



Malmö stad

# **Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse – avdelningen för hälsa och förebyggande**

---

Hälsa-, vård- och omsorgsnämnden

## Innehållsförteckning

<b>1 Sammanfattning</b> .....	<b>3</b>
1.1 Kvalitetsarbete som har bedrivits under året .....	3
1.2 Patientsäkerhetsarbete som har bedrivits under året .....	3
1.3 Åtgärder som vidtagits under året för att öka och säkra verksamhetens kvalitet.....	3
1.4 De viktigaste resultaten som uppnåtts under året .....	3
1.5 Övergripande mål och strategier för kommande år .....	4
<b>2 Bakgrund</b> .....	<b>5</b>
<b>3 Övergripande mål och strategier</b> .....	<b>6</b>
3.1 Hälsa-, vård- och omsorgsförvaltningen .....	6
3.2 Nämndens vård- och omsorgsverksamhet .....	6
3.3 Nämndens övergripande mål och strategier samt måluppfyllelse för 2018.....	7
3.4 Övergripande mål och strategier för 2019 .....	7
<b>4 Organisatoriskt ansvar för kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet</b> .....	<b>8</b>
<b>5 Samverkan</b> .....	<b>10</b>
5.1 Kommungemensam samverkan .....	10
5.2 Samverkan HSL och SoL .....	10
5.3 Samverkan SoL .....	10
5.4 Samverkan HSL.....	11
5.5 Samverkan med brukare/patient och anhörig/närstående.....	11
<b>6 Systematiskt förbättringsarbete</b> .....	<b>13</b>
6.1 Genomförda risk- och händelseanalyser ur brukar/patientperspektiv .....	13
6.2 Genomförda egenkontroller .....	13
6.3 Rehabiliterande förhållningssätt .....	14
6.4 Övriga identifierade utvecklingsområden.....	14
6.5 Utredning av avvikelser .....	15

# 1 Sammanfattning

## 1.1 Kvalitetsarbete som har bedrivits under året

Avdelningen för hälsa och förebyggande arbetar utifrån hälso- och sjukvårdslagen genom att förebygga ohälsa, sjukdomar och skador samt att arbeta för en god hälsa och vård på lika villkor för hela befolkningen. Avdelningen arbetar även utifrån socialtjänstlagen genom att verka för att äldre människor får möjlighet att leva och bo självständigt under trygga förhållanden och ha en aktiv och meningsfull tillvaro i gemenskap med andra. Avdelningen arbetar också med att erbjuda stöd för att underlätta för de personer som vårdar en närstående.

I kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsen har avdelningen för hälsa och förebyggande främst lyft de delar av kvalitetsarbetet som är direkt kopplad till verksamheter som utför beslutade insatser enligt socialtjänstlagen och hälso- och sjukvårdslagen. Mer omfattande beskrivning av hur avdelningen arbetat med kvalitet och utveckling av de förbyggande insatserna under 2018, beskrivs i hälsa-, vård- och omsorgsnämndens årsanalys.

Exempel på kvalitetsarbete som bedrivits under året:

- Uppstart av anhörigcaféer på öppna mötesplatser för äldre
- En gemensam mall för uppsökande hembesök med hälsofrämjande samtal har utarbetats
- En litteraturstudie kring ofrivillig ensamhet har genomförts.

## 1.2 Patientsäkerhetsarbete som har bedrivits under året

- Processen kring HSL-avvikelser har kvalitetssäkrats genom förändringar i hantering av avvikelser. Enhetschefer har nu en godkännande roll i avvikelser där allvarlighetsgraden bedömts som mindre eller måttlig.
- Öppna balansgrupper har erbjudits på flera mötesplatser.
- Checklista för fallprevention har utarbetats under året och används både vid uppsökande hembesök samt vid besök från Fixartjänst.

## 1.3 Åtgärder som vidtagits under året för att öka och säkra verksamhetens kvalitet

- Uppstart av arbetsgrupp för eventuell omvandling av dagverksamhet
- Översyn av ledsagning/avlösning
- Gruppträningar och föreläsningsserier på rehabgruppen Fenix
- Förtydligande av Fixartjänstens uppdrag.

## 1.4 De viktigaste resultaten som uppnåtts under året

- Öppna balansgrupper har lett till ökad trygghet, ökad benägenhet till att promenera samt stärkt socialt nätverk.
- Utveckling av de öppna mötesplatserna genom t.ex. HBTQ-certifiering (homosexuella, bisexuella, trans- och queerpersoner) och gemensam programtidning.
- Avdelningens planering och genomförande av äldredagen, anhörigdagen samt uppstart av nämndens anhörigforum.

## 1.5 Övergripande mål och strategier för kommande år

- Till deltagare i balansgrupperna kommer en folder, om hur deltagarna kan fortsätta träningen på egen hand, att delas ut under 2019.
- Utveckla samverkan med interna och externa aktörer för att, i ett tidigare skede i sjukdomen, fånga upp personer med demenssjukdom och deras anhöriga.
- Arbetet med att förebygga ofrivillig ensamhet kommer att utgå från litteraturstudiens resultat kring identifierade riskgrupper.
- Utredningar kring införande av IT-fixare, dagverksamhet för ny målgrupp samt översyn av verksamheten för ledsagning och avlösning fortsätter under 2019.

## 2 Bakgrund

Enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, ska arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet dokumenteras. Detta gäller för både ledningssystemets uppbyggnad och det systematiska förbättringsarbetet som bedrivs med stöd av ledningssystemet. Ledningssystemet ska ge stöd för att planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten. Se nedanstående PGSA-hjul som illustrerar arbetet med systematiska förbättringar.



