.

Internutredningarna har bidragit till att hälso- och sjukvårdsenhetens sektion för sjuksköterskor har förstärkt det kollegiala stödet för dokumentation. Det pågår även ett pilotprojekt för att säkra kommunikationen mellan sjuksköterska och omvårdnadspersonal närmast patienten.

Händelseanalyser

En händelseanalys har genomförts efter att en HSL-avvikelse påvisat att patienten inte fått sitt behov av tillsyn och omvårdnad tillgodosett. De brister som identifierats handlar om otillräcklig kommunikation mellan yrkeskategorier, briser i följsamhet till rutin samt bristfällig dokumentation vilket medförde fördröjd vård.

Den fördröjda vården bedömdes inte påverka patientens vårdförlopp.

Åtgärder som vidtagits är att säkerställa grundläggande kunskap om basal omvårdnad hos medarbetare, att säkra kommunikation samt kunskap och följsamhet till framtagna rutiner.

Lex Maria

Inga anmälningar gällande allvarlig vårdskada har rapporterats till IVO.

2.2 Tillförlitliga och säkra system och processer

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



Resultat från nulägesanalysen

Analysen visar att frågan om förvaltningen som helhet har kunskap om vad som är säkra processer för vård och behandling i enlighet med bästa tillgängliga kunskap, har en stor förbättringspotential. Det saknas stöd för att arbeta på rätt sätt och följsamheten till de processer och rutiner som finns är bristande. Gällande specifikt medicintekniska produkter finns dock både kunskap och stöd. Noterbart är att det även finns brister i kunskap om patientsäkra och ändamålsenliga vårdmiljöer.

Verksamheternas redogörelser

Avdelning stöd, assistans och daglig verksamhet

Inom daglig verksamhet har arbetet med delegering underlättats då det nu finns en utsedd sjuksköterska som har i uppdrag att stötta verksamheter.

Avdelning hälsa, främjande och funktionsrätt

Suicidprevention är ett prioriterat område inom förvaltningen och representanter från hälso- och sjukvårdsenheten deltar i framtagandet av en riktlinje för prevention och hantering när någon tagit sitt liv. I detta arbete har det blivit tydligt att hälso- och sjukvårdsenheten behöver beskriva en handlingsplan för de sjuksköterskor som blir kontaktade och involverade i frågorna.

Delegeringsprocessen har varit föremål för många genomlysningar och diskussioner under året. Sommardelegeringar har en egen arbetsgrupp som har permanentats för att kunna fånga upp erfarenheter efter varje sommar för att sedan kunna arbeta förebyggande inför nästa sommar. Inom hälso- och sjukvårdsenheten har många olika rutiner skapats för att tydliggöra olika delar av processen. Det pågår en översyn av rutiner tillsammans med medicinskt ansvariga.

Konsultativa och handledande teamet arbetar med att sprida kunskap både internt i hälso- och sjukvårdsenheten och i övriga förvaltningen.

Under året har ett arbete med att skapa enhetliga hälso- och sjukvårdspärmar som ska finnas ute hos alla patienter med pågående insatser påbörjats. Detta för att säkerställa att all information finns och att alla vårdaktörer ska känna igen var de kan hitta informationen.

Under våren har några verksamheter inom avdelning LSS-bostäder testat ett rapporteringsstöd. Stödet uppskattades som ett bra kunskapsmaterial. Införandet fortsätter i ytterligare verksamheter.

Vid Hjälpmedelscentrum Malmö stad pågår implementering av lagstiftning EU-förordning 2017/745 om medicintekniska produkter - MDR. Hjälpmedelscentrum deltar i nationella grupper och lokalt har bland annat arbetet med ledningssystem påbörjats för att tydliggöra processer, rutiner och ansvarsfördelning vid tillverkning av specialanpassade medicintekniska produkter.

Avdelning LSS-bostäder

Avdelningen har sedan tidigare infört digitala signeringslistor i två enheter som resulterat i en minskning av antalet HSL-avvikelser gällande läkemedel. På grund av krav för identifiering/inloggning i systemet har den fortsatta spridningen av systemet stannat upp.