I hälsa-, vård- och omsorgsförvaltningen upprättas en sammanhållen kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse. I denna framgår hur kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet har bedrivits under föregående år och ska i sin struktur följa PGSA-hjulet. Berättelsen beskriver planering för, samt vilka åtgärder som genomförts för att säkra verksamhetens kvalitet, öka patientsäkerheten samt utvärdering och vilka resultat som har uppnåtts.

I hälsa-, vård- och omsorgsförvaltningen ska kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsen avseende föregående kalenderår godkännas av nämnden senast under mars månad.

### 3 Övergripande mål och strategier

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 och socialtjänst. Socialstyrelsen påpekar även att den som bedriver verksamhet kan välja att ställa ytterligare krav på verksamheten genom att sätta egna mål.

#### 3.1 Hälsa-, vård- och omsorgsförvaltningen

Malmö stads modell för målstyrning utgörs av en målkedja som består av kommunfullmäktigemål och nämndsmål från respektive kommunfullmäktigebudget och nämndsbudget. Dessa bryts sedan ner i förvaltningen till åtaganden och aktiviteter. Kommunfullmäktige och nämnden visar på *vad* det är som ska uppnås medan förvaltningen svarar på *hur* detta ska göras.

Hälsa-, vård- och omsorgsförvaltningen har förutom budget, lagstiftning och politiska mål, att förhålla sig till nationella riktlinjer, föreskrifter och allmänna råd som påverkar verksamheten på olika sätt. Tillsammans utgör dessa styrsignaler en ram för all verksamhet.

I nämndsmålen formuleras bland annat målsättningar kring kvalitet för brukaren/patienten som handlar om att arbeta för trygghet, inflytande och ett gott bemötande för den enskilde men inkluderar även ett hälsofrämjande och förebyggande perspektiv.

#### 3.2 Nämndens vård- och omsorgsverksamhet

Avdelningen för hälsa och förebyggande arbetar utifrån hälso- och sjukvårdslagen genom att förebygga ohälsa, sjukdomar och skador samt att arbeta för en god hälsa och vård på lika villkor för hela befolkningen i Malmö. Avdelningen arbetar även utifrån socialtjänstlagen genom att verka för att äldre människor får möjlighet att leva och bo självständigt under trygga förhållanden och ha en aktiv och meningsfull tillvaro i gemenskap med andra. Avdelningen arbetar också med att erbjuda stöd för att underlätta för de personer som vårdar en närstående.

Utifrån ovanstående ansvarar avdelningen för insatser inom områdena hälsofrämjande och förebyggande arbete. Viktiga hörnstenar i avdelningens arbete är att utveckla nya former för social gemenskap och delaktighet i samhället. Avdelningen har ett särskilt angeläget uppdrag med fokus på att öka livskvaliteten och motverka ofrivillig ensamhet hos våra äldre samt utveckla nya former för detta arbete. Avdelningens verksamheter omfattas av mötesplatser för äldre, dagverksamheter, fixartjänster, fallprevention, uppsökande verksamhet, anhörigstöd, ledsagarservice, kontaktperson, avlösning i hemmet, konsultativa demens- och psykiatrisjuksköterskor, Silviasystrar och att motverka våld i nära relation.

Avdelningen verkställer beslutade insatser enligt socialtjänstlagen (SoL): dagverksamhet, ledsagning/avlösning/kontaktperson och utför insatser enligt hälso- och sjukvårdslagen (HSL): dagverksamhet, Club Cefalon, rehabgruppen Fenix, konsultativa demens- och psykiatrisjuksköterskor.

Enheten för dagverksamhet och ledsagning består av fem sektioner, tre för dagverksamhet och två för ledsagning/avlösning och kontaktperson. I november 2018 var 141 personer beviljade insatsen avlösning, 863 personer beviljade ledsagning och 103 beviljade kontaktperson. Samma månad var 198 personer inskrivna på förvaltningens dagverksamheter (SoL) samt 19 personer var inskrivna på Club Cefalon: dagverksamhet för yngre personer med demenssjukdom. Cefalon är inte ett bistånd enligt socialtjänstlagen utan behovet bedöms av patientansvarig läkare eller

sjuksköterska. Rehabgruppen Fenix hade under november 2018 13 inskrivna patienter.

Mer omfattande beskrivning av hur avdelningen arbetat med kvalitet och utveckling av de förbyggande insatserna under 2018, beskrivs i hälsa-, vård- och omsorgsnämndens årsanalys.

### **3.3 Nämndens övergripande mål och strategier samt måluppfyllelse för 2018**

För ingående information där samtliga mål redovisas med måluppfyllelse, se *Årsanalys 2018*.

### **3.4 Övergripande mål och strategier för 2019**

För ingående information där övergripande mål och strategier för 2019 redovisas, se *Nämndsbudget 2019*.

## 4 Organisatoriskt ansvar för kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet

Hälsa-, vård- och omsorgsnämnden har det yttersta ansvaret, är vårdgivare och ansvarar också för att följa upp, utvärdera och kvalitetssäkra sin verksamhet, planera och utveckla verksamheten, omvärldsbevaka och bedriva ett kunskapsbaserat utvecklingsarbete samt årligen fastställa en förvaltningsövergripande nämndsbudget.

### **Förvaltningsdirektör ska:**

Förvaltningsdirektören har ett övergripande ansvar att inom förvaltningen planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra det systematiska kvalitetsarbetet. Förvaltningsdirektören ansvarar för att ha en kontinuerlig dialog med, och ge information till nämnden, om kvalitetsutvecklingen inom verksamheten. Förvaltningsdirektören ansvarar även för att ledningssystemet minst en gång per år ses över och vid behov revideras, samverka såväl internt som externt i syfte att säkra kvaliteten för den enskilde samt att introduktion sker av nyanställda avdelningschefer och att säkerställa att de har rätt kompetens för uppdraget.

### **Avdelningschef ska:**

Avdelningschefen har ett samlat ledningsansvar inom sin avdelning och ansvarar för att avdelningens hälso- och sjukvård bedrivs utifrån en god och säker vård enligt 4 kap. 2 § HSL, att kvaliteten inom avdelningen säkerställs, omsätta hälsa-, vård- och omsorgsnämndens mål till verksamheterna i form av åtaganden. Att tillsammans med enhetscheferna ta fram en gemensam handlingsplan för avdelningen och under året följa upp denna. Vidare innebär ansvaret att årsanalys, kvalitetsberättelse och patientsäkerhetsberättelse upprättas årligen, att samverka såväl internt som externt och att introduktion sker av nyanställda enhetschefer och säkerställa att de har rätt kompetens för uppdraget.

### **Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) /medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) ska:**

MAS/MAR ansvarar för att det bedrivs vård och rehabilitering med en hög patientsäkerhet och med god kvalitet enligt gällande författningar, föreskrifter, processer och rutiner och ansvarar för att fastställa vilka som behövs. Vidare har MAS/MAR ansvaret för att följa upp att arbetet bedrivs utifrån dessa fastställda processer och rutiner samt i samarbete med verksamheten följa upp kvalitet och patientsäkerhet. Kvalitetssäkra avvikelshantering enligt HSL och att utreda händelser i verksamheten som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada enligt lex Maria och anmäla detta till Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Årligen upprätta en patientsäkerhetsberättelse i samarbete med kvalitetsutvecklare och chefer inom varje verksamhetsområde.

### **Socialt ansvarig samordnare (SAS) ska:**

SAS har ett kvalitetsansvar med fokus på det sociala innehållet utifrån gällande lagstiftningar och ansvarar för att godkänna och avsluta analyserade avvikelser där åtgärderna bedöms vara tillräckliga, inleda och ansvara för utredning i enlighet med lex Sarah. Föreslå förbättringsåtgärder utifrån resultat av riskanalys, händelseanalys, egenkontroll och utredning av avvikelser. SAS ansvarar även för att årligen upprätta en kvalitetsberättelse i samarbete med chefer, och vid behov genomföra kvalitetsuppföljningar och utgöra ett stöd till verksamheterna med bland annat information till medarbetare på arbetsplatserna.



**Enhetschef ska:**

Enhetschefen har ett övergripande ansvar att inom enheten planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra kvalitetsarbetet. Detta ska göras genom att arbeta efter upprättad handlingsplan utifrån definierade framgångsfaktorer, fortlöpande göra riskbedömningar och uppföljningar för att förebygga brister i kvalitet. Driva förbättringsarbete utifrån avvikelshantering, följa upp att det genomförs regelbundna egenkontroller, identifiera verksamhetsspecifika processer och rutiner som behövs för att säkra kvalitet, utgöra ett stöd till sektionschefen i det systematiska kvalitetsarbetet. Vidare ska enhetschefen delta i intern och extern samverkan, arbeta för att den nationella värdegrunden är väl förankrad, ansvara för att sektionschefer introduceras och har adekvat kompetens samt sprida goda exempel så att erfarenhetsutbyte sker inom enheten.

**Sektionschef ska:**

Sektionschefen har ett övergripande ansvar att inom sektionen planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra kvalitetsarbetet. Tillsammans med medarbetarna ska sektionschefen upprätta handlingsplan utifrån definierade framgångsfaktorer och följa upp denna, arbeta för att den nationella värdegrunden förankras och att det salutogena arbetssättet är vägledande i det dagliga arbetet. Bidra till att identifierade processer tydliggörs, rutiner finns upprättade och att dessa är väl kända. Fortlöpande göra riskbedömningar och uppföljningar för att förebygga brister i kvalitet, göra egenkontroller samt ta emot och utreda synpunkter och avvikelser. Förbättringsarbete ska bedrivas genom analys av avvikelser samt föreslå förbättringsåtgärder och sprida dessa. Löpande ge information till medarbetare om rapporteringsskyldigheten, säkerställa att dokumentation sker, samverka såväl internt som externt, att introduktion sker av nyanställda och se till att samtliga anställda har den kompetens de behöver.

**Medarbetare ska:**

Medarbetarna i hälsa-, vård- och omsorgsförvaltningen ska i mötet med den enskilde sträva efter att skapa meningsfullhet, begriplighet och hanterbarhet och ansvarar för att aktivt delta i upprättandet och uppföljningen av handlingsplan utifrån definierade framgångsfaktorer. Arbeta utifrån den nationella värdegrunden, rapportera avvikelser och uppmuntra den enskilde att lämna synpunkter. Vidare ska medarbetarna ha kunskap om rutin för avvikelshantering och lex Sarah. Medarbetarna ska vara uppmärksamma på potentiella risker som i sin tur kan leda till avvikelser och om möjligt föreslå förbättringsåtgärder samt ta del av och arbeta efter aktuella processer/rutiner och även uppmärksamma om dessa ej fungerar som förväntat.

## 5 Samverkan

Många som kommer i kontakt med vård och omsorg har sammansatta behov som kräver samverkan och samarbete såväl internt som externt, mellan nämnder samt myndigheter. Samverkan behövs för att säkra kvaliteten på de insatser som ges i verksamheten. Det ska finnas processer och rutiner som säkerställer hur samarbetet ska bedrivas i den egna verksamheten, mellan olika enheter, andra verksamheter inom socialtjänsten och med andra vårdgivare, myndigheter, föreningar, andra organisationer och mellan medarbetare.