2.3 Säker vård här och nu

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



Resultat från nulägesanalysen

Analysen visar att inom områden som att förutse variationer och störningar i närtid, dagligt patientsäkerhetsarbete, säker arbetsmiljö kopplat till patientsäkerhet och säker bemanning har förvaltningen ett fortsatt arbete att utveckla.

Coronapandemin

Under början av 2022 påverkades det systematiska patientsäkerhetsarbetet i funktionsstödsförvaltningen i hög grad av coronapandemin.

Förvaltningens beredskapsgrupp och stödjande strukturer som bildades under 2020 fortsatte med kontinuerliga möten fram till slutet av april 2022, då beredskapsgruppen avvecklades. Beredskapsgruppen är dock redo att starta upp igen om behov föreligger.

I takt med nya rekommendationer från Folkhälsomyndigheten och Smittskydd Skåne har rutiner och instruktioner för arbetssätt och arbetsmetoder reviderats löpande för att förtydliga och underlätta för verksamheterna. Medicinskt ansvariga sjuksköterskor har fortsatt haft ett nära samarbete med Smittskydd Skåne och Vårdhygien Skåne

Smittspridningen av covid-19 var under början av 2022 mycket hög inom förvaltningens verksamheter. Både patientansvariga sjuksköterskor, smittspårningssjuksköterskor och HSL-undersköterskor har ansvarat för smittspårning och provtagningen av covid -19 på patienter inom förvaltningen.

Förvaltningens materialgrupp var under början av året behjälplig med att tillhandahålla godkänt material och skyddsutrustning. Under våren återgick beställning av material till att hanteras av verksamheterna enligt ordinarie rutin och den interna materialgruppen avvecklades.

Under året har fortsatt planering och genomförande av vaccination, både påfyllnadsdoser mot covid-19 samt säsongsinfluensa, pågått till patienter i förvaltningen i samarbete med Region Skåne enligt Folkhälsomyndighetens rekommendationer.

Att skydda riskgrupper från smitta har varit centralt under hela pandemin och är det också fortsättningsvis. Arbete i förvaltningen fortgår med att stödja patienter till att vaccinera sig för covid-19 och säsongsinfluensa, vilket är det bästa skyddet mot allvarlig sjukdom. Vidare uppmuntra patienter och medarbetare till nogsam symtomkontroll och att stanna hemma vid sjukdom samt följsamhet till god handhygien.

Kvalitetsgranskning basläkemedelsförråd

Region Skåne bekostar vissa läkemedel i basläkemedelsförråd inom kommunal primärvård. Kvalitetsgranskning av läkemedelshanteringen i dessa förråd genomförs av Region Skånes vartannat år. Medicinskt ansvariga sjuksköterskor har 2022 utfört en egen kontroll av förvaltningens basläkemedelsförråd utifrån Region Skånes mall. Resultatet visar på god följsamhet till rutin för basläkemedelsförråd och enbart mindre justeringar behöver göras.

Läkemedelsskåp

För en säker hantering av patienters läkemedel krävs individuella låsbara skåp, vilket inte finns i alla verksamheter.

Inventering av förutsättningar för en säker hantering har genomförts som visar att det finns upphandlade skåp som täcker önskade behov. Däremot kan tilläggsbeställningar behöva göras utifrån riskanalys av sjuksköterska och sektionschef gällande typ av låsmekanism. Rutiner kring nyckelhantering, där det är aktuellt, behöver säkras upp. Kostnader för inköp av skåp, lås, ev. framdragningsapparat, el, nät, transport, montering osv bör belasta en särskild budgetpost som är gemensam för förvaltningen. Det grundar sig på lagkravet om förvaring av läkemedel. Såväl skilda behov som skilda ekonomiska förutsättningar i verksamheterna ska inte avgöra val av skåp och låsmekanism.