### 5.1 Kommungemensam samverkan

Samordnad individuell plan (SIP) upprättas i samverkan mellan kommunen och Region Skåne. Detta för att öka inflytande och delaktighet för den enskilde men även för att förbättra samordningen av insatser som utförs av olika huvudmän. Målet är att få en helhetsbild av den enskildes situation. Under året har det anordnats inspirationskonferens och en film har producerats i syfte att förbättra kvaliteten i SIP. Förbättringsarbetet fortsätter under 2019 bl.a. genom införande av rutinkollen SIP – ett verktyg för egenkontroll. *Den regionala samrådsgruppen för MAS och MAR* inrättades under våren 2017. Syftet med gruppen är att föra en dialog kring hälso- och sjukvårdsfrågor och vara en informationskanal mellan MAS/MAR-nätverken och Kommunförbundet Skåne. I gruppen finns, förutom två representanter från Kommunförbundet Skåne, en MAS och en MAR representerade från Skånes regioner, Sydväst, Nordväst, Sydost, Mellersta, Nordost och Malmö.

### 5.2 Samverkan HSL och SoL

I hälsa, vård, och omsorgs verksamheter arbetar man i multiprofessionella team där olika yrkesgrupper bestående av legitimerad personal och omvårdnadspersonal ingår.

Utifrån behov i det multiprofessionella teamet har samverkan med avdelningen hälsa och förebyggande skett genom *Silviasystrar, demenssjuksköterska* samt *psykiatrisjuksköterska*.

Behoven har främst varit för konsultation, stöd och handledning i ärenden kring den enskilde, anhöriga men även utbildningsinsatser i bland annat BPSD (beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom) och bemötande vid demenssjukdom samt grundläggande psykiatri.

Inom enheten för dagverksamhet för personer med demenssjukdom sker samverkan till exempel vid frågor gällande hjälpmedel och läkemedel med områdesansvarig och patientansvarig legitimerad personal.

### 5.3 Samverkan SoL

- Dagverksamheter har främst samverkat med avdelningen för ordinärt boende och avdelningen myndigheten. I dessa samarbeten handlar det främst om uppföljningar av bistånd, vårdplaneringar och delaktighet i teamträffar
- Dagverksamheterna har också samverkat med färdtjänst
- Silviasystrarna deltar i Skånenätverk för Silviasystrar
- Anhörigkonsulenter deltar i kommunalt, regionalt och nationellt nätverk för anhörigkonsulenter.

## 5.4 Samverkan HSL

På dagverksamheterna samarbetar personalen med patients ansvarig sjuksköterska vid delegerade arbetsuppgifter samt kring BPSD. Här ser man ibland svårigheter eftersom patients ansvarig sjuksköterska är kopplad till området där den enskilde bor, vilket ger att dagverksamheterna har kontakt med många olika sjuksköterskor. Några dagverksamheter har också teamträffar där man bjuder in sjuksköterskor från området för att kunna få en helhet kring ärenden.

Avlösare/ledsagare samarbetar med rehabenheten och patients ansvarig sjuksköterska där det finns speciella behov, till exempel hjälpmedel.

Rehabgruppen Fenix, verksamheten för vuxna med hjärnskada, samarbetar med övriga rehabenheter inom hälsa-, vård- och omsorgsförvaltningen genom informations- och erfarenhetsutbyte för att kunna ge god rehabilitering för inskrivna patienter.

Rehabgruppen Fenix har också två gånger per år en föreläsningsserie för brukare och anhöriga med olika teman, t.ex. livsstil, kost och rörelse. Under 2019 kommer en samverkan ske genom att anhörigkonsulenterna bjuds in att hålla i en av föreläsningarna.

Rehabgruppen Fenix har ett nära samarbete i patientärenden med externa såsom primärvården, Neurologen SUS och vid behov Försäkringskassan.

Rehabgruppen Fenix samverkar även med föreningar och organisationer, exempelvis Strokeförbundet.

Demenssjuksköterskan har samarbetat med primärvården och minneskliniken och får ofta för kännedom om patienter med nydiagnostiserad demenssjukdom.

Dagverksamheten Cefalon (yngre med demenssjukdom) har samarbete med minneskliniken, i syfte att dels öka kompetensen hos personalen kring demenssjukdomar men även i konsultations- och rådgivningssyfte.

Regionalt och nationellt nätverk för demenssjuksköterskor och BPSD.

Hälsa-, vård- och omsorgsförvaltningen blev konsumenter av Nationell patientöversikt (NPÖ) under 2018. NPÖ är ett webbaserat verktyg för sammanhållen journalföring och som konsument kan legitimerad personal inom förvaltningen få direktåtkomst till uppgifter från patientjournaler som dokumenteras av Region Skåne och primärvården. Syftet med NPÖ är att få en samlad information av patientens vårdbehov för att kunna ge god och säker vård. Förutsättningen för att läsa i NPÖ är att patienten ger sitt samtycke, att det finns en pågående vårdrelation och att uppgifterna behövs för att ge patienten god vård. En utvärdering av användandet av NPÖ i förvaltningen har gjorts och den visade att det framförallt var SVU-teamen som använde systemet. Av alla svarande tyckte 75 % att NPÖ ökade patientsäkerheten. Under 2019 planerar förvaltningen att bli producenter i NPÖ, vilket innebär att Region Skåne och primärvården får direktåtkomst till uppgifter skrivna i Malmö stads journalsystem.