Riskhantering

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

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

Förvaltningsövergripande arbete

Arbetet med att säkra kvaliteten i utförandet av insatser sker genom årliga riskdialoger i samtliga avdelningar. Riskdialogerna är ett tillfälle där större och övergripande risker lyfts och fungerar som ett underlag till den förvaltningsgemensamma planeringen. Risker identifieras och hanteras även löpande av verksamheterna under året. Ett ständigt pågående arbete med att identifiera risker är en viktig förutsättning för en verksamhet att säkerställa kvaliteten i utförandet av insatser.

Allvarliga risker som berör patientsäkerhet och som framkom vid riskdialogerna hösten 2021 var basal hygien (20 riskpoäng), HSL-dokumentation (20 riskpoäng), teamsamverkan (16 riskpoäng), fallprevention (16 riskpoäng), suicidprevention (15 riskpoäng), samverkan vid utskrivning (15 riskpoäng), delegering av hälso- och sjukvårdsinsatser (12 riskpoäng).

Vid riskdialogerna hösten 2022 sänktes riskpoängen för basal hygien, HSL-dokumentation, fallprevention samt samverkan vid utskrivning vilket kan bero på effekt av insatta åtgärder. Riskpoäng för suicidprevention och delegering av hälso- och sjukvårdsinsatser har höjts vilket kan bero på ökat antal händelser och avvikelser.

Riskanalyser

Under 2022 har följande riskanalyser som berör patientsäkerhet genomförts inom förvaltningen:

Riskanalys delegeringsprocess

I samband med revidering av rutinen för delegering framkom synpunkter gällande patientsäkerhetsrisker och utmaningar för involverade i processen. Beslut togs om att göra en riskanalys för att genomlysade delegeringsprocessen. Riskanalysens syfte var att skapa en patientsäker rutin, anpassad till de varierande verksamheternas behov.

Flera av de bakomliggande orsakerna berör bristande kunskap och information om själva processen. Föreslagna åtgärder riktar främst in sig på att ytterligare tydliggöra processen och rutinerna kring delegering samt att nå ut med information till de olika funktioner som berörs av delegeringsprocessen.

Riskanalys kommunal habilitering

Riskanalys gällande vakanshållning av fysioterapeut- samt psykologtjänst under perioden december 2022 till mars 2023. Risker som identifierades med höga riskpoäng för vårdskada var risk för ojämlikhet i vårdinsatser, risk för att patienter inte får sina behov bedömda eller sina ordinerade behandlingar utförda samt risk för att patienter erbjuds insatser från ”annan” profession.

De föreslagna åtgärderna omfattade dialog med ledning om förändring av beslut, information till patienter och berörda verksamheter, riskbedömning av berörda patienters insatser, initiering av dialog med eventuell övertagande enhet samt rapportering av avvikelser om insats uteblir.

Hälso- och sjukvårdsenheten samt folkhälsovetare har under året inventerat behov samt lagt en plan för fortsatt arbete. Det kommer att inriktas på att öka kunskapen om diabetessjukdomen, Malmö stads rutiner gällande insulinadministrering och blodsockerkontroller samt implementera verktyg som stöd i vården av patienter med diabetes.

Nationella kvalitetsregister

Nationella kvalitetsregister ger kunskap om hur vården fungerar och kan förbättras. Syftet är att utveckla och säkra vårdens kvalitet, framställa statistik och underlag för forskning inom hälso- och sjukvård. Kvalitetsregister gör det möjligt att jämföra hälso- och sjukvården på nationell och regional nivå.

- Svenska palliativregistret

Funktionsstödsförvaltningen har under 2022 börjat registrera antalet avlidna i Svenska palliativregistret som har till syfte att förbättra vården i livet slut för patient och närstående. Antalet registreringar är i dagsläget för få för att kunna använda sig av resultatet utifrån ett förbättringsarbete.