## 5.5 Samverkan med brukare/patient och anhörig/närstående

Patienter och hens anhöriga bör engageras och bli delaktiga i patientsäkerhetsarbetet. Att hitta former för patientmedverkan är en uppgift för alla i vården, både för den som träffar den enskilde och anhöriga i det dagliga arbetet, som den som leder och planerar verksamheten. Det är av stor vikt att beakta den enskildes och i förekommande fall anhörigas synpunkter och

iakttagelser i avvikelser, synpunkter och klagomål. Den enskilde och dennes anhöriga involveras vid utredningar av inregistrerade avvikelser. Vidare informeras de och ges möjlighet att lämna synpunkter vid en lex Maria-anmälan.

Cefalon har ankomstsamtal i samband med inskrivning där personalen tar emot information om den enskilde samt informerar om verksamheten. Vid samtalen bjuds även anhöriga in. Möten hålls även vid utskrivning då information ges hur den vidare planeringen för den enskilde ska gå till.

Anhörigkonsulenterna arbetar i direktkontakt med anhöriga med bland annat individuella stödsamtal. Arbetet har även inriktat sig på informationskvällar för anhöriga, anhöriggrupper för både make/maka samt för yngre anhöriga. Vidare har anhörigkonsulenterna initierat anhörigcaféer på mötesplatser och varit aktiva i sommarläger för unga anhöriga i samarbete med Alzheimersfonden.

En samordnad individuell plan, SIP, ska alltid upprättas tillsammans med den person som har behov av insatserna, det gäller oavsett personens ålder eller problem. Planen ska tydliggöra vem som gör vad och när. Den enskilde och vid behov anhöriga erbjuds att delta i samband med upprättande av SIP. Detta för att öka inflytande och delaktighet kring den enskildes vård och behandling. Ibland är personal med från avdelningen men väldigt sällan.

På dagverksamheterna har samverkan med anhöriga främst skett genom:

- Anhörigträffar
- Anhörigsamtal
- Välkomstmöte
- Uppföljningsmöte
- Telefonkontakt
- Samverkan.

För ledsagare/avlösare har samverkan främst skett genom:

- Hembesök av assistent, sektionschef samt tilltänkt ledsagare/avlösare
- Telefonkontakt.

Rehabgruppen Fenix inkluderar anhöriga på olika sätt i sin verksamhet, t.ex. genom föreläsningsserie för den enskilde och anhöriga kring t.ex. livsstil, kost och rörelse.

Avdelningen för hälsa och förebyggande har på uppdrag från hälsa-, vård- och omsorgsnämnden, planerat, samordnat och genomfört nämndens anhörigforum 2018. Planering för nästkommande års anhörigforum har även påbörjats.

Avdelningen har också tillsammans med strategiska utvecklingsavdelningen arrangerat och genomfört äldredagen samt varit delaktig i genomförandet av anhörigdagen.

## 6 Systematiskt förbättringsarbete

### 6.1 Genomförda risk- och händelseanalyser ur brukar/patientperspektiv

En viktig grund i det systematiska kvalitetsarbetet är att identifiera och åtgärda risker som finns i olika delar av verksamheten. Risk kan definieras som en oönskad händelse som, om den inträffar, kan förhindra eller försvåra arbetet i organisationen. Inom förvaltningen används en metod för risk- och händelseanalys som är anpassad efter kommunal verksamhet. Syftet med en *riskanalys* är att från den enskildes perspektiv minska och förebygga risker och att kvalitetssäkra vård- och omsorgsarbetet. Utifrån de identifierade riskerna tas sedan åtgärder fram. Riskanalyser bidrar till ett ökande lärande och att skapa en säkerhetskultur i verksamheten. Syftet med en *händelseanalys* är att identifiera brister i systemet när en oönskad händelse eller avvikelse har inträffat. En händelseanalys utgår ifrån att söka orsaker till händelsen i exempelvis kompetens, kommunikation, rutiner, arbetsmiljö, samverkan eller ledarskap. En händelseanalys ska utmynna i en konkret åtgärdsplan som syftar till att minska och förebygga oönskade händelser.

En riskanalys gällande behörighetsnivå i Lifecare för Silviasystrar är gjord under året med anledning av att de från den 1 september 2018 arbetar förvaltningsövergripande. Riskanalys har även gjorts inför införande av taxislinga på Soltofta dagverksamhet och inför schemaförändring på Stensjögatans dagverksamhet.

Avdelningen har inte genomfört någon händelseanalys under året men har bidragit till förvaltningens uppföljning av sommarens värmebölja.

### 6.2 Genomförda egenkontroller

Egenkontroller är en del i det systematiska förbättringsarbetet och ska ske kontinuerligt i varje verksamhet utifrån ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete.

- Vårdgivaren ska se till att behörigheterna för åtkomst till patientuppgifter begränsas till vad en användare behöver för att kunna utföra sina arbetsuppgifter. Personalens åtkomst ska regelbundet granskas genom systematiska och återkommande kontroller så att ingen obehörig tagit del av patientuppgifter som inte kan relateras till en aktiv vårdkontakt. Loggningskontrollens syfte är att säkerställa vårdgivarens trovärdighet mot patienterna och förhindra obehörig åtkomst av information i dokumentationssystemet. Loggranskning har gjorts några gånger under 2018. Fortsatt loggranskning kommer att ske under våren 2019 efter att ny övergripande systemansvarig (ÖSA) har fått utbildning i systemet.
- Inom dagverksamheterna har livsmedelskontroller gällande temperatur på maten genomförts.
- I syfte att kvalitetssäkra dokumentationen har genomförandeplansansvariga på vissa dagverksamheter i uppdrag att regelbundet titta på aktualiteten och kvaliteten på genomförandeplaner.
- Utifrån nämndens uppdrag att arbeta med kontinuiteten gentemot den enskilde och minska antalet timvikarier till förmån för tryggare anställningsformer genomfördes kontinuitetsmätningar på både dagverksamheter och inom ledsagning/avlösning. Båda verksamheter konstaterade en hög personalkontinuitet.
- För att följa upp hur verksamheterna nyttjas av Malmöborna, har de öppna mötesplatserna för äldre under 2018 genomfört besöksmätningar. Statistiken har varit könsuppdelad.

- Rehabgruppen Fenix följer på olika sätt upp sin verksamhet genom enkäter för t.ex. föreläsningsserier, gruppträning och för hela rehabiliteringsinsatsen.
- Under 2018 har avdelningen för hälsa och förebyggande utifrån kommunfullmäktiges beslut förtydligat Fixartjänsten samt tagit fram ett gemensamt statistikunderlag för att kunna följa upp hur verksamheten används av Malmöborna.
- Statistik har också förts för att följa upp de uppsökande hembesöken med hälsofrämjande samtal liksom enkäter för de öppna balansgrupperna

### 6.3 Rehabiliterande förhållningssätt

Ett rehabiliterande förhållningssätt innebär bland annat att låta den enskilde använda sina egna förmågor.

Inom avdelning hälsa och förebyggande har under året öppna balansgrupper erbjudits på flera olika mötesplatser i fallpreventivt syfte. Balansgrupper ledda av sjukgymnast och arbetsterapeut, har genomförts vid 66 tillfällen. Resultatet visar på ökad trygghet, ökad benägenhet till att promenera och att det sociala nätverket stärkts i samband med träningen. För att stödja deltagarna att fortsätta träningen på egen hand kommer Socialstyrelsens folder "balansera mera" att delas ut under 2019.

### 6.4 Övriga identifierade utvecklingsområden

Den 1 november gjordes en förändring i avvikelseprocessen gällande hälso- och sjukvårdsavvikelser. Syftet är att kvalitetssäkra processen. Detta har gjorts genom att enhetschefer fått en mer aktiv roll i systemet. Förändringen innebär att enhetschefer godkänner de avvikelser där konsekvensen för patienten varit mindre eller måttlig. Enhetschefer och sektionschefer har fått utbildning i hanteringen av avvikelser i systemet. Effekten av insatta åtgärder förväntas öka kunskapen och kvaliteten i hanteringen av hälso- och sjukvårdsavvikelser.

Inom hälsa och förebyggande har det skett utvecklingsarbeten inom följande områden:

- Dagverksamheterna anordnade en föreläsning om bemötande med syfte att bättre bemöta och stödja personer med demenssjukdom.
- De öppna mötesplatserna för äldre erbjuder social gemenskap och aktiviteter för att förebygga ofrivillig ensamhet bland Malmöbor. Under 2018 har avdelningen arbetat med att vidareutveckla de öppna mötesplatserna för äldre, bland annat genom att:
  - öppna ytterligare en mötesplats (Lyckan på Nydalatorget)
  - ge ut en gemensam programtidning för mötesplatserna inkl. bussinformation
  - HBTQ-certifiering för att aktivt arbeta med frågor kring inkludering på mötesplatserna
  - starta upp måltidsaktivitet på mötesplatserna.
- För att kvalitetssäkra arbetet mot ofrivillig ensamhet anställde avdelningen en studentmedarbetare med uppdrag att göra en litteraturstudie kring ofrivillig ensamhet inklusive riskgrupper och möjliga åtgärder.
- Rehabgruppen Fenix har under året infört gruppträningar för att i större utsträckning kunna möta upp de enskildas behov.
- Under 2018 minskade behovet av dagverksamhet på helgen vilket ledde till att Stensjögatans dagverksamhet minskade antalet öppettid dagar.
- Dagverksamheterna har haft dialog med myndigheten angående rutiner för verkställighet av beslut.
- Under våren 2018 framkom att organisationen för ledsagning/avlösning har behov av en

översyn. Ett utredningsuppdrag kring verksamheten påbörjades under hösten 2018 och fortsätter under 2019.

- Både avlösare/ledsagare och dagverksamheten har under året konstaterat ett behov av att utveckla samverkan med interna och externa aktörer för att, i ett tidigare skede i sjukdomen, fånga upp personer med demenssjukdom och deras anhöriga.
- En arbetsgrupp utreder om en av dagverksamheterna kan omvandlas och riktas till yngre personer med demenssjukdom som avslutats på Cefalon och som är för unga och aktiva för övriga dagverksamheter.
- En gemensam mall för hembesök och checklista för fallprevention har utarbetats under året för den uppsökande verksamheten med hälsofrämjande samtal. Alla Malmöbor som fyller 80 år innevarande år och som inte har insatser från hälsa-, vård- och omsorgsförvaltningen erbjuds besök.
- Avdelningen har också påbörjat uppdraget från hälsa-, vård- och omsorgsnämnden att utreda hur enklare IT-supporttjänster för äldre Malmöbor (en så kallad IT-fixare) ska införas i förvaltningen.

## 6.5 Utredning av avvikelser

Klagomål och synpunkter kan framföras av brukare, deras anhöriga, personal, vårdgivare, myndigheter och föreningar, andra organisationer och intressenter.

Inkomna avvikelser, rapporter, klagomål och synpunkter sammanställs och analyseras för att kunna se mönster eller trender som indikerar brister i verksamhetens kvalitet.

### 6.5.1 Sammanställning och analys av inkomna avvikelser

#### 6.5.1.1 Inkomna avvikelser

**Förklaring parametrar enligt hjälptext i Flexite:**

**Brister:** avser brister i beviljade insatser där insatsen inte blivit utförd eller felaktigt utförd såsom serviceinsatser, personlig vård, brister i bemötande, uteblivna promenader etc.