- BPSD-registret

Registret har som syfte och mål att genom multiprofessionella vårdåtgärder minska beteendemässiga och psykiska symtom vid demens (BPSD) och därigenom minska lidandet och öka livskvaliteten för personen med demenssjukdom/kognitiv sjukdom. Funktionsstödsförvaltningen har under året arbetat fram ett program för vård och omsorg vid kognitiv sjukdom/demenssjukdom. Inom ramen för implementeringen av programmet kommer ett boende under 2023 att påbörja användandet av kvalitetsregistret BPSD.

- Senior alert

Funktionsstödsförvaltningen använder i dagsläget sig inte av kvalitetsregistret Senior alert som är ett verktyg för att stödja prevention för äldre personer som riskerar att falla, få trycksår, minska i vikt, utveckla ohälsa i munnen och/eller har problem med blåsdysfunktion. Vissa bedömningsinstrument inom Senior alert används däremot inom hälso- och sjukvårdsverksamheten.

Avvikelser

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

Under hösten påbörjades arbetet med att informera samtliga berörda medarbetare om förvaltningens nya process och system för kvalitetsavvikelser. Informationstillfällen har genomförts av medarbetare från enhet kvalitet. Informationen har innehållit såväl handhavande som kultur kring avvikelsehanteringen. Det finns en förhoppning om att den nya processen och systemet bättre ska stödja verksamheterna i att göra fullständiga utredningar där man tar större hänsyn till bakgrundsorsaker, lämpliga och evidensbaserade åtgärder samt har ett tydligt patientfokus. Kvalitet i utredningarna kommer att följas av enhet kvalitet inom strategiska avdelningen.

Verksamheternas redogörelser

Avdelning stöd, assistans och daglig verksamhet

Inom avdelningen sker kvartalsgenomgångar av rapporterade avvikelser med enhetschefer, medicinskt ansvariga och socialt ansvariga samordnare. Effekten av dessa kvalitetsråd är att mönster och tendenser blir tydligare samt att adekvata åtgärder kan ges större spridning.

Inom personlig assistans har antalet avvikelser ökat, vilket skulle kunna vara en effekt av en ökad medvetenhet inom enheten. Samtal har förts på olika nivåer kring vad en avvikelse är och vikten av att rapportera händelser.

Avdelningen hälsa, främjande och funktionsrätt

Avvikelse har inte en fast punkt vid något möte men vid avstämningsmöten inom respektive område presenteras händelser som lett till fördjupade utredningar och där förändringar behövs i verksamheten.

Hälso- och sjukvårdsenheten har identifierat behov av att skapa tid för ledningen att strategiskt diskutera förbättringsområden med fokus på att förhindra vårdskador.

Avdelningen LSS-bostäder

Under året har utbildningar kring avvikelshantering skett i ett flertal verksamheter. Detta har lett till ökad användande av avvikelser för att utveckla verksamheten.

Avvikelseråd har skett kontinuerligt i avdelningen under året.

Avdelning myndighet, socialpsykiatri och barn

Inom arbetet med kvalitetsavvikelser har utbildningsinsatser genomförts i avdelningens verksamheter. Vidare sker löpande dialoger och analyser av inkomna avvikelser både på verksamhets-, enhets- och avdelningsnivå.

Avdelningens boende har återkommande teammöte med hälso- och sjukvårdsenheten för att stärka samarbetet kring patienterna, men möteskontinuiteten påverkas negativt av personalomsättning.

Avvikelsestatistik

En kortfattad statistik av inrapporterade händelser i avvikelssystemet avseende hälso- och sjukvården inklusive medicintekniska produkter har sammanställts nedan.

Läkemedel

1 255 händelser har rapporterats under året.

Utfallet av läkemedelsavvikelserna påvisar samma mönster som för 2021. De flesta läkemedelsavvikelserna (ca 80%) avser brister i överlämnandet av dos och är sannolikt kopplat till hur arbetsmomentet är organiserat i verksamheterna. Vid de enheter som använder sig av digital signering av hälso- och sjukvårdsuppgift påvisas ett färre antal läkemedelsavvikelser.