**Dokumentation:** avser brister i dokumentation.

**Rapport missförhållande/risk för påtaglig risk för missförhållande:** avser inkomna rapporter enligt lex Sarah. Redovisas separat.

**Samordnad vårdplanering:** avser avvikelser som inkommit externt och berör brister i samordnad vårdplanering kring brukaren gällande socialtjänstlagen.

**Synpunkter:** avser när brukare eller närstående har synpunkter och klagomål på t.ex. kvaliteten på utförandet, bemötande, kontinuitet etc.

**Misstänkt stöld:** avser stöld som inträffat.

**Våld mellan brukare:** avser om en brukare utsätter en annan brukare för slag, nyp eller dylikt.

Tabell från Flexite: Detaljerade händelser SoL 2018

	Brister	Dokumentation	Hjälpmedel	Rapport missförhållande	Rapport påtaglig risk för ett missförhållande	SIP/SVU	Synpunkter	Misstänkt stöld	Våld mellan brukare	Antal
SoL-händelser	11	0	0	0	0	0	3	0	0	14

Tabell från Flexite: Detaljerade händelser SoL 2017

	Brister	Dokumentation	Rapport missförhållande	Rapport påtaglig risk för ett missförhållande	SIP/SVU	Synpunkter	Misstänkt stöld	Våld mellan brukare	Antal
SoL-händelser	11	0	1	0	0	3	0	2	17

### 6.5.1.2 Analys av inkomna synpunkter och avvikelser

#### Jämförelse över tid

Antalet registrerade avvikelser i hälsa och förbyggande har inte nämnvärt förändrats jämfört med 2017. Det skiljer med tre händelser. Totalt inkom 14 avvikelser under 2018 jämfört med 17 stycken 2017.

#### Brister

Det inrapporterades totalt 11 stycken brister, fyra av dessa handlade om att ledsagare inte kommit till sin brukare. Ett par av bristerna borde skrivits som synpunkter som avser att man inte är nöjd med den ledsagare man fått tilldelad sig. Resterande handlar om brister vid överlämnade mellan dagverksamhet och brukarens hem. Som till exempel att hemtjänst inte lämnar i tid eller brukare tagit sig ut eller hem själv utan uppsikt från dagverksamheten.

#### Synpunkter och klagomål

Antalet registrerade synpunkter som inkom var totalt 3 stycken. Dåligt bemötande och försummelse. En synpunkt är felregistrerad som avser arbetsmiljö och bemanning.

#### Analys och kvalitetshöjande åtgärder

Då inkomna avvikelser inte är fler, är det inte möjligt att dra några slutsatser om några generella trender eller mönster. Analysen baseras därför på de enstaka händelserna, där utebliven insats av ledsagare är mest förekommande. Orsaken till få inrapporterade avvikelser är svårt att ge förklaring till. Vare sig det skulle skrivits fler avvikelser eller inte så finns det sannolikt en viss



underrapportering av avvikelser inom hälsa och förebyggande. Att höja kunskapen och kompetensen gällande avvikelshantering är att rekommendera.

Mest förekommande åtgärder utifrån avvikelserna är samtal med berörd och samtal i grupp samt efterlevnad av rutin. Som ett led i det systematiska kvalitetsarbetet tas avvikelserna, åtgärder och uppföljning också upp på arbetsplatsträffar (APT).

### 6.5.1.3 Sammanställning av inrapporterade missförhållanden eller risk för missförhållanden

Tabell från Flexite: Inrapporterade missförhållande eller påtaglig risk för missförhållande 2018

	Rapport missförhållande	Rapport påtaglig risk för ett missförhållande	Antal
SoL	0	0	0

Tabell från Flexite: Inrapporterade missförhållande eller påtaglig risk för missförhållande 2017

	Rapport missförhållande	Rapport påtaglig risk för ett missförhållande	Antal
SoL	1	0	1

Tabell från Flexite: Antal anmälda missförhållande enligt lex Sarah till IVO 2018

	Att det föreligger en påtaglig risk för ett allvarligt missförhållande som innebär eller har inneburit ett allvarligt hot mot eller har medfört allvarliga konsekvenser för den enskilde. Anmälan till Inspektionen för vård och omsorg.	Att det föreligger ett allvarligt missförhållande som innebär eller har inneburit ett allvarligt hot mot eller har medfört allvarliga konsekvenser för den enskilde. Anmälan till Inspektionen för vård och omsorg.	Antal
SoL	0	0	0

Tabell från Flexite: Antal anmälda missförhållande enligt lex Sarah till IVO 2017

	Att det föreligger en påtaglig risk för ett allvarligt missförhållande som innebär eller har inneburit ett allvarligt hot mot eller har medfört allvarliga konsekvenser för den enskilde. Anmälan till Inspektionen för vård och omsorg.	Att det föreligger ett allvarligt missförhållande som innebär eller har inneburit ett allvarligt hot mot eller har medfört allvarliga konsekvenser för den enskilde. Anmälan till Inspektionen för vård och omsorg.	Antal
SoL	0	0	0

#### 6.5.1.4 Analys av inrapporterade missförhållanden eller risk för missförhållanden

Syftet med lex Sarah är:

- att utveckla kvaliteten i verksamheten och komma tillrätta med fel och brister
- att bidra till att den enskilde får insatser av god kvalitet och skydda den enskilde från missförhållande
- att avhjälpa och undanröja risker för missförhållande
- att förhindra att likande missförhållande inträffar igen.

Ingen rapport missförhållande eller risk för missförhållande har inrapporterats från hälsa och förebyggande under 2018.