Läkemedelsavvikelser sker oftast på morgonen och kvällen och trolig orsak är att det vid dessa tidpunkter ges flest läkemedel, samt att det är ett stort antal övriga aktiviteter kring brukarna.

De vanligaste åtgärderna som anges för läkemedelsavvikelser är samtal med berörd, samtal i grupp samt genomgång av rutin. Dessa åtgärder är erfarenhetsmässigt mindre effektiva eftersom händelserna upprepas.

Arbetsättet med digital signering visar att systemet är till hjälp genom att påminna så att läkemedelsadministrering inte missas eller helt uteblir. Vidare införande av digital signering var planerat att ske löpande under 2022, men på grund av förändrade krav på säker inloggning har införandet inte fortloppet enligt plan. Under 2023 kommer fortsatt digital signering att införas i berörda verksamheter.

Fall

1 057 händelser avseende fall har rapporterats in under året. Det är en marginell minskning jämfört med 2021 (1 088 fall).

Ett ökat antal fall har rapporterats inom avdelning myndighet och socialpsykiatri (238 jämfört med 188) medan antalet fall har minskat inom avdelning stöd, assistans och DV (238 jämfört med 285) samt inom avdelning LSS-bostäder (581 jämfört med 615).

Vanligaste symtom eller skador som uppkommit vid fall är svullnad/blåmärke samt sårskada.

Totalt har 9 frakturer har rapporterats men det är inte alltid som en fraktur upptäcks innan rapportering sker, varför statistiken inte är tillförlitlig.

De vanligast förekommande aktiviteter som anges ha skett i samband med fall är förflytningsrelaterade som till exempel gång inomhus, förflyttning till och från stol, säng eller toalett. Detta framkommer även i de angivna orsakerna där risker vid förflyttning dominerar.

Som åtgärder anges främst fallpreventiv rådgivning, hjälpmedel, översyn av hemmiljö samt extra tillsyn. En liten men positiv ökning syns inom åtgärderna läkemedelsöversyn samt nutritionsöversyn.

Dokumentation

124 händelser har inrapporterats avseende dokumentation, vilket är ungefär en tredje del färre än för 2021. Mer än hälften berör signering och signeringslistor relaterat till läkemedelsöverlämning, och resterande händelser berör bristande journalföring, ej tillgängliga journaler samt HSL-uppdrag.

Omvårdnad

75 avvikelser har rapporterats inom området omvårdnad men alla berör inte omvårdnad. Adekvata avvikelser avser framför allt brister i ”ej utfört insats” eller ”ej följt ordination”.

Medicintekniska produkter (MTP)

- Under året har 27 HSL-avvikelser inrapporterats till Hjälpmedelscentrum som negativa händelser eller tillbud.

Vanligaste bristerna har varit att hjälpmedlet rapporterats som trasigt vid leverans, gått sönder vid användning eller leveransförseningar.

Hjälpmedelscentrum har arbetat aktivt gällande leveransförseningar och kvalitetsproblem på produkterna från tillverkarna. Bland annat genom prioritering av patienter med störst behov, prioritering av de mest efterfrågade produkterna vid återlämning/rekonditionering. Verksamheten har även säkerställt att ny personal får en god produktkunskap genom introduktionsutbildning med verksamhetens tekniker med medicinskt ansvar.

Samtliga inkomna avvikelser har alla hanterats snabbt och utretts grundligt av ansvariga.

- Två anmälningar till Läke-medelsverket är gjorda och har avslutats utan vidare handläggning.
- Från tillverkare har det inkommit två viktiga säkerhetsmeddelanden gällande taklyft samt rollator-korg.
- Dryga 50-talet avvikelser som rör hjälpmedel har rapporterats inom lagrum LSS och avser främst brister vid hantering av förflytnings- respektive kognitiva hjälpmedel samt brister allmänt i användning och skötsel av hjälpmedel. Inga konsekvenser för brukaren finns inrapporterade. Exempel på vidtagna åtgärder är samtal med personal enskilt och i team, utbildningsinsatser, handledning samt kontakt med arbetsterapeut eller fysioterapeut.
- Fyra avvikelser har rapporterats in gällande medicinteknisk utrustning (syrgasbehandling, tracheostomi samt insulinnålar). Dessa har utretts av verksamheterna.

Samverkan externa vårdgivare

Drygt 70 avvikelser avseende externa vårdgivare har inrapporterats och skickats till berörda vårdgivare för utredning.

Hälften av dessa gäller somatisk öppen- och slutenvård och avser främst brister i läkemedelsförskrivning och samverkan vid utskrivning eller samordnad individuell plan. Av de avvikelser som gäller psykiatrisk öppen- och slutenvård avser närmare hälften brister i samverkan vid utskrivning eller samordnad individuell plan. Övriga avvikelser handlar om brister vid läkemedelsförskrivning och bemötande av patienter.

Klagomål och synpunkter

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

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

Statistik Platina

Två ärenden som berört hälso- och sjukvård har inkommit via diariesystemet. Ett ärende avsåg insatser i hemmet och ett ärende avsåg synpunkter på journalsystemet.

Patientnämnden Skåne

Förvaltningen har utsett medicinskt ansvarig för rehabilitering, MAR som kontaktperson till Patientnämnden Skåne. Ärenden som inkommer hanteras enligt framtagna rutin och diarieförs. Under 2022 har inga ärenden inkommit som berör funktionsstödsnämnden.

2.5 Öka riskmedvetenhet och beredskap

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



Resultat från nulägesanalysen

Resultat visar att området patientsäkerhet inte alltid tas i beaktande i nödvändig omfattning i det förebyggande riskarbetet.

Vidare visar resultatet på att det saknas en ändamålsenlig och proaktiv planering och riskhantering i funktionsstödsförvaltningen för att upprätthålla patientsäkerheten på lång sikt. Systematisk omvärldsbevakning saknas utifrån relevant patientsäkerhetsperspektiv.

Kunskap, stöd och genomförande av simulering samt beredskaps- och färdighetsträning genomförs till viss del.

Metodrum

Hälso- och sjukvårdsenheten har under 2022 inrättat ett metodrum som ska användas för praktisk metodövning och kommer att utvecklas utifrån kompetensbehov. Metodrummet kan användas av både legitimerad personal och omvårdnadspersonal för att praktiskt träna olika hälso- och sjukvårdsinsatser såsom till exempel sårbehandling, venprovtagning och blodtrycksmätning.

Verksamheternas redogörelser

Avdelning stöd, assistans och daglig verksamhet

Utbildningar för delegering av specifik medicinteknisk apparatur har genomförts i de grupper som har behov av detta.

I de fall brukaren har medicintekniska produkter som kräver el har en handlingsplan upprättats för hur de ska agera vid elavbrott.

3 MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

Funktionsstödsnämnden

Funktionsstödsnämndens verksamheter ska arbeta gemensamt för att säkerställa rätt brukarnära stöd och insatser samt god vård under hela livet.

Funktionsstödsförvaltningen

Inom förvaltningens nya arbetssätt "Vårt kärnuppdrag" är följande områden prioriterade vilka samtliga innehåller patientsäkerhetsaspekter:

- Kvalitet i kärnuppdraget
- Jämlik hälsa och nära vård
- Kompetensutveckling och kompetensförsörjning
- Styrmedel och uppföljning
- Ekonomi och resursfördelning
- Hållbart ledarskap och hälsosam organisation

Verksamheternas redogörelser

Avdelning stöd, assistans och daglig verksamhet

För att säkra grundläggande kompetens kommer enheterna för daglig verksamhet att arbeta fram en modell med ett utbildningspaket som kommer att vara obligatoriskt för alla yrkesroller.