#### 6.5.2 Sammanställning och analys av avvikelser inom hälso- och sjukvården

##### 6.5.2.1 Inkomna avvikelser

Tabell från Flexite: Detaljerad händelse HSL 2018

	Dokumentation	Brister i vården som lett till fallolycka	Läkemedel	Medicintekniska produkter	Omvårdnad	Rehabilitering	SIP/SVU	Synpunkter	Vårdplanering intern	Antal
HSL			17							17
Antal registreringar			17							17

Tabell från Flexite: Detaljerad händelse HSL 2017

	Dokumentation	Brister i vården som lett till fallolycka	Läkemedel	Medicintekniska produkter	Omvårdnad	Rehabilitering	SIP/SVU	Synpunkter	Vårdplanering intern	Antal
HSL			12					3	1	16
Antal registreringar			12					3	1	16

##### 6.5.2.2 Analys av inkomna avvikelser

Avdelningen har ansvar för läkemedelshandling på dagverksamheterna samt på avlastnings- och växelvårdsplatser.

Under 2018 inkom det 17 avvikelser inom HSL, alla avser läkemedel.

Det flesta avvikelser sker i överlämningsfasen. Av de 17 avvikelser som är relaterade till läkemedel så avser merparten att den enskilde ej fått ordinerad dos. Den vanligaste missade läkemedelstypen är smärtstillande följt av en stor andel läkemedel som inte är identifierade. Den vanligaste orsaken till att den enskilde ej har erhållit sitt läkemedel har i huvudsak angetts som att medarbetaren inte har följt rutin samt brist i informationsöverföringen. Åtgärderna är efterlevnad av rutin samt förbättra information och rapportering.

Som ett led i det systematiska kvalitetsarbetet tas avvikelserna, åtgärder och uppföljning upp på arbetsplatsträffar (APT).

### 6.5.2.3 Vårdskador och lex Maria

Tabell från Flexite: lex Maria 2018

	Anmälan till Inspektionen för vård och omsorg (IVO)	Antal
Anmälan till IVO	0	0
Antal	0	0

Tabell från Flexite: lex Maria 2017

	Anmälan till Inspektionen för vård och omsorg (IVO)	Antal
Anmälan till IVO	0	0
Antal	0	0

### 6.5.2.4 Analys av vårdskador och lex Maria

Vårdskador bedöms av legitimerad personal, i en riskmatris efter allvarlighetsgrad och konsekvens. En utredning gällande en händelse som har medfört eller hade kunnat medföra vårdskada och som inte är allvarlig ska innehålla uppgifter om händelsen samt analysen och bedömningen av konsekvensen för den enskilda. Utredningen ska vidare innehålla uppgifter om de åtgärder som planeras med anledning av händelsen samt när de ska vidtas. Åtgärder ska spridas i syfte att bidra till lärande och ökad patientsäkerhet. Vid en utredning av en händelse kan ett sätt att ta lärdom av den vara att utöver negativa aspekter även fokusera på positiva aspekter t.ex. åtgärder som förhindrade eller begränsade effekterna av en vårdskada.

Under 2018 har medicinskt ansvariga informerat enhetschefer och sektionschefer i hantering avseende utredningar som har medfört eller hade kunnat medföra vårdskada och som inte är allvarlig. Processen för hantering har setts över och rutin för klagomål och synpunkt har reviderats.

Vårdgivaren har en skyldighet att utreda och anmäla händelser som har medfört eller kunnat medföra allvarlig vårdskada till Inspektionen för vård och omsorg. Ingen anmälning enligt lex Maria har gjorts inom avdelningen under 2018.

## 6.5.3 Sammanställning av fallavvikelser

### 6.5.3.1 Fallavvikelser

Tabell från Flexite: Totalt inrapporterade fallhändelser 2018

	Fall
Antal fall	28

Tabell från Flexite: Totalt inrapporterade fallhändelser 2017

	Fall
Antal fall	32

### 6.5.3.2 Analys av det fallförebyggande arbetet och inkomna fallavvikelser

Definitionen av fall är ”en händelse då en person oavsiktligt hamnar på golvet eller marken, oavsett om skada inträffar eller inte”.

Fall inom avdelningen sker främst på dagverksamheterna. När en fallavvikelse skrivs sänds den i Malmö stads avvikelssystem till områdesansvarig arbetsterapeut och fysioterapeut. De skickar avvikelserna för kännedom till områdesansvarig sjuksköterska.

Vid drygt 30 % av fallen har den enskilde drabbats av antingen fraktur, sårskada, smärta, svullnad eller mjukdelsskada.

I det fallpreventiva arbetet är det viktigt att olika yrkeskategorier samarbetar. På dagverksamheterna samarbetar man främst med områdesansvarig arbetsterapeut och fysioterapeut vilka ibland också rapporterar över till arbetsterapeut och fysioterapeut i det område där den enskilde bor. Åtgärder som erbjudits har under 2018 framför allt varit förskrivning av hjälpmedel, gångträning och extra tillsyn.

Fixarna har under hösten varit med förvaltningens säkerhets- och beredskapssamordnare som, tillsammans med Räddningstjänst och polis, under 2018 arrangerat tio öppna föreläsningar "Vad kan du göra för att känna dig tryggare i din vardag". Fixarna har i samband med det givit information om fallprevention och om Fixartjänsten. Fixarna har under 2018 genomfört 1 337 besök i alla delar av Malmö.

Inom avdelningen har under året öppna balansgrupper genomförts på flera olika mötesplatser i fallpreventivt syfte. Balansgrupperna ledda av sjukgymnast och arbetsterapeut, har genomförts vid 66 tillfällen. Resultatet visar på ökad trygghet, ökad benägenhet till att promenera och att det sociala nätverket stärkts i samband med träningen. Under 2019 kommer Socialstyrelsens folder "balansera mera" att delas ut, som uppmuntrar till fortsatt träning på egen hand.