Inom enheten för personlig assistans planeras åtgärder för att systematiskt arbeta med social dokumentation, avvikelshantering, rollen som personlig assistent, 'personavård' samt kvalitet i utförandet. Mer dialoger och planering behöver föras kring hur vi ska säkerställa att vi har rätt personer på rätt plats med rätt kompetens.

Utmaningen med personalförsörjning finns även inom enheten med team för stöd och service. Det finns ett behov av utbildning till medarbetare gällande funktionsnedsättning, psykisk ohälsa, MI och lågaffektivt bemötande. Enheten behöver även utveckla sitt samarbete med HR för en effektiv personalhantering med syfte att skapa bra förutsättningar för ett kvalitativt brukarnära arbete. Rätt stöd, samverkan och rutiner i uppdraget är en förutsättning för att sektionscheferna ska kunna skapa mer utrymme för strategiskt arbete och därigenom säkra kvaliteten i verksamheten.

Det finns ett behov av samverkan med myndigheten och skapa gemensamma rutiner för att hantera trygghet och säker hemgång från sjukhus. Samarbete och kommunikation med hälso- och sjukvårdsenheten har påbörjats och behöver utvecklas ytterligare.

Enheten team för stöd och service kommer att se över processen kring hanteringen av kvalitetsavvikelser.

Avdelning hälsa, främjande och funktionsrätt

Under 2022 genomfördes en genomlysning och nulägesanalys av förvaltningens patientsäkerhetsarbete i syfte att identifiera utmaningar för en säker vård, prioritera insatser, skapa samsyn samt utforma en handlingsplan. Nulägesanalysen är genomförd men handlingsplan är ännu inte utformad. På avdelningsnivå har vissa områden prioriterats att arbeta vidare med.

Omställningen till Nära vård behöver lyftas mer inom hälso- och sjukvårdsenheten och då behövs tid för ledningen att prata om vad vi behöver göra för att aktualisera frågan och hur vi gemensamt gör det. Förutsättningen för att skapa rörelse är att integrera frågan i allt övrigt arbete så att Nära vård inte blir ett isolerat projekt som man arbetar med ibland.

Viktiga mål är att skapa arbetsro hos både chefer och medarbetare för att hinna lyfta blicken och planera framåt. Det tar tid att sätta sig in i hälso- och sjukvårdsenhetens komplexa verksamhet med många kontaktytor och utmaningar.

En stor utmaning för hälso- och sjukvårdsenheten är att hålla den breda kompetens som behövs i alla olika delar av verksamheten. För att planera för kompetensutveckling både individuellt och för gruppen behöver man identifiera behoven hos de patienter som är aktuella för tillfället. Stort fokus behöver läggas på att känna till och sprida var man kan hitta information och utbildning och sen ge medarbetaren tid och förutsättningar att ta del av detta. Det förutsätter också att medarbetaren signalerar när behoven i verksamheten förändras.

Implementering av Fysisk aktivitet på Recept, FaR, är påbörjad genom kartläggning av implementeringsprocessen. Fortsatt arbete planeras under kommande år.

Avdelning LSS-bostäder

Avdelningens team för analys och vägledning har ett fortsatt ansvar för att hålla samman, utveckla och följa upp arbetet med avdelningens verksamhetsprogram och den pedagogiska strukturen.

Utvecklingsprogrammet för omsorgspedagogernas kommer att fortlöpa under 2023. Det kommer även arbetas fram ett program för fortlöpande kompetensutveckling för gruppen.

Utöver utvecklingsprogrammet har det även identifierats ett behov av att stärka verksamheternas kompetens kring psykisk ohälsa, tydliggörande pedagogik, lågaffektivt bemötande, MI samt arbetet kring skyddsåtgärder.

Avdelningen behöver bland annat arbeta med åtgärder inom smittförebyggande arbete som den nya föreskriften från Socialstyrelsen kräver.

Medicinskt ansvariga

Medicinskt ansvarigas patientsäkerhetsarbete kommer under 2023 att utöver det författningsstyrda ansvaret fokusera på det fortsatta arbetet efter nulägesanalysen gällande patientsäkerhet.